

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg
Leitung: Prof. Dr. med. Annette Becker

**Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
während der COVID-19-Pandemie.
Welche Faktoren haben Patienten am Zugang zur
Primärversorgung beeinflusst?**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Daniel Otto
aus Hamburg

Marburg, 2023

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:

20.09.2023

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin.

Dekanin: Prof. Dr. Denise Hilfiker-Kleiner

Referentin: Prof. Dr. Annette Becker

1. Korreferent: Prof. Dr. Peter Alter

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
1 Einleitung	4
1.1 Hintergrund	4
1.1.1 Begriffsdefinitionen	4
1.1.2 COVID-19-Pandemie im Überblick	6
1.1.3 Primärversorgung während der COVID-19-Pandemie	8
1.2 Stand der Forschung	11
1.3 Fragestellung	12
2 Methoden	12
2.1 Studiendesign	12
2.2 Studienteilnehmer	14
2.2.1 Stichprobengröße	14
2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.3 Rekrutierung	15
2.4 Datenerhebung	16
2.4.1 Entwicklung Interviewleitfaden und Fragebogen	16
2.4.2 Durchführung der Studie	18
2.4.3 Transkription	19
2.5 Auswertung (Qualitative Inhaltsanalyse)	20
2.6 Prüfung der Qualität	22
3 Ergebnisse	22
3.1.1 Übersicht Studienteilnehmer	22
3.1.2 Prüfung der Qualität	24
3.1.3 Kategoriensystem	25
3.2 Ergebnisse der Studie	26
3.2.1 Kategorie A: Angst vor Ansteckung	27
3.2.2 Kategorie B: Arztpraxis	30
3.2.3 Kategorie C: Eigene Gesundheit	35

4	Diskussion	38
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	38
4.2	Methodendiskussion	39
4.2.1	Studiendesign	39
4.2.2	Studienteilnehmer/-innen (Stichprobengröße, Einschlusskriterien, Rekrutierung)	40
4.2.3	Datenerhebung (Fragebogen, Interviews)	41
4.2.4	Transkription, Auswertung, Qualität	42
4.3	Diskussion der Ergebnisse	43
4.3.1	Angst vor Ansteckung und deren Beeinflussung	43
4.3.2	Vertrauen zu Hausärzt/-innen und Hygienemaßnahmen/Zugangsbeschränkungen	46
4.3.3	Telemedizin	47
4.3.4	Vorsorge und eigene Gesundheit	48
5	Ausblick	50
6	Zusammenfassung	53
6.1	Abstrakt (deutsch)	53
6.2	Abstract (englisch)	55
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang	i
A	Studienunterlagen	i
B	Transkriptionsprotokoll	xii
C	Kodierleitfaden	xiii
D	Lebenslauf	xx
E	Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer	xxi
F	Danksagung	xxii

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Ablaufschema qualitative Inhaltsanalysen (Kuckartz, 2018).....	21
Abb. 2: Kategoriensystem	25
Abb. 3: Überlappung Haupt- und Subkategorien	26
Abb. 4: Säulen zur Unterstützung der allgemeinmedizinischen Versorgung	51
Tab. 1: Übersicht Studienteilnehmer	24
Tab. 2: Stringenz und Vertrauenswürdigkeit der Studie.....	25

1 Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat einen massiven Einfluss auf die Versorgung von Patienten gehabt. In Kliniken wurden Kapazitäten für die intensivmedizinische Behandlung von COVID-19-Patienten vorgehalten, planbare Operationen und andere Eingriffe abgesagt oder verschoben (Fricke, 2020). Ein Rückgang der Konsultationen von Patienten wurde auch in den hausärztlichen Praxen beobachtet (Schäfer *et al.*, 2021). Die ambulante Versorgung stand vor der Herausforderung, die gebotenen Abstands- und Hygieneregeln so umzusetzen, dass Patienten und medizinisches Personal vor einer Infektion geschützt sind (Wanat *et al.*, 2021).

In den hausärztlichen Arztpraxen wurden die Wartezimmer geschlossen, Patienten mussten vor den Praxen warten oder wurden telefonisch beraten. Die Belastungen für das medizinische Personal waren mit dem Ansteckungsrisiko, fehlender Schutzkleidung und den häufig wechselnden Vorgaben seitens der Gesundheitsbehörden hoch (Jefferson *et al.*, 2022). Die zitierten Studien betrachteten die Sicht des Pflegepersonals und der Ärztinnen und Ärzte. Es blieb jedoch unklar, wie die Patienten der Primärversorgung die Veränderungen und Herausforderungen wahrgenommen haben. In einer qualitativen Interviewstudie wurde in dieser Arbeit untersucht, welche Erfahrungen Patienten bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie gemacht haben.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Begriffsdefinitionen

Im Verlauf der COVID-19-Pandemie wurden in Studien, vor allem aber in den Medien verschiedene Begrifflichkeiten für die Bezeichnung der Pandemie und des Virus genutzt, die für das Gleiche stehen und in dieser Arbeit einheitlich und konsistent genutzt werden. Ebenfalls gibt es international unterschiedliche Begrifflichkeiten, die in Studien für die Definition der Primärversorgung und den

hausärztlichen Kontext genutzt werden. Die in dieser Arbeit genutzten Begriffe werden hier kurz definiert.

COVID-19-Pandemie

COVID-19 ist die offizielle Bezeichnung der Erkrankung, die durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelöst wird, welches zu der Gattung der Corona-Viren gehört. Bei einer Infektion mit diesem Virus und einer Erkrankung hat sich ebenfalls die Bezeichnung „an Corona erkrankt“ etabliert. Für das Pandemie-Geschehen ist vor allem die Bezeichnung „Corona-Pandemie“ gängig. In dieser Arbeit wird für die Bezeichnung des Virus die Bezeichnung „SARS-CoV-2“ genutzt, für die Infektion bzw. Erkrankung wird „COVID-19“ genutzt, das Pandemie-Geschehen wird als „COVID-19-Pandemie“ bezeichnet.

Hausärztin/Hausarzt

Der für Deutschland gängige Begriff „Hausärztin/Hausarzt“ wird international auch als „General Practitioner“ (GP), „Family doctor“ oder „Primary Care Physician“ (PCP) bezeichnet. Der Arbeit von deutschen Hausärzt/-innen lässt sich nicht eins zu eins auf andere Länder übertragen, die grundsätzliche Funktion innerhalb der Primärversorgung ist aber vergleichbar und wird deshalb und aufgrund des deutschen Hintergrundes dieser Studie in dieser Arbeit verwendet.

Primärversorgung

Die Primärversorgung ist in Gesundheitssystemen die erste Anlaufstelle für Patienten. Die Ausgestaltung und Verfügbarkeit unterscheiden sich unter Umständen je nach Land. In Deutschland sind hierbei vor allem die Hausärzt/-innen von Bedeutung, die für Patienten als niedrigschwelliger Einstieg ins Gesundheitssystem dienen. „Primary care“, „Primärversorgung“ oder „hausärztliche Versorgung“ beschreiben jeweils die gleiche Säule im Gesundheitssystem.

1.1.2 COVID-19-Pandemie im Überblick

Am 31. Dezember 2019 wurden erstmals Berichte über eine neuartige Lungenerkrankung veröffentlicht, die in der chinesischen Provinz Wuhan aufgetreten war. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits dutzende von Patienten an einer Lungenentzündung erkrankt, die das dort tätige ärztliche Personal vor ein Rätsel stellten, denn die Ursache dieser Infektion war unbekannt.

Anfang Januar 2020 wurde als Erreger der Erkrankung COVID-19 ein neues Virus der Gattung der Betacoronaviren entdeckt: SARS-CoV-2. In der Familie der Coronaviren sind bisher vier Stämme als Auslöser von zumeist milden Atemwegserkrankungen beim Menschen bekannt gewesen. Zusätzlich gibt es zwei weitere Stämme, die mit schweren Krankheitsverläufen assoziiert sind: SARS-CoV-1 (vor Beginn der Pandemie als SARS-CoV bezeichnet) und MERS-CoV, die in den Jahren 2002/2003 bzw. 2012 für pandemische Ausbrüche mit schweren Atemwegserkrankungen ursächlich gewesen sind (Fehr und Perlman, 2015).

SARS-CoV-2 kann initial zu einer Pneumonie führen, die Manifestation eines *Acute Respiratory Distress Syndroms* (ARDS) macht im Verlauf eine intensivmedizinische Behandlung nötig. Aufgrund seiner Virulenz befällt das Virus nicht nur den Atemwegstrakt, sondern kann weiterhin zu einer systemischen Infektion mit entsprechenden Folgen für die jeweiligen Organsysteme führen (Gibson, Qin und Puah, 2020; Gupta *et al.*, 2020; Yuki, Fujjogi und Koutsogiannaki, 2020).

Die Übertragung von SARS-CoV-2 findet hauptsächlich durch die Aufnahme von Viruspartikeln über die Atemwege statt. Infektionen von Mensch zu Mensch können daher in direktem Kontakt über die Ausatemluft und über das Sprechen, Husten oder Niesen stattfinden (Wang *et al.*, 2021). Nachdem die Wissenschaft diese Mechanismen erkannt hatte, wurden für der Bekämpfung der sich pandemisch ausbreitenden Erkrankung Strategien entwickelt. Diese hatten vor allem das Ziel, eine Überlastung der Gesundheitssysteme zu verhindern. Denn durch die fehlende Immunität der Bevölkerung und die hohe Kontagiosität kam es rasch zu hohen Infektionszahlen und zu vielen schwer erkrankten Menschen,

die auf den Intensivstationen behandelt werden mussten. Gleichzeitig musste das dort arbeitende medizinische Personal bestmöglich vor einer Infektion geschützt werden, um die Versorgung zu gewährleisten. Das Tragen von medizinischen Mund-Nasen-Masken, „Lockdowns“ und massive Kontaktbeschränkungen (Alfano *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020) haben in der ersten Phase der Pandemie die dominierende Rolle eingenommen, um die Pandemie einzudämmen.

Innerhalb des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie wurden wirksame Impfstoffe entwickelt und zugelassen. Als weiterer Baustein für die Bekämpfung der Pandemie sorgen sie dafür, dass vor allem schwere Verläufe von COVID-19 in den meisten Fällen verhindert werden können. Zusätzlich verringern sie das Übertragungs- und Ansteckungsrisiko. Das Pandemie-Geschehen wurde im Verlauf durch das Auftreten von Virusvarianten beeinflusst, die sich in ihrer Kontagiosität und Pathogenität unterschieden und zudem bereits geimpfte oder vorher erkrankte Personen infizieren konnten (*World Health Organisation*, 2022).

Trotz der weltweiten Anstrengungen und der schnellen wissenschaftlichen Fortschritte haben die COVID-19-Pandemie und ihre Folgen seit dem Beginn mindestens 16 Millionen Menschen das Leben gekostet. Zunehmend rückten nach den ersten zwei Jahren der Pandemie auch die wirtschaftlichen und sozialen Folgen in den Vordergrund. Auf der medizinischen Seite werden das Auftreten von „Long-Covid“ als Folge einer COVID-Erkrankung (Raveendran *et al.*, 2021), die fehlende Behandlung von chronisch erkrankten Patienten (Saqib *et al.*, 2020) und psychiatrische Erkrankungen als Folge der Pandemie (Serafini *et al.*, 2020) einen großen Stellenwert haben.

Am 28.10.2022 wurde erstmals durch den Vorsitzenden der Ständigen Impfkommission (STIKO) davon gesprochen, dass in Deutschland die Transition der COVID-19-Pandemie hin zu einer Endemie vermutet werden kann¹. Das SARS-CoV-2-Virus ist also „heimisch“ geworden und wird auch in Zukunft für

¹ Interview mit STIKO-Vorsitzenden T. Mertens mit dem Bayerischen Rundfunk am 28.10.2022; <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/stiko-chef-corona-ist-mittlerweile-endemisch,TLTQjSW>, abgerufen am 29.10.2022

Erkrankungen sorgen. Im Verlauf des Winters 2022 ist die Pandemie-Situation auch von weiteren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern neu im Blick auf eine mögliche endemische Phase bewertet worden. Die weitere Entwicklung im Umgang mit den Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus und den daraus folgenden Erkrankungen werden Wissenschaft und Forschung auch weiter beschäftigen.

1.1.3 Primärversorgung während der COVID-19-Pandemie

Den hausärztlichen Praxen in Deutschland fielen im Verlauf der COVID-19-Pandemie mehrere Schlüsselrollen zu. Während weltweit die Eindämmung mittels Kontaktbeschränkungen erreicht werden sollte, war die hausärztliche Praxis ein Ort, an dem vulnerable Patienten unter Umständen auf Personen trafen, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert gewesen sind (Murr und Schelling, 2020). Zu dieser vulnerablen Gruppe von Patienten zählen zum Beispiel diejenigen, die unter chronischen Erkrankungen leiden und ein hohes Alter erreicht haben. Bei ihnen wurde frühzeitig festgestellt, dass sie unter einem erhöhten Risiko stehen, einen schweren Verlauf von COVID-19 zu erleiden (Wolff *et al.*, 2021). Diese Konstellation wurde unter anderem dadurch konstruiert, dass die Hausarztpraxen in die „Teststrategie“ des Bundesgesundheitsministeriums² eingebunden wurden. Zu Beginn der Pandemie waren die Laborkapazitäten zum Auswerten von nasopharyngealen Abstrichen zum Test auf eine COVID-19-Infektion begrenzt. Daher mussten die Patienten von den Hausarzt/-innen triagiert werden um zu entscheiden, wer anhand von typischen Symptomen einer COVID-19-Infektion getestet werden soll. In einer Beobachtungsstudie von Schäfer *et al* (2021) berichteten Allgemeinmediziner/-innen aus Deutschland über einen Rückgang von Patientenkontakten zwischen April und Juli 2020 um bis zu 49%. Der Fokus der Berichterstattung lag zu Beginn der Pandemie auf der

² Die „Nationale Teststrategie“ wurde in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut entwickelt und im Verlauf der Pandemie mehrfach angepasst. Der beschriebene Zustand entspricht der Teststrategie im Frühjahr/Sommer 2020. Die aktuellen Richtlinien hierzu sind beim RKI zu finden, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html, abgerufen am 02.11.2022

medizinischen Versorgung in Krankenhäusern und auf Intensivstationen, während die ambulante Versorgung wenig Beachtung gefunden hat. Print- und Onlinemedien übernahmen die Darstellung der wissenschaftlichen Beiträge der Regierung und deren Kennzahlen, die vor allem Kapazitäten der Intensivstationen betrachtet haben³.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ist der Dachverband für die hausärztliche Grundversorgung in Deutschland. Sie definieren sich und ihre Aufgabe unter anderem wie folgt: *“Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.”*⁴ In Deutschland sind die Allgemeinmediziner/-innen die erste Anlaufstation und der niedrigschwellige Einstieg ins Gesundheitssystem. Häufig fällt im Zusammenhang mit dieser Art der Primärversorgung der Begriff der ganzheitlichen Medizin. Diese beinhaltet eine Arzt-Patienten-Beziehung, die ein hohes Maß an Vertrauen impliziert und in vielen Fällen über Jahre Bestand hat. Bei der Interpretation von Symptomen werden das Krankheitsverständnis der Patienten, deren Umfeld und Geschichte berücksichtigt. Als Vertreter des Gesundheitssystems sind die Hausärzt/-innen weiterhin dafür zuständig, den einzelnen Patienten einerseits wie auch die Gesellschaft im Kollektiv vor Fehl-, Unter- und Überversorgung zu schützen. Als sogenannte “Gatekeeper” und “Lotsen” besteht ihre Aufgabe sowohl in der Akut- und Notfallversorgung wie auch in der Langzeitbetreuung, Prävention und Rehabilitation. In Deutschland praktizierten im Jahr 2021 rund 55.000 Ärztinnen und Ärzte als Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten⁵. Dabei hatte im Jahr 2019 jede hausärztlich tätige Fachperson etwa 3400 Patientenkontakte⁶.

³ DIVI Intensivregister des RKI, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Intensivregister.html, abgerufen am 13.02.2023

⁴ Fachdefinition der DEGAM, <https://www.degam.de/fachdefinition>, abgerufen am 10.02.2023

⁵ Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Vertragsärztliche Versorgung, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, abgerufen am 02.11.2022

⁶ Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Leistungen, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php>, abgerufen am 02.11.2022

In der Bewältigung von Infektionskrankheiten, wie sie auch bereits vor der COVID-19-Pandemie als wiederkehrende Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens auftraten, wurde die tragende Rolle der Primärversorgung bereits erkannt. In der Rolle als „Gatekeeper“ sind die hausärztlichen Praxen in der Lage, durch frühe Triagierung von erkrankten Patienten das Gesundheitssystem einerseits zu entlasten und auf der anderen Seite schwer erkrankte Patienten schnell einer weitergehenden medizinischen Behandlung zukommen zu lassen (Rust *et al.*, 2009; Lee and Chuh, 2010).

Dennoch zeigte sich, dass vorhandene Pandemie-Pläne der Regierungen die Primärversorgung unterschiedlich stark berücksichtigen und sich das zu Beginn der Pandemie auf die Fallzahlen ausgewirkt haben könnte (Huston *et al.*, 2020). Viele Länder haben in der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie früh auf die Primärversorgung gesetzt. Aus der Perspektive des medizinischen Personals der Primärversorgung gab es zu wenig Unterstützung bei der Herausforderung, sich selbst und ihre Patienten zu schützen (Kearon und Risdon, 2020; Gladisch, Gerlach und Güthlin, 2021; Wanat *et al.*, 2021). Hinzu kam, dass die Infektion mit SARS-CoV-2 initial zu den oben beschriebenen Symptomen einer Atemwegsinfektion führen kann und die Unterscheidung zu den endemisch auftretenden bakteriellen und viralen Erregern von den Hausarzt/-innen zwar gemacht werden sollte, das in der Praxis aber nur schwer umzusetzen gewesen ist (Thornton, *et al.* 2020).

Die Strategie im Umgang mit der COVID-19-Pandemie beinhaltete frühzeitig die Implementierung von telefonischen oder weitergehenden telemedizinischen Konsultationen. Gerade im Umgang mit Atemwegserkrankungen wurde früh der direkte Patientenkontakt auf telefonische Konsultationen umgestellt (van der Velden *et al.*, 2021). Die Erfahrung mit telemedizinischen Angeboten variierte in den Ländern, die Notwendigkeit und der Nutzen wurde aber allgemein anerkannt (Sarti *et al.*, 2020). Für die Situation in Deutschland wurde im Mai 2020 untersucht, wie die Erwartungen und der Status quo der Telemedizin in der medizinischen Versorgung aus Sicht von medizinischem und ärztlichen Fachpersonal sind. Gerade für den ambulanten Versorgungssektor konstatierten die Forscher Nachholbedarf und führten unter anderem als mögliche Erklärungen

an, dass es im ambulanten Bereich an technischer Unterstützung in Form von computergestützten und mobilen Programmen mangelt (Peine *et al.*, 2020).

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen musste ebenfalls mit den Folgen der COVID-19-Pandemie umgehen. Die Allgemeinmediziner/-innen haben beobachtet, dass Patienten Routine- und Vorsorgetermine abgesagt oder verschoben haben (Rawaf *et al.*, 2020). Der Stellenwert der Primärversorgung in der Gesundheitsvorsorge führt dazu, dass die Sorge vor Kollateralschäden im Zuge der COVID-19-Pandemie in den Fokus der Gesundheitsbehörden rückt (Schmid-Küpke *et al.*, 2021; van Ballegooijen *et al.*, 2021).

