



Technische Universität München

TUM School of Medicine and Health

Erfahrungen und Einstellungen von Hausärzt*innen in der
ersten Phase der SARS-CoV-2-Pandemie

Christian Bergmaier

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation

Vorsitz:

Prof. Dr. Ute Reuning

Prüfende der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde

2. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann

Die Dissertation wurde am 31.07.2023 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die TUM School of Medicine and Health am 10.04.2024 angenommen.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der erste Fall mit dem neuartigen SARS-COV-2-Virus in Deutschland wurde am 28.01.2020 bestätigt. Es folgte die „erste“ von insgesamt sechs „COVID-19-Wellen“ in Deutschland (Stand Februar 2023). Trotz der vergleichsweise geringen Fallzahlen stellte die „erste Welle“ die Gesellschaft im Allgemeinen und die Politik, die Medien, die Wissenschaft und das Gesundheitssystem im Besonderen vor große Herausforderungen. Hausärzt*innen waren bei COVID-19 oft die erste Anlaufstelle für die Patient*innen.

Ziel: Ziel des im Mai 2020 geplanten Projekts war die Erfassung von A) Erfahrungen und Belastungen von Hausärzt*innen in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie und B) der subjektiven Bewertung der damals getroffenen Maßnahmen sowie die Einschätzung von Konsequenzen und kommenden Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie oder künftiger Pandemien.

Methodik: Teilstudie 1: Einmalige postalische Befragung von 210 Lehrärzt*innen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung im Frühjahr 2020 mit einem vierseitigen Fragebogen mit Fragen zu A) den in Praxis und Pflegerichtungen selbst betreuten Covid-19-Patient*innen, B) Auswirkungen auf die eigene Praxis, C) Sorgen und Wahrnehmung in Zusammenhang mit der Pandemie, D) der Bewertung der Maßnahmen, den Lockerungen der Maßnahmen und zukünftigen Konsequenzen, E) dem Bedarf für eine mögliche zweite Welle, F) dem emotionalen Befinden und G) zu Person und Praxis. Es erfolgte eine deskriptiv-statistische Datenauswertung. Zusätzlich wurde eine Kategorisierung der Freitextantworten und eine Archypentypenanalyse durchgeführt. Teilstudie 2: Qualitative Querschnittsstudie mit semi-strukturierten Einzelinterviews von 10 Lehrärzt*innen zwischen Juli 2020 und September 2020. Die Hausärzt*innen wurden gebeten über die größten Herausforderungen im Praxisalltag mit COVID-19, ihre Sicht der Pandemie und die Auswirkungen auf ihr Arztbild zu berichten. Die Auswertung erfolgte mit Methoden der thematischen Analyse.

Ergebnisse: Teilstudie 1: Insgesamt konnten 161 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden (Rücklaufquote 77%). 92% der Teilnehmer*innen waren in ihrer Praxis mit mindestens einer SARS-CoV-2-Infektion konfrontiert, zwei Praxen mit mehr als 100 infizierten Patient*innen (Median 10 Infektionen). 63% der Praxen berichteten mindestens eine Hospitalisierung und 30% mindestens einen COVID-19-assoziierten Todesfall. Dagegen waren nur 23% der von den Teilnehmer*innen betreuten Pflegeheime von Infektionen betroffen; in einzelnen Heimen kam es jedoch zu zahlreichen Hospitalisierungen und Todesfällen. In 18% der Praxen kam es zu Infektionen unter Ärzt*innen oder nichtärztlichen Mitarbeiter*innen. Die größten Herausforderungen stellten der Mangel an Schutzausrüstung

und die Anpassung des Praxisablaufs an die Pandemiesituation dar. Ziel dieser Anpassung war vorwiegend das Verhindern von Ansteckungen mittels getrennten Patientenströmen, das Einrichten einer separaten Infektsprechstunde sowie die Einhaltung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen. Bei der Einordnung der Maßnahmen waren sich fast alle Teilnehmer*innen einig, dass die Abstandsempfehlungen und das Verbot von Großveranstaltungen richtig waren. Ein relevanter Anteil der Ärzt*innen schätzte die Schließung von Schulen und Kitas, Kontaktverbote in Pflegeheimen und die Ausgangsbeschränkungen im Nachhinein als nicht sinnvoll ein. Die Archetypanalyse ergab vier Untergruppen von Hausärzt*innen: die „Skeptiker“, „Hardliner“, „Abwägenden“ und „Ängstlichen“. Teilstudie 2: Das starke Gefühl der Verunsicherung und Unklarheit zu Beginn der Pandemie bestätigte sich in den Interviews. Im Verlauf der Pandemie haben sich die Praxisabläufe durch eine gewisse Routine eingespielt. Besonders die Infektsprechstunde wurde als sehr sinnvoll betrachtet und nach Abklingen der ersten COVID-Welle durch die Ärzt*innen weitergeführt. Als Folge des Patientenrückgangs gaben die Interviewteilnehmer*innen an, dass sowohl unnötige als auch notwendige Arztkontakte für die Patient*innen ausblieben. Außerdem konnten viele Beratungsanlässe telefonisch gelöst werden. Die telefonische Krankschreibung wurde dabei als hilfreich angesehen. Im Interview wiederholten die Teilnehmer*innen die Forderung nach Öffnungen von Schulen und Kindertagesstätten. Insgesamt wurden die politischen Maßnahmen positiv bewertet. Mehrere Ärzt*innen bezeichneten in den Interviews die COVID-19-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) als sehr hilfreich. Jedoch hätten sie sich mehr Einbindung der Hausärzteverbände in politische Entscheidungen gewünscht. Zusätzlich forderten einige Teilnehmer*innen die Erstellung von Notfallplänen für künftige Pandemien.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Arbeit vermittelt einen Einblick in das Geschehen in südbayerischen Praxen während der frühen Phase der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Hausärzt*innen trotz anfänglich großer Herausforderungen schnell an die neue Situation anpassen konnten. Während der COVID-19 Pandemie etablierte Maßnahmen, wie das Tragen und Vorhalten von Schutzkleidung, das dauerhafte Angebot von Infektsprechstunden und die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung könnten unabhängig von Krisensituationen beibehalten werden. Diese Maßnahmen und die generelle Optimierung von Praxisabläufen sollten im Hinblick auf den drohenden Ärztemangel weiterverfolgt werden. Insgesamt bedarf es einer besseren Einbindung von Hausärzt*innen in zukünftige Krisenbewältigungsgremien aufgrund ihrer essenziellen Beratungs- und Koordinierungsfunktion.

Inhalt

1. Einleitung.....	7
1.1. Gesamtblick auf die COVID-19 Pandemie aus heutiger Sicht	7
1.2. Die „erste COVID-19 Welle“ aus heutiger Sicht	9
1.3. Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in der COVID-19 Pandemie	10
1.4. Ziele der Studie.....	10
2. Methoden.....	12
2.1. Studiendesign	12
2.2. Teilstudie 1: Postalische Befragung mit einem standardisierten Fragebogen.....	12
2.2.1. Zielpopulation/Teilnehmer*innen	12
2.2.2. Ablauf der Befragung.....	13
2.2.3. Fragebogen.....	13
2.2.4. Dateneingabe und Auswertung.....	15
2.3. Teilstudie 2: Qualitative Querschnittsstudie mit strukturierten Einzelinterviews.....	16
2.3.1. Teilnehmer*innen	17
2.3.2. Befragungsmethodik	17
2.3.3. Auswertmethodik.....	18
2.4. Ethik und Datenschutz.....	23
3. Ergebnisse.....	24
3.1. Teilstudie 1	24
3.1.1. Stichprobenausschöpfung	24
3.1.2. Merkmale der Teilnehmer*innen	25
3.1.3. Angaben zu COVID-19-Fällen in Hausarztpraxen	26
3.1.3.1. Abstrichtests in Praxen und Abstrich-Units.....	26
3.1.3.2. Fallzahlen und Verläufe in Praxen.....	27
3.1.3.3. Fallzahlen und Verläufe in Pflegeheimen.....	28
3.1.3.4. Wichtige Symptome	30
3.1.3.5. Infektionen in der Praxis.....	30
3.1.4. Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie.....	31
3.1.5. Persönliche Einschätzungen zu COVID-19 und dem politischen Umgang mit der Pandemie	35
3.1.5.1 Persönliche Sicht zu COVID-19	35
3.1.5.2 Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen	37
3.1.5.3 Aussagen zur Lockerungsphase	40

3.1.6. Das Grunddilemma der Abwägung von Gesundheitsschutz und Freiheiten	42
3.1.6.1. Das Grunddilemma.....	42
3.1.6.2. Konsequenzen für die kommenden Monate.....	44
3.1.7. Was wird für die zweite Welle benötigt?	47
3.1.8. Emotionales Befinden PHQ-4	48
3.1.9. Archetypenanalyse	50
3.2. Teilstudie 2: Qualitative Befragung	56
3.2.1. Beschreibung der Interviewpartner*innen	56
3.2.2. Themenübersicht.....	57
3.2.3 Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate	58
3.2.3.1. Erfahrung im Frühjahr	58
3.2.3.2. Wie gefährlich ist COVID-19?	59
3.2.3.3. Erfahrung im Sommer	60
3.2.3.4. Auswirkungen auf das Arztbild.....	61
3.2.4. Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie.....	62
3.2.4.1 Patientenrückgang	63
3.2.4.1.1. Gründe und Folgen für Patient*innen.....	64
3.2.4.1.2 Ökonomische Konsequenzen für die Praxis	65
3.2.4.2. Praxisorganisation	66
3.2.4.2.1 Schutzausrüstung	67
3.2.4.2.2. Teamteilung.....	67
3.2.4.2.3. Trennung der Patienten*innen	68
3.2.4.2.4. Telefonate	70
3.2.4.3. Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen.....	71
3.2.4.3.1. Ärzteschaft	71
3.2.4.3.2. Katastrophenschutz.....	73
3.2.4.3.3. Gesundheitsamt	74
3.2.4.3.4. Kassenärztliche Vereinigung.....	75
3.2.5. Bewertung des politischen Umgangs	77
3.2.5.1. Gesamteindruck der politischen Maßnahmen.....	78
3.2.5.2. Aussagen zu Schulschließungen	80
3.2.5.3. COVID-19-Teststrategie	81
3.2.5.3.1. Kriterien zur Testindikation	81
3.2.5.3.2. Übernahme der Testkosten.....	83
3.2.5.3.3. Bedeutung der Testzentren.....	84

3.2.5.4. Politische Interessensvertretung durch Hausärzteverband und DEGAM	85
3.2.6. Zukunftsausblick.....	86
3.2.6.1. Entwicklung der Fallzahlen.....	87
3.2.6.2. Gesellschaftliche Reaktionen	88
3.2.6.3. Vorbereitung auf zukünftige Pandemien	90
3.2.6.4. Verfügbarkeit von Impfstoffen und Medikamenten.....	92
4. Diskussion.....	95
4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	95
4.1.2. Zusammenfassung der Ergebnisse Teilstudie 1.....	95
4.1.3. Zusammenfassung der Ergebnisse Teilstudie 2.....	96
4.2. Reflexion des methodischen Vorgehens.....	96
4.3. Interpretation und Bedeutung der Ergebnisse	98
4.3.1. COVID-19-Fallzahlen und Infektionsrisiken in den Praxen.....	98
4.3.2. Bewältigung der Herausforderungen in der Frühphase der Pandemie	100
4.3.3. Bewertung der Bedrohung und Maßnahmen gegen COVID-19.....	102
4.4. Schlussfolgerung.....	105
5. Literaturverzeichnis	112
6. Abbildungsverzeichnis.....	117
7. Tabellenverzeichnis	118
8. Interviewverzeichnis.....	119
9. Anhang.....	120
9.1. Fragebogen zum Thema Covid-19	121
9.2. Anschreiben und Informationen zur Befragung	125
9.3. Interviewleitfaden	127
9.4. Teilnehmerinformation für Interviewteilnehmer*innen	128
9.5. Einverständniserklärung für Interviewteilnehmer*innen	130
10. Veröffentlichungen.....	132
11. Danksagung	133

1. Einleitung

1.1. Gesamtblick auf die COVID-19 Pandemie aus heutiger Sicht

Am 31.12.2019 erfuhr die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über das Auftreten einer neuen Lungenerkrankung unbekannter Ursache in China (WHO 2020a). Die offizielle Erklärung des Ausbruchsgeschehens zur Pandemie erfolgte am 11.03.2020 durch die WHO (WHO 2020b). Der erste Fall in Deutschland mit dem neuartigen SARS-COV-2-Virus wurde am 28.01.2020 durch einen positiven Labortest bestätigt (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und Robert Koch-Institut 2020). In der Phase von Kalenderwoche (KW) 5/2020 bis KW 9/2020 kam es zum sporadischen Auftreten von insgesamt 167 Fällen in Deutschland (siehe Tabelle 1). Es folgte die „erste COVID-19 Welle“ von KW 10/2020 bis 20/2020 mit insgesamt 175.013 gemeldeten Fällen (Schilling et al. 2021).

*Tabelle 1: Phaseneinteilung zur Beschreibung des COVID-19- Geschehens in Deutschland, 2020 – 2022 (Stand: 15.09.2022) * Ende der Phase 8 noch nicht definierbar (Tolksdorf et al 2022)*

Phase	Name	Beginn (KW)	Ende (KW)
0	Auftreten sporadischer Fälle	5/2020	9/2020
1	Erste COVID-19-Welle	10/2020	20/2020
2	Sommerplateau	21/2020	39/2020
3	Zweite COVID-19-Welle	40/2020	8/2021
4	Dritte COVID-19-Welle (Alpha-Variante)	9/2021	23/2021
5	Sommerplateau 2021	24/2021	30/2021
6	Vierte COVID-19-Welle (Delta-Variante)	31/2021	51/2021
7	Fünfte COVID-19-Welle (Omikron-Variante)	52/2021	8/2022
8	Sechste COVID-19-Welle (Omikron-Variante)	22/2022	*

Im März 2020 kam es in Deutschland daraufhin zur Schließung erster Bildungseinrichtungen und zu Absagen von Großveranstaltungen. Am 20.03.2020 wurde in Bayern darüber hinaus eine allgemeine Ausgangsbeschränkung verfügt. Zwei Tage später folgte der erste

bundesweite Lockdown, mit Maßnahmen wie Kontaktverboten, Schließung von Gastronomiebetrieben und Friseurgeschäften (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020; Bundesregierung 2020). Erste Lockerungen erfolgten im April und Mai 2020, worauf sich von KW 21 bis KW 39/2020 ein Sommerplateau mit sinkenden Fallzahlen und einer geringeren Zahl schwerer Verläufe zeigte. Es schloss sich von KW 40/2020 bis KW 8/2021 die „zweite COVID-19 Welle“ mit deutlich höheren Ansteckungszahlen von 2.158.013 übermittelten COVID-19-Fällen und insgesamt deutlich mehr schweren Verläufen an (Schilling et al. 2021).

Die ersten Impfungen in Deutschland wurden am 27.12.2020 in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt (Zeit Online 2020). Es folgte eine große Impfkampagne in deren Anfangsphase bis 14.01.2021 eine Millionen Impfdosen verabreicht wurden (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Im Januar 2021 kam es zur Verhängung eines erneuten bundesweiten Lockdowns. Am 01.03.2021 stieg die Zahl der COVID-Todesfälle in Deutschland auf mehr als 70.000 Menschen bei fast 2,5 Millionen registrierten Infektionen an (Robert Koch Institut 2021). Die „dritte COVID-19-Welle“ mit der Virusvariante Alpha verbreitete sich von KW 9 bis 23/2021. Daraufhin wurde eine „Notbremse“ der Bundesregierung für Gebiete mit besonders hoher Inzidenz eingeführt. Nach einem kurzen Sommerplateau 2021 entstanden die „vierte COVID-19-Welle“ mit der Delta-Variante (KW 31/2021 bis 52/2021) sowie die „fünfte“ (KW 52/2021 bis KW 21/2022) und die bis heute (Stand: 16.02.2023) bestehende „sechste COVID-19-Welle“ (KW 22/2022), mit den Omikron-Varianten des Virus (Robert Koch Institut 2022). Seit 02.02.2023 schätzt das Robert Koch Institut (RKI) - die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention für Deutschland - das Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung durch COVID-19 aufgrund der geringeren Krankheitsschwere der Omikron-Variante und der breiten Immunität durch Impfung und durchgemachter Infektionen der Bevölkerung wieder als moderat ein (Robert Koch Institut 2023b). Insgesamt wurden bis heute (Stand 18.02.2023) 76% der Menschen in Deutschland grundimmunisiert und 192 Millionen Dosen Impfstoff verabreicht (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

Betrachtet man die Zahl der Gesamtkontaminationen in Deutschland, gab es bisher (Stand 17.02.2023) nach Angaben des RKI 37.986.750 Infektionen mit dem Virus und 167.214 assoziierte Todesfälle (Robert Koch Institut 2023a). Weltweit berichtet die WHO mit Stand 17.02.2023 von 756.581.850 bestätigten Fällen von COVID-19 mit 6.844.267 Todesfällen (WHO 2023). Schätzungen basierend auf Berücksichtigung der beobachteten Übersterblichkeit gehen allerdings davon aus, dass die Gesamtzahl der durch COVID-19 verursachten Todesfälle weltweit zwei bis dreimal höher liegt (Msemburi et al. 2023). Grund hierfür sind geringe Testkapazitäten und die unvollständige bzw. fehlende

Todesursachendokumentation in vielen Ländern. Für Deutschland ist eine solche Unterschätzung jedoch unwahrscheinlich (Karlinsky und Kobak 2021).

1.2. Die „erste COVID-19 Welle“ aus heutiger Sicht

Die Zahl von SARS-CoV-2 Infektionen und assoziierten Hospitalisierungen, Intensivbehandlungen und Todesfällen während der „ersten Welle“ der Pandemie war im Frühjahr 2020 im Vergleich zum weiteren Verlauf der Pandemie sehr gering. So erreichte in der „ersten Welle“ die bundesweite 7-Tage-Inzidenz einen Höchstwert von 43 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen. Im Vergleich dazu lag der Höchstwert der wöchentlichen Inzidenz in allen anderen Wellen deutlich höher. Bei der „zweiten Welle“ lag er beispielsweise bei 210 pro 100.000 Einwohner*innen und während der „fünften Welle“ mit der Omikron-Variante stieg die 7-Tage-Inzidenz bundesweit auf teilweise weit über 1.000 pro 100.000 Einwohner*innen. Selbst zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Dissertationsschrift (Stand 16.02.2023) liegt der Wert für die 7-Tage-Inzidenz noch knapp über 100 pro 100.000 Einwohner*innen.

Trotz der vergleichsweise geringen Fallzahlen stellte die „erste Welle“ die Gesellschaft im Allgemeinen und die Politik, die Medien, die Wissenschaft und das Gesundheitssystem im Besonderen vor große Herausforderungen. Infektiosität, Virulenz und Gefährlichkeit waren noch schwer zu beurteilen. Zwar existierte ein nationaler Pandemieplan, dieser war jedoch eher allgemein gehalten und orientierte sich nicht zuletzt an den Erfahrungen mit Influenzaviren (Robert Koch Institut 2017; Robert Koch-Institut 2016; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020). Die Bevölkerung sah sich mit einer teilweise widersprüchlichen und emotionalisierten Berichterstattung konfrontiert (Maurer et al. 2021). Zuverlässige wissenschaftliche Untersuchungen und Analysen wurden erst im Verlauf verfügbar.

Die Politik, Behörden und wissenschaftliches Fachpersonal mussten auf unsicherer Basis Empfehlungen und Vorgaben herausgeben. Nach einer anfänglichen Unterschätzung des Virus änderte sich die Informationslage über COVID-19 schnell und damit auch der Umgang mit der Pandemie. So war die Risikobewertung der Gefahr durch COVID-19 vom RKI für die Bevölkerung erstmals am 16.03.2020 von moderat auf hoch eingestuft worden.

Auch wenn die Zahl der hospitalisierten (27.729 Fälle) und verstorbenen Fälle (8.912 Fälle) der „ersten Welle“ insgesamt im Vergleich klein erscheint, so war der Anteil an hospitalisierten Fällen (18%) und Todesfällen (5%) an den in dieser Phase gemeldeten Infektionen hoch (Schilling et al. 2021). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Testkapazitäten in Deutschland damals noch gering waren und die Teststrategie auf Personen mit Symptomen oder direktem Kontakt fokussiert war. Bei der Meldung der COVID-19 Todesfälle in

Deutschland gilt es zu beachten, dass nicht unterschieden wurde, ob ein/e Patient*in „mit“ oder „an“ COVID-19 verstorben war. Eine Untersuchung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zeigt, dass in der „ersten und zweiten Welle“ bei Infektionen mit dem Wildtyp des Virus 85%, also die überwiegende Zahl der Patient*innen, „an“ COVID-19 verstarb. Dieser Anteil verringerte sich im Verlauf der Pandemie (Paparoupa et al. 2022).

1.3. Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in der COVID-19 Pandemie

Wie in der Fachdefinition der Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beschrieben, sind Allgemeinärzt*innen darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner*innen bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2023). Folglich waren sie auch bei COVID-19 gemeinsam mit hausärztlichen Internist*innen meist die erste Anlaufstelle für die Patient*innen (Haserück 2021). Zu ihren Aufgaben zählten die Umsetzung von Hygienemaßnahmen, die Aufklärung und Beratung der Patienten*innen über COVID, die Durchführung von Tests und die Behandlung von ambulanten COVID-19-Patienten*innen. Zu den Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin gehört darüber hinaus der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit daraus resultierenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung, wie abwartendes Offenhalten eines Falles und Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2023). Insbesondere die Aufklärung der Patienten*innen über COVID-19 und das Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe schien in der Frühphase der Pandemie aufgrund fehlender Informationen schwierig. Im Verlauf der Pandemie wurden bspw. die Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf besser erforscht. Mit dem Erscheinen der S1-Leitlinie zu COVID-19 durch die DEGAM gab es ab 20.03.2020 erstmals eine konsensbasierte Handlungsempfehlung durch eine Expertengruppe, an der sich Hausärzt*innen orientieren konnten (Deutsches Ärzteblatt 2020).

1.4. Ziele der Studie

Das Ziel der vorliegenden, im Mai 2020 geplanten Studie war die Erfassung von A) Erfahrungen und Belastungen von Hausärzt*innen in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie und B) der subjektiven Bewertung der damals getroffenen Maßnahmen sowie die Einschätzung von Konsequenzen und kommenden Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie oder künftiger Pandemien.

Die Studie war die Erste einer Reihe von mehreren Studien zu COVID-19 am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Weiterführende Themen waren unter anderem

die Evaluation des Versorgungsarzt Konzeptes in Bayern, das Post-COVID-Syndrom, das Impfverhalten bei Personen mit Migrationshintergrund, die SARS-CoV-2-Infektion und kardiovaskuläre und pulmonale Komplikationen, sowie die klinische Einschätzung von COVID-19 in der Hausarztpraxis (Olm et al. 2022a; Olm et al. 2022b; Donnachie et al. 2022; Aktürk et al. 2021; Karapetyan et al. 2021; Schneider et al. 2021).

2. Methoden

2.1. Studiendesign

Das Vorhaben war als mixed-methods Projekt mit quantitativen und qualitativen Anteilen angelegt. Teilstudie 1: Querschnittsstudie mit einer einmaligen postalischen Befragung mit anonymisierter Auswertung; Teilstudie 2: Qualitative Querschnittsstudie mit semi-strukturierten Einzelinterviews.

2.2. Teilstudie 1: Postalische Befragung mit einem standardisierten Fragebogen

2.2.1. Zielpopulation/Teilnehmer*innen

Alle mit dem Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung assoziierten, von der TUM akkreditierten, 210 (Stand 27.5.2020) Lehrärzt*innen wurden schriftlich eingeladen an der Befragung teilzunehmen. Lehrärzt*innen sind hausärztlich tätige Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, die an der kassenärztlichen Grundversorgung teilnehmen und deren Lehrtätigkeit (z.B. im Rahmen des Blockpraktikums Allgemeinmedizin) über einen Vertrag mit der Technischen Universität München, Fakultät für Medizin, geregelt ist. Die Lehrpraxen liegen in Städten und ländlichen Gemeinden primär in den Bezirken Oberbayern, Niederbayern und Schwaben, jedoch vereinzelt auch in der Oberpfalz oder Franken. Ein Drittel der Lehrpraxen liegt im S-Bahnbereich München. Die Zielpopulation wurde aus folgenden Gründen gewählt: 1) Die aktuellen Adressen lagen vor; 2) aufgrund der bestehenden Kooperation war eine hohe Rücklaufquote wahrscheinlich; 3) eine gute Mischung aus städtischen und ländlichen Grundversorgungspraxen war gewährleistet; 4) die Größe der Zielpopulation war für den gewählten mixed-methods Anteil (mit einem relevanten Anteil an aufwändig auszuwertenden Freitextantworten) einerseits ausreichend groß, andererseits für die Analyse bewältigbar; 5) Lehrärzt*innen sind durch ihre direkte Beteiligung an der studentischen Lehre eine wichtige Einflussgruppe in Bezug auf die Prägung von Haltungen zukünftiger Ärzt*innen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass Lehrärzt*innen im Vergleich zu einer Zufallsauswahl bayerischer Hausärzt*innen nicht in jeder Hinsicht repräsentativ sind. Bei einer Zufallsauswahl wären wiederum Selektionseffekte durch eine geringere Rücklaufquote zu erwarten gewesen.

2.2.2. Ablauf der Befragung

Zuteilung einer Identifikationsnummer: Allen Ärzt*innen in der Lehrärztedatei des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung wurde eine zufällige dreistellige Identifikationsnummer zugeordnet. Diese Identifikationsnummer diente ausschließlich zwei Zielen: 1) zu gewährleisten, dass nur diejenigen Ärzt*innen, die auf die erste bzw. zweite Aussendung (siehe unten) nicht geantwortet haben, eine zweite bzw. eine dritte Aussendung erhalten (Details des Vorgehens im Absatz „Erste Aussendung“ weiter unten); 2) zu dokumentieren, wenn Teilnehmer*innen zur Teilnahme an einem Interview bereit sind (Teilstudie 2). Eine Zuordnung einzelner Fragebögen zu den einzelnen Ärzt*innen erfolgte nicht.

Erste Aussendung: Allen Lehrärzt*innen wurde am 16.06.2020 ein kurzes Anschreiben (auf der Rückseite mit genaueren Informationen zur Befragung; siehe Anlage), der Fragebogen und ein mit der Identifikationsnummer versehenes Rückantwortkuvert (Gebühr zahlt Empfänger*in) zugesandt. Ärzt*innen, die bereit waren, an einem Interview teilzunehmen, konnten ihre Bereitschaft mit einem „X“ auf der Rückseite des Rückantwortkuverts mitteilen. Bei den eingegangenen Antwortkuverts wurde zuerst die Identifikationsnummer und ggfs. die Bereitschaft zum Interview dokumentiert. Die Antwortenden wurden aus der Exceldatei mit den Adressen für die zweite Aussendung gelöscht. Die Adressen von Teilnehmer*innen, die bereit waren, an einem Interview teilzunehmen, wurden in einer separaten Datei gespeichert. Danach wurde das Kuvert geöffnet, der Fragebogen entnommen, in einer Sammelbox abgelegt und das Kuvert verworfen.

Zweite Aussendung: Allen Ärzt*innen, die auf die erste Aussendung nicht innerhalb von 14 Tagen geantwortet hatten, wurde am 30.06.2020 ein zweites Mal ein Anschreiben, der Fragebogen und ein Rückantwortkuvert zugesandt. Mit den eingehenden Antworten wurde wie bei der ersten Aussendung verfahren.

Dritte Aussendung: 16 Tage nach der zweiten Aussendung wurde am 16.07.2020 an Ärzt*innen, die auch auf die zweite Aussendung nicht geantwortet haben, eine weiteres Erinnerungsschreiben mit Fragebogen und Rückantwortkuvert zugesandt. Mit den eingehenden Antworten wurde wie bei der ersten Aussendung verfahren.

2.2.3. Fragebogen

Der vierseitige Fragebogen (siehe Anhang, Seite 121-124) wurde vom Studententeam unter Einbezug von vier Hausärzt*innen und unter Berücksichtigung von Diskussionen im Listserver der DEGAM zum Thema COVID-19 zusammengestellt. Der Listserver der DEGAM ist ein

allgemeinmedizinisches E-Mail-Diskussionsforum. Außerdem wurden Fragebögen aus laufenden Hausarztbefragungen zu COVID-19 von drei anderen allgemeinmedizinischen Instituten eingesehen, um Überschneidungen zu minimieren.

Der für das durchgeführte Projekt erarbeitete Fragebogen umfasste insgesamt 52 Items und 7 zusätzliche Freitextfelder in 7 Themenblöcken. Außerdem wurden die Teilnehmer*innen gebeten, bei Bedarf zusätzliche Anmerkungen, Kommentare oder Berichte auf einem weiteren Blatt dem Fragebogen beizulegen.

A) Fragen zu den betreuten COVID-19-Patient*innen

In diesem Block wurden 6 Fragen (siehe Fragen 1a bis 1f im Fragebogen) zu Zahl, Symptomen, Verläufen und Todesfällen von in der Praxis betreuten COVID-19-Patient*innen, sowie durchgeführten Tests und 5 entsprechende Fragen (2a bis 2e) zu in Pflegeeinrichtungen betreuten COVID-19-Patient*innen gestellt.

B) Sorgen wegen COVID-19 und Auswirkungen in der Praxis

Hier sollte zunächst die Zustimmung (auf einer fünfstufigen Likertskala) zu Aussagen (3a bis 3e) und Bedenken bzw. Sorgen wegen einer eigenen Ansteckung, Ansteckung von Mitarbeiter*innen und wegen wirtschaftlichen Konsequenzen angegeben werden. Danach sollten vier Fragen zur Ansteckung des/der Teilnehmer*in selbst oder von Mitarbeiter*innen und den daraus folgenden Konsequenzen sowie die wichtigsten Probleme oder Herausforderungen in der Praxis durch COVID-19 beantwortet werden.

C) Persönliche Einschätzung von COVID-19

In diesem Block sollte die Zustimmung zu vier Aussagen (5a bis 5d) zur Angst vor COVID-19, zur Gefährlichkeit in Vergleich zu Influenza, zur Bedrohlichkeit der Pandemie und zur Betroffenheit durch schwere Verläufe im näheren Umfeld angegeben werden.

D) Zustimmung zu Aussagen zur Pandemie

In drei Unterblöcken sollten an dieser Stelle die im März 2020 ergriffenen Maßnahmen (7 Aussagen; 6a bis 6g), die seit Ende April 2020 begonnen „Lockerungen“ (5 Aussagen; 7a bis 7e), sowie 4 Aussagen (8a bis 8d) zu der Frage bewertet werden, welchen Preis eine Gesellschaft zu zahlen bereit sein soll, um Leben zu retten. Diese (meist implizite) Frage war wiederholt ein zentrales Thema größerer, kontrovers und emotional geführter Debatten im DEGAM-Listserver. In einem vierten Unterblock sollten 6 Aussagen zu Konsequenzen für die kommenden Monate bewertet werden.

E) Vorbereitung auf eine zweite Welle

In einem Freitextfeld konnten die Teilnehmer*innen ausführen, was sie aus ihrer Sicht zur Vorbereitung auf eine zweite Welle benötigen.

F) Fragen zum emotionalen Befinden (Fragebogen PHQ-4)

Dieser Block besteht (10a bis 10d) aus dem PHQ-4 (Patient Health Questionnaire 4) (Kroenke et al. 2009; Löwe et al. 2010), der validierten Ultrakurzversion des Gesundheitsfragebogens für Patient*innen (PHQ-D). Der PHQ-4 umfasst die ersten beiden Fragen des Depressionsmoduls des PHQ-D (PHQ-2) und die ersten beiden Fragen des Moduls zur Erfassung der generalisierten Ängstlichkeit (GAD-2). Bei der Auswertung des PHQ-4 werden die Ausprägungen (0 bis 3) der vier Items addiert, sodass der Summenwert Werte von 0 bis 12 annehmen kann. Durch den PHQ-4 sollte die allgemeine emotionale Belastung der Teilnehmer*innen erfasst werden.

G) Fragen zur Person und Praxis

Abschließend wurden Alter, Geschlecht, Zeit seit der Niederlassung, die wöchentliche Arbeitszeit und die Praxislage erhoben.

2.2.4. Dateneingabe und Auswertung

Dateneingabe: Die Daten wurden von dem Doktoranden in das Programm SPSS (Statistics, Version 25, Armonk, NY, USA) eingegeben. Eine Prüfung auf unplausible Werte erfolgte mit Hilfe der Auswertungsfunktionen in SPSS. Kürzere Freitexte wurden ebenfalls in SPSS eingegeben. Längere Freitexte wurden in Word eingegeben.

Auswertung: Für die deskriptive Auswertung in SPSS wurden je nach Datentyp absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane und Quartile berechnet.

Zur Beschreibung des Meinungsspektrums wurde zusätzlich die "Archetypenanalyse" als statistische Methode verwendet (Cutler und Breiman 1994). Ein Archetyp ist definiert als "etwas, das als perfektes oder typisches Beispiel für eine bestimmte Art von Person oder Sache gilt, weil es alle ihre wichtigsten Merkmale aufweist" (Collinsdictionary 2021). Technisch wird der Archetyp durch Extrempunkte der beobachteten multivariablen Daten aus dem Fragebogen dargestellt. Die einzelnen Beobachtungen wurden dann dem nächstgelegenen Archetyp zugeordnet, um entsprechende Untergruppen zu definieren. Die Archetypen wurden dabei auf der Grundlage ihrer charakteristischsten Eigenschaften benannt. In die Archetypenanalyse wurden Aussagen aus den Blöcken B,C,D und F des Fragebogens einbezogen. Diese umfassten fünf Aussagen zu Sorgen wegen COVID-19 Infektionen in der Praxis und den wirtschaftlichen Konsequenzen, vier Aussagen zur persönlichen Einschätzung

der Bedrohlichkeit von COVID-19, sieben Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen, fünf Aussagen zu den im April 2020 begonnenen „Lockerungen“, vier Aussagen zum grundsätzlichen Dilemma der Kosten für Lebensrettung, sechs Aussagen über die Konsequenzen für die kommenden Monate und den PHQ-4 als Screening-Fragebogen für Depression und Ängste. Die Archetypanalyse wurde von dem Statistiker Prof. Dr. Alexander Hapfelmeier aus dem Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TUM mit R 4.0.3 (The R Foundation for Statistical Computing, Wien, Österreich) durchgeführt (Eugster und Leisch 2009).

Auswertung der Freitextantworten: Zur Zusammenfassung wurden den Freitextantworten Kategorien zugeordnet. Die deduktive und induktive Kategorienbildung orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (Mayring 2010) sowie der qualitativen Auswertung nach Horst Otto Mayer (Mayer 2009). Das praktische Vorgehen folgte dem einer vorausgegangenen Studie mit ähnlicher Methodik (Jocham et al. 2017a; Jocham et al. 2017b). Im ersten Schritt erfolgte die deduktive Kategorienbildung auf Basis der definierten Kategorien der quantitativen Befragung. Dieser Schritt fand zunächst in einer Übersicht digital auf dem iPad statt, bevor das Material systematisch untersucht und auf die festgelegten Kategorien zugeordnet wurde. Konkret wurden die Textstellen mit den Fragebogen-IDs digital über das Programm Notability (<http://www.notability.com/de>) auf dem iPad ausgeschnitten. Ergaben sich neue Aspekte, die zu keiner der bereits entwickelten Kategorien passten, wurden induktiv neue Kategorien ergänzt. Das System auf dem iPad erlaubte es, visuell und mit unterschiedlichen Farben zu arbeiten und gleichzeitig die Auswertung transportieren zu können. Anschließend erfolgte die Benennung übergeordneter Themen und der Rückbezug, ob die jeweiligen Textpassagen sinnvoll zu den Themen und Kategorien zugeordnet worden sind. Im letzten Schritt erfolgte die Erstellung eines Baumdiagramms. Die absoluten Häufigkeiten wurden in diesem benannt um eine Gewichtung der einzelnen Motive besser darstellen zu können (Kuckartz et al. 2008).

2.3. Teilstudie 2: Qualitative Querschnittsstudie mit strukturierten Einzelinterviews

Durch die Interviews sollten einerseits wichtige Teilaspekte der schriftlichen Befragung weiter vertieft werden und andererseits für die Teilnehmer*innen wichtige Aspekte identifiziert werden, die durch den Fragebogen nicht abgedeckt wurden.

2.3.1. Teilnehmer*innen

61 Lehrärzt*innen waren zu einem Interview bereit, 12 von ihnen wurden angefragt und mit 10 Lehrärzt*innen wurden zwischen dem 29.07.2020 und 16.09.2020 Interviews durchgeführt (Abbildung 1). Die Rekrutierung erfolgte über die Rückmeldung zur entsprechenden Teilnahmebereitschaft im Fragebogen (siehe 2.3.2 Ablauf der Befragung). Bei der Rekrutierung wurde versucht eine ausreichende Heterogenität der Befragten bzgl. folgender Merkmale zu gewährleisten: Starkes/geringes Aufkommen von COVID-19 Patient*innen in der Praxis, Praxislage (Stadt/Land), Einschätzung der Bedrohung durch COVID-19 (starke/geringe Bedrohung) und Geschlecht.

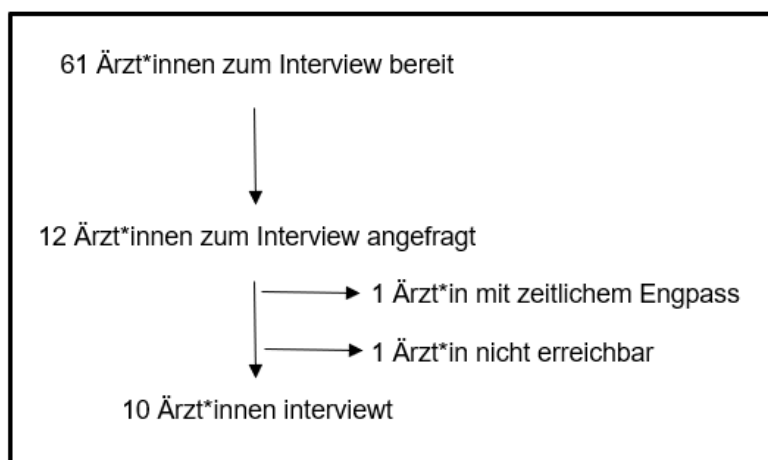


Abbildung 1: Flowchart Stichprobenausschöpfung

2.3.2. Befragungsmethodik

Die Teilnehmer*innen wurden in Einzelinterviews entweder über Videokonferenz per Skype, telefonisch oder persönlich befragt. Ziel war es dabei, die teilnehmenden Ärzt*innen zum „Erzählen“ zu bringen. Dies sollte ermöglichen, die persönliche Perspektive des/der Interviewten und die von ihm/ihr konstruierten subjektiven Sinnzusammenhänge zu erfassen. Andererseits sollte eine gewisse Problemzentrierung erfolgen. Die Vorgehensweise lag demnach zwischen problemzentrierten und narrativen Experteninterviews (Mayring 2010). Der im Anhang (Seite 127) befindliche „Leitfaden“ diente als grobe Orientierung und sollte gewährleisten, dass die folgenden Themen angesprochen wurden:

- Erleben der Pandemie als Ärztin/Arzt
- Bewertung des Umgangs mit der Pandemie als Arzt/Ärztin und Mitglied der Gesellschaft
- Auswirkungen auf das Selbst-/Arztbild

- Chancen für die Zukunft
- Erwarteter weiterer Verlauf der Pandemie
- Freie Themen des/der Teilnehmer*in

Zu jedem Thema wurden ein bis zwei „Leitfragen“ gestellt. Sollte eine „Erzählung“ danach nicht zustande kommen, konnten „Hilfsfragen“ gestellt werden.

Vor dem ersten Interview wurde die Vorgehensweise ausführlich in einem Gespräch des Doktoranden mit einem erfahrenen Interviewer und Soziologen (Dr. Niklas Barth) besprochen. Die Interviews wurden durch den Doktoranden geführt. Sie wurden mit Tonmitschnitten digital dokumentiert und anschließend anonymisiert. Der Tonmitschnitt der ersten Interviews wurde für ein schnelles Feedback zur Interviewführung an den Doktoranden von Dr. Niklas Barth und dem Studienleiter Prof. Dr. Klaus Linde zeitnah begutachtet. Dann wurden die Tonmitschnitte wörtlich von einem Transkriptionsbüro nach den einfachen Regeln nach Dresing & Pehl transkribiert und anonymisiert (Dresing und Pehl 2012). Anschließend wurden die Transkripte von dem Doktoranden zur Kontrolle mit den Tonmitschnitten abgeglichen und ggf. korrigiert. Auch die ersten Transkripte wurden zeitnah von Dr. Barth und dem Studienleiter für ein weiteres Feedback gelesen. Nach dem Korrekturlesen der Transkripte und eventuell nötigen Korrekturen wurden die Tonmitschnitte vernichtet.

2.3.3. Auswertmethodik

Die Auswertung erfolgte mit Methoden der thematischen Analyse (Braun und Clarke 2012). Die thematische Analyse ist ein international häufig verwendetes Verfahren zur Identifizierung, Analyse und Dokumentation von Themen (themes) in einem Text. Das Ziel ist hinter den oberflächlichen Inhalt der Texte zu dringen, deren Sinn zu verstehen und die Bedeutung transparent zu machen. Die Bildung einer plausiblen, anhand der Daten verifizierbaren Theorie ist prinzipiell möglich, aber nicht per se Ziel der thematischen Analyse. Die Methode bietet Flexibilität und die Möglichkeit, sowohl größere Datenmengen zu analysieren als auch vertiefendes oder exploratives Vorgehen methodisch zu unterstützen.

Die Auswertung erfolgte primär durch den Doktoranden unter Begleitung des Studienleiters und des Soziologen. Zur Unterstützung der Analyse wurde die Software MAXQDA (<http://www.maxqda.de/produkte/maxqda>) verwendet.

Das Vorgehen erfolgte in 6 Schritten:

1) Sich vertraut machen mit den Daten: Durch wiederholtes Lesen der Transkripte, Erstellen von Memos und Ideensammlungen sowie durch Markierungen und Notizen erfolgte zunächst ein sich vertraut machen mit den Daten anhand der ausgedruckten Interviewtranskripte.

2) Generierung erster Codes: Im zweiten Schritt wurden erste Codes gebildet und weiterentwickelt, indem das Material mit dem Programm MAXQDA systematisch durchgegangen wurde. Dabei wurden Codes teilweise mehrfach vergeben und Codes, die zu einem bestimmten Thema passten in gleicher Farbe markiert (siehe Abbildung 2 zur Veranschaulichung).

3) Suche nach Themen: D.h. die erarbeiteten Codes wurden nach potenziellen Themen strukturiert und das Datenmaterial entsprechend zugeordnet. Dies geschah über die Funktion „Creative Clouding“ in MAXQDA an einem großen Bildschirm. Damit konnten die Codes mit Pfeilen zu den gebildeten Themen zugeordnet werden und fortlaufend neue Themen hinzugefügt werden. Es konnten auch verschiedene Rangordnungen vergeben und Unterthemen gebildet werden (siehe Abbildung 3).

4) Überprüfung der Themen: Im nächsten Schritt wurde nochmals geprüft, ob die Themen tatsächlich zum Material passen, indem alle Codes zu einem jeweiligen Thema durchgegangen wurden und wenn nötig aus einem Thema entfernt oder einem anderen Thema zugeordnet wurden.

5) Festlegung und Benennung von Themen: Im fünften Schritt wurden die Themen präzisiert und falls nötig umbenannt. Zum Beispiel wurde das Thema „Enttäuschung von der Politik“ in „Gesamteindruck des politischen Umgangs“ geändert, da der erste Eindruck vermittelte, dass die Ärzt*innen mehrheitlich enttäuscht von der Politik waren. Nach Überprüfung der Themen zeigte sich aber ein differenzierteres Meinungsbild.

