

Aus dem
CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. Christoph Heintze

Habilitationsschrift

Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Allgemeinmedizin

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Susanne Döpfmer
geboren in Berlin

Eingereicht: April 2023
Dekan: Prof. Dr. Joachim Spranger
1.Gutachterin: Prof. Dr. Ildikó Gágyor, Würzburg
2.Gutachterin: Prof. Dr. Annika Viniol, Marburg

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Herausforderungen der demographischen Entwicklung für die Versorgung in der hausärztlichen Praxis	2
1.1.1. Kontinuität und Koordination der Versorgung	2
1.1.2. Sozialer und pflegerischer Beratungsbedarf	3
1.2. Herausforderungen durch die demographische Entwicklung innerhalb der Hausärzteschaft	3
1.2.1. Steigende Arbeitsbelastung	4
1.2.2. Arbeitsorganisation und Delegation in der Hausarztpraxis	4
1.3. Weitere Belastung für Hausärzt*innen: Die Covid-19-Pandemie	6
1.4. Das Compass-Projekt und das RESPoNsE-Forschungspraxennetz	6
1.4.1. Navicare und das Compass-Projekt	7
1.4.2. Das RESPoNsE-Forschungspraxennetz	7
1.5. Zielsetzung und Fragestellungen	8
2. Eigene Arbeiten	10
2.1. Die Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen und der Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Praxis	10
2.1.1. Herausforderungen der Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen in der hausärztlichen Praxis	10
2.1.2. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzt*innen in der Versorgung von Patient*innen mit komplexem Bedarf	24
2.1.3. Nicht-medizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis	36
2.1.4. Hausarztpraxen und Pflegestützpunkte	45
2.2. Die hausärztliche Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie	53
2.2.1. Studienprotokoll der „Veco-Praxis-Studie“ zum Angebot und zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung aus drei Perspektiven	53
2.2.2. Die Perspektive von Hausärzt*innen und MFA auf Veränderungen der hausärztlichen Versorgung sowie Bedarfe und Belastungen während der Covid-19-Pandemie	72
3. Diskussion	85
3.1. Herausforderungen für die zukünftige hausärztliche Versorgung	85
3.2. Lösungsansätze	86
3.2.1. Delegation	87
3.2.2. Beratung zu sozialen Versorgungsaspekten	89
3.3. Stärken und Schwächen der eingebundenen Studien	90
3.4. Konsequenzen für die Versorgung und weitere Forschung	91
4. Zusammenfassung	93
5. Literaturangaben	95
Danksagung	108
Erklärung	109

Abkürzungen

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
COMPASS	Coordination of Medical Professions Aiming at Sustainable Support
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DMP	Disease Management Programm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r (Singular/Plural)
NäPA	Nicht-ärztliche Praxisassistenz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
RESPoNsE	Research Practice Network East (Forschungspraxennetz Berlin Brandenburg Thüringen)
SGB	Sozialgesetzbuch
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
WONCA	World family doctors. Caring for people
ZI	Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung

1. Einleitung

Seit vielen Jahren wird weltweit eine zunehmende Alterung der Gesellschaft beobachtet. Bei großen regionalen Unterschieden haben Länder mit hohem Einkommen bereits jetzt einen Anteil von Älteren von rund 18%, und unter diesen nimmt Deutschland mit fast 22% einen Spitzenplatz ein – eine Tendenz, die nach Prognosen anhalten und im Jahr 2050 zu einem Anteil der über 65-Jährigen von rund 30% führen wird (1).

Mit der Zunahme der älteren Bevölkerungsanteile geht eine höhere Prävalenz von Multimorbidität einher (2,3). Auch hier zeigen Erhebungen für Deutschland im internationalen Vergleich eine höhere Prävalenz (4,5).

Allerdings hängen Angaben zur Prävalenz von Multimorbidität von deren Definition ab (6). Während die englischen „NICE guidelines“ von einer Definition ausgehen, die auf dem Vorhandensein von mindestens zwei chronischen Krankheiten basiert (7), spricht die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in ihrer Leitlinie von Multimorbidität, wenn drei oder mehr chronische Krankheiten vorliegen (8).

Im Weiteren wird hier nicht von einer engen Definition ausgegangen, da es um das Phänomen Multimorbidität gehen soll. Demnach besteht Multimorbidität bei Vorliegen „eines Nebeneinanders mehrerer chronischer oder akuter Erkrankungen oder medizinischer Beschwerden in einer Person“ (9).

Das Vorliegen von Multimorbidität ist der wesentliche Faktor für eine Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit höherem Lebensalter (10).

In Deutschland kommt es im Vergleich mit anderen Ländern bereits durchschnittlich über alle Altersspannen zu einer verhältnismäßig hohen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (11). Je nach befragter Stichprobe werden zwischen neun (Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI in der Allgemeinbevölkerung) und 17 (basierend auf Abrechnungsdaten der KV) ärztliche Kontakte pro Person und Jahr genannt (12,13).

Unstrittig ist, dass Multimorbidität sowohl mit einer erhöhten Zahl von ärztlichen Kontakten insgesamt als auch mit einer höheren Zahl der Inanspruchnahme verschiedener Ärzt*innen einhergeht (14). Insbesondere in der hausärztlichen Praxis stellt der mehrfach erkrankte, alternde Mensch die größte Patient*innengruppe dar: rund 46% aller Konsultationen entfallen auf die über 60-jährigen Patient*innen (15,16).

1.1. Herausforderungen der demographischen Entwicklung für die Versorgung in der hausärztlichen Praxis

1.1.1. Kontinuität und Koordination der Versorgung

Bereits in den 90er Jahren wurden durch Barbara Starfield die vier Säulen der hausärztlichen Versorgung benannt: erste Ansprechperson sein, Kontinuität bieten, eine umfassende Versorgung gewährleisten sowie die Koordination der Versorgung übernehmen (17). In späteren Jahren wurden diese Kernbereiche des/der Hausarzt*in weiter diskutiert, differenziert und erweitert. Die WONCA Europe („World family doctors. Caring for people“) betonte in einem Bericht insbesondere die Aspekte der Langzeitversorgung, der simultanen Versorgung von akuten und chronischen Problemen einer/eines jeden Patient*in und die Berücksichtigung des Kontextes auf individueller und gesellschaftlicher Ebene (18).

Die Anforderungen an die Koordination der Versorgung weisen dabei eine hohe Komplexität auf, die unter anderem durch zahlreiche persönliche und organisatorische Interaktionen, eine große Breite der erforderlichen Aufgaben, langfristige Kontinuität und adäquate Berücksichtigung des individuellen und gesellschaftlichen Kontextes geprägt ist (19,20). Eine gelingende Kontinuität der hausärztlichen Versorgung hat protektive Auswirkungen auf die Mortalität von Patient*innen. Wirksame Effekte kommen insbesondere durch die Langzeitbetreuung mit gewachsener Kenntnis der Patient*innen, Vertrauen durch die Patient*innen und kontinuierliche Verantwortlichkeit durch dieselbe/denselben behandelnde/n Hausarzt*in zustande (21).

Als „Generalist*in“ steht der/die Hausarzt*in im Zentrum einer multidimensionalen Versorgung, in der nicht die Krankheit, sondern der Mensch im Mittelpunkt steht mit allen biologischen, psychischen und sozialen Aspekten der jeweiligen Beratungsanlässe (22,23).

In Deutschland gehören laut § 73 Satz 1 SGB V unter anderem „die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ sowie „die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung“ zu den hausärztlichen Aufgaben (24). Ein fehlendes Gatekeeping-System und die Fragmentierung der Versorgung stellen jedoch große Hürden dar (25,26).

Als besonders problematisch stellt sich dies insbesondere für multimorbide und chronisch kranke Patient*innen dar, die oftmals eine Vielzahl von ärztlichen Versorgern mit jeweils einer spezifischen Perspektive auf eine Krankheit aufsuchen, ohne dass alle Informationen in Bezug auf Diagnostik und Therapie bei dem/der Hausarzt*in zusammenfließen (27). Resultierende Brüche der Versorgung betreffen daher gerade ältere, multimorbide und/oder chronisch kranke Patient*innen, für die in besonderem Maße Kontinuität und Koordination wichtige Aspekte der hausärztlichen Versorgung darstellen (28–30).

1.1.2. Sozialer und pflegerischer Beratungsbedarf

Patient*innen mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben komplexe Bedarfe hinsichtlich ihrer Versorgung, die nicht nur medizinische Aspekte betreffen und eine ganzheitliche Perspektive erfordern (31,32).

Während Hausarzt*innen generell häufig Ansprechpartner*innen auch für soziale Probleme ihrer Patient*innen sind (33,34), gewinnen die psychosozialen Bedarfe im Alter und bei Vorliegen von Multimorbidität an Bedeutung (35). Einsamkeit, Hilfen für den Erhalt der Häuslichkeit und Pflegebedürftigkeit sind Themen, die häufig in Hausarztpraxen adressiert werden (36).

1.2. Herausforderungen durch die demographische Entwicklung innerhalb der Hausärzteschaft

Die demographische Entwicklung hin zu einem wachsenden Anteil der Älteren zeigt sich auch in der Hausärzteschaft: 36% der Hausarzt*innen sind älter als 60 Jahre (37). In den nächsten Jahren ist daher von einer hohen Zahl von Hausarzt*innen auszugehen, die in den Ruhestand gehen werden.

Bereits jetzt kommt es bundesweit jährlich zu einer höheren Zahl von Abgängen als Zuwächsen unter Hausarzt*innen (38).

Eine ausreichende Zahl von nachkommenden weitergebildeten Hausarzt*innen ist daher dringend erforderlich, jedoch verteilen sich nur etwa 10% aller neuen Facharztanerkennungen auf die Fächer Allgemeinmedizin bzw. Allgemeinmedizin und Innere Medizin (39). Nach einer eigenen Befragung durch das Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin, streben nur 12% der Studierenden des 10. Semesters eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin an (40).

Zwei Drittel der Medizinstudierenden sind weiblich, Tendenz steigend (41). Auch das Fach Allgemeinmedizin wird doppelt so häufig von weiblichen als von männlichen Studierenden angestrebt (42). Junge Ärzt*innen und insbesondere Ärztinnen wünschen sich für ihre berufliche Zukunft zunehmend eine Teilzeittätigkeit (43). Die Zahl der nachrückenden Aus- und Weiterbildungsabsolvent*innen wird daher absehbar nicht ausreichen, um den zu erwartenden baldigen Einbruch der Anzahl von Hausärzt*innen auszugleichen.