Wie sich die Primärversorgung während der COVID-19-Pandemie (um)organisiert hat, fasst die PRICOV-19 Studie zusammen. Neben Mitarbeiter- und Patientenschutz betrachtet die Studie auch die Gesundheit des medizinischen Personals in den primärversorgenden Arztpraxen in 37 europäischen Ländern (u.a. Deutschland) und in Israel (Van Poel *et al.*, 2022). Jedoch fehlt bei dem Wissen um die Herausforderungen und Folgen der COVID-19-Pandemie für die Primärversorgung die Sicht der Patienten.

1.2 Stand der Forschung

Durch die Aktualität war die Studienlage zur COVID-19-Pandemie im Fluss. Viele Aspekte wurden und werden untersucht, um aus der Pandemie die richtigen Schlüsse zu ziehen. Auch für die Primärversorgung wurden bereits viele Fragestellungen betrachtet. Eine gute Übersicht bietet die zitierte PRICOV-Studie (Van Poel *et al.*, 2022), die neben den Herausforderungen auch die Folgen der Hausärzte untersucht hat. Neben den Studien, die die Sichtweise des medizinischen Personals, allgemeine Lehren für die Primärversorgung (Huston *et al.*, 2020) oder die gesundheitspolitischen Aspekte (Filippi *et al.*, 2021) betrachten, gab es zum Zeitpunkt der für diese Arbeit durchgeführten Studie wenig, das die Erwartungen und Erfahrungen der Patienten berücksichtigt hat und ob sich die Inanspruchnahme der Primärversorgung daraufhin verändert hat. Aktuelle Untersuchungen haben sich vor allem mit der Patientensicht auf die

Telemedizin beschäftigt (Holtz, 2021; Vosburg and Robinson, 2022), während Wanat et al. (2022) in einer qualitativen Studie in 8 europäischen Ländern Erwartungen von Patienten und Ärzt/-innen verglichen haben.

1.3 Fragestellung

In dieser Arbeit lag der Schwerpunkt auf Erfahrungen von Patienten in der Primärversorgung und ob sich daraus erkennen lässt, dass diese Erfahrungen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von hausärztlichen Konsultationen hatten. In der Einleitung wurde daher die Rolle der Hausärzt/-innen allgemein sowie während der Pandemie kurz beschrieben. Der aktuelle Stand der Forschung führte in der Zusammenschau zu der folgenden Fragestellung:

Welche Faktoren haben Patienten am Zugang zur Primärversorgung während der COVID-19-Pandemie beeinflusst?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde sich für ein qualitatives Studiendesign entschieden. In der durchgeführten Studie wurden Interviews mit Patienten in Hausarztpraxen geführt. In den folgenden Kapiteln wird der Weg zur Beantwortung der Fragestellung nachvollziehbar beschrieben. Zunächst wird das Studiendesign und die methodische Herangehensweise beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Interviews präsentiert und zusammengefasst. In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse diskutiert und eingeordnet. Die Ergebnisse und das Studiendesign werden kritisch beurteilt. Abschließend sollen ein Ausblick gewagt und ein Fazit der durchgeführten Studie gezogen werden.

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Als Studiendesign wurden eine semi-strukturierte Interviewstudie sowie als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Kuckartz

gewählt. Es wurde untersucht, welchen Einfluss die COVID-19-Pandemie auf die Erwartungen und Erfahrungen von Patienten bezüglich der Primärversorgung hatte und ob diese einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von hausärztlichen Praxisbesuchen genommen haben. Um die Ansichten und Erfahrungen einzelner Patienten genau untersuchen zu können und die Beweggründe zu erfassen, ist eine qualitative Studie zielführend (Kühl, Strodtholz and Taffertshofer, 2009). Die Planung der Studie fand im September und Oktober 2020 statt, mit der Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde nach dem positiven Ethikvotum der Ethik-Kommissionen der Philipps-Universität Marburg (196/20) und der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg (2021-011) im Dezember 2020 begonnen.

In der qualitativen Forschung gibt es verschiedene Verfahrensweisen, um sich einer Problemstellung zu nähern. Forschungsfrage, Datenerhebung und Auswertungsmethode sind nicht voneinander getrennt zu betrachten. Die Auswertungsmethode wird für die Forschungsfrage passend ausgewählt und entwickelt (Lamnek, 2008). Zu den qualitativen, inhaltsanalytischen Verfahren zählen unter anderem Einzelfall- oder Dokumentenanalysen, Handlungsforschung, deskriptive Feldforschung oder qualitative Experimente (Mayring, 2006). Für die gestellte Forschungsfrage eignet sich die Einzelfallanalyse: der einzelne Patient soll zu seinen subjektiven Erfahrungen befragt werden. Um hierbei den explorativen Charakter der Studie zu unterstützen, bietet sich als Erhebungsmethode das Interview an. Bei den Möglichkeiten der Datensammlung werden verschiedene Interviewformen (Helfferich, 2011) unterschieden. Die Fragestellung wurde gewählt, um die Sicht der Patienten kennenzulernen. Um diese zu erfahren, ist ein offenes Interview geeignet. Diese Form von Interviews ermöglicht einem die Offenheit, nicht an vorgegebene Antwortmöglichkeiten gebunden zu sein. In den durchgeführten Gesprächen mit den Interviewteilnehmern konnte kontinuierlich evaluiert werden, ob beispielsweise Verständnisschwierigkeiten bestanden. Durch den geschützten Rahmen sollten weniger Hemmungen bei dem Ansprechen kritischer Themen bestehen, auch wenn fehlende Trigger - wie sie beispielsweise bei Gruppendiskussionen auftreten können - zu Lasten der Themenbreite gehen konnten. Durch gezielte Nachfragen wurde hierbei gegengesteuert, Themen

vertieft und so ein möglichst vollständiges Bild der Patientenperspektive erreicht. Um das Themenfeld in der gewünschten Breite abzudecken und um sicherzustellen, dass die Beantwortung der Forschungsfrage nicht zu weit in den Hintergrund rückt, wurde mit der Form der semi-strukturierten Interviews ein Kompromiss eingegangen. Dabei soll durch einen Leitfaden ein Grad an Standardisierung erreicht werden (vgl. Kohli, 1978; Mayring, 2006).

Die beschriebene qualitative Datenerhebung wurde durch einen Kurzfragebogen ergänzt. Da bei der geplanten Rekrutierung eine heterogene Gruppe von Teilnehmern erwartet wurde, können die Angaben die Einordnung der Ergebnisse unterstützen (Reinhardt, 2012).

2.2 Studienteilnehmer

2.2.1 Stichprobengröße

Aufgrund des gewählten qualitativen Forschungsansatzes ist eine Berechnung der Stichprobengröße nicht zielführend, sondern es wurde mit dem Ziel der Datensättigung rekrutiert (Glaser und Strauss, 1980). Für die Planung dieser Studie wurde für die Datensättigung die Arbeit von Guest, Bunce und Johnson (2006) herangezogen. Für diese Studie wurden anhand dieser Arbeit daher zunächst 15-20 Interviews geplant, nach denen eine Datensättigung zu erwarten gewesen ist. Das Erreichen der Datensättigung wurde durch die fortlaufende Analyse der Transkripte während der Studie überprüft. Die institutseigene Arbeitsgemeinschaft Qualitative Forschung und die Studienleiterin unterstützten diesen Prozess, indem ein erster Codebaum präsentiert und vorläufige Ergebnisse diskutiert worden sind. Diese Rückmeldungen flossen in die weitere Analyse ein, zeigten den Fortschritt und waren dann die Grundlage für die weitere Anzahl an Interviews.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien für die Interviewteilnehmer waren Volljährigkeit und mindestens 9 Arztkontakte 12 Monate vor Studieneinschluss. Eine abgelaufene

COVID-19-Erkrankung wurde im Kurzfragebogen erfragt, ist aber weder explizites Ein- oder Ausschlusskriterium gewesen. Außerdem mussten die Patienten einwilligungsfähig sein und über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen, um ein offenes Gespräch zu ermöglichen und die Studienaufklärung zu verstehen. Ausgeschlossen wurden minderjährige Patienten und Menschen, die selbst nicht einwilligungsfähig waren oder bei denen die Sprachbarriere die Interviewdurchführung verhindert hätte.

Mit dem Ziel einer möglichst großen Heterogenität und um eine Vielfalt an Argumenten zu erreichen, wurde keine Vorselektierung nach beispielsweise Krankheitsbildern, bestimmten Altersgruppen oder ähnlichem durchgeführt („*purposive sampling*“ (Patton, 2002; Schreier, 2017)). Im Fokus standen lediglich Patienten, die häufig die hausärztliche Praxis konsultieren, also ein hohes Inanspruchnahmeverhalten zeigen. Diese Regelmäßigkeit wurde mit Hilfe einer Definition von Gill und Sharpe (1999) quantifiziert: Bei mindestens 9 Arztkontakten während des letzten Jahres galten dieser Definition nach Patienten als “frequent attender” und erfüllten das Einschlusskriterium für diese Studie.

2.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer fand in hausärztlichen Praxen in Mittelhessen und Ostfriesland statt. Es sollten Studienteilnehmer aus unterschiedlich stark betroffenen Regionen der COVID-19-Pandemie erreicht werden. Im Verlauf entwickelten sich die Inzidenzen jedoch in beiden Landkreisen weiter, sodass diese scharfe Unterscheidung nicht mehr gemacht werden konnte. Die Rekrutierung wurde dennoch in beiden Landkreisen fortgesetzt. Die hausärztlichen Praxen wurden telefonisch kontaktiert und die Studie vorgestellt. Bei Interesse, die Studie zu unterstützen, fand ein Gespräch mit den Hausärzten statt. In diesem Gespräch wurden der Hintergrund und der genaue Ablauf der Studie geklärt. Bei Bereitschaft, den Rekrutierungsprozess zu unterstützen, wurde in den Hausarztpraxen mit einem Plakat auf die Studie aufmerksam gemacht. Hierauf fanden die Patienten die Möglichkeit, das Studienteam per Email zu kontaktieren. Die teilnehmenden Ärzt/-innen wurden

mit den Einschlusskriterien vertraut gemacht und wurden in den Rekrutierungsprozess mit eingebunden, indem sie potenzielle Studienteilnehmer während der Sprechstunde identifizieren. Sollte es der zeitliche Aufwand zulassen, fand bereits eine Aufklärung durch die Ärztinnen und Ärzte statt. Alternativ dazu wurden mit einer zur Verfügung gestellten Einverständniserklärung die Kontaktdaten aufgenommen und an das Studienteam weitergeleitet. Die Aufklärung fand in diesem Fall nach vorheriger Kontaktaufnahme durch die Studienleiterin statt.

In der Aufklärung wurde den Patienten das Ziel und der Umfang der Studie erläutert. Weiterhin fand eine datenschutzrechtliche Aufklärung statt. Sofern die Patienten danach bereit waren, an der Studie teilzunehmen, wurden die Studienunterlagen unterschrieben, auf Vollständigkeit überprüft und ein Interviewtermin vereinbart.

2.4 Datenerhebung

2.4.1 Entwicklung Interviewleitfaden und Fragebogen

Die Datenerhebung fand mittels eines Interviewleitfadens (Anhang A.1) und einem Kurzfragebogen (Anhang A.2) statt.

2.4.1.1 Interviewleitfaden

Grundsätzlich war das Ziel der Interviews, die größtmögliche Offenheit zu erreichen und die Studienteilnehmer frei berichten zu lassen. Im Interesse der Beantwortung der Forschungsfrage war es jedoch nötig, den Interviews eine gewisse Strukturierung aufzuerlegen. Diese wurde mit Hilfe eines Interviewleitfadens erreicht. Für diesen wurde mit den Ideen von Helfferich (2011) der Kompromiss zwischen Offenheit und Steuerbarkeit der Interviews gewählt. Der Leitfaden enthielt drei Themenbereiche, um die COVID-19-Pandemie im Kontext der Primärversorgung abzubilden.

- a. Wahrnehmung zu Beginn der Pandemie

- b. COVID-19-Pandemie im Verlauf
- c. Erwartungen für die Zukunft der hausärztlichen Versorgung nach Ende der Pandemie

Zu den drei Kategorien wurden offene Einstiegsfragen formuliert. Diese gaben eine chronologische Abhandlung während des Interviews vor, um eine gewisse Standardisierung zu erhalten. Hilfestellungen und ergänzende Fragen sollten dem Interviewer ermöglichen, den Gesprächsfluss zu erhalten. Gleichzeitig dienten sie der Kontrolle, ob mit den Antworten der Studienteilnehmer das Thema ausreichend besprochen wurde. Hierbei sollte aber weder jede Frage einzeln gestellt werden noch in der vorgegebenen Reihenfolge. Außerdem wurde darauf verzichtet, dichotome und suggestive Fragen zu stellen oder Antwortmöglichkeiten vorzugeben. Damit sollen die von Glantz und Michael (2014) als "Interviewereffekte" beschriebenen Bias berücksichtigt werden, die bei den genannten Fragetypen auftreten können. Die Themenbereiche mit den Einstiegsfragen werden in der Auswertung der Interviews näher betrachtet. Für die Interviews wurden jeweils 45-60min geplant. Der Leitfaden wurde zu Beginn der Studie getestet (Pretest). Dazu wurden die Interviews im Bekanntenkreis des Autors testweise durchgeführt. Die Rückmeldungen hierzu beeinflussten vor allem die Einstiegsfragen, die zunächst nicht zu dem gewünschten Gesprächsfluss geführt hatten. Beim Pretest wurden sowohl Personen interviewt, die die Einschlusskriterien erfüllten, wie auch Personen mit sozialwissenschaftlicher Expertise, um die Qualität des Leitfadens zu verbessern.

2.4.1.2 Kurzfragebogen

Die Studienteilnehmer erhielten vor Beginn der Studie einen Kurzfragebogen, in dem demografische Daten (Geschlecht, Alter, Familie), der Kontakt mit dem SARS-CoV-2-Virus sowie Vorerkrankungen erfragt wurden. Für die Auswertung der Interviews wurden darin einige Fragen gestellt, die sich speziell auf die Fragestellung bezogen (siehe Abschnitt Analyse).

2.4.2 Durchführung der Studie

Die Interviews wurden von dem Autor dieser Dissertationsschrift durchgeführt. Mit den Studienteilnehmern wurde telefonisch ein Termin zur Interviewdurchführung vereinbart. Da sich zu der Zeit der Interviewdurchführung im Winter 2020/2021 die Pandemielage erneut auf einem hohen Niveau befand, wurde auf ein persönliches Treffen für die Interviews verzichtet. Stattdessen wurde die Studie telefonisch durchgeführt. Bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung fand bereits eine Überprüfung der Aufnahmegeräte und der Audioqualität statt. In der Vorbereitung wurde außerdem darauf geachtet, dass für die Interviewzeit eine ruhige Umgebung garantiert ist, um einerseits die Aufnahmequalität nicht zu beeinflussen, vor allem aber den Studienteilnehmern einer im Rahmen der Telefonstudie möglichst vertrauenswürdige Atmosphäre bieten zu können. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet.

Vor Beginn jedes Interviews wurde sichergestellt, dass eine Aufklärung durch die Studienleiterin oder durch die teilnehmenden Hausärzt/-innen stattgefunden hat und die unterschriebenen Einwilligungserklärungen vorlagen. Die Gespräche begannen mit der Begrüßung und der Vorstellung. Es wurde hervorgehoben, dass die Vertraulichkeit während der gesamten Studie gewahrt wird. Zu diesem Zweck wurde verdeutlicht, dass die Interviews zwar aufgenommen und gespeichert werden, mittels einer Anonymisierung von personenbezogenen Aussagen jedoch kein Rückschluss auf die Identität der Teilnehmer möglich ist und ein Fremdzugriff auf die Dateien durch Passwortschutz verhindert wird. Die Studie und deren Ziele wurden noch einmal kurz erklärt und der Zeitrahmen abgesprochen. Dann wurde das Aufnahmegerät eingeschaltet und mündlich erneut die Bestätigung eingeholt, dass die Aufklärung stattgefunden hat und das Einverständnis weiterhin vorlag.

Die Interviews wurden mit der Einstiegsfrage zu den Erfahrungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie eröffnet. Während des Gesprächs diente der Leitfaden dem Autor als Orientierungshilfe, um gezielte Nachfragen zu stellen oder das Gespräch aufrecht zu erhalten. Davon abgesehen wurde das Interview offen gehalten und individuell angepasst, um im Verlauf alle im Leitfaden vermerkten

Themen anzusprechen. Parallel wurden Notizen angefertigt, die für die anschließende Auswertung relevant waren. Neu angesprochene Themen wurden im Leitfaden vermerkt, um die Relevanz auch in folgenden Interviews zu überprüfen. Das Interview endete mit der Nachfrage, ob auf Seiten der Interviewteilnehmer noch Themen angesprochen werden sollen, die ihrer Meinung nach noch besprochen werden könnten. Außerdem wurde anhand der Notizen überprüft, ob die im Leitfaden vermerkten Interviewstützen ausreichend angewendet wurden. Zum Abschluss wurde den Teilnehmern für ihre Mithilfe gedankt und ein Ausblick über den weiteren Verlauf der Studie und die Verwendung der Interviewdaten gegeben. Den Studienteilnehmern wurde angeboten, nach Abschluss der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu erhalten. Ein Studienteilnehmer zeigte Interesse hieran und erhielt diese. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass jederzeit der Kontakt zum Studienteam aufgenommen werden sollte, wenn neue Fragen zum durchgeführten Interview auftauchen sollten.

2.4.3 Transkription

Die Audioaufnahmen wurden nach den Vorschlägen von Kuckartz et al (*Qualitative Evaluation*, 2008) sowie dem Praxisbuch zur Transkription von Dresing und Pehl (2017) transkribiert. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und in normales Schriftdeutsch übertragen. Dialekte wurden nicht transkribiert, Sprache und Interpunktion geglättet. Längere Sprechpausen sowie Lautäußerungen wurden berücksichtigt und transkribiert. Es wurde hierbei ein Kompromiss zwischen Lesbarkeit und Exaktheit eingegangen (Dresing und Pehl, 2017). Passagen der Interviews, in denen personenbezogene Daten angesprochen wurden, sind pseudonymisiert worden. So wurden beispielsweise Orte nur mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt oder umschrieben („nächste größere Stadt“) und erwähnte Personen (Hausärztin/Hausarzt, Verwandte oder Bekannte) deskriptiv beschrieben, sodass keine direkten Rückschlüsse auf Studienteilnehmer und ihre Umgebung mehr möglich gewesen sind. Für die verwendeten Zitate in den Ergebnissen dieser Studie wurde den

Studienteilnehmern ein neuer Name als Pseudonym gegeben (Meyermann und Porzelt, 2014). Das verwendete Regelsystem zur Transkription findet sich im Anhang. Die Transkription erfolgte mit der Software MAXQDA und dem Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse (Dresing und Pehl, 2017).

2.5 Auswertung (Qualitative Inhaltsanalyse)

Als Auswertungsverfahren wurde die im deutschsprachigen Raum etablierte qualitative Inhaltsanalyse gewählt (Mayring, 2006). Nach Sichtung der vorhandenen Literatur wurden zwei Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse näher betrachtet: Mayring und Kuckartz, deren gemeinsames Ziel die „Systematisierung von Kommunikationsinhalten“ ist, um eine „in hohem Maße regelgeleitete Interpretation“ zu erarbeiten (Stamann, Janssen und Schreier, 2016).

