



**Finaler Schlussbericht zu §9 Abs.2 für das Projekt:
Veränderung der Leistungsanspruchnahme vor, während
und nach COVID-19: Primärärztliches Versorgungsgeschehen
und Sichtweisen der Vertragsärzte
Stand: 30.06.2022**

Projektleitung:

Dr. Bernhard Michalowsky

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE),
Rostock/Greifswald Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald

Tel.: 03834 /86 85 30

Fax.: 03834 / 86 19 551

E-Mail: bernhard.michalowsky@dzne.de

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung.....	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Aufgabenstellung.....	3
1.3. Voraussetzungen unter denen der FE-Auftrag durchgeführt wurde.....	4
1.3.1. Administrative Voraussetzungen.....	4
1.4. Zusammenarbeit mit anderen Stellen.....	4
1.4.1. Konsortialpartner mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten.....	4
1.4.2. Kooperationspartner.....	5
2. Planung und Ablauf des Auftrags.....	5
2.1. Vorbereitungsphase (01.06.2021 – 30.11.2021).....	6
2.2. Durchführungsphase (01.12.2021 – 31.01.2022).....	6
2.3. Abschlussphase (01.02.2022-28.02.2022*).....	6
3. Design und methodische Vorgehensweise.....	7
3.1. Sekundärdatenanalyse zur Darstellung der veränderten Leistungsanspruchnahme.....	7
3.1.1. Studiendesign.....	7
3.1.2. Datengrundlage, (Ziel-)Population, Stichprobe.....	7
3.1.3. Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen.....	8
3.1.4. Statistische Analysen.....	8
3.2. Fragebogenerhebung zur Darstellung der ursächlichen Gründe einer veränderten Leistungsanspruchnahme.....	9
3.2.1. Studiendesign.....	9
3.2.2. Datengrundlage, Population, Stichprobe.....	9
3.2.3. Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen.....	9
3.2.4. Statistische Analysen.....	10
3.3. Zusammenführung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse und der Befragung der Vertragsärzte... ..	10
4. Ergebnisse.....	11
4.1. Sekundärdatenanalyse.....	11
4.1.1. Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen.....	12
4.1.2. Anzahl der Medikamentenverordnungen.....	15
4.1.3. Anzahl der Krankenhauseinweisungen.....	18
4.1.4. Facharztüberweisungen.....	19
4.1.5. Erkennung von Neuerkrankungen.....	19
4.1.6. Altersgruppenspezifische Auswertung.....	21
4.1.6.1. Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen.....	21
4.1.6.2. Anzahl der Krankenhauseinweisungen.....	22

4.1.6.3.	Anzahl an Facharztüberweisungen.....	23
4.1.6.4.	Anzahl der Medikamentenverordnungen	24
4.1.6.5.	Erkennung von Neuerkrankungen.....	25
4.2.	Primärdatenanalyse:	26
4.2.1.	Stichprobenbeschreibung	26
4.2.2.	Veränderungen im Praxismanagement (Einbestellverhalten, Schutzmaßnahmen, Video- und Telefonsprechstunden) sowie Gründe für Inzidenzrückgang.....	29
4.2.3.	Wahrnehmung des sowie Gründe für den verzeichneten Konsultations- und Inzidenzrückgangs	29
4.2.4.	Belastungserleben – Ausmaß an Angst, Stress und Unterstützungsbedarf während der Pandemie...	30
4.2.5.	Potenziale zur Aufrechterhaltung der Versorgung.....	37
5.	Diskussion der Ergebnisse	50
5.1.	Veränderungen des Leistungsgeschehen.....	50
5.2.	Belastungserleben während der Pandemie und Einflussfaktoren Potentialen zur Aufrechterhaltung der primärärztlichen Versorgung.....	53
5.3.	Potenziale zur Aufrechterhaltung der Versorgung.....	54
5.4.	Ausblick	54
5.5.	Limitationen	55
6.	Fortschritt auf dem Gebiet des Auftrags bei anderen Stellen.....	55
7.	Veröffentlichungen des FE-Ergebnisses nach §11.....	57
	Literaturverzeichnis.....	V
	Anlage	VIII
A.	Erfolgskontrollbericht	VIII
B.	Förderauflage	IX
C.	Ergänzende Tabellen und Grafiken.....	XI

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Konsortialpartner & Verantwortlichkeiten (S. 5)

Tabelle 2 Kooperationspartner (S. 5)

Tabelle 3 Stichprobe für die Sekundärdatenanalyse (S. 11)

Tabelle 4 Eingeschlossene Diagnosen (S. 19)

Tabelle 5.1 Relative Veränderung der Konsultationen während der Pandemie nach Altersgruppen (S. 22)

Tabelle 5.2 Relative Veränderung der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie nach Altersgruppen (S. 23)

Tabelle 5.3 Relative Veränderung der Facharztüberweisungen während der Pandemie nach Altersgruppen (S. 24)

Tabelle 5.4 Relative Veränderung der Medikamentenverordnungen während der Pandemie nach Altersgruppen (S. 25)

Tabelle 5.5 Relative Veränderung der inzidenten Diagnosen während der Pandemie nach Altersgruppen (S. 26)

Tabelle 6 Charakteristiken der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Praxen (S. 28)

Tabelle 7.1 Änderung im Leistungs- und Praxisgeschehen in Haus- und Facharztpraxen (S. 32)

Tabelle 7.2 Änderung im Leistungs- und Praxisgeschehen in Haus- und Facharztpraxen (S. 33)

Tabelle 8 Wahrnehmung der Veränderten Leistungsgeschehen und von Arzt:innen gesehene Ursachen (S. 33)

Tabelle 9 Angst, Stress und Unterstützungsbedarf während der Pandemie (S. 36)

Tabelle 10 Als am belastendsten genannten Gründen von Haus- und Fachärzten (S. 37)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1. Konsultationen (Haus- & Fachärzt:innen) (S. 13)

Abbildung 1.2. Konsultationen Hausärzt:innen (Allgemein & Innere Medizin) (S. 15)

Abbildung 1.3. Konsultationen Fachärzt:innen (S. 15)

Abbildung 2.1. Medikamentenverordnungen (Haus- & Fachärzt:innen) (S. 16)

Abbildung 2.2. Medikamentenverordnungen Hausärzt:innen (Allgemein & Innere Medizin) (S. 17)

Abbildung 2.3. Medikamentenverordnungen Fachärzt:innen (S. 18)

Abbildung 3 Krankenhauseinweisungen (Haus- & Fachärzt:innen) (S. 18)

Abbildung 4 Facharztüberweisungen (Haus- & Fachärzt:innen) (S. 19)

Abbildung 5 Erkennung von Neuerkrankungen (Haus- & Fachärzt:innen) (S. 20)

Abbildung 6.1. Prio-Liste zur Aufrechterhaltung der Versorgung (vorgegebene Antwortmöglichkeiten) (S. 39)

Abbildung 6.2. Kategorisierung der Freitextfelder: Aufrechterhaltung der Versorgung (S. 40)

Abbildung 7.1. Prio-Liste zu zusätzlichen Anforderungen an die Praxisorganisation und Infrastruktur (vorgegebene Antwortmöglichkeiten) (S. 41)

Abbildung 7.2. Kategorisierung der Freitextfelder: Zusätzliche Anforderungen an die Praxisorganisation und Infrastruktur (S. 43)

Abbildung 8.1 Prio-Liste zur Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeitsarbeit (vorgegebene Antwortmöglichkeiten) (S. 44)

Abbildung 8.2. Kategorisierung der Freitextfelder: Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeitsarbeit (S.45)

Abbildung 9 Kategorisierung der Freitextfelder: Sonstige, für zukünftige Pandemien wichtige Aspekte zur Aufrechterhaltung der Versorgung (S.48)

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

SARS-CoV-2

Der erste Fall einer Infektionskrankheit mit der Bezeichnung COVID-19, die durch den Coronavirus-Stamm Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2) verursacht wird, wurde im Dezember 2019 in Wuhan, China, gemeldet [2]. Fortan breitete sich die Krankheit rasch aus und infizierte weltweit mehr als 5,8 Millionen Menschen und verursachte über 359.000 Todesfälle (Stand: 28. Mai 2020) [3]. Nach China wurde Europa zum nächsten Epizentrum, wobei Italien von der Pandemie besonders früh und intensiv betroffen war. Die Mortalität in Italien war besonders hoch und betraf nicht nur die Bevölkerung, sondern auch das medizinische Personal, insbesondere die Hausärzte [4]. Einige Wochen später stiegen die Zahlen der bestätigten COVID-19 Fälle auch in Deutschland. Am 2. März 2020 gab es in Deutschland mehr bestätigte COVID-19-Fälle als in China. Aktuell wurden in Deutschland mehr als 225.000 (20. August) Fälle bestätigt [5, 6].

COVID-19-bezogene Maßnahmen

Mit Zunahme der bestätigten COVID-19-Infektionen verhängten mehrere Länder strenge Maßnahmen, um die Infektionsrate zu senken und die Belastung der Gesundheitssysteme zu verhindern [7]. Deutschland verhängte am 22. März 2020 landesweit Beschränkungen für soziale Kontakte (Kontaktverbot). Abstandsregelungen wurde eingeführt, um die enge Interaktion zwischen den Menschen zu minimieren und die individuelle Mobilität so weit wie möglich einzuschränken [7-9]. Obwohl in Deutschland kein strenger, gesetzlich vorgeschriebener „Lockdown“ verhängt wurde, wurde die Bevölkerung aufgefordert, zu Hause zu bleiben und sich so weit wie möglich in der sozialen Aktivität einzuschränken. Folglich waren Zusammenkünfte von mehr als zwei Personen, die nicht im gleichen Haushalt lebten, verboten. Einige der Beschränkungen wurden am 15. April gelockert, aber es wurde empfohlen, die Abstandsregelungen weiter fortzusetzen [10].

Vor allem die ältere Bevölkerung war hierbei von den Maßnahmen besonders betroffen, da diese ein höheres Risiko für Komplikationen im Zusammenhang mit COVID-19 Erkrankungen aufzeigte sowie häufiger in Folge einer COVID-19 Infektion verstarb [11]. Komorbiditäten wie Bluthochdruck, Diabetes und einem höheren Body-Mass-Index waren Prädiktoren für einen schwereren Verlauf der Infektionen mit eventueller Todesfolge [5, 6, 12, 13]. Um Menschen höheren Alters zu

schützen und dadurch eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, wurde im Besonderen die ältere Bevölkerung angewiesen, weitestgehend isoliert und ohne soziale Kontakte zu leben und während der auferlegten Einschränkungen zu Hause zu bleiben [14].

Einfluss von COVID-19 auf Leistungsanspruchnahme

Im Zuge der Kontakteinschränkungen wurden auch medizinische Maßnahmen aufgrund von Ängsten vor einer COVID-19-Infektion auf das Notwendigste reduziert. Es gibt nur begrenzte quantitative Evidenz zu den Auswirkungen der COVID-19-bezogenen Maßnahmen auf die Leistungsanspruchnahme in der vertragsärztlichen Versorgung. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie waren die Haus- und Fachärzte nicht ausreichend gut vorbereitet, um mit der neuen Situation in ihren Praxen umgehen zu können [15], was bei den Ärzten erhebliche Bedenken und Befürchtungen auslöste, u.a. dass sie das Virus übertragen oder sich selbst infizieren könnten [16]. Verhoeven et al. [17] führten 132 Interviews mit Hausärzten in Belgien durch. Aus diesen ging hervor, dass die Hausärzte mehr als besorgt über die Kontinuität der regulären Versorgung und die Folgen der COVID-19-Maßnahmen waren und befürchteten, dass diese Maßnahmen eine Gefahr für die allgemeine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen könnten. Eine Querschnittsstudie von Joy et al. [18], die auf fast vier Millionen Konsultationen basierte, ergab einen Rückgang der Zahl der persönlichen Konsultationen um 65%. Ähnliche Rückgänge bei der Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsleistungen während der COVID-19-Pandemie oder anderer, wie z.B. SARS, wurden durch mehrere andere Studien bestätigt [19-25].

Einen ersten Überblick über den Einfluss der Schutzmaßnahmen der COVID-19 Krise auf die Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme konnten Mangiapane et al. [26] in Ihrem Tabellarischer Trendreport für das 1. Quartal 2020 aufzeigen. Hierbei war zu erkennen, dass die vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leitungen vor der Einführung der Kontaktverbote im Vergleich zum Vorjahr leicht zunahmen, jedoch bei Einführung der Maßnahmen im März deutlich zurückgingen. Dies betraf vor allem verschiebbare Leistungen, wie die Krankheitsfrüherkennung oder Disease Management Programm Schulungen. Bezogen auf die notwendigen, nicht verschiebbaren Leistungen zeigte sich, trotz einer konstant gebliebenen Anzahl an geöffneten Vertragsarztpraxen, ein eher heterogenes Bild. Hausärzte rechnete in der vierten Märzwoche 39 % weniger Fälle als im Vorjahreszeitraum ab. Vergleichbare Effekte zeigten sich in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung [26].

Die Ergebnisse konnten in einer Querschnittsanalyse auf Basis von mehr als 2.000 Arztpraxen und 2,5 Millionen Patienten im Alter von 65 Jahren bestätigt werden [27]. Die Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen nahm im Februar leicht ab (-2%), stieg vor der verhängten Sperre im März

an (+9%) und ging im April (-18%) und Mai (-14%) 2020 im Vergleich zu den gleichen Zeiträumen im Jahr 2019 drastisch zurück. Der Rückgang bei den Arztkonsultationen (-6%) über den gesamten Zeitraum von Februar bis Mai 2020 im Vergleich zu 2019 war jedoch geringer als der Rückgang der Anzahl an erkannten Neuerkrankungen (-16%) und Krankenhauseinweisungen (-39%). Insgesamt zeigte sich, dass die Veränderung der Leistungsanspruchnahme in der älteren Bevölkerung weit drastischer ausgeprägt war als bei der Allgemeinbevölkerung, wie von Mangiapane et al. [26] aufgezeigt. Zudem zeigt eine Analyse von Kostev et al. [28], dass ältere Patienten signifikant weniger Leistungen während der Pandemie in Anspruch genommen haben im Vergleich zu jüngeren Patienten.

Es ist fraglich, ob und wenn ja, in wie weit die reduzierte Leistungsanspruchnahme während der Kontaktbeschränkungen im Verlauf des Jahres kompensiert wurde. Gegenwärtig mangelt es an Evidenz über die Veränderung der Leistungsanspruchnahme über die verschiedenen Facharzt-disziplinen sowie Altersgruppen der Patienten vor, während und nach den COVID-19-bedingten Kontaktbeschränkungen in Deutschland. Die Zusammenhänge zwischen den Haus- und Facharzt-konsultationen, den Krankenhauseinweisungen und Medikamentenverschreibungen sind ebenfalls bislang unbekannt. Zudem fehlen Analysen zu den ursächlichen Hintergründen der veränderten Leistungsanspruchnahme während und nach der COVID-19 Pandemie.

1.2. Aufgabenstellung

Die COVID-19-Pandemie hat die vertragsärztliche Versorgung verändert, im Besonderen jedoch während der COVID-19-bezogenen Maßnahmen durch die allgemeinen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung des Pandemiegeschehens. Im Zuge dieser Einschränkungen wurden auch medizinische Maßnahmen auf das Notwendigste reduziert. Im Rahmen dieses Projekts sollen daher die Veränderung der Leistungsanspruchnahme vor und während der COVID-19-Pandemie (unter Berücksichtigung der vom Robert-Koch-Institut [29]definierten Zeitpunkte: 1. Covid-19- Welle (KW 10/2020 – KW 20/2020), Sommerplateau 2020 (KW 21/2020 – KW 39/2020), 2. Covid-19- Welle (KW 40/2020 – KW 8/2021), 3. Covid-19- Welle (KW 9/2021 – KW 23/2021), Sommerplateau 2021 (ab KW 24/2021)) sowie Gründe für die Veränderung detailliert über unterschiedliche Facharzt- und Altersgruppen der Patienten sowie unter Einbezug von Sekundär- (Abrechnungsdaten) und Primärdaten (Fragebogenerhebungen) untersucht werden.

Ziel dieser Studie war:

- (1) die Inanspruchnahme von i) Haus- und Facharztkonsultationen, ii) Medikamentenverschreibungen, iii) Krankenhauseinweisungen und iv) Facharztüberweisungen sowie die Erkennung von

Neuerkrankungen vor (Jan – Feb 2020), während (März – Mai 2020) und nach (Juni – Dez 2020) der COVID-19-bedingten Kontaktbeschränkungen sowie eventuell weiterer Pandemiewellen über unterschiedliche Altersklassen und Facharzt disziplinen aufzuzeigen.

- (2) Darüber hinaus sollen Haus- und Fachärzte mit den quantitativen Ergebnissen der veränderten Leistungsanspruchnahme konfrontiert und zu deren ursächlichen Hintergründe der veränderten Leistungsanspruchnahme befragt werden.
- (3) Abschließend sollen unter der Zusammenführung der Ergebnisse beider Analysen Potentiale zur besseren Aufrechterhaltung der primärärztlichen Versorgung und Unterstützung der Vertragsärzte während einer Pandemie bzw. weiterer Pandemiewellen herausgearbeitet und dargestellt werden.

1.3. Voraussetzungen unter denen der FE-Auftrag durchgeführt wurde

1.3.1. Administrative Voraussetzungen

Die Durchführung des FE-Auftrags setzte zunächst einige administrative Vorgänge voraus. Hierzu zählte die Erfüllung der Förderauflagen (Anlage B), die Schließung von Weiterleitungsverträgen sowie eines Konsortialvertrages mit dem Bundesverband Deutscher Nervenärzte e.V. und IQVIA Deutschland. Ferner bedurfte es aus Gründen der Forschungsethik und des Datenschutzes eines positiven Ethikvotums von der zuständigen Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald, welches am 11.08.2021 erteilt wurde (BB 127/21).

1.4. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

1.4.1. Konsortialpartner mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten

Tabelle 1 Konsortialpartner & Verantwortlichkeiten

#	Name	Institut	Verantwortlichkeit/ Rolle
1	Dr. Bernhard Michalowsky	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Rostock/ Greifswald & Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald	Projektleitung; Vorbereitung und Begleitung der Sekundärdatenanalyse, Auswertung und Interpretation der Sekundärdaten, Erstellung des Fragebogens für die Vertragsärzte, Überführung der Daten der Fragebogenerhebung in eine Datenbank, Auswertung und Interpretation der Primärdaten der Fragebogenerhebung, Erstellung des Projektberichts.
2	Dr. Dr. Jens Bohlken	Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Berlin. & Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.	Begleitung aller im Projekt durchgeführter Analysen inkl. Beratung bei den Forschungsfragen, Interpretation der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse, Begleitung der Erstellung des Fragebogens inkl. Beratung, Interpretation der Primärdatenanalyse (Fragebogenerhebung), Begleitung der Projektberichtserstellung.
3	Prof. Dr. Karel Kostev	IQVIA Deutschland, Abteilung Epidemiologie, Frankfurt am Main	Aufbereitung und Analyse der Sekundärdaten, zu Verfügung Stellung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse, Begleitung bei der Interpretation der Sekundärdatenanalyse und bei der Überführung der Sekundärdaten in den Fragebogen.
4	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann	Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald	Begleitung aller im Projekt durchgeführter Analysen inkl. Beratung bei den Forschungsfragen und der Interpretation der Ergebnisse

1.4.2. Kooperationspartner

Ferner gibt es weitere Kooperationspartner, die im Vorfeld über einen Letter of Intent (LOI) Ihr Interesse zur Begleitung des Forschungsvorhabens bekundet haben. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt und umfassen Berufsverbände, die die Verteilung der Fragebögen an die jeweiligen Vertragsärzte des Berufsverbandes übernehmen, wofür Incentives in Höhe von 500€ bis 800€ in diesem Forschungsvorhaben beantragt wurden.

Tabelle 2 Kooperationspartner

#	Name	Institut	Verantwortlichkeit/ Rolle
1	Dr. med. Wolfgang Kreisler	Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e.V.	Verteilung der Fragebögen an Hausärzte
2	Dr. Sabine Köhler	Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Verteilung der Fragebögen an Nervenärzte
3	Dr. D. Heinrich	Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.	Verteilung der Fragebögen an HNO-Ärzte
4	Dr. med. Christoph Eichhorn & Dr. Pumberger	Deutscher Orthopäden- und Unfallchirurgen-Verband e.V.	Verteilung der Fragebögen an Orthopäden und Unfallchirurgen
5	Dr. med. Axel Schroeder & PD Dr. Pia Paffenholz	Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.	Verteilung der Fragebögen an Urologen

2. Planung und Ablauf des Auftrags

Die Ausführung des Vorhabens begann am 01.06.2021. Die Laufzeit wurde zunächst auf 9 Monate (28.02.2022) angesetzt.

2.1. Vorbereitungsphase (01.06.2021 – 30.11.2021)

- Administrative Vorbereitungen

s. **1.3.1**

- Wissenschaftliche Vorbereitungen

Aufbereitung und Bereitstellung der Sekundärdaten zur Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen, Medikamentenverordnungen, Krankenhauseinweisungen, Facharztüberweisungen sowie erkannten Neuerkrankungen über verschieden Facharzt Disziplinen und Altersgruppen der Patienten durch IQVIA (Beobachtungszeitraum: März 2018 – September 2021, inklusive mehrerer Pandemie-Wellen)

Konzeption des Fragebogens für die Primärdatenerhebung zum Zwecke der Aufklärung der Hintergründe für die festgestellten Veränderungen im Leistungsgeschehen. Durchführung mehrere Abstimmungsrunden zur Konzeption des Fragebogens mit Vertretern aller teilnehmenden Berufsverbände (Nervenärzte, Hausärzte, Chirurgen, Urologen, HNO-Ärzte). Endredaktion Fragebogen & Ergänzung einer Online-Fragebogenversion über LimeSurvey (<https://covid-19-dzne.limesurvey.net/2>).

2.2. Durchführungsphase (01.12.2021 – 31.01.2022)

- Administrativ

Anfertigung und Einreichung des Zwischenberichts gemäß §9 Abs.1

- Wissenschaftliche Durchführung

Durchführung der Analysen und Interpretation der Sekundärdaten.

Bewerbung, Verteilung und Weiterleitung des Fragebogens durch die Berufsverbände via Fax (Papierfragebogen) und E-Mail (Online-Fragebogen).

2.3. Abschlussphase (01.02.2022-28.02.2022*)

- Administrativ

Anfertigung und Einreichung des Schlussberichts gemäß §9 Abs.2

- Wissenschaft

Auswertung der Ergebnisse und Vorbereitung der Publikationen

Analyse und Interpretation der Primärdaten sowie Auswertung der Ergebnisse und Vorbereitung der Publikationen

Zusammenführung der Ergebnisse beider Analysen

*Am 21.12.2021 wurde eine kostenneutrale Verlängerung beantragt, um die Sekundärdaten der vierten Welle mit einzubeziehen. Hierbei sollen die Sekundärdaten der Haus- und Fachärzte des November 2021 bis Februar 2022 eingeschlossen werden, welche Ende April 2022 vorliegen und dann in die finale Analyse eingehen können. Diese kostenneutrale Verlängerung wurde seitens des AG am 22.12.2021 bestätigt.

3. Design und methodische Vorgehensweise

3.1. Sekundärdatenanalyse zur Darstellung der veränderten Leistungsanspruchnahme

3.1.1. Studiendesign

Die Sekundärdatenanalyse stützt sich auf Querschnittsdaten der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA). In dieser Datenbank werden Konsultationen, Arzneimittelverordnungen, Facharztüberweisungen, gestellte Diagnosen sowie medizinische und demographische Basisdaten der Haus- und Facharztpraxen dokumentiert [30]. Die Diagnosen, Verschreibungen und die Qualität der gemeldeten Daten werden von IQVIA anhand einer Reihe von Kriterien überwacht (z.B. Vollständigkeit der Dokumentation, Plausibilität der Verbindung zwischen Diagnosen und Verschreibungen etc.) [30].

3.1.2. Datengrundlage, (Ziel-)Population, Stichprobe

Die Analyse basierte auf eine Datenbasis von insgesamt 6.1 Mio Patient:innen jeglichen Alters, welche zwischen Januar und Dezember 2020 bzw. Januar und Dezember 2019 in Deutschland mindestens einen von 996 Allgemeinmediziner:innen und Internisten oder 798 Facharztpraxen aufsuchten.

Folgende Facharztpraxen sollen in diese Sekundärdatenanalyse einbezogen werden: Gynäkologen, Orthopäden, Neurologen und Psychiater, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Dermatologen und Urologen.

3.1.3. Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen

Hauptoutcomes der vorgelagerten Sekundärdatenanalyse zur Darstellung der veränderten Leistungsanspruchnahme vor, während und nach den COVID-19 bedingten Maßnahmen waren die folgenden:

- (1) Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen
- (2) Anzahl der Medikamentenverordnungen
- (3) Anzahl der Krankenhauseinweisungen
- (4) Anzahl der Facharztüberweisungen
- (5) Anzahl erkannte Neuerkrankungen

Jede der genannten Zielgrößen wurde in der Disease Analyzer-Datenbank für jede Facharztgruppe separat dokumentiert. Hinsichtlich der Haus- und Facharztkontakte werden sowohl Telefonkontakte als auch Besuche ausgewertet. Die folgenden ICD-10-Diagnosen wurden genutzt, um die Erkennung von Neuerkrankungen in den verschiedenen Vertragspraxen darzustellen: Demenz (F01, F03, G30 und F06. 7), Diabetes Mellitus (E10-14), Schlaganfall (I63, I64, G45), Epilepsie (G40), Parkinson (G20, G21), Depression (F32, F33), Krebs (C00 - C99), chronische Bronchitis und COPD (J42 -J44), sowie Myokardinfarkt (MI) (I21, I22) und koronare Herzkrankheit (I24, I25). Bei allen Diagnosen musste es sich um die erstmalige Diagnose handeln.

3.1.4. Statistische Analysen

Die Darstellung der veränderten Leistungsanspruchnahme vor, während und nach der Kontaktbeschränkung erfolgte deskriptiv über die Darstellung der relativen Veränderung von 2019 im Vergleich zu 2020 (in Prozent). Die jeweiligen Zielgrößen werden hierbei monatsweise sowie für unterschiedliche Altersgruppen und Facharzt Disziplinen ausgewertet. Die Berichterstattung über die Ergebnisse folgt der STROBE Richtlinie [31]. Die Analysen werden mit SAS Version 9.4 (Cary, NC: SAS Institute Inc) durchgeführt.

3.2. Fragebogenerhebung zur Darstellung der ursächlichen Gründe einer veränderten Leistungsanspruchnahme

3.2.1. Studiendesign

Die quantitative Fragebogenerhebung wurde auf der Grundlage der Erkenntnisse der zuvor durchgeführten Sekundärdatenanalyse, der täglichen Entwicklungen und des internen Expertenkonsenses durchgeführt. In einem ersten Schritt der Fragebogenerstellung wurden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse zur Information der Haus- und Fachärzt:innen aufbereitet, damit diese über die Veränderungen im Leistungsgeschehen vor, während und nach dem COVID-19 bedingten Lockdown informiert werden konnten. Im Anschluss wurden die Haus- und Fachärzte zu den Hintergründen des veränderten Leistungsgeschehen und den Kompensationsmechanismen des Versorgungssystems vor, während und nach der COVID-19 bedingten Kontaktmaßnahmen befragt. Die Fragebögen wurden als Online-Version (mit dem cloudbasierten Open-Source-Tool LimeSurvey [32]) und als Papier-Version erstellt und an verschiedene Berufsverbände geschickt, welche diese an die jeweiligen Haus- und Fachärzte des jeweiligen Berufsverbandes deutschlandweit verteilen. Der Rückversand erfolgte anonym online oder per Fax.

3.2.2. Datengrundlage, Population, Stichprobe

Die Fragebögen wurden an folgende Berufsverbände verschickt: Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V., Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Deutscher Orthopäden- und Unfallchirurgen-Verband e.V., Berufsverband der Deutschen Urologen e.V., Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.. Die Umfrage erreichte n=138 Haus- und n=507 Fachärzten. Insgesamt basierte die quantitative Fragebogenerhebung daher auf N=645 Haus- und Fachärzt:innen.

3.2.3. Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen

Folgende Bereiche deckte die Befragung der Haus- und Fachärzt:innen ab:

- (1) Veränderungen im Praxismanagement und dem Praxisgeschehen (Einbestellverhalten, Schutzmaßnahmen, Telemedizin, Video- und Telefonsprechstunden)
- (2) Einfluss der Veränderungen im Praxismanagement und dem Praxisgeschehen auf die Patientenversorgung (Erkennung von Erkrankungen, Versorgung von Erkrankungen)
- (3) Sorgen im Zusammenhang mit der Pandemie (Virusübertragung, eigene Infektion)

- (4) persönliche und finanzielle Sorgen (Einfluss der Veränderung des Leistungsgeschehen auf die eigene finanzielle Situation)
- (5) Gefühl der Eingeschränktheit (Einfluss der Schutzmaßnahmen und der allg. Situation der Patienten auf die eigene ärztliche Tätigkeit)
- (6) Aufrechterhaltung der Versorgung (Probleme in der Erkennung von neuen Erkrankungen sowie der Therapie und Behandlung bestehender Erkrankungen während der Pandemie)
- (7) erhaltene Unterstützung (Unterstützungsmaßnahmen ausreichend? Was fehlte an Unterstützung?)

Zusätzlich wurde weitere Charakteristiken der Haus- und Facharztpraxen, wie das Alter und Geschlecht der Vertragsärzte, die Region (Landkreis) und die Häufigkeit des Kontaktes mit COVID-19 Patienten (Anzahl der gemeldeten COVID-19 Erkrankungen), erfasst.

3.2.4. Statistische Analysen

Die online oder per Fax zurückgesandten Fragebögen wurden in eine Datenbank überführt und mit Hilfe der Software SPSS (Version 25, IBM Corp., 2017) und Stata® (Version 15, StataCorp. 2017[33]) deskriptiv ausgewertet. Hierbei wurden vor allem Unterschiede zwischen den Disziplinen mittels deskriptiver Statistik analysiert. Zudem wurden Assoziationen zwischen den Charakteristiken der Vertragsärzte (Alter des Vertragsarztes, Region mit hohem Infektionsgeschehen vs. niedrigem Infektionsgeschehen, wenig vs. viel Kontakt zu Patienten mit COVID-19 Infektion) und den unter 3.2 genannten Untersuchungsvariablen unter Nutzung von multivariaten Regressionsanalysen identifiziert.

3.3. Zusammenführung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse und der Befragung der Vertragsärzte

Abschließend wurden die Ergebnisse beider Analysen (Sekundär- und Primärdatenanalyse) zusammengeführt werden, um Potentiale zur besseren Aufrechterhaltung der primärärztlichen Versorgung aufzuzeigen sowie Vertragsärzte in der Versorgung der Patienten bei zukünftigen Pandemiewellen besser zu unterstützen und zu schützen. Hierfür werden derzeit Publikationen für wissenschaftliches Fachpublikum erstellt, welche mögliche Maßnahmen aufzeigen, die primärärztliche Versorgung in Zeiten einer Pandemie und unter extremen Einschränkungen seitens der Patient:innen und der Vertragsärzt:innen besser aufrechtzuerhalten.

4. Ergebnisse

Die umfangreiche Ergebnisdarstellung orientiert sich an den unter **1.2.** aufgeführten Zielstellungen der Studie und unterteilt sich daher in die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse (**4.1.**) und der Fragebogenerhebung (**4.2.**).

4.1. Sekundärdatenanalyse

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurde das veränderte Leistungsgeschehen vor und während der COVID-19 Pandemie anhand von Querschnittsdaten zu Konsultationen, Arzneimittelverordnungen, Facharzt- und Krankenhausüberweisungen sowie gestellten Diagnosen von n=1.794 Haus- und Facharztpraxen ausgewertet. Die Daten wurden IQVIA fortlaufend von den Praxen gemeldet und nach einer Qualitätskontrolle (z.B. Vollständigkeit der Dokumentation, Plausibilität der Verbindung zwischen Diagnosen und Verschreibungen etc.) in der Disease Analyzer Datenbank dokumentiert. Von den insgesamt n=1.794 Haus- und Facharztpraxen war die Mehrheit mit 55.5% den Hausärzt:innen (n=996) zuzuordnen. Der Anteil der Facharztpraxen beläuft sich hingegen auf 44.5% (n=798). Die Patient:innen waren im Durchschnitt 52,2 (Standardabweichung 19,2) Jahre alt. 31,4% waren 18-40 Jahre, 33,5% 41-60, 27,0% 61-80 und 8,1% >80 Jahre alt. Die Mehrheit war weiblich (56,5 %). 19,9% der Patienten litten an Bluthochdruck, 8,8% an Diabetes und 9,0 % an Depressionen. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Alter (52,3 vs. 52,2 Jahre) zwischen den Zeiträumen der Studie. Tabelle 3 zeigt eine detaillierte Aufschlüsselung der Ausrichtung der Ärzte.

Tabelle 3 Stichprobe für die Sekundärdatenanalyse

Fachrichtung der teilnehmenden Praxen	Anzahl (n,%)	
Total	N =	1.794 100 %
Allgemeinmedizin/ Innere Medizin	n =	996 55.5 %
Dermatologie	n =	127 7.1 %
Neurologie & Psychiatrie	n =	133 7.4 %
Gynäkologie	n =	84 4.7 %
HNO-Heilkunde	n =	224 12.5 %
Orthopädie	n =	147 8.2 %
Urologie	n =	83 4.6 %

Die Darstellung der veränderten Leistungsanspruchnahme vor und während der Pandemie inklusive der Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung erfolgt deskriptiv über die Darstellung der relativen Veränderung (in Prozent) von einem Prä-Pandemie-Intervall (Mittelwert der Jahre 2018 und 2019) gegenüber einem Pandemie-Intervall (März 2020 – September 2021). Ferner wurden die jeweiligen Zielgrößen monatsweise sowie für unterschiedliche Altersgruppen und Facharztdisziplinen ausgewertet. Die betreffenden Tabellen befinden sich im Anhang.

Darüber hinaus unterteilt das RKI das pandemische Intervall in folgende Phasen, auf die sich mit Blick auf den zeitlichen Kontext sowie zum Zweck eines einheitlichen Sprachgebrauchs immer wieder bezogen wird [29]:

- (1) 1. Covid-19- Welle (KW 10/2020 – KW 20/2020)
- (2) Sommerplateau 2020 (KW 21/2020 – KW 39/2020)
- (3) 2. Covid-19- Welle (KW 40/2020 – KW 8/2021)
- (4) 3. Covid-19- Welle (KW 9/2021 – KW 23/2021)
- (5) Sommerplateau 2021 (KW 24/2021 – KW 30/2021)
- (6) 4. Covid-19- Welle (KW 31/2021 – KW 51/2021)*

KW, Kalenderwoche * Daten standen nur bis September 2021 zur Verfügung

Während der 1. Covid-19- Welle verständigten sich am 12. März 2020 Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Länder auf Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte. Diese wurden in den darauffolgenden Tagen auf sämtliche Lebensbereiche ausgeweitet und zunächst mit einer Geltungsdauer von mindestens zwei Wochen angegeben (MPK 22.03.2020) und letztlich bis zum 5. Juni verlängert (MPK 06.05.2020). Am 28. Oktober beschlossen die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder erneut tiefgreifende Kontaktbeschränkungen mit dem Ziel die 2. Covid-19- Welle einzudämmen (MPK 28.10.2020). Diese wurden zunächst am 25. November 2020 (MPK 25.11.2020), zweimal im Januar 2021 (MPK 05.01.2021 & MPK 19.01.2021) und schließlich am 10. Februar 2021 (MPK 10.02.2021) verlängert und mitunter verschärft. Auch im März, mit dem Eintritt in die 3. Covid-19- Welle, erfolgten noch einmal Beschlüsse zur Verlängerung der Maßnahmen, die bis in den April andauerten (MPK 03.03.2021 & MPK 22.03.2021). Diese gingen jedoch zum Teil bereits mit Öffnungsschritten einher, ehe die sogenannte Bundes-Notbremse am 23.04.2021 in Kraft trat.

4.1.1. Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen

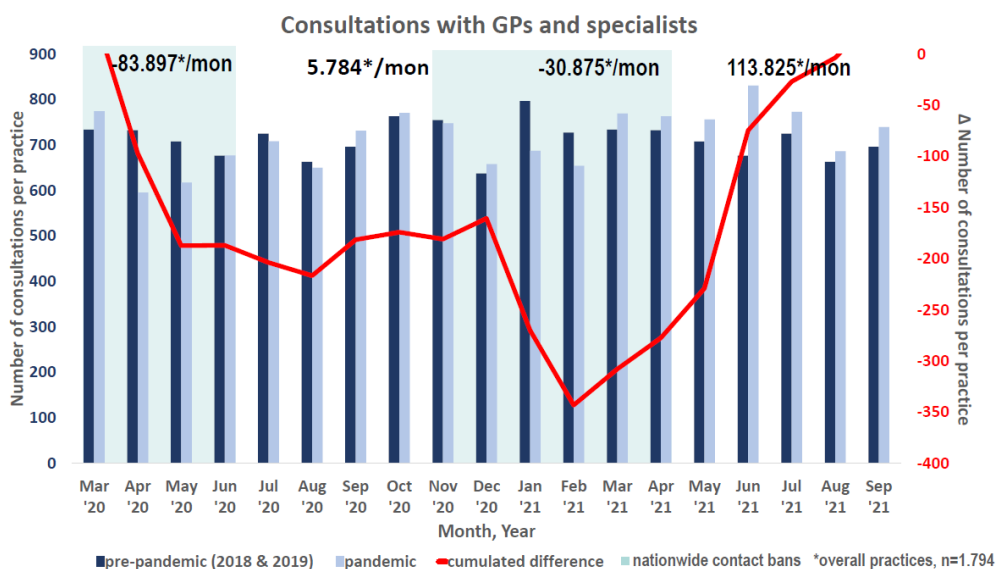
Mit Blick auf die Haus- und Facharztkontakte wurden sowohl Telefonkontakte als auch Besuche ausgewertet. Während der 1. COVID-19-Welle (Anfang März bis Mitte Mai 2020) und den damit einhergehenden Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung, die bis Juni andauerten, ist ein Rückgang

der Konsultationshäufigkeit von durchschnittlich -83.897 (-6.5%) pro Monat gegenüber dem gleichen Zeitraum der Jahre 2018 und 2019 bei den untersuchten Arztpraxen zu sehen.

Während des Sommerplateaus 2020 (Ende Mai 2020 bis Ende September 2020) und auch noch zu Beginn der 2. Covid-19- Welle (Oktober 2020 bis Ende Februar 2021) ist gegenüber dem gleichen Zeitraum vor der Pandemie ein Zuwachs an Konsultationen i.H.v. monatlich +5.784 (0.4%) dokumentiert.