6) Die Erstellung des Berichts: Dies wird als eigener methodischer Schritt angesehen. Unter Rückbezug auf die Forschungsfrage und die vorhandene Literatur erfolgte die Auswahl von aussagekräftigen Beispielen und die Erarbeitung einer konsistenten Darstellung der erarbeiteten Ergebnisse. Die Auswahl der Beispiele erfolgte mit der Analysefunktion „Summary-Grid“ in MAXQDA, über die man alle zugeteilten Zitate aus den Transkripten zu den benannten Themen nachlesen und vergleichen konnte (Abbildung 4) (Braun und Clarke 2006).

The screenshot shows a software interface for processing interview transcripts. On the left, a list of documents is displayed, including '101-29_juli', '102-29_juli', and '103-30_juli'. The main window shows a document titled 'Dokument-Browser: 101-29_juli'. The document content includes a list of interview transcripts and a diagram illustrating the relationship between 'Enttäuschung von der Testproblematik' and 'Unerwartetes Resultat'.

The diagram shows a flow from 'Enttäuschung von der Testproblematik' to 'Unerwartetes Resultat'. The flow is labeled 'schlechte Kommunikation' and 'wenig Lerneffekt'. The flow is also labeled 'Ausbleiben von Rückf.' and 'Ausbleiben von Pat.'. The flow is also labeled 'Unerwartetes Resultat'.

The document content includes the following text:

die Gefahr eingeschätzt worden ist? #00.05.46-1#

27. B: (lacht) Das ist eine gute Frage. Politisch bin ich sehr enttäuscht vom Anfang. Also das Handling am Anfang war, meiner Meinung nach, katastrophal. Wenn man sich bedenkt, dass 2007 oder 2008 der Katastrophentest geübt worden wäre, und man jetzt völlig blauäugig, nicht wissend ohne Schutzausrüstung im März dageslanden ist, und wir Hausärzte und Hausärztinnen total alleine gelassen worden sind mit der Schutzausrüstung, die wir selber gehabt haben. Keiner hat uns etwas zur Verfügung gestellt, keiner hat uns geschlehte Informationen gegeben. Das war sehr plan- und ziellos. Das muss ich sagen, eine dicke Sechse. Also katastrophal dieses Handeln von diesem Umpat. Es ist dann ein politischer Aktionismus gekommen, der das Ganze nicht besser gemacht hat, finde ich. Weil das, was da politisch vorgegeben wurde, einfach als Statements rausgehauen wurde, aber es ist überhaupt kein Konzept dahinter gewesen, was teilweise immer noch so ist. Also ich finde immer noch, diese Testerei ist völlig plan- und ziellos. Außerdem sind wir jetzt Ende Juli, die Pandemie passiert seit, sagen wir mal, Februar, März, und wir wissen jetzt noch nicht, was wir nach den Ferien mit der Schule machen sollen. Das Testerei-Problem ist überhaupt noch nicht gelöst. Also politisch, muss ich gestehen, bin ich sehr enttäuscht, (lacht) weil sie uns alleine gelassen haben und immer noch alleine lassen. Und eigentlich keinerlei Hausärzte, scheint so, mit in die Planung einbezogen haben und in der Beratungen. Das wäre jetzt mal das Politische. Dadurch, dass ich Versorgungsarzt war, habe ich das auch mitgekriegt, wie das ist im Landkreis gegangen ist und im Landratsamt gegangen ist und im Gesundheitsamt, nämlich genau so. Also die politischen Vorgaben von oben, die waren: So und so muss das jetzt passieren. Und wenn zurückgefragt worden ist, dann hat das Tage geauert, bis man überhaupt eine Antwort gekriegt hat, wenn man eine Antwort gekriegt hat. Also das ist alles wenig durchdacht und, muss ich gestehen, glaube ich auch nicht, dass das, wenn einer ob es jetzt zweite Weile nemst oder aufmachende Pandemie wieder nemst, ich glaube nicht, das wir so viel gelernt haben. Das ist das, was mich ein bisschen frustriert. Auch was die Schutzausrüstung angeht, das ist zwar dann plötzlich netztisch gekauft worden, und man hat einiges Aber, ja, wird nicht reichen. Medizinisch gesehen hat mir das gefehlt, dass tatsächlich die medizinische Expertise nur auf die Virologen und Epidemiologen beschränkt war. Und jetzt, was tatsächlich vor Ort abgeht, also finde ich, total untergegangen ist, beziehungsweise nicht berücksichtigt worden ist. Den Leuten ist Angst gemacht worden, geht ja nicht zum Doktor. Dann sind aber auch die nicht gegangen, die Brustschmerzen gehabt haben oder sonst etwas gehabt haben. Das haben die dann alles auf die lange Bank geschoben. Oder die psychische Probleme gehabt haben oder die psychische Probleme gekriegt haben durch das Ganze, das haben wir ja jetzt immer noch, diese Auswirkungen, die Schiss haben, oder die sich nicht herausrauen. Das ist alles so, da gibt es eigentlich keine gute, auch nicht medizinische Vorgabe, muss ich gestehen. Das ist, finde ich, auch nicht sonderlich gut. #00.09.01-3#

28. I: Okay. Wie hat sich denn die Corona-Krise auf dein Arztbild oder dein Selbstbild auch ausgewirkt? Also wenn man jetzt so mit dem Umgang mit Risiken, Alter und Tod sich beschonigt? #00.09.16-7#

29. B: Nein, überhaupt nicht. Also ich habe jetzt auch selber für mich am Anfang mal kurzfristig anders gehabt. Mensch, was ist, wenn ich krank werde? Da bin ich eigentlich sehr schicksalsbergend, schon immer gewesen. Wenn ich es kriege, dann kriege ich es. Wenn nicht, dann nicht. Also das habe ich jetzt nicht so die Ängste. Aber nein, hat da überhaupt nichts geändert. Weil ich da von Anfang an, Mei, ich mache Palliativmedizin, ich habe da eigentlich

Abbildung 2: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 2: Systematisches Durcharbeiten der Interviews und Vergabe erster Codes.

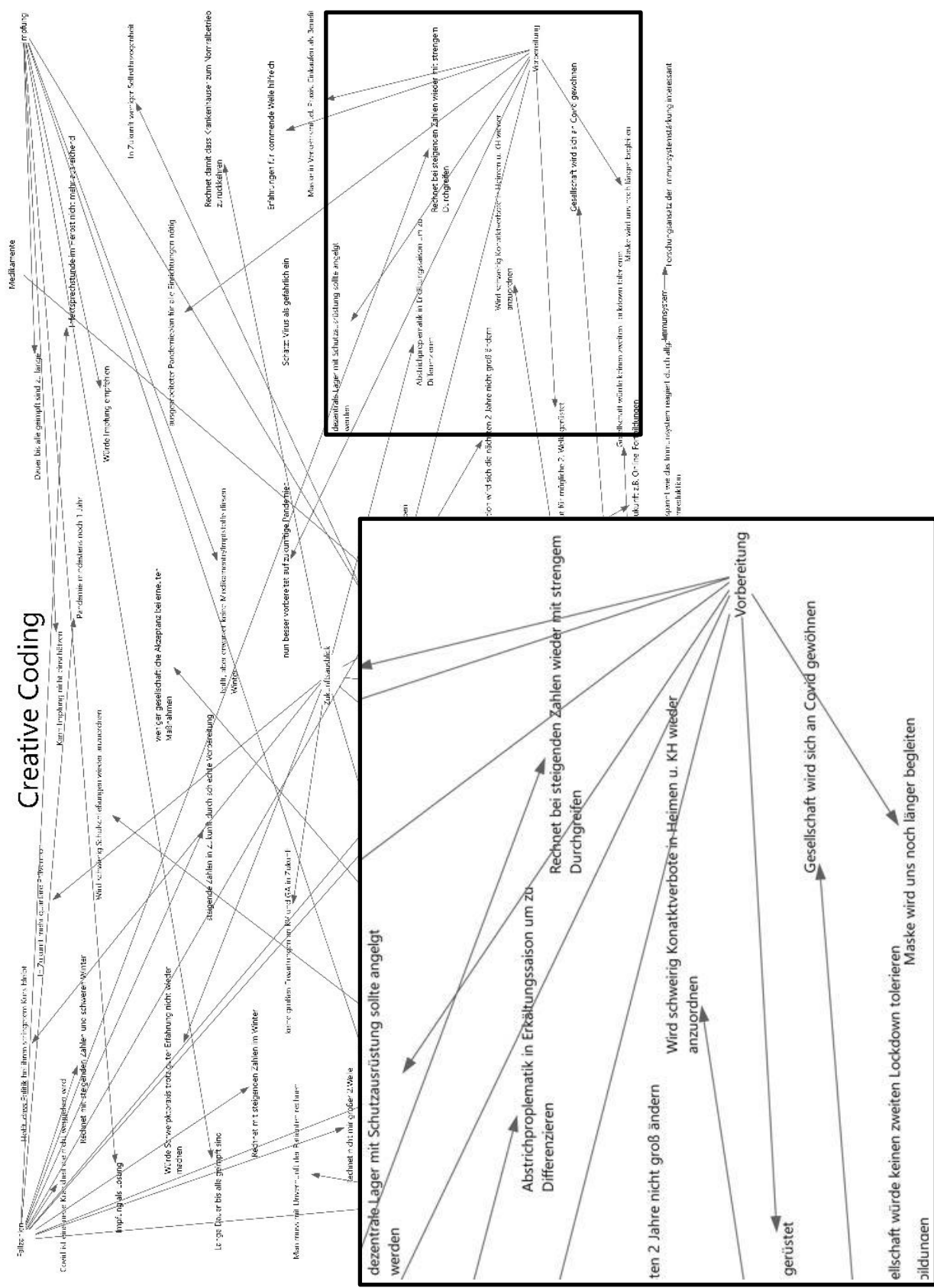


Abbildung 3: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 3 „Creative Clouing“: Codes können mit Pfeilen neu gebildeten Themen zugeordnet werden.

Summary-Grid

105-06.august - Umgang im Frühjahr

Codesystem

- Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate
 - Umgang im Sommer
 - Auf aktuellem Niveau Praxis gut eingespielt
 - Inzwischen Routine im Umgang
 - Umgang im Frühjahr
 - Patientenrückgang
 - weggebliebenes Patienten Klientel
 - Ökonomie
 - Rückgang des Praxisbetriebs
 - Praxisorganisation
 - Schutzrüstung
 - Sonstiges
 - Teamenteilung
 - Telefonate
 - Trennung der Patienten
 - Interessensvertretung der Hausärzteschaft
 - Politik
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Zukunftsausblick
 - Arztbild
 - Sonstiges

101-2... 102-2... 103-3... 104-0... 105-0... 106-2... 107-1... 108-2... 109-0... 110-1...

Codings

Das ist, am Anfang war es natürlich Chaos.
 11 - 11 (0) Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate\Umgang im Frühjahr\Chaos am Anfang der Pandemie

Mal (lacht) von Tag zu Tag und von Stunde zu Stunde (lacht). Ich weiß nicht, (unv.) habe ich zu meinem Mann gesagt (unv.) wie war der Tag, wie war es? Und da sage ich, es hat halt heute Mittag noch immer das gegolten, was in der Früh gegolten hat. Also das war schon ein ganz ruhiger Tag dann. Wie haben wir es gelöst?
 17 - 17 (0) Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate\Umgang im Frühjahr\Flexibilität war gefordert

Das ist, am Anfang war es natürlich Chaos.
 11 - 11 (0) Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate\Umgang im Frühjahr\Chaos am Anfang der Pandemie

Mal (lacht) von Tag zu Tag und von Stunde zu Stunde (lacht). Ich weiß nicht, (unv.) habe ich zu meinem Mann gesagt (unv.) wie war der Tag, wie war es? Und da sage ich, es hat halt heute Mittag noch immer das gegolten, was in der Früh gegolten hat. Also das war schon ein ganz ruhiger Tag dann. Wie haben wir es gelöst?
 17 - 17 (0) Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate\Umgang im Frühjahr\Flexibilität war gefordert

- Praxisorganisation
- Schutzrüstung
- Sonstiges
- Teamenteilung
- Telefonate
- Trennung der Patienten
- Interessensvertretung der Hausärzteschaft

Abbildung 4: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 6 „Summary-Grid“: Auswahl passender Beispielzitate aus einer Ansicht aller Zitate zu einem bestimmten Thema.

2.4. Ethik und Datenschutz

Die Teilnahme an beiden Teilstudien war freiwillig. Die Auswertung von Teilstudie 1 erfolgte komplett anonym. Eine Zuordnung eines Bogens zu einem/einer bestimmten Teilnehmer*in war nach dem Verwerfen des mit einer Identifikationsnummer versehenen Rückantwortkuverts bei der Registrierung des Posteingangs nicht möglich (siehe Details zum Vorgehen in Abschnitt 2.2.2 Ablauf der Befragung). Eine formale Einwilligung erfolgte nicht.

Alle potenziellen Teilnehmer*innen für Teilstudie 2 wurden mündlich und schriftlich über die Ziele und Methoden der Untersuchung informiert. Sie wurden nur aufgenommen, wenn sie mündlich und schriftlich der Teilnahme zugestimmt hatten. Die Zustimmung konnte jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile, zurückgezogen werden. Die Interviews wurden mit einem digitalen Audiorecorder aufgezeichnet. Anschließend fand eine Verschriftlichung der Sprachdateien durch den Doktoranden und ein Transkriptionsbüro statt. Eine vertrauliche Behandlung der Daten wurde vom Transkriptionsbüro vertraglich gesichert. Der Upload der Audiodateien zum Transkriptionsbüro erfolgte über eine sichere Serververbindung. Die Transkripte wurden im nächsten Schritt anonymisiert und nach einem Abgleich mit den Audiodateien korrigiert. Die Audiodateien wurden im Anschluss vernichtet. Zu den anonymisierten Transkripten und Auswertungsdateien haben ausschließlich der Doktorand und die Mitarbeiter*innen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Zugang. Die Dateien liegen auf einem passwortverschlüsselten Ordner. Die Untersuchung wurde in Übereinstimmung mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durchgeführt.

Das Studienprotokoll wurde vor Studienbeginn am 02.06.2020 der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Begutachtung vorgelegt (Projektnummer 334/20). Nachdem das Votum der Ethikkommission ohne Einwände gegen die Durchführung der Studie am 10.06.2020 vorlag, begann der Versand der Fragebögen (Teilstudie 1).

3. Ergebnisse

3.1. Teilstudie 1

Die Teilergebnisse aus der quantitativen Befragung wurden im September 2020 von Bergmaier et al. publiziert (Bergmaier et al. 2020). Einzelne Passagen in den Abschnitten 3.1.1. bis 3.1.4. sowie 3.1.7. wurden wörtlich aus dieser Veröffentlichung übernommen.

3.1.1. Stichprobenausschöpfung

Es wurden insgesamt 210 Hausärzt*innen angeschrieben, welche alle im Zeitraum der Befragung als Lehrärzt*innen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München tätig waren.

Von den 208 im ersten Versand angeschriebenen Ärzt*innen erhielten wir 69 ausgefüllte Fragebögen (33% Rücklaufquote bezogen auf die 208 Angeschriebenen). Dabei wurde von 2 Teilnehmer*innen die Zufallsnummer auf dem Rücksendekuvert geschwärzt, sodass sie bei dem nächsten Versand wieder angeschrieben wurden. Ein Anschreiben kam aufgrund falscher Adressierung wieder zurück. Diese/r Teilnehmer*in konnte im zweiten Versand mit der richtigen Adresse angeschrieben werden. Von den 69 Antwortenden waren 33 zu einem Interview für den qualitativen Teil der Studie bereit (siehe Abbildung 5).

Im zweiten Versand wurden die restlichen 141 Ärzt*innen nochmals angeschrieben. Hinzukamen kamen zusätzlich zwei neu dem Institut angehörige Lehrärzt*innen, sodass insgesamt 210 und im zweiten Versand 143 Lehrärzt*innen angeschrieben werden konnten. Nach dem zweiten Versand kamen 153 ausgefüllte Fragebögen zurück (Rücklaufquote 73% bezogen auf die nun 210 Angeschriebenen) und 61 Teilnehmer*innen erklärten sich zum Interview bereit.

Von den restlichen 59 angeschriebenen Ärzt*innen im dritten Versand antworteten acht Teilnehmer*innen.

Insgesamt sendeten zwischen dem 19.06.2020 und dem 31.08.2020 161 von 210 angeschriebenen Ärzt*innen einen ausgefüllten Fragebogen an das Institut (Rücklaufquote 77%). Von diesen waren 61 bereit, an einem zusätzlichen Interview teilzunehmen.

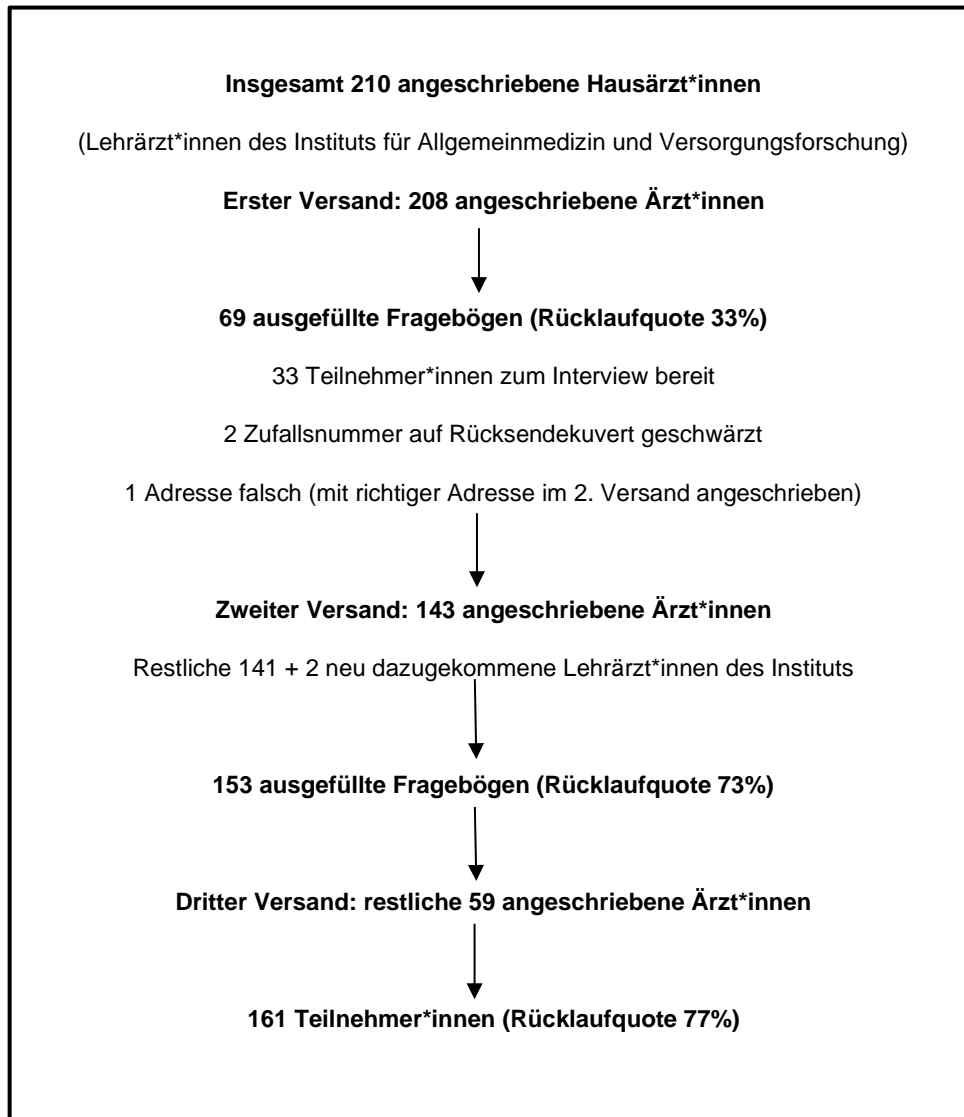


Abbildung 5: Flowchart Stichprobenausschöpfung

3.1.2. Merkmale der Teilnehmer*innen

Die Antwortenden waren überwiegend männlich (65%) und zwischen 51 und 60 Jahre alt (44%). 70% der Teilnehmer*innen waren älter als 50 Jahre, 26% älter als 60 Jahre und nur jeweils knapp 6% waren älter als 70 Jahre oder jünger als 40 Jahre. Der Großteil der Teilnehmer*innen war seit mehr als zehn Jahren niedergelassen (78%), 41% waren sogar seit mehr als 20 Jahren niedergelassen. 21% der Praxen lagen in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohner*innen, 31% in einer Stadt/ einem Ort mit 10.000 bis 100.000 Einwohner*innen und 48% in einem kleineren Ort mit weniger als 10.000 Einwohner*innen. Die durchschnittliche Arbeitszeit betrug bei 87% der Teilnehmer*innen größer/gleich 30 Stunden pro Woche und 41% gaben an in der Nähe eines Corona-Hotspots gewesen zu sein (Tabelle 2).

*Tabelle 2 Merkmale der Teilnehmer*innen bzw. der teilnehmenden Praxen (n=161)*

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Merkmal (verwertbare Angaben)	Anzahl (%)
Geschlecht weiblich (159)	56 (35%)
Alter (161)	
≤ 40 Jahre	9 (6%)
41-50 Jahre	40 (25%)
51-60 Jahre	71 (44%)
61-70 Jahre	32 (20%)
> 70 Jahre	9 (6%)
Niedergelassen (158)	
≤ 10 Jahre	34 (22%)
11-20 Jahre	59 (37%)
> 20 Jahre	65 (41%)
Arbeitszeit ≥ 30 h/Woche (159)	139 (87%)
Praxislage in Stadt/Ort mit (160)	
> 100.000 Einwohner*innen	33 (21%)
10.000-100.000 Einwohner*innen	50 (31%)
< 10.000 Einwohner*innen	77 (48%)
Praxis in näherer Umgebung eines Corona-Hotspots (154)	63 (41%)

3.1.3. Angaben zu COVID-19-Fällen in Hausarztpraxen

3.1.3.1. Abstrichtests in Praxen und Abstrich-Units

10% der Teilnehmer*innen gaben an, nicht selbst Tests auf SARS-CoV-2 durchgeführt zu haben. 87% hatten in der Praxis und 27% in Testzentren getestet (davon 3% nur in Testzentren, die in der Regel außerhalb der Praxis, z.B. in Zelten liegen und zum Teil von den Hausärzt*innen selbst in Absprache mit der kommunalen Verwaltung betreut wurden). Die mediane Zahl der in der Praxis durchgeführten Tests lag bei 55 (10./90. Perzentile 10/204), in den Abstrich-Units bei 42 (10./90. Perzentile 10/288). Der mediane Anteil der SARS-CoV-2-positiven Tests lag in den Praxen bei 9% (10./90. Perzentile 0%/29%) und in den Testzentren bei 10% (10./90. Perzentile 0%/44%). Hier ist zu beachten, dass ein Viertel der Teilnehmer*innen sich nicht in der Lage fühlte, Testzahlen zu schätzen und ein Drittel entweder keine Angabe zu Testzahlen oder zur Zahl positiv getesteter Patient*innen machen konnte oder wollte.

3.1.3.2. Fallzahlen und Verläufe in Praxen

In 13 (8%) der teilnehmenden Praxen gab es bis zum Zeitpunkt der Befragung keine einzige bestätigte SARS-CoV-2-Infektion, in 46% eine bis zehn Infektionen, in 35% elf bis 40 und in 3% mehr als 40 bestätigte Infektionen (Tabelle 3). Der mediane Anteil lag bei zehn bestätigten COVID-19-Fällen (10./90. Perzentile 1/30) pro Praxis. Zwölf (7%) Teilnehmer*innen konnten oder wollten hier keine konkreten Zahlangaben machen, die Antworten auf die Folgefragen (z.B. zu Hospitalisierungen) machten jedoch klar, dass es in den Praxen (in der Regel eher viele) Infektionsfälle gab. Die Gesamtsumme der angegebenen Fälle war 2060 Patient*innen. Das Maximum lag bei 112 bestätigten Infektionen.

Tabelle 3: Fallzahlen zu bestätigten Infektionen und Verläufen in den Praxen

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Prozentsummen über 100% sind durch Aufrundungen (ab 0,5) verursacht.

= maximale Anzahl möglicher Angaben <161 da keine bestätigten Infektionen

(Anzahl der verwertbaren Angaben/ Anzahl möglicher Angaben)	Anzahl (%)
Bestätigte SARS-CoV-2-Infektionsfälle in der Praxis (161/161)	
Keine	13 (8%)
1-5	36 (22%)
6-10	38 (24%)
11-20	37 (23%)
21-40	20 (12%)
> 40	5 (3%)
≥ 1 (keine Zahlenangabe, aber Fälle in Folgefragen angegeben)	10 (6%)
Wahrscheinlich ja (aus Freitextangaben)	2 (1%)
Gesamtsumme der bestätigten SARS-CoV-2-Infektionsfälle in der Praxis	2060 (100%)
Verlauf bei Patient*innen mit bestätigter Infektion in der Praxis	
Hospitalisierte Patient*innen (140/148#)	
Keine	39 (28%)
1-2	68 (49%)
3-5	25 (18%)
> 5	8 (6%)
Gesamtsumme der Hospitalisierten SARS-CoV-2-Patient*innen in der Praxis	261 (13%)
Verstorbene Patient*innen (143/148#)	
Keine	94 (66%)
1	33 (23%)
2-3	15 (11%)
10	1 (1%)
Gesamtsumme der verstorbenen SARS-CoV-2 Patient*innen in der Praxis	81 (4%)
Asymptomatische Patient*innen (127/148#)	
Gesamtsumme der asymptomatischen SARS-CoV-2 Patient*innen in der Praxis	732 (36%)

Der mediane Anteil asymptomatischer Patient*innen an den von einer Praxis berichteten Infektionen lag bei 30% (10./90. Perzentile 0%/ 80%). Das entspricht 732 asymptomatischen Infektionen von insgesamt 2080 positiv getesteten Fällen. In 72% der Praxen mit bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen (63% aller Praxen) musste mindestens ein/eine Patient*in hospitalisiert werden. Insgesamt wurden 261 Hospitalisierungen berichtet (13% der angegeben Fälle). Die mediane Zahl der Hospitalisierungen lag bei 1 (10./90. Perzentile 0/5), und bezogen auf die jeweils in einer Praxis beobachteten Fälle, lag der mediane Anteil an Hospitalisierungen bei 10% (10./90. Perzentile 0%/40%). Todesfälle bei COVID-19-Patient*innen wurden von 34% der Praxen mit bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen bzw. von 30% aller 161 teilnehmenden Praxen berichtet. Die Gesamtzahl betrug 81 Todesfälle. Dies entspricht 4% der berichteten Infektionen. Eine Praxis war mit zehn Todesfällen besonders schwer betroffen.

3.1.3.3. Fallzahlen und Verläufe in Pflegeheimen

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (85%) betreute auch Pflegeheimpatient*innen. Die mediane Zahl betreuer Patient*innen lag bei 35 (10./90. Perzentile 10/100), die Gesamtsumme bei 5118 Patient*innen (Tabelle 4). 77% der Befragten berichteten keine einzige SARS-CoV-2-Infektion bei den von ihnen betreuten Pflegeheimpatient*innen. Von den 31 (23%) Teilnehmer*innen mit infizierten Pflegeheimpatient*innen berichteten 23 (77%) von mindestens einer Hospitalisierung und 15 (50%) von mindestens einem COVID-19-assoziierten Todesfall. Die Gesamtzahl berichteter SARS-CoV-2-Infektionen betrug 192. Insgesamt wurden 100 Hospitalisierungen (52% der berichteten Fälle) und 54 Todesfälle (28%) berichtet. Zwei Teilnehmer*innen berichteten besonders dramatische Zahlen: 23 bzw. 20 Hospitalisierungen und 9 bzw. 14 Todesfälle gab es in ihrem Betreuungskreis. Von den 192 berichteten SARS-CoV-2-Infektionen in Pflegeheimen, verliefen 48 Fälle asymptomatisch (25%). Der mediane Anteil asymptomatischer Patient*innen pro von einer Praxis betreuten Pflegeheimpatient*innen lag bei 27% (10./90. Perzentile 0/100), und der mediane Anteil schwerer Verläufe pro von einer Praxis betreuten Pflegeheimpatient*innen lag bei 56% (10./90. Perzentile 0/100). Das verdeutlicht, dass die Verläufe sich stark zwischen den einzelnen Heimen unterschieden.

Tabelle 4: Fallzahlen zu bestätigten Infektionen und Verläufen in betreuten Pflegeheimen

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Prozentsummen über 100% sind durch Aufrundungen (ab 0,5) verursacht.

= maximale Anzahl möglicher Angaben <161 da keine bestätigten Infektionen

(Anzahl der verwertbaren Angaben/ Anzahl möglicher Angaben)	Anzahl (%)
Bestätigte SARS-CoV-2-Infektionsfälle im Pflegeheim (133/137#)	
Keine	102 (77%)
1-5	21 (16%)
6-15	6 (5%)
> 15	3 (2%)
Gesamtsumme der bestätigten SARS-CoV-2-Infektionsfälle im Pflegeheim	192 (100%)
Verlauf bei Patient*innen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektionsfälle im Pflegeheim	
Hospitalisierte Patient*innen (30/31#)	
Keine	7 (23%)
1-2	13 (43%)
3-5	5 (17%)
> 5	5 (17%)
Gesamtsumme der Hospitalisierten SARS-CoV-2-Patient*innen in der Praxis	100 (52%)
Verstorbene Patient*innen (30/31#)	
Keine	15 (50%)
1-2	7 (23%)
3-10	7 (23%)
> 10	1 (1%)
Gesamtsumme der verstorbenen SARS-CoV-2 Patient*innen in der Praxis	54 (28%)
Asymptomatische Patient*innen (127/148#)	
Gesamtsumme der asymptomatischen SARS-CoV-2 Patient*innen im Pflegeheim	48 (25%)

Im Freitextfeld zu „Berichtenswertes/ Anmerkungen von Ihrer Seite zu den Fallzahlen“ machten 32 Ärzt*innen zusätzliche Angaben (Abbildung 6). Dabei handelte es sich überwiegend um Ergänzungen zu den Fallzahlen (16 Nennungen). Beispielsweise betreuten einige Hausärzt*innen mehrere Heime, und schlüsselten auf, in welchem Heim es zu einem Ausbruch kam. Einige Ärzt*innen erwähnten das Heimarztmodell: Jedes Heim in der Anfangsphase der Pandemie wurde von je einem/r Hausarzt*in betreut. Manche Ärzt*innen berichteten genauer über miterlebte COVID-Patientenfälle (3 Nennungen). Darüber hinaus wurden noch 10 Einzelaspekte erwähnt, die keinem Thema zugeordnet werden konnten.

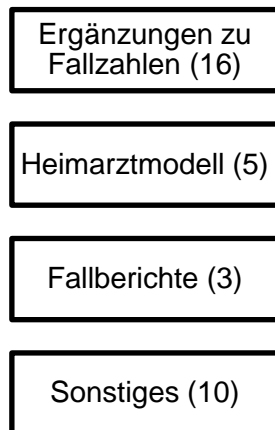


Abbildung 6: Berichtenswertes/Anmerkungen zu Fallzahlen

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

3.1.3.4. Wichtige Symptome

Bei der Frage nach dominanten Symptomen wurde von den Ärzt*innen mit COVID-19-Patient*innen am häufigsten Husten und Fieber gewählt (Tabelle 5). Weitere als sehr relevant empfundene Symptome waren Geruchs- und Geschmacksverlust, Mattigkeit/Schwäche, Kurzatmigkeit, Hals-, Kopf- und Muskelschmerzen. Weniger häufig wurden Schnupfen, gastrointestinale Beschwerden und Bindehautentzündung gewählt. Auffällig ist, dass auch insgesamt seltener gewählte Symptome von einzelnen Ärzt*innen als dominant wahrgenommen wurden. Im Freitext wurde zusätzlich von zwei Teilnehmer*innen ergänzt, dass sie COVID-Patient*innen mit thorakalen Schmerzen, Druck- und Engegefühl hatten.

3.1.3.5. Infektionen in der Praxis

Fünf der Teilnehmer*innen gaben an, sich selbst mit SARS-CoV-2 infiziert zu haben. Eine der Infektionen verlief asymptomatisch. Für 29 (18%) Praxen wurde über die Infektionen von Mitarbeiter*innen (insgesamt 53 Personen) berichtet. Davon waren 37 Infektionen bei Medizinischen Fachangestellt*innen und 16 Infektionen bei ärztlichen Kolleg*innen. In der am schwersten betroffenen Praxis waren fünf Mitarbeiter*innen und zwei Ärzt*innen erkrankt. In fünf Praxen waren die Infektionen symptomlos. In einer Praxis musste ein/e ärztliche/r Kolleg*in intensivmedizinisch versorgt werden. Aus den zehn zusätzlich durchgeführten Interviews unter den Teilnehmer*innen wissen wir, dass in mindestens einem Fall die Infektion wahrscheinlich nicht im Rahmen der Praxistätigkeit erfolgte.

Tabelle 5: Häufigkeit der Nennung von dominanten Symptomen (Mehrfachauswahl).

Angegeben sind die Gesamtzahl der Nennungen und die Zahl der Nennungen als wichtigstes (Rang 1), zweitwichtigstes (Rang 2) und drittwichtigstes (Rang 3) Symptom.

Nennungen	Gesamt	Rang 1	Rang 2	Rang 3
Fieber	124	33	20	19
Husten	124	29	33	13
Geruchs-/Geschmacksverlust	95	5	4	10
Mattigkeit/Schwäche	88	11	8	16
Kurzatmigkeit	81	10	5	11
Halsschmerzen	63	5	13	10
Kopfschmerzen	52	1	5	5
Muskelschmerzen	42	-	4	3
Schnupfen	28	-	3	8
Gastrointestinale Beschwerden	26	1	-	4
Bindehautentzündung	9	-	1	-

3.1.4. Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie

Auf die Freitextfrage nach Herausforderungen und Problemen antworteten 139 Teilnehmer*innen (Abbildung 8). Der Mangel an Schutzausrüstung bzw. die Herausforderung ausreichend Schutzausrüstung für die gesamte Praxis zu beschaffen (insgesamt 71 Nennungen) und die Praxisorganisation (80 Nennungen) waren die zwei dominierenden Themen. Häufiger genannte Aspekte beim Thema Praxisorganisation waren die Trennung der Patientenströme, das Einrichten einer Infektsprechstunde, die Umsetzung von Hygienemaßnahmen und Abstandsregeln, sowie die Aufteilung in zwei abwechselnd arbeitende Teams. Eine weitere Herausforderung (23 Nennungen) für die unmittelbare ärztliche Arbeit war der hohe Beratungsaufwand (insbesondere durch Telefonate) und der insgesamt hohe Zeitaufwand (z.B. in von Infektionen betroffenen Pflegeheimen). Ein Einbruch von Fallzahlen und befürchtete relevante Einbußen wurden von 30 Teilnehmer*innen

angesprochen. Zwei Themenbereiche betrafen eher praxisexterne Probleme: Die Kommunikation und Unterstützung durch die Gesundheitsämter, die kassenärztliche Vereinigung oder die Politik (20 Nennungen), sowie die verwirrenden, unklaren Informationen bzw. der schlechte Informationsfluss (21 Nennungen). Darüber hinaus wurde in geringerer Häufigkeit eine Reihe von Einzelaspekten, wie die Arbeitsbeeinträchtigung durch das Tragen einer Maske, die Quarantäne von Praxismitarbeiter*innen und Ärzt*innen und das vermehrte Auftreten von schweren Erkrankungen, wie Herzinfarkte durch eine verspätete und schlechtere Versorgung angesprochen.

In den geschlossenen Fragen (Tabelle 6, Abbildung 7) gaben 55% der Teilnehmer*innen an, dass sie sich Sorgen machen oder gemacht haben, wie es für die Praxis wirtschaftlich weitergeht, und 18% gaben an, dass sie Kurzarbeit eingeführt haben bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt eingeführt hatten. Außerdem gaben 44% der Ärzt*innen Bedenken an, dass sie selbst angesteckt werden. Bedenken zur Ansteckung von Mitarbeiter*innen in der Praxis gaben sogar 63% der Teilnehmer*innen an und die Sorge, dass ihre Praxis in Quarantäne muss, hatten 70% der Ärzt*innen.

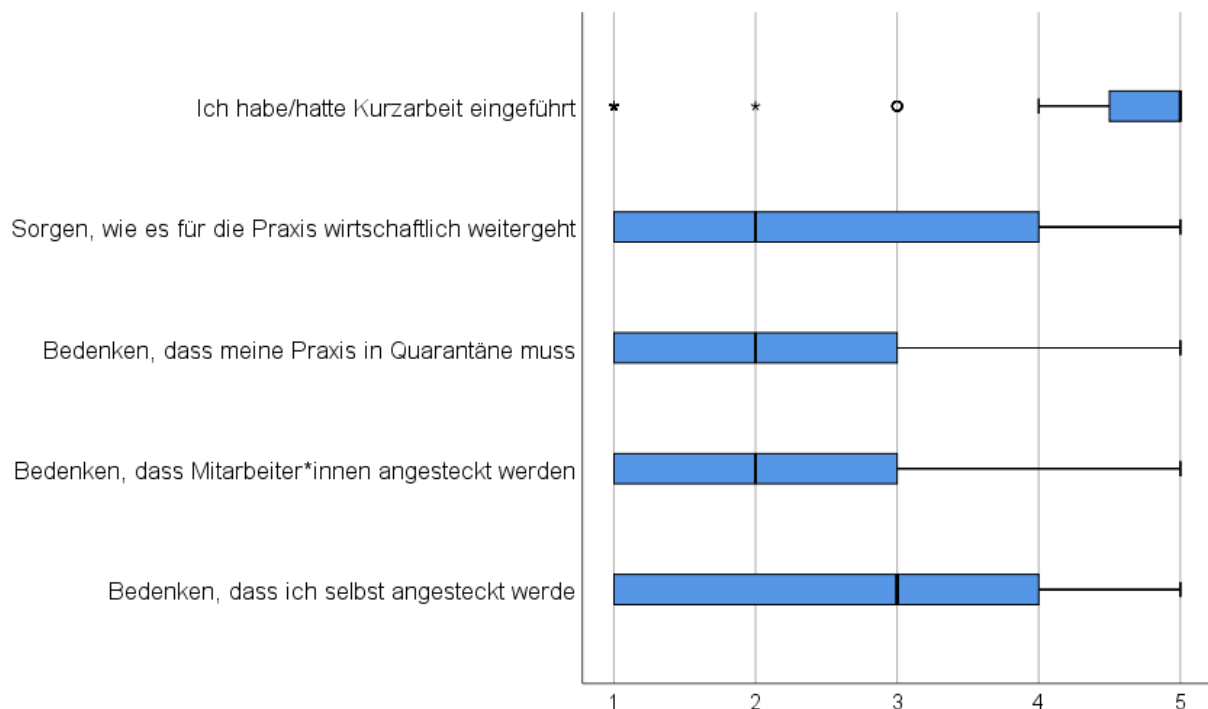


Abbildung 7: Sorgen wegen COVID-19 und Auswirkungen auf die Praxen

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu

°=milder Ausreißer, *=extremer Ausreißer

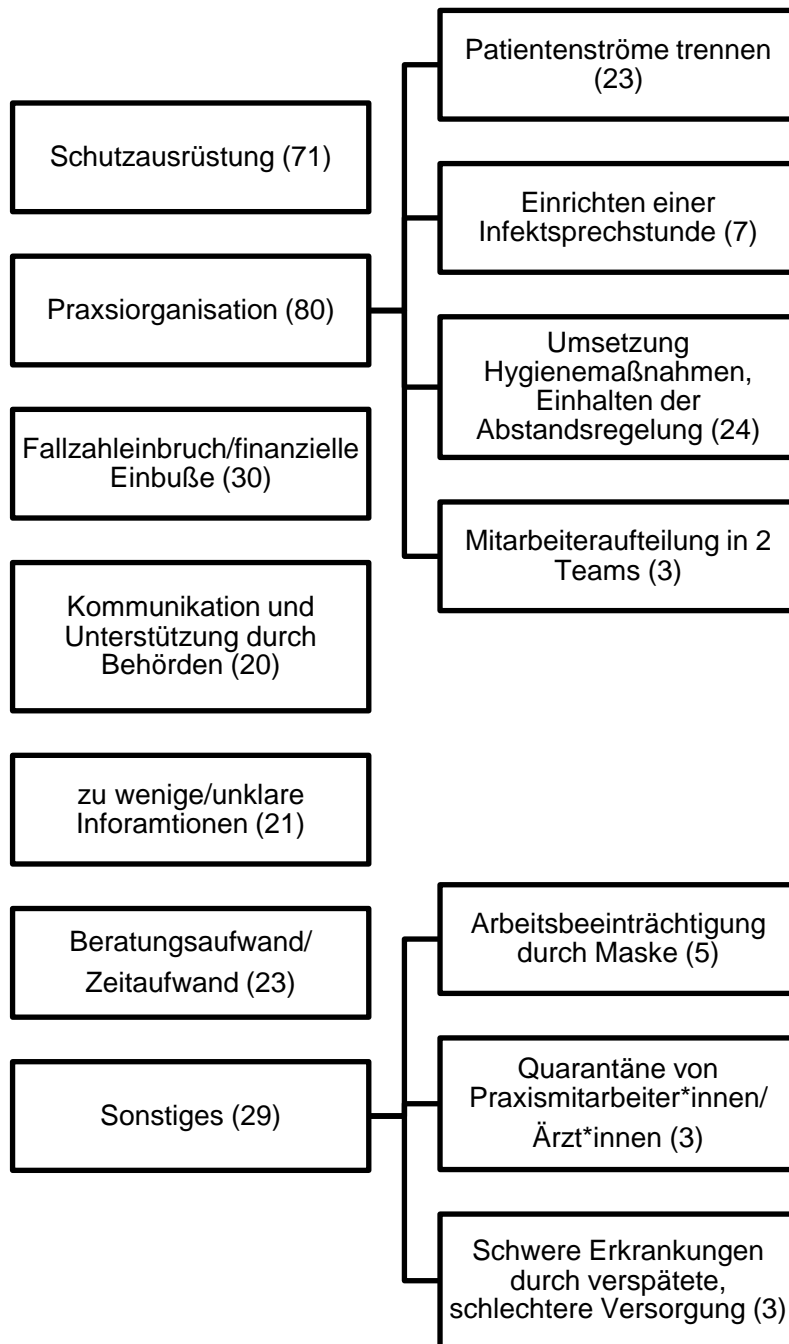


Abbildung 8: Was waren allgemein die größten Probleme/Herausforderungen für Ihre Praxis?

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

Tabelle 6: Sorgen wegen COVID-19 und Auswirkungen auf die Praxen

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
Sorgen, wie es für die Praxis wirtschaftlich weitergeht (158)	
trifft zu	52 (33%)
trifft eher zu	35 (22%)
teils-teils	26 (17%)
trifft eher nicht zu	31 (20%)
trifft nicht zu	14 (9%)
Ich habe/hatte Kurzarbeit eingeführt (159)	
trifft zu	28 (18%)
trifft eher zu	1 (1%)
teils-teils	7 (4%)
trifft eher nicht zu	4 (3%)
trifft nicht zu	119 (75%)
Bedenken, dass ich selbst angesteckt werde (160)	
trifft zu	43 (27%)
trifft eher zu	28 (18%)
teils-teils	31 (19%)
trifft eher nicht zu	37 (23%)
trifft nicht zu	21 (13%)
Bedenken, dass Mitarbeiter*innen angesteckt werden (160)	
trifft zu	54 (34%)
trifft eher zu	46 (29%)
teils-teils	31 (19%)
trifft eher nicht zu	24 (15%)
trifft nicht zu	5 (3%)
Bedenken, dass meine Praxis in Quarantäne muss (159)	
trifft zu	78 (49%)
trifft eher zu	34 (21%)
teils-teils	19 (12%)
trifft eher nicht zu	26 (16%)
trifft nicht zu	2 (1%)

3.1.5. Persönliche Einschätzungen zu COVID-19 und dem politischen Umgang mit der Pandemie

3.1.5.1 Persönliche Sicht zu COVID-19

Zu der Aussage, dass die Angst vor SARS-CoV-2 angemessen ist, stimmten 57% der Teilnehmer*innen zu. Nur 18% gaben an, dass die Angst vor dem Virus nicht angemessen sei (Abbildung 9, Tabelle 7). Die Aussage, dass COVID-19 nicht gefährlicher als eine Influenza sei, befanden 14% als zutreffend und 77% als unzutreffend. 65% der Ärzt*innen gaben zu diesem Zeitpunkt an, die Bedrohlichkeit der COVID-19-Pandemie nur schwer einschätzen zu können. Für 18% der Teilnehmer*innen war diese Einschätzung jedoch nicht schwer. Und 49% der Teilnehmer*innen gaben an erschreckende COVID-19 Verläufe miterlebt zu haben.