Die Auswertung der Studie erfolgte sowohl in induktiver als auch deduktiver Vorgehensweise, die jeweils in dem Ansatz der strukturierenden Inhaltsanalyse von Kuckartz (Kuckartz, 2018) ermöglicht werden (siehe Abb. 1). Erste Kategorien wurden bereits bei der Planung der Studie und dem Entwickeln des Interviewleitfadens herausgearbeitet (deduktiv). Im Verlauf der Studie wurden aus den vorliegenden Daten weitere Kategorien entwickelt und die bereits bestehenden erneut angepasst (induktiv). Diese Kategorien wurden in den Ergebnissen genauer betrachtet und daraufhin überprüft, ob sie den Faktoren entsprechen, die in der Forschungsfrage gesucht werden und einen Einfluss auf Patienten während der COVID-19-Pandemie hatten.

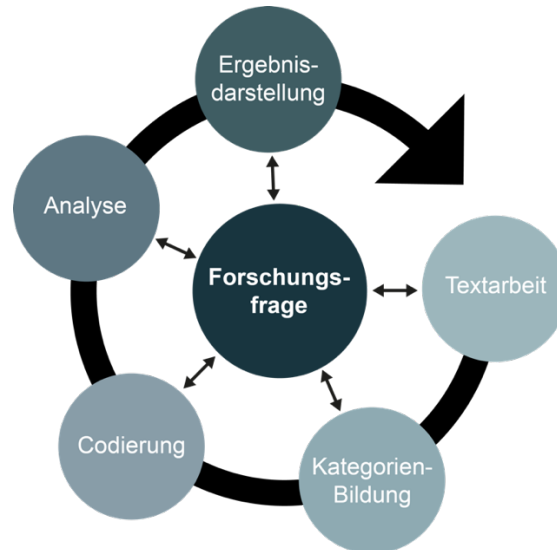


Abb. 1: Ablaufschema qualitative Inhaltsanalysen (Kuckartz, 2018)

Die aus den Fragen des Leitfadens herausgearbeiteten Kategorien waren beispielsweise die Themen „Angst vor Ansteckung“ „Beeinflussung durch die mediale Berichterstattung“ und die „Telemedizin“. Es wurde überprüft, ob die gefundenen Kategorien reliabel waren. Dazu fand einerseits eine Sichtung und Kodierung der Transkripte der ersten vier Interviews durch die Studienleiterin statt, die miteinander verglichen wurden. Außerdem wurden die vorläufigen Ergebnisse der institutseigenen AG Qualitative Forschung präsentiert und diskutiert. Während dieser Prozesse wurden die Kategorien mehrmals überarbeitet, re-evaluiert und erneut auf die Datensätze angewandt. Am Ende standen die Auswertung und Diskussion der endgültigen Kategorien.

Die erste Phase der Inhaltsanalyse ist die initiiierende Textarbeit gewesen. Diese begann bereits während der Transkription, in der Interviewpassagen, in denen die deduktiv formulierten Themen angesprochen wurden, markiert worden sind. Außerdem wurden bei diesem Kennenlernen des Datenmaterials bereits induktiv neue Ideen für Kategorien aus den angesprochenen Themen identifiziert. Konkret wurde dies in MAXQDA mit dem Benutzen von digitalen „Memo-Zetteln“ umgesetzt. Während dieser Arbeit mit dem Material wurde bereits deutlich, dass zum Beispiel das Thema der „Hygienemaßnahmen“ von den Interviewteilnehmern vielfältig angesprochen wurde.

Nach der Transkription der ersten vier Interviews wurde das bisher vorliegende Material offen kodiert, Hauptkategorien entwickelt und diese gemeinsam mit der Studienleiterin besprochen. Anschließend wurde mit diesen Kategorien das vorliegende Material erneut kodiert. In der Folge wurden weitere Interviews durchgeführt und zeitnah transkribiert. Die Transkripte wurden mit den bereits identifizierten Themen kodiert. Mit der zunehmenden Anzahl an Daten konnten auch erste Unterthemen (Subkategorien) formuliert werden.

Nach Abschluss der Interviews und dem Erreichen der Datensättigung wurde das vorliegende Material erneut gesichtet und mit dem bisher entwickelten Kategoriensystem kodiert. Im Studienteam wurde gemeinsam über die Kategorien, deren Benennung und Sortierung diskutiert und das Kategoriensystem erneut angepasst. Nach Abschluss dieses Prozesses wurden die Interviews mit dem korrigierten Kategoriensystem noch einmal gesichtet und die endgültige Kategorisierung festgelegt.

2.6 Prüfung der Qualität

Die durchgeführte Studie wurde in Anlehnung an die Überlegungen von Williams et al (2020) auf Stringenz und Vertrauenswürdigkeit überprüft. In der durchgeführten Studie wurden der Rekrutierungsprozess, die Datenerhebung und -analyse auf ihre Übertragbarkeit und Glaubwürdigkeit hin überprüft (siehe Ergebnisse im Abschnitt 3.1.2). Weiterhin wurde die Studie kritisch reflektiert und transparent dargestellt (siehe Kapitel 4: Diskussion).

3 Ergebnisse

3.1.1 Übersicht Studienteilnehmer

In dieser Studie wurden insgesamt 17 Interviews bis zum Zustand der Datensättigung durchgeführt. Die fortlaufende Analyse der Daten und das daraus entwickelte Kategoriensystem zeigte ab dem 15. Interview keine neuen

Erkenntnisse. Weiterhin konnte zu dem Zeitpunkt mit den gefundenen Kategorien die zentrale Frage dieser Studie beantwortet werden. Die Kategorien wurden im Verlauf der Studie durch die Studienleiterin und die institutseigene AG evaluiert und angepasst. Mit dem entwickelten Kategoriensystem wurden zwei zufällig ausgewählte Interviews auch durch die Studienleiterin zufriedenstellend kodiert. In zwei Interviews am Ende der Interviewphase konnte das Kategoriensystem unverändert und zufriedenstellend für die Analyse angewendet werden. Daher wurde die Studie nach dem 17. Interview beendet.

Zu Beginn der Studie wurden in einem Kurzfragebogen sozio-demografische Angaben der Studienteilnehmer erfragt. Sieben Studienteilnehmer waren weiblich, das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 20 und 88 Jahren. Die Interviewdauer betrug zwischen 18 und 48 Minuten. Eine Übersicht über die Studienteilnehmer zeigt Tab. 1.

Pseudonym & Geschlecht	Alter	Lebens-situation	SARS-CoV-2-Infektion?	Infektionen im Familien- & Bekanntenkreis	Arztbe-suche im letzten Jahr
Gerd-Henning Fischer ⁷ (m)	78	alleine lebend	Nein	Ja	5-9x
Karina Bauer (w)	20	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Tanja Ernst (w)	45	alleine lebend	Ja	Nein	5-9x
Ulrich Trautmann (m)	59	mit Partner	Nein	Ja	mehr als 10x
Benjamin Koch (m)	58	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Johanna Ulbrich (w)	88	alleine lebend	Nein	Nein	5-9x

⁷ Pseudonym, die Studienteilnehmer erhielten neue Namen, Erklärung hierzu im Transkriptionsprotokoll im Anhang

Dagmar Imbusch (w)	65	mit Partner	Nein	Nein	5-9x
Fokko Ziegler (m)	73	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Erich Lorenz (m)	67	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Gabi Gärtner (w)	62	mit Partner	Nein	Ja	mehr als 10x
Clemens Timmermann (m)	67	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Max Carl (m)	77	mit Partner	Nein	Ja	mehr als 10x
Dominik Schuhmacher (m)	83	mit Partner	Nein	Nein	5-9x
Erich Westphal (m)	64	mit Partner	Nein	Ja	5-9x
Natascha Conrad (w)	61	mit Partner	Nein	Nein	mehr als 10x
Egbert Decker (m)	82	mit Partner	Nein	Ja	mehr als 10x
Hilda Decker (w)	76	mit Partner	Nein	Ja	mehr als 10x

Tab. 1: Übersicht Studienteilnehmer

3.1.2 Prüfung der Qualität

Die Qualitätsprüfung ist in Tab. 2 dargestellt.

Übertragbarkeit	Die Studie fand in zwei regional unterschiedlichen Hausarztpraxen statt, die zum Zeitpunkt der Studie unterschiedlich hohe Inzidenzen und Entwicklungen der COVID-19-Pandemie vorwiesen. Die Ergebnisse unterschieden sich jedoch nicht. Daher wird angenommen, dass auch in anderen Hausarztpraxen ähnliche Ergebnisse erzielt werden könnten.
-----------------	---

Glaubwürdigkeit	Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und im Ergebnisteil dieser Arbeit präsentiert. Die zitierten Textstellen aus den Interviews unterstützen und belegen die gefundenen Kategorien. Im Diskussionsteil wird dann ein kontextueller Bezug der Ergebnisse zu bestehender Literatur gezogen.
Reflexivität und Transparenz	Im Methodenteil wird ausführlich auf die einzelnen Schritte der Studiendurchführung eingegangen. Die Limitationen dieser Studie werden im Diskussionsteil kritisch erörtert.

Tab. 2: Stringenz und Vertrauenswürdigkeit der Studie

3.1.3 Kategoriensystem

Die Forschungsergebnisse werden anhand des entwickelten Kategoriensystems der angewandten inhaltlichen strukturierenden Inhaltsanalyse vorgestellt. Unter der Fragestellung, welche Faktoren einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung hatten, wurden drei Kategorien (A. „Angst vor Ansteckung“, B. „Arztpraxis“, C. „Eigene Gesundheit“) entwickelt. Zu den Kategorien gibt es jeweils drei Subkategorien, die eine genauere Analyse ermöglichen. Die Abb. 2 zeigt die Übersicht über das Kategoriensystem.

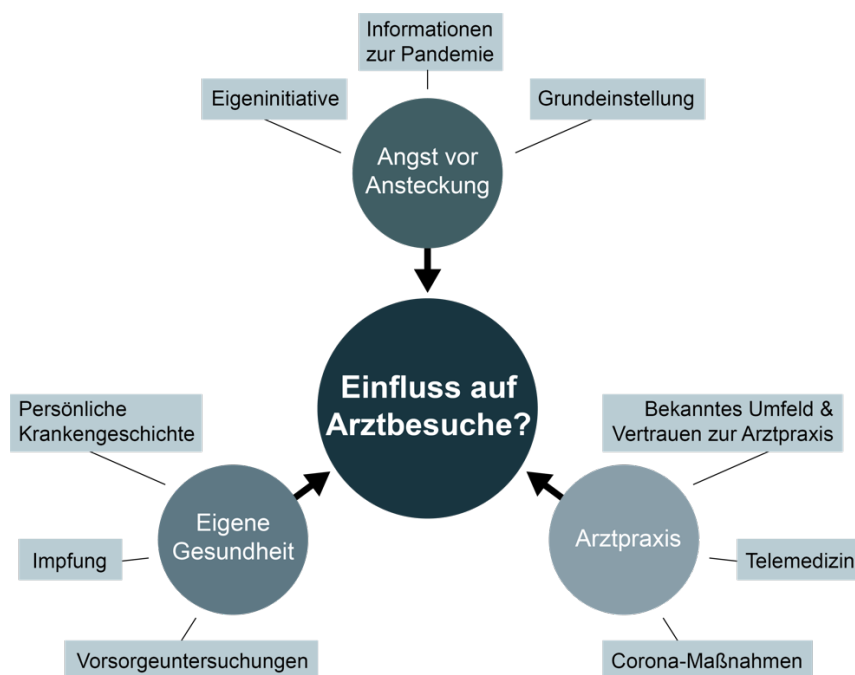


Abb. 2: Kategoriensystem

In der Datenanalyse zeigte sich, dass zwischen den Faktoren Wechselwirkungen bestehen. Eine veränderte Inanspruchnahme von (Haus-)Arztbesuchen wurde von nur wenigen Studienteilnehmern berichtet. Es zeigten sich jedoch unterschiedliche Auswirkungen der Kategorien: die Studienteilnehmer, die während der COVID-19-Pandemie weniger zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen sind, haben als Erklärungen für dieses Verhalten die gleichen Faktoren genannt, die für die übrigen Teilnehmer die Gründe waren, ohne ein subjektiv höheres Ansteckungsrisiko die Arztpraxen weiterhin aufzusuchen. Diese Überlappung der Kategorien soll die folgende Abbildung darstellen.

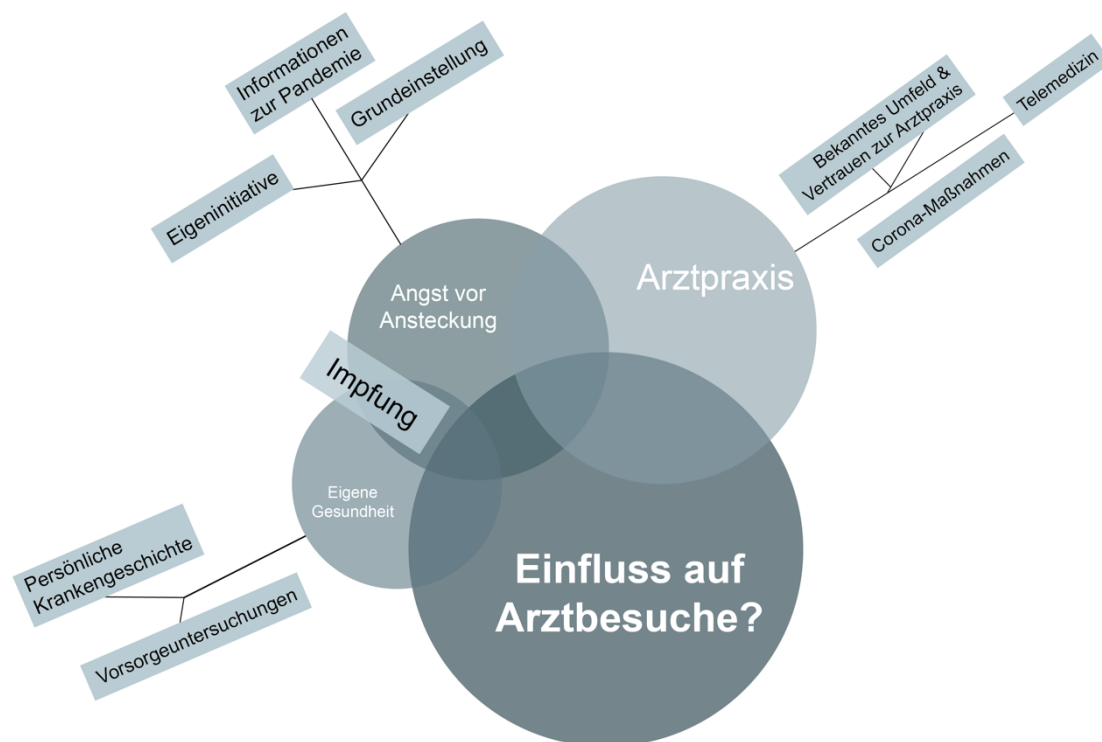


Abb. 3: Überlappung Haupt- und Subkategorien

3.2 Ergebnisse der Studie

Im Folgenden werden die erarbeiteten Kategorien und ihre Subkategorien vorgestellt und mögliche Wechselwirkungen beschrieben. Dabei werden geeignete Zitate aus den Transkripten verwendet, um die jeweilige Kategorie

nachvollziehbar darzustellen. Die Hauptkategorien sind mit Großbuchstaben, die Subkategorien mit Zahlen gekennzeichnet.

3.2.1 Kategorie A: Angst vor Ansteckung

Die „Angst vor Ansteckung“ mit dem SARS-CoV-2-Virus wurde in allen Interviews thematisiert, stand für die Studienteilnehmer im Mittelpunkt und ist ein Faktor gewesen, der Einfluss auf die Arztbesuche hatte. Die Ansteckungsangst hatte unterschiedliche Ausprägungen und Auswirkungen. Die Studienteilnehmer haben in den Gesprächen verschiedene Punkte angesprochen und Gründe dargelegt, die diese Ansteckungsangst verstärkt oder verringert haben. Zu dieser Kategorie gibt es die Subkategorien „Informationen zur Pandemie“, „Eigeninitiative“ und „Grundeinstellung“. Die Erfahrungen, die mit der Arztpraxis in Verbindung gebracht wurden, überlappen sich mit dieser Kategorie (siehe Abbildung 3), werden aber in der entsprechenden Kategorie B behandelt.

3.2.1.1 Informationen zur Pandemie

Die COVID-19-Pandemie war auch in ihrer Berichterstattung umfangreich. Die Patienten haben sich über unterschiedliche Kanäle und Medien zum aktuellen Stand, Schutzmaßnahmen und neuen Erkenntnissen informiert. Der Informationsbedarf wurde von den Teilnehmenden als gedeckt empfunden. Teilweise wurde die Menge an Informationen als zu viel empfunden.

„Ich fühle mich überinformiert. Überinformiert, mittlerweile ist es so, dass ich höchstens nur noch einmal am Tag mir öffentlich-rechtliche Nachrichten anschau. Es wurde mir zu viel. Weil auch zu viele Menschen, jeder wollte seinen Senf dazu geben. Jeder wusste es noch besser. Jeder Virologe hatte eine andere Auffassung. Ich konnte es nicht mehr hören. Meine Frau auch nicht. Ich sage: wir werden depressiv von dieser Informationsflut.“ (Benjamin Koch)

Es zeigte sich, dass sich einige Studienteilnehmer durch die umfangreiche Berichterstattung verunsichert gefühlt haben. Gleichzeitig wurden die Hausärzte

aber nicht als Informationsquelle für die Pandemie und den Umgang mit ihr an sich gesehen. Der Arztbesuch wurde nicht dazu genutzt, um mit den Ärzt/-innen über die COVID-19-Pandemie zu sprechen.

„Da war ja nun jeder von betroffen. Und somit haben wir mit unserem Hausarzt da eigentlich auch nicht so drüber gesprochen.“ (Hilda Decker)

Anders sah der Beratungswunsch der Studienteilnehmer zu den Schutzimpfungen gegen das SARS-CoV-2-Virus aus, deren Zulassung kurz vor Beginn der Interviews stattgefunden hatte. Die Impfung wurde als Subkategorie dem Thema „Eigene Gesundheit“ zugeordnet, denn in diesem Kontext wurde die Wichtigkeit der Impfung für die Teilnehmenden am deutlichsten. Trotzdem hat die Impfung die Studienteilnehmer hinsichtlich ihrer Ansteckungsangst beeinflusst. Zusätzlich zeigte sich auch, dass das Vertrauen in den eigenen Hausarzt im Umgang mit der Impfung für die Studienteilnehmer eine Rolle gespielt hat.

3.2.1.2 Eigeninitiative

Um die subjektiv empfundene Ansteckungsgefahr zu umgehen, haben die Studienteilnehmer eigene Strategien entwickelt. Die Arztpraxen ermöglichten es im Rahmen ihrer Hygienekonzepte, dass eine geringe Anzahl an Patienten das Wartezimmer nutzen konnte. Trotz dieser Möglichkeit warteten Patienten lieber draußen.

„Ich habe mich nie in ein volles Wartezimmer gesetzt. Und das werde ich noch weniger tun, auch wenn die Pandemie vorbei ist.“ (Erich Lorenz)

Eine Rolle spielten außerdem der eigene private und gesundheitliche Kontext.

