

Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen

Wie deutsche Hausärzt*innen den Herausforderungen während der ersten Pandemiewelle begegnet sind

Coping with COVID-19 in Family Practices

How German Family Physicians Faced the First Wave of the Pandemic

Christian Gladisch¹, Ferdinand M. Gerlach², Corina Gütlin²

Hintergrund

Während Hausärzt*innen (HÄ) ihre Abläufe und Organisationsstrukturen unter großem Zeitdruck an die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie anpassen mussten, spielten sie eine tragende Rolle bei deren Bewältigung. Ziel dieser Studie ist, diese Rolle näher zu beleuchten.

Methoden

Unter Berücksichtigung vorheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden entworfen. Von Juni bis September 2020 wurden Telefoninterviews mit 20 HÄ durchgeführt, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden.

Ergebnisse

HÄ unternahmen große Anstrengungen, um Probleme im Praxisbetrieb, wie die Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder notwendige Telefonkonsultationen, zu kompensieren. Sie investierten viel Zeit und Mühe, um Informationen und Handlungsempfehlungen zu erhalten und sich fortzubilden. HÄ fanden Lösungen im Umgang mit dem Mangel an adäquater persönlicher Schutzausrüstung (PSA), indem sie diese aus ungewöhnlichen Quellen beschafften oder ihre Gesundheit riskierten, weil sie ohne PSA arbeiteten. HÄ reagierten pragmatisch auf begrenzte Testkapazitäten, indem sie häusliche Isolation und Überwachung auf eigene Verantwortung umsetzten. Schließlich bauten HÄ neue funktionierende Kommunikationswege auf.

Schlussfolgerungen

Es fand eine Verlagerung von Verantwortung auf die hausärztliche Praxis statt, weil HÄ bei fehlender Unterstützung durch einen überlasteten öffentlichen Gesundheitsdienst häufig auf sich gestellt waren und vor Ort Entscheidungen treffen mussten. Sie zeigten ein erhebliches Maß an persönlichem Engagement, indem sie schnell eigene Lösungsstrategien entwickelten. Dieses Engagement sollte durch ausreichende Ausstattung, eine bessere Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und Einbeziehung in politische Entscheidungsprozesse bzw. Pandemiepläne unterstützt werden.

Schlüsselwörter

Hausärzte; COVID-19; SARS-CoV-2; Engagement; Herausforderungen

Background

While family physicians (FPs) had to adapt their procedures and organisational structures to the challenges of the COVID-19 pandemic under great pressure of time, they played a major role in fighting the outbreak. The objective of this study is to take a closer look at this important role.

Methods

Taking into account results of prior research a semi-structured interview guide was designed. From June to September 2020 telephone interviews with 20 FPs were conducted. Interviews were analysed using qualitative content analysis.

Results

FPs made intense efforts to compensate for problems in their practice service like the implementation of hygiene measures and necessary telephone consultations. They invested huge amounts of time and energy to obtain valid information and guidelines and to educate themselves. FPs found solutions to the lack of proper personal protective equipment (PPE) either by making creative efforts to obtain it from unconventional sources or putting their health at risk by working without any. FPs reacted pragmatically to limited test capacities by implementing home isolation and monitoring on their own authority. Finally FPs built new functional ways of communication.

Conclusions

There was a shift of responsibility to family practices because FPs were often on their own due to an overstrained public health service and had to make decisions on the ground. They showed a great amount of personal commitment quickly developing coping strategies. This personal commitment should be supported with sufficient equipment, a better cooperation with the public health service and involvement in political decision making and pandemic plans.

Keywords

family physicians; general practitioners; COVID-19; SARS-CoV-2; commitment; challenges

¹ Niedergelassener Internist in Frankfurt am Main

² Zentrum der Gesundheitswissenschaften, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Peer reviewed article eingereicht: 29.01.2021, akzeptiert: 15.03.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0246-0251

Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie erfüllt zentrale Merkmale einer Krise. Sie traf Hausärzt*innen (HÄ) unerwartet und zeichnete sich durch potenziell bedrohliche Konsequenzen für ihre Praxen aus. Zu Beginn der Pandemie herrschte ein erhebliches Maß an Unsicherheit, und es musste unter großem Zeitdruck auf Veränderungen durch die Pandemie reagiert werden. Über den Erreger und das Krankheitsbild war nur wenig bekannt [1].

