Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) xxx (xxxx) xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/zefq

Versorgungsforschung / Health Services Research

Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen

Medical care in GP practices during the Covid-19 pandemic: A questionnaire-based survey among general practitioners and medical practice assistants asking for their opinion about changes, needs and burdens

Susanne Döpfmer [a,*], Doreen Kuschick [a], Kahina Toutaoui [a], Burgi Riens [a], Marius Dierks [a], Florian Wolf [b], Liliana Rost [b], Markus Krause [b], Daniel Schulze [c], Christoph Heintze [a], Lisa Kümpel [a]

[a] *Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland*
[b] *Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*
[c] *Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland*

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:
Eingegangen: 7. November 2022
Revision eingegangen: 20. Februar 2023
Akzeptiert: 14. März 2023
Online gestellt: xxxx

Schlüsselwörter:
COVID-19
Hausärzte
Medizinische Fachangestellte
Versorgungsforschung
Befragung

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Corona-Pandemie führte in hausärztlichen Praxen nicht nur zu Veränderungen des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sondern auch zu einer verdichteten Arbeitsbelastung von Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten. Ziel der VeCo-Praxis-Studie ist es, retrospektiv die Erfahrungen beider Berufsgruppen zwei Jahre nach Beginn der Pandemie zu explorieren.
Methoden: Im März und April 2022 wurden Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte in Berlin, Brandenburg und Thüringen postalisch gebeten, einen papierbasierten Fragebogen auszufüllen.
Ergebnisse: 657 Hausärzt*innen und 762 Medizinische Fachangestellte beantworteten den Fragebogen. Beide Berufsgruppen stimmten mehrheitlich Aussagen zu, die einen Rückgang von Angeboten der Regelversorgung kennzeichnen. Dennoch waren 74% der Hausärzt*innen und 82,9% der Medizinischen Fachangestellten der Auffassung, ihre Patient*innen weiterhin gut versorgt zu haben. Dies war nur mit einem erheblichen Mehraufwand und erheblichem Stresserleben auf Seiten der Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten möglich. Während jeweils etwas mehr als die Hälfte beider Berufsgruppen angaben, dass ihnen die Arbeit weiterhin Freude bereitet, waren andererseits jeweils mehr als drei Viertel der Auffassung, dass während der Pandemie mehr von ihnen erwartet wurde, als sie leisten konnten. Beide Gruppen wünschten sich mehr Wertschätzung durch die Gesellschaft (Medizinische Fachangestellte 93,2%, Hausärzt*innen 85,3%) und von Seiten der Patient*innen (87,7% bzw. 69,9%).
Diskussion: Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte haben Leistungen der Regelversorgung verringert, konnten aber dennoch aus ihrer Sicht eine gute Versorgung ihrer Patient*innen auch während der Pandemie aufrechterhalten. Es wurde deutlich, dass im Sinne besserer Rahmenbedingungen eine höhere Wertschätzung, eine bessere Bezahlung des geleisteten Mehraufwands und hilfreiche Informationen notwendig sind, um eine gute Versorgung langfristig aufrechterhalten zu können.
Schlussfolgerung: Die subjektive Sicht von Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten auf die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie liefert Hinweise, dass eine höhere Wertschätzung und eine adäquate finanzielle Kompensation besonders in Zeiten außergewöhnlich hoher Beanspruchungen erforderlich sind, damit die jeweiligen Berufe auch zukünftig attraktiv bleiben.

* Korrespondenzadresse. Dr. Susanne Döpfmer, MSc. Institut für Allgemeinmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland.
E-Mail: susanne.doepfmer@charite.de (S. Döpfmer).

https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.03.002
1865-9217/© 2023 Published by Elsevier GmbH.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Please cite this article as: S. Döpfmer, D. Kuschick, K. Toutaoui et al., Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.03.002

ARTICLE INFO

Article History:
Received: 7 November 2022
Received in revised form: 20 February 2023
Accepted: 14 March 2023
Available online: xxxx

Keywords:
Covid-19
General practitioners
Medical practice assistants
Health services research
Survey

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus pandemic did not only result in changes in the provision and utilization of health care services in general practice but also in an increased workload for physicians and medical practice assistants. The VeCo practice study retrospectively explores the experiences of both professional groups two years after the start of the pandemic.
Methods: In March and April 2022, general practitioners and medical practice assistants in the three German federal states of Berlin, Brandenburg and Thuringia were asked to complete a paper-based questionnaire.
Results: 657 general practitioners and 762 medical practice assistants completed the questionnaire. Both professional groups agreed to statements indicating a reduction in regular health care provisions. Nevertheless, 74 % of the physicians and 82.9 % of the medical practice assistants considered the health care provided to their patients during the pandemic as good. This was only possible through considerable additional effort and stress. While more than half of both groups reported that work was still enjoyable, three quarters of both groups stated that the challenges arising from the pandemic outstripped their capacity. Both groups would like to receive more recognition from society (medical practice assistants 93.2%, general practitioners 85.3%) and from their patients (87.7% and 69.9%, respectively).
Discussion: General practitioners and medical practice assistants reduced regular health care provision but were still able to maintain a good quality of care for their patients during the pandemic. It became clear that more appreciation and adequate financial compensation are necessary to ensure long-term sustainability of GP care.
Conclusion: The subjective view of general practitioners and medical practice assistants on their health care provision shows that appreciation and adequate financial renumeration, particularly when working under most difficult conditions, are necessary to increase the attractiveness of a career in general practice, for both physicians and medical practice assistants.

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie stellte und stellt für Hausärzt*innen (HÄ) und ihre Teams eine besondere Belastung dar, da die hausärztliche Praxis auch in der Corona-Pandemie der zentrale Anlaufpunkt sowohl bei der Versorgung betroffener Patient*innen als auch bei den Impfungen war [1].

Die damit verbundenen Anforderungen trafen die Praxen unvorbereitet [2] und führten zu einer starken, weiterhin andauernden Belastung sowohl der HÄ [3,4] als auch der Medizinischen Fachangestellten (MFA) [5].

Gleichzeitig ergab sich die Schwierigkeit, Praxisorganisation sowie Priorisierung der Versorgung immer wieder an die sich ändernden Pandemie-Bedingungen anpassen zu müssen [6–9]. So kam es beispielsweise einerseits zu einem Ausbau von Video- und Telefonsprechstunden [10], andererseits aber auch zu einem Rückgang der Regelversorgung [11].

Auf Patient*innenseite ging von Beginn der Pandemie an die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen für nicht dringende andere Erkrankungen und Beratungsbedarfe deutlich zurück [12]. Vielfach wurden beispielsweise aus Angst vor Ansteckung ärztliche Einrichtungen gemieden [13], zum Teil mit schwerwiegenden Konsequenzen [14].

Unter Pandemie-Bedingungen mussten Gesundheitsversorger*innen und Patient*innen schnell, intuitiv und ohne klare Evidenz oder Leitlinienempfehlungen entscheiden, welche medizinischen Leistungen wirklich nötig und welche verzichtbar sind [15].

Die Pandemie resultierte daher in zahlreichen spontanen und unsystematischen Veränderungen im Angebot und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der hausärztlichen Praxis [16,17].

Entsprechende Studienergebnisse stammen überwiegend aus frühen Phasen der Pandemie, aus Ländern mit einem anderen Gesundheitssystem, aus rein quantitativen Befragungen mit eher kleinen Teilnehmer*innenzahlen bzw. aus rein qualitativen Befragungen oder reflektieren nur eine Perspektive.

Das Ziel der Studie „VeCo-Praxis“ (Hausärztliche **Ve**rsorgung nicht an COVID erkrankter Patient*innen während der **Co**rona-Pandemie) ist es daher, zwei Jahre nach Beginn der COVID-19-Pandemie retrospektiv über den gesamten Pandemieverlauf die subjektive Erfahrung mit Angebot und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im hausärztlichen Bereich für nicht an COVID-19 erkrankte bzw. wieder genesene Patient*innen aus der Sicht von deutschen Hausärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten und Patient*innen zu erheben.

Die „VeCo-Praxis“-Studie ist eine Studie mit einem Mixed Methods-Ansatz, in dem quantitativ und qualitativ drei Perspektiven erhoben und verglichen werden [18].