„Ich war vorher schon bedingt durch die Vorerkrankung [...] sehr vorsichtig. Also sprich, massig Abstand. Generell, wenn es irgendwo in Gesellschaften ging, sei es beim Einkaufen oder sei es bei der Kundschaft [...] Man hat generell die Maske auf, Desinfektion von Händen, Füßen, wie auch immer!“ (Ulrich Trautmann)

Die allgemein empfohlenen Hygienemaßnahmen wurden von den Patienten auf ein persönliches Maß erweitert und gaben ihnen ein Gefühl der Selbstkontrolle über die Infektionsgefahr.

„Und ich desinfizier mich selbst, wenn ich nochmal ins Auto einsteige. Ich habe da eine Flasche drin stehen, eine Sprühflasche, ganz unabhängig davon von den Hygienestationen in den Läden. [...] das ist auch wieder so ein bisschen Routine, die man aus der Praxis, aus der Berufspraxis, mitbringt. (Clemens Timmermann)

Unabhängig also von den angebotenen Schutzmaßnahmen durch die Praxen haben die Interviewteilnehmer somit ein zusätzliches Maß an Sicherheit gefunden, mit dessen Hilfe sie nach eigenen Aussagen keine Sorge hatten, sich in der Arztpraxis anzustecken.

Eine Studienteilnehmerin hat sich im Rahmen einer Erkrankung an COVID-19 im Internet die Antworten auf Fragen geholt, die sie über andere Wege nicht zufriedenstellend gefunden hat. Dort wurde der Kontakt zu Menschen gesucht, die sich ebenfalls mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert hatten. Obwohl die Angst vor einer Ansteckung hierbei nicht verringert wurde, empfand die Patientin dies als große Hilfe.

„Ah ich muss vorweg sagen, ich hab dann zwischenzeitlich/ bin ich einer Selbsthilfegruppe beigetreten bei Facebook [...] Ich bin da in diese Selbsthilfegruppe eingetreten und das hat auch sehr, sehr viel geholfen.“ (Tanja Ernst)

3.2.1.3 Grundeinstellung

In den Interviews wurde deutlich, dass den Studienteilnehmer im Umgang mit der COVID-19-Pandemie eine pragmatische Herangehensweise geholfen hat. Indem sich an die Einschränkungen und Hygienemaßnahmen gehalten wurde, empfanden sie die Ansteckungsgefahr als gering. Dieser Faktor führte dazu, dass diese Patienten keine Veränderung in ihrem Arztbesuchs-Verhalten vorgenommen haben.

Selbst ein Patient, der während des Gesprächs Unzufriedenheit im Umgang mit der Pandemie geäußert hatte und der Impfung gegenüber skeptisch eingestellt war, empfand die Einschränkungen in der Arztpraxis eher als Unterstützung vor einer Ansteckung.

„Und da habe ich schon gedacht, ok, wenn du dann deine Hände desinfizierst und mit Mund-Nasen-Schutz, dann kann dir ja so schnell nichts passieren.“ (Egbert Decker)

Die wahrgenommene Sicherheit vor Infektionen wurde von einigen Patienten in hausärztlichen Praxen anders bewertet als bei Fachärzt/-innen oder im Krankenhaus. Sichtbare Hygienemaßnahmen und ein vertrautes Verhältnis zur Hausarztpraxis standen im Gegensatz zu subjektiv unbekanntem Konzepten bei Fachärzt/-innen. Klare Argumente zugunsten der hausärztlichen Praxis fehlten häufig, vielmehr wurde von den Studienteilnehmern in dem Fall von einem „Eindruck“ gesprochen.

„Also: in der Hausarztpraxis hatte ich keine Bedenken. [...] ich hatte mir noch im Januar und im Februar beide Augen [operieren lassen]. Da musste dann während der Pandemie im März, im April noch eine Nachuntersuchung erfolgen. Da bin ich nicht hingegangen.“ (Erich Lorenz)

3.2.2 Kategorie B: Arztpraxis

Die Kategorie Arztpraxis beinhaltet die Subkategorien „Bekanntes Umfeld & Vertrauen zur hausärztlichen Praxis“, „Corona-Maßnahmen der hausärztlichen Praxis“ und „Telemedizin“. Die hausärztliche Praxis wurde von den Studienteilnehmern als vertrautes Umfeld gesehen. Gleichzeitig wurden von den Praxen Hygienemaßnahmen etabliert, Zulassungsbeschränkungen erlassen und kontaktlose Angebote etabliert. Das Thema „Telemedizin“ wurde direkt angesprochen. Als alternatives oder zusätzliches Versorgungskonzept hatten die Studienteilnehmer bisher wenig Erfahrungen.

3.2.2.1 Bekanntes Umfeld & Vertrauen zur hausärztlichen Praxis

Eine große Rolle hat für die Studienteilnehmer das Verhältnis zu der Arztpraxis gespielt. An diversen Stellen in den Interviews wurde deutlich, dass das bekannte Umfeld der hausärztlichen Praxis einen positiven Einfluss auf die Patienten hatte. Oftmals kennen sich Patienten und Praxis seit vielen Jahren, in denen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde.

„Also, gerade bei meinem Hausarzt, also zu dem habe ich sehr großes Vertrauen. [...] Denn viele Patienten, viele ältere Patienten/ ich war schon bei den Vor-Vorgängern von meinem Hausarzt in der Praxis. Man ist ja Stammkunde, in Anführungsstrichen. Und von daher ist da ja Vertrauen vorhanden. Und umgekehrt ja auch, sage ich mal, die Verpflichtung, dieses Vertrauen aufrecht zu erhalten. Von daher habe ich da [Ansteckungsgefahr] keine Bedenken.“ (Fokko Ziegler)

Der Besuch einer Arztpraxis wurde häufig mit einem Einkauf im Supermarkt verglichen. Hinsichtlich einer Ansteckungsgefahr empfanden die Interviewteilnehmer die Arztpraxis als sicherer als öffentlich zugängliche Gebäude.

„Nein, überhaupt nicht. (...) [Angst vor Ansteckung] Nein, also das war eher im Supermarkt oder in öffentlichen Verkehrsmitteln. Nein, in der Praxis nicht.“ (Fokko Ziegler)

Insgesamt sind die Studienteilnehmer mit ihren hausärztlichen Praxen in Bezug auf den Umgang mit der Pandemie zufrieden gewesen. Die (neu) etablierten Abläufe und getroffenen Hygienemaßnahmen, auch im Vergleich mit anderen Arztpraxen oder Krankenhäusern, haben dazu geführt, dass die Studienteilnehmer wenig Sorge hatten, sich in der Hausarztpraxis anzustecken.

„[...] also ich habe schon Praxen gesehen, da läuft das ganz anders und wesentlich ungeschickter. Da beim Hausarzt habe ich da haltlos keine Bedenken gehabt.“ (Ulrich Trautmann)

3.2.2.2 Corona-Maßnahmen der hausärztlichen Praxen

Die Arztpraxen, aus denen die Studienteilnehmer rekrutiert wurden, haben Hygienekonzepte entwickelt, um ihre Patienten und das Praxispersonal vor einer Ansteckung möglichst zu schützen. Einerseits wurde frühzeitig darauf geachtet, dass innerhalb der Praxisräume jede Person einen Mund-Nasen-Schutz trägt, außerdem wurde niedrigschwellig Händedesinfektionsmittel bereitgestellt und auf ausreichend Abstand Wert gelegt⁸. Diese Maßnahmen wurden von den meisten Interviewteilnehmern positiv aufgenommen. Sie waren nachvollziehbar und entsprachen gleichzeitig dem, was auch in anderen Lebensbereichen zum Schutz gegen die Pandemie etabliert worden war.

Als Zugangsbeschränkung wurden die Patienten nicht mehr unselektiert in Wartezimmer geschickt, sondern im Freien vor den Praxisräumen nach ihrem Anliegen und möglichen Infektions-Symptomen befragt. Patienten, bei denen der Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion bestand, wurden in einer extra eingerichteten Sprechstunde in dafür hergerichteten Praxisräumen behandelt.

„Unser Hausarzt [hatte] dann eben eine Extrasprechstunde [...] nur für Leute, die also wirklich Husten, Schnupfen, also Erkältungssymptome [...] hatten. [...] Und das hat dann natürlich auch noch so ein Sicherheitsgefühl gegeben.“ (Natascha Conrad)

Von den Studienteilnehmern wurde dieses Verfahren der Praxen als sinnvolle Maßnahmen erkannt, um eine Ansteckungsgefahr in der hausärztlichen Praxis zu minimieren. Diese Maßnahmen führten gleichzeitig aber auch dazu, dass gerade zu Beginn der Pandemie diese überhaupt erst sichtbar wurde.

„Also ehrlich gesagt, habe ich das ja am Anfang auch noch ein bisschen lockerer genommen. [...] Und ich habe halt auch gesehen, wie vermehrt da [vor der Arztpraxis] plötzlich die Autos stehen. Dass Leute dann irgendwann mit Masken reingegangen sind, da habe ich dann auch schon gedacht: Ohweia!“ (Tanja Ernst)

⁸ Die Hygienemaßnahmen der Praxis wurden im Vorfeld der Studie durch den Autor bei den Praxen erfragt. In den Interviews deckten sich die Berichte der Studienteilnehmer mit diesen Konzepten.

Außerdem wurde der Arztbesuch durch den veränderten Zugang als Barriere empfunden und wurde daher als Grund angeführt, auf Arztbesuche zu verzichten. Einen Einfluss darauf hatte auch die Jahreszeit beziehungsweise das Wetter. In den Interviews, die in den Monaten Januar und Februar durchgeführt worden sind, wurde das häufiger thematisiert, dass ein draußen Warten als unangenehm empfunden wurde.

„Ja, dieser zeitliche Aufwand. Dass man am Fenster klopfen muss, dass dann vielleicht, wenn denn mal jemand rauskommt, irgendwann mal nach einer Ewigkeit und fragt, was man will/ ja und dann auch draußen warten muss und dann Termine vorgesetzt kriegt [...]“ (Gabi Gärtner)

Auch vor Beginn der Pandemie gab es in den Arztpraxen bereits die Möglichkeit, beispielsweise Rezeptbestellungen für Medikamente online durchzuführen, sodass in diesen Fällen ein Betreten der Praxisräume nicht nötig gewesen ist. Diese Angebote wurden von den Interviewteilnehmern während der Pandemie intensiver wahrgenommen. Es wurde auch angemerkt, dass solche Angebote zur Zeit noch nicht bekannt genug seien und auch in Zukunft stärker genutzt werden sollten.

„Normal bin ich immer hingefahren [...] und bin dann in die Apotheke [...]. Ich habe es dann [während der Pandemie] aber so gemacht: ich habe dort [hausärztliche Praxis] Bescheid gegeben, [...] dass ich das Rezept brauche, dass die das bitte an die Apotheke mitgeben sollen. Und dann wurde mir das von der Apotheke vor die Tür gebracht.“ (Tanja Ernst)

Die Terminvergabe in den Arztpraxen wurde von den Studienteilnehmern unverändert wahrgenommen. In den teilnehmenden Praxen wurden auch vor der Pandemie zeitnah Termine vergeben, um die Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Die Terminvergabe wurde nicht als Einfluss oder Barriere auf den Arztbesuch gesehen.

„[...] ich wurde halt, wenn es dringlich war, immer dazwischengeschoben wie sonst. Also ich habe jetzt nichts gemerkt, dass es sich geändert hat.“ (Karina Bauer)

Von einigen Patienten wurde sogar berichtet, dass es in Folge der Pandemie leichter gewesen sei, einen Termin zu bekommen.

„Also ich weiß wohl, dass es von der Anmeldung/ also wenn man sich angemeldet oder einen Termin haben wollte, dass es relativ einfach oder einfacher als vorher/ Weil sich doch scheinbar viele nicht mehr zum Arzt getraut haben.“ (Fokko Ziegler)

Der Faktor „Arztpraxis“ hatte unterschiedliche Auswirkungen auf die Patienten. Die Patienten waren zu Beginn der Pandemie unsicher in Bezug auf den Umgang mit Arztbesuchen. Gleichzeitig spürten sie auch die Unsicherheit auf Seiten der Arztpraxis im Umgang mit der neuen Pandemie-Situation. Für diese Phase wurde den hausärztlichen Praxen rückblickend betrachtet Verständnis entgegengebracht, da die Abläufe nach dem „holprigen Start“ (Clemens Timmermann) im Verlauf für die Patienten nachvollziehbar und strukturiert funktioniert haben.

„Nein, ich hätte auch nicht viel anders gemacht. Es war ein holpriger Start. [...] es war ja auch eine Umstellung im Praxisablauf und in der Praxisroutine, da haben die relativ lange gebraucht, bis die das umgestellt hatten, gut, aber es läuft.“ (Clemens Timmermann)

3.2.2.3 Telemedizin

Die Studienteilnehmer sahen Arztkontakte mithilfe von (Video-)Telefonie kritisch. Einerseits wurden technische Barrieren als Ablehnungsgründe genannt, aber sogar, wenn diese ausgeräumt würden, wurde diese Möglichkeit als ärztliche Konsultation skeptisch gesehen.

„Ich selbst würde so eine telefonische Beratung vielleicht sogar ablehnen. [...] Es sind doch immer andere Aspekte, [...] die man da noch besprechen sollte. Und wenn ich das jetzt nur per Telefon mache? Nein, das kann es nicht sein.“ (Max Carl)

Punktuell wurden für konkrete medizinische Situationen telemedizinische Angebote als ergänzendes Instrument erkannt, wenn in anderen Lebensbereichen bereits Erfahrungen mit Videokonferenzen vorhanden waren. Zum Beispiel wurde eine Befundbesprechung nach bildgebender Diagnostik genannt. Alles, was darüber hinausgeht, wurde jedoch deutlich abgelehnt.

*„Also da ist ein CT gemacht worden und der Bericht geht zum Hausarzt. [...] Und ich denke mal, ein Arzt kann sich darauf vorbereiten, wenn er den Brief schon einmal da hat. [...] Das ist nur ein Gespräch. [...] Und das kann auch von woanders stattfinden, das muss auch nicht unbedingt alles in der Praxis sein. Also ich könnte mir das schon vorstellen. Aber jetzt nicht, um irgendwelche Diagnosen zu stellen. Also da würde ich mich weigern.“
(Fokko Ziegler)*

Es wurde als Ergänzung in den Interviews versucht, den Schwerpunkt auf einen möglichen Infektionsschutz, auch nach Ende der COVID-19-Pandemie, zu legen.

„Ja gut, ich meine, wenn es eine ansteckende Krankheit ist, wäre das vielleicht schon ein Mittel, das zu machen. [...] Wie das im Moment ist, wäre das für mich wirklich keine Option. Also ich möchte schon beim Hausarzt mit ihm direkt reden.“ (Benjamin Koch)

3.2.3 Kategorie C: Eigene Gesundheit

Die eigene Gesundheit und der Umgang damit hatten einen Einfluss auf das Verhalten von Patienten, während der COVID-19-Pandemie die hausärztliche Praxis aufzusuchen. Während zum Beispiel die Kontrolle von vorbestehenden Erkrankungen wichtig gewesen ist, wurden Vorsorgeuntersuchungen in dieser Zeit abgesagt. Als weitere Subkategorie wurde die zum Zeitpunkt der Interviews in Aussicht stehende Impfung von den Studienteilnehmern hoffnungsvoll gesehen.

3.2.3.1 Persönliche Krankengeschichte

Die Erfahrungen und der Umgang mit eigenen Vorerkrankungen hat für einige Studienteilnehmer einen großen Stellenwert. Deren Behandlung stand trotz der Pandemie im Vordergrund.

„Die [Vorerkrankungen] muss ich unter Kontrolle halten, damit sie eben nicht schlimmer werden. Und damit bin ich auch so beschäftigt, dass ich da Grunde genommen keine neue Krankheit zulasse. So will ich das mal sagen. (lachend) Das [die COVID-19-Pandemie] ist für mich eine zweitrangige Baustelle [...]“ (Fokko Ziegler)

3.2.3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Trotz des Vertrauens in die von den Praxen getroffenen Hygienemaßnahmen gab es mehrere Studienteilnehmer, die während der COVID-19-Pandemie die Hausarztpraxis seltener aufgesucht haben. Akute Erkrankungen oder Verletzungen spielten allerdings nur bei einer Studienteilnehmerin eine Rolle: trotz einer Verletzung wurde die hausärztliche Praxis nicht aufgesucht, sondern mit hauseigenen Mitteln behandelt und abgewartet. Hauptsächlich abgesagt oder verschoben wurden aber Vorsorge- und Routineuntersuchungen.

„Ja, der normale TÜV [Gesundheits-Check-Up] hätte gemacht werden müssen. Den habe ich aber ausfallen lassen.“ (Gabi Gärtner)

Die Krankheitsfolgen von sogenannten chronischen nichtübertragbaren Krankheiten (wie zum Beispiel Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sind für den einzelnen Patienten selbst wie auch für die Gesellschaft als Ganzes relevant. Deshalb hat die Prävention dieser Erkrankungen einen zunehmenden Stellenwert im Gesundheitssystem bekommen. Dazu gehören unter anderem Vorsorgeuntersuchungen, die in Praxen für Allgemeinmedizin durchgeführt werden. Diese Untersuchungen wurden von Patienten während der COVID-19-Pandemie abgesagt oder verschoben. Das persönlich wahrgenommene Risiko, das durch eine Absage

dieser Untersuchung gesehen wird, wog niedriger als die Gefahr, sich mit dem SARS-CoV-2-Virus zu infizieren.

„Kurz vor Corona hatte ich einen Check, und da habe ich gesagt, ja gut, zwei Jahre, hast ja jetzt erst einmal wieder Zeit genug. Und die habe ich auch, ehrlich gesagt, so verstreichen lassen. Weil [...], warum willst du jetzt vorher hinrennen und sonst irgendwie etwas, und dann mit Corona hier und da, was soll das denn?“ (Egbert Decker)

3.2.3.3 Impfung

Im Verlauf der Studie wurde es zunehmend einfacher, sich gegen das SARS-CoV-2-Virus impfen zu lassen, sodass während der letzten Interviews auch bereits einige Studienteilnehmer geimpft gewesen sind. Die Aussicht auf die Impfung einerseits und die Einstellung nach erfolgter Impfung haben jeweils zu ähnlichen Ergebnissen geführt. Einen Einfluss auf die Besuche in der Hausarztpraxis hatte die Schutzimpfung nicht. Die meisten Studienteilnehmer empfanden die Impfung jedoch als positiv im Kontext der Pandemie. Es gab auch kritische Stimmen am Management der Impfkampagne. Die Allgemeinmediziner/-innen wurden hierbei als Ansprechpartner genutzt, um Unsicherheiten auszuräumen.

