

# Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfes in Sachsen

Erweiterte Themenbereiche  
und Fokusgruppeninterviews



**VON MENSCH ZU MENSCH.**



## Inhaltsverzeichnis – kurz

Inhaltsverzeichnis – kurz .....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
1 Hintergrund.....	6
2 Daten und Methoden.....	7
2.1 Datengrundlage .....	7
2.2 Methodik .....	10
3 Erweiterte Themenbereiche .....	11
3.1 Ambulantisierung.....	11
3.2 Arbeitsteilige Prozesse .....	22
3.3 Telemedizinische Leistungen.....	30
3.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen	43
3.5 Post-COVID .....	62
4 Fokusgruppeninterviews .....	70
4.1 Zusammenfassung .....	70
4.2 Hintergrund und Methodik .....	71
4.3 Qualitative Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews .....	72
5 Literatur .....	93
6 Abbildungsverzeichnis.....	99
7 Tabellenverzeichnis .....	101
8 Anhang .....	102

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis – kurz .....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
1 Hintergrund.....	6
2 Daten und Methoden.....	7
2.1 Datengrundlage .....	7
2.1.1 Mittelbereichs- und Kreissystematik .....	7
2.1.2 Vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KV Sachsen.....	8
2.1.3 DRG Statistik .....	8
2.1.4 Landesarztregister .....	9
2.1.5 Daten der amtlichen Statistik.....	9
2.1.6 Krankenhausplan des Freistaates Sachsen und Qualitätsberichte der Krankenhäuser .....	9
2.2 Methodik .....	10
3 Erweiterte Themenbereiche .....	11
3.1 Ambulantisierung.....	11
3.1.1 Hintergrund.....	11
3.1.2 Methodik .....	12
3.1.3 Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall und ambulant sensitive Krankenhausfälle ...	13
3.1.4 Vergleich der Entwicklung der ambulanten und stationären Inanspruchnahme .....	14
3.1.5 Zusammenfassung und Diskussion.....	20
3.2 Arbeitsteilige Prozesse .....	22
3.2.1 Hintergrund.....	22
3.2.2 Methodik .....	23
3.2.3 Ergebnisse.....	24
3.2.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	28
3.3 Telemedizinische Leistungen.....	30
3.3.1 Hintergrund.....	30
3.3.2 Methodik .....	31
3.3.3 Arztfälle mit Telemedizin nach Fachgruppen und Art der Telemedizin .....	32
3.3.4 Anteil der Ärzte mit telemedizinischen Leistungen .....	33
3.3.5 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung nach Alter und Geschlecht .....	34
3.3.6 Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) nach Alter, Geschlecht und Fachgruppe .....	35
3.3.7 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen nach ICD-Kapiteln.....	36
3.3.8 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen nach ICD-Kapiteln und Fachgruppe ....	37
3.3.9 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung nach Mittelbereichen .....	38
3.3.10 Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) nach Mittelbereich und Fachgruppe .....	40
3.3.11 Zusammenfassung und Diskussion.....	41
3.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen	43
3.4.1 Hintergrund.....	43
3.4.2 Inhalt und Methodik .....	44
3.4.3 Hinweise zur Darstellung.....	45
3.4.4 Trends der Inanspruchnahme bestimmter Fachgruppen .....	46
3.4.5 Trends der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen .....	51
3.4.6 Zusammenfassung und Diskussion.....	60

3.5	Post-COVID .....	62
3.5.1	Hintergrund und Definition .....	62
3.5.2	Symptomatik .....	62
3.5.3	Globale Prävalenz .....	63
3.5.4	Prävalenz in Deutschland .....	63
3.5.5	Methodik zur Post-COVID-Auswertung für Sachsen .....	64
3.5.6	Ergebnisse zur Post-COVID-Auswertung für Sachsen .....	64
3.5.7	Zusammenfassung und Diskussion .....	68
4	Fokusgruppeninterviews .....	70
4.1	Zusammenfassung .....	70
4.2	Hintergrund und Methodik .....	71
4.3	Qualitative Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews .....	72
4.3.1	Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen .....	72
4.3.1.1	Ausgangslage .....	72
4.3.1.2	Zukunftsperspektive .....	74
4.3.2	Erfahrungen mit benannten Handlungsfeldern .....	76
4.3.2.1	Ausbildung und Weiterbildung .....	77
4.3.2.2	Finanzielle Förderung .....	78
4.3.2.3	Strukturelle Förderung .....	79
4.3.2.4	Entbürokratisierung .....	84
4.3.3	Zusätzliche Handlungsfelder .....	85
4.3.3.1	Niederlassungsattraktivität .....	85
4.3.3.2	Allokation von Ärzten .....	86
4.3.3.3	Erwartungshaltung der Bevölkerung .....	87
4.3.3.4	Prävention und Gesundheitsförderung .....	87
4.3.3.5	Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen .....	88
4.3.4	Relevante Akteure zur Planung / Umsetzung von Fördermaßnahmen .....	89
4.3.5	Vergleich Wirtschaftsförderung mit Gesundheitsförderung .....	90
4.3.6	Nachhaltigkeit von Projektförderungen .....	90
4.3.6.1	Förderliche Aspekte .....	91
4.3.6.2	Herausforderungen .....	91
4.3.7	Öffentlichkeitskommunikation Gutachtenergebnisse .....	92
5	Literatur .....	93
6	Abbildungsverzeichnis .....	99
7	Tabellenverzeichnis .....	101
8	Anhang .....	102

## 1 Hintergrund

Die Sicherstellung einer hochwertigen ärztlichen Versorgung steht in Anbetracht des demografischen Wandels weiterhin vor großen Herausforderungen. In Sachsen wird die Gesamtbevölkerungszahl bis zum Jahr 2035 voraussichtlich leicht sinken. Auf Grund der Alterung der Bevölkerung ist zum Teil jedoch mit einem steigenden ärztlichen Versorgungsbedarf zu rechnen. Gleichzeitig verändert sich die Zusammensetzung der Leistungserbringenden. So werden die geburtenstarken Jahrgänge in den kommenden Jahren sukzessive aus der Versorgung ausscheiden. Nicht alle bestehenden Praxen können an Nachfolger übergeben werden. Jüngere Ärztinnen und Ärzte zeigen eine geringere wirtschaftliche Risikobereitschaft und streben eine ausgewogenere „Work-Life-Balance“ mit definierten Arbeitszeiten an. An Standorten mit einer geringen Arztdichte und dementsprechend sehr großen Patientenzahlen kann die Niederlassungs- und Wiederbesetzungswahrscheinlichkeit daher geringer ausfallen und die Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung erschweren.

Für eine frühzeitige Einschätzung zukünftiger Versorgungsbedarfe beauftragte das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) bereits im Jahr 2013 das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mit einem Gutachten zur Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfes in Sachsen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Darauf aufbauend konnte das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V in seinen sieben Arbeitsgruppen modellhafte Lösungen entwickeln und in Modellregionen erproben. Daran knüpfte das SMS an und beauftragte das Zi mit einer Fortschreibung des Gutachtens auf Basis aktueller Daten.

Diese Fortschreibung wurde im Februar 2024 übergeben. Analog zum ersten Gutachten werden für die 48 sächsischen Mittelbereiche Indikatoren aus den Themenbereichen Bevölkerungsstruktur, Versorgungsbedarf, Entwicklung des Versorgungsbedarfs, Morbidität, Angebotsstruktur, Entwicklung der Angebotsstruktur, Niederlassungswahrscheinlichkeit und stationäre Angebotsstruktur analysiert und in zusammenfassenden Indizes des Handlungsbedarfs konzentriert. Mit Fokus auf die vertragsärztliche Versorgung zeigen sie regionale und fachgruppenspezifische aktuelle und zukünftige Handlungsbedarfe auf. Diese Informationen können helfen, in Anbetracht der zukünftig knapper werdenden Ressource Arzt effektive Versorgungsstrukturen zu planen.

Neben dem bereits übergebenen Hauptgutachten wurde das Zi beauftragt, einen zweiten Berichtsteil zur Auseinandersetzung mit spezifischen Themen in der Versorgung zu erstellen. Der vorliegende zweite Berichtsteil ergänzt das Hauptgutachten somit zum einen um Ausführungen zu den erweiterten Themenbereichen Ambulantisierung, arbeitsteilige Prozesse, telemedizinische Leistungen sowie Aspekte der pandemischen Lage in Sachsen (Kapitel 3). Darüber hinaus hat das Zi Fokusgruppeninterviews mit Stakeholdern der medizinischen Versorgungsplanung durchgeführt, um realisierbare Ansätze zum Transfer der Erkenntnisse aus dem Hauptgutachten und den daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen in die Praxis zu diskutieren. Die Ergebnisse dieses qualitativen Forschungsteils werden ebenfalls im vorliegenden zweiten Berichtsteil präsentiert (Kapitel 4).

## 2 Daten und Methoden

Es erfolgt eine Beschreibung der verwendeten Datengrundlagen sowie Anmerkungen zur Methodik.

### 2.1 Datengrundlage

Die verwendeten Datengrundlagen werden hinsichtlich Aktualität, Inhalt und Aufbereitung beschrieben.

#### 2.1.1 Mittelbereichs- und Kreissystematik



Abbildung 1: Übersicht der 48 Mittelbereiche und 13 Kreise in Sachsen

Die räumliche Basis für die Auswertungen im vorliegenden Gutachten stellen einerseits die 48 sächsischen Mittelbereiche dar, wie sie von der KV Sachsen für die Bedarfsplanung verwendet werden. Für einige Kapitel werden die 13 sächsischen Kreise verwendet. Beide Raumgliederungen sind in Abbildung 1 dargestellt. Eine Überleitung von Gemeinden (Stand 31.12.2022) zu den 48 Mittelbereichen und den 13 Kreisen sowie ein Shapefile der Mittelbereichsgrenzen wird durch die KV Sachsen bereitgestellt. Für die kartografischen Darstellungen wird das Shapefile mit Hilfe der Funktion `ms_simplify` des R-Paketes `rmapshaper` (Version 0.5.0) generalisiert. Die Kreisgrenzen lassen sich aus den Mittelbereichen ableiten.

Die Mittelbereichssystematik des ersten Gutachtens umfasste 47 Mittelbereiche. Die Änderung basiert im Wesentlichen auf einer Aufteilung von Döbeln und Mittweida in drei Mittelbereiche (neu: Frankenberg-Hainichen). Eine Übersicht der alten Systematik sowie eine Zuordnungstabelle von Gemeinden zu den Mittelbereichen des ersten und des aktuellen Gutachtens sind im Anhang des Hauptgutachtens zu finden.

## 2.1.2 Vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KV Sachsen

Die wichtigste Datengrundlage für das vorliegende Gutachten sind vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Praxen mit Standort Sachsen. Um einen kleinräumigeren Bezug zu ermöglichen, sind vertragsärztliche Abrechnungsdaten zu verwenden, die eine Verarbeitung von Adressinformationen erlauben. Auf dieser Grundlage können die Daten der Praxen und Patienten geokodiert und somit auf andere räumliche Betrachtungsebenen transferiert werden. Für die Darstellungen im Gutachten werden die Daten auf die 48 Mittelbereiche aggregiert. Die Verwendung der geokodierten Abrechnungsdaten setzt eine Genehmigung durch die Rechtsaufsicht der KV Sachsen voraus (Antrag nach §75 SGB X). Diese Genehmigung wurde für die vorliegende Arbeit erteilt. Neben den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der KV Sachsen werden auch die Informationen zu den niedergelassenen Ärzten in Sachsen aus dem Landesarztregister verwendet. Für die Benutzung dieser Daten liegt ebenfalls im Rahmen des Gutachtens die Genehmigung von Seiten der Rechtsaufsicht der KV Sachsen vor.

Beantragt wurden Daten der Jahre 2019 bis 2021. Für die Kapitel 3.2 Arbeitsteilige Prozesse und 3.3 Telemedizinische Leistungen wird aus diesen Daten das jüngste Jahr 2021 verwendet. Eine ausführliche Beschreibung dieser Daten ist im Hauptgutachten zu finden.

Für einige Themenbereiche dieses Gutachtens wird die Relevanz möglichst aktueller Daten höher eingeschätzt als die Relevanz einer möglichst kleinräumigen Darstellung. Deshalb werden für die Kapitel 3.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen und 3.5 Post-COVID Abrechnungsdaten verwendet, deren maximale räumliche Auflösung der Wohnortkreis der Patienten ist, deren Aktualität jedoch zum Zeitpunkt der Datenauswertung bis zum zweiten Quartal 2023 reicht und die dem Zi für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. Auch Kapitel 3.1 Ambulantisierung kann nur auf Ebene der Wohnortkreise ausgewertet werden (siehe Kapitel 3.1), so dass hier ebenfalls diese Datengrundlage verwendet wird.

## 2.1.3 DRG Statistik

Die DRG Statistik wird vom Statistischen Bundesamt in seinem Deutschen Statistik-Informationssystem (Destatis) wie folgt beschrieben. „Seit 2005 ergänzt die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) die Diagnosestatistik der Krankenhauspatienten. Das auf Fallpauschalen basierende DRG Vergütungssystem wurde bei der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 eingeführt (DRG steht für "Diagnosis Related Groups"). Die Statistik umfasst alle Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen (ohne psychiatrische Einrichtungen).

Die DRG Statistik ist, wie auch die Diagnosestatistik, eine jährliche Vollerhebung. Diese Daten erheben nicht die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, sondern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Daten für die DRG-Statistik werden den Datensätzen entnommen, die die Krankenhäuser zu Abrechnungszwecken an das InEK schicken. Das InEK stellt diese Datensätze wiederum dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung (Sekundärstatistik).

Gegenstand der Erhebung sind die von den berichtspflichtigen Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Die vom Statistischen Bundesamt ausgewerteten Daten beziehen ebenfalls alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten ein. Diese umfassen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten, nicht jedoch vor-, nach-, teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten. Erfasst wird die kontinuierliche vollstationäre Behandlung im Krankenhaus (Behandlungskette), unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen.

Im Vordergrund stehen insbesondere Angaben zu Operationen und Behandlungsmaßnahmen, Art und Höhe der abgerechneten Entgelte sowie Haupt- und Nebendiagnosen. Die Fallpauschalen (DRGs) werden nach Hauptdiagnosegruppen, den sogenannten „Major Diagnostic Categories“ (MDCs), ausgewiesen. Dies sind Kategorien, die grundsätzlich auf einem Körpersystem oder einer Erkrankungsätiologie aufbauen, die mit einem speziellen medizinischen Fachgebiet verbunden sind.“ (Destatis 2024).



### 2.1.4 Landesarztregister

Daten des Landesarztregisters zum 01.01.2023 werden durch die KV Sachsen zu Verfügung gestellt. Sie beinhalten die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte nach den verwendeten 11 Fachgruppen, den 48 Mittelbereichen sowie nach Altersgruppen. Diese Angaben bestehen sowohl für die Anzahl in Personen als auch für die Anzahl in Vollzeitäquivalenten. Zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente werden Ärzte in Teilzeit zu 100%-Einheiten aufsummiert.

### 2.1.5 Daten der amtlichen Statistik

Aus der amtlichen Statistik des Freistaates Sachsen werden Bevölkerungsdaten des Jahres 2021 nach Geschlecht und 17 Altersgruppen (unter 3 bis ab 75 Jahre) auf Gemeindeebene verwendet und auf die 48 Mittelbereiche und die 13 sächsischen Kreise übertragen.

### 2.1.6 Krankenhausplan des Freistaates Sachsen und Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Auf Basis des aktuell verfügbaren Krankenhausplanes des Freistaates Sachsen mit Stand 01.01.2024 (SMS 2024) und auf Basis von Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden Kennzahlen zur stationären Versorgung in den sächsischen Mittelbereichen zusammengetragen.

Krankenhäuser sind gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit und ihre Strukturen zu informieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt im Auftrag des Gesetzgebers in seinen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser fest, welche Informationen im jeweiligen Berichtsjahr abzubilden und welche Verfahren und Fristen bei der Datenübermittlung zu beachten sind. Der vollständige Qualitätsbericht eines Krankenhauses kann in der sogenannten Referenzdatenbank über die Homepage des G-BA eingesehen werden. Darüber hinaus stellt der G-BA die Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch in maschinenverwertbarer Form (XML) zur Verfügung (G-BA 2023). Das Zi bezieht die Qualitätsberichte der Krankenhäuser im XML-Format und überführt sie in ein auswertbares Datenbankmodell.

Gemäß des Krankenhausplanes bestehen in Sachsen 76 Krankenhäuser mit eigener Krankenhausnummer. Einige dieser Krankenhäuser sind in mehrere Standorte gegliedert. Befinden sich Standorte eines Krankenhauses in unterschiedlichen Mittelbereichen, werden sie für den Bericht separat betrachtet. Dies trifft auf 6 Krankenhäuser zu. Die notwendigen Informationen hierzu werden vom Referat 54 (Krankenhauswesen) des SMS bereitgestellt.

Die in den Qualitätsberichten verfügbaren Adressen der Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte in Sachsen werden in Geokoordinaten überführt und mittels Geoinformationssystem (GIS) den sächsischen Mittelbereichen und Kreisen zugeordnet. Die resultierende räumliche Zuordnung wird mit den Informationen des Krankenhausplan und des Referates 54 abgeglichen und bei Bedarf angepasst.

Einrichtungen der tagesklinischen Versorgung, der nachtklinischen Versorgung, Kompetenzzentren, Verbund gemeindenaher Psychiatrie, Notfallambulanzen und Institutsambulanzen (geriatriisch - GIA, psychiatrisch – PIA) werden nicht berücksichtigt.

Die Gliederung der Krankenhäuser erfolgt gemäß Krankenhausplan in folgende Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser: Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung, Regelversorgung, Regelversorgung – Gesundheitszentrum, sowie als Fachkrankenhaus.

Die Anzahl stationärer Betten (gesamt) wird aus dem Krankenhausplan entnommen. Steht sie für einzelne Standorte nicht zur Verfügung, wird sie aus den Qualitätsberichten übernommen bzw. gemäß der Verhältnisse in den Qualitätsberichten aus der Gesamtbettenzahl des entsprechenden Krankenhauses mit Planungsnummer abgeleitet. Aus den Qualitätsberichten wird außerdem die Anzahl stationär tätiger Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) verwendet. Sowohl die Anzahl stationärer Betten gesamt als auch die Anzahl stationär tätiger Ärzte wird pro Mittelbereich und Kreis aufsummiert und mit der Bevölkerung (siehe Kapitel 2.1.5) ins Verhältnis gesetzt.

## 2.2 Methodik

Eine Kurzbeschreibung der Methodik wird der Ergebnisdarstellung in den Kapiteln der einzelnen Themenbereiche vorangestellt.

## 3 Erweiterte Themenbereiche

Es werden insgesamt fünf Themenbereiche behandelt:

1. Ambulantisierung
2. Arbeitsteilige Prozesse
3. Telemedizinische Leistungen
4. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen
5. Post-COVID

Für jeden Themenbereich gibt es eine kurze Einführung zum Hintergrund, Informationen zur Methodik, die Beschreibung der Ergebnisse und eine Zusammenfassung und Diskussion.

### 3.1 Ambulantisierung

In diesem Kapitel werden zwei Aspekte untersucht. Zum einen wird für die sächsischen Kreise die ambulante und stationäre Inanspruchnahme gegenübergestellt und mit der Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhausfälle sowie Indikatoren der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur ins Verhältnis gesetzt. Zum anderen wird die Entwicklung der ambulanten und stationären Inanspruchnahme der letzten Jahre verglichen.

#### 3.1.1 Hintergrund

In Deutschland ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gemäß des Wirtschaftlichkeitsgebotes im SGB V fest verankert, der eine vorrangige ambulante Behandlung vorsieht, sofern diese medizinisch vertretbar ist (§39 SGB V). Dies dient nicht nur der Kostenersparnis, sondern auch der Steigerung des Patientenkomforts durch Behandlungen im vertrauten Umfeld, was insbesondere in städtischen wie auch ländlichen Gebieten relevant ist (Rattay et al., 2013).

Der Bundesgesetzgeber hatte die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, mit der Ambulantisierungsreform diesen Grundsatz aufzugreifen (GKV-Spitzenverband 2022). Sie zielt darauf ab, die Kapazitäten für ambulante Behandlungen weiter zu erhöhen. Diese Reform beinhaltet unter anderem die Erweiterung des Kataloges für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe (AOP-Katalog) in zwei Schritten. Er umfasst nun mehr Prozeduren und erweitert somit das Ambulantisierungspotenzial deutlich (KBV 2024a; Wienke, 2023).

Das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland betrifft eine Vielzahl von Fachbereichen, wobei nach Berechnungen von Pioch et al. (2023) die höchsten Potenziale in der Strahlenheilkunde, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde zu finden sind. Diese Fachbereiche zeigen ein Potenzial von etwa einem Drittel aller Fälle, die ambulant behandelt werden könnten. Im Gegensatz dazu wurde in der Nuklearmedizin das geringste Ambulantisierungspotenzial beobachtet (Pioch et al., 2023).

Die Herausforderungen bei der Umsetzung der Maßnahmen zur Ambulantisierung beinhalten vor allem die Notwendigkeit zur Anpassung der Strukturen und Prozesse innerhalb der Krankenhäuser. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie von Bedeutung, während dieser sich das Leistungsgeschehen verändert hat. Diese Entwicklung macht deutlich, dass eine flexible Anpassung des Gesundheitssystems essenziell ist, um auf zukünftige Krisen reagieren zu können (Nagel et al., 2017). Die geplante Weiterentwicklung des AOP-Kataloges und die schrittweise Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen werden voraussichtlich dazu beitragen, die ambulante Versorgung weiter zu stärken. Die schrittweise Umsetzung des § 115b Abs. 1 SGB V, welcher die Grundlage für die Erweiterung des AOP-Kataloges bildet, ist ein zentrales Element dieser Strategie (GKV Spitzenverband, 2024). Abschließend ist festzustellen, dass die Ambulantisierung in Deutschland nicht nur eine Antwort auf wirtschaftliche und demografische Herausforderungen darstellt, sondern auch eine

Möglichkeit bietet, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die stationären Einrichtungen zu entlasten.

### 3.1.2 Methodik

Auswertungen zur Ambulantisierung werden auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2013, 2019 und 2021 und auf Basis von DRG-Daten der Jahre 2013, 2019 und 2021 durchgeführt (vgl. Kapitel 2.1.2 und 2.1.3). Dies erlaubt eine regionalisierte Betrachtung bis zur Ebene der Kreise (Wohnortprinzip). Alters- und Geschlechtsstandardisierungen werden mit den Einwohnern Sachsens 2021 als Standardbevölkerung durchgeführt.

Es werden zunächst zwei Hauptindikatoren zur Abbildung des ambulanten Versorgungspotenzials gebildet und auf Basis von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und von DRG-Daten des Jahres 2021 (zum Zeitpunkt der Auswertung jüngstes verfügbares Jahr für DRG-Daten) für Sachsen gesamt und die sächsischen Kreise berechnet.

- Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall
  - ambulante Fallzahl je 1.000 Patienten in den Abrechnungsdaten (standardisiert) / stationäre Fallzahl je 1.000 Einwohner (standardisiert)
- Anzahl ambulant sensibler Krankenhausfälle (ASK) je 1.000 Einwohner (standardisiert)

Die Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall stellt die ambulante und die stationäre Inanspruchnahme gegenüber. Liegt der Wert eines Kreises über dem Landesdurchschnitt, heißt das, die ambulante Inanspruchnahme spielt gegenüber der stationären Inanspruchnahme eine größere Rolle. Liegt der Wert unter dem Landesdurchschnitt, ist die ambulante Inanspruchnahme gegenüber der stationären Inanspruchnahme relativ gering ausgeprägt. Höhere Werte sind im Sinne der gewünschten Stärkung der Ambulantisierung also positiver zu bewerten als niedrigere.

Ambulant sensitive Krankenhausfälle bezeichnen jene Erkrankungen oder Zustände, bei denen ein Krankenhausaufenthalt durch eine effektive ambulante Behandlung vermeidbar gewesen wäre. Zu den ASK zählen sowohl akute als auch chronische Erkrankungen. Berücksichtigt werden die 22 relevantesten ASK gemäß den Arbeiten von Sundmacher et al. (2015a und 2015b) (siehe Tabelle 1). Bestimmt wird die Anzahl Krankenhausfälle mit mindestens einer ASK-Diagnose je 1.000 Einwohner. Ein niedrigerer Wert ist hier positiver zu bewerten als ein höherer Wert.

*Tabelle 1: Liste der berücksichtigten ASK-Diagnosen*

ASK_name	ICD-10-Codes
Ischämische Herzkrankheiten	I20, I25
Herzinsuffizienz	I50
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I05, I06, I70, I73, I78, I83, I86, I87, I95
Bronchitis & COPD	J20, J21, J40-J44, J47
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	F10, F11
Rückenbeschwerden	M42, M47, M53, M54
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	I10-I15
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	K52, K57, K58, K59
Infektiöse Darmkrankheiten	A01, A02, A04, A05, A07-A09
Grippe und Pneumonie	J10, J11, J13, J14, J15, J18
HNO-Infektionen	H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35
Depressive Störungen	F32, F33
Diabetes mellitus	E10, E11, E13, E14
Gonarthrose	M17
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	G56, M75-M77, M79
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	F40, F41, F43, F45, F60
Krankheiten des Auges	H25, H40
Krankheiten des Harnsystems	N30, N34, N39
Schlafstörungen	G47
Infektionen der Haut und der Unterhaut	A46, L01, L02, L04, L08, L72
Mangelernährung	D50, D51-D52, D56, E40-64
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	K02, K04-K06, K08, K12, K13

Den zwei beschriebenen Hauptindikatoren werden Indikatoren der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur gegenübergestellt und Korrelationskoeffizienten über die Werte der 13 sächsischen Kreise berechnet. Hierfür wird die Vertragsarztichte aus dem Landesarztregister und die Anzahl

stationärer Betten und stationär tätiger Ärzte je 1.000 Einwohner aus dem sächsischen Krankenhausplan, den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und den Einwohnerzahlen Sachsens abgeleitet (vgl. Kapitel 2.1.4, 2.1.5 und 2.1.6).

Neben der Betrachtung des Status Quo im jüngsten Datenjahr wird die Entwicklung der ambulanten und stationären Inanspruchnahme zwischen 2013, 2019 und 2021 betrachtet. Dafür werden einerseits alters- und geschlechtsstandardisierte ambulante bzw. stationäre Fälle je Patient (in den Abrechnungsdaten) bzw. je 1.000 Einwohner (Standardbevölkerung = Einwohner Sachsens 2021) für Sachsen und die sächsischen Kreise berechnet. Zum anderen werden ambulante und stationäre Fallzahlen pro ICD-Kapitel für Sachsen aus 2019 und 2021 den Werten aus 2013 gegenübergestellt.

### 3.1.3 Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall und ambulant sensitive Krankenhausfälle

Die Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall in Sachsen variiert zwischen den verschiedenen Kreisen, wie Abbildung 2 (li) und Tabelle 2 verdeutlichen. Sachsenweit betrachtet liegt der Schnitt bei 49,1 ambulanten Arztfällen je stationären Fall. Die Spannweite zeigt eine geografische Streuung innerhalb des Bundeslandes. Leipzig ragt mit 63,6 Fällen heraus und führt die Statistik an, gefolgt von Dresden mit 59,5 Fällen. Beide Städte liegen deutlich über dem Durchschnitt. Die niedrigsten Werte sind im Vogtlandkreis mit (38,3), im Erzgebirgskreis (40,0) und Görlitz (40,4) zu finden.

Ein nahezu umgekehrtes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der ambulant sensitiven Krankenhausfälle (ASK) je 1.000 Einwohner (siehe Abbildung 2, rechts und Tabelle 2). Über das gesamte Bundesland betrachtet liegt die Rate bei 37,1 ASK pro 1.000 Einwohner. In der Stadt Dresden ist diese Rate mit 29,4 ASK pro 1.000 Einwohner am niedrigsten, dicht gefolgt von Leipzig (30,5) und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (31,0). Görlitz weist mit 46,1 ASK pro 1.000 Einwohner die höchste Rate auf, gefolgt vom Vogtlandkreis mit 45,9. Beide Kreise liegen somit deutlich über dem Durchschnitt. Der Erzgebirgskreis, mit einer Rate von 41,6, liegt ebenfalls über dem sächsischen Durchschnitt.

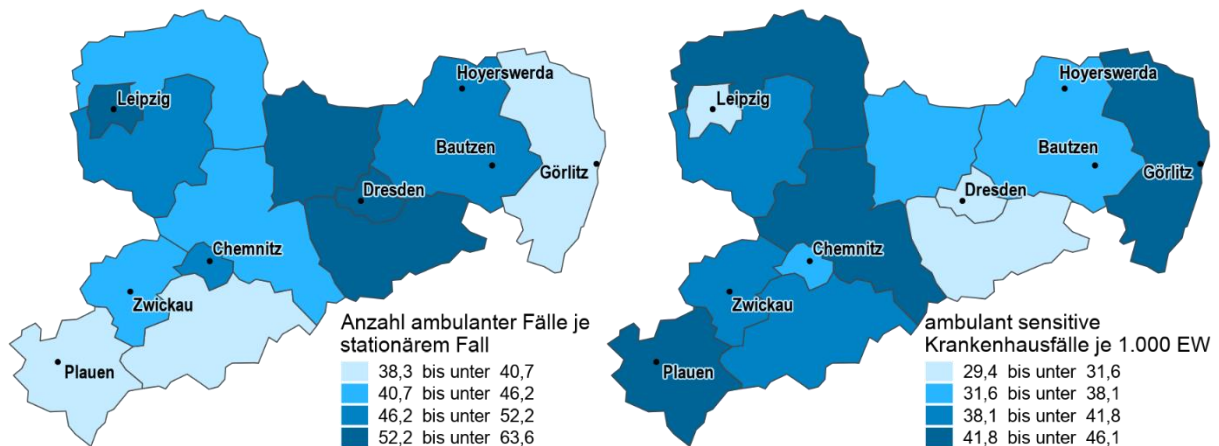


Abbildung 2: Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall (li), ambulant sensitive Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner im Jahr 2021 nach Kreisen

Tabelle 2 umfasst neben den beiden oben beschriebenen Indikatoren auch Indikatoren zur Beschreibung der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur. In der ersten Spalte sind die Werte für Sachsen gesamt abgetragen. In den folgenden Spalten sind die sächsischen Kreise absteigend nach der Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall sortiert. Je weiter vorne ein Kreis liegt, umso positiver ist er hinsichtlich der Ambulantisierung zu bewerten.

Die letzten beiden Spalten zeigen Korrelationskoeffizienten je Indikator einer Zeile mit den beiden Hauptindikatoren. Signifikante Zusammenhänge sind fett hervorgehoben. Es wird zunächst ersichtlich, dass die Anzahl der ambulant sensitiven Krankenhausfälle umso kleiner ausfällt, je höher die Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall ist. Es handelt sich um einen starken, hoch signifikanten negativen Zusammenhang ( $r=-0,89$ ;  $p<0,01$ ).

Für die im Hauptgutachten fokussierten Arztgruppen des ambulanten Bereichs werden die Arztdichten in Tabelle 2 gesamt und getrennt voneinander ausgegeben und außerdem die Fachärzte zusammengefasst. Signifikante Zusammenhänge sind für Arztdichten im ambulanten Bereich gesamt und für Haus- und Kinderärzte zu finden. Je mehr ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner verfügbar sind, umso höher fällt tendenziell die Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall aus ( $r=0,55$ ,  $r=0,64$ ;  $r=0,57$ ;  $p<0,05$ ) und (nur für Kinderärzte signifikant) umso weniger ASK werden tendenziell beobachtet ( $r=0,59$ ;  $p<0,05$ ). Auch bei Augenärzten, Hautärzten, Nervenärzten und Psychotherapeuten geht eine höhere Arztdichte tendenziell mit einer höheren Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall und mit einer geringeren Anzahl ASK je 1.000 Einwohnern einher. Für diese Fachgruppen sind die Ergebnisse jedoch nicht signifikant bei Korrelationskoeffizienten um  $\pm 0,50$ .

Für die stationäre Arzt- und Bettendichte wird kein nennenswerter Zusammenhang beobachtet.

**Tabelle 2: Gegenüberstellung Anzahl ambulante Fälle je stationären Fall, ASK-Fälle und ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen nach Kreisen**

	Sachsen gesamt	Leipzig	Dresden	Sächsische Schweiz Ostert-gebirge	Meißen	Lk. Leipzig	Bautzen	Chemnitz	Nordsachsen	Mittelsachsen	Zwickau	Görlitz	Erzgebirgskreis	Vogtlandkreis	Korrelation mit Ambulant sensitiven Krankenhausfällen	Korrelation mit Anzahl ambulante Fälle je stationären Fall
Anzahl ambulante Fälle je stationären Fall	49,1	63,6	59,5	54,9	52,4	51,5	47,9	46,6	45,8	44,5	41,5	40,4	40,0	38,3	-0,89**	1
Ambulant-sensitiv Krankenhausfälle je 1000 EW	37,1	30,5	29,4	31,0	33,4	39,9	35,1	36,2	43,3	41,8	41,7	46,1	41,6	45,9	1	<b>-0,89**</b>
Stationäre Betten je 100.000 EW	617,5	688,9	674,0	489,7	513,9	387,3	565,7	950,2	738,6	424,6	619,1	655,3	564,4	694,3	0,13	-0,13
Stationär tätige Ärzte (Vollzeitäquivalente) je 100.000 EW	191,4	280,4	268,1	130,4	175,4	130,3	141,3	248,0	174,3	110,9	190,3	157,1	144,2	152,5	-0,35	0,31
Ambulant tätige Ärzte (Vollzeitäquivalente) je 100.000 EW	164,1	188,4	197,8	145,0	157,0	150,7	152,3	197,9	150,9	143,0	156,2	149,8	135,3	146,4	-0,52	<b>0,55*</b>
Fachärzte insgesamt	99,8	122,0	130,8	81,3	91,2	77,6	83,0	140,4	84,3	81,5	95,6	86,2	78,6	85,9	-0,26	0,24
Hausärzte	64,3	66,3	67,0	63,6	65,7	73,1	69,3	57,5	66,6	61,5	60,6	63,6	56,7	60,4	-0,38	<b>0,64*</b>
Augenärzte	7,6	8,7	9,0	6,9	7,9	6,8	7,3	10,7	6,8	6,3	6,9	9,0	5,3	4,1	-0,47	0,53
Chirurgen und Or- thopäden	12,5	14,0	13,4	9,5	13,0	9,2	10,2	17,2	11,1	10,8	15,1	11,7	11,3	13,7	-0,03	-0,10
Fachärztl. tätige In- ternisten	11,3	10,7	13,9	10,2	12,5	9,0	9,5	19,8	10,3	9,0	10,0	11,4	9,6	10,4	-0,26	0,24
Frauenärzte	12,7	15,5	15,8	11,1	9,2	10,6	11,6	16,1	9,6	11,5	12,6	10,8	11,0	11,5	-0,37	0,19
Hautärzte	4,1	5,3	5,4	3,3	4,4	3,5	3,4	5,3	4,1	3,3	3,2	1,8	3,3	4,5	-0,52	0,50
HNO-Ärzte	5,2	6,4	6,4	3,3	5,0	3,5	4,6	7,0	4,8	4,3	5,5	3,8	4,7	5,6	-0,25	0,11
Kinderärzte	8,4	9,8	10,5	8,4	8,8	7,3	7,4	9,6	7,6	6,6	7,8	7,7	6,8	7,9	<b>-0,59*</b>	<b>0,57*</b>
Nervenärzte	7,0	8,3	8,8	5,9	6,3	5,9	6,2	9,9	5,8	6,3	6,8	6,1	4,8	5,9	-0,47	0,45
Psychotherapeuten	27,1	38,8	43,4	19,7	20,8	18,6	19,7	38,8	20,6	19,7	23,0	19,9	18,1	18,7	-0,44	0,50
Urologen	4,0	4,4	4,2	3,1	3,3	3,4	3,2	6,0	3,5	3,5	4,7	4,0	3,8	3,6	0,08	-0,17

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

### 3.1.4 Vergleich der Entwicklung der ambulanten und stationären Inanspruchnahme

Eine Gegenüberstellung der stationären bzw. ambulanten Inanspruchnahme in den Jahren 2013, 2019 und 2021 in Sachsen und in den sächsischen Kreisen ist in Abbildung 3 und Abbildung 4 zu sehen (zur genutzte Farbkodierung siehe Kapitel 3.4.3 und dortige Abbildung 24). Tabelle 3 zeigt ergänzend die prozentualen Entwicklungen zwischen diesen Zeitpunkten.

Aus Abbildung 3 und Tabelle 3 wird deutlich, dass die stationäre Inanspruchnahme zum Jahr 2019 gegenüber 2013 leicht gesunken ist – sowohl in Sachsen gesamt (-4,6%) als auch in allen sächsischen Kreisen (-0,8% im Vogtland bis -7,5% in Bautzen). Es folgt zum Jahr 2021 gegenüber 2019 ein weiterer, stärkerer Rückgang der Inanspruchnahme – ebenfalls sowohl in Sachsen gesamt (-15,7%) als auch in allen sächsischen Kreisen (-10,3% in Chemnitz bis -19,3% im Landkreis Leipzig). Insgesamt geht die stationäre Inanspruchnahme von 2013 bis 2021 in Sachsen um -19,6% zurück (-11,8% in Chemnitz bis -24,4% in Meißen).

Die Entwicklung der ambulanten Inanspruchnahme kann aus Abbildung 4 und Tabelle 3 herausgelesen werden. Es gibt in Sachsen insgesamt zum Jahr 2019 gegenüber 2013 einen minimalen Anstieg um 0,6%. In einigen Kreisen ist die Inanspruchnahme etwas rückläufig (-3,2% im Vogtlandkreis), in anderen nimmt sie etwas zu (5,5% in Meißen). Es folgt zum Jahr 2021 gegenüber 2019 insgesamt ein leichter Rückgang um -1,6%. Zwischen den sächsischen Kreisen variiert diese Entwicklung etwas (+0,6% in Meißen bis -4,2% im Vogtlandkreis). Insgesamt geht die ambulante Inanspruchnahme von 2013 bis 2021 in Sachsen um -1% zurück (+6,1% in Meißen bis -7,3% im Vogtlandkreis).

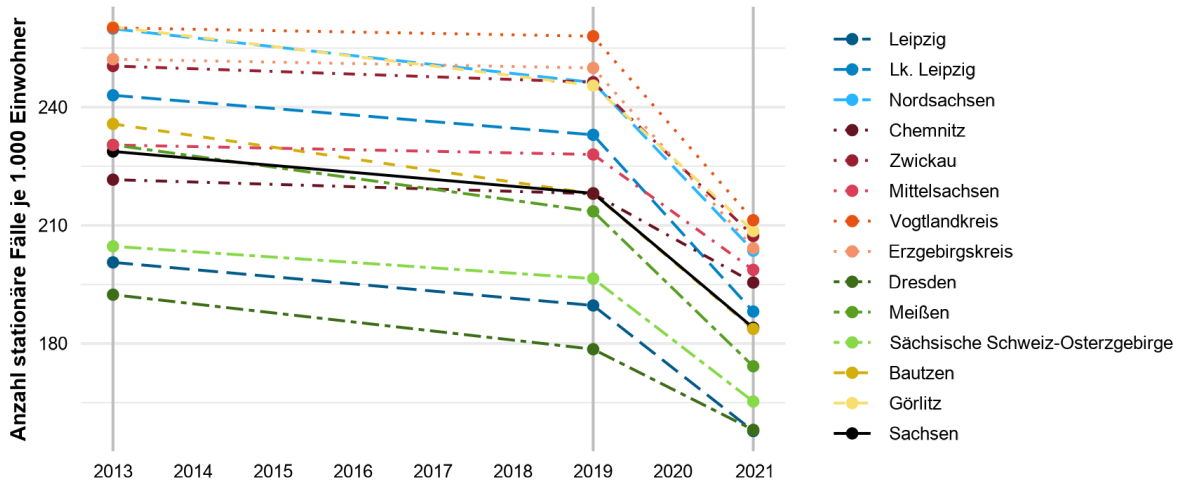


Abbildung 3: stationäre Inanspruchnahme 2013, 2019 und 2021 in Sachsen

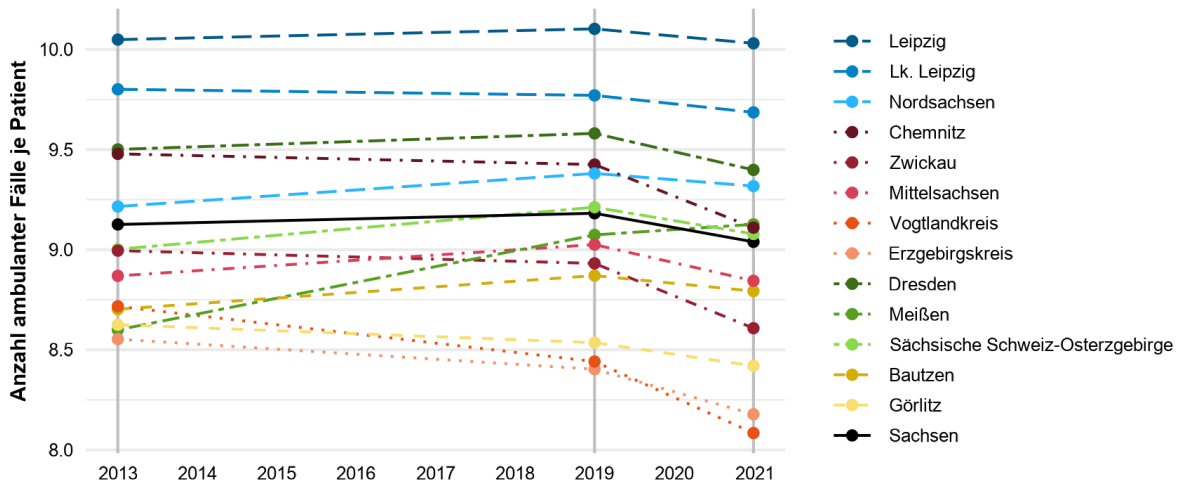


Abbildung 4: ambulante Inanspruchnahme 2013, 2019 und 2021 in Sachsen

Tabelle 3: Entwicklung der stationären und ambulanten Inanspruchnahme

		Sachsen gesamt	Leipzig	Dresden	Sächsische Schweiz Osterz-gebirge	Meißen	Lk. Leipzig	Bautzen	Chemnitz	Nordsachsen	Mittelsachsen	Zwickau	Görlitz	Erzgebirgskreis	Vogtlandkreis
Entwicklung der Inanspruchnahme Stationär (%)	2013 bis 2019	-4,6	-5,5	-7,2	-4,0	-7,3	-4,1	-7,5	-1,6	-5,2	-1,0	-1,6	-5,7	-0,9	-0,8
	2019 bis 2021	-15,7	-16,8	-11,5	-15,9	-18,4	-19,3	-15,7	-10,3	-17,3	-12,8	-15,9	-15,0	-18,3	-18,1
	2013 bis 2021	-19,6	-21,3	-17,8	-19,2	-24,4	-22,6	-22,1	-11,8	-21,7	-13,8	-17,2	-19,9	-19,0	-18,8
Entwicklung der Inanspruchnahme Ambulant (%)	2013 bis 2019	0,6	0,5	0,8	2,3	5,5	-0,3	1,9	-0,6	1,8	1,8	-0,7	-1,0	-1,8	-3,2
	2019 bis 2021	-1,6	-0,7	-1,9	-1,4	0,6	-0,9	-0,9	-3,3	-0,7	-2,0	-3,6	-1,4	-2,7	-4,2
	2013 bis 2021	-1,0	-0,2	-1,1	0,8	6,1	-1,2	1,0	-3,9	1,1	-0,3	-4,3	-2,4	-4,4	-7,3

In den folgenden Abbildungen (Abbildung 5 bis Abbildung 8) ist die Entwicklung der ambulanten und stationären Fallzahl für Sachsen pro ICD-Kapitel zu sehen. Die Fallzahlen aus 2019 und 2021 werden in Prozent gegenüber der Fallzahl aus 2013 angegeben.

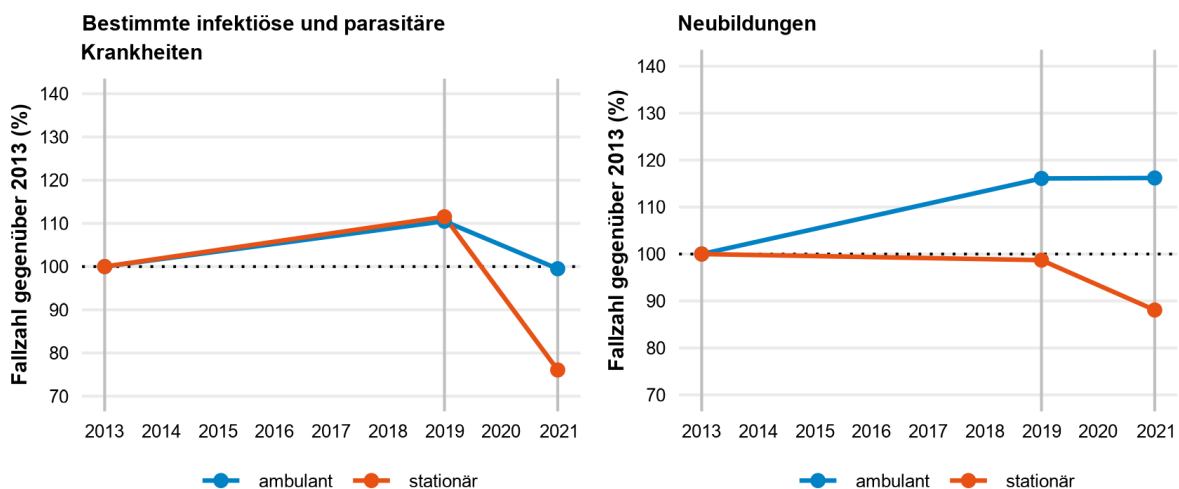
Wie bereits für die gesamte stationäre Inanspruchnahme beobachtet, liegen die stationären Fallzahlen für die meisten ICD-10-Kapitel im Jahr 2019, aber insbesondere im Jahr 2021 unter denen des Jahres 2013 (Werte < 100). Umgekehrt liegen die ambulanten Fallzahlen für alle Kapitel im Jahr 2019 über denen des Jahres 2013 (Werte > 100). Zum Jahr 2021 ist je nach ICD-Kapitel dann zum größten Teil ein leichter Rückgang, zum Teil aber auch eine leichte Zunahme der ambulanten Fälle zu beobachten.

Die Spanne zwischen der Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahl 2021 gegenüber 2013 wird in Tabelle 4 gezeigt. Sie ist am höchsten für Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, Krankheiten des Nervensystems, psychische und Verhaltensstörungen und am niedrigsten für Krankheiten des Atmungs- und des Kreislaufsystems.

Zur Orientierung zeigt Tabelle 4 den Anteil stationärer bzw. ambulanter Fälle je ICD-10-Kapitel.