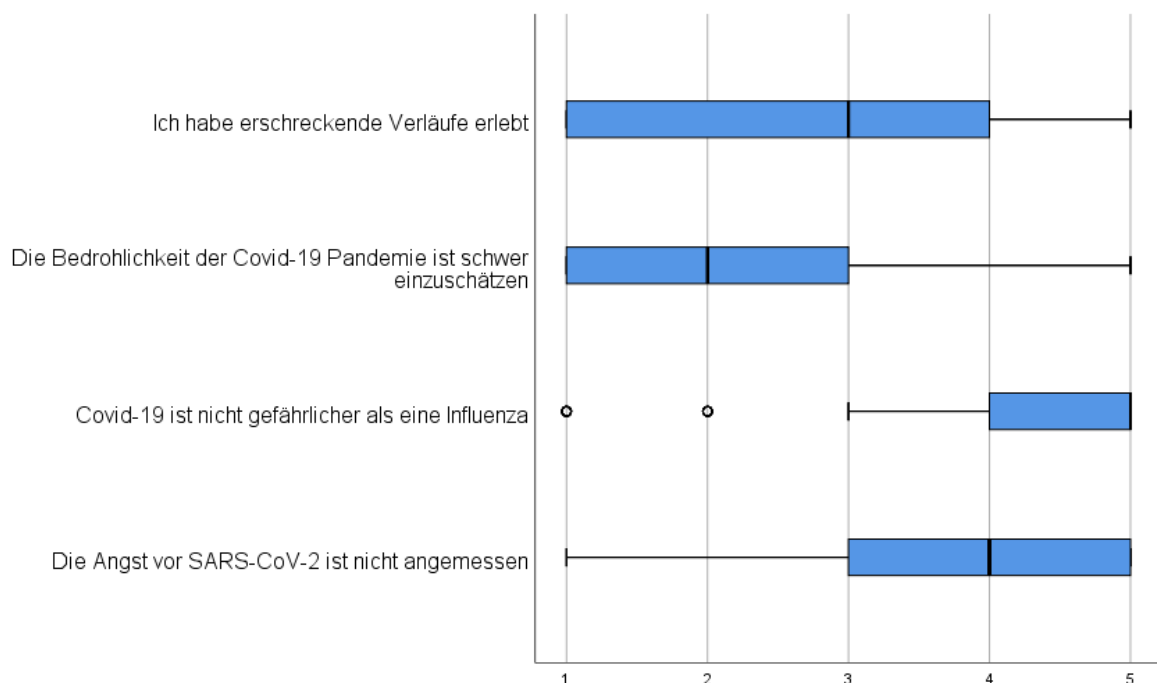


Abbildung 7: Persönliche Sicht zu Covid-19

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu
°=milder Ausreißer

Tabelle 7: Persönliche Sicht zu Covid-19

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
Die Angst vor SARS-CoV-2 ist nicht angemessen (160)	
trifft zu	9 (6%)
trifft eher zu	19 (12%)
teils-teils	41 (26%)
trifft eher nicht zu	35 (22%)
trifft nicht zu	56 (35%)
Covid-19 ist nicht gefährlicher als eine Influenza (160)	
trifft zu	13 (8%)
trifft eher zu	9 (6%)
teils-teils	15 (9%)
trifft eher nicht zu	36 (22%)
trifft nicht zu	87 (54%)
Die Bedrohlichkeit der Covid-19 Pandemie ist schwer einzuschätzen (160)	
trifft zu	50 (31%)
trifft eher zu	54 (34%)
teils-teils	28 (18%)
trifft eher nicht zu	16 (10%)
trifft nicht zu	12 (8%)
Ich habe erschreckende Verläufe erlebt (160)	
trifft zu	58 (36%)
trifft eher zu	20 (13%)
teils-teils	19 (12%)
trifft eher nicht zu	25 (16%)
trifft nicht zu	38 (24%)

Im Freitext zur persönlichen Einschätzung der Teilnehmer*innen machten 37 der 161 Teilnehmer*innen zusätzliche Angaben (Abbildung 10). Dabei war das Hauptthema die Unbekanntheit und Unberechenbarkeit von COVID-19 (8 Nennungen). Es war für viele Teilnehmer*innen schwierig, Krankheitsschwere und Verlauf von COVID-19 vorherzusagen. Einige Ärzt*innen haben im Freitext nochmals ihre Einschätzung zur hohen Gefahr durch das Virus unterstrichen (4 Nennungen). Ein weiteres Thema für die Ärzt*innen war das Verbreiten von Panik in den Medien (3 Nennungen), die zu Angst und Verunsicherung in der Bevölkerung führe. Außerdem berichteten einzelne Teilnehmer*innen von miterlebten Patientenfällen und merkten an, dass sie sich eine frühere Reaktion auf die Pandemie, z.B. im Bezug auf das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung gewünscht hätten.

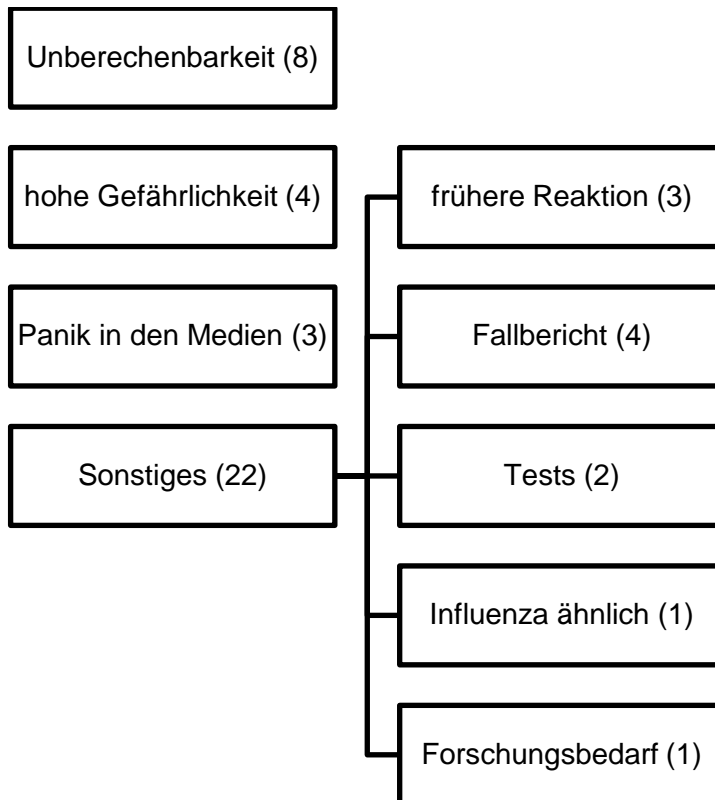


Abbildung 8: Ergänzungen zur persönlichen Einschätzung zu COVID-19

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

3.1.5.2 Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen

Die Meinungen der teilnehmenden Hausärzt*innen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie waren folgendermaßen (Abbildung 11, Tabelle 8). Eine große Einigkeit herrschte bei der Empfehlung, Abstand zu halten und dem Verbot von Großveranstaltungen, welche von 98% bzw. 99% der Teilnehmer*innen als richtig beurteilt wurden. Die Schließung von Schulen und Kitas bewerteten 73% der Ärzt*innen als richtig und die Kontaktverbote in Pflegeeinrichtungen 80% als korrekt. Auf die Frage, ob Ausgangsbeschränkungen in der damaligen Situation nachvollziehbar waren, stimmten 94% zu, jedoch sahen 27% die Ausgangsbeschränkungen aus heutiger Sicht kritisch. 83% der Teilnehmer*innen waren außerdem der Meinung, dass es auch in Deutschland zu einer hohen Todeszahl wie in Norditalien hätte kommen können, wenn keine Maßnahmen ergriffen worden wären.

Tabelle 8: Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
Die Empfehlung Abstand zu halten, war richtig (160)	
trifft zu	150 (94%)
trifft eher zu	7 (4%)
teils-teils	2 (1%)
trifft eher nicht zu	0 (0%)
trifft nicht zu	1 (1%)
Das Verbot von Großveranstaltungen war richtig (159)	
trifft zu	154 (97%)
trifft eher zu	4 (3%)
teils-teils	0 (0%)
trifft eher nicht zu	0 (0%)
trifft nicht zu	1 (1%)
Die Schließung von Schulen und Kitas war richtig (160)	
trifft zu	89 (56%)
trifft eher zu	27 (17%)
teils-teils	27 (17%)
trifft eher nicht zu	13 (8%)
trifft nicht zu	4 (3%)
Die Kontaktverbote in Pflegeeinrichtungen waren richtig (159)	
trifft zu	97 (61%)
trifft eher zu	30 (19%)
teils-teils	26 (16%)
trifft eher nicht zu	5 (3%)
trifft nicht zu	1 (1%)
Die Ausgangsbeschränkungen waren in der damaligen Situation nachvollziehbar (160)	
trifft zu	130 (81%)
trifft eher zu	20 (13%)
teils-teils	5 (3%)
trifft eher nicht zu	3 (2%)
trifft nicht zu	2 (1%)
Die Ausgangsbeschränkungen sind aus heutiger Sicht kritisch zu sehen (160)	
trifft zu	12 (12%)
trifft eher zu	24 (15%)
teils-teils	19 (12%)
trifft eher nicht zu	41 (26%)
trifft nicht zu	57 (36%)
Wenn man keine Maßnahmen ergriffen hätte, hätte es auch in Deutschland zu vielen Toten wie in Norditalien kommen können (159)	
trifft zu	98 (62%)
trifft eher zu	34 (21%)
teils-teils	14 (9%)
trifft eher nicht zu	9 (6%)
trifft nicht zu	4 (3%)

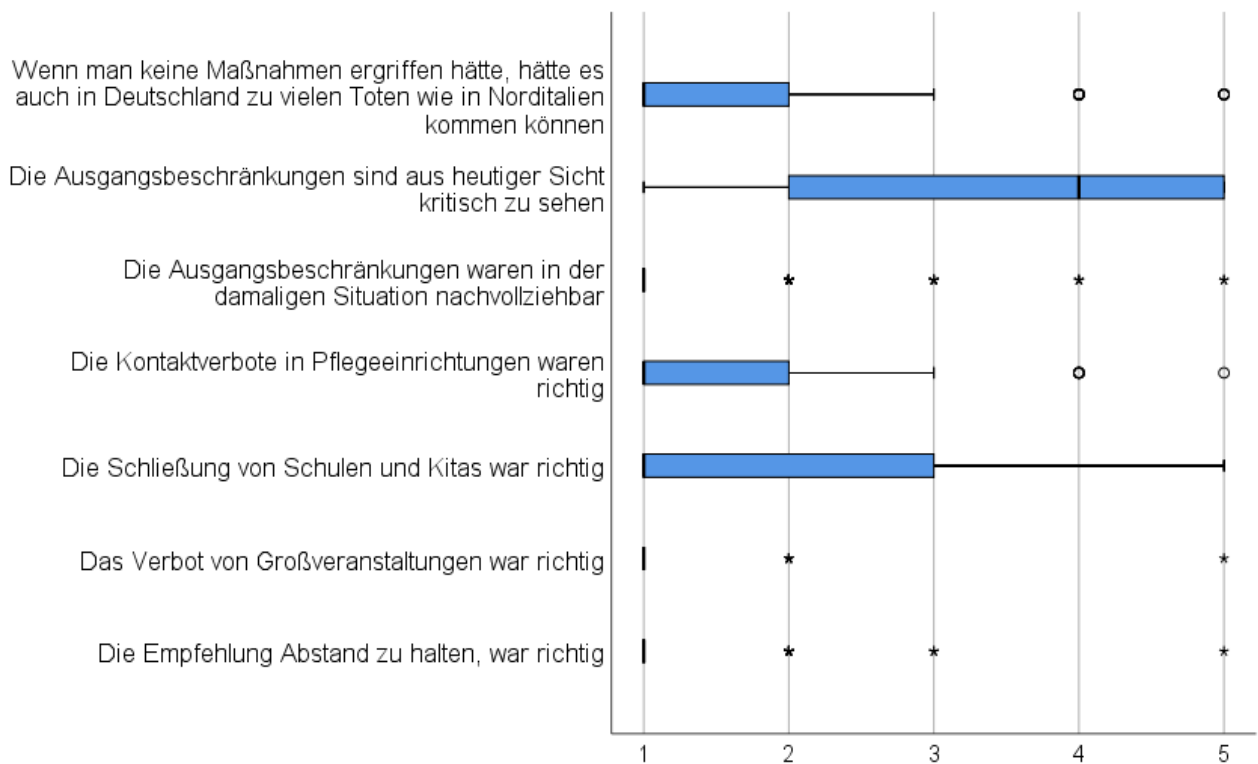


Abbildung 9: Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu
 °=milder Ausreißer, *=extremer Ausreißer

Im Freitext machten 32 Teilnehmer*innen zusätzliche Angaben. Das vorherrschende Thema war dabei das menschliche Leid in den Heimen, aufgrund von Isolation und Besuchsverboten, sowie Kollateralschäden in Schulen und Heimen (Abbildung12).

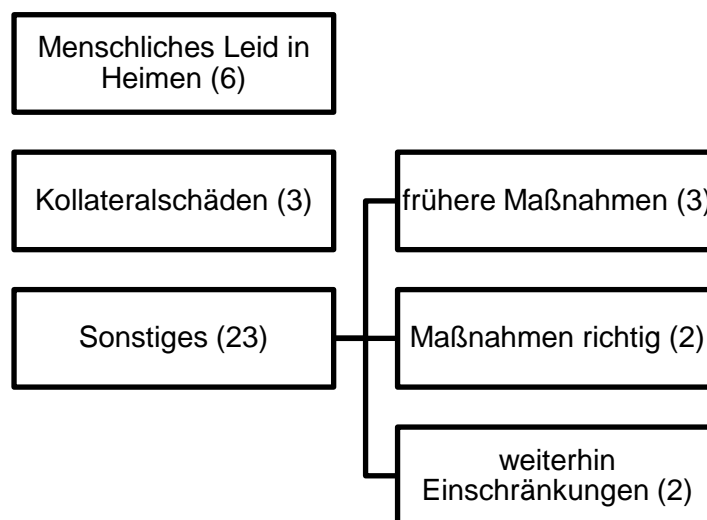


Abbildung 10: Freitextantworten zum Thema Maßnahmen

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

3.1.5.3 Aussagen zur Lockerungsphase

Bei den Aussagen hinsichtlich der zum Zeitpunkt der Befragung stattfindenden Lockerungsphase im Sommer 2020, sahen 57% der Teilnehmer*innen eine erhebliche Gefahr für eine „zweite Welle“ (Abbildung 13, Tabelle 9). Mit 91% der Teilnehmer*innen teilte die überwiegende Mehrheit die Meinung, dass die Empfehlungen zur Abstandseinhaltung richtig waren. Auch die Richtigkeit der Maskenpflicht beim Einkaufen und in öffentlichen Verkehrsmitteln bestätigten 84% der Teilnehmer*innen. Der Aussage, dass die Lockerung zu schnell erfolgte, stimmten nur 21% der Teilnehmer*innen zu. 28% der Teilnehmer*innen waren sich dabei nicht sicher und antworteten mit der Antwort teils-teils auf diese Frage. Für 51% der Teilnehmer*innen traten zu diesem Zeitpunkt die Lockerungen zu langsam ein. Trotzdem waren aber nur 8% der Meinung, dass die Pandemie vorbei bzw. am Ausklingen sei und nun alle Maßnahmen schnellstmöglich aufgehoben werden müssen. Die überwiegende Mehrheit mit 93% der Teilnehmer*innen stimmte dieser Aussage jedoch nicht zu.

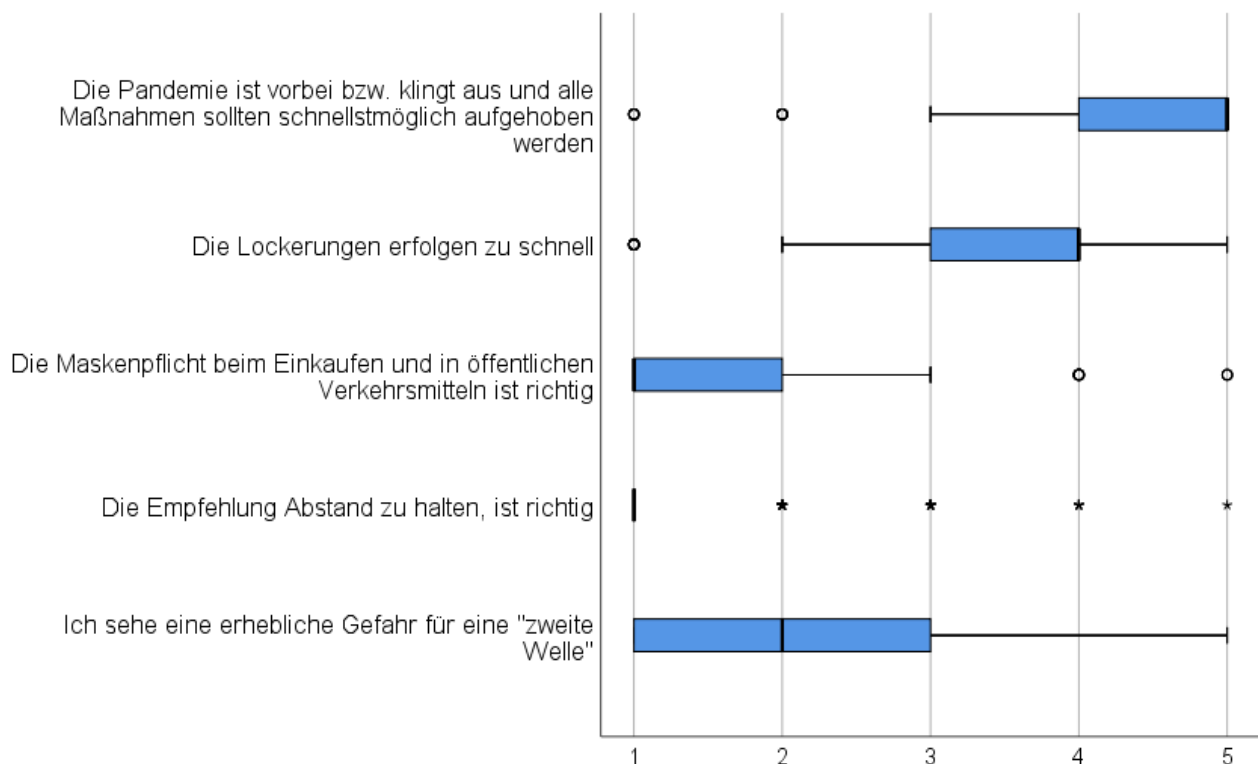


Abbildung 11: Aussagen zur Lockerungsphase

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu

Boxplot: dargestellt sind Median, Minimum, Maximum, Quartile, Interquartilsabstand (IQA), Antennen (IQA x 1,5)

°=milder Ausreißer, *=extremer Ausreißer

Im Freitext machten 41 Teilnehmer*innen zusätzliche Angaben zur Befragung (Abbildung 14). Dabei wurde von 7 Teilnehmer*innen genannt, dass die AHA Regeln mit Abstand, Hygiene und Alltagsmaske, sowie das Verbot für Großveranstaltungen beibehalten werden sollten. Für

6 der Teilnehmer*innen erfolgten die Lockerungen zu langsam, vor allem in Bezug auf Schulen und Kitas. Außerdem wurden eine transparente Informationspolitik und bundeseinheitliche Lockerungen gefordert.

Tabelle 9: Aussagen zur Lockerungsphase

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
Ich sehe eine erhebliche Gefahr für eine „zweite Welle“ (160)	
trifft zu	41 (26%)
trifft eher zu	50 (31%)
teils-teils	36 (23%)
trifft eher nicht zu	24 (15%)
trifft nicht zu	9 (6%)
Die Empfehlung Abstand zu halten, ist richtig (160)	
trifft zu	126 (79%)
trifft eher zu	20 (12,5%)
teils-teils	9 (6%)
trifft eher nicht zu	4 (3%)
trifft nicht zu	1 (1%)
Die Maskenpflicht beim Einkaufen und in öffentlichen Verkehrsmitteln ist richtig (159)	
trifft zu	109 (69%)
trifft eher zu	24 (15%)
teils-teils	15 (9%)
trifft eher nicht zu	8 (5%)
trifft nicht zu	3 (2%)
Die Lockerungen erfolgen zu schnell (160)	
trifft zu	11 (7%)
trifft eher zu	22 (14%)
teils-teils	45 (28%)
trifft eher nicht zu	47 (29%)
trifft nicht zu	35 (22%)
Die Pandemie ist vorbei bzw. klingt aus und alle Maßnahmen sollten schnellstmöglich aufgehoben werden (160)	
trifft zu	6 (4%)
trifft eher zu	6 (4%)
teils-teils	17 (11%)
trifft eher nicht zu	28 (18%)
trifft nicht zu	103 (64%)

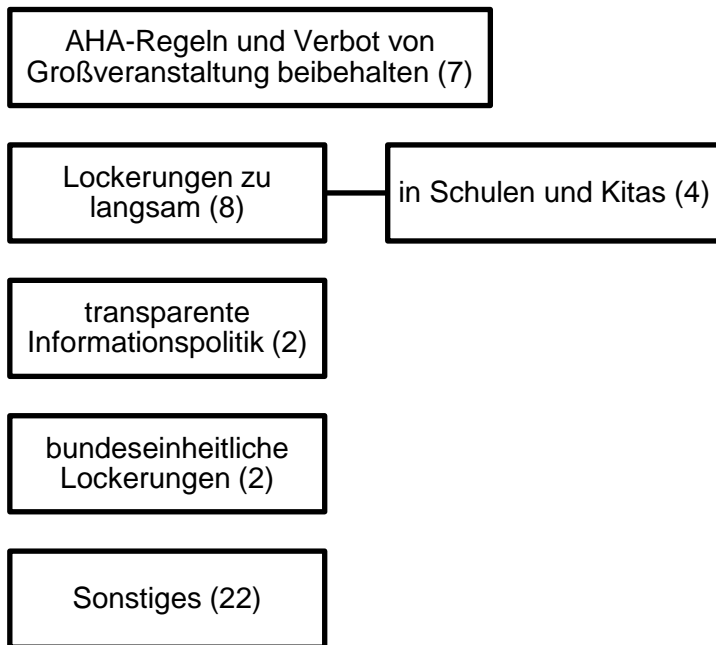


Abbildung 12: Freitextantworten zum Thema Lockierungen

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

3.1.6. Das Grunddilemma der Abwägung von Gesundheitsschutz und Freiheiten

3.1.6.1. Das Grunddilemma

Der Aussage, dass uns COVID-19 vor die Frage stellt, welchen „Preis“ wir bereit sind zu zahlen, um Leben zu retten, stimmte die Mehrheit mit 74% der Teilnehmer*innen zu (Abbildung 15, Tabelle 10). Die Einschätzungen zur Gefährlichkeit bei der Diskussion einer solchen Frage, waren dagegen sehr unterschiedlich. 42% der Teilnehmer*innen fanden die Diskussion gefährlich, 40% der Teilnehmer*innen hingegen nicht. Zur Aussage, dass diese Frage unabdingbar ist, stimmte jedoch wieder die Mehrheit mit 73% der Teilnehmer*innen zu. 62 % der Teilnehmer*innen sahen es als unmöglich und lediglich 19% als möglich an, auf diese Frage eine befriedigende Antwort zu bekommen.

Auf die offene Frage, was den Teilnehmer*innen zum Thema Grunddilemma auf den Herzen liegt, antworteten 29 Personen mit sehr unterschiedlichen Aussagen (Abbildung 16). Genannte Themen waren z.B., dass die Lebensrettung Priorität habe und eine Triage von Erkrankten verhindert werden müsse. Darüber hinaus wurden die Themen Solidarität und Egoismus in der Bevölkerung angesprochen. Außerdem wurde angemerkt dass eine Antwort auf die oben gestellte Frage unmöglich sei, aber auch, dass es sich um eine generelle alltägliche Frage handle.

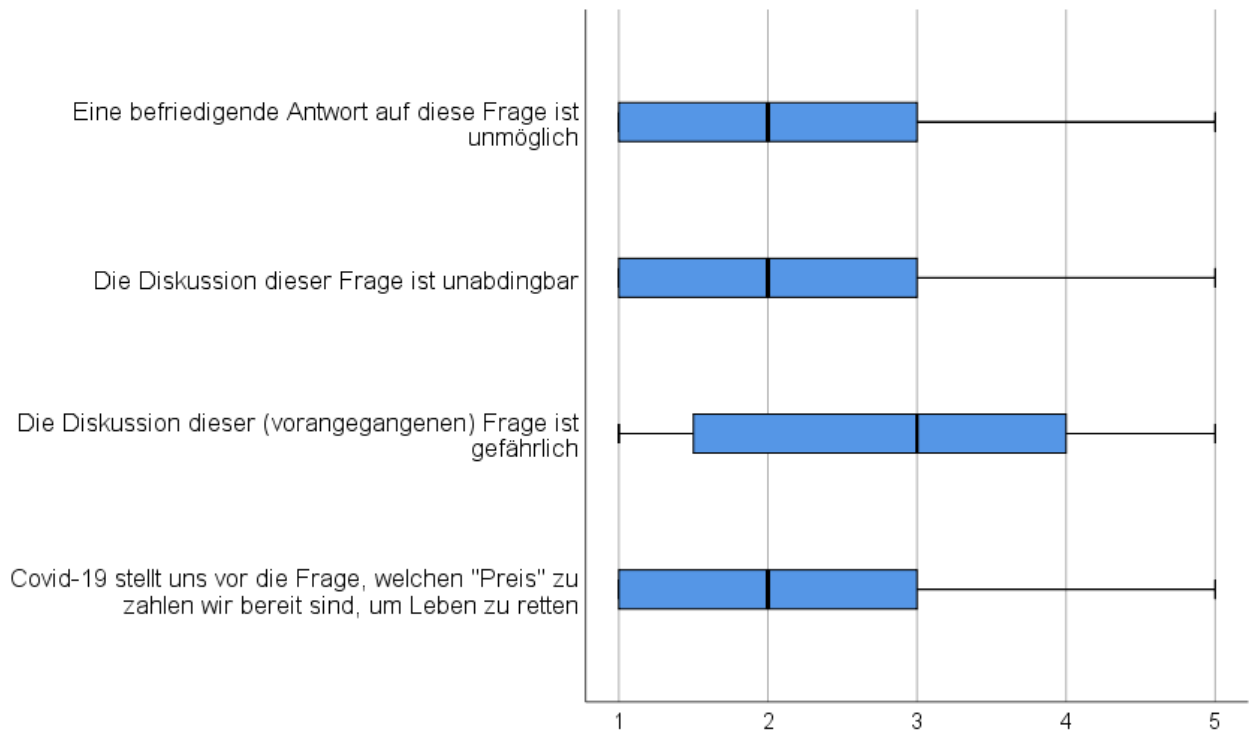


Abbildung 14: Das Grunddilemma

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu

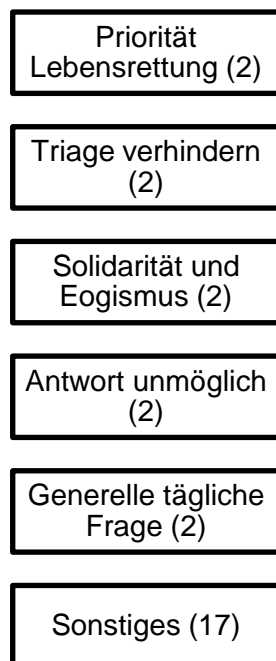


Abbildung 13: Freitextantworten zum Thema Grunddilemma

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

Tabelle 10: Das Grunddilemma

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
COVID-19 stellt uns vor die Frage, welchen „Preis“ zu zahlen wir bereit sind, um Leben zu retten (159)	
trifft zu	75 (47%)
trifft eher zu	43 (27%)
teils-teils	25 (16%)
trifft eher nicht zu	6 (4%)
trifft nicht zu	10 (6%)
Die Diskussion dieser (vorgegangenen) Frage ist gefährlich (159)	
trifft zu	40 (25%)
trifft eher zu	27 (17%)
teils-teils	29 (18%)
trifft eher nicht zu	26 (16%)
trifft nicht zu	37 (23%)
Die Diskussion dieser Frage ist unabdingbar (160)	
trifft zu	72 (45%)
trifft eher zu	45 (28%)
teils-teils	25 (16%)
trifft eher nicht zu	8 (5%)
trifft nicht zu	10 (6%)
Eine befriedigende Antwort auf diese Frage ist unmöglich (159)	
trifft zu	66 (41%)
trifft eher zu	33 (21%)
teils-teils	30 (19%)
trifft eher nicht zu	13 (8%)
trifft nicht zu	17 (11%)

3.1.6.2. Konsequenzen für die kommenden Monate

Bei der Frage nach pragmatischen Kompromissen für spezifische Zielgruppen, wie Risikopatient*innen, Unternehmen und Selbständige sowie Kinder und junge Familien, antworteten die Teilnehmer*innen wie folgt (Abbildung 17, Tabelle 11): Für Kompromisse zur Erhaltung der Lebensqualität der Risikogruppen sprachen sich 63% aus, dem Schutz von Unternehmen und Selbständigen stimmten 45% zu und für die Begrenzung der Belastungen von Kindern und junge Familien waren 53% der Teilnehmer*innen. Auf die Frage, ob Zwangsmaßnahmen unbedingt zu vermeiden sind, waren sich die Teilnehmer*innen unsicher. 38% von ihnen stimmten der Aussage zu und 38% lehnten sie ab. Zu der Aussage, dass eine Überreaktion auf die vermeintliche COVID-19-Bedrohung wie in den letzten Monaten

unbedingt vermieden werden müsse stimmten 26% der Teilnehmer*innen zu. Die überwiegende Mehrheit, mit 89% der Teilnehmer*innen war der Meinung, dass eine gute Vorbereitung auf eine mögliche zweite Welle notwendig sei.

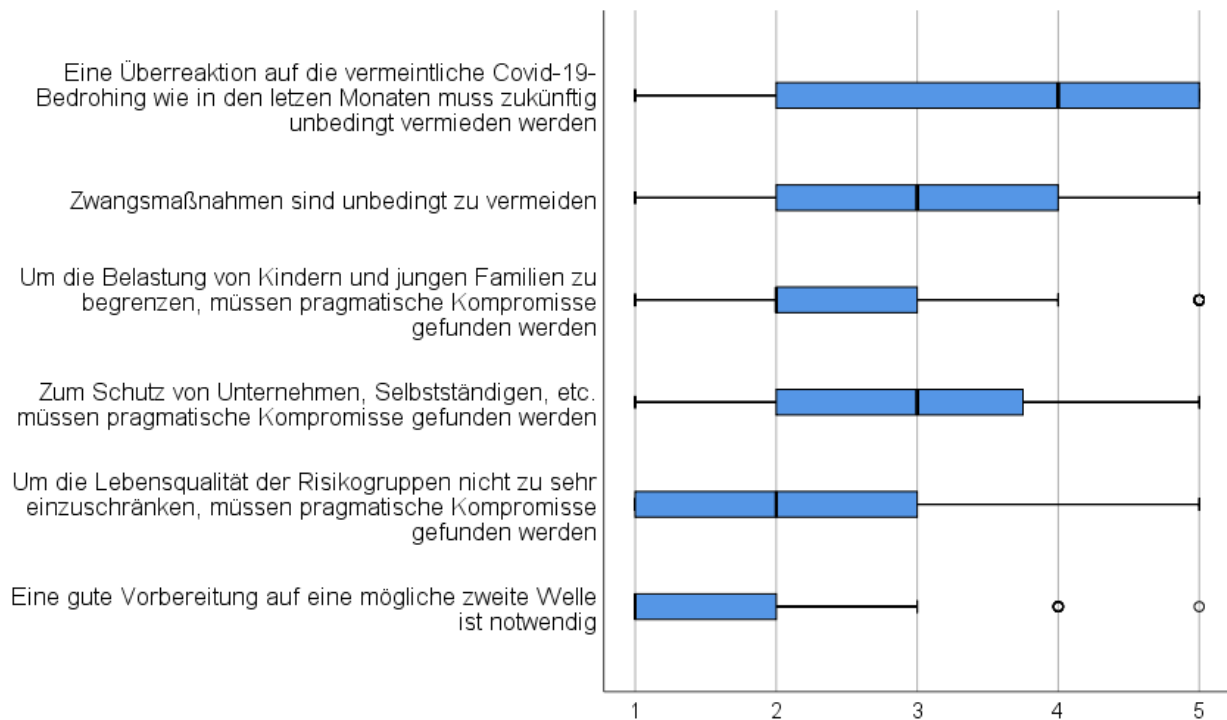


Abbildung 15: Konsequenzen für die kommenden Monate

1=trifft zu, 2=trifft eher zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher nicht zu, 5=trifft nicht zu
 °=milder Ausreißer

Im Freitext zu den Konsequenzen antworteten 29 Personen (Abbildung 18). Die Themen waren dabei die Entlastung von Familien durch differenzierte Angebote für Kinder- und Schulbetreuung und Achtsamkeit im Umgang mit weiterhin gefährdeten Risikogruppen. Außerdem gaben die Teilnehmer*innen an, dass man die Verbreitung von Panik durch Medien vermeiden sollte. Auf die Frage nach der Überreaktion auf die COVID-19-Bedrohung fügten zwei Ärzt*innen an, dass man im Nachhinein nun schlauer sei.

Tabelle 11: Konsequenzen für die kommenden Monate

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

Aussage (Anzahl der verwertbaren Angaben)	Anzahl (%)
Um die Lebensqualität der Risikogruppen nicht zu sehr einzuschränken, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (159)	
trifft zu	41 (26%)
trifft eher zu	59 (37%)
teils-teils	30 (19%)
trifft eher nicht zu	17 (11%)
trifft nicht zu	12 (8%)
Zum Schutz von Unternehmen, Selbstständigen, etc. müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (159)	
trifft zu	27 (17%)
trifft eher zu	45 (28%)
teils-teils	47 (30%)
trifft eher nicht zu	26 (16%)
trifft nicht zu	14 (9%)
Um die Belastung von Kindern und jungen Familien zu begrenzen, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (158)	
trifft zu	39 (25%)
trifft eher zu	45 (28%)
teils-teils	39 (25%)
trifft eher nicht zu	22 (14%)
trifft nicht zu	13 (8%)
Zwangsmaßnahmen sind unbedingt zu vermeiden (159)	
trifft zu	28 (18%)
trifft eher zu	32 (20%)
teils-teils	38 (24%)
trifft eher nicht zu	30 (19%)
trifft nicht zu	31 (19%)
Eine Überreaktion auf die vermeintliche COVID-19-Bedrohung wie in den letzten Monaten muss künftig unbedingt vermieden werden (159)	
trifft zu	19 (12%)
trifft eher zu	22 (14%)
teils-teils	31 (20%)
trifft eher nicht zu	28 (18%)
trifft nicht zu	59 (37%)
Eine gute Vorbereitung auf eine mögliche zweite Welle ist notwendig (160)	
trifft zu	115 (72%)
trifft eher zu	28 (18%)
teils-teils	10 (6%)
trifft eher nicht zu	6 (4%)
trifft nicht zu	1 (1%)

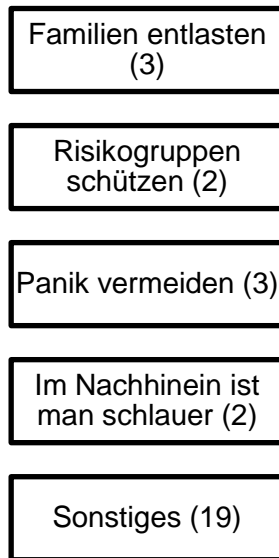


Abbildung 16: Freitextantworten zum Thema Konsequenzen

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

3.1.7. Was wird für die zweite Welle benötigt?

Auch auf die Frage „Was brauchen Sie, um mit Ihrer Praxis auf eine zweite COVID-19-Welle gut vorbereitet zu sein?“ (insgesamt 137 Antworten; Abbildung 19) war die Schutzausrüstung (84 Nennungen) das meistgenannte Thema. Insgesamt waren die Antworten hier jedoch deutlich vielfältiger als bei dem Themenkomplex Herausforderungen während der ersten Phase. Hinsichtlich des Wunsches nach gut strukturierten, effizienten Testmöglichkeiten (19 Nennungen) wurden vor allem externe Testzentren, ausreichende Testkapazitäten, Materialbedarf und gute Testabläufe mit schneller Ergebnisübermittlung genannt. Eine gute bzw. bessere Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, weniger Bürokratie und die Wiedereinführung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung waren wichtige Anliegen in Bezug auf die Unterstützung durch Behörden, kassenärztliche Vereinigungen und Politik (28 Nennungen). Eine große, aber heterogene Gruppe von 40 Antworten waren Wünsche nach besseren Informationen: Hier wurden klare, gut ausgeführte Vorgaben zu Vorgehensweisen genannt, zuverlässige Ergebnisse aus wissenschaftlicher Forschung, sowie die Vermittlung zuverlässiger Informationen für die Öffentlichkeit und die hausärztlichen Patient*innen. 17 Teilnehmer*innen äußerten einen Bedarf für eine finanzielle Sicherung oder den Wunsch nach angemessenen Vergütungen für COVID-19 relevante Leistungen. Weitere 47 Nennungen betrafen unterschiedliche Einzelthemen wie Raumbedarf, engagiertes Personal, Solidarität in der Bevölkerung sowie gute Nerven, Verstand und Geduld. „Last but not least“: 14 Teilnehmer*innen fühlten sich gut auf eine mögliche zweite Welle vorbereitet.

3.1.8. Emotionales Befinden PHQ-4

Eine detaillierte Übersicht über die Zahlenwerte des PHQ-4 Gesundheitsfragebogens und seiner Subskalen PHQ-2 zu Depression und GAD-2 zu Ängstlichkeit zeigt Tabelle 12. Der Mittelwert beim PHQ-4 lag bei 1,85 (SD=2,23), beim PHQ-2 bei 0,87 (SD=1,22) und beim GAD-2 bei 0,97 (SD= 1,18). Der Medianwert lag beim PHQ-2 bei 0 (10./90. Perzentile 0/2), beim GAD-2 bei 1 (10./90. Perzentile 0/2) und beim PHQ-4 ebenfalls bei 1 (10./90. Perzentile 0/4). Im PHQ-2 erreichten insgesamt 52% der Teilnehmer*innen einen Wert von 0. Im GAD-2 erreichten diesen Wert 41% und im PHQ-4 32% der Teilnehmer*innen. Als klinisch relevant depressiv (PHQ-2) oder klinisch relevant ängstlich (GAD-2) gilt man ab einem Summenwert von ≥ 3 . Demnach galten 12 (8%) der Teilnehmer*innen zum Erhebungszeitpunkt als klinisch relevant depressiv und 10 (6%) der Teilnehmer*innen als klinisch relevant ängstlich. Einen Gesamtscore von 0-3 Punkten erreichten im PHQ-4 133 (85%) der Teilnehmer*innen. Beim PHQ-4 wird ein Cutoff-Wert von ≥ 6 als klinisch relevant betrachtet. Diesen Wert überschritten 8 (5%) der Teilnehmer*innen und galten so als klinisch relevant depressiv und/oder ängstlich.

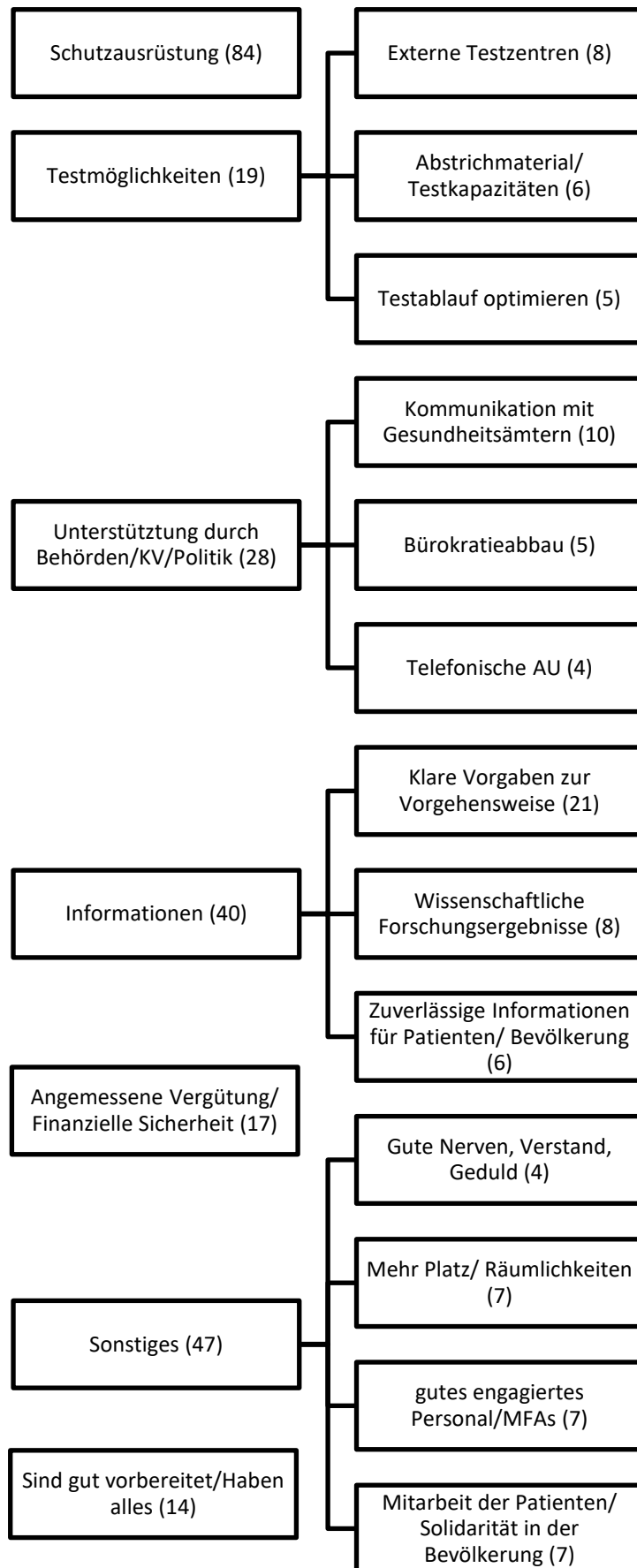


Abbildung 17: Was brauchen Sie, um mit Ihrer Praxis auf eine zweite COVID-19 Welle gut vorbereitet zu sein?