„Da würde ich vorher [...] schon gerne wissen: warum jetzt mit diesem Impfstoff geimpft wird, wie stehen Sie [Hausärztin/Hausarzt] dazu? [...] und das wird auch kein anderer Hausarzt machen. Einfach etwas impfen, weil es gerade auf dem Markt ist. Sondern er wird sich da schon Gedanken drum machen.“ (Fokko Ziegler)

„Ja, das hat der Arzt selber persönlich mir da erklärt, wie das zusammenhängt. Ich wollte meine Frau eher [als empfohlen] impfen lassen, das zweite Mal. Und da hat er von abgeraten. Und das ist eben das Vertrauen, was man in ihn hat.“ (Dominik Schuhmacher)

4 Diskussion

Im folgenden Abschnitt wird die Diskussion der Studienergebnisse vorgenommen. Der Aufbau dieses Kapitels orientiert sich an den Vorschlägen von Docherty und Smith (1999). Mit Hilfe des zitierten Aufbaus wurden Stärken und Limitationen dieser Studie bereits in den jeweiligen Abschnitt der Methoden- und Ergebnisdiskussion eingebaut. Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse befasst sich dieses Kapitel daher zunächst mit kritischen Gesichtspunkten der Methodik dieser Studie, um im Anschluss die Ergebnisse im wissenschaftlichen Kontext zu beachten.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Studie wurde nach Faktoren gesucht, durch die Patienten der Primärversorgung im Kontext der COVID-19-Pandemie in der Inanspruchnahme beeinflusst worden sind. In einer qualitativen Studie wurden 17 semistrukturierte Interviews durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Interviews zeigten während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland, dass die Angst vor einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus ein wichtiges Thema gewesen ist. Durch den Zugang zu Informationen über die Pandemie sowie die Eigeninitiative der Patienten und eine pragmatische Grundeinstellung zur Pandemie-Lage wurde diese Angst beeinflusst. Gerade eine vertrauensvolle Basis zur Hausärztin und zum Hausarzt machte für einige Patienten den Unterschied und hob den Stellenwert des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Primärversorgung hervor. Größtenteils haben sich die Studienteilnehmer durch die Ansteckungsgefahr nicht davon abhalten lassen, die Hausärzt/innen zu konsultieren. Als Begründung wurden die Konsistenz, Wiedererkennung und Nachvollziehbarkeit der getroffenen Hygienemaßnahmen genannt. Damit war auch die Akzeptanz dieser Maßnahmen durch die Patienten hoch und es wurde ihnen ein Maß an Sicherheit vermittelt, sich trotz des Infektionsgeschehens in der hausärztlichen Praxis sicher fühlen zu können. Uneinheitlich war das Bild der Patienten zur Telemedizin. Bei bisher noch wenig Erfahrungen der Patienten mit

telefonischer und/oder video-basierter Konsultation standen die Studienteilnehmer dieser Möglichkeit skeptisch gegenüber. Bei genaueren Informationen über das Konzept und die Idee der Telemedizin erkannten die Patienten jedoch grundsätzlich das Potential solcher Angebote. Regelmäßige Praxisbesuche bei bestehenden Vorerkrankungen wurden von den Patienten gegenüber dem Ansteckungsrisiko abgewogen. Die Impfung spielte im Verlauf der Studie eine zunehmende Rolle. Zum Zeitpunkt der Interviews wurde sie als wirkungsvolles Mittel im Bewältigen der Pandemie und der Ansteckungsgefahr gesehen.

4.2 Methodendiskussion

4.2.1 Studiendesign

Um sich der Fragestellung für diese Arbeit zu nähern, waren qualitative Forschungsmethoden und in diesem Fall das leitfadengestützte Interview mit anschließender Inhaltsanalyse nach Kuckartz geeignete Werkzeuge. Die Teilnehmer konnten in ihren eigenen Worten und frei von den Erfahrungen berichten und waren nicht an vorformulierten Fragen-Items gebunden (Mayring und Fenzl, 2019).

Die Stellung qualitativer Forschungsmethoden in der Allgemeinmedizin wurde unter anderem von Herrmann und Flick (2009) hervorgehoben und unterstreicht den Gebrauch der gewählten Untersuchungsmethode. Denn gerade in der Allgemeinmedizin als Säule der Primärversorgung stehen die subjektiven Empfindungen von Patienten im Zentrum der Versorgung (Kamps, 2004).

Die COVID-19-Pandemie im Kontext der Primärversorgung ist zu Beginn der Studie noch nicht umfangreich untersucht worden. Daher bot sich für diese Studie die qualitative Forschung an, um den Aspekt einer neuen bzw. wenig untersuchten Fragestellung zu untersuchen, möglicherweise eine Grundlage für nachfolgende Untersuchungen zu legen und die Problematik zunächst zu begreifen und verstehen (Hasseler, 2007; Kelle, 2007).

4.2.2 Studienteilnehmer/-innen (Stichprobengröße, Einschlusskriterien, Rekrutierung)

Die Stichprobengröße in qualitativen Forschungsmethoden ist nicht dazu geeignet, um nach Beendigung einer Studie die Ergebnisse auf die Gesamtheit zu übertragen (Generalisierbarkeit). Das ist auch nicht das Ziel, geht es doch vielmehr um die einzelnen befragten Studienteilnehmer. Dennoch müssen die Ergebnisse immer in diesem Kontext betrachtet werden und in nachfolgenden Studien überprüft werden. Hierbei kann diese Studie eine Grundlage bilden für mögliche quantitative Untersuchungen, in denen ein größeres Kollektiv an Patienten befragt werden sollte. Insofern verfolgte die Studie einen hypothesengenerierenden Ansatz.

Anhand des demografischen Fragebogens zeigte sich, dass mit den gewählten Einschlusskriterien in Bezug auf Alter und Vorerkrankungen eine große Spannweite an hausärztlichen Patienten erreicht wurden. Die erreichte Verteilung dieser Studie entspricht zum Beispiel den erhobenen Daten von forsa, die im Jahr 2010 nach der Anzahl der Arztbesuche pro Jahr gefragt haben (*Philips Index: Gesundheit und Wohlbefinden in Deutschland, 2010*). Die Studienpopulation war in Bezug auf Geschlechterverteilung, Lebenssituation und den Erfahrungen mit SARS-CoV-2-Infektionen im Familien- und Bekanntenkreis ausgeglichen. Jedoch hatte lediglich eine Person der Studiengruppe eine SARS-CoV-2-Infektion hinter sich. Mit den zunehmenden Infektionszahlen besteht für weitergehende Studien auch hier die Chance, auf größere Erfahrungen zu treffen.

In der Auswertung der Studie zeigte sich, dass die Rekrutierung über das alleinige Ansprechen über die Plakate nicht ausreichend gewesen ist, um Patienten zur Studienteilnahme zu motivieren. Das gezielte Ansprechen der Studienärzte war hierbei erfolgreicher. Dennoch haben die Plakate geholfen, die Patienten bereits über die Studie zu informieren. In der Sprechstunde wussten die Patienten bereits, worum es geht und waren im Anschluss auch bereit, an der Studie teilzunehmen. Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass möglicherweise unbewusst durch die Ärztinnen und Ärzte eine Auswahl an

Patienten getroffen wurde, die ihrer Meinung nach „geeignet“ und „offen“ für die Teilnahme an der Studie seien (selection bias). Menschen, die sich im Verlauf der Pandemie gegen das Impfen positionierten oder die Pandemie und SARS-CoV-2 als Ganzes anzweifelten, werden sich nicht für Interviews bereit erklärt haben. Weiterhin gab es keine finanziellen Anreize für eine Studienteilnahme. Daher besteht die Gefahr, dass in dieser Studie überdurchschnittlich motivierte Patienten interviewt worden sind. Interessant war zu Beginn der Studie, ob es zu unterschiedlichen Ergebnissen bei unterschiedlichen Infektionszahlen kommen würde. Daher wurden hausärztliche Praxen in Gebieten mit hohen und niedrigen Inzidenzen angesprochen. Rückblickend wurden keine Unterschiede gefunden, der gewählte qualitative Ansatz reichte hier nicht aus, sondern hätte in einem quantitativen Format mit einer größeren Studienpopulation möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt.

Während der Rekrutierungsphase erlebte Deutschland gerade eine Welle der COVID-19-Pandemie. Durch das gewählte Rekrutierungsverfahren ausschließlich innerhalb der Praxen wurden daher wahrscheinlich keine Patienten angesprochen, die beispielsweise aus Angst vor einer SARS-CoV-2-Infektion zum Zeitpunkt der Rekrutierung die hausärztliche Praxis gemieden haben. Zudem werden gerade während dieser Zeit in den Praxen anzutreffen gewesen sein, die trotz der Pandemie der Gesundheitsfürsorge ein großes Gewicht beimessen und eine besondere Bindung zu ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt haben. Dies muss also bei den Studienergebnissen für die rekrutierte Studienpopulation bedacht werden. Die Ergebnisse und Aussagen dieser Studie sind bei Patienten zu überprüfen, die während der Hochphasen der Pandemie Praxisbesuche bei Hausärzt/-innen vermieden haben.

4.2.3 Datenerhebung (Fragebogen, Interviews)

Die Interviews waren ursprünglich als face-to-face Setting geplant, das potenzielle Infektionsrisiko war jedoch ausschlaggebend dafür, die Interviews telefonisch stattfinden zu lassen. Durch die telefonische Befragung mussten einerseits Kompromisse eingegangen werden, die die Ergebnisse beeinflusst

haben könnten. Mimik und Gestik der Studienteilnehmer konnten beispielsweise nicht berücksichtigt werden. Andererseits bot das häusliche, vertraute Umfeld die Chance, dass die Studienteilnehmer sich wohl fühlen konnten, die Interviews als lockeres und zwangloses Gespräch stattfinden konnten und die Informationen ohne einen äußeren Einfluss oder Einfluss des Interviewers erhoben werden konnten. Grundsätzlich sind Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung weit verbreitet. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Qualität dieser Studie unter den Bedingungen der Pandemie nicht gelitten hat (Niederberger und Ruddat, 2012).

Die Unterstützung durch den vorher erstellten Leitfaden ist ebenfalls eine weit etablierte Technik der qualitativen Sozialforschung und wurde für diese Studie nach den Vorschlägen von Flick (2021) und Britten (2008) vorgenommen. Der Leitfaden hilft dem Interviewer, vorher festgelegte Themen nicht zu vergessen und damit die Qualität des Interviews hoch zu halten.

4.2.4 Transkription, Auswertung, Qualität

Die wörtliche Transkription hat sich als eine zeitaufwendige Methode herausgestellt. Durch die im Vorfeld klar gesetzten Transkriptions-Regeln nach Dresing & Pehl (2017) ist das Datenmaterial gut lesbar für die weitere Analyse vorbereitet worden. Der Aufwand für die Transkription machte sich bei der Analyse bezahlt: während der Transkription wurde sich ausführlich mit dem Datenmaterial auseinandergesetzt und damit der erste Schritt der Inhaltsanalyse erfüllt (Kuckartz, 2018). Dabei erwies sich die genutzte Software MAXQDA als nützlich, da schon im ersten Durchlauf die schriftlichen Notizen aus den Interviews eingepflegt und zusätzlich aufgetretene Ideen den Interviewpassagen zugeordnet werden konnten, sodass der Verlust an Daten minimiert wurde.

Auf die Prüfung der Qualität dieser Studie wurde bereits im Methodenteil dieser Arbeit eingegangen. Während des gesamten Prozesses der Studienentwicklung und Verfassung dieser Arbeit wurde großen Wert auf das methodische Vorgehen gelegt. Dabei hat ein regelmäßiger Austausch mit der Studienleiterin und der AG

Qualitative Forschung geholfen und kompensiert die im Vorfeld fehlende Erfahrung des Autors im Umgang mit qualitativer Sozialforschung.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Während es zur Notfallversorgung in Deutschland als auch weltweit gut untersuchte Erkenntnisse gegeben hat, dass es während der Pandemie weniger Konsultationen in Notaufnahmen gegeben hat (Slagman *et al.*, 2020), wurde der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Primärversorgung aus Sicht der Patienten wurde bisher wenig untersucht. Aus epidemiologischer Sicht hat hierbei zum Beispiel das Robert-Koch-Institut die Notwendigkeit patientenzentrierter Studien gesehen (Scheidt-Nave *et al.*, 2020). Diese Studie kann dies möglicherweise unterstützen, da die Ergebnisse auch für die zukünftige hausärztliche Versorgung interessante Denkanstöße geben, was Patienten von ihren Ärztinnen und Ärzten erwarten oder sich wünschen. Aus den gefundenen Ergebnissen heraus sollen vier Themenpunkte näher diskutiert werden.

4.3.1 Angst vor Ansteckung und deren Beeinflussung

Watson et al (2021) haben in einer qualitativen Interviewstudie Eltern befragt, die mit ihren Kindern eine pädiatrischen Notaufnahme besucht haben. Ähnlich zur Fragestellung dieser Studie ging dort um die Erfahrungen der Eltern und mögliche Konsequenzen im Zugang zu medizinischer Hilfe. In den Fällen, in denen es zu einer verspäteten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems gekommen war, spielte ebenfalls vor allem die Angst vor einer Ansteckung eine Rolle. Diese wurde beeinflusst durch den Austausch mit Familie und Bekannten sowie der medialen Darstellung der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie. Dass ein Zuviel an Informationen die Unsicherheit von Patienten verstärkt, zeigte neben den Interviews aus dieser Studie auch eine Untersuchung von Mohammed (2021).

Zuletzt wurde im Rahmen der H1N1-Influenza-Pandemie⁹ 2009 von einem „Public Health Paradoxon“ gesprochen: trotz hohem Infektionsrisiko wurden wenige der verfügbaren Präventionsmaßnahmen in Anspruch genommen. Es wurde unter anderem die Rolle der medialen Berichterstattung untersucht, und deren potenzieller negativer Einfluss auf die Risikowahrnehmung der Bevölkerung benannt (Reintjes *et al.*, 2016).

Die Erkenntnisse der Studien lassen den Schluss zu, dass ein Baustein im Umgang mit Patienten ein professionelles Management von fachlichen und leicht verständlichen Informationen sein sollte. Wichtig scheint hierbei aber auch der niedrigschwellige Zugang zu sein. Während beispielsweise „Selbsthilfegruppen“ in sozialen Netzwerken benutzt wurden, um Rat zu suchen, wurde der Arzt selbst nicht als Informationsquelle genutzt. Die Arzt-Patienten-Beziehung unterliegt seit einiger Zeit, unter anderem durch die Möglichkeit sich im Internet umfangreich zu Gesundheitsfragen zu informieren, einem Wandel (McMullan, 2006). Der Patient selbst nimmt immer mehr eine aktive Rolle ein und kommt mit Wünschen und Vorstellungen in die Sprechstunde, wie die Behandlung einer Erkrankung ablaufen kann. An dieser Stelle gibt es unterschiedliche Auswirkungen auf die weitere Interaktion zwischen Arzt und Patient. Während einige Patienten ihr Hintergrundwissen für das „shared decision making“¹⁰ nutzen (Kim und Kim, 2009) gibt es andere, die trotz eigener Recherche es vermeiden, Gesundheitsfragen offen mit ihren Ärztinnen und Ärzten zu besprechen (Imes *et al.*, 2008).

Aus ärztlicher Sicht wurde bereits neben den durchaus erkannten Vorteilen der Internetnutzung durch die Patienten die Gefahr gesehen, dass es zu Überinformationen kommen könnte (Kim and Kim, 2009). Dieses Gefühl der

⁹ Die Erkrankung mit dem H1N1-Influenza-Virus ist auch als „Schweinegrippe“ bekannt, obwohl Medizin und Wissenschaft diesen Begriff möglichst vermeiden und eher von der „Neuen Grippe“ sprechen (*Threat Assessment Brief: Eurasian avian-like A(H1N1) swine influenza viruses*, 2020)

¹⁰ „Shared decision making“ bzw. „partizipative Entscheidungsfindung“ bezeichnet einen Ansatz in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Hierbei wird ärztlicherseits nicht „die eine richtige“ Behandlung vorgegeben, die der Patient bekommen soll. Vielmehr wird darauf abgezielt, dass die Patienten ausreichend Informationen über Krankheit und Behandlungsoptionen erhalten, um darüber gemeinsam mit den behandelnden Ärzten zu einer Entscheidung und Übereinkunft hinsichtlich der medizinischen Behandlung zu kommen. (Loh *et al.*, 2007)

„Überinformation“ zur COVID-19-Pandemie wurden in den Interviews von Patienten angesprochen. Hier wären weitergehende Untersuchungen interessant, warum die Hausärzt/-innen nicht als Ansprechpartner gesehen wurden, obwohl in Deutschland die Primärversorgung als niedrigschwelliger Einstieg ins Gesundheitssystem flächendeckend verfügbar ist und das Vertrauen bei Gesundheitsfragen unter den Patienten hoch ist.

Dass die Angst vor einer Ansteckung auch dazu führen kann, dass Arztbesuche vermieden werden, war nicht nur eine Erkenntnis aus der hier durchgeführten Studie, bei der eine Patientin bei einer akuten Erkrankung nicht in die ärztliche Praxis gegangen ist. Es gibt einige Studien, die zu gleichen Ergebnissen kommen, nämlich dass Patienten mit akuten Erkrankungen nicht in die Notaufnahmen gegangen sind, um Hilfe zu suchen (Fricke, 2020; Lazzerini *et al.*, 2020). Die Erkenntnisse aus den in dieser Studie durchgeführten Interviews sollten daher darauf aufmerksam machen, dass auch in den hausärztlichen Praxen Akutversorgung von Patienten stattfindet und es noch unzureichend untersucht wurde, dass die Kollateralschäden der COVID-19-Pandemie auch außerhalb der Notaufnahmen entstanden sind. Auf die hausärztliche Versorgung bezogen beinhalten diese Kollateralschäden vor allem Erkrankungen, die einer regelmäßigen Kontrolle bedürfen, wie zum Beispiel ein adäquat eingestellter Diabetes mellitus. Ein unzureichend eingestellter Blutzucker führt, zunächst ohne vom Patienten bemerkte Symptome, langfristig zu unumkehrbaren Schädigungen, die es im Vorfeld zu verhindern gilt. Auf diese Gefahr weist auch die Beobachtungsstudie von Schäfer *et al* (2021) hin, deren Ergebnisse aus Befragungen von Hausärzt/-innen gezeigt haben, dass es einen Rückgang von Patientenbesuchen in hausärztlichen Praxen gab, die Frage nach Auswirkungen auf mögliche Folgeschäden jedoch mit dieser Studie nicht beantwortet werden konnte.

4.3.2 Vertrauen zu Hausärzt/-innen und Hygienemaßnahmen/Zugangsbeschränkungen

Das Vertrauen in die Hausärzt/-innen war für die Studienteilnehmer ein wichtiger Faktor. In einer Umfrage mit knapp 7000 Teilnehmern aus 10 Ländern fanden Dryhurst et al (2020) heraus, dass das Vertrauen in medizinisches Fachpersonal, Regierung und Wissenschaft die Risikowahrnehmung von Infektionskrankheiten wie COVID-19 positiv beeinflusst. Grundsätzlich ist das Vertrauen zur hausärztlichen Praxis wichtig für die Compliance von Patienten und deren Behandlung (Ayalon, 2021). Diese Vertrauensbasis ist möglicherweise ein Grund für die Akzeptanz der getroffenen Hygienemaßnahmen und Zugangsbeschränkungen, denen Patienten während der COVID-19-Pandemie ausgesetzt gewesen sind.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis spielt gerade in der Primärversorgung eine große Rolle (Pearson und Raeke, 2000). Nicht nur die Compliance, sondern auch das Outcome auf die Gesundheit scheint sich bei einer guten Beziehung zwischen Patient und Arzt zu verbessern (Lee and L Lin, 2008). Krot und Rudawska (2021) haben gezeigt, dass durch das Vertrauen in das Gesundheitssystem möglicherweise auch eine Überbeanspruchung vermieden werden kann. Diese Punkte haben während der Pandemie einen zusätzlichen hohen Stellenwert gehabt, da vor allem eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindert werden sollte. Sollte die Akzeptanz von normalweise schwer tolerierbaren Umständen, wie beispielsweise das draußen Warten, unter anderem auf der Vertrauensbasis beruhen, wie die Ergebnisse dieser Studie zumindest nahelegen, zeigt das erneut die Wichtigkeit einer funktionierenden Arzt-Patienten-Beziehung.