Berichtet werden hier die Ergebnisse des ersten Teils der Studie, einer Fragebogenerhebung unter HÄ und MFA.

Kontext

Die VeCo-Praxis-Studie ist eine Pilot-Studie im Rahmen des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Strukturaufbaus des hausärztlichen Forschungspraxennetzes „RESPoNsE“ (**Res**earch **P**ractice **N**etwork **E**ast) in den drei Regionen Berlin, Brandenburg und Thüringen [19]. Das Forschungspraxennetz hat das Ziel, HÄ für die Teilnahme an Forschungsprojekten zu gewinnen und zu qualifizieren. Zum Zeitpunkt der Erhebung haben sich bereits 381 HÄ auf eine Interessiertenliste für das Forschungspraxennetz setzen lassen (hier im Weiteren RESPoNsE-interessierte HÄ genannt).

Die VeCo-Praxis-Studie wurde partizipativ mit Mitgliedern des Praxisbeirates des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes entwickelt. Der Praxisbeirat aus HÄ und MFA wurde im Juni 2020 gegründet und wird sowohl in die Entwicklung des Netzwerkaufbaus als auch in die Planung der eigentlichen Forschungsprojekte einbezogen. Dabei geht es vor allem darum, die Relevanz und Machbarkeit der Vorhaben aus praktischer Perspektive zu beurteilen. Eine ursprünglich vorgesehene Studie zu einem anderen Thema wurde unter dem Eindruck der COVID-19-Pandemie mit zu

erwartenden Rekrutierungsproblemen nicht als ausreichend relevant betrachtet. Stattdessen bestand sowohl auf HÄ- als auch auf MFA-Seite der Wunsch, zu Aspekten der hausärztlichen Versorgung während der COVID-19-Pandemie befragt zu werden. Dabei waren sie zum einen von der Sorge um die Aufrechterhaltung der Regelversorgung von nicht an COVID erkrankten, insbesondere chronisch kranken Patient*innen motiviert, zum anderen aber auch von dem Wunsch, ihre Perspektive auf ihre Belastungssituation aufzeigen zu können.

Fragestellungen

Folgende Forschungsfragen sollten aus der Perspektive beider Gruppen beantwortet werden:

- Welchen Veränderungen unterlag die Häufigkeit durchgeführter Leistungen für nicht an COVID-19 erkrankte bzw. wieder genesene Patient*innen während der Corona-Pandemie?
- Welchen Veränderungen unterlag die Versorgung chronisch kranker Patient*innen?
- Wie hat die COVID-19-Pandemie die Sicht auf den eigenen Beruf verändert?
- Welche Bedarfe haben HÄ und MFA, um weiterhin eine gute Versorgung aufrecht erhalten zu können?
- Welche Belastungen hatten HÄ und MFA während der COVID-19-Pandemie?

Darüber hinaus wurde bei beiden Gruppen jeweils eine weitere Frage adressiert:

- Wie hilfreich werden die Informationen verschiedener Organisationen eingeschätzt (HÄ)?
- Welche Sorgen und Ängste bestanden während der Pandemie (MFA)?

Da diese Studie Teil des Strukturaufbaus des Forschungspraxennetzes RESPoNsE ist, hat uns weiterhin interessiert, ob sich die Beteiligungsrate an der Befragung und das Antwortverhalten zwischen HÄ, die Interesse an einer Mitwirkung in dem Forschungspraxennetz RESPoNsE gezeigt haben, von denen unterscheiden, die kein Interesse gezeigt haben.

Methoden

Fragebogenentwicklung

In einem Treffen des RESPoNsE-Praxisbeirates (sechs HÄ, eine MFA) sowie in zwei Treffen mit weiteren Mitgliedern des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes (insgesamt 13 HÄ und eine MFA) wurden Themen gesammelt, die in einer Befragung zu den Erfahrungen von HÄ und MFA während der COVID-19-Pandemie adressiert werden sollten.

Entlang der identifizierten Themen wurde vom Autor*innenteam eine Literaturrecherche mit der Frage durchgeführt, ob diese Themen aktuell und ausreichend in Studien adressiert worden waren. Da insbesondere Studien aus dem deutschen Kontext von Interesse waren, wurden neben einer PubMed-Recherche auch die deutschsprachigen Journale mit häufigen hausärztlichen Bezügen per Hand für die Zeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie gesichtet.

Es wurden dann Fragen und Items in einer ersten Fassung vom Autor*innenteam entwickelt und erneut im Praxisbeirat sowie in einem gesonderten Treffen mit zehn Berliner und Brandenburger Mitgliedern des Bundesverbandes Medizinischer Fachberufe durchgeführt, da MFA in den RESPoNsE-Gremien bisher noch nicht ausreichend vertreten sind. Eine Priorisierung der Themen ergab, dass für die MFA eine zusätzliche Frage zu Sorgen und Ängsten während der Pandemie sehr wichtig war. Bei der dann erfolgten Fragebogenkonstruktion durch das Autor*innenteam wurde daher, um den geplanten Umfang des Fragebogens von zwei DIN-A-4-Seiten (Vor- und Rückseite) nicht zu überschreiten, bei sonst identischem Fragebogen eine Frage aufgenommen, die jeweils nur HÄ bzw. MFA zu beantworten hatten.

Der Fragebogen wurde zunächst im Rahmen einer institutsinternen Forschungswerkstatt diskutiert, dann von wissenschaftlichen Kolleg*innen und schließlich von den Mitgliedern des Praxisbeirates mit Hilfe der Think-Aloud-Methode, in der die Teilnehmenden bereits während des Ausfüllens ihre Kommentare artikulieren und ggf. diskutieren, pilotiert. Im Rahmen dieses Vorgehens wurde der Fragebogen mehrfach angepasst (die vollständigen Fragebögen finden sich im Anhang A, bzw. B).

Studienpopulation

Der Fragebogen ging postalisch im März 2022 an alle KV-registrierten HÄ in Berlin und Brandenburg sowie an alle HÄ in Thüringen, die bereits auf der Interessiertenliste des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes standen.

Basis für die Kontaktdaten in Berlin und Brandenburg war die Internetfunktion der jeweiligen KV für die Arztsuche (https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/arzt-und-psychotherapeutensuche, bzw. https://arztsuche.kvbb.de) mit Stand vom Juli 2021. Es konnten 3889 Briefe zugestellt werden konnten (2332 in Berlin und 1557 in Brandenburg). In Thüringen wurde der Fragebogen nur an die 85 RESPoNsE-interessierten HÄ versendet.

Gleichzeitig mit dem hausärztlich auszufüllenden Fragebogen wurde ein durch die MFA auszufüllender Fragebogen mitgeschickt, mit dem Hinweis, diesen ggf. für weitere MFA der gleichen Praxis zu kopieren. Neben einem frankierten Rückumschlag für die Versendung der ausgefüllten Fragebögen wurde weiterhin ein vorbereiteter Antwortbogen mitgeschickt. Auf diesem konnten die HÄ angeben, ob sie an der Befragung teilnehmen oder nicht teilnehmen möchten. Dieser Bogen war per Fax an das Studienteam zu schicken und erhielt im Gegensatz zu dem anonymen, postalisch zu versendenden Fragebogen Name und Praxisstempel der HÄ (Anhang A, C). In einer zweiten Welle wurden die Fragebögen nach vier Wochen erneut an alle HÄ geschickt, die noch nicht teilgenommen hatten bzw. die Teilnahme laut Antwortfax nicht explizit abgelehnt hatten.

Auswertung

Die quantitative Auswertung erfolgte deskriptiv mit IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.

In der Auswertung wurden auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt. Die dargestellten relativen Häufigkeiten mit dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen beziehen sich dabei immer auf die Anzahl der gültigen Antworten. Diese können von Frage zu Frage und zwischen den Erhebungselementen variieren. Parallel wird daher, wenn es mehr als 5% fehlende Werte gab, die Anzahl der gültigen Angaben dargestellt. Sämtliche quantitativen Ergebnisse werden, soweit sie im Abschnitt „Ergebnisse“ nur zusammenfassend oder graphisch dargestellt sind, im Anhang A, D komplett tabellarisch aufgelistet.

