



Forschungsbericht 2021-01
für den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

**Die Versorgungssituation
während der SARS-CoV-2-Pandemie
aus Sicht niedergelassener Allgemeinmediziner*innen**

Überarbeitete Version
01. Jänner 2023

Autor*innen:

Ass.-Prof. Dr. Eva Krczal
Dr. Alexander Braun, MSc, MA
Ulrike Rieger-Körbisch
Claudia Puttinger, MSc
Univ.-Prof. Dipl. Ing. Dr. Doris Behrens

Donau-Universität Krems
Department für Wirtschaft und Gesundheit
Dr. Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems
eva.krczal@donau-uni.ac.at
+43(0)2732/893-2641

Zitieren als:

E Krczal, A Braun, U Rieger-Körbisch, C Puttinger, DA Behrens (2023): Die Versorgungssituation während der SARS-CoV-2-Pandemie aus Sicht niedergelassener Allgemeinmediziner*innen. Forschungsbericht des Departments für Wirtschaft und Gesundheit an den NÖGUS, Überarbeitete Version. Universität für Weiterbildung Krems: Krems an der Donau, Jänner 2023.

Executive Summary

Seit März 2020 stellt die SARS-CoV-2-Pandemie unser Gesundheitssystem vor nie dagewesene Herausforderungen und macht damit dessen Schwachstellen offenkundig. Abgesehen von unmittelbaren Bedürfnissen, zeigen sich in Österreich systemische Mängel in der Versorgung, organisatorische Schwierigkeiten auf operativer Ebene – hervorgerufen durch Defizite in der Kommunikation – und eine nicht wahrgenommene Abstimmung von Leistungsträger*innen und Behörden. Diese Studie fokussiert auf das erste Pandemiejahr.

Unter anderem, beurteilten 79% der für diese Studie befragten Allgemeinmediziner*innen die Unterstützung seitens der zuständigen Behörden (Gesundheitsamt, AGES, Ministerium) hinsichtlich der Umsetzung der SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen über das Jahr 2020 hinweg als schlecht oder sogar sehr schlecht (S. 21). Drei Viertel der befragten Allgemeinmediziner*innen hofften auf eine bessere Unterstützung niedergelassener Ordinationen bei einer weiteren Infektionswelle (S. 30). Im Hinblick auf die Sicherstellung einer adäquaten Versorgungsqualität für die Zukunft gilt es, solcherlei Herausforderungen jetzt zu begegnen.

Legen wir den Fokus auf die niederösterreichische Versorgungslage während des Pandemiejahres 2020, bestand – nach Einschätzung niedergelassener Ärzt*innen im Primärbereich – unmittelbarer Handlungsbedarf.

- ★ **46% der Allgemeinmediziner*innen waren der Ansicht, dass die Versorgungsqualität seit Pandemiebeginn nachhaltig schlechter geworden sei (S. 9).**
- ★ **Rund 80% der Allgemeinmediziner*innen hielten das Behandlungsausmaß für zu gering, wenn nicht sogar für "viel zu gering" (S. 10). Der österreichische Rechnungshof bestätigt, dass im Jahr 2020 um 6,55 Mio. (-7%) weniger ärztliche Konsultationen stattgefunden haben als 2019 (Rechnungshof Österreich 2021, S. 20). Auch in fondsfinanzierten Krankenanstalten gingen die Belagstage im Vergleich zum Vorjahr um 1,8 Mio. (-15%) zurück und die Ambulanzkontakte um 3,8 Mio. (-16%) (Rechnungshof Österreich 2021, S. 192).**
- ★ **25% der Allgemeinmediziner*innen gaben an, dass mindestens die Hälfte ihrer Patient*innen nicht die notwendige medizinische Versorgung erhielten. 13% glaubten sogar, dass die meisten ihrer Patient*innen unter- bzw. fehlversorgt waren (S. 11).**

Nach Ansicht der Allgemeinmediziner*innen lagen die Gründe für eine gesunkene Behandlungsqualität u.a. bei Verzögerungen bzw. im Aussetzen medizinischer Leistungserbringung. Die Angst der Patient*innen vor einer möglichen Ansteckung beim Praxisbesuch sowie eingeschränkte Leistungen in der sekundären und tertiären Versorgung begünstigten nach Meinung von Österreichs Allgemeinmediziner*innen die verzögerte Diagnose und Behandlung von Patient*innen (S. 12-14 und S. 29). Insbesondere berichteten die befragten Allgemeinmediziner*innen von pandemiebedingten Schwierigkeiten in der fachärztlichen oder stationären Versorgung ihrer Patient*innen (S. 17 und S. 28).

- ★ **Lediglich 6-30% der befragten Allgemeinmediziner*innen waren nicht der Auffassung, dass ihre Patient*innen in Kauf nehmen müssten, dass elektive Behandlungen im stationären Bereich nicht stattfänden (S. 16). Der Rechnungshofbericht vom Dezember 2021 bestätigt, wie wir bereits wissen, dass im ersten Pandemiejahr in fondsfinanzierten Krankenanstalten um 15% weniger Belagstage verzeichnet wurden als 2019 (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20).**

Diese Aussagen decken sich mit den Ergebnissen anderer Studien. „Die Zahl der [Spitals]aufenthalte aufgrund von Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen ging insgesamt um 19% gegenüber 2019 zurück. Dies führte zu Verlängerungen der Wartezeit und teilweise ausgesetztem Wartezeitmanagement.“ (Rechnungshof Österreich 2021, S. 20). Die eingeschränkte medizinische Versorgung während der Pandemie wurde teilweise dadurch bedingt, dass eine erste Reaktion der Gesundheitspolitik auf die Ausbreitung von SARS-CoV-2 darin bestand, den Erhalt der Ressourcen und Kapazitäten im intramuralen Bereich sicherzustellen. Auch waren 61% der Allgemeinmediziner*innen der Ansicht, dass sich ihre Patient*innen nur unter großen Vorbehalten in die Praxis wagten (S. 18). Die Angst vor einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 war (deren Einschätzung nach) zu groß.

Hinsichtlich der Situation ihrer Patient*innen fielen die Einschätzungen der im Frühling 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen signifikant kritischer aus als jene ihrer Kolleg*innen, die im Spätsommer/Herbst bzw. Winter 2020 befragt wurden. Generell wurde 2020 jedoch beobachtet, dass medizinische Vorsorgeuntersuchungen bzw. Check-ups nicht in vollem Umfang wahrgenommen wurden (S. 16) und teilweise auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde (S. 20).

- ★ **Maximal 31% der befragten Allgemeinmediziner*innen berichteten, dass Vorsorgeuntersuchungen von ihren Patient*innen wahrgenommen wurden (S. 16). Der österreichische Rechnungshof bestätigt, dass im Jahr 2020 rund 135.000 Vorsorgeuntersuchungen (-10%) weniger stattgefunden haben als 2019 (Rechnungshof Österreich 2020, S. 20).**
- ★ **Zwischen 7% und 19% der befragten Allgemeinmediziner*innen gaben (je nach Befragungszeitpunkt) an, dass ihre Patient*innen auch im Akutfall keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen würden (S. 20). Der Rechnungshofbericht vom Dezember 2021 bestätigt, dass im ersten Pandemiejahr 16% weniger Ambulanzkontakte verzeichnet wurden als im Jahr zuvor (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20). Weiters stellte der Rechnungshof fest, dass die Notfallversorgung insofern von der Pandemie betroffen war, als dass Patient*innen bei Beschwerden und Symptomen mitunter von sich aus die Krankenanstalten nicht aufsuchten (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20).**

Teilnehmer*innen an der vorliegenden Studie befürchteten unter anderem indirekte gesundheitliche Folgeschäden hervorgerufen durch die Änderung der Versorgungssituation während der Pandemie.

- ★ **58% der befragten Allgemeinmediziner*innen befürchteten, dass ihre Patient*innen früher versterben würden, weil sie aufgrund von Ängsten nicht mehr zur Behandlung kämen (S. 29). Diese Behauptung kann aufgrund der Datenlage und des kurzen Zeithorizonts weder bestätigt noch widerlegt werden.**

- ★ **Weitere 58% der befragten Allgemeinmediziner*innen befürchteten, dass ihre Patient*innen aufgrund der SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen Krankheiten wie etwa Depressionen, Traumata oder auch Hyperglykämie aufgrund hochkalorischer Ernährung entwickeln würden (S. 29). Eine weitere Umfrage der Universität für Weiterbildung Krets und des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie zeigte ebenfalls auf, dass die staatlichen SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen negative psychische Effekte auslösen können. 70% der befragten Psychotherapeut*innen berichteten negative Auswirkungen der SARS-CoV-2-Krise auf ihre Patient*innen (Probst et al., 2020).**

Eine herausfordernde Situation, wie die derzeitige SARS-CoV-2-Pandemie, stellt aber auch Potential für Innovation dar. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen auf, dass sich die Primärversorgung rascher an das Pandemiegeschehen anpassen konnte als der Krankenhausbereich (S. 16-17). 81% der Allgemeinmediziner*innen gaben im ersten Pandemiejahr an, den Ordinationsbetrieb hinsichtlich der Terminvergabe so verändert zu haben, dass weniger Patient*innen gleichzeitig im Warteraum anwesend waren, damit Abstandsregeln eingehalten und das Infektionsrisiko so gering als möglich gehalten werden konnten (S. 32). 66% hatten teilweise auf telemedizinische Versorgung umgestellt (S. 38). Eine andere Studie ergab, dass die Mehrheit der Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich sich vorstellen konnte, telemedizinische Versorgung als Teil der Regelversorgung nach der SARS-CoV-2-Pandemie weiterhin anzubieten (Austrian Health Forum, 2021).

Auch hinsichtlich der Praxisausstattung (und der damit verbundenen Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit) konnten im Laufe des Pandemiejahres 2020 signifikante Verbesserungen festgestellt werden.

- ★ **Aus medizinischer Sicht gut gegen die Pandemie gewappnet fühlten sich im Frühling 2020 nur 12% der Allgemeinmediziner*innen. Im Spätsommer/Herbst 2020 waren es bereits 19% und im Winter 2020 sogar 25% (S. 23). Dieser Prozentsatz ist jedoch sehr gering.**
- ★ **Im Frühling 2020 gaben 40% der Allgemeinmediziner*innen an, mit allgemeiner Schutzausrüstung (z.B. viruzide Desinfektionsmittel, Mund-Nasen-Schutz) „sehr gut“ ausgestattet zu sein. Im Winter 2020 war dieser Anteil auf 67% angestiegen (S. 23).**
- ★ **18% der im Mai/Juni 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen gaben an, „sehr gut“ mit spezieller Schutzausrüstung ausgestattet zu sein. Im Winter waren, laut eigenen Angaben, 43% der Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich „sehr gut“ mit FFP2 und FFP3 Masken etc. ausgerüstet (S. 4).**
- ★ **Mehr als 80% der im Winter 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen gaben an, mit SARS-CoV-2-Tests „sehr gut“ oder „gut“ versorgt zu sein, während es im Frühling 2020 nur 48% waren (S. 24).**

Auch im Hinblick auf niedergelassene Fachärzt*innenpraxen deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf Verbesserungen im Ordinationsbetrieb hin. So berichten 26% der Allgemeinmediziner*innen im Winter 2020 von langen Wartezeiten bei Fachärzt*innen, während es in der ersten Pandemiewelle im Frühling 2020, mit 48%, beinahe doppelt so viele waren (S. 17).

Eine detaillierte Diskussion aller Erkenntnisse, die durch drei, über das Jahr 2020 hinweg verteilt durchgeführten Umfragen gewonnen wurden, findet sich am Ende der vorliegenden Studie (S. 35-40). Da es sich bei den Ergebnissen dieser drei vom Department für Wirtschaft und Gesundheit durchgeführten Umfragen um subjektive Einschätzungen und Urteile der befragten Ärzt*innen handelt, wurden diese mit Quellen aus der Literatur abgeglichen, um mögliche Verzerrungen auszuschließen.

Eine Sammlung von Handlungsempfehlungen, um die Versorgungslage im Primärsektor resilienter zu gestalten, rundet diese Studie auf den Seiten 41-42 ab.



Studie

**Die Versorgungssituation
während der SARS-CoV-2-Pandemie
aus Sicht niedergelassener Ärzt*innen**

Ergebnisse dreier Online-Befragungen
unter Österreichs Allgemeinmediziner*innen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Die Rolle der Primärversorgung während einer Pandemie.....	1
1.2 Das österreichische Gesundheitswesen im Kontext von SARS-CoV-2	3
1.3 Forschungsziel	4
1.4 Methodik und Vorgehensweise	5
1.5 Beschreibung der Stichprobe.....	6
1.5.1 Studienteilnehmer*innen nach Alter und Geschlecht.....	7
1.5.2 Praxisstandort.....	8
2. Umfrageergebnisse	9
2.1 Die Einschätzung der Versorgungsqualität seit Ausbruch der Pandemie	9
2.2 Die Einschätzung des Behandlungsausmaßes der allgemeinen medizinischen Versorgung während des ersten SARS-CoV-2-Pandemiejahres.....	10
2.3 Die Einschätzung in Bezug auf eine mögliche Unterversorgung von Patient*innen seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie	11
2.4 Die Einschätzung der Richtigkeit von Beschreibungen der Situation von Patient*innen während des ersten Pandemiejahres.....	12
2.4.1 Reihung der Szenarien durch die befragten Allgemeinmediziner*innen	12
2.4.2 Nichtstattfinden notwendiger elektiver Behandlungen im stationären Bereich.....	16
2.4.3 Unzureichende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	16
2.4.4 Lange Wartezeiten für fachärztliche Behandlung	17
2.4.5 Angst vor dem Praxisbesuch.....	18
2.4.6 Mangelnde adäquate Versorgung	19
2.4.7 Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgung im Akutfall.....	20
2.4.8 Vermehrter Abklärungsbedarf der Patient*innen	20
2.5 Einschätzung des Praxisbetriebes während der Pandemie.....	21
2.5.1 Austausch innerhalb der Ärzt*innenschaft und Unterstützung durch die Behörden	21
2.5.2 Vorbereitung auf die Anforderungen einer Pandemie.....	23
2.5.3 Praxisausstattung mit allgemeiner SARS-CoV-2-Schutzausrüstung	23
2.5.4 Praxisausstattung mit spezieller SARS-CoV-2-Schutzausrüstung.....	24

2.5.5	Praxisausstattung mit SARS-CoV-2-Tests	24
2.6	Anmerkungen der Studienteilnehmer*innen zur medizinischen Versorgungsqualität im ersten Pandemiejahr.....	25
2.7	Befürchtungen der Ärzt*innen im ersten Pandemiejahr.....	29
2.8	Hoffnungen der Ärzt*innen im ersten Pandemiejahr	30
2.9	Veränderungen im Praxisbetrieb aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie.....	32
2.10	Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement der Regierung	33
2.11	Allgemeine Zufriedenheit mit dem Arztberuf in Zeiten der Pandemie	34
3.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	35
3.1	Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement.....	35
3.2	Veränderungen in Bezug auf Art und Umfang der Versorgungsleistungen während der Pandemie	36
3.3	Wahrgenommene Schwierigkeiten und Herausforderungen für Patient*innen und Arztpraxen während der Pandemie.....	36
3.4	Praxisbetrieb und Ausstattung der Arztpraxen mit Schutzausrüstung während der Pandemie	38
3.5	Hoffnungen und Befürchtungen der Ärzt*innen während der Pandemie	39
3.6	Allgemeine Zufriedenheit als Allgemeinmediziner_in in Österreich	39
3.7	Limitationen der Studie	40
4.	Ableitung von Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation während einer Pandemie.....	41
4.1	Ausbau von Primärversorgungseinheiten	41
4.2	Rigoroser Ausbau der telemedizinischen Versorgung.....	41
4.3	Erfassung und Evaluation von Best-Practices in der Primärversorgung.....	42
4.4	Kommunikation und Abstimmung unter den Leistungsträgern im Gesundheitsbereich und mit den Behörden	42
4.5	Informationskampagnen für die Bevölkerung	42
	Literaturverzeichnis.....	43
	Abbildungsverzeichnis.....	46
	Tabellenverzeichnis.....	47

1. Einleitung

Die vorliegende Studie setzt sich mit der **Versorgungslage im Primärbereich während des ersten Jahres der SARS-CoV-2-Pandemie** auseinander. Die Studienergebnisse beziehen sich auf drei Online-Befragungen von Österreichs Allgemeinmediziner*innen im niedergelassenen Bereich. Die Befragungsrunden wurden vom Department für Wirtschaft und Gesundheit der Universität für Weiterbildung Krets im Mai/Juni/Juli 2020, September/Oktober 2020 und November/Dezember 2020 durchgeführt. An dieser Stelle sei ergänzend festgehalten, dass **alle Einschätzungen der Befragten in Bezug auf die Bereitschaft zu Vorsorgeuntersuchungen und Konsultationen von Seiten der Bevölkerung, ebenso wie die Versorgungsqualität, im Dezember 2021 vom österreichischen Rechnungshof bestätigt wurden** (Rechnungshof Österreich, 2021). Der vorliegende Bericht ist demnach nicht als Sammelsurium von Meinungen und Befindlichkeiten einzuschätzen, sondern als Bestandsaufnahme der Situation im Jahr 2020 (basierend auf den Einschätzungen von Ärzt*innen aus dem niedergelassenen Bereich), die durch die Analyse des Rechnungshofs 12-18 Monate später validiert wurde. Eine Einschränkung ist jedoch gegeben. Daten zu Langzeitfolgen von COVID-19 und der geänderten Versorgungsbedingungen sind auch zum Zeitpunkt der Überarbeitung dieses Berichts im Oktober 2022 (noch) nicht verfügbar.

1.1 Die Rolle der Primärversorgung während einer Pandemie

Als erster Anlaufstelle für Patient*innenanliegen hat die Primärversorgung eine systemrelevante Funktion im Gesundheitswesen, wobei ein funktionierendes Gatekeeper-System bei der Identifikation und Beurteilung von Erkrankungen unterstützt und damit das Krankenhaussystem entlastet (WHO, 2020a). Diesbezüglich bringt die WHO effektive Primärversorgung in Zusammenhang mit einer stabilen Gesundheitsinfrastruktur, wobei die Primärversorgung auch als wesentlich für die Erkennung und Bewältigung von epidemischem Geschehen gesehen wird (WHO, 2019a).

Bereits 1999 entwickelte die WHO Richtlinien für einen Notfallplan zur Eindämmung pandemischer Influenza, der als Leitfaden für die jeweiligen nationalen Lösungen dienen sollte (WHO, 1999). Fast zwei Jahrzehnte später wurden diese Richtlinien überarbeitet und als aktuelle Leitlinie zum „Pandemic Influenza Risk Management“ veröffentlicht, welche auf globaler und nationaler Ebene Pandemievorsorge und Risikomanagement unterstützen sollte (WHO, 2017).

Ein von Kunin et al. (2013) durchgeführtes, systematisches Review zum internationalen **Stand der Primärversorgung bezüglich der Pandemievorbereitung** hatte zum Ziel, etwaige Lücken im Pandemiemanagement zu identifizieren und bestmöglich zu schließen. Der Fokus lag auf den Erfahrungen von Allgemeinmediziner*innen im niedergelassenen Bereich während einer Epidemie. Es zeigte sich, dass Allgemeinmediziner*innen in verschiedenen Ländern ähnliche Hürden zu nehmen hatten: Neben der begrenzten Zeit für das Pandemiemanagement wurden ein Mangel an Unterstützung seitens der nationalen Gesundheitsbehörden sowie Engpässe bei der Bereitstellung persönlicher Schutzausrüstung erkannt.

Die Funktion der Primärversorgung während einer Pandemie wurde anhand der vorläufigen Leitlinie der WHO für die SARS-CoV-2-Pandemie (2020b) wie folgt konkretisiert:

- › **Erstkontakt mit Patient*innen**
- › **Wahrnehmung der Lotsenfunktion (Gatekeeper-System)**
- › **Identifikation und Behandlung von Verdachtsfällen**
- › **Medizinische Versorgung von anderen akuten Erkrankungen und chronisch kranker Patient*innen entsprechend den pandemiespezifischen Hygieneregeln**
- › **Besonderes Augenmerk auf vulnerable Patient*innen**
- › **Testung von symptomatischen Patient*innen**
- › **Vermeidung der Übertragung einer Infektion auf Kontaktpersonen sowie Mitarbeiter*innen des Gesundheitsdiensts**
- › **Psychologische Unterstützung für die Bevölkerung**

Eine hausärzt*innenzentrierte Versorgung (in Kombination mit einer robusten Infrastruktur für Public-Health-Maßnahmen) ist der Dreh- und Angelpunkt dafür, eine Pandemie zu identifizieren und zu bewältigen (Ali et al., 2020; WHO, 2019a). Eine gut organisierte Primärversorgung ist in der Lage, die Patient*innenströme zwischen Wohnort, Klinik und Nachsorge zu koordinieren und abzuwickeln.

