

Wie Risikogruppen und Hausärzte das erste Pandemiejahr erlebten

Katharina Tabea Jungo^a, Michael J. Deml^b, Rebekah Hoeks^c, Oliver Senn^d, Sven Streit^e, Yael Rachamin^f

^a Dr. phil., Postdoktorandin, Teamleiterin, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^b Dr. phil., Postdoktorand, Institute of Sociological Research, Universität Genf, und Division of Social and Behavioural Sciences, School of Public Health & Family Medicine, University of Capetown, Kapstadt; ^c MA, Research Associate, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, und Institute of Social Anthropology, Universität Basel; ^d Prof. Dr. med., Professor und Hausarzt, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich; ^e Prof. Dr. med. Dr. phil., Professor und Hausarzt, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^f Dr. sc., Research Associate, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich; Head Research Development, Campus Stiftung Lindenhof Bern (SLB)

Als die COVID-19-Pandemie Anfang 2020 unseren Alltag auf den Kopf stellte und es zum ersten Shutdown kam, gab es insbesondere für Betroffene aus sogenannten Risikogruppen und deren Hausärzte und Hausärztinnen neue Herausforderungen. Ein Forschungsprojekt zeigt nun auf, welche Auswirkungen die Pandemie auf die Kontinuität der Grundversorgung hatte.

Die COVID-19 Pandemie hat Anfang 2020 unseren Alltag komplett auf den Kopf gestellt. Ende Februar gab es den ersten positiven Fall in der Schweiz, und im März erlebten wir hier den ersten Shutdown. Während dieser Zeit wurde das Gesundheitssystem auf die dringenden Fälle reduziert, was vor allem für sogenannte «besonders gefährdete Personen» (oder «Risikopatientinnen und Risikopatienten») und ihre Hausärztinnen und Hausärzte nicht immer einfach zu navigieren war. Auf einmal lag der Fokus auf dem SARS-CoV-2 Virus, doch was war mit älteren, chronisch kranken Menschen mit mehreren Krankheiten, die auf regelmässige medizinische Betreuung angewiesen waren? Was

galt als «dringend»? Wer war mit «Risikopatientin, Risikopatient» überhaupt gemeint? Und inwiefern konnte die Versorgungskontinuität gewährleistet werden?

Pandemie als Herausforderung

Dieses Forschungsprojekt beleuchtet die Erlebnisse und Erfahrungen der Personen, die als besonders gefährdet eingestuft wurden, sowie ihrer Hausärzte und Hausärztinnen während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie in der Schweiz. Ausserdem liefert es Erkenntnisse zum Einfluss der Pandemie auf die Kontinuität der medizinischen Betreuung durch die



Im Forschungsprojekt wurden Hausärztinnen und Hausärzte dazu befragt, wie sie das erste Jahr der Pandemie erlebt haben (Adam Nieścioruk / Unsplash).

Hausärzte und Hausärztinnen in diesem Zeitraum. Die Definition von «besonders gefährdeten Personen» in diesem Artikel richtet sich nach der Definition des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom Frühling 2020, als die Pandemie begann: Menschen älter als 65 Jahre, Menschen mit Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lungen- und Atemwegserkrankungen, Krebs sowie Betroffene mit Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen.

Es handelte sich um ein Mixed-Methods-Forschungsprojekt, das sich aus einem quantitativen und einem qualitativen Teil zusammensetzt. Im quantitativen Teil wurden Daten aus elektronischen Krankengeschichten aus Schweizer Hausarztpraxen, genauer gesagt aus der FIRE Datenbank [1], untersucht. Im qualitativen Teil des Projekts wurden insgesamt 60 semistrukturierte Interviews mit Betroffenen aus den Risikogruppen und Hausärzten und Hausärztinnen durchgeführt. Dieser Bericht fasst die Hauptresultate zusammen, weitere Informationen können den Originalarbeiten entnommen werden [2–7].

Versorgungskontinuität gewährleistet

Die Analyse der Konsultationszahlen von 272 Hausärztinnen und Hausärzten in der Schweiz deutet darauf hin, dass die Versorgung im Jahr 2020 im Grundsatz gewährleistet wurde [2, 3]. Die Konsultationszahlen nahmen während der ersten Welle mit Shutdown im Frühjahr 2020 zwar zwischenzeitlich um circa 12 bis 17% ab, erholten sich aber rasch nach dem Ende des Shutdowns und blieben für den Rest des Jahres im erwarteten Bereich (Abb. 1). Dies war auch während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie der Fall und bestätigte sich für unterschiedliche Risikogruppen.

Die positive Bilanz im Sinne einer gewährleisteten Versorgungskontinuität wird durch die Aussagen der Patientinnen und Patienten im qualitativen Teil des Projekts gestützt, welche sich trotz der besonderen Lage gut aufgehoben fühlten bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten. Die Interviews mit Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und Hausärzten liefern auch mögliche Erklärungen dafür, wieso die Reduktion während des Shutdowns nicht so drastisch ausfiel wie beispielsweise im stationären Setting [3, 8].