Im Verlauf der Pandemie weist Deutschland in der Statistik der bestätigten COVID-19-Fälle je Bevölkerung niedrigere Zahlen auf als viele andere Länder [2]. Auch das Verhältnis von Verstorbenen zu den Infizierten ist im internationalen Vergleich gering [3]. Die Ursachen für die eher günstige Lage in der Pandemie sind vielschichtig. Neben dem zeitlichen Aspekt, dass die ersten Fälle einige Wochen später auftraten als in anderen europäischen Ländern, spricht einiges dafür, dass sich auch Merkmale des deutschen Gesundheitssystems vorteilhaft auf das Ausbruchsgeschehen ausgewirkt haben können. Für Deutschland charakteristisch ist die dezentrale Struktur der ambulanten Versorgung durch ca. 150.000 niedergelassene Praxen. Diese waren während der Pandemie wichtige erste Anlaufpunkte für Patient*innen [4]. Im Gegensatz dazu waren die ersten Anlaufpunkte in anderen Ländern mit einem stärker zentrierten Gesundheitssystem häufig Krankenhäuser. Weil hier zu Beginn der Pandemie die überwiegende Mehrheit an Tests in Krankenhäusern durchgeführt wurde, entstand durch Kontakte mit Infizierten ein erhöhtes Infektionsrisiko für das Personal und andere Patient*innen [5]. Superspreader-Ereignisse in Krankenhäusern konnten in Deutschland weitgehend vermieden werden, weil 85–95 % der COVID-19-Patient*innen ambulant, überwiegend von HÄ, versorgt wurden [6].

Wegen der tragenden Rolle der HÄ im deutschen Gesundheitssystem lohnt sich ein Blick auf die Herausforderungen und deren Bewältigung in Hausarztpraxen [1]. Daher wurden im Rahmen dieser Studie leitfadengestützte Interviews mit deutschen HÄ geführt.

Methoden

Unter Berücksichtigung einer laufenden Befragung von HÄ in Deutschland und Österreich [7, 8] sowie eines Kommunikationsservers für HÄ [7, 8] wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden erstellt, der Herausforderungen, Lösungsstrategien und Wünsche von HÄ im bisherigen Verlauf der COVID-19-Pandemie thematisierte. Der Leitfaden umfasste folgende Themengebiete: Praxisorganisation, Arbeitsbelastung, wirtschaftliche Herausforderungen, persönliche Schutzausrüstung (PSA), Tests, Informationen über die Pandemie, offizielle Stellen und Patient*innenversorgung. Die Teilnehmer*innen wurden über das Forschungspraxennetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt und persönliche Kontakte des Erstautors rekrutiert. Im Zeitraum von Juni bis September 2020 wurden 24 HÄ kontaktiert. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden anonymisiert und dann in Anlehnung an das Vorgehen zur qualitativen Inhaltsanalyse nach M. Schreier mit dem Programm MAXQDA ausgewertet [9].

Für die Auswertung wurde zunächst ein Kodierungsrahmen entworfen. Auf Basis des verwendeten Interviewleitfadens mit o.g. Themengebieten wurden zunächst im Sinne eines deduktiven Ansatzes 4 Hauptkategorien definiert:

1. Herausforderungen
2. Lösungsansätze
3. Zeitliche Aspekte der Pandemie
4. Veränderungen durch die Pandemie

Danach wurden für jede Hauptkategorie induktiv Subkategorien gebildet. Nach einer ersten Pilotphase mit Auswertung eines Subsets von Daten fiel bei der Durchsicht der Zwischenergebnisse das überdurchschnittliche Engagement der befragten HÄ als übergeordnetes Element aller anderen Themen auf. Die Autor*innen entschieden sich dazu, einen neuen Kodierungsrahmen zu entwerfen, der die Auswertung dieses Engagements erlaubte. Der Kodierungsrahmen zur übergeordneten Hauptkategorie „Engagement“ wurde sukzessive erweitert, indem im Sinne eines induktiven, datenbasier-