Als **Best-Practice-Beispiel für die Organisation der Primärversorgung** (während der ersten beiden SARS-CoV-2-Infektionswellen) kann laut Desborough et al. (2020) der Zugang Australiens angesehen werden. Die australische Gesundheitspolitik reagierte Anfang März 2020 mit einem speziell auf die Primärversorgung zugeschnittenen Maßnahmenpaket. Betrachtet man die Übersterblichkeit für Australien, also die Todesfälle im Zeitraum 2020-2021 ausgedrückt als Prozentsatz der durchschnittlichen Todesfälle für den Zeitraum 2015-2019, wird deutlich, dass dieses Maßnahmenpaket einen zweiten Blick wert ist. Die Übersterblichkeit über den gesamten südlichen Winter 2020 hinweg war negativ.

Zu den Bestandteilen des australischen Maßnahmenpaketes zur Stärkung der Primärversorgung zählten:

- › **Klare Handlungsvorschriften**
- › **Ausbau eines nationalen telemedizinischen Gesundheitsmodells (Telefon- oder Videoscreening bzw. -konsultationen)**
- › **Einrichtung von Call-Centern zur Lenkung der Patient*innenströme mit Symptomen einer SARS-CoV-2-Infektion**
- › **Einrichtung von allgemeinmedizinischen Atemambulanzen, in denen Patient*innen mit SARS-CoV-2-Symptomen behandelt werden können**
- › **Onlineschulungen zur Prävention und Bekämpfung von SARS-CoV-2-Infektionen für medizinisches und nichtmedizinisches Personal in der Primärversorgung**
- › **Spezielle Maßnahmen für vulnerable Bevölkerungsgruppen**
- › **Regelmäßige Kommunikation mit Leistungsträger*innen in der Primärversorgung**

1.2 Das österreichische Gesundheitswesen im Kontext von SARS-CoV-2

Zum Zeitpunkt der ersten Berichtslegung im März 2021 war das österreichische Gesundheitswesen durch die anhaltende pandemische Situation vor große Herausforderungen gestellt worden. Behörden setzten verschiedenste Maßnahmen ein, um die Ausbreitung des Infektionsgeschehens zu verlangsamen. In einer ersten Reaktion lag der Fokus darauf, Ressourcen und Kapazitäten zu erhalten und zu bündeln, um die öffentliche Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten und eine akute Überlastung des Krankenhaussystems zu verhindern. Insbesondere sollen Versorgungsengpässe in der intensivmedizinischen Versorgung (verursacht durch die rapide zunehmende Zahl an Erkrankten) vermieden werden. Das wurde dadurch intensiviert, dass SARS-CoV-2-Patient*innen eine lange Liegedauer beanspruchen und umfassende Sicherheitsvorkehrungen und eine intensive Betreuung erfordern. All dies verursacht(e) hohe Kosten für das Gesundheitswesen.

Grundsätzlich zeichnet sich das österreichische Gesundheitssystem durch hohe Zufriedenheitswerte und einen niederschweligen Zugang verbunden mit einem umfassenden Leistungsangebot aus. In der 4. Ausgabe von „Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“ aus dem Jahr 2015 wird gezeigt, dass sich das Gesundheitswesen Österreichs sowohl durch Bereitstellung struktureller Ressourcen und (im europäischen Vergleich) überdurchschnittlich hohem Einsatz von Mitteln (z.B. Akutbetten oder Großgeräten), als auch durch die zufriedenstellende Verfügbarkeit personeller Ressourcen (z.B. praktizierende Ärzt*innen) auszeichnet (Gesundheit Österreich [GÖG], 2015). In diesem Zusammenhang wird auf die auffällig hohen Ausgaben und Vorhaltungen in der stationären Versorgung hingewiesen. Zudem werden die überproportionale Dichte an vorgehaltenen Akutbetten und der hohe Einsatz an hochqualifiziertem Gesundheitspersonal hervorgehoben. Hofmarcher-Holzhammer und Singhuber (2020) vermuten, dass die **großzügige Ausstattung im intramuralen Bereich besonders zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie zur allgemeinen Beruhigung beigetragen hat.**

Hofmarcher-Holzhammer & Singhuber (2020) weisen in ihrem Artikel zur „Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von SARS-CoV-2“ vom August 2020 u.a. darauf hin, dass in den USA **ca. 85% der Kosten für SARS-CoV-2-bezogene Behandlungen in der stationären Versorgung aufgewandt wurden.** Schätzungen zufolge wurde im extramuralen Bereich ein signifikanter Rückgang der Einnahmen erwartet. Diese Entwicklung zeigt sich auch in Österreich. Nicht-repräsentative Studien legen nahe, dass im März 2020 und vermutlich auch zum Zeitpunkt der ersten Berichtserstellung (im März 2021), die Versorgung von Patient*innen, die keine SARS-CoV-2-Erkrankung aufwiesen, reduziert wurde.

Verglichen mit den zahlreichen Medienberichten und politischen Diskussionen rund um die stationäre Versorgung, rückte die Primärversorgung in den Hintergrund des öffentlichen Interesses. Die Primärversorgung diente jedoch weiterhin als Drehscheibe und Koordinierungsstelle im System der Gesundheitsversorgung. Im österreichischen Gesundheitswesen übernahmen Allgemeinmediziner*innen diese Aufgabe, die oftmals die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen sind. Allgemeinmediziner*innen führten nicht nur Routineuntersuchungen durch, sondern berieten Patient*innen, entschieden über weitere ambulante oder stationäre Behandlungsschritte und koordinierten diese (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2020).

Auch während einer Pandemie sollte der Primärversorgungssektor als frühzeitige und durch Planung gut vorbereitete Anlaufstelle für Patient*innen agieren können (Ali et al., 2020). Der Primärbereich sollte in der Lage sein, sich rasch an die Situation anzupassen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Ärzt*innen, weiteres Personal und Patient*innen vor einer möglichen Infektion zu schützen – sowie mit Letzteren in Verbindung zu bleiben (Krist et al., 2020).

Medienberichten zufolge waren während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 viele Ordinationen geschlossen oder nur eingeschränkt geöffnet. In einer Stellungnahme der österreichischen Ärztekammer vom 28. Juli 2020 versuchte diese, Aufklärungsarbeit über die damalige Lage in den niedergelassenen Allgemeinpraxen mit Kassenvertrag zu leisten. Seitens der Ärztekammer wurde festgehalten, dass 90% aller niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen mit Kassenvertrag (entgegen den Medienberichten) weiterhin geöffnet hatten. Um das Infektionsrisiko zu reduzieren, wurden jedoch viele Ordinationen auf telemedizinischen Service umgestellt (Österreichische Ärztekammer, 2020).

In den Diskussionen rund um das Ausmaß der Folgewirkungen der Pandemie, aber auch bei der Frage nach geeigneten Strategien zur Bewältigung derselben, haben sich sehr unterschiedliche Meinungen und Positionen entwickelt. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Perspektive der praktizierenden, niedergelassenen Ärzt*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie. Wie beurteilen diese die Versorgungssituation? Inwiefern hat sich die Versorgungssituation aus deren Perspektive pandemiebedingt geändert? Welche Hoffnungen und Befürchtungen wurden durch die Pandemie unter Ärzt*innen generiert?

Die vorliegende Studie untersucht die Einschätzung der niedergelassenen Ärzt*innen in Bezug auf die Versorgungssituation während des ersten Jahres der SARS-CoV-2-Pandemie. Sie liefert damit einen Beitrag zur Erforschung der Thematik aus der Perspektive der betroffenen Leistungserbringer*innen. Der regionale Schwerpunkt liegt auf dem Land Niederösterreich.

1.3 Forschungsziel

Das Forschungsinteresse gilt der Einschätzung der Versorgungssituation während des ersten Jahres der SARS-CoV-2-Pandemie aus Sicht niedergelassener Ärzt*innen in Österreich. Aus den Ergebnissen der Untersuchung sollen mögliche Handlungsfelder identifiziert werden sowie Empfehlungen für die Organisation der ambulanten Versorgung, während einer Epidemie abgeleitet werden. **Der Untersuchung liegen die folgenden Forschungsfragen zugrunde:**

- › **Wie schätzen niedergelassene Allgemeinmediziner*innen die Versorgungssituation der Bevölkerung in Laufe der SARS-CoV-2-Pandemie ein?**
- › **Wie schätzen niedergelassene Allgemeinmediziner*innen die Situation (im Sinne von Verhalten und Gesundheitszustand) der Patient*innen im Hinblick auf die Pandemie ein?**
- › **Was waren die Hoffnungen und Befürchtungen der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen über das erste Jahr der SARS-CoV-2-Pandemie hinweg?**
- › **Welchen Einfluss hat die SARS-CoV-2-Pandemie auf die Praxisführung der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen genommen?**

1.4 Methodik und Vorgehensweise

Die Befragungen der Allgemeinmediziner*innen erfolgten mittels dreier Online-Umfragen. Als Grundlage diente ein vom Commonwealth Fund entwickelter Fragebogen, der bei internationalen Befragungen von Ärzt*innen in der Primärversorgung eingesetzt wurde (Commonwealth Fund, 2012). Der Fragebogen wurde ins Deutsche übersetzt; einige Fragen wurden in Abstimmung mit dem Forschungsziel umformuliert bzw. ergänzt. Der Fragebogen wurde mit SoSci Survey erstellt und von mehreren Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis auf Verständlichkeit, Angemessenheit und Vollständigkeit überprüft. Infolgedessen wurden drei Fragen abgeändert. Das Ergebnis war ein Fragebogen bestehend aus 15 geschlossenen und zwei offenen Fragen mit einer Gliederung in fünf Teile:

1. **Allgemeine Zufriedenheit als Allgemeinmediziner_in in Österreich**
(1 geschlossene Frage)
2. **Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement der Regierung**
(1 geschlossene Frage)
3. **Veränderungen in Bezug auf Art und Umfang der Versorgungsleistungen während der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie**
(3 geschlossene Fragen & 2 offene Fragen)
4. **Wahrgenommene Schwierigkeiten und Herausforderungen für Patient*innen und Ärzt*innenpraxen während der Pandemie**
(5 geschlossene Fragen)
5. **Soziodemographische Daten**
(5 geschlossene Fragen)

Im Mai 2020 wurden alle niedergelassenen Ärzt*innen angeschrieben, die eine Kassenpraxis oder Wahlärzt*innenpraxis im Fach Allgemeinmedizin in Niederösterreich angemeldet hatten und über E-Mail erreichbar waren. Ein Reminder folgte drei Wochen später (im Juni 2020). Anfang September 2020 wurden per Zufallsauswahl 50% der Allgemeinmediziner*innen aus den übrigen Bundesländern angeschrieben. Ein Reminder wurde Anfang Oktober ausgesandt. Anfang Dezember 2020 wurden die zweite Hälfte der Allgemeinmediziner*innen aus den übrigen Bundesländern eingeladen, an der Umfrage teilzunehmen. Alle befragten Personen erhielten eine E-Mail mit Informationen über Ziel und Zweck der Befragung und einem Link, der zum Online-Fragebogen führte. Die Datenanalyse erfolgte mit dem Software-Programm SPSS Statistics Version 24. Die offenen Fragen wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse (Früh, 2017) mit dem Software-Programm MAXQDA Version 20 ausgewertet.

Es ergaben sich damit drei Erhebungszeitpunkte der hier vorgestellten Studie:

Zeitpunkt 1 – Frühling:	Zeitraum Mai-Juli 2020
Zeitpunkt 2 – Spätsommer/Herbst:	Zeitraum September-Oktober 2020
Zeitpunkt 3 – Winter:	Zeitraum Dezember 2020

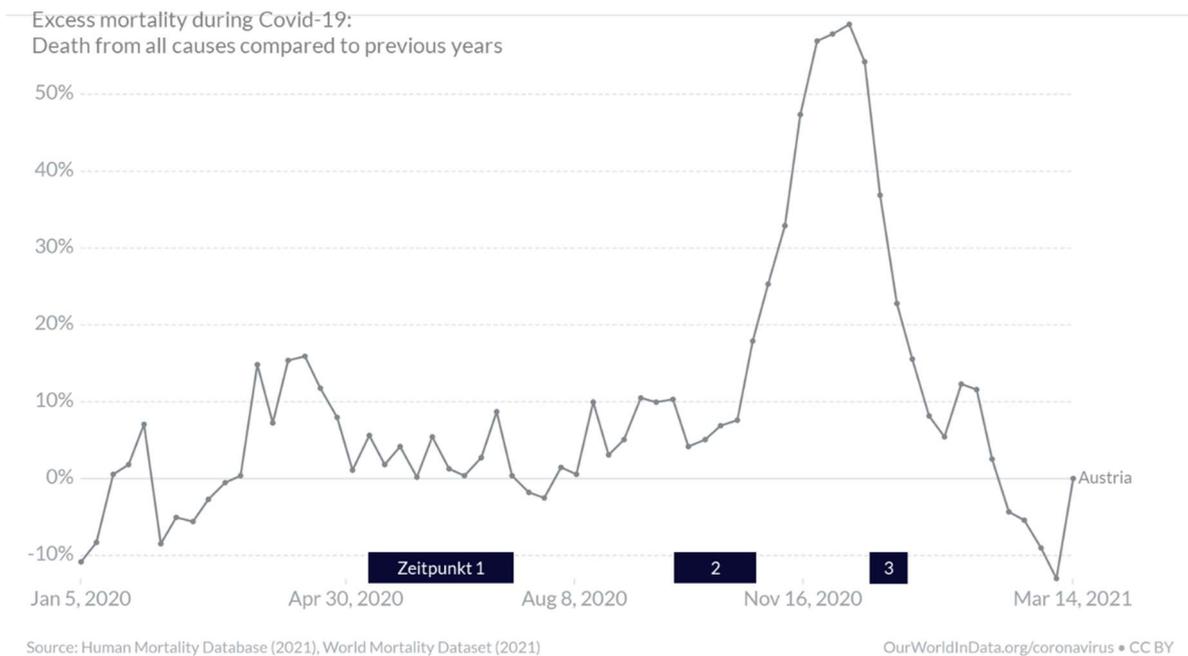


Abbildung 1: Übersterblichkeit für Österreich, 2020-2021, in Kombination mit den Zeitpunkten der Online-Befragungen

Abbildung 1 zeigt, wie sich die wöchentlichen Todesfälle im Zeitraum 2020-2021 prozentuell von den durchschnittlichen Todesfällen für den Zeitraum 2015-2019 unterschieden ([Excess mortality during the Coronavirus pandemic \(COVID-19\) - Statistics and Research - Our World in Data](https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid)). Dies soll dazu dienen, die Erhebungszeitpunkte für die hier vorgestellte Studie im Kontext der Pandemie zu sehen, um die Einschätzung der befragten Allgemeinmediziner*innen besser nachvollziehen zu können.

1.5 Beschreibung der Stichprobe

Befragt wurden im Zeitraum Mai-Juli 2020 805 niedergelassene Allgemeinmediziner*innen aus Niederösterreich. Für die Auswertung wurden jene 103 Fragebögen herangezogen, die vollständig beantwortet worden waren ($n = 103$). Das entspricht einer Rücklaufquote von 12,8%. Aus den übrigen Bundesländern wurden im Zeitraum Spätsommer/Herbst 2020 insgesamt 1.524 Allgemeinmediziner*innen befragt. In die Auswertung eingeflossen sind 137 vollständige Datensätze: Burgenland $n = 8$, Kärnten $n = 3$, Oberösterreich $n = 33$, Salzburg $n = 11$, Steiermark $n = 38$, Tirol $n = 21$, Vorarlberg $n = 6$, Wien $n = 17$. Im Winter 2020 wurden weitere 1.584 Allgemeinmediziner*innen aus den Bundesländern befragt. In die Auswertung eingeflossen sind 166 vollständige Datensätze: Burgenland $n = 7$, Kärnten $n = 20$, Oberösterreich $n = 42$, Salzburg $n = 13$, Steiermark $n = 35$, Tirol $n = 19$, Vorarlberg $n = 5$, Wien $n = 25$.

1.5.1 Studienteilnehmer*innen nach Alter und Geschlecht

Tabelle 1 beschreibt die Studienteilnehmer*innen der Frühlingsumfrage nach Alter und Geschlecht. Als Grundgesamtheit wurden die Daten der Statistik Austria (2020) hinsichtlich der niedergelassenen Ärzt*innen nach Alter und Geschlecht bundesweit und in Niederösterreich herangezogen (siehe **Tabelle 1**)¹.

Tabelle 1: Niedergelassene Ärzt*innen 2019 in Niederösterreich bzw. Österreich nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistik Austria 2020)

Alter in Jahren	Niedergelassene Ärzt*innen in Niederösterreich (absolut/in %)	Niedergelassene Ärzt*innen in Österreich (absolut/in %)
< 35	71 / 2%	417 / 2%
35 - 44	571 / 14%	2.898 / 14%
45 - 54	1.170 / 29%	5.799 / 28%
55 - 64	1.473 / 37%	7.745 / 37%
>64	425 / 11%	2.672 / 13%
Gesamt	3.987	21.004
Männer	2.312 / 58%	12.812 / 61%
Frauen	1.675 / 42%	8.192 / 29%

In der Onlinebefragung, die im Frühling 2020 verschickt wurde, waren die Gruppen der 45-54- bzw. der 55-64-Jährigen (36% bzw. 41%) am stärksten vertreten, gefolgt von der Gruppe der 35-44-Jährigen (16%). 5% der Studienteilnehmer*innen waren über 64 Jahre alt und lediglich 1% unter 35 Jahren. Der Frauenanteil in dieser Stichprobe lag bei 51,5%.

In der Befragung, die im Spätsommer/Herbst 2020 ausgesandt wurde, war die Gruppe der 55-64-Jährigen mit 47% am häufigsten vertreten, gefolgt von der Gruppe 45-54-Jährigen (25%) und der Gruppe der 35-44-Jährigen (27%). Die über-64-Jährigen machten einen Anteil von 9% der Studienteilnehmer*innen aus und die unter-35-Jährigen waren mit 2% vertreten. Der Frauenanteil in dieser Stichprobe lag bei 43%.

¹ Statistiken zur Verteilung der Fachrichtungen zeigen üblicherweise ein deutliches Übergewicht in der Fachrichtung Allgemeinmedizin. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Fachrichtungen Mehrfachzählungen enthalten. Vor allem die Allgemeinmedizin wurde in der Vergangenheit häufig als Vorstufe der eigentlichen Fachausbildung gesehen (Ärztammer, 2020: Daten und Fakten – Zahlen für das Jahr 2019, [online]: <https://www.aerztekammer.at/daten-fakten> (14.01.2021). Daher wurde in der Darstellung der Grundgesamtheit auf eine Aufteilung nach Fachrichtungen verzichtet.

Im Winter 2020 machte der Anteil der zwischen 55 und 64 Jahre alten Studienteilnehmer*innen 40% aus, 32% befanden sich in der Gruppe der 45-54-Jährigen und 16% in der Gruppe der 35-44-Jährigen. Am wenigsten vertreten waren Studienteilnehmer*innen über 65 bzw. unter 35 Jahren (10% bzw. 2%). Hier waren die Frauen mit einem Anteil von 44% vertreten.

Verglichen mit den Daten aus der Grundgesamtheit waren Frauen in allen drei Stichproben überrepräsentiert.

1.5.2 Praxisstandort

Wie in **Abbildung 2** ersichtlich, waren 40% der befragten Allgemeinmediziner*innen über alle Befragungszeitpunkte hinweg an einem Praxisstandort in einer ländlichen Region (weniger als 3.000 Einwohner*innen) tätig und 28% in einer Kleinstadt (3.000 - 14.999 Einwohner*innen). Die Kategorien Großstadt (mehr als 30.000 Einwohner*innen) bzw. regionales Zentrum (15.000 - 29.999 Einwohner*innen) hielten sich mit 6% bzw. 8% die Waage.

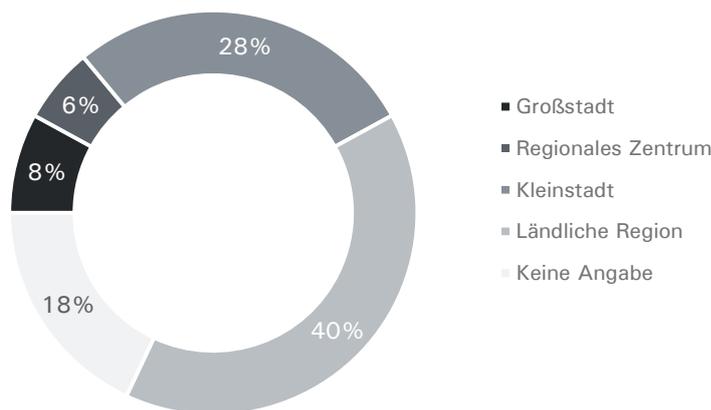


Abbildung 2: Durchschnittliche Verteilung der Praxisstandorte der befragten Allgemeinmediziner*innen

Von den im Frühling 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen, hatten 41% ihren Praxisstandort in einer ländlichen Region (weniger als 3.000 Einwohner*innen) und 32% in einer Kleinstadt (3.000 - 14.999 Einwohner*innen). Die Kategorien Großstadt (mehr als 30.000 Einwohner*innen) bzw. regionales Zentrum (15.000 - 29.999 Einwohner*innen) hielten sich mit 13% bzw. 14% die Waage.

Im Spätsommer/Herbst 2020 hatten 47,5 % der befragten Allgemeinmediziner*innen ihre Praxis in einem Ort mit weniger als 3.000 Einwohner*innen, 22,3% in einer Kleinstadt, 3,6% in einem regionalen Zentrum und 6,5% in einer Großstadt.