Die Hausärzteschaft spürte zu Pandemiebeginn den Druck als gefühlt «einzige» Anlaufstelle für ihre Patientinnen und Patienten.

Zum einen konnten Telefonkonsultationen einen Teil der regulären Sprechstunden kompensieren [8, 9]. Zum anderen wurde die ihnen bekannte Hausarztpraxis von einigen Patientinnen und Patienten sicherer eingestuft und vorgezogen als das ihnen weniger vertraute Krankenhaus. Die Versorgungskontinuität ist auch den Bemühungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu verdanken, welche hinter den Kulissen eine sehr aktive Rolle hatten.

Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte

Die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte schilderten das erste Jahr der Pandemie als eine sehr intensive Zeit, was eigentlich im Gegensatz zu den tieferen Konsultationszahlen steht [3]. Hier ist jedoch zu beachten, dass vermehrte Telefongespräche mit Patientinnen und Patienten, neue bürokratische Aufgaben und stetig neue Anpassungen in den von uns analysierten Daten nicht quantitativ abgebildet werden konnten, jedoch massgeblich zum Anstieg der Arbeitslast beigetragen haben. Die qualitativen Angaben zur Arbeitslast während der Pandemie decken sich mit Resultaten einer Umfrage der FMH, wonach 50% der teilnehmenden Grundversorgungspraxen angaben, dass ihre Tätigkeit von März bis Oktober 2020 zumindest mässig bis sogar stark von der Pandemie betroffen war [10].

Hausärztinnen und Hausärzte berichteten, besonders achtsam mit ihren Risikopatientinnen und -patienten umgegangen zu sein, indem sie beispielsweise vermehrt Telefongespräche und Beratungen führten, die teils über medizinische Behandlungen hinausgingen, ihre Erreichbarkeit verbesserten (z.B. durch das Abgeben von privaten Telefonnummern) und indem sie für den Notfall Listen mit besonders gefährdeten Personen erstellten. Hinzu kommt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte aufgrund der ausgefallenen Spitalaufenthalte und Konsultationen mit Spezialistinnen und Spezialisten während der ersten Monate der Pandemie

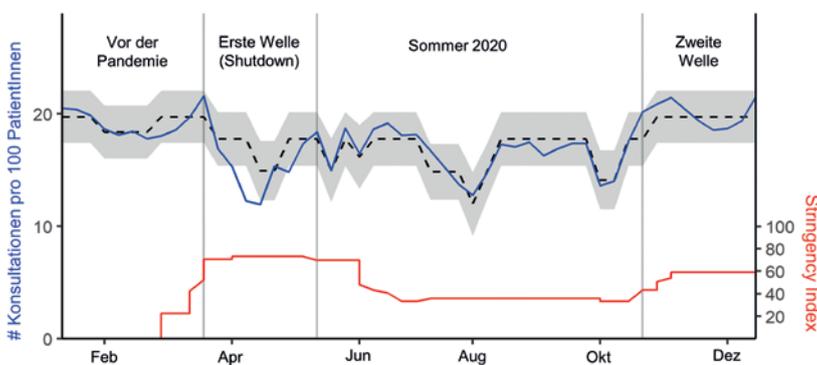


Abbildung 1: Wöchentliche Konsultationszahlen von Betroffenen aus Risikogruppen in der Hausarztpraxis. Die gestrichelten Linien stellen die erwarteten Werte ohne Pandemie dar, mit 95% Konfidenzband (graue Fläche). Die blauen Linien stellen die beobachteten Werte im Jahr 2020 dar und die grauen vertikalen Linien trennen die Pandemieperioden. Die rote Linie stellt den Stringency Index dar, der die Strenge der COVID-19-Massnahmen beschreibt (nachgedruckt und übersetzt aus [12]).

Das Wichtigste in Kürze

- Im vorgestellten Forschungsprojekt wurden die Auswirkungen der Pandemie auf die Kontinuität der Grundversorgung im Jahr 2020 untersucht.
- Aus hausärztlicher wie auch aus Patientensicht konnte die Grundversorgung sichergestellt werden. Dies ging jedoch mit einem Mehraufwand für die Hausärzteschaft einher, trotz weniger Konsultationen im Frühjahr 2020.
- Eine der grössten Herausforderungen waren die Informations- und Kommunikationsflüsse mit Patientinnen und Patienten und den Behörden. Zukünftig sind im Fall einer Pandemie klare, konsistente Anweisungen der Behörden wichtig.

den Druck als gefühlt «einzige» Anlaufstelle für ihre Patientinnen und Patienten spürten.