**Tabelle 4: Unterschied der Entwicklung der ambulanten und der stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln**

ICD-10-Kapitel	Spanne zwischen der Entwicklung der Fallzahl ambulant und stationär 2021 gegenüber 2013 (Prozentpunkte)	Anteil an stationären Behandlungsfällen 2021 (%)	Anteil an ambulanten Behandlungsfällen 2021 (%)
<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</b>	23,4	3,0	2,7
<b>Neubildungen</b>	28,1	12,3	4,8
<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems</b>	55,5	0,8	1,3
<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	18,4	3,1	11,0
<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>	46,5	1,3	8,0
<b>Krankheiten des Nervensystems</b>	47,0	3,7	5,4
<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde</b>	22,0	2,1	4,3
<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes</b>	23,7	0,7	2,1
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	13,7	15,8	12,1
<b>Krankheiten des Atmungssystems</b>	4,6	7,6	6,5
<b>Krankheiten des Verdauungssystems</b>	28,2	10,4	5,5
<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b>	28,5	1,5	4,0
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>	30,9	8,1	11,5
<b>Krankheiten des Urogenitalsystems</b>	19,5	6,5	6,7
<b>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</b>	22,7	5,2	0,4
<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben</b>	28,4	1,3	0,1
<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien</b>	38,3	0,6	1,9
<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind</b>	65,4	4,2	7,8
<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen</b>	28,2	11,8	4,0



**Abbildung 5: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 1)**



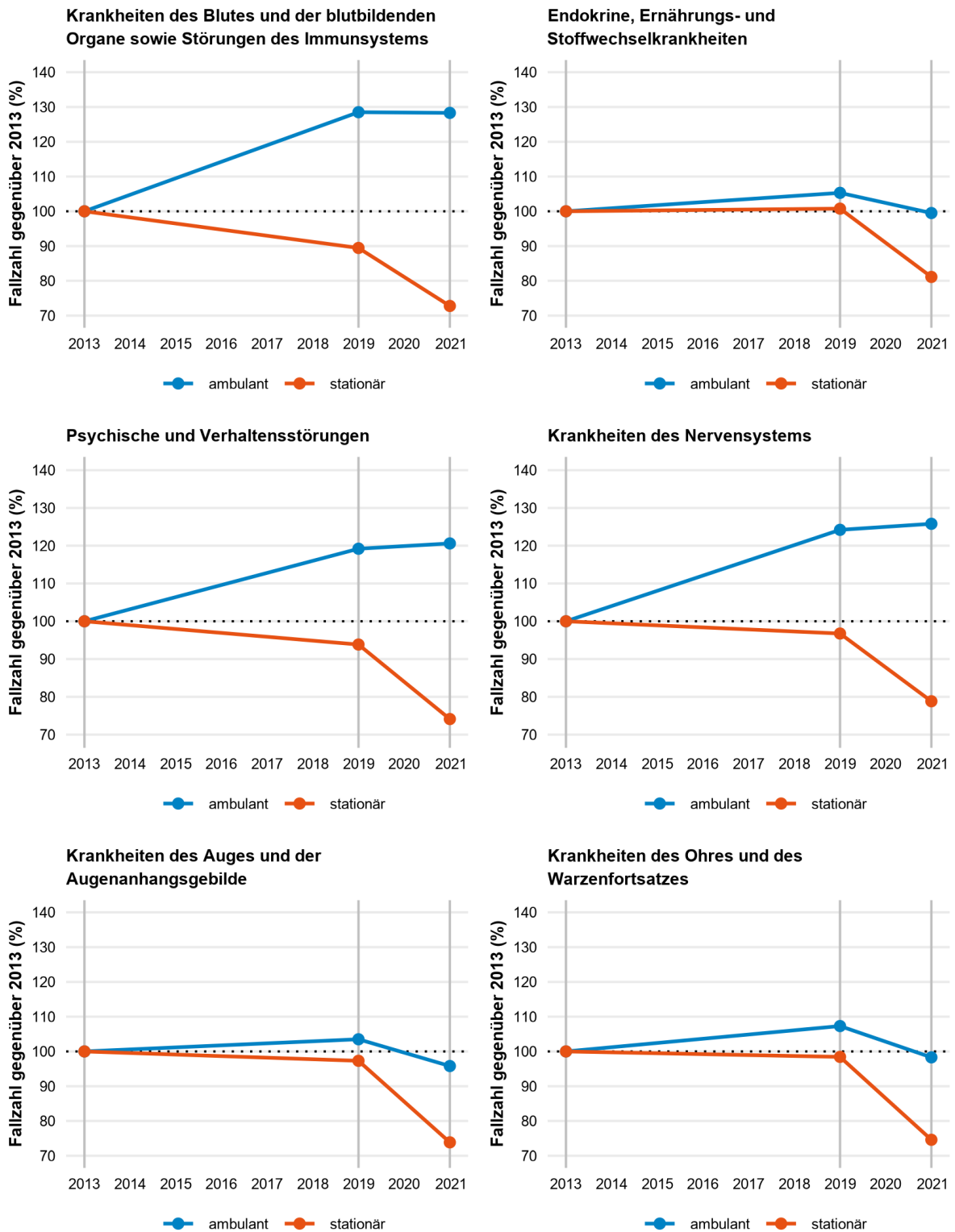


Abbildung 6: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 2)

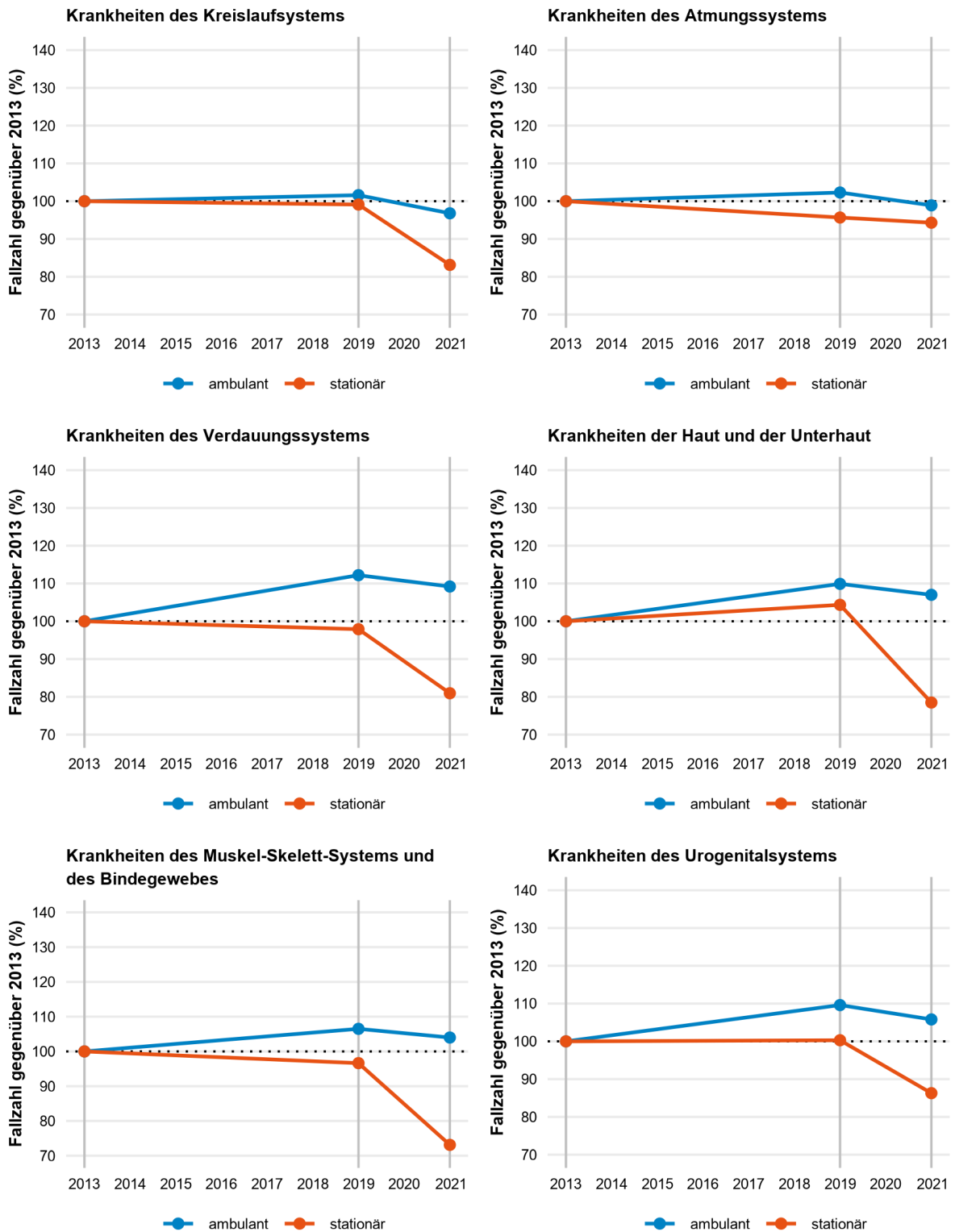


Abbildung 7: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 3)

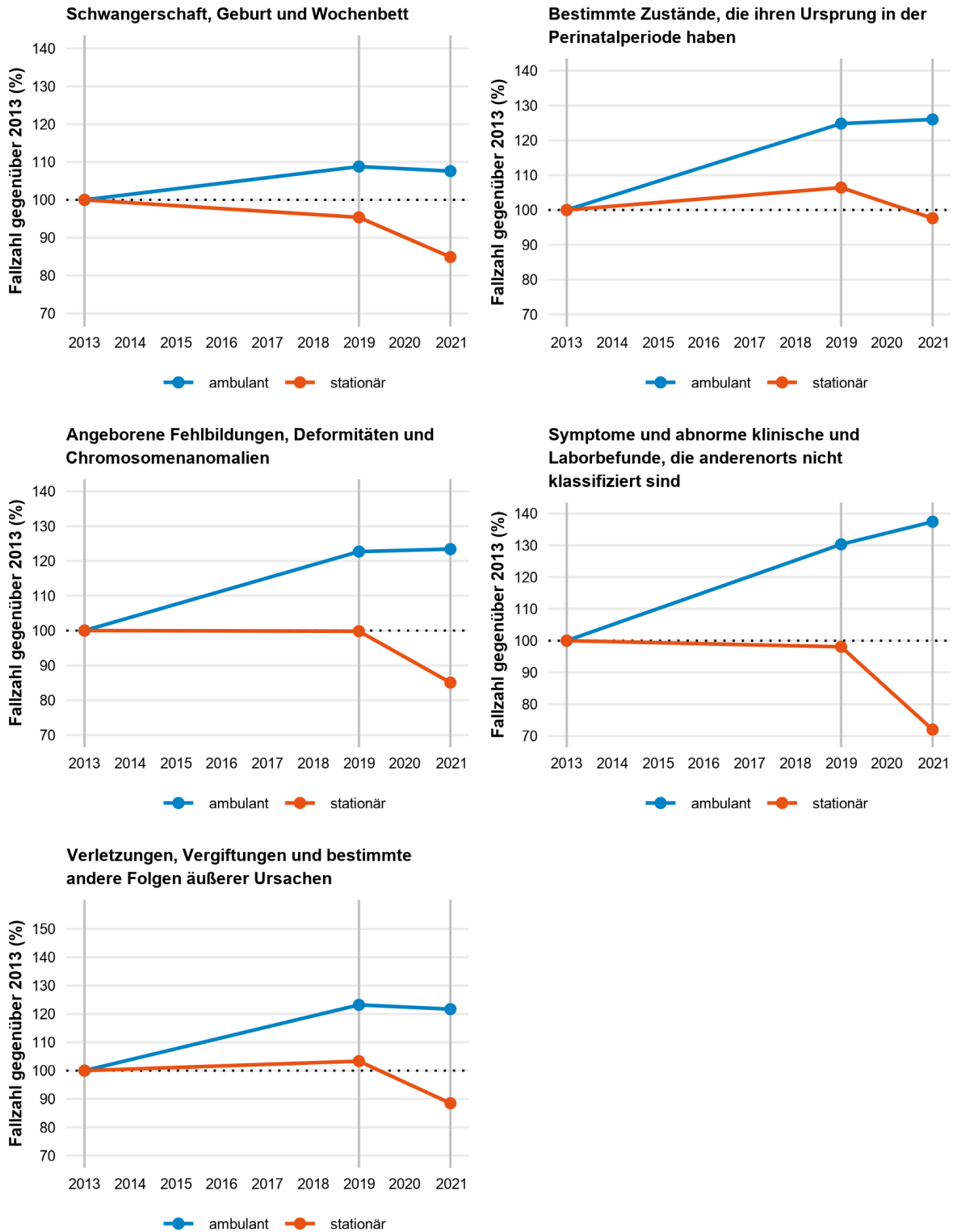


Abbildung 8: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 4)

### 3.1.5 Zusammenfassung und Diskussion

Es zeigen sich regionale Unterschiede hinsichtlich des Verhältnisses der ambulanten zur stationären Inanspruchnahme im Jahr 2021. Insbesondere die Städte Leipzig und Dresden weisen eine überdurchschnittliche Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall auf. Die niedrigsten Werte zeigen der Vogtlandkreis, der Erzgebirgskreis und Görlitz.

Eine hohe Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall geht tendenziell mit einer niedrigen Anzahl ambulant sensibler Krankenhausfälle (ASK) je 1.000 Einwohner einher und umgekehrt ( $r=-0,89$ ,  $p<0,001$ ).

Eine hohe Vertragsärztdichte gesamt und die von Haus- und Kinderärzten ist assoziiert mit einer höheren Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall und die Kinderärztdichte zusätzlich mit einer niedrigeren ASK-Rate ( $r\sim\pm 0,6$ ;  $p<0,05$ ). Eine höhere ambulante Ärztdichte gesamt geht auch tendenziell mit einer niedrigeren ASK-Dichte einher. Das Ergebnis ist knapp nicht signifikant ( $r=0,52$ ;  $p>0,05$ ). Für Augenärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten sind diese Zusammenhänge ebenfalls zu erkennen, jedoch nicht signifikant ( $r\sim\pm 0,5$ ;  $p\geq 0,05$ ).

Für die stationäre Arzt- und Bettendichte wird kein nennenswerter Zusammenhang beobachtet.

Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass Korrelation nicht gleichbedeutend mit Kausalität ist. Die Ergebnisse können durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden, dennoch unterstreichen sie die allgemeine Annahme, dass eine bessere Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von ambulanter medizinischer Versorgung das Risiko für unnötige stationäre Aufenthalte verringern können. Die hier durchgeführten Korrelationsanalysen stehen im Einklang zu den Ergebnissen aus der Studie von Sundmacher und Busse (2012). Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass in Gebieten mit mittlerer Versorgungsdichte ein Anstieg der Anzahl ambulant tätiger Ärzte signifikant mit einem Rückgang der Rate ambulant sensibler Krankenhausfälle (ASK) korreliert. In der Studie von Sundmacher und Busse zeigte sich jedoch gleichzeitig, dass in Situationen starken Wettbewerbs eine sehr hohe Fachärztdichte mit einem Anstieg der ASK-Raten verbunden sein kann.

Das heißt, es gibt möglicherweise einen Wendepunkt, an dem zusätzliche Fachärzte in einer Region nicht weiter zu einer Reduzierung von ASK beitragen, sondern möglicherweise zu deren Erhöhung führen können. Dies deutet auf die Komplexität der Bestrebungen hinsichtlich der Ambulantisierung hin, in dem nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität und Koordination der ambulanten Versorgung sowie die Steuerung des Patientenflusses entscheidend sind. Aus den gezeigten Ergebnissen für Sachsen ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass in irgendeiner Region Sachsens dieser mögliche Wendepunkt überschritten wurde.

Die stationäre Inanspruchnahme ist in Sachsen zwischen 2013 und 2019 insgesamt um -4,6% zurückgegangen. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie zeigte sich zwischen 2019 und 2021 ein stärkerer Rückgang um -15,7%. Dieser Trend ist grundsätzlich für alle sächsischen Kreise zu sehen. Unter Berücksichtigung von DRG-Daten des Jahres 2022 (zum Zeitpunkt der Bearbeitung der vorliegenden Analyse nicht verfügbar) konnte gezeigt werden, dass die bundesweite stationäre Fallzahl nach Einbruch zum Jahr 2020 bis zum Jahr 2022 nicht wieder angestiegen ist (Zi 2023). Es ist jedoch abzuwarten, wie die weitere Entwicklung spezifisch in Sachsen aussieht, insbesondere ab dem Jahr 2023, welches nicht mehr unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie steht. Denkbar ist darüber hinaus, dass sich die Fallzahlen verschiedener stationärer Versorgungsbereiche unterschiedlich weiterentwickeln. Auch dies wäre zu beobachten.

Die ambulante Inanspruchnahme ist in Sachsen zwischen 2013 und 2019 insgesamt minimal angestiegen (+0,6%) und im Rahmen der COVID-19-Pandemie leicht gesunken (-1,7%). Aktuellere vertragsärztliche Abrechnungsdaten deuten darauf hin, dass bis 2022 / Anfang 2023 ein Aufholeffekt stattfindet. (siehe Kapitel 3.4.4; Zi 2023, Zi 2024a).

Die Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln 2019 und 2021 gegenüber 2013 zeigt ein ähnliches Bild wie die gesamte ambulante und stationäre Inanspruchnahme. Die Zahl der stationären Behandlungsfälle liegt für die meisten ICD-10-Kapitel im Jahr 2019, aber insbesondere im Jahr 2021 unter denen des Jahres 2013. Umgekehrt steigen die ambulanten

Fallzahlen für alle Kapitel zum Jahr 2019 leicht an. Zum Jahr 2021 folgt dann je nach ICD-Kapitel zum größten Teil ein leichter Rückgang, zum Teil eine leichte Zunahme.

Die unterschiedlichste Entwicklung der Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungsfällen ist für die ICD-10-Kapitel Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, Krankheiten des Nervensystems, psychische und Verhaltensstörungen zu beobachten. Die geringsten Unterschiede zeigen sich für Krankheiten des Atmungs- und des Kreislaufsystems. Hinsichtlich aller ICD-Kapitel ist die Entwicklung 2021 gegenüber 2013 der ambulanten Fälle höher als die der stationären Fälle. Die Stärke des Unterschiedes kann Hinweise auf das jeweilige Ambulantisierungspotenzial geben.

Die Auswertung konnte hinsichtlich der Einschätzung des Ambulantisierungsgrades Best Practice Beispiele (z. B. Leipzig, Dresden, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) und Regionen mit Nachholbedarf herausstellen (z. B. Voigtlandkreis, Erzgebirgskreis, Görlitz). Die Regionen mit Nachholbedarf zeichnen sich durch eine verhältnismäßig hohe stationäre und eine verhältnismäßig niedrige ambulante Inanspruchnahme aus. Hier gilt es insbesondere das ambulante Angebot zu stärken. Ein Vorbild könnte Meißen sein. Im Jahr 2013 lag die ambulante Inanspruchnahme hier auf ähnlichem Niveau wie in den Regionen mit Nachholbedarf. Bis 2021 ist sie um +6,1% gestiegen und liegt nun im sächsischen Mittel. Beim Indikator „Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall“ zeigt Meißen im Jahr 2021 den vierbesten Wert in Sachsen.

Es wurde außerdem gezeigt, dass zwischen 2013 und 2019 die stationäre Inanspruchnahme insgesamt tendenziell sinkt, während die ambulante Inanspruchnahme tendenziell steigt. Die Schere geht zum Jahr 2021 weiter auf, insbesondere, da die stationären Behandlungsfälle während der COVID-19-Pandemie stark sinken und zum Ende der COVID-19-Pandemie nicht wieder ansteigen, während der Rückgang für die ambulante Inanspruchnahme moderat ausfällt und zum Ende der Pandemie dort ein Aufholeffekt stattfindet. Insgesamt zeigt dies ein starkes Ambulantisierungspotenzial, welches darüber hinaus für die Erkrankungsgruppen aus den meisten ICD-10-Kapiteln besteht.

## 3.2 Arbeitsteilige Prozesse

Es werden Aspekte der Delegation betrachtet, die sich mit Gebührenordnungspositionen in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten abbilden lassen. Diese umfassen im Wesentlichen nichtärztliche Besuche. Sowohl die Inanspruchnahme durch Patienten als auch die Abrechnung entsprechender Leistungen durch Ärzte verschiedener Fachgruppen werden untersucht.

Das Kapitel gibt Hintergrundinformationen zum Thema, beschreibt die Methodik, zeigt Ergebnisse zu den ausgewählten Aspekten und schließt mit einer Zusammenfassung und Diskussion ab.

### 3.2.1 Hintergrund

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) wird als Antwort auf den Ärztemangel und den steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen immer relevanter (Mergenthal & Güthlin, 2018). NäPA übernehmen qualifizierte Aufgaben unter ärztlicher Anleitung, um Ärzte zu entlasten. Das Modell der NäPA wurde 2010 formal etabliert. Diese Fachkräfte führen spezifische, delegierte Aufgaben aus, wie Hausbesuche, Wundversorgung, Unterstützung bei Diagnostik und Verwaltung von Medikationen. Die Qualifikation der NäPA ist entscheidend für den Umfang der delegierbaren Aufgaben und deren selbstständige Durchführung, wobei regelmäßige Überwachung und Anleitung durch den Arzt erforderlich sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, 2023; Mangiapane et al., 2022).

Seit 2015 können Leistungen von NäPAs bundesweit abgerechnet werden. Dies erweitert die Möglichkeit, diese Berufsgruppe in der ärztlichen Versorgung einzusetzen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), wobei bestimmte Gebührenordnungspositionen die finanzielle Unterstützung für die Beschäftigung von NäPAs und die Durchführung von Hausbesuchen abdecken. Die Einbindung von NäPAs in die Versorgung bietet nicht nur Entlastung für Ärzte, sondern verbessert auch die Zugänglichkeit und Effizienz der Patientenversorgung in unterversorgten Gebieten (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, 2023).

Daneben sind Physician Assistants (PA) in Deutschland akademisch ausgebildete Arztassistenten, die in der Praxis unter ärztlicher Verantwortung tätig sind. Ihre Hauptaufgaben umfassen die Mitwirkung bei der Patientenversorgung, Durchführung von Routineuntersuchungen und administrativen Tätigkeiten sowie die Unterstützung der Ärzte bei diagnostischen und therapeutischen Prozessen. PAs können nach einer entsprechenden Einarbeitungszeit selbstständig in bestimmten Bereichen wie Infektionssprechstunden arbeiten, wodurch Ärzte entlastet werden und sich auf komplexere Fälle konzentrieren können. Hinsichtlich der Vergütung von PA existieren noch keine festen Strukturen für eine spezifische Abrechnung ihrer Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung, was teilweise zu Unsicherheiten führt. Aktuelle Diskussionen betreffen die Notwendigkeit, klare Vergütungsregelungen zu etablieren, die den finanziellen und qualifikatorischen Beitrag der PA zur medizinischen Versorgung anerkennen und dadurch ihren Einsatz fördern (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017; Hunfeld et al., 2023; Schillen et al., 2023).

In Deutschland unterscheiden sich NäPA und Physician Assistants hauptsächlich durch ihre Ausbildung und die Art ihrer Tätigkeiten. NäPA sind in der Regel erfahrene medizinische Fachangestellte oder Pflegekräfte, die eine zusätzliche Weiterbildung absolviert haben. Im Gegensatz dazu absolvieren Physician Assistants ein umfassendes Studium, das mit einem Bachelor-Abschluss endet und sowohl theoretische als auch praktische medizinische Ausbildung beinhaltet. Sie arbeiten unter ärztlicher Aufsicht und können eine breitere Palette an medizinischen Aufgaben ausführen (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017; Hunfeld et al., 2023; Schillen et al., 2023).

Beide Berufsgruppen können dabei helfen die Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung in unterversorgten Regionen zu verbessern.

### 3.2.2 Methodik

Da Vergütungen mittels Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bislang nur für nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) (und noch nicht für Physician Assistants (PAs)) geregelt ist, konzentriert sich die Auswertung auf den Einsatz von NäPA in Sachsen.

Tabelle 5 zeigt die Regelungen der Vergütung bei Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA). Hausarztpraxen können einen Strukturzuschlag (max. 23.800 Punkte je Quartal und Praxis) und Besuche der NäPA abrechnen. Voraussetzung dafür ist die Beschäftigung einer NäPA und das Erreichen von Mindestfallzahlen (KBV 2024b). Praxen des fachärztlichen Versorgungsbereiches (und Hausarztpraxen, die die Mindestfallzahlen nicht erreichen) stehen die GOP im unteren Bereich der Tabelle 5 zur Verfügung. Sie können Besuche von angestelltem Praxispersonal mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf abrechnen und erhalten Zuschläge, falls es sich um eine ausgebildete NäPA handelt KBV 2024b).

Aus diesen GOP werden folgende Indikatoren abgeleitet (vgl. Tabelle 5):

- Zuschlag Strukturförderung NäPA
- Besuch durch NäPA
- Nichtärztlicher Besuch

Besuche durch NäPA stellen somit eine Teilmenge der nichtärztlichen Besuche dar.

**Tabelle 5: Regelung der Vergütung bei Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) und Ableitung Indikatoren**

	Regelung zur Vergütung nichtärztlicher Praxisassistenten			Insikatoren		
	Leistung	GOP	Bewertung	Struktur-förderung NäPA	Besuch durch NäPA	nicht-ärztlicher Besuch
Hausärztlicher Versorgungsbereich	Strukturförderung (als Zuschläge zur hausärztlichen Strukturpauschale GOP 03040)	03060	22 Punkte	X		
		03061	12 Punkte	X		
	Besuch der NäPA einschließlich Wegekosten	03062	166 Punkte		X	X
		03064 (Zuschlag)	20 Punkte			
	Besuch der NäPA bei einem weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der GOP 31600 einschließlich Wegekosten	03063	122 Punkte		X	X
03065 (Zuschlag)		14 Punkte				
Fachärztlicher Versorgungsbereich	<b>Hausbesuch</b>					
	Besuch des vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Praxispersonals einschließlich Wegekosten	38100	76 Punkte			X
	Zuschlag, wenn der Besuch durch eine/n qualifizierte/n NäPA erfolgt	38202 (Zuschlag)	90 Punkte		X	
	Besuch des vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Praxispersonals in derselben sozialen Gemeinschaft, einschließlich Wegekosten	38105	39 Punkte			X
	Zuschlag, wenn der Besuch durch eine/n qualifizierte/n NäPA erfolgt	38207 (Zuschlag)	83 Punkte		X	
	<b>Pflegeheimbesuch</b>					
	Besuch des vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Praxispersonals, einschließlich Wegekosten	38100	76 Punkte			X
	Zuschlag, wenn der Besuch durch eine/n qualifizierte/n NäPA erfolgt	38200 (Zuschlag)	90 Punkte		X	
	Besuch des vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Praxispersonals in derselben sozialen Gemeinschaft, einschließlich Wegekosten	38105	39 Punkte			X
Zuschlag, wenn der Besuch durch eine/n qualifizierte/n NäPA erfolgt	38205 (Zuschlag)	83 Punkte		X		

Quelle: KBV (2024b). Nichtärztliche Praxisassistenz in Haus- und Facharztpraxen. URL: <https://www.kbv.de/html/12491.php> [Stand:29.05.2024]

Verwendet werden vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KV Sachsen des Jahres 2021 mit Bezug zu den 48 sächsischen Mittelbereichen (vgl. Kapitel 2.1.2).

Die Indikatoren zu nichtärztlichen Besuchen werden sowohl aus ärztlicher Sicht (es werden nichtärztliche Besuche abgerechnet) als auch aus Patientensicht (es werden nichtärztliche Besuche in Anspruch

genommen) ausgewertet. Die Strukturpauschale wird nur aus Arztsicht und nur für Hausärzte ausgewertet.

Für die Arztsicht wird nicht die Praxis, sondern die Kombination aus Arzt und Leistungsort als Leistungserbringerentität verwendet (siehe auch Kapitel 3.1.2 im Hauptgutachten). So kann der regionale Aspekt bestmöglich berücksichtigt werden. Diese Leistungserbringerentitäten werden vereinfachend als Ärzte bezeichnet. Nur Ärzte mit einer Fallzahl von mindestens 100 (bzw. 10 bei Psychotherapeuten) werden in die Analyse aufgenommen (analog zum Hauptgutachten, siehe Kapitel 3.2.1 dort).

Um möglichst aktuelle Versorgungsstrukturen hinsichtlich des Angebotes von nichtärztlichen Besuchen zu zeigen, werden Daten des jüngsten zur Verfügung stehenden Jahres mit Bezug zu den sächsischen Mittelbereichen verwendet (2021). Da u.a. eine regionale Gegenüberstellung der Verfügbarkeit von Ärzten, die nichtärztliche Besuche abrechnen und der Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche durchgeführt wird, wird auch zur Auswertung der patientenseitigen Inanspruchnahme das Jahr 2021 verwendet. Im Vergleich (hier nicht gezeigt) liegt die Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche 2019 etwas höher als im Jahr 2021 – also während der COVID-19-Pandemie. Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Regionen und zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen sind jedoch in beiden Auswertungsjahren sehr ähnlich. Die Zahl der Leistungserbringer, die nichtärztliche Besuche insgesamt und Besuche von NÄPA im Besonderen abrechnen, steigt jedoch zum Jahr 2021 – insbesondere im hausärztlichen Bereich und kann bei Verwendung des Auswertungsjahres 2021 berücksichtigt werden.

Es werden die auch im Hauptgutachten fokussierten Fachgruppen in die Analyse eingeschlossen: Hausärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Fachinternisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Urologen. Nicht alle dieser Fachgruppen rechnen nichtärztliche Besuche ab.

Die regionale Inanspruchnahme wird – wie im Hauptgutachten – als rohe Rate ausgegeben.

### 3.2.3 Ergebnisse

Insgesamt werden im Jahr 2021 in Sachsen 145.567 nichtärztliche Besuche abgerechnet, davon 78.067 Besuche durch NÄPA. 90,8% der nichtärztlichen Besuche (n=132.233) und 90,2% der Besuche durch NÄPA (n=70.439) entfallen auf Hausärzte. In Abbildung 9 ist die Anzahl nichtärztlicher Besuche sowie die Anzahl Besuche durch NÄPA pro Fachgruppe abgetragen. Neben der großen Bedeutung nichtärztlicher Besuche im hausärztlichen Bereich zeigen sich Urologen hinsichtlich der Anzahl abgerechneter nichtärztlicher Besuche auf Rang 2 (10.195) und Nervenärzte auf Rang 3 (1.804). Dies könnte insbesondere auf Heimbesuche zurückzuführen sein. Bei den restlichen Fachgruppen bewegt sich die Anzahl nichtärztlicher Besuche maximal im dreistelligen (Fachinternisten, Chirurgen und Orthopäden, Hautärzte) bzw. im ein- bis zweistelligen Bereich (Frauenärzte, Augenärzte, Kinderärzte).

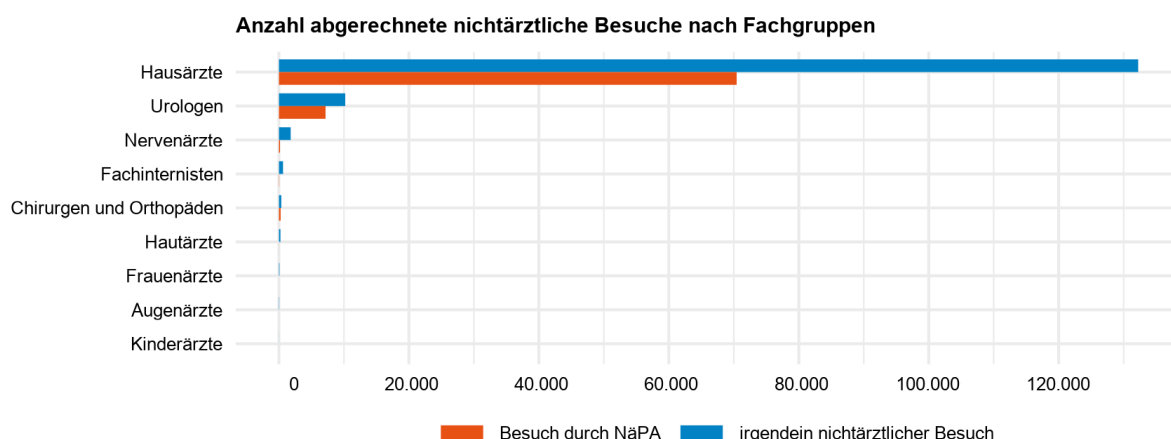
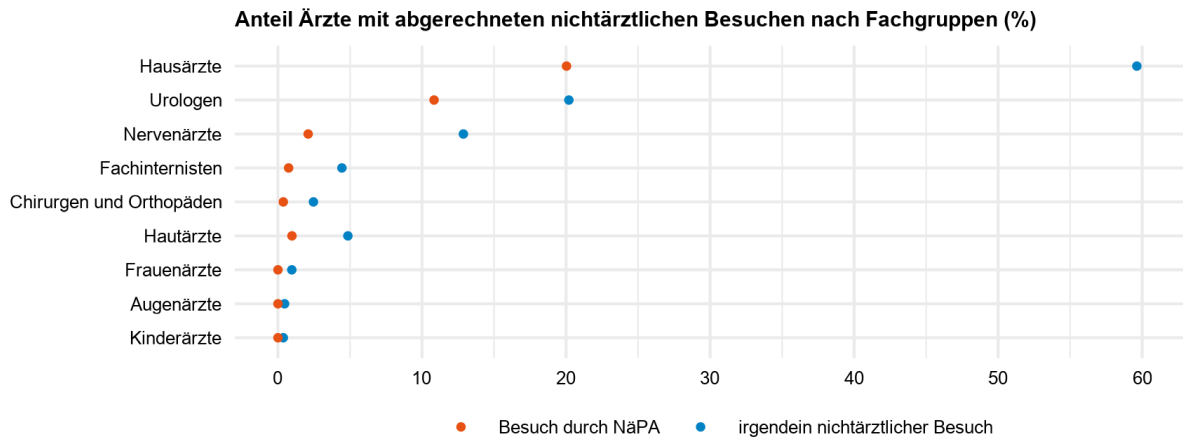


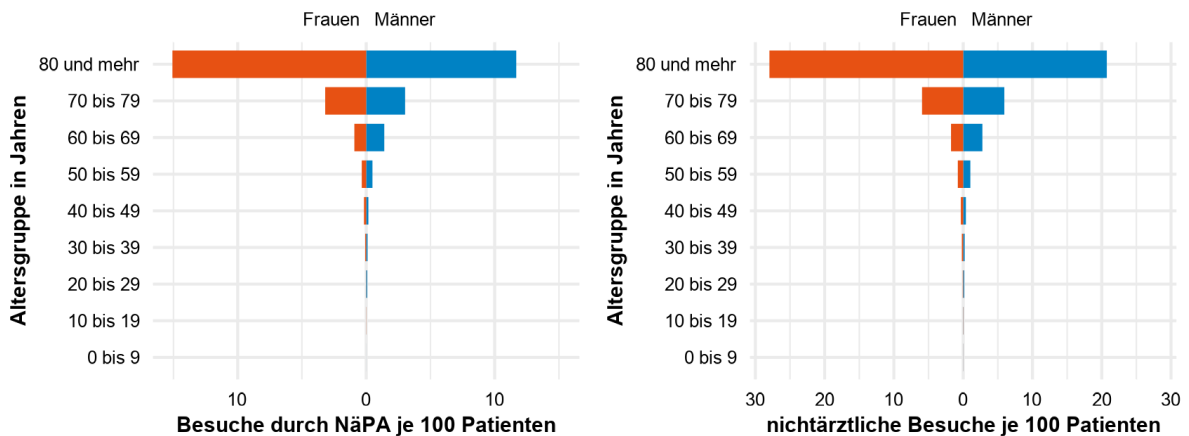
Abbildung 9: Anzahl abgerechneter nichtärztlicher Besuche und Besuche durch NÄPA 2021 nach Fachgruppen



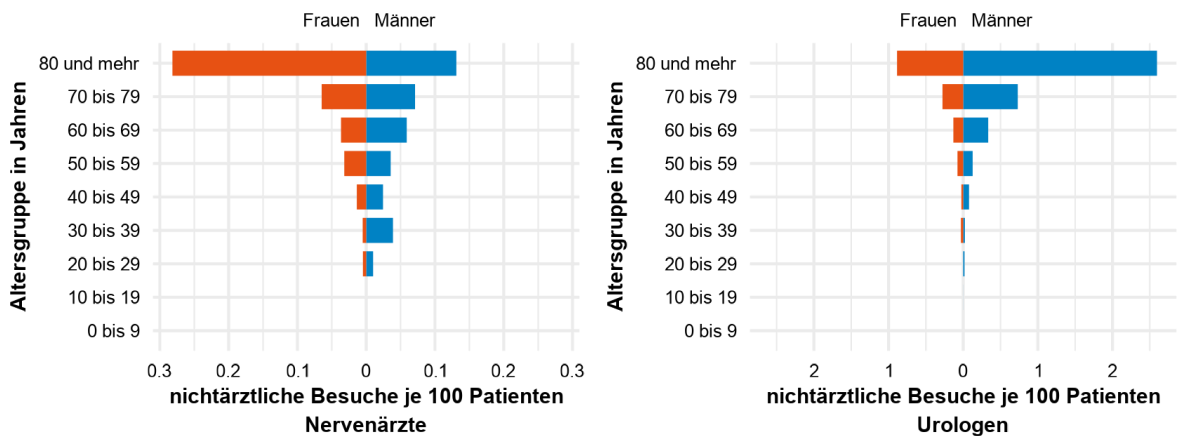


**Abbildung 10: Anteil Ärzte, der im Jahr 2021 nichtärztliche Besuche bzw. Besuche durch NäPA abrechnet, nach Fachgruppen**

Knapp 60% der Hausärzte rechnen nichtärztliche Besuche und 20% rechnen Besuche durch NäPA ab (siehe Abbildung 10). Bei 24% der Hausärzte werden darüber hinaus Abrechnungen des Zuschlags zur Strukturförderung beobachtet (keine separate Abbildung zu diesem Indikator gezeigt). Im fachärztlichen Bereich findet sich der größte Anteil an Ärzten mit abgerechneten nichtärztlichen Besuchen bei den Urologen (20,2%, NäPA 10,8%) und den Nervenärzten (12,9%, NäPA 2,1%). Bei den restlichen Fachgruppen liegt der Wert insgesamt unter 5%, für Besuche durch NäPA unter 1% (siehe Abbildung 10).



**Abbildung 11: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche Jahr 2021 nach Alter und Geschlecht: Gesamt**



**Abbildung 12: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche 2021 nach Alter und Geschlecht: Nervenärzte und Urologen**

In Abbildung 11 wird die Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche nach Alter und Geschlecht gezeigt. Sowohl Besuche durch NÄPA als auch nichtärztliche Besuche insgesamt werden vor allem durch ältere Patienten, insbesondere durch hochbetagte ab 80 Jahren in Anspruch genommen. Auf 100 Patientinnen ab 80 Jahren fallen 28 nichtärztliche Besuch und 15 Besuche durch NÄPA. Bei Männern ab 80 liegen die Werte etwas niedriger: 21 bzw. 12. Für Hausärzte (nicht gezeigt) ist das Erscheinungsbild des Inanspruchnahmeprofiles nahezu identisch mit dem für Gesamt wie in Abbildung 11 gezeigt.

Für die beiden Fachgruppen mit der zweit- und drittgrößten Anzahl abgerechneter nichtärztlicher Besuche – Urologen und Nervenärzte – ist die Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht in Abbildung 12 zu sehen. Auch hier ist sie mit Abstand am höchsten bei Patienten ab 80 Jahren – mit einer Betonung auf Frauen bei Nervenärzten und einer Betonung auf Männer bei Urologen.

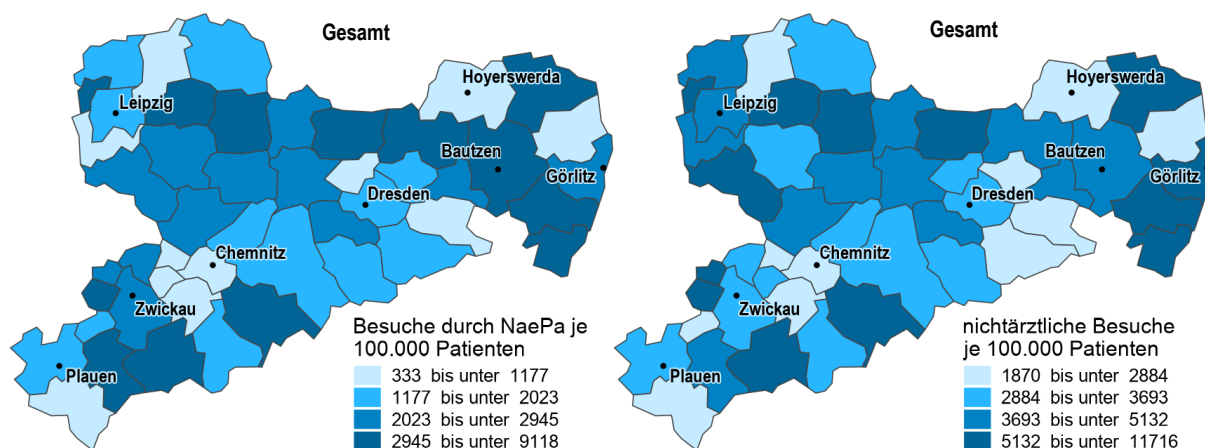


Abbildung 13: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Gesamt

Tabelle 6: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Gesamt

höchste Inanspruchnahme von Besuchen durch NÄPA	niedrigste Inanspruchnahme von Besuchen durch NÄPA	höchste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen	niedrigste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen
Zittau	Limbach-Oberfrohna	Zittau	Niesky
Oschatz	Oelsnitz	Großenhain	Oelsnitz
Großenhain	Niesky	Schkeuditz	Limbach-Oberfrohna
Schkeuditz	Hoyerswerda	Oschatz	Stollberg
Marienberg	Radebeul	Löbau	Chemnitz

Abbildung 13 zeigt die Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche zum einen für alle Besuche (re) und zum anderen für Besuche durch NÄPA (li). Die räumlichen Muster beider Abbildungen ähneln sich. Tabelle 6 listet jeweils die fünf Mittelbereiche mit der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme auf. Die größte Inanspruchnahme findet sich im Bereich Zittau und Löbau, in Großenhain, Oschatz, Schkeuditz und Marienberg. Geringere Inanspruchnahmeraten weisen Niesky, Oelsnitz und Hoyerswerda auf sowie Chemnitz und einige benachbarte Mittelbereiche (z.B. Limbach-Oberfrohna, Stollberg) und einige Mittelbereiche nahe Leipzig und Dresden (z.B. Eilenburg, Radebeul, Pirna).

Auf der folgenden Seite werden Karten zur Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche gezeigt, die durch Hausärzte, Nervenärzte und Urologen abgerechnet wurden. Nur Mittelbereiche, in denen Patienten mindestens eine Leistung in Anspruch genommen haben, sind in Blautönen gefärbt. Zusätzlich erfolgt die Markierung derjenigen Mittelbereiche, in denen mindestens ein Arzt nichtärztliche Besuche abrechnet.

Aus Abbildung 14 wird deutlich, dass in jedem sächsischen Mittelbereich Hausärzte tätig sind, die Besuche durch NÄPA abrechnen. Auch werden durch Patienten aus jedem Mittelbereich Besuche durch NÄPA in Anspruch genommen. Das räumliche Muster ist dabei dem der Inanspruchnahme über alle Fachgruppen sehr ähnlich (vergleiche Abbildung 13). Mittelbereiche mit der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche im hausärztlichen Bereich sind in Tabelle 7 herausgestellt.

In Abbildung 15 erfolgt diese Darstellung für Nervenärzte und Urologen. Es wird ersichtlich, dass nur in 24 der 48 Mittelbereiche Nervenärzte und in 19 Mittelbereichen Urologen tätig sind, die nichtärztliche

Besuche abrechnen. Die Inanspruchnahme erfolgt dann in diesen und einigen umliegenden Mittelbereichen. Nicht in allen Mittelbereichen werden nichtärztliche Besuche dieser beiden Fachbereiche in Anspruch genommen. Mittelbereiche mit besonders hoher bzw. eher niedriger Inanspruchnahme werden in Tabelle 8 aufgeführt.

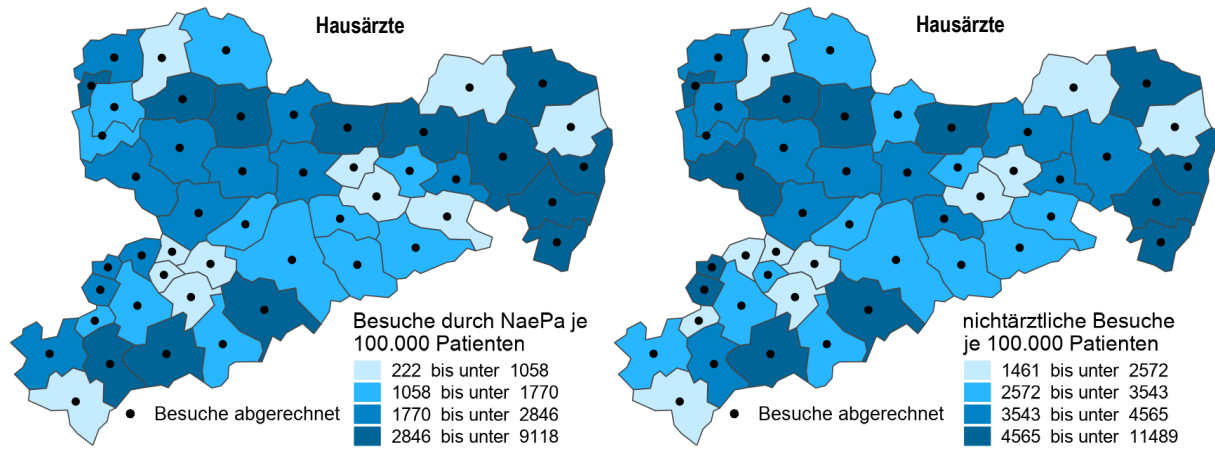


Abbildung 14: Inanspruchnahme und (arztseitige) Abrechnung nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Hausärzte

Tabelle 7: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Hausärzte

höchste Inanspruchnahme von Besuchen durch NÄPA	niedrigste Inanspruchnahme von Besuchen durch NÄPA	höchste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen	niedrigste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen
Zittau	Limbach-Oberfrohna	Zittau	Niesky
Oschatz	Oelsnitz	Großenhain	Hoyerswerda
Großenhain	Niesky	Schkeuditz	Oelsnitz
Schkeuditz	Hoyerswerda	Löbau	Limbach-Oberfrohna
Marienberg	Radebeul	Oschatz	Dresden

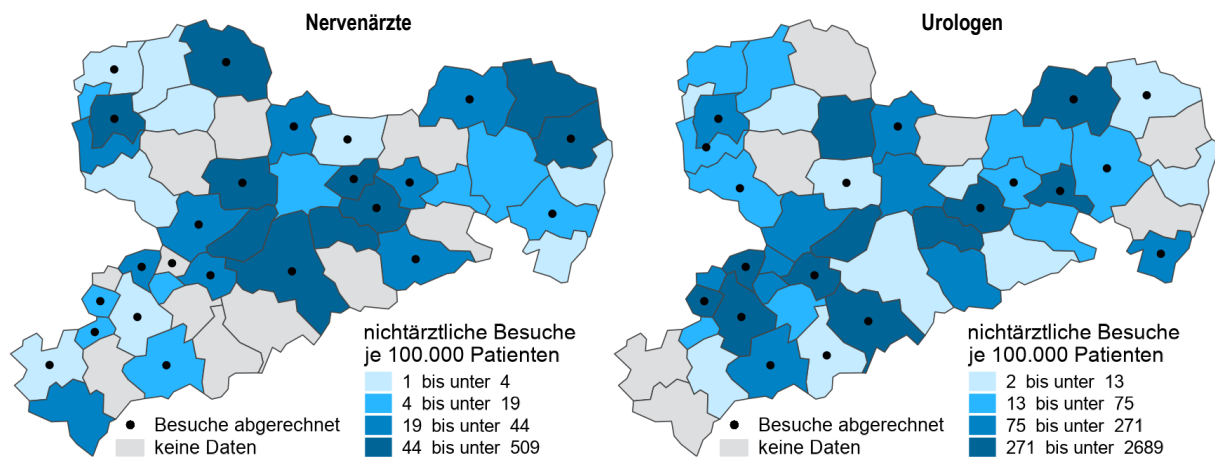


Abbildung 15: Inanspruchnahme und (arztseitige) Abrechnung nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Nervenärzte und Urologen

Tabelle 8: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Nervenärzte und Urologen

höchste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen Nervenärzte	niedrigste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen Nervenärzte	höchste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen Urologen	niedrigste Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen Urologen
Frankenberg-Hainichen	Plauen	Werdau	Görlitz
Weißwasser	Görlitz	Hoyerswerda	Pirna
Niesky	Wurzen	Marienberg	Annaberg-Buchholz
Freiberg	Zwickau	Dresden	Auerbach
Döbeln	Delitzsch	Zwickau	Döbeln

### 3.2.4 Zusammenfassung und Diskussion

Basierend auf den bisherigen Vergütungsregelungen hinsichtlich der Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten konnte die Abrechnung und Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche und die Strukturförderung von Hausarztpraxen, die eine NäPA beschäftigen, untersucht werden.

Im Jahr 2021 werden 145.567 nichtärztliche Besuche abgerechnet, davon 78.067 Besuche durch NäPA. Jeweils 90% fallen auf Hausärzte. Im fachärztlichen Bereich wird die größte Zahl nichtärztlicher Besuche durch Nervenärzte und Urologen abgerechnet (10.195 bzw. 1.804).

In jedem der 48 sächsischen Mittelbereiche gibt es mindestens einen Hausarzt, der eine NäPA beschäftigt. Im fachärztlichen Bereich ist dies für keine Fachgruppe der Fall.

Durch 24% der sächsischen Hausärzte wird die Strukturförderung bei Beschäftigung einer NäPA abgerechnet. 20% der Hausärzte rechnen Besuche der NäPA, 60% rechnen nichtärztliche Besuche insgesamt ab (inkl. NäPA, aber auch z.B. MFA).

Im fachärztlichen Bereich findet sich der größte Anteil an Ärzten mit abgerechneten nichtärztlichen Besuchen bei Urologen (20%) und Nervenärzten (13%). NäPA scheinen im fachärztlichen Bereich nur für Urologen eine gewisse Rolle zu spielen. 11% rechnen Besuche durch NäPA ab. Bei den anderen Fachgruppen liegt dieser Wert im kleinen einstelligen Bereich.

Die Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche erfolgt insbesondere durch hochbetagte Personen ab 80 Jahren. Dies gilt insgesamt sowie für die näher betrachteten Fachgruppen der Hausärzte, Nervenärzte und Urologen. Bei Letzteren ist die Inanspruchnahmerate von Männern höher als bei Frauen, ansonsten wird eine höhere Inanspruchnahmerate durch Frauen beobachtet.

Zur Entlastung im ärztlichen Bereich und zur Erweiterung der Versorgungskapazitäten sowie zur Verbesserung der Zugänglichkeit kann das Prinzip der Delegation einen wertvollen Beitrag leisten. Insbesondere zur Versorgung der in Zukunft wachsenden Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten scheint der nichtärztliche Besuch durch NäPA, aber auch durch erfahrenes angestelltes Praxispersonal ohne NäPA-Weiterbildung eine größere Rolle zu spielen.

Die Auswertungen ergeben, dass etwas weniger als ein Viertel der Hausärzte in einer Praxis tätig ist, die eine NäPA beschäftigt. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2022 durch das Zi. Dort wurde ein Anteil Hausarztpraxen mit NäPA in Sachsen von 22% berichtet. Im Vergleich mit anderen KV-Regionen liegt dieser Wert eher im unteren Bereich (max: Sachsen-Anhalt, 50%, min: Hamburg, 15%). Das heißt hier könnte das Potenzial weiter ausgeschöpft werden. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen hat bereits eine Förderung für Ärztinnen und Ärzte beschlossen, die ihr Personal zu NäPA fortbilden lassen möchten. Dafür werden seit Januar 2021 monatlich 200 EUR für bis zu zwei Jahre gewährt. Seit April 2022 gibt es alternativ die Möglichkeit, einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 3.500 EUR zu beantragen (KV SN 2022). Es ist zu empfehlen, daran weiter anzuknüpfen und das Konzept insbesondere in Fachgruppen mit hoher Relevanz für ältere Bevölkerungsgruppen voranzutreiben.

Neben dem Berufsbild der NäPA empfiehlt es sich, auch die Eingliederung von Physician Assistants (PA) in die Versorgung zu fördern. An PA können ärztliche Aufgaben delegiert werden, die deutlich oberhalb des etablierten qualifizierten Tätigkeitsspektrums von anderen Gesundheitsfachberufen (wie Medizinischen Fachangestellten oder NäPA) liegen, beispielsweise eine Impfberatung und -durchführung oder die Erstuntersuchung bei einem grippalen Infekt. Bisher ist die Vergütung von PA in Deutschland noch nicht geregelt. Ein PA-Modellprojekt wird z. B. durch die KV Westfalen-Lippe (KV WL) durchgeführt. Teilnehmende Praxisinhaberinnen und -inhaber und PA bekommen eine finanzielle Förderung der KV WL. Ziel ist es, die Erfahrungen aus der Arbeit von PA in der ambulanten Versorgung aufzuarbeiten und weiterzugeben. Am Ende will die KVWL ihren Mitgliedern demonstrieren, wie sie ihre Praxis durch die Anstellung eines PA stärken können (KV WL 2023). Bisher ist das Feedback aus den Praxen und auch von Seiten der Patienten sehr positiv (KV WL 2024). Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „PAAM – Physician Assistants in der Allgemeinmedizin“ beschäftigt sich ebenfalls mit der Frage, ob studierte Physician Assistants ärztliche Aufgaben übernehmen und so einen Teil des Engpasses in der hausärztlichen Versorgung kompensieren können (GBA 2024).

Auch der Hausärzteverband widmet sich intensiv dem Thema Delegation. Er stellte Ende 2023 das Konzept der „HÄPPI-Teampraxis“ vor (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell). Einen Schwerpunkt in diesem Konzept bildet die Delegation, z. B. an nichtärztliche Praxisassistenten und Physician Assistants (Hausärzteverband 2023). Ab Juli 2024 soll eine Pilotphase in 10 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg starten. Die Pilotierung in Baden-Württemberg soll zeigen, wie sich Versorgungsprozesse und qualitative Kriterien, etwa die Zufriedenheit von Versicherten und dem Praxisteam, verändern und wird als wichtiger Schritt gesehen, um HÄPPI in der breiten Versorgung zu etablieren (Diehlmann von Berg 2024).

### 3.3 Telemedizinische Leistungen

Es werden telemedizinische Leistungen aus drei Bereichen näher betrachtet, die sich mit Gebührenordnungspositionen in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten abbilden lassen:

- Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient
- Telekonsil
- Telemedizinische Defibrillator-Kontrolle

Das Kapitel gibt Hintergrundinformationen zum Thema, beschreibt die Methodik und Fragestellungen, zeigt Ergebnisse zu den ausgewählten Aspekten und schließt mit einer Zusammenfassung und Diskussion.

#### 3.3.1 Hintergrund

Die Telemedizin hat sich in den letzten Jahren zu einer wesentlichen Säule der modernen Gesundheitsversorgung entwickelt, die es ermöglicht, medizinische Leistungen über räumliche Distanzen hinweg anzubieten und somit die Zugänglichkeit und Effizienz der Patientenversorgung erheblich verbessert (AOK 2024). Durch die Verwendung digitaler Technologien können Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten kommunizieren, Diagnosen stellen und Behandlungspläne besprechen, ohne dass ein physischer Besuch in der Praxis notwendig ist. Die Bundesärztekammer definiert Telemedizin als Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen oder zeitlichen Versatz hinweg mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbringen (BÄK 2023a).

Ein Schlüsselaspekt der Telemedizin ist die Videosprechstunde, die besonders während der COVID-19-Pandemie an Bedeutung gewann. Die Videosprechstunde erlaubt es, medizinische Beratung und Betreuung zu erhalten, ohne dass Patienten ihre Wohnungen verlassen müssen, was nicht nur die Ansteckungsgefahr reduziert, sondern auch die Patientenversorgung in unterversorgten Gebieten besser zugänglich macht (BGM 2023). Seit 2017 ist die Videosprechstunde fester Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und hat sich seitdem stetig weiterentwickelt. Diese Entwicklung wurde durch regulatorische Anpassungen begleitet, die die Nutzung und Abrechnung dieser telemedizinischen Leistung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erleichtert haben (Mangiapane 2023).

Die Pandemie hat als Katalysator für die Akzeptanz und Nutzung der Videosprechstunde gewirkt, wobei temporäre Sonderregelungen die Anwendungsbereiche erweitert und die Begrenzungen für die Durchführung gelockert haben. So konnten während der COVID-19-Pandemie Ärzte und Psychotherapeuten unbegrenzt Videosprechstunden anbieten und abrechnen, wohingegen aktuell wieder Fallzahl und Leistungsmenge auf 30 Prozent begrenzt sind (KBV 2023). Die Bundesärztekammer hat auf diese Entwicklung reagiert, indem sie die Modelle der Telemedizin stetig weiterentwickelt und neu strukturiert hat, wobei die Videosprechstunde nun als eine der vier Hauptkategorien in der Telemedizin etabliert wurde (BÄK 2023c).

Aufgrund dessen legen die nachfolgenden Analysen einen Fokus auf die Auswertung der Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient. In vorangegangenen Analysen des Zi über die Nutzung der Videosprechstunde hat sich zeigt, dass diese Form der telemedizinischen Versorgung insbesondere von Psychotherapeuten und Psychiatern angenommen wurde, was darauf hinweist, dass bestimmte medizinische Fachrichtungen besonders von den Möglichkeiten der Telemedizin profitieren können (Heuer et al. 2023). Die hohe Akzeptanz unter Psychotherapeuten und Psychiatern spiegelt zudem die besondere Eignung der Videosprechstunde für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen wider (Mangiapane 2023).

Neben der Videosprechstunde ist das Telekonsil ein weiteres wichtiges Element der Telemedizin, so dass diese Leistung ebenfalls im Zentrum der nachfolgenden Analysen steht. Telekonsile bieten die Möglichkeit für einen interdisziplinären Austausch zwischen Ärzten und Therapeuten, um patientenbezogene medizinische Fragestellungen zu klären. Diese Form der Zusammenarbeit, bei der

fachspezifisches Wissen über räumliche Distanzen hinweg geteilt wird, ist seit Oktober 2020 über den EBM abrechenbar und wird im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet (KBV 2024c). Telekonsile ermöglichen einen effizienten Informationsaustausch über Patientenfälle, verbessern die Qualität der Patientenversorgung und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und therapeutischem Personal (BÄK 2023b).

Als weitere Telemedizin-Anwendung wird in diesem Bericht die Defibrillatoren-Kontrolle (Defi-Kontrolle) analysiert. Seit der Einführung im Jahr 2016 können Kardiologen die Funktionsfähigkeit von implantierten Defibrillatoren telemedizinisch überprüfen und diese Leistung abrechnen. Die Regelung sieht vor, dass Ärzte die Funktionsanalyse des Geräts, die Überprüfung des Batteriezustandes sowie die Kontrolle der Elektrodenfunktion durchführen und dokumentieren können. Diese telemedizinische Anwendung eröffnet neue Möglichkeiten für die Patientenversorgung, indem sie eine kontinuierliche Fernüberwachung ermöglicht (DÄB 2016).