Von den im Winter 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen hatten 32,9% ihre Praxis in einem Ort mit weniger als 3.000 Einwohner*innen, 29,3% in einer Kleinstadt, 4,3% in einem regionalen Zentrum und 6,1% in einer Großstadt.

2. Umfrageergebnisse

2.1 Die Einschätzung der Versorgungsqualität seit Ausbruch der Pandemie

Im Jahr 2020 war knapp die Hälfte aller befragter Allgemeinmediziner*innen (46%) der Auffassung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung seit Beginn der Pandemie gelitten hätte. Durchschnittlich 47% der Befragten bewerteten die Qualität als „ungefähr gleichgeblieben“ und 7% konstatierten eine Qualitätsverbesserung medizinischer Versorgung (siehe **Abbildung 3**).

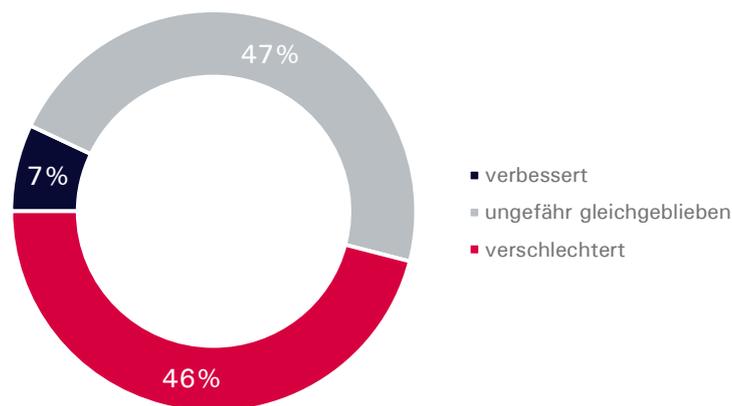


Abbildung 3: Einschätzung der Qualität der medizinischen Versorgung seit Ausbruch der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Es sei hervorgehoben, dass die in **Abbildung 3** dargestellten Einschätzungen unabhängig vom Erhebungszeitpunkt und dem damit verbundenen Pandemiegeschehen getätigt wurden (d. h., scheinbare Unterschiede zwischen den drei Erhebungszeitpunkten sind statistisch gesehen ohne Bedeutung). Das impliziert, dass **im Lauf des Pandemiejahres 2020 von niedergelassenen Ärzt*innen keine Wiederherstellung der medizinischen Versorgungsqualität in Richtung des Vor-SARS-CoV-2-Niveaus wahrgenommen wurde**. Das Primärversorgungssystem war demnach nicht vollständig im Stande, sich an die, durch die Pandemie geänderten, Anforderungen anzupassen. Selbst nach dem ruhigeren Sommer 2020 schätzte jeder_jede zweite befragte Allgemeinmediziner_in die Versorgungsqualität schlechter ein als vor der ersten SARS-CoV-2-Welle.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Konzeptualisierung von Versorgungsqualität der WHO, die Qualität als "the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with evidence-based professional knowledge" bezeichnet (WHO, 2022). Dieses Qualitätskonzept umfasst sieben Dimensionen: (1) Wirksamkeit, (2) Sicherheit, (3) Rechtzeitigkeit, (4) Menschenorientierung, (5) Gerechtigkeit, (6) Integration und (7) Effizienz der Gesundheitsdienste. Die vorliegende Studie konzentriert sich in der Einschätzung von Versorgungsqualität aus Sicht der Allgemeinmediziner*innen auf die ersten vier Kerndimensionen von Qualität.

2.2 Die Einschätzung des Behandlungsausmaßes der allgemeinen medizinischen Versorgung während des ersten SARS-CoV-2-Pandemiejahres

Nach Einschätzung von Ärzt*innen hatte aber nicht nur die Qualität der Versorgung während des Pandemiejahres 2020 (nachhaltig) gelitten. Auch die Quantität der erbrachten Leistungen war zurückgegangen. **In Summe befanden vier von fünf Allgemeinmediziner*innen das Behandlungsausmaß der allgemeinen medizinischen Versorgung als zu gering, wenn nicht sogar „viel zu gering“.** Lediglich 20% waren der Meinung, dass das Behandlungsausmaß auch während der Pandemie „genau richtig“ gewesen sei. Für 1% der Befragten war das Behandlungsausmaß „zu viel“ (siehe **Abbildung 4**).

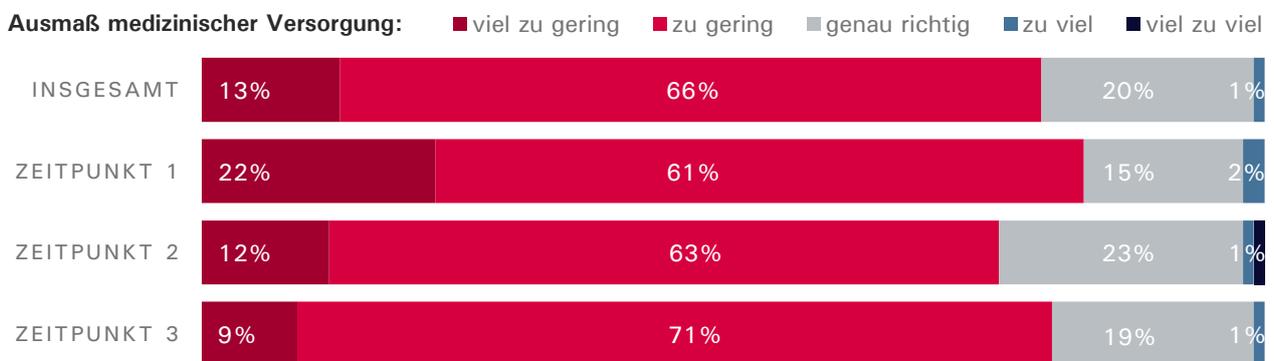


Abbildung 4: Einschätzung des Behandlungsausmaßes der allgemeinen medizinischen Versorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Zwischen Frühling 2020 und Spätsommer/Herbst 2020 konnten signifikante Unterschiede in den Einschätzungen der befragten Allgemeinmediziner*innen zum Ausmaß stattgefundener Behandlungen festgestellt werden ($p < 0,05$). Nach gerade überstandener erster Welle bemaßen 83% der Allgemeinmediziner*innen Niederösterreichs das Behandlungsausmaß als „zu gering“ oder „viel zu gering“. Fünf Monate später, im Spätsommer/Herbst 2020 war dieser Anteil auf 75% der österreichischen Allgemeinmediziner*innen gesunken. Die Zahl derer, die fanden, dass zu wenig für ihre Patient*innen getan werden konnte, war jedoch immer noch besorgniserregend hoch.

Die Ergebnisse laden zu der Schlussfolgerung ein, dass die befragten Allgemeinmediziner*innen nach der sommerlichen Verschnaufpause (Befragungszeitpunkt 2) – in Form von geringeren SARS-CoV-2-Fallzahlen – ein wenig „aufgeatmet“ hatten. Im Winter 2020 (Befragungszeitpunkt 3) hingegen gaben wieder vier von fünf befragten Allgemeinmediziner*innen an, dass das Behandlungsausmaß (viel) zu gering sei (wobei die Unterschiede zu den anderen Erhebungszeitpunkten nicht signifikant waren).

Der österreichische Rechnungshof bestätigte im Dezember 2021, dass in der Regelversorgung (im Jahr 2020) 6,55 Mio. ärztliche Konsultationen weniger stattgefunden hatten als im Jahr zuvor (-6,9%). Der Rückgang an e-card-Konsultationen allein im April 2020 gegenüber April 2019 belief sich auf 38,7%. (Rechnungshof, 2021, S. 20, 25, 164)

2.3 Die Einschätzung in Bezug auf eine mögliche Unterversorgung von Patient*innen seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie

Bei der Frage nach einer möglichen Unterversorgung der Bevölkerung während der SARS-CoV-2-Pandemie fiel die Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen Niederösterreichs im Frühling 2020 deutlich kritischer aus als jene ihrer Kolleg*innen aus den übrigen Bundesländern, die im Spätsommer/Herbst 2020 befragt wurden ($p < 0,001$). Fast jede zweite im Mai/Juni 2020 befragte Person war der Auffassung, dass mindestens die Hälfte ihrer Patient*innen nicht jene Behandlung erfahren würde, die die Patient*innen eigentlich benötigten (siehe Zeitpunkt 1 in **Abbildung 5**). Diese Allgemeinmediziner*innen inkludierten jene 13% der Befragten, die angaben, dass „die meisten“, wenn nicht „annähernd alle ihrer Patient*innen“ fehl- bzw. unterversorgt seien. Weitere 29% dachten, dass „etwa 20-40% ihrer Patient*innen“ nicht die erforderliche Behandlung erhielten und 24% der Befragten waren der Meinung, dass „weniger als 20% Patient*innen“ fehl- bzw. unterversorgt waren.

Abbildung 5 bietet einen Überblick über das pandemiebedingte Ausmaß der Fehlversorgung lt. Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen. **Obwohl im Laufe des Jahres 2020 eine Verbesserung der pandemischen Lage festgestellt wurde, war nach wie vor einer von fünf Mediziner*innen der Auffassung, dass mindestens jeder_jede zweite Patient_in inadäquat versorgt sei!**

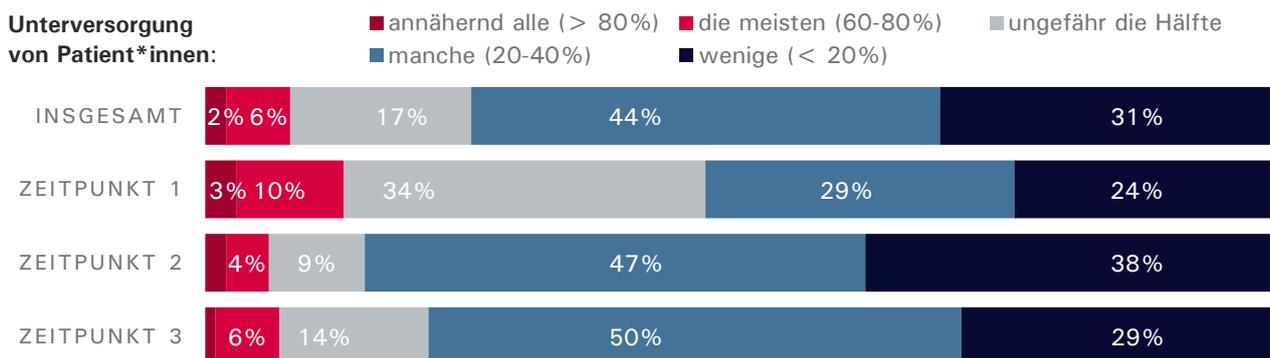


Abbildung 5: Einschätzung in Bezug auf eine mögliche Unterversorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Der Rechnungshof hielt fest, dass „der Rückgang an e-card-Konsultationen im ersten Lockdown erheblich und im zweiten Lockdown deutlich geringer als im ersten Lockdown ausfiel. Es gab jedoch größere Unterschiede nach Fachgruppen (wobei die Allgemeinmedizin den geringsten Rückgang aufwies) und nach Patientengruppen. So sank die Anzahl der e-card-Konsultationen bei den Über-65-Jährigen am wenigsten, bei den Kindern am stärksten.“ (Rechnungshof Österreich, 2021, S.165). Der Rechnungshof wies jedoch darauf hin, dass aufgrund der vorliegenden Datenbasis keine abschließende Aussage darüber möglich war, ob die Bevölkerung ausreichend versorgt worden war.

Als weitere Kennzahl zur Beurteilung der Regelversorgung im extramuralen Bereich zog der Rechnungshof die Verfügbarkeit von Heilmitteln heran. Laut Rechnungshofbericht vom Dezember 2021 konnte Österreichs Gesundheitskasse (ÖGK) keine Hinweise auf systematische (pandemiebedingte)

Engpässe in der Heilmittelversorgung beobachten (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 170). Österreichweit waren hohe Rückgänge bei „der Verordnung von Heilmitteln gegen Infektionskrankheiten zu beobachten (z.B. Schnupfen- und Nasenmittel, Husten- und Erkältungspräparate, Antibiotika). Demgegenüber zeigte sich ein Anstieg insbesondere bei erforderlicher Dauermedikation (z.B. blutstillende, blutdrucksenkende und immunsupprimierende Mittel, Antidiabetika und Mittel zur Behandlung von Krebserkrankungen)“ (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 170). Die Tatsache, dass Heilmittel bei Dauermedikation (angesichts der Ausgangsbeschränkungen) in über den jeweiligen Monatsbedarf hinausgehenden Mengen verschrieben wurden, mag (gepaart mit niedrigeren Konsultationsfrequenzen) die Wahrnehmung der befragten Allgemeinmediziner*innen gefärbt haben.

2.4 Die Einschätzung der Richtigkeit von Beschreibungen der Situation von Patient*innen während des ersten Pandemiejahres

Zu allen Befragungszeitpunkten wurden die Studienteilnehmer*innen aus der extramuralen Gesundheitsversorgung gebeten, vorgegebene Situationsbeschreibungen dahingehend zu bewerten, inwieweit sie auf die aktuelle Lage ihrer Patient*innen zutreffen würden. In diesem Teilabschnitt wird zuerst die Reihung der Szenarien diskutiert, die sich aus den Einschätzungen der befragten Allgemeinmediziner*innen ergeben hat (beginnend mit dem Zutreffendsten). Danach folgt die Darstellung der intertemporalen Komponente der jeweiligen Situationsbeschreibungen über die Befragungszeitpunkte hinweg (sofern statistisch signifikant).

2.4.1 Reihung der Szenarien durch die befragten Allgemeinmediziner*innen

Mit einer geschätzten Realitätstreue von 94% kristallisierte sich im Frühling 2020 die Antwortmöglichkeit **„Patient*innen müssen aufgrund der pandemischen Lage in Kauf nehmen, dass notwendige elektive Behandlungen im stationären Bereich nicht stattfinden“** als Spitzenreiter auf der Liste der „zutreffendsten Situationsbeschreibungen“ heraus. Diese zweifelsfrei subjektive Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen deckt sich jedoch mit den Ergebnissen anderer Studien. Auch der Rechnungshofbericht bestätigt, dass im ersten Pandemiejahr in fondsfinanzierten Krankenanstalten 1,8 Mio. Belegungstage (-15%) und 3,8 Mio. Ambulanzkontakte (-16%) weniger verzeichnet wurden als 2019 (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20, 192). Dabei handelte es sich nicht nur „um Verschiebungen von der Regelversorgung zu COVID-19-Behandlungen, sondern auch um einen Rückgang der Versorgungsleistungen insgesamt“ (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20). Eine Differenzierung nach Pandemiephasen findet sich in Kapitel 2.4.1.

Als zweitzutreffendste Situationsbeschreibung wurde **„Patient*innen gehen aufgrund der Pandemie nicht mehr zu medizinischer Vorsorge und Check-ups“** gereiht (83% der befragten Personen befand diese Antwortmöglichkeit als zutreffend bzw. eher zutreffend). Der österreichische Rechnungshof bestätigt, dass im Jahr 2020 rund 135.000 Vorsorgeuntersuchungen (-10%) weniger stattgefunden haben als 2019 (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20). Auch im stationären und spitalsambulanten Bereich gingen Maßnahmen der Prävention und (Krebs-)Frühdiagnostik zurück. Beispielsweise verzeichnete man im österreichischen Durchschnitt im April 2020 einen 76%-igen Rückgang an

Koloskopien gegenüber dem Vergleichsmonat des Vorjahres (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 181). Ab Juni 2020 erreichten Koloskopien wieder Vorjahreswerte, brachen aber im November/Dezember 2020 erneut ein (-40%). Ein ähnliches Muster war auch für spitalsambulant durchgeführte Mammographien beobachtbar (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 181-182). Eine Differenzierung des Rückgangs nach Pandemiephasen findet der_ die Leser_in in Kapitel 2.4.2.

Die Antwortmöglichkeit **„Patient*innen müssen aufgrund der pandemischen Lage lange Wartezeiten für eine fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen“** wurde mit einer Zustimmungsquote von 83% in Bezug auf ihre Passgenauigkeit ebenfalls zweitgereiht. Auch hier lässt der Rechnungshofbericht vom Dezember 2021 über die Pandemiebewältigung im ersten COVID-19-Jahr positive Rückschlüsse über Gültigkeit und Treffsicherheit der ärztlichen Einschätzung zu. Um ein konkretes Beispiel für fachärztliche Betreuung im Spitalsbereich zu nennen, berichtet der österreichische Rechnungshof im Dezember 2021, dass die Zahl der Spitalsaufenthalte aufgrund von Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen (gegenüber 2019) um 19% zurückgegangen sei – und dass es in diesem Kontext „zu Verlängerungen der Wartezeit und teilweise auch zum Aussetzen des Wartezeitenmanagements“ gekommen sei (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 20). Auch im extramuralen Bereich kam es teilweise zu Wartezeiten (vor allem am Anfang der ersten Welle), obwohl die „Gesamtzahl der kurativen e-card-Konsultationen über alle Fachgebiete betrachtet während des ersten Lockdowns im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen war [...]. Im gesamten Jahr 2020 lag die Zahl der kurativen e-card-Konsultationen um 6,55 Mio. unter dem Wert des Vorjahres (89,20 Mio. gegenüber 95,75 Mio.)“ (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 161). Aufgrund der rückläufigen Nachfrage konnte sich der niedergelassene Bereich schneller wieder erholen als die Spitalsambulanzen (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 193).

Drei von vier Allgemeinmediziner*innen befanden die Antwortmöglichkeit **„Patient*innen entwickeln psychiatrische Störungsbilder (Depression, Angst- und Panikstörungen, suizidale Absichten), die eindeutig auf die Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung (Social Distancing, Ausgangsbeschränkungen, Maskenpflicht, etc.) zurückzuführen sind“** als (eher) zutreffend. Auch das Gesundheitsministerium führte in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung im Juli 2020 aus, dass „es Hinweise auf einen pandemiebedingten Anstieg an psychischen Beeinträchtigungen wie insbesondere Depressionen, Ängsten oder Schlafproblemen gäbe“ (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 193). Der Rechnungshofbericht stellte jedoch fest, dass die Daten der Österreichischen Gesundheitskasse keine „verlässliche Aussage über die Anzahl der betroffenen Personen“ zulassen (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 193).

61% der Allgemeinmediziner*innen wählten die Antwortmöglichkeiten **„Patient*innen trauen sich aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Behandlung in ihre Praxis“** als nächstzutreffend. Auch wenn wir wissen, dass die e-card-Konsultationen (kurative und Vorsorgeleistungen) im Vergleich zum Vorjahr um 6,9% zurückgegangen waren (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 164), liefern die Daten keinen Aufschluss darüber, ob die Angst vor einer Infektion der Grund dafür gewesen ist. Es wird zwar gemutmaßt, dass Angst vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 oder weil Patient*innen das „überlastete System“ nicht noch weiter belasten wollten, Gründe gewesen waren, dass die Zahl der im Herzkatheterlabor behandelten Herzinfarkte von März bis Mai 2020 gegenüber dem Vorjahr österreichweit deutlich (im April um -32 %) zurückgegangen war (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 178).

Dennoch lässt sich Angst vor Ansteckung als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im extramuralen Bereich anhand der verfügbaren Daten weder ausschließen noch bestätigen.

Jeweils 57% der Allgemeinmediziner*innen wählten die Antwortmöglichkeiten **„Patient*innen haben Angst sich in Ihrer Praxis mit dem SARS-CoV-2 Virus zu infizieren“**, **„Patient*innen gehen auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen nicht mehr zur allgemeinmedizinischen Behandlung“** und **„Patient*innen haben Probleme, eine adäquate Behandlung, lege artis, zu erhalten“** als „zutreffend“ bzw. „eher zutreffend“. In diesem Zusammenhang stellte der österreichische Rechnungshof im Dezember 2021 fest, dass die Notfallversorgung insofern von der Pandemie betroffen war, als dass Patient*innen bei Beschwerden und Symptomen mitunter von sich aus die Krankenanstalten nicht aufsuchten (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20). Ferner fanden sich in den für 2020 verfügbaren Daten zwar Argumente für weniger Versorgung, jedoch keine Argumente zur Stützung der Behauptung inadäquater Behandlung. Für weitere Information zu adäquater bzw. inadäquater Behandlung sei auf **Abbildung 4: Einschätzung des Behandlungsausmaßes der allgemeinen medizinischen Versorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen**, auf S. 10 verwiesen.

An nächster Stelle folgte mit 39% die Antwortmöglichkeit **„Patient*innen versterben an vermeidbaren Krankheiten, weil sie keine medizinische Versorgung erhalten“**. Der Zeitraum über das erste (und zweite) Pandemiejahr hinweg wäre schlichtweg zu kurz gewesen, um tatsächlich auf letale Folgen mangelnder Regelversorgung schließen zu können. Daher wäre diese Antwortmöglichkeit auch ein Jahr nach der letzten Umfrage anhand von Daten noch nicht voll zu verifizieren gewesen. Jedoch finden sich in den Versorgungsdaten Indizien, die verständlich machen, wieso zwei von fünf befragten Ärzt*innen zu der Ansicht gelangt waren, dass Patient*innen an vermeidbaren Krankheiten versterben würden.