1.2.1. Steigende Arbeitsbelastung

Untersuchungen in England zeigen, dass Hausärzt*innen bereits in großer Zahl wegen der steigenden Arbeitsbelastung darüber nachdenken, den Beruf zu verlassen (44,45). Hauptursache ist die stetig zunehmende Arbeitsbelastung als Folge steigender Konsultationshäufigkeiten (46). Studien berichten von einer hohen Rate an Burn-out unter Hausärzt*innen (47,48). Dabei scheint insbesondere ein hoher Anteil von Patient*innen mit Multimorbidität mit einem Burn-out-Risiko korreliert zu sein (49).

Im inner-europäischen Vergleich haben deutsche Hausärzt*innen längere Arbeitszeiten, sehen mehr Patient*innen pro Woche und haben entsprechend kürzere Konsultationszeiten (50,51). Gerade für komplexe Beratungsanlässe steht den Hausärzt*innen „unter einem hohen systembedingten Druck“ nicht ausreichend Zeit zur Verfügung (8).

In Folge zeigt sich auch unter deutschen Hausärzt*innen eine große Berufsunzufriedenheit. In einer international vergleichenden Studie aus dem Jahr 2009 gaben 82% der befragten deutschen Hausärzt*innen an, eine grundlegende Änderung des Gesundheitssystems für erforderlich zu erachten (51).

1.2.2. Arbeitsorganisation und Delegation in der Hausarztpraxis

Das weiterhin vorherrschende Modell einer hausärztlichen Praxisstruktur ist die Einzelpraxis. Die Tendenz geht jedoch hin zu kooperativen Praxisstrukturen als Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxisgemeinschaften (52). Typischerweise sind in Praxen Medizinische Fachangestellte (MFA) tätig, die eine dreijährige Berufsausbildung durchlaufen haben. Sie sind in organisatorischen und administrativen Prozessen der Praxis involviert und übernehmen patient*innennahe diagnostische Maßnahmen wie Blutabnahmen, Blutdruckmessungen und das Schreiben von EKGs.

Vor dem Hintergrund der abnehmenden Anzahl von Hausärzt*innen stellt sich die Frage, ob einige hausärztliche Tätigkeiten vermehrt durch nicht-ärztliches Praxispersonal übernommen werden könnten.

In anderen Ländern werden bereits in sehr viel stärkerem Maße als in Deutschland Kompetenzen auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen, im Wesentlichen auf weiterqualifizierte, teils akademisierte, in Praxen tätige Mitarbeiter*innen in Assistenzberufen (53). Ein Cochrane-Review von 2018, in dem aus 18 randomisierten Studien aus sechs Ländern (nicht Deutschland) das Outcome einer Substitution ärztlicher Leistungen durch eine qualifizierte Fachkraft zusammengefasst wurde, zeigte mindestens genauso gute Ergebnisse bezogen auf verschiedene Gesundheitsparameter und Mortalität verglichen mit einer rein ärztlichen Behandlung (54).

Für Deutschland kam bereits 2009 der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu dem Schluss, dass eine Ausweitung der Tätigkeiten der MFA insbesondere zum Beispiel bei Routinekontrollen chronisch Erkrankter gut möglich wäre (55). Die Versorgung der Versicherten durch Ärzt*innen könnte so ergänzt oder ersetzt werden (56).

Sowohl in Modellprojekten zum Einsatz zusätzlich qualifizierter MFA als auch nach einigen Jahren seit Einführung der etablierten und geförderten Qualifizierungsprogramme VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) bzw. NÄPA (nicht-ärztliche Praxisassistenz) kommt es zwar zu einer großen Zufriedenheit sowohl der eingesetzten Fachkräfte als auch der Patient*innen, jedoch reagieren die Hausärzt*innen bisher noch sehr zögerlich, teilweise skeptisch und setzen die qualifizierten Mitarbeiter*innen noch nicht in dem Maße ein, wie ihre Qualifikation es erlauben würde (57–62).

Eine Übertragung ärztlicher Leistungen an medizinisches Fachpersonal ist in Deutschland nur im Rahmen der Delegationsvereinbarung möglich. In dieser ist unter anderem verfügt, dass „der Arzt Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren darf“, dass „zu gewährleisten [ist], dass der delegierende Arzt gegenüber dem nicht-ärztlichen Mitarbeiter über eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt“ und dass „der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert“. Als Anhaltspunkt darüber, was delegierbar ist, wird in einem Anhang ein Beispielkatalog aufgelistet (Anlage 24 des BMV-Ä) (63). Demgegenüber würde bei einer Substitution

ärztlicher Leistungen der Rahmen überschritten, den die Delegationsvereinbarung definiert. Daher ist diese weitreichende Übertragung ärztlicher Leistungen in Deutschland nicht zugelassen.

1.3. Weitere Belastung für Hausärzt*innen: Die Covid-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie führte zu einer zusätzlichen unvorhersehbaren Beanspruchung der hausärztlichen Versorgung. Auch hier waren und sind die Hausärzt*innen wieder die ersten Ansprechpartner*innen bei Infektion und Erkrankung, bei Information und Aufklärung und bei der Impfung. Die Versorgung von 85% der an Covid-19 erkrankten Patient*innen erfolgte in ambulanten Praxen (64). In den ersten Phasen der Pandemie im Wesentlichen auf sich selbst gestellt, mussten Hausarztpraxen fortwährend und entsprechend der Bedingungen der folgenden Pandemiephasen ihre Praxisstrukturen anpassen. Dies betraf organisatorische Aspekte wie die räumliche Trennung von infektiösen und nicht-infektiösen Patient*innen, entsprechende Aufteilung der Teams und ein verstärktes Angebot von Video-Sprechstunden (65–67).

Deutlich wurde wieder die Wichtigkeit eines funktionierenden Teams, in dem die MFA einen essenziellen Beitrag für die Patient*innenversorgung leisten (65,68).

Es gab frühzeitig Hinweise, dass die plötzliche massive Zusatzbelastung zu Veränderungen der Regelversorgung führte, insbesondere in Form von Einschränkungen der Routinekontrollen chronisch kranker Patient*innen (69). Die Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie lassen demnach befürchten, dass die Versorgung insbesondere älterer, chronisch kranker bzw. multimorbider Patient*innen unter Zuständen steigender Belastung nicht mehr ausreichend gewährleistet werden kann (70–72).

1.4. Das Compass-Projekt und das RESPoNsE-Forschungspraxennetz

Den Arbeiten in dieser Habilitationsschrift liegen zwei Forschungsprojekte zugrunde: „Compass“, ein Teilprojekt des Verbundprojektes „Navicare“, sowie „RESPoNsE“, der Strukturaufbau eines Forschungspraxennetzes.

1.4.1 Navicare und das Compass-Projekt

Navicare ist ein regionaler Netzwerkverbund, der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in zwei Phasen gefördert wurde und das Ziel hat, „Barrieren und Ungleichheiten in der Versorgung von Patient*innen mit altersassoziierten Erkrankungen zu reduzieren“ (<https://navicare.berlin/de/>). Am Netzwerk beteiligte Institute, Kliniken und Einrichtungen sind an der Charité-Universitätsmedizin das Institut für Public Health, das Institut für Allgemeinmedizin, das Charité Comprehensive Cancer Center, das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin, das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, der Arbeitsbereich Notfallmedizin/Rettungsstellen am Campus Mitte und am Campus Virchow-Klinikum, das Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie und das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie.

In dem Verbund werden zwei wissenschaftliche Teilprojekte realisiert:

In CoreNavi wurde in der ersten Förderphase ein Patient*innennavigationsmodell entwickelt, mit Hilfe dessen die Versorgungskoordination für Patient*innen mit den Modellkrankheiten Schlaganfall bzw. Lungenkrebs verbessert werden soll. In der zweiten Förderphase wird die Machbarkeit dieses Modells evaluiert.

In Compass („Coordination of medical professions aiming at sustainable support“), dem allgemeinmedizinischen Teilprojekt, wurden in der ersten Förderphase die Barrieren für eine gelingende Koordination der Versorgung älterer und multimorbider Patient*innen und die Unterstützungsbedarfe von Hausarzt*innen eruiert. In der zweiten Förderphase wird eine Kooperation zwischen Hausarztpraxen und Pflegestützpunkte initiiert und auf ihre Machbarkeit hin untersucht.

Die hier vorgelegten Publikationen 1–4 sind im Rahmen des Compass-Projektes entstanden.

1.4.2. Das RESPoNsE-Forschungspraxennetz

Seit 2020 fördert das BMBF den Strukturaufbau von bundesweit sechs überregionalen Forschungspraxennetzen. Ziel ist die Rekrutierung und Qualifizierung von an Forschung interessierten Hausarztpraxen. RESPoNsE („Research Practice Network East“) ist das Forschungspraxennetz der Regionen Berlin, Brandenburg und Thüringen in Kooperation der Institute für Allgemeinmedizin der Charité und des Universitätsklinikums Jena.

Im Laufe der Förderphase sind Pilotstudien vorgesehen, die den Netzaufbau begleiten und erproben sollen. In einer dieser Studien werden in einem mixed methods-Design Hausärzt*innen, MFA und Patient*innen nach ihren Erfahrungen während der Corona-Pandemie befragt, mit Schwerpunkt bei Angebot und Inanspruchnahme von Regel-Leistungen für bzw. von Patient*innen mit nicht Covid-19-assoziierten Erkrankungen. Die hier vorgelegte Publikation 5 umfasst das Studienprotokoll dieser Studie. Publikation 6 stellt die Ergebnisse einer quantitativen Befragung von Hausärzt*innen und MFA dar.

1.5. Zielsetzung und Fragestellungen

Obwohl die demographische Entwicklung mit einer zunehmenden Alterung sowohl der Patient*innen als auch der Hausärzt*innen seit vielen Jahren bekannt ist, ist noch nicht umfassend untersucht, welche Sicht Hausärzt*innen und MFA auf ihre Arbeitsbelastung insbesondere im Hinblick auf die Versorgung älterer und chronisch bzw. multimorbider Patient*innen haben. Beschrieben ist, dass speziell die Koordination der Versorgung eine Herausforderung darstellt. Weniger bekannt ist, ob es Bereiche ihres Leistungsspektrums gibt, für die sich Hausärzt*innen und MFA verstärkt Unterstützung wünschen.

Ziel der vorliegenden Arbeiten war es daher, zum einen zu einem besseren Verständnis der Schwierigkeiten der hausärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung sowie aktuell auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu kommen, und zum anderen zu eruieren, ob es innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen Entlastungsmöglichkeiten gibt.

Innerhalb des Compass-Projektes stand zunächst die hausärztliche Versorgung multimorbider Patient*innen im Fokus.