Zusammenhänge zwischen dem Interesse an der Mitwirkung im Forschungspraxennetz RESPoNsE und den Zielvariablen wurden explorativ bivariat mittels des Chi-Quadrat-Tests und mit dem Zusammenhangsmaß Cramers V untersucht. Angegebene p-Werte unterlagen keiner Powerplanung. Freitextantworten wurden inhaltsanalytisch mit Hilfe von MAXQDA 2022 (Version 22.1.1.) in Kategorien zusammengefasst und quantifiziert [20].

Tabelle 1
Demographie und Angaben zur Tätigkeit der Teilnehmenden.

	HÄ Anzahl (%)	MFA Anzahl (%)
Geschlecht		
Weiblich	445 (67,7)	732 (96,1)
Männlich	199 (30,3)	20 (2,6)
Divers	2 (0,3)	2 (0,3)
Keine Angaben	11 (1,7)	8 (1,0)
Bundesland		
Berlin	345 (52,5)	386 (50,7)
Brandenburg	245 (37,3)	284 (37,3)
Thüringen	52 (7,9)	81 (10,6)
Anderes	-	-
Keine Angaben	15 (2,3)	11 (1,4)
Praxisregion		
Eher städtisch*	439 (66,8)	477 (62,6)
Eher ländlich*	148 (22,5)	193 (25,3)
Keine Angaben	70 (10,7)	92 (12,1)
Tätigkeitsart		
Selbständig	481 (73,2)	
Angestellt	110 (16,7)	Nicht gefragt
Keine Angaben	66 (10)	
Tätigkeitsumfang		
Vollzeit	486 (74,0)	392 (51,4)
Teilzeit	73 (11,1)	331 (43,4)
Keine Angaben	98 (14,9)	39 (5,1)
Praxisart		
Einzelpraxis	359 (54,6)	417 (54,7)
Gemeinschaftspraxis/BAG	144 (21,9)	162 (21,3)
MVZ	72 (11,0)	78 (10,2)
Praxisgemeinschaft	57 (8,7)	74 (9,7)
Keine Angaben	25 (3,8)	30 (3,9)

* subjektive Einschätzung ohne vorgegebene Definition.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1419 beantwortete Fragebögen zurückgesendet, 657 von HÄ (Rücklaufrate 16,1%), 762 von MFA (Tabelle 1). Die Rücklaufrate von HÄ betrug in Berlin und Brandenburg 14,3 bzw. 15,4%. In Thüringen waren nur die RESPoNsE-Interessierten (n= 85) adressiert worden. Von diesen schickten 52 den ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklaufrate 61,2%).

Für die MFA kann keine Rücklaufrate angegeben werden, weil nicht bekannt ist, an wie viele MFA der Fragebogen in den Praxen weitergegeben wurde.

Demographische Angaben der Teilnehmenden

Die HÄ waren im Schnitt 55 Jahre alt (Median; 25. Perzentile 48 Jahre, 75. Perzentile 61 Jahre; fehlende Angaben n=75), knapp 70% waren älter als 50 Jahre bzw. 29,9% älter als 60 Jahre. Die Mehrheit der teilnehmenden HÄ war weiblich, selbständig tätig und arbeitete in Vollzeit im eher städtischen Raum.

Die MFA waren im Mittel 43 Jahre alt (Median; 25. Perzentile 35 Jahre, 75. Perzentile 54 Jahre; fehlende Angaben n=60). Bei den MFA war erwartungsgemäß der Anteil der Frauen sehr hoch (96,1%). Die weiteren demographischen Angaben der Teilnehmenden und Angaben zur Tätigkeit sind Tabelle 1 zu entnehmen, für die Bundesländer getrennt im Anhang A, D.

Unter den Teilnehmenden befanden sich im Vergleich mit Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ungefähr gleiche Häufigkeiten von selbständig und in Einzelpraxis tätigen HÄ [21] und ein etwas höherer Anteil von Ärztinnen, verglichen mit den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2021 [22].

*Veränderungen der Häufigkeit durchgeführter Maßnahmen / Leistungen für nicht an COVID-erkrankte Patient*innen*

Sowohl HÄ als auch MFA wurden danach befragt, wie sich während der Pandemie die Häufigkeiten durchgeführter Maßnahmen/Leistungen für NICHT an COVID-19 erkrankten Patient*innen aus ihrer Sicht verändert haben. Erwartungsgemäß wurden Leistungen der Regelversorgung wie Routinekontrollen, DMP (Disease Management Programm) – Kontrollen und Gesundheitsuntersuchungen eher weniger durchgeführt, während Akutsprechstunden sowie Telefon- und zu einem deutlich geringeren Teil- Videosprechstunden eher zunahmen. Auch neue Patient*innen wurden vermehrt aufgenommen.

Die subjektiven Einschätzungen der HÄ und der MFA wichen teilweise erheblich voneinander ab: HÄ schätzten die Abnahme der Frequenz von Routineleistungen als deutlich stärker ein als die MFA: für Gesundheitsuntersuchungen sahen HÄ vermehrt ein viel selteneres oder selteneres Angebot als die MFA (63 vs. 37%), für Routinekontrollen betrug der Unterschied 59 vs. 33%, für DMP-Kontrollen 48 vs. 34% (detaillierte Ergebnisse finden sich in den Tabellen 3-16 in Anhang A, D).

*Veränderungen in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der COVID-19 Pandemie*

Insgesamt sahen sowohl die HÄ als auch die MFA eine gute Gewährleistung der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der Pandemie, wenn auch beobachtet wurde, dass sich der Gesundheitszustand dieser Patient*innen eher verschlechtert hat. Praxisbesuche wurden insgesamt reduziert, sowohl von Seiten der Praxis als auch – in stärkerem Maße - durch die Patient*innen selbst (Abbildung 1 und im Anhang A, D Tabellen 17-25).

Nur die HÄ wurden danach gefragt, welche Maßnahmen zur Einschränkung von Praxisbesuchen ergriffen wurden. Knapp drei Viertel stimmten zu, dass dies durch gezielte Anrufe erreicht wurde, während Hausbesuche und Videosprechstunden deutlich seltener genannt wurden (s. Anhang A, D, Tabellen 21-23).

51,8% der HÄ und 39,7% der MFA waren der Auffassung, dass sich manche Maßnahmen bzw. Leistungen während der Pandemie als verzichtbar herausstellten. Die HÄ konnten im Freitextfeld ihre Einschätzung abgeben, welche Leistungen auch nach der Pandemie seltener durchgeführt werden sollten: DMPs, Laboruntersuchungen und -auswertungen sowie Routinekontrollen wurden jeweils mindestens 20-mal genannt.

Sicht auf den eigenen Beruf

Sowohl HÄ als auch MFA gaben mehrheitlich an, dass ihnen die Arbeit auch unter Pandemie-Bedingungen weiterhin Freude bereitete (HÄ 58,9%, MFA 57,5%), jedoch dachten auch einige darüber nach, ihren Job zu wechseln (HÄ 16,5%, MFA 18,1%), siehe Abbildung 2.

Beide Berufsgruppen stimmten zu, dass mehr von Ihnen erwartet wird, als sie leisten können (HÄ 78,9%, MFA 77,7%). Die überwiegende Mehrheit empfand, dass sie während der Pandemie einen erheblichen Mehraufwand leisten musste (HÄ 89,2%, MFA 84,4%). Zum Verhalten der Patient*innen befragt, meinten HÄ und MFA überwiegend, dass sich diese seit der Pandemie rücksichtsloser verhielten (HÄ 60%, MFA 71,7%). Es gab jedoch auch Stimmen, dass sich einige Patient*innen rücksichtsvoller verhielten (HÄ 33,3%, MFA 28,3%), Details s. Anhang A, D Tabellen 26-33.