Eine der grössten Herausforderungen waren die Informations- und Kommunikationsflüsse mit Patientinnen und Patienten und den Behörden. Die laufend neuen Empfehlungen von offiziellen Stellen mussten korrekt umgesetzt und nach aussen kommuniziert werden. Viele Hausärztinnen und Hausärzte schilderten eine unzureichende Unterstützung und Kommunikation seitens der Behörden und öffentlichen Anlaufstellen und wichen auf andere Informationsflüsse und -netzwerke aus. Zusammenfassend zeigen unsere Resultate Herausforderungen in Bezug auf neue Arbeitsweisen, bürokratischen Aufwand und Kommunikation auf.

Sicht der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten berichteten trotz der abnehmenden Konsultationen in den ersten Monaten der Pandemie und der durch die Pandemie bedingten besonderen Lage, dass sie sich generell gut aufgehoben gefühlt haben bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten und dass ihre Versorgungskontinuität grundsätzlich gewährleistet war. Viele erwähnten die bereits vor der Pandemie gute Beziehung zu ihrem Hausarzt respektive ihrer Hausärztin als wichtigen Faktor [7]. Ob per Telefon oder persönlich in den Praxen; die meisten Patientinnen und Patienten schilderten, dass ihre Hausärztinnen und Hausärzte sich Zeit für sie nahmen. Während manche Patientinnen und Patienten auf Randzeiten auswichen, um eine volle Praxis zu vermeiden, berichteten andere, ihren eigenen Fall selbst als «nicht dringend» eingestuft und deshalb die Anzahl ihrer Konsultationen reduziert zu haben. Eine zusätzliche Unsicherheit war, dass es vielen nicht immer ganz klar war, ob sie als besonders gefährdete Person galten oder nicht [6].

Ausserdem schilderten viele Patientinnen und Patienten, wie sie Solidarität mit der Gesellschaft zeigen wollten, indem sie zu Hause blieben, wie es in den Medien empfohlen wurde. Viele erklärten, dass sie ihre Hausärztinnen und Hausärzte nicht noch zusätzlich belasten wollten mit ihrem Besuch, weil diese schon über-

lastet waren. Zu Beginn der Pandemie dachten manche Patientinnen und Patienten sogar, dass die Hausarztpraxen geschlossen seien. Dies zeigt, dass es auch aus Patientensicht gewisse Kommunikationsprobleme und Unsicherheiten gab.

Lehren für weitere Pandemien

Während Pandemien ist es von grundlegender Bedeutung, Massnahmen zur Eindämmung und Behandlung der sich verbreitenden Infektionskrankheit zu ergreifen. Die COVID-19-Pandemie zeigte jedoch auch auf, dass wir die Reichweite der Pandemie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die nicht direkt mit COVID-19-Infektionen zusammenhängen, besser erfassen müssen. Die Ergebnisse der präsentierten Studien liefern wichtige Erkenntnisse zur Versorgungskontinuität von bestimmten Bevölkerungsgruppen, welche wegen ihres Alters oder ihren Vorerkrankungen als besonders gefährdet eingestuft wurden und somit bereits vor der Pandemie auf eine kontinuierliche ärztliche Versorgung angewiesen waren.

«Es wurde ohne [die Hausarztmedizin] geplant» – denselben Eindruck, der bereits im Jahr 2020 in einem Bericht der *Schweizerischen Ärztezeitung* genannt wurde, gaben die Hausärztinnen und Hausärzte in den von uns durchgeführten Interviews wieder [11]. Zum einen berichteten sie über Kommunikationslücken und Fehleinschätzungen der Behörden bezüglich der Möglichkeiten im Setting der Hausarztmedizin. Zum anderen äusserten sie den Bedarf nach klaren und konsistenten Anweisungen der Behörden (bspw. Definition von Risikogruppen, Dringlichkeit). In Krisensituationen, in denen sich Richtlinien an solchen Konzepten orientieren, ist es wichtig, dass diese Konzepte so explizit und unmissverständlich wie möglich bleiben.

Schliesslich ist es wichtig, anzuerkennen, dass trotz der unvorhergesehenen Herausforderungen, mit denen diese Pandemie uns konfrontiert hat, sowohl die Gesundheitsfachpersonen als auch die Patientinnen und Patienten ihr Bestes taten, um auf Grundlage von Vertrauensbeziehungen die Kontinuität der Versorgung in einer beispiellosen Zeit sicherzustellen. Dies unterstreicht die Fähigkeit zur raschen Improvisation und auch die Anpassungsfähigkeit der Schweizer Grundversorgung und zeigt, wie die Pandemie als Katalysator für die Ausweitung bestimmter Dienstleistungen, wie z. B. der Telemedizin, dienen konnte. Die Ergebnisse dieser Studie weisen aber auch auf die Notwendigkeit von Mechanismen hin, die einen frühzeitigen und kontinuierlichen Dialog zwischen Gesundheitsbehörden, Gesundheitspersonal und Patientinnen und Patienten während anhaltender Krisen ermöglichen [3].

Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



[redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)