ten Vorgehens Subkategorien gebildet wurden. Nach dem Prinzip der Subsumierung wurde ein Thema bei gleicher Bedeutung einer bestehenden Subkategorie zugeordnet. War dies nicht möglich, wurde eine neue Subkategorie für dieses Thema definiert. Nach vollständiger Fertigstellung und Revision des Kodierungsrahmens begann die Auswertungsphase. An der Auswertung waren 2 Personen beteiligt: der Erstautor und die Drittautorin. In den Transkripten wurden Codes vergeben: Textsegmente wurden als Sinneinheiten markiert und einer Subkategorie zugeordnet. Nach einer Pilotphase mit Auswertung eines Subsets aus ca. 20 % der erhobenen Daten erfolgte eine Konsistenzprüfung: Die Auswertenden überprüften, ob Kodierungseinheiten unabhängig voneinander denselben Subkategorien zugeordnet wurden. Bei unterschiedlicher Auswertung wurde im Rahmen einer Diskussion ein Konsens erreicht, indem die betroffene Kodierungseinheit gemeinsam einer vorhandenen Kategorie zugeordnet oder eine neue Subkategorie definiert wurde. Nach Abschluss der Konsistenzprüfung und Anpassung des Kodierungsrahmens wurden alle Transkripte durch Zuordnung von Zitaten zu den Subkategorien als Ausprägungen des hausärztlichen Engagements vollständig ausgewertet. Zur Vermeidung von Redundanzen und aus Platzgründen werden die umfangreichen Codes an dieser Stelle nicht alle aufgeführt. Exemplarisch möchten wir auf die im Ergebnisteil verwendeten Zwischenüberschriften und die dort genannten Ausprägungen des Engagements verweisen, die Beispiele für Kategorien des Kodierungsrahmens sind.

Für diese Studie war kein formales Ethikvotum erforderlich.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 20 HÄ im Zeitraum vom 23. Juni bis zum 17. September 2020 in Telefoninterviews befragt werden; davon 19 aus Südhessen und eine*r aus Bayern; für soziodemografische Angaben der Befragten siehe Tabelle 1. Ein Interview dauerte durchschnittlich 41 Minuten.

Merkmal (verwertbare Angaben)	Anzahl (%)
Geschlecht – männlich weiblich	10 10 (50 % 50 %)
Alter (20) • ≤ 40 Jahre • 41–50 Jahre • 51–60 Jahre • > 60 Jahre	1 (5 %) 3 (15 %) 12 (60 %) 4 (20%)
Praxisart (20) • Einzelpraxis • BAG/Gemeinschaftspraxis • Praxismgemeinschaft • Med. Versorgungszentrum	11 (55 %) 9 (45 %) 0 (0 %) 0 (0 %)
Anzahl Ärzt*innen Ø pro Praxis (20)	1,95
Scheinzahl pro Quartal Ø (20)	1455
Arbeitsverhältnis (20) • selbstständig • angestellt • Vertretung	19 (95 %) 1 (5 %) 0 (0 %)
Hausärztlich tätig seit (20) • ≤ 10 Jahre • 11–20 Jahre • > 20 Jahre	4 (20 %) 7 (35 %) 9 (45 %)
Praxislage in Stadt/Ort mit (20) • < 10.000 Einwohner*innen • < 50.000 Einwohner*innen • < 100.000 Einwohner*innen • < 250.000 Einwohner*innen • ≥ 250.000 Einwohner*innen	2 (10 %) 8 (40 %) 0 (0 %) 0 (0 %) 10 (50 %)
Bundesland (20) • in Hessen • außerhalb Hessens	19 (95 %) 1 (5 %)
Interviewzeit Ø (20)	41 Minuten

Tabelle 1 Merkmale der befragten Hausärzt*innen

Kompensation eines gestörten Praxisbetriebs

Viele der befragten HÄ waren mit Störungen des Praxisbetriebs durch eine Zunahme an bürokratischem Aufwand, Telefonaten, Hygienemaßnahmen und Infektpatient*innen konfrontiert. Die HÄ und ihre Teams begegneten diesen Herausforderungen mit großen Anstrengungen und bewältigten ein erhebliches Maß an Mehrarbeit. Trotz anhaltender Überlastung machten sie weiter und versuchten, die Patient*innenversorgung sicherzustellen. Außerdem haben sie sich angesichts einer schwer überschaubaren Informationsflut selbstständig fortgebildet.