Beispielsweise gingen 2020 die Spitalsaufenthalte aufgrund von Herzinfarkten um 16% gegenüber 2019 zurück, die Aufenthalte aufgrund von Krebsdiagnosen um 11% und jene aufgrund von psychiatrischen Diagnosen um 16%. (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 20). Aus einschlägigen Publikationen (z.B., Metzler et al., 2020) und von Untersuchungen des Rechnungshofs ist bekannt, dass die rückläufige Entwicklung zum Teil auf „weniger beruflichen Stress oder verminderte körperliche Aktivitäten aufgrund von Isolation und Quarantäne“ zurückgeführt wurde (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 178). Als weiterer Grund wurde die Scheu der Menschen genannt „bei Beschwerden eine medizinische Einrichtung aufzusuchen [weil sie] Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 [gehabt hätten] oder weil sie das „überlastete System“ nicht weiter belasten wollten“ (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 178). Die Auswirkungen eventuell „übergangener“ oder unzureichend behandelter Herzinfarkte waren zum Zeitpunkt der Berichtslegung durch den Rechnungshof im Dezember 2021 „noch nicht abschließend beurteilbar, konnten aber in ungünstigen Langzeitprognosen mit verkürzter Lebenserwartung infolge von Narbenbildungen im Herzmuskelgewebe, Herzschwächen oder auch akuten Todesfällen bestehen“ (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 179). Weiters berichtet der Rechnungshof, dass sich ein „signifikanter Rückgang bei stationär behandelten Notfällen im ersten Lockdown [nicht] nur bei Herzinfarkten [zeigte], sondern [...] auch bei „Magenblutungen“ (obere gastrointestinale Blutung). Eine

Erhebung in österreichischen Krankenanstalten stellte für die Kalenderwoche 14 des Jahres 2020 (im ersten Lockdown) einen Rückgang von rd. 50 % gegenüber der Kalenderwoche 9 vor dem Lockdown fest“. (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 179).

Während mehr als die Hälfte (57%) der befragten Allgemeinmediziner*innen der Meinung war, dass Patient*innen bei akuten Krankheiten, Verletzungen oder Unfällen keine Allgemeinpraxis aufsuchen, waren es nur noch 28% der Befragten, welche der Meinung sind, dass **„Patient*innen eine vermeintliche SARS-CoV-2-Erkrankung ohne ärztlichen Rat auskurieren“**. Nur mehr eine_r von vier Allgemeinmediziner*innen war der Meinung, dass **„Patient*innen aufgrund von Unsicherheit vermehrt nach medizinischer Abklärung suchten“**. Letztgereiht wählten Allgemeinmediziner*innen die Antwortmöglichkeit **„Patient*innen nutzen die Situation aus und lassen sich ungerechtfertigt arbeitsunfähig schreiben“**. Lediglich 21% der Allgemeinmediziner*innen hielten diese Situationsbeschreibung für „zutreffend“ oder „eher zutreffend“.

Tabelle 2: Unterschiede in der Einschätzung der aktuellen Situation der Patient*innen zwischen den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten

Einschätzung der Situation der Patientinnen und Patienten	Gruppenvergleich Frühling NÖ - Sommer Ö	Gruppenvergleich Frühling NÖ - Winter Ö
	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) Mann-Whitney-U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) Mann-Whitney-U-Test
Sie trauen sich aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Behandlung in Ihre Praxis.	0,005	0,026
Sie gehen aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Vorsorge und Check-ups.	0,000	0,000
Sie haben Angst sich in Ihrer Praxis mit Covid-19 zu infizieren.	0,113	0,164
Sie haben Probleme eine adäquate Behandlung, lege artis, zu erhalten.	0,005	0,005
Sie müssen aufgrund der pandemischen Lage lange Wartezeiten für eine fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen.	0,000	0,000
Sie müssen aufgrund der pandemischen Lage in Kauf nehmen, dass notwendige elektive Behandlungen im stationären Bereich nicht stattfinden.	0,000	0,028
Sie gehen auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen nicht mehr zur allgemeinmedizinischen Versorgung.	0,000	0,000
Sie kurieren eine vermeintliche Covid-19 Erkrankung aus, ohne ärztlichen Rat einzuholen.	0,732	0,013
Sie entwickeln psychiatrische Störungsbilder (Depressionen, Angst- und Panikstörungen, suizidale Absichten), die eindeutig auf die Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung (Social Distancing, Ausgangsbeschränkungen, Maskenpflicht,...) zurückzuführen sind.	0,787	0,457
Sie versterben an vermeidbaren Krankheiten, weil sie keine medizinische Versorgung erhalten.	0,014	0,166
Sie sind verunsichert und suchen vermehrt nach medizinischer Abklärung.	0,002	0,028
Sie nutzen die Situation aus und lassen sich ungerechtfertigt arbeitsunfähig schreiben.	0,147	0,074

Die niedergelassenen Mediziner*innen aus Niederösterreich, die im Frühling 2020 befragt wurden, stufte die Situation ihrer Patient*innen in Bezug auf sieben Aussagen signifikant kritischer ein als

jene Allgemeinmediziner*innen aus den übrigen Bundesländern, die im Spätsommer/Herbst und Winter 2020 befragt wurden (**Tabelle 2**). Die Aussagen, die auch tatsächlich statistisch signifikante Unterschiede im Zeitablauf aufweisen, werden im Rest dieses Unterkapitels diskutiert.

2.4.2 Nichtstattfinden notwendiger elektiver Behandlungen im stationären Bereich

Einer von vier im Spätsommer/Herbst 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen und zwei von vier im Winter 2020 Befragten beurteilten die Aussage: "Patient*innen müssen aufgrund der pandemischen Lage in Kauf nehmen, dass notwendige elektive Behandlungen im stationären Bereich nicht stattfinden", mit „trifft zu“ (siehe **Abbildung 6**). Im Mai/Juni 2020 wurde diese Aussage von den Ärzt*innen in Niederösterreich noch zu 63% mit „trifft zu“ beurteilt. Betrachtet man jedoch den Anteil der Befragten, die diese Aussage als (eher) unzutreffend beurteilten (Frühling: 6%, Spätsommer/Herbst: 30%, Winter: 11%), **wird die Abhängigkeit der elektiven Versorgungskapazität vom aktuellen Pandemiegeschehen deutlich.**

"Patient*innen müssen aufgrund der pandemischen Lage in Kauf nehmen, dass notwendige elektive Behandlungen im stationären Bereich nicht stattfinden."



Abbildung 6: Einschätzung in Bezug auf die Verfügbarkeit elektiver Behandlungen während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Der Rechnungshofbericht besagt: „Die Ambulanzkontakte gingen im Jahr 2020 um 16% (3,8 Mio.) gegenüber dem Jahr 2019 zurück, im April betrug der Rückgang 55%. Bei den überprüften Krankenanstaltenträgern bewegte sich der Rückgang für das ganze Jahr 2020 in einer Bandbreite von 3% bis 19%, auch hier mit dem Tiefstwert im April mit einer Bandbreite von 40% bis 67%. Die Notfallambulanzen waren weniger betroffen als Termin- oder Spezialambulanzen. In den Termin- oder Spezialambulanzen wurden Nachsorgeintervalle verlängert und Behandlungen oder Untersuchungen verschoben, abgesagt oder durch telemedizinische Leistungen (Telefonate, teilweise auch Videokonferenzen) ersetzt.“ (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 175)

2.4.3 Unzureichende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Die Antwortmöglichkeit „Patient*innen gehen aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Vorsorge und Check-ups“ wurde noch im Frühling 2020 zu 52% mit „trifft zu“ beurteilt, im Spätsommer/Herbst und Winter 2020 hingegen nur mehr zu jeweils 20% bzw. 26% (siehe **Abbildung 7**) –

möglicherweise ein Indiz für den Einzug einer „neuen Normalität“ während Zeiten der Pandemie. Es sei in diesem Zusammenhang hervorgehoben, dass der **Anteil der Ärzt*innen, die meinen, dass die Möglichkeit von Vorsorgeuntersuchungen (eher) ausreichend wahrgenommen wird, maximal 31% beträgt**. Wichtig ist, die sogenannte „Normalität“ nicht mit dem „wünschenswerten Zustand“ zu verwechseln.

"Patient*innen gehen wegen der Pandemie nicht mehr zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Check-ups."

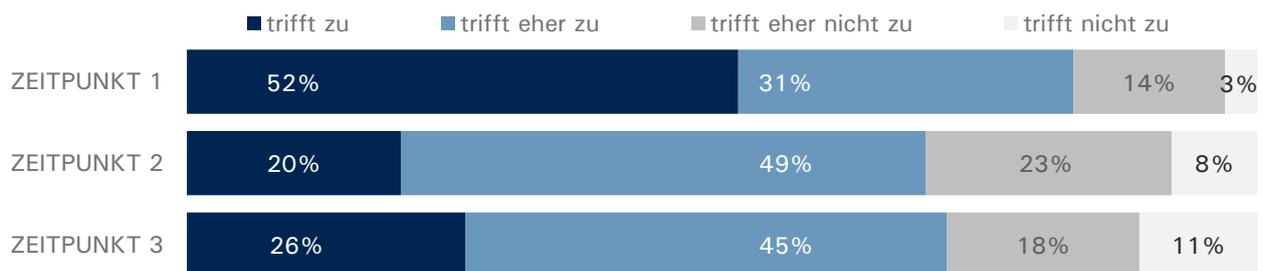


Abbildung 7: Einschätzung in Bezug auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Am Anfang dieses Kapitels wurde bereits festgehalten, dass im ersten Pandemiejahr rund 10% weniger Vorsorgeuntersuchungen im niedergelassenen Bereich stattgefunden hätten als im Jahr zuvor (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 20). Auch wurde bereits berichtet, dass auch im stationären und spitalambulanten Bereich die Maßnahmen der Krebsfrüherkennung und -diagnostik um rund dreiviertel der Vorjahresnachfrage zurück gegangen seien (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 182). Die Einbrüche im April und November 2020 (also während der Lockdowns) waren am massivsten, blieben aber auch in den anderen Monaten unter den Vorjahreszahlen (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 180).

2.4.4 Lange Wartezeiten für fachärztliche Behandlung

Fast die Hälfte der im Frühling 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen hielt die Aussage: „Patient*innen müssen aufgrund der pandemischen Lage lange Wartezeiten für fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen“ für zutreffend. Ihre Kolleg*innen aus den Bundesländern hielten diese Aussage im Spätsommer/Herbst 2020 nur mehr mit 30% und im Winter 2020 mit 26% für zutreffend (siehe **Abbildung 8**). **Nach Einschätzung der praktischen Ärzt*innen wurde demnach der Zugang zu fachärztlicher Behandlung im Laufe des Jahres „reibungsfreier“**. Natürlich implizierten „kürzere Wartezeiten“ (im Vergleich zu jenen vor SARS-CoV-2) nicht notwendigerweise, dass wieder größere Kapazitäten verfügbar waren, sondern auch, dass weniger Patient*innen fachärztliche Behandlung in Anspruch nahmen. Dennoch sei festgehalten, dass Fachärzt*innen ähnlich wie Allgemeinmediziner*innen den Praxisbetrieb nach der ersten Welle angepasst hatten, besser mit Schutzausrüstung ausgestattet waren und wieder alle Patient*innen, nicht nur Not- und Akutfälle, behandelten. Diesbezüglich konnte sich die fachärztliche Versorgung schneller an die neue Situation anpassen als der Krankenhausbereich.

"Patient*innen müssen aufgrund der Pandemie lange Wartezeiten für fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen."

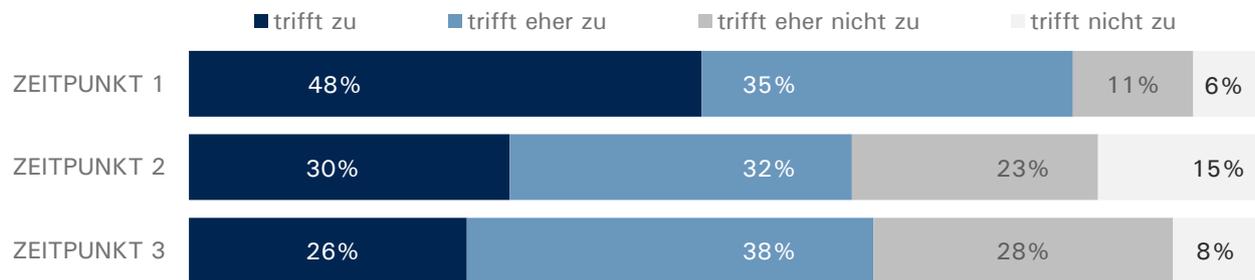


Abbildung 8: Einschätzung in Bezug auf Wartezeiten für fachärztliche Behandlung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Die Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen wird vom österreichischen Rechnungshof bestätigt. Dieser berichtet, dass der Rückgang der kurativen e-card-Konsultationen über das erste Halbjahr 2020 hinweg 11% betrug, über das zweite Halbjahr 2020 hinweg nur mehr 2,4% (jeweils im Vergleich zum Vorjahr). In Summe ergab sich daher für 2020 ein Rückgang von 6,8%. Außerdem sei die „Gesamtzahl der kurativen e-card-Konsultationen über alle Fachgebiete betrachtet während des ersten Lockdowns im Jahr 2020 deutlich zurück[gegangen war] [wenn auch mit eindeutigen Variationen je nach Fachgebiet] und [... betrug] zwischen 16. März und 14. April etwa die Hälfte der Vorjahreswerte. Von Kalenderwoche 12 bis 21 (16. März bis 24. Mai) war die Anzahl der kurativen e-card-Konsultationen gegenüber dem Vorjahr um 6,38 Mio. geringer (12,73 Mio. statt 19,11 Mio.)“. (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 161)

2.4.5 Angst vor dem Praxisbesuch

Im Frühling 2020 befanden 23% der Allgemeinmediziner*innen die Aussage „Patient*innen trauen sich aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Behandlung in ihre Praxis“ als zutreffend. Im Spätsommer/Herbst und Winter waren es nur mehr jeweils 12% bzw. 14% (siehe **Abbildung 9**).

"Patient*innen trauen sich aufgrund der Pandemie nicht mehr zur medizinischen Behandlung in Ihre Praxis."

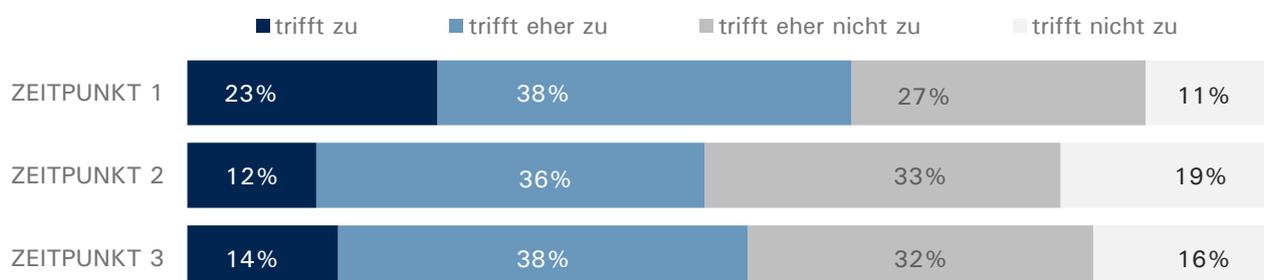


Abbildung 9: Einschätzung in Bezug auf Vorbehalte, die Praxis zu besuchen, während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Die signifikante Reduktion der geschätzten Vorbehalte die ärztliche Praxis zu besuchen, könnte als Signal in Bezug auf eine erhöhte Anpassungsbereitschaft bzw. Anpassungsfähigkeit der Bevölkerung interpretiert werden oder als Indiz für eine generelle Unwilligkeit Pandemierestriktionen durchgängig zu befolgen. Letzteres ist wahrscheinlicher, da die Angst der „Patient*innen sich in der Praxis mit SARS-CoV-2 anzustecken“ über das Jahr 2020 hinweg von durchschnittlich 51% der befragten Mediziner*innen als zutreffend bzw. eher zutreffend befunden wurde – ohne im Jahresverlauf statistisch signifikanten Änderungen unterworfen zu sein.

2.4.6 Mangelnde adäquate Versorgung

Die Befürchtung, Patient*innen hätten Probleme, eine adäquate Behandlung lege artis zu erhalten, erwies sich über das Pandemiejahr 2020 hinweg als rückläufig. Im Frühling 2020 befanden noch 17% der befragten Allgemeinmediziner*innen diese Aussage als zutreffend, im Spätsommer/Herbst 2020 nur mehr 7% und im Winter 8% (siehe **Abbildung 10**). **Dies kann sehr vorsichtig als weiteres Indiz dafür interpretiert werden, dass sich das Primärversorgungssystem hin zu einer neuen Normalität entwickelt.**

Die Tatsache, dass Patient*innen mit Dauermedikationen für Lockdown-Phasen Verschreibungen erhielten, die bei weitem über eine Monatsdosis hinausgingen, legt den Schluss nahe, dass diese Patient*innen auch weniger oft (wenn überhaupt) in die Praxis kamen. Letztes macht absolut Sinn, da es sich bei diesen „Dauermedikationen“ oftmals um Patient*innen mit chronischen Erkrankungen handelte, die im Fall einer COVID-19-Infektion einem wesentlich höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt waren. Es wäre denkbar, dass die befragten Ärzt*innen diesen Mangel an Kontinuität (in Monitoring und Interaktion) als eine Verringerung adäquater Versorgung empfanden.

"Patient*innen haben Probleme, eine adäquate Behandlung lege artis zu erhalten."

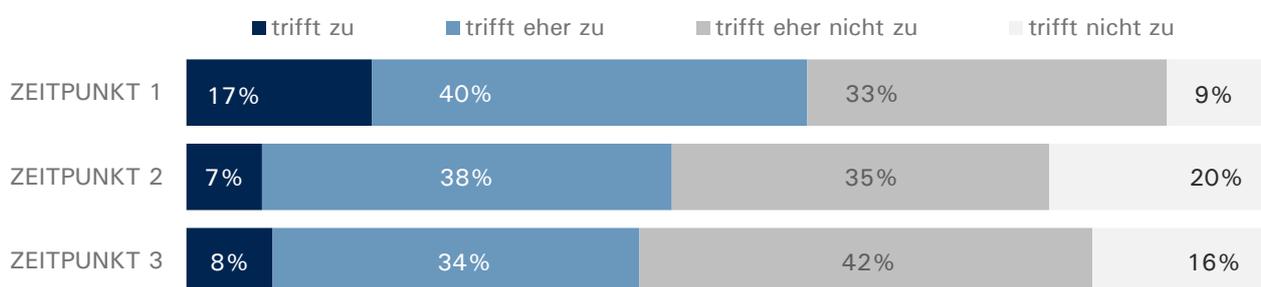


Abbildung 10: Einschätzung in Bezug auf die Verfügbarkeit adäquater Versorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

2.4.7 Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgung im Akutfall

Die Aussage „Patient*innen gehen auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen nicht mehr zur allgemeinmedizinischen Versorgung" wurde im Frühling 2020 von 57%, im Spätsommer/Herbst und Winter von jeweils 35% und 38% als (eher) zutreffend bewertet (siehe **Abbildung 11**). **Auch die signifikante Reduktion der Vorbehalte bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen kann als Signal für eine Rückkehr zu einem gewissen Grad an „Normalität“ angesehen werden.**

"Patient*innen gehen auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen nicht mehr zur allgemeinmedizinischen Versorgung."

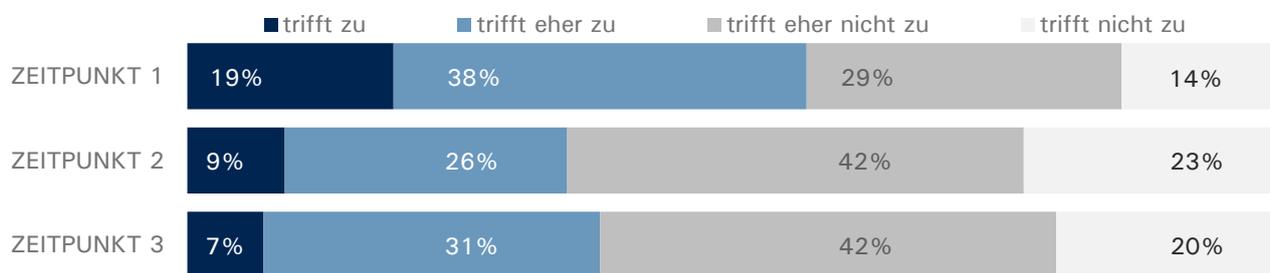


Abbildung 11: Einschätzung in Bezug auf Vorbehalte, medizinische Versorgung im Akutfall wahrzunehmen, während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen

Dennoch ist die Verwendung des Begriffs der „neuen Normalität“ mit Vorsicht zu genießen. Immerhin sind (über 2020 hinweg gemittelt) drei von vier Allgemeinmediziner*innen (eher) der Auffassung, dass ihre Patient*innen psychiatrische Störungsbilder entwickeln würden, die auf die Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung zurückzuführen sind.