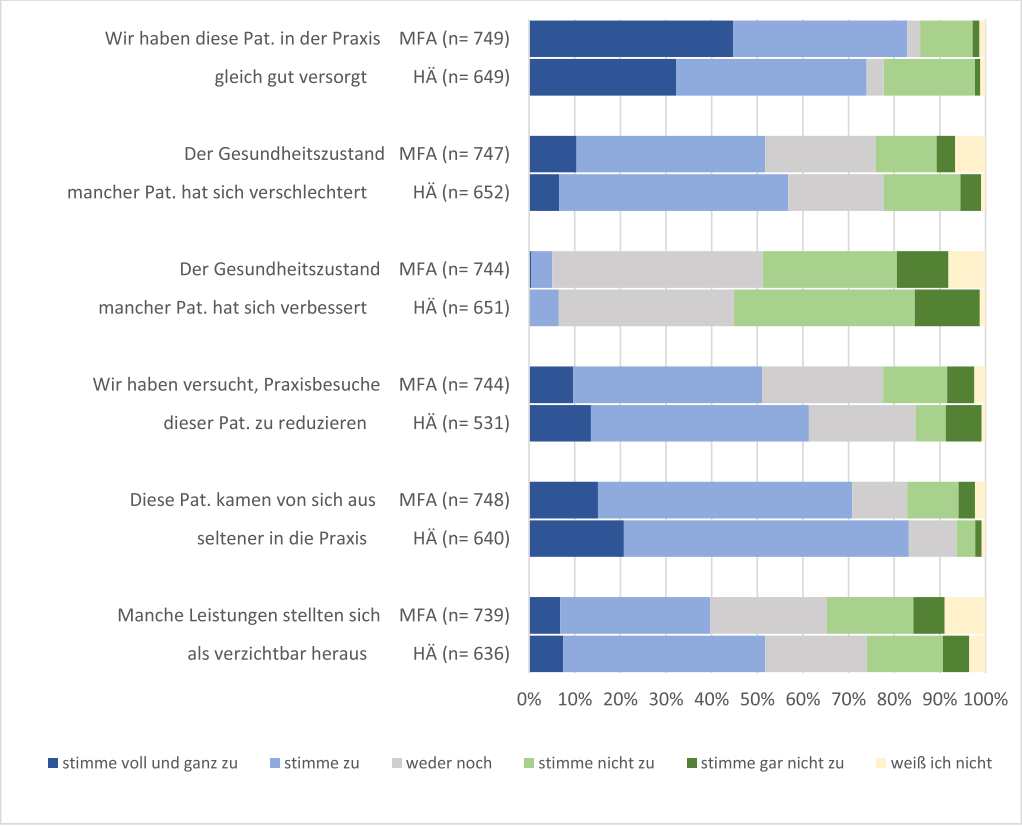

Abbildung 1. Veränderungen in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu vor der Pandemie.

Bedarfe von HÄ und MFA, um weiterhin eine gute Versorgung aufrecht erhalten zu können

Befragt danach, was sie benötigen, um auch unter Pandemie-Bedingungen die Versorgung ihrer Patient*innen gut aufrechterhalten zu können, nannten HÄ und MFA gleichermaßen besonders häufig eine adäquate Bezahlung (HÄ 91,8%, MFA 92,8%), Wertschätzung (HÄ 81,7%, MFA 92,9%) und Einbeziehung in gesundheitspolitische Entscheidungen (HÄ 86,7%, MFA 73,3%). Aber auch mehr Material (einschließlich Schutzkleidung), mehr Personal und hilfreiche Informationen durch offizielle Organisationen zu Corona-Maßnahmen wurden von der großen Mehrheit als wichtig erachtet (Tabellen 34-42 im Anhang A, D).

Belastungen während der Pandemie

In einem Freitextfeld am Ende des Fragebogens konnten HÄ und MFA ergänzen, was sie während der Pandemie am stärksten belastete. Tabelle 2 gibt die Kategorien und Anzahl der Nennungen wieder.

Besonders häufig wurden ein forderndes, teilweise rücksichtsloses und aggressives Verhalten von Patient*innen sowie das hohe Arbeits- und Stressaufkommen genannt. Bezüglich fehlender Anerkennung und unzureichender Vergütung wurde häufig bemängelt, dass Stress und Arbeitsbelastung von Pfleger*innen im stationären Bereich viel stärker im öffentlichen Bewusstsein vorkommen als die entsprechenden Belastungen im ambulanten Bereich und dass ein Corona-Bonus nur für den stationären Bereich gezahlt wurde.

Der größte Teil der Freitextantworten nannte kurze Stichworte wie zum Beispiel „Mehrarbeit“ oder „Aggressivität der Patienten“. Beispielhaft werden hier einige der längeren Zitate wiedergegeben:

Hausärzt*innen:

- „Der Bürokratiewahnsinn mit gefühlt wöchentlich wechselnden Vorgaben z.B. fünf Ziffern, um den PCR-Abstrich abzurechnen und 20, um die Impfung zu dokumentieren. Das ist NICHT zu schaffen & trug am meisten zu meiner Erschöpfung bei“
- „Wohin mit den ganzen Infektpatienten während des regulären Betriebes- Alles war “on top”!“

Mfa:

- „vorzeitige Verkündungen durch Presse (Zeitung, Radio, TV, Internet) bevor es festgelegte Regelungen und Richtlinien für Praxen gab/ gibt!!“
- „Langsam hasse ich meinen Job. Wenn ich nicht so eine tolle Chefin hätte, hätte ich schon lange das Handtuch geschmissen“.

Hausärztliche Sicht auf die Nützlichkeit von Informationen während der Pandemie

Nur die HÄ wurden danach gefragt, wie sie zusammenfassend die Informationen während der Pandemie durch Körperschaften / Verbände / Interessenvertretungen / Organisationen einschätzen. Rund zwei Drittel der befragten HÄ empfanden die Informationen aus dem eigenen professionellen Umfeld sowie von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und des Robert-Koch-Instituts (RKI) als sehr oder eher hilfreich. Die Informationen von Regierungsstellen, vom öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Gesundheitsämtern) und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden überwiegend als eher oder gar nicht hilfreich bewertet. Die Fachverbände nehmen hier eine Mittelposition ein

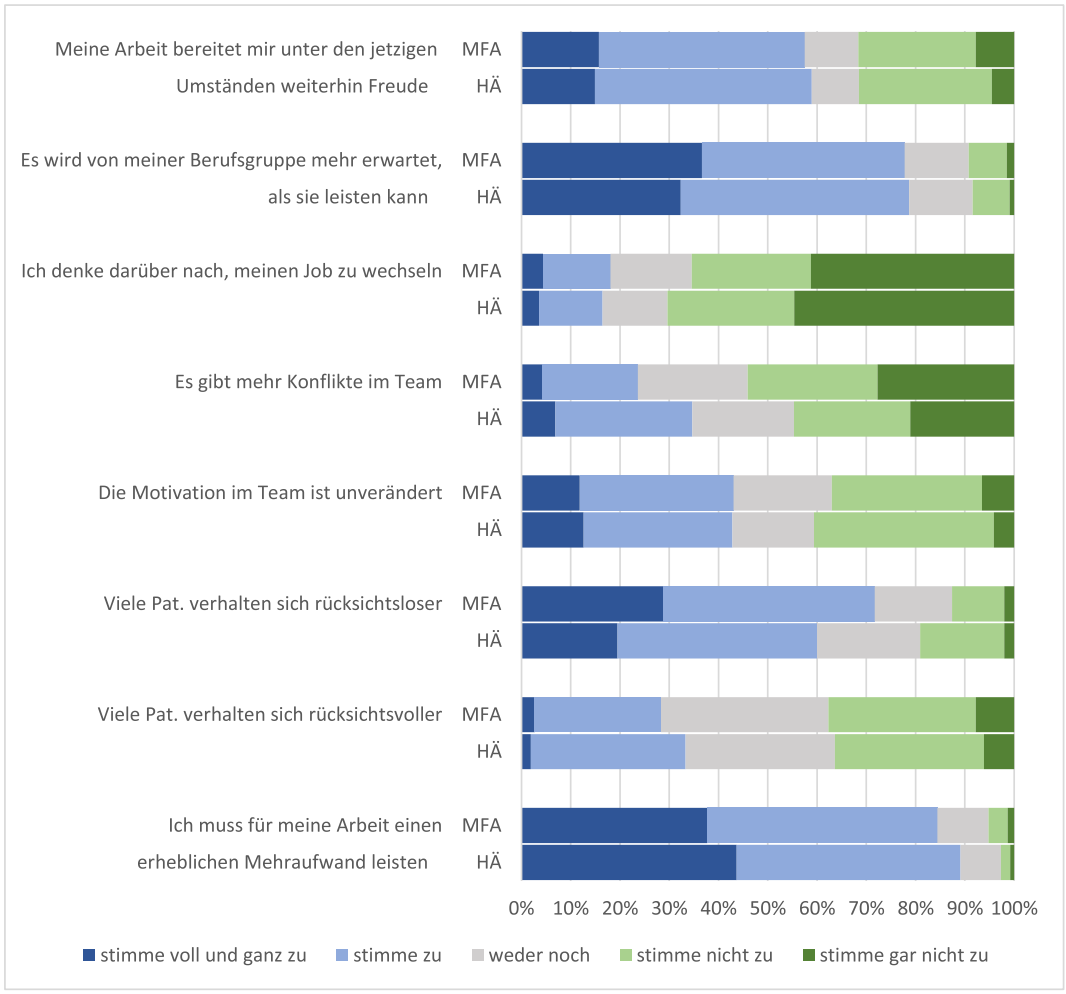

Abbildung 2. Die Sicht auf den eigenen Beruf während der Corona-Pandemie (% der gültigen Stimmen, fehlende Werte <5%).