B: „Also wir haben einfach die Sprechstunden ausweiten müssen, weil das gar nicht anders ging.“ (HA Nr. 4)

B: „Also die Arbeitsbelastung ist angestiegen deutlich. ... Nicht so an der Anzahl der Patienten, sondern an der, ja es ist einfach sehr aufwendig geworden die Behandlung. Es ist sehr anstrengend, den ganzen Tag die FFP2-Maske zu tragen. Man muss sehr viel reden, man muss sehr laut reden. Patienten haben viele Fragen. Und die Organisation dieses Abstands einhalten, und alles ist einfach sehr umständlich in der Praxis, sodass wir generell für die gleiche Anzahl der Patienten am Tag eins bis zwei Stunden einfach mehr brauchen als früher.“ (HA Nr. 18)

Schutz der Praxen vor Eintrag von Infektionen

HÄ mussten ihre Praxen vor dem Eintrag von Infektionen schützen. Um Infekt- und Nicht-Infektpatient*innen konsequent zu trennen, haben viele HÄ mit selbst er-

stellten Abläufen Patient*innen separiert und abgetrennte Infekt- und Terminsprechstunden etabliert. Weiterhin wurden Maßnahmen zur Minimierung von Infektionsrisiken in den Praxen umgesetzt. So wurden Bereiche für die Behandlung von Infektpatient*innen umgewidmet, damit Patient*innen effektiv in die und aus der Praxis geschleust werden können. Bei begrenzten räumlichen Möglichkeiten konnte die Patient*innendichte in der Praxis durch Nutzung von Außenflächen als Behandlungs- oder Wartebereich reduziert werden. Außerdem haben HÄ Telemedizinangebote etabliert oder ausgebaut.

B: „Wir machen allerdings nach Möglichkeit keine Abstriche IN der Praxis, sondern ich habe vor der Praxis eine große Terrasse, die von außen zugänglich ist und da machen wir die Abstriche.“ (HA Nr. 11)

B: „Videosprechstunde habe ich ab sofort praktisch eingeführt. Das hat mir SEHR viel geholfen. Und ich glaube, meine erste Videosprechstunde war am ... letzten Tag im März, sagen wir so 27., 28. März ... Und das [ist] sehr gut angekommen.“ (HA Nr. 14)

Mangel an persönlicher Schutzausrüstung

Mit viel Engagement haben HÄ eigene kreative Antworten auf den Mangel an PSA gefunden, von dem alle Befragten berichteten. Einerseits wurde großer Aufwand betrieben, um PSA aus nicht-medizinischen Quellen (etwa über Baumärkte oder befreundete Handwerker*innen), weiter entfernten Regionen oder über persönliche Kontakte zu beschaffen. Andererseits improvisierten HÄ, indem sie ohne oder mit inadäquater PSA arbeiteten. Um die Versorgung ihrer Patient*innen sicherzustellen, nahmen sie dabei persönliche Infektionsrisiken in Kauf.

B: „... zu Anfang hieß es, wir dürfen ja nur behandeln, wenn wir irgendwie FFP2-Masken haben, die überhaupt nicht mehr zu haben waren ... Das war, glaube ich, für alle von uns eine Katastrophe, weil gleichzeitig gesagt wurde, wir MÜSSEN behandeln. Auf der ande-

ren Seite aber wurde gesagt: ohne Schutz-ausrüstung auf keinen Fall. Und wenn wir positiv getestet werden würden, müssten wir zumachen, was natürlich auch eine Katastrophe ist.“ (HA Nr. 2)

I: „Haben Sie dann Schutz-ausrüstung ge-kriegt am Anfang oder gab es einen Mangel bei Ihnen?“

B: „Es gab gar keine...“

I: „Und was haben Sie gemacht?“

B: Wir haben ohne gearbeitet, ja.“ (HA Nr. 15)