Fragestellungen waren:

- Was sind die wahrgenommenen Barrieren aus der Sicht von Hausärzt*innen und MFA in der Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen?
- Welche Unterstützung könnten sich Hausärzt*innen und MFA vorstellen: in welchen Bereichen und durch wen?

Diesen Fragen wurde zunächst in einer qualitativen Interviewstudie mit Hausärzt*innen und MFA nachgegangen (Arbeit 1). Darauf aufbauend wurde eine quantitative Querschnittsbefragung bei den Berliner Hausärzt*innen durchgeführt (Arbeit 2). Die Ergebnisse beider Studien wurden schließlich in Fokusgruppen mit Hausärzt*innen diskutiert, um noch vertiefend herauszuarbeiten, welche Unterstützung sich Hausärzt*innen gerade in Bezug auf soziale Beratungsanlässe ihrer Patient*innen wünschen (Arbeit 3).

In der zweiten Förderphase des Compass-Projektes stehen die Erfahrungen mit Pflegestützpunkten aus Sicht der Hausärzt*innen und die Erprobung einer Kooperation im Fokus. Als Vorbereitung für eine Interventionsstudie wurde eine Querschnittsbefragung unter Berliner Hausärzt*innen durchgeführt (Arbeit 4), mit folgender Fragestellung:

- Wie bekannt sind Pflegestützpunkte unter Berliner Hausärzt*innen und welche Erfahrungen bestehen?

Innerhalb des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes werden die Erfahrungen von Hausärzt*innen, MFA und Patient*innen mit der hausärztlichen Versorgung von nicht an COVID-19 erkrankten Patient*innen in einem mixed methods-Ansatz untersucht. Im Studienprotokoll (Arbeit 5) wird das gemischt quantitativ-qualitative Vorgehen beschrieben. Der erste Teil dieser Studie war eine Querschnittserhebung (Arbeit 6) unter Berliner und Brandenburger Hausärzt*innen und MFA, mit folgenden Fragestellungen:

- Welchen Veränderungen unterlag die Versorgung nicht an Covid-19 erkrankter Patient*innen während der Corona-Pandemie?
- Wie gut und mit welchen Maßnahmen gelang die Regelversorgung chronisch kranker Patient*innen?
- Welche Sicht haben Hausärzt*innen und MFA auf ihren Beruf unter dem Eindruck der COVID-19-Pandemie?

2. Eigene Arbeiten

2.1. Die Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen und der Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Praxis

2.1.1. Herausforderungen der Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen in der hausärztlichen Praxis (Publikation 1)

Das BMBF-geförderte Verbundprojekt „Navicare“, in dem „Compass“ das allgemeinmedizinische Teilprojekt ist, legte den Fokus auf Navigation als eine Möglichkeit, vulnerable Patient*innen in ihrer Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Aus allgemeinmedizinischer Sicht stellte sich die Frage, warum Navigation überhaupt erforderlich erscheint, da die Hausärzt*innen grundsätzlich für die Koordination der Versorgung zuständig sind. Es war daher Ziel der ersten Befragung innerhalb des Compass-Projektes, zu explorieren, worin Barrieren für eine gelingende Koordination liegen könnten. Als Modellerkrankung wurden alle Fragen auf multimorbide Patient*innen bezogen, da diese oftmals eine Vielzahl von Versorgern benötigen und komplexe Bedarfe haben, und somit die Koordination der Versorgung besonders herausfordernd ist. Eine erste Annäherung an den komplexen Themenbereich der Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen in der hausärztlichen Praxis erfolgte mit einer Interviewstudie unter Berliner Hausärzt*innen und MFA. Qualitative Methoden sind in besonderem Maße geeignet, sich mit einem offenen Ansatz komplexen Fragestellungen zu nähern (73). Fragestellungen waren, worin für Hausärzt*innen und MFA Barrieren in der Koordinierung der Versorgung multimorbider Patient*innen bestehen, und ob es Bereiche der Versorgung gibt, für die sie sich Unterstützung wünschen.

Es wurden jeweils 16 Leitfaden-gestützte Interviews mit Berliner Hausärzt*innen und MFA durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Sowohl Hausärzt*innen als auch ihre MFA beschreiben sich als im Zentrum der Versorgung stehend und als zuständig für die Koordinierung der Versorgung, insbesondere für multimorbide Patient*innen und deren Angehörige. Aus ihrer Sicht sind sie für ihre Patient*innen nicht nur erste Ansprechpartner*innen für gesundheitliche und soziale Probleme, sondern sehen sich in der Verantwortung, den gesamten Versorgungsprozess, ggf. in Absprache mit anderen behandelnden Ärzt*innen, Gesundheitsversor-

gern und den Angehörigen der Patient*innen zu begleiten. Grundlage dieser umfassenden Zuständigkeit sind ihre Ansprechbarkeit und Zuverlässigkeit sowie das Vertrauen der Patient*innen.

Erschwerend für eine gute Koordination der Versorgung sind aus Sicht der Hausärzt*innen Informationsabrisse an Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgern, sowohl am Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich als auch innerhalb des ambulanten Bereiches zwischen Hausärzt*innen und anderen an der Versorgung beteiligten Ärzt*innen.

Befragt danach, wer bei der Koordination unterstützend tätig sein könnte, sehen sowohl Hausärzt*innen als auch MFA den Einsatz einer von der Praxis unabhängigen Person, wie zum Beispiel Navigator*innen bzw. Lotsinnen, als eher nicht unterstützend an. Besser geeignet wäre eine Person, die direkt in der Praxis arbeitet und den Patient*innen gut bekannt ist. Idealerweise sollte dies eine Fachkraft sein, die auch kompetent für soziale und sozialrechtliche Fragen ist. Gerade in Bezug auf multimorbide Patient*innen schilderten Hausärzt*innen die vielen sozialen Beratungsanlässe als zeitintensiv und überfordernd. Hier wünschen sie sich, die Patient*innen an entsprechend qualifizierte Mitarbeiter*innen innerhalb der eigenen Praxis oder an niedrigschwellig erreichbare lokale Beratungseinrichtungen weiterleiten zu können.

Als große Herausforderung wurde von den Hausärzt*innen der erhebliche Aufwand für administrative/bürokratische Prozesse gesehen. Dabei fallen viele Tätigkeiten an, die aus Sicht der Hausärzt*innen nicht notwendigerweise ärztlich durchgeführt werden müssten – insbesondere bürokratisch-organisatorische Versorgungs-Notwendigkeiten (z.B. die Organisation von Krankentransporten, das Ausfüllen von Anträgen auf einen Pflegegrad) –, sondern von einer entsprechend weiterqualifizierten MFA übernommen werden könnten. Es wurden Unterschiede zwischen den befragten Hausärzt*innen dahingehend deutlich, inwieweit sie diese Tätigkeiten bereits an MFA übertragen. Auch die interviewten MFA zeigten divergente Ansichten dazu, mit welchem Maß der Verantwortung sie diese Aufgaben bereits übernehmen oder sich vorstellen könnten zu übernehmen. Die meisten MFA äußerten Interesse an zusätzlichen Qualifizierungsmaßnahmen, um weitere Aufgaben übernehmen zu können, befürchteten jedoch, dies aus Zeitmangel nicht wirklich realisieren zu können. Der Zeitmangel war ein häufig geäußertes Problem, sowohl bei den Hausärzt*innen als auch bei den MFA. Insbesondere durch die bürokratischen Anforderungen der Praxistätigkeit als auch durch die

mühevollen Versuche, eine fallbezogene Kommunikation mit anderen Versorgern herzustellen, wird aus ihrer Sicht zu viel Zeit verbraucht, die dann nicht dem direkten Kontakt besonders mit Patient*innen mit komplexen Bedarfen zur Verfügung steht.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study

Judith Stumm^{1*}, Cornelia Thierbach¹, Lisa Peter¹, Susanne Schnitzer², Lorena Dini¹, Christoph Heintze¹ and Susanne Döpfmer¹

Abstract

Background: In Germany, a decreasing number of general practitioners (GPs) face a growing number of patients with multimorbidity. Whilst care for patients with multimorbidity involves various healthcare providers, the coordination of this care is one of the many responsibilities of GPs. The aims of this study are to identify the barriers to the successful coordination of multimorbid patient care and these patients' complex needs, and to explore the support needed by GPs in the care of multimorbid patients. Interviewees were asked for their opinion on concepts which involve the support by additional employees within the practice or, alternatively, external health care professionals, providing patient navigation.

Methods: Thirty-two semi-structured, qualitative interviews were conducted with 16 GPs and 16 medical practice assistants (MPAs) from 16 different practices in Berlin. A MPA is a qualified non-physician practice employee. He or she undergoes a three years vocational training which qualifies him or her to provide administrative and clinical support. The interviews were digitally recorded, transcribed and analysed using the framework analysis methodology.

Results: The results of this paper predominantly focus on GPs' perspectives of coordination within and external to general practice. Coordination in the context of care for multimorbid patients consists of a wide range of different tasks. Organisational and administrative obstacles under the regulatory framework of the German healthcare system, and insufficient communication with other healthcare providers constitute barriers described by the interviewed GPs and MPAs. In order to ensure optimal care for patients with multimorbidity, GPs may have to delegate responsibilities associated with coordinating tasks. GPs consider the deployment of an additional specifically qualified employee inside the general practice to take on coordinative and social and legal duties to be a viable option.

Conclusions: The cross-sectoral cooperation between all involved key players working within the healthcare system, as well as the coordination of the whole care process, is seemingly challenging for GPs within the complex care system of multimorbid patients. GPs are generally open to the assignment of a person to support them in coordination tasks, preferably situated within the practice team.

Keywords: Primary health care, Multimorbidity - coordination of care - general practitioner, Medical practice assistant - navigator - qualitative research

* Correspondence: judith.stumm@charite.de

¹Institute of General Practice, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

Due to a recent demographic change in Germany, GPs are faced with a growing number of patients with multimorbidity. The care of these patients with complex needs is often provided by multiple doctors and a range of other healthcare professionals, and the coordination of their care is challenging for both GPs and patients [1]. Coordination of care for multimorbid patients means a functioning trans-sectoral care that interlocks all involved healthcare providers. The coordination of care especially includes work beyond the direct patient contact. The elements that define coordination are difficult to specify, because coordination tasks are not detached from other care tasks [2]. Research findings suggest that coordination of care in general practice as well as care provided by multidisciplinary teams can enhance the continuity of care of patient with multimorbidity [2–4].

Primary health care (–teams) play a decisive role in the coordination and therefore the continuity of care of multimorbid patients [2]. GPs provide comprehensive long-term care for patients with multimorbidity, playing the central role in patients' care, which implies a sense of affiliation [5]. Often, they have to assume a mediating role between specialists and patients in order to find a compromise between the specialist's recommendations and the patient's needs, views and wishes [2–6].