Tabelle 2
Belastungen für HÄ und MFA während der Pandemie (Freitexte).

Kategorie	Unterkategorie	Anzahl der Nennungen MFA	Anzahl der Nennungen HÄ
Regeln, Vorgaben, Informationen	Ständige Änderungen von Regeln und Vorschriften	50	99
	Unklar kommunizierte Regeln und Vorschriften	14	40
	Fehlende Informationen	15	39
	Unklare / wechselnde / nicht nachvollziehbare politische Entscheidungen	41	59
	Unklare bzw. teilweise Fehl-Informationen und Verunsicherungen durch die Medien	19	47
Unterstützung/Anerkennung	Fehlende Unterstützung / Beratung durch öffentliche Stellen	19	33
	Fehlende Anerkennung	36	22
	Unzureichende Vergütung	33	16
Mehraufwand	Tägliche Arbeit allgemein	65	97
	Hohes Telefon-/Mailaufkommen	47	16
	Hoher Aufklärungsaufwand verunsicherter Patient*innen	30	58
Praxisorganisation	Organisation / Ablauf der COVID-19-Impfungen	42	46
	Hygiene-/Schutzmaßnahmen	31	47
	Bürokratie-Zunahme	21	36
	Personalmangel	13	36
	Telematik-Einführung	6	14
Persönliche Gesundheit	Psychische Belastung, Stress und Angst im privaten und/oder Arbeitsumfeld	74	31
	Angst vor Erkrankung (selbst, Angehörige)	24	27
Patient*innen	Fehlendes Verständnis, rücksichtsloses, forderndes und teilweise aggressives Auftreten	98	47

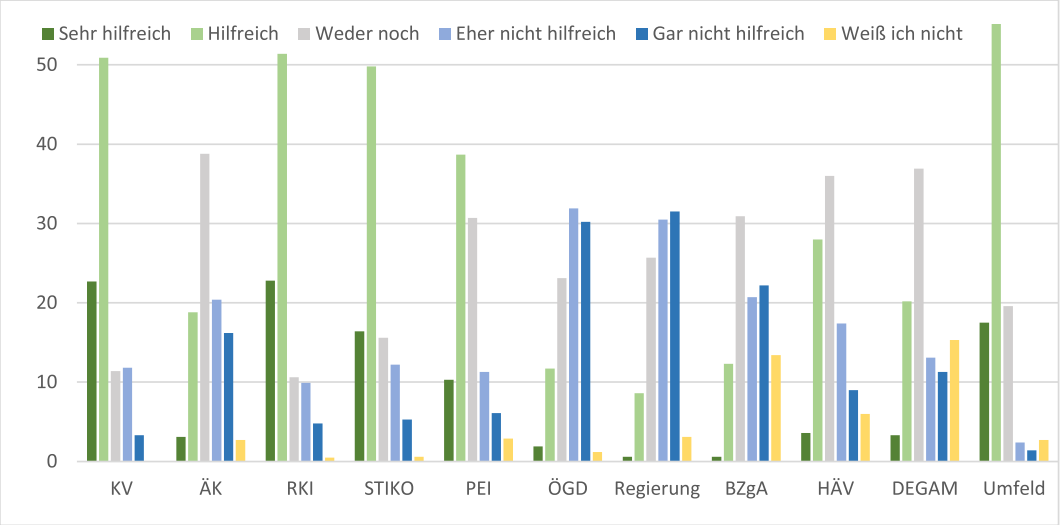

Abbildung 3. Wie schätzen Sie zusammenfassend die Informationen durch. . . ein? (% Anteil der gültigen Angaben; fehlende Angaben <5%, bei PEI 5,3%). ÄK: Ärztekammer; RKI: Robert Koch-Institut; STIKO: Ständige Impfkommission; PEI: Paul-Ehrlich-Institut; ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst; Regierung: Regierungsstellen; BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; HÄV: Hausärzteverband; DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

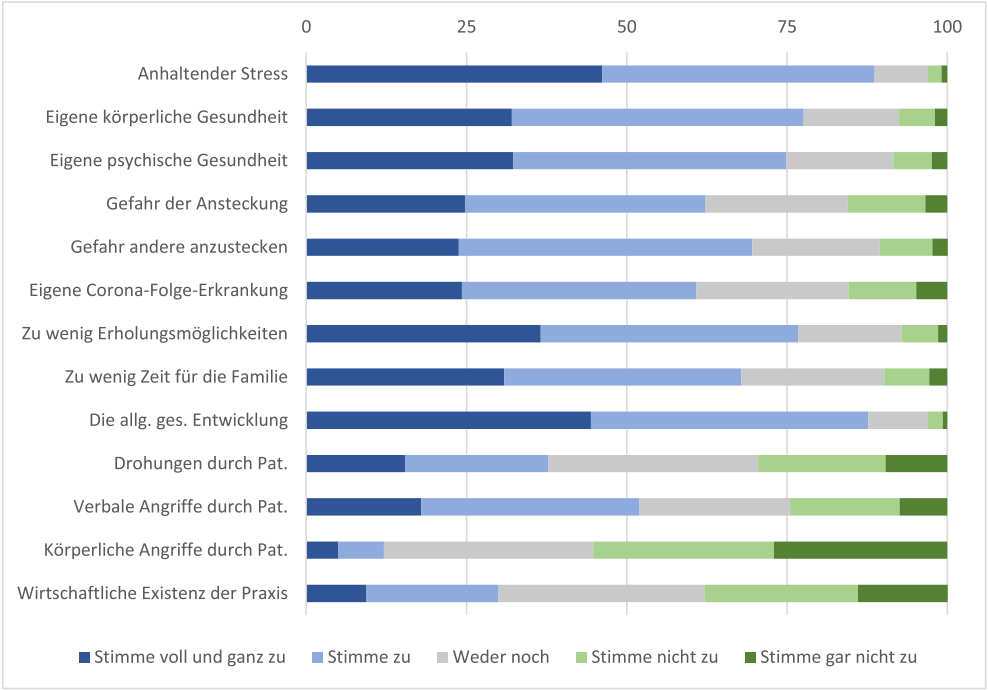

Abbildung 4. Sorgen und Ängste der MFA (Angaben %MFA der gültigen Angaben; fehlende Angaben <5%).

mit etwa gleich vielen Stimmen für hilfreiche bzw. nicht hilfreiche Informationen (Abbildung 3).

Sorgen und Ängste der MFA während der Pandemie

Nur in der Fragebogen-Version für die MFA wurde nach Sorgen und Ängsten während der Pandemie gefragt.

Bei insgesamt hoher Zustimmung zu den im Fragebogen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden der anhaltende Stress, Sorgen um die eigene Gesundheit und die fehlenden Erholungsmöglichkeiten besonders häufig genannt. Auch die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung bereitete den meisten MFA Sorgen und Ängste (Abbildung 4).

*Vergleich der teilnehmenden Hausärzt*innen in Bezug auf ihr Interesse an RESPoNsE*

In den Bundesländern Berlin und Brandenburg konnten RESPoNsE-interessierte und nicht-RESPoNsE-interessierte HÄ an der Befragung teilnehmen. Diese wurden verglichen:

Für die RESPoNsE-interessierten HÄ ergab sich eine Rücklaufquote von 40,9%, für die nicht-RESPoNsE-interessierten Praxen von 13,1%.