Organisation von Tests

In den Antworten spiegelt sich ein erheblicher Aufwand im Umgang mit Tests wider. Besonders zu Beginn der Pandemie mussten HÄ trotz fehlender Informationen und Vorgaben neue Pfade etablieren, um zusätzlich zum laufenden Betrieb Tests für ihre Patient*innen zu organisieren. Die Durchführung von Tests wurde von Praxen häufig selbst übernommen, aber wegen begrenzter zeitlicher und personeller Möglichkeiten mussten Patient*innen auch an externe Testeinrichtungen überwiesen werden. Trotzdem reichten die Testkapazitäten insgesamt nicht aus, um alle Verdachtsfälle zu testen. Diesem Mangel sind viele HÄ pragmatisch begegnet, indem Verdachtsfälle auch ohne Test zu Hause isoliert und durch Home Monitoring versorgt wurden.

B: „Und da war es also so, dass ich einmal an einem Wochenende in eine Situation gekommen bin, wo hier plötzlich reihenweise die Leute standen, weil sie von außen gesehen haben, dass hier Testungen durchgeführt wurden. Und dann gab es so eine Schlange draußen, da habe ich dann irgendwann die Testungen abgebrochen, ...“ (HA Nr. 11)

B: „Und das ist im Moment unser Problem. Ich hoffe, dass es da wieder eine Lösung gibt, denn deshalb müssen wir jetzt wieder vermehrt Abstriche selber machen. Aber es hält sich im Moment noch in Grenzen. Ich befürchte nur, dass es jetzt in den nächsten Wochen wieder eskaliert.“ (HA Nr. 12)

Kommunikation als Bewältigungsstrategie

Als Reaktion auf die Pandemie haben viele HÄ eigenverantwortlich funk-

tionsfähige Kommunikationswege aufgebaut und genutzt. Einerseits wurde die interne Kommunikation innerhalb von Praxisteams verstärkt. Andererseits wurden neue Netzwerke zur externen Kommunikation mit Kolleg*innen etabliert. Die Krisenkommunikation verbesserte die Versorgung mit Informationen über die Pandemie und half dabei, die fehlende Unterstützung durch einen häufig überlasteten öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu kompensieren. Auch wurde viel Zeit investiert, um von der Pandemie verängstigte Patient*innen in intensiven Gesprächen zu beruhigen.

B: „Und wir haben uns dann auch in der hausärztlichen Gemeinschaft hier tatsächlich in einer Whatsapp-Gruppe organisiert, um so was miteinander kommunizieren zu können.“

B: „Ja, das kam aber so über den Qualitätszirkel Ärzte hier in der Region. So was ist dem Gesundheitsamt nicht eingefallen, dass man da mal irgendwie einen E-Mail-Verteiler macht oder eine bidirektionale Kommunikation, dass man mal eine Rückmeldung kriegt. Das Gesundheitsamt, keine Chance.“

I: „Und was haben Sie in dieser Whatsapp-Gruppe ... organisiert?“

B: „Das war überwiegend Informationsaustausch und auch Hilfsangebote gegenseitig.“ (HA Nr. 10)

Diskussion

Als zentraler Punkt im Umgang der HÄ mit den Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie zeigt sich das hohe Maß an eigenem Engagement, sei es im Umgang mit einem gestörten Praxisbetrieb oder angesichts fehlender Informationen, Testkapazitäten und PSA. HÄ haben offensichtlich in der Krise nicht kapituliert, sondern häufig pragmatische, kreative Lösungen gesucht und gefunden, auch zulasten des eigenen Infektionsschutzes und unter Mehrbelastung.

Bereits in vergangenen Krisen des öffentlichen Gesundheitssystems durch Infektionskrankheiten zeigte sich, dass HÄ weltweit mit gleichen Herausforderungen konfrontiert werden. Diese sind: Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen, Versorgung und Umgang mit PSA, Zu-

sammenarbeit mit dem ÖGD, ausreichende Weiterbildung und persönliche physische und psychische Gesundheitsrisiken [10]. Auch aktuelle Forschungsprojekte zur COVID-19-Pandemie bestätigen diese Erkenntnisse. So berichten Bergmaier et al. über ähnliche Erfahrungen von HÄ in südbayerischen Hausarztpraxen, die den Mangel an PSA und die Praxisorganisation als dominierende Herausforderungen nennen [11].