2.4.8 Vermehrter Abklärungsbedarf der Patient*innen

Darüber hinaus beobachteten Allgemeinmediziner*innen, die im Spätsommer/Herbst 2020 (13%) und Winter 2020 (13%) befragt wurden, verstärkt, dass Patient*innen verunsichert waren und vermehrt medizinische Abklärung gesucht hatten (siehe **Abbildung 12**). Im Frühling 2020 hatten diese Befürchtung nur 6% der befragten Allgemeinmediziner*innen. **Der Besuch eines Arztes oder einer Ärztin hat somit im Laufe des Pandemiejahres 2020 wieder an Bedeutung in Bezug auf die medizinische Abklärung gewonnen.** Dies ist sehr begrüßenswert. Wissen wir doch aus der hier diskutierten Studie, dass durchschnittlich 31% der Befragten befürchteten, dass ihre Patient*innen an vermeidbaren Krankheiten verstürben, weil sie nicht die entsprechende medizinische Versorgung erhalten hatten.

"Patient*innen sind verunsichert und suchen vermehrt nach medizinischer Abklärung."

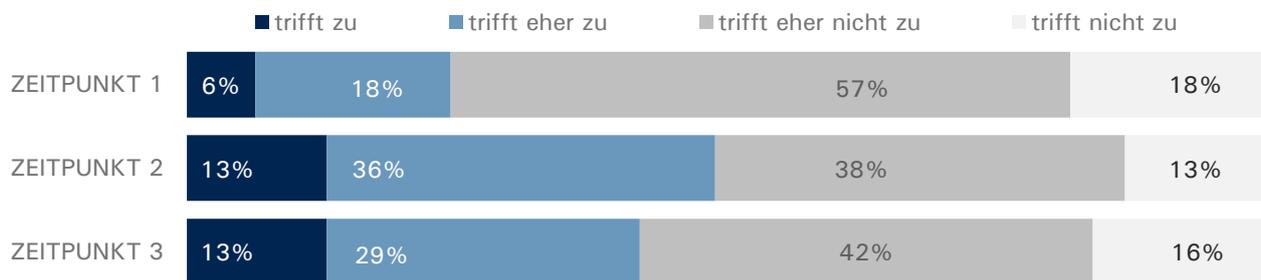


Abbildung 12: Einschätzung in Bezug auf die Neigung von Patient*innen medizinische Abklärung zu erhalten

2.5 Einschätzung des Praxisbetriebes während der Pandemie

Dieser Abschnitt widmet sich der Selbsteinschätzung der Richtigkeit von Aussagen zu Schutzmaßnahmen und Praxisausstattung von Seiten der Studienteilnehmer*innen.

2.5.1 Austausch innerhalb der Ärzt*innenschaft und Unterstützung durch die Behörden

Abbildung 13 zeigt, dass die Abstimmung und der Informationsaustausch innerhalb der Ärzt*innenschaft hinsichtlich der SARS-CoV-2-Maßnahmen und -Behandlung von mehr als der Hälfte der befragten Allgemeinmediziner*innen für „sehr gut“ oder zumindest „gut“ befunden wurden. Es gibt jedoch Raum für Verbesserungen. So empfahl der österreichische Rechnungshof einen gut etablierten (bidirektionalen) Informationsaustausch und die verpflichtende Zusammenarbeit von Gesundheitskasse(n), Krankenhäusern und Gesundheitsämtern, um in einer Gesundheitskrise die verfügbaren Ressourcen bestmöglich einzusetzen (Rechnungshof Österreich, 2021, S. 23,129,217,221).

Zu Beginn der Pandemie war das österreichische Gesundheitsministerium davon ausgegangen, dass die Österreichische Gesundheitskasse den niedergelassenen Bereich weiterhin autonom regulieren würde. Dennoch wurde diese (auf Landesebene) nicht systematisch in das nationale Pandemiemanagement integriert. Auf Bundesebene gab es gar keine Integration und die Ressourcen der Primärversorgung wurden daher auch nicht für die Seuchenbekämpfung verwendet. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die hausärztlichen Bewertungen der Unterstützung durch staatliche Gesundheitsbehörden schlecht abschnitten (siehe **Abbildung 14**) und die Einhaltung der Seuchenbekämpfungsmaßnahmen durch die Öffentlichkeit im Laufe der Zeit nachließ (Łaszewska et al., 2021). Unbestreitbar ist die starke Trennung zwischen Regelversorgung und Gesundheitsbehörden eine Schwäche des österreichischen Gesundheitssystems (Haldane et al., 2021; Muldoon et al., 2006).

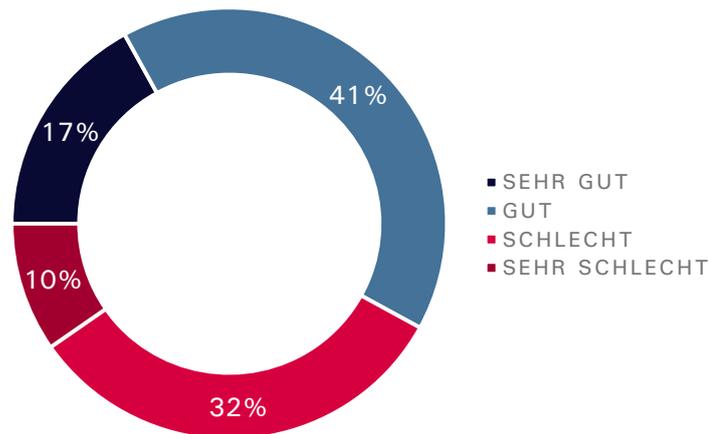


Abbildung 13: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Qualität von Abstimmung und Austausch hinsichtlich der SARS-CoV-2 Maßnahmen und Behandlung innerhalb der Ärzt*innenschaft

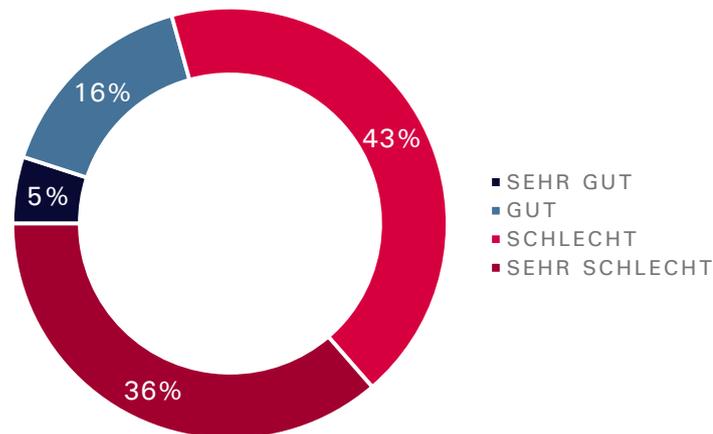


Abbildung 14: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Qualität der Unterstützung von Seiten der zuständigen Behörden hinsichtlich der COVID-19-Schutzmaßnahmen

Die vorliegende Studie betont ebenfalls die Notwendigkeit einer besseren Integration von Primärversorgung und Public Health, um die Widerstandsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu stärken und die Versorgungsqualität im Krisen- oder Katastrophenfall zu sichern (Kinder et al., 2021). Konkret sprechen die Ergebnisse der Studie für eine stärkere Einbindung von Hausärzt*innen in die österreichische Gesundheitsplanung.

Letztlich sei erwähnt, dass die Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen – sowohl zum Thema „Abstimmung innerhalb der Ärzt*innenschaft bezüglich Covid-19-Maßnahmen und Behandlung“ (15-21%: „sehr gut“) als auch zur „Zufriedenheit mit der Unterstützung der zuständigen Behörden“ (5%: „sehr gut“) – über den zeitlichen Verlauf der Pandemie keine statistisch signifikanten Unterschiede aufwiesen. In anderen Worten: Es gab über das erste Pandemiejahr hinweg keine Tendenzen in Richtung Verbesserung von Koordination, Kooperation oder Informationsaustausch.

2.5.2 Vorbereitung auf die Anforderungen einer Pandemie

Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich, die im Frühling 2020 befragt wurden, fühlten sich signifikant schlechter gegen die Pandemie gewappnet als die Allgemeinmediziner*innen aus den übrigen Bundesländern, die im Spätsommer/Herbst und Winter 2020 befragt wurden ($p < 0,01$).

Im Frühling fanden nur 12% der Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich, dass sie „sehr gut“ gegen die Pandemie gewappnet seien. Im Spätsommer/Herbst 2020 beantworteten ihre Kolleg*innen aus den anderen Bundesländern diese Frage zu 19% mit „sehr gut“, im Winter 2020 sogar zu 25%. **Abbildung 15** zeigt sehr eindrucksvoll, wie die Einschätzung gegen die Pandemie adäquat gewappnet zu sein, im Jahresverlauf 2020 gestiegen ist. Dieses Resultat ist umso bemerkenswerter als Befragungszeitpunkt 2 vor der zweiten Welle lag, während Zeitpunkt 3 inmitten der anforderungsreichen Zeit vor Weihnachten 2020 angesiedelt war – und mehrheitlich durch als schlecht empfundene Unterstützung der zuständigen Behörden charakterisiert wurde (siehe **Abbildung 14**).

Wie fühlen Sie sich aus medizinischer Sicht gegen die Pandemie gewappnet?

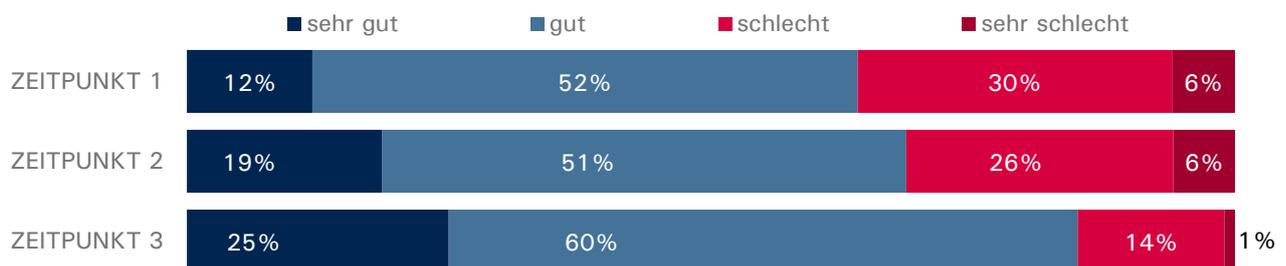


Abbildung 15: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf den Grad der Vorbereitung für die Anforderungen einer Pandemie

2.5.3 Praxisausstattung mit allgemeiner SARS-CoV-2-Schutzausrüstung

Hinsichtlich der Praxisausstattung mit allgemeiner SARS-CoV-2-Schutzausrüstung (wie etwa einem viruziden Desinfektionsmittel oder Mund-Nasen-Schutz) können hoch signifikante Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten beobachtet werden ($p < 0,001$). Mitglieder von Arztpraxen, die im Spätsommer/Herbst und Winter 2020 befragt wurden, gaben an, besser mit allgemeiner SARS-CoV-2-Schutzausrüstung ausgestattet zu sein, als jene Arztpraxen in Niederösterreich, die im Mai/Juni 2020 zu Wort kamen. Mit „sehr gut“ wurde diese Frage im Frühling 2020 nur zu 40% beantwortet. Im Spätsommer/Herbst waren es 42% bzw. 67% im Winter 2020 (siehe **Abbildung 16**).

Wie gut ist Ihre Praxis mit allgemeiner Sicherheitsausrüstung (viruzide Desinfektionsmittel und Mund-Nasen-Schutz) ausgestattet?

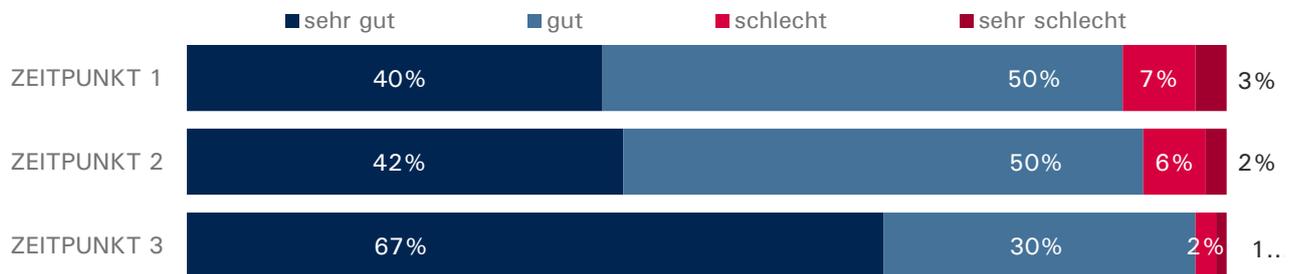


Abbildung 16: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit allgemeiner SARS-CoV-2 Schutzausrüstung

2.5.4 Praxisausstattung mit spezieller SARS-CoV-2-Schutzausrüstung

Signifikante Verbesserungen konnten in der Praxisausstattung mit spezieller Schutzausrüstung wie FFP2 Masken, FFP3 Masken oder Schutzkleidung über das Pandemiejahr 2020 hinweg beobachtet werden ($p < 0,001$). 18% der im Frühling 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich beantworteten diese Frage mit „sehr gut“ (siehe **Abbildung 17**). Hingegen beantworten 43% ihrer Kolleg*innen aus den Bundesländern diese Frage im Winter 2020 mit „sehr gut“.

Wie gut ist Ihre Praxis mit spezieller Sicherheitsausrüstung (FFP2 oder FFP3 Masken sowie Schutzkleidung)?

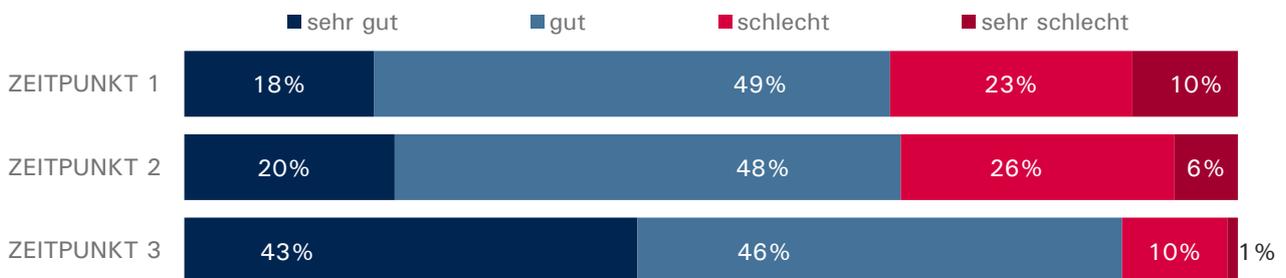


Abbildung 17: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit spezieller SARS-CoV-2 Schutzausrüstung

2.5.5 Praxisausstattung mit SARS-CoV-2-Tests

In Bezug auf SARS-CoV-2-Tests (d. h., PCR-Tests, Antikörpertests und Schnelltests) waren niederösterreichische Allgemeinpraxen im Frühling 2020 besser ausgestattet als österreichische Allgemeinpraxen im Spätsommer/Herbst 2020, aber signifikant schlechter ausgestattet als österreichische Allgemeinpraxen im Winter 2020 ($p < 0,001$). Mehr als 80% der im Winter 2020 befragten Allgemeinmediziner*innen gaben an, mit SARS-Cov-2-Tests „sehr gut“ oder „gut“ versehen zu sein (siehe **Abbildung 18**).

Wie gut ist Ihre Praxis mit Covid-19 Tests (PCR Test, Antikörpertest, Schnelltest) ausgestattet?

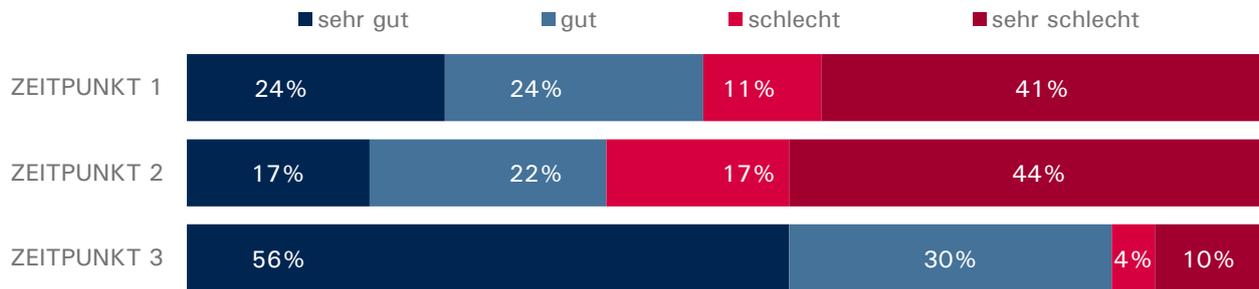


Abbildung 18: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit SARS-CoV-2-Tests

2.6 Anmerkungen der Studienteilnehmer*innen zur medizinischen Versorgungsqualität im ersten Pandemiejahr

Den Studienteilnehmer*innen wurde anhand zweier offen formulierter Fragen die Möglichkeit gegeben, eine eigene Stellungnahme zur medizinischen Versorgungsqualität abzugeben. Studienteilnehmer*innen konnten dazu in einem freien Textfeld Kommentare und Meinungen eintragen.

In der ersten offen formulierten Frage wurden Studienteilnehmer*innen gebeten anzugeben, was sich konkret bei der Behandlung von Patient*innen verbessert hatte. 5,94 % aller Studienteilnehmer*innen nutzen die Möglichkeit, Verbesserungen bei der Behandlung von Patient*innen zu nennen. Meist wurden mehrere Punkte aufgelistet. Jedes genannte Thema wurde jeweils einer thematisch zugehörigen Kategorie (= Code) zugewiesen. Eine Übersicht über die von den Studienteilnehmer*innen genannten Verbesserungen in der Behandlung von Patient*innen findet sich in **Tabelle 3**. Ebenfalls werden in Tabelle 3 die absoluten und relativen Häufigkeiten der angeführten Verbesserungen angegeben.

Verbesserungen wurden vor allem im Bereich der Behandlungsqualität gesehen (57,8 %). Hier berichteten Studienteilnehmer*innen im Spätsommer/Herbst 2020 und Winter 2020 von einer erhöhten Behandlungssicherheit durch mehr Wissen über COVID-19 und Schutzmöglichkeiten. Studienteilnehmer*innen führen im Winter 2020 bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten für COVID-19-Patient*innen an. Darüber hinaus berichteten Studienteilnehmer*innen (hauptsächlich im Winter 2020), dass sie aufgrund der gesunkenen Besuchsfrequenzen mehr Zeit für einzelne Patient*innen haben. Andere merken positiv an, dass sich die Zahl der unnötigen Konsultationen oder Untersuchungen verringert hatte.

Des Weiteren wurde von Verbesserungen im Praxisbetrieb oder dem Arbeitsumfeld berichtet (42,2 %). Diese Verbesserungen bezogen sich auf erhöhten Infektionsschutz und auf Tele Health-Aspekte wie elektronische Medikamentenverschreibungen oder telefonische Visiten. Auch bei dieser Kategorie stammten die Themen größtenteils von Studienteilnehmer*innen von Spätsommer/Herbst 2020 und

Winter 2020. Studienteilnehmer*innen ist es demnach gelungen, sich an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen und die Patient*innenversorgung sicher zu stellen.

Tabelle 3: Von Studienteilnehmer*innen aufgezählte Verbesserungen in der Behandlung von Patient*innen während der Pandemie

Codes und Sub-Codes	Häufigkeit Codes und Sub-Codes	Häufigkeit Sub-Codes 2. Ordnung	Prozent Codes und Sub-Codes
1. Behandlungsqualität	26		57,78%
1.1 Erhöhte Sicherheit durch mehr Wissen über Covid und Schutzmöglichkeiten	4		8,89%
1.2 Bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten Covid-PatientInnen	9		20,00%
1.3 Mehr Zeit für PatientInnen	6		13,33%
1.4 Reduktion unnötiger Konsultationen/Untersuchungen	3		6,67%
1.5 Überweisungen Facharzt, KH wieder möglich	2		4,44%
1.6 Wegfall Medikamentenbewilligungen	1		2,22%
	1		2,22%
2. Praxisbetrieb, Arbeitsumfeld	19		42,22%
2.1 Infektionsschutz	14		31,11%
2.1.1 Schutzausrüstung, Hygienestandards		6	
2.1.2 Trennung Infektpatienten und Nicht-Covid-PatientInnen		2	
2.1.3 Terminvergabe, weniger Personen im Wartezimmer		6	
2.2 Telehealth	5		11,11%
2.2.1 Technische Aufrüstung		1	
2.2.2 Elektronische Medikamentenverschreibungen		2	
2.2.3 Telefonische Visiten		1	
Summe aller Codes	45		100%

In der zweiten offenen Frage wurden Studienteilnehmer*innen danach befragt, was sich konkret bei der Behandlung von Patient*innen verschlechtert hätte. Die Hälfte der Befragten (50,8%) hat bei dieser Frage Anmerkungen eingetragen. Auch bei dieser Frage haben die meisten Studienteilnehmer*innen mehrere Punkte aufgelistet. **Tabelle 4** bietet eine Übersicht über die von den Studienteilnehmer*innen genannten Verschlechterungen. Am häufigsten wurden Einschränkungen im Zugang zu medizinischen Leistungen genannt (33,1%). Die größte Kategorie innerhalb der Einschränkungen bilden Anmerkungen über Schwierigkeiten im Zugang zu Krankenhausleistungen (18,1 %). Als problematisch erachteten es die Studienteilnehmer*innen, dass Untersuchungen in Spezialambulanzen nicht oder nur mit Verzögerungen durchgeführt wurden. Ebenso problematisch sahen die Studienteilnehmer*innen die Absage oder Verschiebung von Operationen. Mehrheitlich stammten die Meldungen über eingeschränkte Leistungserbringung im Krankenhaus von befragten Ärzt*innen im Winter 2020, gefolgt von Studienteilnehmer*innen im Frühling 2020. Erkennbar ist ein zeitlicher Kontext. Die dritte Befragungsrunde wurde während der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020 durchgeführt, in der die höchste Übersterblichkeit in Österreich verzeichnet wurde (vgl. Abbildung 1, S. 14). Die Anmerkungen der Studienteilnehmer*innen lassen darauf schließen, dass wenig Verständnis aufgebracht wurde, dass auch

in der zweiten Welle der Krankenhausbetrieb nur langsam an das Pandemiegeschehen angepasst werden konnte und Patient*innen mit Nicht-Covid-Erkrankungen Einschränkungen hinnehmen mussten. Die wenigsten Anmerkungen stammen von Teilnehmer*innen im Spätsommer/Herbst 2020 nach der sommerlichen Verschnaufpause im pandemischen Geschehen.