Die zwei Konzepte der Zugangsbeschränkungen in den Hausarztpraxen dieser Studie sind von den Patienten weitestgehend positiv aufgenommen worden, da sie durchsichtig und nachvollziehbar waren. Dennoch war gerade das Warten außerhalb der Praxisräume bei kalten Temperaturen und schlechtem Wetter etwas, das Patienten belastet hat. Im Hinblick auf die jährliche Influenza-Saison und dem wahrscheinlichen Persistieren des SARS-CoV-2-Virus werden solche

Hygienemaßnahmen möglicherweise auch in Zukunft wichtig bleiben. Ideen für Konzepte einer zukünftigen hausärztlichen Medizin sollten die Sicht und die Wünsche der Patienten berücksichtigen (Angermeier, 2021).

4.3.3 Telemedizin

Die Implementierung von telemedizinischen Angeboten in der Primärmedizin in Deutschland hat im Rahmen der COVID-19-Pandemie an Fahrt aufgenommen und wurde zunehmend als Möglichkeit erkannt, bei guter Versorgung Patienten und medizinisches Personal zu schützen (Olayiwola *et al.*, 2020). Vor Beginn der Pandemie gab es bereits einige Studien, die Vor- und Nachteile der Telemedizin untersucht haben. Auch dort wurde weniger die Patientensicht untersucht. Untersucht wurden beispielsweise Qualitätsvorteile auf der Kosten-Nutzen-Ebene (LeRouge, Garfield and Hevner, 2015), weniger aber die allgemeinen Erwartungen oder Unklarheiten der Patienten. Lee *et al.* (2019) fanden heraus, dass Patienten, die regelmäßig im Rahmen einer Diabetes mellitus Erkrankung betreut werden müssen, dem Konzept der Telemedizin positiv gegenüber stehen, da sie die Möglichkeit haben, Arztbesuche zu verringern. Weiterhin wird es von Patienten positiv bewertet, sich während der Konsultation in einem vertrauten Umfeld zu befinden (Powell *et al.*, 2017).

In der hier durchgeführten Studie wurden die Patienten ebenfalls zu ihrer Meinung und ihren Erfahrungen zur Telemedizin befragt. Zu Beginn waren die Patienten der Telemedizin gegenüber ablehnend eingestellt. Vor allem wurde die fehlende Möglichkeit einer körperlichen Untersuchung genannt, was auch aus ärztlicher Sicht ein großer Nachteil der Telemedizin ist (Gomez *et al.*, 2021). Schwierigkeiten erkennen die Patienten vor allem bei der technischen Umsetzung, vor allem bei wenig eigener Erfahrung im Umgang mit Computertechnologie. Im Kontext des Infektionsschutzes zeigten die Patienten weiteres Interesse und Offenheit gegenüber videobasierten Konsultationen.

Obwohl sowohl Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte das Potenzial der Telemedizin erkennen (Vosburg und Robinson, 2022) und auch die Durchführbarkeit für die Primärversorgung bereits untersucht wurde (Garattini,

Badinella Martini und Zanetti, 2021), verwundert dann doch die überwiegende Ablehnung aus Patientensicht. Ein Grund mag hier die fehlende Erfahrung und daraus folgende Skepsis gegenüber Neuem sein.

Es ist daher zu diskutieren, ob man die für die Patienten wichtige Vertrauensbasis zu den Hausärztinnen und Hausärzten nutzen kann, um Patienten an die Items und Möglichkeiten der Telemedizin heranzuführen. Kludacz-Alessandri et al (2021) haben in einer qualitativen Studie in Polen die Einfluss von telemedizinischen Angeboten während der COVID-19-Pandemie auf die Arzt-Patienten-Beziehung untersucht und kamen unter anderem zu dem Ergebnis, dass das Vertrauen zwischen den Ärzt/-innen und ihren Patienten eine Rolle bei der Akzeptanz solcher Angebote zu spielen scheint. Die Aussagen der Patienten in dieser Studie bezüglich ihres Verhältnisses zur Hausärztin und zum Hausarzt zeigen den hohen Stellenwert einer funktionierenden Vertrauensbasis. Daher sollten nicht nur die technischen Aspekte berücksichtigt werden, wenn man die Telemedizin als zukunftsweisende Versorgung weiter implementieren möchte.

4.3.4 Vorsorge und eigene Gesundheit

Das wichtige Thema von vermiedenen Arztbesuchen im Rahmen von akuten Erkrankungen und Verletzungen wurde in Kapitel 4.3.1 bereits angesprochen. In den Interviews dieser Studie wurden jedoch auch die im hausärztlichen Bereich wichtigen Vorsorgeuntersuchungen und Check-Ups angesprochen. Die Ergebnisse zeigten zwei Richtungen, nämlich dass neben der Absage von Vorsorgeuntersuchungen auf Patienteninitiative hin auf der anderen Seite den bestehenden Vorerkrankungen teilweise ein höheres Gewicht gegenüber der Ansteckungsgefahr beigemessen wurde.

Dass es auf der Ebene der „elektiven“ Medizin zu Einschränkungen während der COVID-19-Pandemie gekommen ist, wurde in mehreren Bereichen des Gesundheitssystems gezeigt. In den Krankenhäusern wurden geplante Operationen verschoben, um Kapazitäten für Covid-Patienten frei zu halten (Osterloh, 2020). Doch auch auf Patienteninitiative hin wurden Arzttermine abgesagt. Die Universitätsmedizin aus Mainz untersucht in einer groß angelegten

Studie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Die aktuell verfügbaren Ergebnisse zeigen, dass etwa jede 7. Person einen Arzttermin abgesagt oder verschoben hat¹¹. Eine weitere Studie aus Deutschland hat sich noch genauer mit Vorsorge-Terminen befasst und kam zu dem Ergebnis, dass 16% der Patienten solche Arzttermine abgesagt haben (Hajek *et al.*, 2021). Als möglicher Grund wird dort die Angst einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus angeführt. In einigen weiteren Studien wurde das Absagen oder Verschieben aus Ansteckungsangst heraus untersucht und unterstützen damit die Ergebnisse aus der hier durchgeführten Studie (Lazzerini *et al.*, 2020; Lebrun-Harris, Sappenfield und Warren, 2022).

Dass in dieser Studie Patienten die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen für sich und ihre bekannten Vorerkrankungen erkannt haben, unterstützt die Strategie der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Unter anderem mit den etablierten Disease Management Programmen (DMP) für chronisch kranke Menschen sollen die individuelle Gesundheit von Patienten verbessert werden, Folgeschäden oder Komplikationen der Erkrankung verringert und Krankenhausaufenthalte vermieden werden¹². Dabei spielen auch die Schulung von Patienten und das Verständnis der Erkrankungen eine große Rolle. Es scheint, dass einige der Studienteilnehmer dieses Wissen positiv eingesetzt haben, um während der COVID-19-Pandemie weiterhin auf ihre Gesundheit zu achten und Folgeschäden aus abgesagten Arztterminen zu verhindern.

Die DMPs sind ein wichtiger Baustein in der hausärztlichen Versorgung. Die Effektivität dieser Programme wurde in einigen Studien untersucht. Die Ergebnisse hierbei zeigen nicht nur in Deutschland für ausgewählte Erkrankungen einen positiven Effekt auf die Gesundheit und Zufriedenheit von Patienten (Badamgarav *et al.*, 2003; Pimouguet *et al.*, 2011; Fuchs *et al.*, 2014), sind also ein wichtiger Baustein für die Patienten der Primärversorgung. Analog

¹¹ 13,9% Häufigkeit abgesagter Termine bei N=5000 befragten Personen im Zeitraum 12.10.20 - 09.04.21, Stand der Daten 06.07.21, Daten einsehbar unter <https://www.unimedizin-mainz.de/GCS/dashboard/#/app/pages/blank> (zuletzt abgerufen am 02.11.22)

¹² Anforderungen und Umsetzung der DMPs nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss, <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/> (abgerufen 02.11.2022)

hierzu wurde während der COVID-19-Pandemie bereits untersucht, welche Auswirkungen abgesagte Untersuchungen und Check-Ups bei Patienten mit Tumor-Erkrankungen gehabt haben (Harky *et al.*, 2020). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen in dem geschilderten Kontext, wie wichtig es scheint, dass Patienten der Primärversorgung ausreichend geschult werden, Arzttermine wahrzunehmen. Die Herausforderung besteht aber möglicherweise darin, die künstlich erhöhte Schwelle im Zugang zu ärztlicher Versorgung offen zu kommunizieren und den Patienten Alternativen aufzuzeigen.

5 Ausblick

Zwischen der Durchführung der beschriebenen Studie und der Veröffentlichung dieser Dissertation hat sich die Situation der COVID-19-Pandemie verändert. Im Winter 2022 wurden erneut Strategien für einen weiteren Umgang mit der Pandemie diskutiert, auch vor dem Hintergrund eines möglichen Übergangs in eine sogenannte endemische Phase. Hierbei wird angenommen, dass das SARS-CoV-2-Virus und die Infektionen und Erkrankungen an COVID-19 als andauernde Infektionskrankheit in der Bevölkerung Bestand haben werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit resultieren aus dem Beginn dieser Pandemie, können jedoch möglicherweise auch für den Umgang mit anderen Krankheitswellen und Infektionskrankheiten genutzt werden, um aus Sicht der Patienten eine hausärztliche Versorgung zu optimieren. So wurde unter anderem von Interviewteilnehmern bereits angesprochen, dass die Erkenntnisse dieser Pandemie durchaus auch für Influenza-Wellen genutzt werden könnten. Aus der Fragestellung dieser Arbeit heraus sollte ein weiterer Verlauf der Patienten-Erfahrungen in der hausärztlichen Versorgung im Zuge der Pandemie-Erfahrungen untersucht werden, eine Literaturrecherche im Herbst 2022 ergab dazu bisher keine Ergebnisse. Weiterhin ist unklar, wie sich möglicherweise das Bewusstsein für ansteckende Infektionskrankheiten im Verlauf der Pandemie verändert hat, nachdem in dieser Studie ein Status quo zum frühen Zeitpunkt der Pandemie untersucht worden ist.

Diese Studie kann möglicherweise Denkanstöße und Ideen liefern, welche Schwerpunkte in der Entwicklung einer patientenzentrierten und optimierten hausärztlichen Versorgung zusätzlich wichtig sein können. Die Ergebnisse einer möglichen positiven Beeinflussung durch professionelle Informationspolitik oder des großen Stellenwertes einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Hausärztin/Hausarzt sind keine neuen Erkenntnisse, scheinen aber vor allem von den Patienten selbst als sehr wichtig wahrgenommen zu werden. Diese Basis aus Vertrauen und funktionierender Beziehung zu den Hausärzt/-innen sind während der Pandemie stabilisierende Säulen der hausärztlichen Versorgung gewesen, dessen Fundament durch das Aufkommen des neuen SARS-CoV-2-Virus beschädigt worden ist.



Abb. 4: Säulen zur Unterstützung der allgemeinmedizinischen Versorgung

Weiterhin ist zu überlegen, wie man der Skepsis gegenüber neuen Möglichkeiten der Telemedizin begegnet. Zuletzt wurde durch den subjektiv wichtigen Stellenwert der eigenen Gesundheit und dem vorhandenen Bewusstsein dafür

erkennbar, dass langfristige Versorgungskonzepte in der hausärztlichen Versorgung von den Patienten positiv wahrgenommen werden und an dieser Stelle Potenzial zu bestehen scheint, die Compliance und damit eine gute Gesundheitsvorsorge stärken zu können.

6 Zusammenfassung

6.1 Abstrakt (deutsch)

Hintergrund

Neben den unmittelbaren Auswirkungen einer Erkrankung mit COVID-19 sorgte die Pandemie für Kollateralschäden in der Gesundheitsversorgung: in der hausärztlichen Versorgung standen Patienten und medizinisches Personal vor den Herausforderungen, das Ansteckungsrisiko möglichst gering und die Versorgung aufrecht zu erhalten. Es blieb jedoch unklar, wie die Patienten diese Herausforderungen in ihrer Gesundheitsvorsorge wahrgenommen haben.

Ziel

Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von Patienten in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland während der ersten und zweiten Welle der COVID-19-Pandemie zu identifizieren. Es sollte herausgefunden werden, welche Faktoren Patienten in ihrer Inanspruchnahme der Primärversorgung beeinflusst haben.

Methoden

Mit einer qualitativen, semi-strukturierten Interviewstudie wurden zwischen Februar und Juni 2021 insgesamt 17 Patienten zu ihrem Verhalten und ihren Erwartungen bezüglich der Primärversorgung befragt. Rekrutiert wurden Studienteilnehmer aus hausärztlichen Praxen in Mittelhessen und Ostfriesland. Einschlusskriterien waren ein Alter von 18 Jahren oder älter, die Interviewteilnehmer mussten im Jahr 2019 durchschnittlich einmal pro Monat telefonisch oder persönlich Kontakt mit Hausarzt/-innen haben. Die Rekrutierung wurde bis zum Erreichen der Datensättigung fortgesetzt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss wörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit einer qualitativen Inhaltsanalyse nach dem Ansatz von Kuckartz.

Ergebnisse

Es konnten mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse insgesamt 3 Hauptkategorien entwickelt werden, die mit jeweils drei Subkategorien genauer

analysiert wurden. Die Hauptkategorien waren „Angst vor Ansteckung“, „Arztpraxis“ und „Eigene Gesundheit“. In der Datenanalyse zeigte sich, dass zwischen den Kategorien Wechselwirkungen bestanden und insgesamt eine veränderte Inanspruchnahme von Praxisbesuchen bei Hausärzt/-innen nur von wenigen Studienteilnehmern berichtet wurde.

Schlussfolgerung

Aus dieser patientenzentrierten Studie lassen sich möglicherweise Denkanstöße für die zukünftige hausärztliche Versorgung ableiten. Auch über die COVID-19-Pandemie hinaus scheint sich die Angst vor einer Ansteckung zum Beispiel durch eine professionelle Informationspolitik positiv beeinflussen zu lassen. Das Vertrauen von Patienten zu ihren Hausärztinnen und Hausärzten war auch während der Pandemie ein wichtiger Faktor für eine lückenlose Gesundheitsversorgung. Die Chancen der Telemedizin wurden von den Studienteilnehmern zwar grundsätzlich erkannt, scheinen aber zur Zeit noch mit Skepsis besetzt zu sein. Der Stellenwert der eigenen Gesundheitsvorsorge wurde von den Interviewteilnehmern trotz der Pandemie in dieser Studie noch einmal hervorgehoben.

6.2 Abstract (englisch)

Background

In addition to the immediate effects of COVID-19, the pandemic was causing collateral damage to healthcare: in primary care, patients and health care workers faced the challenges to minimize the risk of infection and maintain care. However, it remained unclear how primary care patients perceived these challenges to their health care.

Aim

The aim of this study was to explore patients' experiences of primary care in Germany during the first and second waves of the COVID-19 pandemic. In addition, we wanted to identify which factors influenced patients in their use of primary care.

Methods

A qualitative, semi-structured interview study included a total of 17 patients who were asked about their behavior and expectations regarding primary care between February and June 2021. Study participants were recruited from primary care practices in Mittelhessen and Ostfriesland. Eligibility criteria were age of 18 years or older, having had contact with primary care physicians by telephone or in person on average once per month in 2019. Recruitment continued until data saturation was reached. The interviews were digitally recorded and subsequently transcribed verbatim. The analysis was performed using a qualitative content analysis approach according to Kuckartz.

Results

A total of 3 main categories have been developed with the structuring content analysis, which were analyzed in more detail with three subcategories each. The main categories were "fear of infection," "doctor's office," and "own health." The data analysis showed that there were interactions between the categories and that overall a change in the use of GP visits was reported by only a few study participants.

Conclusion

This patient-centered study may provide ideas for future care by primary care physicians. Even beyond the COVID-19 pandemic, it seems that fear of infection can be positively influenced, for example, by a professional information policy. The trust of patients in their primary care physicians was also an important factor for seamless health care during the pandemic. The opportunities offered by telemedicine were recognized in principle by the study participants, but at present they still seem to be met with a certain amount of skepticism. The importance of one's own health care was once again emphasized by the interview participants despite the pandemic in this study.

Literaturverzeichnis

Alfano, V. and Ercolano, S. (2020) 'The Efficacy of Lockdown Against COVID-19: A Cross-Country Panel Analysis', *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(4), pp. 509–517. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00596-3>.

Angermeier, D. (2021) *Digitale Unterstützung für Hausarztpraxen: Konzeption und Design einer nutzerzentrierten Anwendung zur Prozessoptimierung bei Arztbesuchen*. Bachelorarbeit. Technische Hochschule Ingolstadt.

Ayalon, L. (2021) 'Trust and Compliance with COVID-19 Preventive Behaviors during the Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), p. 2643. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052643>.

Badamgarav, E. *et al.* (2003) 'Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review', *American Journal of Psychiatry*, 160(12), pp. 2080–2090. Available at: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2080>.

van Ballegooijen, H. *et al.* (2021) 'Concerns, quality of life, access to care and productivity of the general population during the first 8 weeks of the coronavirus lockdown in Belgium and the Netherlands', *BMC Health Services Research*, 21(1), p. 227. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06240-7>.

Britten, U. (2008) *Interviews planen, durchführen, verschriftlichen: ein Arbeitsbuch*. 2. Aufl. Bamberg: Palette Verl (textarbeit).

Docherty, M. and Smith, R. (1999) 'The case for structuring the discussion of scientific papers', *BMJ*, 318(7193), pp. 1224–1225. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1224>.

Dresing, T. and Pehl, T. (2017) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Dryhurst, S. *et al.* (2020) 'Risk perceptions of COVID-19 around the world', *Journal of Risk Research*, 23(7–8), pp. 994–1006. Available at: <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>.

Fehr, A.R. and Perlman, S. (2015) 'Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis', in H.J. Maier, E. Bickerton, and P. Britton (eds) *Coronaviruses*. New York, NY: Springer New York (Methods in Molecular Biology), pp. 1–23. Available at: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2438-7_1.

Filippi, M.K. *et al.* (2021) 'COVID-19's Financial Impact on Primary Care Clinicians and

- Practices', *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(3), pp. 489–497. Available at: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.03.200502>.
- Flick, U. (2021) *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. 10. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).
- Fricke, A. (2020) *Versorgungsrisiko Corona: Selbst Patienten mit Schlaganfall bleiben zu Hause*. Available at: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Selbst-Patienten-mit-Schlaganfall-bleiben-zu-Hause-408354.html>.
- Fuchs, S. *et al.* (2014) 'Disease management programs for type 2 diabetes in Germany: a systematic literature review evaluating effectiveness', *Deutsches Arzteblatt International*, 111(26), pp. 453–463. Available at: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0453>.
- Garattini, L., Badinella Martini, M. and Zanetti, M. (2021) 'More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care?', *The European Journal of Health Economics*, 22(2), pp. 183–186. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01248-y>.
- Gibson, P.G., Qin, L. and Puah, S.H. (2020) 'COVID -19 acute respiratory distress syndrome (ARDS): clinical features and differences from typical pre- COVID -19 ARDS', *Medical Journal of Australia*, 213(2), p. 54. Available at: <https://doi.org/10.5694/mja2.50674>.
- Gill, D. and Sharpe, M. (1999) 'Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome.', *Journal of psychosomatic research*, 47(2), pp. 115–130. Available at: [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00118-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00118-4).
- Gladisch, C., Gerlach, F.M. and GÜthlin, C. (2021) 'Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen Wie deutsche Hausärzte*innen den Herausforderungen während der ersten Pandemiewelle begegnet sind', *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 97(6), pp. 246–251.
- Glantz, A. and Michael, T. (2014) 'Interviewereffekte', in N. Baur and J. Blasius (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 313–322. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_21.
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1980) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 11. printing. New York: Aldine.
- Gomez, T. *et al.* (2021) 'A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19', *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 34(Suppl), pp. S61–S70. Available at:

<https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200517>.