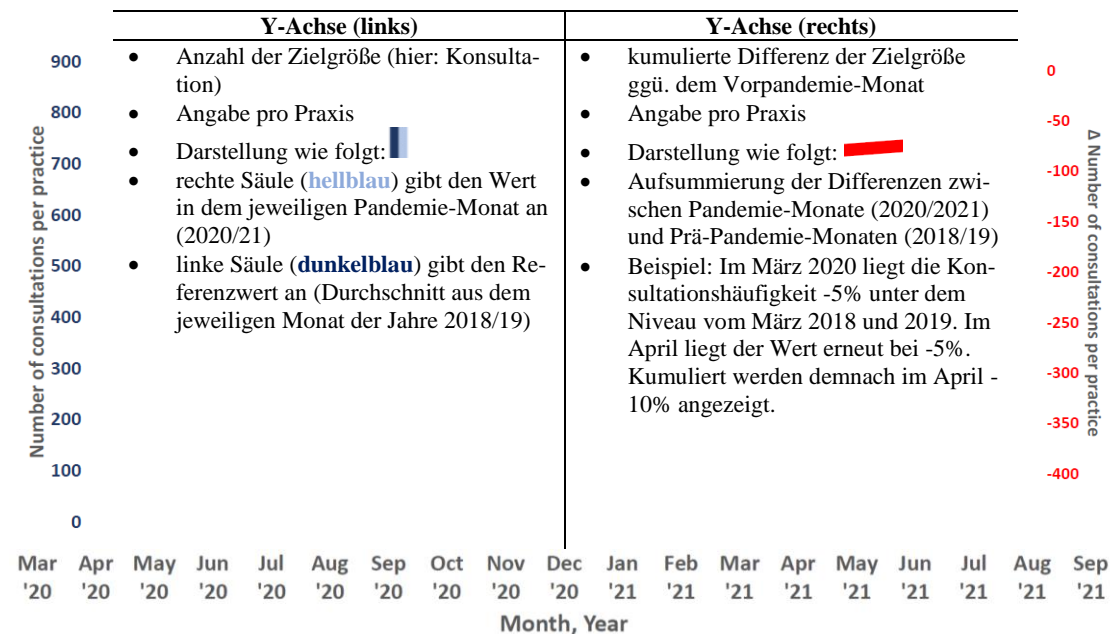
Mit der Umsetzung der zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle eingeführten Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung kehrt sich dieser Trend jedoch wieder ins Negative um. Im Vergleich zu den Jahren vor Ausbruch der Pandemie ging die Konsultationshäufigkeit während der zweiten Phase von Maßnahmen monatlich um -30.875 (-2.1%) zurück.

Bereits mit Beginn der 3. Covid-19- Welle (März 2021 bis Anfang Juni 2021) übersteigt die Konsultationshäufigkeit die Werte der Vor-Pandemie-Jahre 2018 und 2019. Während des Sommerplateaus 2021 (ab Mitte Juni 2021) im August können die untersuchten Arztpraxen den Rückgang der Konsultationshäufigkeit im Laufe des Pandemiegeschehens kompensieren. Nach dem zweiten sogenannten Lockdown konnte bis September 2021 ein Zuwachs der Konsultationen i.H.v. +113.825 (9.2%) pro Monat gegenüber den Prä-Pandemie-Monaten der Jahre 2018 und 2019 verzeichnet werden. Abbildung 1.1. veranschaulicht die Entwicklungen der Konsultationshäufigkeit über den Zeitraum der Pandemie. Auf Seite 8 gibt es bei Bedarf eine Lesehilfe für die folgenden Grafiken.



Exkurs – Lesehilfe Grafiken

Die folgenden Grafiken bilden die Entwicklung der jeweiligen Zielgröße über den Zeitraum der Pandemie ab und setzen



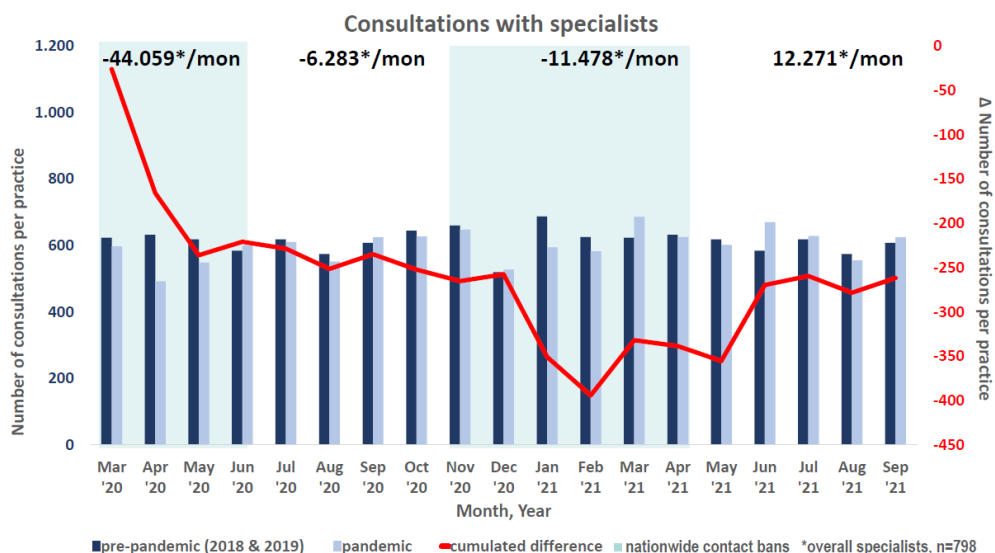
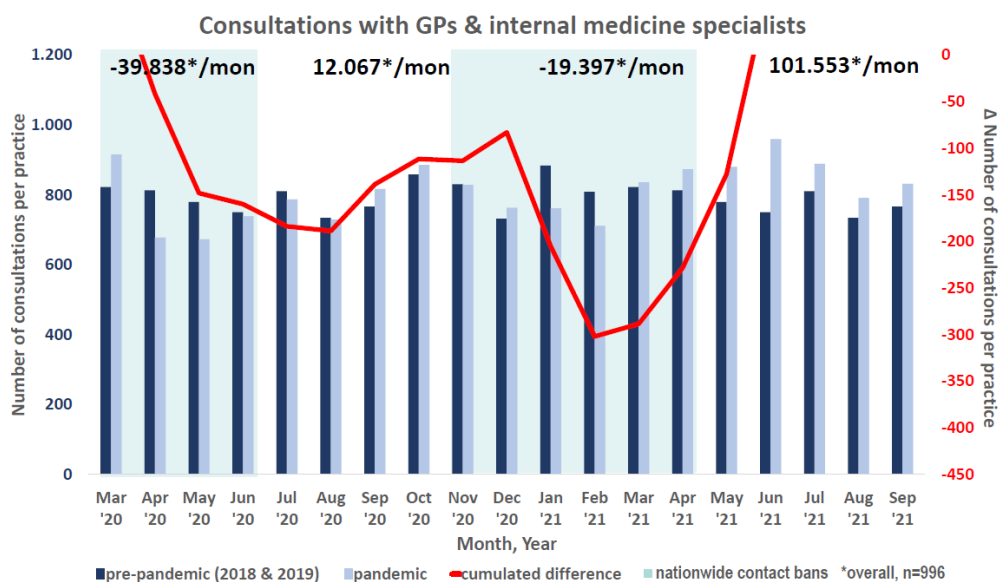
X-Achse

- Untersuchungszeitraum – Pandemie (März 2020 bis September 2021)
- In jeder Grafik sind die Phasen der bundesweiten Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung durch zwei große Türkise Rechtecke gekennzeichnet.
- Die Kennzeichnung dieser Phasen macht zwei weitere Phasen sichtbar. Diese sind farblich nicht hervorgehoben, also weiß.
- Für jede der vier Phasen wurde ein Durchschnittswert über alle untersuchten Praxen gebildet.
- Beispiel: **-30.875*/mon**
Diese Zahl stammt aus der Grafik zu den Konsultationshäufigkeiten. Sie gibt an, dass für die untersuchten Praxen (n=1.794) während der Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle durchschnittlich -30.875 Konsultationen pro Monat weniger dokumentiert wurden.

Werden Haus- und Fachärzt:innen getrennt voneinander betrachtet, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Während für die Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen bereits nach dem Ende der Kontaktbeschränkung während des Sommerplateaus 2020 mehr Konsultationen (+12.067 (1.5%)/Monat) dokumentiert werden, weisen die Fachärzt:innen weiterhin eine geringere Konsultationshäufigkeit (-6.283 (-1.3%)/Monat) im Vergleich zu den Vor-Pandemie-Monaten 2018/19 auf.

Die Maßnahmen zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle treffen sowohl die Haus- als auch Fachärzt:innen gleichermaßen. Im März 2021 mit dem Eintritt in die 3. Covid-19- Welle nehmen für beide Gruppen die Kontakthäufigkeiten wieder zu. Für die Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen hält dieser Trend an. Sie haben bereits im Juni 2021 die rückläufige Konsultationshäufigkeit während der Pandemie kompensiert. Von Mai 2021 bis September 2021 wurden für die hier untersuchten Praxen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (n=996) durchschnittlich +101.553 (13.3%) pro Monat mehr Konsultationen als im gleichen Zeitraum in den Jahren 2018 und 2019 dokumentiert.

Während Innere und Allgemeinmedizin die Konsultationshäufigkeit kompensieren konnten, gilt dies nicht im gleichen Maße für die anderen Fachärzt:innen. Der Trend ist zwar aufsteigend, allerdings lässt sich sagen, dass jede Praxis für den Zeitraum der Pandemie im Durchschnitt -266 Konsultationen weniger vorweisen konnte. Abbildungen 1.2. und 1.3. zeigen die Ergebnisse noch einmal differenziert nach Haus- und Facharztpraxen.

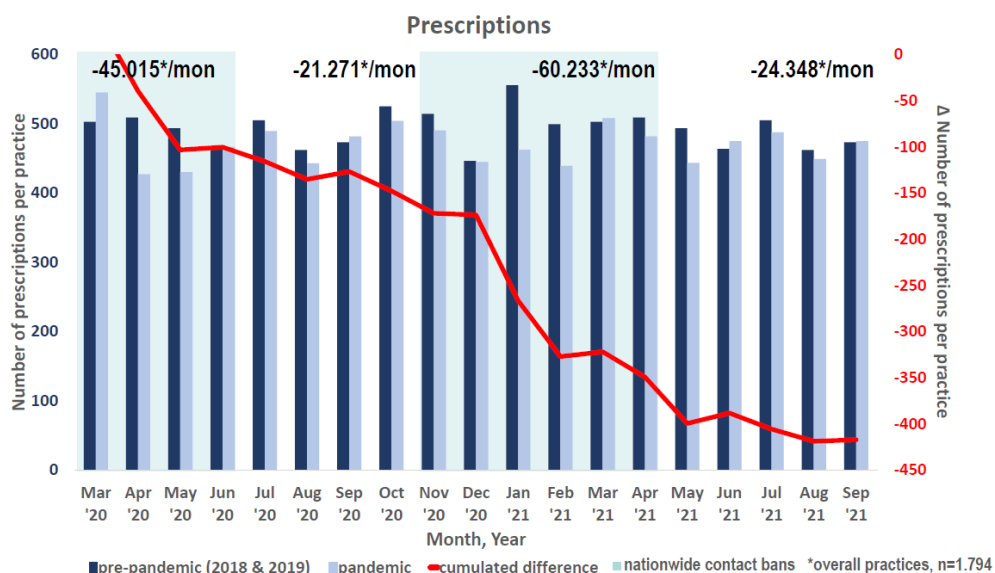


4.1.2. Anzahl der Medikamentenverordnungen

Mit Blick auf die Anzahl der Medikamentenverordnungen im Laufe Pandemie zeigt sich ein weniger wechselhaftes Bild, als bei der Konsultationshäufigkeit. Über den gesamten Zeitraum der Pandemie von März 2020 bis September 2021 wurden gegenüber den zwei Jahren vor der Pandemie für jede Praxis im Schnitt -417 Medikamentenverordnungen pro Praxis weniger dokumentiert.

Die vergleichsweise stärkeren Rückgänge gab es erwartungsgemäß während der Maßnahmen zur Eindämmung der jeweiligen Covid-19- Wellen 1 und 2. Während des ersten sogenannten Lock-downs wiesen die n=1.794 Praxen monatlich im Durchschnitt -45.015 (-5.0%) Medikamentenverordnungen weniger auf, als in den prä-pandemischen Referenzjahren 2018 und 2019. Noch drastischer fiel der Rückgang während der 2. Covid-19- Welle und der Maßnahmen zur Eindämmung ebendieser aus. Hier lässt sich ein Rückgang von -60.233 (-6.4%) pro Monat im Vergleich zum gleichen Zeitraum vor der Pandemie erkennen.

Doch auch während des Sommerplateaus 2020, dem Eintritt in die 3. Covid-19- Welle sowie des Sommerplateaus 2021 sank die Anzahl an Medikamentenverordnungen im Vergleich zu den Referenzwerten. Zunächst um -21.271 (-2.4%) und später noch einmal um -24.348 (-2.7%) pro Monat. Nichtsdestotrotz konnte zuletzt im September 2021 wieder ein kleiner Anstieg wahrgenommen werden. Abbildung 2.1. fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.



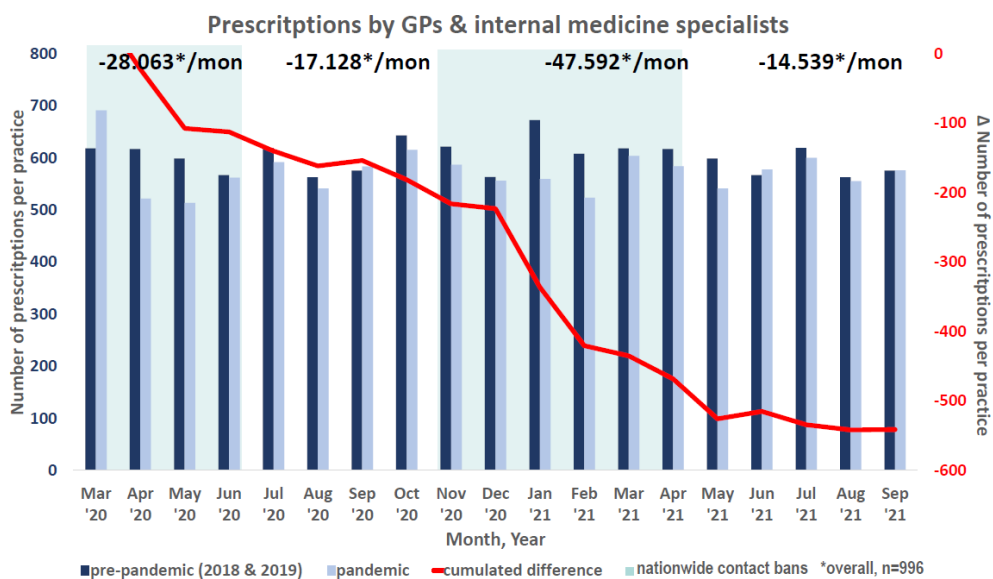
Werden die Praxen der Inneren und Allgemeinmedizin isoliert von den restlichen Facharzt-disziplinen betrachtet, lassen sich die gleichen Tendenzen erkennen. Während der ersten beiden Covid-19-Wellen bzw. der damit einhergehenden Maßnahmen zu deren Eindämmung wurden die größten Differenzen gemessen. Die n=996 Praxen der Hausärzt:innen verzeichneten im Vergleich zu den Vorjahren zu Pandemiebeginn einen Rückgang von monatlich -28.063 (-4.7%) Medikamentenverordnungen. Von November 2020 bis April 2021 erhöhte sich die Differenz im Vergleich zum prä-pandemischen Zeitraum weiter auf -47.592 (-7.5%) pro Monat.

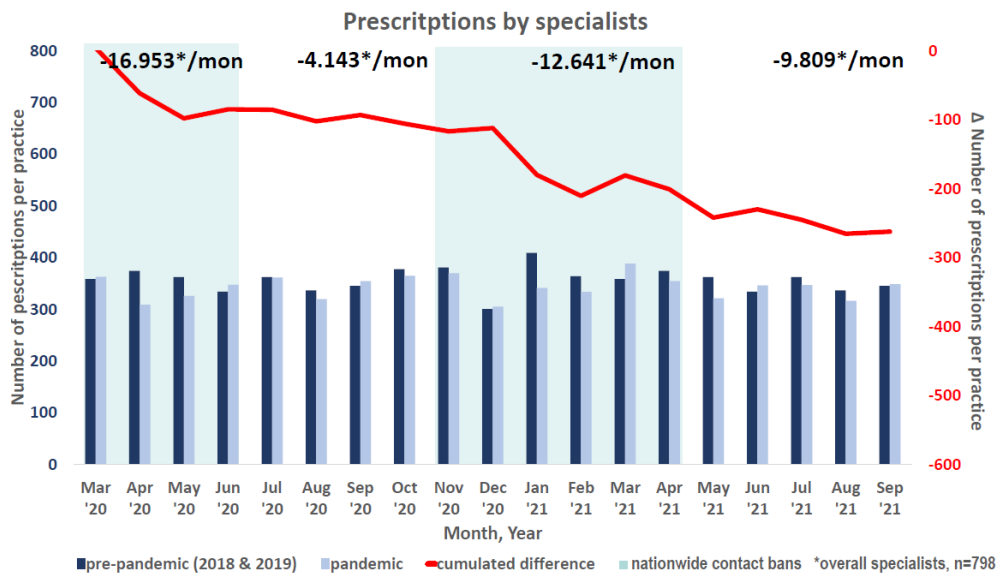
Auch bei den n=798 Facharztpraxen zeichnete sich ein Rückgang der Verordnungszahlen ab. Während der beiden sogenannten Lockdowns betrug der Rückgang bei den Medikamentenverordnungen

zunächst -16.953 (-5.6%) und -12.641 (-3.9%) pro Monat. Anders als bei den Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen ist der Wert für die Maßnahmen zur Eindämmung der 2. Covid-19-Welle niedriger als bei der 1. Covid-19- Welle.

Nach der 1. Covid-19- Welle während des Sommerplateaus 2020 und nach der 2. Covid-19- Welle ging die Anzahl der Medikamentenverordnungen sowohl bei den Haus- als auch bei den Facharztpraxen weniger stark zurück. Allerdings zeigt sich auch hier wiederum ein Unterschied zwischen den Praxen. Bei den Hausärzt:innen war der Rückgang während des Sommerplateaus 2020 stärker als nach der 2. Covid-19- Welle (-17.128 (-2.8%) vs. -14.539 (-2.4%)), wohingegen die Differenz für die restlichen Facharzt disziplinen nach der 2. Covid-19- Welle größer ausfällt als beim Sommerplateaus 2020 (-4.143 (-1.5%) vs. -9.809 (-3.4%)).

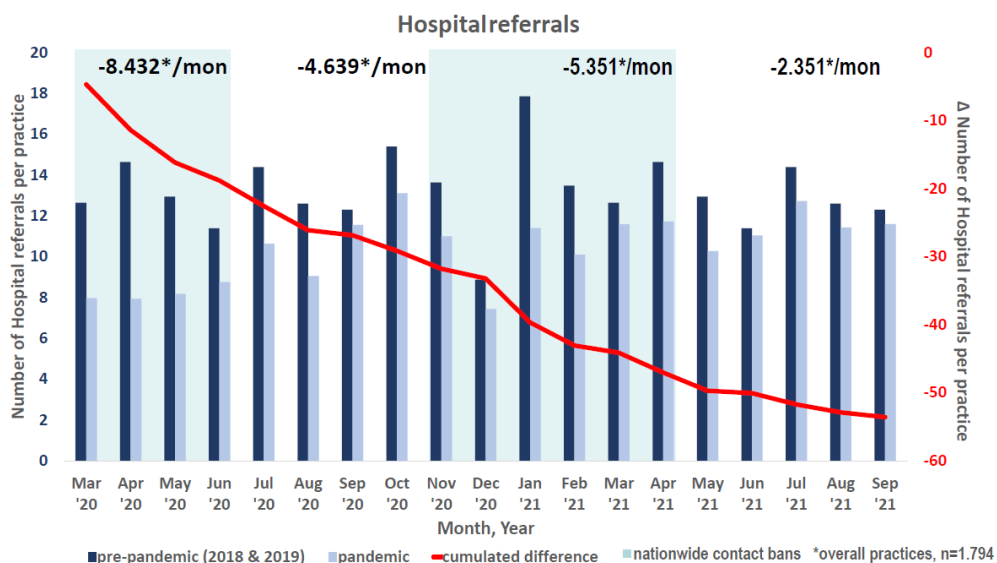
Über die gesamte Laufzeit der Pandemie lässt sich ferner angeben, wie viel weniger Medikamentenverordnungen durchschnittlich für jede Praxis dokumentiert wurden. Für die Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen gilt, dass über den Pandemie-Zeitraum pro Praxis kumulativ -541 Medikamentenverordnungen weniger dokumentiert sind. Bei den restlichen Facharzt disziplinen sind es pro Praxis durchschnittlich -262. Abbildungen 2.2. und 2.3. zeigen die Ergebnisse noch einmal differenziert nach Haus- und Facharztpraxen.





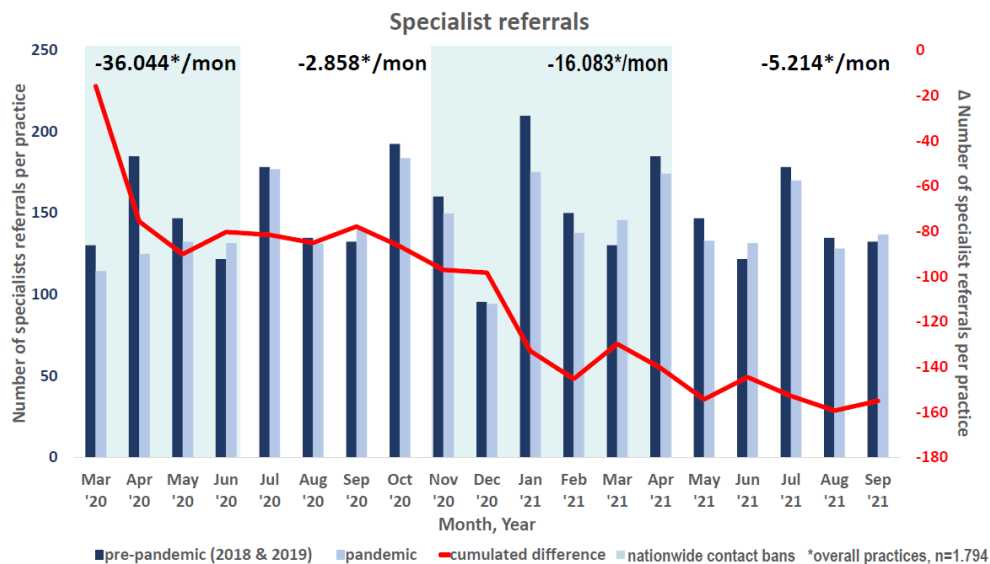
4.1.3. Anzahl der Krankenhauseinweisungen

Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen ist während des gesamten Untersuchungszeitraums unter dem Niveau der Vor-Pandemie. Den stärksten Rückgang gab es bei den n=1.794 Praxen während der Maßnahmen zur Eindämmung der 1. Covid-19- Welle im Jahr 2020 mit -8.432 (-35.7%) pro Monat. Weniger stark als in der 1. Covid-19- Welle und nur leicht stärker als während des Sommerplateaus 2020 mit -4.639 (-18.8%), stieg die Differenz zum Referenzwert während der Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle mit monatlich -5.351 (-20.8%) Krankenhauseinweisungen. Am geringsten war der Rückgang mit dem Beginn der 3. Covid-19- Welle und dem Sommerplateau 2021 mit monatlich -2.351 (-10.0%) Krankenhauseinweisungen. Im Gesamtverlauf der Pandemie weist jede Praxis bis zum September 2021 einen Rückgang von durchschnittlich -54 Krankenhauseinweisungen auf. Abbildung 3 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.



4.1.4. Facharztüberweisungen

Die Anzahl der Facharztüberweisungen ist gegenüber den Vor-Pandemie-Jahren 2018 und 2019 während des gesamten Untersuchungszeitraums rückläufig. Der größte Rückgang ist während der Kontaktbeschränkungen zur 1. Covid-19- Welle mit monatlich -36.044 (-11.6%) weniger Facharztüberweisungen dokumentiert. Mit den Maßnahmen zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle geht erneut ein größerer Rückgang von -16.083 (-4.4%) Facharztüberweisungen pro Monat einher. Im Anschluss an die 2. Covid-19- Welle wurde der drittstärkste Rückgang während der 3. Covid-19- Welle und dem Sommerplateau 2021 verbucht (-5.214 (-1.5%) pro Monat). Der geringste Rückgang wurde zum Sommerplateau 2020 erfasst (-2.858 (-0.6%) pro Monat). Bis September 2021 hatte jede der n=1.794 Praxen im Schnitt ein Defizit i.H.v. -155 Facharztüberweisungen im Vergleich zu den Referenzjahren 2018 und 2019. Abbildung 4 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.



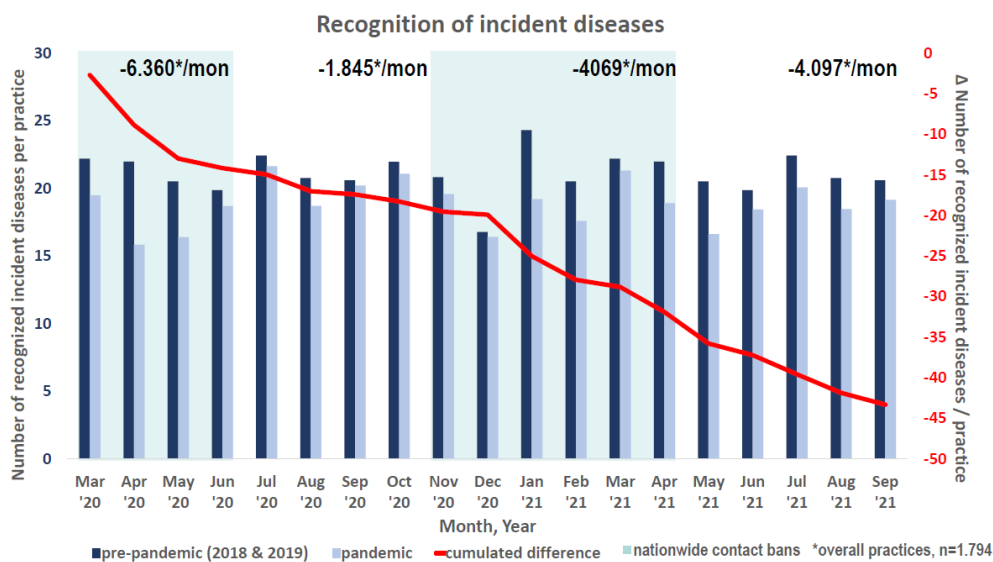
4.1.5. Erkennung von Neuerkrankungen

Bei der Erkennung von Neuerkrankungen während der Pandemie im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 wurden die in der folgenden Tabelle 4 aufgeführten Erkrankungen betrachtet. Diese Erkrankungen wurden bei den Patient:innen erstmalig dokumentiert.

Tabelle 4 Eingeschlossene Diagnosen

Diagnosen	ICD-10
Demenz	F01, F03, G30, F06.7
Diabetes mellitus	E10 – E14
Schlaganfall einschl. Transitorische ischämische Attacke (TIA)	I63, I64, G45
Epilepsie	G40
Parkinson-Krankheit	G20, G21
Depression	F32, F33
Krebs	C00 – C99
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung & Chronische Bronchitis	J42 – J44
Herzinfarkt	I21, I22
Koronare Herzkrankheit	I24, I25

Die Anzahl der erkannten Neuerkrankungen nahm in den n=1.794 Praxen während der Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren 2018 und 2019 ab. Am stärksten ging die Erkennung von Neuerkrankungen während der 1. Covid-19- Welle und den damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen zurück (-6.360 (-16.6%) pro Monat). Anders als bei den oben genannten Zielgrößen ist der zweitstärkste Rückgang während der 3. Covid-19- Welle und den Monaten des Sommerplateaus 2021 dokumentiert (-4.097 (-11.0%) pro Monat). Während der Maßnahmen zur Eindämmung der 2. Covid-19- Welle sank die Anzahl erkannter Neuerkrankungen mit -4.069 (-10.2%) pro Monat hingegen leicht weniger stark. Der geringste Rückgang wurde während des Sommerplateaus 2020 verzeichnet (-1.845 (-4.8%) pro Monat). Pro Praxis wurden seit Beginn der Pandemie im März 2020 -43 Neuerkrankungen weniger dokumentiert, als in den beiden Jahren vor der Pandemie. Abbildung 5 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.



Bei Betrachtung der einzelnen Erkrankung zeigte sich, dass lediglich die Chronische Bronchitis und COPD innerhalb des zweiten und dritten Lockdowns seltener dokumentiert wurden als während des ersten Lockdowns. Bei keiner Erkrankung kam es innerhalb der Lockdowns oder aber in der Zeit zwischen den Lockdowns zu Erholungs- bzw. Kompensationseffekten. Entgegen der Erwartungen war der Rückgang in der Erkennung von Diabetes, Demenzen, Parkinson Erkrankungen, Koronaren Herz-Erkrankungen und Schlaganfällen in der Zeit nach dem dritten Lockdown (ab Mai 2021) stärker als im zweiten und dritten Lockdown zuvor.

4.1.6. Altersgruppenspezifische Auswertung

4.1.6.1. Anzahl der Haus- und Facharztkonsultationen

Die Auswertung der Haus- und Facharztkonsultationen hinsichtlich der Altersgruppen ergab über den betrachteten Untersuchungszeitraum altersgruppenspezifische Unterschiede. Während die Anzahl der Konsultationen für die 18-25-Jährigen (-4,1%), die 26-40-Jährigen (-0,7%), die 41-60-Jährigen (-0,3%) sowie die 61-80-Jährigen (-0,5%) rückläufig war, zeigte die Altersgruppe der 81-110-Jährigen (+8,0%) einen Zuwachs gegenüber den Jahren 2018 und 2019. Die 18-25-Jährigen weisen den stärksten Rückgang während des gesamten Pandemieverlaufs auf. Ferner werden Unterschiede zwischen den Altersgruppen in den jeweiligen Phasen der Pandemie deutlich. Die erste Welle zeigt für alle Altersgruppen einen Rückgang der Konsultationen insbesondere in den Monaten April und Mai 2020, also während der ersten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Mit dem Eintritt in das sogenannte Sommerplateau 2020 ist mit Zuwächsen zw. +5,9% und +12,8% in den Monaten von Juni – September bereits ein Aufholeffekt in der Altersgruppe der 81-110-Jährigen zu erkennen. Für die jüngste Altersgruppe (18-25) geht die Anzahl der Konsultationen im selben Zeitraum allerdings weiterhin zurück (-10,2% im Juni 2020) und weist erst im September 2020 (+2,1%) wieder einen positiven Wert auf. Die zweite COVID-19 Welle zeigt ein Gefälle zwischen den Altersgruppen. Mit Ausnahme des Januars 2021 (-0,1%) nehmen die Konsultationen gegenüber den Jahren 2018 und 2019 bei den 81-110-Jährigen weiter zu (bis zu 10,0% im Dezember 2020). Für die restlichen Altersgruppen wird der Rückgang stärker, desto jünger die Gruppe ist. In der dritten COVID-19 Welle sank die Konsultationshäufigkeit nur noch in der Altersgruppe der 18-25-Jährigen (im April 2021 bis zu -6,2%), während insbesondere die beiden darüber liegenden Altersgruppen der 26-40-Jährigen und der 41-60-Jährigen Zuwächse i.H.v. +8,8% bzw. +11,5% zeigten. Die größten Kompensationseffekte zeigten sich während des Sommerplateaus 2021 gerade für die beiden untersten Altersgruppen i.H.v. >30% gegenüber dem prä-pandemischen Referenzzeitraum. Auch mit dem Eintritt in die vierte COVID-19 Welle wurde der Aufholtrend über alle Altersgruppen hinweg beibehalten, wobei die Altersgruppe der 81-110-Jährigen die größten und die der 61-80-Jährigen den geringsten Anstieg zeigten. Tabelle 5.1 fasst die relative Veränderung bei Konsultationen während der Pandemie noch einmal zusammen. Im Anhang (unter C1.) finden sich darüber hinaus Tabellen, die die relative Veränderung der Konsultationshäufigkeit über die unterschiedlichen Altersgruppen nach Facharzt Disziplinen darstellen.

Tabelle 5.1 Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie nach Altersgruppen

Monat, Jahr	Altersgruppe				
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110
Mar 2020 ¹	2,2%	5,7%	5,6%	4,7%	9,4%
Apr 2020 ¹	-27,1%	-22,7%	-19,3%	-18,6%	-7,6%
May 2020 ¹	-24,9%	-17,8%	-14,4%	-10,6%	-0,6%
Jun 2020 ²	-10,2%	-4,4%	-1,7%	2,0%	11,3%
Jul 2020 ²	-8,1%	-5,2%	-4,4%	-1,3%	7,7%
Aug 2020 ²	-3,7%	-2,6%	-2,6%	-3,5%	5,9%
Sep 2020 ²	2,1%	3,0%	3,2%	5,8%	12,8%
Oct 2020 ³	1,4%	-0,3%	0,2%	0,4%	6,3%
Nov 2020 ³	-3,6%	-0,7%	-0,6%	-3,1%	6,3%
Dec 2020 ³	-0,7%	2,3%	3,2%	2,1%	10,0%
Jan 2021 ³	-24,3%	-18,4%	-15,6%	-12,3%	-0,1%
Feb 2021 ³	-22,1%	-14,8%	-11,4%	-8,0%	2,1%
Mar 2021 ⁴	-5,0%	0,9%	2,6%	6,6%	17,4%
Apr 2021 ⁴	-6,2%	0,8%	3,4%	6,2%	10,9%
May 2021 ⁴	-1,0%	8,8%	11,5%	3,6%	6,1%
Jun 2021 ^{4,5}	30,7%	31,8%	27,4%	14,4%	17,3%
Jul 2021 ⁵	11,7%	10,6%	5,9%	2,5%	11,4%
Aug 2021 ⁶	6,3%	6,8%	2,1%	-0,4%	11,8%
Sep 2021 ⁶	8,6%	8,4%	4,0%	3,2%	16,3%
Σ	-4,1%	-0,7%	-0,3%	-0,5%	8,0%

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

¹ 1.COVID-19-Welle, ² Sommerplateau 2020, ³ 2.COVID-19-Welle, ⁴ 3.COVID-19-Welle, ⁵ Sommerplateau 2021, ⁶ 4.COVID-19-Welle

4.1.6.2. Anzahl der Krankenhauseinweisungen

Im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 sanken die Krankenhauseinweisungen im Pandemieverlauf über alle Altersgruppen hinweg. Die 18-25-Jährigen (-24,0%) hatten den größten Rückgang, gefolgt von den 61-80-Jährigen (-22,7%) und den 41-60-Jährigen (-22,3%). Die 26-40-Jährigen (-19,7%) verzeichneten die zweit-niedrigste und die 81-110-Jährigen (-16,3%) die niedrigste Abnahme. Während der jeweiligen COVID-19-Wellen erwiesen sich die Veränderungen in der Anzahl der Krankenhauseinweisungen über die Altersgruppen hinweg als überwiegend homogen, sodass lediglich für die ältesten (81-110 Jahre) ab Juni 2021 (Sommerplateaus 2021) eine Abweichung in Form von Zuwächsen von bis zu +10,2% (Juni 2021) erkennbar war. Tabelle 5.2 zeigt noch einmal die relative Veränderung der dokumentierten Krankenhauseinweisungen während der Pandemie. Im Anhang (unter C2.) finden sich darüber hinaus Tabellen, die die relative Veränderung der Medikamentenverordnung für unterschiedliche Altersgruppen unterschieden nach Facharzt-disziplinen darstellen.

Tabelle 5.2 Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie nach Altersgruppen

Monat, Jahr	Altersgruppe				
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110
Mar 2020 ¹	-35,2%	-30,2%	-37,6%	-39,7%	-36,5%
Apr 2020 ¹	-51,7%	-42,0%	-48,9%	-47,0%	-37,3%
May 2020 ¹	-47,0%	-36,2%	-34,7%	-36,6%	-38,3%
Jun 2020 ²	-24,4%	-25,8%	-23,7%	-21,9%	-22,2%
Jul 2020 ²	-26,8%	-22,6%	-26,7%	-27,3%	-24,9%
Aug 2020 ²	-30,0%	-30,3%	-27,9%	-27,7%	-27,3%
Sep 2020 ²	-9,7%	-6,7%	-4,8%	-7,4%	-3,0%
Oct 2020 ³	-16,3%	-15,5%	-18,0%	-15,4%	-4,0%
Nov 2020 ³	-21,4%	-18,9%	-18,0%	-20,9%	-17,4%
Dec 2020 ³	-16,2%	-13,2%	-18,3%	-17,6%	-10,9%
Jan 2021 ³	-36,6%	-33,0%	-35,7%	-39,0%	-32,5%
Feb 2021 ³	-23,8%	-18,2%	-25,1%	-28,8%	-23,1%
Mar 2021 ⁴	-8,1%	-4,0%	-8,1%	-11,2%	-6,4%
Apr 2021 ⁴	-22,7%	-18,0%	-19,6%	-22,7%	-13,8%
May 2021 ⁴	-29,1%	-19,1%	-20,6%	-22,4%	-14,4%
Jun 2021 ^{4,5}	-9,3%	-1,5%	-7,3%	-4,6%	10,2%
Jul 2021 ⁵	-16,7%	-10,2%	-15,3%	-12,6%	0,1%
Aug 2021 ⁶	-16,1%	-14,5%	-13,2%	-7,0%	2,1%
Sep 2021 ⁶	-5,5%	-5,6%	-8,0%	-7,2%	3,6%
Σ	-24,0%	-19,7%	-22,3%	-22,7%	-16,3%

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

¹ 1.COVID-19-Welle, ² Sommerplateau 2020, ³ 2.COVID-19-Welle, ⁴ 3.COVID-19-Welle, ⁵ Sommerplateau 2021, ⁶ 4.COVID-19-Welle

4.1.6.3. Anzahl an Facharztüberweisungen

Die Anzahl der Facharztüberweisungen nahm für vier von fünf Altersgruppen im Untersuchungszeitraum ab. Lediglich für die Altersgruppe der 81-110-Jährigen (+1.7%) wurden im Vergleich zu 2018/19 häufiger Facharztüberweisungen vorgenommen. Tendenziell wurde die relative Veränderung der Facharztüberweisungen mit abnehmendem Alter kleiner. (61-80-Jährige: -7,5%; 41-60-Jährige: -6,0%; 18-25-Jährige: -5,8%; 26-40-Jährige: -3,9%). Mit Ausnahme der ältesten Gruppe (81-110 Jahre) zeigen sich nur minimale bis gar keine altersgruppenspezifischen Unterschiede in den jeweiligen Phasen der COVID-19 Pandemie. Während der Frühphase der Pandemie (1. COVID-WELLE) gingen die Facharztüberweisungen in sämtlichen Altersgruppen um mehr als -30% (18-25, 41-60, 61-80 und 81-110 Jahre) zurück. Mit dem Eintritt in das Sommerplateau 2020 nahmen sie wieder zu, wobei der Anteil auch mit dem Alter zunahm (18-25 Jahre:1,9%; 81-110 Jahre: 20,9%). Mit Ausnahme kleinerer Abweichungen zeigt sich fortan ein einheitliches Muster für alle Altersgruppen außer für die 81-110-Jährigen. Für letztere nehmen bis zum Dezember 2020, d.h. bis in die zweite COVID-19-Welle hinein die Anzahl an Facharztüberweisungen zu. Nur zum Höhepunkt der zweiten COVID-19-Welle sind die Zahlen rückläufig, ehe sie mit Ausnahme vom Mai 2021 (-2,9%) jeden Monat zwischen März 2021 und September 2021 zwischen +6,3% (Juni 2021) und +21,4% (Julie 2021) steigen. Für die anderen Altersgruppen sinken die Facharztüberweisungen

mehrheitlich. Tabelle 5.3 fasst noch einmal die relative Veränderung der Facharztüberweisungen zusammen. Tabellen, die die relative Veränderung der Facharztüberweisungen über die Altersgruppen hinweg nach Facharztdisziplinen darstellen, befinden sich im Anhang (unter C4.).