Ebenfalls wurde angemerkt, dass fachärztliche Untersuchungen und Kontrollen nicht oder verzögert durchgeführt wurden (6,7%). Anmerkungen zur eingeschränkten fachärztlichen Verfügbarkeit stammen mehrheitlich aus dem Frühling 2020 und sinken sukzessiv in den nachfolgenden zwei Befragungszeiträumen. Dieses Meinungsbild stimmt mit der Frage zu den fachärztlichen Wartezeiten (**Abbildung 8**, S. 18) überein.

Darüber hinaus erachteten es Studienteilnehmer*innen als problematisch, dass Patient*innen aus Angst vor Ansteckung medizinische Einrichtungen mieden (17,4 %) und teilweise erst zu spät bzw. mit fortgeschrittenen Beschwerden und Erkrankungen medizinische Leistungen in Anspruch nahmen. Interessanterweise stammt die Mehrheit der Anmerkungen von Studienteilnehmer*innen aus der Befragung im Winter 2020. Hier zeigt die Auswertung der offenen Frage ein anderes Meinungsbild als die Auswertung der thematisch ähnlich formulierten Frage aus **Abbildung 9** (S. 17), bei der die Mehrheit der Studienteilnehmer*innen im Frühling 2020 über Ängste der Patient*innen berichten. Eine mögliche Begründung für das Antwortverhalten könnte sein, dass manche Studienteilnehmer*innen schwer nachvollziehen konnten, dass manche Patient*innen trotz verbessertem Infektionsschutz und Aufklärungsarbeit den Praxisbesuch mieden.

Die gesunkene Behandlungsqualität wurde häufig mit dem Vermeidungsverhalten der Patient*innen sowie mit Einschränkungen im Zugang zu sekundären und tertiären Versorgungsleistungen in Verbindung gebracht. Einerseits berichteten Studienteilnehmer*innen, dass viele ihrer Patient*innen den Praxisbesuch aus Angst vor einer möglichen Ansteckung vermieden oder hinauszögerten. Andererseits wurden Einschränkungen im Zugang zu Facharzt/Fachärztinnenleistungen, Ambulanzleistungen und Krankenhausleistungen wahrgenommen. Dies führte nach Ansicht der Studienteilnehmer*innen zu Verzögerungen bei der Diagnose und Behandlung von Patient*innen.

Einige Studienteilnehmer*innen erwähnten Einschränkungen bzw. die Vernachlässigung von vulnerablen Gruppen (5%), wie ältere pflegebedürftige Personen, onkologische Patient*innen, chronisch Kranke und Kinder. Diesbezügliche Anmerkungen stammen am häufigsten von Studienteilnehmer*innen aus der Befragung im Spätsommer/Herbst 2020 und am wenigsten von Studienteilnehmer*innen aus der Befragung im Winter 2020. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass durch Faktoren wie der Aufklärungsarbeit der Ärzt*innen, dem verbesserten Infektionsschutz in den Praxen oder der gestiegenen Erfahrung mit Telekonsultationen die Betreuung vulnerabler Gruppen verbessert werden konnte.

Tabelle 4: Von Studienteilnehmer*innen aufgezählte Verschlechterungen in der Behandlung von Patient*innen während der Pandemie

Codes und Sub-Codes	Häufigkeit	Prozent
1. Eigenes Arbeitsumfeld/Arbeitsbedingungen	35	7,53%
1.1 Erhöhter administrativer/organisatorischer Aufwand	19	4,09%
1.2 Verschlechterung Kooperation/Kommunikation Ärzteschaft	8	1,72%
1.3 Mangelnde Akzeptanz der Schutzmaßnahmen seitens Patienten	3	0,65%
1.4 Erhöhter Betreuungsaufwand	2	0,43%
1.5 sonstige Belastungsfaktoren	3	0,65%
2. Patientenverhalten	102	21,94%
2.1 Angst, Unsicherheit generell	15	3,23%
2.2 Meidung medizinischer Hilfe aus Angst vor Ansteckung	81	17,42%
2.3 Psychische Belastungen und Komorbidität	4	0,86%
2.4 Sonstiges	2	0,43%
3. Zugang zu medizinischen Leistungen	154	33,12%
3.1 Einschränkung, Unterversorgung im Gesundheitssystem	4	0,86%
3.2 Einschränkungen sekundäre Versorgung (Facharzt, Ambulanzen, Krankenhaus)	14	3,01%
3.3 Eingeschränkter Zugang Krankenhaus	84	18,06%
3.4 Eingeschränkter Zugang Facharzt	31	6,67%
3.5 Erreichbarkeit/Absagen/Verschiebungen Reha, Physio	11	2,37%
3.6 Eingeschränkte Zugänglichkeit zur Praxis	5	1,08%
3.7 Sonstige Einschränkungen	5	1,08%
4. Behandlungsqualität	132	28,39%
4.1 Schwierigkeiten Aufrechterhaltung Arzt-Patientenbeziehung	45	9,68%
4.2 Verzögerungen bei der medizinischen Leistungserbringung	34	7,31%
4.3 Ausfall/Verringerung Vorsorge-, Routineuntersuchung, Kontrollen	30	6,45%
4.4 Verschlechterung/Einschränkungen bei vulnerablen Gruppen	23	4,95%
5. Pandemiemanagement	37	7,96%
5.1 Berichterstattung durch Medien, Politik oder Behörden	16	3,44%
5.2 Fokussierung auf Covid, Abschirmung der Krankenhäuser	12	2,58%
5.3 Handling der Behörden (Absonderung, Bescheidzustellungen)	6	1,29%
5.4 Fehlende Leitlinien, Fortbildung für Allgemeinmedizin	2	0,43%
5.5 Schutzausrüstung zu spät erhalten	1	0,22%
6. Sonstiges: Verzögerungen allgemein	1	0,22%
7. keine Verschlechterung	4	0,86%
Summe aller Codes	465	100%

Die Anmerkungen der Studienteilnehmer*innen lassen erkennen, dass großer Wert auf den persönlichen Kontakt mit Patient*innen gelegt wurde. Beispielsweise wurden Schutzmasken als wichtig für die Sicherheit von Personal und Patient*innen erachtet (enthalten in Code 2.1.1. **Tabelle 3**). Andererseits wurden Schutzmasken als störend für die Kommunikation und die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen angesehen (enthalten in Code 4.1 **Tabelle 4**).

2.7 Befürchtungen der Ärzt*innen im ersten Pandemiejahr

Im Zuge der Befragung konnten sich die Studienteilnehmer*innen auch zu den Befürchtungen äußern, mit denen sie sich während der SARS-CoV-2-Pandemie herumgeschlagen hatten. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. **Abbildung 19** liefert einen Überblick über die gewählten Antwortmöglichkeiten der niederösterreichischen Allgemeinmediziner*innen.

"Ich befürchte, dass

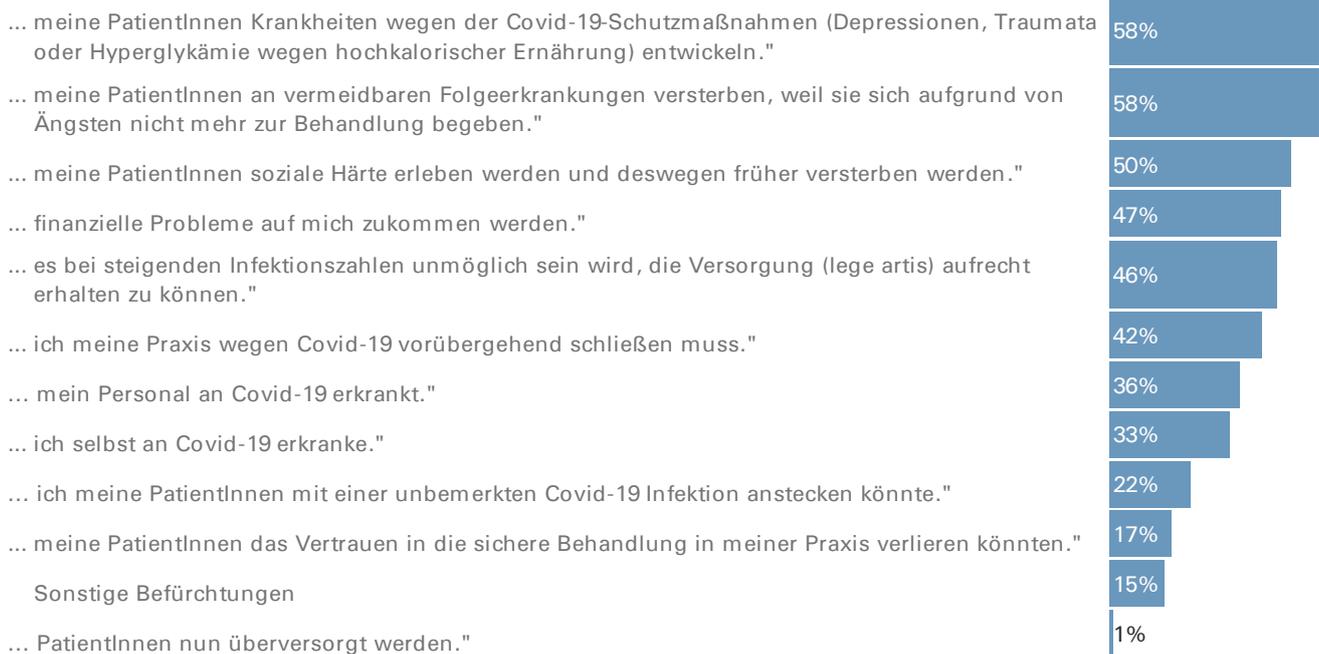


Abbildung 19: Befürchtungen der befragten niederösterreichischen Allgemeinmediziner*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie

58% der Allgemeinmediziner*innen identifizierte sich mit der Befürchtung, dass ihre „Patient*innen Krankheiten wegen der SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen (wie Depressionen, Traumata oder Hyperglykämie wegen hochkalorischer Ernährung) entwickeln“. **Ebenso gaben 58% der Befragten an, zu befürchten, dass ihre „Patient*innen an vermeidbaren Folgeerkrankungen versterben, weil sie sich aufgrund von Ängsten nicht mehr zur Behandlung begeben“.** Die Hälfte aller befragter Allgemeinmediziner*innen wählte die Befürchtung, dass ihre „Patient*innen soziale Härte erleben werden und deswegen früher versterben könnten“. Danach folgten persönliche Befürchtungen, wie zum Beispiel, dass „finanzielle Probleme auf mich zukommen werden“ (47%) oder, dass „es bei steigenden Infektionszahlen unmöglich sein wird, die Versorgung (lege artis) aufrecht erhalten zu können“ (46%).

In einem offenen Antwortfeld konnten Studienteilnehmer*innen zusätzliche Ergänzungen oder Erläuterungen zu ihren Befürchtungen eintragen. 14,4% aller Studienteilnehmer*innen haben bei dieser Antwortoption Eintragungen vorgenommen. Die vorgebrachten Punkte sind in **Tabelle 5** dargestellt. Die Frage wurde hauptsächlich genutzt, um Kritik an der Gesundheitspolitik, insbesondere dem

Pandemiemanagement der Behörden zu üben (Code 1.1, **Tabelle 5**). Darüber hinaus wurden Befürchtungen im Hinblick auf eine gesunkene Behandlungsqualität geäußert (21,3%). Anmerkungen dazu bezogen sich auf die Reduktion des persönlichen Kontaktes mit Patient*innen, eine gestiegene Patient*innenzahl aufgrund von Ausfällen anderer Kolleg*innen sowie auf Mängel in der Versorgung von Infekt-Patient*innen. Weitere Befürchtungen bezogen sich auf gesundheitliche, wirtschaftliche oder politische Entwicklungen (12,8%) sowie auf die eigene Person oder Praxis (10,7%).

Tabelle 5: Sonstige Befürchtungen der Studienteilnehmer*innen

1. Kritik an Gesundheitspolitik	19	40,43%
1.1 Kritik Pandemiemanagement der Behörden	9	19,15%
1.2 Unnötige Panikstimmung	2	4,26%
1.3 Abschottung der Spitäler	2	4,26%
1.4 Sonstiges	6	12,77%
2. Befürchtungen in Bezug auf gesunkene Behandlungsqualität	10	21,28%
2.1 Persönlicher Kontakt zurückgedrängt	2	4,26%
2.2 Schlechtere Versorgung durch Ausfall von KollegInnen/Quarantäne	2	4,26%
2.3 Keine klin. Untersuchung InfektpatientInnen durch Umleitung 1450	2	4,26%
2.4 Differentialdiagnose Covid - Non-Covid schwierig	1	2,13%
2.5 Gestiegene Verantwortung durch Nicht-Erreichbarkeit Facharzt	1	2,13%
2.6 Aufgrund der Terminordination nicht mehr "barrierefrei"	1	2,13%
2.7 Überreaktionen PatientInnen	1	2,13%
3. Befürchtungen wirtschaftl., pol., gesundheitl. Entwicklungen	6	12,77%
3.1 Wirtschaftskrise als Konsequenz	2	4,26%
3.2 Sonstiges	4	8,51%
4. Befürchtungen eigene Person/Praxis	5	10,64%
4.1 Finanzielle Einbußen	2	4,26%
4.2 Befürchtungen in Zusammenhang mit Covid-Erkrankung	3	6,38%
5. Befürchtungen gesellschaftspol. Entwicklungen	3	6,38%
5.1 Zunahme sozialer Spannungen	2	4,26%
5.2 Mangelnde Akzeptanz Maßnahmen	1	2,13%
6. Keine Befürchtungen	4	8,51%
Summe der Codes	47	100%

2.8 Hoffnungen der Ärzt*innen im ersten Pandemiejahr

Die Studienteilnehmer*innen konnten sich im Rahmen der Befragung auch zu den Hoffnungen äußern, die sie während der SARS-CoV-2-Pandemie gehegt hatten. Auch dabei waren Mehrfachnennungen möglich. **Abbildung 20** liefert einen Überblick über die von niederösterreichischen Mediziner*innen im Frühling 2020 gewählten Antwortmöglichkeiten.

"Ich hoffe, dass

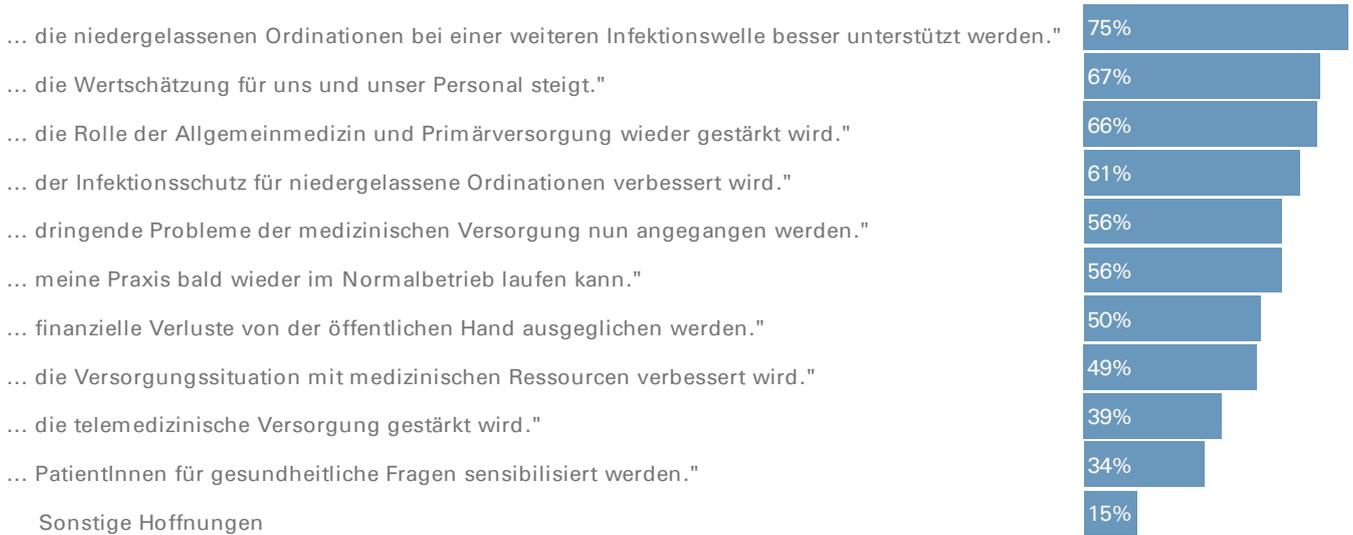


Abbildung 20: Hoffnungen der befragten niederösterreichischen Allgemeinmediziner*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie

Die größte Hoffnung aller befragten Ärzt*innen war, dass „die niedergelassenen Ordinationen bei einer weiteren Infektionswelle besser unterstützt werden“. Drei Viertel der Allgemeinmediziner*innen wählten diese Antwortoption. Weiters stimmten alle Studienteilnehmer*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie in der Hoffnung überein, dass die Wertschätzung für sie und ihr Personal steigen möge. Auch diese Antwortmöglichkeit wurde von zwei Dritteln der Allgemeinmediziner*innen gewählt.

An dritter Stelle folgte für Allgemeinmediziner*innen die Hoffnung, dass die Rolle der Allgemeinmedizin und Primärversorgung wieder gestärkt werde (66%). An vierter Stelle lag die Hoffnung, dass „der Infektionsschutz für niedergelassene Ordinationen verbessert wird“. 61% der Allgemeinmediziner*innen wählten diese Antwortoption. Für Allgemeinmediziner*innen folgten mit jeweils 56% die Hoffnungen, dass „dringende Probleme der medizinischen Versorgung nun angegangen werden“ und „meine Praxis bald wieder im Normalbetrieb laufen kann“.

In einem zusätzlichen offenen Textfeld konnten Studienteilnehmer*innen sonstige Hoffnungen eintragen. 15,4 % aller Studienteilnehmer*innen haben in diesem Feld Ergänzungen oder Erläuterungen vorgenommen. Die Hälfte der Einträge bezieht sich auf die Hoffnung nach einer gesundheitspolitischen Weiterentwicklung (**Tabelle 6**). Insbesondere erhoffen sich Studienteilnehmer*innen eine verbesserte Kooperation und Kommunikation mit Behörden und Entscheidungsträger*innen (15%), mehr Anerkennung und Wertschätzung (13,3%), aber auch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (10%). Für einige Studienteilnehmer*innen stellt die Pandemie eine Lernerfahrung für die Gesellschaft dar (15%). Vergleichsweise weniger Hoffnungen wurden in Bezug auf die eigene Situation (10%) oder die Situation der Patient*innen (8,3%) geäußert.

Tabelle 6: Sonstige Hoffnungen der Studienteilnehmer*innen

Codes und Sub-Codes	Häufigkeit	Prozent
1. Gesundheitspolitische Weiterentwicklung	30	50,00%
1.1 Stärkung Kooperation und Kommunikation mit Behörden, Entscheidungsträgern	9	15,00%
1.2 Mehr Anerkennung und Wertschätzung für AllgemeinmedizinerInnen	8	13,33%
1.3 Stärkung Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	6	10,00%
1.4 Ausbau/Stärkung Impfmöglichkeit/Impfmoral	3	5,00%
1.5 Regionalisierung von Arzneimittel- und Medizinerprodukteproduktion	2	3,33%
1.6 Ausbau Telemedizin	1	1,67%
1.7 Bessere Hygiene in Krankenhäusern	1	1,67%
2. Gesellschaftspolitische Lernerfahrung	14	23,33%
2.1 Aus der Krise lernen	9	15,00%
2.2 Mehr Sachlichkeit und Objektivität	4	6,67%
2.3 Akzeptanz der Schutzmaßnahmen durch die Bevölkerung	1	1,67%
3. Verbesserung der eigenen Situation	6	10,00%
3.1 Finanzielle Unterstützung	3	5,00%
3.2 Erholung	2	3,33%
3.3 Nicht selbst an Covid erkranken	1	1,67%
4. Verbesserung der Situation der PatientInnen	5	8,33%
4.1 Bessere Diagnose- und Behandlungsoptionen Covid-PatientInnen	3	5,00%
4.2 Mehr psychische Unterstützung PatientInnen	1	1,67%
4.3 Unterstützung vulnerabler Gruppen	1	1,67%
5. Keine Hoffnungen/Hoffnungslos	5	8,33%
Summe der Codes	60	100,00%

2.9 Veränderungen im Praxisbetrieb aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie

Die Studienteilnehmer*innen wurden befragt, welche Veränderungen sie im Praxisbetrieb aufgrund der Pandemie vorgenommen hätten. Wiederum gab es die Möglichkeit der Mehrfachnennung.