At the same time, the decline in the number of GPs in Germany means that new concepts have to be developed to support them, particularly in the coordination of care for patients with complex needs [7].

Possible concepts include the integration of general practice into a cross-sectoral model of care [8], or the deployment of additional healthcare professionals to coordinate the care of patients with multimorbidity in general practice. The deployment of non-medical professions for coordination tasks and specific clinical duties could relieve the GPs and raise consultation times [2, 8, 9]. Furthermore, medical settings, in which physicians and non-medical healthcare professions work together in teams demonstrate improved patient outcomes [10]. A shared definition of goals, cooperative tasks and responsibilities help to enhance patient care [11].

In Germany, general practices are mostly small units with one or two GPs and two to four MPAs [9]. Currently, single-handed practices are the most strongly represented in Germany [12]. In general practices, the “qualified medical practice assistant” (“Medizinische Fachangestellte”, MPA), the primary mid-level healthcare professional, is an important member of German GPs' practice teams. MPAs complete a three-year training programme which qualifies them for office management/clerical administration (such as scheduling appointments and updating patients' files) and a broad range of nursing-based clinical duties (such as taking medical histories, explaining treatment procedures,

performing diagnostic procedures like ECG and blood pressure measurements, taking blood samples, and providing home visits). Two thirds of the training programme take place in the practice and one third in vocational school [13]. Even though GPs have to provide medical treatments personally, they are allowed to delegate certain tasks. These tasks are defined in the “Agreement on the delegation of medical services to non-medical staff in ambulatory healthcare” by the Federal Medical Association [14]. Studies have shown that care management interventions are feasible and effective if they are delivered by MPAs [15, 16]. The involvement of MPAs can also improve patient care, and lead to a reduction of GPs' workloads [17]. GPs and MPAs work in close collaboration, and MPAs enjoy a high level of acceptance on the side of patients [18].

In other countries, the involvement of additional health professionals in primary care, such as physician assistants, nurses and nurse practitioners in anglo-american countries or “praktijkondersteuner” in the Netherlands is common. A multidisciplinary primary care team might contribute to more comprehensive patient care and improve the coordination of care in comparison to a physician working in a solo practice (Bellagio-Model) [19].

Another model for the improvement in the care of patients with complex needs is based on navigation. Patient navigation is an umbrella term based upon models of care and case management that include support and guidance for patients accessing the care system [20]. Patient navigation does not address a single point in care but follows patients proactively throughout the entire process of ambulatory and inpatient healthcare. Navigation programs differ in types of navigator roles; common tasks are the provision of information, guidance, advocacy, emotional and practical support, as well as education and empowerment [20, 21]. A central aim of patient navigation is to serve vulnerable populations [20].

The research consortium “NAVICARE – Patient-centred health services research” (<https://navicare.berlin/de/>), funded by the Federal Ministry of Education and Research (“Bundesministerium für Bildung und Forschung”, BMBF), aims to acquire knowledge about the barriers which keep patients from receiving optimal care, and to study effective, patient-oriented ways to overcome these barriers, such as navigation, by exploring different perspectives in two subprojects, see Additional file 1: Figure S1.

The subproject COMPASS (<https://navicare.berlin/de/forschung/navicare-forschung/>) focuses on the perspective of the GP practice and patients in the long term ambulatory care. This article concentrates on the findings of the first stage of the mixed-methods approach within COMPASS, the interviews with GPs and MPAs. The aims of the interviews were 1.) to explore the views of GPs' and MPAs' on requirements and barriers for the

successful coordination of care for patients with multi-morbidity and complex needs, 2.) to identify the need for support, and 3.) to investigate opinions on two different models of support: support from within the practice, by delegation and/or expansion of the practice team, or support from external health care professionals, providing navigation.

Methods

We conducted semi-structured interviews with 16 GPs who are statutory health insurance registered (“KV-Ärzte”) in Berlin, as well as one of their MPAs ($n = 16$). The participants were purposively sampled from the practice-based research network “ANCHOR” of the Institute of General Practice, Charité - Universitätsmedizin Berlin. They were approached via e-mail and telephone. The selection of GPs was carried out in order to represent the Berlin GP population in terms of gender as well as the maximum spread of practice locations over different city districts of Berlin. The GPs then designated one MPA from their practice as the other interview partner, meaning that from each recruited practice, one GP and one MPA were interviewed individually. The interviews took place in the respective GP practices.

Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Any identifying details were removed and participants were assigned pseudonyms. Written informed consent was obtained from all participants.

The study was approved by the research ethics committee of the Charité - Universitätsmedizin Berlin (EA4/034/17)."

The interview guideline was developed based on studies from the previous literature as well as the experience of the researcher. It was discussed in a multidisciplinary working group and adjusted until a consensus was reached. The same interview guideline was applied to GPs and MPAs. The interview guideline included a number of open questions regarding the theme's coordination, delegation, optimal care and community care in general practice (see Table 1).

Face-to-face interviews were chosen as the data collection method for the first stage of the COMPASS project. This was in order to ensure in-depth discussions of this complex topic. The issues raised in the interviews were then used to develop a questionnaire that was sent to all GPs in Berlin who are statutory healthcare registered. The aim was to supplement the qualitative study results by obtaining a broader perspective of a large number of GPs. In this paper we report the results of the interviews with the GPs, complemented by the views of the interviewed MPAs.

Data analysis

By using the framework analysis [22] as a systematic approach to manage and analyse qualitative data, seven

Table 1 Topic guide with exemplary questions from the interview guideline

Theme: Coordination	
Topic	Examples of questions
1. Problems/Barriers in health care coordination	Can you recall a multimorbid patient of yours with complex care needs?
2. Patient groups with need for coordination	Are there any other patient groups that you think are particularly affected by coordination difficulties?
3. Achievements in the coordination of health care	Can you think of an example where coordination went well?
4. Improvements in the coordination of health care	You mentioned some problems and achievements, do you have additional suggestions on what you would like to improve in coordination?
5. Coordination within your practice	Could you imagine that one or more people in your practice take on coordinative tasks?
6. Coordination offers outside the general practice	There are concepts and projects that introduce so-called external navigators - these are additional people who are supposed to take on specific coordinative tasks but are not permanently located in the GP practice. Do you have any experience with this?
Theme: Delegation	
7. Delegation of medical services from doctor to medical practice assistant in the practice	Which additional tasks would you hand over to your medical practice assistant?
8. Recognition of the professional group of the medical practice assistant	What could be an appropriate appreciation/compensation for the additional services and responsibilities of the medical practice assistant?
9. Team collaboration	How do you exchange information about patients in your team?
10. Multidisciplinary collaboration	Could you imagine having an employee in your practice who is neither a medical doctor nor a medical assistant, but belongs to a new professional group and takes on tasks of care and coordination?
Theme: Optimal Care	
11. Definition of optimal patient care from a primary care perspective and viewpoint of the MPA	What would optimal care mean for your sample patient from the question in the beginning?
Theme: Community Care	
12. Use of social and medical support services in the region	What are your experiences regarding medical and social support services? Which ones do your patients use?

Topic guide with exemplary questions. Complete interview guideline is available from the authors upon request. Questions could be individually adapted to the conversation flow of the respective interviews

steps have been implemented: (1) transcription of the interviews; (2) familiarisation with the interviews; (3) coding; (4) developing a working analytical framework; (5) applying the analytical framework; (6) charting data into the framework matrix; and (7) interpreting the data. The interviews were analysed by a research team that included researchers from different professional disciplines, such as GPs, health services researchers, a sociologist and a public health scientist. By applying these different perspectives, researcher (investigator-) triangulation was achieved. Two researchers (CT, JS) coded the interviews independently. Subsequently, both researchers compared, discussed and, if necessary, adjusted the coding. A combined deductive and inductive approach was used for the coding procedure. Consensus on the interpretation was established in the group of researchers after a thorough discussion of the data.

All interviews were analysed with the support of the qualitative analysis software program MAXQDA® 18 (VERBI software GmbH, Germany).

Results

We interviewed 16 GPs from nine different city districts and, independently, 16 MPAs from the same practices (for details, see Table 2). Each interview lasted 45 to 60 min.

Coordination from the perspective of the GPs

Initially, we wanted to know what the term “coordination” means to GPs in the context of care for patients with multimorbidity. The interviewed GPs had various opinions on what coordination consists of.

“Well everything I do here is actually coordination, I bring the various support possibilities and healthcare services together, yes. I do little else except coordinate. Apart from prescribing tablets. [...] and so we actually do very little. We are more a sort of dispatcher; we connect where and when it makes sense.” (GP_10).

“[...] Coordination means: one learns from the other ... and one informs the other, like hospitals and GPs. [...]” (GP_11).

Table 2 Characteristics of interviewees by group (n = 32)

Characteristics of interviewees	GPs (n = 16)	MPAs (n = 16)
Gender	Male: 10 Female: 6	Male: 2 Female: 14
Age (years)	Median: 54.5 (Range: 39–69)	Median: 44 (Range: 21–63)
Practice type	Single handed: 7 Group: 9	
Number of employees in the practice	Median: 5.5 (Range: 3–19)	

“Determining the medication regime; ensuring home care; referrals, also for physiotherapy, logotherapy etc.; avoiding hospitalisations; and the quality of life of the patient and the psychosocial context are also important.” (GP_15).

The coordination role of the GP starts with being the primary contact for the patient, assessing the needs of the patient and their relatives and organising further help structures.

The general practice constitutes a social and medical contact point and simultaneously provides immediate and sustained medical care. It can act as an advisory point for medical matters but also for social and legal problems, relating to questions relevant to family as well as local community relationships, and questions relevant to social legislation like gaining access to social benefits and socio-medical services.

“[...] The general practitioner is the person who is always in charge.” (GP_7).

GPs perceive themselves as the appropriate person to coordinate patients' care. They take on a coordinating role by law (Book V of the Social Law § 73), but also see themselves as the authority to manage the patient's entire care process. The role of the coordinator includes organisational and administrative matters, as well as coordinating care involving other medical and non-medical professionals, such as other medical specialists, home care services, physiotherapists, psychologists or health insurance.

GPs cite examples of successful coordination, such as the involvement of patients' relatives, the implementation of the standardised national medication plan, the introduction of disease management programs (DMP), as well as quality assurance measures.

In summary, from the GPs' perspective, good coordination:

- requires defining what is best for the patients and acting in the interests of the patients;
- in general practice, is based on reliability as well as trust in the practice staff;
- requires that all medical and non-medical key players engaged in the patient's care have knowledge of and communicate with each other.

Barriers to successful coordination

Frequently reported problems in the coordination of patients' care were constraints resulting from administrative and organisational issues, the regulatory framework for GPs in Germany, and the communication with other health professionals and specialists.