Tabelle 5.3 Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie nach Altersgruppen

Monat, Jahr	Altersgruppe				
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110
Mar 2020 ¹	-10,1%	-7,7%	-11,4%	-15,8%	-11,8%
Apr 2020 ¹	-33,5%	-28,5%	-31,9%	-34,7%	-30,4%
May 2020 ¹	-14,9%	-12,2%	-11,1%	-9,2%	-1,1%
Jun 2020 ²	1,9%	5,8%	6,2%	8,5%	20,9%
Jul 2020 ²	-0,8%	-0,2%	-3,3%	-1,0%	7,4%
Aug 2020 ²	2,1%	-2,1%	-3,3%	-4,7%	2,9%
Sep 2020 ²	8,0%	5,9%	3,5%	4,4%	13,8%
Oct 2020 ³	1,5%	-2,8%	-5,8%	-6,3%	0,2%
Nov 2020 ³	-3,0%	-3,9%	-6,7%	-9,8%	0,0%
Dec 2020 ³	2,8%	1,3%	-1,5%	-4,5%	3,1%
Jan 2021 ³	-17,8%	-14,8%	-17,3%	-18,1%	-10,7%
Feb 2021 ³	-13,5%	-5,4%	-7,0%	-10,9%	-4,1%
Mar 2021 ⁴	7,7%	13,0%	12,7%	8,8%	20,6%
Apr 2021 ⁴	-8,9%	-2,6%	-5,0%	-9,0%	0,2%
May 2021 ⁴	-14,4%	-6,9%	-7,6%	-13,3%	-2,9%
Jun 2021 ^{4,5}	4,8%	9,1%	7,5%	5,1%	21,4%
Jul 2021 ⁵	-6,5%	-4,5%	-6,9%	-5,6%	6,3%
Aug 2021 ⁶	-7,4%	-6,1%	-6,6%	-5,8%	8,6%
Sep 2021 ⁶	1,2%	1,1%	2,0%	2,1%	17,2%
Σ	-5,8%	-3,9%	-6,0%	-7,5%	1,7%

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

¹ 1.COVID-19-Welle, ² Sommerplateau 2020, ³ 2.COVID-19-Welle, ⁴ 3.COVID-19-Welle, ⁵ Sommerplateau 2021, ⁶ 4.COVID-19-Welle

4.1.6.4. Anzahl der Medikamentenverordnungen

Die altersgruppenspezifische Betrachtung der Ergebnisse zeigt über den Untersuchungszeitraum, dass die Verordnungen für die älteste Gruppe (81-110 Jahre) um +8,3% angestiegen sind. Lediglich im April 2020 sinken die Verordnungszahlen (-3,5%), allerdings steigen die Zahlen im Anschluss daran jeden Pandemiemonat im Vergleich zu den jeweiligen Vorpandemie-Monaten zwischen mindestens +0,4% (Januar 2021) und höchstens +18,9% (März 2021). Für die weiteren Altersgruppen zeigt sich: Je jünger die Patient:innen, desto stärker der Rückgang bei den Medikamentenverordnungen. Während die 61-80-Jährigen einen Rückgang von nur -2,9% aufweisen, beläuft er sich bei den 41-60-Jährigen schon auf -6,7%, bei den 26-40-Jährigen auf -11,9% und den 18-25-Jährigen auf -15,7%. Tabelle 5.4 fasst die relative Veränderung bei Medikamentenverordnungen während der Pandemie noch einmal zusammen. Ferner befinden sich im Anhang (unter C3.) Tabellen, die die relative Veränderung der Medikamentenverordnung für unterschiedliche Altersgruppen über die jeweiligen Facharztdisziplinen darstellen.

Tabelle 5.4 Relative Veränderung* der Medikamentenverordnungen während der Pandemie nach Altersgruppen

Monat, Jahr	Altersgruppe				
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110
Mar 2020 ¹	-1,7%	2,5%	8,1%	10,1%	15,3%
Apr 2020 ¹	-25,2%	-23,6%	-18,0%	-15,3%	-3,5%
May 2020 ¹	-26,0%	-20,9%	-15,7%	-10,8%	0,7%
Jun 2020 ²	-11,7%	-6,2%	-1,4%	2,4%	11,8%
Jul 2020 ²	-11,1%	-8,6%	-5,5%	-1,7%	7,2%
Aug 2020 ²	-10,9%	-9,0%	-5,9%	-4,0%	6,0%
Sep 2020 ²	-7,4%	-4,1%	-0,6%	3,7%	11,8%
Oct 2020 ³	-11,0%	-10,4%	-5,7%	-2,6%	5,6%
Nov 2020 ³	-16,7%	-11,7%	-5,5%	-3,7%	7,1%
Dec 2020 ³	-13,2%	-8,9%	-1,8%	1,7%	10,7%
Jan 2021 ³	-31,5%	-28,4%	-20,5%	-13,2%	0,4%
Feb 2021 ³	-28,9%	-24,1%	-15,1%	-8,1%	3,8%
Mar 2021 ⁴	-16,1%	-11,2%	-2,9%	5,2%	18,9%
Apr 2021 ⁴	-18,8%	-14,1%	-7,2%	-3,9%	8,4%
May 2021 ⁴	-25,7%	-17,8%	-11,5%	-9,5%	4,5%
Jun 2021 ^{4,5}	-7,3%	-3,3%	-0,1%	3,0%	15,7%
Jul 2021 ⁵	-10,8%	-9,1%	-6,5%	-3,0%	10,3%
Aug 2021 ⁶	-12,7%	-7,9%	-5,8%	-2,7%	11,5%
Sep 2021 ⁶	-8,1%	-4,9%	-2,2%	0,6%	14,4%
Σ	-15,7%	-11,9%	-6,7%	-2,9%	8,3%

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

¹ 1.COVID-19-Welle, ² Sommerplateau 2020, ³ 2.COVID-19-Welle, ⁴ 3.COVID-19-Welle, ⁵ Sommerplateau 2021, ⁶ 4.COVID-19-Welle

4.1.6.5. Erkennung von Neuerkrankungen

Die Anzahl der dokumentierten erstmalig erfassten Diagnosen sank über alle Altersgruppen hinweg. Grundsätzlich lässt sich folgender Trend erkennen: Je jünger die Altersgruppe, desto geringer der relative Rückgang bei den inzidenten Diagnosen. Den stärksten Rückgang verbuchte die Altersgruppe der 61-80-Jährigen (-13,3%). Es folgten absteigend die 41-60-Jährigen (-12,2%) die 26-40-Jährigen (-8,3%) und die 18-25-Jährigen (-7,0%). Entgegen diesem Trend, weisen die Ältesten (81-110 Jahre) jedoch die geringste Verminderung auf (-5,1%). Anders als für die anderen Altersgruppen gab es insbesondere während des Sommerplateaus 2020 bereits Aufholeffekte mit bis zu +7,6% (Juni 2020) gegenüber den Jahren 2018 und 2019. Diese hielten selbst bis in die 2.COVID-19-Welle hinein an (+9,4%; Dezember 2020). Die relative Veränderung der inzidenten Diagnosen während der Pandemie nach Altersgruppen ist in Tabelle 5.5 dargestellt. Zusätzlich befinden sich im Anhang weitere Tabellen, die die relative Veränderung der erkannten Neuerkrankungen für unterschiedliche Altersgruppen und Facharzt disziplinen darstellen.

Tabelle 5.5 Relative Veränderung* der inzidenten Diagnosen während der Pandemie nach Altersgruppen

Monat, Jahr	Altersgruppe				
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110
Mar 2020 ¹	-5,3%	-5,3%	-8,3%	-15,7%	-15,2%
Apr 2020 ¹	-31,1%	-21,5%	-26,1%	-31,6%	-25,2%
May 2020 ¹	-20,0%	-11,7%	-20,6%	-23,6%	-15,8%
Jun 2020 ²	-2,1%	-6,7%	-8,6%	-7,5%	1,3%
Jul 2020 ²	-0,9%	-6,3%	-8,9%	-4,8%	7,6%
Aug 2020 ²	-3,3%	-9,6%	-10,8%	-13,2%	-3,2%
Sep 2020 ²	-2,5%	-1,0%	-4,8%	-3,6%	5,9%
Oct 2020 ³	-8,2%	-8,4%	-7,8%	-3,8%	4,4%
Nov 2020 ³	-7,6%	-8,5%	-7,3%	-7,0%	0,1%
Dec 2020 ³	-3,4%	-6,1%	-4,7%	-4,4%	9,4%
Jan 2021 ³	-17,7%	-23,9%	-21,6%	-21,3%	-14,3%
Feb 2021 ³	-13,2%	-12,3%	-12,9%	-13,3%	-6,6%
Mar 2021 ⁴	3,1%	6,9%	0,3%	5,2%	8,8%
Apr 2021 ⁴	-12,5%	0,6%	2,0%	2,6%	-1,0%
May 2021 ⁴	-13,8%	-6,6%	-8,2%	-14,8%	-14,3%
Jun 2021 ^{4,5}	7,7%	9,3%	2,6%	-4,8%	0,8%
Jul 2021 ⁵	-4,3%	-1,3%	-11,8%	-10,8%	-9,2%
Aug 2021 ⁶	-0,7%	-0,6%	-8,8%	-6,6%	2,3%
Sep 2021 ⁶	3,6%	-5,1%	-10,0%	-8,5%	-1,1%
Σ	-7,0%	-8,3%	-12,2%	-13,3%	-5,1%

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

¹ 1.COVID-19-Welle, ² Sommerplateau 2020, ³ 2.COVID-19-Welle, ⁴ 3.COVID-19-Welle, ⁵ Sommerplateau 2021, ⁶ 4.COVID-19-Welle

4.2. Primärdatenanalyse:

4.2.1. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt beantworteten n=645 Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen, darunter n=138 (21.4%) Haus- und n=507 (78.6%) Fachärzt:innen, wobei sich letztere auf n=216 (33.5%) Nerven- und n=190 (29.5%) HNO-Ärzt:innen sowie n=101 (15.7%) Urolog:innen verteilen. Die Mehrheit (79.4%, n=512) der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 45 und 65 Jahre alt. Über alle Arztgruppen hinweg betrug der Frauenanteil 35.7% (n=229), wobei dieser bei den Hausärzt:innen mit 59.9% (n=82) am größten und bei den Urolog:innen mit 11.9% (n=12) am niedrigsten war.

Mit 95.2% (n=613) war die Mehrheit der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte selbstständig. Während 57.7% (n=361) in einer Einzelpraxis arbeiteten, übten 42.3% (n=265) ihre Tätigkeit entweder in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft aus. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (57.9%, n=368) gab an, nicht überwiegend diagnostisch ausgerichtet zu sein. Eine Abweichung ist an dieser Stelle bei den HNO-

Ärztinnen und Urolog:innen zu erkennen, welche mehrheitlich überwiegend diagnostisch ausgerichtet sind (HNO-Ärztinnen (Ja): 62.8%, n=118; Urolog:innen (Ja): 60.0%, n=60).

Ca. 76.6% (n=492) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte behandeln mehr als 1.000 Patient:innen pro Quartal, 49.5% (n=318) sogar mehr als 1.500. Während der Anteil bei den Haus- (41.6%, n=57) und Nervenärzt:innen (34.6%, n=74), die mehr als 1.500 Patient:innen pro Quartal behandeln unter diesem Wert liegt, ist er bei den HNO-Ärztinnen (66.3%, n=126) und Urolog:innen (60.4%, n=61) darüber. Die Mehrheit (57.1%, n=363) der befragten Ärztinnen und Ärzte sah sich im Laufe der Pandemie dem Kontakt mit COVID-19 Patient:innen selten ausgesetzt. Bei einer differenzierten Betrachtung von Haus- und Fachärztinnen ändert sich dieses Bild. Demnach hatten 87.1% (n=115) der Hausärzt:innen, aber nur 20.4% (n=103) der Fachärztinnen (sehr) häufig Kontakt mit COVID-19 Patient:innen. Den größten Anteil hatten bei Letzteren die HNO-Ärzte mit 32.1% (n=61). Die Beschreibung der an der Befragung teilgenommenen Haus- und Fachärzte ist in der folgenden Tabelle 6 zu finden.

Tabelle 6 Charakteristiken der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Praxen

	Gesamt n = 645		Hausärzte n = 138		HNO-Ärzte n = 190		Nervenärzte n = 216		Urologen n = 101		Fachärzte n = 507		p value‡
Altersgruppe, n (%)													
< 35	3	(0.47)	2	(1.45)	1	(0.53)	-	-	-	-	1	(0.20)	
35 – 44	72	(11.16)	14	(10.14)	30	(15.79)	20	(9.26)	8	(7.92)	58	(11.44)	0.114
45 – 65	512	(79.38)	114	(82.61)	142	(74.74)	172	(79.63)	84	(83.17)	398	(78.50)	
> 65	58	(8.99)	8	(5.80)	17	(8.95)	24	(11.11)	9	(8.91)	50	(9.86)	
Geschlecht, n (%)													
Weiblich	229	(35.67)	82	(59.85)	66	(34.92)	69	(32.09)	12	(11.88)	147	(29.11)	< 0.001
Arbeitsverhältnis, n (%)													
Selbstständig	613	(95.19)	134	(97.81)	178	(93.68)	202	(93.52)	99	(98.02)	479	(94.48)	0.119
Angestellt	31	(4.81)	3	(2.19)	12	(6.32)	15	(6.48)	2	(1.98)	28	(5.52)	
Praxisform, n (%)													
Einzelpraxis	361	(57.67)	96	(71.64)	99	(54.70)	114	(54.03)	52	(52.00)	265	(53.86)	< 0.001
BAG oder MVZ	265	(42.33)	38	(28.36)	82	(45.30)	97	(45.97)	48	(48.00)	227	(46.14)	
Diagnostische Ausrichtung, n (%)													
Ja	268	(42.14)	35	(25.93)	118	(62.77)	55	(25.82)	60	(60.00)	233	(46.51)	< 0.001
Nein	368	(57.86)	100	(74.07)	70	(37.23)	158	(74.1)	40	(40.00)	268	(53.49)	
Anzahl Patienten/Quartal, n (%)													
0-1.000	150	(23.36)	38	(27.74)	20	(10.53)	82	(38.32)	10	(9.90)	112	(22.18)	
1.001 - 1.500	174	(27.10)	42	(30.66)	44	(23.16)	58	(27.10)	30	(29.70)	132	(26.14)	0.103
> 1.500	318	(49.53)	57	(41.61)	126	(66.32)	74	(34.58)	61	(60.40)	261	(51.68)	
Kontakt mit COVID-19 Patienten, n (%)													
Nie	55	(8.55)	1	(0.73)	11	(5.79)	34	(15.81)	9	(8.91)	54	(10.67)	
Selten	365	(57.77)	17	(12.41)	118	(62.11)	149	(69.30)	81	(80.20)	348	(68.77)	< 0.001
(Sehr) häufig	223	(34.68)	119	(86.86)	61	(32.11)	32	(14.88)	11	(10.89)	104	(20.55)	

BAG Berufsausübungsgemeinschaft; MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

‡ Differences in proportions (Hausärzt:innen vs. Fachärzt:innen): Fisher's exact Tests

4.2.2. Veränderungen im Praxismanagement (Einbestellverhalten, Schutzmaßnahmen, Video- und Telefonsprechstunden) sowie Gründe für Inzidenzrückgang

Nahezu die Hälfte der teilnehmenden Haus- und Fachärzte gaben an, Hausbesuche (36%), Heimbefuche (41%) sowie das Einbestellverhalten (40%) während der Pandemie reduziert zu haben. Hierbei zeigte sich, dass Hausärzt:innen dies signifikant häufiger taten als Fachärzte (Reduktion Hausbesuche 50% vs. 32%; Reduktion Einbestellverhalten 50% vs. 37%). Insgesamt 38% bzw. 43% der Ärzt:innen gab an, dass Vorbeugeuntersuchungen ausgesetzt bzw. nicht dringliche Untersuchungen abgesagt wurden. Auch hier wurden Untersuchungen signifikant häufiger in Haus- (46%) im Vergleich zu Facharztpraxen ausgesetzt (36%). Insgesamt wurden vor allem Risikopatient:innen für einen schwereren COVID-19 Verlauf seltener einbestellt. Dies gaben zumindest 71% der befragten Haus- und Fachärzt:innen an. Hausärzt:innen nutzen zudem signifikant häufiger Tele- und Videosprechstunden (84% vs. 64%). Vier von fünf Hausärzt:innen gaben zudem an häufig die fachärztliche Verordnung bzw. die fachärztliche Versorgung übernommen zu haben. Mehr als die Hälfte der Ärzt:innen (58%) verzeichneten corona-bedingte Ausfälle der Mitarbeiter:innen, jede vierte Praxis musste während der Pandemie temporär corona-bedingt schließen. Die Änderungen im Leistungs- und Praxisgeschehen sind in der nachfolgenden Tabelle 7.1 aufgezeigt.

Änderungen in der Praxisorganisation zur Reduzierung des Infektionsrisikos sind in der Tabelle 7.2 dargestellt. Haus- und Facharztpraxen verfügten vor allem über eine COVID-19 spezifisches Hygienekonzept (88% der Praxen), ließen die Mitarbeiter:innen schulen (76% der Praxis) und etablierten einen separaten Wartebereich vor der Praxis (62%) bzw. in der Praxis (40%).

4.2.3. Wahrnehmung des sowie Gründe für den verzeichneten Konsultations- und Inzidenzrückgangs

In Sekundärdaten war vor dem ersten eingeführten Lockdown im März 2020 eine Zunahme der Haus- und Facharztkonsultationen zu verzeichnen. Diese wurde von nur 25% der Ärzt:innen wahrgenommen, signifikant häufiger jedoch von Hausärzt:innen (49%) im Vergleich zu den Fachärzt:innen (19%). Die Gründe für diese Zunahme wurden vor allem im Patient:innenverhalten gesehen (85% Zustimmung), auch wenn ein Teil der Ärzt:innen (44%) auch das Einbestellverhalten der Praxen als ursächlichen Grund angaben. Den erheblichen Rückgang der Haus- und Facharztkonsultationen wurde hingegen von fast allen Ärzt:innen (81%) wahrgenommen, vor allem aber in den Hausarztpraxen (92% vs. 77%). Die befragten Haus- und Fachärzt:innen sahen die Gründe des Rückgangs vor allem bei den Änderungen des Patientenverhaltens (97% Zustimmung). Den Rückgang in der Erkennung von inzidenten Erkrankungen während des ersten Lockdowns haben hingegen weniger als die Hälfte (48%) der Ärzt:innen wahrgenommen - erneut signifikant häufiger in den Hausarztpraxen (56% vs. 43%) und begründet mit den Änderungen im Patient:innenverhalten (97% Zustimmung) und patientenseitige Verschiebungen von Terminen (Zustimmung 82%). Die

befragten Ärzt:innen gaben jedoch in 41% bzw. 52% der Fälle an, dass Telefon- und Videosprechstunden bzw. die corona-bedingten Schutzmaßnahmen die Erkennung erschwert haben. Die fehlende Kompensation dieses Rückgangs im weiteren Verlauf nahmen hingegen nur 40% der Ärzt:innen wahr. Auch hier wurde am häufigsten das veränderte Patientenverhalten (Zustimmung in 95% der Fälle) als ursächlicher Grund angesehen. 64% der Ärzt:innen, und vor allem Hausärzt:innen (83% vs.49%), gaben an, dass die anhaltende hohe Belastung sowie die zusätzlichen Leistungen (75% Zustimmung bei Hausärztinnen, 42% Zustimmung bei Fachärzt:innen, wie die Impfungen und die Corona-Testungen, kompensatorische Effekte verhinderten. Zudem stimmten 89% der Haus- und 70% der Fachärztinnen zudem zu, dass zunehmende Patientenaufkommen mit psychischen Erkrankungen die Kompensation in der Erkennung inzidenter Erkrankungen sowie der Konsultationen erschwerten (siehe nachfolgende Tabelle 8).

4.2.4. Belastungserleben – Ausmaß an Angst, Stress und Unterstützungsbedarf während der Pandemie

Bei der Befragung der Ärzte und Ärztinnen hinsichtlich des Angsterlebens während der Pandemie zeigte sich, dass das höchste Maß an Angst während des ersten Lockdowns vorlag. Nachfolgend reduzierte sich das Angsterleben langsam, bis es erneut in der vierten Welle mäßig anstieg. Am größten war das Angsterleben bei den befragten Urologen sowie den HNO-Ärzten und Ärztinnen.

Bezüglich des Ausmaßes an Stress war im Verlauf der Pandemie eine stetige Zunahme von 4.9 (SD 2.4) in der Zeit vor der Pandemie, über 6.6 (SD 2.4) in der ersten, 6.4 (SD 2.4) in der zweiten, 6.7 (SD 2.6 in der dritten) und 7.1 (SD 2.6) in der vierten Welle bei den Ärztinnen und Ärzten zu sehen. Das höchste Stressniveau berichteten die Hausärztinnen und Hausärzte, das geringste die Nervenärzte und Psychiater.

Die Veränderung des Ausmaßes an Unterstützung ähnelt sehr dem Verlauf des Angsterlebens. Auch hier wurde das höchste Niveau in der ersten Welle erreicht, vor allem bei den Fachärzten. Im Anschluss zeigte sich ein Rückgang des Unterstützungsbedarfes bei den Fachärzt:innen, während die Hausärztinnen und Ärzte den Höchststand des Unterstützungsbedarfes in der dritten berichteten. Die Veränderungen im Angst- und Stresserleben sowie dem Unterstützungsbedarf über die pandemische Zeit ist in der Tabelle 9 dargestellt.

In den Multivariaten Modellen (siehe Anhang unter C6) zeigten sich signifikante Assoziationen vor allem in der ersten, dritten und vierten Welle, in der die höchsten Belastungen von den Ärztinnen und Ärzten berichtet wurden. In der dritten Welle zeigte sich, dass diagnostisch ausgerichtete Praxen mit einem höheren Angsterleben sowie Praxen mit seltenen Kontakt zu COVID-Patient:innen sowie Hausärzt:innen (im Vgl. zu Fachärzten) mit einem geringerem Angsterleben assoziiert waren. Bezüglich des Ausmaßes an Stress waren Hausarztpraxen (im Vgl. zu Facharztpraxen), Praxen mit einem sehr hohen Patientenaufkommen

sowie Kontakten zu COVID-19 Patient:innen und das weibliche Geschlecht der Ärztinnen mit einem signifikant erhöhtem Ausmaß an Stress assoziiert. Während ein geringerer Unterstützungsbedarf mit dem Angestelltenverhältnis (im Vgl. zu Selbstständigkeit) assoziiert, zeigten die diagnostische Ausrichtung einer Praxis sowie die die Ausübungsgemeinschaften der bzw. MVZs (im Vgl. zu den Einzelpraxen) eine Assoziation mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf.

Abschließend wurden die Ärztinnen und Ärzte gefragt, was genau für Sie in den jeweiligen Wellen am belastendsten gewesen ist. In der ersten Welle dominierte das Patientenverhalten (35%) sowie die Praxisorganisation (28%). Im weiteren Verlauf wurden die privaten Belastungen (19%, 2. Welle) sowie die zusätzlichen Leistungen (29%, 3. Welle), wie das Impfen oder die Corona-Testungen, und die steigende Bürokratie (19%, 3. Welle; 22%, 4. Welle) sehr häufig als „am belastendsten“ genannt. Zwischen Haus- und Fachärzt:innen zeigten sich folgende Unterschiede: Mehr Haus- als Fachärzt:innen gaben an, dass zusätzliche corona-bedingte Leistungen (56% vs.22%, 3. Welle) sowie die Aufrechterhaltung der primär-ärztlichen Versorgung (19% vs. 9%, 4. Welle). Hingegen sahen die Fachärzt:innen das Patientenverhalten während der dritten und vierten Welle immer noch als sehr belastend an im Vergleich zu den Hausärzt:innen (18% & 20% vs.6% & 6%, 3. & 4. Welle). Die finanziellen Belastungen der Ärzte und Ärztinnen waren bis zur dritten Welle stets größer als die Sorge um die Aufrechterhaltung der primär-ärztlichen Routineversorgung. Erst in der vierten Welle wurde die Aufrechterhaltung als belastender betrachtet, jedoch nur von Hausärzten und Hausärztinnen. Die Angaben zu den Belastungen je Welle sind in der folgenden Tabelle 10 aufgezeigt.

Tabelle 7.1 Änderung im Leistungs- und Praxisgeschehen in Haus- und Facharztpraxen

	Alle Ärzte		Hausärzte		Fachärzte		<i>p value</i>
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
	trifft (eher) zu		trifft (eher) zu		trifft (eher) zu		
Hausbesuche reduziert	433	159 (36%)	112	56 (50%)	316	101 (32%)	0.001
Heimbesuche reduziert	429	177 (41%)	86	36 (42%)	338	139 (41%)	0.903
Einbestellungen stark reduziert	532	214 (40%)	113	56 (50%)	410	153 (37%)	0.023
Sprechstundenzeit stark reduziert	530	93 (18%)	113	26 (23%)	409	63 (15%)	0.066 [‡]
Risikopatienten seltener einbestellt	533	377 (71%)	110	83 (75%)	414	287 (69%)	0.240
Externe Diagnostik wg. Infektionsrisiko genutzt	519	52 (10%)	109	13 (12%)	401	37 (9%)	0.467
Organisation von dringlichen OPs war herausfordernd	390	181 (46%)	89	37 (41%)	292	138 (47%)	0.395
Organisation von elektiven OPs war herausfordernd	395	284 (72%)	90	66 (73%)	296	210 (71%)	0.691
	(viel) häufiger		(viel) häufiger		(viel) häufiger		
Vorbeugeuntersuchungen ausgesetzt	456	174 (38%)	110	51 (46%)	346	123 (36%)	0.044
Absage nicht dringlicher Untersuchungen	497	214 (43%)	107	51 (47%)	382	157 (41%)	0.226
Hausbesuche reduziert	407	165 (41%)	107	51 (48%)	300	112 (37%)	0.036
Heimbesuche reduziert	406	170 (42%)	82	35 (43%)	321	134 (42%)	0.901
Tele- und Videosprechstunden genutzt	416	282 (68%)	88	74 (84%)	320	204 (64%)	0.001
Praxisschließung	370	88 (24%)	80	18 (23%)	284	68 (24%)	0.882
Mitarbeiterausfälle	462	269 (58%)	96	64 (67%)	359	200 (56%)	0.062 [‡]
Materialengpässe	504	387 (77%)	104	79 (76%)	391	301 (77%)	0.896
Patienten direkt an Facharzt überwiesen	355	30 (8%)	108	8 (7%)	243	22 (9%)	0.684
Fachärztliche Verordnung stellvertretend übernommen	364	184 (51%)	111	89 (80%)	244	93 (38%)	0.001
Fachärztliche Versorgung stellvertretend übernommen	360	172 (48%)	110	81 (74%)	243	90 (37%)	0.001

Tabelle 7.2 Änderung im Leistungs- und Praxisgeschehen in Haus- und Facharztpraxen

	Alle Ärzte		Hausärzte		Fachärzte		p value
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
	trifft (eher) zu		trifft (eher) zu		trifft (eher) zu		
Separater Wartebereich innerhalb der Praxis	550	221 (40%)	116	53 (46%)	434	168 (39%)	0.201
Separater Wartebereich draußen vor Praxis	550	340 (62%)	116	81 (70%)	434	259 (60%)	0.053[‡]
COVID-19-spezifisches Hygienekonzept für Praxis	550	482 (88%)	116	104 (90%)	434	378 (87%)	0.528
Triage – Trennung der Patientenströme	550	225 (41%)	116	90 (78%)	434	135 (31%)	0.001
Nutzung Belüftungssystem	550	234 (43%)	116	46 (40%)	434	188 (43%)	0.529
Schulung/ Fortbildung Personal	550	416 (76%)	116	91 (78%)	434	325 (75%)	0.467

Tabelle 8 Wahrnehmung der Veränderten Leistungsgeschehen und von Ärzt:innen gesehene Ursachen

	Alle Ärzte		Hausärzte		Fachärzte		p value
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Verordnungszunahme vor Welle 1 wahrgenommen	464	117 (25%)	96	47 (49%)	368	70 (19%)	0.001
Ursache waren Änderungen im Einbestellverhalten und der Praxisorganisation*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	92	34 (37%)	39	16 (41%)	53	21 (40%)	0.324
<i>Trifft (eher) zu</i>		37 (40%)		17 (44%)		17 (32%)	
Ursache waren Änderungen im Patientenverhalten*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	110	13 (12%)	45	4 (9%)	65	9 (14%)	0.688
<i>Trifft (eher) zu</i>		93 (85%)		39 (87%)		54 (83%)	
Konsultationsrückgang während der 1. Welle wahrgenommen	484	390 (81%)	103	95 (92%)	381	295 (77%)	0.001
Ursache waren Änderungen im Einbestellverhalten und der Praxisorganisation*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	363	210 (58%)	92	53 (58%)	271	157 (58%)	1.000
<i>Trifft (eher) zu</i>		134 (37%)		34 (37%)		100 (37%)	
Ursache waren Änderungen im Patientenverhalten*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	384	11 (3%)	93	5 (5%)	291	6 (2%)	0.224
<i>Trifft (eher) zu</i>		372 (97%)		88 (95%)		284 (98%)	

Inzidenzrückgang während der 1. Welle wahrgenommen	464	231 (46%)	94	53 (56%)	370	160 (43%)	0.027
Ursache waren Änderungen im Einbestellverhalten und der Praxisorganisation*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	196	118 (60%)	49	22 (45%)	147	96 (65%)	0.037
<i>Trifft (eher) zu</i>		54 (28%)		19 (39%)		35 (24%)	
Ursache waren Änderungen im Patientenverhalten*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	210	5 (2%)	53	1 (2%)	157	4 (3%)	0.331
<i>Trifft (eher) zu</i>		204 (97%)		51 (96%)		153 (97%)	
Ursache war Verschiebung von Terminen nach Lockdown*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	204	25 (12%)	52	4 (8%)	152	21 (14%)	0.550
<i>Trifft (eher) zu</i>		168 (82%)		45 (87%)		123 (81%)	
Video- und Telefonsprechstunden haben Erkennung erschwert*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	165	63 (38%)	48	19 (40%)	117	44 (38%)	0.068
<i>Trifft (eher) zu</i>		67 (41%)		14 (29%)		53 (45%)	
COVID-Schutzmaßnahmen haben Erkennung erschwert*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	155	51 (33%)	43	15 (35%)	112	36 (32%)	0.854
<i>Trifft (eher) zu</i>		81 (52%)		21 (49%)		60 (54%)	
Rückgang wird negative Folgen für Patienten haben*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	205	18 (9%)	53	6 (11%)	152	12 (8%)	0.445
<i>Trifft (eher) zu</i>		176 (86%)		43 (81%)		133 (88%)	

Fehlende Kompensation während nachfolgender Welle wahrgenommen	458	185 (40%)	88	36 (41%)	370	149 (40%)	0.905
Ursache waren Änderungen im Einbestellverhalten und der Praxisorganisation*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	171	106 (62%)	35	20 (57%)	136	86 (63%)	0.761
<i>Trifft (eher) zu</i>		51 (30%)		12 (34%)		39 (29%)	
Ursache waren Änderungen im Patientenverhalten*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	180	6 (3%)	36	2 (6%)	144	4 (3%)	0.642
<i>Trifft (eher) zu</i>		171 (95%)		34 (94%)		137 (95%)	
Ursache war Verschiebung von Terminen nach Lockdown*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>							
<i>Trifft (eher) zu</i>							
Ursache war die anhaltende hohe Belastung*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	173	39 (23%)	35	5 (14%)	138	34 (25%)	0.024
<i>Trifft (eher) zu</i>		111 (64%)		29 (83%)		82 (59%)	
Ursache war die Erbringung von zusätzlichen Leistungen*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	164	61 (37%)	36	4 (11%)	128	57 (45%)	0.001
<i>Trifft (eher) zu</i>		81 (49%)		27 (75%)		54 (42%)	
Ursache war das zunehmende Aufkommen psychischer Erkrankungen*							
<i>Trifft (eher) nicht zu</i>	169	27(16%)	35	1 (3%)	134	26 (19%)	0.038
<i>Trifft (eher) zu</i>		125 (74%)		31 (89%)		94 (70%)	

Fehlende Prozentwerte sind der Kategorie „weder noch“ zugeordnet

Tabelle 9 Angst, Stress und Unterstützungsbedarf während der Pandemie

	Ausmaß an Angst						p value‡
	Gesamt	Hausärzte	Nervenärzte	HNO	Urologen	Fachärzte	
Vor der Pandemie 2019 - März 2020							
Mean (SD)	2.4 (2.5)	2.7 (2.7)	1.9 (2.2)	2.4 (2.5)	3.1 (2.8)	2.3 (2.5)	0.150
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
1. Welle März 2020 - Juni 2020							
Mean (SD)	5.4 (2.8)	5.6 (3.0)	4.6 (2.7)	5.8 (2.7)	6.1 (2.5)	5.4 (2.7)	0.507
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
2. Welle Juli 2020 - Februar 2021							
Mean (SD)	4.6 (2.8)	4.9 (2.9)	4.0 (2.7)	4.9 (2.7)	5.2 (2.8)	4.5 (2.7)	0.295
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
3. Welle März 2021 - Juli 2021 (Impfkampagne)							
Mean (SD)	3.6 (2.6)	3.5 (2.6)	3.0 (2.4)	3.9 (2.7)	4.3 (2.9)	3.6 (2.7)	0.747
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
4. Welle seit August 2021							
Mean (SD)	3.9 (2.9)	3.7 (3.0)	3.5 (2.8)	4.4 (3.0)	4.4 (3.1)	4.0 (2.9)	0.385
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
	Ausmaß an Stress						p value‡
	Gesamt	Hausärzte	Nervenärzte	HNO	Urologen	Fachärzte	
Vor der Pandemie 2019 - März 2020							
Mean (SD)	4.9 (2.4)	5.4 (2.4)	4.5 (2.3)	4.8 (2.5)	5.4 (2.3)	4.8 (2.4)	0.019
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	1 – 10	0 – 10	
1. Welle März 2020 - Juni 2020							
Mean (SD)	6.6 (2.4)	6.9 (2.4)	6.1 (2.4)	6.8 (2.5)	6.9 (2.2)	6.5 (2.4)	0.176
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	1 – 10	1 – 10	
2. Welle Juli 2020 - Februar 2021							
Mean (SD)	6.4 (2.4)	7.2 (2.3)	5.7 (2.3)	6.5 (2.5)	6.6 (2.3)	6.2 (2.4)	< 0.001
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	1 – 10	1 – 10	
3. Welle März 2021 - Juli 2021 (Impfkampagne)							
Mean (SD)	6.7 (2.6)	8.3 (1.7)	5.6 (2.6)	6.9 (2.7)	6.7 (2.6)	6.3 (2.7)	< 0.001
Range	0 – 10	3 – 10	0 – 10	0 – 10	1 – 10	0 – 10	
4. Welle seit August 2021							
Mean (SD)	7.1 (2.6)	8.5 (1.8)	6.2 (2.6)	7.1 (2.6)	7.1 (2.5)	6.7 (2.6)	< 0.001
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
	Ausmaß an Unterstützungsbedarf						p value‡
	Gesamt	Hausärzte	Nervenärzte	HNO	Urologen	Fachärzte	
Vor der Pandemie 2019 - März 2020							
Mean (SD)	2.9 (2.7)	3.3 (2.9)	2.4 (2.4)	3.1 (2.8)	3.4 (2.7)	2.8 (2.7)	0.123
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
1. Welle März 2020 - Juni 2020							
Mean (SD)	5.2 (3.0)	5.5 (2.8)	4.1 (2.8)	6.0 (2.9)	5.6 (3.0)	5.1 (3.0)	0.225
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	1 – 10	0 – 10	
2. Welle Juli 2020 - Februar 2021							
Mean (SD)	4.7 (2.9)	5.4 (2.8)	3.7 (2.6)	5.3 (2.9)	5.0 (2.9)	4.6 (2.9)	0.011
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
3. Welle März 2021 - Juli 2021 (Impfkampagne)							
Mean (SD)	4.9 (3.1)	6.2 (3.0)	3.6 (2.7)	5.4 (3.0)	4.9 (3.0)	4.5 (3.0)	< 0.001
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	
4. Welle seit August 2021							
Mean (SD)	5.0 (3.1)	6.0 (3.3)	3.9 (2.9)	5.5 (3.1)	5.1 (3.0)	4.8 (3.1)	< 0.001
Range	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	

‡Differences in means (Hausärzt:innen vs. Fachärzt:innen): T-Test two-tailed

Tabelle 10 Als am belastendsten genannten Gründen von Haus- und Fachärzten

	1. Welle	2. Welle	3. Welle	4. Welle
Alle Ärzte (n=580, 571, 561, 553)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Zusätzliche Leistungen	4 (1%)	21 (4%)	162 (29%)	119 (22%)
Patientenverhalten	202 (35%)	110 (19%)	88 (16%)	94 (17%)
Praxisorganisation	162 (28%)	124 (22%)	58 (10%)	41 (7%)
Private Belastung	54 (9%)	106 (19%)	44 (8%)	36 (7%)
Aufrechterhaltung Versorgung	40 (7%)	52 (9%)	40 (7%)	58 (10%)
Finanzielle Belastung	54 (9%)	56 (9%)	41 (7%)	45 (8%)
Bürokratie	53 (9%)	86 (15%)	109 (19%)	123 (22%)
Hausärzte (n=119, 119, 117, 117)				
Zusätzliche Leistungen	2 (3%)	5 (4%)	66 (56%)	43 (37%)
Patientenverhalten	31 (26%)	25 (21%)	7 (6%)	7 (6%)
Praxisorganisation	46 (39%)	21 (18%)	6 (5%)	3 (3%)
Private Belastung	13 (11%)	19 (16%)	5 (4%)	7 (6%)
Aufrechterhaltung Versorgung	10 (8%)	16 (13%)	4 (3%)	22 (19%)
Finanzielle Belastung	4 (3%)	11 (9%)	2 (2%)	5 (4%)
Bürokratie	10 (8%)	19 (16%)	22 (19%)	18 (15%)
Fachärzte (n=452, 443, 437, 428)				
Zusätzliche Leistungen	2 (0%)	16 (4%)	96 (22%)	75 (18%)
Patientenverhalten	167 (37%)	83 (19%)	80 (18%)	87 (20%)
Praxisorganisation	116 (26%)	99 (22%)	52 (12%)	38 (9%)
Private Belastung	38 (8%)	85 (19%)	37 (8%)	28 (7%)
Aufrechterhaltung Versorgung	29 (6%)	36 (8%)	34 (8%)	35 (8%)
Finanzielle Belastung	49 (11%)	45 (10%)	38 (9%)	38 (9%)
Bürokratie	43 (10%)	66 (15%)	86 (20%)	103 (6%)

4.2.5. Potenziale zur Aufrechterhaltung der Versorgung

Die Erkenntnisse dieser Studie über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Leistungsanspruchnahme sowie deren ursächlichen Hintergründe können den politischen Entscheidungsträger:innen dabei helfen, die implementierten Maßnahmen und Strategien sowie deren Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Versorgung nachzuvollziehen und diese gegebenenfalls anzupassen, um besser auf künftige Pandemiewellen zum Wohle der Patient:innen und der Vertragsärzt:innen vorbereitet zu sein.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die Haus- und Fachärzt:innen daher gefragt:

- (1) was es bedarf, um hinsichtlich der **Aufrechterhaltung der Versorgung** bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können?
- (2) welche **zusätzlichen Anforderungen an die Praxisorganisation und Infrastruktur** es gibt, um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können?
- (3) welche Erwartungen es gegenüber **Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeitsarbeit** bestehen, um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können?

(4) was **sonstige, für zukünftige Pandemien wichtige Aspekte** zur Aufrechterhaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung sind?

Die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte durften für die Fragen (1) – (3) anhand von vorgegebenen Textbausteinen eine präferenzbasierte Rangfolge erstellen. Sofern die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die Präferenzen bzw. Prioritäten der Haus- und Fachärzt:innen nicht abdeckten, konnten Freitextfelder genutzt werden. Darüber hinaus wurde mit (4) eine optionale offene Frage formuliert, die es noch einmal erlaubte eigene Vorstellungen mit Blick auf die Aufrechterhaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung einzubringen.