In Bezug auf demographische Daten waren die RESPoNsE-interessierten HÄ geringfügig jünger (Mittelwerte 53,2 vs. 54,9 Jahre) und hatten einen geringfügig höheren Anteil selbständig (84,7 vs. 81,5%), in Teilzeit (15,2 vs. 11,8%) und in einer Gemeinschaftspraxis (27,6 vs. 22,7%) tätiger HÄ, jeweils statistisch nicht signifikant (sämtliche Ergebnisse finden sich im Anhang A, E).

Bei den Häufigkeiten durchgeführter Maßnahmen / Leistungen zeigte sich bei sonstigem Fehlen systematischer Unterschiede lediglich ein häufigeres Angebot von Videosprechstunden bei RESPoNsE-interessierten HÄ (42,5 vs. 26% der gültigen Angaben kombiniert für „etwas häufiger" und „viel häufiger").

RESPoNsE-interessierte Hausärzt*innen gaben häufiger an, Praxisbesuche ihrer chronisch kranken Patient*innen reduziert zu haben (75,2 vs. 59% Zustimmung), und zwar vor allem durch gezielte Anrufe (85,6 vs. 72,7%) und durch Videosprechstunden (29,2 vs. 16,2%). Sie stimmen etwas seltener der Auffassung zu, dass mehr von ihrer Berufsgruppe erwartet wird, als sie leisten können (73,1 vs. 79,5%).

RESPoNsE-interessierte HÄ waren häufiger als nicht-RESPoNsE-interessierte HÄ der Auffassung, dass mehr Personal nötig ist, um die Versorgung ihrer Patient*innen auch unter Pandemiebedingungen aufrecht erhalten zu können (81,6 vs. 72,2%).

Auch bezüglich der Nützlichkeit von Informationen durch diverse benannte Verbände und andere Stellen ergaben sich Unterschiede zwischen RESPoNsE-interessierten und nicht interessierten HÄ. Erstere schätzten Informationen von Seiten des eigenen professionellen Umfelds (85,6 vs. 70,7%), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (39,2 vs. 19,9%) und des Hausärzteverbandes (38,1 vs. 28,3%) häufiger als nützlich ein.

Diskussion

Unsere Befragung ging verschiedenen Aspekten der hausärztlichen Versorgung von Patient*innen während der Corona-Pandemie nach, mit Fokus auf Angeboten der Regelversorgung für nicht an COVID-erkrankte oder wieder genesene Patient*innen, dem Erleben der eigenen Tätigkeit sowie Bedarfen für die Aufrechterhaltung einer guten Versorgung, jeweils aus der Perspektive von HÄ und MFA. Dabei wurden die subjektiven Wahrnehmungen erfragt, nicht die tatsächlichen Zahlen der Patientenversorgung. Letztere lassen sich durch andere Untersuchungsmethoden, wie zum Beispiel Analysen von Abrechnungsdaten, besser erheben.

Die subjektive Sicht auf die geleistete Versorgung während der Pandemie

Die Ergebnisse bezüglich des wahrgenommenen eigenen Versorgungsangebotes bestätigen frühere Studien, die bereits einen Rückgang sowohl des Angebotes als auch der Inanspruchnahme der Regelversorgung während der Pandemie zeigen konnten [6,7,23]. In unserer Befragung schätzten MFA die Reduktion des Angebotes durchgehend als geringer ein als die HÄ. Es kann vermutet werden, dass Leistungen der Regelversorgung teilweise ausschließlich durch MFA erbracht werden, wie zum Beispiel einfache Routinekontrollen wie die gelegentliche Blutdruckkontrolle oder an sie delegierte Teilaufgaben des DMPs oder Check-Up-Untersuchungen sowie Laboruntersuchungen, und es daher für die HÄ nicht immer sichtbar wird, welche Leistungen außerhalb ihres Sprechzimmers erbracht werden. Deutlich wird daran auch, dass MFA unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung durch die Pandemiebedingungen weiterhin versuchten, ihre üblichen Tätigkeiten beizubehalten.

Bemerkenswert ist, dass trotz einer wahrgenommenen Verringerung von Leistungen der Regelversorgung beide Berufsgruppen zu einem hohen Anteil der Auffassung sind, ihre chronisch kranken Patient*innen weiterhin gut versorgt zu haben. Es wurde bereits 2020 konstatiert, dass die COVID-19-Pandemie „die Versorgungslandschaft verändert" und der Nutzen mancher Leistungen neu überdacht werden könnte [24]. In unserer Studie waren etwas mehr als die Hälfte der HÄ und fast 40% der MFA der Auffassung, dass sich während der Pandemie manche Leistungen als verzichtbar herausstellten. In zukünftigen Studien sollte dieser Aspekt weiter untersucht werden: kommt es zu nachhaltigen Änderungen des Leistungsangebotes in hausärztlichen Praxen und welche Auswirkungen hat dies auf die Qualität der Versorgung?

Wahrgenommene Belastungen und mögliche Folgen für die Sicht auf den Beruf

Unsere Befragung machte deutlich, dass die hausärztliche Versorgung unter Pandemiebedingungen nur durch einen erheblichen Mehraufwand und vor dem Hintergrund hoher Erwartungen sowie als vielfach rücksichtlos erlebtem Patient*innenverhalten möglich war. Das zum Ausdruck gebrachte Erleben von Stress, die Sorgen um die eigene Gesundheit sowie die fehlende Zeit für Erholung und Ausgleich müssen dabei beunruhigen.

Während immerhin etwa die Hälfte beider Berufsgruppen angab, weiterhin Freude an ihrer Arbeit zu haben und nur jeweils unter 20% über einen Berufswechsel nachdenken, sind dies jedoch andererseits Zahlen, die auch aufschrecken sollten. Eine Befragung der Berliner Ärztekammer unter HÄ und MFA aus dem Jahr 2022 ergab, dass freie MFA-Stellen bereits schwer bis gar nicht zu besetzen sind [25,26]. Wenn auch der Ausbildungsberuf zur MFA bei Frauen bundesweit den Spitzenplatz der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge einnimmt, zeigt die aktuelle Befragung der Berliner Ärztekammer, dass nur knapp die Hälfte der derzeitig in Ausbildung befindlichen MFA ihre Zukunft in der ambulanten Versorgung sieht [26,27]. Gründe für bereits stattfindende Wechsel der MFA aus dem ambulanten Sektor waren in dieser Befragung fehlende Wertschätzung, niedrige Gehälter und die gestiegene Arbeitsverdichtung. Auch in unserer Erhebung wünschten sich beide Berufsgruppen - aber MFA in einem noch höheren Maße - eine adäquate Bezahlung und eine bessere Wertschätzung, um eine gute Versorgung aufrechterhalten zu können. Eine Befragung des Berufsverbandes medizinischer Fachberufe unter MFA ergab deutlich höhere Zahlen für das Nachdenken über einen Berufswechsel [28]. Grund für die Unterschiede könnten die verschiedenen Phasen der Pandemie sein, in denen die Befragung stattfand: Unsere Befragung erfolgte zwei bis drei Monate später, als der Höhepunkt der fünften Corona-Welle wahrscheinlich bereits überschritten war und vielleicht eine etwas optimistischere Sicht auf die weitere Entwicklung möglich wurde.

Eine fehlende Wertschätzung und eine zu niedrige Bezahlung wurden auch in Befragungen, die aus Zeiten vor der Pandemie stammten, als Ursache für eine verminderte Arbeitszufriedenheit benannt [29]. Eine Verlaufsbeobachtung einer Ausbildungskohorte aus dem Jahr 2008 zeigte, dass auch damals schon 15 Jahre nach Abschluss der Ausbildung nur etwa die Hälfte der (damals so benannten) „Sprechstundenhelfer" weiter in ihrem Beruf tätig waren [30]. Allerdings kam es in dieser Kohorte zu einer stetigen Abnahme der Berufstätigkeit über die Jahre und nicht bereits zu einem Einbruch nach Abschluss der Ausbildung, wie die Daten der Befragung der Berliner Ärztekammer aus dem Jahr 2022 nahelegen. Es ist daher anzunehmen, dass die besonderen Belastungen der Pandemie die Attraktivität des Berufes weiter vermindert haben.