Organisation and administration

Many of the patients' needs are not of a medical nature. Some of the interviewed GPs feel that there is a need to delegate services that do not fall within their responsibilities to other professionals. These needs are not of a medical nature and rather relate to social and legal issues.

"[...] There is a need for services that essentially don't fall into the responsibility of the GPs because they are not of a medical nature. They could be delegated to a person who is qualified in social matters, for example, social services." (GP_16).

Many interviewed GPs feel burdened by the lack of time in the care of patients with complex needs. The scheduled time for consultation does not provide enough time to deal with the multiple issues of the patient.

"Lack of time is the biggest problem. The patients have too many issues ... and after the consultation, they don't know any more what has been discussed. I try to write it down for them, but I only have the time for very short notes. [...]" (GP_8).

The burden of administrative and organisational requirements seems to be particularly high when caring for patients with multimorbidity.

According to the interviewed GPs, organisational and administrative tasks include accounting, arranging appointments with specialists and other healthcare providers, filling out and signing forms (such as assessment forms for nursing care), organising home care services, and organising the transfer of immobilised patients to hospitals or other health specialists.

"Let me put it this way. We have an 85-year-old male patient; we have to arrange appointments for him, organise transport and even have to print out his medical report and make sure he takes it with him." (GP_5).

Some GPs feel that certain organisational duties could be assigned to a trusted MPA, but most GPs want to retain ultimate responsibility. Others would appreciate an additional employee to take responsibility for all future organisational and administrative tasks.

"I would wish that all these forms [...] could be signed by a nurse, e.g. for home care, ergotherapy, even the repeat prescriptions. Why not? This would be a relief for me because for this you don't need to be a doctor [...] But this isn't possible with the existing bureaucratic regulations." (GP_1).

Regulatory framework for GPs in Germany

Individual elements of the general framework of the German health system seem to cause a barrier to patient care.

The interviewed GPs reported that they need to justify necessary care beyond the basic level of services, which causes extra administrative work.

In this context, a frequently mentioned problem is the insufficient remuneration for the care of patients with complex and frequent needs. GPs describe that they are often in conflict in terms of whether to act in line with economic considerations or to offer optimal care for this patient group by investing a considerable amount of time and financial resources.

"[...] The lump sum payment per patient per three months only covers two visits per patient. Patients who are chronically ill and have to come more often are not sufficiently covered. [...] If I wanted to work economically, I could only see the patients twice every three months. But even if the patient is not here, I still have to react to diagnostic reports and have to organise things like transports to other doctors or arranging appointments [...] If I want to care for the patients at the highest possible level, I have to do that for free." (GP_5).

In Germany, every patient has to be personally seen by the doctor, even for minor ailments. Some interviewees believe that an employee with an additional qualification in certain fields could relieve the GP and provide more room for the care of patients with complex care needs.

"This would indeed be a relief for us, but it would also turn our system on its head (laughs). We are a doctor-dominated system and every patient with a bug, such as a cold, has to visit a GP. Of course, it would make more sense if not every patient with minor ailments was obliged to visit a GP; why should I as a doctor see every patient with a cold? It's completely absurd. Economically, of course, it makes sense: financially it is attractive to see healthy patients." (GP_12).

In Germany, GPs don't have a gatekeeping function. Therefore, some patients don't even have a GP. Most of the interviewed GPs perceived that multimorbid patients with insufficient social support from a stable social environment who are not in contact with a general practice, are in danger of slipping through the net of the German healthcare system. On the other hand, patients with complex needs may make extensive use of the system. For both patient groups, it would be helpful if someone led them through the "jungle" of manifold available healthcare resources and coordinated their care.

“This is a structural problem: someone rambles through the health care system without any coordination, then suddenly hits the GP practice with a completely unclear situation. Then it is impossible to reconstruct the story because reports were not collected anywhere” (GP_12).

Communication with external healthcare providers

The interviewed GPs reported a lack of sufficient communication structures with other caregivers such as specialist physicians, home care nurses or physiotherapists. Much time has to be invested into trying to contact other healthcare providers in order to coordinate the next steps in the care of the patient. In Germany, patient data is not exchanged electronically between healthcare professionals. External patient documents such as discharge letters and findings are usually sent by post.

Often medical reports are only sent to GPs after repeated reminders. As a result, the coordination of care becomes difficult when important information is missing or is difficult and time-consuming to obtain.

“I actually don’t spend most of my time treating patients and writing prescriptions; I spend most of my time talking, listening, calling someone, not being able to reach someone and then having to call someone else. This makes some situations very difficult.” (GP_14).

The GPs reasoned that better cooperative treatment with the possibility of easily accessible, specialised counselling for patient-related issues would lead to better patient care.

In the interviews, they often emphasised the difficulty that patients have obtaining appointments with specialists, as well as the lack of opportunities for professional exchange with other doctors.

“To obtain an appointment with a specialist sometimes is really difficult for the patient. Principally, it is an option that we as GPs try to arrange for an appointment, but we also have to phone several times before we reach somebody, and this is extremely time-consuming and often unsuccessful. [...] So, you have to send the patient home and try it again after office hours, and finally you have to ask the patient to come again to your practice to explain everything. All this requires considerable effort ...” (GP_3).

Discharge from hospital

Another frequently mentioned problem is the uncoordinated management of discharge from hospital. Often the patient gets discharged from hospital without ensuring the

further continuation of treatment. The GPs don’t receive information about the patient’s discharge in advance to prepare further care. Often discharge takes place just before the weekend and without sufficient medication.

“I believe that patients are getting pushed out of clinics. From a GP’s perspective, we are being presented with a fait accompli without being consulted. And even as GPs, we can’t organise home care on a Friday evening. The cooperation just doesn’t work.” (GP_2).

Through premature and/or uncoordinated discharge from the hospital, aftercare is shifted from the hospital to the general practice.

Concepts for task shifting to an additional healthcare professional inside or outside the general practice

During the interviews, the GPs identified some tasks and responsibilities that, in principle, could be shifted to other professional groups inside or outside general practice (see Table 3). From the perspective of the GPs, it is an essential prerequisite for task shifting that the patients are open to a new person becoming involved in their care. The patients need a person whom they can trust.

During the course of the interview, the GPs were asked for their views on two different concepts to support the general practice in the coordination of care: the deployment of an external navigator who is not affiliated with the general practice; or, alternatively, the employment of a further healthcare professional within the practice.

Deployment of an external navigator

The interviewer explained the definition of an external navigator as a person who is not employed by the practice but is affiliated to another institution that participates in the collaborative care of the patient.

Only very few of the interviewed GPs had ever heard or read about the possible role of a “navigator”, and most of them were sceptical. Initially, they could not imagine which professional group had to the skills and abilities to work as an external navigator. For GPs, a

Table 3 Possible areas of responsibilities for an additional health care professional

Arrangement of appointments with specialists
Organisation of the patient transfer
Providing advice relating to social and legal services
Undertaking home visits
Coordination of patients with dementia or multimorbidity
Contact and communication with other health care professionals involved in the care

well-coordinated team is crucial. An external person, who does not know the team members and the work structure of the practice, could be a disruptive factor. The GPs feared needing to invest even more time and energy into the integration of yet another person who does not know the work processes of the practice.

“(...) No, I haven’t had any experience with it at all. I think it’s a waste of time and energy. I can’t see how this cooperation can work out; it would be like Chinese Whispers. There will be yet another person between me and the patient. I’d prefer to deal directly with the patient or ask my MPA to sort things out. I think it will just cause further mistakes and I don’t have the time. When it comes to time management, I can’t see how it would improve anything either.” (GP_14).

Table 4 gives an overview of the reasons GPs are sceptical about both task shifting concepts or why they refuse to work with an external navigator or an additional employee inside the general practice.

A few GPs still felt attracted by the idea of an external navigator, although they remained sceptical at the same time.

“Yes, for the moment, as an interim solution, this might be a good idea. But I think in the long run, another institution can’t replace what should actually happen in the practices. [...] And there are too many multimorbid patients. So, this would only work in lighthouse projects but could not be applied comprehensively. [...]” (GP_12).

Deployment of other healthcare professionals inside the practice

The idea of the employment of a further healthcare professional within the practice was accepted more openly than the idea of an external navigator. From the perspective of some of the interviewed GPs, shifting tasks and responsibilities to an MPA could be a possible solution, either with an MPA who already is a member of the team or to an additional MPA.

Table 4 Arguments against a task shifting concept

Limited financial resources
Requires a large amount of time
MPAs take over most of the tasks already
MPAs are familiar with the patients
Deployment location only possible outside the practice, for example, in home care
Patients need a person they know

“The point is that the medical practice assistants know the patients, and this, of course, gives them an enormous advantage over external professionals.” (GP_13).

The idea of assigning a person who works within the practice and who is familiar with social and legal matters was mentioned frequently by the GPs.

“Anyone medical, social, possibly social AND medical, so that they can take part in the process. In an ideal world it would be a medical practice assistant or a nurse or even better, a medical practice assistant who has had further training.” (GP_11).

Most of the interviewees felt that an additional person involved in the care of multimorbid patients inside the practice could reduce the burden of the GPs as well as MPAs, given that the effort required to involve this person is low.

Social worker/ person who is familiar with social and legal matters

GPs are highly aware of the patients’ unmet needs with regards to social and legal issues, especially in the context of multimorbidity. Upon asking the GPs which professional group would be the most appropriate to meet these needs, the majority of GPs mentioned the need for a qualified person to take care of all social and legal demands.

“Well I would like it if I had someone who could take over the social issues, a kind of social worker. There are lots of problems which older patients have and can’t deal with any more, such as writing applications and filling out forms. I would like it if there was someone here who could explain how to draw up a living will. I just don’t have the time and neither do my MPAs, so I can’t delegate it to them.” (GP_9).

“I don’t know how other doctors manage, but I think they face the same difficulties. I have problems with all this social legislation, I never really got to grips with. This gets more and more complicated. [...] How is a physician sitting in his practice all day long supposed to understand this? If this could be done by someone else ...” (GP_1).

Several possible ideas for assigning social and legal matters to an additional member of the care team were discussed. These consisted of:

- A social worker who is employed within the general practice, belonging to the established practice team.
- A social worker who is not directly affiliated with the general practice, but to another institution.

- A social worker who is shared by several general practices in the district and who could be deployed to different practices on an hourly basis.
- Qualifying the existing MPA with training or specialisation in social and legal affairs. However, to ensure financing, additional services must be covered by the public health insurance scheme.

The role of the social worker is primarily to be the first contact person for patients, relatives, GPs and other relevant parties with regards to social and legal issues.