Zusammenfassend haben Telemedizin und deren unterschiedliche Anwendungsgebiete bzw. Methoden und Verfahren das Potenzial, die medizinische Versorgung nachhaltig zu verändern. Sie bieten eine flexible und patientenzentrierte Alternative zu Praxisbesuchen und eröffnen neue Möglichkeiten für die wechselseitige Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten oder auch zwischen Ärztinnen und Ärzten und zuletzt auch zwischen Therapeutinnen und Therapeuten (KBV 2023).

### 3.3.2 Methodik

Für dieses Kapitel werden vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KV Sachsen des Jahres 2021 mit Bezug zu den 48 Mittelbereichen verwendet (vgl. Kapitel 2.1.2).

Die zur Abrechnung telemedizinischer Leistungen relevanteste Gebührenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ist die 01450 – Zuschlag Videosprechstunde. Dieser Technikzuschlag kann sowohl im Rahmen einer Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient als auch bei Videokonsilen und Videofallkonferenzen abgerechnet werden, die vor allem zwischen Ärzten stattfinden. Zur Bestimmung von Videokonsilen bzw. Videofallkonferenzen werden GOP zu Konsilen bzw. Fallkonferenzen extrahiert, in deren Zusammenhang die GOP 01450 abrechnungsfähig ist. Sie werden weiter gefiltert auf Fälle, in denen die GOP 01450 tatsächlich abgerechnet wurde. Diese Fälle stellen nur dann eindeutig Videofallkonferenzen bzw. Videokonsile dar, wenn im gleichen Fall keine GOP abgerechnet wurden, die auf einen Arzt-Patienten-Kontakt per Videosprechstunde hindeuten. In den meisten potenziellen Videokonferenz-Fällen finden sich zusätzlich GOP, die für Videosprechstunden zwischen Arzt und Patient stehen. Videofallkonferenzen sind also nicht eindeutig bestimmbar und werden deshalb bei den Auswertungen nicht berücksichtigt. Die wenigen Fälle, in denen die GOP 01450 eindeutig für eine Videofallkonferenz abgerechnet wurde, werden von der Analyse ausgeschlossen. Die Prüfung ergab außerdem, dass die meisten Fälle mit Videokonsil eindeutig ein Videokonsil sind. Deshalb gehen diese nach Ausschluss der wenigen uneindeutigen Fälle in die Auswertung ein. Die eindeutigen Fälle werden als Telekonsil markiert.

Neben der Kombination bestimmter GOP mit dem Technikzuschlag 01450 gibt es eine Reihe GOP, über die sich telemedizinische Leistungen in den drei betrachteten Bereichen direkt abrechnen lassen. Eine vollständige Liste aller eingeschlossenen GOP und deren Zuordnung zu den drei betrachteten Bereichen findet sich im Anhang (angelehnt an Heuer et al. 2023).

Ausgewertet werden Behandlungsfälle mit mindestens einer telemedizinischen Leistung, Ärzte mit mindestens einer abgerechneten telemedizinischen Leistung im Jahr 2021 und Patienten mit Inanspruchnahme von mindestens einer telemedizinischen Leistung im Jahr 2021. Von Auszählungen / Summierungen einzelner telemedizinischer Leistungen wird in diesem Kapitel abgesehen, da die Abrechnungsfähigkeit der 01450 pro Arzt begrenzt ist. Der Fokus liegt somit – getrennt nach den drei betrachteten Bereichen – auf den Fragen:

- Welche Fachgruppen rechnen in welchem Umfang Fälle mit telemedizinischen Leistungen ab?
- Wie hoch ist der Anteil Ärzte je Fachgruppe, der telemedizinische Leistungen abrechnet?
- Patienten welchen Alters und Geschlechts nehmen telemedizinische Leistungen in Anspruch?

- Diagnosen welcher ICD-10-Kapitel werden in Zusammenhang mit telemedizinischen Leistungen dokumentiert?
- Wie hoch ist der Anteil Patienten mit Kontakt zu einer bestimmten Fachgruppe im Jahr 2021, der mindestens einen telemedizinischen Kontakt zu dieser Fachgruppe hatte?
- Unterscheidet sich die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen zwischen den Mittelbereichen Sachsens?

### 3.3.3 Arztfälle mit Telemedizin nach Fachgruppen und Art der Telemedizin

Abbildung 16 zeigt die Verteilung aller Arztfälle mit telemedizinischen Leistungen im Sinne von Videosprechstunde (Arzt-Patient), Telekonsil und Telemedizinische Defibrillator-Kontrolle aus dem Jahr 2021 auf Fachgruppen. Insgesamt sind im Jahr 2021 38.613 Fälle mit Videosprechstunde, 2.921 Fälle mit Telekonsilen und 1.553 Fälle mit telemedizinischer Defi-Kontrollen abgerechnet worden. Alle drei Diagramme verwenden gestapelte Balkendiagramme zur Darstellung der prozentualen Anteile der abgerechneten Arztfälle nach Fachgruppen, wobei unterschiedliche Farben die verschiedenen Fachgruppen hervorheben. Nicht alle Fachgruppen rechnen jede Art der telemedizinischen Leistung ab.

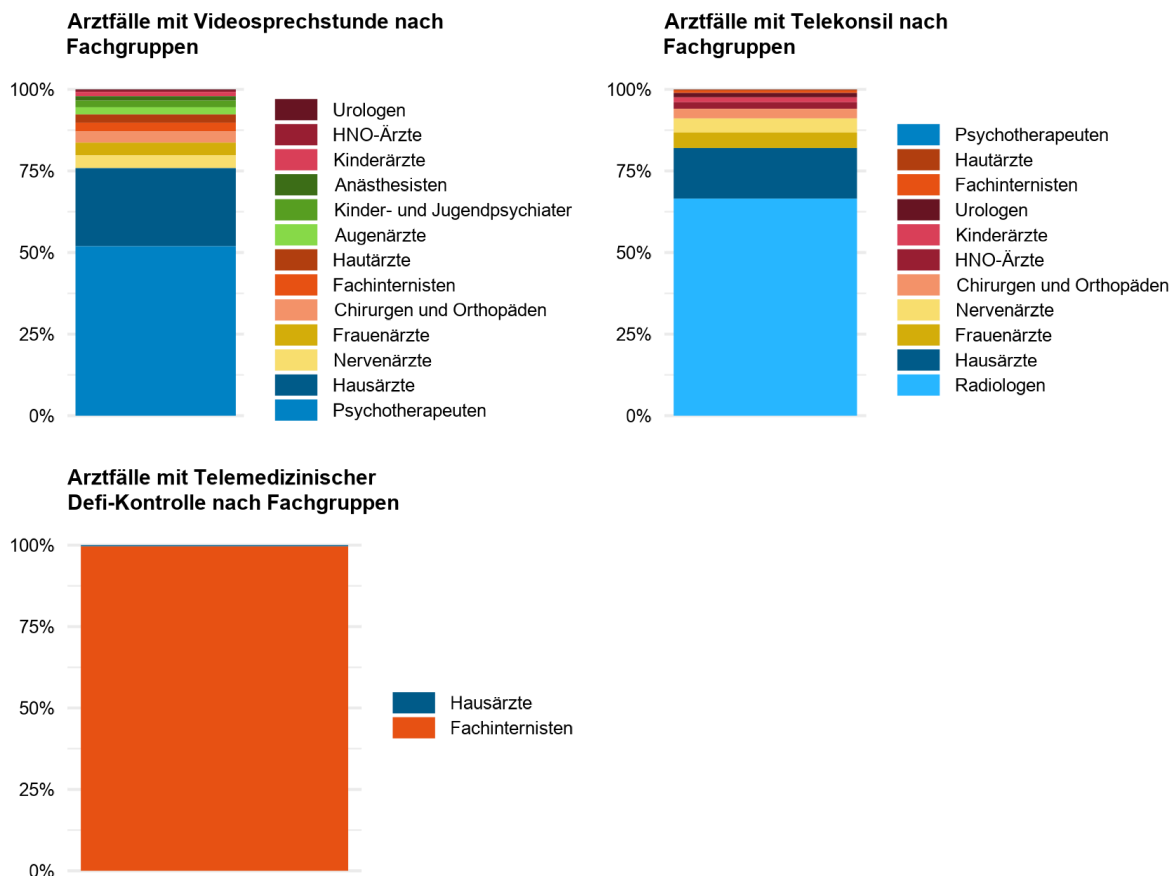


Abbildung 16: Anzahl Arztfälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or), Telemedizinische Defi-Kontrolle (ul) nach Fachgruppe im Jahr 2021

Im ersten Diagramm oben links, das sich auf Videosprechstunden (Arzt-Patient) bezieht, wird ersichtlich, dass Psychotherapeuten mit über 50% den größten Anteil der 38.613 Fälle erbracht haben, gefolgt von Hausärzten mit knapp 25%. Es ist zu erkennen, dass die meisten Fachgruppen die Videosprechstunde abrechnen, allerdings mit deutlichen Unterschieden in der Fallzahl.

Das Diagramm oben rechts zeigt die Abrechnung von Telekonsilen, wobei Radiologen hier den größten Anteil der 2.915 Fälle mit ca. 65% ausmachen. Ebenfalls sind Hausärzte in der Anwendung von



Telekonsilen zu einem größeren Anteil beteiligt (ca. 15% der Fälle). Die Beteiligung weiterer Fachrichtungen fällt deutlich geringer aus.

Im letzten Diagramm unten rechts ist die telemedizinische Defibrillator-Kontrolle (Defi-Kontrolle) abgebildet. Die 1.552 Fälle sind fast ausschließlich von Fachinternisten durchgeführt worden, es folgt nur ein sehr kleiner Anteil an Hausärzten, die diese Leistung abrechnen.

### 3.3.4 Anteil der Ärzte mit telemedizinischen Leistungen

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen für die drei betrachteten Bereiche gesamt und getrennt den Anteil der Ärzte, der im Jahr 2021 mindestens eine telemedizinische Leistung abgerechnet hat.

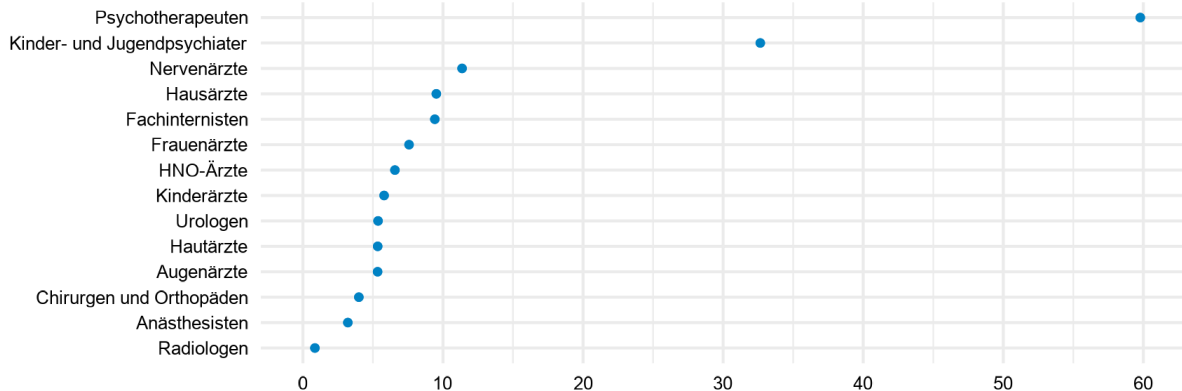


Abbildung 17: Anteil Ärzte mit beliebiger telemedizinischer Leistung nach Fachgruppe im Jahr 2021 (%)

Abbildung 17 stellt den prozentualen Anteil von Ärzten mit mindestens (irgend)einer telemedizinischen Leistung der drei betrachteten Bereiche dar – getrennt nach Fachgruppen. Psychotherapeuten weisen den höchsten Prozentsatz auf, wobei fast 60 % der Ärzte in dieser Fachgruppe telemedizinische Leistungen abgerechnet haben. Kinder- und Jugendpsychiater folgen mit einem Anteil von über 30 %. Die übrigen Fachgruppen folgen mit einem deutlichen Abstand mit Anteilen von bis zu 10 %. Den geringsten Anteil Ärzte mit mindestens einer abgerechneten telemedizinischen Leistung finden sich bei Chirurgen, Orthopäden und Anästhesisten und Radiologen (unter 5 %). Den Radiologen ist also der größte Teil der Fälle mit Telekonsil zuzuordnen und dies ist die einzige der untersuchten telemedizinischen Leistungen, die sie abrechnen (vgl. Abbildung 16), jedoch nutzt nur ein kleiner Anteil der Radiologen diese Leistung.

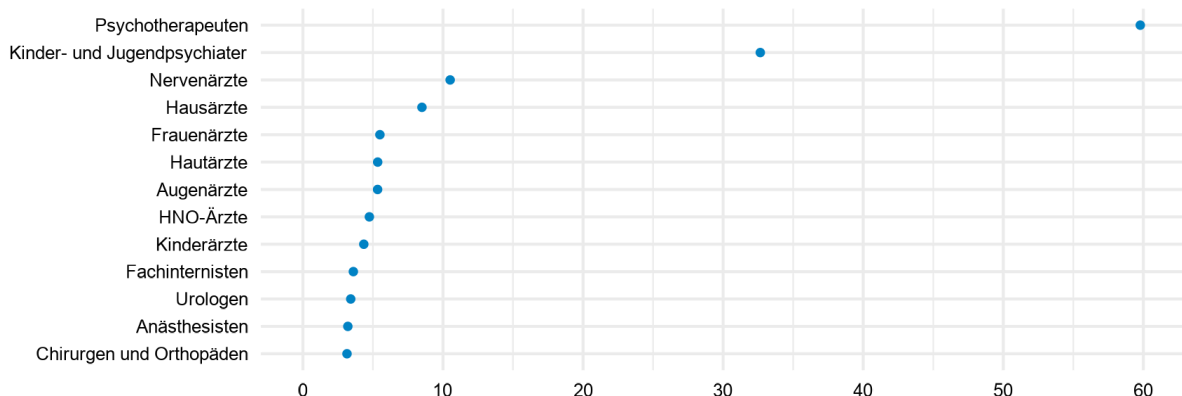
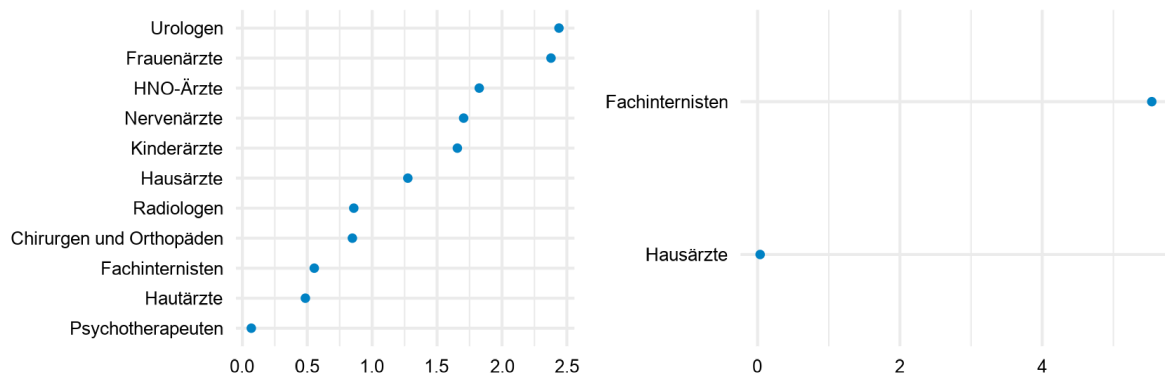


Abbildung 18: Anteil Ärzte mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) im Jahr 2021 nach Fachgruppen (%)

Abbildung 18 fokussiert sich auf den Anteil von Ärzten, die Videosprechstunden (Arzt-Patient) abgerechnet haben. Hier dominieren wie in Abbildung 16 die Psychotherapeuten mit einem Anteil von knapp 60 %. Kinder- und Jugendpsychiater folgen auch hier mit einem Anteil von 30 %, während bei anderen Fachgruppen wie Kinderärzten, Fachinternisten, Urologen, Anästhesisten, Chirurgen und Orthopäden der Anteil Ärzte, der Videosprechstunden anwendet, deutlich niedriger ausfällt (unter 5 %).

Abbildung 19 gibt den prozentualen Anteil von Ärzten getrennt nach den verschiedenen Fachgruppen wieder, die Telekonsile abgerechnet haben. Im Vergleich zum Anteil an Ärzten mit abgerechneten Videosprechstunden sind die Prozentsätze in dieser Kategorie insgesamt geringer. Urologen und Frauenärzten (ca. 2,5 %) sind dabei an der Spitze, gefolgt von HNO-Ärzten, Nervenärzten und Kinderärzten. Psychotherapeuten, die in den anderen Abbildungen zu den telemedizinischen Leistungen führend waren, weisen hier den geringsten Anteil auf (< 0,5%). Nur etwa 0,8% der Radiologen rechnen Telekonsile ab. Dies jedoch in Anbetracht von Abbildung 16 in hoher Anzahl. Umgekehrt rechnet z. B. ein höherer Anteil Urologen und Frauenärzte Telekonsile ab, jedoch in deutlich niedrigerer Anzahl.



**Abbildung 19: Anteil Ärzte mit Telekonsil (li) und Telemedizinischer Defi-Kontrolle (re) im Jahr 2021 nach Fachgruppen (%)**

Die Abbildungen zeigen eine klare Variation in der Anwendung telemedizinischer Dienste über die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, mit einer besonders hohen Beteiligung von Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern bei der Nutzung telemedizinischer Leistungen, vor allem der Videosprechstunde.

### 3.3.5 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung nach Alter und Geschlecht

Die Abbildung 20 stellt den Anteil Patienten mit mindestens einer telemedizinischen Leistung im Jahr 2021, getrennt nach den drei betrachteten Bereichen Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or) und telemedizinische Defibrillator-Kontrolle (ul), nach Altersgruppen und Geschlecht dar.

Das Balkendiagramm oben links illustriert die Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient). Es zeigt deutlich, dass der Anteil Patienten mit mindestens einer Videosprechstunde bei den 20- bis 39-jährigen Frauen am höchsten ist. Insgesamt findet sich über fast alle Altersgruppen hinweg ein höherer Anteil bei Frauen als bei Männern. Der Anteil Patienten mit Videosprechstunde nimmt mit steigendem Alter tendenziell ab, wobei der geringste Anteil bei den 0- bis 9-Jährigen und bei den über 70-jährigen Patientinnen und Patienten beobachtet wird.

Abbildung 20 (or) zeigt den Anteil Patienten, für den im Jahr 2021 mindestens ein Telekonsil abgerechnet wurde. Die höchsten Anteile finden sich bei den älteren Patienten und Patientinnen, mit einem ausgeglicheneren Verhältnis zwischen den Geschlechtern. In den jüngeren Altersgruppen nimmt der Anteil Patienten mit Telekonsilen ab und ist in der jüngsten Altersgruppe am niedrigsten.

Unten links in Abbildung 20 ist der Anteil Patienten mit telemedizinischer Defibrillator-Kontrolle abgetragen. Er ist bei den Altersgruppen ab 60 Jahren am höchsten und bei Männern um ein Vielfaches höher als bei Frauen. In den jüngeren Altersgruppen ist die Nutzung dieser spezifischen telemedizinischen Leistung merklich niedriger bzw. in den ganz jungen Altersklassen gar nicht vorhanden.

Zusammengefasst zeigt die Abbildung 20, dass der Anteil Patienten mit Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) am stärksten bei jüngeren, weiblichen Patienten ausgeprägt ist, während der Anteil Patienten mit Telekonsil etwas gleichmäßiger über die Geschlechtsgruppen verteilt, hier aber insbesondere bei den älteren Patienten verbreitet ist, ebenso wie die telemedizinische Defi-Kontrolle. Bei allen Diensten ist eine geringere Nutzung unter den jüngsten Altersgruppen zu beobachten.

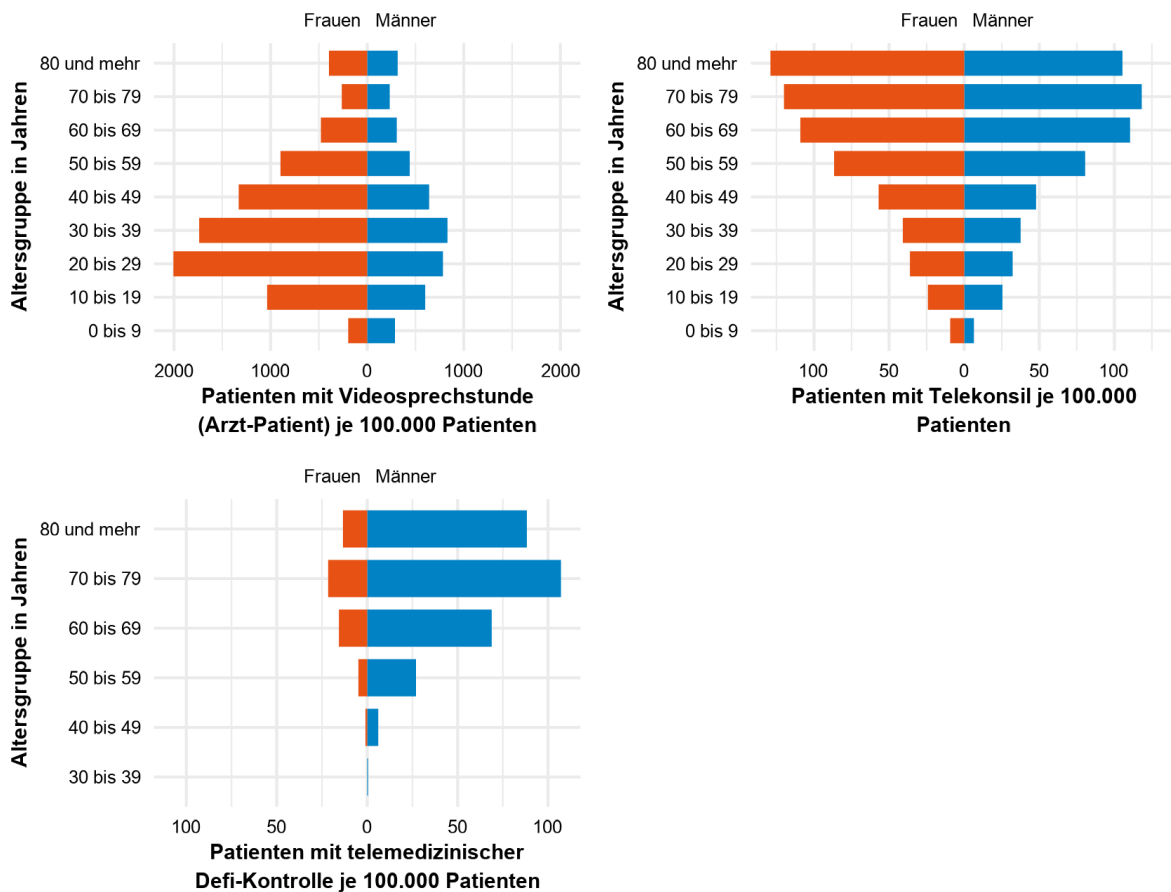


Abbildung 20: Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or), Telemedizinische Defi-Kontrolle (ul) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2021

### 3.3.6 Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) nach Alter, Geschlecht und Fachgruppe

Ergänzend zur Betrachtung telemedizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht im vorangegangenen Kapitel 3.3.5 erfolgt hier eine Differenzierung dieser Betrachtung der Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) zusätzlich nach Fachgruppen. Ermittelt wird der Anteil Patienten mit Kontakt zu einem Hausarzt bzw. Psychotherapeuten, der bei dieser Fachgruppe mindestens eine Videosprechstunde in Anspruch genommen hat. Gezeigt wird also nicht die grundsätzliche Inanspruchnahme von Videosprechstunden nach Alter und Geschlecht wie im vorangegangenen Kapitel, sondern z.B. wie viele von 100.000 Frauen zwischen 30 und 39 Jahren, die im Jahr 2021 mindestens einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten, mindestens eine Videosprechstunde bei dieser Fachgruppe in Anspruch genommen hat.

Die Abbildung 21 zeigt links die Ergebnisse für Hausärzte und rechts für Psychotherapeuten.

Anhand der Skala der x-Achse lässt sich erkennen, dass die Niveaus sich zwischen den Fachgruppen deutlich unterscheiden. Der Anteil psychotherapeutischer Patienten mit mindestens einer Videosprechstunde ist deutlich höher als der Anteil hausärztlicher Patienten mit mindestens einer Videosprechstunde. Der Anteil ist jeweils am höchsten bei Patienten zwischen 20 und 39 Jahren. Bei hausärztlichen Patienten liegt der Anteil mit Videosprechstunde in dieser Altersgruppe deutlich höher als in anderen Altersgruppen. Bei psychotherapeutischen Patienten fällt der Unterschied zwischen den Altersgruppen weniger stark aus. Insgesamt ist er bei den jüngsten und ältesten Patienten tendenziell am niedrigsten und bei Frauen tendenziell höher als bei Männern.

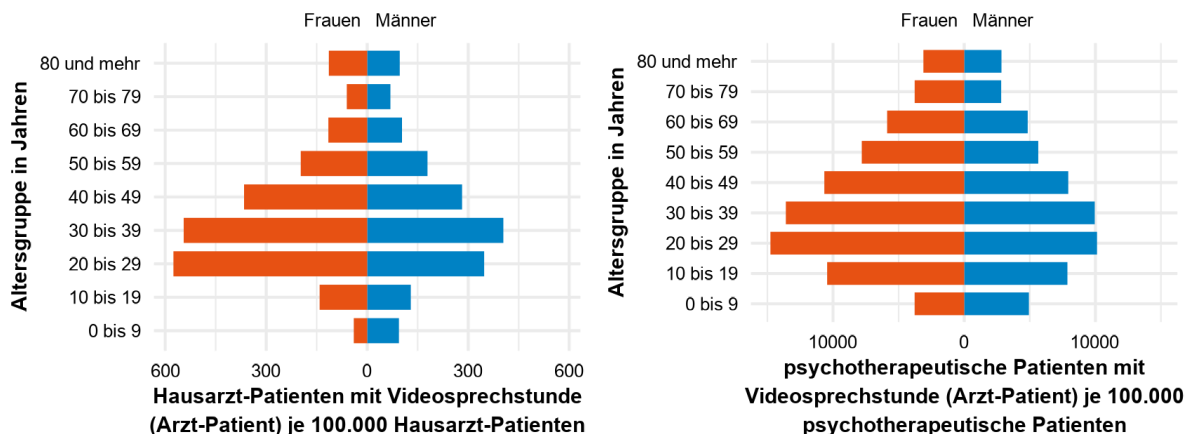


Abbildung 21: Anzahl Patienten mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten (li) bzw. Psychotherapeuten (re) je 100.000 Patienten mit mindestens einem hausärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontakt im Jahr 2021 nach Alter und Geschlecht

### 3.3.7 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen nach ICD-Kapiteln

In den nachfolgenden Tabellen sind die Fallzahlen mit telemedizinischer Leistung nach ICD-Kapitel im Jahr 2021 abgetragen. Gezeigt werden Tabellen für Fälle mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) und Telekonsile.

Bei der Betrachtung des Diagnosespektrums ist zu beachten, dass ein einzelner Fall mehrere Diagnosen aus unterschiedlichen Kapiteln enthalten kann. Dies bedeutet, dass innerhalb eines telemedizinischen Falles Patienten möglicherweise an mehreren Erkrankungen leiden, die verschiedenen ICD-Kapiteln zugeordnet sind. Folglich addiert sich die Anzahl der Diagnosen über alle Fälle hinweg nicht notwendigerweise zur Gesamtzahl der telemedizinischen Fälle auf, da sich die Diagnosen überschneiden können. Ein Fall kann zum Beispiel gleichzeitig psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Atmungssystems umfassen. Dieser Umstand beeinflusst die Gesamtsumme der Fälle in den Tabellen, sodass diese nicht direkt der Anzahl der telemedizinischen Fälle entspricht.

Tabelle 9: Fälle mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) nach ICD-Kapitel im Jahr 2021

ICD-10-Kapitel		Fallzahl
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	26.639
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6.315
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5.311
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	5.296
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	5.153
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	4.764
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4.665
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	3.862
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke*	3.123
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	2.919
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.769
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2.618
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2.421
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2.174
C00-D48	Neubildungen	1.802
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1.651
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	990
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	828
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	591
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	413
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	<30
V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	<30

\* hierzu gehören u.a. vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie, wie beispielsweise der ICD-Code U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen)

Das Diagnosespektrum bei Fällen mit abgerechneter Videosprechstunde (Arzt-Patient) ist in Tabelle 9 illustriert. Es wird vorrangig durch einen hohen Anteil an Fällen von psychischen und

Verhaltensstörungen dominiert, die insgesamt 26.639 Fälle umfassen. In jeweils etwa 5.000 bis 6.000 Fällen mit abgerechneter Videosprechstunde finden sich Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z-Kapitel), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Atmungssystems und Krankheiten des Kreislaufsystems.

Beim Diagnosespektrum der Telekonsilen in Tabelle 10 zeigt sich, dass die meisten Fälle Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes betreffen, mit insgesamt 1.164 Fällen. Für 500 bis unter 1.000 Fälle mit Telekonsil werden jeweils Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln Symptome und abnorme klinische sowie Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R-Kapitel), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, Z-Kapitel, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Atmungssystems dokumentiert.

**Tabelle 10: Fälle mit Telekonsilen nach ICD-Kapitel im Jahr 2021**

ICD-10-Kapitel	Fallzahl	
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1.164
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	879
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	759
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	650
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	589
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	573
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	511
C00-D48	Neubildungen	445
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	438
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	406
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	359
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	357
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke*	166
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	165
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	152
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	129
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	122
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	114
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	90
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	50
V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	<30
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	<30

\* hierzu gehören u.a. vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie, wie beispielsweise der ICD-Code U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen)

### 3.3.8 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen nach ICD-Kapiteln und Fachgruppe

Ergänzend zur Betrachtung telemedizinischer Leistungen nach ICD-10-Kapiteln im vorangegangenen Kapitel 3.3.7 erfolgt hier eine Differenzierung dieser Betrachtung nach ausgewählten Fachgruppen. Die Darstellung erfolgt für hausärztliche und psychotherapeutische Fälle mit Videosprechstunde (Arzt-Patient).

Erwartungsgemäß spielen in Fällen mit psychotherapeutischer Videosprechstunde Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen mit Abstand die größte Rolle (knapp 20.000 Fälle). Diagnosen aus anderen Kapiteln werden demgegenüber nur in wenigen Fällen dokumentiert (siehe Tabelle 11).

In der Analyse der Fälle mit Videosprechstunde bei Hausärzten, segmentiert nach ICD-Kapiteln, zeigt sich eine breites Diagnosespektrum (siehe Tabelle 12). Die meisten Fälle betreffen dabei Krankheiten des Atmungssystems mit insgesamt 4.095 Fällen, gefolgt von Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 3.482 Fällen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 3.286 Fällen.

Auch an dieser Stelle ist zu beachten, dass ein einzelner Fall mit Videosprechstunde mehrere Diagnosen umfassen kann.

**Tabelle 11: Fälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Psychotherapeuten nach ICD-Kapitel im Jahr 2021**

ICD-10-Kapitel		Fallzahl
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	19.846
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	443
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	325
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	201
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	181
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	139
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*	119
C00-D48	Neubildungen	73
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	63
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	58
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	50
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	49
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	37
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	36
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	31
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	<30
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke*	<30
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	<30
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	<30
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<30
V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	<30

\* hierzu gehören u.a. vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie, wie beispielsweise der ICD-Code U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen)

**Tabelle 12: Fälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten nach ICD-Kapitel im Jahr 2021**

ICD-10-Kapitel		Fallzahl
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	4.095
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.482
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3.286
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	3.155
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	3.102
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2.926
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke*	2.827
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*	2.818
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1.986
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.945
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1.893
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.328
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1.260
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1.067
C00-D48	Neubildungen	748
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	633
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	599
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	495
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	363
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	136
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	<30
V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	<30

\* hierzu gehören u.a. vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie, wie beispielsweise der ICD-Code U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen)

### 3.3.9 Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung nach Mittelbereichen

Die Abbildung 22 zeigt farbkodierte Karten von Sachsen, die die Anzahl der Patienten mit mindestens einer abgerechneten telemedizinischen Leistung je 100.000 Patienten im Jahr 2021 unabhängig von der besuchten Fachgruppen nach Mittelbereichen darstellt. Es handelt sich um rohe Raten. Pro Karte wird einer der drei betrachteten telemedizinischen Bereiche gezeigt: Videosprechstunde (Arzt-Patient), Telekonsil, telemedizinische Defi-Kontrolle. In den Karten wird ersichtlich, dass die Inanspruchnahme von telemedizinischen Leistungen regional variiert. Die unterschiedlichen Blau-Schattierungen geben dabei die Intensität der Nutzung wieder, wobei dunklere Töne einen höheren Anteil Patienten mit mindestens einer in Anspruch genommenen telemedizinischen Leistungen repräsentieren. Die

anschließende Tabelle 13 listet jeweils die 5 Mittelbereiche mit der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme auf.

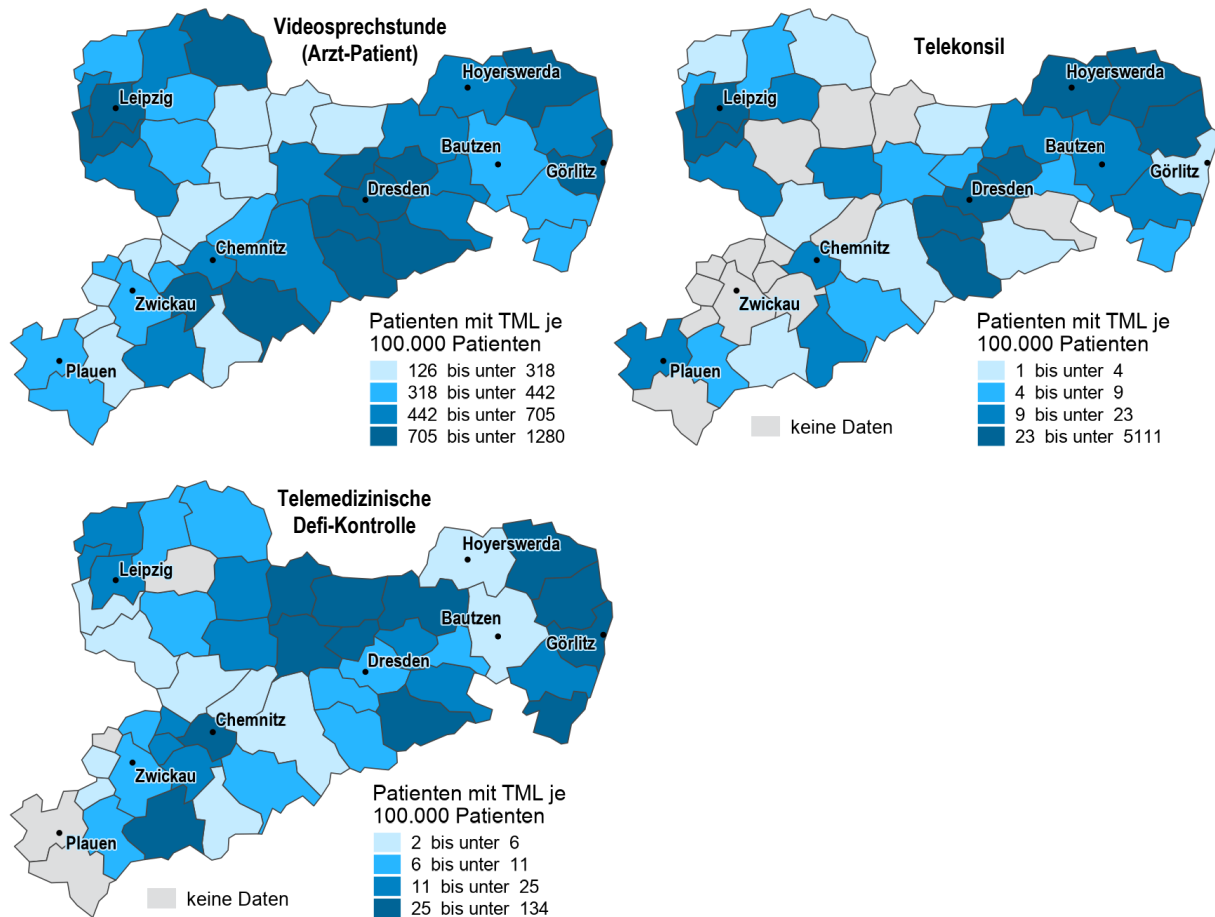


Abbildung 22: Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or) und telemedizinische Defi-Kontrolle (ur) nach Mittelbereichen im Jahr 2021 (rohe Raten)

Tabelle 13: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen

höchste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient)	niedrigste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient)	höchste Inanspruchnahme Telekonsil	niedrigste Inanspruchnahme Telekonsil	höchste Inanspruchnahme telemedizinische Defi-Kontrolle	niedrigste Inanspruchnahme telemedizinische Defi-Kontrolle
Dippoldiswalde	Reichenbach	Weißwasser	Aue	Riesa	Borna
Markkleeberg	Riesa	Hoyerswerda	Mittweida	Aue	Hoyerswerda
Leipzig	Glauchau	Markkleeberg	Görlitz	Niesky	Frankenberg-Hainichen
Pirna	Auerbach	Niesky	Freiberg	Görlitz	Markkleeberg
Weißwasser	Limbach-Oberfrohna	Leipzig	Torgau	Pirna	Freiberg

Der Anteil Patienten mit mindestens einer Videosprechstunde im Jahr 2021 (Abbildung 22 ol) reicht von 126 bis zu 1.280 je 100.000 Patienten. Städtische Bereiche wie Dresden, Leipzig und umliegenden Mittelbereiche zeigen höhere Anteile als viele ländlichere Regionen. Auch in den südlichen Mittelbereichen zwischen Chemnitz und Dresden wie Marienberg, Dippoldiswalde und Pirna sowie in Torgau, Weißwasser und Görlitz sind sie vergleichsweise hoch. Im Gegensatz dazu ist der Anteil Patienten mit Videosprechstunde in einigen nördlichen, mittleren und südwestlichen Mittelbereichen am geringsten.

Die Abbildung 22 zeigt oben rechts den Anteil Patienten, für den mindestens ein Telekonsil abgerechnet wurde. Im Nordwesten des Bundeslandes in Hoyerswerda, Weißwasser und Niesky, aber auch in und um Leipzig und Dresden zeigt sich der höchste Anteil Patienten mit Telekonsil. In 14 Mittelbereichen wurde für keinen Patienten ein Telekonsil abgerechnet (grau dargestellt).

Unten links in Abbildung 22 ist die Inanspruchnahme der telemedizinischen Defibrillator-Kontrolle abgebildet. Hier findet sich die höchste Inanspruchnahme in den nördlichen Mittelbereichen wie Riesa und

Kamenz, in östlichen Mittelbereichen von Weißwasser bis Zittau sowie in Aue, Chemnitz und Pirna. Relativ niedrig ist die Inanspruchnahme in vielen Mittelbereichen im Südosten sowie in Hoyerswerda und Bautzen. In vier Mittelbereichen wurde die Leistung im Jahr 2021 für keinen Patienten abgerechnet.

### 3.3.10 Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) nach Mittelbereich und Fachgruppe

Ergänzend zur Betrachtung telemedizinischer Leistungen nach Mittelbereichen im vorangegangenen Kapitel 3.3.9 erfolgt hier eine Differenzierung dieser Betrachtung der Inanspruchnahme von Videosprechstunden nach Fachgruppen. Ermittelt wird der Anteil Patienten mit Kontakt zu einem Hausarzt bzw. Psychotherapeuten, der bei dieser Fachgruppe mindestens eine Videosprechstunde in Anspruch genommen hat. Gezeigt wird also nicht die grundsätzliche Inanspruchnahme von Videosprechstunden nach Mittelbereichen wie im vorangegangenen Kapitel, sondern z.B. wie viele von 100.000 Chemnitzer Patienten, die im Jahr 2021 mindestens einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten, mindestens eine Videosprechstunde bei dieser Fachgruppe in Anspruch nahmen. Es handelt sich um rohe Raten.

Die Abbildung 23 zeigt links die Ergebnisse für Hausärzte und rechts für Psychotherapeuten. Die anschließende Tabelle 14 listet jeweils die 5 Mittelbereiche mit der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme auf.

Die Inanspruchnahme von Videosprechstunden durch hausärztliche Patienten (Abbildung 23 li) ist in und z. T. um die größeren Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz sowie in Görlitz und Niesky am höchsten. Die niedrigsten Werte zeigen eher östliche Mittelbereiche von Weißwasser bis Pirna sowie Oschatz, Riesa, Mittweida, Glauchau, Limbach-Oberfrohna und Auerbach.

Der Anteil psychotherapeutischer Patienten mit mindestens einer Videosprechstunde (Abbildung 23 re) fällt in und südlich von Leipzig, in und um Dresden sowie in Hoyerswerda, Kamenz, Freiberg, Crimmitschau und Hohenstein-Ernstthal am höchsten aus. Demgegenüber zeigt sich eine niedrige Inanspruchnahme in nördlichen, östlichen und südwestlichen Randgebieten.

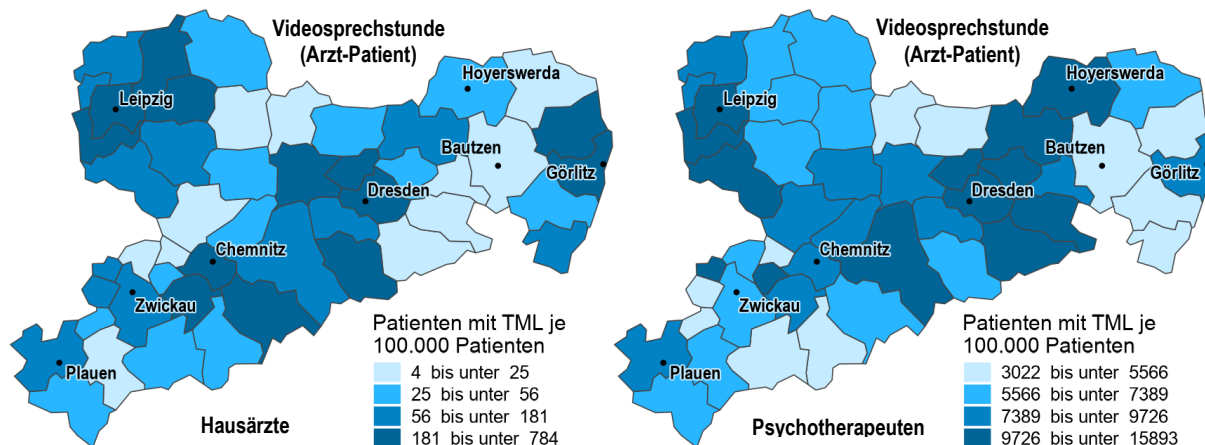


Abbildung 23: Anzahl Patienten mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten (li) bzw. Psychotherapeuten (re) je 100.000 Patienten mit mindestens einem hausärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontakt im Jahr 2021 nach Mittelbereichen (rohe Raten)

Tabelle 14: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) durch hausärztliche bzw. psychotherapeutische Patienten

höchste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient) durch hausärztliche Patienten	niedrigste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient) durch hausärztliche Patienten	höchste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient) durch psychotherapeutische Patienten	niedrigste Inanspruchnahme Videosprechstunde (Arzt-Patient) durch psychotherapeutische Patienten
Markkleeberg	Bischofswerda	Radeberg	Reichenbach
Dippoldiswalde	Weißwasser	Leipzig	Annaberg-Buchholz
Leipzig	Neustadt	Neustadt	Aue
Görlitz	Riesa	Hohenstein-Ernstthal	Riesa
Eilenburg	Glauchau	Kamenz	Großenhain



### 3.3.11 Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassend zeigen die dargelegten Analysen ein Bild über ausgewählte telemedizinische Leistungen in Sachsen im Jahr 2021, aufgeschlüsselt nach Fachgruppen, Art der telemedizinischen Leistung sowie nach Alter, Geschlecht, Diagnosespektrum und regionalen Unterschieden. Die Analysen unterstreichen die unterschiedliche Annahme telemedizinischer Leistungen über verschiedene medizinische Fachgruppen, Alters- und Geschlechtsgruppen und Mittelbereiche Sachsens hinweg.

Fast 60% der Psychotherapeuten rechnen in Sachsen telemedizinische Leistungen ab, wobei Kinder- und Jugendpsychiater ebenfalls eine hohe Rate mit über 30 % aufweisen. Radiologen, Chirurgen, Orthopäden und Anästhesisten nutzen diese Leistungen am seltensten. Über die Hälfte der Fälle mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) fallen auf Psychotherapeuten, knapp 25% auf Hausärzte. Insbesondere für Psychotherapeuten aber auch für Hausärzte (z. B. im Rahmen unkomplizierter Atemwegserkrankungen) bietet sich die Videosprechstunde als Option an, da bei ihnen für Untersuchung und Behandlung nicht zwingend eine physische Anwesenheit erforderlich ist. Dies spielte im Jahr 2021 durch die Covid-19-Pandemie eine größere Rolle, kann jedoch auch eine ungünstige Erreichbarkeit überbrücken. Außerdem könnten psychotherapeutische Patienten aus Diskretionsgründen Online-Sitzungen bevorzugen.

Mit etwa 65% gehen die meisten Fälle mit Telekonsil auf Radiologen zurück, gefolgt von Hausärzten mit 15%. Telemedizinische Defibrillator-Kontrollen werden fast ausschließlich durch Fachinternisten durchgeführt.

Videosprechstunden werden am stärksten von Frauen der Altersgruppe 20-39 Jahre in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme durch Frauen ist insgesamt um ein Vielfaches höher als die durch Männer. In höheren sowie in den jüngsten Altersgruppen fällt sie geringer aus. Videosprechstunden finden zum größten Teil in der psychotherapeutischen Versorgung statt. Diese wird wiederum ebenfalls am stärksten durch Frauen jüngerer und mittleren Alters in Anspruch genommen (siehe Hauptgutachten, Kapitel 5.6.13).

Um bei der alters- und geschlechtsspezifischen Betrachtung der Inanspruchnahme von Videosprechstunden nicht indirekt hauptsächlich die psychotherapeutische Inanspruchnahme wiederzugeben, wird eine weitere Betrachtungsweise gewählt. Es werden Patienten mit mindestens einem Kontakt zu einem Psychotherapeuten bzw. Hausarzt gewählt und von denen der Anteil mit mindestens einer Videosprechstunde bestimmt. Das Bild ändert sich dadurch nicht grundsätzlich. Auch auf diese Weise betrachtet zeigt sich die höchste Inanspruchnahme von Videosprechstunden in der Gruppe der 20- bis 39-Jährigen, sowohl bei psychotherapeutischen als auch bei hausärztlichen Patienten. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern fällt nun jedoch viel weniger deutlich aus. Das heißt, wenn Männer einen Psychotherapeuten oder Hausarzt kontaktieren, spielt die Option einer Videosprechstunde durchaus eine Rolle, wenn auch eine etwas geringere als bei Frauen. Die geringere Inanspruchnahme von Videosprechstunden durch ältere Patienten ab 50 und insbesondere ab 70 Jahren zeigt sich auch hier. Dies kann dafür sprechen, dass eine höhere Technikaffinität und eine stärkere Akzeptanz von Online-Diensten in der Gruppe der jüngeren und mittleren Erwachsenen vorliegt. Die geringere Nutzung im höheren Alter könnte durch weniger Vertrautheit mit der Technologie, aber auch mit der langjährigen Gewohnheit des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes erklärt werden.

Telekonsile werden insgesamt häufiger bei älteren Patienten abgerechnet. Hier spielt vermutlich der interdisziplinäre Austausch durch eine tendenziell höhere Krankheitslast grundsätzlich eine größere Rolle als bei jüngeren Patienten. Auch telemedizinische Defibrillator-Kontrollen werden vorrangig bei Personen über 60 Jahre abgerechnet, was ebenfalls auf ein erhöhtes Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist. Auffällig ist hier jedoch der deutlich höhere Anteil Männer mit telemedizinischer Defibrillator-Kontrolle gegenüber Frauen. Es ist fraglich, ob dies durch einen grundsätzlichen Geschlechterunterschied hinsichtlich implantierter Defibrillatoren erklärt werden kann.

Die Auswertung der telemedizinischen Leistungen nach ICD-Kapiteln zeigen Schwerpunkte in der telemedizinischen Versorgung auf. Bei Psychotherapeuten dominieren erwartungsgemäß psychische und Verhaltensstörungen. Hausärzte behandeln ein breiteres Diagnosespektrum per Videosprechstunde. In

Fällen mit hausärztlicher Videosprechstunde werden insbesondere Krankheiten des Atmungssystems, endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie muskuloskelettale und Kreislaufkrankungen, aber auch psychische und Verhaltensstörungen dokumentiert. Bei Telekonsilen sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Symptome und abnorme Befunde und Verletzungen und Vergiftungen am häufigsten Teil des Diagnosespektrums.

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme variieren in Abhängigkeit der Art der telemedizinischen Leistung. Videosprechstunden werden in städtischen Gebieten in und um Leipzig und Dresden aber auch in Torgau, Marienberg, Dippoldiswalde stärker in Anspruch genommen. In vielen ländlichen Mittelbereichen sind die Nutzungszahlen tendenziell geringer. Patienten mit Telekonsilen finden sich ebenfalls häufig in und um Leipzig und Dresden, die höchste Inanspruchnahme zeigt sich jedoch in Nordosten in Hoyerswerda, Weißwasser und Niesky. Der Anteil Patienten mit telemedizinischer Defibrillator-Kontrolle ist im Osten und Norden sowie in Aue, Chemnitz und Pirna am höchsten.

Die Gründe für regionale Unterschiede können sehr vielfältig sein – von einer geringeren Verfügbarkeit technischer Ressourcen (Breitbandverbindung) bis hin zu einer niedrigeren Akzeptanz oder einem Mangel an Aufklärung über die Möglichkeiten der unterschiedlichen telemedizinischen Leistungen sowohl auf Ärzte- als auch Patientenseite.

Leuchttumprojekte wie das Dermatologische Telekonsil in der Hausarztpraxis können Vorbilder dafür sein, wie mittels telemedizinischer Techniken eine drohende oder bereits vorliegende Unterversorgung hinsichtlich bestimmter Fachgruppen in bestimmten Regionen entschärft werden kann. Mit Hilfe des dermatologischen Telekonsils werden z. B. in der Region Löbau / Zittau Hausärzte vor Ort und die Dermatologinnen und Dermatologen in den angrenzenden Regionen entlastet (KV SN 2024). Wartezeiten für die Patienten werden verkürzt und der Zugang zur dermatologischen Versorgung wird verbessert.

### 3.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen

In diesem Kapitel wird die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen über den Zeitraum des ersten Quartals 2019 bis zum zweiten Quartal 2023 thematisiert. Die Inhalte lehnen sich an den aktuellen Zi-Trendreport an. Er wurde während der COVID-19-Pandemie eingeführt und wird ab dem Berichtsjahr 2023 für einen fortlaufenden aktuellen Überblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung fortgesetzt (Zi 2024a).

#### 3.4.1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat seit ihrem Ausbruch Anfang 2020 weltweit erhebliche gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen gehabt. Die Pandemie durchlief verschiedene Phasen, die durch das Auftreten neuer Infektionswellen und die Emergenz neuer Virusvarianten gekennzeichnet waren. Die nachfolgende Tabelle 15 gibt einen strukturierten Überblick über die zeitliche Abfolge und das charakteristische Profil dieser Phasen in Deutschland von 2020 bis 2022 (Tolksdorf 2022).

Phase 0 markiert das erste Erscheinen sporadischer Fälle Anfang 2020. Darauf folgte die erste Welle, die das Land im Frühjahr desselben Jahres traf. Hier wurde von Mitte März bis Anfang Mai der erste Lockdown verhängt (Branchenradar 2024). Im weiteren Jahresverlauf stabilisierte sich die Situation zeitweise auf einem Sommerplateau, bevor die zweite Welle ab Oktober begann. Ab Dezember 2020 bis Mai 2021 wurde der zweite Lockdown verhängt (Branchenradar 2024). Derweil ging ab März 2021 die zweite Welle in die dritte Welle über, verursacht durch die Alpha-Variante. Nach einem Sommerplateau 2021 folgte die vierte Welle ab August des Jahres 2021, getrieben durch die Delta-Variante.

Das Jahr 2022 begann mit der fünften Welle, diesmal geprägt durch die Omikron-Varianten BA.1 und BA.2, und mündete später in die sechste Welle mit der Variante BA.5. Jede Phase ist klar definiert durch ihren Anfang und ihr Ende, jeweils angegeben in Kalenderwochen, und zusätzlich durch die entsprechenden Quartale des jeweiligen Jahres dargestellt, um einen schnellen zeitlichen Bezug zu ermöglichen.

Inwieweit die COVID-19-Pandemie Einfluss auf die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen hatte und inwieweit sich die Inanspruchnahme bis Mitte 2023 wieder auf das präpandemische Niveau zurückbewegt hat, soll in diesem Kapitel analysiert werden. Eine Gegenüberstellung der ambulanten und stationären Fallzahlen gesamt und nach ICD-Kapiteln in den Jahren 2013, 2019 und 2021 wird in Kapitel 3.1 thematisiert.