Absolute, personenbezogene Häufigkeiten

Tabelle 12: Zahlenwerte des PHQ-4 und seiner Subskalen PHQ-2 und GAD-2

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent)

	PHQ-2 (157)	GAD-2 (157)	PHQ-4 (157)
Mittelwert [SD]	0,87 [1,22]	0,97 [1,18]	1,85 [2,23]
Median [10./90.Perzentile]	0 [0/2]	1 [0/2]	1 [0/4]
Spannweite [Minimum/Maximum]	6 [0/6]	6 [0/6]	12 [0/12]
Summenwert 0	82 (52%)	64 (41%)	50 (32%)
Summenwert 1	38 (24%)	56 (36%)	37 (24%)
Summenwert 2	25 (16%)	27 (17%)	27 (17%)
Summenwert 3	5 (3%)	4 (3%)	19 (12%)
Summenwert 4	3 (2%)	2 (1%)	12 (8%)
Summenwert 5	2 (1%)	1 (1%)	4 (3%)
Summenwert 6	2 (1%)	3 (2%)	0 (0%)
Summenwert 7	-	-	1 (1%)
Summenwert 8	-	-	2 (1%)
Summenwert 9	-	-	2 (1%)
Summenwert 10	-	-	1 (1%)
Summenwert 11	-	-	1 (1%)
Summenwert 12	-	-	1 (1%)
Cutoff-Wert in Punkten	≥3	≥3	≥6
Studienteilnehmer über dem Cutoff: n (%)	12 (8%)	10 (6%)	8 (5%)

3.1.9. Archetypenanalyse

Von den 161 (77%) beantworteten Fragebögen fehlten bei 18 (9%) eine oder mehrere Werte in den relevanten Variablen. So wurden 143 (68%) in die statistische Archetypenanalyse

einbezogen. Unter diesen 143, waren 52 (35%) weiblich, 66 (46%) waren zwischen 51 und 60 Jahren alt und 34 (18%) waren älter als 60 Jahre. 58 (42%) gaben an, dass sich ihre Praxis in einem COVID-Hotspot befand. Im Median hatten die Hausärzt*innen zehn COVID-19-Patienten (25./75. Perzentile 4/20) betreut (Tabelle 13). Zwölf (8%) Teilnehmer*innen hatten zu diesem Zeitpunkt noch keine COVID-19-Patient*innen in ihrer Praxis gesehen. Bei 28 von 30 ausgewählten Aussagen wurde seitens der Teilnehmer*innen die ganze Bandbreite von Antwortmöglichkeiten mit voller Zustimmung und starker Ablehnung gewählt. Das 10. bis 90. Perzentil erstreckte sich dabei bei sieben Aussagen über alle fünf Antwortmöglichkeiten, bei 14 Aussagen über vier Antwortmöglichkeiten und bei fünf Aussagen über drei Antwortmöglichkeiten, was die Vielfalt der Antworten widerspiegelt. Eine hohe Zustimmung gab es nur bei der Empfehlung Abstand zu halten (94 % stimmten voll zu, weitere 4% stimmten zu), dem Verbot von Großveranstaltungen (97%+2%), den Ausgangsbeschränkungen im März (81%+12%) und der Aufforderung im Mai die Abstandsregelungen beizubehalten (79%+12%).

Bei den Archetypen wird zur besseren Lesbarkeit bewusst auf genderneutrale Sprache verzichtet. Es wurden vier Archetypen identifiziert: Der „Skeptiker“, der „Hardliner“, der „Abwägende“ und der „Ängstliche“.

Die „Skeptiker“ vertraten die deutlichste Meinung: Im Frühsommer 2020 hielten sie die Angst vor COVID-19 als nicht angemessen und die Gefährlichkeit vergleichbar zu einer Influenza (Abbildung 20). Ihre Zustimmung zu den im März getroffenen Maßnahmen war geringer als bei den anderen drei Archetypen. Während sie das Verbot von Großveranstaltungen und die Empfehlung Abstand zu halten zumindest als etwas Gerechtfertigtes ansahen, waren sie uneinig in Bezug auf die Schließung von Schulen und das Kontaktverbot in Pflegeheimen und kritisch gegenüber den Ausgangsbeschränkungen (Abbildung 21). Sie sahen wenig Gefahr für eine „zweite Welle“ und waren eher der Meinung, dass die Pandemie vorbei sei und alle Maßnahmen schnellstmöglich aufgehoben werden sollten (Abbildung 22). Eine Überreaktion auf die „vermeintliche“ Bedrohung durch COVID-19 wie im Frühjahr 2020 sollte ihrer Ansicht nach zukünftig unbedingt vermieden werden.

Die zweite Gruppe, die aus der Archetypenanalyse hervorging, waren die „Hardliner“. Am auffälligsten bei den „Hardlinern“ war, dass sie allen ergriffenen Maßnahmen im Frühjahr (Abbildung 21 und 22) voll zustimmten. Sie plädierten für strenge Maßnahmen im Winter 2020/21, um Leben zu retten, auch wenn dies zu anderen relevanten sozialen Schäden führen sollte (Abbildung 23).

Die dritte Gruppe, die „Abwägenden“ ähnelten den „Hardlinern“ und den „Ängstlichen“ in mehreren Aspekten. Sie schienen jedoch besonders darauf bedacht zu sein, das Ziel Leben zu retten gegenüber anderen gesellschaftlichen Schäden abzuwägen. So bevorzugten sie für

den Winter 2020/21 eindeutig pragmatische Kompromisse, um die Lebensqualität von Risikogruppen nicht zu sehr einzuschränken, Kinder und junge Familien nicht zu sehr zu belasten oder die Wirtschaft nicht zu stark zu schädigen (Abbildung 23).

Viertens, die Gruppe der „Ängstlichen“, welche sich vor allem durch etwas höhere Werte für Angst und Depression im PHQ-4 und die Angst vor einer COVID-19-Infektion in ihrer Praxis auszeichneten (Abbildung 24). In Bezug auf die Bedrohungen und Maßnahmen waren sie den „Abwägenden“ ähnlich.

Alle Hausärzt*innen bewegten sich innerhalb der oben genannten starken Meinungen der Archetypen. So ergab die Zuordnung der Hausärzt*innen zum nächstliegenden Archetyp die Einteilung von zwölf (8%) Hausärzt*innen als „Skeptiker“, 34 (24%) als „Hardliner“, 77 (54%) als „Abwägende“ und 20 (14%) als „Ängstliche“. Die „Skeptiker“ waren tendenziell häufiger sehr erfahren, hatten weniger Tests auf COVID durchgeführt und seltener schwere Fälle gesehen (Tabelle 13).

*Tabelle 13: Merkmale der Teilnehmer*innen und Erfahrungen mit COVID-19 in Praxis und Heimen.*

Angaben sind absolute Häufigkeit (gültige Prozent) oder Medianwerte (25./75. Perzentile)

	Alle 143 (100%)	Skeptiker 12 (8%)	Hardliner 34 (24%)	Abwägende 77 (54%)	Ängstliche 20 (14%)
Merkmal (Anzahl fehlender Werte)					
Merkmale der Teilnehmer*innen					
Weiblich (0)	52 (35%)	3 (25%)	12 (35%)	32 (42%)	5 (25%)
Alter > 60 Jahre (0)	34 (24%)	6 (50%)	10 (29%)	15 (20%)	3 (15%)
Eigene Praxis seit > 20 J. (2/0/1/1/0)	55 (39%)	8 (67%)	14 (42%)	27 (36%)	6 (30%)
Ländliche Praxislage (0)	69 (48%)	7 (33%)	15 (44%)	39 (51%)	8 (40%)
COVID-19 Hotspot (4/0/1/3/0)	58 (42%)	4 (33%)	17 (52%)	27 (37%)	10 (50%)
Praxismitarbeiter mit COVID (0)	29 (20%)	2 (17%)	8 (24%)	13 (17%)	6 (30%)
Praxis mit Kurzarbeit (0)	27 (19%)	2 (17%)	3 (9%)	15 (20%)	7 (35%)
COVID-19 in der Praxis					
Infektion in der Praxis (8/0/2/2/5)	10 (4/20)	4 (0/18)	10 (6/18)	10 (4/20)	14 (3/20)
Durchgeführte Tests (45/2/12/23/7)*	53 (20/100)	10 (4/43)	35 (20/95)	74 (29/102)	40 (30/156)
Hospitalisierter Fälle (5/0/0/2/3)*	1 (0/2)	0 (0/2)	1 (0/3)	1 (0/2)	1 (2/4)
Verstorbene durch COVID (3/0/0/2/1)	0 (0/1)	0 (0/1)	0 (0/1)	0 (0/1)	0 (0/1)
COVID-19 in Heimen					
Ärzt*innen die ein Heim betreuen (0)	121 (85%)	12 (100%)	29 (85%)	64 (83%)	16 (80%)
>1 SARS-CoV-2 Infektion (0)	27 (22%)	2 (17%)	12 (41%)	7 (11%)	6 (37%)
>5 hospitalisierte Patienten (0)**	9	1	4	1	3
>3 verstorbene Patienten**	6	0	3	1	2

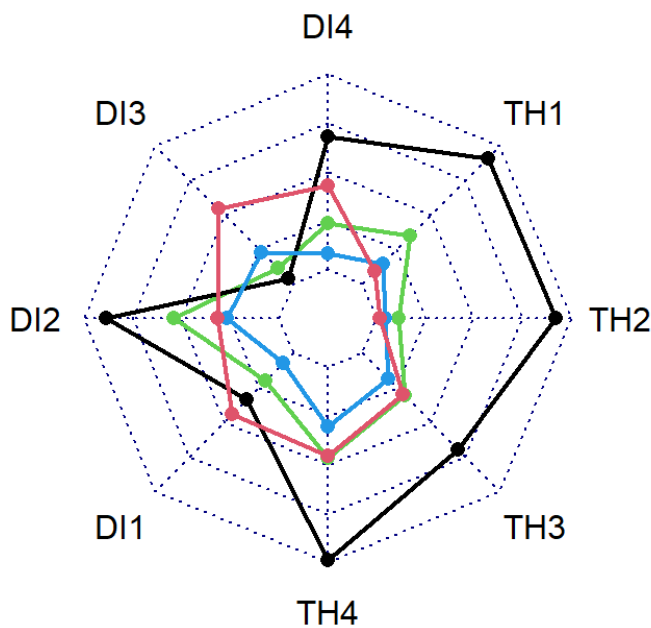


Abbildung 20: Das Netzdiagramm zeigt die Antwortmuster der vier Archetypen (**Skeptiker**, **Hardliner**, **Abwägende** und **Ängstliche**) für die Persönliche Sicht zur Bedrohlichkeit von COVID-19 und dem Grunddilemma.

Zentrale Werte zeigen starke Zustimmung, die äußeren Werte keine Zustimmung. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden manche Punkte umbenannt.

Abbildung 20:

Persönliche Sicht zur Bedrohlichkeit von COVID-19

TH1 Angst vor SARS-CoV-2 ist nicht angemessen

TH2 COVID-19 ist gefährlicher als Influenza

TH3 Die Bedrohlichkeit der COVID-19 Pandemie ist schwer einzuschätzen

TH4 Ich habe erschreckende Verläufe von Covid-19 erlebt

Das Grunddilemma

D1 Covid-19 stellt uns vor die Frage, welchen „Preis“ zu zahlen wir bereit sind, um Leben zu retten

D2 Die Diskussion dieser Frage ist gefährlich

D3 Die Diskussion dieser Frage ist unabdingbar

D4 Eine befriedigende Antwort auf diese Frage ist unmöglich

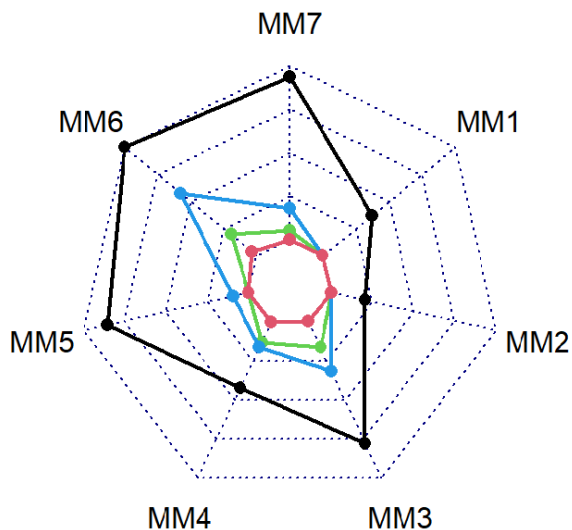


Abbildung 21: Das Netzdiagramm zeigt die Antwortmuster der vier Archetypen (**Skeptiker**, **Hardliner**, **Abwägende** und **Ängstliche**) in Bezug auf ergriffene Maßnahmen im März 2020.

Zentrale Werte zeigen starke Zustimmung, die äußeren Werte keine Zustimmung. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden manche Punkte umbenannt.

Abbildung 21:

Ergriffene Maßnahmen im März 2020

MM1 Die Empfehlung Abstand zu halten

MM2 Verbot von Großveranstaltungen

MM3 Schließung von Schulen und Kitas

MM4 Kontaktverbote in Pflegeheimen

MM5 Die Ausgangsbeschränkungen waren in der damaligen Situation nachvollziehbar

MM6 Aus heutiger Sicht, waren die Ausgangsbeschränkungen gerechtfertigt

MM7 Ohne Maßnahmen, hätte es in Deutschland zu so vielen Toten wie in Norditalien kommen können

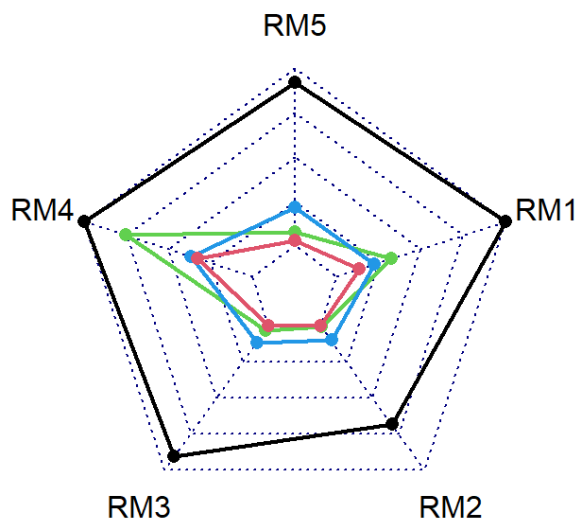


Abbildung 22: Das Netzdiagramm zeigt die Antwortmuster der vier Archetypen (**Skeptiker**, **Hardliner**, **Abwägende** und **Ängstliche**) in Bezug auf Lockerungen im Mai 2020.

Zentrale Werte zeigen starke Zustimmung, die äußeren Werte keine Zustimmung. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden manche Punkte umbenannt oder invers kodiert (ic).

Abbildung 22:

Lockerungen im Mai 2020

RM1 Ich sehe eine erhebliche Gefahr für eine zweite Welle

RM2 Die Empfehlung Abstand zu halten, ist richtig

RM3 Die Maskenpflicht beim Einkaufen und in öffentlichen Verkehrsmitteln ist richtig

RM4 Die Lockerungen erfolgen zu schnell

RM5 Die Pandemie ist vorbei und alle Maßnahmen sollten schnellstmöglich aufgehoben werden (ic)

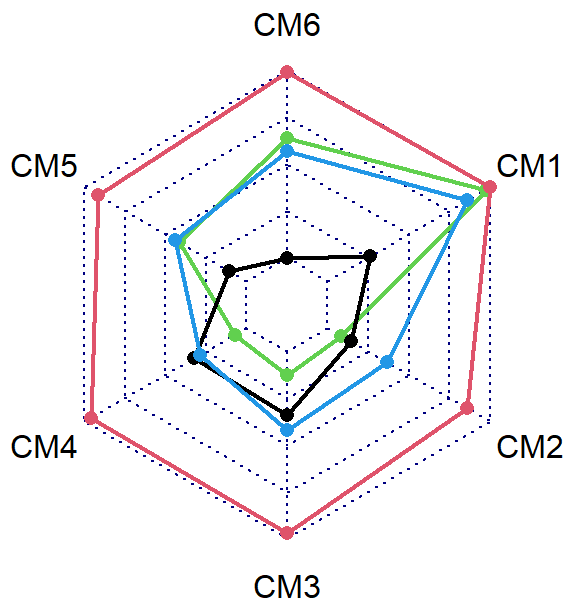


Abbildung 23: Das Netzdiagramm zeigt die Antwortmuster der vier Archetypen (**Skeptiker**, **Hardliner**, **Abwägende** und **Ängstliche**) in Bezug auf Konsequenzen für die kommenden Monate.

Zentrale Werte zeigen starke Zustimmung, die äußeren Werte keine Zustimmung. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden manche Punkte umbenannt oder invers kodiert (ic).

Abbildung 23:

Konsequenzen für die kommenden Monate

CM1 Eine gute Vorbereitung auf eine mögliche zweite Welle ist notwendig (ic)

CM2 Um die Lebensqualität der Risikogruppen nicht zu sehr einzuschränken, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)

CM3 Zum Schutz von Unternehmen, Selbstständigen etc. müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)

CM4 Um die Belastung von Kindern und jungen Familien zu begrenzen, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)

CM5 Zwangsmaßnahmen sind unbedingt zu vermeiden

CM6 Eine Überreaktion auf die vermeintliche Covid-19-Bedrohung wie in den letzten Monaten muss zukünftig unbedingt vermieden werden

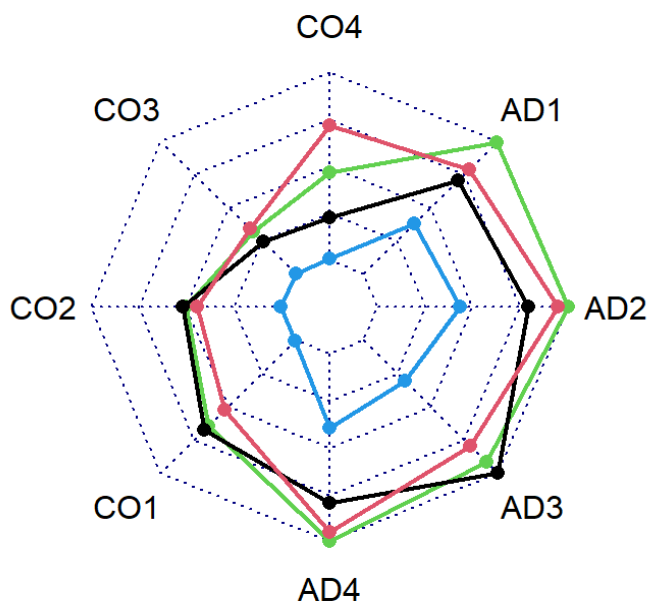


Abbildung 24: Das Netzdiagramm zeigt die Antwortmuster der vier Archetypen (**Skeptiker**, **Hardliner**, **Abwägende** und **Ängstliche**) in Bezug auf emotionales Befinden, Angst, Depression und Sorgen.

Zentrale Werte zeigen starke Zustimmung, die äußeren Werte keine Zustimmung. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden manche Punkte umbenannt.

Abbildung 24:

Emotionales Befinden, Angst und Depression (PHQ-4)

AD1 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

AD2 Nicht in der Lage, Sorgen zu stoppen, zu kontrollieren

AD3 Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten

AD4 Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit

Sorgen

CO1 ... dass ich selbst angesteckt werde

CO2 ... dass meine Mitarbeiter*innen angesteckt werden

CO3 ... dass meine Praxis in Quarantäne muss

CO4 ... wie es für die Praxis wirtschaftlich weitergeht

3.2. Teilstudie 2: Qualitative Befragung

3.2.1. Beschreibung der Interviewpartner*innen

Insgesamt wurden zehn Teilnehmer*innen für den qualitativen Teil interviewt (Tabelle 14). Weibliche und männliche Hausärzt*innen waren dabei in gleicher Anzahl vertreten. Sieben Teilnehmer*innen waren zwischen 51 und 60 Jahren alt, die übrigen drei zwischen 41 und 50 Jahren. Die dazugehörigen Praxen befanden sich bei vier Ärzt*innen in einem ländlichen Gebiet mit weniger als 10.000 Einwohner*innen. Vier Praxen befanden sich in einem Ort mit 10.000-100.000 Einwohner*innen und zwei Praxen in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohner*innen. Die Hälfte der Interviews fand über die Videokonferenz-Plattform Zoom statt. Vier Interviews wurden persönlich und ein Interview telefonisch abgehalten. Drei Teilnehmer*innen waren in Bezug auf COVID-Fälle in der Praxis von der Pandemie schwerer, drei eher leichter und vier mittelstark betroffen.

*Tabelle 14: Merkmale der Teilnehmer*innen*

Interview-Nr.	Geschlecht	Alter	Praxislage	COVID-Fälle in der Praxis	Gesprächssituation	Interviewdauer
01	männlich	51-60	10-100.000 Einw.	Wenige	persönlich	24min
02	weiblich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	persönlich	34min
03	weiblich	41-50	>100.000 Einw.	Wenige	Zoom-Interview	33min
04	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	Zoom-Interview	35min
05	weiblich	51-60	>100.000 Einw.	Mittel	Zoom-Interview	22min
06	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Mittel	telefonisch	22min
07	männlich	51-60	10-100.000 Einw.	Mittel	Zoom-Interview	38min
08	weiblich	41-50	10-100.000 Einw.	Wenige	persönlich	25min
09	weiblich	41-50	10-100.000 Einw.	Mittel	persönlich	23min
10	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	Zoom-Interview	32min

3.2.2. Themenübersicht

Bei der Auswertung der Interviews haben sich vier Hauptthemen gebildet (siehe Abbildung 25). Diese sind 1) subjektive und emotionale Erfahrungen während der ersten Welle, 2) Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie, 3) Bewertung des politischen Umgangs und 4) der Zukunftsausblick von Ärzt*innen.

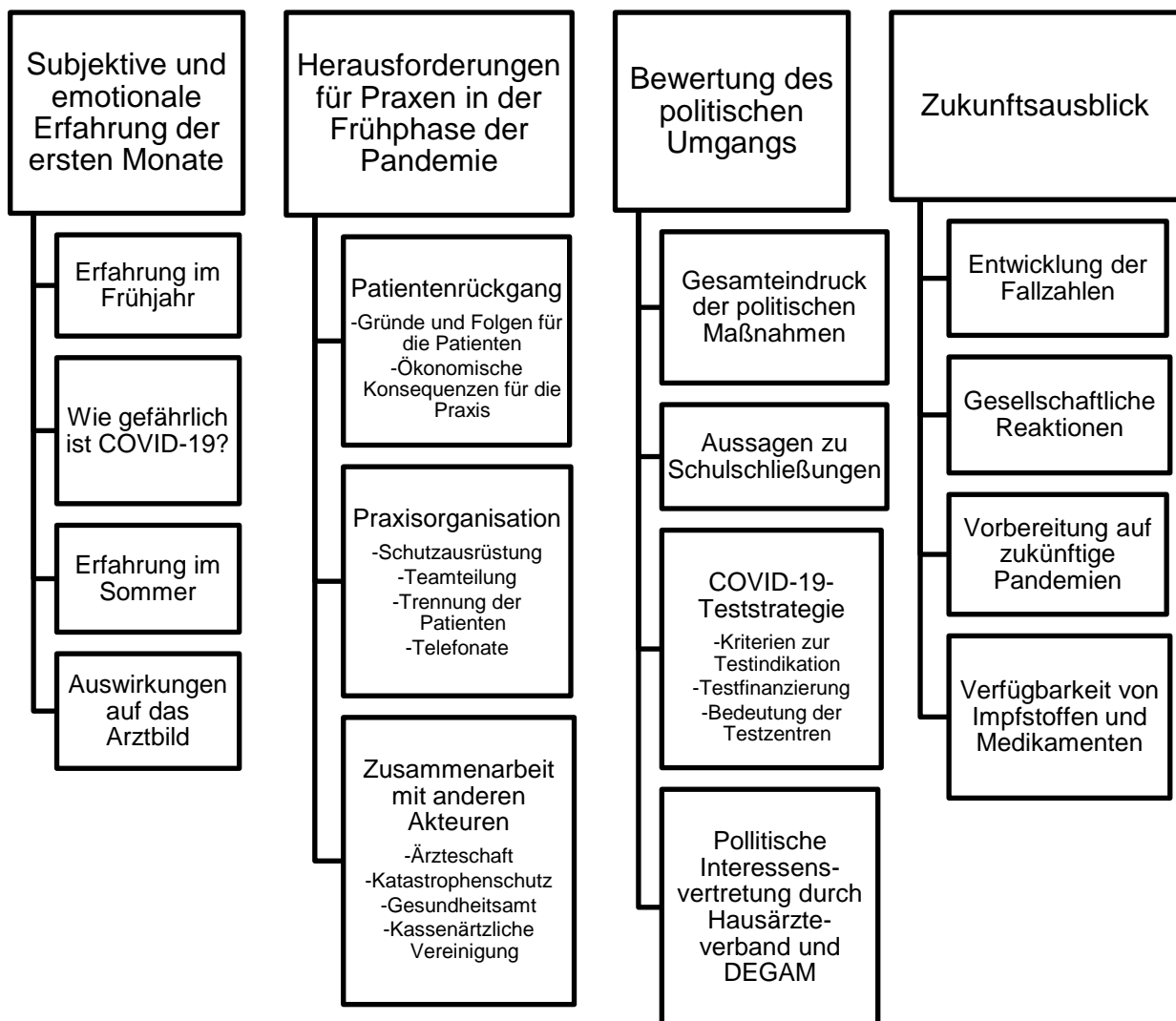


Abbildung 18: Baumdiagramm: Themen der 10 Interviews

3.2.3 Subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate

Die subjektive und emotionale Erfahrung und Wahrnehmung der ersten Monate durch die Teilnehmer*innen spielt auch bei den folgenden Hauptthemen eine wichtige Rolle. Während diese dort aber in der Regel in Bezug auf spezifische Einzelaspekte zum Ausdruck kommt, wird hier auf die übergreifenden Aspekte wie die Verunsicherung der Ärzt*innen am Anfang der Pandemie, die Einschätzungen zur Gefährlichkeit des Virus, die Erfahrungen der Hausärzt*innen im Sommer 2020 und die Auswirkungen auf deren Arztbild eingegangen (Abbildung 26).

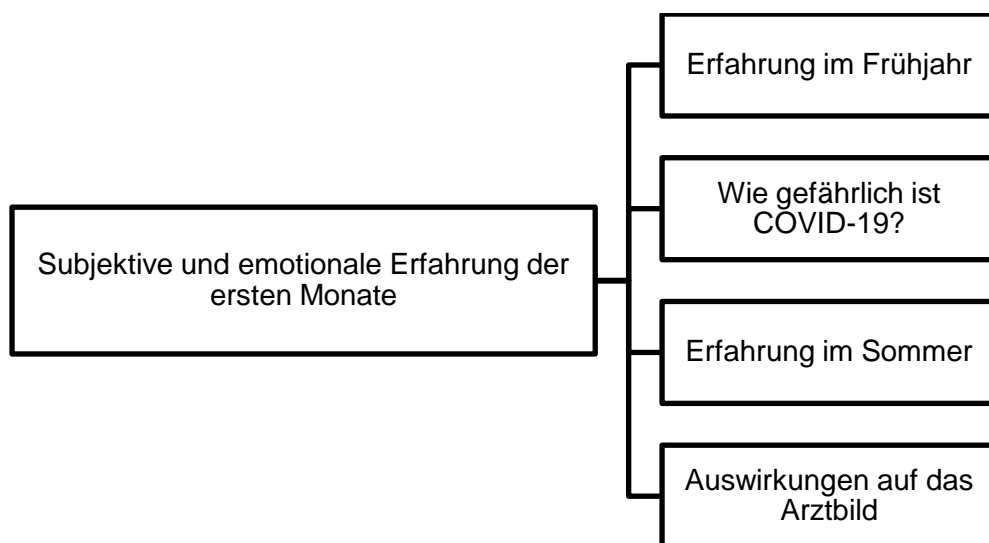


Abbildung 19: Hauptthema subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate

3.2.3.1. Erfahrung im Frühjahr

Die Mehrheit der Interviewteilnehmer*innen berichtete, dass zu Beginn des Pandemiegeschehens ein starkes Gefühl der Verunsicherung und große Unklarheit bestand, wie mit der Erkrankung und der gesamten Situation umgegangen werden soll. Durch den plötzlichen Beginn in Deutschland fühlten sich manche Teilnehmer*innen „überrumpelt“ und „überrascht“, insbesondere dann, wenn die eigene Praxis durch die Infektion einer medizinischen Fachangestellten unmittelbar betroffen war.

... am Anfang waren wir halt sehr verunsichert natürlich. Und war ja auch vieles unklar, wie man da vorgeht und wie man es macht und so weiter. Und wir sind am Anfang halt

überrascht worden ziemlich schnell durch eine Infektion von einer unserer Arzthelferinnen. (I.04; A.09¹)

Also ich muss sagen, dass wir ein bisschen überrumpelt worden sind. Das hat uns also so von der ganzen Organisation, mit der ganzen Wucht, dass das Ganze dann angenommen hat, doch ziemlich getroffen. (I.10; A.09)

Bei einzelnen Teilnehmer*innen wird in diesem Zusammenhang auch Kritik an der mangelnden Vorbereitung geäußert. Im folgenden Zitat verweist beispielsweise ein/eine Ärzt*in darauf, dass aus Pandemieplänen und –Szenarien der Vergangenheit keine Konsequenzen gezogen wurden.

Und da denke ich schon sind einfach viele Sachen schiefgelaufen. Und wenn man jetzt sich diese, das ist ja alles zu genüge diskutiert worden, aber zum Beispiel dieses, es gab ja dieses Szenario, wann war das 2013, wo das mal durchgespielt wurde, wo man sich dann fragte, was hat es eigentlich damals gebracht und warum hat man es nicht öfter mal wiederholt und warum war man so schlecht vorbereitet tatsächlich.² (I.08; A.09)

3.2.3.2. Wie gefährlich ist COVID-19?

Zahlreiche Teilnehmer*innen äußerten ihre Meinung zur tatsächlichen Gefährlichkeit von COVID-19. Zwei Ärzt*innen berichteten, dass sie das Risiko eines größeren Ausbruchs in Deutschland bzw. die Gefährlichkeit des Virus zunächst unterschätzt hatten.

Am Anfang war ich sehr skeptisch, ob das überhaupt wirklich ein gefährliches Virus ist, und habe gedacht: Mein Gott, macht man so großen Terz darum. (I.01; A.09)

Ich weiß, dass wir am Anfang, also als es so in den anderen Ländern losging, mich oft Patienten gefragt haben, was halten Sie denn jetzt davon, von diesem Corona und was ist denn das. Und ich habe das ziemlich abgewiegelt, also im Januar noch oder so. Weil ich mir das überhaupt nicht vorstellen konnte, dass das wirklich so explodiert. [...]

¹ I.04; A09 entspricht Interview 4; Absatz 9

² Die Aussage bezieht sich auf den „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012“. Eine Drucksache (17/12051) des Deutschen Bundestages vom 3. Januar 2013. Das Papier aus dem Bundesinnenministerium enthält das Szenario „Pandemie durch Virus Modi-Sars“. Darin wird ein durchaus realistisches Seuchengeschehen eines hypothetischen Virus beschrieben, welches teilweise verblüffend ähnlich zur Coronakrise ist. Bundesregierung 03.01.2013

Also wir waren wahnsinnig spät dran mit dem Realisieren, das ist das, was ich damit sagen will eigentlich. (I.08; A.09)

Auch wenn alle Teilnehmer*innen COVID-19 im Verlauf ernst nahmen, blieb die Bewertung gerade im Vergleich mit anderen Erkrankungen wie z.B. der Influenza unterschiedlich. Dazu trug nicht zuletzt die Variabilität und Unvorhersagbarkeit der Verläufe bei COVID-19 bei.

Also schwere Verläufe, leichte und all das. Also kein so ein klares Bild, wo man sagt, ja, Corona ist es, klar und so weiter. Sondern sehr unspezifisch und immer wieder für Überraschungen gut, ja, so dass man eigentlich da echt aufpassen musste. (I.04; A. 17)

Der Arzt im unmittelbar folgenden Zitat bewertete COVID-19 offensichtlich unter dem Eindruck der schweren Verläufe, die er selbst miterlebt hatte, aus Berichten aus der Umgebung und aus Italien als sehr ernste Erkrankung. Der Arzt im zweiten Zitat hielt die Gefährlichkeit von COVID-19 dagegen für vergleichbar mit derjenigen von Influenza.

Wir haben das leider gesehen, dass das eine sehr, sehr ernste Erkrankung ist. Wir haben also einen an COVID verstorbenen Patienten, unseren eigenen Patienten. Wir haben die, gerade die erste Patientin, die wir da hatten, auch hautnah mitbekommen, aber auch im Nachgang ein bisschen telefonisch betreut haben. Das war eine junge Frau, die war wirklich, wirklich schwer, schwer krank. Also es ist wirklich zu Hause nicht mehr gegangen. Die musste ins Krankenhaus, musste Gott sei Dank nicht beatmet werden. Wir haben aber immer wieder, also auch jetzt Berichte von Menschen, die wir hier nicht kennen, die halt letztlich daran verstorben sind. [...] uns ist diese Ernsthaftigkeit der Erkrankung durchaus bewusst. (I.10; A. 23)

[...] derjenige, der an COVID gestorben ist jetzt, der einfach da nicht mehr gerettet werden konnte, dass einfach derjenige dann auch an der Influenza genauso gestorben wäre, wenn er nicht geimpft gewesen wäre. Und ich denke die, die COVID überlebt haben, die Influenza überleben würden, ungeimpft, denen würde auch der COVID nicht so viel anhaben. Also das ist, so denke ich halt da drüber. [...] Aber ich glaube, dass jetzt wegen COVID mache ich mir jetzt auch nicht mehr Sorgen, wie im Winter mit einer normalen Influenza-Pandemie. (I.06; A. 8)

3.2.3.3. Erfahrung im Sommer

Zum Zeitpunkt der Interviews im Sommer 2020 (nach dem Abklingen der ersten Welle und vor Beginn der zweiten Welle) berichteten die Ärzt*innen, dass sich die Praxisabläufe nun besser eingespielt hätten und eine gewisse Routine im Umgang mit der Pandemie vorhanden sei.

Dies läge nicht zuletzt daran, dass auch die Patient*innen die Situation besser einschätzen könnten und die Regeln weitgehend einhalten würden.

Und inzwischen, ja, schleicht sich so ein bisschen eine Art Routine damit ein. Also man lernt, damit umzugehen. (I.05; A.11)

Jetzt ist es auf einem Niveau, wo es einwandfrei läuft in der Praxis. Da gibt es ja jetzt keine großen Diskussionen und so. Jeder weiß Bescheid eigentlich. Die Leute halten sich auch daran, an die Vorgaben und alles. Das ist jetzt alles eingespielt. (I.04; A.31)

3.2.3.4. Auswirkungen auf das Arztbild

Die Erfahrungen der COVID-Pandemie scheinen das ärztliche Selbstbild der Interviewten nicht wesentlich verändert zu haben. Dabei gaben die Interviewten an, dass es bereits vor der Pandemie ähnliche Situationen gab, in denen man mit Risiken, dem Alter und dem Tod konfrontiert war.

Das hat sich eigentlich nicht verändert, weil so viel anders als andere Sachen ist das auch nicht, ja? Es war, klar, es sind halt viele auf einmal krank geworden. Aber das sind ja alles Dinge, die wir sonst auch haben. Auch in den Heimen. Ich meine, in der Zeit wo ich das Heim jetzt alleine versorgt habe, sind auch vier Leute gestorben, die hatten überhaupt kein Corona. Ja? Also fast so viele wie gestorben sind mit Corona. Ja? Also, das hat sich nicht wesentlich verändert. (I.02; A. 39)

Interviewer: Wie hat sich denn die Corona-Krise auf dein Arztbild oder dein Selbstbild ausgewirkt? Also wenn man sich mit dem Umgang mit Risiken, Alter und Tod beschäftigt?

Interviewter: Nein, überhaupt nicht. Also das habe ich für mich am Anfang mal kurzfristig anders gehabt: Mensch, was ist, wenn ich krank werde? Da bin ich eigentlich sehr schicksalsergeben, schon immer gewesen. Wenn ich es kriege, dann kriege ich es. Wenn nicht, dann nicht. Also da habe ich jetzt nicht so die Ängste. Aber nein, hat da überhaupt nichts geändert. Mei, ich mache Palliativmedizin, ich habe da eigentlich schon relativ klare Vorstellungen. (I.01; A.29)

Der Umgang mit dem Risiko, sich selbst anzustecken und dadurch gefährdet zu sein, stieß aber bei einigen Hausärzt*innen die Selbstreflexion an. Dabei kamen sie jedoch zu dem Schluss, dass das Eingehen eines solchen Risikos zum ärztlichen Beruf und dem dazu gehörenden Ethos gehöre. Dies zeigt eine klare Selbstverankerung der Interviewten in ihrem Tun, welche durch eine neuartige Pandemie nicht grundsätzlich beeinflusst wurde.

Ja, es war schon ein Ringen. Weil, so wie das ganz am Anfang gekommen ist, hat man schon gedacht: Wollte ich das, als ich studiert habe, wirklich, dass ich dann zuständig bin, wenn eine Pandemie da ist? Also, dass ich wirklich mich in diese gefährdeten Bereiche hineinbegebe? Also das hat, das war schon ein sich Hinterfragen und im Moment zu sagen: „Ja, das ist jetzt mein Job und das ist jetzt auch meine ärztliche Ethik, da eben mich hinzustellen und das zu machen.“ Also das hat es nochmal (...) hinterfragt und vielleicht bestätigt auch, das, was ursprünglich einmal da war und jetzt wieder Ethik/ Das heißt, die war ja zwischendrin nicht weg, aber man hat es halt hinterfragen müssen, einmal. (I.05; A.47)

Zudem wurde die Zeit der Pandemiebekämpfung auch als spannend und sinnvoll von zwei Ärzt*innen beschrieben. Ein Arzt sprach sogar von einer ärztlichen Tätigkeit im ureigentlichen Sinne. So konnten manche Ärzt*innen in der Pandemiebekämpfung sogar wieder mehr Sinnhaftigkeit in ihrer ärztlichen Berufung finden.

Und das war auch eine sehr schöne Erfahrung, weil wir mit dem Heim, also wir da sehr schön im Team gearbeitet haben, und es auch man wirklich das Gefühl hatte, es ist eine sinnvolle Tätigkeit, die man da macht. Also, es war ein sehr, sehr schönes Miteinander, und das war eine schöne Zeit. Also, man kam sich eher sinnvoller vor als manchmal sonst. (I.02; A.29)

Vom der, wie gesagt, Selbstbildnis oder von meiner Einstellung als Arzt, also wir haben es als aufregende und spannende Zeit empfunden. (I.07; A.09)

Also wie gesagt, bei der Bundeswehr sagt man Leben in der Lage. Das wird von uns auch weiter gefordert sein. Ich kann nur, ich bin eigentlich von Haus aus ein positiv eingestellter Mensch. Und auf der anderen Seite sage ich auch, ist das ärztliche Tätigkeit in seinem ureigentlichen Sinne. Dafür bin ich eigentlich irgendwann auch mal Arzt geworden. Die Patienten sind sehr dankbar, um Hilfe, die man ihnen anbietet. (I.07; A.25)

3.2.4. Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie

Ein zweites Kernthema der Interviews waren die Herausforderungen in der Frühphase der Pandemie. Die Hauptaspekte waren hierbei der plötzliche Rückgang der Patientenzahlen, das große Feld der Praxisorganisation und die Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen der Pandemiebekämpfung (Abbildung 27).

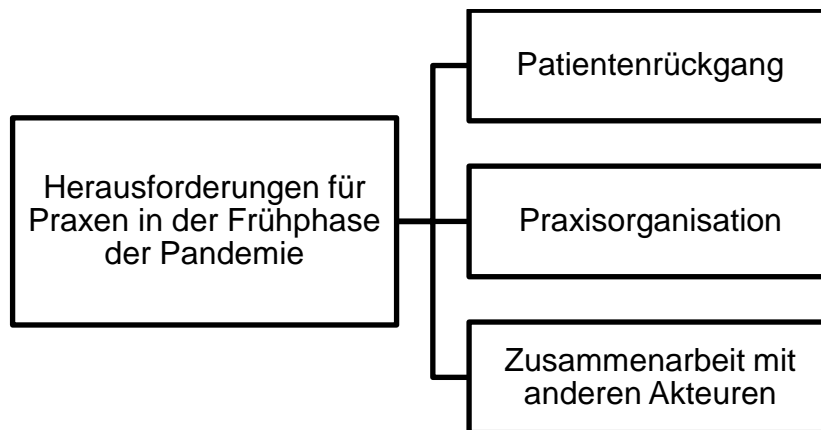


Abbildung 20: Hauptthema Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie

3.2.4.1 Patientenrückgang

Ein Großteil der Interviewten berichtete von einem deutlich verminderten Patientenaufkommen in ihrer Praxis aufgrund von COVID.

Ich habe normalerweise an einem Vormittag zwischen fünfundzwanzig und dreißig Patienten gehabt. Und da hatte ich vielleicht fünf bis zehn gehabt, wenn überhaupt. Und es ist jetzt noch nicht so wie vor der Pandemie. (I.01; A.25)

Am Anfang kam keiner mehr. Also wir hatten dann tatsächlich alles abbestellt. Es kamen keine Leute mehr. Wir haben hier in der Früh vier bis fünf Arzthelferinnen, wenn wir die Auszubildenden mitzählen. Die haben gar nichts zu tun gehabt. (I.09; A.19)

In Bezug auf den Patientenrückgang wurden von den Teilnehmer*innen vor allem die Gründe für das Wegbleiben und die Folgen für Patient*innen sowie mögliche ökonomische Konsequenzen für die Praxen diskutiert (Abbildung 28).

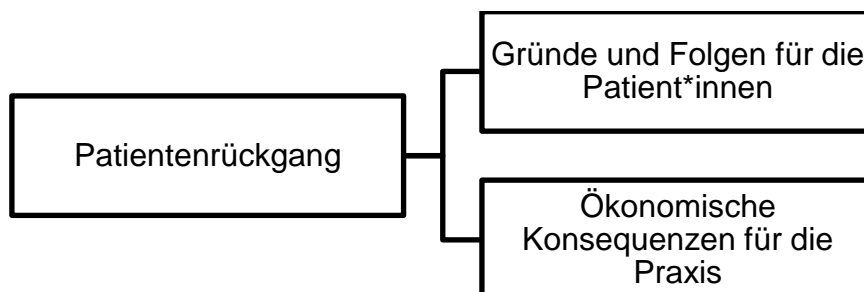


Abbildung 21: Unterthema Patientenrückgang

3.2.4.1.1. Gründe und Folgen für Patient*innen

Aus Sicht der Ärzt*innen blieben viele Patient*innen der Praxis fern, da sie eine mögliche Ansteckung befürchteten. Eine Ärztin äußerte aber auch, dass Patient*innen aus Rücksicht gegenüber vermeintlich überlasteten Ärzt*innen von den Praxen fernblieben. Bei den Patient*innen, die dennoch kamen, war aus Sicht der Teilnehmer*innen der Arztbesuch auch gerechtfertigt und indiziert. Unnötige Arztkontakte unterblieben dagegen.

Also es gab zwei Gruppen. Also die eine Gruppe war: Ich gehe nicht zum Arzt, weil ich könnte mich da anstecken. Und die andere Gruppe war: Ich gehe nicht zum Arzt, die haben sowieso schon genug zu tun. (lacht) Also das war wirklich, die Zahlen sind rasant runtergegangen. (I.03; A.19)

Und es blieben viele Leute weg, wo man sich ab und an fragt, warum gehen die jetzt zum Arzt? Die blieben alle weg. Ja? Das heißt, die Leute, die kamen, waren Leute, die einen Arzt gebraucht haben. Und das war mal ganz schön. Genau. (I.02; A.29)

Die Abnahme unnötiger Arztkontakte wurde als durchaus positiv empfunden. Im folgenden Zitat, das auch auf die Themen ökonomische Konsequenzen (Abschnitt 3.2.4.1.2.) und das Arztbild (Abschnitt 3.2.3.4.) verweist, reflektiert eine Teilnehmerin diese Wahrnehmung tiefergehend und fragt sich, inwieweit die Situation in den ersten Wochen der Pandemie auch eine Überversorgung in Deutschland widerspiegelt.