Sämtliche Freitextfelder wurden im Nachgang zunächst kategorisiert und im Anschluss daran ausgewertet. Im Folgenden wird zu jeder Kategorie beispielhaft ein Zitat wiedergegeben, um zu veranschaulichen, was sich für Vorschläge hinter den jeweiligen Kategorien verbergen und so zumindest einen Teil der teilnehmenden Ärzt:innen „zu Wort“ kommen zu lassen.

Wie oben bereits skizziert, konnten die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in eine Rangfolge von 1 (am wichtigsten) – 4 (am unwichtigsten) gebracht werden. Daraus ergaben sich über alle Befragten hinweg vier verschiedene Rangfolgen (1. Rangfolge = am wichtigsten usw.). In jeder der Rangfolge wurden die Antwortmöglichkeiten entsprechend ihrer Platzierung absteigend mit Punkten versehen (1. Platz jeder Rangfolge erhielt 4 Punkte, der 2. erhielt 3 Punkte usw.). Durch die Aufsummierung der Punkte ergab sich jeweils ein Score, der eine abschließende Priorisierung zuließ, welche in den folgenden Grafiken dargestellt ist.

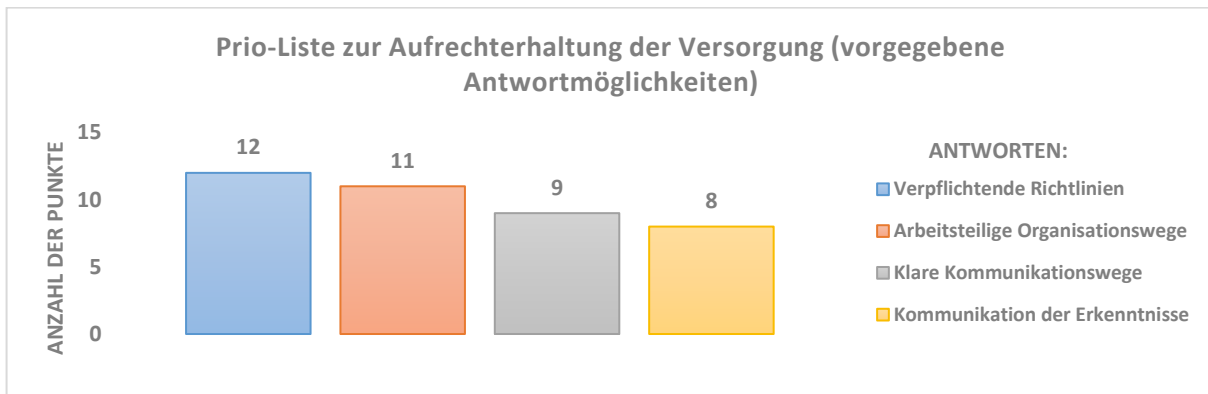
Aufrechterhaltung der Versorgung

Die Auswertung der vorgegebenen Textbausteine entsprechend der Präferenzen der Ärzt:innen ergab folgende abschließende Rangfolge, die in Abbildung 6.1. dargestellt ist:

Um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können, sollte(n)...

- (1) ...verpflichtende Richtlinien zur Aufrechterhaltung der Versorgung (z.B. zum Versorgungspfad besonderer Patientengruppen oder zur Umsetzungen und Weiterführung von Systemtherapien in Pandemien) definiert und rechtzeitig kommuniziert werden. (12 Punkte)
- (2) ...zur Aufrechterhaltung der Versorgung klare arbeitsteilige Organisationswege zwischen den Praxen und Einrichtungen des Gesundheitswesens in Ihrer Region definiert werden. (11 Punkte)
- (3) ...klare Kommunikationswege zwischen den Praxen und Einrichtungen des Gesundheitsschutzes definiert werden. (z.B. zwischen Ärzten, Testzentren, Kliniken, Gesundheitsämter) (9 Punkte)

(4) ...Erkenntnisse zur Veränderung des Versorgungsgeschehens, wie verringerte Diagnoseraten oder ein erhöhter Konsultationsrückgang zügig kommuniziert werden. (8)



Insgesamt nutzten n=72 an der Befragung teilnehmende Haus- und Fachärzt:innen die Möglichkeit eigene Vorschläge bezüglich der Aufrechterhaltung der Versorgung zu machen. Insgesamt 15.3% (n=11) der Freitextkommentare ließen sich der Kategorie **Vergütung, finanzielle Kompensation des Mehraufwands** zuordnen.

Ausgewählte Zitate aus den Freitextfeldern:

„Bessere Vergütung zum Auffangen der Kosten, Hygienepauschale“

Für 12.5% (n=9) braucht es die **Stärkung/Einbindung/keine Benachteiligung des Ambulanten Bereichs**, um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können.

„Es sollten nicht mehr Zentren, sondern die Praxen bevorzugt mit Impfstoff versorgt werden, da wir erheblich effektiver sind und die Patienten eher zu uns wollen. Die Unsicherheit in der Terminierung für Impfwillige wegen nicht ausreichender Impfstoffmengen ist für uns weiterhin maximal belastend.“

Weitere 11.1% (n=8) plädieren für die **Vorhaltung von Schutzmaterial**.

„Unbürokratisches zu Verfügung stellen von persönlicher Schutzausrüstung und Schnelltests“

Es folgt mit 9.7% (n=7) die Forderung nach einem **Bürokratieabbau**.

„Die Zeit alles neu zu organisieren, stellt für mich das Hauptproblem dar. Runterfahren von Bürokratie in Pandemiezeiten, schafft automatisch mehr Zeit für neue Aufgaben der Pandemie.“

8.3% (n=6) sind der Meinung, dass die **(finanzielle) Wertschätzung des nicht-ärztlichen Praxispersonals (z.B. MFA)** dazu beitragen kann, die Pandemie besser bewältigen und die Versorgung besser aufrecht erhalten zu können.

„[1] MFAS vom Staat über Ihre Arbeit und Mühe mit einem Bonus honorieren“

Jeweils 6.9% (n=5) der Haus- oder Fachärzt:innen, die ein Freitextfeld ausfüllten, fielen den Kategorien **Besetzung von Gremien/politische Entscheidungsfindung mit Ärzten des ambulanten Bereichs und Schutzmaßnahmen, Corona-Regeln (auch in Praxen)** zu.

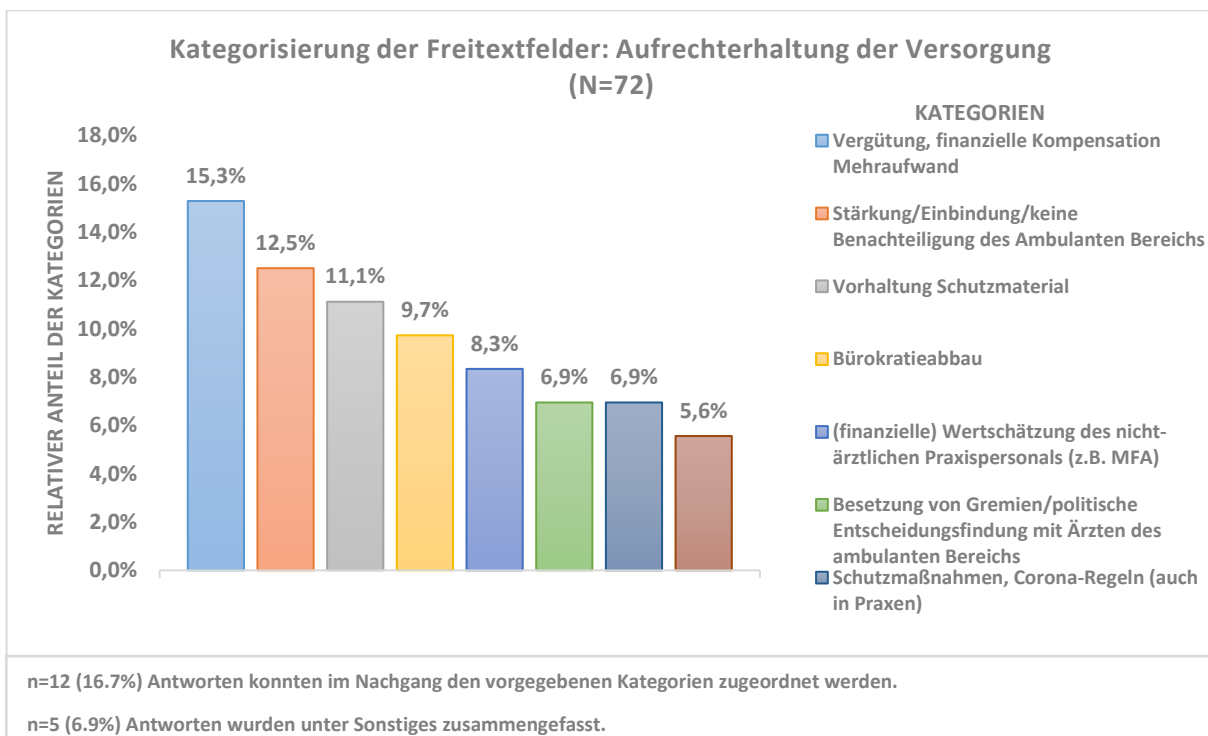
„Politische Entscheidungen sollten von medizinischen getrennt werden. KBV höherherrangig einbeziehen“

(Es sollten) „2 oder 3G Regelungen auch für die Praxen ermöglicht werden!“

5.6% (n=4) plädieren für eine(n) **Aufschub/Unterstützung bei laufenden Implementierungsvorhaben (z.B. TI)**.

„Telematikinfrastruktur-Zwang sollte zurückgestellt werden. Dies hat meine Arbeit deutlich gelähmt und zusätzlich für Ausfälle Frust und Stress gesorgt.“

Abbildung 6.2. fasst die Auswertung noch einmal grafisch zusammen.

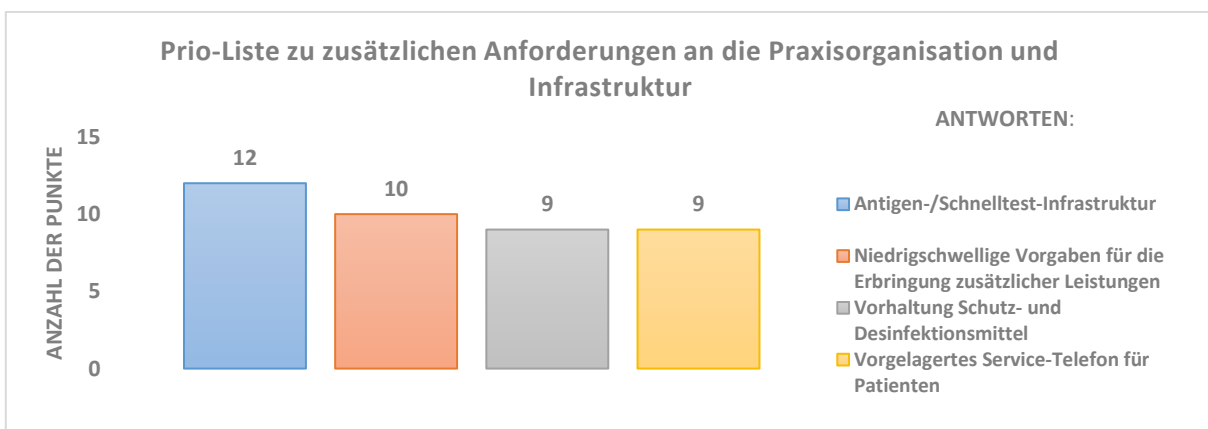


Zusätzlichen Anforderungen an die Praxisorganisation und Infrastruktur

Die Auswertung der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entsprechend der vorgenommenen Priorisierung aus der Perspektive der Ärzt:innen ergab folgende abschließende Rangfolge, die in Abbildung 7.1. dargestellt ist:

Um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können, sollte(n)...

- (1) ...eine einfache und schnell nutzbare Antigen-/Schnelltest-Infrastruktur implementiert sein. (12 Punkte)
- (2) ...niedrigschwellige bürokratische und administrative Vorgaben für die Erbringung zusätzlicher Leistungen (wie Impfungen) vorliegen. (10 Punkte)
- (3) ...Schutz- und Desinfektionsmittel sowohl in den Praxen als auch in zentralen Einrichtungen verpflichtend vorgehalten werden, um Lieferengpässe zu verhindern. (9 Punkte)
- (4) ...Freiräume für Praxen durch ein vorgeschaltetes, patientenorientiertes Service-Telefon zur Aufklärung über regionale Angebotsstrukturen unter Pandemiebedingungen geschaffen werden. (9 Punkte)



Mit Blick auf die zusätzlichen Anforderungen an die Praxisorganisation und Infrastruktur nahmen n=35 Haus- und Fachärztinnen die Chance wahr über die Freitextfelder mitzuteilen, was es diesbezüglich künftig bedarf. Mit 20.0% (n=7) sieht die Mehrheit derjenigen, die ein Freitextkommentar verfasst haben Handlungsbedarf bezüglich der **Öffentlichen Kommunikation** von politischen Entscheidungen, wobei sich diese Kritik zum Teil sowohl gegen die politischen Entscheidungsträger:innen als auch gegen die Medien in ihrer Funktion als Multiplikatoren richtet.

„Chaos der Anordnungen der Politik, die wenig medizinisch sind, sollten unterlassen werden. Ständige Änderungen der Teststrategien, der Quarantäneregelung und jetzt auch noch völlig unsinnigerweise des Genesenen Status.“

Jeweils 8.6% (n=3) können den folgenden Kategorien zugeordnet werden: **Bürokratieabbau, Besetzung von Gremien/politische Entscheidungsfindung mit Ärzten des ambulanten Bereichs, die Stärkung/Einbindung/keine Benachteiligung des Ambulanten Bereichs.**

„Entbürokratisierung!!!!“

„Ärztliche Expertise vor politischen Einflüssen einordnen.“

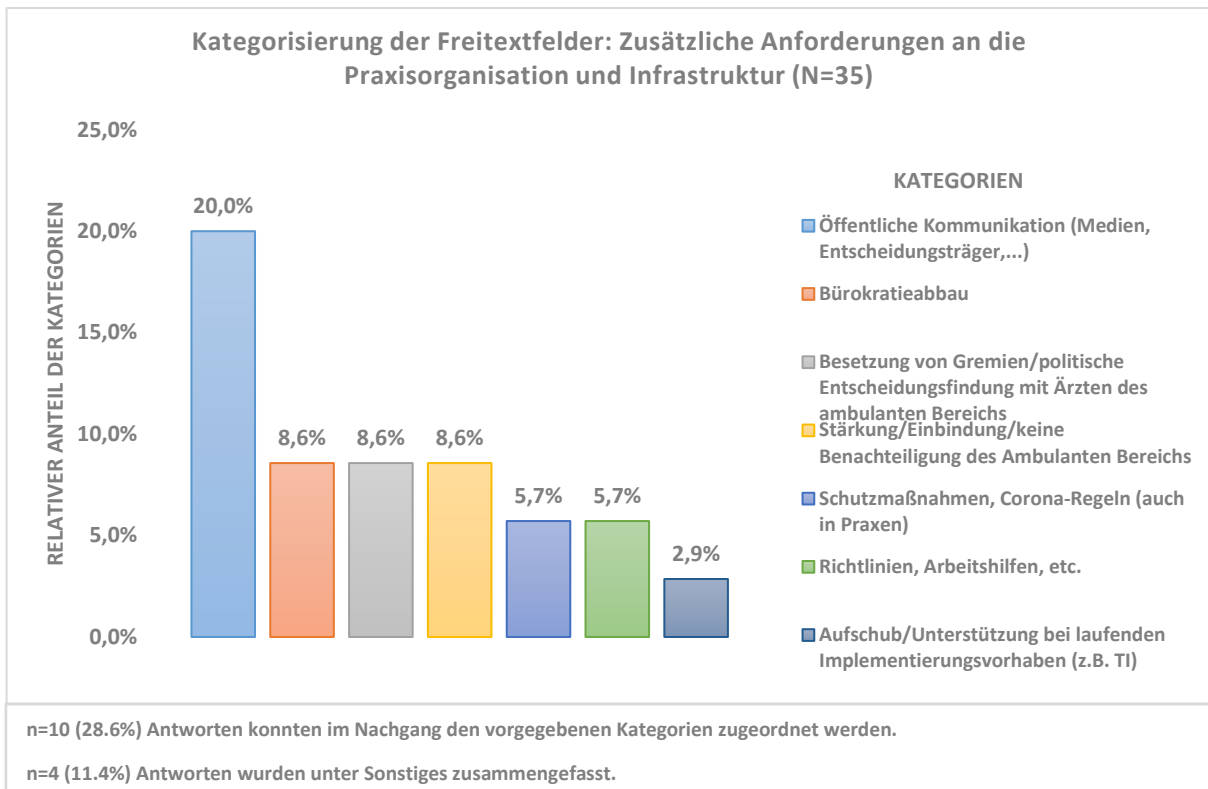
(Es sollte) „die bestehende Infrastruktur von vornherein effektiv eingebunden werden statt teure und oft ineffektive Parallelstrukturen aufzubauen.“

Auf die beiden Kategorien **Schutzmaßnahmen, Corona-Regeln (auch in Praxen)** und Richtlinien, **Arbeitshilfen, etc.** fielen jeweils 5,7% (n=2).

„Einführung eines Impfregisters, koordinierte schriftliche Einladung zur Impfung“

„Arbeitshilfen für die Praxis z. B. durch die KV bereitgestellt werden.“

Die Ergebnisse sind noch einmal in der folgenden Abbildung 7.2. zusammengefasst.

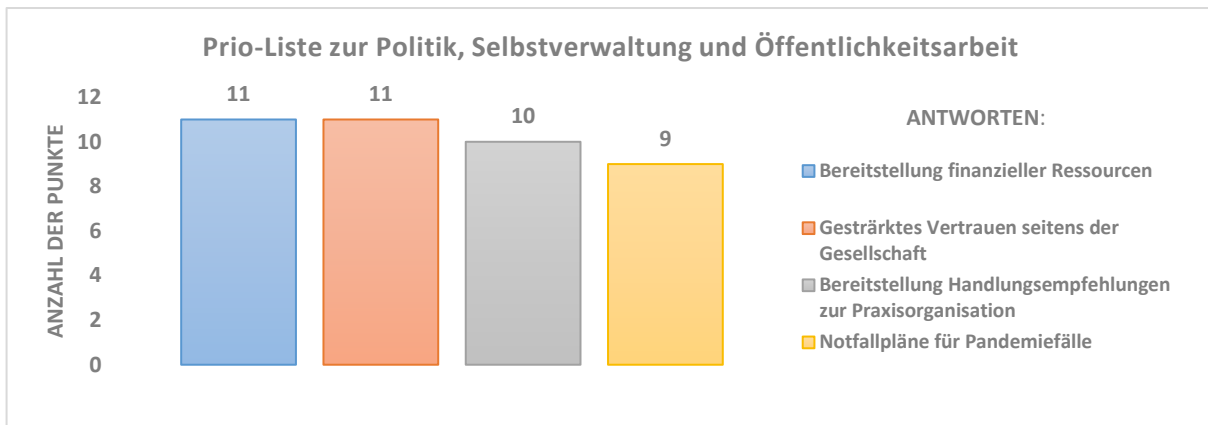


Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeitsarbeit

Die Auswertung der Priorisierung der vorgegebenen Textbausteine aus der Perspektive der Befragten ergab folgende abschließende Rangfolge, die in Abbildung 8.1. dargestellt ist:

Um bei zukünftigen Pandemiewellen besser vorbereitet zu sein und um diese besser bewältigen zu können, sollte(n)...

- (1) ...schnell verfügbare finanzielle Ressourcen zum Auffangen von Verdienstaufschlägen und Mehrausgaben bereitgestellt werden. (11 Punkte)
- (2) ...das Vertrauen seitens der Gesellschaft in das Berufsethos der Ärztinnen und Ärzte gefördert werden (z.B. durch Kampagnen). (11 Punkte)
- (3) ...klare, Handlungsempfehlungen zur Praxisorganisation (z.B. Infektionsrisikoreduzierung) rechtzeitig kommuniziert und bereitgestellt werden. (10 Punkte)
- (4) ...verpflichtende, praxisindividuelle Notfallpläne für Pandemiefälle vorliegen. (9 Punkte)



Die Möglichkeit zum Themenkomplex Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeitsarbeit eigene Vorschläge einzubringen nahmen n=29 Haus- und Fachärzt:innen wahr. Die Mehrheit der abgegebenen Antworten konnte mit jeweils 17.2% (n=5) den beiden Kategorien **Patientenzentrierte Informations-/Kommunikationsstrategie** und **Besetzung von Gremien/politische Entscheidungsfindung mit Ärzten des ambulanten Bereichs** zugeordnet werden.

„Das Vertrauen der Bevölkerung in wissenschaftliche Erkenntnisse über Kampagnen stärken.“

„Die entscheidenden Gremien sollten fachlich kompetent besetzt sein und ihre Empfehlungen müssen dann auch umgesetzt werden. Leider waren die Vertreter der Selbstverwaltungsorgane bezüglich Kompetenz und Kommunikation in der Pandemie mehr als enttäuschend.“

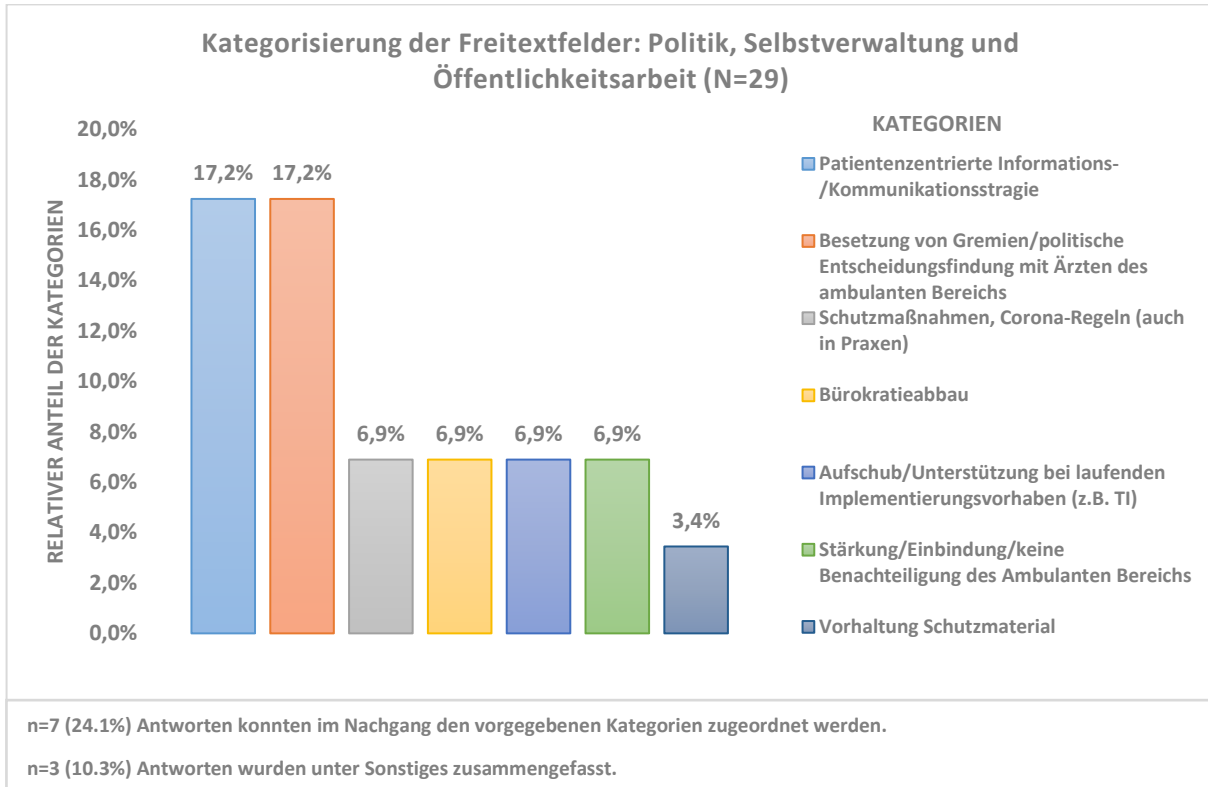
Es folgten die Kategorien **Schutzmaßnahmen, Corona-Regeln (auch in Praxen), Bürokratieabbau, Aufschub/Unterstützung bei laufenden Implementierungsvorhaben (z.B. TI) sowie Stärkung/Einbindung/keine Benachteiligung des Ambulanten Bereichs** mit jeweils 6.9% (n=2).

„Eine konsistente Impfstrategie und flächendeckend 2G!!“

„es gibt schon genug Vorschriften und Bürokratie“

„Keine Experimente mit neuer Kommunikationstechnik in solchen Zeiten!“

„Mehrheit der COVID Patientenversorgung erfolgt ambulant, Politik sollte erkennen das die AMBULANTE Medizin das Rückgrat der Versorgung darstellt und hier genauso viel Aufmerksamkeit und (finanzielle) Unterstützung gibt wie bei den Krankenhäusern“



Sonstige wichtige Aspekte zur Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Auf die optionale offene Fragestellung was sonstige, für zukünftige Pandemien wichtige Aspekte zur Aufrechterhaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung sind, antworteten n=170 Haus- und Fachärzt:innen. Mit 15.9% (n=27) lässt sich der Großteil der Antworten unter der Überschrift **Klarheit & Konsistenz in der öffentlichen Kommunikation** zusammenfassen.

„Bessere Kommunikation der Erkrankung in der Öffentlichkeit. Man sollte hier nicht alles den Medien überlassen, sondern gezielt gesicherte Informationen aus sicheren staatlichen Quellen an die Bevölkerung geben und Handlungsempfehlungen kommunizieren. In der Praxis diskutieren die Patienten aus Verunsicherung ständig über die Notwendigkeit von Maßnahmen, das stört den Ablauf. Leider haben wir zunehmend fortgeschrittene Tumorerkrankungen aufgrund einer Verschleppung aufgrund Angst vor Ansteckung mit Corona registriert, die Patienten haben Termine nicht wahrgenommen. Das ist sehr tragisch. Eine Kommunikation hier wäre sehr hilfreich gewesen!“

12.9% (n=22) betonen noch einmal, dass ein **Bürokratieabbau** die Aufrechterhaltung der Versorgung begünstigen würde.

„...Wenn wir Ärztinnen uns weiter qualifiziert um unsere Patienten kümmern sollen in dem Bereich, den wir gelernt haben, benötigen wir dringend eine Entschlackung der Administration. Ich möchte keine Kernkompetenzen ausfüllen. Ich bin keine Qualitätsmanagerin, keine ITlerin, keine Personalabteilung, keine Juristin - ich bin Ärztin! [1]“

Die Aspekte **Schutzmaßnahmen, Corona-Regeln (auch in Praxen) & Vorhaltung** Schutzmaterial sehen 10.6% (n=18) als wichtig an.

„strategische Reserven von Schutzmaterial vorhalten“

Es folgen mit jeweils 9.4% (n=16) die beiden Themenkomplexe **Vergütung, finanzielle Kompensation Mehraufwand** sowie **Kooperation**.

„Die hausärztliche Versorgung sollte der fachärztlichen gleichgestellt werden. Der Egoismus des Einzelnen sollte nicht weiter gefördert werden. Wer Diagnostiziert und empfiehlt soll auch verschreiben müssen. Insbesondere in der Pandemie kann man solche Spielchen nicht auf dem Rücken der Patienten austragen. Die Zusammenarbeit der Disziplinen muß verbessert werden, es ist nur mit Mühe möglich einen Kollegen zu sprechen. Die Zeitressourcen sind überall so knapp, das die Telefone gar nicht mehr bedient werden können. Patienten fordern aktuell fast nur noch via Mail oder Telefon Verordnungen oä ab. Der Alltag ist kaum zu bewältigen. Praxen müssen umgebaut werden um eine Triagierung zu ermöglichen. Die Finanzierung ist jedoch nicht möglich. Ich selber habe von den Impfungen sehr profitiert und konnte meine Defizite ausgleichen, aber das Praxen komplett schließen und nur noch Impfen kann nicht der Sinn der Sache sein. Wenn ein Orthopäde sich damit brüstet an einem Tag 1000 Impfungen durchgeführt zu haben bin ich verwundert. Der Frust darüber, dass so viel Geld für die Impfungen da ist, aber jede Verordnung beleuchtet wird ist so groß, dass ich aktuell damit beschäftigt bin zu prüfen ob ich meine Praxis abwickeln kann. Ich möchte keine Hausärztin mehr sein. Ich weiß, das paßt hier nicht hin...“

7.6% (n=13) betonen nochmals die **Besetzung von Gremien/politische Entscheidungsfindung mit Ärzten des ambulanten Bereichs**, um mit Blick auf die Aufrechthaltung der Versorgung ihren Erfahrungsschatz und ihre Perspektive stärker miteinzubringen.

„Beteiligung des ambulanten Sektors in kommunalen Krisenstäben --- hat sich für unsere Kommune absolut bewährt und Kommunikation zwischen den Playern auf kurzen schnellen Wegen ermöglicht z.B. zwischen Schwerpunktkrankenhaus - Rettungsdienst -- Impfzentren -- Gesundheitsamt -- zentraler Heimaufsicht -- Laboren -- niedergelassener Ärzteschaft und neuen Strukturen, wie z.B. Testzentren“

Dicht gefolgt, mit 7.1% (n=12), wird auch an dieser Stelle auf die **Stärkung/Einbindung/keine Benachteiligung des Ambulanten Bereichs** hingewiesen.

„Im Denken der Politik kamen lange Zeit ausschließlich die Kliniken vor. Der ambulante Bereich kam zuletzt!!! Ich habe bei mir in der Praxis, obwohl selbst angehöriger eine Risikogruppe, die Versorgung >100% aufrechterhalten. Geimpft wurden Klinik- und Heimpersonal, dann Lehrer und dann so langsam wir. Ich habe mich selten so verraten gefühlt. Das muss anders werden!!!“

Des Weiteren sind 6.5% (n=11) der befragten Ärztinnen und Ärzte, die auf diese optionale Frage geantwortet haben der Meinung, dass es für die Aufrechterhaltung der Versorgung auch eine **stärkere (finanzielle) Wertschätzung des nicht-ärztlichen Praxispersonals (z.B. MFA)** bedarf.

„Lohnanhebung für MFA, ggfs Bonuszahlungen Anerkennung und Werbung für Berufsbild MFA bei Nachwuchsmangel Ausbau der MFA-Weiterbildung (Verah/EVA) mit Lohnanhebung Lohnanhebung von Pflegekräften in der Altenpflege! Förderung und Honorierung der hausärztlichen Leistungen als "Manager" der ambulanten Pandemie. Anhebung von Fallpauschalen (auch zum Bezahlen der MFA!) Niedergelassene spezialisierte Fachärzte spielen bei der bewältigung der Pandemie keine Rolle, man kann auf sie größtenteils verzichten Die Radiologen haben seit 2 Jahrn keinen Patientenkontakt mehr und wälzen eine Befundaufklärung an uns Hausärzte ab Die Kardiologen werden nur im stationären Bereich benötigt Ambulant tätige Kardiologen, Pneumologen, Rheumatologen, Radiologen und Orthopäden sind heillos überbezahlt.“

5.3% (n=9) erlaubte sich erneut den Verweis auf die parallele Umsetzung von Gesetzesvorhaben und thematisieren damit den **Aufschub/Unterstützung bei laufenden Implementierungsvorhaben (z.B. TI)**.

„Die Evaluierung der Machbarkeit sollte immer oberste Priorität haben. Z.b. ist es wenig sinnvoll die Telematikinfrastruktur während einer Pandemie auszubauen und einen Kollaps der Kassenarztinfrastruktur zu riskieren. [1]“

Um bei künftigen Pandemien die ambulante Versorgung aufrechtzuerhalten sehen ferner 4.1% (n=7) eine **Patientenzentrierte Informations-/Kommunikationsstrategie** als weiteren wichtigen Aspekt an.

*„Wir brauchen einen stärkeren ÖGD, der Daten sammelt über Erkrankung, Risiken, Nutzen von Maßnahmen insbesondere in der Pflege und in den Schulen, wir brauchen Statistiken über Impfrisiken für jeden Impfstoff, Informationen über künftige Impfstoffe und offene Kommunikation über Infektiosität von Geimpften und Genesenen. Was bedeuten Antikörpertiter für das Infektionsrisiko, wie oft muss man sie überprüfen, ab wann boostern, wie sind Schwangerschaften von Geimpften vs. Nicht-Geimpften Erkrankten verlaufen, diese Infos müssen schnell zugänglich sein, damit wir mitentscheiden und beraten können, da wir die Vertrauten unserer Patienten sind und bleiben wollen!
Danke für Ihre Mühe!“*

Für 3.5% (n=6) ist das **Vorbeugen von Personalmangel** von weiterer wichtiger Priorität im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Versorgung.

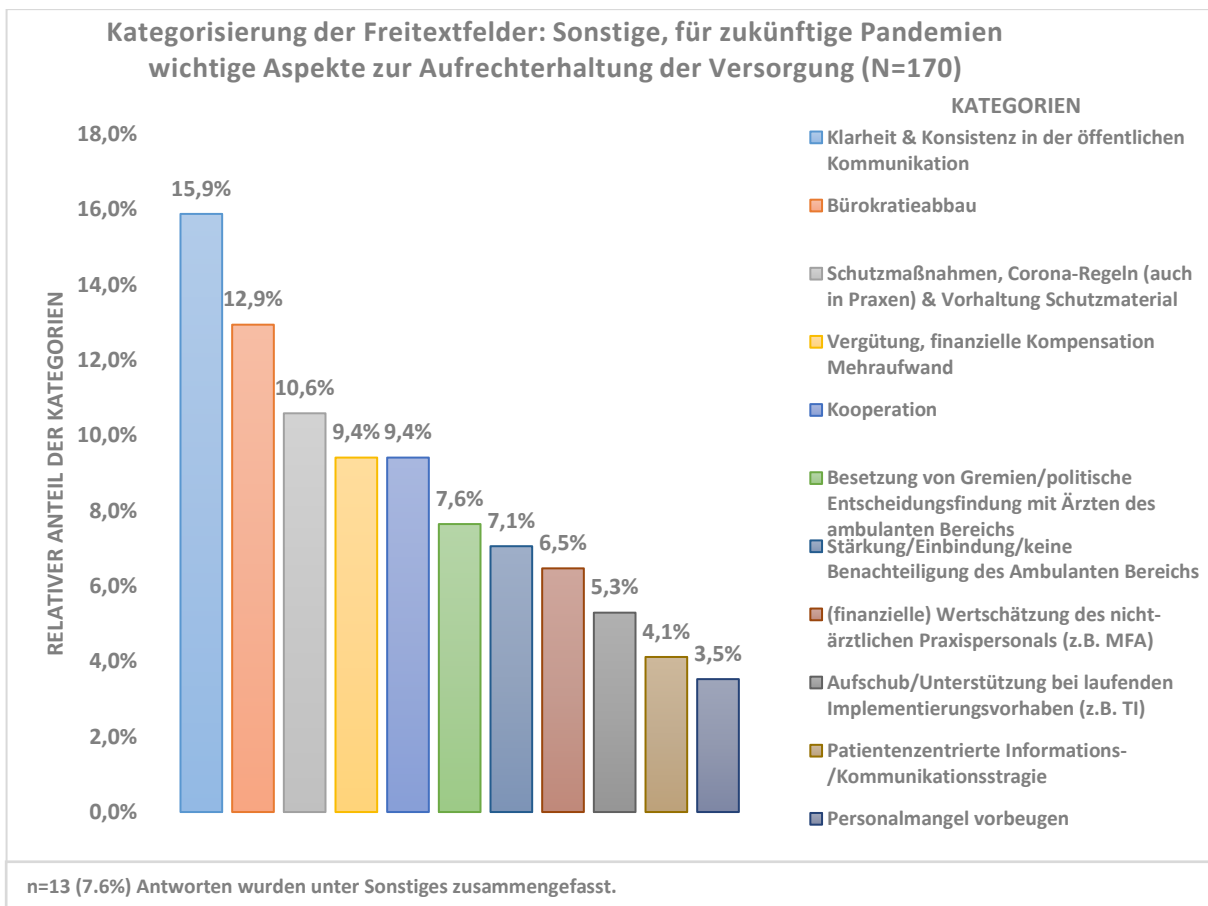
„Der Druck der hohen Fallzahlbewältigung bei niedrigen Versorgungspauschalen (siehe 09211 EBM) muss gesenkt werden! Die aktuelle Funktionsfähigkeit des arbeitenden Personals (Ärzte und MFAs) unter Pandemie-Dystress wird über anhaltende Dauer zu Versorgungsengpässen durch Personalmangel durch mangelnde Attraktivität des Berufs und vermehrt auftretender Berufsunfähigkeit führen. Diese Umfrage zeigt deutlich, dass Angst Dystress auslöst. Ein Kollaps der niedergelassenen Versorgung durch Erkrankungen bei nicht kompensiertem Dauerstress unter Personalmangel ist nicht hinnehmbar. Die Pandemie verschärft MFA Mangel. Wir benötigen unbürokratische Umschulungen von Quereinsteigern in den MFA beruf mit der Möglichkeit zügig Instrumente aufbereiten zu dürfen und Diagnostik durchführen zu dürfen.“

Die einzige Möglichkeit ist:

Eine zeitnahe Personalentlastung durch das anheben der Grundpauschale und senken der Fallzahl in den Niedergelassenen Praxen.

Ich hoffe sie arbeiten dieses Statement aus und es bewirkt etwas.
Mit kollegialen Grüßen“

Abbildung 9 fasst die Ergebnisse der Frage noch einmal zusammen.



5. Diskussion der Ergebnisse

Dies ist die erste deutsche Studie, welche das veränderte primärärztliche Leistungsgeschehen, das subjektive Belastungserleben und die Wahrnehmung des Veränderten Leistungsgeschehen während der Corona-Pandemie über einen Zeitraum von 19 Monaten, von der ersten bis zur Dritten Welle, sowie die gesehene Potenziale zur Aufrechterhaltung der Versorgung unter der Nutzung von Primär- und Sekundärdaten darstellt.

5.1. Veränderungen des Leistungsgeschehen

Die Ergebnisse zum Leistungsgeschehen zeigen einen differenziellen Verlauf der Leistungsdichte über den Verlauf der vier Pandemiewellen in Deutschland. In mehreren Studien wurden die Auswirkungen der frühen COVID-19-Pandemie auf die Konsultationen in der Primärversorgung untersucht, wobei ein dramatischer Rückgang festgestellt wurde [27, 34-37]. Die vorliegende Analyse bestätigt diesen Rückgang der ambulanten Konsultationen, insbesondere zu Beginn der Pandemie und während der landesweiten Kontaktverbote. Während der ersten und zweiten Corona-Welle gingen die Haus- und Facharztkonsultationen um 7% und 2% zurück. Schäfer et al. [35] stellten fest, dass der Effekt in der Anfangsphase der Pandemie unabhängig von der Fachrichtung war, was nicht mit den Ergebnissen dieser Analyse übereinstimmt und enorme Unterschiede zwischen den Fachrichtungen der Ärzt:innen aufzeigt. Zwischen beiden Wellen gab es lediglich bei den Hausärzt:innen, nicht bei den Fachärzt:innen, leichte Kompensationseffekte. Ab Februar 2021 wurde hingegen ein erheblicher Anstieg der Konsultationen verzeichnet, welcher vor allem auf die Hausarztpraxen zurückging. Hausärztinnen und Ärzte konnten bereits im Juni 2021 ihren Rückstand in den Konsultationen ausgleichen, Fachärzt:innen hingegen konnten den Rückgang bis September 2021 nicht ausgleichen.