**Tabelle 15: Phaseneinteilung zur Beschreibung der COVID-19-Pandemie in Deutschland von 2020 bis 2022, Stand: 15. September 2022, Einordnung der Lockdowns**

Phase	Phase Name	Lockdown	Beginn Kalenderwoche	Ende Kalenderwoche	Beginn Quartal/Jahr	Ende Quartal/Jahr
0	Auftreten sporadischer Fälle		5/2020	9/2020	Q1/2020	Q1/2020
1	erste COVID-19-Welle	Erster Lockdown Mitte März bis Anfang Mai	10/2020	20/2020	Q1/2020	Q2/2020
2	Sommerplateau 2020		21/2020	39/2020	Q2/2020	Q3/2020
	2a		21/2020	30/2020	Q2/2020	Q3/2020
	2b		31/2020	39/2020	Q3/2020	Q3/2020
3	zweite COVID-19-Welle	Zweiter Lockdown Dezember 2020 bis Mai 2021	40/2020	8/2021	Q4/2020	Q1/2021
4	dritte COVID-19-Welle (VOC Alpha)		9/2021	23/2021	Q1/2021	Q2/2021
5	Sommerplateau 2021		24/2021	30/2021	Q2/2021	Q3/2021
6	vierte COVID-19-Welle (VOC Delta)		31/2021	51/2021	Q3/2021	Q4/2021
	6a (VOC Delta: Sommer)		31/2021	39/2021	Q3/2021	Q3/2021
	6b (VOC Delta: Herbst/Winter)		40/2021	51/2021	Q4/2021	Q4/2021
7	fünfte COVID-19-Welle (VOC Omikron BA.1/BA.2)		52/2021	21/2022	Q4/2021	Q2/2022
	7a (Omikron-Sublinie BA.1)		52/2021	8/2022	Q4/2021	Q1/2022
	7b (Omikron-Sublinie BA.2)		9/2022	21/2022	Q1/2022	Q2/2022
8	sechste COVID-19-Welle (VOC Omikron BA.5)		22/2022	*	Q2/2022	*

Quelle: Tolksdorf 2022 (RKI), Branchenradar 2024; \* Ende der Phase 8 noch nicht definierbar; VOC = Variant of Concern

### 3.4.2 Inhalt und Methodik

Der Fokus liegt zum einen auf der Inanspruchnahme folgender Fachgruppen:

- Gesamt
- Hausärzte
- Augenärzte
- Chirurgen und Orthopäden
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Fachinternisten
- Kinderärzte
- Nervenärzte
- Psychotherapeuten
- Urologen

Auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten wird die Anzahl Arztfälle (Kombination von Arzt, Patient und Quartal) je 100 Patienten bestimmt.

Zum anderen wird die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen betrachtet (siehe Tabelle 16). Hier erfolgt die Auszählung der Leistungshäufigkeit je 100 Patienten.

*Tabelle 16: Betrachtete Leistungskategorien zur Auswertung von Trends der Inanspruchnahme*

Leistungskategorie	Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM	Einschränkung auf leistungsberechtigte Personengruppe
Früherkennung Kinder (Untersuchungen U1 bis U9)	01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719 oder 01723	unter 6 Jahren
Früherkennungskoloskopie	01741	ab 50 Jahren
Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT)	01738	ab 50 Jahren
Gesundheitsuntersuchung	01732	ab 35 Jahren
Hautkrebsscreening	01745 oder 01746	ab 35 Jahren
Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann	01731	Männer ab 45 Jahren
Mammographie-Screening	01750	Frauen 50 bis 70 Jahre
Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau	01760	Frauen ab 20 Jahren
Früherkennung des Zervixkarzinoms	01761	Frauen ab 20 Jahren
Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	01748	Männer ab 65 Jahren
Influenza-Impfung	89111,89112	
andere Schutzimpfungen	GOP, die mit 89* beginnen ohne GOPen für Influenza	
Psychotherapie – Einzeltherapie	Abschnitt 35.2.1 EBM	
Psychotherapie – Gruppentherapie	Abschnitt 35.2.2 EBM	
ambulante Notfälle	01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 oder 01218	
Ambulantes Operieren	Abschnitt 31.2 EBM	
Telefonische Beratung	01433, 01434, 01435	
Videosprechstunde	01450	

Die Inanspruchnahme bestimmter Fachgruppen und Leistungen wird je Quartal und außerdem pro Kreis in Sachsen und für Sachsen gesamt berechnet. Die Grundgesamtheit (Nenner) bilden die Patienten in den Abrechnungsdaten des jeweiligen Kalenderjahres bzw. des Jahres 2022 für die Quartale Q1 und Q2 2023. Die Betrachtung wird für einige Fachgruppen und Leistungen nur auf leistungsberechtigte Personen bezogen: Frauenärzte: nur Frauen, Kinderärzte: nur Personen unter 18 Jahren. Für Leistungskategorien aus dem Bereich Früherkennung erfolgt die Einschränkung gemäß den Richtlinien (siehe Tabelle 16).

### 3.4.3 Hinweise zur Darstellung

Die Darstellung erfolgt in Liniendiagrammen. Pro sächsischem Kreis wird eine Linie gezeichnet, die die fachgruppenspezifische Fallzahl bzw. die Anzahl erbrachter Leistungen pro Quartal im Zeitverlauf anzeigt. Die Linien werden nach Farben und Strichelung differenziert. Dabei wird die regionale Lage und die Raumordnungsregion der Kreise berücksichtigt (siehe Abbildung 24). So sind z.B. die Kreise der Raumordnungsregion Westsachsen in Blautönen gehalten und weisen alle die gleiche Strichelung auf. Die kreisfreien Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz erhalten zur weiteren Erleichterung der Orientierung in den Diagrammen jeweils die dunkelste Abstufung (z.B. Leipzig in dunkelblau).



Abbildung 24: Sächsische Kreise und Raumordnungsregionen mit Hinweis auf farbliche Kodierung und Strichelung je Kreis in den Liniendiagrammen zur Trendauswertung

In Ergänzung zu den farbigen Linien je sächsischem Kreis wird eine etwas dickere schwarze Linie für Sachsen gezeigt, die einen schnellen Eindruck des sächsischen Trends insgesamt erlaubt.

Die Diagramme umfassen die Quartale Q1-2019 bis Q2-2023. Das Minimum und Maximum von Sachsen gesamt aus den Quartalen Q1-2019 bis Q4-2019 wird mit je einer waagerechten schwarzen Linie gekennzeichnet. Sie umrahmen den Wertebereich der präpandemischen Inanspruchnahme. So kann für die sächsische Inanspruchnahme gesamt für jedes abgebildete Quartal geprüft werden, ob sie innerhalb, über oder unter der präpandemischen Inanspruchnahme liegt.

Bei jedem ersten Quartal eines Jahres ist eine senkrechte graue Linie eingezeichnet, dies erlaubt eine bessere Orientierung hinsichtlich der Saisonalität innerhalb von Jahren. Für Kurvenabschnitte innerhalb dieser senkrechten Linien kann außerdem geprüft werden, ob sie der präpandemischen im saisonalen Verlauf ähneln.

Die Inanspruchnahme für Sachsen gesamt und der Einfluss der COVID-19-Pandemie darauf liegt somit im Fokus. Die Diagramme ermöglichen darüber hinaus die Einordnung einzelner Kreise gegenüber dem Durchschnitt für Sachsen.

### 3.4.4 Trends der Inanspruchnahme bestimmter Fachgruppen

Die Abbildung 25 bis Abbildung 36 geben die in Anspruch genommene vertragsärztliche Fallzahl je 100 Patienten insgesamt und für einzelne Fachgruppen wieder. Es folgt zunächst eine zusammenfassende Beschreibung dieser Grafiken. Danach werden alle Abbildungen als Band gezeigt.

Die zusammenfassende Beschreibung fokussiert die Inanspruchnahme in Sachsen gesamt. Der Trend der Inanspruchnahme in den einzelnen sächsischen Kreisen folgt in der Regel dem Muster von Sachsen gesamt. Sichtbar sind darüber hinaus grundsätzliche regionale Unterschiede in der Höhe der Inanspruchnahme. Dieser Aspekt wird bereits im Hauptgutachten thematisiert. Die Inanspruchnahme des Jahres 2019 gesamt und nach Fachgruppen wird dort im Kapitel 5.6 für die sächsischen Mittelbereiche gezeigt.

Bei allen Fachgruppen ist ein Einbruch der Inanspruchnahme im Rahmen des ersten Lockdowns im Q2-2020 zu erkennen. Über alle Fachgruppen gesamt, jedoch insbesondere bei Hausärzten und Kinderärzten ist darüber hinaus ebenfalls ein Einbruch im Rahmen des zweiten Lockdowns im Q1-2021 zu beobachten. (siehe Abbildung 25, Abbildung 26 und Abbildung 27). Im Q4-2021 und Q1-2022 zeichnet sich insgesamt und dabei vor allem bei Hausärzten und Kinderärzten eine Inanspruchnahme ab, die deutlich über dem Niveau von 2019 liegt. In diese Zeit fällt ein hohes Infektionsgeschehen durch die Omikron-Welle (siehe Tabelle 15) und eine RSV-Welle mit Nachholeffekt nach dem zweiten Lockdown im Winter 2020/2021 (RKI 2024). Gleichzeitig ist für diese Zeit eine hohe Inanspruchnahme von telefonischen Beratungen und Videosprechstunden zu beobachten (vgl. Abbildung 53 und Abbildung 54 im nachfolgenden Kapitel 3.4.5). Bei Kinderärzten folgt im Q4-2022 wiederholt eine Inanspruchnahme-spitze. In diese Zeit fällt erneut eine stark ausgeprägte die RSV-Welle (RKI 2024). Sowohl insgesamt als auch bei Hausärzten liegt die Inanspruchnahme der ersten Jahreshälfte 2023 etwas unter dem Niveau der ersten Jahreshälfte 2019. Bei Kinderärzten fällt die Inanspruchnahme in diesen beiden Zeiträumen gleich hoch aus.

Auch bei HNO-Ärzten, Fachinternisten und Urologen wird nach einem Einbruch der Inanspruchnahme zum Beginn der COVID-19-Pandemie und einer Inanspruchnahme unter dem Niveau von 2019 in den Jahren 2020 bis 2021 das Niveau von 2019 nach und nach wieder erreicht (siehe Abbildung 28, Abbildung 29 und Abbildung 30).

Deutlich über dem Niveau von 2019 liegt in der ersten Jahreshälfte 2023 die Inanspruchnahme von Nervenärzten (siehe Abbildung 31). Deutlich überschritten wird die Inanspruchnahme des Jahres 2019 von Psychotherapeuten bereits ab dem Jahr 2020. Sie steigt bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes kontinuierlich an (siehe Abbildung 32).

Ähnlich wie bei Hausärzten liegt bei Chirurgen und Orthopäden sowie bei Augenärzten das Niveau der Inanspruchnahme in der ersten Jahreshälfte 2023 etwas unter der ersten Jahreshälfte 2019, aber innerhalb der Spanne des ganzen Jahres 2019 (siehe Abbildung 33 und Abbildung 34).

Bei Hautärzten und Frauenärzten wird das Inanspruchnahmeniveau von 2019 ab Q2-2020 bis zum Ende des Beobachtungszeitraum im Q3-2023 nicht wieder erreicht (siehe Abbildung 35 und Abbildung 36).

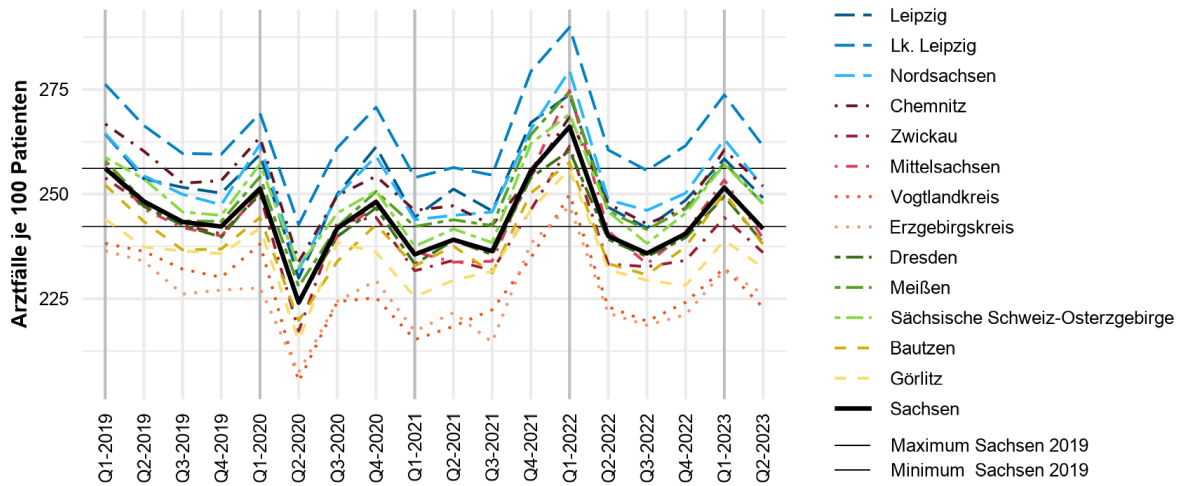


Abbildung 25: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Gesamt

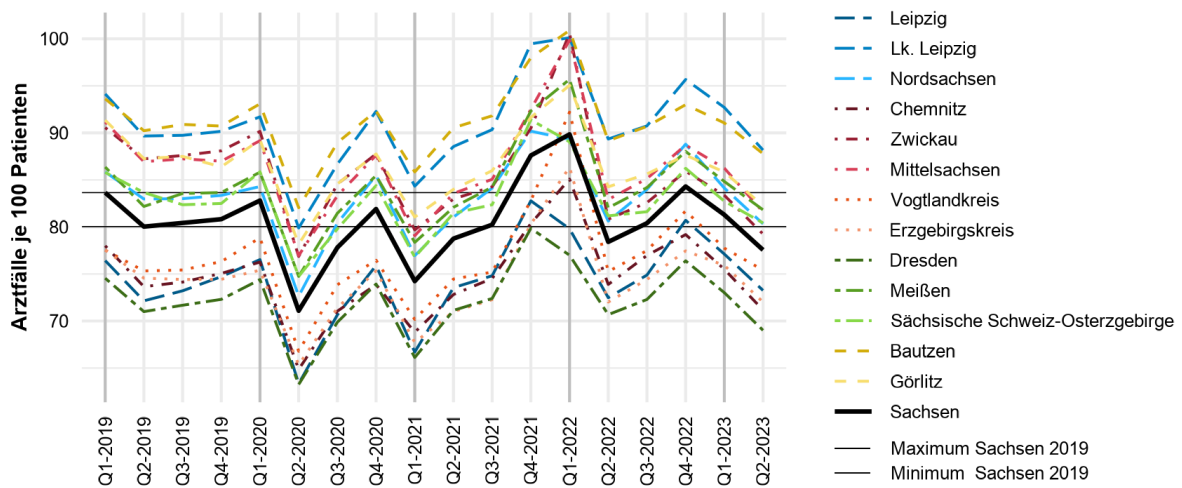


Abbildung 26: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hausärzte

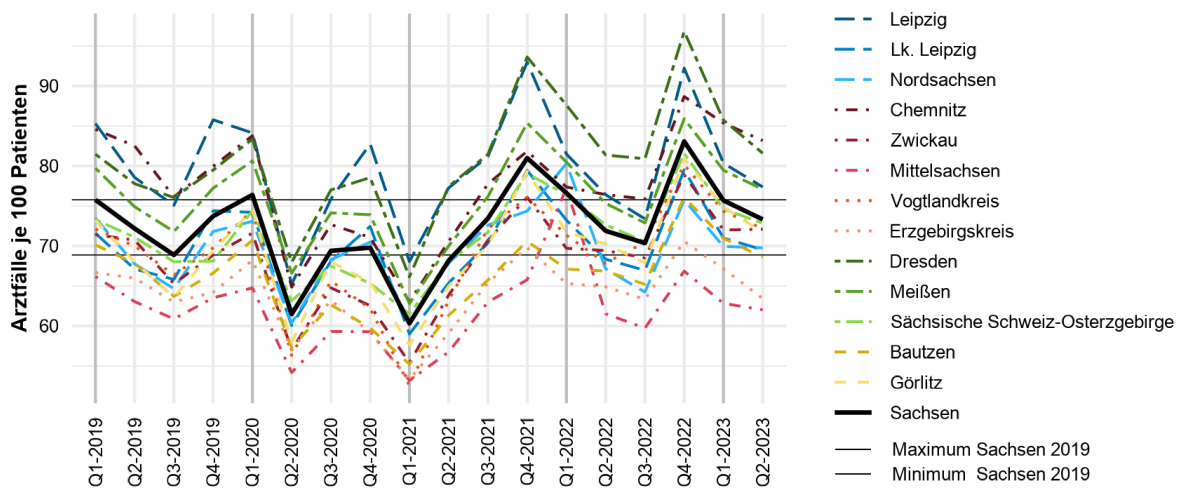


Abbildung 27: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Kinderärzte

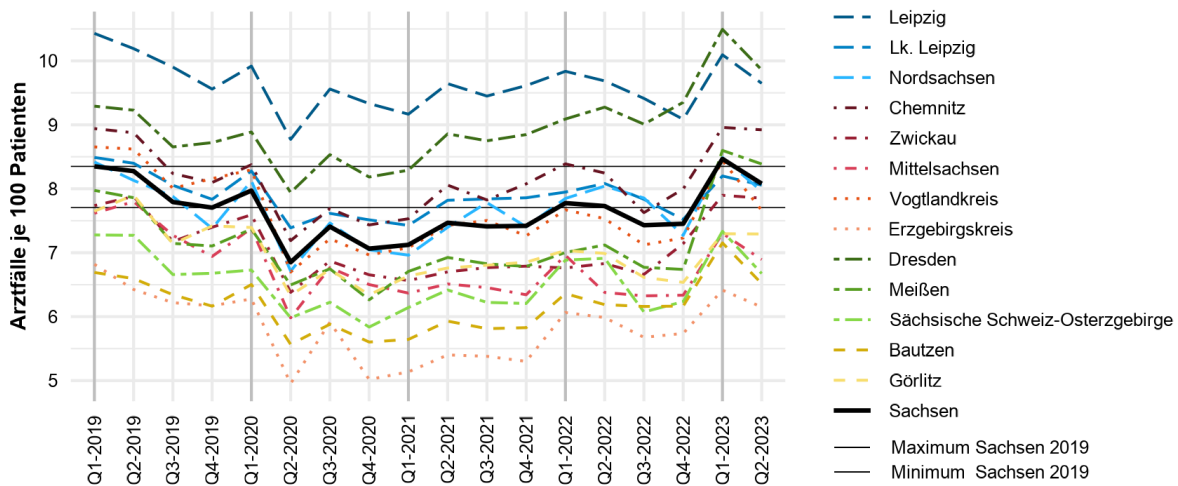


Abbildung 28: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: HNO-Ärzte

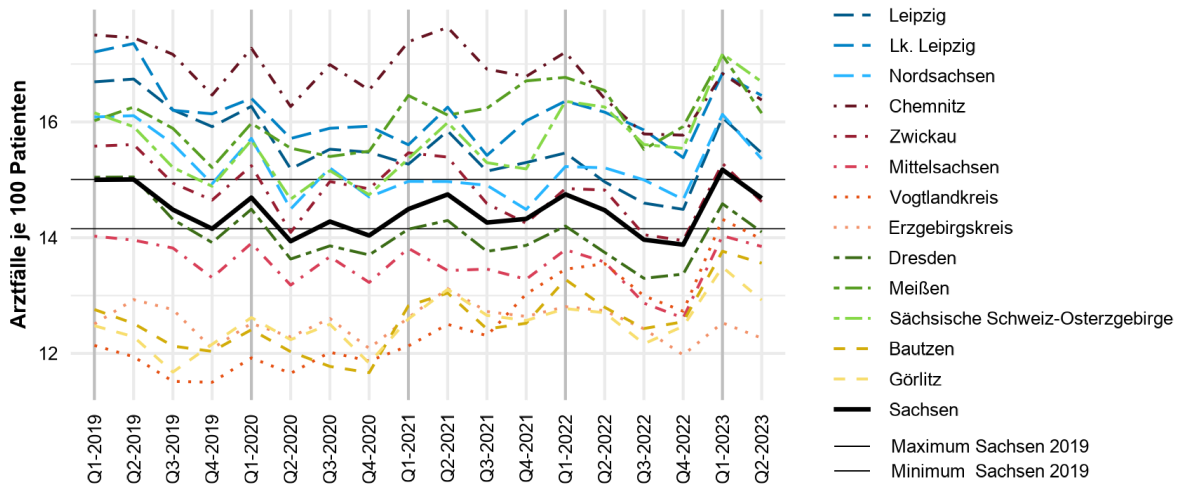


Abbildung 29: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Fachinternisten

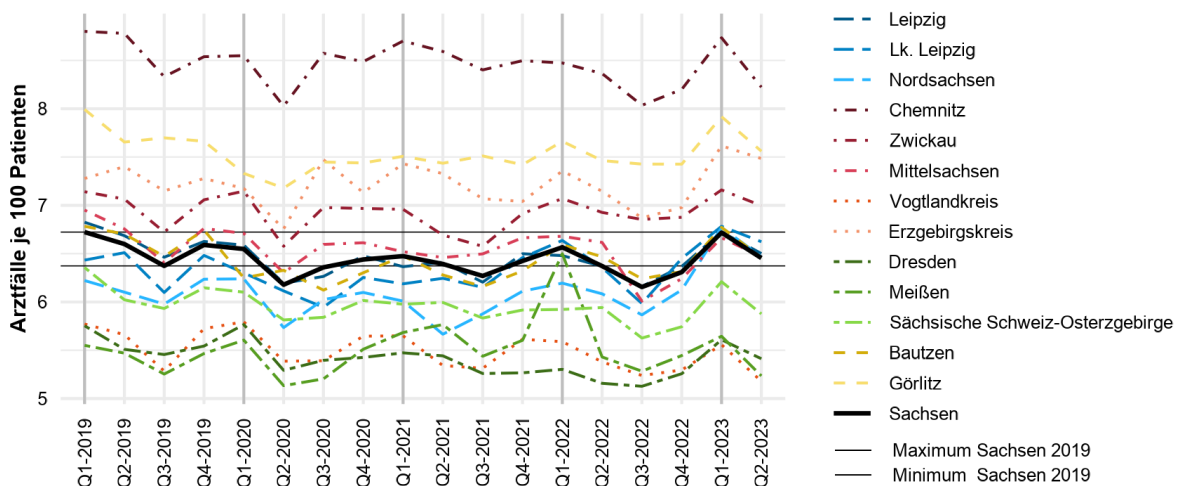


Abbildung 30: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Urologen



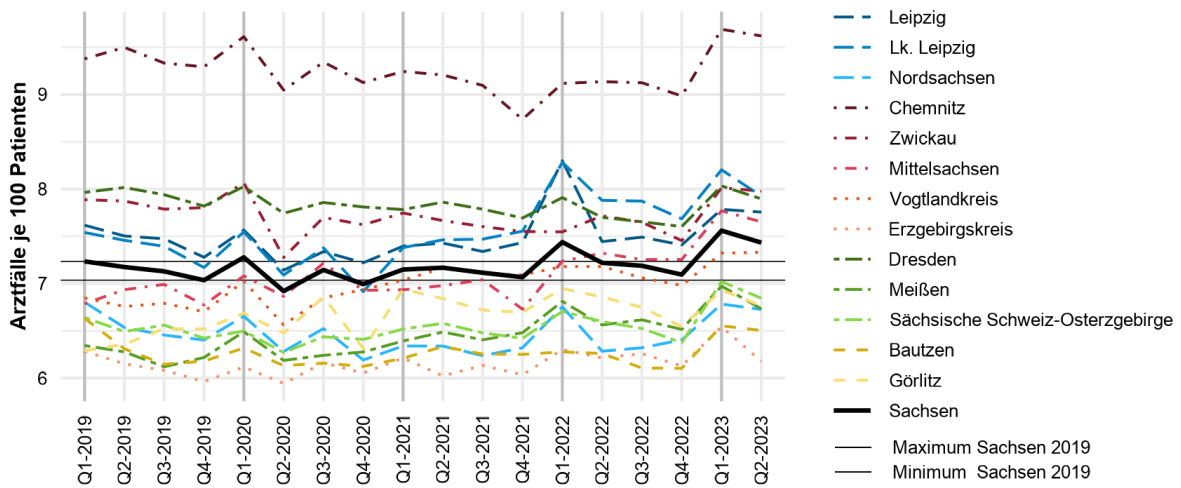


Abbildung 31: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Nervenärzte

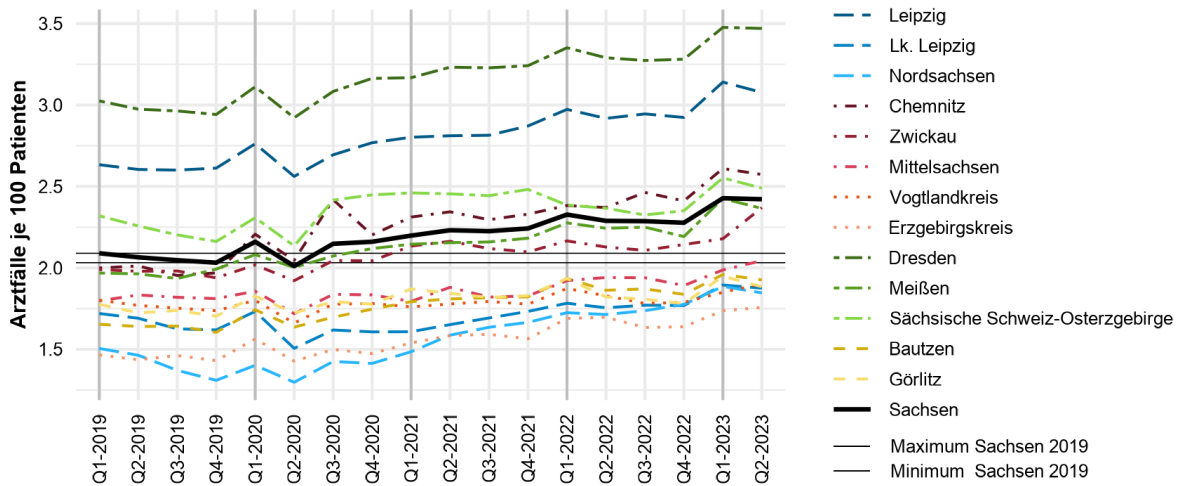


Abbildung 32: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapeuten

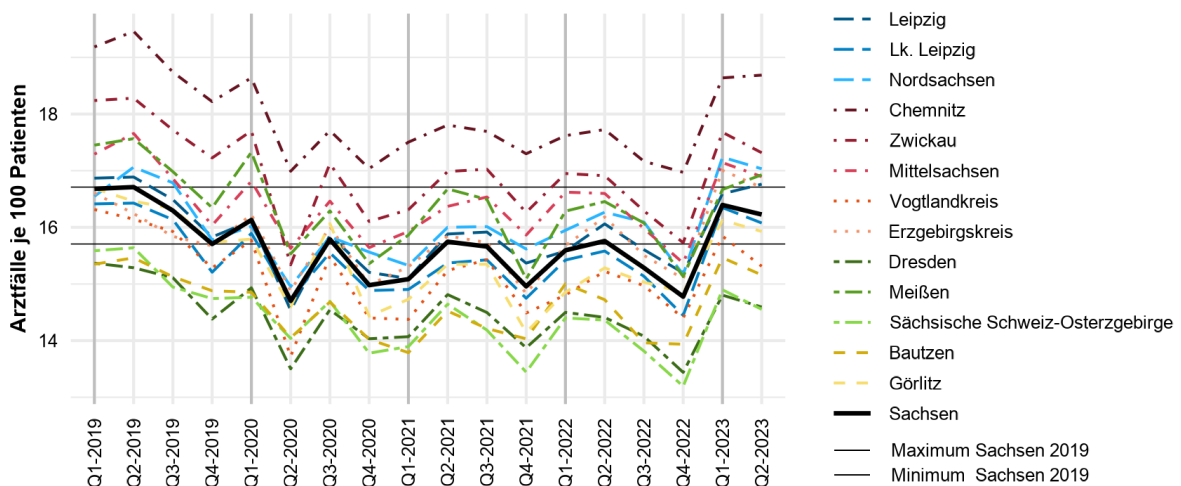


Abbildung 33: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Chirurgen und Orthopäden

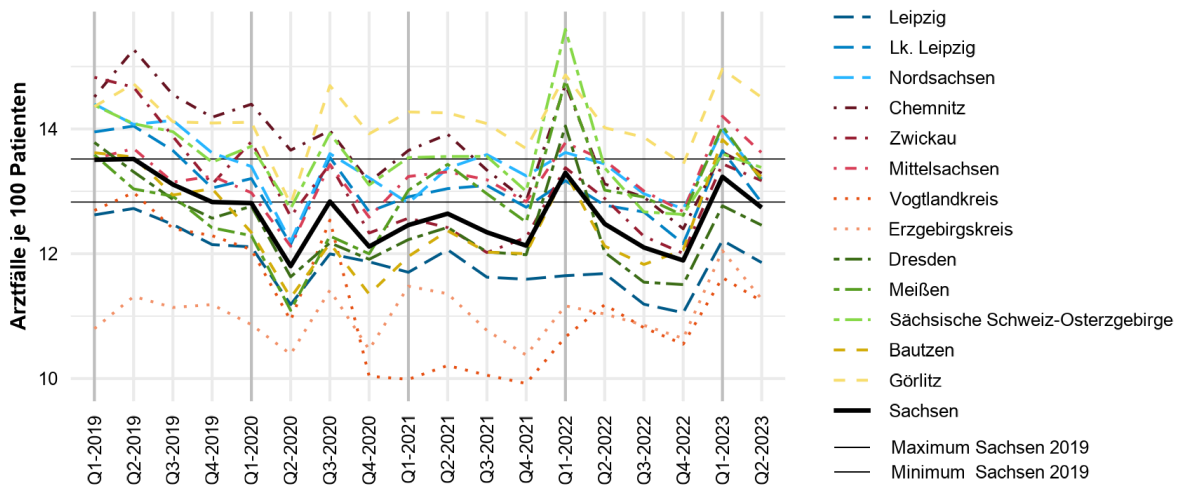


Abbildung 34: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Augenärzte

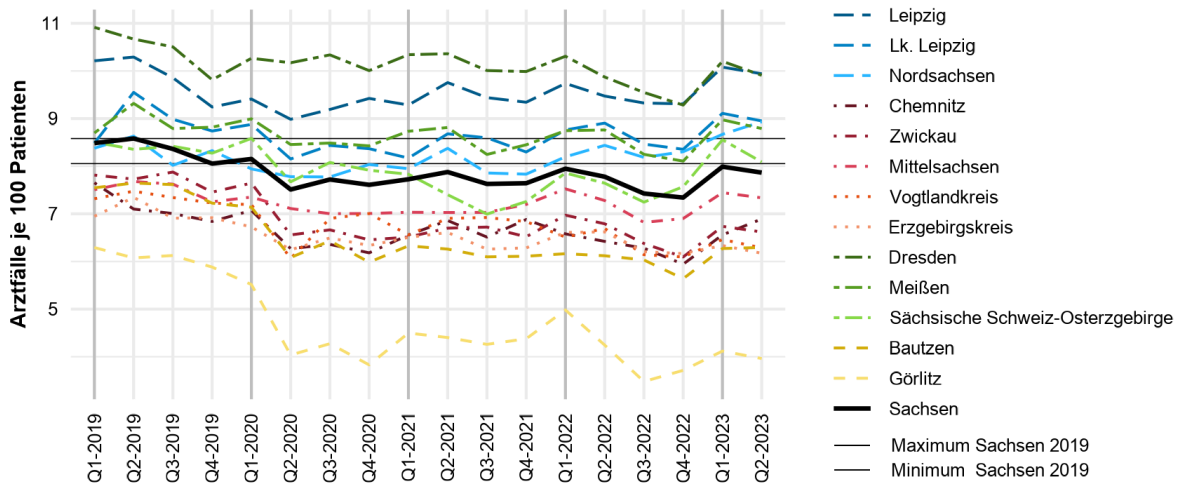


Abbildung 35: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hautärzte

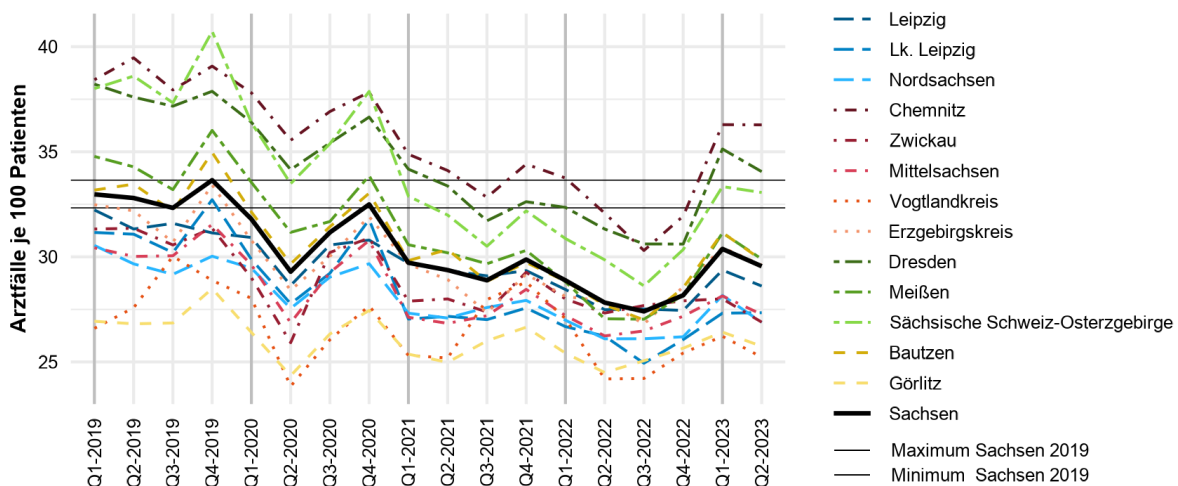


Abbildung 36: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Frauenärzte

### 3.4.5 Trends der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen

Die Abbildung 37 bis Abbildung 54 geben die Anzahl bestimmter Leistungen je 100 Patienten wieder. Es folgt zunächst eine zusammenfassende Beschreibung dieser Grafiken. Danach werden alle Abbildungen als Band gezeigt.

Die zusammenfassende Beschreibung fokussiert die Inanspruchnahme in Sachsen gesamt. Der Trend der Inanspruchnahme in den einzelnen sächsischen Kreisen folgt in der Regel dem Muster von Sachsen gesamt. Auffällige regionale Unterschiede werden benannt.

Der Zeitverlauf der Inanspruchnahme einiger Leistungen in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie kann nicht oder nur bedingt sinnvoll interpretiert werden, da Änderung in der Vergütung, die Einführung neuer Gebührenordnungspositionen, besondere Aufklärungskampagnen oder der Beginn eines Einladungsverfahrens in oder kurz vor den Untersuchungszeitraum fallen. Hierzu gehören:

- Gesundheitsuntersuchung
- Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau
- Früherkennung des Zervixkarzinoms
- Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen
- Hautkrebscreening
- Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl
- Früherkennungskoloskopie

Auf diese Leistungen wird – im Kontext der jeweiligen Besonderheiten – zuerst eingegangen.

Die Gesundheitsuntersuchung kann ab 2019 von gesetzlich versicherten Frauen und Männer zwischen 18 und 34 Jahren einmalig in Anspruch genommen werden. Für Personen ab 35 Jahren ändert sich der Anspruch von zweijährig auf dreijährig (BMG 2024a). Die Neueinführung der einmaligen Gesundheitsuntersuchung junger Erwachsener scheint die besonders hohe Inanspruchnahme zu Beginn des Jahres 2019 mit zu begründen. Ein starker Rückgang ist bereits zum vierten Quartal 2019 (also vor der COVID-19-Pandemie) zu sehen. Hier schlägt sich vermutlich das vergrößerte Intervall von drei statt zwei Jahren nieder und beeinflusst möglicherweise – neben der COVID-19-Pandemie – auch noch die Inanspruchnahme im Jahr 2020. Die Inanspruchnahme ist in Leipzig, dem Landkreis Leipzig, Dresden, Meißen und Bautzen eher überdurchschnittlich, in Zwickau, Mittelsachsen, im Vogtlandkreis und im Erzgebirgskreis eher unterdurchschnittlich (siehe Abbildung 37).

Am 01.01.2020 startete das komplett neu strukturierte Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Eine gynäkologische Untersuchung mit Abstrich ist für Frauen ab 35 Jahren ab diesem Zeitpunkt nicht mehr jährlich (bis dahin GOP 01730), sondern alle drei Jahre berechnungsfähig (GOP 01761). Für eine jährliche gynäkologische Untersuchung ohne Abstrich zwischen den Untersuchungen mit GOP 01761 wird nun die GOP 01760 genutzt. Frauen ab 20 bis 34 Jahren haben weiterhin Anspruch auf eine jährliche gynäkologische Untersuchung mit Abstrich (GOP 01761) (KVH 2020). Somit ist die Inanspruchnahme ab 2020 methodisch nicht vergleichbar mit der präpandemischen Inanspruchnahme vor der Umstrukturierung. Für Leipzig und Dresden erscheint die Inanspruchnahme der Früherkennung des Zervixkarzinoms (mit Abstrich) überdurchschnittlich und die Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau etwas unterdurchschnittlich. Dies kann auf den höheren Anteil junger Frauen ab 20 bis 34 Jahren zurückzuführen sein, die einen jährlichen Anspruch auf eine gynäkologische Untersuchung mit Abstrich haben, so dass hier jährlich die GOP 01761 abgerechnet werden kann und damit verhältnismäßig seltener die 01760 genutzt wird (siehe Abbildung 38 und Abbildung 39).

Das Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen wurde 2018 für Männer ab 65 Jahren eingeführt. Sie haben einmalig Anspruch auf diese Untersuchung (KBV 2024d). Dies führt zu einer starken Inanspruchnahme ab Einführung und auch noch im Jahr 2019 und dann zu einem starken Abfall hin zu einem niedrigeren Plateau ab 2022. Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme dieser Untersuchung lässt sich somit nicht abschätzen (siehe Abbildung 40).

Die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings erscheint in der ersten Hälfte des Jahres 2019 besonders hoch. Die jährlich durch den Bundesverband der deutschen Dermatologen initiierten Aufklärungskampagne im Hautkrebsmonat Mai hatte im Jahr 2018 das Motto „Deutschland hat ein

Hautkrebsproblem“. Möglicherweise hat dieses eindrucksvolle Motiv die Inanspruchnahme verstärkt. Personen ab 35 Jahren sind alle zwei Jahre zur Inanspruchnahme berechtigt. Dadurch kann die deutlich geringere Inanspruchnahme im Jahr 2020 sowohl durch die COVID-19-Pandemie als auch durch die natürliche Pause nach einer verstärkten Inanspruchnahme in der ersten Jahreshälfte 2019 hervorgerufen sein. Sichtbar ist im Diagramm, dass die Inanspruchnahme ab 2021 wieder steigt. In der ersten Jahreshälfte 2023 wird etwa das Niveau der zweiten Jahreshälfte 2019 erreicht (siehe Abbildung 41). Kreise mit überdurchschnittlichen Werten sind Dresden, Meißen, der Raum Leipzig und Nordsachsen und Bautzen. Unterdurchschnittliche Werte zeigen Zwickau, Görlitz, der Erzgebirgskreis und der Vogtlandkreis.

Das Programm zur Früherkennung von Darmkrebs wird seit 2019 als organisiertes Darmkrebsscreening angeboten: Anspruchsberechtigte Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren erhalten von ihrer Krankenkasse eine Einladung zur Früherkennung auf Darmkrebs. Zu dem Früherkennungsprogramm gehören neben der Beratung der Okkultbluttest und die präventive Darmspiegelung (KBV 2024e). Ein Test auf okkultes Blut kann jährlich von Personen ab 50 bis 54 Jahren und ab 55 Jahren alle 2 Jahre statt der Früherkennungskoloskopie im Anspruch genommen werden. Zwei Früherkennungskoloskopien im Abstand von 10 Jahren stehen Männern ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren zur Verfügung (KBV 2024d). Der Test auf okkultes Blut wurde im Jahr 2017 auf den sensitiveren immunologischen Stuhltests (iFOBT) umgestellt. Dadurch wird der Guajak-basierte Test (gFOBT) abgelöst. Der iFOBT kann u.a. von Hausärzten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ab 50 Jahren abgerechnet werden (Findeisen 2020).

Die Berechtigung zur Inanspruchnahme hat sich im Rahmen der Umstellung des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs kaum verändert. Die Einführung des Einladungsverfahrens im Jahr 2019 könnte jedoch – in Kombination mit der Einführung des genaueren Tests und der Möglichkeit, die Testung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung beim Hausarzt „mitzuerledigen“ – ausschlaggebend für die hohe Inanspruchnahme im Jahr 2019 sein. Nach dem Einbruch im Q2-2020 pendelt sich die Inanspruchnahme ab Q4-2020 bis Q2-2023 auf ein gleichmäßiges Niveau ein, bleibt jedoch unter dem des Jahres 2019 (siehe Abbildung 42). Die Inanspruchnahme des iFOBT ist im Landkreis Leipzig am höchsten und in Dresden und im Vogtlandkreis am niedrigsten. Die Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie schwankt während der COVID-19-Pandemie um das Niveau von 2019 und liegt seit dem ersten Quartal 2023 darüber (siehe Abbildung 43). Sie ist am höchsten in Dresden, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und Meißen und am niedrigsten in Mittelsachsen, dem Erzgebirgskreis und Bautzen.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung beim Mann steigt nach dem Rückgang zum Q2-2020 langsam wieder an, insbesondere ab 2023, wo sie über dem Niveau der gleichen Quartale im Jahr 2019 liegt. Die höchste Inanspruchnahme zeigt sich in Leipzig und Dresden, die niedrigste im Vogtlandkreis (siehe Abbildung 44).

Auf den Einbruch der Inanspruchnahme von Mammographiescreenings im Q2-2020 scheint ein leichter Aufholeffekt in den Quartalen Q3 und Q4-2020 stattzufinden. Danach setzt sich in etwa das Muster und das Niveau der Inanspruchnahme von 2019 fort (siehe Abbildung 45). Kreise mit besonders hoher oder niedriger Inanspruchnahme sind schwer auszumachen, da sie in allen Regionen stark schwankt.

Die Inanspruchnahme der Früherkennung für Kinder scheint durch die Lockdowns (Q2-2020 und Q2-2021) deutlich weniger beeinflusst als die Inanspruchnahme von Kinderärzten insgesamt (siehe Abbildung 46, vgl. Abbildung 27). Jedoch liegt die Inanspruchnahme ab Q4-2021 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums Q2-2023 unter dem der Vergleichs quartale im Jahr 2019.

Die saisonale Schwankung der Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung mit deutlichem Peak in jedem dritten Quartal eines Jahres zieht sich durch den gesamten Beobachtungszeitraum. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie im dritten und vierten Quartal 2020 liegt sie etwas höher als im Jahr 2019. Die Inanspruchnahme geht in den beiden darauffolgenden Impfsaisons jedoch deutlich zurück (siehe Abbildung 47).

Ähnlich verhält es sich bei der Inanspruchnahme anderer Standardschutzimpfungen. Ab dem zweiten Quartal 2021 bleibt sie hinter den quartalsweisen Werten von 2019 zurück (siehe Abbildung 48).

Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im Sinne von Einzel- und Gruppentherapien liegt bereits ab dem ersten Quartal 2020 – also schon vor Beginn der COVID-19-Pandemie – über dem Niveau von 2019. Bei der Gruppentherapie wird dieser Trend kurz durch die beiden Lockdowns im Q2-2020 und Q1-2021 unterbrochen. Die Inanspruchnahme der Gruppentherapie steigt deutlich stärker als die der Einzeltherapie (siehe Abbildung 49 und Abbildung 50). Diese steigende Inanspruchnahme konnte bereits im vorangegangenen Kapitel 3.4.4 für die Psychotherapeuten gesamt gezeigt werden (siehe Abbildung 32). Die Inanspruchnahme von Einzel- und Gruppentherapien ist am höchsten in Dresden und Leipzig und am niedrigsten im Erzgebirgskreis. Dies kann wiederum der unterschiedlichen Altersstruktur in den Städten gegenüber der ländlichen Region geschuldet sein.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Operationen gibt es einen kleinen Knick im Q2-2020. Davon abgesehen steigt die Inanspruchnahme seit 2019 kontinuierlich an und liegt seit Q1-2023 über dem Gesamtniveau von 2019 (siehe Abbildung 51). Sie ist am höchsten in Leipzig, dem Landkreis Leipzig, Meißen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und Chemnitz und am niedrigsten in Bautzen, Zwickau und dem Vogtlandkreis.

Die Anzahl ambulanter Notfälle je 100 Patienten ist zum ersten Lockdown im Q2-2020 und nochmals zum zweiten Lockdown im Q1-2021 deutlich gesunken. Die Werte bleiben insbesondere bis zum Q1-2021 aber auch bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes jeweils unter den Quartalswerten des Jahres 2019 (siehe Abbildung 52). Die Inanspruchnahme ist am höchsten in Chemnitz, Leipzig und Görlitz und am niedrigsten in Mittelsachsen.

Zur ausführlichen telefonischen Beratung wurden im April 2020 die GOP 01433 und 01434 eingeführt, um unnötige Arzt-Patienten-Kontakte während der COVID-19-Pandemie zu vermeiden. Sie waren bis Ende März 2022 unter anderem auch im Zusammenhang mit einer telefonischen Krankenschreibung berechnungsfähig (KBV 2024f). Diese saisonale Einführung spiegelt sich in Abbildung 53 wider, die eine Inanspruchnahme telefonischer Beratungen nahezu ausschließlich in diesem Zeitraum Q2-2020 bis Q1-2021 zeigt. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl ambulanter Notfälle besonders niedrig (vgl. Abbildung 52).

Die Anzahl abgerechneter Technikzuschläge zur Videosprechstunde je 100 Patienten ist in Abbildung 54 zu sehen. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie durften unbegrenzt viele Konsultationen einer Praxis per Video durchgeführt werden. Inzwischen ist eine Maximalgrenze von 1899 Punkten bei 40 Punkten je Technikzuschlag eingeführt (DÄB 2021, KBV 2024g). Seit Einführung der Technikpauschale zur Videosprechstunde steigt die Inanspruchnahme leicht an. Das Maximum liegt im ersten Quartal 2022. Dieses Niveau wird auch im ersten und zweiten Quartal 2023 erreicht (siehe Abbildung 54). Die Inanspruchnahme ist in Leipzig und Dresden – und seit dem vierten Quartal 2022 auch in Chemnitz – am höchsten. Kreise mit eher niedriger Inanspruchnahme sind z.B. der Vogtlandkreis und Nordsachsen.