Greenhalgh, T. *et al.* (2020) 'Face masks for the public during the covid-19 crisis', *BMJ*, p. m1435. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1435>.

Guest, G., Bunce, A. and Johnson, L. (2006) 'How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability', *Field Methods*, 18(1), pp. 59–82. Available at: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>.

Gupta, A. *et al.* (2020) 'Extrapulmonary manifestations of COVID-19', *Nature Medicine*, 26(7), pp. 1017–1032. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3>.

Hajek, A. *et al.* (2021) 'Factors associated with postponed health checkups during the COVID-19 pandemic in Germany', *Public Health*, 194, pp. 36–41. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.023>.

Harky, A. *et al.* (2020) 'Cancer Patient Care during COVID-19', *Cancer Cell*, 37(6), pp. 749–750. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2020.05.006>.

Hasseler, M. (2007) 'Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis', *Das Gesundheitswesen*, 69(05), pp. 297–302. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-2007-981459>.

Helfferich, C. (2011) *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>.

Herrmann, W. and Flick, U. (2009) 'Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“'.

Holtz, B.E. (2021) 'Patients Perceptions of Telemedicine Visits Before and After the Coronavirus Disease 2019 Pandemic', *Telemedicine and e-Health*, 27(1), pp. 107–112. Available at: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0168>.

Huston, P. *et al.* (2020) 'COVID-19 and primary care in six countries', *BJGP Open*, 4(4), p. bjgpopen20X101128. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101128>.

Imes, R.S. *et al.* (2008) 'Patients' Reasons for Refraining from Discussing Internet Health Information with Their Healthcare Providers', *Health Communication*, 23(6), pp. 538–547. Available at: <https://doi.org/10.1080/10410230802460580>.

Jefferson, L. *et al.* (2022) 'GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review', *British Journal of General Practice*, 72(718), pp. e325–e333. Available at: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0680>.

- Kamps, H. (2004) 'Der Patient als Text - Metaphern in der Medizin: Skizzen einer dialogbasierten Medizin', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80(10), pp. 438–442. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-2004-832312>.
- Kearon, J. and Risdon, C. (2020) 'The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the COVID-19 Pandemic in Canada', *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, p. 215013272096287. Available at: <https://doi.org/10.1177/2150132720962871>.
- Kelle, U. (2007) 'Integration qualitativer und quantitativer Methoden', in U. Kuckartz, H. Grunenberg, and T. Dresing (eds) *Qualitative Datenanalyse: computergestützt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 50–64. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-531-90665-2_3.
- Kim, J. and Kim, S. (2009) 'Physicians' perception of the effects of internet health information on the doctor–patient relationship', *Informatics for Health and Social Care*, 34(3), pp. 136–148. Available at: <https://doi.org/10.1080/17538150903102422>.
- Kludacz-Alessandri, M. et al. (2021) 'The impact of medical teleconsultations on general practitioner-patient communication during COVID- 19: A case study from Poland', *PLOS ONE*. Edited by L. Lavorgna, 16(7), p. e0254960. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254960>.
- Kohli, M. (1978) '„Offenes“ und „geschlossenes“ Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse', *Soziale Welt*, 29(1), pp. 1–25.
- Krot, K. and Rudawska, I. (2021) 'How Public Trust in Health Care Can Shape Patient Overconsumption in Health Systems? The Missing Links', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), p. 3860. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18083860>.
- Kuckartz, U. (2018) *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kühl, S., Strodtholz, P. and Taffertshofer, A. (2009) 'Qualitative und quantitative Methoden der Organisationsforschung – ein Überblick', in S. Kühl, P. Strodtholz, and A. Taffertshofer (eds) *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 13–27. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-531-91570-8_2.
- Lamnek, S. (2008) *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 4., vollst. überarb. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz PVU.
- Lazzerini, M. et al. (2020) 'Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of

- COVID-19', *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), pp. e10–e11. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5).
- Lebrun-Harris, L.A., Sappenfield, O.R. and Warren, M.D. (2022) 'Missed and Delayed Preventive Health Care Visits Among US Children Due to the COVID-19 Pandemic', *Public Health Reports*, 137(2), pp. 336–343. Available at: <https://doi.org/10.1177/00333549211061322>.
- Lee, A. and Chuh, A.A. (2010) 'Facing the threat of influenza pandemic - roles of and implications to general practitioners', *BMC Public Health*, 10(1), p. 661. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-661>.
- Lee, J.Y. *et al.* (2019) 'Using telemedicine to support care for people with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis of patients' perspectives', *BMJ Open*, 9(10), p. e026575. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026575>.
- Lee, Y.-Y. and L Lin, J. (2008) 'Linking patients' trust in physicians to health outcomes', *British Journal of Hospital Medicine*, 69(1), pp. 42–46. Available at: <https://doi.org/10.12968/hmed.2008.69.1.28040>.
- LeRouge, C.M., Garfield, M.J. and Hevner, A.R. (2015) 'Patient perspectives of telemedicine quality', *Patient Preference and Adherence*, 9, pp. 25–40. Available at: <https://doi.org/10.2147/PPA.S67506>.
- Loh, A. *et al.* (2007) 'Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen - Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews', *Deutsches Ärzteblatt*, 104(21), pp. 1483–8.
- Mayring, P. (2006) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, Beltz Studium : Erziehung und Bildung; Technische Universität Dortmund. Available at: <https://doi.org/10.17877/DE290R-9398>.
- Mayring, P. and Fenzl, T. (2019) 'Qualitative Inhaltsanalyse', in N. Baur and J. Blasius (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 633–648. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42.
- McMullan, M. (2006) 'Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship', *Patient Education and Counseling*, 63(1–2), pp. 24–28. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.006>.
- Meyermann, A. and Porzelt, M. (2014) 'Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten', *forschungsdaten bildung informiert*(1). Available at: <https://www.forschungsdaten->

bildung.de/files/fdb-informiert-nr-1.pdf.

Mohammed, H.T. *et al.* (2021) 'Exploring the use and challenges of implementing virtual visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use', *PLOS ONE*. Edited by F. Prazeres, 16(6), p. e0253665. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253665>.

Murr, D. and Schelling, J. (2020) 'The Pandemic in Family Practice – a Practice Report on SARS-CoV-2', *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 96(12), pp. 514–520. Available at: <https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0514–0520>.

Niederberger, M. and Ruddat, M. (2012) "Let's talk about sex!" Über die Eignung von Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 13, p. Learning. Available at: <https://doi.org/10.17169/FQS-13.3.1758>.

Olayiwola, J.N. *et al.* (2020) 'Telehealth as a Bright Spot of the COVID-19 Pandemic: Recommendations From the Virtual Frontlines ("Frontweb")', *JMIR public health and surveillance*, 6(2), p. e19045. Available at: <https://doi.org/10.2196/19045>.

Osterloh, F. (2020) 'Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe', *Deutsches Ärzteblatt*, 117(12), pp. 575–577.

Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Pearson, S.D. and Raeke, L.H. (2000) 'Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data', *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), pp. 509–513. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>.

Peine, A. *et al.* (2020) 'Telemedicine in Germany During the COVID-19 Pandemic: Multi-Professional National Survey', *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), p. e19745. Available at: <https://doi.org/10.2196/19745>.

Philips Index: Gesundheit und Wohlbefinden in Deutschland 2010 (2010).

Pimouguet, C. *et al.* (2011) 'Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis', *Canadian Medical Association Journal*, 183(2), pp. E115–E127. Available at: <https://doi.org/10.1503/cmaj.091786>.

Powell, R.E. *et al.* (2017) 'Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits', *The Annals of Family Medicine*, 15(3), pp. 225–229. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.2095>.

Qualitative Evaluation (2008). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91083-3>.

Raveendran, A.V., Jayadevan, R. and Sashidharan, S. (2021) 'Long COVID: An overview', *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(3), pp. 869–875. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.04.007>.

Rawaf, S. *et al.* (2020) 'Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide', *European Journal of General Practice*, 26(1), pp. 129–133. Available at: <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>.

Reinhardt, S. and The interplay between quantitative and qualitative research (2012) 'Das Zusammenspiel von quantitativer und qualitativer Forschung', *Zeitschrift für interpretative Schul- und Unterrichtsforschung*. Leverkusen-Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Reintjes, R. *et al.* (2016) "Pandemic Public Health Paradox": Time Series Analysis of the 2009/10 Influenza A / H1N1 Epidemiology, Media Attention, Risk Perception and Public Reactions in 5 European Countries', *PLOS ONE*. Edited by M. van Boven, 11(3), p. e0151258. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151258>.

Rust, G. *et al.* (2009) 'Role of the Primary Care Safety Net in Pandemic Influenza', *American Journal of Public Health*, 99(S2), pp. S316–S323. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.161125>.

Saqib, M.A.N. *et al.* (2020) 'Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases', *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), pp. 1621–1623. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.028>.

Sarti, T.D. *et al.* (2020) 'Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?', *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(0). Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.

Schäfer, I. *et al.* (2021) '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 Family Practice*, 22(1), p. 125. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01471-3>.

Scheidt-Nave, C. *et al.* (2020) 'Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie'. Available at: <https://doi.org/10.25646/7167>.

Schmid-Küpke, N.K. *et al.* (2021) 'Cancelled routine vaccination appointments due to COVID-19 pandemic in Germany', *Vaccine: X*, 8, p. 100094. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2021.100094>.

Schreier, M. (2017) 'Fallauswahl in der qualitativ-psychologischen Forschung', in G. Mey and K. Mruck (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 1–21. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_19-1.

Serafini, G. *et al.* (2020) 'The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population', *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), pp. 531–537. Available at: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>.

Slagman, A. *et al.* (2020) 'Medical Emergencies During the COVID-19 Pandemic', *Deutsches Ärzteblatt international* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0545>.

Stamann, C., Janssen, M. and Schreier, M. (2016) 'Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 17, p. No 3 (2016). Available at: <https://doi.org/10.17169/FQS-17.3.2581>.

Thornton, H.V., Khalid, T. and Hay, A.D. (2020) 'Point-of-care testing for respiratory infections during and after COVID-19', *British Journal of General Practice*, 70(701), pp. 574–575. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713561>.

Threat Assessment Brief: Eurasian avian-like A(H1N1) swine influenza viruses (2020). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Tracking SARS-CoV-2 variants (no date). World Health Organisation. Available at: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.

Van Poel, E. *et al.* (2022) 'How did general practices organize care during the COVID-19 pandemic: the protocol of the cross-sectional PRICOV-19 study in 38 countries', *BMC Primary Care*, 23(1), p. 11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01587-6>.

van der Velden, A.W. *et al.* (2021) 'Primary care for patients with respiratory tract infection before and early on in the COVID-19 pandemic: an observational study in 16 European countries', *BMJ Open*, 11(7), p. e049257. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049257>.

Vosburg, R.W. and Robinson, K.A. (2022) 'Telemedicine in Primary Care During the COVID-19 Pandemic: Provider and Patient Satisfaction Examined', *Telemedicine and e-Health*, 28(2), pp. 167–175. Available at: <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0174>.

Wanat, M. *et al.* (2021) 'Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries', *British Journal of General Practice*, 71(709), pp. e634–e642. Available at: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112>.

Wanat, M. *et al.* (2022) 'Patients' and clinicians' perspectives on the primary care consultations for acute respiratory infections during the first wave of the COVID-19 pandemic: an eight-country qualitative study in Europe', *BJGP Open*, p. BJGPO.2021.0172. Available at: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0172>.

Wang, C.C. *et al.* (2021) 'Airborne transmission of respiratory viruses', *Science*, 373(6558), p. eabd9149. Available at: <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>.

Watson, G. *et al.* (2021) "Do I, don't I?" A qualitative study addressing parental perceptions about seeking healthcare during the COVID-19 pandemic', *Archives of Disease in Childhood*, 106(11), pp. 1118–1124. Available at: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321260>.

Williams, V., Boylan, A.-M. and Nunan, D. (2020) 'Critical appraisal of qualitative research: necessity, partialities and the issue of bias', *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25(1), pp. 9–11. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111132>.

Wolff, D. *et al.* (2021) 'Risk factors for Covid-19 severity and fatality: a structured literature review', *Infection*, 49(1), pp. 15–28. Available at: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01509-1>.

Yuki, K., Fujiogi, M. and Koutsogiannaki, S. (2020) 'COVID-19 pathophysiology: A review', *Clinical Immunology*, 215, p. 108427. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108427>.

Anhang

A Studienunterlagen

A.1 Interviewleitfaden

Leitfaden Interview

Einstieg:

- Begrüßung
- Sicherstellen, dass Einwilligung unterschrieben vorhanden ist
- Übersicht Thema, Ziel des Interviews
- Ablauf, Dauer
- Datenschutz
- Diktiergerät einschalten

1 Wahrnehmung zu Beginn der Corona-Pandemie:

Erzählaufforderung: *Erzählen Sie mir bitte, was Sie am Anfang der Pandemie im März für Erfahrungen bei Ihrem Hausarzt/Hausärztin gemacht haben!*

Ergänzende Fragen/Hilfestellungen zum Erhalt des Gesprächsflusses:

- (Sie besuchen Ihren Hausarzt durchschnittlich einmal im Monat,) was sind Ihre Gründe, die Praxis aufzusuchen? (allgemein)
- Sind Sie corona-bedingt seltener zum Arzt gegangen?
- Was waren die Gründe dafür (seltener Konsultation)? (zum Beispiel Mobilität?)
- Wie verlief die Anmeldung in Ihrer Hausarztpraxis?
- Gab es Probleme mit Terminen? (War es schwieriger, einen Termin zu bekommen?)
- Hatten Sie Befürchtungen, sich bei der Anmeldung oder im Wartezimmer bei anderen Patienten anzustecken?
- Hatten Sie Befürchtungen, andere Patienten anzustecken?
- Was haben die Berichte in den Zeitungen/Nachrichten zur aktuellen Lage mit Ihnen gemacht?
- Wie waren Ihre Erfahrungen während des "Lock-Downs" bei Ihrem Hausarzt/Hausärztin?
- Wurden Ihre Fragen zur Corona-Pandemie von Ihrem Arzt/Ärztin oder durch die Arzthelfer(innen) gut beantwortet?
- Gibt es noch etwas, das Ihnen gerade zu Beginn der Pandemie im März im Kopf geblieben ist, wenn Sie an Ihren Hausarzt/Hausärztin denken?

Bei entsprechendem Gesprächsverlauf:

- Warum hat Sie die Pandemie nicht beeinflusst?

2 Corona-Pandemie im Verlauf

Erzählaufforderung: *Nach dem Lock-Down im März hat sich die Pandemie-Lage im Sommer verändert. Was hat das mit Ihnen und Ihren Arztbesuchen gemacht?*

Ergänzende Fragen/Hilfestellungen zum Erhalt des Gesprächsflusses:

- Sind Sie wieder zu Ihren regelmäßigen Terminen gegangen? (nur bei entsprechenden Berichten beim ersten Themenpunkt)
 - Alternative: Sind sie *weiterhin* zu ihren (...)? (je nach Gesprächsverlauf)

- War die Terminvergabe wieder besser? (ebenfalls nur nach Themenpunkt 1)
- Hat sich Ihr Kontakt zum Arzt/Ärztin verändert?
- Gehen Sie jetzt seltener zum Arzt/Ärztin?
- Hatten Sie die Möglichkeit, Ihren Arzt/Ärztin anders – zum Beispiel telefonisch – zu erreichen?
- Wurde Ihnen angeboten, Probleme/Termine über Videotelefonie mit Ihrem Arzt/Ärztin zu besprechen?
- Haben sich Ihre Befürchtungen, sich anzustecken verändert?
- Sind die Konzepte, sich vor Ansteckungen zu schützen, deutlich zu erkennen?
- Haben Sie das Gefühl, dass die Ideen/Umsetzungen zum Infektionsschutz für Sie gut sind?
- Haben Sie (weiterhin) Angst, sich im Wartezimmer anzustecken/andere Patienten anzustecken?
- Wurde auf Ihre Probleme während der Pandemie gut eingegangen?

3 Erwartungen für die Zukunft

Erzählaufforderung: *Die Corona-Pandemie wird uns wahrscheinlich noch länger beschäftigen. Wird Sie das weiterhin beeinflussen, wenn Sie zum Arzt gehen?*

Ergänzende Fragen/Hilfestellungen zum Erhalt des Gesprächsflusses:

- Werden Sie (in Zukunft) seltener zum Arzt gehen?
- Wie empfinden Sie jetzt den Arztbesuch? (mit Hygienekonzepten, anderer Terminvergabe, o.Ä.)
- Was halten Sie von der Möglichkeit, telefonisch mit Ihrem Arzt/Ärztin zu sprechen?
- Was halten Sie von Telemedizin (Videotelefonie)?
- Haben Sie das (Telemedizin) schon mit Ihrem Arzt/Ärztin besprochen?
- Was sollte Ihrer Meinung nach anders laufen/was hätte anders laufen müssen?

4 Abschluss

Gibt es noch ein Thema, das Sie gerne ansprechen möchten?

- Habe ich etwas Wichtiges vergessen?
- Haben Sie noch Fragen?

Zum Abschluss: Dank und Verabschiedung; Ausblick, was mit dem Interview passiert

A.2 Kurzfragebogen



Pseudonym: _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen (zwei Seiten) aus und schicken Sie ihn gemeinsam mit der unterschriebenen Einverständniserklärung zurück an unser Institut. Vielen Dank!

Fragen zur Person

Geschlecht: männlich weiblich divers Alter: ___ Jahre

Wie leben Sie Zuhause?

mit Partner*in mit Partner*in und Kindern alleine
 Pflegeheim betreutes Wohnen anders _____

*Sind Sie **positiv** auf das **Corona-Virus** (SARS-CoV-2) getestet worden?*

ja nein

*Wenn **ja**, wie mussten Sie behandelt werden?*

ambulant stationär intensivmedizinisch

*Gab es in Ihrer **Familie** oder in Ihrem **Bekanntenkreis** Personen, die positiv auf das Corona-Virus (SARS-CoV-2) getestet wurden?*

ja nein

*Gab es in Ihrer **Familie** oder in Ihrem **Bekanntenkreis** Todesfälle, die Folge einer COVID-19-Erkrankung waren?*

ja nein



Philipps



Universität
Marburg

Pseudonym: _____

Wie oft haben Sie im letzten Jahr (letzte 12 Monate) Kontakt zu Ärzten gehabt?

weniger als 5x/Jahr

5-9x/Jahr

mehr als 10x/Jahr

Haben Sie Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen, wegen derer Sie behandelt werden?
(stichpunktartig)

- _____
- _____
- _____
- _____



Philipps Universität
Marburg

Interview-Partner gesucht

Studie zur **Corona-Pandemie** in der Hausarztversorgung

Haben Sie während der Corona-Pandemie auf Ihren Arztbesuch verzichtet?