Perspective of the MPAs

MPAs perceived similar problems to GPs in the coordination of care of multimorbid patients. Organisational and administrative issues appeared to be a major concern and require additional time for MPAs as well as for GPs.

The MPAs described themselves as the principally responsible person for administrative and organisational tasks. Phone calls, arranging appointments and filling in forms are typical administrative and organisational tasks for MPAs.

“It is really time-consuming to arrange appointments and organise the transport of immobile patients. [...]” (MPA_7).

By assigning the full responsibility for these matters to MPAs, in their view, double structures in administrative procedures could be avoided.

„ [...] As soon as the request for nursing care is received it is processed by us. Then the doctor checks it back; he determines whether everything is filled in correctly. Finally, he signs it and gives it back to us to send the formula back to the patient or nursing care.” (MPA_15).

In contrast to the GPs, the MPAs tended to focus more on the coordination within the general practice and the cooperation of everyone involved. For example, the issues of priority were the communication with the patient and their relatives as well as the regular scheduling of patients' appointments.

“Important is the cooperation between my boss and us, and with the relatives; only if we all have the same goal can things work out”. (MPA_9).

The interviewed MPAs were highly motivated and willing to extend their knowledge by undergoing further training. Nevertheless, a lack of time was considered to be a barrier to acquiring additional qualifications.

“Very often you would like to do more, but you simply don't have the time. This really is a shame in this profession: we go through our day like a hamster on a wheel and we can only touch the surface. But when you do this very thoroughly you also are more satisfied.” (MPA_16).

MPAs seem to be persons of trust to whom patients can talk to on their own level. In contrast, GPs are seen as authority figures. Accordingly, patients entrust MPAs with more intimate information. MPAs hereby undertake the important task of distinguishing between personal and health-related information and decide what to communicate to the GP.

“For example, when you are alone with a patient while taking a blood sample, they take the opportunity to tell me things they wouldn't want to report to the doctor.” (MPA_6).

“The doctor is seen almost as a god by some patients. So, we are rather on the same level and they rather share their worries with me.” (MPA_16).

In line with the perspectives of the GPs, the MPAs were concerned that an additional coordinator or navigator from outside the practice might disturb the workflow.

“Well, I think if we were better organised, we would be able to manage everything from within. Somebody from the outside would really need time to understand the processes, and probably every practice is a bit different.” (MPA_16).

Discussion

This paper explores the perspective of GPs, complemented by the views of MPAs of the same practices, of requirements and barriers for the coordination of care of patients with complex needs, such as multimorbid patients.

While the responsibility of the GPs for the coordination of patient care is embodied in German social law, in the interviews we found very heterogeneous views on what coordination entails, especially in the context of complex care for multimorbid patients.

A study from Krug H. demonstrates the necessity of additional expenditure for the care of elderly, multimorbid patients. New financial concepts should be adopted to prevent negligence occurring in the patients' medical care [23].

Our results confirm the problem of the lack of adequate compensation for coordination tasks, which may hinder the GPs from giving optimal care to their patients. GPs have to consider their resources while trying to provide optimal care to their patients [24, 25].

A barrier discussed by many of the interviewed GPs and MPAs is the insufficient cooperation and communication between different players in the healthcare system, especially across the sectoral borders. Successful cooperation requires a full and timely flow of information.

The interviews show that the importance of cooperation across the sectors is particularly reflected in the problems regarding the discharge of the patient from hospital. Treatment reports and discharge letters were reported as often not reaching the GPs in time. Medication regimes as recommended by the hospital are often not fully understood by the patients at the time of discharge.

This is in line with previous research. An international health policy survey with primary care physicians from 2006 shows that more than 50% of primary care physicians wait over 14 days before receiving the patients' full report from the hospital after their discharge. 70% of the responding GPs stated the importance of better integrating information systems between office-based physicians and hospitals [6]. Other studies confirm that discontinuation of care happens at the interface between the inpatient and outpatient sectors [23, 26–29]. Also Gulliford et al. confirm that problems with management continuity of care are highly associated with hospital utilisation [3]. The focus still is on acute medical care and specialist care. Too little emphasis has been given to life-long support for chronically ill patients in primary care [2]; life-long support measures are implemented in the general practice. A coordinated care in general practice including a good relationship between doctors and patients and the collaboration between different professions in different settings goes hand in hand with continuity of care [3].

Furthermore, statutory regulations require substantial time and effort for administrative and organisational matters. The documentation of work, filling in forms and administrative tasks are part of the doctors' responsibilities.

The interviews with GPs confirm that these tasks are a major part of the coordination of care in general practice. The interviewed GPs burdened by assuming organisational and administrative tasks while providing medical care. Assigning responsibility for these tasks to someone else, such as an additional MPA, could allow them to focus on the medical care of the patients. The findings from our interviews are in line with the findings of a study from Margolius et al.; at times of primary care physician shortage, it may help to improve patients' care by reorganising practices to expand the capacity for staff members to engage in different tasks [30].

While expressing a need for support and identifying possible tasks that could be delegated, GPs mostly seem to favour support by an additional healthcare professional who works within the general practice while retaining ultimate responsibility.

The findings from our interviews with MPAs confirm that they are highly motivated to undergo further training to take over more responsibilities and to relieve GPs. Previous studies also show that MPAs are interested in gaining supplementary qualifications. Further training of MPAs can strengthen the role of the MPA in the practice team and improve the quality of patients' care as well as the satisfaction of patients [31, 32]. However, the expansion of roles in general practice will only be feasible if GPs do not feel threatened by the shift of territory and responsibility [15, 17].

As for coordination tasks, which were the focus of our study, the question arises as to whether one single, uniform concept for the support of the GPs would fit the setting of each individual general practice. The expert report from the 'Advisory Council on the Assessment of Developments in the Healthcare System' [2] underlined the need for further structural development in primary healthcare in Germany, involving a restructured distribution of work and competencies, in which non-medical professionals will take over more tasks and responsibility. The advisory council stressed the need for research on the significance of organisational features such as leadership and practice culture in Germany, as well as internal resources for changes on health outcomes in general practice [2].

GPs are highly aware of multimorbid patients' unmet social needs and they do not feel sufficiently equipped and qualified to respond to questions concerning the social and legal sector. Another professional group – such as social workers or MPAs with further training in social and legal fields, in cooperation with other local institutions – could address social and legal issues without interfering with GPs' responsibility. These findings are in line with previous studies. Social workers can provide comprehensive care, which goes hand in hand with a broad range of roles, such as, helping patients to cope with their complex chronic illness providing counselling, or supporting patients and families in their daily routines [33]. McGregor et al. found that patients with complex needs may obtain measurable health benefits from the deployment of social workers in primary care settings [34]. According to Zimmermann et al., cooperative and "low-threshold" solutions to employ non-medical support measures in the general practice are required [35].

Strengths and limitations

Certain limitations should be taken into account when interpreting the findings of the study.

Recruiting GPs from a practice-based research network assures sufficient participation rates but might introduce sampling effects and bias by selecting GPs

who are interested in research and therefore more committed than others [36]. However, the non-random selection of participants by applying a purposive sampling strategy is the adequate choice when aiming at understanding the opinion of individuals who are already informed or interested in the topic of the study [37].

We believe that by performing a comprehensive survey as the next step in the project, on the basis of the results of the qualitative interviews, a broader perspective of a large number of GPs will be integrated with the deeper insights of a selected group. By using the framework approach to analyse the data, we could benefit from multidisciplinary teamwork. This approach may also add different perspectives and provide more depth to the data.

The patient perspective will be evaluated in further subprojects: an ongoing interview study explores the view of chronically ill patients on the quality of care and unmet needs. Furthermore, as part of a regular nationwide survey members of the public are asked for their view on delegation of tasks to medical practice assistants. The results will complement the perspective of GPs and MPAs presented here.

There may also be limitations concerning the transferability of the results to other countries. The German healthcare system neither has a gatekeeping system nor rules for committing patients to specific practices. Our findings reflect the characteristics of German settings. Nonetheless, we discussed and underpinned our findings with several studies from the international literature, in which new models of coordination in general practice have already been developed.

Conclusions

Coordination is a primary component in patient care in general practice. The term “coordination” includes a wide range of tasks, which vary depending on the structure of the practice. The GP, as the coordinator of the whole process of care, has the main responsibility. Therefore, they also take responsibility for tasks which aren't exclusively medical and are not remunerated. The support of patients with multimorbidity, in particular, is comprehensive and involves players across different sectors. In order to ensure optimal care for this patient group, the general practice needs to obtain coordinative support. The findings from the interviews in this study show that GPs and MPAs hold diverse opinions about possible solutions. Both GPs and MPAs are generally interested in implementing new concepts, but they are also still sceptical about the practicability. GPs are nevertheless more open to the deployment of an additional healthcare professional within the practice rather than from outside.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>.

Additional file 1: Figure S1. NAVICARE network. Authors own figure of NAVICARE project structure

Abbreviations

DMP: Disease management programs; GP: General Practitioner; MPA: Medical practice assistant

Acknowledgements

The authors would like to thank all interviewees for participating in this study and sharing their ideas, knowledge and experiences with the coordination of multimorbid patients.

Furthermore, we would like to thank all of the researchers for participating in the interviews as well as supporting the NAVICARE research consortium team and the funding of the German Ministry of Education and Research.

Authors' contributions

All authors qualify as an author according to the ICMJE guidelines. They have read the final draft of the manuscript and have revised it for important intellectual content. In the following, we highlight the particular commitment of individual authors in certain areas: J.S., S.D., L.P. and C.H. developed the research questions. J.S., L.P. and S.D. conducted the interviews. J.S. and C.T. predominantly performed the qualitative analysis. S.D. and C.T. monitored the data collection for the entire study. As part of the analysis, S.D., C.T. and C.H. regularly discussed the results of the coding process with J.S. to ensure a high-quality analysis. S.Schn. substantially contributed to the results section and discussion of this paper by integrating the patient perspective into the interpretation of this study by providing results from the patient survey. L.D. substantially supported the study as well as the writing process with her professional expertise in the field of delegation and task shifting in primary care. J.S. wrote and revised the first draft of the manuscript and all authors contributed to editing the article. S.D., C.T., C.H., S.Schn. and L.D. contributed significantly to subsequent manuscript revisions. All authors have read and approved to the final version of the manuscript.

Funding

COMPASS is part of the research consortium “NAVICARE – Patient-centred health service research” and is funded by the German Ministry of Education and Research (BMBF- grant no. 01GY1601).

The funding body had no role in the design and conduct of the study, data collection, analysis, and interpretation of the data; nor in the preparation, review and approval of the manuscript.