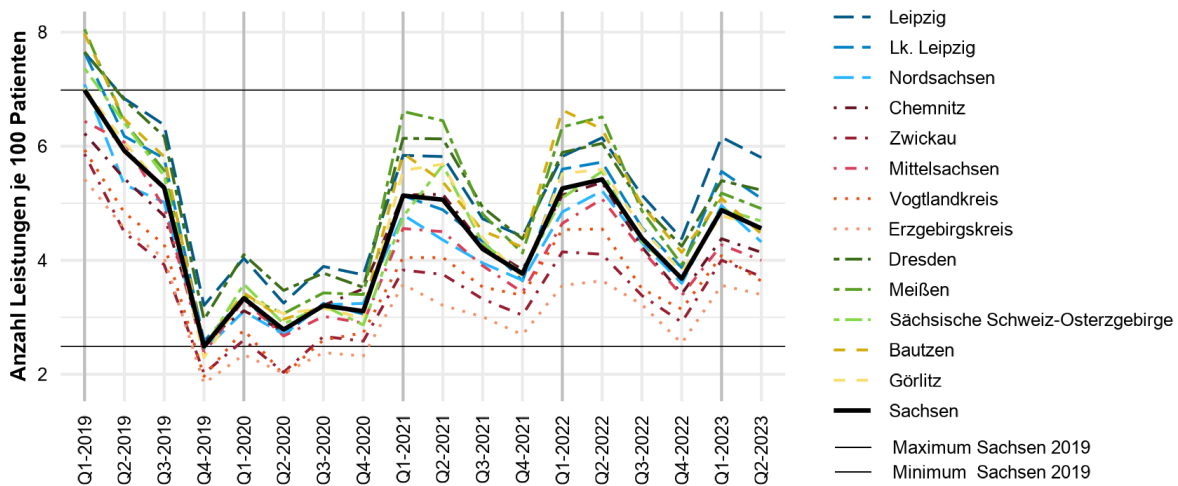


Abbildung 37: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Gesundheitsuntersuchung

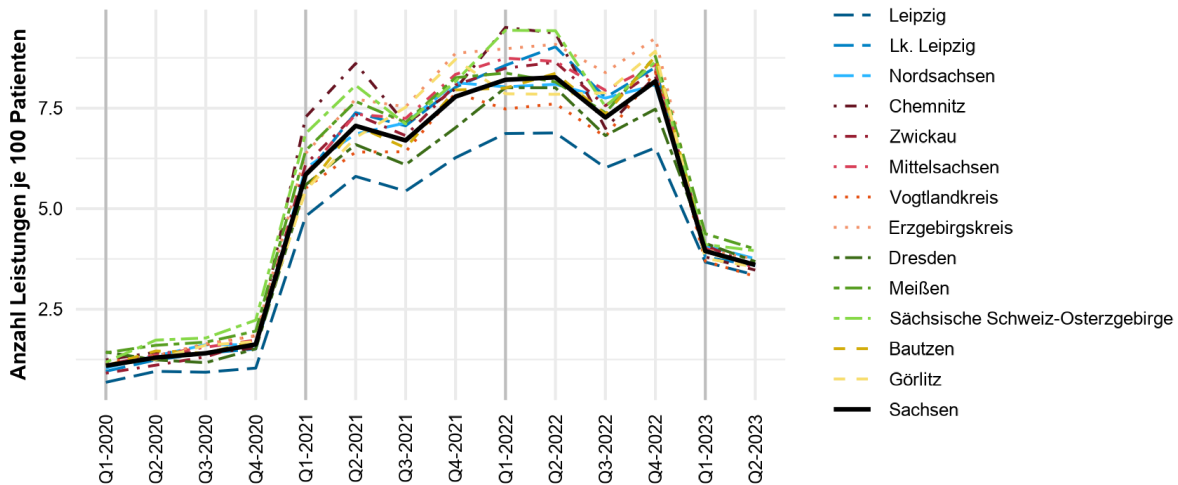


Abbildung 38: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau

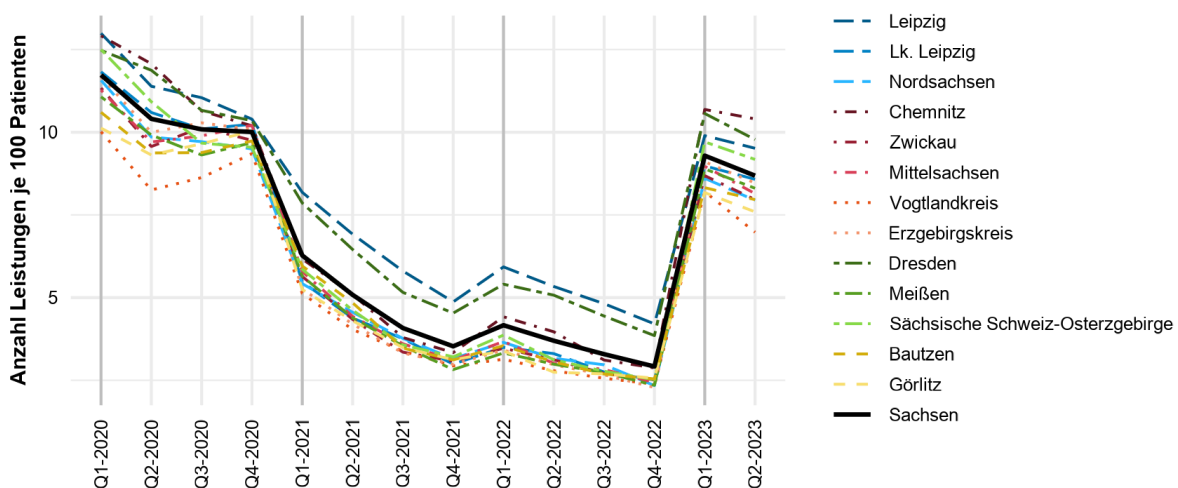


Abbildung 39: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung des Zervixkarzinoms

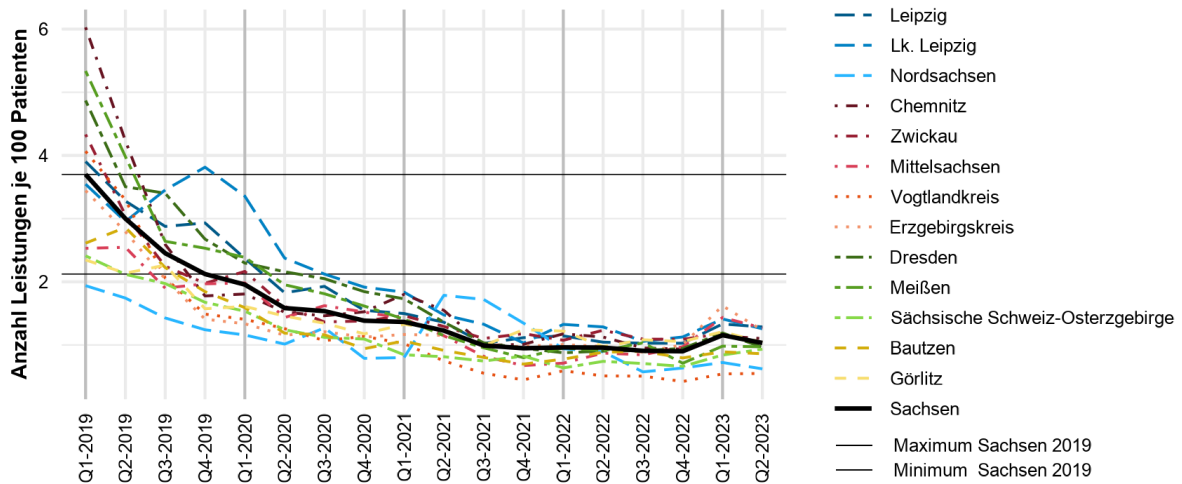


Abbildung 40: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Ultraschall-Screening Bauch-aortenaneurysmen

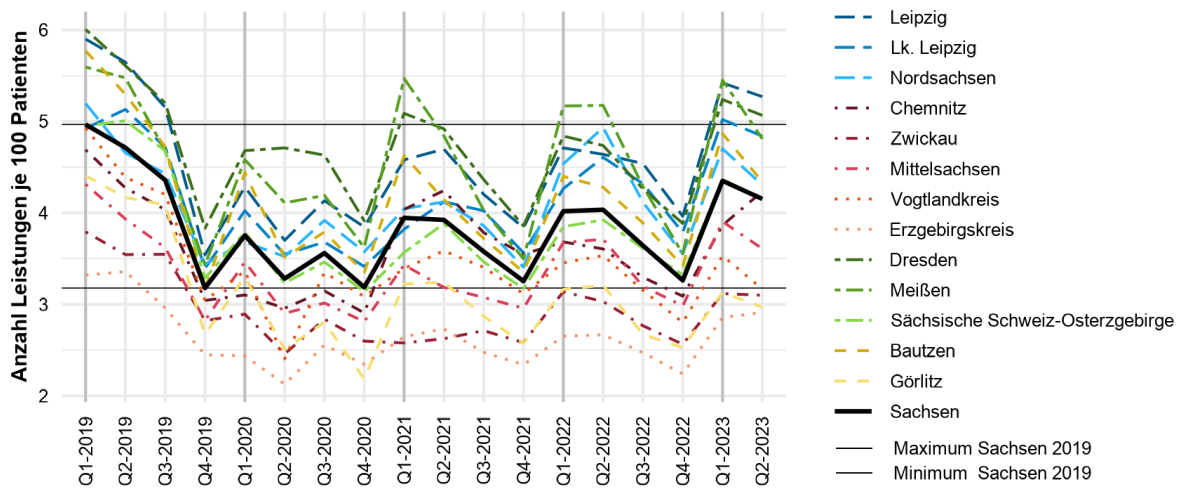


Abbildung 41: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hautkrebscreening

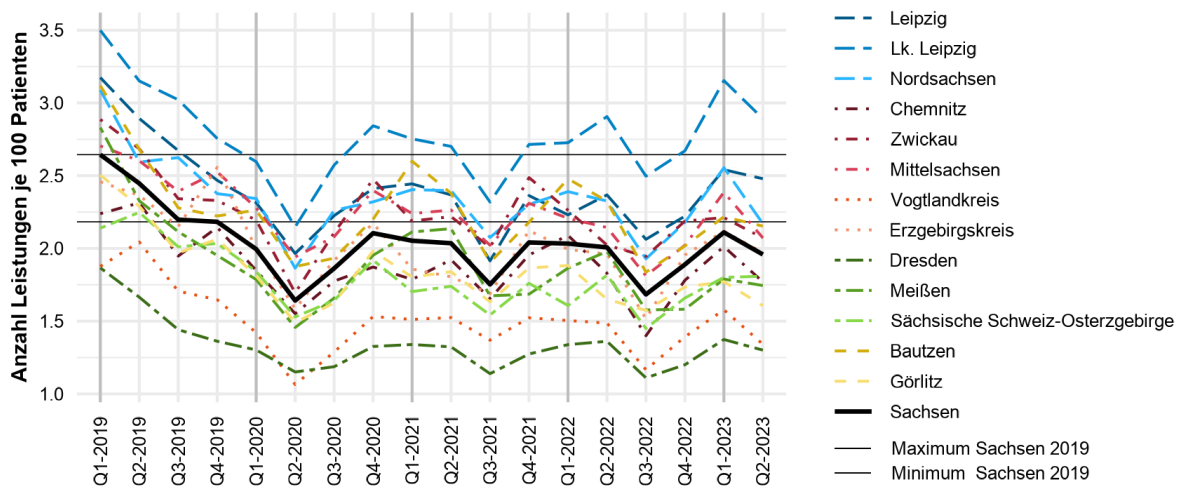


Abbildung 42: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl

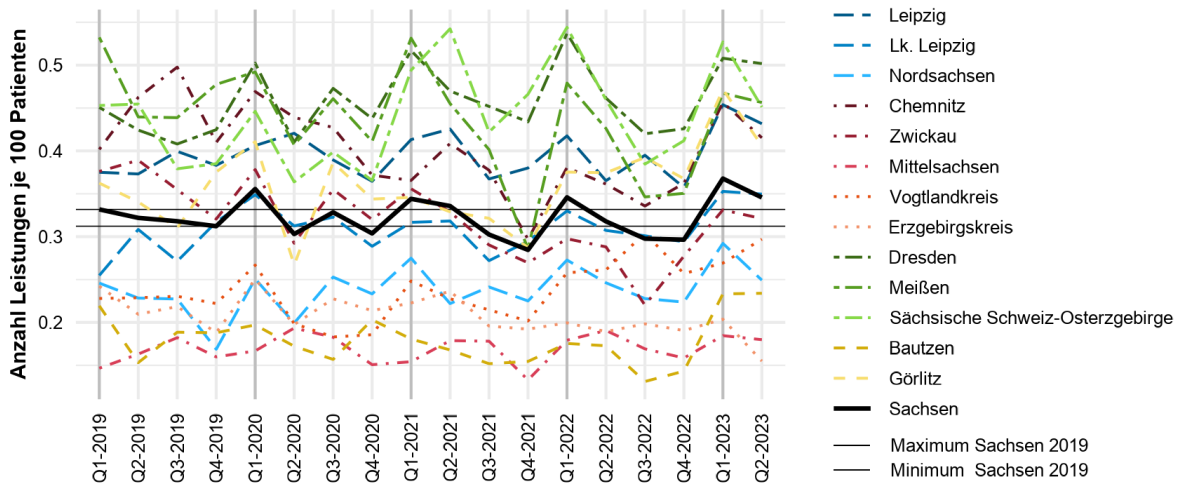


Abbildung 43: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennungskoloskopie

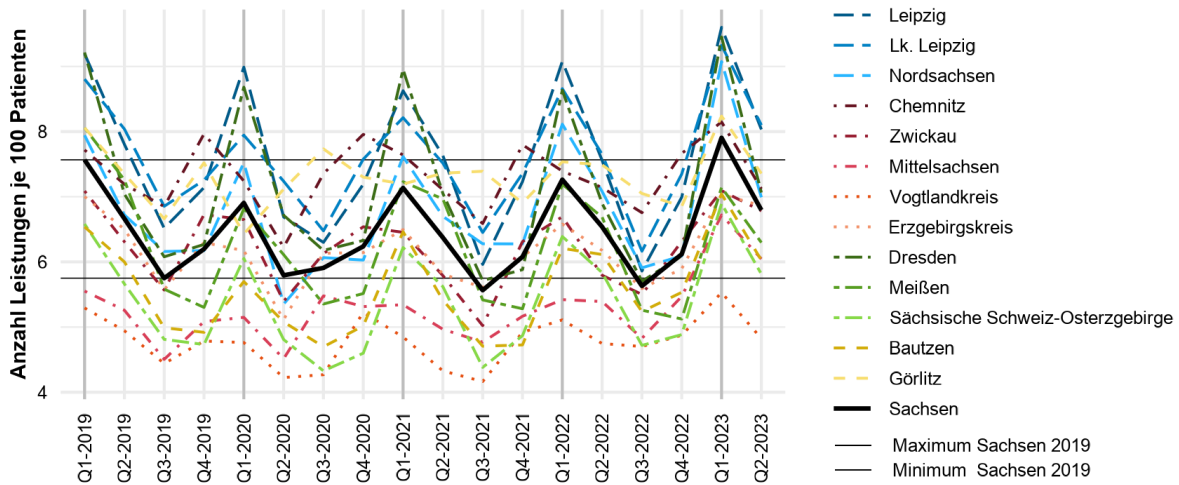


Abbildung 44: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

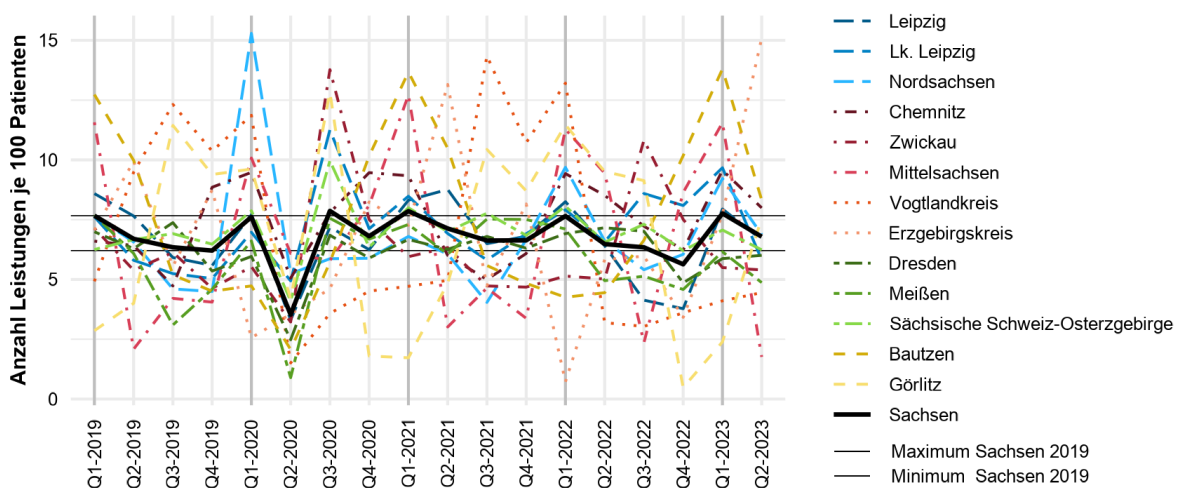


Abbildung 45: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Mammographie-Screening



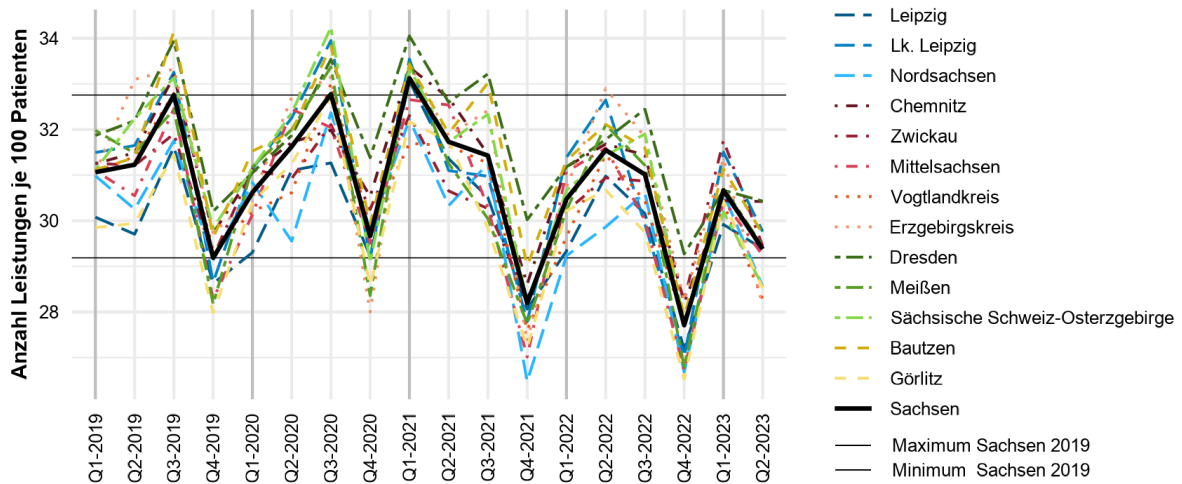


Abbildung 46: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung Kinder

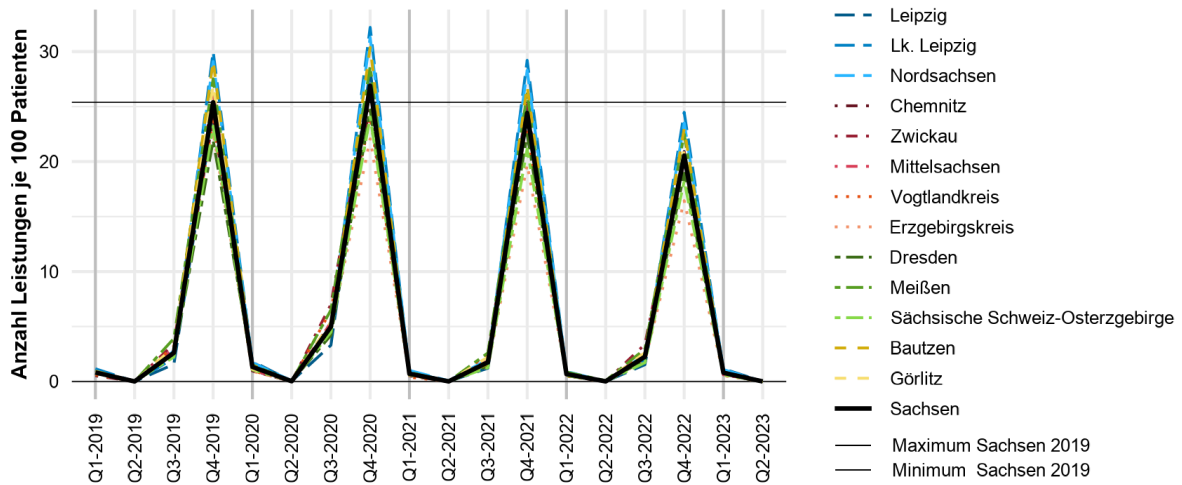


Abbildung 47: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Influenza-Impfung

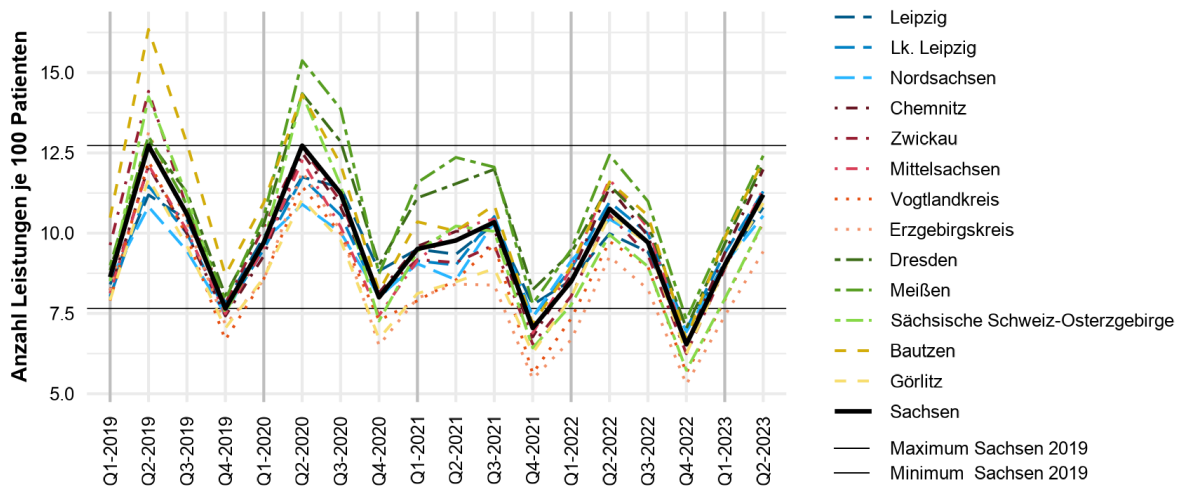


Abbildung 48: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: andere Schutzimpfungen

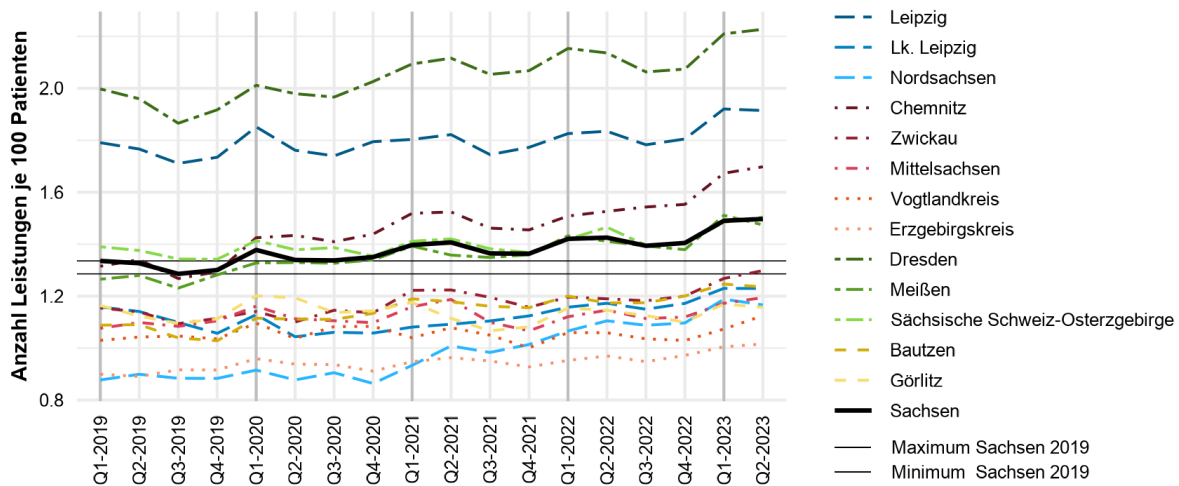


Abbildung 49: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapie – Einzeltherapie

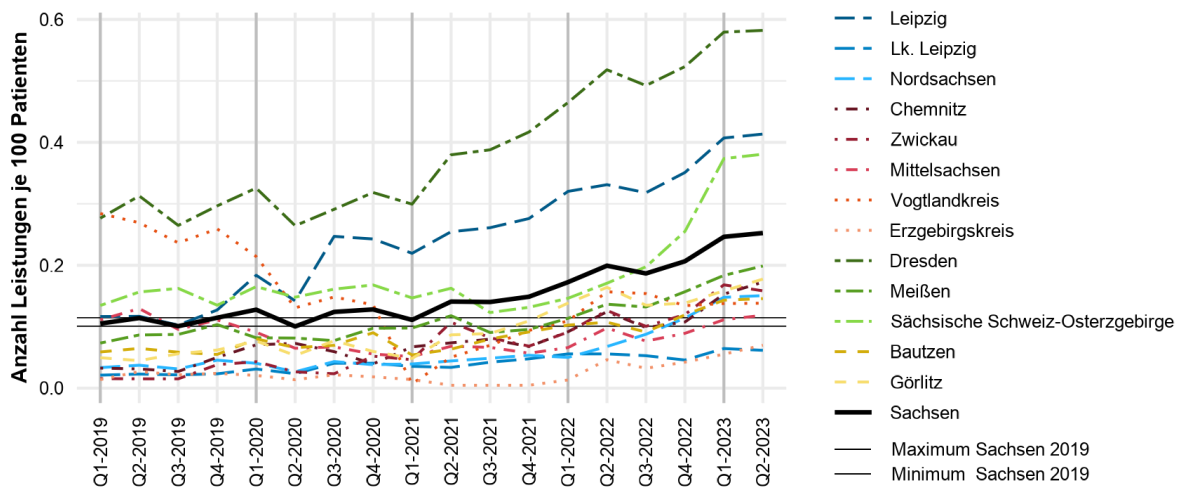


Abbildung 50: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapie – Gruppentherapie

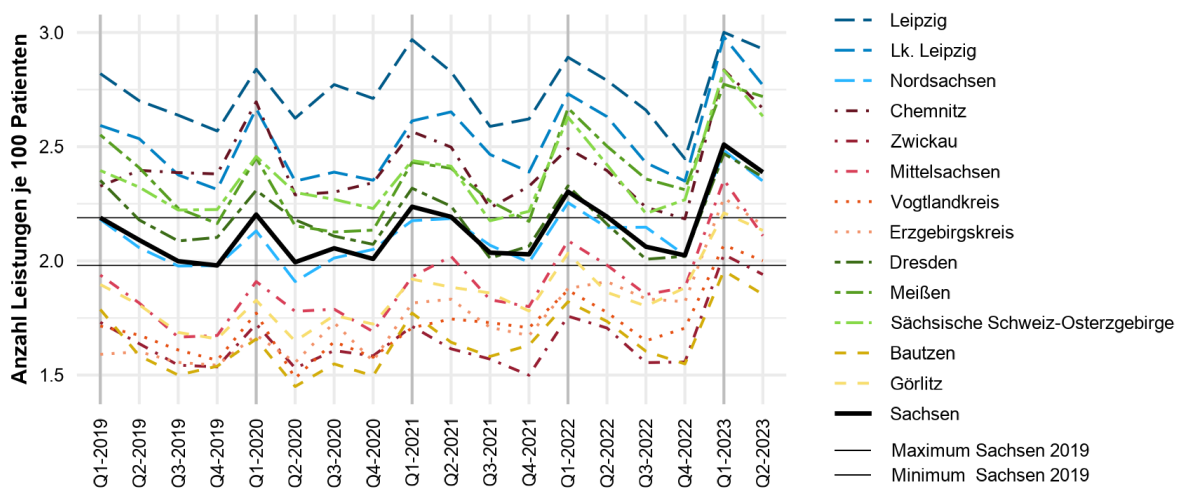


Abbildung 51: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Ambulantes Operieren

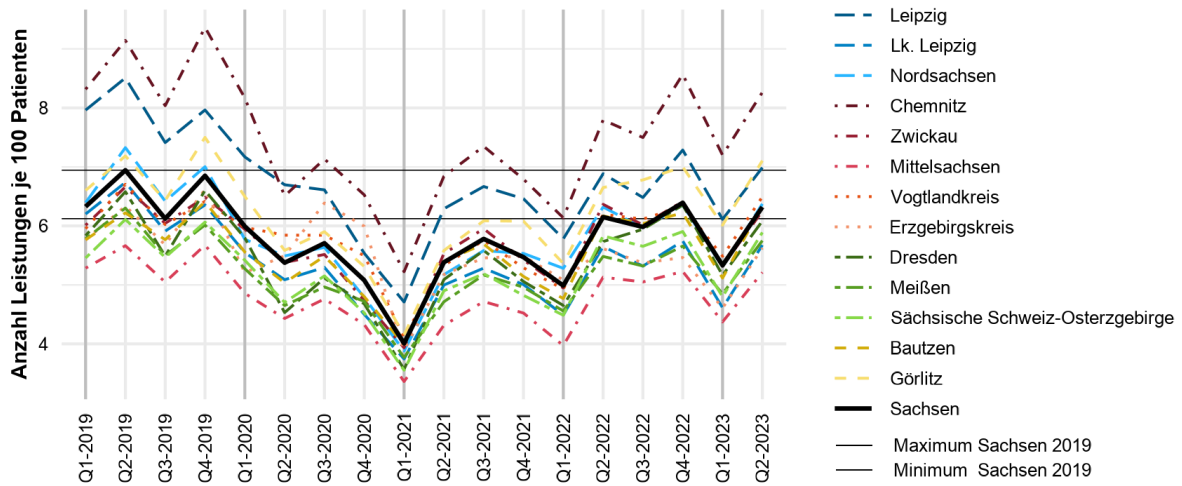


Abbildung 52: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: ambulante Notfälle

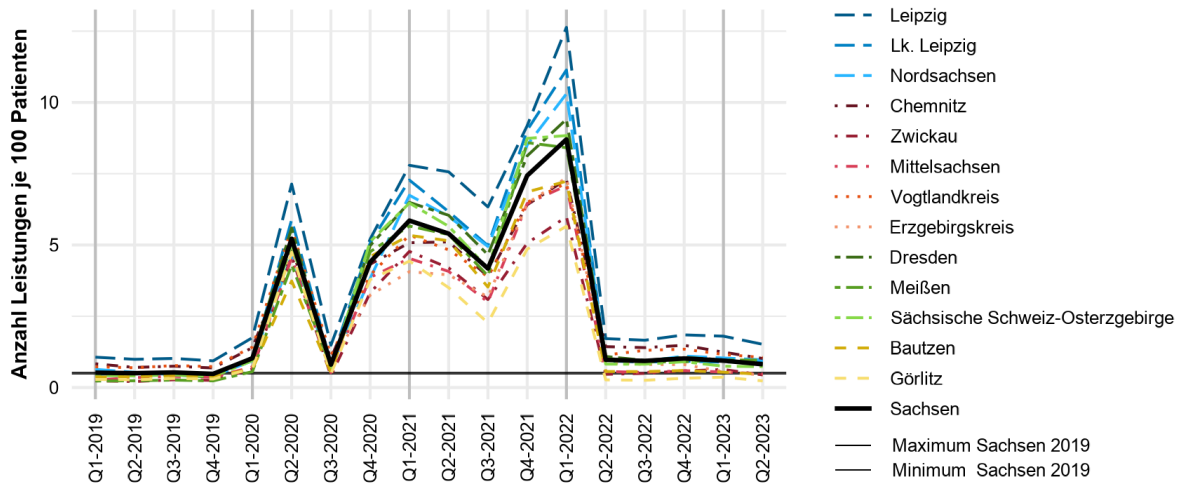


Abbildung 53: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: telefonische Beratung

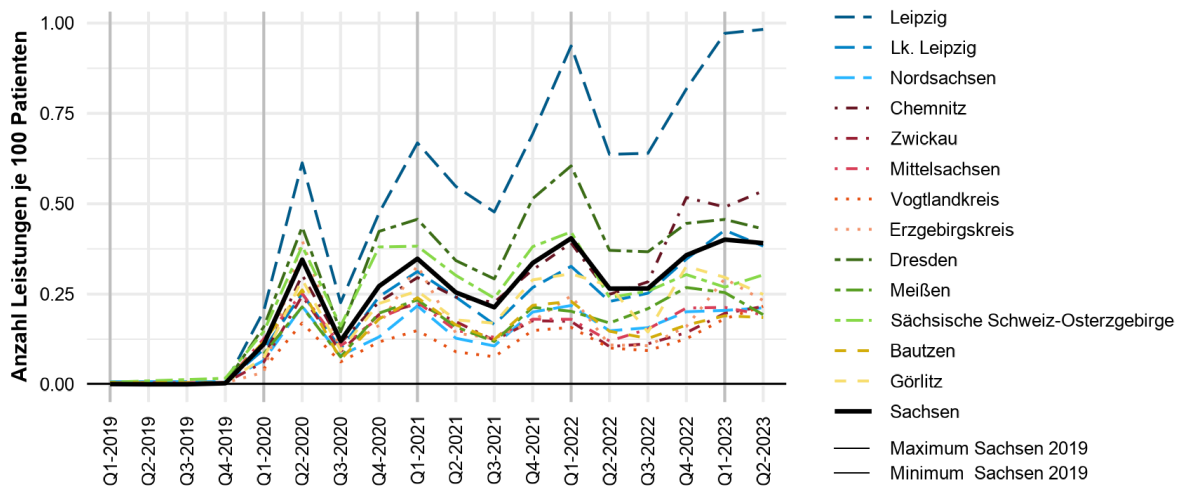


Abbildung 54: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Videosprechstunde

### 3.4.6 Zusammenfassung und Diskussion

Die vertragsärztliche Inanspruchnahme gesamt sowie die Inanspruchnahme bestimmter Fachgruppen und bestimmter Leistungen wird für den Zeitraum vom ersten Quartal 2019 bis zum zweiten Quartal 2023 untersucht, um den Einfluss der COVID-19-Pandemie einzuschätzen.

Die vertragsärztliche Inanspruchnahme insgesamt und nach Fachgruppen geht zur Zeit des ersten Lockdowns im zweiten Quartal 2020 deutlich zurück. Es folgt insgesamt eine Inanspruchnahme unter dem Niveau von 2019 über fünf Quartale. Im Winter 2021/2022 (Q4-2021 und Q1-2022) ist insgesamt eine Inanspruchnahme deutlich oberhalb von der des Jahres 2019 zu beobachten. Sie wird vor allem durch Haus- und Kinderärzte bestritten. Zum Ende der Pandemie – in der ersten Jahreshälfte 2023 – liegt die Inanspruchnahme insgesamt nur leicht unter der in der ersten Jahreshälfte 2019. Dies ist ebenso für Hausärzte, Chirurgen und Orthopäden und Augenärzte zu beobachten. Auf das Niveau von 2019 kommt die Inanspruchnahme von HNO-Ärzten, Fachinternisten und Urologen zurück. Bei Nervenärzten und insbesondere bei Psychotherapeuten wird das Niveau von 2019 deutlich überstiegen. Die Inanspruchnahme von Hautärzten und Frauenärzten bleibt bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes hinter der des Jahres 2019 zurück.

Der Effekt der Pandemie auf die Inanspruchnahme kann für einige der zur Untersuchung ausgewählten Leistungen nicht sinnvoll interpretiert werden. Grund sind Änderung in der Vergütung, die Einführung neuer Gebührenordnungspositionen, besondere Aufklärungskampagnen oder der Beginn eines Einladungsverfahrens in oder kurz vor dem Untersuchungszeitraum. Dadurch stehen in diesen Fällen keine aussagekräftigen Referenzwerte für das Jahr 2019 zur Verfügung. Dies betrifft folgende Vorsorgeuntersuchungen: Gesundheitsuntersuchung, Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau und des Zervixkarzinoms, Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen, Hautkrebsscreening, Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl und Früherkennungskoloskopie. Gegenüber den noch von der Pandemie beeinflussten Jahren 2021 und 2022 ist eine höhere Inanspruchnahme ab 2023 für Früherkennungskoloskopien und das Hautkrebsscreening aber erkennbar. Die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl findet in den Jahren 2020 bis 2023 auf sehr ähnlichem Niveau statt.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung beim Mann steigt nach leichtem Rückgang 2020 bis 2023 wieder auf das Niveau von 2019 an. Für das Mammographiescreening ist nur ein Einbruch zum ersten Lockdown im Q2-2020 zu sehen. Danach gleicht die Inanspruchnahme der des Jahres 2019.

Die Früherkennungsuntersuchen bei Kindern unter 6 Jahren („U“-Untersuchungen) liegen insbesondere in den Quartalen Q4-2021 und Q4-2022 deutlich unter dem Niveau des Vergleichs quartals Q4-2019. In diese beiden Quartale fallen RSV-Wellen, die durch den Lockdown-bedingten Nachholeffekt besonders stark ausfielen und die Kinderarztpraxen stark beanspruchten (vergleiche Abbildung 27) zur Inanspruchnahme von Kinderärzten). Darüber hinaus erscheint die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zum Ende des Untersuchungszeitraumes insgesamt etwas niedriger als in den Vergleichs quartalen des Jahres 2019.

Sowohl Gripeschutzimpfungen als auch sonstige Standardschutzimpfungen werden ab 2021 bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes weniger stark in Anspruch genommen als 2019. Für Standardimpfungen scheint sich ab 2023 wieder ein leichter Aufwärtstrend abzuzeichnen, die Impfsaison 2023/2024 gegen Grippe beginnt erst nach dem Untersuchungszeitraum.

Einen starken Zuwachs gibt es bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien. Ein Anstieg ist bereits vor der COVID-19-Pandemie zu sehen. Er ist für Gruppentherapien ab Anfang 2022 besonders stark.

Die Inanspruchnahme ambulanter Operationen steigt bereits ab 2021 und insbesondere ab 2023 über das Niveau von 2019 an.

Die Inanspruchnahme ambulanter Notfälle bricht ab dem ersten Lockdown im Q2-2020 und nochmals stark zum zweiten Lockdown im Q1-2021 ein. Sie bleibt insbesondere bis zum Q1-2022 deutlich unter dem Niveau von 2019. Bis zu diesem Quartal konnten während der COVID-19-Pandemie zur Vermeidung unnötiger Arzt-Patienten-Kontakte telefonische Beratungen vermehrt abgerechnet werden. Auch

die Videosprechstunde wird in dieser Zeit stark genutzt. Deren Inanspruchnahme liegt zum Ende des Beobachtungszeitraumes weiterhin hoch auf dem Niveau des Q1-2022. Gleichzeitig liegt die Inanspruchnahme ambulanter Notfälle ab Q2-2022 bis Q3-2023 zwar über dem Niveau der vorangegangenen Quartale, jedoch unter dem Niveau von 2019.

Es konnte gezeigt werden, dass die im Rahmen der COVID-19-Pandemie etwas gesunkene Inanspruchnahme ambulant tätiger Ärzte ab Beginn 2023 insgesamt nahezu das Niveau von 2019 wieder erreicht hat.

Ein Augenmerk sollte jedoch auf die hautärztliche Versorgung gelegt werden, wo die Inanspruchnahme im Jahr 2023 deutlich unter der des Jahres 2019 liegt. Dies könnte mit beginnenden Versorgungsgaps zusammenhängen. Im Hauptgutachten konnte gezeigt werden, dass bereits Anfang 2023 fünf der sächsischen 48 Mittelbereiche keinen Hautarzt aufwiesen, in neun weiteren erreichen alle dort tätigen Hautärzte bis 2030 das Rentenalter von 67 Jahren. Positiv zu bewerten ist, dass die Inanspruchnahme des Hautkrebsscreenings ab 2023 gegenüber 2021 und 2022 anzusteigen scheint. Ob sie insgesamt über der präpandemischen Inanspruchnahme liegt, ist auf Grund der Datenlage jedoch nicht einzuschätzen (vgl. Ausführungen dazu in Kapitel 3.4.5).

Die stark zurückgegangene Inanspruchnahme von Frauenärzten könnte – unabhängig von der Pandemie – mit dem geänderten Anspruchsintervall für die Früherkennung des Zervixkarzinoms für Frauen ab 35 Jahren von jährlich auf alle drei Jahre zusammenhängen (vgl. Ausführungen dazu in Kapitel 3.4.5). Dazwischen ist eine jährliche Früherkennungsuntersuchung ohne Abstrich abrechnungsfähig. Möglicherweise wird dieses „Zwischenangebot“ jedoch von relativ wenigen Frauen genutzt. Da dieses u.a. das Abtasten der Brust zur Vorsorge von Brustkrebs beinhaltet, sollte es ggf. stärker beworben werden.

Weil die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Rahmen der RSV-Wellen im Q4-2021 und Q4-2022 und zum Ende des Untersuchungszeitraumes etwas unter dem Niveau von 2019 zurückbleibt, sollte geprüft werden, ob hier Nachholbedarfe bestehen.

Auch der zunehmenden Beanspruchung von Psychotherapeuten und der Inanspruchnahme von Psychotherapien sollte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der steigende Bedarf zeichnete sich bereits vor der Pandemie ab, wie auch im Rahmen der Bedarfsprojektion im Hauptgutachten gezeigt werden konnte. Seit der COVID-19-Pandemie hat sich die Nachfrage scheinbar weiter verstärkt. Die Vorhaltung von ausreichend psychotherapeutischen Angeboten und eine bedarfs- und weniger bedürfnisorientierte Steuerung der Inanspruchnahme sollten verfolgt werden.

Besondere Beachtung sollte der Impfstatus hinsichtlich Standardschutzimpfungen finden. Diese wurden seit der Pandemie weniger stark in Anspruch genommen als 2019. Möglicherweise ist dies beeinflusst durch die im Rahmen der COVID-19-Impfung verstärkt auftretende Impfskepsis. Auch die Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen ging im Rahmen der COVID-19-Pandemie zurück und sollte – vor allem für vulnerable Gruppen – im Auge behalten werden.

Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Operationen trotz Pandemie ansteigt. Dies ist ein gutes Zeichen vor dem Hintergrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und der kürzlich beschlossenen Erweiterung des AOP-Katalogs, die darauf abzielt, die Kapazitäten für ambulante Behandlungen weiter zu erhöhen (siehe auch Kapitel 3.1).

Die telefonische Beratung und die Videosprechstunde haben scheinbar während der Pandemie (u.a.) persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung ersetzt. Hinsichtlich der Videosprechstunde scheint sich dieser Effekt auch nach der Pandemie fortzusetzen. Dies spricht dafür, dass diese Methoden auch in Zukunft im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung Anwendung finden könnten. Darüber hinaus bieten sie auch das Potential zur Vermeidung unnötiger Arzt-Patienten-Kontakte – zum Beispiel im Rahmen von harmlosen Atemwegsinfekten – so dass dem Arzt mehr Zeit für behandlungsbedürftige Patienten zur Verfügung steht.

## 3.5 Post-COVID

Dieses Kapitel beschreibt Hintergrund, Definition und Symptomatik von Post-COVID. Es gibt außerdem einen kurzen Überblick über bisherige Studien zur Prävalenz von Post-COVID im globalen Kontext sowie für Deutschland. Schließlich wird die Methodik zur sachsenspezifischen Auswertung von Post-COVID-Patienten beschrieben und die Ergebnisse werden gezeigt.

### 3.5.1 Hintergrund und Definition

Nach anfänglicher Fokussierung auf die akute Behandlung von SARS-CoV-2 Patienten während der Corona-Pandemie, gewannen Langzeitfolgen einer durchgemachten Infektion zunehmend an Aufmerksamkeit. Ähnlich zu postviralen Syndromen als Folge von anderen akuten Viruserkrankungen wie z.B. Influenza oder dem Epstein-Barr-Virus, werden gesundheitliche Langzeitfolgen in Zusammenhang mit einer vorangegangenen SARS-CoV-2-Infektion unter dem Begriff „Long COVID“ zusammengefasst.

Ende 2020 veröffentlichte das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) eine Leitlinienempfehlung welche „Long COVID“ als gesundheitliche Langzeitbeschwerden von 4 Wochen jenseits der akuten SARS-CoV-2 Krankheitsphase beschreibt. Als Post-COVID-Syndrom werden Beschwerden bezeichnet, die nach mehr als 12 Wochen nach Beginn der SARS-CoV-2-Infektion vorhanden sind und nicht anderweitig erklärt werden können (NICE 2020).

Erst im Oktober 2021 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach einem wissenschaftlich fundierten Abstimmungsprozess eine vorläufige Falldefinition von Post-COVID-19 (WHO 2021). Gemäß dieser Definition für Erwachsene werden unter dem Begriff "Post-COVID-19-Syndrom" gesundheitliche Beschwerden zusammengefasst, die in längerem Abstand (in der Regel drei Monate) im Anschluss an eine durchgemachte SARS-CoV-2 Infektion über längere Zeit fortbestehen oder neu auftreten und anderweitig nicht erklärbar sind (WHO 2021). Dabei werden Symptome und gesundheitliche Einschränkungen berücksichtigt, die über mindestens zwei Monate anhalten oder auch wiederkehrend und in wechselnder Stärke auftreten und die im Allgemeinen mit Beeinträchtigungen der alltäglichen Funktionsfähigkeit einhergehen (WHO 2021).

Nach bisherigen Erkenntnissen können auch milde oder gar asymptomatische Verläufe einer SARS-CoV-2-Infektion mit entsprechenden Langzeitfolgen einhergehen können und gerade zu Anfang der Pandemie noch kein breites Testangebot verfügbar. Aufgrund dessen beziehen sich die beiden klinischen Falldefinitionen der WHO sowohl auf Personen mit Labornachweis einer SARS-CoV-2-Infektion als auch auf Personen, für die eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus aufgrund von Krankheitssymptomen oder auch engen Kontakten zu nachweislich Infizierten als wahrscheinlich angesehen werden kann (WHO 2021). Die WHO weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich um vorläufige Falldefinitionen handelt, die in Anpassung an neue wissenschaftliche Erkenntnisse fortlaufend aktualisiert werden müssen (WHO 2021). Für Post-COVID-19 von Kindern und Jugendlichen existieren seit Februar 2023 gesonderte Falldefinitionen (WHO 2023).

### 3.5.2 Symptomatik

Nach bisherigen Erkenntnissen ist davon auszugehen, dass Post-COVID kein einheitliches Krankheitsbild ist, sondern eine Vielfalt körperlicher, kognitiver und psychischer Symptome umfasst, welche die Funktionsfähigkeit im Alltag und Lebensqualität negativ beeinflussen (Robert-Koch-Institut (RKI) 2023).

Laut Definitionskriterien der WHO umfassen die häufigsten Post-COVID Symptome und Beschwerden Erschöpfung, eingeschränkte Belastbarkeit (sogenannte Fatigue), kognitive Probleme wie z.B. Konzentrations- und Gedächtnisprobleme (sogenannter „brain fog“) und anhaltende respiratorische Beschwerden wie Kurzatmigkeit und persistierender Husten (WHO 2021).

Die zugrundeliegenden Mechanismen von Post-COVID sind noch nicht ausreichend geklärt, wobei Erkenntnisse hierzu dank intensiver Forschung fortlaufend hinzukommen (Choutka et al. 2022). So gibt es mittlerweile Hinweise darauf, dass u.a. chronische Entzündungen und Verschlüsse der kleinen Gefäße (Mikrothromben), Viruspersistenz (Chen et al. 2023, Schultheiß et al. 2022), eine Aktivierung des

Epstein-Barr-Virus (Peluso & Deeks 2022; Su et al. 2022), Änderungen im Darm-Mikrobiom (Haran et al. 2021; Zhang et al. 2022) sowie Autoimmunprozesse an der Entstehung gesundheitlicher Langzeitfolgen beteiligt sind (Altman et al. 2023; Hallek et al. 2023).

Personen mit längerfristigen gesundheitlichen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion sind in der Regel nicht ansteckend – es sei denn, es liegt erneut eine akute Infektion mit dem Virus bzw. einer der Virusvarianten vor (sogenannte Reinfektion).

### 3.5.3 Globale Prävalenz

Die genaue Prävalenz von Post-COVID kann weiterhin nicht verlässlich bestimmt werden. Zur Risikoinschätzung fehlt es, insbesondere in Deutschland, an bevölkerungsrepräsentativen, kontrollierten Studien mit ausreichender Nachbeobachtungszeit, die einen Vergleich von Personen mit und ohne durchgemachte SARS-CoV-2-Infektion ermöglichen.

Bisherige Metaanalysen berücksichtigen methodische Unterschiede zwischen einzelnen Studien nur begrenzt und berichten sehr hohe Gesamtprävalenzen für Post-COVID (European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) 2022). In den bisher vorliegenden bevölkerungsbasierten Kohortenstudien wird die Prävalenz von Post-COVID auf etwa 6 bis 15 % geschätzt, bezogen auf die mit SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt der Untersuchung infizierten Bevölkerung (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators 2022; Thompson et al. 2022). Eine Meta-Analyse von gepoolten Daten aus zehn Kohortenstudien aus Großbritannien zeigt, dass die Häufigkeit von Long-COVID-Symptomen mit funktionellen Einschränkungen im Alltag nach 4 bis 12 Wochen zwischen 3,0 % und 13,7 % und nach 12 Wochen zwischen 1,2 % und 4,8 % liegt (Beale et al. 2023; Thomson et al. 2022).

Übereinstimmend zeigen systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, dass die Häufigkeit von Post-COVID-Symptomen bei Erwachsenen mit Hospitalisierung infolge von COVID-19 deutlich höher liegt als bei milden oder wenig symptomatischen Verläufen (Chen et al. 2022; European Center for Disease Prevention and Control 2022). Dies zeigt sich auch anhand einer multizentrischen, gepoolten Analyse von Daten aus 22 Ländern: So wurde die Prävalenz für Post-COVID-Symptome drei Monate nach einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion mit intensivmedizinischer Behandlung auf 43,1 % geschätzt, bei Hospitalisierten ohne intensivmedizinische Behandlung auf 27,5 % und bei Nicht-Hospitalisierten auf 5,7 % (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators 2022).

Des Weiteren gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass sich die Häufigkeit von Post-COVID je nach Virusvariante unterscheidet und nach Infektionen mit der Omikronvariante niedriger sein könnte als nach Infektionen mit früheren Virustypen (Antonelli et al. 2022; Fernández-de-Las-Peñas et al. 2022; Kahlert et al. 2023).

Es ist zu betonen, dass lokale Studien deutliche Unterschiede hinsichtlich weiterer Kriterien, wie etwa Zusammensetzung der Studienpopulation (z.B. nach Alter der Personen und Schwere der COVID-19-Erkrankung), Dauer der Nachbeobachtungszeit oder Einbezug weiterer prognostischer Faktoren, wie z.B. der Schwere der akuten COVID-Erkrankung oder vorliegenden chronischen Krankheiten oder der Erhebungsmethode (z.B. Selbstbefragung oder Registerdaten) vorweisen. Unterschiedliche Studien kommen somit zu sehr unterschiedlichen Schätzungen. Die internationale Zusammenarbeit zu methodischen Herausforderungen sowie zu Definitionsgrundlagen des Post-COVID-Syndroms ist daher unerlässlich, um zu besseren Einschätzungen der Häufigkeit von Post-COVID zu gelangen (Robert-Koch-Institut 2023).

### 3.5.4 Prävalenz in Deutschland

Um die Prävalenz des Post-COVID-Syndroms in Deutschland zu schätzen, muss grundsätzlich zwischen Beobachtungsstudien mit Symptomselbsteinschätzung und Sekundärdatenstudien als Datenquellen unterschieden werden. In einer Beobachtungsstudie aus Deutschland wird die Häufigkeit von Post-COVID-19 im Zeitraum von 6 bis 12 Monaten nach einer SARS-CoV-2-Infektion auf mindestens 6,5 % bei überwiegend nicht hospitalisierten Patienten geschätzt, wenn neben den berichteten

Symptomen auch Einschränkungen der alltäglichen Leistungs- und Funktionsfähigkeit berücksichtigt werden (Peter et al. 2022).

Des Weiteren können sekundäre Abrechnungsdaten zur Einschätzung der administrativen Post-COVID Prävalenz beitragen. Der ICD-Code U09.9! beschreibt den Post-Covid-19 Zustand und wird verwendet, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer Coronavirus-Krankheit-19 (COVID-19) steht. Die Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn noch eine akute COVID-19-Infektion vorliegt. Analysen aus routinemäßig erhobenen ambulanten Daten der gesetzlichen Krankenversicherung gelangen, bezogen auf die bis zum ersten Quartal 2021 registrierten SARS-CoV-2-Infektionen, auf eine Häufigkeit eines Post-COVID-19-Zustands (ICD-Codes U09.9!) von rund 6% (Fricke 2022). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Prävalenz auf Basis von Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger insgesamt eher unterschätzt wird, da hier nicht alle Menschen mit Post-COVID-Symptomatik erfasst werden (Woodrow et al. 2023).

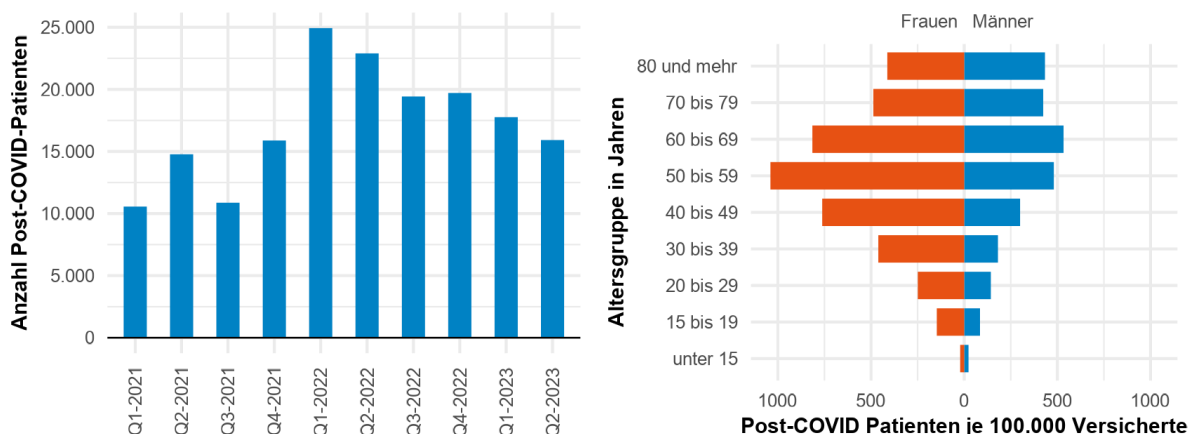
### 3.5.5 Methodik zur Post-COVID-Auswertung für Sachsen

Zur Einschätzung der Morbiditätslast und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund des Post-COVID-19-Syndroms werden durch das Zi seit Einführung des einschlägigen Diagnosecodes U09.9! (Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet) quartalsweise vertragsärztliche Abrechnungsdaten zu diesem Thema analysiert. Für die Bundesebene werden die Ergebnisse auf der Website des Zi veröffentlicht (Zi 2024b).

Diese Herangehensweise wird für das vorliegende Gutachten auf Sachsen übertragen. Analysiert werden vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Patienten mit Wohnort in Sachsen. Für das zum Auswertungszeitpunkt jüngste zur Verfügung stehende Quartal Q2 2023 werden Patienten mit der Diagnose U09.9! (Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet) identifiziert und für diese verschiedene Indikatoren für dieses Quartal ausgewertet (z. B. Verteilung nach Alter und Geschlecht, Auftreten bestimmter Symptome, Inanspruchnahme bestimmter Fachgruppen und Leistungen).

Außerdem wird die Anzahl Patienten mit Post-COVID in Sachsen ab der Einführung des Diagnosecodes quartalsweise für eine Zeitreihe berechnet und die Prävalenzrate abgeleitet. Als Grundgesamtheit wird dabei die Anzahl gesetzlich Krankenversicherter des jeweiligen Jahres in Sachsen herangezogen (KM6-Statistik, BMG 2024b).

### 3.5.6 Ergebnisse zur Post-COVID-Auswertung für Sachsen



**Abbildung 55: Anzahl Patienten mit Post-COVID nach Quartalen (li) und Prävalenz im 2. Quartal 2023 nach Altersgruppen und Geschlecht (re) in Sachsen**

Die Anzahl der vertragsärztlich behandelten Post-COVID-Patienten variiert in Sachsen zwischen 10.561 Personen im 1. Quartal 2021 und 24.934 Personen im ersten Quartal 2022 (Abbildung 55 li). Seit diesem Zeitpunkt ist ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im 3. Quartal 2023 beträgt die Anzahl 15.918. Die Prävalenzrate bezogen auf die GKV-Versicherten liegt im 3. Quartal 2023 bei 423 Post-COVID-



Patienten je 100.000 Versicherten, das Maximum lag im 2. Quartal 2022 bei 667 Post-COVID-Patienten je 100.000 Versicherten.

Es bestehen deutliche Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Prävalenzrate von Post-COVID (siehe Abbildung 55 re). 66% der Post-COVID-Patienten sind Frauen. Insbesondere Frauen zwischen 15 und 69 Jahre sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Die höchsten Prävalenzraten zeigen Frauen zwischen 40 und 69 Jahren mit einer Spitze von etwas über 1000 Post-COVID-Patientinnen je 100.000 Versicherte im Alter von 50 bis 59 Jahren.

99,4% der Post-COVID Patienten des 2. Quartals 2023 hatten auch im Vorjahr 2022 Kontakt zu einem Vertragsarzt. Die 25 häufigsten Behandlungsanlässe im Vorjahr nach ICD-3-Stellern sind in Tabelle 17 aufgeführt. Viele Post-COVID-Patienten hatten Diagnosen aus dem Bereich des metabolischen Syndroms (Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2), Rückenschmerzen und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates, Depressionen, Angst- und Schlafstörungen und Erkrankungen der Atemwege. 52% hatten im Vorjahr eine Diagnose des ICD-3-Stellers U07, der COVID-19 mit und ohne Virusnachweis umfasst, für 28% wurde COVID-19 in Eigenanamnese dokumentiert. Blickt man ergänzend zurück bis zum ersten Quartal 2020, zeigt sich für 74% der Post-COVID-Patienten des 2. Quartals 2023 mindestens eine COVID-19-Diagnose mit Virusnachweis ab 2020.

Da pro Patient mehrere Vorerkrankungen im Vorjahr 2022 vorliegen können, addiert sich die Anzahl der Post-COVID-Patienten über alle Vorerkrankungen hinweg nicht zur Gesamtzahl der Post-COVID-Patienten (n=15.918, s.o.), sondern liegt deutlich darüber.