Was sind Ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie gewesen?

Wenn Sie im **Jahr 2019 regelmäßig** mit Ihrem Hausarzt Kontakt hatten (etwa **1x pro Monat**), würde wir uns auf ein Gespräch mit Ihnen freuen.

Fragen Sie gerne Ihre Ärztin / Ihren Arzt oder kontaktieren Sie uns direkt.

Danke für Ihr Interesse!



AMR
Universität Marburg
Abteilung für Allgemeinmedizin,
präventive und rehabilitative Medizin

Kontakt und Fragen zur Studie:
Dr. Veronika van der Wardt
v.vanderwardt@uni-marburg.de
Daniel Otto
ottod@students.uni-marburg.de

A.4 Patienteninformation



Philippus-Universität Marburg 35032 Marburg

Fachbereich Medizin
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin

Dr Veronika van der Wardt

Tel.: 06421 / 28-25163
Fax: 06421 / 28-65121
E-Mail: v.vanderwardt@uni-marburg.de
Anschrift: Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Geb. K | 02
Web: <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed>

Marburg, 17.03.2021

Patienteninformation

Studie: Welche Faktoren beeinflussten Patienten in ihrer Inanspruchnahme der Primärversorgung im deutschen Gesundheitssystem während der Corona-Pandemie?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden eingeladen, an einer Interviewstudie teilzunehmen. Bevor Sie sich zur Teilnahme bereit erklären können, müssen Sie den Hintergrund und die Bedeutung erfahren. Lesen Sie sich die folgenden Informationen bitte sorgfältig durch. Bei Unklarheiten und Fragen oder wenn Sie weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an uns. Die Teilnahme ist freiwillig und ein Rücktritt ist jederzeit und ohne die Angabe von Gründen möglich.

1. Erläuterung der Studie

Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitssysteme weltweit vor enorme Herausforderungen gestellt. Neben der Behandlung der infizierten Personen musste gewährleistet werden, dass auch alle anderen Patienten weiter nach den hohen Standards behandelt werden. Unsere Hausärzte in Deutschland wurden damit beauftragt, mögliche Infektionen mit SARS-CoV-2 zu erkennen und zu isolieren. Das stellte den Ablauf in einer Hausarztpraxis vor enorme Schwierigkeiten. Patienten mit chronischen Erkrankungen sind auch in der Pandemie-Zeit auf zeitnahe Betreuung und Kontrolluntersuchungen angewiesen.

Wir möchten Sie als Patientin/Patient zu Ihren Erfahrungen bezüglich ihrer Hausarztpraxis während der Corona-Pandemie befragen.

2. Risiken und Nutzen

Wir führen mit Ihnen ein Interview durch. Das Ziel soll ein offenes Gespräch mit Ihnen sein. Das Interview ist mit keinerlei Risiken verbunden und Sie haben jederzeit das Recht, das Interview abzubrechen.

3. Datenschutz

Die für unsere Studie wichtigen Daten, darunter auch Ihre personenbezogenen Daten, werden gespeichert und ausgewertet. Die Speicherung, Auswertung und ggf. Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgen pseudonymisiert.

Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen, Initialen, Geburtsdatum verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, sodass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen (Schlüssel) nicht mehr einer spezifischen Person zugeordnet werden können. Dies ist nur dem Studienleiter unter Verwendung einer Schlüsseliste möglich, die gesondert und gesichert aufbewahrt wird. Diese Schlüsseliste wird nach Beendigung der Studie vernichtet.

Zusätzlich werden Sie hiermit über die in der DS-GVO festgelegten Rechte informiert (Artikel 12 ff. DS-GVO):

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bilden bei klinischen Studien Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß DS-GVO sowie der Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und der Leitlinie für Gute Klinische Praxis.

Bezüglich Ihrer Daten haben Sie folgende Rechte (Artikel 13 ff. DS-GVO):

Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer kostenfreien Kopie) (Artikel 15 DS-GVO).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DS-GVO).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, zum Beispiel wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DS-GVO).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an Ihren Prüfer

oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DS-GVO).

Im Falle Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung werden zudem all jene benachrichtigt, die Ihre Daten haben (Artikel 17 (2) und Artikel 19 DS-GVO).

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DS-GVO).

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DS-GVO).

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit zu widerrufen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Patienteninformation- und Einwilligungserklärung zu der jeweiligen klinischen Studie genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO).

Benachrichtigung bei Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten („Datenschutzpannen“)

Hat eine Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich ein hohes Risiko für Ihre persönlichen Rechte und Freiheiten zur Folge, so werden Sie unverzüglich benachrichtigt (Artikel 34 DSGVO).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an Ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten Ihres Prüfzentrums. Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der/den Aufsichtsbehörde/n einzulegen, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DS-GVO verstößt (siehe Kontaktdaten).

Kontaktdaten

Studienleitung

Dr. Veronika van der Wardt
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Straße 4
35043 Marburg

Telefon: 06421-2865120

E-Mail: allgemeinmedizin@uni-marburg.de

Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der
Philipps-Universität Marburg
Biegenstraße 10
35032 Marburg

(Paketpost 35037 Marburg)

Telefon: 06421-2826155

E-Mail: datenschutz@uni-marburg.de

Datenschutzaufsichtsbehörde:

Der Hessische Datenschutz-
beauftragte
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611-14080

E-Mail:
poststelle@datenschutz.hessen.de

Für die Datenverarbeitung Verantwortliche/r:

Philipps-Universität Marburg
Biegenstraße 10
35037 Marburg

Telefon: 06421-2820

E-Mail: info@uni-marburg.de

Die Teilnahme an der o.g. Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen bzw. zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

A.5 Einwilligungserklärung



Philipps-Universität Marburg 35032 Marburg

Fachbereich Medizin
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin

Dr Veronika van der Wardt

Tel.: 06421 / 28-25163
Fax: 06421 / 28-65121
E-Mail: v.vanderwardt@uni-marburg.de
Anschrift: Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Geb. K | 02
Web: <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed>

Marburg, 17.03.2021

Einwilligungserklärung

Studie: Welche Faktoren beeinflussten Patienten in ihrer Inanspruchnahme der Primärversorgung im deutschen Gesundheitssystem während der Corona-Pandemie?

Ich, (Name der Patientin/des Patienten in Blockschrift)

..... ,

bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der o.g. Studie aufgeklärt worden und habe die Patienteninformation/-aufklärung gelesen und verstanden.

Alle Fragen zu dieser vorgesehenen Studie wurden von zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich hatte genügend Zeit für meine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von personenbezogenen Daten und ihrer Weitergabe entsprechend den datenschutzrechtlichen Ausführungen in der Patienteninformation einverstanden.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile erwachsen.

Eine Ausfertigung des Aufklärungs-/Informationsblatts und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

Ort, Datum, Stempel und Ort, Unterschrift der aufklärenden Person

A.6 Einwilligung Datenweitergabe



Philipps-Universität Marburg 35032 Marburg

Fachbereich Medizin
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin

Dr Veronika van der Wardt

Tel.: 06421 / 28-25163
Fax: 06421 / 28-65121
E-Mail: v.vanderwardt@uni-marburg.de
Anschrift: Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Geb. K | 02
Web: <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed>

Marburg, 17.03.2021

Einwilligung Datenweitergabe

Studie: Welche Faktoren beeinflussten Patienten in ihrer Inanspruchnahme der Primärversorgung im deutschen Gesundheitssystem während der Corona-Pandemie?

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Telefonnummer an das Studienteam der oben genannten Studie an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg weitergegeben werden. Meine Daten werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme durch das Studienteam genutzt und spätestens nach Ende der Studie gelöscht.

Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

B Transkriptionsprotokoll

Die Transkription erfolgte in inhaltlich-semantischer Form wörtlich nach den Vorschlägen von Dresing & Pehl (2017) und Kuckartz (2018). Nach der digitalen Aufzeichnung wurden die Interviews in der Software MAXQDA per Hand transkribiert.

Transkriptionsregeln:

1. Die Transkription erfolgt wörtlich mit dem Ziel, möglichst genau und mit guter Lesbarkeit zu transkribieren.
2. Die Interviews werden an das Schriftdeutsch angenähert, Wortverschleifungen werden angepasst.
3. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt, feststehende Begriffe ohne passende Übersetzung bleiben unverändert.
4. Abgebrochene Sätze und Halbsätze werden mit dem Abbruchzeichen „/“ markiert.
5. Redepausen werden mit „(...)“ markiert.
6. Besonders betonte Äußerungen werden mit Großbuchstaben markiert.
7. Die Studienteilnehmer werden mit „B“, der Interviewer mit „I“ gekennzeichnet. Jeder Beitrag wird mit einem neuen Absatz begonnen.
8. Nonverbale, emotionale Äußerungen (lachen, etc.) werden in Klammern eingefügt.
9. Bei dem Zitieren von wörtlicher Rede wird diese in Anführungszeichen gesetzt.
10. Medizinische Fachtermini und Abkürzungen werden allgemeinverständlich ausgeschrieben oder umschrieben.
11. Unverständliche Wörter oder Passagen werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet.
12. Notizen, die während der Interviewdurchführung und während der Transkription gemacht wurden, werden mit der Software MAXQDA als digitale Memo-Zettel an den entsprechenden Stellen eingefügt

Pseudonymisierung

Sofern in den Interviews personenbezogene Daten angesprochen werden, werden diese bei der Transkription anonymisiert.

1. Namen von Personen werden deskriptiv beschrieben (Hausarzt, Verwandte, Bekannte)
2. Orte und Städte werden mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt oder umschrieben („nächste größere Stadt“)
3. Für Zitierungen in der Studienarbeit werden den Interviewteilnehmern neue Namen als Pseudonym gegeben (Meyermann and Porzelt, 2014).

C Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Beispiel	Codierregel
A Angst vor Ansteckung	Hauptkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei denen die Interviewteilnehmer ihre Angst vor der COVID-19-Infektion thematisieren.		Textstellen, bei denen wörtlich oder thematisch die Angst vor einer Ansteckung thematisiert werden.
A1 Informationen zur Pandemie	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, in denen sich die die Angst vor einer	B: Ich fühle mich überinformiert. Überinformiert, [...] Es wurde mir zu viel. [...]	Textstellen, die zusätzlich zu A Themen wie Zeitung, Fernsehen, soziale Medien und Ähnliches

	Ansteckung in Verbindung mit der Informationsbeschaffung über die Pandemie kombiniert.		thematisiert werden
A2 Eigeninitiative	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei der die Interviewteilnehmer aus der Angst vor einer Ansteckung heraus Strategien im Umgang damit entwickelt haben.	B: Ah ich muss vorweg sagen, ich hab dann zwischenzeitlich/ bin ich einer Selbsthilfegruppe beigetreten bei Facebook weil/ also ich wohne alleine, ich habe hier niemanden. [...]	Textstellen, die zusätzlich zu A thematisch Konzepte oder Ideen beinhalten, die nur von den Interviewteilnehmern selbst entwickelt wurden und keine allgemeinen Hygienekonzepte oder Ähnliches thematisieren.
A3 Grundeinstellung	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei der eine pragmatische Einstellung zu der COVID-19-	B: Wie gesagt, was ich eben schon gesagt habe. Ich gehe da etwas beherzter an	Textstellen, die zusätzlich zu A thematisch eine im Vergleich pragmatischere Herangehensweise an die Pandemie gezeigt haben, im

	Pandemie die Angst vor einer Ansteckung beeinflusst hat.	die Sache ran, weil es sich sowieso nicht ändern lässt. Versuche alles einzuhalten, was ich einhalten kann aber auf den Rest habe ich keinen Einfluss.	Gegensatz zu subjektiv ängstlichen Äußerungen der Studienteilnehmer.
B Arztpraxis	Hauptkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei denen es thematisch um Faktoren geht, die sich mit der Arztpraxis und dem Personal beschäftigen.		Textstellen, die organisatorische Faktoren oder das Personal der Hausarztpraxis thematisieren.
B1 Bekanntes Umfeld und Vertrauen zur hausärztlichen Praxis	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei denen von den Interview-	B: Das Vertrauen ist da, gegenseitig. Ich sage mal, auch wenn	Textstellen, die in Kombination mit B thematisch oder wörtlich die Hausarztpraxis von anderen

	teilnehmern der Vorteil der Beziehung zur Hausarztpraxis thematisiert wurde.	ich ins Labor gehe. Da ist ja auch immer schon, jahraus, jahrein, die selbe Dame, die mich da behandelt. Also da ist schon eine Vertrauensbasis schon entstanden.	medizinischen Einrichtungen abheben und den Hausarzt hervorheben.
B2 Corona-Maßnahmen der hausärztlichen Praxen	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, in denen die zusätzlichen Maßnahmen der jeweiligen Praxis thematisiert wurden.	B: So sind die Arztpraxis ja irgendwo da hinein geschlittert und mussten ja ihr Hygiene-konzept dann ja auch entwickeln. [...] Ein Vordach haben die gebaut, dass man draußen warten kann.	Textstellen, die zusätzlich zu B wörtlich oder thematisch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie thematisieren, die von den jeweiligen Praxen unabhängig zu allgemein verfügbaren Maßnahmen entwickelt wurden.

B3 Telemedizin	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, in denen die Telemedizin, also technikbasierte Arztkonsultationen und Lösungen, thematisiert wurden.	B: Ich konnte mich dafür, ehrlich gesagt, nicht so ganz begeistern. Weil ich bin der Ansicht, dass mein Arzt mich angucken soll und da fühle ich mich sicherer, wie wenn ich halt vor einem Bildschirm sitze	Textstellen, die zusätzlich zu B telemedizinische Angebote wörtlich und thematisch beinhalten, sowohl telefonisch als auch computerbasiert.
C Eigene Gesundheit	Hauptkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, in denen die Interviewteilnehmer ihre eigene Gesundheit thematisieren.		Textstellen, die wörtlich oder thematisch die eigene Gesundheit in Abgrenzung zu einer COVID-19-Erkrankung thematisieren.
C1 Persönliche Krankengeschichte	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden,	B: Ich habe gesagt, so, das ist deine Gesundheit,	Textstellen, die zusätzlich zu C Vorerkrankungen und

	<p>in denen die Interviewteilnehmer persönliche Erkrankungen und Krankheitserfahrungen in ihren Umgang mit Arztbesuchen während der Pandemie einfließen lassen.</p>	<p>du hast da jetzt etwas und da musst du dich jetzt auch drum kümmern. Und kannst nicht [...] irgendwie zergehen vor Angst oder so etwas</p>	<p>Krankheitserfahrungen der Interviewteilnehmer betreffen.</p>
<p>C2 Vorsorgeuntersuchungen</p>	<p>Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, bei denen die Interviewteilnehmer davon berichten, ob oder wie sie das Angebot an Vorsorge in der Hausarztpraxis angenommen oder vermieden haben</p>	<p>B: Im Prinzip genau so die Rhythmen eingehalten. Sprich, durch die Wasser-tabletten halt regelmäßige Blutabnahmen oder sonstiges. Oder wenn irgendwo etwas gedrückt hat oder Probleme da waren.</p>	<p>Textstellen, bei denen zusätzlich zu C Konzepte und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen thematisiert werden, in Abgrenzung zu akuten Erkrankungen.</p>

C3 Impfung	Subkategorie, bei der Textpassagen kodiert werden, in denen die Interviewteilnehmer von ihren Erfahrungen und Ideen zu der teilweise noch ausstehenden, teilweise gerade neu verfügbaren Impfung gegen COVID-19 berichten.	B: Und mit <i>meinem Hausarzt</i> habe ich auch schon darüber gesprochen. Ja. Es ist natürlich besser, wenn man sich impfen lässt.	Textstellen, bei denen zusätzlich zu C die in Aussicht stehende oder bereits vorhandene Impfung gegen COVID-19 thematisiert wurden.
------------	--	---	---

D Lebenslauf

*Der Abschnitt D auf Seite xx (Lebenslauf)
enthält persönliche Daten. Sie ist
deshalb nicht Bestandteil der Online-
Veröffentlichung.*

E Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer waren in Marburg:

Prof. Dr. S. Bauer	Prof. Dr. A. Neubauer
Prof. Dr. A. Becker	Prof. Dr. B. Neumüller
Prof. Dr. S. Bösner	Prof. Dr. D. Oliver
Prof. Dr. A. Brehm	Prof. Dr. A. Pagenstecher
Prof. Dr. H.R. Chung	Prof. Dr. T. Plant
Prof. Dr. F. Czubayko	Dr. S. Pöttgen
Prof. Dr. C. Denkert	Dr. J. Riera-Knorrenschild
Dr. M. Derigs	Dr. B. Rost
Prof. Dr. N. Donner-Banzhoff	Prof. Dr. J. Schäfer
Dr. B. Feuser	Prof. Dr. B. Schieffer
Prof. Dr. M. Geraedts	Prof. Dr. J. Schneider
Prof. Dr. F. Günther	PD Dr. S. Schulze
Prof. Dr. M. Hertl	PD Dr. C. Seifart
PD Dr. S. Hoch	Dr. S. Sevinc
Dr. U. Homm	Dr. O. Simon
Dr. M. Jansen	Dr. B. Stahl
Dr. D. Josephs	Prof. Dr. B. Steiniger
Dr. G. Kalmus	Dr. T. Stibane
Prof. Dr. Dr. P. H. Kann	Dr. E. Szabo
Prof. Dr. R. Kinscherf	Prof. Dr. K. Thieme
Dr. A. Klemmer	Prof. Dr. C. F. Vogelmeier
Dr. I. Kluge	Prof. Dr. S. Vogt
PD Dr. M. Knipper	Dr. B. Vojnar
Prof. Dr. R. Lill	Dr. D. Wack
Prof. Dr. M. Lohoff	Prof. Dr. U. Wagner
Prof. Dr. R.-F. Maier	Dr. V. van der Wardt
Prof. Dr. A. Maisner	Prof. Dr. E. Weihe
Prof. Dr. W. Meißner	Prof. Dr. R. Wilhelm
Prof. Dr. R. Moll	Dr. C. Wrocklage

F Danksagung

Ein großer Dank geht zunächst an Frau Dr. Veronika van der Wardt, die mich als Studienleiterin von Beginn der durchgeführten Studie an begleitet hat. Sie war bei Fragen und Problemen als vertrauensvolle Ansprechpartnerin stets zur Stelle und hat mit ihrer fachlichen Expertise zur qualitativen Forschung in diesem Promotionsvorhaben zu einer großen Unterstützung für mich beigetragen. Ebenfalls danke ich Frau Prof. Dr. med. Annette Becker, die als meine Doktormutter beim Umsetzen der durchgeführten Studie hin zu einer Dissertation unterstützt hat und stets für Fragen und fachlichen Austausch zur Verfügung stand.

Für die Durchführung der Studie danke ich den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten in den Hausarztpraxen, dass ich „ihre“ Patienten für diese Studie rekrutieren durfte. Nicht zuletzt gilt auch den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern ein großes Dankeschön für ihre Bereitschaft und Offenheit in den Interviews, mit denen sie dazu beigetragen haben, die COVID-19-Pandemie ein Stück weit weiter aufzuarbeiten.

Außerdem verdanke ich Inhaltliche und methodische Anregungen den regelmäßigen Treffen der Arbeitsgemeinschaft Qualitative Forschung an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg unter der Leitung von Hannah Seipp.