Was ich ja mit das beeindruckendste fand an dieser ganzen Geschichte, war dieses, was auf einmal nicht mehr so wichtig war. Also diese komplette Überversorgung in Deutschland, die da stattfindet und dieses mangelnde Gesundheitsbewusstsein. Beziehungsweise, ich sage immer, sie haben kein Gesundheitsbewusstsein, sondern ein Krankheitsbewusstsein, die Deutschen. Das war ja ganz erstaunlich, wie auf einmal man eben doch nicht mehr gebraucht wurde. Und man eben doch nicht zum Arzt gehen musste. Dass auch diese ganzen Vorsorgesachen, ich will nicht sagen überflüssig, aber einfach bis zu welchem Maße wir im Grunde überversorgt sind und wie so was dann einen wirklich zurückholt und man sich auf das wesentliche konzentriert. Und das ist für das Einkommen eine Katastrophe, muss man ganz klar sagen, aber es ist halt ja schön mal zu sehen, dass es tatsächlich stimmt. Dass wir tatsächlich ganz viel unnötige Dinge tun den ganzen Tag eigentlich. (I.08; A.29)

Gleichzeitig beklagten die Teilnehmer*innen aber auch das Fernbleiben von Patient*innen, die eine Untersuchung oder Behandlung dringend benötigt hätten. Dabei blieben insbesondere Risikopatient*innen mit chronischen Erkrankungen fern, bei denen sich zum Teil relevante

Verschlechterungen der Werte und eine Erhöhung der Risiken von schwerwiegenden Folgeereignissen ergaben. Auch Patient*innen mit psychischen Problemen kamen seltener in die Praxis.

Das ging teilweise gut, aber uns sind auch sehr, sehr viele Patienten, sage ich mal jetzt lapidar, durch die Lappen gegangen, die ein halbes, dreiviertel Jahr nicht diabetologisch betreut worden sind und die kommen jetzt alle, teilweise mit fast entgleister diabetischer Stoffwechsellage, aufgrund der Tatsache, dass die ein viertel oder halbes Jahr nicht zu den regelmäßigen Kontrollen gekommen sind. Das ist auch ein gesamtmedizinisches Problem. Das weiß man auch aus Studien und Zahlen, dass gerade diese Hochrisikopatienten oder Patienten mit deutlich erhöhten kardiovaskulären Risikoprofil, einem deutlich höherem Risiko ausgesetzt sind innerhalb diesem halben Jahres, jetzt einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Und das merken wir auch in der Praxis. Also die haben sich deutlich verschlechtert, was Bluthochdruck, Lipid-Einstellung, Diabetes-Einstellungen betrifft und so weiter, das hat denen nicht gut getan, muss man ganz ehrlich sagen. (I.07; A.09)

Und es muss eben jeder versorgt werden können. Das ist in der Zeit der Pandemie zu kurz gekommen, weil man sich nur auf Corona Fälle gestürzt hat. Das ist das Wichtigste, und die anderen sind ein bisschen außen vorgekommen. (I.01; A.31)

So dass wir irgendwann angefangen haben, tatsächlich zumindest die chronischen Patienten, also letztlich die DMP-Patienten, anzurufen und zu sagen: "Hey, wir sind noch da. Wie geht es Ihnen? Können Sie schnaufen?" (I03; A.19)

3.2.4.1.2 Ökonomische Konsequenzen für die Praxis

Die wirtschaftlichen Konsequenzen des Patientenrückgangs für die Praxen wurden recht unterschiedlich eingeschätzt. Einzelne Teilnehmer*innen hatten Angst vor wirtschaftlichen Folgen für die Praxis oder hatten in den ersten Wochen der Pandemie Kurzarbeit einführen müssen, in einem Fall nicht zuletzt wegen aufwändiger Praxissanierungsarbeiten kurz vor der Pandemie. Überwiegend erwarteten die Ärzt*innen aber keine wirtschaftliche Schieflage der Praxis. Sie waren zuversichtlich und gingen von weniger Einbußen aus als am Anfang der Pandemie erwartet.

Und das hat aber jetzt wirtschaftlich für mich keine / also wahrscheinlich werde ich jetzt da weniger verdienen. Ich habe das jetzt nicht hochgerechnet, aber rein gefühlsmäßig. Aber es war zu keinem Zeitpunkt irgendeine Gefährdung, dass ich sage, ich bin wirtschaftlich also da irgendwo in die Bedrängnis gekommen. (I.04; A.23)

Und wir haben auch wirtschaftliche Einbußen gehabt. Wir haben auch Kurzarbeit angemeldet, für einen Monat mussten wir Kurzarbeit machen. (I.10; A.33)

Also, finanziell ist es auf alle Fälle nicht schlechter gewesen ... am Anfang haben wir gedacht, okay, vielleicht bricht das jetzt alles total ein. War aber nicht so. Jetzt haben, wir haben, also ich habe eh viel gearbeitet, und ich habe die Patienten auch einfach wieder kommen lassen. (I.02; A.27)

Trotz des Rückgangs von Patient*innen in den Praxen entstand durch die Pandemie auch nach dem Abklingen der ersten Welle (z.B. durch das Testen und dessen Abrechnung) in bestimmten Bereichen Mehrarbeit. Es bestand Einigkeit unter den Teilnehmer*innen, dass hier entsprechende Vergütungen erfolgen sollten.

Also über die Vergütung muss man sicherlich nochmal reden. Es ist sicherlich nicht so, dass ich an Corona reich werden will. Das sehe ich auch überhaupt nicht als meine Aufgabe und mein Ziel. Ich kann jetzt nicht sagen, ob mich das jetzt finanziell oder rein wirtschaftlich Corona Nachteile bereitet hat. Ich denke mal nicht. (I07; A.15)

3.2.4.2. Praxisorganisation

Aufgrund der Herausforderungen in den ersten Wochen der Pandemie waren die Ärzt*innen und ihre Teams gezwungen, wichtige Änderungen in der Praxisorganisation vorzunehmen, die sich zum Teil sehr gut bewährten und daher auch nach Abklingen der ersten Welle beibehalten wurden. Vor allem der Mangel an Schutzausrüstung und das damit verbundene Infektionsrisiko führten dazu, dass häufig eine Teamteilung, eine Trennung von Infekt- und Nicht-Infekt-Patient*innen sowie vermehrt Telefonate erfolgten (siehe Abbildung 29).

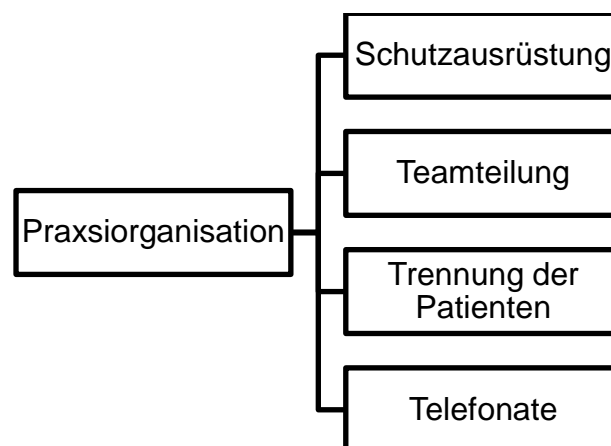


Abbildung 22: Unterthema Praxisorganisation

3.2.4.2.1 Schutzausrüstung

Wie in den Freitexten der quantitativen Befragung war auch in den Interviews der Mangel an Schutzausrüstung in den ersten Wochen der Pandemie ein häufig angesprochenes Thema. Die Schutzausrüstung war teilweise nur zu hohen Preisen oder überhaupt nicht verfügbar. Demzufolge berichtete eine Hausärztin davon, dass die noch vorhandene Schutzausrüstung mehrmals und länger als vorgesehen benutzt werden musste. Die Tatsache, dass die Mitarbeiter*innen und sie selbst durch einen Mangel an Schutzausrüstung einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt waren, war für die Ärzt*innen nicht akzeptabel. Im Einzelfall konnte in begrenztem Umfang Schutzausrüstung besorgt werden; eine Ärztin konnte einen Vorrat nutzen, der zu Zeiten der Schweinegrippe angelegt wurde. Nach einigen Wochen wurden die Praxen dann von der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Technischen Hilfswerk oder dem Katastrophenschutz mit ausreichend Schutzausrüstung versorgt.

Also was gar nicht ging war, dass eben die Schutzausrüstung nicht ausreichend war. Also wir haben teilweise unsere Masken eine Woche lang getragen, die Kittel auch und so. Weil einfach gar nichts mehr da war und wir auch nicht wussten, wie es weitergehen würde. Und dann am Ende, als dann wieder alles schon abflaute, auf einmal haben wir jetzt vom Katastrophenschutz, keine Ahnung fünf Kisten mit Masken bekommen und haben jetzt mal genug tatsächlich. Aber also in der Versorgung zu sein und diese Sorge zu haben, dass nicht genügend Schutzausrüstung da ist, das finde ich das ist was, was überhaupt nicht geht. (I08; A.23)

Ich muss auch sagen, wir hatten tatsächlich diese Schutzausrüstung, die ich beim ersten Fall ja dann schon angezogen habe, die ist noch von der Schweinegrippe dagewesen. (I.09; A.31)

3.2.4.2.2. Teamteilung

Um den Praxisbetrieb bei möglichen Ansteckungen oder Quarantäneverordnungen aufrecht zu erhalten, führten vier der teilnehmenden Praxen eine Teamteilung bzw. einen Schichtdienst in zwei Praxisteamen ein. Hierbei handelte es sich um größere Praxen mit mehreren Ärzt*innen.

Wir haben von Haus aus unser Team gleich geteilt und haben also wochenweise eigentlich Schichtdienst gemacht. Eine Schicht eine Woche, dann eine andere Schicht die nächste Woche, damit wir selber nicht in die Gefahr geraten, wenn jetzt eine Schicht ansteckungsmäßig ausfällt, dass wir die Praxis zumachen müssen. (I.01; A.23)

[...] wir haben dann eine Teamteilung durchgeführt, was natürlich jetzt in einer großen Praxis leichter funktioniert als in einer Einzelpraxis. Wir haben auch, Teamteilung heißt, sowohl die Ärzte als auch das Personal wurde geteilt, getrennt. (I.10; A.13)

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang war, dass in einer Praxis mit nur einem/einer Ärzt*in einer stark betroffenen Region trotz COVID-Fällen bei Praxismitarbeiter*innen das restliche Team unter Auflagen des Gesundheitsamtes und engmaschigen Tests zur Aufrechterhaltung der Versorgung weiterarbeiten durfte.

3.2.4.2.3. Trennung der Patienten*innen

Wichtige organisatorische Maßnahmen in den Praxen betrafen die Trennung von Infekt-Patient*innen von anderen Patient*innen. Die Teilnehmer*innen berichteten von kreativen Lösungen, um möglichst auch eine strikte räumliche Trennung zu gewährleisten. So wurden z.B. Abstriche nach Möglichkeit in separierten Räumen, gegebenenfalls auch im Freien oder in einer Garage durchgeführt.

Die Praxis liegt im ersten Stock und dann haben wir eben Aushänge gemacht, erstmal, wenn jemand in die Praxis kommt und kommt aus einem entsprechenden Gebiet, muss er vorher anrufen und nicht einfach in die Praxis hineinlaufen, sondern also diese normalen Maßnahmen und die Abstriche haben wir am Anfang unten gemacht vor der Haustür. (I.04; A.11)

Ich selbst habe mir auch die Garage in der Praxis umgebaut, zu einem Abstrichraum, das funktioniert alles. (I.06; A.08)

Das Aufeinandertreffen von potenziell infektiösen COVID-Patienten*innen mit nicht infizierten vulnerablen Patient*innen musste in der Praxis verhindert werden. Für die zeitliche Trennung haben viele Praxen eine separate Infektsprechstunde ohne Wartezeiten am Ende des Tages eingerichtet. Um ein zeitliches Aufeinandertreffen der Patientengruppen sicher auszuschließen, hat eine Praxis zum Beispiel als Puffer eine Telefonsprechstunde zwischen regulärer und Infektsprechstunde eingebaut.

Wir haben bei uns in der Praxis Infektsprechstunde, das machen wir jeden Tag, immer am Ende des Tages. Wir haben Gott sei Dank die Möglichkeit das räumlich zu teilen...Da machen wir die Abstriche und schauen die Leute an, die Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Durchfall und so Sachen haben. (I01; A.21)

Und da haben wir reagiert generell, dass wir jetzt aber weiterhin eine Infektionssprechstunde, also Zeit haben, wo die Infektionspatienten kommen, die dann

quasi auch keine Wartezeit haben. Wir machen/ also Sprechstunde geht zu Ende, Telefonsprechstunde, dass die Praxis wirklich leer ist. Und dann kommen dann diese Patienten mit Infektionen, die begegnen sich quasi nicht. Die werden dann sofort in die Sprechzimmer verräumt, so dass die möglichst keinen Kontakt haben mit anderen. (I.10; A.27)

Einige der pandemiebedingten organisatorischen Änderungen wurden als über die besondere Situation hinausgehend positiv und sinnvoll bewertet. So wurden Infektsprechstunden auch nach Abklingen der ersten Welle weitergeführt. Eine Teilnehmerin berichtet, dass durch den externen Druck die bereits länger gewünschte Umstellung auf eine konsequente Vorgehensweise bei den Terminsprechstunden endlich umgesetzt werden konnte. Die Teilnehmerin bewertet die jetzige Regelung sowohl für die Patient*innen wie auch sich selbst als deutlich besser.

Es hat ehrlich gesagt jetzt bei unserem Praxisablauf, glaube ich, unter dem Strich sehr viel positive Auswirkungen. Weil, was wir eigentlich die ganze Zeit schon wollten, war eine Terminsprechstunde. Und unsere Vorgänger hatten halt so eine Durcheinandersprechstunde. Das heißt, man hatte Termine alle Viertelstunde, aber jeder, der gerade Lust hatte, kam zusätzlich reingelaufen und setzte sich dazu. Und wartete und war dann mit in dieser Warteliste. Und man hat die ganze Zeit irgendwie diese zusätzlichen Leute im Nacken gehabt. Und dann sind eigentlich alle zu kurz gekommen, auch die Patienten mit Termin und auch die ohne. Und unsere Arzthelferin hat immer gesagt: Nein, es geht nicht anders, wir können es auf keinen Fall abschaffen. Und jetzt mit Corona, mit dem Argument, wir dürfen einfach nicht so viele Leute in den Räumlichkeiten haben, und mit der Umstellung unseres Terminkalenders so ein bisschen, dass wir so Blocker drin haben für Akutpatienten noch am selben Tag, hat sich das sehr gemäßigt. Also es ist eigentlich viel angenehmer zu arbeiten. Weil wir jetzt einfach Termine einen nach dem anderen abarbeiten. Und die Patienten, wenn einer jetzt morgens anruft oder kommt und sagt, er hat Rücken, dann kriegt er heute oder morgen halt einen geplanten Termin und muss dann gegeben falls noch mal kommen. Aber sitzt dann nicht anderthalb Stunden bei uns im Wartezimmer und blockiert alles und, ja, nimmt anderen Zeit weg und hat selber dann nur zwei Minuten, um was zu sagen. Also das wird, glaube ich, ein positiver Aspekt oder ein positives Outcome sein von der ganzen Geschichte. (I.03; A.19)

3.2.4.2.4. Telefonate

Die Möglichkeit der telefonischen Betreuung wurde von den Hausärzt*innen für eine Reihe unterschiedlicher Ziele stark genutzt. Am Anfang der Pandemie gab es viele Telefonanrufe von verunsicherten Patient*innen. Einige Praxen boten für die Patient*innen eine zusätzliche Telefonsprechstunde an. Eine Ärztin führte die Anamnese telefonisch durch, um die Kontaktzeit bei der nachfolgenden Untersuchung möglichst gering zu halten.

Milliarden Telefonanrufe von verunsicherter Bevölkerung, die teils durch die Politik, teils durch das Gesundheitsamt, teils durch irgendwelche medialen Geschichten maximal verunsichert wurden. (I.06; A.8)

Die Ärzte haben die ganze Zeit telefoniert. Wir hatten relativ viel zu tun, aber halt am Telefon. Wir haben das dann so umgestellt, dass die Mitarbeiter über mittags, also ihre Mittagspause - halt in der Früh einer weniger oder zwei weniger - und die haben dann dafür in der Mittagspause Telefondienst gemacht. (I.09; A.19)

Mehrere Teilnehmer*innen waren erstaunt, wie viele Beratungsprobleme über Telefonate geregelt werden können. Als sehr positiv wurde außerdem die neu eingeführte Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung für einfache Infekte bei bekannten Patient*innen angenommen.

Also, und die Betreuung der Patienten, also was ich gelernt habe dadurch, was ich vorher nicht gedacht habe, wie viel man telefonisch machen kann. (I.05; A.17)

Und ganz wichtig, dass man einfach Krankschreibungen telefonisch machen kann. Also das finde ich, ist jetzt nicht nur auf Infekte bezogen. Sondern wenn ich meine Patienten kenne, und die rufen an, dass sie eine Magen-Darm-Geschichte oder was weiß ich, haben, dann geht das telefonisch, dann müssen die nicht in die Praxis kommen. Also ganz einfache Sachen. (I.01; A.35)

Zum Teil wurde auch die Möglichkeit der Videosprechstunde genutzt und von den Patient*innen teilweise gut, teilweise aber auch weniger gut angenommen. Die Ärzt*innen sahen aufgrund des hohen zusätzlichen Aufwands keine wirklichen Vorteile gegenüber der Telefonsprechstunde.

Wir haben dann auch mit dieser Video-Sprechstunde angefangen. Wobei die, ehrlich gesagt, bis heute mir nicht einleuchtet, was die mehr bringen soll als ein Telefonat. Das ist oft so ein Wahnsinn, bis man die ganze Technik dann am Laufen hat, weil die Patienten irgendwie nichts verstehen oder der Link nicht funktioniert. ... Also man

verbringt die Hälfte des Termins mit der Technik. Und dann, muss man sagen, ... es gibt fast nichts außer vielleicht mal ein Ausschlag, was man nicht telefonisch besprechen könnte, was man da jetzt im Video-Call irgendwie zusätzlich machen könnte. Also das haben wir trotzdem etabliert, weil das wurde ja auch super subventioniert, wird es ja auch noch. (I.03; A.19)

3.2.4.3. Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen

Die Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen war für die interviewten Ärzt*innen ein wichtiges Thema. Sie stellten in den Vordergrund, wie die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Beteiligten in der Pandemiebewältigung verlief. Dabei stand die Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft, mit dem Katastrophenschutz, dem Gesundheitsamt und der Kassenärztlichen Vereinigung im Mittelpunkt (Abbildung 30).

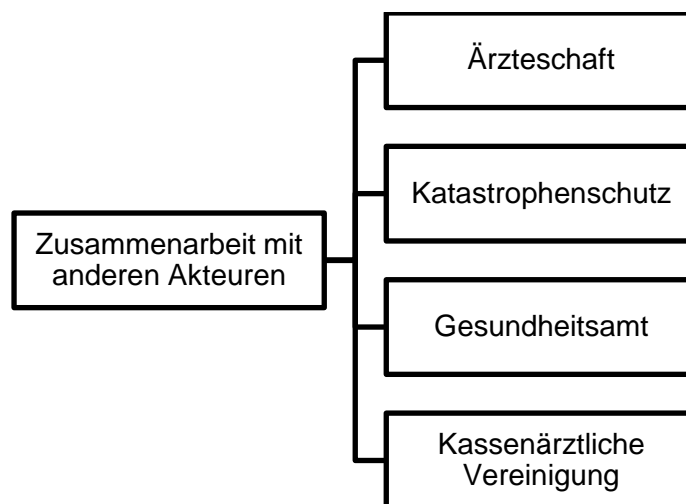


Abbildung 23: Unterthema Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

3.2.4.3.1. Ärzteschaft

Die Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft war durch einen guten Zusammenhalt gekennzeichnet. Die Ärzt*innen einer Region haben sich zum Beispiel aufgrund der Pandemie in einer gemeinsamen WhatsApp-Gruppe für einen besseren Austausch zusammengeschlossen. Das zeigt, wie verbindend die spontane Herausforderung der Pandemie unter den Ärzt*innen der verschiedenen Disziplinen gewirkt hat und Raum für neue kollegiale Strukturen geschaffen wurde, die über COVID hinaus weitergeführt werden könnten.

Ja, was sehr beruhigend, positiv und erstaunlich war, das war der Zusammenhalt unter uns Ärzten über die Fachrichtungen hinaus, wirklich zu Beginn der Pandemie, völlig

unkompliziert, total kollegial. Wir haben für unsere Infektsprechstunde oder unsere Schwerpunktpraxis in Nullkommanichts den Dienstplan voll gehabt. Und da waren Kardiologen und Orthopäden und Hausärzte und alle, die da mitmachen wollten. Also das war für mich ein sehr positives Erlebnis, weil ja sonst die Ärzteschaft nicht unbedingt einig ist. Und man hat gesehen, das Ganze funktioniert nur, weil regional, vor Ort die Leute so einen Einsatzwillen haben. Dass sie Sachen selber auf die Füße stellen oder dann umsetzen, auch wenn keine gescheiterten Vorgaben da sind. (I.01, A.65)

In Bezug auf die Einordnung des Virus wurden als Problem die vielen uneinheitlichen Meinungen in der Hausärzteschaft angeführt. Dass manche Ärzt*innen auf Demonstrationen extreme Meinungen zu COVID vertreten haben, war für die Interviewten nicht nachvollziehbar. Das würde „Coronaleugner“ in ihrer Meinung weiter bekräftigen und zeigt, welchen Einfluss Aussagen von Ärzt*innen in der Öffentlichkeit haben können.

Ja, Problem ist, Hausärzte unter einen Schirm zu kriegen, ist schwierig, ja? Nehmen Sie fünf Hausärzte und Sie haben sieben Meinungen, ja? Wie ich eben schon zu verstehen gegeben haben, ja? Also die Reaktion auf die Situation bei uns war so was von weitgestreut, von absoluter Zuversicht und positiver Beurteilung bis absolute Kritik. (I.07; A.17)

Ich habe erst gestern wieder eine fürchterliche Filmsequenz auf YouTube gesehen, wo sich, sie stellen sich nicht vor, wer sie sind, aber es sind Ärzte angeblich, die sich lauthals darüber auslassen, dass das alles politisch fingiert wäre und es keinerlei medizinische Grundlagen für Mundschutz gäbe. Da frage ich mich, wo die gelernt haben, ja, oder ein Chirurg würde nie im OP darauf kommen, Mundschutz schützt nicht, ja, oder wäre ineffektiv, ja? Also ich finde es ganz, ganz fürchterlich, wenn Ärzte solche Publikationen rauslassen und wir wirklich auch noch die, sage ich mal, Zweifler unterstützen, ja? Und es ist für mich auch nicht nachvollziehbar, diese hier in Berlin jetzt, diese Demonstration gegen Maskenpflicht und so weiter. (I.07; A. 13)

3.2.4.3.2. Katastrophenschutz³

Die Zusammenarbeit mit der Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK) wurde vor allem von zwei Ärzt*innen mehrmals angesprochen. Dabei wurde die Kooperation sehr gelobt, weil beispielsweise die Praxen durch die FüGK mit Schutzausrüstung ausgestattet wurde. Eine gemeinsame FüGK von Stadt und Landkreis hat sich ebenfalls als effektiv herausgestellt.

Also ich sage mal, warum es bei uns in der Region gut geklappt hat, weil der Katastrophenschutz oder die Führungsgruppe Katastrophenschutz hervorragende Arbeit geleistet hat, weil die regionale Politik vom Landrat über Bürgermeister eben und über die Katastrophenschutzeinheiten hervorragend miteinander gearbeitet haben. Wir kennen uns aus vielen Bereichen, von Hochwasserkatastrophe über Schneekatastrophe in den letzten Jahren. Man kennt sich untereinander im, sage ich jetzt mal, Blaulichtmilieu. Und die Ärzte, die in diesem Bereich arbeiten, der ärztliche Leiter Rettungsdienst, der Versorgungsarzt, die eingeteilten Ärzte für Praxis, für zentrale Teststrecke, die haben im Team gearbeitet und das hat funktioniert, ja. (I.07, A.17)

Das war also ein ziemliches Durcheinander am Anfang, ansonsten war das jetzt speziell mit unserem Landratsamt mit der Führungsgruppe Katastrophenschutz und so weiter, eine sehr gute Zusammenarbeit und man hat auch versucht, den Ball flach zu halten, so gut es ging. (I.06; A.08)

Außerdem wurde zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt bei der FüGK ein*e Versorgungsärzt*in von dem/der Landrät*in bzw. Bürgermeister*in ernannt und eingesetzt. Zu den Aufgaben des/der Versorgungsärzt*in zählten die Einrichtung von COVID-Schwerpunktpraxen und COVID-Testzentren, die Unterstützung der FüGK bei der Verteilung von Schutzausrüstung und die Rekrutierung des hierfür erforderlichen Personals (Bayerische Staatsministerien des Innern, für Sport und Integration und für Gesundheit und Pflege 26.03.2020). Die Zusammenarbeit mit

³ Im März 2020 wurde in Bayern landesweit der Katastrophenfall ausgerufen. Für diesen Fall sind in Bayern bei Katastrophen jeder Art die Kreisverwaltungsbehörden der Landratsämter und kreisfreien Städte, die Bezirksregierungen und das Bayerische Innenministerium zuständig. Im Katastrophenfall ist die örtliche Katastrophenschutzbehörde für die Koordinierung aller Maßnahmen der beteiligten Behörden, Organisationen und Einsatzkräfte zuständig. Dafür gibt es drei Führungsebenen. Die obere Führungsebene ist die Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK), die aus Mitarbeiter*innen der Behörde besteht, aber lageabhängig durch andere Vertreter*innen der Katastrophenbewältigung und durch Sachverständige erweitert werden kann. Die mittlere Führungsebene ist die/der Örtliche Einsatzleiter*in, und die untere Führungsebene die organisationsinterne Führung der Einsatzkräfte vor Ort (Landtag des Freistaates Bayern 24.07.1996).

den Versorgungsärzt*innen wurde in den Interviews nur kurz angeschnitten, die Idee dabei für positiv befunden und die Zusammenarbeit überwiegend als gut beschrieben.

Und der (Versorgungsarzt) hat auch wirklich sehr engen Kontakt gehalten per E-Mail. Persönlich ging natürlich nicht, das ging alles per E-Mail und auch per WhatsApp-Gruppe. Und das war wirklich gut organisiert, muss man sagen. Also den Kollegen können wir wirklich nur den Hut ziehen, dass er neben seiner Praxis dann auch noch das hat aufgeschultert und so toll gemacht hat, ja. (I.10; A.43)

3.2.4.3.3. Gesundheitsamt

Zu der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt waren die Meinungen äußerst divers. Zu Beginn der Pandemie sei das Gesundheitsamt seiner Informationspflicht zu wenig nachgekommen. Die Mitarbeiter*innen wirkten bei Anfragen der Ärzt*innen unsicher, was sich weiterführend negativ auf die Klärung von Verantwortlichkeiten, wie beispielsweise bei Tests, auswirkte. Die Zuständigkeiten zwischen Gesundheitsamt und Hausarztpraxis waren nicht klar geregelt und einige Interviewteilnehmer*innen hätten sich mehr Unterstützung gewünscht. Sie reflektierten allerdings auch deren persönliche und kapazitive Überlastung und erkannten die Überforderung innerhalb der Situation. Insbesondere die Kommunikation und der Informationsfluss wurden kritisiert.

Das heißt, das Gesundheitsamt hat es auf die Hausärzte abgeschoben und wir hätten gern vielleicht, da muss man ja ehrlich sein, auch gerne einfach gesagt: „Gehen Sie zum Gesundheitsamt“, und so, "die regeln das schon." Also das sind Sachen, die halt unangenehm sind oder die noch nicht so klar sind, schiebt man weg, gern ab und sagt sich „die anderen machen es“. Also das war in der Anfangssituation so, dass eigentlich Verantwortlichkeiten gerne abgeschoben wurden. Einer hat es auf den anderen geschoben und gesagt: „Na ja, müssen wir jetzt mal“, und so. (I.04, A.21)

Ich habe gesehen, dass das Gesundheitsamt bei uns vor Ort personell und mit der Situation völlig überfordert war. Also die waren, ich werfe denen nichts vor, das war, die sind personell nicht darauf eingestellt, die sind da nicht genügend ausgestattet und haben so etwas natürlich auch noch nicht erlebt und konnten da auch auf keinen Plan zurückgreifen. Aber das war, die waren völlig überfordert und haben uns in keinsten Weise unterstützen können. Ja, da sind wir telefonisch nicht mehr durchkommen, also es war einfach. (I.10, A.35)

Ein gutes Zusammenspiel zwischen der Behörde und niedergelassenen Ärzt*innen wurde aber als zentral entscheidend für die Pandemiebekämpfung und darüber hinaus angesehen.

Lediglich eine Ärztin berichtete, dass die Zusammenarbeit mit dem lokalen Gesundheitsamt v.a. in Bezug auf die Erreichbarkeit gut verlief, aber bei Fällen über die Landkreisgrenze hinaus aufgrund von Zuständigkeiten schwierig war. Eine andere Teilnehmerin erzählte, dass Ärzt*innen und das Gesundheitsamt aufgrund der Pandemie wieder näher zusammengedrückt sind.

Was ich da aber sehr schwierig finde, ist: Jedes Mal, wenn Sie einen Fall haben, der über die Landkreisgrenzen hinausgeht, ist es ganz schwierig. Mein erster Fall, die hatte Kontakt mit einem zu [Ort] und zu [Ort], und eben hier im Landkreis [Ort] dann. Dann rufe ich da an, und dann sagen sie: "Ja, also der ist ja nicht in unserem Landkreis. Interessiert uns nicht." Sage ich: "Ja, melden Sie es dann wenigstens weiter?" "Nein. Ist nicht unsere Zuständigkeit." [...] Also ich persönlich muss ganz ehrlich sagen, mit unserem Gesundheitsamt haben wir sehr gut zusammengearbeitet und hatten auch guten Kontakt. Und sie waren auch für uns immer erreichbar, und ich habe sogar am Sonntag mit denen kommunizieren können. Also gerade am Anfang waren die wirklich extrem gut erreichbar per E-Mail, am Telefon nicht, aber per E-Mail, und hat sich auch immer sofort zurückgemeldet. Das hat sehr gut geklappt bei uns. (I.09, A. 57-61)

Ja, (...) vielleicht, dass wir lernen, dass die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Behörden, also sprich Gesundheitsamt, dass man da wieder, glaube ich, ist man in gewisser Weise, auch, wenn wir manchmal miteinander ringen, aber ist man wieder ein bisschen näher zusammengedrückt. Vorher war das: Naja, das Gesundheitsamt gibt es halt auch. Und jetzt hat man schon mit denen auch wirklich zu tun, telefoniert mit denen und sonst was. Also das ist ein bisschen auch, ein bisschen zusammengedrückt. Ob das so bleiben wird, weiß ich nicht. (I.05, A.33)

3.2.4.3.4. Kassenärztliche Vereinigung⁴

Von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) forderten die Interviewpartner*innen eine angemessene Anpassung der Vergütung, v.a. hinsichtlich des Mehraufwandes durch die Betreuung von COVID-Patient*innen, z.B. in Form von Telefonaten und Testungen in der Praxis. Außerdem empfanden einige in der Pandemiebekämpfung engagierte Ärzt*innen

⁴ Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) ist für die vom Gesetzgeber übertragene Sicherstellung der hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung der Patient*innen verantwortlich (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2021b). Ihre Kernaufgabe ist der Sicherstellungsauftrag, inklusive ärztlichem Bereitschaftsdienst und Notarztdienst. Zudem der Gewährleistungsauftrag mit Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit sowie die Interessensvertretung der Mitglieder mit Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen und Abrechnung und Auszahlung der Honorare. Außerdem Beratungsleistungen sowie ein Berufs- und gesundheitspolitisches Engagement für ihre Mitglieder (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2021a).

durch ihre Tätigkeit eine Ungleichbehandlung gegenüber Praxen, die keine Verantwortung in der Pandemie übernommen haben, aber trotzdem eine Umsatzerstattung von der KV erhielten.

Aber Praxen, die zum Beispiel über vier bis sechs Wochen geschlossen worden sind und denen ja zugesichert worden war, sie kriegen zumindest achtzig Prozent der Erstattungen vom Vorjahresquartal, ist so eine Sache, ja? Die haben sechs Wochen nicht gearbeitet, haben nichts verdient und kriegen achtzig Prozent erstattet. Wir haben die ganze Zeit unter schwersten Bedingungen durchgearbeitet. Haben vielleicht 84 Prozent vom Vorjahresquartal und kriegen keine müde Mark, ja? Also da muss man auch mal darüber reden. Wie gesagt, ich will mich da an der Corona-Krise nicht bereichern, aber ich möchte zumindest für den Mehraufwand zumindest auch vom Staat her sehen, dass hier eine adäquate Vergütung gewährleistet ist. (I.07, A.15)

Im Interesse der Hausärzt*innen lag außerdem ein Abbau der Bürokratie und eine Vereinfachung in Bezug auf Formulare und Abrechnung. Als Entlastung stellte sich die Organisation des Bereitschaftsdienstes dar, welcher mit Hausbesuchen bei COVID-Verdachtsfällen Abstriche durchführte und der laut den Interviewpartner*innen überwiegend gut funktioniert hat.

Und da zeigt sich die Schwäche in unserem System, einfach. Dieses KV System ist ein überbordender Verwaltungsapparat, der schaut, dass Gelder verteilt werden und die Regeln umgesetzt werden. Und, ja, mit den Kassen verhandelt wird, was schwierig ist, mit der Politik verhandelt wird, was schwierig ist. Die haben keinen leichten Job, aber es ist auch eine unnötige Geschichte, ein KVB System in der Form zu haben. Das ist nicht unsere Interessensvertretung. (I.01, A.39)

Ich glaube, da war auch die KV sehr gut, dass die gleich diesen Kassenärztlichen Notfalldienst gemacht hat, der da zu den Patienten, zu den, ja, symptomatischen Patienten wirklich hingefahren ist, die Abstriche ja gemacht hat, die haben das ja innerhalb von fünf Tagen alles organisiert, muss man auch sagen. Also ich war schon relativ überrascht, dass das so gut funktioniert hat. (I.09, A.33)

Ein*e Teilnehmer*in merkte jedoch kritisch an, dass die Vergabe von begehrten KV-Diensten oft intransparent ist und es schwer sei, an solch gut vergütete Dienste zu gelangen.

Was ich so ein bisschen kritisch anmerken muss, da gab es dann ja so super Jobs von der KV, wo man irgendwie, wenn man dahinging und dort eine Stunde Abstriche gemacht/ Also man konnte als Arzt so einen Abstrichdienst machen. Und dann konnte man dahingehen, dann hat man irgendwie 120 Euro die Stunde gekriegt [...] Und jetzt

ist es interessanterweise auch so, dass dieser KV-Dienst, dieser Fahrdienst, wo man ja mit einem Taxi als Arzt durch München fährt und Leute besucht, die keine Lust oder Zeit haben zum Arzt zu gehen zu Öffnungszeiten, meistens, und dafür sehr gut bezahlt wird, dass dieser Dienst momentan für uns nicht akzessibel ist. Weil am Tag, wo das gesamte nächste Jahr freigegeben wurde, da kann man so online sich für Dienste eintragen, war der Dienstplan voll. Vielleicht bin ich paranoid, aber das war letztes Jahr noch nicht so. Und da frage ich mich schon, wer da mit welcher Mafia unterwegs ist. Diese Dienste, ich weiß von großen MVZs, die ihre Ärzte in Weiterbildung Tag und Nacht diese Dienste fahren lassen, mit sogar eigenen Autos. Und ich bin mir sicher, dass die diese Dienste haben. Aber auch das weiß ich nicht, das ist nur eine (lachend) paranoide Unterstellung. Aber auch da, muss ich sagen, das finde ich so ein bisschen undurchsichtig, da, finde ich, das wird nicht so gut gemanagt von der KV. (I.03; A.45)

Die KV übernahm zudem teilweise die Ausstattung der Praxen mit Schutzausrüstung. Die Verteilung erfolgte zeitnah, wurde jedoch teilweise als unkontrolliert und unfair angesehen, sodass die erforderliche Ausrüstung nicht an den Stellen ankam, an denen sie am dringlichsten benötigt worden wäre.

Wobei dann relativ flott von der KV diese Hilfe kam, dass man sich einen Bedarfsschein im Internet runterladen konnte. Und dann mit diesem Bedarfsschein zum [Ort] fuhr, um (lacht) sich dann dort irgendeine Mischung aus PPE abzuholen. Das war dann nicht unbedingt das, was wir unbedingt brauchten, aber zumindest hatte man so das Gefühl, man wird irgendwie supportet. Genau. (I.03, A.9)

3.2.5. Bewertung des politischen Umgangs

Der politische Umgang mit der Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen waren nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch unter den Hausärzt*innen ein viel diskutiertes Themenfeld (Abbildung 31). Alle Interviewten äußerten sich ausführlich zu den politischen Maßnahmen, wobei der Gesamteindruck überwiegend als positiv und die getroffenen Maßnahmen als richtig bewertet wurden. Ein Thema war zum Beispiel die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten. Ein weiterer Bereich mit sehr unterschiedlichen Auffassungen war die Teststrategie der Regierung. Zudem wurden die politischen Interessensvertretungen durch den Hausärzterverband und die DEGAM von den Interviewten angesprochen.

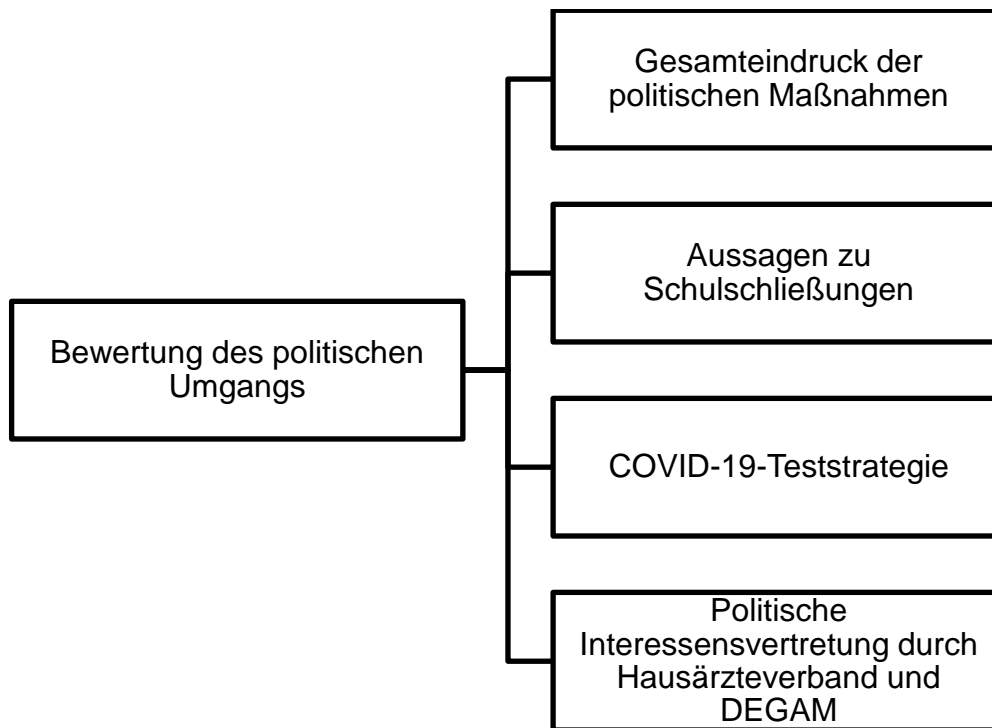


Abbildung 24: Thema Bewertung des politischen Umgangs mit der Pandemie

3.2.5.1. Gesamteindruck der politischen Maßnahmen

Die Mehrheit der Teilnehmer*innen bewertete die Maßnahmen der Politik insgesamt positiv. Insbesondere wurden die Maßnahmen und der Lockdown am Anfang der Pandemie, als noch wenig über das Virus bekannt war, im Rückblick als adäquat und angemessen bewertet. Dabei wurde mehrmals die vorsichtigere und strengere Linie der bayerischen Regierung gelobt. Ein*e Teilnehmer*in war der Meinung, dass man die radikalen Maßnahmen auch weiterhin aufrechterhalten sollte. Vor allem im Vergleich zu anderen Ländern sei man bisher besser durch die Pandemie gekommen.

Am Anfang war das alles sehr, sehr gut gemacht finde ich. Und auch gerade für Bayern jetzt, das war irgendwie schon, dass man gesagt hat, okay, einerseits auch beruhigend, andererseits auch immer wieder ganz klare Diktion, wie man sich zu verhalten hat. (I.06; A.08)

Nein, ich glaube schon, dass das, was man an Maßnahmen gemacht hat, [...] dass die schon am Anfang adäquat waren. Insbesondere, weil man halt auch nicht wirklich gewusst hat, ja, was auf einen zukommt. Also ich fand die, ja, ich fand das am Anfang zur Lockdown-Zeit wirklich adäquat. (I.05; A.27)

Ich muss sagen, also im Nachhinein muss man sagen, vieles richtig gemacht, finde ich. Da sind andere Länder tragischerweise viel heftiger betroffen. Und ich habe das

oftmals mit meiner Frau diskutiert, wie gehen das die gerade, auch Schweden, wie gehen jetzt die Schweden damit um, wie gehen wir damit um? Und im Nachgang muss man sagen, hat dann doch die Regierung doch sehr, sehr vieles richtig gemacht. (I.10; A.31)

Die Gründe für das gute Abschneiden Deutschlands im Vergleich zu anderen Ländern wurden aber teilweise als unklar angesehen. Aus Sicht der Hausärzt*innen war dafür nicht nur der politische Umgang, sondern auch das positiv bewertete Verhalten der deutschen Bevölkerung und Ärzt*innen mitverantwortlich.

Also da sehen wir ja Beispiele aus anderen Ländern, wo es sehr viel schlechter lief. Ich weiß nicht, was die Gründe sind, warum es bei uns so gut läuft. Ich glaube nicht, dass es rein politische Gründe sind. (I.03; A.23)

Und ich finde auch, die Ärzte haben sich ganz gut verhalten. Die deutsche Bevölkerung hat sich super verhalten. Und die Politiker haben sich gut verhalten. Also ich denke, Deutschland ist da wirklich ganz gut durchgekommen. (I.09; A.51)

Obwohl der Umgang der Politik in der Pandemie insgesamt überwiegend positiv bewertet wurde, gab es auch kritische Einschätzungen. Ein Arzt sprach dabei von Enttäuschung, Plan- und Ziellosigkeit und gab dem Vorgehen der Politik „eine glatte Sechs“. Dabei wurde eine ganze Reihe an Aspekten angesprochen, z.B. dass man trotz einer früheren Erprobung des Katastrophenfalls schlecht vorbereitet war und man die Hausärzt*innen bei Umsetzung der Vorgaben allein gelassen habe. In die vorausgegangenen Planungen wurden sie dabei erst gar nicht mit einbezogen. Als Folge waren viele Vorgaben schwer umsetzbar. Dabei sprach er auch an, dass es weiterhin an einem Konzept für Schulen und Tests fehle.