**Tabelle 17: Häufigste Vorerkrankungen im Jahr 2022 von Patienten mit Post-COVID-Diagnose im 2. Quartal 2023**

ICD-10-Code	Vorerkrankung Bezeichnung	Post-COVID-Patienten (Q3-2023) mit Vorerkrankung 2022	
		Anzahl	Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	8.801	55%
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern*	8.353	52%
M54	Rückenschmerzen	8.172	51%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7.536	47%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	5.452	34%
F45	Somatoforme Störungen	5.449	34%
U08	COVID-19 in der Eigenanamnese	4.429	28%
F32	Depressive Episode	4.283	27%
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	4.073	26%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3.776	24%
R06	Störungen der Atmung	3.632	23%
E66	Adipositas	3.597	23%
J45	Asthma bronchiale	3.493	22%
M47	Spondylose	3.420	21%
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	3.365	21%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	3.307	21%
G47	Schlafstörungen	2.891	18%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2.853	18%
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	2.826	18%
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	2.797	18%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	2.736	17%
F41	Andere Angststörungen	2.715	17%
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	2.700	17%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2.696	17%
N95	Klimakterische Störungen	2.617	16%

\* hierzu gehört Covid-19 mit und ohne Virusnachweis

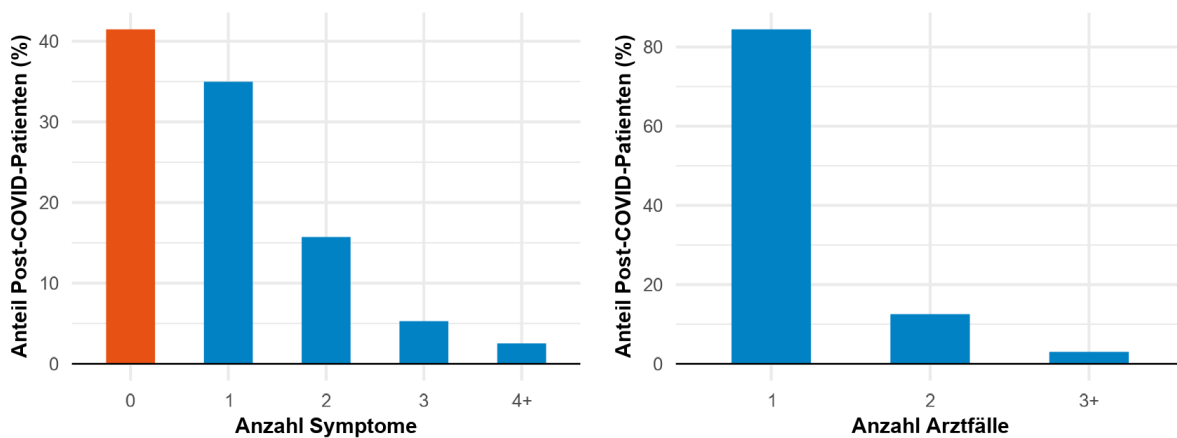
Zur Analyse von Post-COVID-Symptomen wird auf Arbeiten von Sudre et al. 2021 und Schulz et al. 2022 zurückgegriffen, die untersucht haben, welche Symptome häufig in Zusammenhang mit Post-COVID beobachtet werden. Darauf aufbauend werden für die vorliegende Arbeit 18 Symptome ausgewählt. Die Post-COVID-Diagnose U09.9! ist stets in Zusammenhang mit einer anderenorts klassifizierten Störung anzugeben, die in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen COVID-19-Erkrankung steht. Für die Post-COVID-Patienten des 2. Quartals 2023 wird dementsprechend das Auftreten der 18 ausgewählten Symptome im gleichen Quartal überprüft.

Tabelle 18 zeigt die Anzahl und den Anteil der Post-COVID-Patienten je Symptom. Auch hier ist zu beachten, dass ein Post-COVID-Patient mehrere der Symptome zeigen kann, so dass sich die Anzahl der Post-COVID-Patienten über alle Symptome hinweg nicht zur Gesamtzahl der Post-COVID-Patienten (n=15.918, s.o.) aufaddiert. Darüber hinaus können zusammen mit der Diagnose Post-COVID weitere Diagnosen dokumentiert sein, die nicht von den 18 ausgewählten Symptomen umfasst werden (z. B. Atemwegsinfektionen, Depressionen und Angststörungen).

Von den 18 ausgewählten Symptomen sind die häufigsten Ermüdung/Erschöpfung (20,4%), Kurzatmigkeit (12,2%) und Schlafstörungen (12,0%), Halsschmerzen/Heiserkeit (11,1%), Kopfschmerzen (8,5%) und Schmerzstörungen (7,8%) (siehe Tabelle 18).

**Tabelle 18: Vorkommen von Post-COVID-Symptomen bei Post-COVID-Patienten**

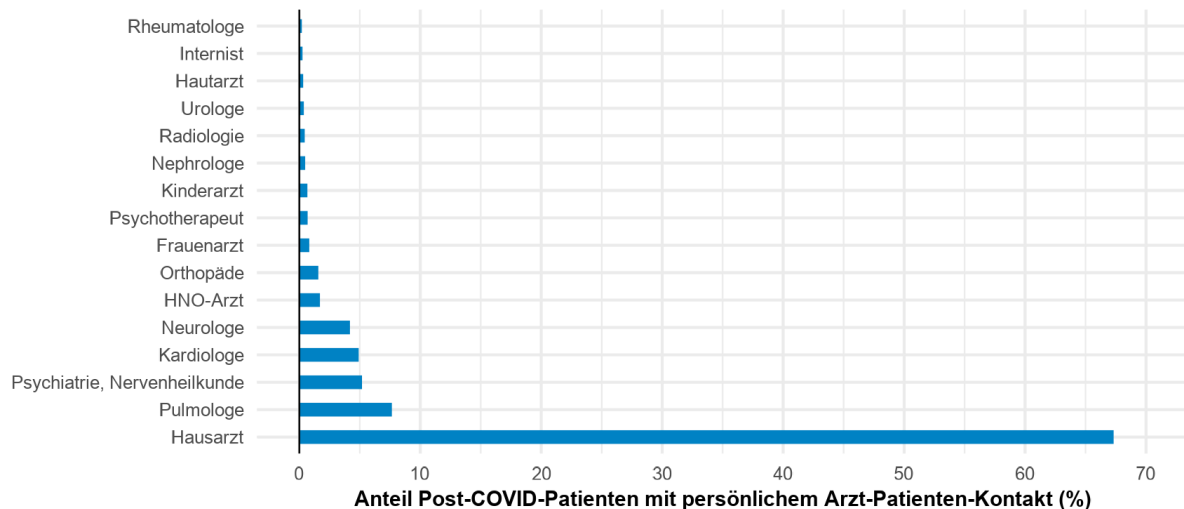
Symptom	Post-COVID-Patienten (Q3-2023) mit Symptom im selben Quartal	
	Anzahl	Anteil
Ermüdung/Erschöpfung	3.254	20,40%
Kurzatmigkeit	1.943	12,20%
Schlafstörung	1.905	12,00%
Halsschmerzen/Heiserkeit	1.759	11,10%
Kopfschmerzen	1.353	8,50%
Schmerzstörung	1.239	7,80%
Husten	907	5,70%
Durchfall	546	3,40%
Brustschmerzen	512	3,20%
Störung des Geruchs-/Geschmackssinns	363	2,30%
Bauchschmerzen	349	2,20%
Posttraumatische Belastungsstörung	240	1,50%
Muskelschmerzen	154	1,00%
Haarausfall	141	0,90%
Übelkeit	104	0,70%
Fieber	50	0,30%
Appetitverlust	33	0,20%
Delir	<30	<0,2%



**Abbildung 56: Anzahl Post-COVID-Symptome (li) und Anzahl Arztfälle (re) bei Post-COVID-Patienten im 3. Quartal 2023 in Sachsen**

Rund 58,5% (n=9.316 von 15.918) der Post-COVID-Patienten weisen mindestens eines der 18 Symptome auf. 35% zeigten genau eins, 16% zwei, 5% drei und 2,5% vier und mehr der Symptome (siehe Abbildung 56 li). Für 41,5% wurde keines der 18 Post-COVID-Symptome dokumentiert.

Als Merkmal der Inanspruchnahme- bzw. Behandlungsintensität aufgrund der Post-COVID-Symptomatik werden die Arztfälle je Post-COVID-Patient im 2. Quartal 2023 bestimmt (1 Arztfall = 1 Patient bei 1 Arzt im Quartal). Auf 15.918 Patienten entfielen 19.038 Arztfälle. Resultierend löste die große Mehrheit (84,5%) der Post-COVID-Patienten im Beobachtungsquartal nur einen Arztfall aus (siehe Abbildung 56 re). Dies schließt jedoch nicht aus, dass derselbe Arzt im Quartal mehrfach aufgesucht wurde. Für 12,5% der Post-COVID-Patienten werden zwei, für 3% drei und mehr Arztfälle beobachtet (siehe Abbildung 56).



**Abbildung 57: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von Post-COVID-Patienten im 2. Quartal 2023 in Sachsen nach Fachgruppen**

Zur Untersuchung der Behandlungsbeteiligung nach Fachgruppen werden fachgruppenspezifische Grund- und Versichertenpauschalen ausgewertet. Diese stehen für einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Abbildung 57 zeigt, welche Fachgruppen welcher Anteil der Post-COVID-Patienten im 2. Quartal 2023 persönlich aufgesucht hat.

67% der Post-COVID-Patienten haben einen Hausarzt aufgesucht. Zwischen 7,7% und 4,2% suchten einen Pulmologen, Psychiater bzw. Nervenheilkundler, einen Kardiologen oder einen Neurologen auf (siehe Abbildung 57).

Ein Patient kann mehrere Fachgruppen aufgesucht haben. Die Anzahl Arztfälle > 1 bei 15,5% der Post-COVID-Patienten (siehe Abbildung 55 re) spricht für diesen Umstand. Werden die Anteile der Patienten über die Fachgruppen aus Abbildung 57 aufaddiert, ergibt sich jedoch nur eine Summe von 96,8%. Dies spricht dafür, dass ein Teil der Post-COVID-Patienten keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt hatte. In diesen Fällen können z. B. Verwaltungskomplexe zur Ausstellung von Überweisungsscheinen oder zur Übermittlung von Befunden oder eine telefonische Beratung abgerechnet worden sein, für die nicht zwingend ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist.

**Tabelle 19: Anteil Post-COVID-Patienten mit bestimmten Leistungen im 2. Quartal 2023 in Sachsen**

GOP	Bezeichnung	Anteil Post-COVID-Patienten (Q3-2023) mit Leistung im selben Quartal
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch (Hausarzt)	34,1
01611	Reha-Verordnung	0,7
01621	Krankheitsbericht auf Verlangen der Krankenkasse (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Medizinischer Dienst, Kostenübernahme Reha-Sport)	1,5
01622	Erstellung Kurplan oder Plan zur beruflichen Wiedereingliederung, Beantwortung Anfrage der Krankenkasse bzgl. einer AU-Bescheinigungen oder verordneter KH-Aufenthalte, Verordnung einer Eltern-Kind-Kur	2,6

Schließlich wird die Inanspruchnahme von Leistungen untersucht, die auf eine zeitintensive Konsultation oder einen besonderen Schweregrad der Erkrankung hindeuten. Tabelle 19 zeigt den Anteil Post-COVID-Patienten im 2. Quartal 2023, für den diese Leistungen im selben Behandlungsfall, in dem auch die Post-COVID-Diagnose dokumentiert wurde, abgerechnet wurden.

Gut ein Drittel der Post-COVID-Patienten nahm ein problemorientiertes ärztliches Gespräch bei einem Hausarzt in Anspruch. Je 10 Minuten und Patient kann diese Gebührenordnungsposition (GOP) einmal abgerechnet werden. Aus der durchschnittlichen Zahl der GOP je Patient mit dieser Leistung ergibt sich ein durchschnittlicher Gesprächsaufwand von 16 Minuten je Patient.

Leistungen, die für einen besonderen Schweregrad der Erkrankung sprechen (z. B. Reha-Verordnung, Ausstellung von Krankheitsberichten für die Krankenkasse, Erstellung eines Kurplans oder Plans zur beruflichen Wiedereingliederung), wurden jeweils für 0,7% bis 2,4% der Post-COVID-Patienten abgerechnet.

### 3.5.7 Zusammenfassung und Diskussion

Der Fokus der Auswertungen lag auf sächsischen Patienten mit Post-COVID-Diagnose aus der vertragsärztlichen Versorgung im 2. Quartal 2023. Deren Anzahl betrug 15.918. Dies entspricht einer Prävalenz von 423 Post-COVID-Patienten je 100.000 GKV-Versicherten. Seit der Einführung des ICD-10-Codes für Post-COVID im 1. Quartal 2021 lag die Anzahl Patienten mit dieser Diagnose in Sachsen im 1. Quartal 2022 mit 24.934 am höchsten. Nach diesem Zeitpunkt ist ein rückläufiger Trend zu beobachten.

66% der sächsischen Post-COVID-Patienten sind Frauen. Die höchsten Prävalenzraten zeigen Frauen zwischen 40 und 69 Jahren.

99,4% der Post-COVID Patienten hatten auch im Vorjahr 2022 Kontakt zu einem Vertragsarzt. Häufige Behandlungsanlässe waren Diagnosen aus dem Bereich des metabolischen Syndroms (Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2), Rückenschmerzen und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates, Depressionen, Angst- und Schlafstörungen und Erkrankungen der Atemwege. Verglichen mit den Auswertungen bestimmter Krankheitsentitäten im Hauptbericht zeigen sich für alle Diagnosen des metabolischen Syndroms sowie für somatoforme Störungen, Depressionen und Angststörungen deutlich höhere Prävalenzraten unter den Post-COVID-Patienten als für alle sächsischen Patienten gesamt. Im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten konnte gezeigt werden, dass bei Post-COVID-Patienten gegenüber Patienten ohne Post-COVID signifikant häufiger Adipositas, Rückenschmerzen, Bauschmerzen, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen und Depressionen als Vorerkrankung beobachtet werden (Schulz et al. 2022).

Knapp 60% der Post-COVID-Patienten weisen in Studien erhobene, häufig auftretende Post-COVID-Symptome auf. Für gut 40% der Patienten werden in Zusammenhang mit der Post-COVID-Diagnose im 2. Quartal 2023 ausschließlich Diagnosen außerhalb dieses Spektrums dokumentiert. Dies ist aufgrund der Heterogenität des Post-COVID-Syndroms jedoch nicht unplausibel, da in der vorliegenden Analyse die häufigsten, aus Selbstangaben stammenden Symptome, welche mit in Abrechnungsdaten dokumentierten ICD-10-Codes operationalisierbar sein müssen, untersucht wurden.

84,5% der Post-COVID-Patienten lösten im Beobachtungsquartal Q3-2023 genau einen Arztfall aus. Dieser kann mehrere Besuche desselben Arztes im selben Quartal umfassen. Für 12,5% der Post-COVID-Patienten werden zwei, für 3% drei und mehr Arztfälle beobachtet. So ist davon auszugehen, dass für die überwiegende Mehrheit der Patienten eine fachgruppenhomogene Versorgung vorliegt.

67% der Post-COVID-Patienten hatten im 1. Quartal 2023 einen persönlichen Kontakt zu einem Hausarzt. Andere Fachgruppen wurden von maximal 7,7% besucht. Unter den Fachärzten spielen Pulmologen, Psychiater bzw. Nervenheilkundler, Kardiologen und Neurologen die größte Rolle. Dieses Mengengerüst erlaubt Rückschlüsse auf den Versorgungsbedarf mit Spezialisten, der im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung bei einem geringeren Anteil von Patienten vorliegt.

Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung von Post-COVID-Patienten ist ein besonderes Augenmerk auf zeitintensive Konsultationen des Hausarztes zu legen, wie anhand der Leistungserbringung problemorientierter ärztlicher Gespräche für ein Drittel der Post-COVID-Patienten sichtbar wird.

Leistungen, die für einen besonderen Schweregrad der Erkrankung sprechen (z. B. Reha-Verordnung, Ausstellung von Krankheitsberichten für die Krankenkasse u.ä.), wurden nur für einen kleinen Teil (0,7% bis 2,4%) der Post-COVID-Patienten abgerechnet.

Gegenüber den Studien zu Post-COVID in Deutschland, die einführend in Kapitel 3.5.4 genannt werden, wird in der vorliegenden Arbeit die Zahl der Post-COVID-Patienten nicht auf Patienten mit vorangegangener COVID-19-Erkrankung bezogen. Aus verschiedenen Gründen ist dies mit vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nicht sinnvoll möglich. Zum einen haben Patienten zum Zeitpunkt ihrer COVID-19-Infektion u.U. keinen Vertragsarzt aufgesucht. Auch ein Labortest zum Virusnachweis wird nicht immer durchgeführt. So ist einerseits unsicher, wie viele COVID-19 Erkrankungen in den Abrechnungsdaten nicht erfasst sind und andererseits, bei wie vielen der COVID-19-Diagnosen ohne Virusnachweis es sich möglicherweise doch nicht um COVID-19 handelte.

Die ermittelte Anzahl von Post-COVID-Patienten kann jedoch helfen, den Umfang der notwendigen ärztlichen Betreuung dieser Patienten abzuschätzen. Die Hinweise zur Alters- und Geschlechtsstruktur und zu Vorerkrankungen und Symptomen beschreiben die Patienten und bestätigen die in der Literatur beschriebene Vielfältigkeit des Krankheitsbildes.

Ein Großteil der vertragsärztlichen Betreuung findet im hausärztlichen Bereich statt, wo häufig zeitintensive Gespräche durchgeführt werden. Nur für 0,7% der untersuchten Post-COVID-Patienten wurden im Untersuchungsquartal Reha-Verordnungen vorgenommen. Der Anteil kann bei längerer Beobachtungszeit höher ausfallen. Jedoch könnte geprüft werden, ob der Bedarf für Rehabilitationsmaßnahmen bei Post-COVID-Patienten tatsächlich so niedrig ist, oder ob bestimmte Hürden (Verfügbarkeit von Plätzen in Rehakliniken, Kostenübernahme durch die Krankenkasse, Fähigkeit des Patienten, sich trotz seiner Erkrankung um die Organisation zu kümmern) vorliegen. Zur angemessenen Versorgung von Post-COVID-Patienten könnte es ggf. nötig sein, an der Überwindung bestehender Hürden zu arbeiten.

## 4 Fokusgruppeninterviews

### 4.1 Zusammenfassung

Ergänzend zu den quantitativen Analysen des Gutachtens zum Versorgungs- und Arztbedarf in Sachsen wurden Handlungsempfehlungen zur Sicherung der Versorgung formuliert, die in Fokusgruppeninterviews mit Stakeholdern aus der Gesundheitsversorgung in Sachsen diskutiert wurden. Einleitend dazu wurden die Teilnehmenden zu ihrer Einschätzung der aktuellen und in Zukunft erwarteten Versorgungssituation befragt. Des Weiteren wurden die Handlungsfelder „Ausbildung und Weiterbildung“, „finanzielle Förderung“ und „strukturelle Förderung“ sowie die „Entbürokratisierung“ thematisiert und im Verlauf der Diskussion um die Handlungsfelder „Niederlassungsattraktivität“, „Allokation von Ärzten“, „Erwartungshaltung der Bevölkerung“, „Prävention und Gesundheitsförderung“ und die „Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen“ ergänzt. Neben den Handlungsempfehlungen befassten sich die Fokusgruppen damit, welche Akteure bei der Planung und Umsetzung von Fördermaßnahmen involviert werden sollten, wie die Teilnehmenden die Gesundheitsförderung im Vergleich zur Wirtschaftsförderung sehen und welche Aspekte als förderlich und herausfordernd bei der Nachhaltigkeit von Projektförderungen identifiziert werden können.

Die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation variiert je nach fachlichem Hintergrund der Teilnehmenden. Positiv zu bewerten seien die aktuell flächendeckende Versorgung im stationären Sektor und die Sperrung weitestgehend aller Planungsbereiche für Psychotherapeuten. Dies spreche dafür, dass genügend Therapeuten zur Verfügung stünden. Bei der primärärztlichen Versorgung befinde man sich in Sachsen an einem Kippunkt. Aufgrund der frühzeitigen Auseinandersetzung mit der Sicherstellung der Versorgung und der Entwicklung von innovativen und landesindividuellen Konzepten konnte auf die Herausforderungen bisher noch reagiert werden. Trotz der zum Teil positiven Wahrnehmungen überwiegt bei den Teilnehmenden eine eher negative Bewertung der aktuellen Situation. Die älter werdende Gesellschaft, der sektorenübergreifende Fachkräftemangel und die veränderten Arbeitsansprüche der jüngeren Generation (Work-Life-Balance, Anstellung) führen zu einer Verschärfung der Situation. Sorgen bereiten unter anderem die fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Zukünftig werde vor allem durch die veränderte Demographie und Krankheitslast eine Verschärfung dieser Situation erwartet. Den Herausforderungen bei der Sicherstellung der Versorgung aufgrund der Alterung der Patienten, des Personalmangel und der Verschiebung der Krankheitslast hin zu chronischen Erkrankungen wird mit versorgungsstrukturellen Anpassungen begegnet werden müssen. Perspektivisch werden vermehrt neue Versorgungsformen erwartet. Der Fokus werde dabei insbesondere auf der Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams, dem Ausbau von Delegationsmodellen und der Überwindung der Sektorengrenzen liegen. Auf der räumlich-strukturellen Ebene werde eine Konzentration der Versorgerer in den Oberzentren und kreisfreien Städten bei gleichzeitiger Verschärfung der Unterversorgung in ländlichen Regionen erwartet.

Das Thema Aus- und Weiterbildung sei ein Handlungsfeld, in dem seit längerem eine Chance gesehen werde, um auf die zukünftigen Herausforderungen zu reagieren. Bereits in der Vergangenheit wurden verschiedene Fördermaßnahmen ergriffen, um bspw. die Medizinstudierenden schon im Studium an den ambulanten Sektor heranzuführen. Viele Maßnahmen werden zwar als wirksame Einflussfaktoren eingestuft, wobei die Effekte aufgrund der Länge der ärztlichen Ausbildung noch nicht vollends bewertet werden können. Die Ausbildungsdauer sei auch ein Grund dafür, weshalb das Potenzial des Handlungsfelds eingeschränkt sei.

Ähnlich wie die Förderung von Aus- und Weiterbildung könne durch die finanzielle Förderung Einfluss genommen werden. Zudem sei die finanzielle Förderung die Basis vieler Handlungsfelder. Herausfordernd sei es jedoch, dass das Gesundheitssystem so gut wie ausfinanziert sei und dass finanzielle Förderangebote nicht immer in Anspruch genommen werden. Ebenso wurde angeführt, dass eine Sicherung der Versorgung auf der Grundlage von einzelnen Förderungen keine effektive Perspektive

biere. Hier sei eine nachhaltige Finanzierung über die Regelversorgung, die nicht durchgängig gegeben sei, zu gewährleisten.

Im Rahmen der strukturellen Förderung werden Logistikkonzepte und alternative Versorgungsangebote diskutiert. Aufgrund der sich verändernden Versorgungsstrukturen müsse diesbezüglich auch die Bevölkerung aufgeklärt werden und ein Umdenken bei der Planung von Angeboten stattfinden. Chancen lägen bspw. in Konzepten, die sich mit den Patientenwegen beschäftigen. Ebenso können digitale Angebote wie Projekte mit telemedizinischen Ansätzen Abhilfe bei der Versorgung ländlicher Räume bieten. Zudem berge die Digitalisierung Chancen, den Bürokratieaufwand in Arztpraxen zu verringern, bei der Diagnostik zu unterstützen und die Vernetzung beteiligter Akteure zu optimieren. Bei der Umsetzung brauche es allerdings neben infrastrukturellen Voraussetzungen auch die Unterstützung Dritter (bspw. KVen). Der Aufwand, der durch die Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen entstehe, solle die Versorgung effizienter gestalten und nicht zu Mehraufwand für die Ärzte führen. Auf der strukturellen Ebene können auch eine verstärkte Delegation von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal, ein stärkerer Einbezug der Pflegeprofession im Sinne der Substitution und die Zuwanderung von ausländischen Ärzten eine Chance bieten, um auf die knapper werdende ärztliche Ressource zu reagieren. Für die Umsetzung von Maßnahmen in diesen Handlungsfeldern müsse sichergestellt werden, dass diese sowohl finanziell gefördert als auch auf gesetzlicher Ebene verankert werden. Gleichzeitig sei zu betonen, dass der Fachkräftemangel nicht nur bei den Ärzten, sondern in nahezu allen Berufsgruppen existiere.

Bei dem Handlungsfeld Entbürokratisierung handele es sich mitunter um eine der bedeutendsten Stellschrauben. Die Entbürokratisierung biete insbesondere die Chance, Abläufe zu beschleunigen. Erfahrungsgemäß sei in den letzten Jahren trotz des allgemein anerkannten Handlungsbedarfes in diesem Bereich wenig passiert. Zum Teil sei der Anteil bürokratischer Aufgaben eher angestiegen, weshalb an dieser Stelle auch in Zukunft wenig Veränderung erwartet werde.

Bestimmte Aspekte wurden innerhalb der Handlungsbereiche durch die Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews hervorgehoben oder ergänzt. Die Niederlassungsattraktivität sei bspw. ein Feld, welches sowohl durch strukturelle und finanzielle Förderungen als auch durch die Entbürokratisierung beeinflusst werde. Zudem bevorzuge die neue Generation an Ärzten eine Anstellung gegenüber der Selbstständigkeit und lege Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Auch die beschränkten Einflussmöglichkeiten durch die aktuelle Bedarfsplanung auf die Allokation von Ärzten stellen eine Herausforderung dar. Ein Handlungsfeld, welches zukünftig mitgedacht werden sollte, ist „Prävention und Gesundheitsförderung“. Präventive als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie bspw. die Erhöhung der Gesundheitskompetenz können Einfluss auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen haben. Alle Handlungsfelder eint, dass sich (gesetzliche) Rahmenbedingungen an neue Versorgungsstrukturen anpassen und eine Umsetzung dieser ermöglichen müssen.

Bei der Planung von Fördermaßnahmen sollten je nach Bedarf neben Vertretern der Leistungserbringer und Kostenträger auch das SMS, die Kommunen, die Sächsische Landesärztekammer, das Finanzministerium und medizinische Fakultäten mit einbezogen werden. Förderlich für die Nachhaltigkeit von Projektförderungen sei es, wenn die beteiligten Akteure eine gemeinsame Wissensbasis schaffen und gut kommunizieren. Auch nach der Umsetzung von Maßnahmen komme der Kommunikation der Ergebnisse eine bedeutende Rolle zu, um Projekte weiterzutragen und skalierbar zu machen.

Abschließend verweisen die Teilnehmenden der Fokusgruppen auf die Bedeutung der Kommunikation der Gutachtenergebnisse in Richtung der allgemeinen Öffentlichkeit und insbesondere in Richtung der Kommunen und anderen mitverantwortlichen Stakeholdern im Gesundheitssystem.

## 4.2 Hintergrund und Methodik

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse von zwei Fokusgruppeninterviews mit Stakeholdern aus der Gesundheitsversorgung in Sachsen vorgestellt. Es wurde ein sequenzieller Mixed Methods-Ansatz verfolgt. Zunächst entstand in einer quantitativen Analyse das Gutachten zum ärztlichen Versorgungsbedarf in Sachsen mit Handlungsempfehlungen, die anschließend in qualitativen Fokusgruppen vertieft wurden. Die Fokusgruppensitzungen fanden vormittags und nachmittags am 10. April 2024 statt. Das Zi moderierte die Veranstaltung und war mit drei Personen anwesend.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) stellte die Räumlichkeiten zur Verfügung. Beide Fokusgruppeninterviews bestanden aus je 9 Personen. Das erste Fokusgruppeninterview war zusammengesetzt aus vier Personen aus dem Bereich Kostenträger, 2 Personen des Bereichs der Leistungserbringer, 2 Personen aus dem SMS und einer Person, die die Interessen der Kommunen vertreten hat. Die zweite Fokusgruppe bestand aus 3 Personen mit Affiliationen zum SMS, jeweils 2 Personen vertraten die Sicht der Leistungserbringer und der Kostenträger, schlussendlich wurden noch die Perspektiven aus Sicht der Kommunen und Patienten durch jeweils eine Person gehört. Insgesamt waren je Fokusgruppe 10 Personen eingeladen, wobei je Gruppe eine Person nicht am Termin teilnehmen konnte.

Die Transkription der Videoaufzeichnungen erfolgte nach den Vorgaben von Dresing und Pehl (2018). Anschließend wurde das Textmaterial in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022) ausgewertet. Das Kategoriensystem (vgl. das Inhaltsverzeichnis, Kapitel 4.3) wurde anhand des ersten Fokusgruppeninterviews entwickelt und mithilfe des zweiten Fokusgruppeninterviews konkretisiert. Der Leitfaden (siehe Anhang) diente zunächst als Orientierung zur Bildung der Hauptkategorien, während die Subkategorien primär anhand des Textmaterials ergänzt wurden. Auf diese Weise wurden insgesamt 7 Hauptkategorien deduktiv-induktiv, d. h. anhand des strukturierenden Interviewleitfadens und während der Befassung mit dem Textmaterial, bestimmt. Die 7 Hauptkategorien enthalten mehrere Subkategorien, die wiederum weitere Subkategorien aufweisen können. Zur Analyse wurde die Software MAXQDA (VERBI GmbH, Berlin) in der Version 22.7.0 eingesetzt. Vor der Darstellung wörtlicher Zitate wurde die Freigabe eingeholt. Erfolgte die Autorisierung der Zitate unter der Bedingung, das niedergeschriebene Gesprochene nachzubessern, ohne dabei den inhaltlichen Sinn zu verfälschen, wurde die überarbeitete Form aufgenommen.

## 4.3 Qualitative Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

### 4.3.1 Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen

Die Hauptkategorie „Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen“ umfasst die Beschreibungen der Teilnehmenden zu ihrer Wahrnehmung der gesundheitsbezogenen (medizinischen, psychischen oder pflegerischen) Versorgungssituation in Sachsen aktuell und in Zukunft (siehe Tabelle 20). Die zugehörigen Fragen dienten als „Eisbrecherfragen“, um für alle Beteiligten einen einfachen Gesprächseinstieg zu ermöglichen. Die Subkategorie „Ausgangslage“ ist unterteilt in „positive“ und „negative“ Darstellungen. Die Subkategorie „Zukunftsperspektive“ geht auf demographische Veränderungen ein und als Folge dieser, auch auf notwendige versorgungsstrukturelle Anpassungen. Bei der Projektion der Versorgungssituation werden einige Aspekte angerissen, die in den Folgekapiteln zu den Handlungsfeldern dann detaillierter beschrieben werden.

*Tabelle 20: Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen*

2.1 Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen
2.1.1 Ausgangslage
2.1.1.1 Positiv
2.1.1.2 Negativ
2.1.2 Zukunftsperspektive
2.1.2.1 Demographische Veränderungen
2.1.2.1.1 Versorgungsstrukturelle Veränderungen

#### 4.3.1.1 Ausgangslage

Die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation ist geprägt von den institutionsspezifischen Sichtweisen der Teilnehmenden. Die Teilnehmenden aus der psychotherapeutischen und aus der stationären



Versorgung nehmen die aktuelle Versorgungssituation eher **positiv** wahr. Krankenhausseitig werde etwa eine gute, flächendeckende Versorgungslage beobachtet und angegeben, dass in manchen Regionen mit ambulanter vertragsärztlicher Unterversorgung, die dort ansässigen Kliniken die ambulante medizinische Versorgung auffingen.

„Wenn Sie danach fragen, wie die Versorgungslage heute ist, so würde ich auch sagen, ist recht gut. Wir haben eine hohe Arztdichte, wenn man das im internationalen Vergleich sieht, ist sie eigentlich sehr hoch. Also viele andere Länder haben da deutlich weniger Ärzte.“  
(Fokusgruppe\_2, Kommunalsicht\_1, Pos. 21)

Für die psychotherapeutische Versorgung werde angegeben, dass aktuell genügend Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung stünden und die Planungsbereiche weitestgehend gesperrt seien. Einzig für ärztliche Psychotherapeuten oder ärztliche Psychosomatiker gäbe es noch Zulassungsmöglichkeiten.

Dass die primärärztliche Versorgung in Sachsen gerade noch funktioniere, werde u. a. damit erklärt, dass sich mit den Fragen zur demographischen Entwicklung schon seit mehreren Jahren beschäftigt werde und, dass die Dichte des ärztlichen Personals generell (in Deutschland) im internationalen Vergleich als hoch eingeschätzt wird. Aus der kassenärztlichen Vereinigung Sachsen habe man innovative Konzepte wahrgenommen und einer landesindividuellen Bedarfsplanung zu verdanken, dass wichtige Schritte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unternommen wurden.

Eine drohende Unterversorgung in manchen Planungsbereichen konnte dadurch dennoch nicht abgewendet werden. Eine solche **negative** Wahrnehmung bzgl. des Versorgungs- und Arztbedarfes in Sachsen überwiegt deutlich bei den Teilnehmenden.

Wie angedeutet, begreifen einige Teilnehmende die Versorgungssituation als gerade noch funktionierend mit zunehmenden regionalen Engpässen. Die fachärztliche Versorgung auf dem Land sei entwicklungsbedürftig. Termine seien schwer zu erhalten und es müsse lange darauf gewartet werden. Auch würden Patienten aufgrund von Entfernungen nicht immer Spezialisten aufsuchen, sondern einen Arzt oder eine Ärztin mit kürzerer Entfernung bevorzugen. Es werde zwar festgestellt, dass die ärztliche Ressource nominal im Freistaat Sachsen anwachse, sich die Arbeitszeitvolumina allerdings pro Kopf reduzierten und sich dies auf die Verknappung in der medizinischen Versorgung auswirke.

„Das, wo ich jetzt schon zustimmen kann, ist eben das Nähen der Versorgung auf Kante. Denn wir haben jetzt schon flächendeckend hausärztliche Probleme und wir kriegen jetzt in den ländlichen Räumen fachärztliche Probleme dazu. Das ist alles jetzt schon akut. Wir haben auch Planungsbereiche, wo wir gar keinen Arzt mehr haben. Und das sind so Regionen, da sind dann 100.000 oder noch mehr Menschen davon betroffen, dass wir dort keinen Hautarzt haben.“  
(Fokusgruppe\_1, Leistungserbringer\_2, Pos. 12)

Eine ähnliche Situation zu den sich abzeichnenden ärztlichen Versorgungsproblemen, entwickle sich auch im Bereich der pflegerischen Versorgung. Eine steigende Anzahl älterer Menschen treffe auf ein Pflegesystem mit zunehmenden finanziellen Herausforderungen, wie bspw. steigende Eigenanteile in der stationären Pflegebereichsversorgung. Auch die Pflegekräfte selbst überaltern schnell und weisen eine eher geringe Bereitschaft zu Veränderungen zur Begegnung absehbarer Zukunftsprobleme auf.

Seit längerem wirke sich der Personalmangel im Gesundheitswesen auch auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst aus, der in den letzten Jahren allerdings doch wieder zunehmend Aufmerksamkeit bekommen habe. Die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor, sowie der „dritten Säule Öffentlicher Gesundheitsdienst“ werde in seiner Grundkonstruktion kritisiert. Sie setze falsche Anreize und sei Teil des aktuellen vertragsärztlichen Versorgungsproblems. Es fehle an ineinandergreifenden Versorgungskonzepten.

In der stationären Versorgung zählten Personalnot sowie ein hoher wirtschaftlicher Druck ebenfalls zu den genannten Problemfeldern. Knappes Personal führe zur Abweisung von Patienten, was wiederum den Abbau von Betten oder das Schließen von Fachabteilungen (Geburtsmedizin, Kindermedizin) implizieren könne und schlussendlich, ohne einen wirtschaftlich aufrechtzuerhaltenden Betrieb des Krankenhauses, zur Schließung in Gänze führen könne. Es werde zudem angegeben, dass die Kliniken in manchen Regionen die ambulante Unterversorgung auffingen, die sich mit den Vorgaben im EBM

(Einheitlicher Bewertungsmaßstab) jedoch nur unzureichend finanzieren könnten. Überdies werde festgestellt, dass die fehlenden Fachärzte (z.B. der Dermatologie oder tlw. der Chirurgie) in der ambulanten Versorgung, auch in der stationären Versorgung schwierig zu finden seien.

Zur psychotherapeutischen Ausgangslage wird beschrieben, dass es aktuell Schwierigkeiten mit der psychotherapeutischen Weiterbildung gäbe, die sowohl mit ungeklärten Fragen zur Finanzierung zusammenhängen als auch mit Einschränkungen bei Weiterbildungsplätzen. Die heutigen Probleme wirkten sich dann auf die heranwachsende Generation psychotherapeutischer Versorgender aus. Daneben zeichneten sich Versorgungsprobleme vor allem aufgrund langer Wartezeiten, ähnlich den Terminen bei einigen Facharztgruppen, ab. Die größten Versorgungsengpässe würden bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesehen.

Aus Sicht der Krankenkassen werde ergänzend kommentiert, dass zusätzliches Geld an der aktuellen Versorgungssituation nichts ändern würde und in das deutsche Gesundheitssystem ohnehin viele Finanzmittel fließen, die jedoch nur einen mäßigen Effekt auf Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich mit anderen OECD-Ländern zeigten.

In der aktuellen Generation seien auch „Nachholeffekte“ in der Arbeitsleistung zu beobachten: die überproportionale Arbeitsleistung der letzten Jahre wirke sich darauf aus, dass sich bei heutzutage höheren Löhnen geleistet werden könne, weniger zu arbeiten. Geld sei nicht mehr Hauptmotivator, sondern die verfügbare Zeit für Familie und Freunde etc., sodass sich die Arbeitszeit insgesamt reduziere.

Zuletzt sei in der komplexen und problematischen Ausgangssituation bei der Gesundheitsversorgung in Sachsen, auch eine geringe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ein erklärender Faktor für häufige und teils vermeidbare Arztkontakte.

#### 4.3.1.2 Zukunftsperspektive

Die Fokusgruppenteilnehmenden wurden um eine Einschätzung zur medizinischen Versorgungslage in den nächsten 15 Jahren im Freistaat Sachsen gebeten. Sie kommen überein, dass **demographische Veränderungen** die Versorgungssituation prägen werden.

Die Alterung der Gesellschaft werde als der wesentliche Einflussfaktor auf die zukünftige Versorgung mehrfach benannt. Dies betreffe nicht nur die allgemeine Bevölkerung in der Region, sondern offensichtlich auch die medizinischen Fachkräfte. Die Altersstruktur der Ärzte sei hochrechenbar und damit nachvollziehbar in welchen Regionen Arztpraxen potenziell wegfallen werden.

„Der Blick auf die Versorgungslage in 15 Jahren ist sehr sorgenvoll. [...] Ein kleines Blitzlicht vielleicht. Ein Bürgermeister aus der Lausitz sagte mir, er hatte eine Bürgersprechstunde am Tag davor [...]. Er sagte, er hatte 150 Einwohner in seiner Sprechstunde. Die Hälfte davon hatte Fragen, wie geht es weiter, wenn Dr. so und so nicht mehr bei mir vor Ort ist. Und wenn er sagt, ich weiß es nicht, dann sagen die, na gut, dann kann ich hier quasi auch einpacken. Das war so die Reaktion seiner Einwohner. Also das ist ein zentrales Thema für die nächsten Jahre [...], auch für die Strukturentwicklung in der Lausitzer Region zum Beispiel. [...] Ist kein Arzt da, ist kein Kinderarzt da, dann kriege ich niemanden in meine Region rein. Oder kriege ich niemanden in meiner Region gehalten. Also sehr, sehr sorgenvoll.“  
(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 24)

Es wird angenommen, dass sich der Fachkräftemangel weiter zuspitzt. Dabei wurde auf eine Studie der Bertelsmann-Stiftung eingegangen, die eine Abnahme um mehrere Hunderttausend Personen im erwerbsfähigen Alter für Sachsen in den kommenden Jahren prognostiziere. Es wird geschlussfolgert, dass Personal effizienter und zielgenauer eingesetzt werden müsse. Durch Migrationsbewegungen bzw. Zu- und Abwanderung werde im Freistaat Sachsen keine schlagartige Änderung erwartet. Auswirkungen auf die Versorgungslage würden sich daher eher nicht ergeben.

Mit steigendem Alter werde auch die Anzahl der Komorbiditäten bei den Patienten zunehmen und einhergehend eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Gleichzeitig gehe höheres Alter mit einer Verringerung der Mobilität einher. Darüber hinaus werde sich der Konzentrationsprozess medizinischer Versorgung auf die kreisfreien Städte und Oberzentren weiter fortsetzen und die schlussendliche Herausforderung zu klären sei, wie die Patienten mit den Ärzten zusammenzubringen seien. Es werde zudem eine Verschiebung der Krankheitslast in Richtung Chronifizierung vermutet und, dass

dies auch jüngere Menschen (bspw. Long-Covid-Erkrankte) betreffen könne, bei denen dann frühzeitig Hindernisse zur Entfaltung ihres Potenzials bei Bildung, Teilhabe und im Arbeitsleben bestünden.

Es wird auf zwei Prognosen verwiesen, die eine steigende Versorgungsanspruchnahme bis zu den Jahren 2035/2040 vorhersagen, nach diesen Zeitpunkten allerdings, aufgrund der Lebenserwartung, ein Rückgang in der Bevölkerung und somit auch in der Inanspruchnahme zu beobachten sein werde. Dies begründe, dass hoher Aktionsdruck vor allem auf den nächsten 10 Jahren liege, um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten, dass sich nach der beschriebenen Zeit die Situation aber hoffentlich entschärfe.

An die demographisch absehbaren Herausforderungen knüpfen sich **versorgungsstrukturelle Anpassungserwartungen** der Teilnehmenden, die sowohl negative als auch positive Betrachtungen umfassen. Ein wesentlicher Aspekt, der für die Zukunft erwartet werde, ist die Entwicklung neuer Versorgungsformen. Diese begründe sich vor allem darin, dass der jetzige Altersdurchschnitt der Ärzte bedeute, dass viele dieser Personen in 15 Jahren der medizinischen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stünden. Es müssten daher Grundlagen für neue Versorgungsformen geschaffen werden.

Die zukünftige Versorgung würde nicht mehr primär durch einzelne Ärzte getragen, sondern zunehmend von interprofessionellen Teams erbracht werden. Ziel sei es, die ärztliche Ressource durch Delegation (und weitergehend durch Substitution) effizienter einsetzen zu können. Die Pflege sei bereit mehr Verantwortung zu übernehmen, es stünden jedoch zunächst die gesetzliche Rahmengestaltung und schließlich deren Umsetzung aus.

„Ich sehe das auch so wie xxx xxx in dem Sinne, dass sich sozusagen dieses Verhältnis der medizinischen Berufe untereinander sich schon verändern wird. Einfach um letzten Endes [Anm.: im Sinne des schlechtesten Falls] wirklich eine Versorgung sicherzustellen in irgendeiner Form.“  
(Fokusgruppe\_1, Ministerium\_1, Pos. 8)

Entwicklungen in der Digitalisierung, wie das virtuelle Patientenwartzimmer, böte in einigen medizinischen Fachbereichen und Regionen Entlastungsmöglichkeiten. Allerdings ließe sich dies nicht auf alle Versorgungsbereiche übertragen.

Es werde prognostiziert, dass ein Rückzug der stationären, wie auch der ambulanten medizinischen Versorgung aus der Fläche stattfinden wird. Ein Grund würde sein, dass Krankenhäuser Schwierigkeiten hätten, die Anforderungen der aktuellen Krankenhausreform an Qualität und Mindeststrukturen zu erfüllen. Allerdings werde sich eingestanden, dass sich dieser Prozess wahrscheinlich auch ohne die Reform vollziehen würde. In gleichem Maße würde im ambulanten Bereich die hausärztliche und fachärztliche Unterversorgung in ländlichen Regionen zunehmen und sich die Versorgung auf Oberzentren und kreisfreie Städte zentrieren. Nichtsdestotrotz sei der Freistaat Sachsen mit drei kreisfreien Städten, die gleichmäßig in der Fläche verteilt sind, strukturell gut aufgestellt, sodass es nicht dieselbe Form von ländlichem Raum gäbe, wie bei anderen Bundesländern.

Es werden sich Entwicklungen zum Aufbau von ambulant-stationär tätigen Gesundheitszentren vollziehen. Die Grundversorgung vor Ort würde mit Schwerpunktzentren der Maximalversorgung vernetzt und die Spezialisierung und Ambulantisierung der Medizin vorangeschritten. Die ambulante und stationäre Versorgung sei zudem nicht mehr dogmatisch getrennt. Auch Barrieren zum ÖGD, müssten aufgebrochen werden, sodass sich Chancen, wie bereits im Bereich von Impfungen, auch in anderen Bereichen auftun. Die fließende Verlagerung von medizinischen Aufgaben zwischen ambulantem und stationärem Bereich kann sich ebenfalls vorgestellt werden, sodass in einigen Regionen die Gesundheitsversorgung eher durch das stationäre Setting und in anderen eher durch das ambulante Setting geprägt sei. Die doppelte Facharztschiene würde in Zukunft nicht mehr leistbar sein.

Speziell auf die ärztliche Versorgung bezogen, wird über ein Absinken des individuellen Arbeitspensums spekuliert, welches bereits jetzt zu beobachten sei, bspw. in einem Absinken abgearbeiteter Fälle nach der Praxisabgabe, aber bei Fortsetzung der Tätigkeit im Anstellungsverhältnis. Diese Beobachtung betreffe allerdings nicht nur die älteren Ärzte. Bei Anstellung in einem MVZ stelle sich zudem die Frage, wie sich Alter und wirtschaftliche Rechenschaftspflichten zum Träger, auf die Leistung und behandelten Krankheitsbilder auswirke. Als positiver Aspekt werde vermutet, dass der ärztliche Beruf, mit weiterhin hohen Studienbewerberzahlen, auch in 15 Jahren noch attraktiv sei.

Veränderungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung würden vom Erfolg aktueller Ausbildungs- und Studiengangsreformen abhängen. Bezüglich der Cannabis-Freigabe bestehen Befürchtungen, dass ein ohnehin angespanntes psychiatrisches Versorgungssystem unter zusätzlichen Druck geraten könnte.

Hoffnung wird in die Entwicklung einer gesünderen Bevölkerungsstruktur mit gesteigerter Gesundheitskompetenz gelegt, sodass in der Folge Arztkontakte eingespart und die ärztliche Ressource optimaler eingesetzt werden könne.

### 4.3.2 Erfahrungen mit benannten Handlungsfeldern

Diese Hauptkategorie befasst sich mit den Kernthemen der beiden Fokusgruppendifkussionen. Aus den vier im Gutachten thematisierten Handlungsfeldern wurden die zugehörigen Subkategorien „Ausbildung und Weiterbildung“, „Finanzielle Förderung“, „Strukturelle Förderung“ und „Entbürokratisierung“ abgeleitet. Daran anknüpfend wurden benannte Inhalte in Chancen und Herausforderungen unterteilt. Die Kategorie „Strukturelle Förderung“ enthält eine Unterteilung in „Logistikkonzepte und alternative Versorgungsangebote“, „Digitalisierung“, „Delegation, Substitution und Migration“, bevor diesbezüglich auf Chancen und Herausforderungen eingegangen wird (siehe Tabelle 21).

In den Fokusgruppeninterviews wurde ein heterogenes Stimmungsbild zur Priorisierung der Handlungsfelder beobachtet. Die Bereiche wurden von unterschiedlichen Teilnehmenden mal als relevanter, mal als weniger relevant eingestuft. Es deutete sich dennoch eine Tendenz zur notwendigen Priorisierung von strukturellen Fördermaßnahmen an.

*Tabelle 21: Erfahrungen mit benannten Handlungsfeldern*

2.2 Erfahrungen mit benannten Handlungsfeldern
2.2.1 Ausbildung und Weiterbildung
2.2.1.1 Chancen
2.2.1.2 Herausforderungen
2.2.2 Finanzielle Förderung
2.2.2.1 Chancen
2.2.2.2 Herausforderungen
2.2.3 Strukturelle Förderung
2.2.3.1 Logistikkonzepte und alternative Versorgungsangebote
2.2.3.1.1 Chancen
2.2.3.1.2 Herausforderungen
2.2.3.2 Digitalisierung
2.2.3.2.1 Chancen
2.2.3.2.2 Herausforderungen
2.2.3.3 Delegation, Substitution, Migration
2.2.3.3.1 Chancen
2.2.3.3.2 Herausforderungen
2.2.4 Entbürokratisierung
2.2.4.1 Chancen
2.2.4.2 Herausforderungen

### 4.3.2.1 Ausbildung und Weiterbildung

Im Handlungsfeld „Ausbildung und Weiterbildung“ werden, und wurden bereits frühzeitig, viele **Chancen** gesehen, insbesondere weil es seit längerer Zeit absehbar weniger ärztliches und nicht-ärztliches Personal gäbe. Dies sei ein Hebel, der gut beeinflussbar sei und bisherige Maßnahmen sollten weitergeführt und sogar ausgeweitet werden.

Es werden verschiedenste Aktivitäten angegeben, die bereits auf dieses Handlungsfeld abzielten. Darunter seien internationale Kooperationsvereinbarungen und Fördermaßnahmen, wie bspw. das „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“, was sich als funktionierend herausstelle. Daneben werden Projekte, wie Leika und MiLaMed benannt, die darauf abzielten Studierende frühzeitig mit der vertragsärztlichen Versorgung und dem ländlichen Bereich in Verbindung zu bringen. Dies könne den Aufbau von Netzwerken ermöglichen und Klebeeffekte erzeugen. Dieses Handlungsfeld sei wichtig, damit es nicht mehr nur um das „stopfen von Löchern“ gehe, die gerade entstünden. Vor allem sei es notwendig die Studierendenzahl zu überdecken, damit auch eine ausreichende Anzahl ausgebildeter Kräfte tatsächlich in der medizinischen Versorgung ankämen, da ein Teil der Mediziner auch in andere Bereiche oder Regionen abwandere.

Die Integration solcher Projekte in das Curriculum und das Angebot von Stipendien würde zudem Aufgabe des Freistaats Sachsen sein. Es wurde die Idee geäußert, einige Regularien bei Aus- und Weiterbildung zu verändern, sodass zunächst ein bestimmter Ausbildungsstand erreicht werde und anschließend mit Fort- und Weiterbildung nachqualifiziert bzw. „hineinqualifiziert“ werde, hätte man die medizinischen Kräfte frühzeitiger in der Versorgung.

Das Studium der Humanmedizin grundsätzlich betreffend, werde nicht erwartet, dass das seit Jahren bestehende hohe Interesse abreiße. Die Frage sei vor allem, wie man die Absolvierenden in der Versorgung halte. In einigen Fachrichtungen, bspw. bei der Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zeige sich, dass die Absolvierenden sich früh für dieses Fach entschieden und dann auch dabei blieben. Die hohe Anzahl abgelehnter Bewerber habe im Übrigen Auswirkungen auf die paramedizinischen Berufe (Pflege, etc.), sodass sie dem Gesundheitssektor nicht zwingend verloren gingen. Im Gegenteil, machte man auch diesen Personen attraktive Angebote im Grenzbereich der Medizin, könnten auf diese Weise ebenfalls versorgungswirksame Unterstützungsmöglichkeiten entstehen.

„[...] es gibt kaum einen Beruf, der als attraktiver eingeschätzt wird auch als der ärztliche Bereich. Ganz im Grundsatz so. Und man sieht es ja auch im Stipendienprogramm des Freistaats, die ja noch relativ, sind schon einige Jahre, aber relativ am Anfang noch stehen, sind schon mehr Bewerber als Plätze im Moment. Und da, das macht mich eigentlich schon optimistisch, dass mit dieser gewissen Steuerungsfunktion, es ist ja dann auch gesagt, die müssen ja dann im ländlichen Raum auch arbeiten, dass da schon einiges möglich ist, hier auch gewisse Lücken zu füllen.“  
(Fokusgruppe\_2, Kommunalsicht\_1, Pos. 21)

Trotz der großen Chancen, die im Handlungsfeld Ausbildung und Weiterbildung gesehen werden, gäbe es auch einigen Hürden und **Herausforderungen**, denen zu begegnen sei. Das Medizinstudium sei mit großen Erwartungen verbunden. Die Vorstellung zukünftig als Haus- bzw. Landarzt oder -ärztin tätig zu sein, scheine jedoch eher unattraktiv bei den Studierenden. Entsprechend bedürfe es einer Aufwertung der ambulanten Versorgung innerhalb der Studierendenschaft.

Einige Teilnehmende sehen im Bereich der Ausbildung in der Humanmedizin einen zu langen Zeithorizont. Der Fokus auf dieses Handlungsfeld würde dem hohen Gestaltungsdruck der nächsten 10 Jahre nicht gerecht werden. Vor allem weil aufgrund der langen Ausbildungszeiträume von 6 bis 6,5 Jahren Medizinstudium plus weiteren 5 Jahren Facharztausbildung, die Absolvierenden zu spät in der Versorgung ankämen.