Der Literatur zufolge reagierten insbesondere Allgemeinmediziner:innen und Neurolog:innen oder Psychiater:innen schnell auf die Pandemie und stellten den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher, indem sie auf Fernbehandlungen umstellten [38-40]. Eine frühere Umfrage bestätigte, dass HNO-Ärzt:innen dem höchsten Infektionsrisiko ausgesetzt waren, und gab an, dass sie trotz der Anpassung an die Anforderungen der Pandemie die Zahl der Patienten von vor der Corona nicht wieder erreichten [41, 42]. Orthopäd:innen berichteten insbesondere über die Auswirkungen auf ambulant tätige Ärzt:innen, die stärker betroffen waren als ihre Kollegen im Krankenhaus [43]. Künftige Forschungsarbeiten sollten die Unterschiede zwischen Hausarztpraxen und Facharztpraxen während der Pandemie untersuchen, um fachgebietspezifische Leitlinien zur Aufrechterhaltung der routinemäßigen Hausarztversorgung zu erstellen.

Ferner haben die altersgruppenspezifischen Analysen gezeigt, dass mit +8% die Aufholeffekte insbesondere in der Altersgruppe der 81-110-Jährigen (Gruppe mit dem höchsten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf) stattgefunden haben, wohingegen die 18-25-Jährigen bis September 2021 immer noch ein Defizit i.H.v. -4% gegenüber der Jahre 2018/19 aufwiesen. Erkennbar ist ein sukzessiv einsetzender Anstieg der

Konsultationshäufigkeit, der für die 61-80-Jährigen bereits im März 2021 während der 3. COVID-19-Welle und für die 18-25-Jährigen erst während des Sommerplateaus 2021 einsetzt.

Die erhebliche Zunahme der Kontakte, vor allem bei Hausärzt:innen, ging dabei nicht mit einer entsprechenden Zunahme anderer Leistungsindikatoren einher, wie den Medikamentenverordnungen, den Facharzt- und Krankenhausüberweisungen oder der Erkennung von Neuerkrankungen. Über den gesamten betrachteten Zeitraum ging die Anzahl der Medikamentenverordnung erheblich zurück, vor allem während der Lockdowns der ersten (-5%) und zweiten (-6%) Welle. Doch auch zwischen der ersten und der zweiten Welle (-2%) sowie nach der dritten Welle (-3%) gingen die Medikamentenverschreibungen zurück. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Krankenhauseinweisungen, welche in der ersten Welle am deutlichsten zurückgingen (-36%). Aber auch in der zweiten Welle (-21%) sowie zwischen den ersten beiden Wellen (-19%) und nach der dritten Welle (-10%) war eine rückläufige Tendenz erkennbar. Ein ähnlicher Verlauf zeigte sich bei den Facharztüberweisungen (1. Welle: -12%, 2. Welle -4%).

Während die geringere Zahl der Krankenhauseinweisungen auf die begrenzte Anzahl von Betten in Intensivstationen zurückzuführen ist, könnte der Rückgang der Überweisungen von Fachärzten, insbesondere von Hausärzten und Internisten, auf einen Ausfall der Gatekeeping-Funktion hindeuten, die in der Regel mit einer angemessenen Überweisung zu einer Facharztbehandlung assoziiert ist [44, 45]. Diese Vermutung könnte durch den nicht kompensierten Rückgang der Krankheitserkennung unterstrichen werden. Vergleichbar mit den anderen betrachteten Leistungen wurde der deutlichste Rückgang während des ersten Lockdowns verzeichnet (-17%). Anders als bei den bisherig genannten Leistungen, wurde nach der dritten Welle, während der Sommermonate 2021, ein stärkerer Rückgang in der Erkennung von Inzidenten Erkrankungen verzeichnet (-11%) im Vergleich zum vorangegangenen Lockdown (2. Lockdown, 10%), vor allem bei der Erkennung von Diabetes, Demenz, Parkinson und Koronaren Herz Erkrankungen, was auch mit der Literatur übereinstimmt [46-51]. Bei keiner der betrachteten Erkrankungen kam es während der Pandemie zu kompensatorischen Effekten.

Die altersgruppenspezifischen Auswertungen der Leistungsindikatoren zeigen das insbesondere die älteste Gruppe (81-110 Jahre) einen Zuwachs gegenüber der präpandemischen Periode hinsichtlich der Facharztüberweisungen und Medikamentenverordnungen vorweisen. Lediglich im Fall der Hospitalisierungen und inzidenten Diagnosen erfuhren auch sie einen Rückgang, wohingegen die restlichen Altersgruppen über alle Leistungsindikatoren hinweg Rückgänge zeigen. Auch unter Betrachtung der darunterliegenden Altersgruppen 18-25 Jahre, 26-40 Jahre, 41-60 Jahre sowie 61-80 Jahre lassen sich keine altersspezifischen und Indikatoren übergreifenden Trends erkennen. Während für die Medikamentenverordnungen der Rückgang mit abnehmenden Alter stärker wird, wird er im Fall der Diagnosen und Facharztüberweisungen tendenziell kleiner.

Während der Rückgang der Konsultationen vom Großteil der Ärztinnen und Ärzten (81%) wahrgenommen wurde, wurde der Rückgang der Erkennungsrate inzidenter Erkrankungen bzw. die fehlenden Kompensationen von weniger als der Hälfte (48% bzw. 40%) der Ärztinnen und Ärzte bemerkt. Bei genauerer Betrachtung des Rückgangs pro Praxis und Monat wird deutlich, dass diese Rückgänge gesamtgesellschaftliche enorme Dimensionen darstellen, auf der einzelnen Praxisebene jedoch nur schwer erkennbar waren. Insgesamt wurden in der Pandemie 28 Medikamentenverordnungen, 8 Facharzt- und 3 Krankenhausüberweisungen pro Praxis und Monat weniger ausgestellt sowie 2 inzidente Erkrankungen weniger pro Praxis und Monat erkannt. Es ist daher fraglich, ob diese Rückgänge auf der einzelnen Praxisebene wirklich wahrgenommen hätten werden können. Diese Kennzahlen könnten sehr wahrscheinlich unterhalb einer „Wahrnehmungsschwelle“ liegen, was begründet warum einige Praxen diese Rückgänge nicht bemerkt haben. Jedoch gibt es erhebliche Variationen zwischen den Praxen und demnach Ärzt:innen, welche diese Veränderungen bzw. Rückgänge bemerkt haben.

Fraglich sind dennoch die Hintergründe für den Rückgang. Während eine patientenzentrierte Umfrage von Schuster et al. [52] ergab, dass der Anteil der patienteninitiierten Absagen von Primärversorgungsterminen geringer war als derjenige der vom Gesundheitswesen initiierten, stimmten nur 37 % der in dieser Studie befragten ambulanten Ärzt:innen zu, dass der Rückgang auf das Verhalten der Leistungserbringer zurückzuführen sei, während 97 % die Ursache im veränderten Patientenverhalten sahen. Darüber hinaus stützen neuere Studien die These, dass das Verhalten des Patient:innen für die Verzögerung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Bereich der Vorsorge und der Besuche bei chronischen Erkrankungen aufgrund von Angst, eingeschränkten sozialen Aktivitäten, erhöhtem Infektionsrisiko und mangelnder Wahrnehmung von nicht behindernden Symptomen verantwortlich sein könnte [36, 49, 51, 53, 54]. Die befragten Ärzt:innen unterstützten diese Hinweise und bestätigten (97 %), dass die Gründe für die verschlechterte Krankheitserkennung wiederum im veränderten Patient:innenverhalten liegen. Darüber hinaus stimmten 82 % der Ursache zu, dass das Aufschieben von Terminen zu diesem Rückgang führt. Nach Bitzer et al. [1] fehlte es den Patient:innen jedoch an Entscheidungshilfen, während der COVID-19-Pandemie eine Routineversorgung aufzusuchen, was die Nachfrage nach Konsultationen unter Bedingungen von Social Distancing beeinflussen könnte. Weitere patientenorientierte Forschungsarbeiten sind erforderlich, um die Divergenz zu bewerten und die Hindernisse für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Pandemiekrise zu minimieren.

Ein weiterer Einflussfaktor ist, dass sich in dieser Zeit ebenfalls das Praxisgeschehen und deren Organisation erheblich veränderte. Eine Vielzahl von Ärztinnen und Ärzten, vor allem Hausärzt:innen, reduzierte coronabedingt Haus- (36%) und Heimbesuche (41%), Vorbeuge- (38%) und nicht dringliche Untersuchungen (43%) sowie das Einbestellverhalten (40%), vor allem für Risikopatient:innen (71%). Als Ausgleich wurden häufiger Telefon- und Videosprechstunden sowie die fachärztliche Verordnung und Versorgung übernommen. Ferner berichteten Allgemeinmediziner:innen, dass sie häufiger als andere Fachärzt:innen Kontakt mit

ausgewiesenen COVID-19-Patienten hatten (87% gegenüber 21%), was rasche Anpassungen bei der Betreuung betroffener Patienten per Telefon oder Video erforderte [55]. Trotz der vorliegenden Ergebnisse, die einen Rückgang psychischer Erkrankungen wie Depressionen und Demenz belegen, wurde in Veröffentlichungen auf einen erhöhten Bedarf an psychiatrischen Diensten hingewiesen, der auch durch Fernangebote wie Telefon- und Videosprechstunden gedeckt oder zumindest kompensiert werden konnte [40, 47, 53, 56, 57]. Darüber hinaus könnten corona-bedingte Schutzmaßnahmen, wie Wartebereiche vor der Praxis, was 62% der Ärzt:innen nutzten, sich ebenfalls erheblich auf das reduzierte Leistungsgeschehen ausgewirkt haben. Gründe für den Rückgang im Leistungsgeschehen sahen die Ärztinnen und Ärzte vor allem im veränderten Patientenverhalten, welches von Terminabsagen oder Fernbleiben gekennzeichnet war, eher als in den Änderungen der Praxisorganisation.

Es wäre durchaus denkbar, dass diese Praxen in der Lage wären, das verringerte Leistungsgeschehen und vor allem die verringerte Erkennungsrate von inzidenten Neuerkrankungen durch ein spezielles adaptives Praxis-Management-System bzw. Frühwarnsystem, welches Rückläufige Tendenzen erkennt und den Ärztinnen und Ärzten anzeigt, erkennen könnten. Fraglich bleibt, ob solch eine Unterstützung zu einem veränderten Einbestellverhalten bzw. Patientenverhalten geführt hätte. Zumindest hätte dies Ärztinnen und Ärzte dahingehend sensibilisiert.

Trotz allem bleibt auf Grundlage dieser Daten unklar, warum es zu den erheblichen Überkompensationseffekten bei den Konsultationen, vor allem bei den Hausarztpraxen, kam. Die Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass die corona-bedingten zusätzlichen Leistungen, wie Tests und Impfungen, in der dritten Welle zu erheblichen Belastungen in den Praxen, vor allem den Hausarztpraxen, geführt haben. Da der Anstieg der Konsultationen in etwa zeitgleich mit dem Beginn des Impfangebotes in Hausarztpraxen (und Facharztpraxen) einherging, könnte vermutet werden, dass der Konsultationsanstieg auf diese zusätzlichen Leistungen zurückzuführen ist. Die meisten Impfungen in Haus- bzw. Facharztpraxen wurden zwischen Mai und Juli 2021 ausgeführt. In diesem Zeitraum verzeichnete sich auch die höchste Kompensation der Konsultationen. Der Zusammenhang zwischen der Überkompensation der Konsultationen und den ausgeführten Impfungen liegt daher sehr nahe.

5.2. Belastungserleben während der Pandemie und Einflussfaktoren Potentialen zur Aufrechterhaltung der primärärztlichen Versorgung

Insgesamt zeigte sich während der Pandemie ein erhebliches Belastungserleben und große Unterstützungsbedarfe. Während das höchste Maß an Angst und Ausmaß an Unterstützung in der ersten Welle verzeichnet wurde und im weiteren Verlauf langsam zurückging, stieg das Ausmaß an Stress von Welle zu Welle stetig an. Innerhalb der ersten beiden Wellen wurde das Patientenverhalten (35%) und die Neuausgestaltung der

Praxisorganisation (28%) als belastendste Faktoren deklariert. Im weiteren Verlauf waren es, wie oben angesprochen, vor allem die zusätzlichen Test- und Impfleistungen sowie die damit einhergehende Bürokratie. Mehr als doppelt so viele Haus- als Fachärzt:innen gaben zudem an, dass die Aufrechterhaltung des Versorgungsgeschehen belastend war (19% vs. 9%). Wahrscheinlich spielen für diesen Zusammenhang vielfältige Faktoren eine Rolle, die in den multivariaten Auswertungen, bezogen auf die subjektiven Ängste, das Stresserleben und dem subjektiv erlebten Unterstützungsbedarf, beleuchtet wurden. Hier scheinen folgende Faktoren von besonderer Relevanz zu sein: Anzahl Patientenkontakte und Kontakte zu positiv auf Covid-19 getestete Personen, Praxisform (Einzel vs. Gemeinschaftspraxis), Anstellungsverhältnis (Selbstständig vs. Angestellt), diagnostische Ausrichtung der Praxis sowie das Geschlecht der Ärzte. Weitere Analysen sind hierbei notwendig, um diese Assoziationen zu bestätigen.

5.3. Potenziale zur Aufrechterhaltung der Versorgung

Bzgl. der Angaben zu den Potentialen zur Aufrechterhaltung der primär-ärztlichen Versorgung gaben die Ärztinnen und Ärzte an, dass vor allem verpflichtenden Richtlinien zur Aufrechterhaltung sowie arbeitsteilige Organisationswege zwischen den Praxen und den Einrichtungen des Gesundheitswesens klar definiert und kommuniziert werden müssen. Ebenfalls wichtig waren eine finanzielle Kompensation und eine stärkere Einbindung des ambulanten Versorgungsbereiches in die Geschehnisse, um auf zukünftige Wellen besser vorbereitet zu sein. Mit der höchsten Priorität wurden ebenfalls einfache und schnell nutzbare Schnelltest-Infrastruktur sowie niedrighschwellige und unbürokratische administrative Vorgänge für die Erbringung zusätzlicher Leistungen, wie Impfungen, gesehen.

5.4. Ausblick

Aus unserer Sicht ist aktuell das wichtigste Ergebnis des Forschungsprojektes, dass es ein Auseinanderdriften der objektiven Leistungserbringung und der reflexiven Wahrnehmung dieses Geschehens gab. Während diese Änderungen auf der einzelnen Praxisebene nur marginal und schwer wahrnehmbar waren, vor allem unter einer corona-bedingten stark veränderten Praxisorganisation, hat der Rückgang des Leistungsgeschehen eine erhebliche Dimension auf der bundesweiten Ebene. Verdeutlicht wird dies durch folgendes Beispiel: Während auf der einzelnen Praxisebene nur 44 inzidente Erkrankungen über einen Zeitraum von 19 Monaten (2,3 pro Monat und Praxis) weniger erkannt wurden, sind es bei allen untersuchten Praxen (n=1.794) insgesamt knapp 80.000 Erkrankungen weniger. Dieser Rückgang in der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen kann erhebliche Folgen für die post-diagnostische Versorgung und damit den Krankheitsverlauf sowie -ausgang der Patienten haben. Insgesamt 86% der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass der Rückgang im Versorgungsgeschehen, vor allem bei der ausgebliebenen Erkennung inzidenter Erkrankungen, negative Folgen für die Patienten haben wird. Wichtig wird in Zukunft sein, wie man diese auf der Einzelpraxisebene kaum wahrnehmbare, jedoch auf bundesweiter Ebene erhebliche Leistungsreduktionen

tion, rasch identifiziert und die Haus- und Facharztpraxen dahingehend aufklärt und sensibilisiert. Intelligente IT-basierte Assistenzsysteme könnten hierbei unterstützend wirken, mit dem Ziel notwendige Informationen zu liefern, welche dabei helfen die primärärztliche Routineversorgung aufrecht zu erhalten. Entscheidungsträger der primärärztlichen Versorgung sollten deshalb angeregt werden, auf dieses Problem aufmerksam zu machen, damit sich Versorgungsdefizite nicht in die Zukunft fortsetzen. Zukünftige Interventionen sollten zudem die Besonderheiten zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und anderen Facharztpraxen in pandemischen Zeiten berücksichtigen. Nur so, können negative Folgen für die Patienten sowie Belastungen von Ärztinnen und Ärzten reduziert werden.

5.5. Limitationen

Diese Studie weist mehrere Einschränkungen auf. Die Dokumentation der Sekundärdaten könnte aufgrund der Herausforderungen für Arztpraxen während der COVID-19-Pandemie weniger genau sein. Darüber hinaus war es nicht möglich, das Ausmaß zu bewerten, in dem Notfall-, Dringlichkeits- und aufschiebbare Leistungen innerhalb der verfügbaren Diagnosekategorien erbracht wurden, was die Beurteilung der Frage einschränkt, ob einzelne Arztpraxen angesichts der Hochrisikosituation und des Lockdowns die Diagnose- und Behandlungsstrategien richtig priorisiert haben. Ferner könnten besondere Umstände im Jahr 2019, wie der abgewendete Grippeausbruch im Jahr 2020, die Ergebnisse verzerrt haben. Und schließlich erlaubt die Datenbank keine Verknüpfung zwischen einzelnen Patienten in verschiedenen Praxen. Daher kann eine Doppelmeldung von Patientendiagnosen nicht ausgeschlossen werden.

Die im Rahmen der Erhebung gewonnenen Primärdaten wurden im Querschnitt erhoben, was kausale Schlussfolgerungen einschränkt. Darüber hinaus ist eine Selektionsverzerrung zu berücksichtigen, da die Daten über eine Online-Umfrage erhoben wurden, die von den Berufsverbänden der Fachrichtungen über ihre jeweiligen Kommunikationskanäle verteilt wurde. Die Fragen zu den Wahrnehmungen während der 1. Covid-19-Welle wurden retrospektiv erhoben und spiegeln subjektive Aussagen wider, die durch Medienberichterstattung, zeitgenössische Aufarbeitung oder mangelnde Erinnerung beeinflusst sein könnten. Die abgefragten Items sind größtenteils nicht Bestandteil eines standardisierten Fragebogens, was die Vergleichbarkeit zwischen den Studien einschränkt.

6. Fortschritt auf dem Gebiet des Auftrags bei anderen Stellen¹

Der tabellarische Trendreport des Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung hat die Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise bis zum Ende des 1. Halbjahres 2021 dargestellt [58]. Hierbei gingen die persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte im 1. Halbjahr des Jahres

¹ Alle Angaben in diesem Abschnitt wurden dem 5. Tabellarischen Trendreport des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von Mangiapane et al. [58] entnommen.

2020 um insgesamt 24% zurück. In der Zeit danach folgte eine langsame Erholung. Innerhalb des 2. Quartal des Jahres 2020 erfolgte ein erneuter Fallzahlrückgang. Der größte Rückgang wurde hierbei im November verzeichnet. Dieser Rückgang war ebenfalls noch zu Beginn des 1. Quartals im Jahr 2021 zu beobachten. Im Juni 2021 erfolgte jedoch ein deutlicher Anstieg der Leistungsanspruchnahme (Ende der dritten Pandemiewelle).

Innerhalb des ersten Halbjahres 2020 konnte beobachtet werden, dass Psychotherapeuten und Nervenärzte (-12 %) den geringsten Rückgang zu verzeichnen, gefolgt von Hausärzten (-23,5 %). Die weiteren Fachärzte hatten mit -27% den deutlichsten Rückgang zu verzeichnen. Innerhalb dieser Gruppe der Fachärzte waren u.a. die HNO-Ärzten (-37,5 %) am stärksten von den sinkenden Fallzahlen betroffen. Der bei den Nervenärzten ab dem 2. Quartal gegenüber dem Vorjahr zu beobachtende Fallzahlanstieg war hierbei weniger auf Effekte der Pandemie als vielmehr auf eine Abrechnungsänderung im EBM zurückzuführen.

Verschiebbare Leistungen, wie Leistungen der Früherkennung von Erkrankungen, waren im 1. Quartal 2020 besonders stark vom Rückgang betroffen. So sank die Anzahl von verschiebbaren Behandlungsfällen im 1. Halbjahr 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um mehr als 98% ab. Erst ab Juni normalisierte sich die Inanspruchnahme dieser Leistungen, wobei sehr heterogene Nachholeffekte zu verzeichnen waren. Im weiteren Verlauf der Pandemie waren erneute Fallzahlrückgänge bei den verschiebbaren Leistungen, wie Früherkennungsleistungen, zu beobachten. Nach kurzen Ansteigen zu Beginn des 4. Quartal, erfolgte ein erneuter starker Rückgang im November 2020, zu Beginn des zweiten in Deutschland eingeführten Lock-downs. Im weiteren Verlauf zeigte sich ebenfalls ein heterogenes Bild bei den Leistungen. Bei Betrachtung der operativen Leistungen, wie ambulante Operationen, zeigte sich ein ähnliches Bild. Auch hier wurden starke Leistungsrückgänge verzeichnet. Selbst bei den „nicht verschiebbaren“ Leistungen zeigte sich ein heterogenes Bild, gezeichnet von Fallzahlanstiegen aber auch Fallzahlrückgängen im Vergleich zum Jahr 2019.

Im Verlauf der Pandemie wurde eine sehr erhöhte Inanspruchnahme von telefonsicher Beratung und Videosprechstunden dokumentiert. Ebenfalls kam es zur Ausführung corona-spezifischer Leistungen. Im Zeitraum vom 1.2. bis 31.12.2020 gab es insgesamt rund 24,24 Millionen Behandlungsanlässe aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer SARS-CoV-2-Infektion, wobei rund 11,31 Millionen PCR-Tests auf SARS-CoV-2 in dieser Zeit vertragsärztlich abgerechnet wurden. Weiterhin wurden im Zeitraum vom 15.6. bis 30.9.2020 insgesamt 43.875 Beratungen bzw. Abstriche aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App durchgeführt (GOP 02402). Bei rund 74 % wurde im Anschluss daran ein PCR-Test durchgeführt. Im 4. Quartal erhöhte sich die Anzahl von erbrachten Corona-spezifischen Leistungen auf 4,46 Millionen, wobei nicht erkannt werden kann, welcher Anteil ausschließlich auf eine Beratung aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App entfällt.

Im Zeitraum vom 1.1. bis 30.06.2021 gab es insgesamt rund 13,28 Millionen Behandlungsanlässe aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer SARS-CoV-2-Infektion. Die Anzahl der in dieser Zeit vertragsärztlich abgerechneten PCR-Tests betrug 5,65 Millionen, wobei lediglich 4,92 Millionen Abstriche für die Durchführung eines PCR- oder Antigentests vertragsärztlich abgerechnet wurden. Seit März 2021 wurden dann alle vorbereitende Maßnahmen für die Corona-Schutzimpfungen vorbereitet, sodass der Impfung in den Haus- und Facharztpraxen im April 2021 nichts mehr im Wege stand. Neben den Behandlungsanlässen für Testungen wurden insgesamt 100.000, 300.000 sowie 400.000 bis 500.000 Impfungen pro Woche in den Monaten April, Mai und Juni bis Juli in den deutschen Haus- und Facharztpraxen durchgeführt, was einer extremen Ausweitung der Corona-spezifischen Leistungen entspricht. Dies Impfungen gingen hierbei bis September auf ein Niveau von 100.000 Impfungen pro Woche zurück, bis diese dann erneut im November und Dezember den Höchststand von 500.000 Impfungen pro Woche anstiegen.

7. Veröffentlichungen des FE-Ergebnisses nach §11

Erste Manuskripte befinden sich bereits in der Erstellung und internen Abstimmung und werden voraussichtlich noch in 2022 in peer-reviewed und PubMed gelisteten Fachzeitschriften als Open access veröffentlicht.

Literaturverzeichnis

1. Bitzer, E.M., et al., [*"I better stay at home..."-health system decisions to support the use of routine healthcare during the COVID-19 pandemic*]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2021. **64**(3): p. 277-284.
2. Wu, P., et al., *Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020*. Euro Surveill, 2020. **25**(3).
3. Huang, C., et al., *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. Lancet, 2020. **395**(10223): p. 497-506.
4. Lapolla, P., A. Mingoli, and R. Lee, *Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy-What can we learn?* Infect Control Hosp Epidemiol, 2020: p. 1-2.
5. Robert Koch-Institut (RKI). *Robert Koch-Institut: COVID-19-Dashboard*. 2022 21.6.2022 [cited 2022 21.6.]; Available from: <https://www.corona.rki.de>.
6. World Health Organization (WHO). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 2022 20.06.2022 [cited 2022 21.06.]; Available from: <https://covid19.who.int/>.
7. Chu, D.K., et al., *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2020. **395**(10242): p. 1973-1987.
8. Glass, R.J., et al., *Targeted social distancing design for pandemic influenza*. Emerg Infect Dis, 2006. **12**(11): p. 1671-81.
9. Wilder-Smith, A. and D.O. Freedman, *Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak*. J Travel Med, 2020. **27**(2).
10. Press and Information Office of the Federal Government. *Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020*. 2020 22.03. [cited 2022 21.06.2022]; Available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248>.
11. Lian, J., et al., *Analysis of Epidemiological and Clinical Features in Older Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outside Wuhan*. Clin Infect Dis, 2020. **71**(15): p. 740-747.
12. Chen, Q., et al., *Clinical characteristics of 145 patients with corona virus disease 2019 (COVID-19) in Taizhou, Zhejiang, China*. Infection, 2020. **48**(4): p. 543-551.
13. Lithander, F.E., et al., *COVID-19 in older people: a rapid clinical review*. Age Ageing, 2020. **49**(4): p. 501-515.
14. Gerst-Emerson, K. and J. Jayawardhana, *Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults*. Am J Public Health, 2015. **105**(5): p. 1013-9.
15. Paffenholz, P., et al., *Perception of the 2020 SARS-CoV-2 pandemic among medical professionals in Germany: results from a nationwide online survey*. Emerg Microbes Infect, 2020. **9**(1): p. 1590-1599.
16. Bohlken, J., et al., [*Experience of Practice-Based Psychiatrists and Neurologists During the COVID-19 Pandemic*]. Psychiatr Prax, 2020. **47**(4): p. 214-217.
17. Verhoeven, V., et al., *Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs*. BMJ Open, 2020. **10**(6): p. e039674.
18. Joy, M., et al., *Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK*. Br J Gen Pract, 2020. **70**(697): p. e540-e547.
19. Chen, T.J., et al., *Hospice utilization during the SARS outbreak in Taiwan*. BMC Health Serv Res, 2006. **6**: p. 94.
20. Guo, H., et al., *The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services*. J Dent Sci, 2020. **15**(4): p. 564-567.
21. Houshyar, R., et al., *Effect of shelter-in-place on emergency department radiology volumes during the COVID-19 pandemic*. Emerg Radiol, 2020. **27**(6): p. 781-784.

22. Hoyer, C., et al., *Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2021. **271**(2): p. 377-379.
23. Kenyon, C.C., et al., *Initial effects of the COVID-19 pandemic on pediatric asthma emergency department utilization*. J Allergy Clin Immunol Pract, 2020. **8**(8): p. 2774-2776.e1.
24. Lu, T.H., Y.J. Chou, and C.S. Liou, *Impact of SARS on healthcare utilization by disease categories: implications for delivery of healthcare services*. Health Policy, 2007. **83**(2-3): p. 375-81.
25. Turan, Ç., et al., *Change of the diagnostic distribution in applicants to dermatology after COVID-19 pandemic: What it whispers to us?* Dermatol Ther, 2020. **33**(4): p. e13804.
26. Mangiapane, S., et al., *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Quartal 2020 - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*,. 2020.
27. Michalowsky, B., et al., *Effect of the COVID-19 lockdown on disease recognition and utilisation of healthcare services in the older population in Germany: a cross-sectional study*. Age Ageing, 2021. **50**(2): p. 317-325.
28. Kostev, K., et al., *Prescription rates of cardiovascular and diabetes therapies prior to and during the COVID-19 lockdown in Germany*. Int J Clin Pharmacol Ther, 2020. **58**(9): p. 475-481.
29. Schilling, J., S. Buda, and K. Tolksdorf, *Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“*. Epid Bull, 2022. **10**: p. 3-5.
30. Rathmann, W., et al., *Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database*.^[SEP] Int J Clin Pharmacol Ther, 2018. **56**(10): p. 459-466.
31. von Elm, E., et al., *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies*. Bmj, 2007. **335**(7624): p. 806-8.
32. Limesurvey GmbH, *LimeSurvey: An Open Source survey tool /LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany*. 2022.
33. StataCorp., *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC. 2017.
34. Ekman, B., et al., *Impact of the Covid-19 pandemic on primary care utilization: evidence from Sweden using national register data*. BMC Res Notes, 2021. **14**(1): p. 424.
35. Schafer, I., et al., *The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study*. BMC Fam Pract, 2021. **22**(1): p. 125.
36. Velek, P., et al., *Changes in the Diagnosis of Stroke and Cardiovascular Conditions in Primary Care During the First 2 COVID-19 Waves in the Netherlands*. Neurology, 2022. **98**(6): p. e564-e572.
37. Xiao, H., et al., *The impact of the COVID-19 pandemic on health services utilization in China: Time-series analyses for 2016-2020*. Lancet Reg Health West Pac, 2021. **9**: p. 100122.
38. Matenge, S., et al., *Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: a review of the international literature*. Fam Pract, 2021.
39. Saint-Lary, O., et al., *How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey*. BMJ Open, 2020. **10**(12): p. e042119.
40. Savilahti, E.M., et al., *Adolescent psychiatric outpatient care rapidly switched to remote visits during the COVID-19 pandemic*. BMC Psychiatry, 2021. **21**(1): p. 586.
41. Martin-Villares, C., et al., *Risk of contagion of SARS-CoV-2 among otorhinolaryngologists in Spain during the "Two waves"*. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2021. **278**(9): p. 3571-3577.
42. Ridge, S.E., et al., *International Survey of Operative Practices for Otologists and Neurotologists During the COVID-19 Crisis*. Otol Neurotol, 2021. **42**(8): p. 1275-1284.
43. Randau, T.M., et al., *Collateral effect of COVID-19 on orthopedic and trauma surgery*. PLoS One, 2020. **15**(9): p. e0238759.
44. Sripa, P., et al., *Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review*. Br J Gen Pract, 2019. **69**(682): p. e294-e303.
45. Vincent, J.L. and J. Creteur, *Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds*. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care, 2020. **9**(3): p. 248-252.
46. Axenhus, M., et al., *Changes in dementia diagnoses in Sweden during the COVID-19 pandemic*. BMC Geriatr, 2022. **22**(1): p. 365.

47. Borson, S., et al., *Patterns of incident dementia codes during the COVID-19 pandemic at an integrated healthcare system*. J Am Geriatr Soc, 2021. **69**(12): p. 3389-3396.
48. Jacob, L., et al., *Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Diagnoses in General and Specialized Practices in Germany*. Cancers (Basel), 2021. **13**(3).
49. Maehl, N., et al., *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Avoidance of Health Care, Symptom Severity, and Mental Well-Being in Patients With Coronary Artery Disease*. Front Med (Lausanne), 2021. **8**: p. 760265.
50. Tanislav, C., L. Jacob, and K. Kostev, *Consultations Decline for Stroke, Transient Ischemic Attack, and Myocardial Infarction during the COVID-19 Pandemic in Germany*. Neuroepidemiology, 2021: p. 1-8.
51. Uphaus, T., et al., *Stroke Care Within the COVID-19 Pandemic-Increasing Awareness of Transient and Mild Stroke Symptoms Needed*. Front Neurol, 2020. **11**: p. 581394.
52. Schuster, N.A., et al., *Older adults report cancellation or avoidance of medical care during the COVID-19 pandemic: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Eur Geriatr Med, 2021. **12**(5): p. 1075-1083.
53. Stephenson, E., et al., *Changes in the top 25 reasons for primary care visits during the COVID-19 pandemic in a high-COVID region of Canada*. PLoS One, 2021. **16**(8): p. e0255992.
54. Thyrian, J.R., et al., *The situation of elderly with cognitive impairment living at home during lockdown in the Corona-pandemic in Germany*. BMC Geriatr, 2020. **20**(1): p. 540.
55. Strumann, C., et al., *Experiences made by family physicians managing patients with SARS-CoV-2 infection during spring 2020 - a cross-sectional analysis*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2021. **165**: p. 35-42.
56. Chow, M.W., et al., *Impact of the first COVID-19 outbreak on mental health service utilisation at a Dutch mental health centre: retrospective observational study*. BJPsych Open, 2021. **7**(6): p. e213.
57. Howarth, A., et al., *Trends in healthcare utilisation during COVID-19: a longitudinal study from the UK*. BMJ Open, 2021. **11**(7): p. e048151.
58. Mangiapane, S., et al., *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. 5. Tabellarischer Trendreport bis zum Ende des 1. Halbjahres 2021*. 2021, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi),: Berlin.

Anlage

A. Erfolgskontrollbericht

Dem Schlussbericht ist als Anlage ein kurzgefasster Erfolgskontrollbericht beizufügen, der nicht veröffentlicht wird. Dieser muss im Hinblick auf die Berichtspflicht des Auftraggebers Angaben enthalten über:

- **wissenschaftlich-technische Ergebnis** des Auftrags, die erreichten **Nebenergebnisse** und die gesammelten wesentlichen **Erfahrungen**: Das Projekt konnte, wie geplant und gefördert, umgesetzt werden. Die Ergebnisse und Nebenergebnisse sind dem Bericht zu entnehmen und bieten eine Grundlage für eine wissenschaftliche sowie gesundheitspolitische Anschlussfähigkeit.
- **Erfindungen/Schutzrechtsanmeldungen** und **erteilte Schutzrechte** die vom Auftragnehmer oder von am Auftrag Beteiligten gemacht oder in Anspruch genommen wurden, ggf. auch deren standortbezogene Verwertung (**Lizenzen** u.a.): Nicht zutreffend.
- Evtl. **wirtschaftlichen Erfolgsaussichten** nach Auftragsende (mit Zeithorizont) - z.B. auch funktionale/wirtschaftliche Vorteile gegenüber Konkurrenzlösungen, Nutzen für verschiedene Anwendergruppen/-industrien am Standort Deutschland, Umsetzungs- und Transferstrategien (Angaben, soweit die Art des Auftrags dies zulässt): Nicht zutreffend.
- Evtl. **wissenschaftlichen und/oder technischen Erfolgsaussichten** nach Auftragsende (mit Zeithorizont) - u.a., wie die geplanten Ergebnisse in anderer Weise (z.B. für öffentliche Aufgaben, Datenbanken, Netzwerke, Transferstellen etc.) genutzt werden können. Dabei ist auch eine etwaige Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Firmen, Netzwerken, Forschungsstellen u.a. einzubeziehen: Die Projektergebnisse bieten die Grundlage für eine Vielzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen. Dieser werden im Anschluss an das Projektende avisiert.
- die evtl. **wissenschaftliche und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit** für eine mögliche notwendige nächste Phase bzw. die nächsten innovatorischen Schritte: Die Projektergebnisse können ebenfalls genutzt werden, um weiter Forschungsprojekte zur Identifikation noch ungewisser bzw. unklarer Aspekte sowie die Evaluationen von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Routineversorgung in der primärärztlichen Versorgung während pandemischer Zeiten zu initiieren. Diese Forschungsprojekte können interprofessionell in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Akteuren erfolgen.
- Arbeiten, die zu **keiner Lösung** geführt haben: Nicht zutreffend.
- **Präsentationsmöglichkeiten für mögliche Nutzer** - z.B. Anwenderkonferenzen (Angaben, soweit die Art des Auftrags dies zulässt): Die Projektergebnisse sollen auf verschiedenen internationalen und nationalen Konferenzen anderen Wissenschaftlern sowie der Gesundheitspolitik vorgestellt werden.
- Einhaltung der **Kosten- und Zeitplanung**: Kosten- und Zeitplanung konnte eingehalten werden.

B. Förderauflagen

- (1) Wie erfolgt die Rekrutierung der Praxen?

Stellungnahme: Die Rekrutierung der Praxen wird so durchgeführt, dass die erhobenen Patient:innen-daten innerhalb einer Fachrichtung hinsichtlich demographischer Merkmale, Diagnosen und Therapien repräsentativ sind. Die Grundgesamtheit ergibt sich aus der Gesamtheit aller Ärzt:innen, die jährlich von der Bundesärztekammer veröffentlicht werden. Aus dieser Grundgesamtheit wird nach den folgenden Schichtungskriterien über die Statistikabteilung der IQVIA ein Paneldesign ermittelt: Fachgruppe, Bundesland, Gemeindegrößenklasse und Alter. Dieses Paneldesign ist die Grundlage für die Akquise der Praxen, die im „Disease Analyzer“ verarbeitet werden. Die Akquise und Betreuung der Praxen wird von den Softwarehäusern durchgeführt, mit denen IQVIA eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat. Bedingt durch eine natürliche Fluktuation der Praxen und eine jährliche Überprüfung der Grundgesamtheit durch die Bundesärztekammer wird das Paneldesign entsprechend jährlich angepasst. Immer wenn eine Praxis die Zusammenarbeit mit der IQVIA beendet, wird sie durch eine neue Praxis ersetzt.

- (2) Wie sind die Praxen in Bezug auf wichtige Merkmale (z.B. Einzelpraxis, MVZ, ländliche Lage, Region, Alter und Geschlecht der teilnehmenden Ärzte sowie Facharztgruppen) im Vergleich zu allen Praxen verteilt?

Stellungnahme: Da die Auswahl der Praxen auf Basis der Panelmerkmale (Fachgruppe, Bundesland, Gemeindegrößenklasse, Alter) erfolgt, sind diese Merkmale bei den „Disease Analyzer“-Praxen und allen Praxen gleich verteilt. Andere Variablen (Geschlecht und Praxisgröße) können sich unterscheiden.

- (3) Erhalten die Praxen eine Vergütung für die Teilnahme?

Stellungnahme: Teilnehmende Ärzt:innen erhalten eine Aufwandsentschädigung sowie eine Auswertung ihres Ordnungsverhaltens.

- (4) Nutzen die Praxen ein bestimmtes Praxisinformationssystem, über das die Daten gewonnen werden?

Stellungnahme: Softwarehäuser und Datenprovider (z.B. Compugroup) besitzen ein eigenes System, welches in den Praxen installiert wird. Es handelt sich um eine für IQVIA generierte und standardisierte Schnittstelle, die es den Praxen ermöglicht, die erforderlichen Daten zu erfassen und anonymisiert an IQVIA zu senden.

- (5) Wie aktuell sind Daten verfügbar?

Stellungnahme: Die Daten sind in der Regel mit einem Verzug von ca. 6 Wochen verfügbar.

- (6) Erfolgt eine mögliche Hochrechnung der Ergebnisse, um für Deutschland repräsentative Ergebnisse zu erlangen?

Stellungnahme: Mit der Division der Anzahl der Praxen in Deutschland durch die Anzahl der Praxen in der Datenbank erhält man einen Hochrechnungsfaktor.

- (7) Ist eine praxenübergreifende Patientenpseudonymisierung vorhanden oder wie wird damit umgegangen, dass Patienten mehrfach vorkommen können?

Stellungnahme: Man kann die Patient:innen nur in einer Praxis sehen. Ein Wechsel zwischen Praxen, die in der „Disease Analyzer“ enthalten sind, ist aufgrund der kleinen Abdeckung (3%) kaum möglich. Aber in der Grundgesamtheit ist es möglich. IQVIA hat die Info, wie häufig in der Grundgesamtheit Patient:innen die Praxen wechseln. Diese Info kann für Modellierungen der Daten verwendet werden.