Das ist eine gute Frage. Politisch bin ich sehr enttäuscht vom Anfang. Also das Handling am Anfang war, meiner Meinung nach, katastrophal. Wenn man sich bedenkt, dass 2007 oder 2008 der Katastrophenfall geprobt worden wäre, und man jetzt völlig blauäugig, nicht wissend ohne Schutzausrüstung im März dagestanden ist, und wir Hausärzte und Hausärztinnen total alleine gelassen worden sind mit der Schutzausrüstung, die wir selber gehabt haben. Keiner hat uns etwas zur Verfügung gestellt, keiner hat uns gescheitete Informationen gegeben. Das war sehr plan- und ziellos. Das muss ich sagen, eine glatte Sechs, also katastrophal dieses Hantieren von diesem Umgang. Es ist dann ein politischer Aktionismus gekommen, der das Ganze nicht besser gemacht hat, finde ich. Weil das, was da politisch vorgegeben wurde, einfach als Statements rausgehauen wurde, aber es ist überhaupt kein Konzept dahinter gewesen, was teilweise immer noch so ist. Also ich finde immer noch, diese Testerei ist völlig plan- und ziellos. Außerdem sind wir jetzt Ende Juli, die Pandemie passiert seit, sagen wir mal, Februar, März, und wir wissen jetzt noch nicht, was wir

nach den Ferien mit der Schule machen sollen. Das Testerei-Problem ist überhaupt noch nicht gelöst. Also politisch, muss ich gestehen, bin ich sehr enttäuscht, (lacht) weil sie uns alleine gelassen haben und immer noch alleine lassen. Und eigentlich keinerlei Hausärzte, scheint so, mit in die Planung einbezogen haben und in die Beratungen. Das wäre jetzt mal das Politische. (I.01; A.27)

Ein weiterer Teilnehmer kritisierte ebenfalls voreilige politische Beschlüsse, die von den Hausärzt*innen gar nicht so schnell umzusetzen waren oder sie davon abhielten, überhaupt korrekt tätig zu werden. Dabei sprach er als Beispiel die Abstriche für die Corona-Tests an, auf die im Abschnitt COVID-19 Teststrategie (3.2.5.3) genauer eingegangen wird.

Es kamen ständig irgendwelche Faxe rein, die sich/ am nächsten Tag schon wieder war es wieder das Gegenteil der Fall. Und die Politik ist immer vorgeprescht und die Hausärzte konnten es gar nicht umsetzen. Vorgeprescht dahingehend, dass man wieder einen neuen Abstrich und einen freiwilligen Abstrich und wir haben die Formulare noch gar nicht gehabt zum Teil dafür. Und die Politik ist sich anscheinend da nicht im Klaren, welch wahnsinniger bürokratischer Aufwand das Ganze ist mit diesen Abstrichen. (I.06; A.08)

3.2.5.2. Aussagen zu Schulschließungen

Über den Gesamteindruck und die Teststrategie hinaus, wurde eine Vielzahl von einzelnen Aspekten in Bezug auf die politischen Maßnahmen ergänzt. Hierbei handelte es sich unter anderem um Aussagen zu Schul- und Kitaöffnungen, deren Wichtigkeit schon im quantitativen Fragebogen durch die befragten Ärzt*innen priorisiert wurde. Die Belastung sei für berufstätige Eltern durch die Schließungen sehr hoch gewesen, weshalb die Interviewten dort auf eine baldige Aussicht auf Lockerungen für ihre Patient*innen hofften. Als mögliche Lösungsszenarien wurden bundeseinheitliche Regelungen oder regional angepasste Programme genannt.

Ja, und ansonsten, schwierig fand ich das mit den Schulen, das, aber das hat jetzt mit dem Medizinischen nicht so viel zu tun, das war auch für viele Patienten extrem schwer, weil die wirklich am Rad gedreht haben. Also, ich denke an eine Patientin, die habe ich fast nicht erkannt, ich dachte, ui, das ist ein „Monstercoronaopfer“, war es auch, allerdings ohne Corona gehabt zu haben. Denn die hat vier Kinder in vier verschiedenen Schulen, und die ist völlig am Rad gedreht. Also, das war für viele Leute wirklich, wirklich schwer, das zu schaffen. Arbeiten gehen, die Kinder, Haushalt, und was man halt alles so machen muss. Das war schon schwierig für viele Leute, sehr schwierig. Und die waren auch ganz schön alleingelassen damit, dann. (I.02; A.41)

Und ich denke halt, die Politik muss sich langsam dazu durchringen, dass man zumindest die Schulen oder sonst was, dass man die wieder, ja, dass es sich da möglichst schnell wieder normalisiert. (I.06; A. 08)

3.2.5.3. COVID-19-Teststrategie

Die Teststrategie war ein umfangreiches und teilweise kontrovers diskutiertes Thema, welches die Hausärzt*innen besonders beschäftigte und sich in die drei Unterkategorien Kriterien zur Testindikation, Testfinanzierung und Bedeutung der Testzentren aufteilen lässt (Abbildung 32).

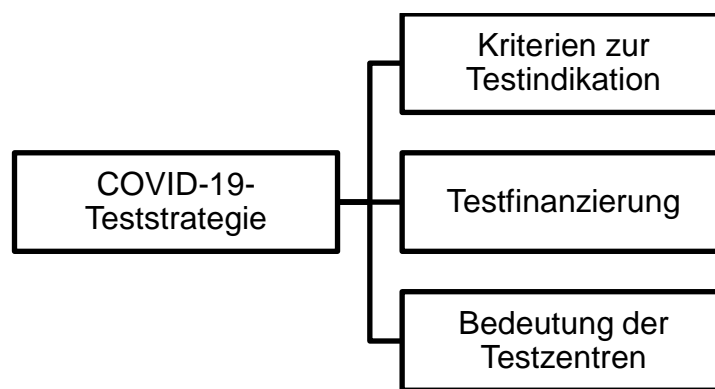


Abbildung 25: COVID-19-Teststrategie

3.2.5.3.1. Kriterien zur Testindikation

Die Teilnehmer*innen forderten eine klare und sinnvolle Teststrategie für Pflegeheime, Schulen und Kitas. Aufgrund fehlender, einheitlich gültiger Vorgaben regelte jeder die Teststrategie unterschiedlich. Für das Erstellen klarer Vorgaben wäre es wiederum wichtig gewesen, regelmäßig und systematisch zuverlässige Zahlen zum lokalen Infektionsgeschehen zu erheben. Als nicht sinnvoll wurden dagegen einmalige lokale Reihentestungen angesehen.

Und ganz allgemein zur jetzigen Abstrichgeschichte ist es so, dass einfach überhaupt keine Institution gibt, die ganz ehrlich sich durchringt und sagt, wie es in den Heimen passieren muss. Die Heime bei uns, hier macht jeder seine eigene Politik, zum Teil werden die Angestellten genötigt, sobald sie länger wie fünf Tage außer der Institution sind, dass sie dann nur wieder arbeiten dürfen, wenn sie einen negativen Abstrich mitbringen, obwohl sie nicht mal in einem Risikogebiet oder sonst irgendwo waren. (I.01; A.08)

Und dann, finde ich, muss es dazu ganz klare Vorgaben geben, wer wann in welchem Abstand abgestrichen wird. Also dass man mal sagt, okay, irgendwie, wir haben drei repräsentative Kindergärten und drei repräsentative Grundschulen. Und von jeder Schulsorte ein paar, irgendwie verteilt über die Stadt. Und die werden in bestimmten Abständen richtig irgendwie randomisiert oder alle durchgestrichen, um zu gucken, was ist denn im Moment eigentlich los. Und im Moment werden halt die abgestrichen, die gerade Lust haben und gerade Zeit haben. Und da hat man einfach eine gewisse Bias und man hat einfach unter dem Strich keine richtige Aussage, meines Erachtens. (I.03; A.51)

Dann von den Gesundheitsämtern weiß man nicht, wann diese Reihentestungen kommen, in meinen Augen machen die auch nicht viel Sinn, weil das nur eine Momentaufnahme ist und am nächsten Tag schaut es wieder ganz anders aus. Also letztendlich versucht man das Ganze einfach nur zu beschwichtigen, um zu zeigen, es wird schon irgendwas gemacht, indem man einfach möglichst viele Abstriche anbietet. Ob die jetzt einen Sinn machen oder nicht, das sei jetzt mal dahingestellt. (I.01; A.08)

Als positiv wurde die Initiative eines/einer Bürgermeister*in gewertet, alle Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen von Pflegeheimen engmaschig abzustreichen, um dort ein Infektionsgeschehen möglichst frühzeitig zu erkennen. Durch die vielen Abstriche seien zwar die Fallzahlen vergleichsweise sehr hoch gewesen, größere Ausbrüche mit vielen Todesopfern konnten dadurch aber verhindert werden.

Und da hat er eben für jedes Heim einen Arzt gefunden, der dafür zuständig war und mit diesem Arzt wurden dann auch engmaschig eben die Bewohner und eben auch die Mitarbeiter abgestrichen. Und da kam es zu erstaunlich raschen Ergebnissen. Das war so die Zeit, wo in [Ort] dieser massive Befall in einem Pflegeheim gewesen ist. Und unser Bürgermeister, der eben auch sehr gewieft ist, der hat frühzeitig gesagt, das will ich nicht in [Ort] haben und deswegen streichen wir frühzeitig ab. Also wir haben deswegen unter anderem auch sehr, sehr hohe Patientenzahlen gehabt oder positive Patienten, weil wir extrem viele Abstriche gemacht haben. (I.07; A.13)

Die Testabstriche bedürfen einer differenzierten Bewertung, da deren Einsatz sowohl zusätzliche Infektionen aufdecken kann, gleichzeitig aber auch eine Verunsicherung bei falsch negativen Tests fördert. Aufgrund der fehlenden Vorgaben und des Eindrucks, dass sich die Testkriterien des Robert Koch Instituts (RKI) oft in kurzen Intervallen geändert haben und dadurch Verwirrung in der Anwendung stifteten, legten die Ärzt*innen die Kriterien teilweise individuell für sich aus. Durch großzügige Testungen außerhalb der RKI Vorgaben wurden Infektionen entdeckt, die sonst unbemerkt geblieben wären. Ein Arzt war davon überzeugt, dass Abstriche nur bei symptomatischen Patient*innen gemacht werden sollten. Durch ein

negatives Testergebnis wiegen sich die Leute sonst in trügerischer Sicherheit, da der PCR-Test zu viele falsch negative Testergebnisse habe.

Erst dann, und selbst da war es am Anfang auch noch schwierig, weil jeder diese Test-Idee ein bisschen anders hatte. Ich habe von Anfang an relativ großzügig getestet, ich habe mich ganz ehrlich gesagt nicht wirklich an diese RKI-Kriterien gehalten. Das war auch gut so, ich habe am Anfang viele positive Leute gehabt. Die nicht den RKI-Kriterien entsprochen haben. (I.02; A.09)

Also ich weiß nicht, von diesen Abstrichgeschichten, ich denke, das sollte viel stringenter gemacht werden, ja, wirklich nur die, die Symptome haben. Und ansonsten, diese ganzen anderen Abstriche, die Patienten wiegen sich ja in falscher Sicherheit [...] Dass es ein völliger Irrsinn ist, mit diesen Millionen Abstrichen, die in meinen Augen gar nicht sinnvoll sind, die einfach viel zu viel gemacht wurden. [...] Und dann auch, was am meisten nervt an diesen Abstrichen, dass es bis zu dreißig Prozent falsch negativ ist, dass man halt einfach viele Leute weiter verunsichert lassen muss. (I.06; A.08)

3.2.5.3.2. Übernahme der Testkosten

Durch die vielen unterschiedlichen Testmöglichkeiten und Testindikationen, stellte sich die Frage hinsichtlich der Zuständigkeit bei der Kostenübernahme. Die Patient*innen benötigten oft ein negatives Testergebnis, z.B. als Voraussetzung für eine Aufnahme in ein Krankenhaus oder in ein Altersheim. Diese Patient*innen waren allerdings ohne Krankheitssymptome und damit war die Voraussetzung für eine Übernahme der Testkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht gegeben. Folglich mussten einige Patient*innen den Test privat bezahlen. In diesen Fällen bestand für die Ärzt*innen eine weitere Unklarheit in ihrem Beratungsauftrag, da sie sich zwischen der Aussage der Krankenkasse und der Anforderung der medizinischen Einrichtungen befanden. Erst nach der Einführung des umgangssprachlich genannten „Söder-Tests“ Ende Juni 2020 konnte sich in Bayern jede Person beliebig oft und ohne nachweislichen Grund auf Kosten des Freistaates Bayern testen lassen.

Und dann ging das mit dem Testen los. Und dann gab es viele Variationen, wer jetzt wann auf wessen Kosten getestet wird. Bis dann eben es entschieden wurde, dass es den Krankenkassentest für Patienten und den, wir nennen den den Söder-Test, für asymptomatische Interessierte gibt. (lacht) Zwischendurch gab es dann eben das Problem, dass Patienten, die zum Beispiel ins Krankenhaus mussten, zu einer Koronarangiographie oder irgendwie zur Koloskopie mussten, dass die alle ein negatives Testergebnis brauchten. Oder die ins Altenheim gezogen sind. Aber unklar war, wer das zahlen muss. Und das Altenheim hat gesagt, uns interessiert es nicht, wir

wollen nur einen negativen Test. Die Krankenkasse hat gesagt, ja wieso, der Patient ist ja nicht krank, bezahlen wir keinen Test. Das heißt, das ist dann zum Teil für wenige Tage oder Wochen an den Patienten hängengeblieben oder an der Familie. (I.03; A.09)

Ein teilnehmender Arzt forderte ein darüber hinaus gehendes, vereinfachtes und einheitliches Testkonzept, das vollumfänglich vom Staat finanziert wird, da die Kosten indirekt sowieso durch die Steuerzahler*innen zu tragen seien. Demnach wäre es für die Menschen einfacher sich testen zu lassen und man könnte die positiv getesteten Personen schneller isolieren.

Wir haben jetzt mindestens, was weiß ich, wenn du überlegst, es gibt den Söder-Abstrich. Jeder, der will, darf sich abstreichen lassen. Es sollen die abgestrichen werden, die in Heimen arbeiten, die in Heime aufgenommen werden, die in Kindergärten arbeiten. Es sollen die abgestrichen werden, die operiert werden müssen, die elektiv in das Krankenhaus müssen. Es sollen die abgestrichen werden, die krank sind, die Beschwerden haben. Es sollen die abgestrichen werden, die aus dem Urlaub zurückkommen. Und alles wird verschieden finanziert. Das macht man eventuell am Flughafen oder in der Arztpraxis, oder durch das Gesundheitsamt kann man das machen. Allein das ist so ein Wirrwarr, dass das hier keiner durchblickt. Keiner hat Ahnung, wo er eigentlich hin soll, wenn er was muss. Es wird nur getönt: Wir müssen testen, so und so. Aber es gibt da kein richtig gutes Konzept dahinter. Und auch nicht von der Finanzierung. Jeder sagt: Ja, ich zahle das nicht. Die Kassen sagen: Das ist nicht unser Bier. Das braucht es ganz, ganz dringend. Ein einfaches an jedem Ort, in jeder Gemeinde durchführbares Testsystem für alle, das vom Staat finanziert wird. Weil zahlen tut es am Ende sowieso der Steuerzahler. Wenn es vom Staat ist über unsere Steuerausgaben oder halt, wenn es die Krankenkassen zahlen, dann über Krankenkassenbeiträge. Es muss aber ein Konzept her, dass das einfach funktioniert. Weil wenn ich schnell und einfach die testen kann, die ich testen muss als Kontaktpersonen, als Infizierte, dann weiß ich, okay, den muss ich in Quarantäne setzen. (I.01; A.43)

3.2.5.3.3. Bedeutung der Testzentren

Für eine funktionierende Teststrategie bedarf es aus Sicht der Teilnehmer*innen einer Einrichtung zentraler Testzentren, um die COVID-Verdachtspatient*innen an eine verbindliche Anlaufstelle verweisen zu können. Die bestehenden Testzentren wurden dabei als wertvolle Unterstützung und Erleichterung für die tägliche Arbeit in der Praxis eingeordnet. Außerdem ermöglichen sie die Einsparung von personellen und materiellen Ressourcen, weil Verdachtspatient*innen nicht mehr auf die einzelnen Praxen zurückfallen.

Das ist ja dann erleichtert worden, als dann da in [Ort], das ist zehn Kilometer von hier, so eine Teststation eingerichtet worden ist. Da hat sich das dann entspannt, ja, dass man dann sagen konnte: "Gut, fahren Sie da rüber. Da ist eine Teststation", und wir haben dann die Scheine dafür ausgestellt und haben dann mit diesem Überweisungsschein / Das war dann ziemlich gut organisiert. (I.02; A.21)

Für mich wäre der beste Weg, dass man das gemeinschaftlich organisiert mit einer Schwerpunktpraxis, die jetzt tatsächlich Infektsprechstunden macht und einem Testzentrum und das zentral organisiert. Und meinerwegen in einem größeren Landkreis auch zwei oder drei solche zu machen. Weil, dann nimmst du den Druck von den Einzelpraxen, du sparst unheimlich an menschlichen- und Materialressourcen, wenn du das irgendwo bündelst. Und die Leute, die krank sind, haben einen Ansprechpartner und wissen genau, da kann man hingehen. Also das wäre jetzt für mich in Zukunft das Beste. (I. 01; A.39)

3.2.5.4. Politische Interessensvertretung durch Hausärzterverband⁵ und DEGAM⁶

Bei den Interviews wurde teilweise nicht deutlich zwischen Hausärzterverband und DEGAM unterschieden. Die von mehreren Teilnehmer*innen angesprochene COVID-Leitlinie wurde von der DEGAM erstellt (Deutsches Ärzteblatt 2020), die Teilnehmer*innen sprachen aber häufig vom Hausärzterverband. Dabei wurde die Leitlinie als „genial“ und hilfreich beschrieben und die Richtlinien, Anweisungen und Informationsweitergabe als positiv bewertet. Jedoch hätten sich die Hausärzt*innen mehr Einbindung der Hausärzterverbände in politische Entscheidungen gewünscht und hätten sich dafür auch mehr Lobbyarbeit und Präsenz in der Öffentlichkeit erhofft.

⁵ Der Deutsche Hausärzterverband ist die größte berufspolitische Vertretung für Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland. Er tritt für die Stärkung und den Erhalt einer hochwertigen und flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ein. Mit seinen Landesverbänden vertritt der Bundesverband die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber Politik und Krankenkassen, in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. (Deutscher Hausärzterverband 2023).

⁶ Die Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ist die Förderung und Koordinierung von Lehre, Forschung, Weiterbildung, Berufsausübung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2020b). Dafür erstellt die DEGAM Positionen, Stellungnahmen und Leitlinien und führt wissenschaftliche Kongresse durch.

Genau, wie gesagt, ein bisschen klarer, es haben sich ja von uns aus Ärzte hingesetzt und haben da so Leitlinien entwickelt, völlig genial, damit überhaupt irgendwas mal kam für die Front, sage ich mal. (I.08, A.65)

Ich finde, dass die Politik ein bisschen zu wenig auf die Ärzteschaft hört oder auch wenn es darum geht, welche Maßnahmen sind denn zu treffen. Also welche Maßnahmen sind denn sinnvoll, wie viele Tests können denn überhaupt bewältigt werden, auch nicht nur von dem, wie man abstreicht, sondern was im Labor bewältigt werden kann? Also dieser bayerische Weg, da kriege ich so langsam meine Zweifel, ob das der richtige ist. Also ich finde, die Politik hat Gutes geleistet, wie ich initial gesagt habe. Aber ich glaube, dass das Fragen, also es betrifft nicht mich als Hausarzt selber, sondern vielleicht unsere Verbände und den Vorstand der Verbände, was macht denn weiterhin Sinn und was ist denn zu bewältigen, das hat also nach meiner Wahrnehmung nicht stattgefunden. (I.10, A.33)

3.2.6. Zukunftsausblick

In Bezug auf die zukünftige Entwicklung der Pandemie und weitergehende Perspektiven sprachen die Ärzt*innen hauptsächlich Aspekte wie die Entwicklung der Fallzahlen, die Reaktion der Gesellschaft, nötige Vorbereitungen auf zukünftige Pandemien und die Aussicht auf Entwicklung von wirksamen Medikamenten oder Impfungen an (Abbildung 33).

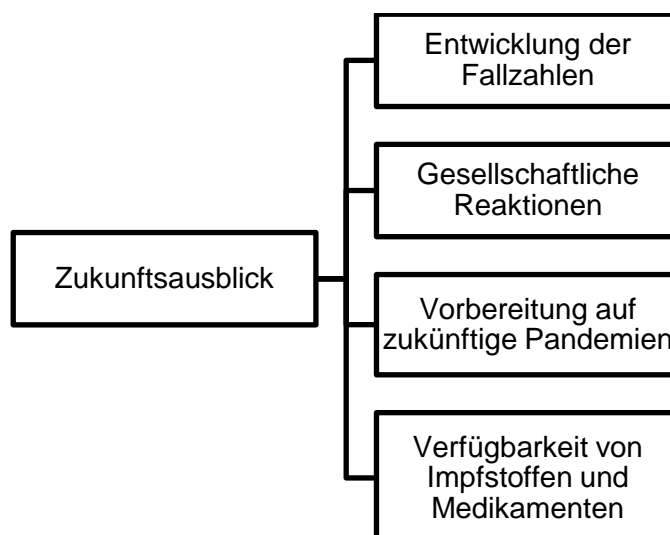


Abbildung 26: Zukunftsausblick

3.2.6.1. Entwicklung der Fallzahlen

Zur Entwicklung der Fallzahlen in den kommenden Monaten äußerten sich die Teilnehmer*innen überwiegend pessimistisch. Sie gingen fast alle von steigenden Zahlen und daraus resultierenden Lockdowns aus. Ursächlich seien hierfür eingeschleppte Infektionen von Reiserückkehrer*innen, das kalte Klima im Herbst und Winter sowie die damit verbundene Entwicklung, dass sich die Menschen in dieser Zeit wieder vermehrt in geschlossenen Räumen aufhalten werden.

Also ich denke, was wir jetzt auch schon erleben, die Fallzahlen werden steigen. Die Leute kommen aus dem Urlaub zurück. Die Leute werden wieder, wenn es Herbst wird, mehr innen, in den Räumen sein. Die Ansteckung wird wieder steigen. Und es wird vermutlich wieder zu Lockdowns kommen. Weil wir einfach nicht gut vorbereitet sind. Leider. (I.01; A.41)

Schwer zu sagen, aber ich gehe mal davon aus, nachdem jetzt überall so kleine Spots wieder losgehen, gehe ich davon aus, dass, je mehr man auch wieder in geschlossenen Räumen beisammensitzt, und beisammen ist, dann wird das schon wieder weitergehen. Wo soll es denn jetzt, wie soll es verschwinden? (I.02; A.59)

Eine weitere Interviewperson sah zudem hauptsächlich Urlaubsrückkehrer*innen als problematisch an und rechnete damit, dass sich nur wenige Personen an die vorgeschriebenen Quarantänezeiten nach der Einreise halten werden.

Ja, ich glaube schon nochmal, dass nochmal was kommt, nachkommen wird, vor allem durch Rückkehrer jetzt, denke ich, wird es nochmal eine Herausforderung werden, vor allem, wenn der Urlaub jetzt vorbei ist. Also da, weil die aus so vielen Ländern kommen und da eben viele sein werden, die sich an diese vierzehn Tage Quarantäne nicht halten werden. Probleme werden da auch auftauchen, dass manche dann sagen, ja, sie verlängern ihren Urlaub, vielleicht auch eine Krankmeldung nochmal für diese vierzehn Tage Quarantäne nochmal haben und solche Sachen halt [...] (I.04; A.31)

Die Hausärzt*innen rechneten insgesamt mit einer noch länger andauernden Herausforderung durch Corona. COVID-19 wird als neue Krankheitsentität in Zukunft dauerhaft vorhanden sein.

Insofern, ja ich weiß es einfach nicht, ich glaube, dass wir noch mindestens zwei Jahre damit zu tun haben werden, in dieser Art und Weise, wie es jetzt ist. Also da habe ich keine Hoffnung, dass sich da groß was ändert ehrlich gesagt. Aber ob das in zwei Jahren dann wieder so ist wie vorher, das kann ich jetzt auch nicht sagen. (I.08; A. 45)

Es ist jetzt einfach eine neue Krankheit, die wir haben. Die wird auch, meiner Meinung nach, in den nächsten zwanzig Jahren nicht weggehen, sondern unser Immunsystem

wird sich daran gewöhnen, wie an alle anderen Krankheiten auch. Ja, so sehe ich das in Zukunft. (I.09; A. 41)

Jedoch gab es auch einzelne optimistischere Einschätzungen zur Fallzahlentwicklung mit der Vermutung, dass COVID-19 zwar nicht kurzfristig verschwinden wird, aber es zu keiner erneuten Situation wie im Frühjahr, welche das Gesundheitssystem und den Katastrophenschutz enorm forderte, kommen werde.

Ich denke, dass es immer wieder natürlich positive Fälle geben wird, aber ich glaube jetzt nicht mehr, also ich kann es mir kaum vorstellen, dass jetzt wieder so eine Situation kommt, wo man einen Katastrophenschutz braucht und riesige Krankenhäuser, Vakanzen freihalten muss und so weiter. Ich denke, dass das jetzt langsam alles so mit dem Normbetrieb aufgefangen werden kann. (I.06; A08)

Im nächsten Satz wurde die Vermutung allerdings schon wieder revidiert, da man die Frage im Herbst vielleicht nochmal stellen müsse. Dies zeigt insgesamt die Schwierigkeit einer Prognose aus Sicht der Hausärzt*innen zum damaligen Zeitpunkt.

Also wie gesagt, vorausgesetzt, ich weiß jetzt nicht, wie das mit dem Urlaubsverhalten jetzt in Deutschland ist, ob dann doch noch viele Leute in irgendwelche Risikoländer fahren und dort einen Haufen Zeug mitschleppen oder ob da viele lieber daheim bleiben. Aber vielleicht im Herbst dann, wenn die Leute vom Urlaub wieder zurück sind und dass man da dann vielleicht diese Frage nochmal stellen könnte. (I.06; A. 08)

3.2.6.2. Gesellschaftliche Reaktionen

Hinsichtlich der gesellschaftlichen Reaktion im Umgang mit der Pandemie in den kommenden Monaten waren die Einschätzungen der Ärzt*innen sehr heterogen. Einerseits gingen die Teilnehmer*innen überwiegend davon aus, dass die Menschen unvorsichtiger und unvernünftiger in ihrem Verhalten werden. Die Akzeptanz für neue Maßnahmen würde abnehmen, wodurch es für die Politik schwieriger sei neue Restriktionen durchzusetzen. Demnach sei trotz einer möglichen zweiten Welle beispielsweise kein erneuter Lockdown zu erwarten.

Also ich glaube, dass es keinen zweiten Lockdown mehr geben wird, weil, ich glaube, das wird die Gesellschaft nicht tolerieren und die Politik eben wissen, dass das die Gesellschaft nicht toleriert. Also ich glaube, dass die zweite Welle, wenn die wirklich so stark nochmal kommt, dass das deutlich schwieriger wird, handzuhaben. (I.05; A.43)

Ja, gespalten. Es wird einen Teil geben, die sich natürlich dann zurückziehen werden und wieder schützen werden, aber auch, also auch da, ich glaube nicht, dass die so vorsichtig reagieren wird, wie sie es beim ersten Lockdown gemacht hat, sondern dass

da / Ich meine, man braucht ja bloß jetzt am Wochenende nach Berlin schauen. Also ich glaube nicht, dass diese Bereitschaft, da nochmal so rigoros irgendwie Einschnitte zu akzeptieren, da ist. (I.05; A.45)

Angeordnete Besuchsverbote oder Schulschließungen würden nun anders hinterfragt werden als in der ersten Welle.

Die werden sich gescheit streiten über die Maßnahmen, es wird ganz schwierig sein, so Sachen wie Kontaktverbot in Heimen, in Krankenhäusern aufrechtzuerhalten. Es wird schwierig sein die Schulschließung wieder neu anzuordnen. (I.08; A.55 - 55)

Als mögliche Zukunftsszenarien wurde die Orientierung an erprobten Lösungsansätzen aus anderen Ländern genannt oder technische Möglichkeiten wie die Nutzung einer Tracking-App. Allerdings ist es auch hier aus Sicht der Befragten schwer einzuschätzen, ob die Gesellschaft dies annehmen wird und sie rechnen eher mit einer Abwehrhaltung auf erneute Maßnahmen. Ein Teilnehmer war erstaunt, dass die Menschen die bisherigen Restriktionen so gut akzeptiert haben.

Man sollte sich vielleicht an Südkorea orientieren, die das wesentlich besser in den Griff gekriegt haben mit wesentlich besseren und schnelleren Testungen. Eventuell auch Tracking-App, wobei ich da sehr skeptisch bin. Aber ich glaube, die Gesellschaft wird wieder aufschreien: Super, furchtbar, das ist jetzt wieder da, obwohl jetzt eigentlich jeder damit rechnet, und jeder weiß. Und die Politik wird wieder Neuerungen herausbringen: Jetzt müssen wir da wieder zusperren, dort wieder Restriktionen und so weiter. Wenn man gescheit gelernt hätte aus dem, was bisher war, glaube ich, dass es nicht notwendig wäre. (I.01; A.45)

Ich bin sehr überrascht, dass die Bayern das sowieso so schlucken, was vorgeschrieben (lacht) worden ist. Und sie haben das alles gehalten. Weil ich denke mir, die Maskenpflicht, die hätte man vor vier Wochen aufheben können. Und zwar regional unterschiedlich. Wenn wo keine Fälle sind, brauche ich keine Maske. Damit die Leute es dann wieder akzeptieren, wenn man es wirklich wieder braucht. Also ich denke, die Gesellschaft wird es nicht so leicht akzeptieren, wenn es jetzt dann wieder strenger wird. Wenn es jetzt die ganze Zeit so durchgegangen ist mit Maske und so weiter und so fort. (I.01; A.47)

Im Hinblick auf möglicherweise längerfristige Auswirkungen der Pandemie diskutierte eine Ärztin, Änderungen des persönlichen Verhaltens der Patient*innen in Bezug auf die Notwendigkeit des Arztbesuches (siehe Zitat I.08; A.29 auf Seite 64). Dabei sprach sie zum einen die quartäre Prävention an, indem in Zukunft durch weniger ärztliche Kontakte die Überversorgung der Patient*innen und unnötig durchgeführte medizinische Maßnahmen

weniger werden könnten. Zum Anderen gebe es eine Chance, dass durch die nötige Solidarität in der Pandemiebekämpfung die Gesellschaft das große Ganze wieder mehr über ihre individuellen Einzelinteressen stellen würde.

Ob das jetzt eine quartäre Prävention oder eine Abwendung von der Selbstbezogenheit. Also quartäre Prävention jetzt im professionellen Bereich und Abwendung von der Selbstbezogenheit im privaten Bereich, letztendlich läuft es auf das gleich raus. Dass man sich selber vielleicht einfach nicht mehr so wichtig nimmt und sich mehr so als Ganzes sieht und im Ganzen. Irgendwie so, das ist eine Chance, die ich sehe. (I.08; A.35)

Im Abschnitt Patientenrückgang (3.2.4.1.) gab außerdem eine andere Interviewteilnehmerin an, die in ihrer Anzahl verminderten unnötigen Arzt-Patienten-Kontakte in der Pandemie als angenehm empfunden zu haben, wodurch eine verbesserte Versorgung der anderen Patient*innen möglich sei.

3.2.6.3. Vorbereitung auf zukünftige Pandemien

Die Teilnehmer*innen sind sich weitgehend einig darin, dass aus den bisher gemachten Erfahrungen wichtige Lehren für den Umgang mit künftigen Pandemien oder Erkrankungswellen gemacht werden können. Man könne die COVID-Pandemie als eine Art Warnschuss für eine künftige Pandemie mit eventuell sehr viel höherer Letalität betrachten.

Ich glaube schon auch, dass es vielleicht auch Vorteile für uns hatte, dass es jetzt so gelaufen ist, wie es gerade gelaufen ist, und noch nicht so ganz heftig. Weil, hätten wir eine schwerere Pandemie wie im März oder so was, die dann halt doch sehr viel mehr Tote und sehr viel höhere Letalität hat, wären wir schon relativ aufs Auge gefallen, oder auf die Nase gefallen. Ich glaube, so ist es für uns so ein Warnschuss, dass wir bei der nächsten Pandemie vielleicht ein bisschen besser umgehen können damit. (I.09; A.31)

Die zum jetzigen Zeitpunkt bereitgestellte Ausrüstung und eine klare und gezieltere Vorgehensweise ermöglichen eine optimistischere Haltung in Bezug auf eine künftige Erkrankungswelle im Winter. Im Vergleich zum Beginn der Pandemie, sei man heute deutlich besser vorbereitet.

Ja, also, ich meine, gut, jetzt ist es ja so, dass man eben schon daraus gelernt hat aus der Erfahrung, dass man ja besser vorbereitet ist, was jetzt Ausrüstung betrifft und wie man das Ganze angeht und so weiter. Sollte da jetzt im Winter nochmal eine Welle kommen, wird es bestimmt nicht mehr so schlimm sein, denke ich mal jetzt, vom Vorgehen her. Ja? Also sicher ist es wirtschaftlich natürlich sehr schwer. Aber dass man nicht mehr so/ ist ja klar, Sachen, die man schonmal durchgemacht, geht einfach

beim zweiten Mal schon schneller. Ja. Und man hängt nicht mehr so in der Luft, sondern kann schon gezielter die Sachen angehen. Ich glaube, da haben wir schon einen großen Vorsprung jetzt schon da und wird es auch besser gehen. (I.04; A.27)

Einige Interviewte fänden einen generellen Pandemie-Notfallplan für sinnvoll, indem die grundsätzliche Vorgehensweise geregelt sei, welche aber zugleich schnell an die jeweilige Situation angepasst werden könnte. Dieser Notfallplan sollte für alle verschiedenen Einrichtungen, wie Altenheime, Krankenhäuser und Praxen ständig verfügbar sein. Ein solcher Plan gäbe nicht nur dem medizinischen Personal mehr Sicherheit in ihrer Tätigkeit, sondern auch den Patient*innen und Angehörigen.

Also prinzipiell ist es, glaube ich, wichtig, dass man so einen, also Pandemieplan auf Tasche haben muss. Also, man kann nicht das erst aufstellen, wenn es so weit ist. Das muss anders sein. Gut, da hat man ja jetzt gelernt, also jetzt kann man das sehr schnell alles wieder reaktivieren. Und das muss eigentlich in allen Einrichtungen sein. Das muss in Altenheimen sein, das muss im Krankenhaus auch sein, es muss hier sein. Ich war jetzt zum Beispiel in München in einem Krankenhaus, das war noch mein damaliger Oberarzt, der diesen Pandemieplan für das Krankenhaus komplett ausgearbeitet hat, das war damals bei dieser Ebola-Geschichte. Und das ist, die haben das innerhalb von zwei Tagen alles umgestellt. Ich sage genau zwei Tage. Und das ist großartig. Ja? Sowas ist gut. Das gibt allen Sicherheit. Gibt allen Mitarbeitern Sicherheit, und wenn die Mitarbeiter Sicherheit haben, dann haben auch die Patienten eine Sicherheit. (I.02; A.49)

Also das muss, es muss für weitere Ereignisse muss vorgesorgt werden. Da darf auch nicht gespart werden. Da müssen Pläne in der Schublade sein, was passiert, wenn. Da muss die Politik dann sofort reagieren können und auch dann die Gesundheitsämter vor Ort dann einen Plan haben. (I.10; A.35)

Ein sinnvoller Bestandteil der beschriebenen Notfallpläne könnte auch das Einrichten von Lagern für Schutzausrüstung sein, auf die im Ernstfall von den systemrelevanten Berufen schnell zugegriffen werden könnte. Dies würde dem unter Abschnitt 3.2.4.2.1. genannten Punkt der Unterversorgung mit Schutzausrüstung von Arztpraxen zu Beginn der Pandemie Rechnung tragen.

Das war damals eigentlich auch schon, haben wir uns das gedacht, es müssen diese Schutzmaßnahmen, diese persönliche Schutzausrüstung, Masken, Handschuhe, Einmalkittel und so weiter, da müssen Lager, Depots angelegt werden, die dann vielleicht dezentral in Gesundheitsämtern oder bei Landratsämtern deponiert sind, so dass man da ganz schnell alle Strukturen versorgen kann, die da systemrelevant sind.

Auch die Polizei, die Feuerwehr, die Rettungsdienste, die alle das quasi haben und dann nicht schauen müssen. (I.10; A.35)

Obwohl die überwiegende Meinung der Befragten war, dass gute Lerneffekte aus der ersten Erkrankungswelle generiert wurden, gab es einzelne Stimmen, die dem widersprachen. Im Hinblick auf wieder steigende Fallzahlen zeigte sich ein Teilnehmer deswegen frustriert.

Also das ist alles wenig durchdacht und, muss ich gestehen, glaube ich auch nicht, dass das, wenn eine/ ob es jetzt zweite Welle nennst oder aufflackernde Pandemie wieder nennst. Ich glaube nicht, dass wir so viel gelernt haben. Das ist das, was mich ein bisschen frustriert. (I.01; A.27)

3.2.6.4. Verfügbarkeit von Impfstoffen und Medikamenten

Die Erwartungen bezüglich einer schnellen Verfügbarkeit von Impfungen waren sehr unterschiedlich. Zum Zeitpunkt der Interviews herrschte teils große Skepsis gegenüber den Impfstoffen, dabei waren sich die Ärzt*innen teilweise noch nicht sicher, ob sie sich selbst eine Impfung verabreichen lassen würden. Die Hauptursache für diese Skepsis lag in der prognostizierten sehr kurzen Entwicklungszeit im Vergleich zu bisherigen Impfstoffforschungen. Aufgrund dessen sprechen sie sich vehement gegen eine mögliche Impfpflicht aus.

Das ist eine gute Frage, weil ich weiß noch nicht mal selber, ob ich sie nehmen würde (lacht). Weil so schnell, wie jetzt eine Impfung aus dem Boden gestampft wird, da bin ich einfach so skeptisch, muss ich echt gestehen. Mir wäre es lieber, wenn wir zehn Jahre Erfahrungen (lacht) hätten, um zu sagen: Die wirkt und ist gut verträglich. Haben wir halt jetzt nicht. (I.01; A.63)

Der Impfung, klar, muss man halt mal abwarten. Ich bin sehr skeptisch, ob eine Impfung, die nach einem Jahr auf den Markt kommt, oder auch nach zwei, wirklich sicher ist. Wir wissen nicht, ob sich dieser Virus ändert, wie der sich ändert, wie oft man dann impfen muss. Das müssen die Wissenschaftler herausfinden. Muss ich ganz ehrlich sagen, bin ich so ein bisschen zwiegespalten. Also wo ich dagegen wäre, ist, glaube ich, eine Impfpflicht. Weil da sind einfach zu wenige sichere Daten dann da, dass das wirklich etwas bringt und nicht schädlich ist. Also so eine Impfpflicht für jetzt Corona halte ich wirklich für hanebüchen. Ja. (I.09; A.49)

Darüber hinaus besteht die Unsicherheit, ob durch eine Impfung eine langanhaltende Immunantwort überhaupt möglich ist, da bei Personen mit abgeschlossener COVID-Infektion nach ersten Erfahrungen die Antikörper teilweise schon kurz nach der Infektion nicht mehr

nachweisbar waren. Weiterhin wurde die Problematik von möglichen Virus Mutationen und eine dahingehende Anpassung der Impfstoffe angesprochen.

Impfungen, bin ich auch skeptisch, wenn man mitkriegt, also, was wir jetzt so / Ohne dass das jetzt Studien sind, aber so aus der Beobachtung im Alltag, dass eine Kollegin erzählt hat, sie hat eine Patientin, die ja, seitdem sie den nachgewiesenen Covid gehabt hat, mit immer noch Geschmackstörungen, und die hat nach 2 Wochen keine Antikörper mehr gehabt. Also von daher, ob das ein Virus ist, das uns in unserer Immunabwehr, also wo wir es schaffen, eine Immunabwehr auszulösen, die langanhaltend einen Schutz bietet, bin ich jetzt skeptisch. Und wo ich extrem skeptisch bin, das sind diese RNA-Impfstoffe. (I.05; A. 39)

Trotz der eigenen Skepsis zur Impfung werden sich nach Einschätzung der Ärzt*innen genügend Leute impfen lassen, weshalb einige die Impfung als Lösung für die Pandemie ansehen. Der Optimismus im Hinblick auf die baldige Verfügbarkeit einer Impfung war groß.

Also werden wir hier die Zeit nicht haben, solange zu forschen, weil es irgendwann eine Impfung geben wird. Dann wenn die kommt, werden sich halt bei uns viele impfen lassen, und dann wird das wahrscheinlich eingedämmt werden, das Problem. Also ich denke, dass die Impfung die Lösung dann sein wird. (I.01; A.61)

Doch, bin ich sehr optimistisch. Nachdem da jetzt so die ersten Medienberichte auch da sind, dass man vielleicht Mitte 2021 Impfstoffe hat, bin ich da sehr optimistisch, dass wir da etwas bekommen, ja. (I.10; A.47)

An dieser Stelle sahen die Ärzt*innen aber noch eine Herausforderung in der Herstellung und Beschaffung der Impfstoffe, sowie dem Aufbau einer funktionierenden Logistik, mit der eine hohe Anzahl an Menschen gleichzeitig geimpft werden kann. Aufgrund dessen prognostizierten sie, dass eine Impfung aller Personen sehr lange dauern würde.

Aber bis alle Menschen geimpft sind, wir kriegen es jetzt mit, wir haben Impfstoffe gegen Pneumokokken. Versuchen Sie jetzt mal, Pneumokokkenimpfstoff zu kriegen, da warten Sie vier Wochen drauf. Ja? Und die sind ja da, die müsste man ja nur produzieren. Also, bei dem muss man nichts mehr testen oder überprüfen oder sonst irgendwas. Also, bis unsere Gesellschaft, selbst wenn es in echt auch einen wirksamen Impfstoff gäbe, den man jetzt wie bei der Grippeimpfung alle Jahre lang wiederholen muss, bis das da ist, und bis die dann alle geimpft sind, das dauert ja ewig. Also, das ist nicht die Lösung des Problems. (I.02; A.67)

Bezüglich der Entwicklung von Medikamenten zur Bekämpfung von SARS-CoV2 waren sich die Interviewten einig in ihrer Einschätzung. Sie sahen in naher Zukunft keine wirksamen

Medikamente und beriefen sich dabei auf die vielen bereits lange bekannten Virusarten, für die es immer noch keine wirksame Behandlung gebe.

Medikamentös erwarte ich überhaupt nichts. Also ich glaube, dass es einfach, wie bei den meisten viralen Infektionen, nichts gibt. Wie lange hat man gebraucht, bis man irgendwas gefunden hat, was bei HIV wirkt? Das hat ja auch Jahre, Jahrzehnte gedauert. (I.01; A.61)

Also bei den Medikamenten, also bis jetzt habe ich nur immer bei den Schwerstkranken - das ist ja doch jetzt eher der kleinste Teil - bei den anderen wird es, wie bei allen Viruskrankheiten, nicht wirklich ein Medikament geben. Hat schon bei Grippe nie geholfen. Ja. (I.09; A.49)

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

4.1.2. Zusammenfassung der Ergebnisse Teilstudie 1

Fast alle Teilnehmer*innen führten in ihrer Praxis Tests auf COVID-19 durch und waren mit Patient*innen mit mindestens einer COVID-19-Infektion konfrontiert, einzelne mit mehr als 100 infizierten Patient*innen. Etwas weniger als zwei Drittel der Praxen berichteten von mindestens einer Hospitalisierung und etwas weniger als ein Viertel von mindestens einem COVID-19-assoziierten Todesfall. Dagegen war nur jedes fünfte betreute Pflegeheim von Infektionen betroffen; in diesen Heimen gab es jedoch mehrere und vereinzelt zahlreiche Hospitalisierungen und in jedem zweiten Pflegeheim mindestens einen COVID-19 assoziierten Todesfall. In jeder fünften Praxis kam es zu Infektionen unter Ärzt*innen oder nichtärztlichen Mitarbeiter*innen.

Die größten Herausforderungen stellten der Mangel an Schutzausrüstung und die Anpassung des Praxisablaufs an die Pandemiesituation dar. Das Ziel dieser Anpassung war vorwiegend das Verhindern von Ansteckungen mittels getrennten Patientenströmen, das Einrichten einer separaten Infektsprechstunde sowie die Einhaltung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen.