„[...] Ausbildung und Weiterbildung - das betrifft einfach immer das gleiche ‚bisschen Leute‘. Sozusagen das Tischtuch, an dem alle ziehen. Dieses wird dadurch nicht größer. Auch wenn die Maßnahmen alle richtig und wichtig sind, wird dies das eigentliche Problem nicht lösen.“  
(Fokusgruppe\_2, Ministerium\_1, Pos. 28)

Durch Veränderungen bei den Rahmenbedingungen könnten die Absolvierenden bereits früher Versorgungswirksamkeit entfalten, bevor sie sich dann in einer Fachrichtung weiterbildeten. Aufgrund der langen Ausbildungszeiträume, sei auch die Wirksamkeit einiger jüngerer Maßnahmen, wie bspw. der Landarztquote oder der Schaffung weiterer knapp 100 Medizinstudienplätze noch nicht beurteilbar. Erst wenn die Ausbildungszeit abgeschlossen sei, könne sich zeigen, ob die Absolvierenden tatsächlich auch in der Versorgung ankämen.

Eine Herausforderung sei auch, dass die fachärztliche Weiterbildung größtenteils an den Universitätsstandorten und seltener in den ländlichen Regionen stattfindet. Hier müsse dem „Klebeeffekt“ in großen Städten entgegengewirkt werden, durch Schaffung attraktiver Angebote in ländlichen Gebieten. Zudem werde die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt öffentlicher Wille sei, dass bei hohen Kosten von 100.000 bis 150.000 Euro pro Medizinstudienplatz, eine freie Ortswahl zum Praktizieren zugestanden werde.

Zu den weiteren Herausforderungen zähle, die Absolvierenden des Medizinstudiums im Freistaat Sachsen im Bereich der medizinischen Versorgung zu halten. Zu Anfang des Studiums sei der tlw. hohen Abbrecherquote von bis zu 20% pro Jahrgang zu begegnen sowie nach Ende des Studiums der Abwanderung in Richtung Skandinavien, Schweiz etc. entgegenzuwirken. Der Blick sollte zudem ausgeweitet werden, sodass neben der Fokussierung auf die Ärzteschaft auch attraktivere Weiterbildungsangebote für das Personal in den Praxen in Betracht gezogen werden sollten, da einige Ärzte zwar gewillt sind ihr Angebot auszuweiten, ihnen dafür aber das nötige Personal fehle. Hinzu komme, dass ein großer Teil der Personen in Weiterbildung Frauen seien, deren Leistungskapazitäten in der Versorgung schließlich deshalb begrenzt sind, weil sie gleichzeitig noch einen Großteil der Kindererziehung übernehmen müssten.

#### 4.3.2.2 **Finanzielle Förderung**

Alle Handlungsfelder und viele Projekte basieren zumindest in irgendeiner Form auf einer finanziellen Förderung. Die **Chancen** werden vor allem in der guten Beeinflussbarkeit und Steigerungsfähigkeit gesehen. Auch die Unterstützung kleinerer Projekte könne bei der Versorgungssicherstellung helfen.

Der Landkreis Mittelsachsen biete bspw. Stipendien an, bei denen sich die Stipendiaten verpflichten in dieser Region als Landärztin/Landarzt tätig zu werden. Auch einige Krankenhäuser schafften über Aufwandspauschalen zur Absolvierung von Famulaturen Anreize. Die Investitionen von ein paar Tausend Euro in Aus- und Weiterbildung seien günstig, wenn bedacht werde, wie viel Geld schon in andere Projekte geflossen seien, die keine nachhaltigen Effekte mit sich brachten.

„Also es gibt immer gute Gelingensbeispiele. Wir haben auch schöne Beispiele, wo LEADER-Förderung in Anspruch genommen wurde und damit gute Projekte auf den Weg gebracht wurden. Das sind aber immer so kleine Ad-hoc-Geschichten, die da passieren. Da ist wenig strukturell tatsächlich dahinter zu sehen.“  
(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 40)

Ein weiteres Beispiel sei das Modell zum psychiatrischen Regionalbudget, welches aktuell Gestaltungsfreiräume böte und für das sich eine Verstetigung vorgestellt werde. Auch das „Startkapital für Weiterbildungspraxen“ sei ein neues Projekt dieses Jahres, bei dem Praxen finanziell unterstützt werden und eine Aufwandsentschädigung erhalten, um die Weiterbildungsbefugnis zu erlangen.

Finanzielle Förderungen gehen auch mit einigen **Herausforderungen** einher. Stipendienprogramme würden erst mittelfristig ihre Wirksamkeit entfalten. Es würden Projekte finanziert, die sich später als nicht erfolgreich bzw. nicht nachhaltig herausstellten oder deren Erfolg auch schwer messbar sei. Fördertöpfe können schnell aufgebraucht sein (aktuelles Beispiel seien die fachärztlichen Kontingente der Weiterbildungsförderung), sodass zusätzliche Gelder aufgetrieben werden müssen (z.B. aus dem Strukturfonds) und die KV aus eigenen Mitteln mitfinanzieren müsse. Es gäbe auch Fördertöpfe, die aufgrund ihrer Anforderungen und trotz hoher Gelder nicht in ausreichendem Maße abgerufen würden. Auch was einige Kommunen (bspw. Stadt Radeburg) an großzügigen Fördermaßnahmen bereitstellen, würde nicht zwingend angenommen. Häufig seien aber auch die Wege, um Fördermittel abzurufen, komplex und unbekannt. Ein allgemeines Problem betreffe die Bereitschaft zur finanziellen Beteiligung an Finanzierungen.

„Die KV Sachsen hat sehr innovativ das Thema ambulante, augenärztliche Versorgung mit einer mobilen Einheit vorangetrieben. Und es hat zig Gespräche gebraucht, um in den Kommunen zumindest das Agreement zu finden, dass der Strom dort bezahlt wird. Und da geht es für meine Begriffe los. Insoweit dieses sich bewusst sein. Ich habe da vielleicht keinen großen Hebel, aber ich habe zumindest eine Mitverantwortung.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_1, Pos. 38)

Kassenseitig würden Fördergelder, die über eine bestimmte sechsstellige Höhe hinausgingen, möglicherweise auch negative Effekte haben und die Preislandschaft in einer Region ruinieren. Den Kommunen fehlten darüber hinaus die Ressourcen, um mehr Fördermittel bereitzustellen. Weit über 90% der Ausgaben einer Kommune seien Pflichtausgaben. Die finanzielle Förderung zur Niederlassung sei im freiwilligen Ausgabenbereich der Kommune und eine Frage der Prioritätensetzung.

Mehrere Teilnehmende vertraten die Auffassung, dass das Gesundheitssystem generell ausfinanziert, Gelder aber nicht richtig verteilt seien. Dass, selbst wenn mehr Geld zur Verfügung gestellt würde, sich die Qualität der Versorgung nicht verbessere. Gleichzeitig werde beobachtet, dass eine Niederlassung aktuell wesentlich unattraktiver sei als die Anstellung im Krankenhaus.

„Das sind grundsätzlich erstmal alles öffentliche Mittel. Insofern ist das komplett ausfinanziert. [...] Die Frage ist nur eben, wie und wie einfach komme ich da ran oder wie hoch ist/ oder wie verschlungen ist mein Weg, um da entsprechend ranzukommen [...]. Und wie ist es mit meinem Kollegen im medizinischen Bereich, der im stationären Sektor tätig ist oder der in der Forschung. Das ist doch mein Vergleichsmaßstab. [...] Und da ist es, glaube ich, momentan für niedergelassene Ärzte tatsächlich am unattraktivsten aktuell tätig zu sein. Deswegen auch das Anstreben in Beschäftigungsverhältnisse, weil da gewisse Sachen attraktiver sind, auch wenn das Einkommen vielleicht niedriger ist, als es in der Niederlassung wäre, wenn ich freier Unternehmer bin [...]. Also deswegen glaube ich, dass die Fördermaßnahmen völlig ausreichend sind, dass wir uns tatsächlich über die Wege und über die Mittelvergabe Gedanken machen sollten.“  
(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 101)

#### 4.3.2.3 Strukturelle Förderung

Das Handlungsfeld strukturelle Förderung gliedert sich in drei Subkategorien „Logistikkonzepte und alternative Versorgungsangebote“, „Digitalisierung“ und „Delegation, Substitution und Migration“. Zu diesen drei Subkategorien wurden jeweils Chancen und Herausforderungen diskutiert. In diesem Handlungsbereich werde ein Kernlösungsfeld gesehen.

Im ersten Abschnitt zu strukturellen Fördermaßnahmen werden **Logistikkonzepte und alternativen Versorgungsangeboten** thematisiert und deren **Chancen** herausgearbeitet.

In den Fokusgruppen wird kommentiert, dass die absehbare Versorgungssituation neue Versorgungssysteme bedürfe. Jahrelange andere Versuche seien gescheitert und nun sei es an der Zeit darüber nachzudenken, wie umgekehrt die Patienten zu den Ärzten kommen könnten. Eine Option könne sein, dass die Patienten mit Rufbussen bzw. Großraumtaxen eingesammelt würden, wie es auch bereits getan werde, die dann anhand eindeutiger Routen mit klaren Abfahrtszeiten oder nach Verabredung die ärztlichen Praxen anführen. Dass in absehbarer Zeit nicht mehr jeder Arzt und jede Ärztin fußläufig erreichbar sei, setze Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung voraus, bei der sich auch Krankenkassen explizit in der Verantwortung sähen. Vor allem müssten einhergehende Vorteile erklärt werden. Zum einen, dass sich die medizinische Versorgung qualitativ erhöhen könnte, wenn nicht einfach der kürzeste Weg gewählt werde, zum anderen könne sich die Behandlung strukturierter vollziehen. Etwa wenn der aufgesuchte Hausarzt oder die Hausärztin, die Überweisung zur fachärztlichen Weiterbehandlung übernehme und anschließend wieder grundversorgend zur Verfügung stünde.

Einige Ansätze zu strukturellen Veränderungen, hätten auch ohne ein finalisiertes Gesetzesvorhaben das Potenzial, verbreitet zu werden. Als ein Beispiel wurde das Impfen im Betrieb genannt. Dies reduziere sowohl den Aufwand bei den Ärzten als auch bei den Personen, die sich betrieblich impfen ließen. Dabei müsse lediglich die Abrechenbarkeit der Leistung gewährleistet werden. Ein ähnliches Vorhaben werde bei der ärztlichen Versorgung von Pflegeeinrichtungen oder bei Einrichtungen für psychisch Kranke erwogen bzw. teilweise bereits umgesetzt. Für Ärzte sei es wenig attraktiv, die Einrichtungen

mehrfach in der Woche für einzelne Untersuchungen und Behandlungen aufzusuchen. Hier böte es sich an, ein Angebot zu schaffen, das einen verantwortlichen Heimarzt oder eine verantwortliche Heimgärtin vorsieht. Diesen könne dann ein Zimmer zur Verfügung gestellt werden, in dem sie an einem Tag gleich mehrere Bewohnende untersuchen und versorgen würden. Dies reduziere sowohl den Aufwand auf Seiten der Ärzte als auch bei den Bewohnenden und Pflegekräften. Selbstverständlich sei, dass hierdurch nicht die freie Arztwahl eingeschränkt werden soll, die Schaffung einer solchen Option wäre jedoch anzustreben.

In den Kommunen gäbe es eine Menge Aktivitäten, um durch Schaffung weicher Faktoren eine Ansiedlung von Ärzten herbeizuführen bzw. deren Erhalt zu sichern. Hier werde allerdings mehr Unterstützung erwartet. Für Kommunen sei es besonders von Vorteil, wenn junge Ärzte von sich aus Interesse signalisierten sich in einer bestimmten Region niederzulassen und die Gemeinde daraufhin bei dem Vorhaben unterstütze. Mehr Unterstützung werde auch krankenhausesseitig gefordert. In manchen Regionen erfolge bereits der Umbau von Krankenhausstandorten zu Gesundheitszentren, allerdings bedürfe es einer sektorenübergreifenden Förderung bei solchen Projekten. Im psychiatrischen Bereich werde die stationsäquivalente Versorgung (STÄB) als attraktives Versorgungsmodell eingeschätzt, weil es die eigenen Gestaltungssäume der Kliniken ausweite, die dadurch vermehrt ambulante Leistungen erbringen würden.

Zuletzt wurden Chancen in der Ausweitung der Versorgung durch andere Akteure diskutiert. So kämen auch Kommunen, öffentliche Gesundheitsämter und Krankenkassen als Versorger in Frage. Hauptsächlich diskutiert wurde in den Fokusgruppen vor allem die Schaffung einer medizinischen Versorgung durch die Kommunen. Bei diesen werde auch Bereitschaft beobachtet, sich dieser neuen Rolle anzunehmen. Zudem seien bspw. MVZ in kommunaler Trägerschaft attraktiv für die Ärzte. Sowohl aufgrund der Möglichkeit in Anstellung zu arbeiten als auch, weil die Kommune vertrauenswürdiger erscheine als ein Investor geführtes MVZ. Die Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews beschrieben zudem, dass bereits gute Erfahrungen gemacht wurden, bei der Schaffung einer medizinischen Einrichtung in Zusammenarbeit mit Kommune, KV und Kostenträger.

„Xxx xxx und ich haben auch Erfahrungen, wie man mit einer Kommune zusammenarbeitet bei der Schaffung einer medizinischen Einrichtung, gemeinsam mit der KV. Das lief sehr gut. Das bedarf manchmal nicht viel. Im Übrigen tragen sich diese Einrichtungen in der Regel selbst. Wenn Sie erstmal einen Hausarzt dort haben, der sein Honorar erwirtschaftet über die KV, haben Sie null Invest. Außer eine Immobilie, die Sie ein bisschen aufhübschen. Ich sage es mal ein bisschen salopp. Das ist kein Mega-Invest. Oder vielleicht ist sie sogar schon da.“

(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_4, Pos. 44)

Der Ansatz, die Krankenkassen als Träger von Gesundheitseinrichtungen zu gewinnen, sei insofern gar nicht so abwegig, da es mit Berufsgenossenschaften, Reha-Einrichtungen oder bei der Versorgung von Unfällen und Berufskrankheiten bereits nationale Beispiele gäbe, bei denen die Versorgung quasi aus einer Hand erfolge.

Allgemein in Frage gestellt wurde, ob es überhaupt abgehängten ländlichen Raum in Sachsen gäbe. Zöge man die Sozialberichterstattung des Landes heran, so sei die Lage gar nicht so schlimm wie oftmals wahrgenommen und zudem immer eine Frage des Maßstabs. Es gäbe selbstverständlich ländlichen Raum in Sachsen, allerdings sei es relativ schnell möglich Mittelzentren oder andere Zentralräume mit guter Infrastruktur zu erreichen.

Obwohl es vielversprechende Ansätze für strukturelle Veränderungen in den Bereichen Logistik oder alternativen Versorgungsangeboten gibt, werden damit einhergehende **Herausforderungen** gesehen.

Anknüpfend an den vorherigen Abschnitt wurde in den Fokusgruppen auch beschrieben, dass in der Vergangenheit keine guten Erfahrungen bei der Verflechtung von Kostenträger und Leistungserbringer gemacht wurden. Zudem könnten sich Krankenkassen selbst nicht vorstellen in die Trägerschaft von MVZ oder anderen Versorgungseinheiten einzusteigen. Die Zuständigkeiten zur Versorgungssicherstellung seien klar geregelt. Krankenkassen stünden aber bereit über neue Konzepte nachzudenken und sich an deren Finanzierung zu beteiligen. Krankenhäuser seien schon frühzeitig in die MVZ-Gründung eingestiegen, sähen die Schwierigkeiten aber vor allem darin, dass sie sich wirtschaftlich nicht rechnen würden. Auch seien Restriktionen im MVZ-Recht Grund dafür, dass sich diese Versorgungsform bisher



nicht ausgeweitet hätte. Das Potenzial, andere Akteure, wie bspw. die Apotheker bei Impfungen, an der medizinischen Versorgung zu beteiligen, werde zwar gesehen, scheitere aber oftmals an den Interessen anderer Akteure, die sich ihren Verantwortungsbereich nicht wegnehmen lassen möchten.

Auch die Kommunen eigneten sich nur bedingt, da es für sie im aktuellen Gesundheitssystem an einer Rollenverankerung mangle und die eigenen Einflussmöglichkeiten begrenzt seien. Überdies müsse sich die Frage gestellt werden, ob die Verantwortungsübertragung medizinischer Versorgung an die Kommunen überhaupt gewollt sei und es die Gesundheitsversorgung tatsächlich verbessern würde, wenn ein weiterer Akteur mitverantwortlich werde. Selbst wenn eine Gemeindefinanzierungsänderung herbeigeführt werden sollte und sich Kommunen stärker im Bereich medizinischer Versorgung einbrächten, sei nicht sicher, ob die Schaffung kommunaler Gesundheitseinrichtungen angestrebt werde. Im Nachbarland Bayern, in dem kommunale MVZs bereits gefördert würden, stoße das Angebot eher auf Ablehnung, weil die Risiken einer MVZ-Gründung für Kommunen zu hoch seien. Die Hürden lägen bspw. bei einer hohen Sicherstellungsleistung, die den mehrfachen Jahresumsatz einer Kommune bedeuten würde und die sich eine Kommune nicht leisten könne. Bezogen auf die Schaffung weicher Anreize (Kitaangebote etc.) durch die Kommunen werde kommentiert, dass diesbezügliche Möglichkeiten bereits ausgereizt seien. Allerdings werde auch beobachtet, dass in manchen Kommunen der Leistungsdruck noch nicht groß genug scheine und das Thema Anreizsetzung bei medizinischer Versorgung wenig diskutiert werde.

Die logistischen Herausforderungen ergäben sich vor allem durch den Mangel an öffentlichen Nahverkehrsangeboten im ländlichen Raum. Die bereits angesprochenen Rufbusse seien keine strukturelle Lösung des Problems und hätten sich nicht durchgesetzt.

„Was problematisch ist, dass mit solchen Schlagwörtern, wie Kinderbetreuung, ÖPNV auch Luftschlösser im Raum stehen, die einfach nicht erfüllbar sind. Ich kann nicht jedes 500-Seelen-Dorf im 10 Minuten-Takt an den Bus anbinden.

Das macht gar keinen Sinn. Selbst wenn ich das versuchen würde, es fährt halt keiner mit. Selbst wenn ich das anbiete. [...] Aber es ist nicht leistbar, dass leere Busse ständig durch die Gegend fahren. [...] Ich kann noch so eine schicken Kita haben und ich kann sagen, ich habe einen Rufbus und der Bürgermeister fährt mich persönlich zum Arzt, wenn der Arzt aber in 40 km Entfernung ist, kommt er davon auch noch nicht in 10 km Entfernung. Ich bleibe immer wieder auf demselben Punkt am Ende hängen. Ich glaube, mit der ausreichend attraktiven Gestaltung unseres Lebensumfelds ist es einfach nicht getan. Und die harte Wahrheit wird dann eben sein, es ist einfach nicht mehr der Arzt/ die Arztpraxis in jeder Gemeinde da.“

(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 85)

Kinder und Jugendliche, die lange Anfahrtswege zu psychologischer Unterstützung haben, seien auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Auch müsse dafür gesorgt werden, dass die Kinder zu vormittäglichen Terminen von der Schule freigestellt werden, damit sich die Termine nicht nur am Nachmittag häufen. Psychologen könnten auch aufgrund der eigenen Familie, nicht nur Behandlungen am Nachmittag durchführen. Einzelne Lösungen sind in Gesprächen mit Schulen aushandelbar, aber das strukturelle Problem bestehe fort. Darüber hinaus müsse bei Konzepten, die eine weite Anreise zum Facharzt oder zur Fachärztin notwendig machen mitbedacht werden, dass in der Wohnregion trotzdem noch Bedarf an weiterbehandelnden Ärzten bestehe, die eine hausärztliche Grundversorgung sicherstellen.

„Wichtig wäre vielmehr, dass die Grundversorgung in den Regionen gesichert ist, also hausärztliche. Ich sage immer, wie kann das sein: Das Herzzentrum operiert super, bringt hervorragende Leistungen und die Patienten gehen nach Weißwasser und haben noch nicht mal einen Hausarzt, der die Herzmedikation aufschreiben kann.“

(Fokusgruppe\_2, Kostenträger\_2, Pos. 25)

In Städten seien ärztliche Versorgungsprobleme deutlich geringer, allerdings komme es auch hier vor, dass bspw. in einer Stadt wie Leipzig, mit vielen Kindern, einige Kinderärzte Aufnahmestopps hätten und die Eltern dann in umliegende Kreise ausweichen müssten.

Projekterfahrungen zu eDerma legen nahe, dass der Patient bzw. die Patientin zwar in der hausärztlichen Versorgung die Beurteilung seiner Beschwerden vornehmen lasse, dass von einigen allerdings anschließend trotzdem noch ein Dermatologe / eine Dermatologin aufgesucht werde. Es scheine

zumindest in der Anfangsphase so, dass sich einige Patienten diesbezüglich nicht adäquat versorgt fühlten. Ob diese Wahrnehmung noch über die Anfangsphase hinaus gehe, müsse sich noch zeigen.

Die **Digitalisierung** böte die **Chance**, dass Fachärzte in den Städten praktizieren könnten und von dort aus an der Untersuchung und Behandlung von Patienten in ländlichen Regionen beteiligt werden könnten. Es müssten allerdings medizinische Personen in den Dörfern vor Ort befähigt werden die Grundversorgung sicherzustellen, um dann ggf. die oder den weiter entfernte/n Ärztin oder Arzt bei Bedarf über Telemedizin hinzuzuziehen. Kleinere Projektinitiativen, wie bspw. die mobile Augenarzteinheit mit telemedizinischen Ansätzen, seien wertvoll für eine unterversorgte Region und zählten zu den „Quick-Wins“ innerhalb einer Zeit knapper ärztlicher Ressourcen. Darüber hinaus sei der Breitbandausbau in einigen ländlichen Regionen gar nicht so schlecht. Ein Positivbeispiel sei die Abdeckung mit Glasfaser in der Region Bautzen.

Auf praxisindividueller Ebene wurden unterschiedliche Maßnahmen diskutiert, die eine Entlastung in der täglichen ärztlichen Arbeit darstellen können. Das könne die Erleichterung bei bürokratischen Prozessen sein, wie die Nutzung von Spracherkennungssoftware zur Dokumentation. Es können aber potenziell auch Ansätze maschinellen Lernens sein, die zur Unterstützung in der Diagnostik (bspw. in der Radiologie) eingesetzt werden können. Telemedizin biete die Chance sowohl die Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen voranzutreiben als auch den Austausch innerhalb eines Versorgungssektors zu ermöglichen. Die Unterstützung externer Dritter (bspw. der KV) bei der Einrichtung und Instandhaltung von Praxis-IT könnte innerhalb der Arztpraxen Kapazitäten der Ärzte und des Praxispersonals freisetzen. Darüber hinaus wurde überlegt, Versichertenbeiträge umzuwidmen, sodass Praxen kostenlos oder zumindest kostengünstig mit stabil laufender Praxis-IT ausgerüstet werden können.

„Ich glaube, was ganz hilfreich wäre, um tatsächlich auch Ärzte für den niedergelassenen Bereich zu gewinnen, wäre tatsächlich diese Thematik EDV Ausstattung Praxen. Da höre ich Unsäglichkeiten. Ich hoffe, xxx xxx kann mir da zustimmen, von wegen: „Wir sind da in der Hand der entsprechenden Softwarehersteller. Sobald es eine Umprogrammierung gibt, sind wir wieder zwei Wochen lahmgelegt.“ etc. Ob das wirklich zu einer ärztlichen Ausbildung gehören sollte in dem Sinne, dass er dann auch mal selber die Stöpsel stecken muss, damit irgendwie wieder die Karte gelesen werden kann?“

(Fokusgruppe\_2, Kostenträger\_2, Pos. 54)

Dennoch können auch die neuen Möglichkeiten durch die Digitalisierung an ihre Grenzen stoßen und mit **Herausforderungen** einhergehen. Ein gefördertes Digitalprojekt stellte sich in der Praxis eher als untauglich heraus. In dem Projekt wurden Pflegekräfte eines Pflegeheims technisch mit einer telemedizinischen Brille ausgerüstet und der Arzt oder die Ärztin für die Untersuchung aus der Ferne hinzugeschaltet. Es stellte sich heraus, dass der Aufwand auf beiden Seiten zu hoch war und es an Verfügbarkeiten sowohl im Pflegeheim als auch in der Arztpraxis mangelte. Zudem habe es Probleme mit der Bildqualität gegeben, was auch der Netzqualität geschuldet gewesen sei.

Im Sinne von strukturellen Veränderungen wurden in den Fokusgruppen auch mögliche Formen von **Delegation**, **Substitution** und Unterstützung durch **Migration** angesprochen.

Mit Maßnahmen in diesen Bereichen werden ebenfalls **Chancen** verknüpft, Entlastungen bei den ärztlichen Ressourcen herbeizuführen. Die Förderung von Teampraxen und interprofessionellen Teams werde als ein Baustein zukünftiger medizinischer Versorgung gesehen. Dabei gehe es um die **Delegation** bestimmter Leistungen an nicht-ärztliches Personal, damit die Ärzte effizienter eingesetzt werden können. Ausgewählte Erkrankungen könnten durch nicht-ärztliches Personal voruntersucht und behandelt werden. Leistungen, die von Hilfskräften übernommen werden können, würden ausgeweitet. In Skandinavien und anderen Ländern seien bereits Beispiele zu Delegationskonzepten zu finden. Das nicht-ärztliche Personal sei dafür spezifischer auszubilden. Die Delegation von Aufgaben könne aber auch die Übernahme von Managementaufgaben in der Praxis sein. Zudem wurde die Rolle von Case-Managern angesprochen, die die Koordinationen mit unterschiedlichen Professionen übernähmen. Diese Rolle wurde im Zusammenhang mit der Behandlung von schwer psychisch Erkrankten thematisiert, die besonders aufwändig in der Behandlung seien. Sie könnten eine schnelle und zugleich langfristige Entlastung darstellen.

„Was wir brauchen, xxx xxx, ist doch am Ende, so in meinem jugendlichen Leichtsinn, ein Kochbuch mit Rezepten, die wir je nach Region anpassen können. Die einen wenden das eine Gesetz mehr an, das andere weniger. [...] Und daraus ein Kochbuch zu machen, wo wir sagen, das sind Lösungen für Delegation, das sind Lösungen für Ohne-Arzt-Praxen, das sind Lösungen für Teampraxen, wo stärker der Fokus auf delegierbare Leistungen liegt. xxx xxx, das ist ja bei Ihnen genau dasselbe. Wir brauchen nicht immer den Therapeuten, wir können unter Umständen bestimmte Krankheitsbilder auch in Ihrem Metier, auch für Kinder und Jugendliche mit GUT geschulten Sozialarbeitern auch bewältigen. Vielleicht auch Hand in Hand, mit dem Therapeuten zusammen, aber es braucht die Vernetzung dahin.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_1, Pos. 83)

Im Kontext der **Substitution** seien die Pflegefachkräfte als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen mitzudenken. Der Bund habe dies bereits erkannt und Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht, damit hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte auch heilkundliche Kompetenzen in Bereichen wie bspw. Wundversorgung, Diabetes und Demenz gelehrt bekämen und damit qualifiziert seien, dieses Wissen anzuwenden. Beim Thema Verantwortungsübernahme seien auch die Leistungen des privatärztlichen Bereichs nicht zu vergessen, der u.a. dann von gesetzlich Krankenversicherten aufgesucht werde, wenn beabsichtigt sei, frühzeitiger an einen Untersuchungs- bzw. Behandlungstermin zu gelangen.

„[...] für die Zukunft kann das eben nur bedeuten, dass andere Professionen eben gewisse Aufgaben übernehmen. Und ich würde jetzt vielleicht sogar noch ein Stück weiter gehen, von der Substitution, also eher mehr von Substitution sprechen statt von Delegation, das ist dann wirklich die echte Entlastung, weil sonst habe ich ja immer noch einen Arzt, der im Hintergrund steht, der haftet, der anweist oder kontrolliert. Alles andere wäre nur ein Zwischenschritt.“  
(Fokusgruppe\_2, Ministerium\_2, Pos. 13)

Es werde beobachtet, dass zunehmend mehr ausländische Ärzte bzw. ebenjene mit **Migration**shintergrund an der medizinischen Versorgung beteiligt seien. Die Zuwanderung könne bei der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung helfen. Ausländische Ärztinnen und Ärzte könnten zudem bereits versorgungswirksam tätig werden, bevor sie ein hohes Sprachniveau erreichten. Dass sprachliche Leistungen noch nicht vollständig ausgereift sein müssen, um tätig zu werden, zeige erneut ein Blick ins Ausland, wo ein solcher frühzeitiger Einsatz funktioniere.

In den Fokusgruppen wurde diskutiert, dass sich das Verhältnis medizinischer Berufe untereinander verändern werde, dass bei pessimistischem Blick eine Verantwortungsübertragung auch mit Qualitätsverlusten einhergehen könne. Diese und weitere **Herausforderungen** wurden im Kontext Delegation und Substitution ebenfalls angesprochen. Es stelle sich demnach die Frage, ob eher eine etwas schlechtere Versorgung in Kauf genommen werde, anstelle von fehlender Versorgung. Hier wurde genannt, dass ggf. eine schlechtere Versorgung die bessere Lösung sei.

Das Thema Substitution werde von einigen als ein Reizthema wahrgenommen und gerne umgangen. Eine Auseinandersetzung damit sei jedoch unvermeidlich. Dennoch werde bei der Überführung bestimmter Leistungen aus dem ärztlichen Bereich in den nicht-ärztlichen Bereich jedoch oftmals verkannt, dass auch in diesen Bereichen großer Personalmangel herrsche.

„Mir ist aufgefallen, wenn wir immer so sagen, vielleicht bestimmte Leistungen aus dem ärztlichen Sektor in den nicht-ärztlichen Sektor zu überführen. Dann möchte ich nur darauf hinweisen, auch in DIESEN Bereichen ist ein durchaus eklatanter Personalmangel, aus meiner Sicht, vorhanden. Also es ist nicht so, dass man sagen kann: „Oh, wir haben zwar nicht genug Ärzte, aber das andere medizinische Fachpersonal, das kann das ja“. Ich glaube, da haben wir den gleichen Mangel oder MINDESTENS den gleichen Mangel. Also hier und da haben wir sogar schon mitbekommen, dass es auch manchmal DIESE Schiene ist, die begrenzend wirkt. Dass man also auch nicht mehr so viel Leistung delegieren kann, beziehungsweise so viel Unterstützung da ist.“  
(Fokusgruppe\_1, Ministerium\_2, Pos. 28)

Im Kontext der Delegationsmöglichkeiten schränke der aktuelle rechtliche Rahmen die Übernahme von Leistungen durch nicht-ärztliches Personal ein. Der Einsatz von Case-Managern scheitere darüber hinaus an der Finanzierung. Es mangle dafür an gesellschaftlichem Rückhalt. Auch diesbezügliche Innovationsfondsprojekte seien aufgrund von Finanzierungsproblemen wieder zurückgestellt worden.

#### 4.3.2.4 Entbürokratisierung

Für das Handlungsfeld „**Entbürokratisierung**“ wurden in beiden Fokusgruppen intensiv die Chancen und Herausforderungen diskutiert.

Einige Teilnehmenden betonen, dass der Abbau von Bürokratie eine ebenfalls zu priorisierende Stell-schraube sei. In der Umsetzung von entbürokratisierenden Maßnahmen sehe man insbesondere die **Chance**, dass Abläufe beschleunigt werden könnten. So werde davon berichtet, dass selbst die Umsetzung kleinerer, aber entscheidender Interventionen aufgrund hoher bürokratischer Hürden langwierig und kompliziert seien. Als ein Beispiel werde die Implementierung der psychiatrischen Institutsambulanzen für Suchtkranke Menschen und die Soziotherapie für psychiatrische Patienten genannt. Entbürokratisierung sei nicht nur bei der Planung und Umsetzung von Interventionen ein Thema, sondern spiele auch direkt in den Praxen eine große Rolle. Der Abbau bürokratischer Aufgaben in den Praxen könne auch die Niederlassungsattraktivität steigern. Eine Idee, um die Ärzte von diesen Aufgaben zu befreien, könne das Einsetzen von sogenannten Verwaltungschefs sein, die Aufgaben wie TÜV-Abnahmen von Ultraschallgeräten übernehmen. Zudem werde wahrgenommen, dass der Anteil an bürokratischen Aufgaben und diesbezüglicher Druck in den Gesundheitsämtern niedriger sei als bei Tätigkeiten im ambulanten und stationären Sektor.

Daran angelehnt wird betont, dass die ausführliche Dokumentation von Informationen ein wichtiger Bereich der ärztlichen Arbeit sei. Allerdings gehe es dabei explizit um Dokumentationen, die für den Behandlungsprozess und die Praxisabläufe nötig seien. Aktuell entstünde der Eindruck, dass ein großer Teil der bürokratischen Aufgaben weniger auf die Sicherstellung optimaler Behandlungsprozesse, sondern mehr auf die Rechtfertigung von Vorgehensweisen gegenüber anderen abziele.

Hilfreich für das Gelingen von Entbürokratisierungsmaßnahmen sei das Entwickeln eines gemeinsamen Verständnisses sowie des Willens und die Bereitschaft aller beteiligten Akteure, Prozesse zu identifizieren und diese zu vereinfachen.

„Und das andere Thema Entbürokratisierung noch, haben wir natürlich auch in der Pflege. [...] Dieses EinSTEP-Programm mit der strukturierten Informationssammlung und dem Strukturmodell und so weiter. [...] War ganz interessant, weil, die Juristen [Anm.: gemeint sind die juristischen Berater im Verfahren seinerzeit] haben eins gesagt, also die saßen dann so zusammen, da hat die Pflege diskutiert, da waren die Juristen schon dabei, weil, es geht um, irgendwann muss man es in Regeln gießen, Gesetze und so weiter. Und dann haben die gesagt, oh, wir merken, sie sind sich noch nicht einig, wir kommen wieder, wenn sie sich einig sind (lacht). Dann sind die gegangen, was aber sehr hilfreich war. Weil die erst mal gesagt haben, ihr müsst euch erst mal klar werden, was ihr überhaupt wollt. Und dann kam man eben wieder und dann hat man das entsprechend eben aufgesetzt.“  
(Fokusgruppe\_1, Ministerium\_1, Pos. 67)

Neben den Chancen, die eine Entbürokratisierung mit sich bringen würde, seien auch **Herausforderungen** zu bedenken. Das Thema werde als wichtig eingestuft, allerdings seien Handlungsspielräume begrenzt und Effekte wären nicht kurzfristig zu erwarten.

Von Seiten der Kostenträger als auch der Leistungserbringer wird von Erfahrungen berichtet, dass das Thema Entbürokratisierung jahrelang Teil von Gesprächen und ein anerkanntes Problem sei. Trotzdem habe sich nie etwas getan. Im Gegenteil, der bürokratische Aufwand habe auf allen Seiten eher zugenommen. Es wird von bürokratischem Aufwand berichtet, der mit ständigen Prüfungen und Kontrollen einhergehe und bei denen immer ein „latentes Misstrauen mitschwingt“. Im Speziellen handele es sich beispielsweise um Prüfungen der Krankenkassen zur Wirtschaftlichkeit von Hilfsmittelverordnungen, Regressforderungen oder Haftungsfragen oder anderen Aspekten, bei denen sich die Ärzte mit Dokumentationen absichern müssen. Viele dieser bürokratischen Aspekte würden zudem dazu führen, dass die Niederlassungsattraktivität negativ beeinflusst werde.

„Beim Thema Entbürokratisierung. Da muss ich sagen: Das ist für mich ein Reizwort, ne (lachend)? Also, wenn man da so ein Handlungsfeld aufmacht, dann muss man das auch wirklich wollen und da tatsächlich mal Veränderungen herbeiführen. Also ich bin jetzt seit 1996 im Gesundheitswesen und es ist immer nur viel mehr geworden. Das sieht jetzt auch wieder so aus. Aber das ist natürlich tatsächlich ein total wichtiges Handlungsfeld. Da geht es den Niedergelassenen genauso wie uns. Also das ist ja auch einer der Gründe, xxx xxx, was natürlich die Attraktivität des tollen

Arztberufs sehr schmälert. Was auch dazu führt in Ihrem Bereich, dass die Ärzte da eigentlich, viele keine Lust mehr haben niedergelassener Arzt zu sein und sich mit diesem ganzen Mist zu beschäftigen, mit der ganzen Bürokratie.“  
(Fokusgruppe\_2, Leistungserbringer\_1, Pos. 23)

In der Vergangenheit haben sich verschiedene Herausforderungen bei der Implementierung von entbürokratisierenden Maßnahmen gezeigt. Als Beispiel wird das EinSTEP-Programm zur Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation angeführt. Zunächst habe es Schwierigkeiten gegeben, Einigkeit und ein gemeinsames Verständnis über die Zielsetzungen zu entwickeln. Bei der Umsetzung sollten dann Schulungsmaterialien vorbereitet und Multiplikatoren die Inhalte weitertragen. Die Materialien waren notwendig zu überarbeiten und die Multiplikatoren gaben auch nicht immer Intendiertes weiter. War theoretisch schlussendlich weniger zu dokumentieren, wurde entweder aus Gewohnheit oder zur Absicherung gegenüber dem medizinischen Dienst weiterhin alles notiert.

Einige Teilnehmende betonen, dass es bei der Entbürokratisierung nicht darum gehe, Prozesse durch digitale oder KI-gestützte Hilfsmittel zu ersetzen, sondern den dahinterliegenden Aufwand zu reduzieren. Bedenken bezüglich der Stabilität und Sicherheit solcher Hilfsmittel würden in einigen Fällen sogar dazu führen, dass neben der digitalen noch eine manuelle, papierbasierte Dokumentation stattfindet.

### 4.3.3 Zusätzliche Handlungsfelder

Diese Hauptkategorie umfasst Handlungsfelder, die nicht explizit im Gutachten erwähnt werden, aber von den Teilnehmenden der Fokusgruppen als bedeutsam eingestuft werden. In einigen Fällen kann es zu Überschneidungen mit bereits benannten Handlungsfeldern kommen. An dieser Stelle soll eine Fokussierung auf die Themen erfolgen. Aus den angesprochenen Aspekten wurden induktiv die Subkategorien „Niederlassungsattraktivität“, „Allokation von Ärzten“, „Erwartungshaltung der Bevölkerung“, „Prävention und Gesundheitsförderung“ und „Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen“ abgeleitet (siehe Tabelle 22).

*Tabelle 22: Zusätzliche Handlungsfelder*

2.3 Zusätzliche Handlungsfelder
2.3.1 Niederlassungsattraktivität
2.3.2 Allokation von Ärzten
2.3.3 Erwartungshaltung der Bevölkerung
2.3.4 Prävention und Gesundheitsförderung
2.3.5 Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen

#### 4.3.3.1 Niederlassungsattraktivität

Diese Subkategorie wurde aufgenommen, da die Teilnehmenden darauf aufmerksam machten, dass die Attraktivität der Niederlassung aus mehreren Gründen schwinde.

Grundsätzlich sei die heutige Ausgangssituation, in der sich junge Ärzte wiederfänden, eine andere als zur Zeit der „Babyboomer“-Generation. Eine größere Auswahl an Möglichkeiten, wie beispielsweise die Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren und weniger Konkurrenzkampf um freie Stellen prägen den aktuellen Arbeitsmarkt. Die Balance zwischen Arbeit und Privatleben und Sicherheiten im Beruf seien von entscheidender Bedeutung, während die Selbstständigkeit in den Hintergrund trete.

Der Berufsalltag von niedergelassenen Ärzten verändere sich zudem zunehmend. Insbesondere der Anstieg an administrativen und bürokratischen Verwaltungsaufgaben sowie Probleme in der Praxis-IT, bedingen eine Reduktion der Zeit für die Patienten und verringern die eigenen Gestaltungsspielräume. Dies führe schließlich zu einer Schmälerung der Berufs- bzw. Niederlassungsattraktivität.

„Und projiziert nach vorn: Größere Einheiten, wo es einen Verwaltungschef gibt, der den ganzen Scheiß abnimmt, ob mein TÜV für das Ultraschall-Gerät gemacht werden muss etc., macht wieder mehr Spaß am ärztlichen Arbeiten. Das ist für mich der Weg.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_1, Pos.63)

Eine abnehmende Niederlassungsattraktivität und -wahrscheinlichkeit hätte zudem Auswirkungen auf die Versorgung in umgebenden Metropolregionen. Es sei denkbar, dass aufgrund der Mitversorgung in benachbarten Regionen die Versorgung in den eigenen Regionen zurückgehe.

Trotz potenziell geringerer Einkommensmöglichkeiten strebten junge Ärzte vermehrt das Angestelltenverhältnis an. Im ambulanten Bereich böten v.a. Medizinische Versorgungszentren den Ärzten die Möglichkeit, in einem Anstellungsverhältnis zu arbeiten.

Um die jungen Ärzte wieder vermehrt für die Niederlassung und im besten Fall für die Niederlassung im ländlichen Raum zu gewinnen, sehen manche Teilnehmende der Fokusgruppen eine Chance in einer intensiveren Unterstützung. Dies könne durch Mentoring-Programme geschehen, bei denen Praxisabgebende die neuen Praxisinhaber bei der Übernahme begleiten. Gerade den jungen Ärzten, die zuvor hauptsächlich im Team gearbeitet haben und wenig Kontakt zum ambulanten Bereich hätten, könnten solche Programme den Einstieg in die Selbstständigkeit erleichtern. Dies würde sowohl den neuen als auch den ehemaligen Praxisinhaber zugutekommen, welche eine gute Übergabe ihres Patientenklientels sicherstellen können.

„Potenziale sehe ich auch bei Mentoring Programmen, die sicherlich den Zeitgeist treffen. Junge Ärzte so ein bisschen zu begleiten, gerade wenn es darum geht, sich die eigene Niederlassung vorzustellen. Das ist für junge Ärzte häufig schwierig, weil sie aus einem Berufsleben kommen, wo die Arbeit einfach permanent im Team und in Anstellung erfolgt. Der Schritt zur Selbstständigkeit ist nach wie vor schwierig oder wird immer weniger in Angriff genommen. Die jungen Ärzte wollen halt lieber in eine Anstellung, lieber im MVZ arbeiten“  
(Fokusgruppe\_2, Leistungserbringer\_2, Pos. 85)

#### 4.3.3.2 Allokation von Ärzten

In der Hauptkategorie „zusätzliche Handlungsfelder“ wurde der Aspekt „Allokation von Ärzten“ als Subkategorie aufgenommen und ergänzt die Kategorie „strukturelle Förderung“. In Abgrenzung dazu konzentriert sich die Subkategorie „Allokation von Ärzten“ auf die potenzielle Fehlverteilung der Ärzte und die Herausforderungen, die mit der Bedarfsplanung als Steuerungsinstrument einhergehen.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen berichten davon, dass es trotz Förderungen teilweise sehr schwierig sei, Ärzte für bestimmte Regionen zu gewinnen. Umgekehrt gelte die Region um den Starnberger See in Bayern als ein typisches Beispiel für eine überversorgte Region. Innerhalb Sachsens seien es die Metropolregionen wie Dresden und Leipzig, in denen sich die Ärzte konzentrieren würden.

„Also von daher denke ich, es ist nicht nur ein Ressourcenproblem. Ich habe mal geschaut, wir haben im Moment 19.700 Ärzte in Sachsen, das sind 3.500 [mehr] als noch vor zehn Jahren, also die Ressourcen wachsen permanent, aber offensichtlich haben wir ein Verteilungsproblem.“  
(Fokusgruppe\_2, Kostenträger\_1, Pos. 11)

„Und auch mit der Aussage, die Kompetenz der Bevölkerung selber muss sich erhöhen und die Arztkontakte sollten reduziert werden. Das kriegen wir auch aktuell schon gespiegelt, wenn wir uns mit Ärzten austauschen. Die sagen: "Wir haben zu viele Patientenkontakte. Wir haben zwar mehr Köpfe an Ärzten, aber wir haben eine geringere Arbeitszeit." Also ich würde nicht ganz sagen, das ist das Verteilungsproblem, sondern das Arbeitszeitvolumen der Ärzte reduziert sich.“  
(Fokusgruppe\_2, Ministerium\_2, Pos. 13)

Bei der Bedarfsplanung handele es sich um ein Steuerungsinstrument, welches teilweise als veraltet und nicht mehr angemessen eingestuft werde. Anstelle von Verhältniszahlen könne man sich zukünftig bei der Allokation der Ärzte eher an den Behandlungsbedarfen, Patientenwegen und dem Thema Erreichbarkeit der Ärzte orientieren. In einer Fokusgruppe kam die Frage auf, wie zukunftssträftig das Steuerungsinstrument Bedarfsplanung noch sei. In der Vergangenheit hätten die Ansätze zur Steuerung

nicht immer den gewünschten Effekt erzielen können, was auch damit verbunden sei, dass der Arztberuf grundsätzlich ein freier und selbstverwalteter Beruf sei. Man habe dadurch wenig Handlungsspielräume. Den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffend gäbe es durchaus Standortvorgaben und eine damit einhergehende Steuerung der ärztlichen Ressource.

„Es ist ja aber auch Selbstverwaltung. Und die Beschlüsse, die dort eben gefasst werden, das entscheiden eben die Ärzte. Und die werden, glaube ich, nicht gegen sich selber entscheiden (lacht). Also in dieser Form. Man müsste ja Mehrheiten dort finden, die sagen, wir sehen das genauso. Wir sind hier nicht gut verteilt. Und ich bin bereit, umzuziehen mit meiner Praxis in ein Gebiet, wo es weniger ist. Ich nehme mein Haus mit und alles nehme ich mit und mache das.“

(Fokusgruppe\_1, Ministerium\_1, Pos. 49)

#### 4.3.3.3 Erwartungshaltung der Bevölkerung

Bei der Subkategorie „Erwartungshaltung der Bevölkerung“ handelt es sich ebenfalls um einen Aspekt, der von den Teilnehmenden der Fokusgruppen mehrfach als relevant betont wurde. Aus diesem Grund wurde er in die Hauptkategorie „Zusätzliche Handlungsfelder“ mit aufgenommen.

Eingangs wurde bereits ausführlich darauf eingegangen, welche Veränderungen die Teilnehmenden der Fokusgruppen bezüglich der Versorgungsstrukturen zukünftig erwarten. Diese Veränderungen werde auch die Bevölkerung wahrnehmen. Wenn beispielsweise die Arztpraxis in einer ländlichen Gemeinde schließe, werde dies von den Einwohnern als Verlust eingestuft, was wiederum zu Enttäuschung und Unzufriedenheit führen könne. Umso wichtiger sei es, die Patienten mit einzubeziehen und darüber aufzuklären, wie sich die Situation in der ambulanten Versorgungslandschaft verändere und welche Folgen das für sie habe. Ebenso wurde angesprochen, dass der Einwohnerschaft klargemacht werden müsse, dass auf kommunaler Ebene die Mittelvergabe immer ein Abwägungsprozess sei und dass bei Förderung einer Praxis, die Förderung einer Schule möglicherweise hintenanstehet.

Im Rahmen der stationären Veränderungen fänden Aufklärungsmaßnahmen bereits statt und das Ministerium informiere über die Krankenhausreform. Ähnliches werde sich auch für den ambulanten Sektor vorgestellt. Einige Kostenträger nähmen bei ihren Versicherten durchaus wahr, dass Patienten längere Wegzeiten in Kauf nehmen würden, wenn die ärztliche Versorgung dann gut sei.

„[...] aber was ich nochmal anmerken würde, ist, dass wir tatsächlich auch hinsichtlich der Erwartungshaltung in der Bevölkerung, beziehungsweise bei den Patienten, wenn wir es konkret machen wollen, was tun müssen. Wir haben im Augenblick, glaube ich, einen Stand, wo jeder denkt, in jedem Dorf muss ein Arzt sein und am besten noch ein Facharzt von jeder Facharzttrichtung. Das werden wir NIE erfüllen können. Und wir werden die jetzige Situation der Bevölkerung viel eindringlicher klar machen müssen. Das passiert ja im Augenblick im stationären Bereich gerade, dass wir, oder nicht wir, aber die Ministerin mit dem Landkreistag unterwegs ist und die Situation schildert, was die Krankenhausreform soll, was sie bewirken soll und warum wir es tun wollen und müssen. Und das müssen wir, glaube ich, auch im ambulanten Bereich in absehbarer Zeit tun, der Bevölkerung klar machen, dass das nicht so geht, dass jeder zu Fuß zum Arzt laufen kann. Das wird nicht funktionieren.“

(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_3, Pos. 87)

#### 4.3.3.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Fokusgruppenteilnehmenden sehen eine Chance darin, die im Gutachten aufgenommenen Handlungsfelder um die Aspekte „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu erweitern. Aktuell konzentrierte man sich stark auf die Behandlung von Krankheiten und wenig auf die Förderung und den Erhalt von Gesundheit.

Es wird berichtet, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern verhältnismäßig viele Arztbesuche pro Person zu verzeichnen habe. Diese Beobachtung finde sich auch in den Aussagen von Ärzten wieder, die von einer hohen Anzahl an Patientenkontakten bei gleichzeitiger Reduktion der Arbeitszeit berichteten. Da sich die ärztliche Ressource verringere, bedürfe es Untersuchungen, ob tatsächlich jeder Besuch notwendig sei oder ob an dieser Stelle Kapazitäten eingespart werden könnten.

Einige Teilnehmende sprachen explizit das Thema Gesundheitskompetenz, als einen Teil der Gesundheitsförderung, an. Die Gesundheitskompetenz könne sowohl Einfluss auf die Krankheitslast einer Bevölkerung als auch auf die daraus resultierenden Ressourcen im Gesundheitssystem haben. Beispielsweise würden zum Teil vermeidbare Krankheiten wie Adipositas oder Diabetes Typ 2, die in der Regel eine langfristige ärztliche Behandlung erfordern, einen großen Anteil der ärztlichen Kapazitäten binden. Eine hohe Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung könne das Auftreten oder die Entwicklung mancher dieser vermeidbaren Krankheitsbilder beeinflussen. Auch im Bereich der psychischen Gesundheit könne eine hohe Gesundheitskompetenz bedeutsam sein. Indem die Patienten selbst frühzeitig aktiv werden, sich mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen und wissen, wo sie Unterstützung einholen können, könne in die Entwicklung mancher Erkrankungen eingegriffen und der ärztlichen Behandlung zum Teil vorgegriffen werden.

Ein Problem des derzeitigen Fokus auf die Krankheitsbehandlung sei, dass Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sich für die niedergelassenen Ärzte in geringerem Maße lohnen würden. Dabei könne man durch die Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur ärztliche Kapazitäten, sondern langfristig gesehen auch Kosten für die Behandlung von Krankheiten einsparen.

Ein weiterer Punkt, der in Richtung Verhältnisprävention geht, sei die Möglichkeit, durch Quartiersgestaltung und Quartiersmanagement Einfluss auf die Gesundheit der Menschen, die in der Region arbeiten und leben, zu nehmen. Es handele sich dabei um einen Bereich, der sich im Verantwortungsbereich der Kommunen und kreisfreien Städten befinde und dort bereits mitgedacht werde.

„Es kam gerade auch schon mal ein bisschen raus, Prävention war jetzt nicht so das Hauptthema, aber das ist etwas, was wir vielleicht auch, also generell im Bereich Gesundheit, mehr in den Fokus nehmen sollten. Wir sind sehr stark darauf orientiert, Krankheiten zu behandeln, Krankheiten zu, wie auch immer, versorgen, aber auch quasi bei Gesundheit schon viel eher anzufangen und vielleicht auch generell ein stärkeres Verständnis, dafür zu sorgen, dass also der ganze Bereich Prävention durchaus auch noch mal stärker gemacht wird. Und sich vielleicht auch für die Kolleginnen und Kollegen dann irgendwann mal lohnen würde, weil das, was sich lohnt, ist das Behandeln von Erkrankungen, das, was sich nicht lohnt, ist das Verhindern. (...) Also, es lohnt sich schon, was sich nicht finanziell niederschlägt, das ist vielleicht besser ausgedrückt.“

(Fokusgruppe 1, Ministerium\_2, Pos. 132)

#### **4.3.3.5 Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen**

In beiden Fokusgruppen wurde mehrmals angemerkt, dass sich die rahmengebenden Vorgaben und Gesetze an die sich wandelnden Versorgungsstrukturen anpassen müssten. Die Subkategorie „Anpassung (gesetzlicher) Rahmenbedingungen“ wurde als zusätzliches Handlungsfeld mit aufgenommen.

Die Teilnehmenden betonen, wie wichtig die gesetzliche Verankerung zukünftiger Vorhaben im Bereich der Gesundheitsversorgung sei. Beispielsweise, wenn die Pflege bereit sei, mehr Verantwortung zu übernehmen oder ärztliche Aufgaben vermehrt delegiert werden sollen, dann müssen diesbezügliche Rahmenbedingungen angepasst werden. Dazu gehöre auch die Verbindung von gesetzlichen Grundlagen, wie sie im ärztlichen und pflegerischen Bereich durch das SGB XI und SGB V vorzufinden seien. Fänden solche Anpassungen nicht statt, könnte das dazu führen, dass trotz Handlungsdruck und Handlungsbereitschaft die Umsetzung an einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit scheitere.

Ähnlich verhalte es sich mit dem Thema MVZ in kommunaler Trägerschaft. Obwohl diese Struktur zunehmend gefordert werde, seien die Herausforderungen und Risiken kommunal getragene MVZ zu etablieren aufgrund des sächsischen Gemeindefinanzierungsrecht zu hoch.