Aber nicht nur für die MFA, sondern auch für die HÄ wurde in unserer Befragung eine erhebliche Belastung deutlich. Während vielfache Anpassungen von Praxisorganisation und Sprechstundenangebot vorgenommen wurden, um den unter der Pandemie geänderten Bedingungen gerecht werden zu können, mussten

auch die HÄ einen erheblichen Mehraufwand leisten und litten dabei insbesondere unter den sich ständig verändernden Regeln und Vorgaben. Professionelle Zusammenarbeit und Unterstützung durch ein kollegiales Umfeld sowie auch von Regierungsseite sind wichtige Faktoren, um Stresserleben entgegenzuwirken [31].

Hilfreiche Informationen während der Pandemie

Die Pandemie erforderte ein hohes Maß an tagesaktueller Informiertheit – daher beinhaltete der Fragebogen für die HÄ auch speziell eine Frage danach, wie hilfreich die Informationen verschiedener Organisationen gesehen wurden. Unsere Studie bestätigte die Bedeutung des eigenen professionellen Umfelds als Informationsquelle, wohingegen Informationen von Regierungsstellen als überwiegend nicht hilfreich erachtet wurden, ebenso wie Informationen von Seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dabei kann aus unserer Befragung nicht geschlossen werden, ob die Informationen unzureichend waren, schwer zugänglich oder nicht wahrgenommen wurden. Hier wären weitere Untersuchungen erforderlich, um auch für zukünftige Ereignisse Konzepte für ein gutes Informationsmanagement erstellen zu können.

Auswirkungen des Interesses der Teilnahme an einem Forschungspraxennetz

Es stellt sich immer wieder die Frage, ob sich Praxen, die an Forschungsvorhaben teilnehmen, systematisch von Praxen unterscheiden, die nicht an Forschung teilnehmen bzw. kein Interesse an Forschung in Praxen haben [32,33]. Wir haben in dieser Befragung die beiden Gruppen der an dem Forschungspraxennetz RESPoNsE interessierten bzw. nicht-interessierten HÄ verglichen. Da die Rücklaufquote unter den RESPoNsE-interessierten HÄ deutlich höher war, und sie wahrscheinlich auch eher für die Teilnahme an weiteren hausärztlichen Forschungsvorhaben gewonnen werden können, ist es von Relevanz, wie repräsentativ HÄ sind, die sich im Rahmen eines Forschungspraxennetzes engagieren. Als Bezugspunkte für Repräsentativität werden meistens demographische Vergleiche herangezogen. Wir fanden nur geringfügige demographische Unterschiede und dennoch ein in manchen Punkten unterschiedliches Antwortverhalten:

In unserer Erhebung ließen sich Unterschiede zwischen RESPoNsE- und nicht-RESPoNsE-interessierten HÄ bezüglich organisatorischer Anpassungen während der Pandemie und in der Einschätzung der Nützlichkeit von Informationen finden. Dass unter den RESPoNsE-interessierten Praxen ein größerer Anteil die Informationen zur Pandemie von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und vom Hausärzteverband nützlich fand, kann bei vorsichtiger Interpretation angesichts kleiner Zahlen darauf hindeuten, dass sich unter ihnen mehr Mitglieder der Verbände finden, denen die zur Verfügung gestellten Informationen präsenter sind. In einer Untersuchung unter HÄ in England aus dem Jahr 2002 fand sich als wichtigster Prädiktor für die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung die Mitgliedschaft im dortigen Fachverband [34]. Eine Erhebung der Mitgliedschaft bei DEGAM und HÄV könnte bei zukünftigen Befragungen ein wichtiger Parameter für die Repräsentativität der Stichprobe sein.

Stärken und Schwächen

Die Stärke unserer Befragung liegt in der Erhebung der Perspektive von zwei beteiligten Gruppen der hausärztlichen Versorgung aus drei Bundesländern. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle deutschen hausärztlichen Praxen ist aufgrund der Regionalität und eines verhältnismäßig hohen Anteils von weiblichen und in Städten tätigen Ärzt*innen nicht sicher möglich.

Weiterhin können keine Aussagen darüber getroffen werden, aus wie vielen verschiedenen Praxen die teilnehmenden Hausärzt*innen und MFA stammten.

Die Rücklaufquote von knapp über 16% war zwar deutlich besser als in vergleichbaren Befragungen [7,35], blieb jedoch deutlich unter den Erwartungen. Die Tatsache, dass diese Studie nicht zuletzt auf Anregung durch HÄ und MFA zustande kam und dann doch zu einem eher schwachen Antwortverhalten führte, ist sicherlich auf die hohe Arbeitsbelastung in den Praxen zurückzuführen. Es kann daher weder ausgeschlossen werden, dass eher die Praxen an der Befragung teilnahmen, die ihre hohe Belastung zum Ausdruck bringen wollten, noch, dass die Praxen, die eine besonders hohe Belastung hatten, eher nicht teilnahmen.

Jede Fragebogenerhebung muss Kompromisse eingehen in der Abwägung zwischen Klarheit der Fragen und Begrifflichkeiten und einem möglichst kompakten kurzen Umfang. Unsere Befragung unterschied nicht zwischen verschiedenen Phasen der Pandemie. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte das dritte Corona-Jahr begonnen. Es ist anzunehmen, dass die teilnehmenden HÄ und MFA auf unterschiedliche Erfahrungen je nach Pandemie-Welle zurückblickten und ihre Antworten sich entweder auf eine bestimmte Pandemie-Phase, auf einen mittleren oder auch maximalen Eindruck oder auf die jüngere Vergangenheit bezogen. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass die unterschiedlichen Wellen in der Erinnerung immer weniger voneinander abgegrenzt werden können. In unserer Erhebung ging es uns explizit um einen rückblickenden subjektiven Gesamteindruck des bisher Erlebten und nicht um eine Differenzierung von spezifischen Aspekten einer jeden Pandemiewelle. Wir werden die Fragebogenerhebung jedoch nach einem Jahr wiederholen, um zu erfassen, ob es einen zeitlichen Verlauf der rückblickenden Einschätzungen gibt. Weiterhin erlaubte unser Fragebogen assoziative Unschärfen in Bezug auf einige Begriffe: so konnten „Regierungsstellen“ sehr unterschiedlich interpretiert werden. Ebenso wurde offengelassen, ob zum Beispiel mit „kassenärztliche Vereinigung (KV)“ die Landes-KV oder die Bundes-KV gemeint war. Da es in dieser Befragung um ein explorativen Stimmungsbild ging, sind entsprechende Differenzierungen in einem Fragebogen aus unserer Sicht nicht zielführend. Im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes des Gesamtprojektes können einzelne Aspekte noch in den sich anschließenden qualitativen Interviews geklärt und weiter vertieft werden.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass HÄ und MFA nur mit einem erheblichen Mehraufwand und großen Belastungen eine gute Versorgung ihrer Patient*innen unter den erschwerten Bedingungen der COVID-19-Pandemie aufrechterhalten können. Die Ergebnisse heben die Notwendigkeit einer besseren Sichtbarkeit und Würdigung der komplexen Kompetenzen und Leistungen beider Berufsgruppen sowie eine adäquate Vergütung des erheblichen Mehraufwandes hervor. Dies erscheint auch dringend geboten, um die Attraktivität des Berufes des/der HÄ bzw. der/des MFA steigern und auch zukünftig eine gute hausärztliche Versorgung gewährleisten zu können.

In Zeiten von plötzlich und massiv zunehmender Beanspruchung und erforderlicher (und geleisteter) Flexibilität sind eine schnelle und unbürokratische Unterstützung durch die zuständigen Stellen sowie ein gutes Informationsmanagement essenziell.

Ethik

Ein positives Ethik-Votum wurde durch die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin (EA2/303/21 vom 20.1.2022) sowie des Universitätsklinikums Jena (2022-2537-Bef vom

31.1.2022) erteilt. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgte in Einklang mit der europäischen Datenschutzgrundverordnung.

Verfügbarkeit der Daten

Alle relevanten Daten sind in dem Artikel und den Anhängen dargestellt. Für Anfragen zur Nutzung der erhobenen Daten kann die korrespondierende Autorin kontaktiert werden.