C. Ergänzende Tabellen und Grafiken

1. Anzahl Haus- und Facharztkonsultationen

Tabelle 1.1. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie bei den **Hausärzten**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	3,6 %	13,1 %	11,5 %	11,1 %	13,9 %	11,4 %
Apr 2020	-39,1 %	-27,6 %	-17,7 %	-13,7 %	-1,4 %	-16,6 %
May 2020	-36,0 %	-24,6 %	-15,7 %	-9,8 %	1,4 %	-13,7 %
Jun 2020	-19,9 %	-9,1 %	-3,1 %	1,2 %	10,5 %	-1,6 %
Jul 2020	-14,6 %	-7,9 %	-4,7 %	-1,6 %	7,3 %	-2,9 %
Aug 2020	-4,0 %	-1,8 %	-1,0 %	-2,3 %	6,5 %	-0,7 %
Sep 2020	1,4 %	3,4 %	4,9 %	7,7 %	13,1 %	6,5 %
Oct 2020	1,5 %	1,1 %	2,7 %	3,0 %	8,0 %	3,2 %
Nov 2020	-5,7 %	-1,7 %	0,1 %	-1,7 %	7,7 %	-0,2 %
Dec 2020	-5,7 %	0,2 %	4,6 %	4,4 %	11,6 %	4,2 %
Jan 2021	-36,0 %	-25,5 %	-16,2 %	-9,5 %	3,4 %	-13,8 %
Feb 2021	-35,2 %	-24,7 %	-14,3 %	-6,4 %	5,2 %	-12,0 %
Mar 2021	-16,6 %	-7,3 %	-1,1 %	6,1 %	15,8 %	1,6 %
Apr 2021	-12,1 %	0,2 %	6,7 %	12,0 %	12,5 %	7,4 %
May 2021	0,6 %	16,0 %	20,1 %	9,7 %	8,3 %	12,9 %
Jun 2021	40,0 %	44,0 %	35,6 %	17,4 %	16,5 %	27,9 %
Jul 2021	18,7 %	17,5 %	10,2 %	4,2 %	10,8 %	9,6 %
Aug 2021	15,8 %	14,5 %	7,2 %	2,3 %	12,9 %	7,8 %
Sep 2021	13,2 %	12,5 %	6,7 %	4,1 %	17,1 %	8,5 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.2. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie in der **Dermatologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-1,2 %	-5,2 %	-5,8 %	-10,9 %	-7,5 %	-7,1 %
Apr 2020	-13,2 %	-19,0 %	-23,0 %	-30,6 %	-31,4 %	-24,7 %
May 2020	-6,0 %	-7,1 %	-12,0 %	-11,2 %	-7,8 %	-9,9 %
Jun 2020	7,0 %	3,5 %	-1,4 %	3,4 %	14,5 %	3,2 %
Jul 2020	-1,6 %	-4,3 %	-9,2 %	-4,6 %	4,8 %	-4,9 %
Aug 2020	-2,0 %	-0,8 %	-4,9 %	-7,3 %	3,5 %	-3,9 %
Sep 2020	2,8 %	4,0 %	-1,9 %	0,2 %	9,7 %	1,3 %
Oct 2020	-0,4 %	-2,7 %	-6,2 %	-6,8 %	2,6 %	-4,5 %
Nov 2020	3,8 %	3,4 %	-2,5 %	-5,7 %	2,9 %	-1,5 %
Dec 2020	10,9 %	5,3 %	-0,2 %	-4,0 %	5,7 %	1,0 %
Jan 2021	-5,9 %	-7,1 %	-16,1 %	-18,7 %	-10,3 %	-13,9 %
Feb 2021	5,0 %	0,2 %	-8,9 %	-11,9 %	-8,2 %	-7,0 %
Mar 2021	21,1 %	17,9 %	7,9 %	6,1 %	19,5 %	11,4 %
Apr 2021	1,7 %	0,6 %	-7,7 %	-7,3 %	9,1 %	-3,7 %
May 2021	-1,4 %	-1,5 %	-6,1 %	-9,1 %	5,7 %	-4,7 %
Jun 2021	21,0 %	16,2 %	7,8 %	6,6 %	21,0 %	11,4 %
Jul 2021	-2,5 %	-2,3 %	-10,6 %	-6,7 %	10,9 %	-5,1 %
Aug 2021	-3,6 %	-3,9 %	-10,3 %	-10,1 %	9,6 %	-6,6 %
Sep 2021	1,4 %	2,8 %	-3,8 %	-1,2 %	14,6 %	0,4 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.3. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie in der **Neurologie & Psychiatrie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	8,7 %	12,0 %	11,4 %	9,8 %	15,0 %	11,3 %
Apr 2020	-8,6 %	-7,5 %	-9,6 %	-13,5 %	-9,4 %	-10,5 %
May 2020	-6,4 %	-3,7 %	-4,3 %	-4,6 %	1,2 %	-3,7 %
Jun 2020	0,6 %	0,3 %	2,8 %	3,9 %	11,9 %	3,9 %
Jul 2020	2,3 %	3,8 %	1,3 %	3,5 %	7,1 %	3,1 %
Aug 2020	0,4 %	-6,2 %	-5,8 %	-5,5 %	3,7 %	-4,3 %
Sep 2020	4,9 %	7,6 %	4,5 %	5,9 %	11,9 %	6,4 %
Oct 2020	3,3 %	-0,9 %	-0,9 %	-1,6 %	4,7 %	-0,2 %
Nov 2020	4,3 %	5,6 %	3,4 %	0,4 %	7,1 %	3,2 %
Dec 2020	8,9 %	9,4 %	3,8 %	2,5 %	5,6 %	4,6 %
Jan 2021	-9,5 %	-7,4 %	-9,9 %	-10,5 %	-6,6 %	-9,3 %
Feb 2021	2,9 %	5,1 %	-1,1 %	-3,3 %	-3,2 %	-1,1 %
Mar 2021	16,6 %	13,6 %	10,2 %	12,2 %	20,1 %	12,9 %
Apr 2021	11,3 %	2,8 %	-1,1 %	-1,5 %	2,2 %	0,3 %
May 2021	6,3 %	3,3 %	-1,2 %	-4,3 %	-0,2 %	-1,1 %
Jun 2021	25,7 %	14,6 %	7,5 %	5,8 %	11,0 %	9,1 %
Jul 2021	18,7 %	7,8 %	2,0 %	3,8 %	9,4 %	5,1 %
Aug 2021	4,5 %	-2,3 %	-5,2 %	-5,5 %	1,8 %	-3,6 %
Sep 2021	6,9 %	4,4 %	0,3 %	3,2 %	9,1 %	3,2 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.4. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie in der **Gynäkologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	5,5 %	-0,5 %	-1,4 %	-1,5 %	3,9 %	0,2 %
Apr 2020	-2,7 %	-11,1 %	-22,8 %	-28,0 %	-16,5 %	-15,8 %
May 2020	-5,7 %	-6,8 %	-10,6 %	-8,8 %	-3,3 %	-7,9 %
Jun 2020	3,0 %	0,6 %	0,9 %	5,9 %	16,7 %	2,1 %
Jul 2020	1,0 %	-2,8 %	-2,6 %	4,6 %	15,6 %	-0,6 %
Aug 2020	-3,1 %	-2,1 %	-2,3 %	-0,7 %	17,4 %	-1,7 %
Sep 2020	2,6 %	1,9 %	2,1 %	7,4 %	17,1 %	3,2 %
Oct 2020	3,5 %	-1,9 %	-1,1 %	2,3 %	7,8 %	0,1 %
Nov 2020	0,3 %	1,5 %	3,0 %	3,8 %	9,8 %	2,3 %
Dec 2020	7,9 %	7,2 %	7,0 %	7,4 %	12,4 %	7,4 %
Jan 2021	-1,8 %	-4,9 %	-6,3 %	-10,5 %	1,4 %	-5,5 %
Feb 2021	-0,8 %	2,1 %	0,6 %	-3,3 %	2,2 %	0,4 %
Mar 2021	12,6 %	15,1 %	20,1 %	19,5 %	26,9 %	17,1 %
Apr 2021	4,8 %	6,7 %	6,6 %	8,4 %	16,7 %	6,9 %
May 2021	0,4 %	7,1 %	13,9 %	10,5 %	10,5 %	8,6 %
Jun 2021	12,0 %	18,4 %	30,8 %	28,8 %	30,3 %	22,6 %
Jul 2021	1,5 %	3,9 %	9,4 %	13,2 %	24,0 %	6,8 %
Aug 2021	-5,9 %	1,5 %	1,8 %	3,3 %	20,8 %	0,9 %
Sep 2021	1,5 %	4,2 %	5,7 %	9,0 %	25,7 %	5,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.5. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie bei den **HNO-Heilkunde**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-8,7 %	-9,5 %	-12,5 %	-15,9 %	-16,6 %	-13,0 %
Apr 2020	-33,4 %	-30,9 %	-31,1 %	-37,5 %	-44,3 %	-34,3 %
May 2020	-29,4 %	-24,9 %	-20,9 %	-17,4 %	-14,0 %	-20,7 %
Jun 2020	-7,2 %	-7,4 %	-4,6 %	1,6 %	10,6 %	-2,1 %
Jul 2020	-6,8 %	-3,6 %	-5,9 %	-1,0 %	12,6 %	-2,4 %
Aug 2020	-10,6 %	-5,8 %	-9,4 %	-8,2 %	0,9 %	-7,5 %
Sep 2020	-0,3 %	1,3 %	-0,9 %	1,5 %	16,2 %	2,0 %
Oct 2020	-6,5 %	-4,9 %	-10,0 %	-9,2 %	-4,2 %	-8,0 %
Nov 2020	-8,3 %	-6,5 %	-10,7 %	-13,9 %	-4,4 %	-10,2 %
Dec 2020	-5,9 %	-5,5 %	-10,8 %	-13,6 %	-7,5 %	-9,9 %
Jan 2021	-28,1 %	-25,0 %	-27,5 %	-27,4 %	-21,1 %	-26,4 %
Feb 2021	-24,9 %	-23,5 %	-24,3 %	-22,5 %	-15,5 %	-22,9 %
Mar 2021	-4,6 %	-7,1 %	-8,0 %	-1,7 %	18,5 %	-3,4 %
Apr 2021	-11,5 %	-12,6 %	-11,1 %	-11,1 %	2,0 %	-10,3 %
May 2021	-9,2 %	-4,8 %	-1,8 %	-8,2 %	-3,2 %	-5,1 %
Jun 2021	30,2 %	24,3 %	16,3 %	7,6 %	18,1 %	16,6 %
Jul 2021	12,3 %	11,0 %	0,6 %	-0,9 %	14,7 %	4,4 %
Aug 2021	-3,0 %	0,7 %	-8,3 %	-5,7 %	10,2 %	-3,7 %
Sep 2021	9,1 %	11,8 %	-0,1 %	0,9 %	16,7 %	4,8 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.6. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie in der **Orthopädie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-9,2 %	-10,8 %	-7,2 %	-12,0 %	-7,8 %	-9,5 %
Apr 2020	-25,6 %	-23,8 %	-21,7 %	-31,3 %	-28,2 %	-26,3 %
May 2020	-20,8 %	-16,0 %	-14,2 %	-15,8 %	-7,9 %	-14,7 %
Jun 2020	-0,6 %	3,0 %	1,3 %	3,4 %	13,7 %	3,3 %
Jul 2020	-2,8 %	-3,5 %	-4,0 %	-3,1 %	6,2 %	-2,6 %
Aug 2020	1,0 %	-5,3 %	-4,3 %	-5,5 %	2,6 %	-4,0 %
Sep 2020	6,3 %	-0,3 %	-0,9 %	-0,3 %	10,1 %	0,7 %
Oct 2020	3,9 %	1,3 %	-2,7 %	-4,6 %	2,3 %	-2,1 %
Nov 2020	-5,3 %	-2,1 %	-2,7 %	-8,4 %	0,1 %	-4,6 %
Dec 2020	4,2 %	2,5 %	2,1 %	-3,6 %	8,4 %	0,8 %
Jan 2021	-17,2 %	-14,1 %	-16,0 %	-20,8 %	-8,7 %	-16,9 %
Feb 2021	-8,3 %	-3,7 %	-5,1 %	-11,1 %	-4,1 %	-7,1 %
Mar 2021	6,9 %	6,7 %	8,3 %	6,8 %	25,1 %	9,0 %
Apr 2021	-4,9 %	-1,0 %	-0,7 %	-6,9 %	9,1 %	-2,3 %
May 2021	-15,1 %	-11,7 %	-11,2 %	-16,5 %	-5,9 %	-12,9 %
Jun 2021	24,7 %	16,4 %	9,3 %	6,2 %	23,7 %	11,1 %
Jul 2021	0,3 %	-5,2 %	-5,5 %	-4,9 %	11,9 %	-3,4 %
Aug 2021	-2,9 %	-7,1 %	-6,8 %	-4,9 %	11,1 %	-4,3 %
Sep 2021	2,7 %	-4,5 %	-3,6 %	-0,7 %	12,8 %	-0,9 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 1.7. Relative Veränderung* der Konsultationen während der Pandemie in der **Urologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	0,3 %	-3,7 %	-5,4 %	-6,2 %	3,0 %	-4,0 %
Apr 2020	-14,4 %	-21,1 %	-20,6 %	-21,8 %	-10,8 %	-19,4 %
May 2020	-7,9 %	-8,7 %	-12,6 %	-11,5 %	-1,1 %	-9,7 %
Jun 2020	4,2 %	10,7 %	2,7 %	3,9 %	14,2 %	6,0 %
Jul 2020	8,8 %	7,0 %	-3,6 %	-0,9 %	11,7 %	1,5 %
Aug 2020	-5,9 %	-7,4 %	-5,4 %	-5,7 %	5,6 %	-3,9 %
Sep 2020	9,0 %	8,1 %	2,8 %	2,1 %	12,1 %	4,7 %
Oct 2020	-0,4 %	-1,4 %	-2,9 %	-6,1 %	1,4 %	-3,5 %
Nov 2020	6,9 %	2,9 %	-1,3 %	-4,7 %	7,2 %	-1,0 %
Dec 2020	8,8 %	8,4 %	0,6 %	-1,7 %	8,7 %	1,7 %
Jan 2021	-11,1 %	-5,7 %	-12,4 %	-11,6 %	-1,6 %	-9,5 %
Feb 2021	0,6 %	3,2 %	-4,4 %	-8,9 %	-0,1 %	-4,9 %
Mar 2021	14,5 %	20,7 %	11,0 %	6,8 %	21,4 %	11,7 %
Apr 2021	-0,6 %	6,4 %	2,6 %	-4,9 %	8,7 %	0,3 %
May 2021	-2,5 %	11,7 %	2,4 %	-7,3 %	6,1 %	-0,9 %
Jun 2021	31,8 %	28,8 %	18,5 %	5,9 %	18,9 %	13,9 %
Jul 2021	7,6 %	5,2 %	-0,8 %	-1,7 %	16,1 %	2,3 %
Aug 2021	-16,1 %	-7,8 %	-7,5 %	-7,7 %	9,3 %	-5,1 %
Sep 2021	-5,2 %	4,9 %	3,0 %	2,5 %	17,1 %	5,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

2. Anzahl Medikamentenverschreibungen

Tabelle 2.1. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie bei den **Hausärzten**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-7,3 %	3,9 %	11,4 %	14,5 %	17,7 %	11,8 %
Apr 2020	-42,3 %	-30,1 %	-18,2 %	-12,7 %	0,0 %	-15,4 %
May 2020	-40,8 %	-28,7 %	-17,9 %	-11,0 %	1,1 %	-14,2 %
Jun 2020	-25,0 %	-11,7 %	-2,8 %	1,3 %	10,7 %	-0,9 %
Jul 2020	-22,2 %	-13,3 %	-6,8 %	-2,8 %	6,3 %	-4,4 %
Aug 2020	-17,7 %	-11,4 %	-5,7 %	-3,3 %	6,5 %	-3,8 %
Sep 2020	-15,2 %	-8,8 %	-1,1 %	4,1 %	11,6 %	1,4 %
Oct 2020	-21,3 %	-15,2 %	-6,3 %	-1,9 %	6,4 %	-4,3 %
Nov 2020	-28,6 %	-18,1 %	-6,9 %	-3,1 %	7,6 %	-5,6 %
Dec 2020	-28,0 %	-16,8 %	-2,9 %	2,5 %	11,4 %	-1,2 %
Jan 2021	-49,3 %	-36,4 %	-21,3 %	-11,2 %	2,3 %	-16,8 %
Feb 2021	-47,5 %	-35,0 %	-18,3 %	-7,3 %	5,3 %	-13,9 %
Mar 2021	-35,4 %	-22,6 %	-7,2 %	4,1 %	16,8 %	-2,4 %
Apr 2021	-34,5 %	-19,9 %	-7,3 %	-2,4 %	8,5 %	-5,4 %
May 2021	-37,8 %	-21,5 %	-11,3 %	-8,2 %	5,3 %	-9,6 %
Jun 2021	-16,7 %	-6,3 %	-0,9 %	2,8 %	14,9 %	1,9 %
Jul 2021	-17,8 %	-10,1 %	-6,3 %	-2,6 %	9,9 %	-3,1 %
Aug 2021	-16,5 %	-8,2 %	-4,6 %	-1,3 %	12,4 %	-1,3 %
Sep 2021	-15,1 %	-8,3 %	-2,4 %	0,6 %	14,2 %	0,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.2. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie in der **Derma-
tologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	1,7 %	1,1 %	0,3 %	-5,1 %	-3,0 %	-1,4 %
Apr 2020	-7,1 %	-12,9 %	-16,4 %	-22,4 %	-21,6 %	-17,1 %
May 2020	-5,5 %	-5,2 %	-11,3 %	-9,1 %	-5,0 %	-8,3 %
Jun 2020	5,2 %	5,2 %	-1,3 %	4,2 %	16,0 %	3,8 %
Jul 2020	-3,2 %	-3,2 %	-9,0 %	-4,9 %	6,6 %	-4,7 %
Aug 2020	-3,0 %	-1,0 %	-6,7 %	-8,9 %	0,9 %	-5,3 %
Sep 2020	1,6 %	5,3 %	-3,1 %	-1,4 %	8,3 %	0,5 %
Oct 2020	-2,1 %	-3,9 %	-7,4 %	-5,4 %	2,0 %	-4,7 %
Nov 2020	2,5 %	1,6 %	-4,1 %	-5,6 %	5,1 %	-2,1 %
Dec 2020	10,3 %	5,9 %	1,5 %	-1,0 %	6,0 %	2,8 %
Jan 2021	-7,4 %	-8,9 %	-16,0 %	-18,3 %	-7,7 %	-13,7 %
Feb 2021	4,3 %	0,5 %	-11,1 %	-10,1 %	-6,6 %	-6,6 %
Mar 2021	17,0 %	15,9 %	6,1 %	6,7 %	19,2 %	10,4 %
Apr 2021	0,1 %	-3,4 %	-12,4 %	-9,7 %	10,0 %	-6,6 %
May 2021	-8,0 %	-8,4 %	-14,6 %	-15,2 %	2,2 %	-11,4 %
Jun 2021	10,1 %	6,2 %	-0,7 %	3,9 %	18,1 %	4,8 %
Jul 2021	-5,6 %	-7,7 %	-13,7 %	-10,2 %	6,5 %	-8,9 %
Aug 2021	-4,8 %	-6,0 %	-12,6 %	-12,0 %	5,6 %	-8,7 %
Sep 2021	1,6 %	0,3 %	-5,6 %	-4,7 %	13,4 %	-1,7 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.3. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie in der **Neuro-
logie & Psychiatrie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	15,4 %	15,8 %	14,2 %	13,9 %	19,6 %	15,1 %
Apr 2020	-3,4 %	-5,5 %	-9,5 %	-11,3 %	-7,2 %	-9,1 %
May 2020	-3,0 %	-4,8 %	-5,5 %	-4,4 %	2,4 %	-3,8 %
Jun 2020	5,0 %	0,8 %	2,4 %	4,9 %	13,0 %	4,6 %
Jul 2020	5,5 %	6,3 %	2,2 %	4,3 %	8,0 %	4,3 %
Aug 2020	2,6 %	-6,8 %	-7,0 %	-4,9 %	5,1 %	-4,2 %
Sep 2020	8,1 %	8,3 %	4,3 %	6,8 %	13,7 %	7,1 %
Oct 2020	4,8 %	-1,2 %	-2,5 %	-1,7 %	3,6 %	-0,9 %
Nov 2020	4,9 %	5,0 %	2,1 %	0,7 %	7,3 %	2,8 %
Dec 2020	8,2 %	9,4 %	2,8 %	2,5 %	6,4 %	4,3 %
Jan 2021	-10,5 %	-8,6 %	-11,0 %	-10,0 %	-7,7 %	-9,8 %
Feb 2021	9,5 %	3,8 %	-1,8 %	-3,2 %	-2,1 %	-1,2 %
Mar 2021	20,4 %	12,7 %	8,1 %	11,6 %	20,4 %	12,0 %
Apr 2021	13,4 %	2,8 %	-3,6 %	-2,5 %	2,4 %	-0,9 %
May 2021	3,6 %	-1,0 %	-5,3 %	-5,8 %	0,4 %	-3,8 %
Jun 2021	12,8 %	6,2 %	1,6 %	3,5 %	10,7 %	4,6 %
Jul 2021	16,1 %	5,1 %	-0,5 %	2,1 %	6,5 %	2,7 %
Aug 2021	7,2 %	-3,3 %	-6,6 %	-5,4 %	1,6 %	-4,1 %
Sep 2021	10,5 %	5,3 %	-0,2 %	3,8 %	10,2 %	3,7 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.4. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie in der **Gynäkologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	12,4 %	3,8 %	8,4 %	6,2 %	17,4 %	7,5 %
Apr 2020	1,4 %	-11,1 %	-17,2 %	-21,0 %	-5,1 %	-11,7 %
May 2020	-6,2 %	-10,5 %	-11,1 %	-6,7 %	4,8 %	-8,9 %
Jun 2020	3,3 %	-1,4 %	0,7 %	8,4 %	29,0 %	2,3 %
Jul 2020	2,4 %	-5,8 %	-3,8 %	5,6 %	19,4 %	-1,3 %
Aug 2020	-5,1 %	-7,2 %	-4,8 %	-1,6 %	18,7 %	-4,7 %
Sep 2020	1,0 %	-0,3 %	0,0 %	5,2 %	20,4 %	1,3 %
Oct 2020	3,8 %	-5,0 %	-3,9 %	-0,3 %	9,3 %	-1,8 %
Nov 2020	-2,2 %	-4,7 %	-3,2 %	-3,3 %	10,8 %	-3,2 %
Dec 2020	7,1 %	3,0 %	4,3 %	3,8 %	17,0 %	4,6 %
Jan 2021	-3,5 %	-15,3 %	-11,5 %	-12,0 %	3,0 %	-10,8 %
Feb 2021	-2,6 %	-8,1 %	-4,6 %	-6,2 %	14,1 %	-5,2 %
Mar 2021	8,1 %	4,0 %	10,2 %	12,6 %	34,7 %	8,6 %
Apr 2021	0,9 %	-7,4 %	-5,1 %	-6,4 %	18,7 %	-4,2 %
May 2021	-10,9 %	-15,3 %	-9,5 %	-9,8 %	11,5 %	-11,3 %
Jun 2021	-3,1 %	-5,5 %	2,6 %	11,3 %	30,7 %	0,6 %
Jul 2021	-4,9 %	-12,1 %	-4,5 %	1,1 %	21,3 %	-5,7 %
Aug 2021	-12,6 %	-10,4 %	-6,0 %	-1,8 %	21,1 %	-7,6 %
Sep 2021	-2,3 %	-4,3 %	1,7 %	5,0 %	24,0 %	-0,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.5. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie bei den **HNO-Heilkunde**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-8,5 %	-8,8 %	-11,0 %	-14,4 %	-12,0 %	-11,3 %
Apr 2020	-33,7 %	-32,1 %	-29,5 %	-31,9 %	-31,7 %	-31,3 %
May 2020	-34,4 %	-27,8 %	-24,5 %	-18,3 %	-9,2 %	-23,5 %
Jun 2020	-8,5 %	-10,4 %	-6,7 %	2,6 %	11,0 %	-4,1 %
Jul 2020	-12,8 %	-8,3 %	-9,2 %	-2,2 %	9,8 %	-6,3 %
Aug 2020	-14,3 %	-9,2 %	-13,3 %	-11,9 %	-2,5 %	-11,4 %
Sep 2020	-10,4 %	-3,6 %	-6,1 %	-3,4 %	9,0 %	-4,3 %
Oct 2020	-17,1 %	-14,6 %	-16,4 %	-15,6 %	-8,1 %	-15,3 %
Nov 2020	-20,4 %	-18,7 %	-18,2 %	-19,4 %	-9,5 %	-18,3 %
Dec 2020	-18,7 %	-17,3 %	-18,0 %	-16,2 %	-4,5 %	-16,7 %
Jan 2021	-37,7 %	-34,8 %	-37,3 %	-33,0 %	-18,5 %	-34,4 %
Feb 2021	-39,0 %	-36,6 %	-34,0 %	-31,1 %	-19,0 %	-33,3 %
Mar 2021	-18,1 %	-19,9 %	-18,9 %	-11,9 %	8,4 %	-15,5 %
Apr 2021	-24,3 %	-24,7 %	-23,0 %	-22,8 %	-1,1 %	-22,1 %
May 2021	-28,6 %	-23,1 %	-21,3 %	-19,2 %	-5,3 %	-20,8 %
Jun 2021	6,8 %	-0,6 %	-6,3 %	-3,5 %	16,6 %	-1,5 %
Jul 2021	-6,1 %	-3,1 %	-10,7 %	-8,0 %	14,4 %	-6,3 %
Aug 2021	-8,1 %	-2,5 %	-10,7 %	-6,8 %	8,5 %	-6,4 %
Sep 2021	-0,9 %	7,3 %	-4,1 %	-3,2 %	16,8 %	0,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.6. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie in der Orthopädie

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-10,6 %	-10,1 %	-5,8 %	-9,9 %	-3,4 %	-7,8 %
Apr 2020	-21,3 %	-20,3 %	-19,8 %	-29,0 %	-27,9 %	-24,3 %
May 2020	-15,0 %	-11,8 %	-11,2 %	-13,4 %	-2,6 %	-11,4 %
Jun 2020	6,1 %	8,9 %	5,6 %	6,0 %	15,1 %	7,1 %
Jul 2020	1,4 %	2,2 %	0,2 %	2,0 %	11,3 %	2,3 %
Aug 2020	3,9 %	-4,4 %	-4,0 %	-6,1 %	0,7 %	-4,0 %
Sep 2020	11,2 %	2,2 %	0,8 %	2,3 %	10,9 %	3,0 %
Oct 2020	9,2 %	6,3 %	-0,3 %	-2,6 %	4,1 %	0,4 %
Nov 2020	0,5 %	1,4 %	0,6 %	-6,4 %	3,0 %	-1,7 %
Dec 2020	6,3 %	9,5 %	5,2 %	0,1 %	9,5 %	4,3 %
Jan 2021	-27,1 %	-25,1 %	-24,6 %	-25,2 %	-7,2 %	-23,2 %
Feb 2021	-8,1 %	-2,8 %	-3,6 %	-9,0 %	3,1 %	-5,0 %
Mar 2021	12,8 %	12,7 %	14,3 %	12,7 %	42,0 %	16,1 %
Apr 2021	-5,0 %	-0,3 %	-0,7 %	-6,5 %	10,7 %	-1,9 %
May 2021	-24,0 %	-16,0 %	-15,6 %	-18,6 %	-3,1 %	-15,8 %
Jun 2021	3,3 %	3,8 %	2,8 %	2,7 %	25,4 %	5,2 %
Jul 2021	-8,8 %	-12,0 %	-10,0 %	-7,6 %	13,7 %	-6,9 %
Aug 2021	-7,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-6,6 %	10,1 %	-5,6 %
Sep 2021	1,1 %	-3,9 %	-4,8 %	-2,2 %	16,0 %	-1,5 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 2.7. Relative Veränderung* der Medikamentenverschreibung während der Pandemie in der Urologie

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	3,0 %	-2,1 %	1,7 %	1,2 %	10,8 %	3,1 %
Apr 2020	-7,8 %	-14,8 %	-11,8 %	-15,2 %	-4,7 %	-12,2 %
May 2020	-6,7 %	-7,5 %	-8,8 %	-9,5 %	0,9 %	-7,1 %
Jun 2020	-0,5 %	10,4 %	5,9 %	6,0 %	17,2 %	8,3 %
Jul 2020	1,1 %	-0,3 %	-2,1 %	0,0 %	12,2 %	1,9 %
Aug 2020	-0,3 %	-5,8 %	-4,0 %	-3,8 %	6,4 %	-1,9 %
Sep 2020	8,1 %	8,9 %	5,2 %	4,8 %	15,0 %	7,2 %
Oct 2020	-3,9 %	-3,2 %	-3,4 %	-5,5 %	2,8 %	-3,2 %
Nov 2020	5,1 %	7,0 %	1,6 %	-1,7 %	9,8 %	1,9 %
Dec 2020	7,0 %	12,7 %	4,5 %	2,7 %	12,5 %	5,6 %
Jan 2021	-18,2 %	-4,8 %	-10,5 %	-8,5 %	1,8 %	-6,7 %
Feb 2021	3,9 %	8,8 %	-1,8 %	-6,1 %	3,1 %	-2,1 %
Mar 2021	14,3 %	16,5 %	10,8 %	10,8 %	27,5 %	14,6 %
Apr 2021	-10,3 %	6,3 %	0,9 %	-4,4 %	12,2 %	0,6 %
May 2021	-16,0 %	0,6 %	-3,6 %	-8,8 %	7,9 %	-4,0 %
Jun 2021	5,5 %	10,6 %	8,3 %	5,0 %	19,8 %	9,0 %
Jul 2021	-4,1 %	-4,7 %	-3,0 %	-1,8 %	17,0 %	1,4 %
Aug 2021	-21,6 %	-11,3 %	-5,6 %	-5,9 %	11,8 %	-3,1 %
Sep 2021	-4,3 %	5,3 %	4,5 %	5,3 %	19,4 %	7,7 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

3. Anzahl Krankenhauseinweisungen

Tabelle 3.1. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie bei den **Hausärzten**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-39,2 %	-38,8 %	-43,0 %	-43,3 %	-39,1 %	-41,8 %
Apr 2020	-54,5 %	-52,0 %	-48,3 %	-46,3 %	-36,0 %	-46,1 %
May 2020	-56,5 %	-44,1 %	-41,3 %	-41,8 %	-41,6 %	-42,6 %
Jun 2020	-34,1 %	-33,3 %	-29,8 %	-27,8 %	-26,5 %	-29,0 %
Jul 2020	-33,1 %	-34,0 %	-30,7 %	-32,5 %	-29,5 %	-31,7 %
Aug 2020	-32,2 %	-36,6 %	-31,3 %	-30,7 %	-31,4 %	-31,8 %
Sep 2020	-15,4 %	-10,6 %	-7,3 %	-8,1 %	-5,6 %	-8,1 %
Oct 2020	-20,2 %	-20,6 %	-17,9 %	-15,9 %	-5,0 %	-15,6 %
Nov 2020	-29,1 %	-24,6 %	-18,5 %	-21,6 %	-18,7 %	-20,9 %
Dec 2020	-29,2 %	-22,0 %	-18,7 %	-18,4 %	-11,7 %	-18,3 %
Jan 2021	-35,5 %	-41,9 %	-37,7 %	-39,5 %	-32,6 %	-37,9 %
Feb 2021	-24,2 %	-30,9 %	-24,1 %	-31,4 %	-23,4 %	-27,6 %
Mar 2021	-13,6 %	-8,6 %	-12,0 %	-13,9 %	-9,2 %	-12,0 %
Apr 2021	-28,5 %	-21,3 %	-20,0 %	-24,6 %	-15,7 %	-21,7 %
May 2021	-32,1 %	-20,5 %	-19,9 %	-24,0 %	-17,6 %	-21,8 %
Jun 2021	-10,8 %	-2,0 %	-8,2 %	-6,1 %	8,1 %	-4,1 %
Jul 2021	-17,9 %	-16,8 %	-15,9 %	-14,0 %	-2,7 %	-13,2 %
Aug 2021	-8,7 %	-13,0 %	-11,6 %	-7,2 %	-0,4 %	-8,0 %
Sep 2021	-6,0 %	-8,4 %	-6,8 %	-7,1 %	2,1 %	-5,6 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.2. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie in der **Dermatologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-53,5 %	-11,1 %	-34,8 %	-55,9 %	-41,8 %	-42,9 %
Apr 2020	-56,5 %	-61,1 %	-69,2 %	-62,9 %	-60,0 %	-63,4 %
May 2020	-42,2 %	-22,9 %	-44,1 %	-29,3 %	-38,0 %	-35,0 %
Jun 2020	-9,1 %	-12,3 %	-40,6 %	-34,5 %	6,3 %	-24,9 %
Jul 2020	-30,2 %	-39,4 %	-49,1 %	-43,0 %	-20,8 %	-38,5 %
Aug 2020	-61,1 %	-30,4 %	-41,0 %	-37,7 %	-47,0 %	-40,7 %
Sep 2020	-40,0 %	-14,0 %	-1,6 %	-11,7 %	-6,3 %	-9,5 %
Oct 2020	0,0 %	-24,8 %	-40,5 %	-31,2 %	-15,0 %	-28,5 %
Nov 2020	-9,7 %	-42,0 %	-36,4 %	-39,5 %	-28,4 %	-35,6 %
Dec 2020	-47,4 %	-38,5 %	-18,6 %	-26,3 %	-10,9 %	-23,8 %
Jan 2021	-52,0 %	-14,3 %	-38,5 %	-52,9 %	-44,7 %	-44,7 %
Feb 2021	-76,2 %	-46,3 %	-39,1 %	-45,5 %	-17,3 %	-40,1 %
Mar 2021	-34,9 %	-28,4 %	-26,1 %	-27,6 %	0,0 %	-22,0 %
Apr 2021	-39,1 %	-38,9 %	-35,2 %	-30,7 %	-20,0 %	-30,8 %
May 2021	-51,1 %	-39,8 %	-11,8 %	-9,3 %	-18,0 %	-17,6 %
Jun 2021	-21,2 %	-42,5 %	-33,7 %	-28,8 %	10,5 %	-23,5 %
Jul 2021	-62,8 %	-25,3 %	-35,1 %	-36,1 %	-16,7 %	-31,3 %
Aug 2021	-27,8 %	-28,3 %	-36,2 %	-34,7 %	-9,4 %	-28,7 %
Sep 2021	6,7 %	-23,3 %	-15,3 %	-18,1 %	1,3 %	-13,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.3. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie in der **Neurologie & Psychiatrie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-34,6 %	-34,7 %	-30,3 %	-43,2 %	-45,1 %	-35,6 %
Apr 2020	-34,6 %	-44,8 %	-54,7 %	-59,1 %	-30,3 %	-51,5 %
May 2020	-53,1 %	-36,8 %	-34,3 %	-27,2 %	-50,0 %	-35,6 %
Jun 2020	-28,7 %	-10,7 %	-24,8 %	-21,4 %	-7,1 %	-20,8 %
Jul 2020	-5,5 %	-22,1 %	-32,6 %	-14,3 %	-8,8 %	-22,9 %
Aug 2020	-27,2 %	-32,5 %	-41,9 %	-27,6 %	-22,9 %	-34,6 %
Sep 2020	6,5 %	-10,1 %	-14,1 %	-10,9 %	7,2 %	-9,9 %
Oct 2020	-37,7 %	-18,0 %	-27,5 %	-20,1 %	9,5 %	-22,9 %
Nov 2020	-18,1 %	-15,6 %	-27,6 %	-21,8 %	-10,9 %	-22,4 %
Dec 2020	-21,7 %	-0,8 %	-19,9 %	-15,7 %	-10,0 %	-14,9 %
Jan 2021	-32,1 %	-31,7 %	-37,7 %	-41,7 %	-41,3 %	-37,4 %
Feb 2021	-22,5 %	-4,2 %	-44,8 %	-21,0 %	-59,6 %	-31,0 %
Mar 2021	5,9 %	-12,1 %	-3,5 %	-19,8 %	-7,7 %	-8,9 %
Apr 2021	-15,4 %	-23,3 %	-27,6 %	-23,3 %	16,9 %	-23,0 %
May 2021	-36,0 %	-14,0 %	-28,0 %	-5,2 %	-35,7 %	-21,0 %
Jun 2021	4,9 %	5,5 %	-10,7 %	-9,4 %	26,2 %	-4,4 %
Jul 2021	4,3 %	-3,0 %	-20,2 %	-7,4 %	-12,0 %	-11,7 %
Aug 2021	-23,2 %	-21,5 %	-25,3 %	-8,4 %	-4,6 %	-19,3 %
Sep 2021	-6,5 %	-1,7 %	-6,2 %	2,6 %	5,2 %	-2,6 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.4. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie in der **Gynäkologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-28,1 %	-20,4 %	-30,0 %	-13,9 %	2,3 %	-22,1 %
Apr 2020	-24,7 %	-17,9 %	-47,6 %	-53,0 %	-35,1 %	-31,1 %
May 2020	-23,9 %	-27,5 %	-33,2 %	-28,6 %	-21,3 %	-28,4 %
Jun 2020	-5,1 %	-25,6 %	-18,1 %	-21,8 %	-34,1 %	-21,7 %
Jul 2020	-30,6 %	-20,5 %	-28,9 %	-26,6 %	-21,3 %	-24,1 %
Aug 2020	-30,2 %	-25,5 %	-34,3 %	-17,4 %	-1,4 %	-26,6 %
Sep 2020	-0,9 %	-4,6 %	-2,6 %	3,3 %	0,0 %	-2,8 %
Oct 2020	1,0 %	-8,6 %	-15,8 %	-8,8 %	4,2 %	-9,3 %
Nov 2020	1,4 %	-17,2 %	-16,8 %	-15,2 %	-19,6 %	-15,2 %
Dec 2020	21,2 %	0,5 %	-17,9 %	-9,1 %	0,0 %	-1,9 %
Jan 2021	-33,9 %	-18,9 %	-32,8 %	-39,5 %	-31,1 %	-27,2 %
Feb 2021	2,0 %	-1,9 %	-28,0 %	-23,4 %	-60,3 %	-13,3 %
Mar 2021	2,3 %	4,6 %	8,6 %	10,4 %	4,5 %	6,1 %
Apr 2021	-11,7 %	-10,7 %	-13,9 %	-28,4 %	6,3 %	-13,6 %
May 2021	-5,7 %	-10,9 %	-11,1 %	-22,3 %	2,1 %	-11,6 %
Jun 2021	-12,3 %	-0,8 %	-5,9 %	-14,5 %	24,4 %	-4,0 %
Jul 2021	-17,6 %	-3,0 %	-9,7 %	10,3 %	17,0 %	-3,9 %
Aug 2021	-28,7 %	-12,9 %	-12,4 %	-7,8 %	47,9 %	-12,7 %
Sep 2021	-2,1 %	-2,0 %	-6,1 %	-9,1 %	-7,0 %	-3,9 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.5. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie bei den **HNO-Heilkunde**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-28,7 %	-27,6 %	-32,7 %	-23,2 %	-12,4 %	-28,1 %
Apr 2020	-72,5 %	-63,7 %	-59,2 %	-45,5 %	-50,4 %	-58,5 %
May 2020	-35,8 %	-39,3 %	-33,3 %	-27,6 %	-41,4 %	-34,0 %
Jun 2020	0,7 %	-19,7 %	-13,5 %	-17,8 %	-29,7 %	-15,0 %
Jul 2020	-14,9 %	5,8 %	-14,5 %	-22,2 %	-3,9 %	-11,9 %
Aug 2020	-19,2 %	-28,9 %	-19,6 %	-27,4 %	-6,7 %	-23,1 %
Sep 2020	1,5 %	7,2 %	15,5 %	2,4 %	-0,8 %	7,9 %
Oct 2020	-14,6 %	-13,0 %	-17,9 %	-19,2 %	-21,7 %	-16,8 %
Nov 2020	-17,5 %	-5,6 %	-18,3 %	-12,3 %	-4,9 %	-13,1 %
Dec 2020	-11,9 %	-17,1 %	-19,9 %	-17,5 %	-1,5 %	-17,0 %
Jan 2021	-44,0 %	-42,5 %	-35,5 %	-44,5 %	-20,0 %	-40,0 %
Feb 2021	-32,8 %	-21,5 %	-31,0 %	-28,7 %	26,2 %	-26,9 %
Mar 2021	-1,4 %	-3,1 %	-13,1 %	-6,4 %	12,4 %	-6,8 %
Apr 2021	-11,4 %	-22,2 %	-30,1 %	-14,5 %	-14,9 %	-21,9 %
May 2021	-27,9 %	-34,5 %	-20,2 %	-21,5 %	0,0 %	-24,2 %
Jun 2021	5,3 %	2,7 %	-9,9 %	-4,2 %	8,1 %	-2,8 %
Jul 2021	-14,4 %	-5,2 %	-12,8 %	-15,2 %	-10,5 %	-11,9 %
Aug 2021	-20,3 %	-15,0 %	-15,3 %	-16,0 %	13,3 %	-14,8 %
Sep 2021	1,5 %	5,6 %	-3,0 %	-3,0 %	-10,7 %	-0,8 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.6. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie in der **Orthopädie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-32,5 %	-12,5 %	-28,1 %	-32,9 %	-31,8 %	-29,3 %
Apr 2020	-48,7 %	-37,4 %	-43,2 %	-49,0 %	-47,8 %	-45,8 %
May 2020	-40,4 %	-23,7 %	-7,7 %	-21,1 %	-23,7 %	-17,6 %
Jun 2020	-27,6 %	7,1 %	-1,9 %	1,0 %	-8,9 %	-1,6 %
Jul 2020	-27,8 %	1,0 %	-13,7 %	-13,0 %	-8,8 %	-12,3 %
Aug 2020	-28,8 %	-13,4 %	-8,5 %	-18,7 %	-10,1 %	-14,3 %
Sep 2020	-21,6 %	0,7 %	-2,8 %	-5,1 %	12,2 %	-2,9 %
Oct 2020	-11,5 %	-11,5 %	-13,3 %	-9,0 %	-4,5 %	-10,4 %
Nov 2020	-17,0 %	-12,1 %	-14,8 %	-17,6 %	-22,8 %	-16,4 %
Dec 2020	0,9 %	-7,8 %	-16,8 %	-16,0 %	-9,6 %	-14,4 %
Jan 2021	-27,0 %	-15,8 %	-28,9 %	-36,1 %	-24,8 %	-30,9 %
Feb 2021	-30,4 %	7,3 %	-13,8 %	-22,8 %	-15,1 %	-16,8 %
Mar 2021	-2,5 %	4,3 %	-3,6 %	-3,9 %	-3,5 %	-3,0 %
Apr 2021	-26,3 %	-17,4 %	-7,9 %	-12,8 %	0,2 %	-10,8 %
May 2021	-40,4 %	-22,2 %	-25,6 %	-25,8 %	-4,7 %	-23,9 %
Jun 2021	-32,9 %	-4,8 %	-3,7 %	2,9 %	13,9 %	-0,3 %
Jul 2021	-28,9 %	-10,9 %	-17,0 %	-13,0 %	9,2 %	-12,7 %
Aug 2021	-17,5 %	-17,3 %	-10,0 %	3,4 %	27,1 %	-1,8 %
Sep 2021	-15,0 %	-9,6 %	-17,5 %	-5,8 %	20,7 %	-8,5 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 3.7. Relative Veränderung* der Krankenhauseinweisungen während der Pandemie in der **Urologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-21,2 %	-30,9 %	-19,2 %	-30,2 %	-22,0 %	-26,4 %
Apr 2020	-60,0 %	-42,5 %	-39,6 %	-42,3 %	-31,7 %	-40,5 %
May 2020	-34,2 %	-22,3 %	-20,3 %	-27,9 %	-15,9 %	-24,1 %
Jun 2020	-42,9 %	-19,2 %	-10,6 %	-3,4 %	3,7 %	-6,4 %
Jul 2020	15,1 %	7,9 %	-7,9 %	-7,5 %	-3,5 %	-5,3 %
Aug 2020	-36,4 %	-16,3 %	-8,3 %	-16,8 %	-1,3 %	-13,0 %
Sep 2020	8,1 %	-15,2 %	-2,0 %	-10,2 %	10,8 %	-5,2 %
Oct 2020	-12,8 %	-12,6 %	-15,6 %	-14,6 %	13,1 %	-11,1 %
Nov 2020	-23,4 %	-7,1 %	-3,1 %	-21,4 %	1,3 %	-12,9 %
Dec 2020	-12,5 %	-22,7 %	-11,8 %	-13,8 %	-6,4 %	-13,1 %
Jan 2021	-47,2 %	-33,6 %	-29,8 %	-32,9 %	-34,5 %	-32,9 %
Feb 2021	-33,3 %	-18,4 %	-17,4 %	-18,4 %	-21,6 %	-19,1 %
Mar 2021	-12,1 %	-5,1 %	17,2 %	-1,5 %	14,5 %	4,6 %
Apr 2021	-29,4 %	-7,7 %	-15,7 %	-19,9 %	-12,3 %	-17,1 %
May 2021	-31,5 %	-23,2 %	-22,3 %	-14,3 %	11,6 %	-13,2 %
Jun 2021	-2,9 %	-3,3 %	12,5 %	8,7 %	24,7 %	10,7 %
Jul 2021	12,3 %	-5,4 %	-2,3 %	-2,1 %	31,9 %	3,3 %
Aug 2021	-29,5 %	-26,0 %	-13,6 %	-7,0 %	3,5 %	-9,1 %
Sep 2021	-24,3 %	-21,0 %	-7,6 %	-11,8 %	11,3 %	-8,6 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