Vier von fünf Studienteilnehmer*innen gaben an, dass die Terminvergabe so angepasst wurde, dass weniger Patient*innen gleichzeitig im Warteraum sein müssten (siehe **Abbildung 21**). Zwei Drittel der Allgemeinmediziner*innen gab an, teilweise auf telemedizinische Versorgung umgestellt zu haben. Ein Viertel (26%) gab an, die Praxisangestellten auf Kurzarbeit schicken zu müssen. Rund ein Viertel (27%) der Allgemeinmediziner*innen gab an, ihre Arbeitszeit erhöht zu haben, 22% der Allgemeinmediziner*innen hatten die eigene Arbeitszeit verkürzt, ebenfalls 22% hatten ihre Sprechstunden verkürzt. **Abbildung 21** liefert einen Überblick über die Reihung der gewählten Antworten der befragten Allgemeinmediziner*innen.

Gab es Veränderungen im Praxisbetrieb?



Abbildung 21: Veränderungen im Praxisbetrieb der Allgemeinpraxen aufgrund der Pandemie

2.10 Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement der Regierung

Abbildung 22 veranschaulicht den Grad der Zufriedenheit der Studienteilnehmer*innen mit dem Pandemiemanagement der österreichischen Bundesregierung. **Es zeigt sich, dass Niederösterreichs Allgemeinmediziner*innen mit dem Pandemiemanagement der Regierung mehrheitlich zufrieden waren – was nicht uninteressant ist, da die Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden von 79% der Befragten als schlecht (oder sehr schlecht) eingestuft wurde (Abbildung 14).** Signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement zwischen Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich (im Frühling 2020) und Allgemeinmediziner*innen in den übrigen Bundesländern (im Spätsommer/Herbst bzw. Winter 2020) konnten nicht beobachtet werden.

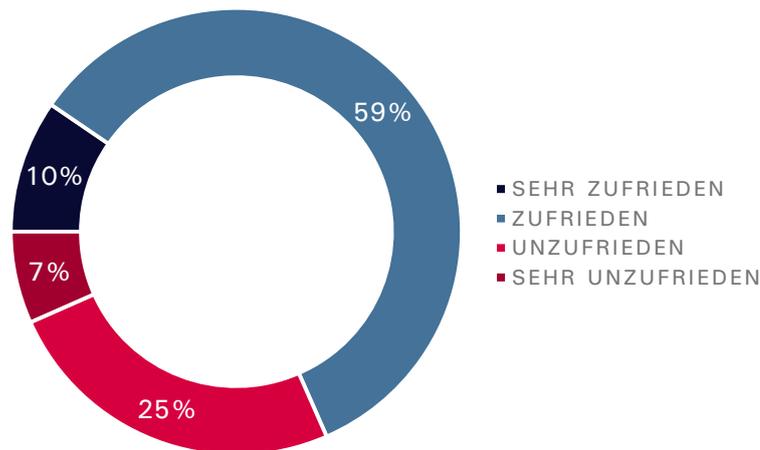


Abbildung 22: Zufriedenheit der befragten Allgemeinmediziner*innen mit dem Pandemiemanagement der Regierung

2.11 Allgemeine Zufriedenheit mit dem Arztberuf in Zeiten der Pandemie

Trotz aller Herausforderungen waren zwei Drittel aller Studienteilnehmer*innen mit ihrer beruflichen Tätigkeit während der Pandemie „sehr zufrieden“ oder zumindest „zufrieden“. **Allgemeinmediziner*innen aus Niederösterreich, die im Frühling 2020 befragt wurden, waren mit ihrer praktischen Tätigkeit als Allgemeinarzt/Allgemeinärztin signifikant unzufriedener als Allgemeinmediziner*innen aus Österreich, die im Spätsommer/Herbst 2020 und im Winter 2020 befragt wurden ($p < 0,05$).**

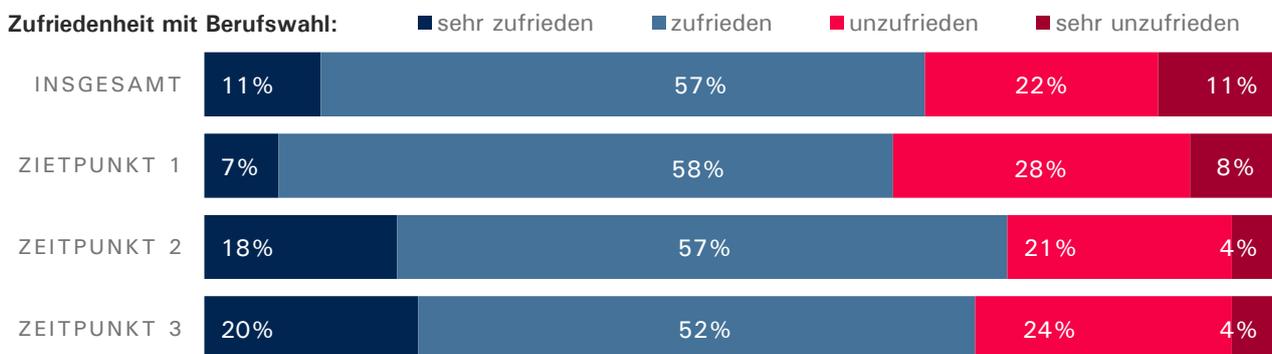


Abbildung 23: Zufriedenheit der befragten Allgemeinmediziner*innen mit dem Arztberuf in Zeiten der Pandemie nach unterschiedlichen Messzeitpunkten

Abbildung 23 bietet einen Überblick über die berufsbezogenen Zufriedenheitswerte der Studienteilnehmer*innen über den Verlauf des Pandemiejahres 2020 hinweg. Anders als am Ende der ersten Welle, waren im Spätsommer/Herbst 2020 18% der befragten Allgemeinmediziner*innen „sehr zufrieden“ mit ihrer Tätigkeit. Im Winter 2020 waren es sogar 20%. **Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Indizien einer Etablierung einer „neuen Normalität“, die in Unterkapitel 2.4 andiskutiert wurde.**

3. Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

3.1 Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement

Die befragten Allgemeinmediziner*innen beurteilten die Unterstützung seitens der zuständigen Behörden (Gesundheitsamt, AGES, Ministerium) hinsichtlich der Umsetzung der SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen mehrheitlich (mit 79%) als schlecht oder sehr schlecht. Drei Viertel (75%) der befragten Allgemeinmediziner*innen hofften auf eine bessere Unterstützung niedergelassener Ordinationen bei einer weiteren Infektionswelle.

Nach Ansicht von Public Health Expert*innen sollte die Primärversorgung in Zeiten einer Pandemie als frühzeitige und gut durchgeplante Anlauf- bzw. Koordinierungsstelle dienen (Ali et al., 2020). In Österreich besteht freie Arztwahl. Es gibt daher kein verpflichtendes Gatekeeping und unter der österreichischen Bevölkerung ist es eine weit verbreitete Praxis, direkt die Krankenhausambulanz oder einen Facharzt/eine Fachärztin aufzusuchen, ohne den „Umweg“ über eine Hausarztpraxis zu gehen. Daher ist es für Allgemeinmediziner*innen im österreichischen Gesundheitssystem generell schwierig, die Aufgabe der angestrebten Koordinierung zu übernehmen. Befragte Allgemeinmediziner*innen berichteten von Schwierigkeiten in der weiteren fachärztlichen oder stationären Versorgung ihrer Patient*innen während der Pandemie. Dies bedeutet, dass Allgemeinmediziner*innen zusätzlich Schwierigkeiten hatten, ihre Funktion als Dreh- und Angelpunkt in der Gesundheitsversorgung auszuüben. Auch sehen Allgemeinmediziner*innen Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung der Kontinuität der Versorgung ihrer Patient*innen. Viele Studienteilnehmer*innen berichten über verzögerte Diagnose und Behandlung aufgrund langer Wartezeiten oder Absagen von Untersuchungen und Kontrollen in Facharzt/Fachärztinnenpraxen und Spezialambulanzen der Krankenhäuser. Einzelne Studienteilnehmer*innen vermerkten in den offenen Textfeldern den Wunsch nach Leitlinien und Fortbildungen in Bezug auf die Behandlung von COVID-19 Patient*innen. **Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen systemische Mängel im Gesundheitssystem. Darüber hinaus dürfte es organisatorische Schwierigkeiten und Defizite in der Kommunikation und Abstimmung zwischen den Leistungsträgern und den Behörden gegeben haben.**

Die mangelnde Abstimmung zwischen niedergelassenen Ordinationen und Behörden hat eine weitreichende Wirkung. Im britischen National Health Service (NHS) befasste sich eine Reihe von Studien mit der Erforschung von Zusammenhängen zwischen „Staff Experience“, Kennzahlen des Personalmanagements und Indikatoren wie Patient*innenzufriedenheit und -sterblichkeit, Infektionsraten, Fehlzeiten des Personals oder Personalfuktuation.

Wir greifen hier eine spezielle Kennzahl auf: Patient*innensterblichkeit.

Basierend auf Daten aus der nationalen NHS-Personalbefragung zwischen 2006 und 2009 und aus einer Vielzahl veröffentlichter Ergebnisdaten geht eindeutig hervor, dass sich drei Faktoren direkt auf die Patient*innensterblichkeit in stationären Einrichtungen ausgewirkt haben – und mehr als die Hälfte (55%) der Schwankungen in der Mortalität erklären. Diese drei Faktoren sind der "Prozentsatz des Personals, das in den letzten 12 Monaten eine arbeitsplatzrelevante Ausbildung, Ausbildung oder

Entwicklung erhalten", die "Unterstützung durch unmittelbare Führungskräfte" und "Prozentsatz des Personals, das aktiv zur Verbesserung der Arbeit beitragen kann" (Topakas et al., 2011). Obwohl sich diese Untersuchungen auf Spitäler und andere stationäre Einrichtungen konzentrierten, sind die Studien in ihren Kernaussagen auf den Primärbereich (und die SARS-CoV-2 Pandemie) übertragbar. **Besonders die Kommunikation mit den Behörden und deren tatkräftige Unterstützung sind demnach von höchster Wichtigkeit für die Wirksamkeit von Leistungen, die im niedergelassenen Bereich erbracht werden, ebenso wie die ausreichende Ausstattung mit Schutzkleidung, Masken und SARS-CoV-2-Tests.** Alle Rahmenbedingungen, die es Ärzt*innen ermöglichen, informiert und engagiert (und gut ausgestattet) in koordinierter Art und Weise zu arbeiten, setzten sich nachweislich in höherer Zufriedenheit und verbesserter Überlebenschancen ihrer Patient*innen um.

3.2 Veränderungen in Bezug auf Art und Umfang der Versorgungsleistungen während der Pandemie

Die Einschätzung der Versorgungssituation während SARS-CoV-2 fiel unter Allgemeinmediziner*innen über alle Messzeitpunkte hinweg gleich aus. Insgesamt bewerteten 46% der Allgemeinmediziner*innen eine Qualitätsverschlechterung, 47% befanden die Qualität als „ungefähr gleichbleibend“ und 7% beobachteten eine Verbesserung in der medizinischen Versorgung.

Die Gründe für die eingeschränkte medizinische Versorgung während der Pandemie lagen laut Einschätzung der befragten Ärzt*innen vor allem in den eingeschränkten Leistungen im stationären Bereich, aber auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung. Die Aussagen der Studienteilnehmer*innen decken sich mit anderen Studienergebnissen. Eine erste Reaktion der Gesundheitspolitik auf die Pandemie bestand im Erhalt der Ressourcen und Kapazitäten der Krankenanstalten. Ende April 2020 führte die Österreichische Gesellschaft für Gefäßchirurgie eine Onlineumfrage in allen öffentlich-rechtlichen Zentral- bzw. Schwerpunkt-Krankenhäusern in Österreich durch. 12 von 15 (80%) gefäßchirurgischen Zentren beteiligten sich an der Umfrage. Die Studie ergab, dass in allen befragten Departements elektive Eingriffe selektiv reduziert, abgesagt oder verschoben worden waren. Gefäßchirurgische Notfälle wurden während des gesamten Lockdowns ausnahmslos durchgeführt (Klocker et al., 2020). Ähnliche Ergebnisse ergab eine von der GÖG im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durchgeführte „Rapid Analysis“ für die stationäre Spitalsversorgung während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 (Eglau, 2020).

3.3 Wahrgenommene Schwierigkeiten und Herausforderungen für Patient*innen und Arztpraxen während der Pandemie

Hinsichtlich der Situation von Patient*innen fielen die Einschätzungen der im Frühling 2020 befragten niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen signifikant kritischer aus als jene der Kolleg*innen, die im Spätsommer/Herbst bzw. Winter 2020 befragt wurden. Einerseits wird von einem eingeschränkten

Zugang zu stationärer oder fachärztlicher Versorgung berichtet. Andererseits suchten Patient*innen laut Einschätzung der Studienteilnehmer*innen aufgrund von Angst vor einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 Arztpraxen weniger häufig auf. **Vor allem wurde beobachtet, dass Patient*innen nicht mehr zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder Check-ups kommen und teilweise auch bei akuten Krankheiten, Unfällen oder Verletzungen medizinische Versorgung nicht in Anspruch nehmen.** Einen Einfluss auf die Zurückhaltung in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen könnten die allgemeinen Schutzmaßnahmen, Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen genommen haben, etwa die Aufforderung zu Homeoffice oder die Kontaktvermeidung mit vulnerablen und älteren Menschen. Im Zuge der Informationskampagne „Schau auf dich. Schau auf mich. So schützen wir uns.“ ersuchte die österreichische Bundesregierung die Bevölkerung, zu Hause zu bleiben (Bundeskanzleramt, 2020). Das soziale Leben der österreichischen Bevölkerung wurde plötzlich drastisch eingeschränkt und dürfte sich zumindest in der ersten Jahreshälfte 2020 auch auf die ärztlichen Praxisbesuche ausgewirkt haben.

Quantitativ sind die Folgewirkungen der versäumten Vorsorgeuntersuchungen nicht so leicht abzuschätzen. Eine sehr konkrete Idee davon, was auch in Österreich durch verpasste Untersuchungen auf uns zukommen könnte, liefern modellbasierte Studien zum Thema „Delay of Cancer Treatment“. Im Vereinigten Königreich wurde mit Einführung des nationalen Lockdowns im März 2020 die Krebsvorsorge ausgesetzt, routinemäßige diagnostische Arbeit aufgeschoben und nur dringend notwendige Eingriffe zur Diagnosebildung priorisiert. Vor diesem Hintergrund untersuchten Mariange et al. (2020) vier Monate später die Auswirkungen von Verzögerungen bei der Krebsdiagnose auf die Überlebenschancen bei vier weitverbreiteten Tumorarten. Das Forscherteam sammelte Daten für 32.583 Brustkrebspatientinnen, 24.975 Patient*innen mit Dickdarm- und Enddarmkrebs, 6.744 mit Speiseröhrenkrebs und 29.305 mit Lungenkrebs. Mariange et al. (2020) schätzten den Anstieg in der Zahl der Todesfälle durch Brustkrebs (bis zum Jahr 5 nach der Diagnose) auf 7,9-9,6%. Weiters ermittelten sie den Prozentsatz zusätzlicher Todesfälle durch Dickdarm- und Enddarmkrebs als 15,3-16,6%. Für Lungenkrebs belief sich der geschätzte Anstieg auf 4,8-5,3% und für Speiseröhrenkrebs auf 5,8-6,0% (jeweils bis zum Jahr 5 nach erfolgter Diagnose). Für diese vier Tumorarten entspricht das 3.291–3.621 zusätzlichen Todesfällen innerhalb von 5 Jahren. Die zusätzlichen YLLs (Years of Lives Lost) werden auf 59.204–63.229 Jahre geschätzt.

Es waren aber nicht nur die versäumte Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten, die die befragten Ärzt*innen erwähnten. Die Studienteilnehmer*innen befürchteten auch indirekte gesundheitliche Folgeschäden aufgrund der wahrgenommenen und tatsächlichen Versorgungssituation während der Pandemie. **Mehr als ein Drittel der Allgemeinmediziner*innen befürchtete, dass ihre Patient*innen an vermeidbaren Krankheiten versterben werden, weil sie keine adäquate medizinische Versorgung erhielten.**

Weiters befürchtet mehr als die Hälfte der befragten Allgemeinmediziner*innen, dass ihre Patient*innen aufgrund der SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen Krankheiten wie Depressionen, Traumata oder Hyperglykämie aufgrund hochkalorischer Ernährung entwickeln. Mögliche Ursache könnten die körperlichen und sozialen Distanzregelungen sein, die für viele Menschen auch eine psychische Herausforderung darstellen. Die allgemeinen SARS-CoV-2-Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie lösten

laut einer Studie, die im Zeitraum 15. bis 26. Mai 2020 durchgeführt wurde, starke Zukunftsängste, erhöhte Reizbarkeit und depressive Verstimmungen aus und führten zu einem vermehrten Konsum von Genussmitteln (Ärztchamber Steiermark, 2020). Eine Umfrage der Universität für Weiterbildung Krems und des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie zeigte ebenfalls auf, dass die staatlichen SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen negative psychische Effekte auslösen können. 70% der befragten Psychotherapeut*innen berichteten negative Auswirkungen der SARS-CoV-2-Krise auf ihre Patient*innen (Probst et al., 2020).

3.4 Praxisbetrieb und Ausstattung der Arztpraxen mit Schutzausrüstung während der Pandemie

Vier von fünf Allgemeinmediziner*innen gaben an, den Ordinationsbetrieb hinsichtlich der Terminvergabe so angepasst zu haben, dass weniger Patient*innen gleichzeitig im Warteraum anwesend waren, damit Abstandsregeln eingehalten und das Infektionsrisiko so gering als möglich gehalten werden konnte. Diesen Terminreduktionen standen finanzielle Erwägungen gegenüber. Knapp die Hälfte der befragten Personen gab an, sich vor finanziellen Einbußen zu fürchten.

Zwei Drittel der befragten Allgemeinmediziner*innen gaben an, teilweise auf telemedizinische Versorgung umgestellt zu haben. Diese Ergebnisse stimmen mit einer weiteren Umfrage unter niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen in Österreich überein, welche die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und das Austrian Health Forum (AHF) Ende Mai 2020 in Kooperation mit Demox Research durchgeführt hatte. In dieser Umfrage gaben zwei Drittel aller Befragten an, während der SARS-CoV-2-Pandemie die Versorgung zum Teil auf Telemedizin (zum Beispiel per Skype, WhatsApp, Telefon) umgestellt zu haben. **Fast 90% der befragten Personen empfanden den Einsatz dieser Kommunikationsmittel als sehr positiv, eine Mehrheit konnte sich vorstellen, telemedizinische Versorgung als Teil der Regelversorgung nach der SARS-CoV-2-Pandemie weiterhin anzubieten (Austrian Health Forum, 2021).** Ebenfalls im Mai 2020 führte die Universität für Weiterbildung Krems eine Online-Befragung unter niedergelassenen Ärzt*innen zum Thema Akzeptanz von telemedizinischer Betreuung durch (Hainzl & Juen 2020). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine tendenziell positive Einstellung zur Telemedizin. Laut der Studie von Hainzl und Juen (2020) befürworteten 57% aller befragten Ärzt*innen die Telemedizin in ihrem Berufsalltag.

Das Antwortverhalten in Bezug auf Telemedizin birgt jedoch Widersprüche. Während 66% der befragten Allgemeinmediziner*innen in der vorliegenden Studie angaben, teilweise auf telemedizinische Versorgung umgestellt zu haben, wünschten sich nur 39% der befragten Allgemeinmediziner*innen, dass die telemedizinische Versorgung gestärkt wird. Unterschiedliche Faktoren könnten auf das Antwortverhalten in Bezug auf Telemedizin einwirken. So erachten es viele Mediziner*innen für essenziell, Patient*innen persönlich zu treffen und im Rahmen der zwischenmenschlichen Interaktion eine adäquate Diagnose zu erstellen und über den weiteren Behandlungsverlauf zu entscheiden. Zudem sind die technologischen Voraussetzungen für telemedizinische Konsultationen noch nicht ausgereift. Laut der Studie von Hainzl und Juen (2020) kommunizierten niedergelassene Ärzt*innen hauptsächlich per Telefon mit ihren Patient*innen. 91% der befragten Ärzt*innen gaben an, das Telefon als

Kommunikationsmittel zu nutzen, 47% kommunizierten per E-Mail, 22% kommunizierten per Mobiltelefon und 15% der Befragten kommunizierten per Videokonferenz-Tool mit ihren Patient*innen.

Außerdem besteht ein Fortbildungsbedarf für telemedizinische Konsultationen. Eine Betreuung über Telefon oder Video erfordert beispielsweise spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten in der Gesprächsführung mit den Patient*innen.