Weitere Strukturen, bei denen es Anpassungen bedürfe, seien die Themen Bedarfsplanung und Abrechnungssystematiken. Aufgrund der Komplexität der Gebührenordnung werde die Effizienz der darauf basierenden Abrechnungssystematik hinterfragt. Die Ärzteschaft sei aktuell auf häufige Patientenkontakte und bestenfalls noch leichte Fälle angewiesen, um einen höheren Ertrag zu erwirtschaften. In Fällen, in denen es offensichtlich keiner ärztlichen Diagnostik oder Behandlung bedürfe, würde sogar eine Verschwendung ärztlicher Ressourcen wahrgenommen. Man sehe Potenziale in einer Anpassung der Abrechnungssystematik, diese stellen jedoch große Herausforderungen für die Zukunft dar.



„[...] nochmal zum Bürokratieabbau. Ich gucke da ganz naiv drauf. Ich bin jetzt nicht der Experte in den ganzen Feinheiten der Vergütung [...]. Aber ich habe mit xxx xxx zusammengesessen und direkt gefragt, was könnte man denn tun? Was würde es euch einfacher machen? Ich habe keine Antwort darauf bekommen. Mir wurde dann die Gebührenordnung hingelegt. Das ist so ein Würfel in Buchform. Das ist ein Würfel! Ich frage, ist das sinnvoll, dass das so ist oder könnte man denn das nicht anders machen? Ich habe keine Antwort darauf bekommen [...]. Das kann nicht sinnvoll sein, weil, die Ergebnisse sind genau das: 100.000 Euro Umsatz werden generiert, aber mancher, der sich nicht so gut im Würfel auskennt, der schafft nur 70.000 Euro bei denselben Patienten und ein anderer schafft 130.000 Euro. Und das ist ungünstig, finde ich.“  
(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 75)

Gesetzliche Vorschriften seien die Grundlagen, auf denen die Maßnahmen zur Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung basieren. Es werde immer wieder betont, wie wichtig es sei, dass man sich in Zukunft auch mit diesen Grundsatzfragen zum Gesundheitssystem befasse. Dies sei jedoch kein Thema, was allein innerhalb Sachsens gelöst werden könne, sondern auf Bundesebene erfolgen müsse.

Während die Potenziale in der Anpassung übergeordneter und rahmengebender Gesetze und Vorschriften erkannt werden, werde ebenfalls darauf eingegangen, dass es auch in kleinerem Rahmen, bspw. in den Kommunen, schon Gestaltungsmöglichkeiten gäbe. Einige Rahmensetzungen könnten als eine Art „Kochbuch“ individuell je nach Region unterschiedliche Anwendung finden. Für die Zukunft müsste man dafür die Städte und Gemeinden und andere verantwortliche Organisationen mit mehr Kompetenzen und den dafür nötigen Ressourcen ausstatten. Es wird berichtet, dass durch verschiedene Instrumente und Strukturen, wie beispielsweise der Kommunalpauschalenverordnung oder dem Einsatz von Regionalkoordinatoren und Regionalkonferenzen bereits viel Analyse zur medizinischen Versorgung in den Kommunen durchgeführt werde. Gleichzeitig werde erwähnt, dass existierende Strukturen in den Regionen hinsichtlich ihrer Effektivität geprüft werden sollten, auch um auf Bundesebene Argumente zu Grundlagenänderungen liefern zu können.

„Wenn wir das wirklich wollen, dass wir andere Versorgungsbereiche einbeziehen, ob das jetzt der öffentliche Gesundheitsdienst oder auch privatärztliche Leistungen sind, dann muss man tatsächlich an die Grundlagen auch heran. Dann muss man mit der Zulassungsverordnung Veränderungen herbeiführen, beziehungsweise, was Sie auch gesagt haben, xxx xxx, dass man also den Kommunen oder den Städten und Gemeinden oder auch den Organisationen, wer auch immer für die ärztliche Versorgung sich verantwortlich mitfühlt, den muss man Kompetenzen übertragen.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_3, Pos. 36)

#### 4.3.4 Relevante Akteure zur Planung / Umsetzung von Fördermaßnahmen

In dieser Hauptkategorie gehen die Teilnehmenden der Fokusgruppe darauf ein, welche Akteure bei der Planung und Umsetzung von Fördermaßnahmen mit einbezogen werden sollten. Subkategorien wurden nicht angelegt.

Fokusgruppenübergreifend wurde festgehalten, dass es sich bei den an der Diskussion beteiligten Institutionen bereits um die wichtigsten Akteure handele. Zu diesen gehörten Vertreter der Leistungserbringer (ambulanter und stationärer Sektor), der Kostenträger und des SMS sowie der Kommunen und der Patienten. Als Ergänzung werden Beteiligte aus dem Amt für Raumordnung in Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, das Finanzministerium und die medizinischen Fakultäten für projektspezifische Bedarfe aufgeführt. In Bezug auf die psychiatrische und psychologische Betreuung von Kindern und Jugendlichen werden zusätzlich Schulen, Jugendämter und andere beteiligte Facharztgruppen als weitere zu beachtende Akteure genannt.

Neben den explizit genannten Akteuren betonen die Teilnehmenden zum einen, dass die Planungen von Maßnahmen auf der regionalen Ebene stattfinden sollten, wobei insbesondere die Bedeutung der Kommunen hervorgehoben werde. Zum anderen solle gerade im Kontext der Finanzierung und der Priorisierung bei der Verteilung der Gelder auf allen Seiten ein Verständnis für die Zusammenhänge vorhanden sein.

„Aber der entscheidende Punkt an der Stelle ist letzten Endes der Haushaltsgesetzgeber. Also das ist jetzt, sag ich mal, eine visionäre Vorstellung, würde ich mal so bezeichnen. Also nicht im Bereich des Greifbaren, aber aus meiner Sicht also das Geld wird im Landtag oder im Bundestag letzten Endes beschlossen oder auch auf kommunaler Seite in den Stadträten. Dort muss ein entsprechendes Verständnis für die Zusammenhänge vorhanden sein, damit man die Gelder, die vorhanden sind, eben entsprechend priorisiert werden. Und ich glaube, den größten Impact hätte man natürlich auf diese Sache, wenn wir, die Akteure hier sozusagen sitzen würden und sagen, so stellen wir uns das vor.“

Das ist das Gesamtkonzept und dafür brauchen wir so und so viel Geld über den und den Zeitraum.“  
(Fokusgruppe\_1, Ministerium\_1, Pos. 111)

#### 4.3.5 Vergleich Wirtschaftsförderung mit Gesundheitsförderung

In der folgenden Hauptkategorie geht es um die Einschätzungen der Teilnehmenden in Bezug auf den Vergleich zwischen den Fördermaßnahmen in der ambulanten Gesundheitsversorgung und der Förderung im Bereich der allgemeinen Daseinsvorsorge bzw. Wirtschaftsförderung.

Der Vergleich von Maßnahmen der Wirtschafts- und Gesundheitsförderung wurde einheitlich als wenig geeignet eingestuft. Es werde darauf verwiesen, dass sowohl die Förderungen der allgemeinen Daseinsvorsorge, des Gesundheitsbereichs als auch der Wirtschaft ihre Berechtigung hätten und die Bereiche miteinander zusammenhängen. Zusätzlich werde die Höhe der aktuellen Förderungen im Gesundheitsbereich als ausreichend bewertet. Es gehe eher um die Art der Mittelvergabe, die durchdacht werden sollte. Zwischen den Fördermaßnahmen im ambulanten und stationären Sektor werden gravierende Unterschiede festgestellt. Während viele finanzielle Mittel für den stationären Sektor aufgewendet würden, fehle es an Förderungen im ambulanten Bereich. Zudem mangle es an sektorenübergreifenden Fördermöglichkeiten, was der zukünftigen Aufhebung der Sektorentrennung widerspreche.

„Wenn ich jetzt zum Beispiel als Krankenhaus in den ambulanten Bereich investieren will, dann muss ich das mit Eigenmitteln machen, weil da gibt es nichts für. Und es wäre natürlich schon gut, wenn man in Zukunft sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben will, wie es jetzt in dem neuen Krankenhausreformentwurf steht. Dann muss man da sicherlich diese neue Versorgungsform auch sektorenübergreifend fördern können, ne? Und das fehlt. Das muss man einfach sagen. Also das ist tatsächlich ein Manko. Also wenn man solche Strukturen will, dann muss man da auch eine Fördermöglichkeit für das Land schaffen.“  
[...]

Nun eine achtzigprozentige Förderung bei Einzelmaßnahmen, zwanzig Prozent muss ich selbst stemmen. Und dadurch kommt eben auch so was zustande, wie hier in Leipzig, wo dann ich weiß nicht wie viele Millionen in das Krankenhaus gebuttert werden müssen. Und beim ambulanten Bereich. Ja, da haben wir ja gar keine Förderung jetzt in dem Sinn, nicht? Also außer man widmet irgendwas um oder macht das dann zur Wirtschaftsförderung oder so. Diese Kohlegelder gehen ja zum Teil auch in den Gesundheitsbereich, ne?“  
(Fokusgruppe\_2, Leistungserbringer\_1, Pos. 110 und 116)

#### 4.3.6 Nachhaltigkeit von Projektförderungen

Diese Hauptkategorie widmet sich den Einschätzungen der Teilnehmenden, wie **Projektförderungen nachhaltig** wirken können. Es werden sowohl „**Förderliche Aspekte**“ als auch „**Herausforderungen**“ bei der Verstetigung von temporären Förderungen thematisiert (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Nachhaltigkeit von Projektförderungen

2.6 Nachhaltigkeit von Projektförderungen
2.6.1 Förderliche Aspekte
2.6.2 Herausforderungen

### 4.3.6.1 Förderliche Aspekte

Es werden verschiedene Aspekte von den Teilnehmenden aufgeführt, die sich **förderlich** auf die Verstärkung von Projekten auswirken können.

Im Sinne der Skalierbarkeit komme es unter anderem auf eine gute Kommunikation der Ergebnisse von Förderprojekten an. Als eine Art „Schaufenster“ oder „Werkzeugkasten“ könne diese erhöhte Sichtbarkeit der Förderprojekte andere Regionen bei der Umsetzung unterstützen und als Inspiration dienen.

„Aber stärker dahin kommen, das zu begleiten, es skalierbar zu machen, es für andere zu öffnen, im Sinne von, schaut euch das an, vielleicht wäre das auch was für eure Region, Schaufenster, Werkzeugkasten. Das ist das, wo wir hinmüssen, glaube ich.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_1, Pos. 106)

Die Kommunikation spiele auch im Rahmen der Planung und Finanzierung eine bedeutende Rolle. So sei es förderlich, sich mit den beteiligten Akteuren eine gemeinsame Wissensbasis zu schaffen, mit einer gemeinsamen Stimme zu sprechen.

Generell sei es förderlich, wenn Maßnahmen, insbesondere wenn sie schon seit längerem diskutiert werden, zeitnah umgesetzt würden.

### 4.3.6.2 Herausforderungen

Neben den förderlichen Aspekten werden auch **Herausforderungen** berichtet. Projekte mit großem Ausmaß scheiterten immer dann, wenn Akteure versuchten allein voranzuschreiten.

In der Vergangenheit habe sich gezeigt, dass sich einige Projekte trotz starker finanzieller Förderung nicht nachhaltig entwickelten und Gelder verschwendet wurden. Manche Förderangebote würden seit Jahren zur Verfügung stehen, aber nicht abgerufen. Häufig sei es der Fall, dass Pilotprojekte bei der Überführung in die Regelfinanzierung scheitern, selbst wenn sie sich als nützlich erwiesen hätten. Dies liege unter anderem an einem hohen Bürokratieaufwand, selbst bei kleinen Projekten, fehlenden übergeordneten Strukturen und der fehlenden Sicherstellung von Folgefinanzierungen.

„Piloten laufen dann immer eine gewisse Zeit und haben über einen gewissen Zeitraum auch den Nutzen bewiesen und scheitern dann trotzdem in der Überführung. Das ist tatsächlich so und das betrifft zurzeit ganz viele Bereiche. Insofern kann man eigentlich nur sagen, innerhalb dieser Pilot-Zeit muss es so weit vorangebracht werden, dass es halt auf Bundesebene auch in der Gesetzgebung einen Niederschlag findet.“  
(Fokusgruppe\_2, Kostenträger\_2, Pos. 129)

Die Skalierbarkeit von Projekten gelte ebenfalls als sehr bedeutsam. In diesem Kontext werde darauf hingewiesen, dass die Anbindung an die Praxis-IT für eine flächendeckende Umsetzung von Projekten mitbedacht werden müsse.

Die kleinteilige Förderlandschaft, wie sie aktuell vorzufinden sei, sollte zurückgefahren werden. Das Ziel müsse sein durch strukturelle Anpassungen die Anzahl notwendiger Förderungen weitestgehend zu reduzieren. Erfahrungsgemäß sei es jedoch eine Herausforderung, einzelne Projekte ohne erwiesenen Nutzen (nach abschließender Bewertung und ggf. Feststellung einer nicht möglichen Skalierbarkeit) für gescheitert zu erklären.

„Man muss Sachen auch ausprobieren und dann [...] gucken, ist das ausbaufähig, hat das funktioniert? Und dann muss man auch jederzeit den Mut haben zu sagen, so jetzt aber weg damit [Anm.: wenn etwas nicht gut ist]. Und daran krankt es manchmal noch ein bisschen. Wir sehen ja ganz viel Vernetzung, Koordinierung und dieses und jenes. Irgendwie wird das immer mehr und nie sagt man, okay, jetzt ist es auch mal gut an der Stelle. Irgendwann braucht es auch ein gutes Stoppsignal. Also Grundwunschkommunikation der kommunalen Seite ist tatsächlich gar keine Förderung oder nur ganz, ganz wenige Förderungen und das strukturell tatsächlich besser auszubauen.“  
(Fokusgruppe\_1, Kommunalsicht\_1, Pos. 110)

An dieser Stelle gehen die Meinungen zum Teil auseinander. So wird gleichzeitig berichtet, dass bei der Bewertung eines Effekts auch Geduld notwendig sei. Einige Projekte bedürfen langfristiger Zeithorizonte, da sich positive Effekte oder eine Ausfinanzierung erst nach längerer Zeit zeigen würden.

### 4.3.7 Öffentlichkeitskommunikation Gutachtenergebnisse

Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews wurde nicht explizit nach der Öffentlichkeitskommunikation der Gutachtenergebnisse gefragt, jedoch haben mehrere Teilnehmende diesen Punkt von sich aus angesprochen, sodass er als weitere Kategorie aufgenommen wurde.

Es sei wichtig, darauf zu achten, wie die Ergebnisse, kommuniziert werden. Fehlinterpretationen oder Missverständnisse sollten vor dem Hintergrund unterschiedlicher Planungssystematiken vermieden werden.

„Genau, das kann natürlich jetzt, ne, als Empfänger den Eindruck erwecken, hier in meinem Mittelbereich, ja, da ist ja gar kein Facharzt da, ne? Also da könnte sozusagen ein Mangel als Ergebnis stehen, der tatsächlich gar nicht gegeben ist, weil halt die Planungsregion eine ganz andere ist, das gleiche trifft eigentlich auch auf die Krankenhausärzte zu, ne? Also da gibt es ja halt Mittelbereiche oder was weiß ich Großenhain zum Beispiel, da gibt es ja kein Krankenhaus und da kann es auch auf 100.000 Einwohner keine Krankenhausärzte geben oder zumindest entsprechend dann eben anders. Also da müsste man entsprechend sensibilisieren, wenn man dann auch in die Richtung Kommunikation dann eintritt, an die letztlichen Nutzer dann auch, ne?“  
(Fokusgruppe\_2, Kostenträger\_1, Pos. 139)

In diesem Zusammenhang wäre anzuregen, die Bevölkerung im Kontext des Erwartungsmanagements darüber aufzuklären, dass sich die Versorgungssituation zukünftig ändern werde. Im Umgang mit den Ergebnissen des Gutachtens wird erwähnt, dass die Analysen möglichst zeitnah in die Pläne zur zukünftigen medizinischen Versorgung in Sachsen einfließen sollten. Gleichzeitig solle allen Stakeholdern im Gesundheitssystem ihr Einfluss und ihre Mitverantwortung verdeutlicht werden, um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

„Und das ist der Nukleus hier, sehr schlau auch damit umgehen, welche Schlussfolgerungen im Sinne von, wie geht es denn jetzt weiter, was konkret bringen wir auf die Straße, skalierbar, evaluiert, etc. Da sollten wir zeitnah uns einen Plan machen, um ins Tun zu kommen mit den Zahlen, denn sonst sind sie in drei Jahren wieder veraltet und wir fangen neu an.“  
(Fokusgruppe\_1, Kostenträger\_1, Pos. 124)

## 5 Literatur

- Altmann et al. The immunology of long COVID. *Nat Rev Immunol* 23, 618–634 (2023). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41577-023-00904-7>
- Antonelli et al. (2022). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *The Lancet*, 399(10343), pp.2263–2264. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00941-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00941-2)
- AOK (2024). Telemedizin: Definition, Grundlagen, Projekte. URL: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/telemedizin> [Stand: 05.04.2024]
- BÄK – Bundesärztekammer (2023a). Definition Telemedizin. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung> [Stand: 05.04.2024]
- BÄK – Bundesärztekammer (2023b). Verbreitung telemedizinischer Methoden und Verfahren. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung/verbreitung-methoden-und-verfahren> [Stand: 05.04.2024]
- BÄK – Bundesärztekammer (2023c). Weiterentwicklung telemedizinischer Methoden und Verfahren. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung/weiterentwicklung-methoden-und-verfahren> [Stand: 05.04.2024]
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017). Physician Assistant –Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician\\_Assistant.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf) [Stand: 30.05.2024]
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2023). INKAR - Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. URL: <https://www.inkar.de/> [Stand: 12.08.2023]
- Beale et al. (2023). Long-Term Outcomes of SARS-CoV-2 Variants and Other Respiratory Infections: Evidence from the Virus Watch Prospective Cohort in England. DOI: <https://doi.org/10.1101/2023.12.18.23300124>
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Telemedizin. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin/> [Stand: 05.04.2024]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024a). Früherkennung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/frueherkennung> [Stand: 25.05.2024]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024b). Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte> [Stand: 04.05.2024].
- Branchenradar (2024). Chronologie der wirtschaftlichen Restriktionen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie. URL: <https://www.branchenradar.com/de/presse/corona-chronologie/corona-chronologie-fuer-deutschland/> [Stand: 25.05.2024]
- Chen et al. (2023). RECOVER Mechanistic Pathways Task Force. Viral persistence, reactivation, and mechanisms of long COVID. *Elife*. 2023 May 4; 12:e86015. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.86015>
- Choutka et al. (2022). Unexplained post-acute infection syndromes. *Nat Med* 28, 911–923 (2022). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01810-6>
- DÄB – Deutsches Ärzteblatt (2021). Videosprechstunde: Einführung, Durchführung, Abrechnung. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218355/Videosprechstunde-Einfuehrung-Durchfuehrung-Abrechnung> [Stand: 25.05.2024]

- DÄB – Deutsches Ärzteblatt (2023). Post-COVID-Syndrom. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229207/Post-COVID-Syndrom> [Stand: 23.02.2024]
- Destatis – Deutsches Statistik-Informationssystem (2024). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/fallpauschalenbezogene-krankenhausstatistik.html> [Stand: 29.04.2024]
- Diehlmann von Berg, J (2024). Projekt HÄPPI: Pioniere für die Republik. In: Der Hausarzt.07/24. URL: <https://www.hausarzt.digital/politik/hausarztverband/pioniere-fuer-die-republik-142758.html>
- Dresing T, Pehl T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage Marburg: Eigenverlag.
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2022). Prevalence of post COVID-19 condition symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort study data, stratified by recruitment setting. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/prevalence-post-covid-19-condition-symptoms-systematic-review-and-meta-analysis>. [Stand: 04.05.2024]
- Fernández-de-las-Peñas C, Notarte KI, Peligro PJ, Velasco JV, Ocampo MJ, Henry BM, Arendt-Nielsen L, Torres-Macho J, Plaza-Manzano G (2022). Long-COVID Symptoms in Individuals Infected with Different SARS-CoV-2 Variants of Concern: A Systematic Review of the Literature. Viruses. 2022; 14(12):2629. DOI: <https://doi.org/10.3390/v14122629>
- Findeisen, P. (2020). Richtlinie für Darmkrebsfrüherkennung. URL: [https://www.limbachgruppe.com/fileadmin/user\\_upload/LaborAktuell\\_Darmkrebsfrueherkennung.pdf](https://www.limbachgruppe.com/fileadmin/user_upload/LaborAktuell_Darmkrebsfrueherkennung.pdf) [Stand: 25.05.2024]
- Fricke, A. (2022) Vorerkrankungen fördern Post-COVID. Schmerzmed. 38, 9 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00940-022-3385-5>
- GBA – gemeinsamer Bundesausschuss (2024). PAAM – Physician Assistants in der Allgemeinmedizin. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/paam-physician-assistants-in-der-allgemeinmedizin.638> [Stand: 05.06.2024]
- GKV-Spitzenverband (2022). Ambulantisierungsreform kann zum 1. Januar starten. [https://gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1552256.jsp](https://gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1552256.jsp) [Stand: 15.10.2024]
- GKV-Spitzenverband (2024). Tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant\\_stationaere\\_versorgung/tagesstat\\_behandlung\\_im\\_kh/tagesstat\\_behandlung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/tagesstat_behandlung_im_kh/tagesstat_behandlung.jsp) [Stand: 08.05.2024]
- Global Burden of Disease Long COVID Collaborators (2022). Estimated Global Proportions of Individuals with Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. JAMA. 2022;328(16):1604–1615. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.18931>
- Hausärzteverband (2024). Initiative des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes: Mit der „HÄPPI-Teampraxis“ gegen den Versorgungsdruck. URL: <https://www.hausarzt.digital/politik/hausarztverband/mit-der-haeppi-teampraxis-wachsendem-versorgungsdruck-begegnen-136662.html> [Stand:03.06.2024]
- Haran et al. (2021). Inflammation-type dysbiosis of the oral microbiome associates with the duration of COVID 19 symptoms and long COVID. JCI Insight, 6(20). DOI: <https://doi.org/10.1172/jci.insight.152346>
- Heuer J, Osterwald A, Akmatov MK, Holstiege J, Kohring C, Dammertz L, Bätzing J. (2023). Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2022. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/06. Berlin 2023. DOI: <https://doi.org/10.20364/VA-23.06>

- Hunfeld, D., Busch, D., Kurscheid, C., & Meyer, T. (2023). Implementierung von Physician Assistants in deutsche Gesundheitseinrichtungen. *PHYSICIAN ASSISTENT*, 4 Jg.(Nr 2/23), 68–73.
- Kahlert CR, Strahm C, Güsewell S, Cusini A, Brucher A, Goppel S, Möller E, Möller JC, Ortner M, Ruetti M, Stocker R, Vuichard-Gysin D, Besold U, McGeer A, Risch L, Friedl A, Schlegel M, Vernazza P, Kuster SP, Kohler P (2023). SURPRISE (SURveillance of infectious diseases among health Professionals In SwitzErland) Study Group. Post-Acute Sequelae After Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection by Viral Variant and Vaccination Status: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Clin Infect Dis*. 2023 Jul 26;77(2):194-202. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciad143>
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Telemedizin. URL: <https://www.kbv.de/html/telemedizin.php> [Stand: 05.04.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024a). Ambulantes Operieren. [https://www.kbv.de/html/ambulantes\\_operieren.php](https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php) [Stand: 23.05.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024b). Nichtärztliche Praxisassistenten in Haus- und Facharztpraxen. URL: <https://www.kbv.de/html/12491.php> [Stand: 29.05.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024c). EBM – 37320 Fallkonferenz. URL: [https://www.kbv.de/tools/ebm/html/37320\\_2904620752754514805536.html](https://www.kbv.de/tools/ebm/html/37320_2904620752754514805536.html) [Stand: 05.04.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024d). Übersicht Früherkennungsuntersuchungen. URL: <https://www.kbv.de/html/11090.php> [Stand: 25.05.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024e). Darmkrebsfrüherkennung. URL: [https://www.kbv.de/html/praevention\\_darmkrebsfrueherkennung.php](https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php) [Stand: 25.05.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024f). Krankenkassen lehnen Zuschläge für telefonische Beratung ab. URL: [https://www.kbv.de/html/1150\\_59404.php](https://www.kbv.de/html/1150_59404.php) [Stand:25.05.2024]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024g). Videosprechstunde – Übersicht Vergütung. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Videosprechstunde\\_uebersicht\\_Verguetung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Videosprechstunde_uebersicht_Verguetung.pdf) [Stand: 25.05.2024]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband. (2023). Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). URL: [https://www.kbv.de/media/sp/08\\_Delegation.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf) [Stand: 30.05.2024]
- KVH – Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2020). Abrechnungsnewsletter für das Quartal 1/2020. URL: [https://www.kvhh.net/Resources/Persistent/6/f/3/a/6f3a5758f2dc87e93936945148f690ad68b8e285/abrechnungsnewsletter01\\_2020\\_2.pdf](https://www.kvhh.net/Resources/Persistent/6/f/3/a/6f3a5758f2dc87e93936945148f690ad68b8e285/abrechnungsnewsletter01_2020_2.pdf) [Stand: 25.05.2024]
- KV SN – Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (2022). 3.500 Euro zur Förderung Nichtärztlicher Praxisassistenten. KVS-Mitteilungen 03/2022. URL: [https://www.kvsachsen.de/fileadmin/KV-Sachsen/Website/Mitteilungen/kvsm2022-03\\_web\\_neu.pdf](https://www.kvsachsen.de/fileadmin/KV-Sachsen/Website/Mitteilungen/kvsm2022-03_web_neu.pdf) [Stand: 25.01.2024]
- KV SN – Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (2024). KV Sachsen startet innovatives Versorgungsprojekt: Dermatologisches Telekonsil in der Hausarztpraxis. URL: <https://www.kvsachsen.de/medienservice/medieninformationen/kv-sachsen-startet-innovatives-versorgungsprojekt-dermatologisches-telekonsil-in-der-hausarztpraxis> [Stand: 30.05.2024]
- KV WL – Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023). Physician Assistant (PA) - Stärken Sie mit der Anstellung eines PA Ihre Praxis! URL: <https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant> [Stand: 03.06.2024]
- KV WL – Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2024). Physician Assistants sind ein Stützpfiler künftiger Delegation. URL: <https://www.kvwl.de/pressemitteilungen/detail/nachricht-physician-assistants-sind-ein-stuetzpfiler-kuenftiger-delegation> [Stand: 05.06.2024]

- Kuckartz U, Rädiker S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Mangiapane, S., Czihal, T., & von Stillfried, D. (2022). Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung-Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) [Zi-paper]. URL: <https://www.zi.de/service/publikationen-und-downloads/zi-paper> [Stand: 30.05.2024]
- Mangiapane, S. (2023). Fünf Jahre Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung: Hat die Pandemie zum Durchbruch geführt? In Gesundheitswesen aktuell 2023. URL: <https://www.bifg.de/publikationen/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2023> [Stand: 05.04.2024]
- Mergenthal, K., & Güthlin, C. (2018). Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In M. A. Pfannstiel, A. Focke, & H. Mehlich (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen IV (S. 89–100). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-16901-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-16901-5_7)
- Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., & Schulte, G. (2017). Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. URL: [https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Gutachten\\_ambulant\\_vor\\_station%C3%A4r\\_final.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_final.pdf) [Stand: 23.04.2024]
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2020). Overview | COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 | Guidance | NICE. URL: [www.nice.org.uk](https://www.nice.org.uk/guidance/ng188). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188> [Stand: 04.04.2024]
- Peluso, M.J. and Deeks, S.G. (2022). Early clues regarding the pathogenesis of long-COVID. Trends in Immunology, [online] 43(4), pp.268–270. doi:<https://doi.org/10.1016/j.it.2022.02.008>.
- Peter, R.S., Nieters, A., Kräusslich, H.-G., Brockmann, S.O., Göpel, S., Kindle, G., Merle, U., Steinacker, J.M., Rothenbacher, D. and Kern, W.V. (2022). Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: population-based study. BMJ, [online] 379, p.e071050. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071050>
- Pioch, C., Nimptsch, U., Mansky, T., & Busse, R. (2023). Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern. URL: [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2022/Endbericht\\_AMBPO\\_korrigiert\\_15022024.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2022/Endbericht_AMBPO_korrigiert_15022024.pdf) [Stand: 08.05.2024]
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O., & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56(5–6), 832–844. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x>
- RKI – Robert-Koch-Institut (2023). Coronavirus SARS-CoV-2 - Long COVID. Url. [RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - Informationsportal des RKI zu Long COVID](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_RSV.html) [Stand: 22.08.2023]
- RKI – Robert-Koch-Institut (2024). RSV-Infektionen. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_RSV.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_RSV.html) [Stand: 25.05.2024]
- Schillen, P., Dehnen, A., In Der Schmitt, J., Kersting, C., Mortsiefer, A., Hemming, B., Heistermann, P., Neumann, A., & Dehnen, D. (2023). Physician Assistants als Zukunftsmodell in der hausärztlichen Versorgung – Erfahrungen, Bedarfe, Potenziale und Hürden. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 182–183, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.07.006>
- Schulz M, Mangiapane S, Scherer M, Karagiannidis C, Czihal T: Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection—characterization of community-treated patients in a case-control study based on nationwide claims data. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 177– 8. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0134>



- Schultheiß et al. (2022). Liquid biomarkers of macrophage dysregulation and circulating spike protein illustrate the biological heterogeneity in patients with post-acute sequelae of COVID-19. *J Med Virol.* 2022; 95:e28364. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.28364>
- SMS – Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt (2024). Krankenhausplan des Freistaates Sachsen. URL: <https://www.gesunde.sachsen.de/stationaere-versorgung-4017.html>. [Stand: 22.01.2024]
- Stat LA SN – statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2023). Gemeindedaten. URL: <https://www.statistik.sachsen.de/html/gemeindedaten.html> [Stand: 10.01.2023]
- Su et al. (2022). Multiple Early Factors Anticipate Post-Acute COVID-19 Sequelae. *Cell*, [online] 185(5). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.01.014>
- Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, et al. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med* 2021; 27: 626–31.
- Sundmacher, L., & Busse, R. (2012). Der Einfluss der Arztdichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. *Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität.*, 183–204.
- Sundmacher, L., Schüttig, W., Faisst, C. (2015a). Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen (Querschnitt aus dem Zeitraum 2009 bis 2011). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18*. Berlin 2015. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-15.18>
- Sundmacher, L., Schüttig, W., Faisst, C. (2015b). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland (Endbericht). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Berlin, 2015. URL: [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher\\_LMU\\_Muenchen.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher_LMU_Muenchen.pdf) [Stand: 23.05.2024]
- Thompson, E.J., Williams, D.M., Walker, A.J. et al. (2022). Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. *Nat Commun* 13, 3528 (2022). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-022-30836-0>
- Tolksdorf, K., Loenenbach, A., & Buda, S. (2022). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. URL: <https://edoc.rki.de/handle/176904/10260> [Stand: 05.04.2024].
- Woodrow et al. (2023). Systematic Review of the Prevalence of Long COVID, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 10, Issue 7, July 2023, ofad233. DOI: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad233>
- WHO – World Health Organization (2021). A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi Consensus, 6 October 2021. <https://iris.who.int/handle/10665/345824>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- WHO – World Health Organization (2023). A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus, 16 February 2023. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023-1> [Stand: 04.05.2024]
- Wienke, A. (2023). Fortschritt für die Ambulantisierung?: Chancen und Risiken der geplanten Krankenhaus-tagesbehandlung. *Laryngo-Rhino-Otologie*, 102(10), 773–776. <https://doi.org/10.1055/a-2003-4837>
- Zi – Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2023). Grafik des Monats – Dezember 2023. URL: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/dezember-2023> [Stand: 23.05.2024]
- Zi – Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2024a). Zi-Trendreport ab 2023. URL: <https://www.zi.de/service/reports-und-papers/zi-trendreport-uebersicht/zi-trendreport> [Stand: 26.02.2024]

Zi – Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2024b). Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen. URL: <https://www.zi.de/themen/versorgungsanalysen/inanspruchnahme-vertragsaerztlicher-leistungen> [Stand: 04.05.2024]

## 6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der 48 Mittelbereiche und 13 Kreise in Sachsen .....	7
Abbildung 2: Anzahl ambulanter Fälle je stationären Fall (li), ambulant sensitive Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner im Jahr 2021 nach Kreisen .....	13
Abbildung 3: stationäre Inanspruchnahme 2013, 2019 und 2021 in Sachsen .....	15
Abbildung 4: ambulante Inanspruchnahme 2013, 2019 und 2021 in Sachsen .....	15
Abbildung 5: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 1).....	16
Abbildung 6: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 2).....	17
Abbildung 7: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 3).....	18
Abbildung 8: Entwicklung der ambulanten und stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln (Teil 4).....	19
Abbildung 9: Anzahl abgerechneter nichtärztlicher Besuche und Besuche durch NÄPA 2021 nach Fachgruppen	24
Abbildung 10: Anteil Ärzte, der im Jahr 2021 nichtärztliche Besuche bzw. Besuche durch NÄPA abrechnet, nach Fachgruppen.....	25
Abbildung 11: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche Jahr 2021 nach Alter und Geschlecht: Gesamt .....	25
Abbildung 12: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche 2021 nach Alter und Geschlecht: Nervenärzte und Urologen .....	25
Abbildung 13: Inanspruchnahme nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Gesamt .....	26
Abbildung 14: Inanspruchnahme und (arztseitige) Abrechnung nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Hausärzte .....	27
Abbildung 15: Inanspruchnahme und (arztseitige) Abrechnung nichtärztlicher Besuche im Jahr 2021 nach Mittelbereichen: Nervenärzte und Urologen.....	27
Abbildung 16: Anzahl Arztfälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or), Telemedizinische Defi-Kontrolle (ul) nach Fachgruppe im Jahr 2021 .....	32
Abbildung 17: Anteil Ärzte mit beliebiger telemedizinischer Leistung nach Fachgruppe im Jahr 2021 (%) .....	33
Abbildung 18: Anteil Ärzte mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) im Jahr 2021 nach Fachgruppen (%) .....	33
Abbildung 19: Anteil Ärzte mit Telekonsil (li) und Telemedizinischer Defi-Kontrolle (re) im Jahr 2021 nach Fachgruppen (%) .....	34
Abbildung 20: Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or), Telemedizinische Defi-Kontrolle (ul) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2021 .....	35
Abbildung 21: Anzahl Patienten mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten (li) bzw. Psychotherapeuten (re) je 100.000 Patienten mit mindestens einem hausärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontakt im Jahr 2021 nach Alter und Geschlecht .....	36
Abbildung 22: Inanspruchnahme telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) (ol), Telekonsil (or) und telemedizinische Defi-Kontrolle (ur) nach Mittelbereichen im Jahr 2021 (rohe Raten) .....	39
Abbildung 23: Anzahl Patienten mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten (li) bzw. Psychotherapeuten (re) je 100.000 Patienten mit mindestens einem hausärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontakt im Jahr 2021 nach Mittelbereichen (rohe Raten).....	40
Abbildung 24: Sächsische Kreise und Raumordnungsregionen mit Hinweis auf farbliche Kodierung und Strichelung je Kreis in den Liniendiagrammen zur Trendauswertung .....	45
Abbildung 25: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Gesamt .....	47
Abbildung 26: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hausärzte .....	47
Abbildung 27: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Kinderärzte .....	47
Abbildung 28: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: HNO-Ärzte .....	48
Abbildung 29: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Fachinternisten .....	48
Abbildung 30: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Urologen .....	48
Abbildung 31: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Nervenärzte .....	49
Abbildung 32: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapeuten .....	49
Abbildung 33: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Chirurgen und Orthopäden.....	49
Abbildung 34: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Augenärzte .....	50
Abbildung 35: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hautärzte .....	50
Abbildung 36: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Frauenärzte .....	50
Abbildung 37: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Gesundheitsuntersuchung .....	54
Abbildung 38: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau .....	54

Abbildung 39: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung des Zervixkarzinoms.....	54
Abbildung 40: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen .....	55
Abbildung 41: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Hautkrebsscreening .....	55
Abbildung 42: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl.....	55
Abbildung 43: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennungskoloskopie.....	56
Abbildung 44: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann .....	56
Abbildung 45: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Mammographie-Screening .....	56
Abbildung 46: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Früherkennung Kinder ..	57
Abbildung 47: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Influenza-Impfung .....	57
Abbildung 48: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: andere Schutzimpfungen .....	57
Abbildung 49: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapie – Einzeltherapie .....	58
Abbildung 50: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Psychotherapie – Gruppentherapie .....	58
Abbildung 51: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Ambulantes Operieren ..	58
Abbildung 52: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: ambulante Notfälle .....	59
Abbildung 53: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: telefonische Beratung ..	59
Abbildung 54: vertragsärztliche Inanspruchnahme Q1-2019 bis Q2-2023 nach Kreisen: Videosprechstunde .....	59
Abbildung 55: Anzahl Patienten mit Post-COVID nach Quartalen (li) und Prävalenz im 2. Quartal 2023 nach Altersgruppen und Geschlecht (re) in Sachsen.....	64
Abbildung 56: Anzahl Post-COVID-Symptome (li) und Anzahl Arztfälle (re) bei Post-COVID-Patienten im 3. Quartal 2023 in Sachsen .....	66
Abbildung 57: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von Post-COVID-Patienten im 2. Quartal 2023 in Sachsen nach Fachgruppen.....	67

## 7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der berücksichtigten ASK-Diagnosen .....	12
Tabelle 2: Gegenüberstellung Anzahl ambulante Fälle je stationären Fall, ASK-Fälle und ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen nach Kreisen .....	14
Tabelle 3: Entwicklung der stationären und ambulanten Inanspruchnahme .....	15
Tabelle 4: Unterschied der Entwicklung der ambulanten und der stationären Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapiteln .....	16
Tabelle 5: Regelung der Vergütung bei Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) und Ableitung Indikatoren .....	23
Tabelle 6: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Gesamt ....	26
Tabelle 7: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Hausärzte	27
Tabelle 8: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von nichtärztlichen Besuchen: Nervenärzte und Urologen .....	27
Tabelle 9: Fälle mit Videosprechstunde (Arzt-Patient) nach ICD-Kapitel im Jahr 2021 .....	36
Tabelle 10: Fälle mit Telekonsilen nach ICD-Kapitel im Jahr 2021 .....	37
Tabelle 11: Fälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Psychotherapeuten nach ICD-Kapitel im Jahr 2021 .....	38
Tabelle 12: Fälle mit telemedizinischer Leistung (TML): Videosprechstunde (Arzt-Patient) bei Hausärzten nach ICD-Kapitel im Jahr 2021 .....	38
Tabelle 13: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen .....	39
Tabelle 14: Top 5 und Bottom 5 Mittelbereiche bzgl. Inanspruchnahme von Videosprechstunden (Arzt-Patient) durch hausärztliche bzw. psychotherapeutische Patienten .....	40
Tabelle 15: Phaseneinteilung zur Beschreibung der COVID-19-Pandemie in Deutschland von 2020 bis 2022, Stand: 15. September 2022, Einordnung der Lockdowns .....	43
Tabelle 16: Betrachtete Leistungskategorien zur Auswertung von Trends der Inanspruchnahme .....	44
Tabelle 17: Häufigste Vorerkrankungen im Jahr 2022 von Patienten mit Post-COVID-Diagnose im 2. Quartal 2023 .....	65
Tabelle 18: Vorkommen von Post-COVID-Symptomen bei Post-COVID-Patienten .....	66
Tabelle 19: Anteil Post-COVID-Patienten mit bestimmten Leistungen im 2.Quartal 2023 in Sachsen .....	67
Tabelle 20: Gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Sachsen .....	72
Tabelle 21: Erfahrungen mit benannten Handlungsfeldern .....	76
Tabelle 22: Zusätzliche Handlungsfelder .....	85
Tabelle 23: Nachhaltigkeit von Projektförderungen .....	90
Tabelle 24: Für Kapitel 3.3 Telemedizinische Leistungen eingeschlossenen GOP und deren Zuordnung zu den drei betrachteten Bereichen .....	102

## 8 Anhang

**Tabelle 24: Für Kapitel 3.3 Telemedizinische Leistungen eingeschlossenen GOP und deren Zuordnung zu den drei betrachteten Bereichen**

GOP	Bezeichnung
<b>Videosprechstunde (Arzt-Patient)</b>	
01212V	Notfallpauschale II zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.
01320V	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind
01321V	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können
01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
01439H	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde
01444	Zuschlag für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten (10 Punkte), max. 1x im Behandlungsfall berechnungsfähig, unbekannter Patient = nicht im laufenden Quartal oder Vorquartal in der Praxis behandelt, zeitlich befristet bis 31. Dezember 2022
01450	Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 01442, 25214, 30210, 30700, 30706, 30932, 30948, 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35600, 35601, 37120, 37320 und 37400 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder für eine Videofalkonferenz gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
01450H	Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 01442, 25214, 30210, 30700, 30706, 30932, 30948, 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35600, 35601, 37120, 37320 und 37400 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder für eine Videofalkonferenz gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
01451	Anschubförderung für Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung, befristet vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2021
01451N	Anschubförderung für Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung, befristet vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2021
01451T	Anschubförderung für Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung, befristet vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2021
01470V	Zusatzpauschale Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung
01471V	Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio
01789V	Beratung nach GenDG zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß Abschnitt B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien
01790V	Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nichtinvasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß Abschnitt B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien
01952V	Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für das therapeutische Gespräch
01952W	Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für das therapeutische Gespräch, befristet bis 31.03.2022
03000S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03000V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03001S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03001V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03002S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03002V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03003S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03003V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03004S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03004V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03005S	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03005V	Hausärztliche Versichertenpauschalen
03040J	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
03040M	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
03040V	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
03060V	Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten
03061V	Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten
03230V	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist
04000C	Versichertenpauschale
04000D	Versichertenpauschale
04000S	Versichertenpauschale
04000V	Versichertenpauschale
04001C	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04001D	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04001S	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04001V	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04002C	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04002D	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04002S	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04002V	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04003C	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04003D	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04003S	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04003V	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04004C	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04004D	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04004S	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04004V	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04005C	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04005D	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04005S	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04005V	Pädiatrische Versichertenpauschalen
04040J	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
04040M	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
04040V	Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
04230V	Problemorientiertes ärztliches Gespräch

04231V	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung (Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM)
04355V	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung
04430J	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)
04430V	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)
05210S	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
05210U	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
05210V	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
05211S	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
05211U	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
05211V	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
05212S	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
05212U	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
05212V	Anästhesiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
05220V	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung
05222V	Zuschlag zur GOP 05220
06210S	Augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
06210V	Augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
06211S	Augenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
06211V	Augenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
06212S	Augenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
06212V	Augenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
06220V	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung
06222V	Zuschlag zur GOP 06220
06225V	Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1
07210S	Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch- chirurgische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
07210V	Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch- chirurgische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
07211S	Chirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
07211V	Chirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
07212S	Chirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
07212V	Chirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
07220V	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung
07222V	Zuschlag zur GOP 07220
08210S	Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
08210V	Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
08211S	Frauenärztliche Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
08211V	Frauenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
08212S	Frauenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
08212V	Frauenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
08220V	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung
08222V	Zuschlag zur GOP 08220
08619V	Beratung Kryo-RL
08621V	Reproduktionsmedizinische Beratung gem. Kryo-Richtlinie
08623V	Andrologische Beratung gemäß Kryo-RL
09210S	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
09210V	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
09211S	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
09211V	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
09212S	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
09212V	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
09220V	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung
09222V	Zuschlag zur GOP 09220
10210S	Hautärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
10210V	Hautärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
10211S	Hautärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
10211V	Hautärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
10212S	Hautärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
10212V	Hautärztliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
10220V	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung
10222V	Zuschlag zur GOP 10220
11210S	Humangenetische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
11210V	Humangenetische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
11211S	Humangenetische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
11211V	Humangenetische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
11212S	Humangenetische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
11212V	Humangenetische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13210S	Internistische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13210V	Internistische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13211S	Internistische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13211V	Internistische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13212S	Internistische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13212V	Internistische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13220V	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung
13222V	Zuschlag zur GOP 13220
13290S	Angiologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13290V	Angiologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13291S	Angiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13291V	Angiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13292S	Angiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13292V	Angiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13294V	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung
13296V	Zuschlag zur GOP 13294
13340S	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13340V	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13341S	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13341V	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13342S	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13342V	Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte Endokrinologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13344V	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung
13346V	Zuschlag zur GOP 13344

13390S	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13390V	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13391S	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13391V	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13392S	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13392V	Gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13394V	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung
13396V	Zuschlag zur GOP 13394
13490S	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13490V	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13491S	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13491V	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13492S	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13492V	Hämato-/Onkologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13494V	Zuschlag für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung
13496V	Zuschlag zur GOP 13494
13540S	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13540V	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13541S	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13541V	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13542S	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13542V	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13543V	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung
13544V	Zuschlag zur GOP 13543
13590S	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13590V	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13591S	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13591V	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13592S	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13592V	Nephrologie und Dialyse Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13594V	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung
13596V	Zuschlag zu der GOP 13594
13640S	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13640V	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13641S	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13641V	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13642S	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13642V	Pneumologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13644V	Zuschlag für die pneumologisch-internistische Grundversorgung
13646V	Zuschlag zur GOP 13644
13690S	Rheumatologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13690V	Rheumatologische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13691S	Rheumatologie Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13691V	Rheumatologie Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13692S	Rheumatologie Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13692V	Rheumatologie Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
13694V	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung
13696V	Zuschlag zur GOP 13694
14210S	Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
14210V	Kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
14211S	Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
14211V	Kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
14214V	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung
14216V	Zuschlag zur GOP 14214
14220V	Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
14221V	Gruppenbehandlung
14222V	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson
14223	Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß § 3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Einzelbehandlung, befristet vom 15.05.2020 bis 31.03.2022
15210S	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
15210V	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
15211S	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
15211V	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
15212S	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
15212V	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
16210S	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
16210V	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
16211S	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
16211V	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
16212S	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
16212V	Neurologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
16215V	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung
16217V	Zuschlag zur GOP 16215
16220V	Neurologisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
18210S	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
18210V	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
18211S	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
18211V	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
18212S	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
18212V	Orthopädische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
18220V	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung
18222V	Zuschlag zur GOP 18220
20210S	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
20210V	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
20211S	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
20211V	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
20212S	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
20212V	Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
20220V	Zuschlag für die phoniatisch-pädaudiologische Grundversorgung
20222V	Zuschlag zur GOP 20220
21210S	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21210V	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr



21211S	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21211V	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21212S	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
21212V	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
21213S	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21213V	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21214S	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21214V	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21215S	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
21215V	Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
21216V	Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen
21218V	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung
21219V	Zuschlag zur GOP 21218
21220V	Psychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
21221V	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)
21225V	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung
21226V	Zuschlag zur GOP 21225
22210S	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
22210V	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
22211S	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
22211V	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
22212S	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
22212V	Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
22216V	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung
22218V	Zuschlag zur GOP 22216
22220V	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
22220W	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
22220Y	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
22221V	Psychosomatisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)
22222V	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)
23210S	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
23210V	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
23211S	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
23211V	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
23212S	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
23212V	Psychotherapeutische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
23214S	Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
23214V	Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
23216V	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung
23218V	Zuschlag zur GOP 23216
23220V	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
23220W	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
23220Y	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
26210S	Urologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
26210V	Urologische Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
26211S	Urologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
26211V	Urologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
26212S	Urologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
26212V	Urologische Grundpauschalen für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
26220V	Zuschlag für die urologische Grundversorgung
26222V	Zuschlag zur GOP 26220
27210S	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
27210V	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
27211S	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
27211V	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
27212S	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
27212V	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
27220V	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung
27222V	Zuschlag zur GOP 27220
30700S	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V"
30700V	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V
30708V	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie
30931V	Probatorische Sitzung, befristet bis 31.03.2022
30932E	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)
30932V	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)
30933E	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)
30933V	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)
35110V	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
35111V	Übende Interventionen als Einzelbehandlung
35112V	Übende Interventionen als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen
35113V	Übende Interventionen als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen
35141V	Zuschlag vertiefte Exploration
35142V	Zuschlag Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde
35150D	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150E	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150F	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150R	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150U	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150V	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35150W	Probatorische Sitzung (Einzelbehandlung), befristet bis 31.03.2022
35151V	Psychotherapeutische Sprechstunde, befristet bis 31.03.2022
35151W	Psychotherapeutische Sprechstunde, befristet bis 31.03.2022
35152V	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35152W	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35163A	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern, befristet bis 31.03.2022
35163D	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern, befristet bis 31.03.2022
35163K	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern, befristet bis 31.03.2022









35713T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35713V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35713W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714A	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714C	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714D	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714F	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714G	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35714W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715A	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715C	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715D	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715F	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715G	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35715W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716A	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716C	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716D	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716F	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716G	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35716W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717A	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717C	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717D	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717F	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717G	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35717W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718A	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718C	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718D	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718F	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718G	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718T	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718V	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
35718W	Systemische Therapie (LZT), 3 bis 8 Teilnehmer
40128	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß Muster 1 an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
40129	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde
51022	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde
51023	Zuschlag Videosprechstunde
81318	Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt) im Rahmen einer Videosprechstunde (Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V)
86701V	Pauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) für Kinder und Jugendliche (Altersgruppe 12 bis 17 Jahre)
88220	Nachweis-GOP bei ausschließlichem Video-Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal
97020A	extrabudgetärer Fallwertzuschlag in Höhe von 15,- Euro für jeden Arzt-Patienten-Kontakt aktiv durch den teilnehmenden Arzt (DocOnLine der KVB)
97020B	extrabudgetärer Fallwertzuschlag in Höhe von 15,- Euro für jeden Arzt-Patienten-Kontakt aktiv durch den teilnehmenden Arzt (DocOnLine der KVB)
<b>Telekonsil</b>	
25214S*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung
25214V*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung
01670	Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums
01671	Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung
01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung
34800	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä
<b>Telemedizinische Defibrillator-Kontrolle</b>	
04414	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04414I	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04414J	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04414K	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
04416I	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
04416J	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
04416K	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
13554	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT
13554I	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT
13554J	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT
13554K	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
13574I	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
13574J	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
13574K	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
13576I	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
13576J	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)
13576K	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

\* in Kombination mit 01450 und ohne weitere GOP aus dem Bereich Videosprechstunde (Arzt-Patient) im gleichen Behandlungsfall

## Leitfaden Fokusgruppeninterview

### Einführung (ca. 30 min)

1. Vorstellung des Projekts, der Teilnehmenden und Diskussionseinstieg
2. Wie schätzen Sie die Versorgungslage heute und perspektivisch in 15 Jahren im Freistaat Sachsen ein?
  - a. Auf Basis welcher, ggf. institutsspezifischer Instrumente, blicken Sie auf die regionale Gesundheitsversorgung?

### Integration der Gutachtenergebnisse in die Praxis (ca. 90 Min)


3. Im Gutachten wurden fünf Handlungsfelder (Ausbildung, Weiterbildung, finanzielle und strukturelle Förderung sowie Entbürokratisierung) vorgestellt. Fehlen aus Ihrer Sicht Handlungsbereiche? Falls ja, welche?
4. Welche Erfahrungen haben Sie mit den benannten Handlungsfeldern bisher gemacht?
  - a. Welche Maßnahmen wurden in diesen Handlungsfeldern bereits umgesetzt und wie erfolgreich?
5. In welchem Handlungsfeld liegt Ihrer Meinung nach der größte Nutzen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung?
6. Mit welchen Akteuren stehen Sie im Austausch, um Fördermaßnahmen zu planen und umzusetzen (ÖPNV, Telekommunikationsanbieter, Kinderbetreuung etc.)?
7. Wie bewerten Sie, unter der Maßgabe knapper Ressourcen, die Fördermaßnahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung gegenüber Förderungen im Bereich der allgemeinen Daseinsvorsorge bzw. Wirtschaftsförderung (Priorisierung)?
  - a. Wie sind die Förderbereiche miteinander vernetzt?

Wie kann aus Ihrer Sicht für Nachhaltigkeit bei Förderprojekten gesorgt werden (Verstetigung temporärer Förderungen)?


**Herausgeber:**

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit  
und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
E-Mail: [redaktion@sms.sachsen.de](mailto:redaktion@sms.sachsen.de)  
[www.sms.sachsen.de](http://www.sms.sachsen.de)

 [facebook.com/SozialministeriumSachsen](https://facebook.com/SozialministeriumSachsen)

 [twitter.com/sms\\_sachsen](https://twitter.com/sms_sachsen)

 [instagram.com/sms\\_sachsen](https://instagram.com/sms_sachsen)

 [youtube.com/@sms\\_sachsen](https://youtube.com/@sms_sachsen)

**Redaktion:**

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung  
Ramona Hering  
Dr. Mandy Schulz  
Jan Lipovsek  
Clarissa Graf  
Sophie Weber  
Thomas Czihal  
Dr. Dominik Graf von Stillfried

**Gestaltung und Satz:**

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung  
Titelbild: iStock/Hiraman

**Redaktionsschluss:**

31. Oktober 2024

**Verteilerhinweis**

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

**Hinweis:**

Diese Maßnahme wird mitfinanziert mit Steuermitteln auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes.

**Copyright**

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.