Allerdings zeigt unsere Untersuchung nicht nur die Herausforderungen durch die Pandemie, sondern beleuchtet den Umgang von HÄ damit. Die Zitate zeigen, dass eine Verlagerung von Verantwortung von übergeordneten Stellen (KV, ÖGD) auf hausärztliche Praxen erfolgte. Übergeordnete Stellen nahmen Verantwortung nicht oder verspätet wahr, weil sie überlastet waren und Kommunikationswege mit Hausarztpraxen nicht funktionierten. Im Ergebnis fehlten den Hausarztpraxen Informationen und klare, gut umsetzbare Vorgaben. Trotzdem mussten HÄ für sich und ihre Patient*innen Entscheidungen treffen. Dieses Verantwortungsvakuum haben HÄ mit pragmatischen Entscheidungen und erheblichem Engagement gefüllt. Weil sie selbstständig Lösungsstrategien und Handlungsempfehlungen für sich und ihre Mitarbeiter*innen entwickelten, konnten sie den Praxisbetrieb aufrechterhalten und die Versorgung sicherstellen.

Verantwortungsübernahme ist auch ein Teil der Rolle der hausärztlichen Unternehmer*in in ihrer Praxis als Wirtschaftsbetrieb. Diese Rolle erfordert eigenverantwortliches Handeln und Entscheiden sowie den Umgang mit Risiken. Die Hausärzt*in ist deshalb möglicherweise daran gewöhnt, als Einzelkämpfer*in den beruflichen Alltag zu bestreiten, flexibel auf neue Herausforderungen zu reagieren und auch unerwartete Probleme zu lösen.

Auch außerhalb Deutschlands schilderten HÄ weltweit ähnliche Erfahrungen mit den Herausforderungen der Pandemie. In einer Studie aus Australien werden u.a. Personalsicherheit und Mangel an PSA, Versorgung von Patient*innen, widersprüchliche Informationen, erhöhte

Arbeitsbelastung, Mangel an Testmaterialien und Zugang zu Testergebnissen als Herausforderung mit Einfluss auf die Praxen identifiziert [12]. Auch eine Studie aus der stark von der Pandemie betroffenen Region Lombardei berichtet über den Mangel an Schutzausrüstung und mangelhafte Information bzw. Fortbildung. HÄ mussten sich auch dort aufgrund fehlender Unterstützung durch die Behörden selbst fortbilden und ihren Praxisbetrieb neu organisieren [13]. Im Unterschied zu den genannten Erhebungen, die auf eine Identifizierung von Herausforderungen zielten, wurden in unserer Untersuchung auch nach Lösungsstrategien gefragt und so das hohe Engagement der HÄ im Umgang mit diesen Herausforderungen deutlich.

Auch eine Arbeit aus China beschäftigt sich mit dem Beitrag von HÄ in den verschiedenen Phasen der dortigen Pandemiebekämpfung [14]. In China waren HÄ am Screening der Bevölkerung an öffentlichen Checkpoints beteiligt, um Verdachtsfälle zu identifizieren und weiter zu versorgen. Sie arbeiteten in Fieberambulanzen und unterstützten Krankenhäuser. Zudem betreuten sie Patient*innen zu Hause und waren maßgeblich an der Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung beteiligt. Insgesamt ist der in unserer Untersuchung erhobene Befund, dass HÄ mit hohem Eigenengagement die Krise zu bewältigen versuchten, vor dem Hintergrund des deutschen Gesundheitssystems zu sehen. In Deutschland gibt es keine zentral organisierte Primärversorgung, sondern jede hausärztliche Praxis muss selbst Risiken bewältigen und Chancen ergreifen.