4. Facharztüberweisungen

Tabelle 4.1. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie bei den **Hausärzten**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-10,5 %	-7,8 %	-11,6 %	-16,7 %	-12,6 %	-13,0 %
Apr 2020	-42,4 %	-35,3 %	-33,5 %	-34,6 %	-29,6 %	-34,1 %
May 2020	-21,8 %	-17,4 %	-13,4 %	-10,1 %	-1,1 %	-11,7 %
Jun 2020	-2,5 %	4,8 %	5,1 %	7,5 %	21,2 %	7,3 %
Jul 2020	-1,7 %	-0,1 %	-4,1 %	-1,9 %	6,2 %	-1,4 %
Aug 2020	4,5 %	0,5 %	-2,5 %	-4,5 %	1,5 %	-2,0 %
Sep 2020	11,1 %	9,3 %	4,0 %	4,1 %	12,9 %	6,2 %
Oct 2020	3,4 %	-0,3 %	-5,5 %	-6,6 %	0,1 %	-4,2 %
Nov 2020	-1,7 %	-0,9 %	-6,4 %	-10,5 %	-1,2 %	-6,4 %
Dec 2020	4,1 %	6,1 %	-0,3 %	-4,3 %	2,0 %	-0,3 %
Jan 2021	-20,1 %	-18,3 %	-19,3 %	-18,6 %	-11,0 %	-17,9 %
Feb 2021	-16,8 %	-9,7 %	-10,3 %	-12,4 %	-3,8 %	-10,6 %
Mar 2021	3,9 %	11,5 %	8,7 %	6,8 %	18,1 %	9,2 %
Apr 2021	-12,6 %	-4,8 %	-7,0 %	-9,5 %	-1,9 %	-7,4 %
May 2021	-16,6 %	-7,1 %	-9,0 %	-14,9 %	-5,5 %	-11,0 %
Jun 2021	4,7 %	8,9 %	4,2 %	2,4 %	18,4 %	5,8 %
Jul 2021	-5,8 %	-5,0 %	-8,9 %	-7,6 %	3,0 %	-6,3 %
Aug 2021	-4,7 %	-4,8 %	-7,3 %	-6,5 %	6,5 %	-5,0 %
Sep 2021	5,9 %	3,1 %	2,0 %	0,9 %	14,7 %	3,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.2. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie in der **Dermatologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	11,4 %	-6,4 %	-3,2 %	-5,5 %	-4,7 %	-3,9 %
Apr 2020	-4,6 %	-17,3 %	-22,6 %	-33,0 %	-34,2 %	-25,7 %
May 2020	5,4 %	2,0 %	-3,0 %	-6,4 %	-1,8 %	-2,8 %
Jun 2020	28,9 %	9,9 %	6,7 %	10,6 %	21,9 %	11,7 %
Jul 2020	8,0 %	3,6 %	-3,2 %	2,0 %	12,0 %	2,3 %
Aug 2020	9,6 %	-3,6 %	-2,7 %	-7,9 %	4,7 %	-3,1 %
Sep 2020	14,1 %	6,7 %	3,5 %	7,3 %	18,2 %	7,7 %
Oct 2020	3,1 %	-2,4 %	-7,9 %	-5,6 %	2,9 %	-4,3 %
Nov 2020	13,0 %	2,3 %	0,9 %	-3,8 %	6,9 %	0,7 %
Dec 2020	6,4 %	5,7 %	7,8 %	1,5 %	9,7 %	5,4 %
Jan 2021	-11,0 %	-9,3 %	-14,0 %	-15,9 %	-12,4 %	-13,5 %
Feb 2021	2,2 %	3,9 %	-1,5 %	-8,8 %	-0,4 %	-2,9 %
Mar 2021	37,8 %	19,6 %	13,8 %	10,7 %	28,0 %	16,7 %
Apr 2021	17,2 %	2,9 %	-2,8 %	-4,1 %	17,4 %	1,1 %
May 2021	1,0 %	-1,2 %	-4,2 %	-6,7 %	13,2 %	-2,2 %
Jun 2021	27,9 %	15,7 %	15,0 %	10,0 %	29,2 %	15,8 %
Jul 2021	-1,5 %	-0,5 %	-6,3 %	0,8 %	20,9 %	0,8 %
Aug 2021	-0,3 %	-8,5 %	-12,2 %	-11,3 %	10,2 %	-7,8 %
Sep 2021	3,8 %	3,7 %	-2,4 %	4,3 %	26,1 %	4,7 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.3. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie in der **Neurologie & Psychiatrie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	2,0 %	-11,1 %	-7,5 %	-13,9 %	-13,0 %	-9,9 %
Apr 2020	-18,8 %	-24,6 %	-27,3 %	-32,5 %	-34,3 %	-28,4 %
May 2020	-23,2 %	-1,6 %	-11,9 %	-8,9 %	-6,1 %	-9,6 %
Jun 2020	-3,8 %	10,4 %	3,9 %	4,5 %	14,1 %	5,4 %
Jul 2020	-7,3 %	-2,7 %	-3,6 %	3,5 %	10,6 %	-0,6 %
Aug 2020	1,9 %	-8,4 %	-10,9 %	-14,2 %	8,0 %	-9,6 %
Sep 2020	-3,0 %	13,1 %	3,3 %	-1,4 %	8,4 %	3,5 %
Oct 2020	-1,0 %	-6,4 %	-2,8 %	-8,1 %	-1,4 %	-4,9 %
Nov 2020	2,4 %	-4,3 %	-2,2 %	-6,8 %	16,8 %	-2,5 %
Dec 2020	19,9 %	3,5 %	-3,7 %	-6,5 %	8,2 %	-0,9 %
Jan 2021	-20,3 %	-15,1 %	-17,9 %	-21,7 %	-26,1 %	-19,3 %
Feb 2021	-9,1 %	5,1 %	-3,3 %	-4,5 %	2,6 %	-2,2 %
Mar 2021	10,5 %	18,2 %	20,1 %	12,1 %	35,7 %	17,8 %
Apr 2021	3,7 %	-3,2 %	-3,9 %	-3,3 %	6,2 %	-2,5 %
May 2021	-15,5 %	-0,5 %	-12,0 %	-6,5 %	8,9 %	-7,2 %
Jun 2021	8,0 %	20,6 %	8,9 %	10,9 %	41,1 %	13,6 %
Jul 2021	5,1 %	0,9 %	-3,3 %	7,8 %	22,6 %	2,9 %
Aug 2021	1,3 %	2,1 %	-6,6 %	-0,8 %	32,0 %	-0,3 %
Sep 2021	17,4 %	4,6 %	6,7 %	11,3 %	26,8 %	9,8 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.4. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie in der **Gynäkologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-13,4 %	-4,4 %	-8,3 %	-1,4 %	9,0 %	-6,1 %
Apr 2020	-13,1 %	-12,6 %	-28,6 %	-36,5 %	-31,1 %	-22,1 %
May 2020	2,5 %	-3,7 %	-0,6 %	5,6 %	6,0 %	-0,3 %
Jun 2020	7,1 %	5,2 %	6,5 %	19,0 %	27,8 %	8,3 %
Jul 2020	1,0 %	-0,7 %	-0,7 %	9,2 %	24,7 %	1,7 %
Aug 2020	-5,3 %	-6,5 %	-4,6 %	1,2 %	20,5 %	-4,1 %
Sep 2020	2,8 %	-3,3 %	-3,5 %	11,0 %	28,6 %	0,1 %
Oct 2020	-8,2 %	-11,9 %	-12,8 %	-4,2 %	6,3 %	-10,0 %
Nov 2020	-10,0 %	-14,1 %	-17,8 %	-11,4 %	3,8 %	-14,0 %
Dec 2020	-1,7 %	-8,8 %	-14,7 %	-5,2 %	4,0 %	-8,9 %
Jan 2021	-13,1 %	-7,8 %	-5,4 %	-14,1 %	-0,1 %	-8,7 %
Feb 2021	-11,0 %	0,7 %	6,7 %	1,6 %	-3,5 %	0,9 %
Mar 2021	7,5 %	12,9 %	33,1 %	30,2 %	38,8 %	21,2 %
Apr 2021	-4,9 %	2,3 %	8,0 %	-5,0 %	11,7 %	2,1 %
May 2021	-9,4 %	-4,4 %	7,1 %	1,0 %	14,5 %	-0,4 %
Jun 2021	-3,1 %	7,4 %	23,1 %	16,8 %	30,1 %	12,2 %
Jul 2021	-12,3 %	-5,4 %	5,5 %	6,6 %	26,9 %	-0,5 %
Aug 2021	-17,4 %	-10,1 %	-3,7 %	1,4 %	34,9 %	-6,7 %
Sep 2021	-13,2 %	-5,8 %	1,7 %	5,2 %	32,0 %	-2,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.5. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie bei den **HNO-Heil-**
kunde

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-10,9 %	-16,9 %	-18,0 %	-21,5 %	-17,3 %	-18,1 %
Apr 2020	-39,1 %	-39,0 %	-40,2 %	-44,6 %	-44,2 %	-41,3 %
May 2020	-11,9 %	-16,4 %	-12,4 %	-9,8 %	-12,8 %	-12,6 %
Jun 2020	5,3 %	1,1 %	11,3 %	11,3 %	14,3 %	8,6 %
Jul 2020	1,6 %	9,0 %	1,7 %	3,2 %	16,4 %	4,4 %
Aug 2020	3,5 %	2,9 %	-8,2 %	-9,8 %	10,7 %	-4,3 %
Sep 2020	1,4 %	7,2 %	8,0 %	6,2 %	8,5 %	6,8 %
Oct 2020	11,3 %	9,4 %	-2,5 %	-6,3 %	-11,0 %	-0,3 %
Nov 2020	-3,1 %	8,8 %	-5,5 %	-10,5 %	3,5 %	-3,0 %
Dec 2020	-0,5 %	7,1 %	-4,9 %	-9,2 %	-2,5 %	-2,8 %
Jan 2021	-15,3 %	-18,3 %	-22,8 %	-22,6 %	-7,4 %	-20,4 %
Feb 2021	-11,3 %	-11,9 %	-14,8 %	-21,2 %	-11,9 %	-15,5 %
Mar 2021	16,7 %	12,8 %	7,1 %	6,5 %	22,2 %	9,7 %
Apr 2021	-6,7 %	-4,5 %	-9,9 %	-12,3 %	6,6 %	-8,5 %
May 2021	-8,0 %	-8,3 %	-9,6 %	-12,6 %	-3,5 %	-9,7 %
Jun 2021	10,4 %	8,1 %	2,6 %	4,1 %	31,2 %	6,3 %
Jul 2021	-1,0 %	0,2 %	-7,8 %	-6,1 %	12,0 %	-4,1 %
Aug 2021	-7,0 %	3,3 %	-1,6 %	-10,3 %	22,8 %	-2,3 %
Sep 2021	-1,3 %	7,4 %	3,6 %	7,6 %	20,7 %	5,9 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.6. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie in der **Orthopädie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-13,6 %	-10,7 %	-14,0 %	-18,2 %	-13,0 %	-14,8 %
Apr 2020	-32,9 %	-25,7 %	-26,3 %	-36,9 %	-38,5 %	-31,1 %
May 2020	-21,2 %	-10,4 %	-8,7 %	-9,8 %	-3,8 %	-9,6 %
Jun 2020	2,7 %	12,2 %	11,3 %	12,7 %	22,2 %	12,3 %
Jul 2020	-4,4 %	-6,0 %	-2,5 %	-3,6 %	5,7 %	-2,9 %
Aug 2020	4,7 %	-2,2 %	-2,6 %	-4,0 %	6,1 %	-2,1 %
Sep 2020	3,5 %	8,7 %	3,8 %	4,3 %	13,6 %	5,3 %
Oct 2020	5,5 %	1,4 %	-3,3 %	-4,7 %	-4,5 %	-2,8 %
Nov 2020	-7,2 %	-2,7 %	-3,6 %	-9,3 %	-2,3 %	-5,5 %
Dec 2020	3,2 %	3,3 %	2,8 %	-7,3 %	5,5 %	-0,2 %
Jan 2021	-19,6 %	-12,0 %	-13,7 %	-19,4 %	-14,4 %	-15,8 %
Feb 2021	-8,8 %	-1,4 %	0,1 %	-9,9 %	-16,6 %	-5,1 %
Mar 2021	9,2 %	15,0 %	18,3 %	15,1 %	32,8 %	17,2 %
Apr 2021	-12,3 %	-3,9 %	-2,5 %	-9,7 %	6,5 %	-5,0 %
May 2021	-24,1 %	-18,6 %	-12,4 %	-16,6 %	-4,5 %	-14,7 %
Jun 2021	11,8 %	5,6 %	10,4 %	14,0 %	36,9 %	12,8 %
Jul 2021	-5,9 %	-8,0 %	-7,0 %	-2,3 %	21,2 %	-3,5 %
Aug 2021	0,6 %	-4,7 %	-4,0 %	1,8 %	15,4 %	-0,6 %
Sep 2021	4,7 %	2,6 %	1,0 %	5,5 %	26,4 %	4,6 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 4.7. Relative Veränderung* der Facharztüberweisungen während der Pandemie in der **Urologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-8,2 %	-5,2 %	-12,2 %	-18,5 %	-12,6 %	-14,9 %
Apr 2020	-22,6 %	-28,9 %	-27,2 %	-28,3 %	-25,0 %	-27,5 %
May 2020	-7,5 %	-9,2 %	-8,5 %	-9,6 %	3,9 %	-7,4 %
Jun 2020	10,4 %	11,1 %	6,0 %	6,0 %	16,5 %	8,0 %
Jul 2020	9,1 %	3,3 %	0,8 %	2,9 %	15,4 %	4,3 %
Aug 2020	-5,5 %	-14,6 %	-5,6 %	-5,2 %	7,9 %	-4,4 %
Sep 2020	9,5 %	8,8 %	9,1 %	1,6 %	18,4 %	6,4 %
Oct 2020	16,4 %	6,1 %	-2,9 %	-7,4 %	6,1 %	-2,9 %
Nov 2020	25,8 %	2,3 %	1,8 %	-6,3 %	3,9 %	-1,6 %
Dec 2020	8,1 %	0,4 %	0,2 %	-5,6 %	6,2 %	-1,8 %
Jan 2021	5,9 %	1,4 %	-7,1 %	-8,1 %	0,8 %	-5,5 %
Feb 2021	2,6 %	23,2 %	2,4 %	-1,1 %	1,5 %	2,1 %
Mar 2021	27,7 %	28,2 %	17,7 %	7,3 %	21,5 %	13,9 %
Apr 2021	15,3 %	2,7 %	-0,2 %	-5,9 %	9,1 %	-1,3 %
May 2021	-9,5 %	1,4 %	0,2 %	-5,8 %	11,4 %	-1,6 %
Jun 2021	4,2 %	19,9 %	13,5 %	8,0 %	22,9 %	12,3 %
Jul 2021	1,2 %	8,7 %	3,8 %	1,9 %	20,8 %	5,5 %
Aug 2021	-19,1 %	-15,5 %	-9,2 %	-9,4 %	9,7 %	-7,6 %
Sep 2021	8,1 %	7,9 %	8,8 %	1,1 %	20,1 %	6,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

5. Erkennung von Neuerkrankungen

Abbildung 5.1. Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Chronischer Bronchitis und COPD bei Haus- und Fachärzten (n=1.794)

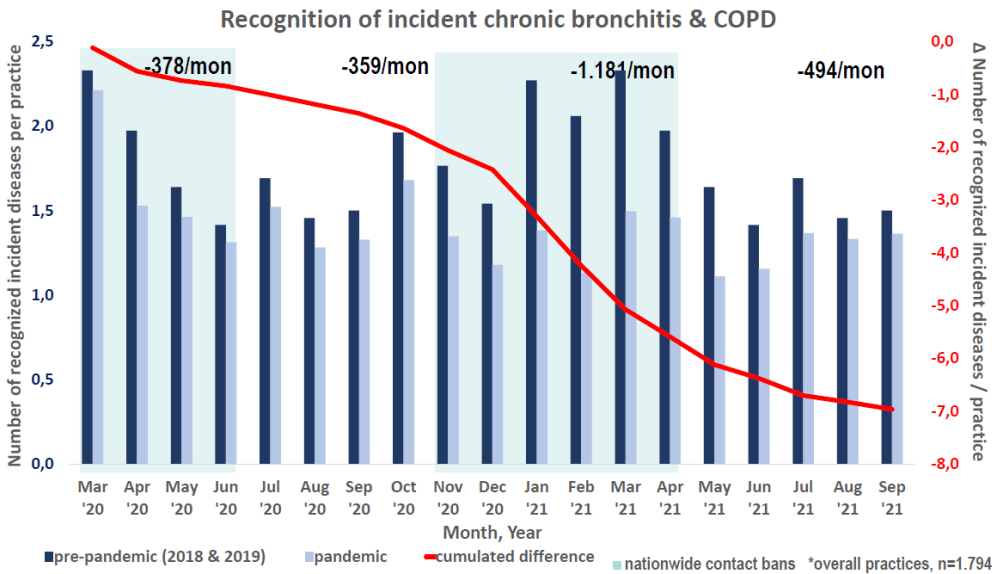


Abbildung 5.2. Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Diabetes Mellitus bei Haus- und Fachärzten (n=1.794)

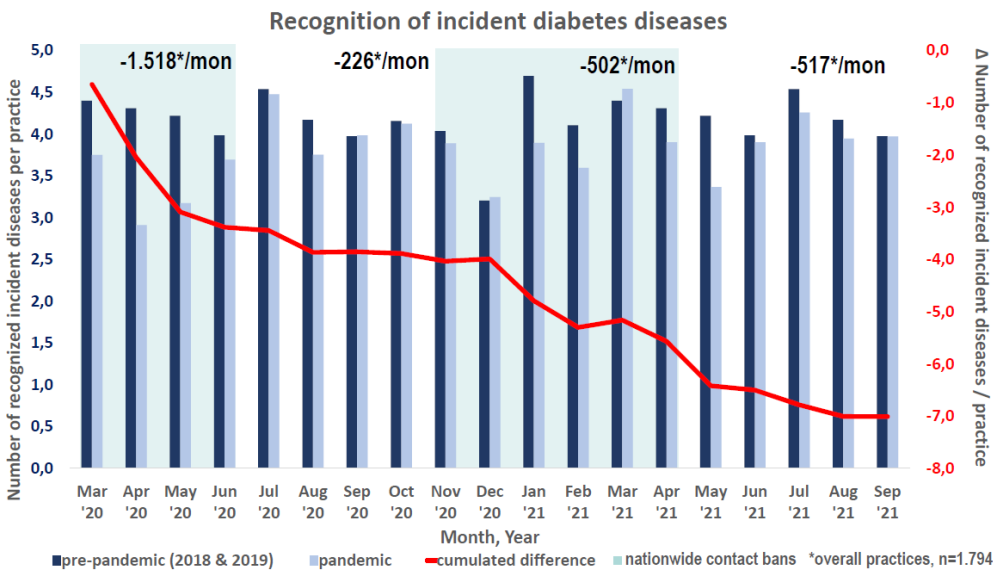


Abbildung 5.3.1 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Demenzen bei Haus- und Fachärzten (n=1.794)

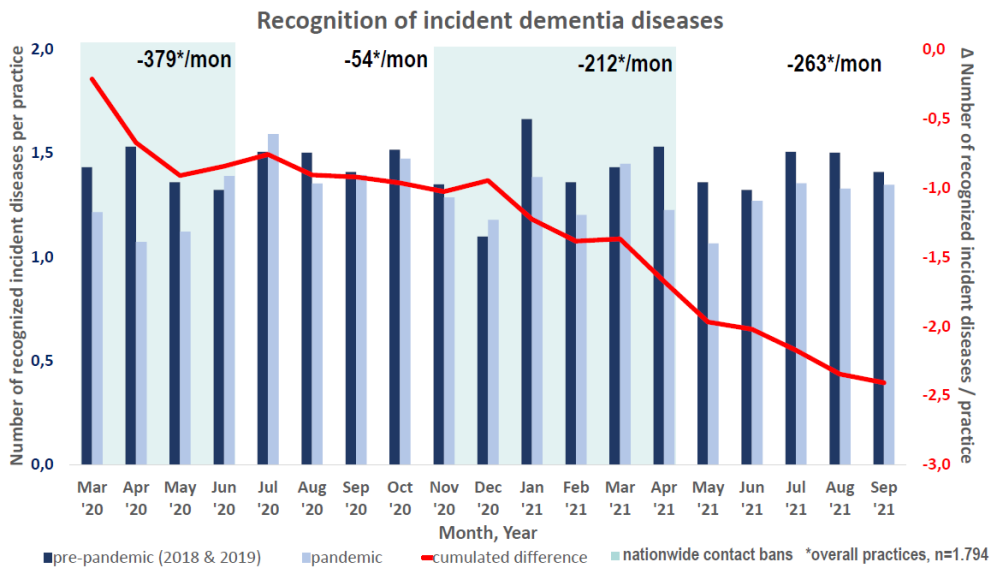


Abbildung 5.3.2 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Demenzen bei Hausärzten (n=998)

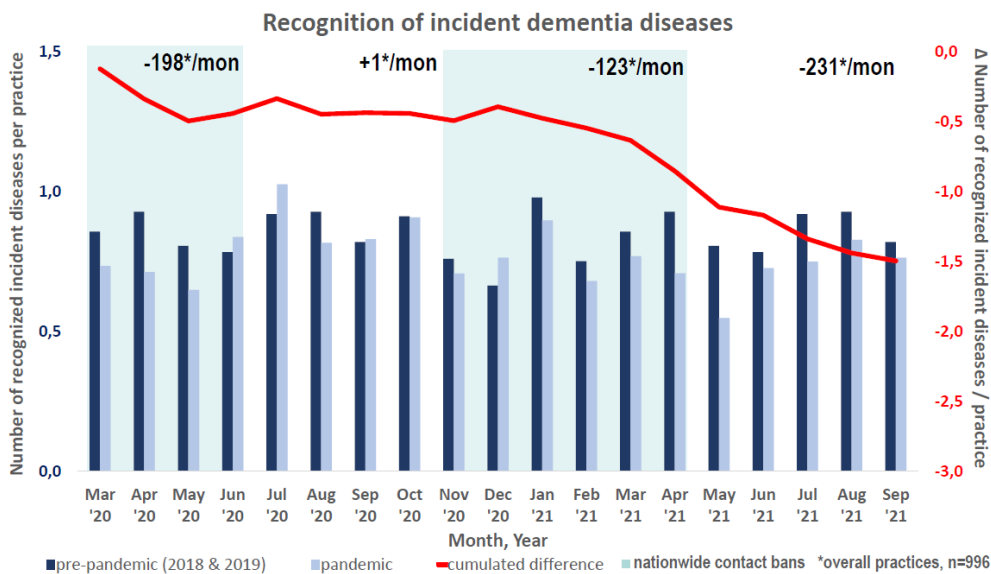
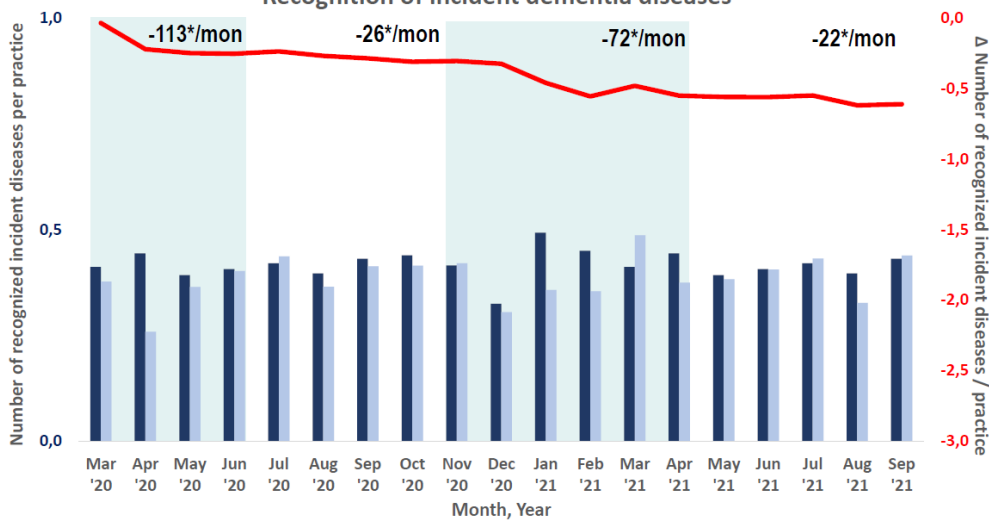


Abbildung 5.3.3 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Demenzen bei Nervenärzten und Psychiatern
 Recognition of incident dementia diseases



(n=133)

Abbildung 5.4.1 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Depressionen bei Haus- und Fachärzten
 (n=1,794)

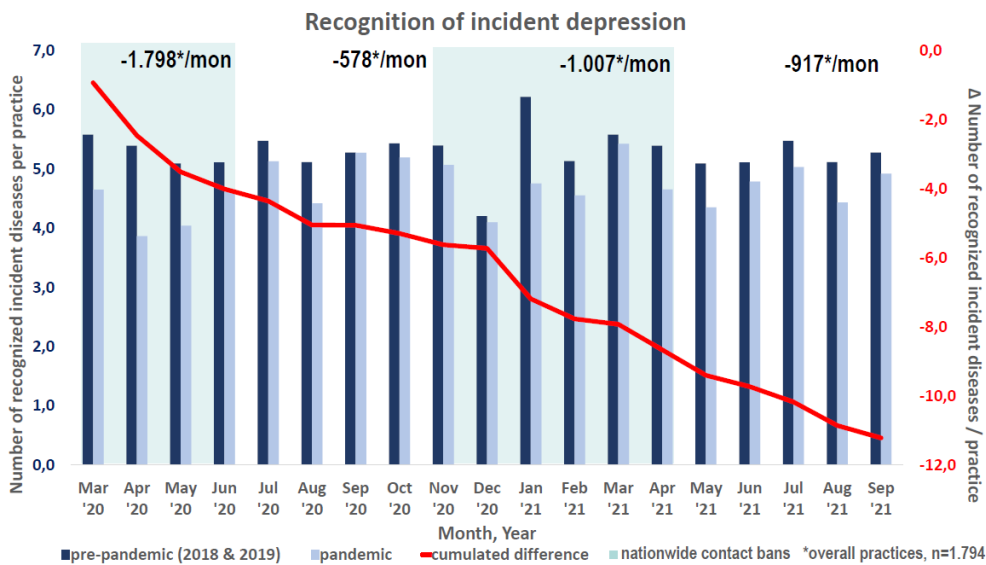


Abbildung 5.4.2 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Depressionen bei Hausärzten (n=996)

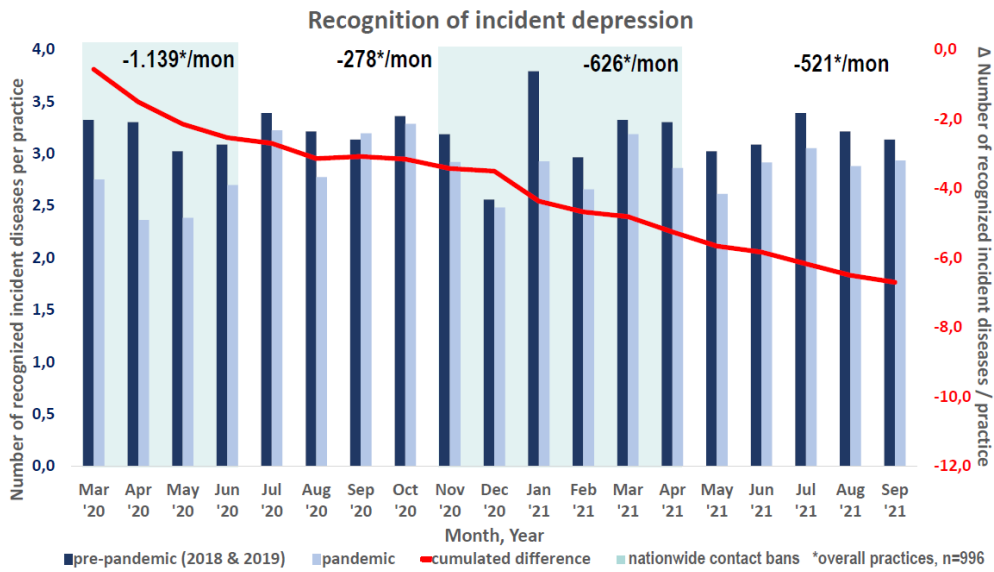


Abbildung 5.4.3 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Depressionen bei Nervenärzten und Psychiatern (n=133)

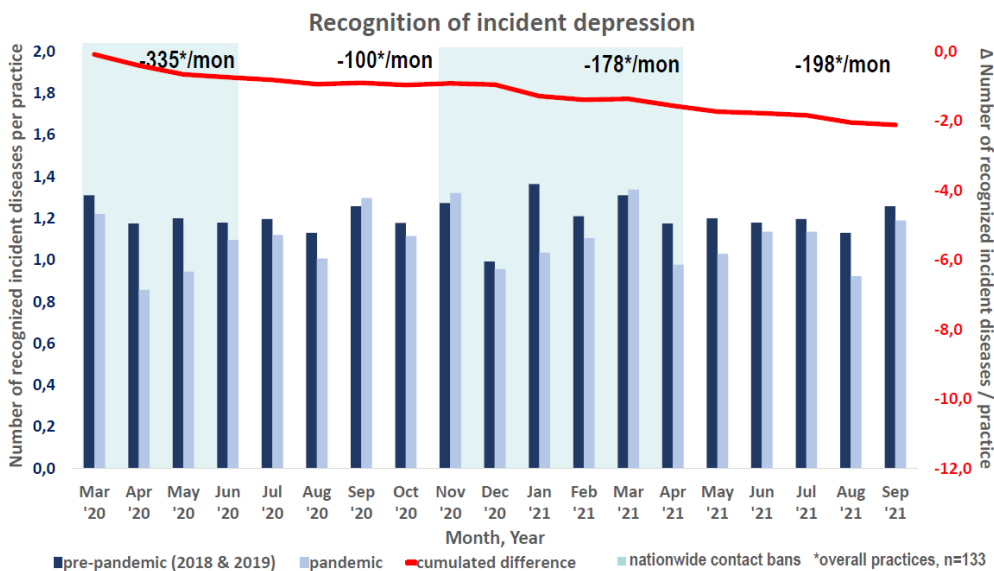


Abbildung 5.5.1 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Parkinson Erkrankung bei Haus- und Fachärzten (n=1,794)

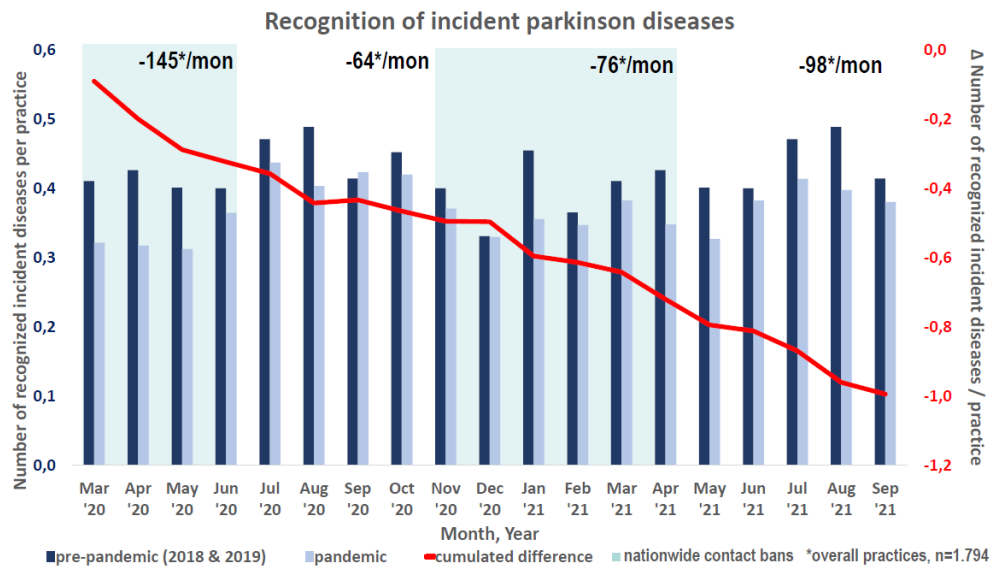


Abbildung 5.5.2 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Parkinson Erkrankungen bei Hausärzten (n=996)

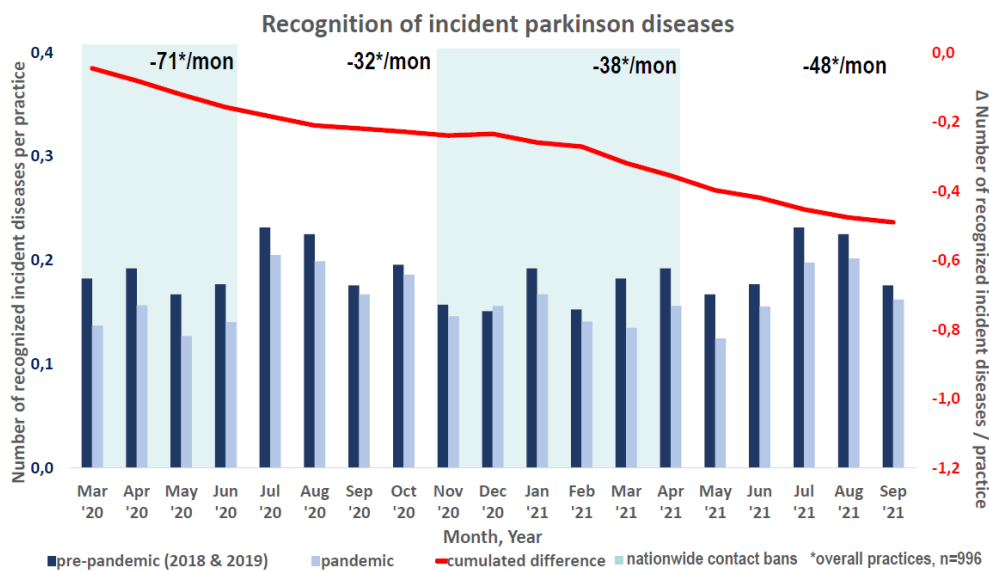


Abbildung 5.5.3 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Depressionen bei Nervenärzten und Psychiatern (n=133)