Bei der Einordnung der Maßnahmen waren sich fast alle Teilnehmer*innen einig, dass die Abstandsempfehlungen und das Verbot von Großveranstaltungen richtig waren. Ein relevanter Anteil der Ärzt*innen schätzte jedoch die Schließung von Schulen und Kitas, Kontaktverbote in Pflegeheimen und die Ausgangsbeschränkungen im Nachhinein als nicht sinnvoll ein.

Eine Archetypenanalyse ergab vier Untergruppen von Hausärzt*innen. Die kleinste Gruppe davon waren die „Skeptiker“, welche die Bedrohung durch COVID-19 für überbewertet und die ergriffenen Maßnahmen für übertrieben hielten. Die Gruppe der „Hardliner“ sah eine starke Bedrohung durch COVID-19 und plädierte für strenge Maßnahmen. Als größte Gruppe sahen die „Abwägenden“ ebenfalls eine starke Bedrohung durch COVID-19, betrachteten aber die einschränkenden Maßnahmen bezogen auf die Lebensqualität von Risikogruppen und Kindern kritischer. Zusätzlich gab es noch die kleine Gruppe der „Ängstlichen“, die sich vor allem durch höhere Werte für Angst und Depression im PHQ-4 Gesundheitsfragenbogen auszeichneten.

4.1.3. Zusammenfassung der Ergebnisse Teilstudie 2

Das starke Gefühl der Verunsicherung und Unklarheit zu Beginn der Pandemie bestätigte sich in den Interviews. Im Verlauf der Pandemie haben sich die Praxisabläufe durch eine gewisse Routine eingespielt. Besonders die Infektsprechstunde wurde als sehr sinnvoll betrachtet und nach Abklingen der ersten COVID-Welle durch die Ärzt*innen weitergeführt. Als Folge des Patientenrückgangs gaben die Interviewteilnehmer*innen an, dass sowohl unnötige Arztkontakte, im Sinne einer Überversorgung, als auch notwendige Arztkontakte für die Patient*innen mit Risiken für Folgeschäden ausblieben. Außerdem konnten viele Beratungsanlässe telefonisch gelöst werden. Die telefonische Krankschreibung wurde dabei als hilfreich angesehen.

Im Interview wiederholten die Teilnehmer*innen die Forderung nach Schul- und Kitaöffnungen nachdrücklich. Insgesamt wurden die politischen Maßnahmen allerdings positiv bewertet.

Die Einrichtung zentraler Testzentren wurde positiv bewertet. Mehrere Ärzt*innen bezeichneten in den Interviews die COVID-19-Leitlinie der DEGAM als sehr hilfreich. Jedoch hätten sie sich mehr Einbindung der Hausärzteverbände in politische Entscheidungen gewünscht. Zusätzlich forderten einige Teilnehmer*innen die Erstellung von Notfallplänen für künftige Pandemien.

4.2. Reflexion des methodischen Vorgehens

Als die dieser Dissertation zugrundeliegenden Befragungen im Mai 2020 geplant wurden, lagen keine systematischen Untersuchungen dazu vor, wie die Pandemie von Hausarzt*innen wahrgenommen wird und wie sie sich auf die praktische Arbeit auswirkt. In dieser Situation wurden von mehreren allgemeinmedizinischen Instituten Befragungsprojekte begonnen. Auch wenn zum damaligen Zeitpunkt eine systematische Abstimmung schwierig war, erfolgte eine gegenseitige Information zu Zielen und Inhalten, um Redundanzen zu minimieren und eine möglichst große Vielfalt zu gewährleisten. Ein großes Projekt (Siebenhofer et al. 2021) fokussierte sich beispielsweise auf regelmäßige, kurze online-Befragungen, um ein dynamisches Bild der Lage in Hausarztpraxen zeitnah zu erfassen. Die Fragebögen wurden im Internet freigeschaltet. Für ein zweites größeres Vorhaben (Schrader et al. 2023) wurde eine große Zahl zufällig ausgewählter Hausarztpraxen in vier Bundesländern angeschrieben. Dabei wurden sowohl Ärzt*innen als auch medizinische Fachangestellte ausführlich befragt. Aufgrund der aufwändigeren Logistik gab es große Verzögerungen bei der Befragung und nur 23% der angeschriebenen Praxen nahmen teil. Beide Vorhaben umfassten – wie auch unser Projekt – zusätzlich eine qualitative Befragung einzelner Praxen.

Bei der Planung des hier beschriebenen Dissertation-Projekts erfolgte auf Basis der Informationen über die anderen, finanziell und personell besser ausgestatteten Projekte bewusst eine Fokussierung auf die Befragung der mit dem Institut assoziierten Lehrärzt*innen. Der Hauptvorteil des Ansatzes lag bei einer sehr hohen Rücklaufquote, die deutlich höher liegt als Befragungen, in denen zufällig ausgewählte Ärzt*innen angeschrieben werden (Linde et al. 2014; Vorderwülbecke et al. 2015; Ammer et al. 2019; Ribbat et al. 2023). Aufgrund dieser hohen Rücklaufquote kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass lediglich besonders stark von COVID-19 betroffene Praxen geantwortet haben. Zwar ist davon auszugehen, dass Lehrärzt*innen, nicht zuletzt durch ihr Lehrengagement, in mancher Hinsicht nicht repräsentativ für alle Hausärzt*innen sind. Es erscheint aber wenig wahrscheinlich, dass diese Eigenschaften einen Einfluss darauf haben, ob bzw. wie stark diese Praxen von COVID-19-Infektionen betroffen sind. Durch die große regionale Verteilung dürften unsere Ergebnisse daher einen realistischen Einblick in das Geschehen im Frühjahr 2020 in vornehmlich südbayerischen Hausarztpraxen geben.

Die Fragebogenerstellung erfolgte unter Einbezug von vier Hausärzt*innen und dem Studienleiter. Die dynamische Situation im Frühjahr 2020 erforderte die Erstellung des Fragebogens in kurzer Zeit. Zusätzliche Aspekte, die sich im weiteren Verlauf der Pandemie als wichtig gezeigt haben, können daher möglicherweise fehlen. Um die Vielfalt und Bedeutung komplexer Fragestellungen erheben zu können, wurden zusätzlich Freitextfelder eingefügt, deren Auswertung mittels einer systematischen Kategorisierung erfolgte. Diese Auswertung kann nicht die tiefer liegenden Bedeutungsstrukturen wie im Interview erfassen, trotzdem zeigen die umfangreichen Freitextantworten die Wichtigkeit der Themen für die Teilnehmer*innen. Das Zusatzblatt zur Ergänzung von Anmerkungen zum Fragebogen wurde seitens der Teilnehmer*innen sehr selten benutzt. Ein Grund dafür könnte der erhöhte Zeitaufwand sein.

Zur Vertiefung der bedeutendsten Themen aus dem Fragenbogen und der Erfassung wichtiger Aspekte, welche in diesem nicht abgedeckt wurden, erfolgte eine qualitative Befragung mit Hilfe von 10 Interviews. Um möglichst viele Aspekte zu erfassen, wurde bei der Rekrutierung der Interviewteilnehmer*innen auf eine heterogene Auswahl, bezogen auf Geschlecht, COVID-Fallzahlen in der Praxis und ländlicher/städtischer Praxislage geachtet. Die Interviewanzahl von 10 Teilnehmer*innen erscheint ausreichend, da sich bei den letzten zwei Befragungen eine Informationssättigung andeutete (Helfferich 2011).

Die Beantwortung der Fragestellungen im Interview könnte im Vergleich zur Erhebung des Fragebogens durch die dynamischen Prozesse während der Pandemie im Sommer 2020 beeinflusst worden sein. Der zeitliche Abstand zwischen dem Versand des Fragebogens und dem Interview betrug mindestens sechs Wochen, sodass sich in dieser Zeit bereits neue

Erkenntnisse oder Meinungen ergeben haben könnten. Häufig genannte Themen wie die Impfung und die COVID-19-Tests waren zum Zeitpunkt der Interviews in der Entwicklung weiter fortgeschritten bzw. besser verfügbar. Es ist nicht davon auszugehen, dass der zeitliche Verlauf der Pandemie einen relevanten Einfluss auf die Ergebnisse des quantitativen Teils der Studie hatte, da die ersten beiden Fragebougenaussendungen innerhalb von 14 Tagen stattfanden. In dieser Zeit fand der größte Rücklauf statt, danach gingen nur noch vereinzelt Fragebögen ein.

Die Durchführung der Interviews verlief insgesamt reibungslos. Die Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Interviewpartner*in konnte bei den persönlich durchgeführten Befragungen schneller hergestellt werden als bei den Befragungen per Videokonferenz oder Telefon. Die diverse Meinungsbildung aus der Archetypenanalyse spiegelte sich in den teilweise sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen zu COVID-19 in den Interviews wider. Im Gespräch hat der Interviewer stets versucht, eine neutrale und offene Haltung zu COVID-19 einzunehmen, um dem Gegenüber Raum für seine Schwerpunktsetzung zu lassen. In einem Interview war die anfängliche Interaktion durch einen längeren, emotionalen Monolog etwas schwierig. Aufgrund der telefonischen Durchführung dieses Gesprächs, konnte keine nonverbale Kommunikation über Mimik oder Körpersprache zur Unterstützung stattfinden. Die Feststellung, dass Interviewer und Interviewpartner*in den gleichen Dialekt teilen, verbesserte die Situation allerdings nach wenigen Minuten und führte zu einer unproblematischen Fortführung des Gesprächs.

Die Entscheidung, eine qualitative Befragung als Untersuchungsgegenstand in die Studie aufzunehmen, hat sich aufgrund der teilweisen sehr kontroversen Meinungen zu COVID-19 unter den Hausärzt*innen als wichtig gezeigt. Viele Aspekte, die im Fragebogen bereits häufig und ausführlich in den Freitextantworten beantwortet wurden, fanden sich in den Interviews wieder und konnten vertieft werden.

4.3. Interpretation und Bedeutung der Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse werden aus heutiger Sicht (Stand Februar 2023) mit dem inzwischen vorliegenden Wissensstand über COVID-19, aber unter Einbezug der Perspektive zum Zeitpunkt der Befragung, diskutiert.

4.3.1. COVID-19-Fallzahlen und Infektionsrisiken in den Praxen

Wie bereits in der Einleitung thematisiert, waren die Zahl von SARS-CoV-2 Infektionen und assoziierten Hospitalisierungen, Intensivbehandlungen und Todesfällen während der „ersten

Welle“ der Pandemie im Frühjahr 2020 im Vergleich zu späteren „Wellen“ sehr gering. Bezüglich der Fallzahlen und Todesfälle erscheinen die Studienergebnisse sehr gut vereinbar mit den Daten des RKI im entsprechenden Zeitraum. Der Anteil an Hospitalisierungen wurde deutschlandweit auf 18% geschätzt (Robert Koch Institut 2020). Zählt man die Infektionszahlen, Hospitalisierungen und Todesfälle aus Praxen und Pflegeheimen in unserer Befragung zusammen, wurden 16% aller betreuten COVID-19-Patienten hospitalisiert und 6% verstarben. Das Ergebnis unserer Studie spiegelt zudem die Erkenntnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Pflegeheimen (Wolf-Ostermann 2020). In dieser wurde geschätzt, dass vier von fünf Pflegeheimen bis Anfang Mai 2020 ohne SARS-CoV-2-Infektionen blieben; gleichzeitig kam es in einzelnen Heimen zu zahlreichen Hospitalisierungen und Todesfällen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die enorme Heterogenität des Geschehens: an einem Ort kam es, wenn überhaupt, nur zu milden Krankheitsverläufen an einem anderen Ort zu einer katastrophalen Situation.

Die erhobenen Zahlen zu Symptomen, Testungen, bestätigten Infektionen, Hospitalisierungen und Todesfällen sollten als grobe Schätzungen interpretiert werden. Bei vielen der entsprechenden Angaben dürfte es sich um retrospektive Schätzungen handeln, da die Zahlen häufig nicht ohne Weiteres aus der Praxissoftware abgerufen werden konnten. Im Einzelfall erscheint es möglich, dass insbesondere hohe Test- und Fallzahlen aus betreuten Schwerpunktpraxen der Teilnehmer*innen stammten. Bei der Interpretation der hier genannten Zahlen ist außerdem zu beachten, dass im Frühjahr 2020 ebenso, wie in einigen späteren Phasen der Pandemie, vermutlich viele Infektionen nicht erkannt wurden. Die Ergebnisse repräsentativer Seroprävalenzstudien, die eine zuverlässige Schätzung der Dunkelziffer erlauben, lagen für Deutschland zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht vor. Die US-amerikanischen Centers of Disease Control and Prevention gingen beispielsweise damals davon aus, dass die wahre Zahl von SARS-CoV-2-Infektionen in den USA mindestens zwölfmal höher war als die Zahl der bestätigten Infektionen (Centers of Disease Control and Prevention 2020). Für Deutschland setzten Fachleute eine Infektionsrate im unteren einstelligen Bereich an (Hölscher et al 2020). Später publizierte Untersuchungen bestätigen diese Vermutung: Demnach dürfte auf Grundlage der Seroprävalenzdaten die Zahl der tatsächlichen Infektionen ungefähr zwei bis fünfmal so hoch wie die Zahl der gemeldeten Infektionen gewesen sein (Gornyk et al. 2021; Hövener et al. 2021).

Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen zudem, dass zumindest in der Frühphase der Pandemie das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion für südbayerische Hausarzt*innen und Praxismitarbeiter*innen erheblich gewesen ist. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass Ansteckungen außerhalb der Praxistätigkeit erfolgt sein können und die berichtete Infektionsrate die tatsächlich tätigkeitsbedingte Infektionsrate überschätzt. Internationale und nationale Erhebungen zeigen deutlich erhöhte Infektionsraten sowie eine erhöhte Letalität für

„health care professionals“ (Nguyen et al. 2020; Kursumovic et al. 2020; Strumann et al. 2021; Ward et al. 2021). Die Arbeit in der ersten Reihe der Pandemiebekämpfung könnte Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Ärzt*innen haben. So zeigten Hausärzt*innen in einer Befragung in Piemont, Italien, einem der ersten schwer betroffenen COVID-19-Gebiete Europas, erhöhte Werte für Posttraumatische Belastungsstörungen, Ängste und Depressionen (Castelli et al. 2021). Die Ärzt*innen in unserer Befragung zeigten überwiegend keine erhöhten Werte bei Angst und Depression (Robert Koch Institut 2019). Eine andere deutsche Umfrage zeigt, dass die meisten Hausärzt*innen damals unter emotionalen Herausforderungen wie Angst vor Ansteckung anderer, Mangel an Schutzausrüstung, Unsicherheiten im Umgang mit COVID und Kommunikationsschwierigkeiten litten (Von Oltersdorff-Kalettkka et al. 2022). Der Umgang mit Krisensituationen und Unsicherheit sollte in Zukunft besser geschult werden. So schlagen Olm et al vor, Nicht-Katastrophenzeiten für Aus- und Weiterbildung von Hausärzt*innen zu nutzen, um die Kooperation mit Partnern im Katastrophenschutz sowie die Überprüfung und Optimierung von Krisenplänen zu verbessern (Olm et al. 2022b). Unabhängig von Krisensituationen sollten generelle Schulungen zum Umgang mit Unsicherheit in der Hausarztpraxis, in der z.B. diagnostische Unsicherheit ein häufiges Problem darstellt, angeboten werden (Wübken et al. 2013). Im Fall von COVID-19 ist es klinisch häufig schwer einzuordnen, ob jemand an COVID-19 oder einem anderen Infekt erkrankt ist. So haben Schneider et al. eine klinische Entscheidungsregel untersucht, die auf Symptomen und Kontaktanamnese beruht, welche im Falle mangelnder COVID-19-Testverfügbarkeit angewendet werden könnte (Schneider et al. 2021).

4.3.2. Bewältigung der Herausforderungen in der Frühphase der Pandemie

Mit der Website www.blankebedenken.org versuchten Hausärzt*innen zu Beginn der Pandemie auf den Mangel an Schutzausrüstung aufmerksam zu machen. In der vorliegenden und in weiteren Befragungen wurde der Mangel an angemessener Schutzausrüstung in der Frühphase als zentrales Problem wahrgenommen (Strumann et al. 2021; Siebenhofer et al. 2021; Stöcker et al. 2021). Laut DEGAM-Leitlinie haben der Schutz und die Sicherheit von Patient*innen sowie der Praxismitarbeiter*innen höchste Priorität, die aus damaliger Sicht teilweise nicht mehr gewährleistet werden konnte. Zukünftig muss ausreichend Schutzausrüstung in den Praxen dauerhaft verfügbar sein. Olm et al empfehlen konkret, dass Praxen verpflichtet werden sollten, für 1-2 Wochen ausreichend Schutzausrüstung vorzuhalten mit anschließender Versorgung durch die KV oder den Katastrophenschutz (Olm et al. 2022b).

Das zentrale Anliegen der Hausärzt*innen war die Ansteckungen in der Praxis zu verhindern. Dazu eingeführte Methoden, wie das Tragen von Schutzausrüstung, Trennung der Patientenströme über Infektsprechstunden und die Einführung der Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung haben sich bewährt und wurden auch nach Abflachen der Erkrankungswellen weitergeführt (Hildebrandt 2021; Strumann et al. 2021; Zimmermann 2022).

Vor allem die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung wurde von den Hausärzt*innen als große Erleichterung angesehen (Strumann et al. 2021). Die Krankschreibung per Videosprechstunde ist unabhängig von der Pandemie bereits seit Oktober 2020 möglich (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Nach Petrick und Kreuzenbeck scheint die Videokonsultation altersabhängig zu sein und wird von älteren Patientengruppen weniger genutzt (Petrick und Kreuzenbeck 2023). Die technische Umsetzung wäre über Telefonate für Ärzt*innen und Patient*innen deutlich einfacher. Die telefonische Krankschreibung ist aktuell (Stand 23.02.2023) als Corona-Sonderregelung noch bis 31.03.2023 möglich (Bundesregierung 2022). Aus persönlicher und hausärztlicher Sicht erschiene es jedoch wünschenswert, die telefonische Krankschreibung unabhängig von Krisenzeiten für den Ärzt*innen bereits bekannten Patient*innen dauerhaft beizubehalten.

Das Tragen von Schutzkleidung insbesondere in Infektsprechstunden sowie die räumliche und zeitliche Trennung von Infektpatient*innen und anderen vulnerablen Patient*innen könnte generell und v.a. bei zukünftigen Erkrankungswellen, wie z.B. den saisonalen Influenzawellen Ansteckungen verhindern. Das Tragen von Schutzkleidung wie einer FFP2-Maske sollte bei Kontakt mit potenziell infektiösen Patient*innen beibehalten werden und separate Infektsprechstunden sollten in Hausarztpraxen dauerhaft und regelmäßig angeboten werden.

Positiv am Patientenrückgang in der Frühphase der Pandemie fanden Interviewteilnehmer*innen in unserer Studie, dass unnötige Arzt-Patienten-Kontakte ausblieben. Auch im Hinblick auf die drohende und in manchen Gebieten bereits vorhandene hausärztliche Unterversorgung (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2023), muss versucht werden, unnötige Arzt-Patienten-Kontakte zu vermeiden. Deutschland liegt im internationalen Vergleich mit knapp 10 Arztkontakten pro Einwohner*in im Jahr im oberen Bereich (Hanke 2022). An dieser Stelle sollte in Zukunft genauer differenziert werden, welche Patientenkontakte unnötig oder im Sinne der quartären Prävention sogar schädlich sind und welche im Vergleich dazu nötig und nützlich sind.

Auf zukünftige Erkrankungswellen fühlten sich unsere Interviewteilnehmer*innen schon deutlich besser vorbereitet als bei der „ersten Welle“. Viele der oben genannten Herausforderungen konnten von den Hausärzt*innen gemeistert werden und nach kurzer

Anpassungszeit zeigte sich eine gewisse Routine und mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit COVID-19 (Schaffler-Schaden et al. 2022; Heltveit-Olsen et al. 2022).

4.3.3. Bewertung der Bedrohung und Maßnahmen gegen COVID-19

Die Meinungen über die Bedrohung von COVID-19 und die hierfür ergriffenen Gegenmaßnahmen gingen unter den Teilnehmer*innen teilweise stark auseinander. Der Großteil unserer Befragten war mit den politisch ergriffenen Maßnahmen in der Gesamtheit zufrieden. Eine Studie zeigt, dass Deutschland in punkto Übersterblichkeit im europäischen Vergleich die Pandemie gut bewältigt hat, was zumindest zum Teil auf die ergriffenen Maßnahmen zurückzuführen sei (Bahnsen und Wild 2022). Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich in den Jahren 2020 und 2021 laut Schöley et al, v.a. aufgrund von COVID-19-Todesfällen um mehr als fünf Monate reduziert (Schöley et al. 2022). Eine Berechnung von Flaxman et al hat gezeigt, dass nichtpharmazeutische Maßnahmen, insbesondere Lockdowns, die Übertragung von SARS-CoV-2 effektiv reduzieren konnten (Flaxman et al. 2020). Internationale Vergleiche sind jedoch problematisch, da länderspezifische Rahmenbedingungen miteinbezogen werden müssten. Das Bewerten der Effektivität einzelner Maßnahmen gestaltet sich ebenfalls schwierig, da viele Maßnahmen gleichzeitig eingeführt wurden. Folglich könnten nur Maßnahmenbündel bewertet werden (Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz Bundesgesundheitsministerium 2022).

Die Schulen waren in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern lange geschlossen (Freundl et al. 2021). Ein systematisches Review kommt zu dem Schluss, dass die Effektivität von Schulschließungen unsicher ist und Schulöffnungen nicht zu mehr COVID-19 Übertragungen geführt haben (Walsh et al. 2021). Mehrere Studien haben gezeigt, dass sich Kinder im Vergleich zu Erwachsenen seltener infizieren (Wessendorf et al. 2022; Li et al. 2020; Heavey et al. 2020). Erste kritische Reviews zur These der Schulöffnungen als Pandemietreiber wurden bereits im April und August 2020 veröffentlicht und zu einem späteren Zeitpunkt bestätigt (Viner et al. 2020; Ludvigsson 2020; Isphording et al. 2021; Von Bismarck-Osten et al. 2021). Trotzdem wurden im Jahr 2021 weiterhin die Schulen in Deutschland vorübergehend geschlossen. Die Befürchtungen unserer Teilnehmer*innen hinsichtlich Kollateralschäden in Form von physischen und psychischen Belastungen durch Kita- und Schulschließungen hat sich in mehreren Studien ebenfalls als richtig erwiesen. So stiegen die Zahlen für Übergewicht, Adipositas, Depressionen, Angst- und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen deutlich an (Duan et al. 2020; Felfe et al. 2022; DAK 2023b; Vogel et al. 2022; DAK 2023a). Entsprechende Bedenken dürften sich im Antwortverhalten der größten

Archetypen-Gruppe unserer Befragung, den „Abwägenden“ widerspiegeln, welche einerseits eine starke Bedrohung durch COVID-19 sahen, andererseits aber die einschränkenden Maßnahmen bezogen auf die Lebensqualität von Risikogruppen und Kindern als problematisch einschätzten. Zur Kompensation der erwähnten Belastungen braucht es effektive Konzepte zur Schließung der Bildungslücken, niederschwellige Angebote an Bewegungsförderung zur Verbesserung der physischen Gesundheit und psychotherapeutische Angebote für betroffene Kinder und Jugendliche. Dabei könnten Hausärzt*innen als oftmals erste Anlaufstelle eine Beratungs- und Koordinierungsfunktion einnehmen. Im Vergleich zur Schließung von Bildungseinrichtungen wurde bei den Schließungen von Wirtschaftsunternehmen scheinbar differenzierter abgewogen. So kam beispielsweise die „Homeoffice-Pflicht“, in der Unternehmen ihren Mitarbeiter*innen die Möglichkeit von Homeoffice anbieten mussten, erst im Januar 2021. Die Beschäftigten mussten dieses Angebot aber nicht zwingend annehmen (Corona Datenplattform 2021). Für zukünftige Ereignisse, bei denen Schulschließungen wieder angedacht werden, sollten die Belange von Kindern und Jugendlichen und die Folgen der Schließungen deutlich stärker diskutiert werden.

Bei der Interpretation der Archetypenanalyse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den vorgestellten Archetypen um extreme "Modelle" handelt und viele Allgemeinmediziner*innen in der Realität weniger extreme Meinungen vertreten, die oft je nach Thema variieren und manchmal widersprüchlich sind. Es gab in der vorliegenden Umfrage nur einen "skeptischen" Allgemeinmediziner, der die meisten Fragen radikal beantwortete. Die Auswertung der Freitextkommentare lässt vermuten, dass er den Ansichten der Verschwörungstheorie zugeneigt schien. Die übrigen "Skeptiker" stimmten dagegen in der Regel dem Verbot von Großveranstaltungen und der Aufforderung Abstand zu halten zu, vertraten aber im Frühjahr 2020 die Ansicht, dass die Pandemie vorbei sei und die Bedrohung überschätzt wurde. Die Meinung dieser eher "skeptischen" Ärzt*innen mag zum Zeitpunkt der Befragung zwar zu optimistisch und nach den damals schon vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen fragwürdig gewesen sein, Anhaltspunkte für verschwörungstheoretischen Ansichten waren jedoch nicht vorhanden. Aus heutiger Sicht wäre eine erneute Befragung spannend, um mögliche Veränderungen in den Denkprozessen zu untersuchen. Die Möglichkeit zur kontroversen Diskussion ist ein wichtiger Grundsatz in der Wissenschaft und muss im Sinne der freien Meinungsäußerung erhalten bleiben. Die unterschiedlichen Auffassungen von "Hardlinern", "Ausgewogenen", "Ängstlichen" und sogar von leicht "skeptischen" Allgemeinmediziner*innen müssen erlaubt sein und toleriert werden. Allerdings sollten extreme und verschwörungstheoretische Ansichten unter Ärzt*innen im Zusammenhang mit der Pandemie als Grund zur Sorge verstanden werden. Tagliabue et al. beklagen eine "Pandemie der Fehlinformation", die zu Verwirrung und Unsicherheit in der Bevölkerung führt

(Tagliabue et al. 2020). In Artikeln großer medizinischer Fachzeitschriften, wie JAMA (Journal of the American Medical Association) und BMJ (British Medical Journal) wird Ärzt*innen eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Falschnachrichten und der Bereitstellung zuverlässiger Informationen zugeschrieben (Abbasi 2021; O'Connor und Murphy 2020). Es gibt jedoch nur sehr wenige Informationen darüber, inwieweit Beschäftigte des Gesundheitswesens im Allgemeinen und Allgemeinmediziner*innen im Besonderen extrem ausgeprägte Ansichten teilen und inwieweit sie persönlich zur Verbreitung von Fehlinformationen beitragen. Eine Studie zur Problematik der Impfstoffzurückhaltung unter Ärzt*innen zeigt, dass die Akzeptanz von COVID-19-Impfstoffen durch die Bevölkerung durch Fehlinformationen negativ beeinflusst wird (Dror et al. 2020). Eine Studie aus Frankreich bilanziert, dass eine Impfempfehlung vom Vertrauen in Gesundheitsbehörden und der Nutzen-Risiko-Abwägung der Ärzt*innen abhängt (Verger et al. 2015). Bezogen auf COVID-19 könnte die Zurückhaltung einer Impfempfehlung auf die Neuheit und kurze Entwicklungszeit der Impfstoffe und die damit einher gehende Skepsis zurückzuführen sein (Caiazzo und Witoski-Stimpfel 2022). In einem Artikel in JAMA wird die Rolle prominenter Ärzt*innen und Forscher*innen bei der aktiven Verbreitung schädlicher Empfehlungen erörtert und es wird bekräftigt, dass die akademische Freiheit zwar respektiert werden muss, Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen aber die berufliche Pflicht haben, zu reagieren, wenn wissenschaftliche Tatsachen falsch dargestellt werden (Pizzo et al. 2021).

Ein Teil der in der vorliegenden Studie festgestellten Meinungsvielfalt könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass Hausärzt*innen und andere relevante Interessengruppen ausgenommen von Virolog*innen und Epidemiolog*innen nicht in die Ausschüsse eingebunden sind, die deutsche Politiker*innen zu antipandemischen Maßnahmen beraten sowie auf ein suboptimales Informationsmanagement (Sell et al. 2021). Die Forderung nach einem Pandemieplan durch die Interviewteilnehmer*innen kann als Hinweis auf die mangelnde Einbindung und Kenntnis von Hausärzt*innen gedeutet werden. Ein nationaler Pandemieplan, der bereits vor der COVID-19-Pandemie verfügbar war schien bei vielen Hausärzt*innen nicht bekannt gewesen zu sein (Robert Koch Institut 2017). Professor Gerlach, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main beklagte in einem Interview mit dem deutschen Ärzteblatt, dass Praxen in den Pandemieplänen gar nicht vorkommen. Die Hausärzt*innen sollten in Zukunft mehr berücksichtigt werden und auch in Trainings zur Übung des Katastrophenfalls miteinbezogen werden (Anonym 2023). In einer öffentlichen Stellungnahme im Dezember 2020 beklagte die DEGAM, dass Hausärzt*innen, um als Multiplikator*innen wirken zu können, die Gründe für politische Maßnahmen kennen müssen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2020a). Dass die Akzeptanz

gegenüber einschränkenden Maßnahmen mit der Dauer der Pandemie abgenommen hat, zeigen die wiederholten Befragungen von COSMO, einem Gemeinschaftsprojekt mit Beteiligung der Universität Erfurt und dem Robert Koch Institut (Betsch et al.). Angesichts der zentralen Rolle der Primärversorgung erscheint es wichtig, die Hausärzt*innen besser einzubinden und zu informieren, um eine korrekte Umsetzung relevanter Entscheidungen und Maßnahmen zu gewährleisten. Konkrete Empfehlungen von Olm et al sind, die niedergelassenen Ärzt*innen als „beratende Ärzte“ zum festen Bestandteil von Krisenbewältigungsgremien z.B. den Führungsgruppen Katastrophenschutz (FüGKs) zu befähigen und in die Planung, Erarbeitung und Festlegung von Maßnahmen inklusive Prüfung der praktischen Umsetzbarkeit miteinzubeziehen (Olm et al. 2022b). So könnten vertrauensvolle Informationsstrukturen mit kompetenten Ärzt*innen aus dem ambulanten Bereich aufgebaut werden, Miss- und Desinformationen könnten verringert werden, was zu einer effektiveren Pandemiebekämpfung führt (Clemente-Suárez et al. 2022).

4.4. Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit vermittelt einen Einblick in das Geschehen in südbayerischen Praxen während der frühen Phase der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020. Während alle Praxen von organisatorischen Herausforderungen gleichermaßen betroffen waren, sind Anzahl und Konsequenzen der erlebten SARS-CoV-2-Infektionen in hohem Maße variabel gewesen – von gering und harmlos bis sehr groß (über 100 Infektionen) und häufig mit tödlichem Verlauf. Erfreulich war, dass ein großer Teil der Pflegeheime damals ohne Infektionsfälle blieb. Das Infektionsrisiko von Ärzt*innen und Praxismitarbeiter*innen in der Frühphase war erheblich.

Die Hausärzt*innen hatten während dieser Zeit erhebliche Schwierigkeiten zu meistern. Es hat sich gezeigt, dass Hausärzt*innen sich schnell an neue Situationen anpassen können. Etablierte Neuerungen aus der Pandemie, wie das Tragen von Schutzkleidung bei Kontakt zu potentiell infektiösen Patient*innen, das dauerhafte Angebot von Infektsprechstunden und die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung sollten unabhängig von Krisensituationen zur Verhinderung von Infektionen und Erleichterung des Arbeitsalltags beibehalten werden. Um mit Hinblick auf den drohenden Ärztemangel einen Versorgungsengpass für Patient*innen zu verhindern, sollten Praxisabläufe optimiert und unnötige Arzt-Patienten-Kontakte reduziert werden. Ausreichend Schutzkleidung sollte für 1-2 Wochen von den Praxen vorgehalten werden und danach von extern bereitgestellt werden.

Die Meinungen über die Bedrohung von COVID-19 und die Bewertung der hierfür ergriffenen Gegenmaßnahmen gingen unter den Hausärzt*innen teilweise stark auseinander. Schulschließungen sollten in zukünftigen Krisensituationen genauer abgewogen und

möglichst vermieden werden. Die Hausärzt*innen könnten eine Beratungs- und Koordinierungsfunktion einnehmen für die von Pandemiefolgen betroffenen Kinder.

Eine adäquate Begründung politischer Entscheidungen und die Einbindung von Hausärzt*innen in Entscheidungsprozesse, die für die hausärztliche Versorgung relevant sind, kann die Umsetzung von Maßnahmen bei zukünftigen Krisensituationen erleichtern. Hausärzt*innen sollten deshalb als fester Bestandteil von Krisenbewältigungsgremien in die Planung, Erarbeitung und Festlegung von Maßnahmen inklusive Prüfung der praktischen Umsetzbarkeit miteinbezogen werden. Nicht-Katastrophenzeiten sollten dazu genutzt werden, den Umgang von Hausärzt*innen mit Unsicherheit und Krisensituationen zu schulen.

Angesichts der essenziellen Bedeutung der Hausärzt*innen bei der Pandemiebewältigung ist deren Expertise und Bedürfnisse bei zukünftigen Krisensituationen verstärkt zu berücksichtigen.

5. Literaturverzeichnis

- Abbasi, J. (2021). COVID-19 conspiracies and beyond: how physicians can deal with patients' misinformation. *Journal of the American Medical Association*, 325 (3), 208–210. DOI: 10.1001/jama.2020.22018.
- Aktürk, Z., Linde K., Hapfelmeier, A., Kunisch, R. & Schneider, A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in people with migratory backgrounds: a cross-sectional study among Turkish- and German-speaking citizens in Munich. *BMC Infectious Diseases*, 21 (1), 1214. DOI: 10.1186/s12879-021-06940-9.
- Ammer, A., Linde, K., Borasio, G. D. & Schneider, A. (2019). Palliativmedizinisches Wissen unter deutschen Hausärzten – eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2019 (6), 267-273. DOI: 10.3238/zfa.2019.0267–0273.
- Anonym (2023). „Die Praxen kommen in den Pandemieplänen bisher gar nicht vor“. Interview mit Gerlach, Ferdinand. *Deutsches Ärzteblatt*. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140394/Die-Praxen-kommen-in-den-Pandemieplaenen-bisher-gar-nicht-vor>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Bahnsen, L. & Wild, F. (2022). Wie sind wir bisher durch die COVID-19-Pandemie gekommen? Ein vergleichender Blick nach Europa. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 27 (06), 306–312. DOI: 10.1055/a-1965-1964.
- Bayerische Staatsministerien des Innern, für Sport und Integration und für Gesundheit und Pflege (2020). Notfallplan Corona-Pandemie: Aufrechterhaltung der Arztversorgung während des festgestellten Katastrophenfalls. *Bayerisches Ministerialblatt*, 2020 (157). Online verfügbar unter <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymb/2020/157/baymb-2020-157.pdf>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit & Robert Koch-Institut (2020). Beschreibung des bisherigen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland (Stand: 12. Februar 2020). *Epidemiologisches Bulletin*, 2020 (7), 3-4. DOI: 10.25646/6476.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020). Bayerischer Influenzapandemieplan. Online verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/02/influenza-bayern.pdf>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020). Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), Vorläufige Ausgangsbeschränkung anlässlich der Corona-Pandemie, Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 20.03.2020, Az. Z6a-G8000-2020/122-98, Online verfügbar unter <https://www.bayern.de/wp-content/uploads/2020/03/20-03-20-ausgangsbeschraenkung-bayern-.pdf>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Bergmaier, C., Schneider, A., Torge, M., Riedl, B., Wapler, P. & Linde, K. (2020). Fallzahlen und Herausforderungen in südbayerischen Hausarztpraxen während der COVID-19-Pandemie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2020 (9), 357–362. DOI: 10.3238/zfa.2020.0357-0362.

Betsch, C., Eitze, S., Felgendreff, L., Geiger, M., Korn, L., Schmid, P., Shamsrizi, P., Sprengholz, P., Taubert, F., COSMO — COVID-19 Snapshot Monitoring. Universität Erfurt, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Robert Koch Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Leibniz-Institut für Psychologie und Science Media Center. Online verfügbar unter <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/politik/20-akzeptanz/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In Cooper, H., Camic, P., Long, D., Panter, A., Rindskopf, D. & Sher, K. (2012). *APA handbook of research methods in psychology. Research designs. Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. 2. Aufl. Washington: American Psychological Association, 57–71. DOI: 10.1037/13620-004

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Impfdashboard. Online verfügbar unter <https://impfdashboard.de/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Bundesregierung (2013). Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. Online verfügbar unter <https://dip.bundestag.de/vorgang/bericht-zur-risikoanalyse-im-bev%C3%B6lkerungsschutz-2012/50323>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Bundesregierung (2020). Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020. Unter Mitarbeit von: Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Bundesregierung (2022). Corona-Sonderregelung - Telefonische Krankschreibung verlängert. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/telefonische-krankschreibung-1800026>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Caiazzo, V. & Witoski-Stimpfel, A. (2022). Vaccine hesitancy in American healthcare workers during the COVID-19 vaccine roll out: an integrative review. *Public Health*, 207, 94–104. DOI: 10.1016/j.puhe.2022.03.017.

Castelli, L., Di Tella, M., Benfante, A., Taraschi, A., Bonagura, G., Pizzini, A. & Romeo, A. (2021). The psychological impact of COVID-19 on general practitioners in Piedmont, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 281, 244–246. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.008.

Centers of Disease Control and Prevention (2020). Hospitalizations were 6 times higher and deaths 12 times higher for COVID-19 patients with reported underlying conditions. Online verfügbar unter <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/89319>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Clemente-Suárez, V., Navarro-Jiménez, E., Simón-Sanjurjo, J., Beltran-Velasco, A., Laborde-Cárdenas, C., Benitez-Agudelo, J., Bustamante-Sánchez Á. & Tornero-Aguilera J. (2022). Mis-/Disinformation in COVID-19 health crisis: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (9), 5321. DOI: 10.3390/ijerph19095321.

Collinsdictionary (2021). Archetype. Online verfügbar unter <https://www.collinsdictionary.com/de/worterbuch/englisch/archetype>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Corona Datenplattform (2021). Themenreport 02, Homeoffice im Verlauf der Corona-Pandemie, Ausgabe Juli 2021, Bonn. Online verfügbar unter <https://www.infas.de/corona-datenplattform-themenreport-02-homeoffice-im-verlauf-der-pandemie>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Cutler, A. & Breiman, L. (1994). Archetypal analysis. *Technometrics*, 36 (4), 338–347. DOI: 10.1080/00401706.1994.10485840.

DAK (2023a). Corona: Alarmierende Folgen für Kinder und Jugendliche. Online verfügbar unter [https://www.dak.de/dak/bundesthemen/corona-alarmierende-folgen-fuer-kinder-und-jugendliche-2480802.html#/,](https://www.dak.de/dak/bundesthemen/corona-alarmierende-folgen-fuer-kinder-und-jugendliche-2480802.html#/) zuletzt geprüft am 11.06.2023.

DAK (2023b). Pandemie: Depressionen und Essstörungen bei Jugendlichen steigen weiter an. Online verfügbar unter [https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essstoerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/,](https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essstoerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/) zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2020a). Langzeitmanagement der COVID-19-Pandemie aus allgemeinmedizinischer Sicht. Online verfügbar unter https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Strategiepapier_Pandemiemanagement.pdf , zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2020b). Satzung der DEGAM. Online verfügbar unter <https://www.degam.de/satzung.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2023). Fachdefinition. Online verfügbar unter <https://www.degam.de/fachdefinition>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Deutscher Hausärzterverband (2023). Satzung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. Online verfügbar unter <https://www.hausaerzterverband.de/ueber-den-hausaerzterverband/bundesverband>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Deutsches Ärzteblatt (2020). COVID-19: Neue S1-Leitlinie gibt Empfehlungen für die hausärztliche Praxis. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=111263&s=covid&s=degam>, zuletzt aktualisiert am 23.03.2020, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Donnachie, E., Hapfelmeier, A., Linde, K., Tauscher, M., Gerlach, R., Greissel, A. & Schneider, A. (2022). Incidence of post-COVID syndrome and associated symptoms in outpatient care in Bavaria, Germany: a retrospective cohort study using routinely collected claims data. *BMJ Open*, 12 (9), e064979. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064979.

Dresing, T. & Pehl, T. (2012). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 4. Aufl. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

Dror, A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N., Mizrachi, M., Zigran, A., Srouji, S. & Sela E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35 (8), 775–779. DOI: 10.1007/s10654-020-00671-y.

Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X. & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.029.

Eugster, M. & Leisch, F. (2009). From spider-man to hero - Archetypal Analysis in R. *Journal of Statistical Software*, 30 (8), 1-23. DOI: 10.18637/jss.v030.i08.

Felfe, C., Saurer, J., Schneider, P., Vornberger, J., Klotzbuecher, V., Erhart, M., Kaman A. & Ravens-Sieberer U. (2022). The youth mental health crisis during the COVID-19 pandemic: The role of school closures. Online verfügbar unter: DOI:[10.21203/rs.3.rs-1304103/v2](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1304103/v2), zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Flaxman, S., Mishra, S., Gandy A., Unwin, H., Mellan, T., Coupland, H., Whittaker C., Zhu, H., Berah T., Eaton J., Monod, M. Imperial College COVID-19 Response Team, Ghani, A., Donnelly, C., Riley ,S., Vollmer, M., Ferguson, N., Okell, L. & Bhatt S. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*, 584 (7820), 257–261. DOI: 10.1038/s41586-020-2405-7.

Freundl, V., Stiegler, C. & Zierow, L. (2021). Europas Schulen in der Corona-Pandemie – ein Ländervergleich. *Ifo Schnelldienst*, 74(12), 41-50. Online verfügbar unter <https://www.ifo.de/publikationen/2021/aufsatz-zeitschrift/europas-schulen-der-corona-pandemie-ein-laendervergleich>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). G-BA weitet Möglichkeiten zur Krankschreibung per Videosprechstunde aus. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/999/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Gornyk, D., Harries, M., Glöckner, S., Strengert, M., Kerrinnes, T., Heise, J., Maaß, H., Ortman, J., Kessel, B., Kemmling, Y., Lange, B. & Krause, G. (2021). SARS-CoV-2 seroprevalence in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118 (48), 824–831. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0364.

Hanke, S. (2022). Der Nächste bitte: Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich. Online verfügbar unter <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/arzt-patienten-kontakte-im-internationalen-vergleich>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Haserück, A. (2021). Ambulante Versorgung: Herausforderung bestanden. *Deutsches Ärzteblatt*. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218353/Ambulante-Versorgung-Herausforderung-bestanden>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Heavey, L., Casey, G., Kelly, C., Kelly, D. & McDarby, G. (2020). No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveillance*, 25 (21). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903.

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heltveit-Olsen, S., Lunde, L., Brænd, A., Spehar, I., Høye, S., Skoglund, I., Sundvall, P., Fossum, G., Straand, J. & Risør M. (2022). Experiences and management strategies of Norwegian GPs during the COVID-19 pandemic: a longitudinal interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41 (1), 2–12. DOI: 10.1080/02813432.2022.2142796.

Hildebrandt, U. (2021). Aus Corona lernen. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hölscher, M., Radon, K., Fuchs, C., Hasenauer, J. & Wieser, A. (2020). Prospektive COVID-19 Kohorte München (KoCo19): Zusammenfassung der epidemiologischen Ergebnisse der Erstuntersuchung. Online verfügbar unter https://cdn0.scrvt.com/4d3e519fe5939342b95c7312343779ef/943b9bcdea1be013/ba10ea6cad86/2020_12_23-Zusammenfassung_KoCo19_Epi.pdf, zuletzt geprüft am 19.06.2023.