Die Länge der durchgeführten Interviews gab den Befragten Raum, ein breites Spektrum an Erfahrungen während der Pandemie detailliert zu schildern. Im Gegensatz zu einer Befragung mittels Fragebögen konnten die Antworten bei der Analyse daher in einen Kontext eingeordnet werden. Da hier das „Wie“ im Vordergrund der Analyse stand (Wie haben die HÄ auf diese Herausforderungen reagiert?), fiel das hohe persönliche Engagement der HÄ auf. Danach wurde in der Befragung nicht explizit gefragt, was die Bedeutung dieses As-

pekts einmal mehr unterstreicht und zeigt, dass gerade subjektive und persönliche Schilderungen Aspekte zutage treten lassen, die zum Zeitpunkt der Interviewvorbereitung nicht Teil der Überlegungen waren. Allerdings ist zu sagen, dass die Interviews in herausfordernden Zeiten geführt wurden. Die Tatsache, dass ein/e Hausarzt*in unter solchen Bedingungen Zeit findet, an einem Interview dieser Länge teilzunehmen, kann ein Hinweis auf ein überdurchschnittliches Maß an Engagement sein. Das könnte in unserer Studie dazu geführt haben, dass überdurchschnittlich lösungsorientierte Praxen für ein Interview gefunden werden konnten.

Außerdem ist die kleine Stichprobe mit regionalem Schwerpunkt auf Hessen im Sinne eines *convenience samples* zu nennen. Jedoch sollte mit dieser Interviewstudie kurzfristig ein Einblick in den hausärztlichen Umgang mit der Pandemie erfolgen und dies im persönlichen Gespräch, das im Gegensatz zu Freitextangaben mehr Nachfragen erlaubt.

19 der 20 befragten Praxen sind der gleichen KV zugeordnet. Allerdings befinden sie sich bezüglich der Gesundheitsämter in unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen, sodass ein heterogenes Spektrum an Erfahrungen erfasst werden konnte. Nur 2 der befragten Praxen in unserer Stichprobe befinden sich in Orten mit unter 10.000 Einwohner*innen. Landarzt*innen sind aufgrund einer geringeren Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern im Gesundheitssystem [15] (weniger zeitnah verfügbare Facharzttermine und weniger Krankenhäuser in erreichbarer Nähe) noch mehr daran gewöhnt, eigenverantwortlich vor Ort pragmatische Lösungen zu finden als ihre Kolleg*innen in Großstädten. Gleichzeitig haben Landarzt*innen eine hohe bis sehr hohe Berufszufriedenheit [16], weshalb in dieser Population ein überdurchschnittliches Maß an persönlichem Engagement vermutet werden kann. Bei einem höheren Anteil von Landarztpraxen wäre das hausärztliche Engagement möglicherweise noch stärker in den Vordergrund getreten. Dass das Engagement auch in unserer Stichprobe mit 50 % Praxen aus Großstädten eine so zen-

trale Rolle einnahm, unterstreicht seine Bedeutung.

Die Tatsache, dass unsere Stichprobe sich aus Einzel- und kleineren Gemeinschaftspraxen mit einer durchschnittlichen Anzahl von 1,95 Arzt*innen pro Praxis zusammensetzt, könnte eine Überrepräsentation von überdurchschnittlich engagierten HÄ bedingen. Während in medizinischen Versorgungszentren und größeren Gemeinschaftspraxen Verantwortung und Entscheidungsprozesse auf mehrere Personen verteilt werden, müssen Arzt*innen in Einzelpraxen allein entscheiden und sind deshalb per se zu mehr persönlichem Engagement gezwungen. (Angestellte) Arzt*innen in medizinischen Versorgungszentren sind zudem in ihren Möglichkeiten zur Entfaltung persönlichen Engagements eingeschränkt, weil betriebliche Entscheidungen von Vorgesetzten getroffen werden oder der Absprache mit Gesellschafter*innen bedürfen.

Die Autor*innen sind sich darüber bewusst, dass die Ergebnisse nicht pauschal auf die Gesamtheit der HÄ oder andere Regionen übertragbar sind. Dennoch sind die im Ergebnisteil aufgeführten Zitate prototypische Belege für vorherrschende Meinungen der von uns befragten HÄ. Wir gehen deshalb davon aus, dass die geschilderten Erfahrungen ein realistisches Bild der Situation vor Ort in den Praxen widerspiegeln.