Hinsichtlich der Praxisausstattung konnten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten festgestellt werden. Gut für die Pandemie gewappnet fühlten sich im Frühling 2020 nur 12% der Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich. Im Spätsommer/Herbst 2020 fühlten sich bereits 19% der befragten Kolleg*innen aus den Bundesländern gut vorbereitet, im Winter 2020 sogar 25% – und das trotz verstärkten Pandemiegeschehens. Im Frühling gaben lediglich 40% Allgemeinmediziner*innen an, „sehr gut“ mit allgemeiner Schutzausrüstung (z. B. viruzide Desinfektionsmittel, Mund-Nasen-Schutz) ausgestattet zu sein. Im Winter 2020 war dieser Anteil immerhin auf 67% angestiegen. 18% der im Mai/Juni 2020 Befragten gaben an, „sehr gut“ mit spezieller Schutzausrüstung ausgestattet zu sein. Im Winter waren 43% der „sehr gut“ mit FFP2 und FFP3 Masken etc. ausgerüstet. Diese Zahlen weisen in die richtige Richtung, machen aber gleichzeitig klar, wieviel Handlungsbedarf in Bezug auf die Schaffung adäquater Infrastruktur noch besteht.

3.5 Hoffnungen und Befürchtungen der Ärzt*innen während der Pandemie

Im Hinblick auf die pandemische Situation wünschen sich niedergelassene Ärzt*innen vor allem Unterstützung, Wertschätzung und Sicherheit. **Die größte Hoffnung war, dass niedergelassene Ordinationen bei einer weiteren Infektionswelle besser unterstützt werden würden. An zweiter Stelle stand der Wunsch nach einer höheren Wertschätzung ihrer Leistungen. Zudem bestand unter den befragten Ärzt*innen die Hoffnung, dass die Rolle der Allgemeinmedizin und der Primärversorgung stärker verankert werden würde. Außerdem wünschten sich rund die Hälfte der Studienteilnehmer*innen mehr Sicherheit im Sinne eines verbesserten Infektionsschutzes für niedergelassene Ordinationen, aber auch mehr finanzielle Sicherheit.**

Bei den Befürchtungen dachten Allgemeinmediziner*innen vor allem an das Wohl ihrer Patient*innen. Unter den fünf meistidentifizierten Befürchtungen der Allgemeinmediziner*innen bezogen sich vier auf die Versorgungssituation der Bevölkerung, speziell die ihrer Patient*innen. Erst an vierter Stelle stand die Befürchtung, sich mit finanziellen Problemen herumschlagen zu müssen.

3.6 Allgemeine Zufriedenheit als Allgemeinmediziner_in in Österreich

Im Laufe des Pandemiejahrs 2020 stieg die Zufriedenheit mit dem Arztberuf unter den Allgemeinmediziner*innen an. Im Frühling 2020 waren nur 7% der befragten Ärzt*innen mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden. Bis zum Winter war ein Anstieg auf 20% zu beobachten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die allgemeine Pandemiesituation und deren Konsequenzen nach der ersten (ermüdenden) SARS-CoV-2-Welle, auch in Bezug auf den Arztberuf, noch relativ unklar waren. Auch

würden die erhobenen Daten zur Zufriedenheit mit dem Pandemiemanagement diese Theorie untermauern. So waren im Frühling nur 5% mit dem Pandemiemanagement zufrieden. Über den Sommer stieg der Anteil der zufriedenen Mediziner*innen jedoch auf 16% an. Dies steht, wie in Sektion 3.1 ausgeführt, in engem Zusammenhang mit Kennzahlen wie Patient*innenzufriedenheit -und -sterblichkeit.

3.7 Limitationen der Studie

Die Onlineumfrage wurde im Mai 2020 an 805 niedergelassene Allgemeinmediziner*innen in Niederösterreich versandt und befand sich von Mai bis Juli 2020 im Feld. Trotz eines Reminders konnten lediglich 103 Fragebögen zur Datenauswertung herangezogen werden, die Rücklaufquote lag damit bei 9,9%. Im Juli wurde versucht, durch telefonische Nachfragen die Rücklaufquote zu erhöhen. Wegen Zeitmangels seitens der Befragten konnten keine weiteren Ärzt*innen für die Umfrage gewonnen werden. Es besteht daher das Risiko einer Schweigeverzerrung (non-response bias). Bei der Interpretation der Daten haben wir so gut als möglich die unterschiedlichen Zeiträume berücksichtigt, zu denen die Studienteilnehmer*innen kontaktiert wurden. Die erste Befragung wurde im Zeitraum Mai-Juni 2020 durchgeführt, also am Ende der sogenannten „ersten Welle“. Die zweite Befragung wurde im Spätsommer/Herbst 2020 durchgeführt, vor dem Beginn der „zweiten Welle“. Die befragten Ärzt*innen verfügten über mehr Erfahrungswerte und hatten Zeit, sich von der ersten Welle im Frühling 2020 zu erholen und sich auf die erwartete, zweite Welle im Herbst 2020 vorzubereiten. (Gleiches gilt für die Bevölkerung als Ganzes und die Behörden.) Außerdem sei angemerkt, dass es sich bei den Ergebnissen der Umfrage um subjektive Einschätzungen und Urteile der befragten Ärzt*innen handelt. Diese sollten mit objektiven Daten, wie zum Beispiel Daten über das Leistungsgeschehen im ambulanten Sektor während der Pandemie, abgeglichen werden.

4. Ableitung von Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation während einer Pandemie

Auf Basis der durchgeführten Literaturrecherche sowie der ausgewerteten Ergebnisse dreier On-lineumfragen lassen sich nachfolgende Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation während (und nach) einer Pandemie formulieren.

4.1 Ausbau von Primärversorgungseinheiten

Primärversorgungseinheiten bieten die Möglichkeit, eine breite Basisversorgung für die Bevölkerung anzubieten. Durch die Zusammenarbeit von mehreren Allgemeinmediziner*innen und unterschiedlichen Berufsgruppen können Spitzenauslastungen besser abgefangen, erweiterte Öffnungszeiten gewährleistet und Randzeiten besser abgedeckt werden. **Aufgrund ihrer erweiterten räumlichen und personellen Kapazitäten sowie einer erweiterten Ausstattung mit medizinisch-technischer Gerätschaft können Primärversorgungseinheiten die allgemeine medizinische Versorgung im Pandemiefall mit einer wesentlich höheren Wahrscheinlichkeit gewährleisten.** Beispielsweise können abgetrennte Räumlichkeiten für Verdachtsfälle oder infizierte Patient*innen bereitgestellt werden. Durch den größeren Personalstand können Ausfälle, etwa aufgrund von Quarantäne oder Infektion leichter kompensiert werden. Zudem ist die Anschaffung von medizinisch-technischen Geräten für Primärversorgungseinheiten aufgrund höherer Fallzahlen rentabler, sodass Primärversorgungseinheiten beispielsweise über erweiterte Diagnosemöglichkeiten im Vergleich zu einer Einzelpraxis verfügen können. Damit, aber auch durch ein reichhaltigeres Spektrum an angebotenen Dienstleistungen (durch Spezialisierung), besitzen Primärversorgungseinheiten das Potential, einen Teil der Patient*innenströme (auch in Zeiten einer Pandemie) abzufangen und Fachärzt*innen- und Krankenhauskapazitäten zu entlasten.

4.2 Rigoroser Ausbau der telemedizinischen Versorgung

Die telemedizinische Versorgung reduziert für alle beteiligten Personen das Risiko einer Sars-CoV-2-Infektion und überbrückt räumliche Distanzen. Während einer Pandemie können regelmäßige Ärzt*innen-Patient*innen-Kontakte durch telemedizinische Konsultationen aufrechterhalten werden. **Ein Ausbau der telemedizinischen Versorgung könnte die Gesundheitsversorgung nicht nur in Zeiten einer Pandemie, sondern beispielsweise auch in ländlichen Regionen nachhaltig sicherstellen.** Umfragen zeigen, dass das Interesse der Ärzt*innenschaft am Ausbau telemedizinischer Versorgung vorhanden ist (siehe Unterkapitel 2.9 und 3.4). Ein Ausbau der Telemedizin sollte durch entsprechende Fortbildungen begleitet werden, um beispielsweise Ärzt*innen in der Gesprächsführung mit Patient*innen über digitale Medien zu schulen.

4.3 Erfassung und Evaluation von Best-Practices in der Primärversorgung

Nach Einschätzung der befragten Ärzt*innen sind während der SARS-CoV-2-Pandemie Versorgungsmängel in mehrerlei Gestalt aufgetreten. Diese sind einerseits aufgrund der eingeschränkten Angebote in den nachfolgenden Versorgungsstufen, andererseits aufgrund von Ängsten und Bedenken der Patient*innen, eine ärztliche Praxis aufzusuchen entstanden. 58% der befragten Ärzt*innen äußerten die Befürchtung, dass sich bestehende Erkrankungen verschlimmern oder Krankheitsbilder wie Depressionen und Traumata entwickeln könnten. **Während der Pandemie sind eine Reihe von Initiativen von Seiten der Allgemeinmediziner*innen und im Freiwilligensektor entstanden, um den Kontakt zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen aufrecht zu halten und deren Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese oftmals informellen Initiativen betreffen die Basisversorgung und Prävention und sind an der Schnittstelle zwischen medizinischer und sozialer Versorgung angesiedelt. Sie beinhalten das Potenzial für innovative Modelle der gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung. Eine Erfassung und Evaluation, der im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie entstandenen Strategien, könnten Best-Practices identifizieren und Impulse für eine nachhaltige Stärkung des Gesundheitssystems liefern.**

4.4 Kommunikation und Abstimmung unter den Leistungsträgern im Gesundheitsbereich und mit den Behörden

Die Ergebnisse der Umfragen zeigen, dass sich Allgemeinmediziner*innen eine stärkere Unterstützung seitens der Gesundheitsbehörden erwarten. Aus der Praxis wissen wir, dass sich bessere Information und die Art, in der die Führungsrolle der Behörden wahrgenommen wird, direkt auf die Sterblichkeit von Patient*innen auswirkt. Angesichts der anhaltenden Pandemie erhöht sich die Dringlichkeit, diesen Anforderungen zu begegnen, um eine adäquate medizinische Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen und alle Patient*innengruppen sicherzustellen. **Die Etablierung von formalen Kommunikationsstrukturen zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung aber auch die regelmäßige Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern und Behörden muss hier einen wesentlichen Beitrag zur besseren Abstimmung und Planung leisten (siehe Best-Practice Beispiel aus Australien in Sektion 1.1).**

4.5 Informationskampagnen für die Bevölkerung

Die vorliegende Befragung unterstreicht die Befürchtungen vieler Gesundheitsdienstleister, dass durch die Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung Unsicherheiten und Ängste unter der Bevölkerung entstanden sind, die das Verhalten (im Hinblick auf Gesundheit) negativ beeinflussen. **Kommunikationskampagnen zur Aufklärung und Information der Bevölkerung hinsichtlich der Möglichkeiten bzw. der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen müssen den Ängsten der Bevölkerung entgegenwirken.**

Literaturverzeichnis

- Ali MK, Shah DJ, del Rio C (2020): Preparing Primary Care for COVID-20. *Journal of General Internal Medicine*, 1525-1497, doi: 10.1007/s11606-020-05945-5.
- Ärztchamber Steiermark (2020): *Das große Leiden. Die Menschen leiden – nicht nur unter der COVID-19-Krise, sondern auch unter den Maßnahmen gegen die Krise.* <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=9755#> [08.01.2021].
- Austrian Health Forum (2021): *HausärztInnen sehen Positives in der Coronavirus-Krise.* <https://www.austrian-healthforum.at/aktuelle-diskussionen/hausarztinnen-erkennen-viel-positives-in-der-coronavirus-krise/> [13.01.2021].
- BSGPK (2020): *Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung*, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) [02.02.2021].
- Bundeskanzleramt (2020): *Bundesregierung & Rotes Kreuz starten neue Infokampagne zu Coronavirus.* Wien: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2020/bundesregierung-und-rotes-kreuz-starten-neue-infokampagne-zu-coronavirus.html> [02.01.2021].
- Desborough J, Hall Dykgraaf S, de Toca L, Davis S, Roberts L, Kelaher C, Kidd M. (2020): Australia's national COVID-19 primary care response. *The Medical Journal of Australia* **213**(3), 104-106, doi: 10.5694/mja2.50693.
- Eglau K. (2020): *Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche.* Gesundheit Österreich.
- Früh W. (2017): Inhaltsanalyse, 9. Auflage, Utb.
- GÖG (2015): *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*, 4. Ausgabe, Gesundes Österreich GmbH.
- Hainzl C, Juen I (2020): *Telemed Monitor Österreich 1. Akzeptanz von telemedizinischer Betreuung durch ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich.* Telemed Monitor Österreich, Donau-Universität Krems.
- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung A-S, Tan M, Wu S, Chua A, Verma M, Shrestha P, Singh S, Perez T, Tan SM, Bartos M, Mabuchi S, Bonk M, McNab C, Werner GK, Panjabi R, Nordström A, Legido-Quigley H (2021): Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries. *Nature Medicine* **27**(6), 964-980, doi: 10.1038/s41591-021-01381-y.
- Hofmarcher-Holzhacker M, Singhuber C (2020): *Fact Book, Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von Covid-19, Ambulante Versorgung im Bundesländervergleich*, Austrian Health Academy.
- Joklik A (2020): *Die Primärversorgung in Zeiten des Corona-Virus.* 26.04.2020. <https://www.xn--primrversorgung-3kb.at/2020/04/26/die-primarversorgung-in-zeiten-des-corona-virus/> [03.01.2021].

- Kinder K, Bazemore A, Taylor M, Mannie C, Strydom S, George J, Goodyear-Smith F (2021): Integrating Primary Care and Public Health to Enhance Response to a Pandemic. *Primary Health Care Research & Development* **22**, e27, doi: 10.1017/S1463423621000311.
- Klocker J, Frech A, Gratl A, Thaler M, Khosravi I, Liebensteiner M, Kluckner M, Hofmann W, Assadian A and Österreichische Gesellschaft für Gefäßchirurgie [ÖGG] (2020): Operieren, Absagen, Verschieben oder Selektionieren? *Gefäßchirurgie* **25**(8), 417-422, doi: 10.1007/s11606-020-05945-5.
- Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM (2020): Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *The Annals of Family Medicine* **18**(4), 349-354. <https://www.annfammed.org/content/annalsfm/18/4/349.full.pdf> [07.10.2020].
- Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S (2013): Response of General Practitioners to Infectious Disease Public Health Crises: An Integrative Systematic Review of the Literature. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* **7**(5), 522-533. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/824169E91214EFE60ABD66A168D0B8A6/S1935789313000827a.pdf/response_of_general_practitioners_to_infectious_disease_public_health_crises_an_integrative_systematic_review_of_the_literature.pdf [12.01.2021].
- Łaszewska A, Helter T, Simon J (2021): Perceptions of Covid-19 Lockdowns and Related Public Health Measures in Austria: A Longitudinal Online Survey. *BMC Public Health* **21**(1), 1502, doi: 10.1186/s12889-021-11476-3
- Mader K, Derndorfer J, Disslbacher F, Lechinger V, Six E (2020): *Genderspezifische Effekte von COVID-19*. Wien: Institut für Heterodoxe Ökonomie. <https://www.wu.ac.at/vw3/forschung/laufende-projekte/genderspezifischeeffektevon covid-19> [08.01.2021].
- Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M (2006): Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health* **97**(5), 409-411, doi: 10.1007/BF03405354.
- Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A (2020): The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncology* **21**(8): 1023-1034. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0 [29.03.2021].
- Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A, Reinstadler SJ (2020): Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *European Heart Journal* **41**(19): 1852-1853. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa314.
- Österreichische Ärztekammer (2020): COVID 19. *Ordinationen haben wesentlich zu einer Abflachung der Infektionsszahlen beigetragen*. [Pressemeldung 28.07.2020] <https://www.aerztekammer.at/presseinformation/>

[/asset_publisher/presseinformation/content/id/673902? com liferay asset_publisher_web_portlet AssetPublisherPortlet INSTANCE presseinformation redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekam-mer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet AssetPublisherPortlet INSTANCE presseinformation%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26 com liferay_asset_publisher_web_portlet AssetPublisherPortlet INSTANCE presseinformation cur%3D3%26 com liferay_asset_publisher_web_portlet AssetPublisherPortlet INSTANCE presseinformation delta%3D5%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26 com liferay_asset_publisher_web_portlet AssetPublisherPortlet INSTANCE presseinformation assetEntryId%3D673902](#) [02.02.2021].

Rechnungshof Österreich (ed.) (2021): *Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. Bericht des Rechnungshofes*. Dezember 2021, Wien: Rechnungshof. [https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43 Gesundheitsdaten Pandemiebewaeltigung.pdf](https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiebewaeltigung.pdf) [20.09.2022]

Probst T, Kuska M, Stippl P, Pieh C (2020): Psyche durch Corona-Maßnahmen belastet. Eine Umfrage der Donau-Universität Krems und des österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie zeigt, dass die COVID-19 bedingten Maßnahmen negative Auswirkungen auf psychische Gesundheit haben können. Krems: <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2020/psyche-durch-corona-masnahmen-belastet.html> [08.01.2021].

Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzer H, Champbell SM (2012): Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Family Practice* **11**, doi:10.1093/fampra/cms067.

Topakas A, Admasachew L, Dawson J (2011): NHS Staff Survey Scores as Predictors of Trust Outcomes. A Multi-Method Longitudinal Analysis. Aston Business School, Aston University; [NHS Staff Survey Scores as Predictors of Trust Outcomes \(publishing.service.gov.uk\)](#) [20.02.2021]

WHO (1999): *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66155> [04.01.2021]

WHO (2017): *Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1> [04.01.2021]

WHO (2019a): *A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies*, WHO, https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf [04.01.2021].

WHO (2019b): *Primary health care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care> [29.11.2020].

WHO (2022): *Quality of care*. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 [24.09.2022]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersterblichkeit für Österreich, 2020-2021, in Kombination mit den Zeitpunkten der Online-Befragungen	6
Abbildung 2: Durchschnittliche Verteilung der Praxisstandorte der befragten Allgemeinmediziner*innen.....	8
Abbildung 3: Einschätzung der Qualität der medizinischen Versorgung seit Ausbruch der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	9
Abbildung 4: Einschätzung des Behandlungsausmaßes der allgemeinen medizinischen Versorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	10
Abbildung 5: Einschätzung in Bezug auf eine mögliche Unterversorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	11
Abbildung 6: Einschätzung in Bezug auf die Verfügbarkeit elektiver Behandlungen während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	16
Abbildung 7: Einschätzung in Bezug auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen.....	17
Abbildung 8: Einschätzung in Bezug auf Wartezeiten für fachärztliche Behandlung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	18
Abbildung 9: Einschätzung in Bezug auf Vorbehalte, die Praxis zu besuchen, während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	18
Abbildung 10: Einschätzung in Bezug auf die Verfügbarkeit adäquater Versorgung während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen	19
Abbildung 11: Einschätzung in Bezug auf Vorbehalte, medizinische Versorgung im Akutfall wahrzunehmen, während der Pandemie aus Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen.....	20
Abbildung 12: Einschätzung in Bezug auf die Neigung von Patientinnen und Patienten medizinische Abklärung zu erhalten.....	21
Abbildung 13: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Qualität von Abstimmung und Austausch hinsichtlich der SARS-CoV-2 Maßnahmen und Behandlung innerhalb der Ärzt*innenschaft.....	22
Abbildung 14: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Qualität der Unterstützung von Seiten der zuständigen Behörden hinsichtlich der COVID-19-Schutzmaßnahmen	22
Abbildung 15: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf den Grad der Vorbereitung für die Anforderungen einer Pandemie	23
Abbildung 16: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit allgemeiner SARS-CoV-2 Schutzausrüstung.....	24



Abbildung 17: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit spezieller SARS-CoV-2 Schutzausrüstung..... 24

Abbildung 18: Einschätzung der Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf die Ausstattung ihrer Praxen mit SARS-CoV-2-Tests..... 25

Abbildung 19: Befürchtungen der befragten niederösterreichischen Allgemeinmediziner*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie 29

Abbildung 20: Hoffnungen der befragten niederösterreichischen Allgemeinmediziner*innen während der SARS-CoV-2-Pandemie 31

Abbildung 21: Veränderungen im Praxisbetrieb der Allgemeinpraxen aufgrund der Pandemie..... 33

Abbildung 22: Zufriedenheit der befragten Allgemeinmediziner*innen mit dem Pandemiemanagement der Regierung..... 34

Abbildung 23: Zufriedenheit der befragten Allgemeinmediziner*innen mit dem Arztberuf in Zeiten der Pandemie nach unterschiedlichen Messzeitpunkten 34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Niedergelassene Ärzt*innen 2019 in Niederösterreich bzw. Österreich nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistik Austria 2020)..... 7

Tabelle 2: Unterschiede in der Einschätzung der aktuellen Situation der Patienten und Patientinnen zwischen den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten 15

Tabelle 3: Von Studienteilnehmer*innen aufgezählte Verbesserungen in der Behandlung von Patient*innen während der Pandemie 26

Tabelle 4: Von Studienteilnehmer*innen aufgezählte Verschlechterungen in der Behandlung von Patient*innen während der Pandemie 28

Tabelle 5: Sonstige Befürchtungen der Studienteilnehmer*innen 30

Tabelle 6: Sonstige Hoffnungen der Studienteilnehmer*innen 32