- Hövenner, C., Koschollek, C., Schlaud, M., Gößwald, A. & Hamouda, O. (2021). Seroprävalenzstudie an besonders von der SARS-CoV-2-Pandemie betroffenen Orten: Corona-Monitoring lokal. *Gesundheitswesen*, 83 (8/9), 706. DOI: 10.1055/s-0041-1732138
- Isphording, I., Lipfert, M. & Pestel, N. (2021). Does re-opening schools contribute to the spread of SARS-CoV-2? Evidence from staggered summer breaks in Germany. *Journal of Public Economics*, 198, 104426. DOI: 10.1016/j.jpubeco.2021.104426.
- Jocham, Al., Berberat, P., Schneider, A. & Linde, K. (2017a). Why do students engage in elective courses on acupuncture and homeopathy at medical school? A survey. *Complementary Medicine Research*, 24 (5), 295–301. DOI: 10.1159/000468539.
- Jocham, A., Kriston, L., Berberat, P., Schneider, A. & Linde, K. (2017b). How do medical students engaging in elective courses on acupuncture and homeopathy differ from unselected students? A survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17 (1), 148. DOI: 10.1186/s12906-017-1653-z.
- Karapetyan, S., Schneider, A., Linde, K., Donnachie, E. & Hapfelmeier, A. (2021). SARS-CoV-2 infection and cardiovascular or pulmonary complications in ambulatory care: A risk assessment based on routine data. *Public Library of Science One*, 16 (10), e0258914. DOI: 10.1371/journal.pone.0258914.
- Karlinsky, A. & Kobak, D. (2021). Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *eLife*, 10, e69336. DOI: 10.7554/eLife.69336.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2021a). KVB-Aufgaben. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/ueber-uns/aufgaben/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hg.) (2021b). KVB-Satzung. Bayerischer Staatsanzeiger (2020, 3). Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Mitglieder/Service/Rechtsquellen/Satzungsrecht/KVB-RQ-Satzung.pdf>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2023). Versorgungsatlas Hausärzte - Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Alterstruktur in Bayern - Januar 2023. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J. & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50 (6), 613–621. DOI: 10.1176/appi.psy.50.6.613.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kursumovic, E., Lennane, S. & Cook, T. (2020). Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia*, 75 (8), 989–992. DOI: 10.1111/anae.15116.
- Landtag des Freistaates Bayern (24.07.1996). Bayerisches Katastrophenschutzgesetz. BayKSG. Online verfügbar unter <https://www.innenministerium.bayern.de/sus/katastrophenschutz/katastrophenschutzsystem/aufgabenundorganisation/index.php>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Li, X., Xu, W., Dozier, M., He, Y., Kirolos, A., Lang, Z., Peige S. & Evropi T. (2020). The role of children in the transmission of SARS-CoV2: updated rapid review. *Journal of Gobal Health*, 10 (2), e21101. DOI: 10.7189/jogh.10.021101.

Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Wagenpfeil, S., Meissner, K. & Schneider, A. (2014). The use of placebo and non-specific therapies and their relation to basic professional attitudes and the use of complementary therapies among German physicians - a cross-sectional survey. *Public Library of Science One*, 9 (4), e92938. DOI: 10.1371/journal.pone.0092938.

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122 (1-2), 86–95. DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.019.

Ludvigsson, J. (2020). Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. *Acta Paediatrica*, 109 (8), 1525–1530. DOI: 10.1111/apa.15371.

Maurer, M., Reinemann, C. & Kruschinski, S. (2021). Einseitig, unkritisch, regierungsnah? Eine empirische Studie zur Qualität der journalistischen Berichterstattung über die Corona-Pandemie. Hg. v. Rudolf Augustein Stiftung. Online verfügbar unter <https://rudolf-augstein-stiftung.de/aktuelles/wissenschaftliche-studien-zur-rolle-und-qualitaet-der-medialen-berichterstattung-in-der-corona-krise/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Mayer, H. (2009). Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 5. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag

Msemburi, W., Karlinsky, A., Knutson, V., Aleshin-Guendel, S., Chatterji, S. & Wakefield, J. (2023). The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature*, 613 (7942), 130–137. DOI: 10.1038/s41586-022-05522-2.

Nguyen, Long H.; Drew, David A.; Graham, Mark S.; Joshi, Amit D.; Guo, Chuan-Guo; Ma, Wenjie, Mehta, R., Warner, E., Sikavi, D., Lo, C., Kwon, S., Song, M., Mucci, L., Stampfer, M., Willett, W., Eliassen, A., Hart, J., Chavarro, J., Rich-Edwards J., Davies, R., Capdevila, J., Lee, K., Lochlainn, M., Varsavsky, T., Sudre, C., Cardoso, M., Wolf, J., Spector, T., Ourselin, S., Steves, C., Chan, A. & Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 5 (9), e475-e483. DOI: 10.1016/S2468–2667(20)30164-X.

O'Connor, C. & Murphy, M. (2020). Going viral: doctors must tackle fake news in the covid-19 pandemic. *British Medical Journal*, 369, m1587. DOI: 10.1136/bmj.m1587.

Olm, M., Schymura, J., Torge, M., Riedl, B., Wapler, P., Wartner, A., Vorderwülbecke, F., Schneider, A. & Linde, K. (2022a). Unterstützung der ambulanten Versorgung im Pandemiefall, Empfehlungen aus der Evaluation des bayerischen Versorgungsarztansatzes in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 98 (2), 48-53. DOI 10.53180/zfa.2022.0048-0053

- Olm, M., Schymura, J., Torge, M., Riedl, B., Wapler, P., Wartner, A., A., Vorderwülbecke, F., Schneider, A. & Linde, K. (2022b). Erfahrungen mit Versorgungsärzt*innen in der frühen COVID-19-Phase 2020 in Bayern – Befragung von Versorgungs- und Hausärzt*innen. *Gesundheitswesen*, 84 (2), 97–106. DOI: 10.1055/a-1719-1072%20.
- Paparoupa, M., Schröder, A., Braunsteiner, J., Addo, M., Lütgehetmann, M., Roedl, K., Kluge, S., Ondruschka, B. & Wichmann, D. (2022). The effects of SARS-CoV-2 Virus type and of vaccination status on causes of death over the course of the COVID-19 pandemic. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119 (35-36), 607–608. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0255.
- Petrick, N. & Kreuzenbeck, C. (2023). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung der Online-Videosprechstunde von Hausärzten in Deutschland – eine Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. *Gesundheitswesen*, 85 (03), 188-192. DOI: 10.1055/a-1999-7390.
- Pizzo, P., Spiegel, D. & Mello, M. (2021). When physicians engage in practices that threaten the nation's health. *Journal of the American Medical Association*, 325 (8), 723–724. DOI: 10.1001/jama.2021.0122.
- Ribbat, L., Linde, K., Schneider, A. & Riedl, B. (2023). Auswirkungen der Regressgefahr auf die Tätigkeit von Hausärzt*innen und Orthopäd*innen – Bundesweite Befragung. *Gesundheitswesen*, 85 (2), 111–118. DOI: 10.1055/a-1594-2527.
- Robert Koch Institut (2016). Nationalen Influenzapandemieplan Teil II. Online verfügbar unter www.rki.de/pandemieplanung, zuletzt geprüft am 16.04.2023. DOI:10.17886/rkipubl-2016-004.4
- Robert Koch Institut (2017). Nationaler Pandemieplan Teil I. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/187>, zuletzt geprüft am 16.04.2023. DOI: 10.25646/112
- Robert Koch Institut (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4 (4), 62-70. DOI: 10.25646/6221
- Robert Koch Institut (2020). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus- Krankheit-2019 (COVID-19) 17.06.2020. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_Juni.html?nn=2386228, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Robert Koch Institut (2021). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 01.03.2021. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/Archiv_Mrz_2021.html?nn=2386228, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Robert Koch Institut (2022). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin*, 2022 (38) 3-6 DOI: 10.25646/10598
- Robert Koch Institut (2023a). COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Robert Koch Institut (2023b). Risikobewertung zu COVID-19. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html?nn=13490888, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz Bundesgesundheitsministerium (2022). Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sachverstaendigenausschuss-infektionsschutzgesetz.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Schaffler-Schaden, D., Mergenthal, K., Avian, A., Huter, S., Spary-Kainz, U., Bachler, H., Flamm, M., & Siebenhofer, A. (2022). COVI-Prim longitudinal survey: Experiences of primary care physicians during the early phase of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers In Medicine*, *9*, 761283. DOI: 10.3389/fmed.2022.761283.

Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S., Haas, W., Schuler, E., Altmann, D., Grote, U., Diercke, M. & RKI COVID-19 Study Group (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *64* (9), 1093–1106. DOI: 10.1007/s00103-021-03394-x.

Schneider, A., Rauscher, K., Kellerer, C., Linde, K., Kneissl, F. & Hapfelmeier, A. (2021). COVID-19 assessment in family practice - A clinical decision rule based on self-rated symptoms and contact history. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, *31* (1), 46. DOI: 10.1038/s41533-021-00258-4.

Schöley, J., Aburto, J., Kashnitsky, I., Kniffka, M., Zhang, L., Jaadla, H., Dowd, J. & Kashyap, R. (2022). Life expectancy changes since COVID-19. *Nature Human Behaviour*, *6* (12), 1649–1659. DOI: 10.1038/s41562-022-01450-3.

Schrader, H., Borgulya, G., Parisi, S., Joos, S., Kaduszkiewicz, H., Barzel, A., Raus, C., Sanftenberg, L., Kühlein, T., Maun, A., Schmidt, J., Linde, K. & Gágyor, I. (2023). Erfahrungen von HausärztInnen mit COVID-19 und der Pandemie – ein Survey nach der ersten Pandemiewelle im März/April 2020. Online erschienen in *Gesundheitswesen*, 30.05.2023, verfügbar unter DOI: 10.1055/a-2042-9715, zuletzt geprüft am 19.06.2023.

Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J., & Pfadenhauer, L. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *165*, 1–12. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.06.002.

Siebenhofer, A., Huter, S., Avian, A., Mergenthal, K., Schaffler-Schaden, D., Spary-Kainz, U., Bachler, H. & Flamm, M. (2021). COVI-Prim survey: Challenges for austrian and german general practitioners during initial phase of COVID-19. *Public Library of Science One*, *16* (6), e0251736. DOI: 10.1371/journal.pone.0251736.

Stöcker, A., Demirer, I., Gunkel, S., Hoffmann, J., Mause, L., Ohnhäuser, T. & Scholten, N. (2021). Stockpiled personal protective equipment and knowledge of pandemic plans as predictors of perceived pandemic preparedness among German general practitioners. *Public Library of Science One*, *16* (8), e0255986. DOI: 10.1371/journal.pone.0255986.

- Strumann, C., Von Meißner, W., Blickle, P., Held, L. & Steinhäuser, J. (2021). Experiences made by family physicians managing patients with SARS-CoV-2 infection during spring 2020 - a cross-sectional analysis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 35–42. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.07.005.
- Tagliabue, F., Galassi, L. & Mariani, P. (2020). The "Pandemic" of disinformation in COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2 (9), 1287–1289. DOI: 10.1007/s42399-020-00439-1.
- Tolksdorf, K., Loenenbach, A. & Buda, S. (2022). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“; *Epidemiologisches Bulletin* 2022 (38), 3-6. DOI 10.25646/10598
- Verger, P., Fressard, L., Collange, F., Gautier, A., Jestin, C., Launay, O., Raude J., Pulcini C. & Peretti-Watel P. (2015). Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: A national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine*, 2 (8), 891–897. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.06.018.
- Viner, R., Russell, S., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C. & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4 (5), 397–404. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X.
- Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R., Beger, C., Poulain, T., Meigen, C., Körner, A., Keller, E., Kiess, W. & Pfäffle, R. (2022). Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Obesity*, 46 (1), 144–152. DOI: 10.1038/s41366-021-00968-2.
- Von Bismarck-Osten, C., Borusyak, K. & Schönberg, U. (2021). The role of schools in transmission of the SARS-CoV-2 virus: quasi-experimental evidence from Germany. *Economic Policy*, 37 (109), 87–130, <https://doi.org/10.1093/epolic/eiac001>
- Von Oltersdorff-Kaletka, A., Meinel, J., Voigt, K., Mundt, T., Bleckwenn, M., Bergmann, A. & Gottschall, M. (2022). How stressful was the COVID-19 pandemic for residents specializing in family practice? A study of stressors and psychological well-being of physicians in further training specializing in family practice (GP trainees) within a pandemic context. *BMC Primary Care*, 23 (1), 308. DOI: 10.1186/s12875-022-01921-6.
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A. & Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112 (10), 159–165. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0159.
- Walsh, S., Chowdhury, A., Braithwaite, V., Russell, S., Birch, J., Ward, J., Waddington C., Brayne, C., Bonell, C., Viner, R. & Mytton O. (2021). Do school closures and school reopenings affect community transmission of COVID-19? A systematic review of observational studies. *BMJ Open*, 11 (8), e053371. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053371.
- Ward, H., Atchison, C., Whitaker, M., Ainslie, K., Elliott, J., Okell, L., Redd, R., Ashby, D., Donnelly, C., Barclay, W., Darzi, A., Cooke, G., Riley S. & Elliott P. (2021). SARS-CoV-2 antibody prevalence in England following the first peak of the pandemic. *Nature Communications*, 12 (1), 905. DOI: 10.1038/s41467-021-21237-w.

Wessendorf, L., Richter, E., Schulte, B., Schmithausen, R., Exner, M., Lehmann, N., Coenen, M., Fuhrmann C., Kellings, A., Hüsing, A., Jöckel, K. & Streeck H. (2022). Dynamics, outcomes and prerequisites of the first SARS-CoV-2 superspreading event in Germany in February 2020: a cross-sectional epidemiological study. *BMJ Open*, 12 (4), e059809. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-059809.

WHO (2020a). Pneumonia of unknown cause – China. Online verfügbar unter <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

WHO (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Online verfügbar unter <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

WHO (2023). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Online verfügbar unter <https://covid19.who.int/>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Wolf-Ostermann, R. (2020). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona- Pandemie – Ergebnisse einer Online- Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Online verfügbar unter https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Wübken, M., Oswald, J. & Schneider, A. (2013). Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (9-10), 632–637. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.10.017.

Zeit Online (2020). 101-Jährige hat erste Corona-Impfung in Deutschland erhalten. Online verfügbar unter <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-12/coronavirus-erste-impfungen-impfstoff-halberstadt>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.

Zimmermann, G. (2022). Ende vieler Corona-Regeln: Was bleibt den Arztpraxen? *MMW Fortschritte der Medizin*, 164 (1), 18–19. DOI: 10.1007/s15006-022-1006-9.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart Stichprobenausschöpfung	17
Abbildung 2: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 2: Systematisches Durcharbeiten der Interviews und Vergabe erster Codes	20
Abbildung 3: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 3 „Creative Clouding“: Codes können mit Pfeilen neu gebildeten Themen zugeordnet werden.	21
Abbildung 4: Beispielhafte Veranschaulichung von Auswertungsschritt 6 „Summary-Grid“: Auswahl passender Beispielzitate aus einer Ansicht aller Zitate zu einem bestimmten Thema.	22
Abbildung 5: Flowchart Stichprobenausschöpfung	25
Abbildung 6: Berichtenswertes/Anmerkungen zu Fallzahlen.....	30
Abbildung 7: Sorgen wegen COVID-19 und Auswirkungen auf die Praxen.....	32
Abbildung 8: Was waren allgemein die größten Probleme/Herausforderungen für Ihre Praxis?.....	33
Abbildung 9: Persönliche Sicht zu Covid-19	35
Abbildung 10: Ergänzungen zur persönlichen Einschätzung zu COVID-19	37
Abbildung 11: Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen.....	39
Abbildung 12: Freitextantworten zum Thema Maßnahmen	39
Abbildung 13: Aussagen zur Lockerungsphase	40
Abbildung 14: Freitextantworten zum Thema Lockerungen	42
Abbildung 16: Freitextantworten zum Thema Grunddilemma	43
Abbildung 15: Das Grunddilemma	43
Abbildung 17: Konsequenzen für die kommenden Monate	45
Abbildung 18: Freitextantworten zum Thema Konsequenzen.....	47
Abbildung 19: Was brauchen Sie, um mit Ihrer Praxis auf eine zweite COVID-19 Welle gut vorbereitet zu sein?	49
Abbildung 20: Baumdiagramm: Themen der 10 Interviews	57
Abbildung 21: Hauptthema subjektive und emotionale Erfahrung der ersten Monate	58
Abbildung 22: Hauptthema Herausforderungen für Praxen in der Frühphase der Pandemie	63
Abbildung 23: Unterthema Patientenrückgang	63
Abbildung 24: Unterthema Praxisorganisation.....	66
Abbildung 25: Unterthema Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	71
Abbildung 26: Thema Bewertung des politischen Umgangs mit der Pandemie.....	78
Abbildung 27: COVID-19-Teststrategie.....	81
Abbildung 28: Zukunftsausblick.....	86

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Phaseneinteilung zur Beschreibung des COVID-19- Geschehens in Deutschland, 2020 – 2022 (Stand: 15.09.2022)	7
Tabelle 2 Merkmale der Teilnehmer*innen bzw. der teilnehmenden Praxen (n=161).....	26
Tabelle 3: Fallzahlen zu bestätigten Infektionen und Verläufen in den Praxen.....	27
Tabelle 4: Fallzahlen zu bestätigten Infektionen und Verläufen in betreuten Pflegeheimen ..	29
Tabelle 5: Häufigkeit der Nennung von dominanten Symptomen (Mehrfachauswahl).	31
Tabelle 6: Sorgen wegen COVID-19 und Auswirkungen auf die Praxen	34
Tabelle 7: Persönliche Sicht zu Covid-19	36
Tabelle 8: Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen.....	38
Tabelle 9: Aussagen zur Lockerungsphase	41
Tabelle 10: Das Grunddilemma.....	44
Tabelle 11: Konsequenzen für die kommenden Monate	46
Tabelle 12: Zahlenwerte des PHQ-4 und seiner Subskalen PHQ-2 und GAD-2	50
Tabelle 13: Merkmale der Teilnehmer*innen und Erfahrungen mit COVID-19 in Praxis und Heimen.	52
Tabelle 14: Merkmale der Teilnehmer*innen	56

8. Interviewverzeichnis

Interview-Nr.	Geschlecht	Alter	Praxislage	COVID-Fälle in der Praxis	Gesprächssituation	Interview-dauer
01	männlich	51-60	10-100.000 Einw.	Wenige	persönlich	24min
02	weiblich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	persönlich	34min
03	weiblich	41-50	>100.000 Einw.	Wenige	Zoom-Interview	33min
04	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	Zoom-Interview	35min
05	weiblich	51-60	>100.000 Einw.	Mittel	Zoom-Interview	22min
06	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Mittel	telefonisch	22min
07	männlich	51-60	10-100.000 Einw.	Mittel	Zoom-Interview	38min
08	weiblich	41-50	10-100.000 Einw.	Wenige	persönlich	25min
09	weiblich	41-50	10-100.000 Einw.	Mittel	persönlich	23min
10	männlich	51-60	<10.000 Einw.	Viele	Zoom-Interview	32min

9. Anhang

9.1. Fragebogen zum Thema Covid-19

Fragebogen zum Thema Covid-19

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft unseren Fragebogen auszufüllen!

A Fragen zu den von Ihnen betreuten Covid-19-Patient*innen

Angesichts der Dynamik der Situation bitte hier Ausfülldatum einfügen: ____ / ____ /2020

1a. Wie viele Patient*innen mit bestätigten Covid 19-Infektionen hatten Sie bisher in Ihrer Praxis (ohne Pflegeheimpatient*innen – hierzu Frage 2)?

_____ (wenn sie keine Covid-19-Patient*innen hatten, bitte bei Frage 1f fortfahren)

1b. Welche Symptome waren aus Ihrer Sicht dominant? Bitte benennen Sie die aus Ihrer Sicht 5 wichtigsten Symptome in der Reihenfolge Ihrer Wichtigkeit? (z.B. 1 Fieber, 2 Husten, etc.)

- Fieber Husten Schnupfen Kurzatmigkeit
 Halsschmerzen Kopfschmerz Muskelschmerz Magen/Darm
 Geruchs-/Geschmacksverlust Bindehautentzündung Mattigkeit/Schwäche
 andere: _____

1c. Wie viele Ihrer Covid-19-Patient*innen waren (weitgehend) asymptomatisch?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genaue Zahl anzugeben, geschätzt _____%

1d. Wie viele schwere Verläufe mit/aufgrund von Hospitalisierung hatten Sie in Ihrer Praxis?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genaue Zahl anzugeben, geschätzt _____%

1e. Wie viele Todesfälle mit/aufgrund von Covid-19-Infektionen hatten Sie in Ihrer Praxis?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genau Zahl anzugeben geschätzt _____%

1f. Haben Sie selbst Tests aus SARS-CoV-2 durchgeführt?

- nein ja, in der Praxis: ca. _____ positiv SARS-CoV-2 bei ca. _____ Fällen
 ja, in einer Abstrich-Unit: ca. _____ positiv SARS-CoV-2 bei ca. _____ Fällen

Bemerkungen bzgl. Tests _____

2a. Betreuen Sie eine Pflegeeinrichtung?

- ja (bitte weiter mit Frage 2b) nein (bitte weiter mit Frage 3)

2b. Wie viele der Patient*innen, die Sie dort betreuen, hatten eine bestätigte Covid-19-Infektion? Und wie viele Patient*innen betreuen Sie dort insgesamt? Falls in der von Ihnen betreuten Einrichtung kein Covid-19-Fall auftrat, bitte „0“ und Zahl der Betreuten eintragen und mit Frage 3 weitermachen.

_____ mit Covid-19-Infektion von insgesamt _____ betreuten Patient*innen

2c. Wie viele Ihrer Covid-19-Patient*innen waren (weitgehend) asymptomatisch?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genau Zahl anzugeben geschätzt _____%

2d. Wie viele schwere Verläufe mit/aufgrund von Hospitalisierung hatten Sie bei Ihren Heimpatient*innen?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genau Zahl anzugeben geschätzt _____%

2e. Wie viele Todesfälle mit/aufgrund von Covid-19-Infektionen hatten Sie bei Ihren Heimpatient*innen?

_____ Falls es Ihnen schwer fällt, eine genau Zahl anzugeben geschätzt _____%

Berichtenswertes/Anmerkungen von Ihrer Seite

B Sorgen wegen Covid-19 und Auswirkungen in Ihrer Praxis

	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
3a. Ich hatte/habe Bedenken, dass ich selbst angesteckt werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b. Ich hatte/habe Bedenken, dass meine Mitarbeiter*innen angesteckt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3c. Ich hatte/habe Bedenken, dass meine Praxis in Quarantäne muss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3d. Ich hatte/habe Sorgen, wie es für die Praxis wirtschaftlich weiter geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3e. Ich hatte/habe Kurzarbeit eingeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4a. Haben Sie sich selbst mit SARS-Cov-2 nachgewiesenermaßen infiziert?

- ja ohne Symptome mit Symptomen: _____ nein

4b. Haben sich Kolleg*innen/MFAs nachgewiesenermaßen infiziert?

- ja, und zwar _____ Ärzt*innen _____ MFA/Team nein
 alle ohne Symptome
 mit Symptomen: _____

4c. Welche Auswirkungen (außer Quarantäne) ergaben sich aus den Infektionen?

4d. Was waren allgemein die größten Probleme/Herausforderungen für Ihre Praxis?

Berichtenswertes/Anmerkungen von Ihrer Seite

C Ihre persönliche Sicht zu Covid-19

	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
5a. Die Angst vor dem SARS-CoV-2 Virus ist nicht angemessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. Covid-19 ist nicht gefährlicher als eine Grippe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5c. Die Bedrohlichkeit der Covid-19 Pandemie ist schwer einzuschätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5d. Ich habe in der Praxis oder im näheren Umfeld erschreckende Verläufe von Covid-19 erlebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was Sie zu Ihrer persönlichen Einschätzung Covid-19 ergänzen möchten					

D Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Pandemie

	Triff t zu	Trifft eher zu	Teils- teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Aussagen zu den im März 2020 ergriffenen Maßnahmen					
6a. Die Empfehlung Abstand zu halten, war richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. Das Verbot von Großveranstaltungen war richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. Die Schließung von Schulen und Kitas war richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6d. Die Kontaktverbote in Pflegeeinrichtungen waren richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6e. Die Ausgangsbeschränkungen waren in der damaligen Situation nachvollziehbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6f. Die Ausgangsbeschränkungen sind aus heutiger Sicht kritisch zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6g. Wenn man keine Maßnahmen ergriffen hätte, hätte es auch in Deutschland zu vielen Toten wie in Norditalien kommen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Was Ihnen zum Thema Maßnahmen auf dem Herzen liegt</u>					
Aussagen zur „Lockerungsphase“ (seit Ende April)					
7a. Ich sehe eine erhebliche Gefahr für eine „zweite Welle“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7b. Die Empfehlung Abstand zu halten, ist richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7c. Die Maskenpflicht beim Einkaufen und in öffentlichen Verkehrsmitteln ist richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7d. Die Lockerungen erfolgen zu schnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7e. Die Pandemie ist vorbei bzw. klingt aus und alle Maßnahmen sollten schnellstmöglich aufgehoben werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Was Ihnen zum Thema Lockerung auf dem Herzen liegt:</u>					
Das Grunddilemma					
8a. Covid-19 stellt uns vor die Frage, welchen „Preis“ zu zahlen wir bereit sind, um Leben zu retten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. Die Diskussion dieser (vorangehenden) Frage ist gefährlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. Die Diskussion dieser Frage ist unabdingbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8d. Eine befriedigende Antwort auf diese Frage ist unmöglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Was Ihnen zum Thema Grunddilemma auf dem Herzen liegt:</u>					

	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Konsequenzen für die kommenden Monate					
9a. Eine gute Vorbereitung auf eine mögliche zweite Welle ist notwendig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. Um die Lebensqualität der Risikogruppen nicht zu sehr einzuschränken, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. Zum Schutz von Unternehmen, Selbstständigen etc. müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9c. Um die Belastung von Kindern und jungen Familien zu begrenzen, müssen pragmatische Kompromisse gefunden werden (die auch Menschenleben kosten können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9a. Zwangsmaßnahmen sind unbedingt zu vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9f. Eine Überreaktion auf die vermeintliche Covid-19-Bedrohung wie in den letzten Monaten muss zukünftig unbedingt vermieden werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Was Ihnen zum Thema Konsequenzen auf dem Herzen liegt:</u>					

E Was brauchen Sie, um mit Ihrer Praxis auf eine zweite Covid-19 Welle gut vorbereitet zu sein?

F Fragen zu Ihrem emotionalen Befinden (Fragebogen PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
10a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10c. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10d. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G Fragen zu Ihrer Person und Praxis

- 11a. Ihr Alter bis 40 J(ahre) 41-50 J 51-60 J 61-70 J >70 J
- 11b. Ihr Geschlecht weiblich männlich divers
- 11c. Niedergelassen seit bis 10 Jahre 11-20 Jahre > 20 Jahre
- 11d. Arbeitszeit/Woche ≥ 30 h Woche < 30 h pro Woche
- 11e. Praxislage Großstadt Vorort/Kleinstadt Land
- 11f. In meiner näheren Umgebung war ein Corona-Hotspot nein ja

Falls Sie bereit wären, bei einem Telefoninterview mitzuwirken, machen Sie bitte ein Kreuz (X) auf der Rückseite des Rückantwortkuverts

9.2. Anschreiben und Informationen zur Befragung



Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

ANREDE ANREDELANG
STRASSE
PLZ ORT

München, den xx.06.2020

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
Orleansstr. 47
81667 München
E-Mail: klaus.linde@tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
Fax: +49-89-6146589-15

Doktorarbeit – Befragung zum Thema Covid-19 15 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs

BRIEFANREDE,

unser Doktorand Christian Bergmaier bittet Sie um Ihre Unterstützung als erfahrene/r Ärztin/Arzt. Wir führen eine Befragung zum Thema *Erfahrungen und Einstellungen von bayerischen Hausärzten in der SARS-CoV-2-Pandemie* durch. Er würde sich freuen, wenn Sie den beiliegenden Fragebogen ausfüllen und im beiliegenden Freiumschlag zurücksenden. Bitte helfen Sie ihm dabei, möglichst viele und zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und daraus eine erfolgreiche Doktorarbeit zu erstellen!

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre praktischen Erfahrungen und Belastungen während der Coronakrise als erfahrene Hausärzt*innen ebenso erfassen wie Ihre persönlichen Sichtweisen zu den Maßnahmen und zur weiteren Entwicklung. Um den Fragebogen kurz zu halten, konnten wir viele wichtige Fragen nicht stellen. Sie können aber aus Ihrer Sicht wichtige Dinge in den Freitextfeldern oder auf dem leeren Blatt gerne und gefiltert ergänzen! Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym. Weitere Informationen zu Zielen und Methoden der Befragung finden Sie auf der Rückseite dieses Anschreibens. In unserer Zeitschrift „Lehrpraxis“ werden wir Ihnen Ende des Jahres über erste Ergebnisse berichten.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
(Studienleiter und Betreuer)



Christian Bergmaier
Doktorand

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Schwaiger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Elke Frank
(Kaufmännische Direktorin)
Silke Großmann
(Pflegedirektorin)
Prof. Dr. Bernhard Hemmer
(Dekan)

Informationen zur Befragung

Wer ist verantwortlich für die Befragung?

Die Befragung erfolgt im Rahmen der Doktorarbeit des Medizinstudenten Christian Bergmaier am Institut für Allgemeinmedizin (<http://www.am.med.tum.de/>) der Technischen Universität München. Die Arbeit wird inhaltlich von dem Allgemeinmediziner Dr. Bernhard Riedl betreut. Sollten Sie Fragen zur Studie haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per Email direkt an den methodischen Betreuer der Doktorarbeit, Prof. Dr. med. Klaus Linde (Klaus.Linde@lrz.tum.de, Tel. 089-614 65 89-16) wenden.

Wer bezahlt die Befragung?

Porto- und Materialkosten werden aus den Mitteln des Institutes für Allgemeinmedizin der TU München bezahlt. Es gibt keinerlei Förderung durch Industrie oder andere Stellen.

Was sind die genauen Ziele der Befragung?

Ziel der Befragung ist die Erfassung von a) Erfahrungen und Belastungen von Hausärzt*innen in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie, und b) der subjektiven Bewertung der getroffenen Maßnahmen sowie die Einschätzung von Konsequenzen und zukünftigen Herausforderungen.

Warum werden gerade Sie angeschrieben?

Wir schreiben ALLE Lehrärztinnen an. Wir hoffen bei Ihnen auf eine hohe Rücklaufquote.

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Auswertung erfolgt anonym, d.h. wir können die erhaltenen Antworten nicht einzelnen Ärztinnen oder Ärzten zuordnen. Die Daten werden in den Computer eingegeben und dann statistisch ausgewertet.

Auf dem Rückantwortkuvert für den Fragebogen ist eine Nummer aufgetragen, die wir unserer Adressdatei zuordnen können. Dies dient ausschließlich dazu, denen, die nicht antworten, ein bzw. maximal zwei Erinnerungsschreiben zusenden zu können. Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen und keine Erinnerungsschreiben erhalten wollen, schicken Sie uns am besten einfach den leeren Fragebogen mit durchgestrichener erster Seite zurück. Bei Posteingang wird bei uns registriert, von wem wir eine Rückantwort erhalten haben und wer bereit wäre, bei einem zusätzlichen Interview mitzuwirken (siehe unten). Das Rückantwortkuvert wird verworfen.

Wären Sie bereit auch bei einem Interview mitzuwirken?

In einem Fragebogen können Ihre Sichtweisen nur grob, unvollständig und mit geringer Tiefe erfasst werden. Wir möchten daher zusätzlich 7 bis 10 Interviews (per Telefon oder von Angesicht zu Angesicht; 30 bis 60 Minuten Dauer) durchführen. In einem solchen Interview würden wir Sie bitten, uns ausführlicher von Ihren Erfahrungen, Erlebnissen und Sichtweisen zu berichten – unabhängig davon, ob Sie die Bedrohung durch Covid-19 für völlig übertrieben oder sehr real, die Maßnahmen für überzogen oder zu lasch halten. Wir sind hier ganz offen! Falls Sie bereit wären, an einem solchen Interview mitzuwirken, bitten wir Sie auf das Rückantwortkuvert eine großes „X“ aufzutragen und uns damit erlauben, dass wir Sie kontaktieren dürfen. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym und strikt getrennt vom Interview.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung - Kontakt: Prof. Dr. med. Klaus Linde, E-Mail: klaus.linde@tum.de; Telefon: 089/614 6589 -16, Telefax: 089/6146589 – 15

9.3. Interviewleitfaden

Hausarztbefragung Covid-19 Interview-Leitfaden

Vorab: Dokumentation Alter, Geschlecht, Praxislage, Gesprächssituation

Thema	Leitfrage	Hilfsfragen
Erleben der Pandemie als Arztin/Arzt	Wie haben Sie die Covid-19-Pandemie in Ihrer Praxis erlebt?	Wie stark war Ihre Praxis von Corona-Erkrankungen (Patienten/Mitarbeiter) betroffen? Gab es schwere Verläufe und/oder Todesfälle? Was waren/sind besondere Herausforderungen? Was hat die Situation emotional bei Ihnen ausgelöst? Gab/Gibt es Auswirkungen auf das Patientenaufkommen oder die wirtschaftliche Situation der Praxis?
Bewertung des Umgangs mit der Pandemie als Arzt/Arztin und Mitglied der Gesellschaft	Wie bewerten Sie den medizinischen/ärztlichen, politischen Umgang mit der Covid-19-Pandemie?	Waren die getroffenen Maßnahmen angemessen? Wurde die Gefahr über- oder unterschätzt? Wurden die Perspektive der Hausarzt*innen ausreichend berücksichtigt?
Auswirkungen auf das Selbst-/Arztbild	Wie hat sich Ihr Arztbild/Ihr Selbstbild als Arzt durch die Coronakrise verändert?	Ergeben sich aus der Coronakrise grundsätzliche Fragen für die Medizin bzw. für Ihr ärztliches Handeln? Für den Umgang mit Risiken, Alter und Tod? Dafür, welches Ausmaß an medizinischer Versorgung notwendig ist?
Chancen für die Zukunft	Welche Chancen sehen Sie in der Coronakrise? Was können wir für die hausärztliche Versorgung lernen?	Was sollte in Zukunft aus hausärztlicher Sicht/aus gesellschaftlicher Sicht anders gemacht werden? In einer ähnlichen Situation/allgemein?
Erwarteter weiterer Verlauf der Pandemie	Was glauben Sie, wie sich die Pandemie in den nächsten Monaten entwickeln wird?	Sehen Sie die Gefahr einer zweiten Welle? Erwarten Sie die Verfügbarkeit von wirksamen Medikamenten oder einer Impfung? Wie werden Politik und Gesellschaft reagieren?
Offen	Gibt es andere Aspekte die Ihnen besonders wichtig erscheinen?	

9.4. Teilnehmerinformation für Interviewteilnehmer*innen



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinikum rechts der Isar
Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider
Tel. 089 / 614658913

Teilnehmerinformation zur Studie - Interview -

Erfahrungen und Einstellungen von Hausarzt*innen in der SARS-CoV-2-Pandemie – Qualitative Befragung

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Covid-19-Pandemie hat Hausarzt*innen in Bayern in den vergangenen Wochen vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Diskussionen in hausärztlichen Medien deuten darauf hin, dass die Wahrnehmung von Erkrankung und Maßnahmen sehr unterschiedlich ist. Systematische Untersuchungen zu Erfahrungen und Einschätzungen von Hausarzt*innen im Zusammenhang mit Covid-19 liegen bisher noch nicht vor. Im Rahmen einer Dissertation führen wir am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung eine Befragung durch. Ziel des geplanten Projektes ist die Erfassung von a) Erfahrungen und Belastungen von Hausarzt*innen in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie, und b) der subjektiven Bewertung der getroffenen Maßnahmen sowie die Einschätzung von Konsequenzen und zukünftigen Herausforderungen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar wenn Sie im Rahmen dieses Projektes an einem Interview teilnehmen würden (Dauer zwischen 30 und 60 Minuten, per Telefon oder an einem vereinbarten Ort). In diesem Interview möchten wir Sie bitten, sich zu folgenden Themen zu äußern: Ihr Erleben der Pandemie als Ärztin/Arzt, Ihre Bewertung des Umgangs mit der Pandemie, die Auswirkungen der Coronakrise auf Ihr Selbst- bzw. Arztbild, Chancen, die sich für die Zukunft aus der Krise ergeben könnten, und Ihre Einschätzung bzgl. des weiteren Verlaufs der Pandemie. Sie können aber auch eigene Themen einbringen.

Die Interviews werden aufgezeichnet, transkribiert und vollständig anonymisiert. Es ist gewährleistet, dass keine Identifikation personenbezogener Daten aus dem Material möglich ist. Die Daten werden ausschließlich durch das Institut für Allgemeinmedizin ausgewertet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Wir würden Sie sehr bitten, dass Sie an dieser Studie teilnehmen. Wir werden selbstverständlich versuchen, Ihnen in der Terminfindung voll und ganz entgegen zu kommen.

Rücktrittsrecht: Sie können Ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Falls Sie konkrete Fragen zu Ablauf, Durchführung, Ziele oder Methoden der Studie haben oder sonstige Information benötigen, können Sie sich sehr gerne an Herrn cand. med. Christian Bergmaier, der diese Studie im Rahmen seiner Dissertation primär durchführt, oder an den Leiter der Studie, Prof. Dr. Klaus Linde, wenden.

Kontakt:

cand. med. Christian Bergmaier / Prof. Dr. med. Klaus Linde
Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar TU München, Orleansstrasse 47, 81667 München; E-Mail: klaus.linde@tum.de; Telefon: 089/614 6589 -16, Telefax: 089/6146589 – 15

Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. A. Schneider)

Datenschutz:**Was geschieht mit meinen Daten?**

In dieser Studie ist die Technische Universität München, Fakultät für Medizin, Ismaningerstr. 22, 81675 München, Telefon 089-41404022, für die Datenverarbeitung verantwortlich.

Die Verarbeitung Ihrer Daten setzt Ihre Einwilligung voraus (Rechtsgrundlage). Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen dieser Studie verwendet. Dazu gehören personenidentifizierende Daten wie Name, Anschrift und sensible personenbezogene Gesundheitsdaten.

Alle unmittelbar Ihre Person identifizierenden Daten [Name und Vorname werden durch einen Identifizierungscode ersetzt (pseudonymisiert). Dies schließt eine Identifizierung Ihrer Person durch Unbefugte weitgehend aus. Die erhobenen Daten werden, falls zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung und Veröffentlichung notwendig, ausschließlich anonymisiert an autorisierte und der Verschwiegenheit verpflichtete Mitarbeiter wissenschaftlicher Arbeitsgruppen und Zeitschriften weitergegeben.

Ihre Daten werden am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Klinikums Rechts der Isar der TU München, Orleansstr. 47, 81667 München gespeichert. Sie werden nach Ablauf der gesetzlichen Löschfristen gelöscht.

Die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten ist freiwillig, Sie können jederzeit die Einwilligung ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie widerrufen.

Die Auswertung der Befragung erfolgt ausschließlich durch den Doktoranden, den Studienleiter und von diesem autorisierte Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Weitere Personen haben keinen Einblick in die Erhebung.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten zu erhalten, auch in Form einer unentgeltlichen Kopie. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten verlangen. Wenden Sie sich in diesen Fällen an den Studienleiter Prof. Antonius Schneider, Orleansstr. 47, 81667 München, Tel.: 089-6146589-13.

Im Falle einer Beschwerde wenden Sie sich an:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
E-Mail: datenschutz@mri.tum.de

oder an:

Bayerischer Landesbeauftragten für den Datenschutz
Postanschrift: Postfach 22 12 19, 80502 München
Hausanschrift: Wagnmüllerstr. 1, 80538 München
E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

Die Studieninformation und eine Kopie der von mir unterschriebenen Einverständniserklärung habe ich erhalten.

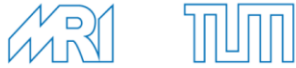
.....
Datum

.....
Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

.....
Datum

.....
Unterschrift des Interviewers

9.5. Einverständniserklärung für Interviewteilnehmer*innen



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinikum rechts der Isar
Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider
Tel. 089 / 614658913

Einverständniserklärung zur Studie - Interview -

Erfahrungen und Einstellungen von Hausarzt*innen in der SARS-CoV-2-Pandemie
– Qualitative Befragung

.....
Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Ich bin anhand der schriftlichen Studieninformation ausführlich und verständlich über Sinn und Bedeutung der geplanten Untersuchung informiert worden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorliegende Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden habe. Über die Einzelheiten bei der Durchführung der Studie wurde ich unterrichtet. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend und zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir in den Interviews erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymisierter Form genutzt werden.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Teilnehmers/der Teilnehmerin oder sonstiger Aspekte: Für die Entscheidung zur Studienteilnahme hatte ich genügend Zeit. Ich stimme der Teilnahme an dieser Studie freiwillig zu. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen.

**TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN**

Klinikum rechts der Isar
 Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
 Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider
 Tel. 089 / 614658913

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Befragung personenbezogene Daten gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Befragung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Befragung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Befragung personenbezogene Daten über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern beim Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München aufgezeichnet werden. Für die Auswertung werden diese Daten vollständig anonymisiert. Die Aufnahme wird nach Übertragung des Textes (Transkription) gelöscht. Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Erhebung beenden und mein Einverständnis zurückziehen kann. Ziehe ich mein Einverständnis zurück, habe ich das Recht auf Löschung aller meiner personenbezogenen Daten.

Die Studieninformation und eine Kopie der von mir unterschriebenen Einverständniserklärung habe ich erhalten.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des Interviewers

10. Veröffentlichungen

Originalarbeiten in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren:

Christian Bergmaier, Antonius Schneider, Marion Torge, Bernhard Riedl, Peter Wapler, Klaus Linde (2020). Fallzahlen und Herausforderungen in südbayerischen Hausarztpraxen während der COVID-19 Pandemie, Case Numbers and Challenges in Southern Bavarian Primary Care Practices During the COVID-19 Pandemic, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 96(9), 357-362

DOI: 10.3238/zfa.2020.0357–0362

Klaus Linde, Christian Bergmaier, Marion Torge, Niklas Barth, Antonius Schneider & Alexander Hapfelmeier (2021). The diversity of opinion among general practitioners regarding the threat and measures against COVID-19 – Cross-sectional survey, European Journal of General Practice, 27(1), 176-183

DOI: 10.1080/13814788.2021.1954155

Veröffentlichter Abstract auf Kongress mit Peer-Review-Verfahren:

Christian Bergmaier, Alexander Hapfelmeier, Marion Torge, Niklas Barth, Antonius Schneider, Klaus Linde (2021). Opinions of German GPs on the dangerousness of COVID-19 and the appropriateness of the measures in spring 2020 – a survey, 26th WONCA Europe Conference Virtual 06.-10.07.2021, Abstract #257,

<https://info.kenes.com/flip/wonca2022/index.html> Abstract Book Page 766

11. Danksagung

Mein Dank gilt:

Prof. Dr. Klaus Linde für die sehr gute und ganzheitliche Betreuung, das großes Engagement, den stets konstruktiven Austausch und die große Unterstützung bei diesem Projekt.

Dr. Niklas Barth für die Unterstützung und Begleitung der Interviewdurchführung und qualitativen Auswertung.

Prof. Dr. Alexander Hapfelmeier für die Hilfe bei der Durchführung der komplizierten statistischen Auswertung mittels Archetypenanalyse.

Florian Vorderwülbecke, Tom Brandhuber, Michaela Olm, Marion Torge und Isabella Canella für ihre Kommentare zu den frühen Fragebogenversionen.

Prof. Dr. Antonius Schneider und allen Mitarbeiter*innen im Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung für die stets angenehme und produktive Arbeitsatmosphäre.

Allen teilnehmenden Lehrärzt*innen für den Zeitaufwand und das Teilen ihrer wertvollen Gedanken und Erfahrungen in dieser schwierigen und stressigen Phase zu Pandemiebeginn.

Und Michaela Bergmaier, meiner liebevollen Frau für die tolle Unterstützung bei dieser Arbeit, dem zeitaufwendigen Korrekturlesen und das konstruktive Hinterfragen meiner produzierten Texte.