Schlussfolgerungen

Auch HÄ wurden von der COVID-19-Pandemie unvorbereitet getroffen. Es fehlten PSA und die Unterstützung durch einen überlasteten ÖGD. Obwohl sie sich „allein gelassen“ fühlten, entwickelten HÄ mit großem persönlichem Einsatz und Kreativität Lösungsstrategien und trugen so vermutlich maßgeblich zur erfolgreichen Bewältigung der ersten Welle in Deutschland bei. Zu betonen ist die Verantwortungsübernahme durch HÄ, die sich in einem hohen Maß an Engagement angesichts des Mangels an PSA, Informationen und geeigneten Flächen für Infektpatient*innen niederschlug.

Interessenkonflikte:
 Keine angegeben.



Christian Gladisch ...
... ist Doktorand am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt. Seit Kurzem ist er als hausärztlicher Internist in Frankfurt niedergelassen. Nach Abschluss seines Medizinstudiums in Mainz absolvierte er seine Facharztausbildung in Wiesbaden und Frankfurt. Außerdem ist er ausgebildeter Notarzt.

Foto: Foto-Firlé, Frankfurt am Main

Literatur

1. Schreyögg G, Ostermann S. Krisenwahrnehmung und Krisenbewältigung. In: Thießen A (Hrsg.). Handbuch Krisenmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2013: 117–137
2. <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases> (letzter Zugriff am 05.12.2020)
3. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (letzter Zugriff am 05.12.2020)
4. Augurzky B, Busse R, Gerlach F, Meyer G. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. 2020. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_Richtungspapier-Corona.pdf (letzter Zugriff am 12.12.2020)
5. www.covid19healthsystem.org/countries/france/livinghit.aspx?Section=3.2%20Managing%20cases&Type=Section (letzter Zugriff am 12.12.2020)
6. www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=3.2%20Managing%20cases&Type=Section (letzter Zugriff am 12.12.2020)
7. Siebenhofer A, Huter S, Avian A, et al. COVI-Prim Survey: Challenges for Austrian and German general practitioners during initial phase of COVID-19. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.11.24.20237743> (letzter Zugriff am 19.12.2020)
8. Stahler A, Reuter S, Sanftenberg L, Schelling J. Diskussion unklarer Hautbefunde im Listserver Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2015; 91: 512–516
9. Schreier M. Qualitative content analysis. London: SAGE Publications; Sage Publications Ltd, 2012
10. Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of general practitioners to infectious disease public health crises: an integrative systematic review of the literature. Disaster Med Public Health Prep 2013; 7: 522–533
11. Bergmaier C, Schneider A, Torge M, Riedl B, Wapler P, Linde K. Fallzahlen und Herausforderungen in südbayerischen Hausarztpraxen während der COVID-19-Pandemie. Z Allg Med 2020; 96: 357–362
12. Kippen R, O'Sullivan B, Hickson H, Leach M, Wallace G. A national survey of COVID-19 challenges, responses and effects in Australian general practice. Aust J Gen Pract 2020; 49: 745–751
13. Fiorino G, Colombo M, Natale C, Azolini E, Lagioia M, Danese S. Clinician education and adoption of preventive measures for COVID-19: a survey of a convenience sample of general practitioners in Lombardy, Italy. Ann Intern Med 2020; 173: 405–407
14. Li D, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. Fam Med Community Health 2020; 8: e000361
15. Görig T, Diehl K, Herr R, Bock C, Mayer M, Schneider S. Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärzterbefragung. Gesundheitswesen 2016; 78: 533–538
16. Schulte P, Ritter S, Schneider N, Stiel S. Wie zufrieden sind Landärzte? Eine quantitative Analyse in zwei Landkreisen in Niedersachsen. Z Allg Med 2020; 96: 270–75

Korrespondenzadresse

Christian Gladisch
Facharzt für Innere Medizin,
Notfallmedizin
Berufsausbildungsgemeinschaft Praxis
am Europaviertel
Hattersheimer Straße 17
60326 Frankfurt am Main
christiangladisch@gmail.com



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de