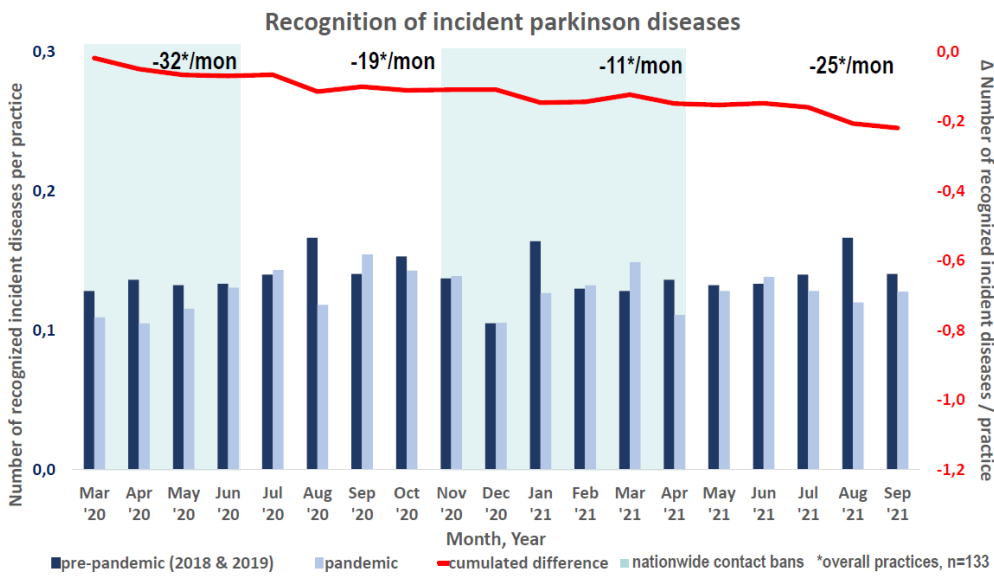


Abbildung 5.6 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Koronaren Herz-Erkrankungen bei Haus- und Fachärzten (n=1,794)

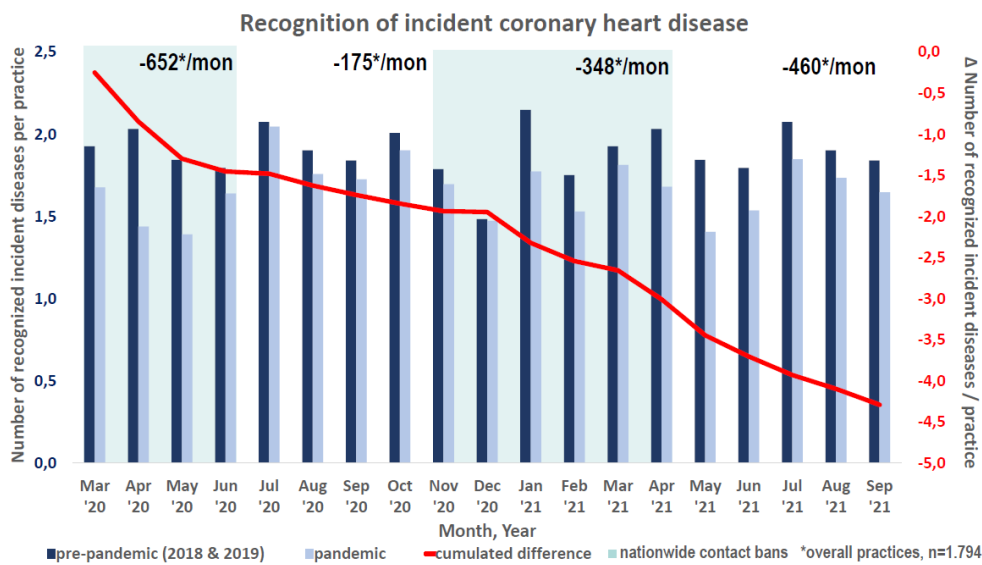


Abbildung 5.7 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Krebs Erkrankungen bei Haus- und Fachärzten (n=1,794)

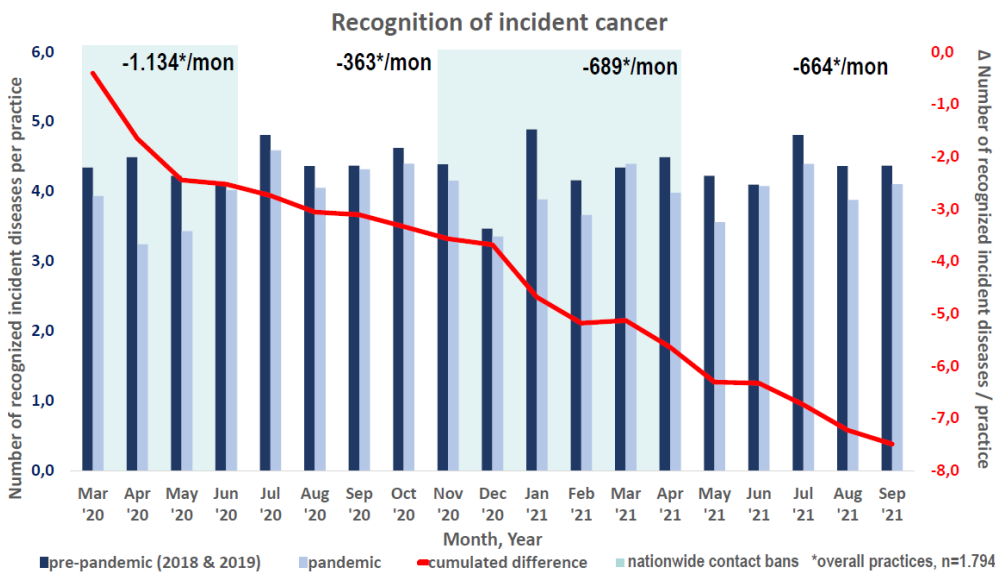


Abbildung 5.8 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Myokardinfarkten bei Haus- und Fachärzten (n=1,794)

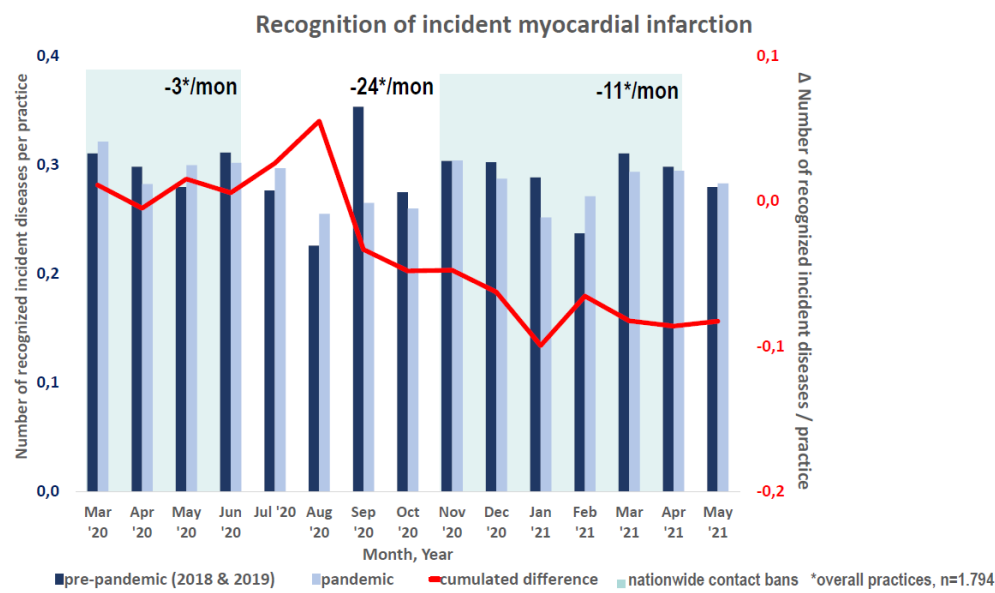


Abbildung 5.9 Relative Veränderung* der Erkennungsrate von Schlaganfällen bei Haus- und Fachärzten (n=1,794)

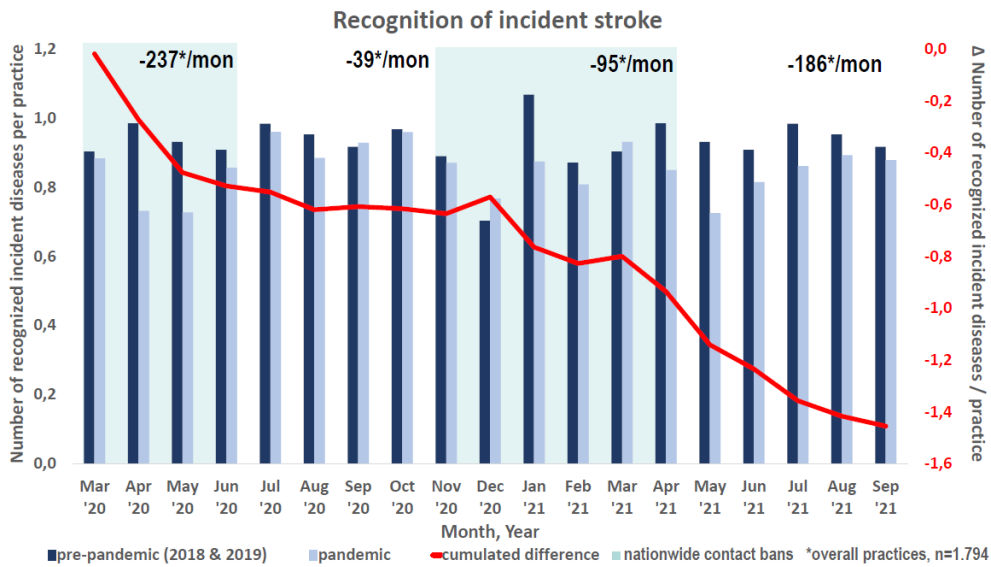


Tabelle 5.1. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie bei den **Hausärzten**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-6,1 %	-3,9 %	-6,3 %	-13,9 %	-12,2 %	-10,3 %
Apr 2020	-37,5 %	-22,6 %	-22,9 %	-29,0 %	-21,5 %	-25,5 %
May 2020	-26,7 %	-8,0 %	-20,4 %	-25,7 %	-16,3 %	-20,8 %
Jun 2020	-8,7 %	-11,6 %	-10,0 %	-9,1 %	-0,5 %	-7,8 %
Jul 2020	-5,1 %	-6,5 %	-7,7 %	-3,5 %	11,2 %	-1,9 %
Aug 2020	-5,4 %	-8,6 %	-10,6 %	-10,7 %	-2,0 %	-8,5 %
Sep 2020	-4,7 %	-1,6 %	-4,4 %	-1,3 %	5,7 %	-1,0 %
Oct 2020	-5,2 %	-9,5 %	-7,4 %	-1,9 %	4,4 %	-3,1 %
Nov 2020	-13,0 %	-12,4 %	-8,1 %	-5,3 %	0,1 %	-6,2 %
Dec 2020	-13,5 %	-11,7 %	-4,0 %	-0,1 %	11,4 %	-0,7 %
Jan 2021	-21,6 %	-28,6 %	-25,2 %	-19,2 %	-7,3 %	-19,3 %
Feb 2021	-21,4 %	-17,2 %	-18,7 %	-16,4 %	-4,7 %	-15,0 %
Mar 2021	-8,7 %	-0,4 %	-10,7 %	-8,1 %	-10,1 %	-8,5 %
Apr 2021	-17,4 %	-10,6 %	-10,9 %	-12,2 %	-19,4 %	-13,4 %
May 2021	-18,8 %	-6,5 %	-12,9 %	-24,2 %	-24,5 %	-19,4 %
Jun 2021	10,1 %	-3,0 %	-7,6 %	-14,0 %	-7,0 %	-9,0 %
Jul 2021	-9,3 %	-1,8 %	-15,5 %	-13,5 %	-10,2 %	-12,2 %
Aug 2021	1,4 %	-1,3 %	-11,4 %	-10,9 %	0,5 %	-7,3 %
Sep 2021	-1,0 %	-2,3 %	-11,2 %	-9,4 %	-0,7 %	-7,2 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.2. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie in der **Dermatologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-2,0 %	-1,1 %	-10,8 %	-18,6 %	-24,6 %	-16,6 %
Apr 2020	-20,4 %	-33,5 %	-34,2 %	-45,6 %	-39,3 %	-40,4 %
May 2020	12,4 %	-5,9 %	-18,0 %	-21,3 %	-7,8 %	-16,3 %
Jun 2020	28,3 %	13,6 %	-5,3 %	-15,4 %	-7,4 %	-8,6 %
Jul 2020	14,0 %	-8,1 %	-17,4 %	-17,2 %	-10,5 %	-14,7 %
Aug 2020	25,3 %	15,0 %	-10,9 %	-16,8 %	-16,2 %	-12,4 %
Sep 2020	-8,2 %	-5,6 %	-6,3 %	-6,7 %	-2,5 %	-5,7 %
Oct 2020	-21,6 %	-22,8 %	-8,7 %	-14,1 %	0,8 %	-10,8 %
Nov 2020	32,0 %	-0,5 %	-6,1 %	-12,2 %	8,0 %	-5,5 %
Dec 2020	11,4 %	-14,5 %	-1,7 %	-12,0 %	8,3 %	-5,6 %
Jan 2021	-31,3 %	-31,3 %	-28,6 %	-31,0 %	-33,4 %	-30,9 %
Feb 2021	33,3 %	-22,9 %	-6,8 %	-18,2 %	-20,5 %	-15,3 %
Mar 2021	28,6 %	22,2 %	4,0 %	-9,0 %	-1,4 %	-1,7 %
Apr 2021	-46,9 %	-12,9 %	-24,3 %	-26,5 %	-10,7 %	-22,4 %
May 2021	12,4 %	5,4 %	-20,5 %	-18,9 %	-6,5 %	-14,7 %
Jun 2021	18,9 %	30,9 %	-4,7 %	-13,8 %	1,7 %	-4,8 %
Jul 2021	-19,6 %	-13,0 %	-27,6 %	-16,3 %	5,4 %	-14,7 %
Aug 2021	14,3 %	-8,7 %	-27,5 %	-27,3 %	-6,2 %	-21,2 %
Sep 2021	4,9 %	1,4 %	-10,7 %	-10,6 %	1,5 %	-7,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.3. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie in der **Neurologie & Psychiatrie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	3,0 %	-0,4 %	-6,1 %	-8,9 %	-9,4 %	-6,5 %
Apr 2020	-23,9 %	-15,5 %	-30,3 %	-31,6 %	-36,1 %	-30,1 %
May 2020	-13,5 %	-29,0 %	-22,8 %	-12,4 %	-7,2 %	-16,6 %
Jun 2020	-7,4 %	-4,9 %	-13,1 %	-2,7 %	0,4 %	-5,7 %
Jul 2020	2,8 %	-14,0 %	-12,5 %	1,7 %	8,4 %	-3,0 %
Aug 2020	-1,6 %	-19,6 %	-7,2 %	-16,7 %	-3,2 %	-11,0 %
Sep 2020	6,5 %	10,0 %	-0,9 %	-1,8 %	12,7 %	3,0 %
Oct 2020	-15,3 %	-3,7 %	-5,8 %	3,5 %	15,5 %	1,4 %
Nov 2020	-0,2 %	4,3 %	9,1 %	1,7 %	1,3 %	4,0 %
Dec 2020	12,5 %	-0,2 %	-0,6 %	-5,2 %	3,7 %	-0,6 %
Jan 2021	-14,4 %	-15,7 %	-17,7 %	-23,6 %	-14,5 %	-18,6 %
Feb 2021	9,4 %	-2,3 %	-8,6 %	-12,5 %	-8,4 %	-8,3 %
Mar 2021	16,9 %	1,8 %	3,8 %	6,1 %	24,1 %	8,9 %
Apr 2021	-7,8 %	-7,9 %	-20,3 %	-19,8 %	-2,7 %	-14,6 %
May 2021	-7,3 %	-19,2 %	-19,0 %	-14,9 %	-0,5 %	-13,5 %
Jun 2021	4,1 %	0,6 %	-3,4 %	-7,8 %	5,3 %	-2,4 %
Jul 2021	15,3 %	-9,7 %	-12,5 %	-6,4 %	7,7 %	-4,8 %
Aug 2021	7,9 %	-30,1 %	-18,4 %	-20,1 %	-12,5 %	-18,1 %
Sep 2021	20,7 %	-7,7 %	-11,6 %	-7,4 %	10,7 %	-4,0 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.4. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie in der **Gynäkologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-17,0 %	-9,0 %	-15,0 %	-9,1 %	-39,8 %	-14,5 %
Apr 2020	-13,0 %	-11,2 %	-35,1 %	-38,5 %	-28,1 %	-30,3 %
May 2020	-12,9 %	-6,7 %	-18,7 %	-23,4 %	-20,9 %	-18,0 %
Jun 2020	22,8 %	5,7 %	-8,3 %	-10,8 %	13,0 %	-3,0 %
Jul 2020	5,8 %	-6,6 %	-9,3 %	-2,7 %	-3,2 %	-5,4 %
Aug 2020	-13,1 %	-12,3 %	-12,6 %	-7,7 %	-0,4 %	-10,0 %
Sep 2020	-2,8 %	-1,1 %	-6,1 %	-13,6 %	-18,2 %	-8,2 %
Oct 2020	-17,3 %	-10,4 %	-8,9 %	-10,4 %	-21,1 %	-11,2 %
Nov 2020	-7,6 %	-13,4 %	-15,1 %	-7,9 %	-16,7 %	-12,2 %
Dec 2020	22,4 %	19,5 %	-18,6 %	-12,2 %	-1,9 %	-6,6 %
Jan 2021	7,5 %	-23,0 %	-19,4 %	-29,3 %	-7,4 %	-21,0 %
Feb 2021	-13,6 %	-14,3 %	-18,5 %	-17,7 %	-12,3 %	-16,7 %
Mar 2021	54,5 %	2,6 %	-10,8 %	-9,8 %	-31,0 %	-6,8 %
Apr 2021	21,7 %	-8,9 %	-16,2 %	-21,5 %	-2,2 %	-13,6 %
May 2021	-10,8 %	-18,2 %	-21,5 %	-30,7 %	-20,1 %	-23,4 %
Jun 2021	-9,6 %	-7,0 %	-9,7 %	-11,6 %	26,5 %	-7,0 %
Jul 2021	-7,7 %	-5,3 %	-14,1 %	-3,3 %	-11,7 %	-8,6 %
Aug 2021	-41,4 %	-21,0 %	-22,1 %	-6,0 %	-16,0 %	-17,6 %
Sep 2021	2,8 %	-19,1 %	-8,6 %	-20,1 %	-6,6 %	-13,5 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.6. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie bei den **HNO-Heilkunde**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	0,0 %	-36,1 %	-17,7 %	-25,6 %	-36,9 %	-25,5 %
Apr 2020	-38,5 %	-27,3 %	-27,9 %	-37,6 %	-42,8 %	-35,2 %
May 2020	22,6 %	-28,1 %	-21,0 %	-15,9 %	-23,6 %	-18,9 %
Jun 2020	42,9 %	-17,1 %	1,3 %	-0,8 %	13,9 %	1,8 %
Jul 2020	-2,7 %	24,8 %	-7,5 %	-1,9 %	2,8 %	-1,3 %
Aug 2020	8,6 %	-21,4 %	-20,1 %	-25,5 %	10,9 %	-16,9 %
Sep 2020	-14,3 %	-11,3 %	-3,1 %	-3,8 %	19,9 %	-0,3 %
Oct 2020	-7,0 %	0,6 %	-9,4 %	-13,8 %	-0,5 %	-9,4 %
Nov 2020	-12,2 %	1,4 %	-10,5 %	-15,4 %	-1,8 %	-10,7 %
Dec 2020	-31,3 %	17,0 %	-9,2 %	-10,2 %	-11,4 %	-8,8 %
Jan 2021	-44,0 %	-23,7 %	-23,5 %	-24,9 %	-34,2 %	-26,4 %
Feb 2021	-28,6 %	3,1 %	-12,4 %	-28,4 %	-18,4 %	-20,8 %
Mar 2021	56,3 %	-16,9 %	-9,6 %	1,7 %	36,4 %	3,2 %
Apr 2021	-12,8 %	-5,8 %	-3,6 %	-20,8 %	-8,6 %	-13,3 %
May 2021	-3,2 %	-5,9 %	-11,2 %	-16,9 %	-18,2 %	-14,8 %
Jun 2021	14,3 %	-17,1 %	-11,1 %	-18,6 %	10,8 %	-11,1 %
Jul 2021	18,9 %	26,3 %	-26,0 %	-8,0 %	24,7 %	-5,8 %
Aug 2021	20,0 %	11,1 %	-23,4 %	-18,5 %	5,1 %	-13,7 %
Sep 2021	-23,8 %	17,7 %	-4,7 %	-5,1 %	20,9 %	0,1 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.5. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie in der **Orthopädie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	-46,7 %	-39,0 %	-22,4 %	-30,4 %	-34,9 %	-29,3 %
Apr 2020	0,0 %	-21,5 %	-26,3 %	-38,0 %	-32,4 %	-32,5 %
May 2020	-11,8 %	-13,8 %	-21,9 %	-31,4 %	-24,8 %	-26,7 %
Jun 2020	22,2 %	4,3 %	-4,2 %	0,2 %	6,7 %	0,3 %
Jul 2020	-16,7 %	-20,5 %	-11,5 %	-19,3 %	-18,9 %	-17,0 %
Aug 2020	16,1 %	-15,2 %	-10,6 %	-16,0 %	-9,2 %	-13,0 %
Sep 2020	-17,9 %	-25,2 %	-13,6 %	-15,3 %	-13,1 %	-15,0 %
Oct 2020	9,8 %	21,4 %	-4,8 %	-12,5 %	-7,5 %	-7,5 %
Nov 2020	24,4 %	-12,0 %	-19,8 %	-25,0 %	-27,4 %	-22,5 %
Dec 2020	8,3 %	-18,2 %	-12,3 %	-17,6 %	2,6 %	-13,2 %
Jan 2021	-11,5 %	-39,7 %	-28,2 %	-39,2 %	-36,6 %	-35,3 %
Feb 2021	-14,3 %	21,1 %	-15,5 %	-18,1 %	14,6 %	-11,0 %
Mar 2021	-28,9 %	7,6 %	-2,6 %	-4,7 %	8,3 %	-1,7 %
Apr 2021	20,0 %	3,7 %	-3,9 %	-20,3 %	11,3 %	-9,0 %
May 2021	-17,6 %	5,0 %	-21,3 %	-40,5 %	-35,4 %	-32,0 %
Jun 2021	5,6 %	6,5 %	-7,1 %	-15,0 %	10,7 %	-7,6 %
Jul 2021	20,8 %	-4,9 %	-10,5 %	-21,3 %	12,1 %	-11,6 %
Aug 2021	-9,7 %	-28,3 %	-25,1 %	-17,0 %	23,8 %	-13,5 %
Sep 2021	-2,6 %	-11,7 %	-19,2 %	-13,7 %	12,2 %	-11,3 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

Tabelle 5.7. Relative Veränderung* der Diagnosen während der Pandemie in der **Urologie**

Monat, Jahr	Altersgruppe					Sum
	18-25	26-40	41-60	61-80	81-110	
Mar 2020	31,0 %	0,0 %	-6,2 %	-19,2 %	-12,5 %	-14,3 %
Apr 2020	14,3 %	-32,5 %	-31,6 %	-27,3 %	-16,6 %	-26,4 %
May 2020	9,1 %	-8,6 %	-21,0 %	-21,0 %	-22,3 %	-20,6 %
Jun 2020	44,8 %	6,8 %	3,0 %	-2,0 %	21,6 %	3,8 %
Jul 2020	106,5 %	67,7 %	-0,7 %	2,4 %	15,8 %	6,7 %
Aug 2020	24,1 %	-0,7 %	-12,8 %	-16,9 %	-4,3 %	-12,9 %
Sep 2020	45,5 %	-10,0 %	-4,8 %	-3,3 %	23,1 %	1,1 %
Oct 2020	-3,0 %	-4,2 %	-17,2 %	-1,0 %	6,5 %	-3,8 %
Nov 2020	5,6 %	7,1 %	-12,1 %	-4,6 %	16,7 %	-2,5 %
Dec 2020	138,1 %	32,8 %	-0,1 %	-10,2 %	16,8 %	-1,1 %
Jan 2021	137,5 %	-10,6 %	-9,8 %	-15,2 %	-15,0 %	-13,3 %
Feb 2021	-50,0 %	2,5 %	-11,1 %	-18,9 %	-4,1 %	-14,2 %
Mar 2021	44,8 %	33,7 %	14,3 %	2,7 %	25,6 %	10,4 %
Apr 2021	28,6 %	8,7 %	-11,7 %	-19,3 %	-9,0 %	-14,4 %
May 2021	21,2 %	1,7 %	-16,4 %	-20,9 %	-12,1 %	-17,1 %
Jun 2021	17,2 %	27,4 %	3,2 %	-3,3 %	6,3 %	1,0 %
Jul 2021	22,6 %	16,1 %	-4,8 %	-6,0 %	18,4 %	-0,4 %
Aug 2021	-10,3 %	21,4 %	-18,5 %	-20,4 %	-0,8 %	-15,0 %
Sep 2021	51,5 %	1,1 %	-5,7 %	-10,4 %	3,1 %	-6,0 %

*Basiswert ist der Durchschnitt aus dem jeweiligen Monat der Jahre 2018 & 2019.

6. Multivariate Modelle Belastungserleben

Tabelle 6.1. Assoziation zwischen Angsterleben der ersten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 1) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.6061186	.0462431	-13.11	0.000	-.6969672	-.5152699
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.6763416	.3882133	-1.74	0.082*	-1.439021	.0863383
> 65	-.7287137	.5341349	-1.36	0.173	-1.77807	.3206424
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-.5817627	.5643312	-1.03	0.303	-1.690442	.5269168
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.3398874	.3655644	-0.93	0.353	-1.058072	.3782967
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.3460871	.4248035	-0.81	0.416	-1.180652	.4884777
sehr häufig/ häufig	.4926098	.4819767	1.02	0.307	-.4542767	1.439496
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.2264758	.2431116	0.93	0.352	-.2511389	.7040905
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.2135443	.2497784	0.85	0.393	-.2771679	.7042565
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.1046112	.3315863	0.32	0.753	-.5468199	.7560423
> 1.500	.0905819	.3375847	0.27	0.789	-.5726335	.7537974
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.2468719	.2696314	0.92	0.360	-.2828432	.776587
Intercept	4.875781	.6057102	8.05	0.000	3.685809	6.065753

Tabelle 6.2. Assoziation zwischen Angsterleben der zweiten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 2) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5806762	.045746	-12.69	0.000	-0.6705511	-0.4908012
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.1802071	.377975	-0.48	0.634	-.9227971	.562383
> 65	.1568834	.5248034	0.30	0.765	-.8741737	1.18794
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-.9371656	.5544229	-1.69	0.092*	-2.026415	.1520836
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.2931948	.3630388	-0.81	0.420	-1.00644	.4200508
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.7122998	.4256433	-1.67	0.095	-1.548542	.1239419
sehr häufig/ häufig	.1333403	.4846371	0.28	0.783	-.818804	1.085485
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.2107594	.241255	0.87	0.383	-.2632233	.6847421
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.2479861	.2460531	1.01	0.314	-.2354232	.7313953
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.4305361	.3255646	1.32	0.187	-.2090857	1.070158
> 1.500	.1300258	.3321565	0.39	0.696	-.5225468	.7825984
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.3443825	.2660826	1.29	0.196	-.1783777	.8671427
Intercept	3.707128	.5965015	6.21	0.000	2.535209	4.879047

Tabelle 6.3. Assoziation zwischen Angsterleben der dritten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 3) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5609613	.0414178	-13.54	0.000	-.6423279	-.4795948
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.2141113	.3466837	-0.62	0.537	-.8951811	.4669586
> 65	.5020422	.4792694	1.05	0.295	-.4394958	1.44358
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-.6364621	.5147852	-1.24	0.217	-1.647772	.3748476
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.594773	.3261316	-1.82	0.069*	-1.235467	.0459215
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.7222995	.3819618	-1.89	0.059*	-1.472674	.0280751
sehr häufig/ häufig	.0243087	.4320763	0.06	0.955	-.8245172	.8731346
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.434623	.2178716	1.99	0.047	.0066083	.8626377
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.2025557	.2236582	0.91	0.366	-.2368271	.6419384
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.4194042	.2962438	1.42	0.157	-.162575	1.001383
> 1.500	.0970844	.3020412	0.32	0.748	-.496284	.6904527
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	-.0257367	.2418175	-0.11	0.915	-.5007939	.4493205
Intercept	2.823234	.5454841	5.18	0.000	1.751615	3.894853

Tabelle 6.4. Assoziation zwischen Angsterleben der vierten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 4) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5739458	.0478062	-12.01	0.000	-0.6678658	-0.4800258
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.0258873	.3938036	-0.07	0.948	-.7995534	.7477788
> 65	.6673076	.5460169	1.22	0.222	-.4053967	1.740012
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.071962	.5965831	-1.80	0.073*	-2.244009	.1000842
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.8188242	.3735808	-2.19	0.029	-1.552761	-.0848877
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-1.01921	.4386858	-2.32	0.021	-1.881051	-.1573681
sehr häufig/ häufig	-.1756688	.4962004	-0.35	0.723	-1.150504	.7991661
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.6582539	.2492946	2.64	0.009	.1684899	1.148018
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.4158589	.2547694	1.63	0.103	-.0846608	.9163787
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.1327066	.3411165	0.39	0.697	-.5374506	.8028639
> 1.500	.1471097	.3433706	0.43	0.669	-.5274758	.8216952
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	-.0771048	.2742654	-0.28	0.779	-.6159262	.4617167
Intercept	3.206872	.6256016	5.13	0.000	1.977816	4.435929

Tabelle 6.5. Assoziation zwischen **Stresserleben** der ersten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 1) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5504798	.0397328	-13.85	0.000	-.628544	-.4724156
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.5087033	.3128699	-1.63	0.105	-1.123408	.1060015
> 65	-.4429159	.434869	-1.02	0.309	-1.297316	.411484
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.349135	.4570004	-2.95	0.003	-2.247017	-.4512525
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.2765709	.2976611	-0.93	0.353	-.8613944	.3082525
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	.3436703	.3520369	0.98	0.329	-.3479871	1.035328
sehr häufig/ häufig	.8385042	.3981554	2.11	0.036	.0562367	1.620772
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.5261678	.1978865	2.66	0.008	.1373743	.9149613
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.3493613	.2054258	1.70	0.090*	-.0542449	.7529675
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	-.3963422	.2705356	-1.47	0.144	-.9278715	.135187
> 1.500	-.3895752	.2777406	-1.40	0.161	-.9352603	.15611
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.4766189	.2228382	2.14	0.033	.0388022	.9144357
Intercept	4.213278	.5278402	7.98	0.000	3.176215	5.250341

Tabelle 6.6. Assoziation zwischen **Stresserleben** der zweiten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 2) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.4828177	.0371188	-13.01	0.000	-.5557457	-.4098897
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.0949371	.2906621	-0.33	0.744	-.6660067	.4761326
> 65	-.1945752	.4086696	-0.48	0.634	-.9974965	.608346
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.083269	.4250278	-2.55	0.011	-1.918329	-.2482082
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	.19283	.2766543	0.70	0.486	-.3507183	.7363782
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.1765839	.3339966	-0.53	0.597	-.8327936	.4796258
sehr häufig/ häufig	.4817393	.3772143	1.28	0.202	-.2593811	1.22286
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.3264642	.1846748	1.77	0.078*	-.03637	.6892984
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.4156735	.1903602	2.18	0.029	.041669	.7896779
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.0556605	.2521341	0.22	0.825	-.4397125	.5510334
> 1.500	.0889537	.2592847	0.34	0.732	-.4204681	.5983755
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.3000824	.2063943	1.45	0.147	-.1054246	.7055894
Intercept	3.426318	.4952575	6.92	0.000	2.453276	4.399361

Tabelle 6.7. Assoziation zwischen **Stresserleben** der dritten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 3) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.4816205	.0384046	-12.54	0.000	-.5570754	-.4061656
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.1872974	.3057894	-0.61	0.540	-.7880938	.413499
> 65	-.2891599	.4223846	-0.68	0.494	-1.119035	.5407156
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-.5932855	.4398935	-1.35	0.178	-1.457561	.2709905
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	.7564086	.2865983	2.64	0.009	.1933177	1.3195
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.2640772	.3420454	-0.77	0.440	-.9361071	.4079528
sehr häufig/ häufig	.7464609	.3866278	1.93	0.054[‡]	-.0131618	1.506084
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.1247901	.1910033	0.65	0.514	-.2504816	.5000619
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.7812992	.1981498	3.94	0.000	.3919866	1.170612
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.7019188	.2618515	2.68	0.008	.1874488	1.216389
> 1.500	.8585021	.2686125	3.20	0.001	.3307487	1.386256
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.0767474	.2145352	0.36	0.721	-.3447584	.4982531
Intercept	3.125203	.5169738	6.05	0.000	2.109484	4.140921

Tabelle 6.8. Assoziation zwischen **Stresserleben** der vierten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 4) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5657874	.0391042	-14.47	0.000	-.6426155	-.4889593
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.1664712	.3097221	-0.54	0.591	-.7749824	.44204
> 65	-.5089982	.4310587	-1.18	0.238	-1.3559	.3379031
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.081975	.4579481	-2.36	0.019	-1.981707	-.1822443
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	.7922706	.2919316	2.71	0.007	.2187124	1.365829
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	-.1739818	.3493385	-0.50	0.619	-.8603274	.5123638
sehr häufig/ häufig	.8144073	.3947692	2.06	0.040	.038804	1.590011
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.3496273	.1949685	1.79	0.074‡	-.0334275	.7326821
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.6956134	.2010998	3.46	0.001	.3005125	1.090714
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.4077412	.2661802	1.53	0.126	-.1152233	.9307057
> 1.500	.816886	.2744084	2.98	0.003	.2777555	1.356017
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	-.1501819	.2182867	-0.69	0.492	-.5790499	.2786861
Intercept	4.008494	.5288307	7.58	0.000	2.9695	5.047488

Tabelle 6.9. Assoziation zwischen **Unterstützungsbedarf** der ersten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 1) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.5162657	.0439741	-11.74	0.000	-.6026704	-.4298611
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.6019936	.3937296	-1.53	0.127	-1.375632	.1716448
> 65	-.1462081	.5457139	-0.27	0.789	-1.21848	.926064
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.387398	.5834692	-2.38	0.018	-2.533855	-.2409402
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	-.0732962	.3716992	-0.20	0.844	-.8036471	.6570548
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	.9447969	.4427264	2.13	0.033	.0748847	1.814709
sehr häufig/ häufig	1.441314	.5009245	2.88	0.004	.4570483	2.425579
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.6694374	.2503318	2.67	0.008	.1775609	1.161314
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.2656801	.2560845	1.04	0.300	-.2374998	.76886
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	-.1472632	.3384337	-0.44	0.664	-.8122509	.5177246
> 1.500	.1162907	.3461267	0.34	0.737	-.5638129	.7963942
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.5936923	.2770002	2.14	0.033	.0494152	1.137969
Intercept	2.656766	.6179497	4.30	0.000	1.442558	3.870974

Tabelle 6.10. Assoziation zwischen **Unterstützungsbedarf** der zweiten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 2) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.4604839	.0412406	-11.17	0.000	-0.5415165	-0.3794512
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.4739897	.372859	-1.27	0.204	-1.206612	.2586326
> 65	.1374071	.518863	0.26	0.791	-.8820952	1.156909
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.567111	.5559481	-2.82	0.005	-2.659481	-.474741
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	.3379842	.3501553	0.97	0.335	-.350028	1.025996
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	.3150189	.4148043	0.76	0.448	-.5000207	1.130058
sehr häufig/ häufig	.7027485	.4710932	1.49	0.136	-.2228918	1.628389
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.4543641	.2354602	1.93	0.054‡	-.0082863	.9170144
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.2684346	.2378161	1.13	0.260	-.1988448	.7357141
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	-.0014198	.3171665	-0.00	0.996	-.6246131	.6217734
> 1.500	.157295	.3247002	0.48	0.628	-.4807011	.7952911
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.5188892	.2582665	2.01	0.045	.0114272	1.026351
Intercept	2.479837	.5841508	4.25	0.000	1.332052	3.627622

Tabelle 6.11. Assoziation zwischen **Unterstützungsbedarf** der dritten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 3) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.4990554	.0450508	-11.08	0.000	-5875761	-4105347
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.5926898	.4112425	-1.44	0.150	-1.400744	.215364
> 65	-.3422487	.562919	-0.61	0.543	-1.448333	.7638354
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.078872	.6158388	-1.75	0.080*	-2.288938	.131195
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	1.205183	.3782779	3.19	0.002	.4619016	1.948464
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	.5145438	.4495411	1.14	0.253	-.3687632	1.397851
sehr häufig/ häufig	.9807416	.5072822	1.93	0.054*	-.0160214	1.977504
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.2968986	.2539128	1.17	0.243	-.2020168	.795814
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.4399776	.2608026	1.69	0.092*	-.0724756	.9524309
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.34761	.3440487	1.01	0.313	-.3284142	1.023634
> 1.500	.3591202	.3508755	1.02	0.307	-.3303178	1.048558
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.615507	.2808093	2.19	0.029	.0637426	1.167271
Intercept	2.229515	.6420313	3.47	0.001	.9679827	3.491048

Tabelle 6.12. Assoziation zwischen **Unterstützungsbedarf** der vierten Welle (Differenz zwischen Präpandemie und Welle 4) und Charakteristik der Ärzt:innen

	Coef.	Std. Err.	t	P> t 	[95% Conf. Interval]	
Referenzwert vor Pandemie	-.4950449	.0463614	-10.68	0.000	-0.5861417	-0.4039481
Alterskategorie (Referenz >45)						
45 - 65	-.4762764	.4344309	-1.10	0.273	-1.329902	.3773494
> 65	-.2471608	.5875661	-0.42	0.674	-1.401686	.9073648
Arbeitsverhältnis (Referenz Selbstständig)						
angestellt	-1.755789	.6248784	-2.81	0.005	-2.98363	-.5279475
Arztgruppe (Referenz Fachärzte)						
Hausärzte	.5469217	.3971636	1.38	0.169	-.2334766	1.32732
Kontakt mit Covid-Patienten (Referenz „nie“)						
selten	.6111436	.4668917	1.31	0.191	-.3062653	1.528553
sehr häufig/ häufig	1.066059	.5284917	2.02	0.044	.0276105	2.104508
Diagnostische Ausrichtung Ja (Referenz „nein“)	.14782	.2645982	0.56	0.577	-.3720966	.6677367
Geschlecht Weiblich (Referenz Männlich)	.6939203	.2704342	2.57	0.011	.1625364	1.225304
Anzahl Patientne pro Quartal (Referenz <1000)						
1.001 - 1.500	.140368	.3561919	0.39	0.694	-.5595237	.8402596
> 1.500	.466094	.3629293	1.28	0.200	-.2470362	1.179224
Praxisform (Referenz Einzelpraxis)						
Ausübungsgemeinschaft/ MVZ	.1864034	.2909918	0.64	0.522	-.3853747	.7581815