Förderung

Die Studie „VeCo-Praxis“ wird im Rahmen des Strukturaufbauprojektes „RESPoNsE – Forschungspraxennetz Berlin, Brandenburg, Thüringen“ gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Förderkennzeichen: 01GK1902A).

Danksagung

Wir danken allen Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, die an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben sowie auch besonders den Mitgliedern des Praxisbeirats und weiteren Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, die sich an der Fragebogenentwicklung bzw. an der Pilotierung beteiligt haben.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autor*innenschaft

Susanne Döpfmer: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Schreiben des Originalmanuskriptes, Entwicklung der Methodik, Formale Analyse, Review & Editing, Supervision, Projektadministration, Förderakquise

Doreen Kuschick: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts, Review&Editing

Kahina Toutaoui: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Burgi Riens: Entwicklung des Fragebogens, Datenkuration, Datenvalidierung, Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts

Marius Dierks: Konzeption, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Florian Wolf: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Liliana Rost: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Markus Krause: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Daniel Schulze: Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts

Christoph Heintze: Konzeption, Review & Editing, Förderakquise

Lisa Kümpel: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts, Review&Editing

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.03.002.

Literatur

[1] Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response bjgpopen20X101041. BJGP open 2020;4(1). https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041.

[2] Siebenhofer A, Huter S, Avian A, Mergenthal K, Schaffler-Schaden D, Spary-Kainz U, Bachler H, Flamm M. COVI-Prim survey: Challenges for Austrian and German general practitioners during initial phase of COVID-19. PLoS One 2021;16:e0251736.

[3] Bohlken J, Pabst A, Schömig F, Pumberger M, Lempert T, Michalowsky B, Riedel-Heller S. Angsterleben von Hausärzten, Psychiatern und Chirurgen zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Psychiatr Prax 2021. https://doi.org/10.1055/a-1522-8174.

[4] Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila AC, Dale V, Essex H, van der Feltz CC, McHugh E, Moe-Byrne T, Bloor K. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. Br J Gen Pract 2022. https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0680.

[5] Ehlers-Mondorf J, Schrader H, Makowski L, Gágyor I, Joos S, Kaduszkiewicz H. SARS-CoV-2 Pandemic: Experiences of Health Care Assistants in Family Physician Practices. Z Allg Med 2021;97:502–7.

[6] Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. Eur J Gen Pract 2020;26:129–33. https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479.

[7] Bruch D, Muehlensiepen F, Alexandrov A, Konstantinova Y, Voß K, Ronckers C, Neugebauer E, May S. The impact of the COVID-19 pandemic on professional practice and patient volume in medical practices: A survey among German physicians and psychotherapists. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2021;166:27–35. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.001.

[8] Tsopra R, Frappe P, Streit S, Neves AL, Honkoop PJ, Espinosa-Gonzalez AB, Geroğlu B, Jahr T, Lingner H, Nessler K, Pesolillo G, Stople Sivertsen Ø, Thulesius H, Zoitanu R, Burgun A, Kinouani S. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. BMC Fam Pract 2021;22:96. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01413-z.

[9] Gladisch C, Gerlach F, Güthlin C. Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen. Wie deutsche Hausärzt*innen den Herausforderungen während der ersten Pandemiewelle begegnet sind. Z Allg Med 2021;97:246–51.

[10] Reitzle L, Schmidt C, Färber F, Huebl L, Wieler LH, Ziese T, Heidemann C. Perceived Access to Health Care Services and Relevance of Telemedicine during the COVID-19 Pandemic in Germany. Int J Environ Res Public Health 2021;18:7661. https://doi.org/10.3390/ijerph18147661.

[11] Schäfer I, Hansen H, Menzel A, Eisele M, Tajdar D, Lühmann D, Scherer M. The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study. BMC Fam Pract 2021;22:125. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01471-3.

[12] Health System Tracker 2021. How have health spending and utilization changed during the coronavirus pandemic? https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-have-healthcare-utilization-and-spending-changed-so-far-during-the-coronavirus-pandemic/ (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).

[13] Bhatia RS, Shojania KG, Levinson W. Cost of contact: redesigning healthcare in the age of COVID. BMJ Qual Saf 2021;30:236–9. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011624.

[14] Baugh JJ, White BA, McEvoy D, Yun BJ, Brown DFM, Raja AS, Dutta S. The cases not seen: Patterns of emergency department visits and procedures in the era of COVID-19. Am J Emerg Med 2021;46:476–81. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.10.081.

[15] Roth AR, Lazris A. Benefits of Avoiding Unnecessary Medical Care During the COVID-19 Pandemic. Am Fam Physician 2021;103:584–5.

[16] Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. Br J Gen Pract 2021;71(709):e634–42. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112.

[17] Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G. Evidence for underuse of effective medical services around the world. Lancet 2017;390:169–77. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1.

[18] Doepfmer S, Akdenizli K, Dashti H, Heintze C, Kaden F, Kuempel L. Changes to utilization and provision of health care in German GP practices during the COVID 19-Pandemic: Protocol for a mixed methods study on the viewpoint of GPs, medical practice assistants, and patients. PLoS One 2023, angenommen zur Publikation.

[19] RESPoNsE - Forschungspraxennetz Berlin Brandenburg Thüringen 2022. https://forschungspraxennetz.charite.de/ (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[20] Sandelowski M, Voils CI, Knafl G. On Quantitizing. J Mix Methods Res 2009;3:208–22.
[21] Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2020. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[22] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten - ambulante Versorgung 2021. https://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[23] Bitzer EM, Ansmann L, Hörold M, Lyssenko L, Apfelbacher C. „... oder doch lieber daheimbleiben?" – Unterstützung bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie durch Akteure des Gesundheitssystems. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2021;64:277–84. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03282-4.
[24] Health Affairs Blog 2020. The COVID-19 Pandemic Can Help Us Understand Low-Value Health Care. https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20201023.522078/full/ (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[25] Online-Umfragen schärfen den Blick für notwendige Maßnahmen. Berliner Ärzt:innen 2022; September: 30–1. https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2022/2022-09_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf
[26] Volkmann A. Am Limit. Berliner Ärzt:innen 2022;Oktober:10–9. , https://www.aekb.de/fileadmin//mitgliederzeitschrift/2022/2022-10_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf.
[27] Bundesinstitut für Berufsbildung 2021. Rangliste 2021 der Ausbildungsberufe nach Anzahl der Neuabschlüsse – Frauen. https://www.bibb.de/de/141929.php (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[28] Verband medizinischer Fachberufe 2022. Pressemitteilung: Ambulante medizinische Versorgung durch zunehmenden MFA-Mangel in Gefahr. https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2022-02-25-mfa-wechsel (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
[29] Mergenthal K, Güthlin C. Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2021;167:78–175. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.09.006.
[30] Wiethölter D. Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg: Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf. Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, IAB-Regional. IAB Berlin-Brandenburg. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 2012. Report No.: 03. Verfügbar unter: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177990/1/regional_bb_1203.pdf (letzter Zugriff 20. Februar 2023).
[31] Collins C, Clays E, Van Poel E, Cholewa J, Tripkovic K, Nessler K, et al. Distress and Wellbeing among General Practitioners in 33 Countries during COVID-19: Results from the Cross-Sectional PRICOV-19 Study to Inform Health System Interventions. Int J Environ Res Public Health 2022;19:5675. https://doi.org/10.3390/ijerph19095675.
[32] Ferrand Devouge E, Biard M, Beuzeboc J, Tavolacci MP, Schuers M. Motivations and willingness of general practitioners in France to participate in primary care research as investigators. Fam Pract 2019;36(5):552–9. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy126.
[33] McManus RJ, Ryan R, Jones M, Wilson S, Hobbs FR. How representative of primary care are research active practices? Cross-sectional survey. Fam Pract 2008;25(1):56–62. https://doi.org/10.1093/fampra/cmm06.
[34] Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. Fam Pract 2022;19:105–11. https://doi.org/10.1093/fampra/19.1.105.
[35] Strumann C, von Meißner WCG, Blickle PG, Held L, Steinhäuser J. Experiences made by family physicians managing patients with SARS-CoV-2 infection during spring 2020 - a cross-sectional analysis. Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2021;165:35–42. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.07.005.