The publication is supported by the Open Access Publication Fund, provided by the Charité-Universitätsmedizin Berlin, and the German Research Foundation (DFG).

Availability of data and materials

The data in this paper is based on the transcripts of 16 audio-recorded interviews with GPs and their MPAs. Data supporting the findings of this study can be found in the translated quotes in the results section of this article. However, to protect the participants' identities, the full data from this study (transcripts and audio files) will not be made available to the public.

Ethics approval and consent to participate

The study protocol for this qualitative study was approved by the ethical review committee of the Charité - Universitätsmedizin Berlin (reference EA4/034/17). All participants gave written informed consent to participate in the study.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Institute of General Practice, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. ²Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany.

Received: 10 July 2019 Accepted: 7 November 2019

Published online: 20 November 2019

References

- Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*. 2011. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-163>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *J Health Serv Res Policy*. 2011. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010015>.
- Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*. 2009. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008111>.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. 2009. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.w1>.
- Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Medical assistant-based care management for high-risk patients in small primary care practices: a cluster randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2016. <https://doi.org/10.7326/M14-2403>.
- Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med*. 2010. <https://doi.org/10.3238/zfa.2010.0159>.
- Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med*. 2011. <https://doi.org/10.3238/zfa.2011.0280>.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *Jama*. 2004. <https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1246>.
- Foth T, Block K, Stamer M, Schmacke N. The long way toward cooperation: nurses and family physicians in northern Germany. *Glob Qual Nurs Res*. 2015. <https://doi.org/10.1177/2333393614565185>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesärztereister. Bundesgebiet insgesamt. Stand 31.12.2017. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf.
- Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract*. 2012. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm127>.
- Vereinigung K. Bekanntmachung der Herausgeber. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. *Dtsch Arztebl*. 2013;110(38):A1757–60.
- Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x>.
- Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, et al. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care*. 2009. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp032>.
- Rosemann T, Joest K, Koerner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract*. 2006. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-14>.
- Boelter R, Ose D, Goetz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. [Involvement of doctors' assistants in primary care for patients with long-term conditions. General practitioners' (GPs) perception of barriers and opportunities—a qualitative study]. *Med Klin (Munich)*. 2010; doi:<https://doi.org/10.1007/s00063-010-1000-3>.
- Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. [The Bellagio Model: an evidence-informed, international framework for population-oriented primary care. First experiences]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2009; doi:<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.06.006>.
- Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Dudley DJ, Fiscella K, Paskett E, et al. National Cancer Institute patient navigation research program. *Cancer*. 2008. <https://doi.org/10.1002/cncr.23960>.
- Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*. 2012. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0982>.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>.
- Krug H. Der alte Patient: Herausforderung an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes. *Ethik in der Medizin*. 2009. <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0012-0>.
- Klingler C, Marckmann G. Was ist eine gute Versorgung? Ein ethisches Framework zur Bewertung der Versorgung chronisch Kranker. *Gesundheitswesen*. 2015. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387741>.
- Irvine DH, Donaldson LJ. The doctor's dilemma. *Br Med Bull*. 1995. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072999>.
- Yatim F, Cristofalo P, Ferrua M, Girault A, Lacaze M, Di Palma M, et al. Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: a mixed method study for the case of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3474-x>.
- Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Masya L, et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01187.x>.
- Sondergaard EG, Grone BH, Wulff CN, Larsen PV, Sondergaard J. A survey of cancer patients' unmet information and coordination needs in handovers - a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2013. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-378>.
- Gothe H, Köster AD, Storz P, Nolting HD, Häussler B. Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. *Dtsch Arztebl*. 2007;104(20):A1394–9.
- Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med*. 2012. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.100279>.
- Wilm S, Kalitzkus V, Schluckebier I. AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Z Allg Med*. 2009. <https://doi.org/10.3238/zfa.2009.0403>.
- Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, et al. Dedicated but poorly paid! Study on health care assistants' views on their profession. *Z Allg Med*. 2014. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0445-0450>.
- Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The critical role of social workers in home based primary care. *Soc Work Health Care*. 2014. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.884041>.
- McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>.
- Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid, Fortbild und Qual im Gesundheitsw: Reaktionen*; 2018. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008>.
- Wetzell D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, et al. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam Pract*. 2005. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi022>.
- Etikan I, Bala K. Sampling and Sampling Methods. *Biom Biostat Int J*. 2017. <https://doi.org/10.15406/bbij.2017.05.00149>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

2.1.2. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzt*innen in der Versorgung von Patient*innen mit komplexem Bedarf (Publikation 2)

Aufbauend auf den in Publikation 1 dargestellten Ergebnissen wurde eine quantitative Querschnittsbefragung bei Berliner Hausärzt*innen durchgeführt. Der papierbasierte Fragebogen wurde postalisch an die 2354 Hausärzt*innen geschickt, die in dem Internetportal „Arztsuche“ der KV Berlin gelistet sind und gültige Adressen hatten. 557 ausgefüllte Fragebögen kamen zurück und gingen in die Auswertung ein, entsprechend einer Response-Rate von 23,7%.

Die Ergebnisse der Interviewstudie bestätigend sprach sich eine Mehrheit der Hausärzt*innen für die Notwendigkeit einer Unterstützung in der Koordination der Versorgung, bei der Bewältigung bürokratisch-administrativer Tätigkeiten und bei der Adressierung sozialer/pflegerischer Anforderungen aus. Entsprechend wurde auch hier von der Mehrheit Unterstützung am ehesten durch eine/n Mitarbeiter*in der eigenen Praxis oder durch ambulante Pflegedienste und/oder Sozialarbeiter*innen und Beratungsstellen gewünscht.

Entgegen den Ergebnissen der Interviewstudie gaben hier mehr als 70% an, auch einen Versorgungslotsen als potenziell unterstützend zu sehen, insbesondere für organisatorische Aspekte der Versorgung.

Ergänzend zur Interviewstudie wurde in der Fragebogenerhebung auch nach der Einstellung zu Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen gefragt. Vor dem Hintergrund einer hohen und steigenden Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung ist die Einstellung aller Beteiligten, insbesondere von Hausärzt*innen und Patient*innen zu Delegation und Substitution von hoher Relevanz.

In der Fragebogenerhebung gaben 60% der befragten Hausärzt*innen an, sich schlecht oder sehr schlecht zur Delegationsvereinbarung informiert zu fühlen. Während mehr als drei Viertel der Befragten angaben, bereits zu delegieren, und sich weiterhin fast zwei Drittel eine zusätzliche Unterstützung von Seiten ihrer MFA bei der Versorgung von Patient*innen mit komplexen Bedarfen wünschen, bewegen sich die Hausärzt*innen hier offenbar mehrheitlich in einem als unsicher wahrgenommenen Rechtsraum.

Mehr als drei Viertel der Befragten sprachen sich für eine Substitution ärztlicher Leistungen aus. Knapp die Hälfte könnte sich auch vorstellen, eine akademische nicht-

ärztliche Fachkraft in der Praxis zu beschäftigen, sofern die Finanzierung machbar wäre.

Die Befragung erlaubte durch die Erhebung demographischer Daten eine Differenzierung des Antwortverhaltens in Abhängigkeit von persönlichen und beruflichen Charakteristika mit Hilfe von bivariaten und multivariaten Auswertungen. Demnach waren es tendenziell eher jüngere und weibliche Hausärzt*innen in einer kooperativen Praxisform, die sich zustimmend zur Übertragung von Tätigkeiten an andere Berufsgruppen bis hin zu einer Substitution ärztlicher Leistungen äußerten.

Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Kuempel L, Grittner U, Schnitzer S, Rieckmann N, Dini L, Heintze C.
Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf:
Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte
Gesundheitswesen 2021; 83(10), 844–853.
<https://doi.org/10.1055/a-1173-9225>

2.1.3. Nicht-medizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis (Publikation 3)

Gerade multimorbide Patient*innen stellen Hausärzt*innen vor große Herausforderungen in der Bewältigung nicht-medizinischer Probleme. Insbesondere die sozialen Fragestellungen der Patient*innen wurden bereits in der Interviewstudie in Publikation 1 vielfach von Hausärzt*innen als Aspekte benannt, für die im Praxisalltag nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Dem sollte in Fokusgruppen nochmal verdeutlichend nachgegangen werden, vor allem in Hinblick auf den Bedarf der hausärztlichen Praxen, Patient*innen mit diesen Fragestellungen an geeignete andere Institutionen verweisen zu können. Die elf teilnehmenden Hausärzt*innen erhielten einen konstruierten, aber typischen Fall eines multimorbiden Patienten, bei dem es zu einer Vielzahl von akuten und chronischen medizinischen und sozialen Problemen kam. Anhand dieses Falls wurden das typische Vorgehen, übliche Herausforderungen und Lösungsansätze diskutiert.

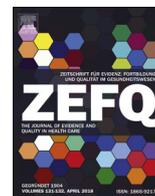
Die Hausärzt*innen beschrieben insbesondere den hohen Aufwand, der für sie mit der Organisation der sozialen Versorgung verbunden ist. Während einerseits der Wunsch beschrieben wird, dass dieser Versorgungsaspekt von anderer Stelle übernommen wird, werden bereits bestehende Institutionen wie Sozialstationen und Pflegestützpunkte wenig genutzt, vielfach verwechselt oder in ihrem Leistungsspektrum nicht gekannt. Insbesondere trifft dies auf die Pflegestützpunkte zu. Die an den Fokusgruppen beteiligten Hausärzt*innen gingen fälschlicherweise von einer Zuständigkeit für pflegerische, aber nicht für soziale Beratungsanlässe aus und wünschten sich entsprechend eine Erweiterung des Angebotsspektrums. Eine Kooperation mit einer lokalen Einrichtung im Sinne einer gemeinsamen Koordination insbesondere der sozialen Versorgung wurde als wünschenswert benannt. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang aus Sicht der Hausärzt*innen ein/e persönliche/r Ansprechpartner*in, sowohl für die Patient*innen als auch für sie selbst.

Als weitere mögliche Modelle wurden die Beschäftigung einer/eines Sozialarbeiter*in in der Praxis oder eine zusätzliche Qualifizierung der MFA in sozialen Fragen benannt.



Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausarzt*innen



Non-medical aspects in the care for multimorbid patients in general practice. What kind of support and cooperation is desired? Focus groups with general practitioners in Berlin

Judith Stumm*, Lisa Peter, Ulrike Sonntag, Lisa Kümpel, Christoph Heintze, Susanne Döpfmer

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 5. März 2020
 Revision eingegangen: 19. August 2020
 Akzeptiert: 7. September 2020
 Online gestellt: 10. November 2020

Schlüsselwörter:

Multimorbide Patient*innen
 Hausarztpraxis
 Nichtmedizinische Tätigkeiten
 Soziale und sozialrechtliche
 Unterstützungsangebote
 Kommunikation

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Hausarzt*innen sind erste Ansprechpartner*innen und koordinieren die Versorgung von multimorbiden Patient*innen. In diesem Artikel werden Lösungsansätze für die Bedarfe und Wünsche der Hausarzt*innen in Bezug auf die Unterstützung bei nichtmedizinischen Tätigkeiten, insbesondere im sozialen und sozialrechtlichen Bereich dargestellt und diskutiert. Diese Lösungsansätze beinhalten sowohl die Unterstützung bei sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen innerhalb der Hausarztpraxis als auch die Nutzung von Strukturen bereits vorhandener lokaler Hilfesysteme.

Methodik: In einem mehrstufigen Forschungsprozess wurden in der dritten Studienphase zwei Fokusgruppen mit insgesamt elf Hausarzt*innen aus Berlin durchgeführt.

Die Fokusgruppenstudie ist Teil des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten NAVICARE-Projektes. Die Auswertung erfolgte anhand der Methode der Framework-Analyse. **Ergebnisse:** Hausarzt*innen sind in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen häufig mit nichtmedizinischen Tätigkeiten und Beratungsleistungen des sozialen und sozialrechtlichen Bereiches befasst. Es besteht der Wunsch nach Unterstützung in diesen Bereichen, sowie kooperativen Versorgungsstrukturen. Angebote sozialer Einrichtungen im Stadtteil sind den Hausarzt*innen weitestgehend unbekannt. Durch die Benennung eines/einer festen Ansprechpartner*in in sozialen Einrichtungen könnte die Kommunikation verbessert und somit ein niedrighwelliger Zugang geschaffen werden.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Hausarzt*innen sind sich einig über den Unterstützungsbedarf für soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis. Unterstützung und Entlastung der Hausarzt*innen insbesondere in Form einer Kooperation mit Einrichtungen im sozialrechtlichen Bereich im Stadtteil sind für Berliner Hausarzt*innen wünschenswert und vorstellbar.

* Korrespondenzadresse. Judith Stumm, MPH. Institut für Allgemeinmedizin, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland.
 E-mail: judith.stumm@charite.de (J. Stumm).

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 5 March 2020

Received in revised form: 19 August 2020

Accepted: 7 September 2020

Available online: 10 November 2020

Keywords:

Multimorbid patients

General practice

Non-medical tasks

Social and legal support offers

Communication

ABSTRACT

Background: General practitioners (GPs) are the first point of contact and they coordinate the care for multimorbid patients. This article discusses possible solutions for GPs' needs and wishes regarding the support for non-medical issues, in particular social and legal tasks as well as the cooperation with already existing institutions.

Methods: In the third study phase of a mixed-methods approach, two focus groups with eleven GPs from Berlin were carried out. The project is part of the NAVICARE project, funded by the federal Ministry of Education and Research. The focus groups were analyzed using the framework analysis.

Results: GPs caring for multimorbid patients are often faced with non-medical patient needs and social consultation issues. They would like to receive support in these areas and want more cooperative care structures. They are largely unaware of existing offers by social institutions in their city districts. The designation of a fixed contact person in social institutions could improve communication and thus enable low-threshold access.

Discussion and conclusion: The GPs agree that there is a need for support with social and legal matters in general practice. The focus groups discussed already existing offers that GPs could use more frequently and how a cooperation with providers of social care could succeed. GPs in Berlin think that support and relief measures, in particular in the form of cooperation with institutions in the district that provide social and legal support, are both desirable and conceivable.

Hintergrund

Der demografische Wandel geht mit einer wachsenden Zahl multimorbider Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf einher [1]. Multimorbide Patient*innen stellen eine sehr heterogene Patient*innenpopulation hinsichtlich der Kombination von Erkrankungen, deren Schweregrad sowie ihren Folgen dar [2]. Mobilitätseinschränkungen, eventuell vorhandene kognitive Defizite, eine reduzierte Lebensqualität und steigende Mortalität erschweren die kontinuierliche Versorgung [2]. Soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe spielen in der Versorgung dieser Zielgruppe darüber hinaus nicht selten eine wichtige Rolle. Hausärzt*innen werden in ihrer koordinierenden Rolle somit zunehmend mit vermehrtem Organisations- und Beratungsbedarf im sozialen und sozialrechtlichen Bereich konfrontiert [3].

Soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis umfassen sowohl Fragen zum Anspruch auf soziale Hilfen als auch Fragen zu sozialrechtlichen Leistungen während der Sprechstunde. In einer vorangegangenen Interviewstudie desselben Projektes wurden beispielhaft folgende soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis genannt: die allgemeine Sozialberatung, die Antragsstellung von Pflegegrad, Rehabilitationsmaßnahmen und Hilfsmitteln, aber auch die Erstellung einer Patient*innenverfügung. Damit geht unter anderem das Ausfüllen einer Vielzahl an Formularen, also administrativer Aufwand einher [4]. Die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung desselben Projektes bestätigen dies [5]. Diese durch die Hausärzt*innen genannten Faktoren fanden als zugrundeliegende Definition sozialer und sozialrechtlicher Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis weiterhin in den Fokusgruppen Anwendung.

Durch den bevorstehenden Hausärzt*innenmangel gewinnen neue Versorgungskonzepte in der Hausarztpraxis an Bedeutung [6]. Bereits 2009 empfahl der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte, die multidisziplinär, integriert, kooperativ und patient*innenzentriert arbeiten [7].

Die Neuorganisation von Praxisstrukturen und die Delegation von Aufgaben an nichtmedizinisches Praxispersonal, könnten zu einer Entlastung führen [8]. Die Delegation an Medizinische Fachangestellte (MFA) ist in der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter*innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V festgeschrieben und hat sich in den meisten Praxen im Arbeitsalltag als Routine etabliert. Demgegenüber gibt es in Deutschland noch keine etablierten und in der Regelversorgung verankerten Konzepte

der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen [3]. Die Einbeziehung von Sozialarbeiter*innen in der Hausarztpraxis wird dagegen in anderen Ländern bereits praktiziert [9–13]. Tätigkeitsbereiche der Sozialarbeiter*innen, Koordination aber auch die Kommunikation zwischen der Hausarztpraxis und Sozialarbeiter*innen sind Aspekte, die im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Sozialarbeiter*innen klar definiert werden müssen [11,13,14].

Auch das Modell „welzijn op recept“ aus den Niederlanden zeigt am Beispiel der Versorgung von Patient*innen mit psychosozialen Erkrankungen, dass die Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und lokalen sozialen Einrichtungen zur Unterstützung von Hausärzt*innen in der Versorgung von Patient*innen mit genuin nichtmedizinischen Beratungsanlässen gewährleistet werden kann. Mit psychosozialen Erkrankungen sind Probleme gemeint, welche durch bestimmte Lebensereignisse, wie beispielsweise Arbeitsplatzverlust verursacht werden, die wiederum zu physischen Symptomen, Stress, Depression und Angst führen können. Sogenannte „welzijn coaches“ stellen in diesem Modell die Verbindung zwischen Hausarztpraxis, den Patient*innen und der sozialen Einrichtung her [15,16]. Die Übertragung eines solchen Modells auf die Versorgung von multimorbiden Patient*innen mit sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen ist denkbar.

Studien aus Deutschland heben durchaus soziale und sozialrechtliche Probleme als häufig vorkommende Anliegen in der Hausarztpraxis hervor. Neben der Suche nach Lösungsansätzen in den Praxen wird vor allem die Zusammenarbeit mit institutionalisierten Unterstützungsangeboten favorisiert [17,18].

Eine Option stellt in diesem Zusammenhang die Kooperation mit Pflegestützpunkten dar. Zu den Aufgaben von Pflegestützpunkten gehören unter anderem die Information und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch, die Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten und die Koordinierung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung von Patient*innen. Sie eignen sich zur sozialen und sozialrechtlichen Betreuung von multimorbiden Patient*innen [19].

Sozialarbeiter*innen verfügen über ein breites Tätigkeitsspektrum, welches insbesondere in der Versorgung von alten, chronisch kranken Patient*innen in multiprofessionellen hausärztlichen Settings einsetzbar ist [3].

Ziel der hier vorliegenden Fokusgruppen-Studie ist es, die Sichtweise, Bedarfe und Wünsche der Hausärzt*innen in Hinblick auf die Unterstützung durch nichtmedizinische Berufsgruppen, insbesondere aus dem sozialen Bereich zu erfassen. Die Nutzung bereits vorhandener sozialer und sozialrechtlicher Einrichtungen für die

Tabelle 1
Beispielhafte Frage aus dem teilstrukturierten Leitfaden der Fokusgruppen mit Hausärzt*innen.

AUSZUG TEILSTRUKTURIERTER LEITFADEN FOKUSGRUPPEN
Nennen Sie einen Aspekt, den Sie in der Versorgung multimorbider Patient*innen gerne an andere Personen/ Einrichtungen abgeben würden. (Blitzlichtfrage)
Vorstellung eines Patientenfalls:
Diskutieren Sie Herausforderungen in der Versorgung innerhalb und außerhalb der Hausarztpraxis/ An wen würden Sie Aufgaben (und welche) abgeben?
Lösungsvorschläge im Idealfall
Vorgehensweise zur Versorgung des Beispielpatienten durch die Nutzung von derzeit bestehenden Versorgungsangeboten
Welche Erwartungen haben Sie in der Zusammenarbeit an eine Einrichtung, die sich um soziale Belange in der Versorgung ihrer Patient*innen kümmert?
Welcher ist der Anreiz/ Benefit für eine Zusammenarbeit?
Welcher wäre der Anreiz einer solchen Zusammenarbeit für die Patient*innen?

Versorgung von multimorbiden Patient*innen soll dabei prioritär Beachtung finden.

Aus der Analyse von zuvor durchgeführten Interviews und einer Fragebogenerhebung im Rahmen des mehrphasigen Projektes ging hervor, dass Hausärzt*innen sich Unterstützung in nichtmedizinischen, insbesondere sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen wünschen [4,5]. Diese Ergebnisse dienen als Basis für die thematische Konzeption der Fokusgruppen.

Die Forschungsfrage war daher: Welche Versorgungsangebote zur Unterstützung bei nichtmedizinischen, sozialen und sozialrechtlichen Angelegenheiten sind in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen in Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis vorstellbar?

Methoden

Studiendesign

Die Fokusgruppen-Studie ist eingebettet in das Teilprojekt COMPASS des Forschungsverbundes „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“ an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der das Ziel verfolgt, Barrieren und Ungleichheiten in der Versorgung von Patient*innen mit altersassoziierten Erkrankungen zu reduzieren.

COMPASS umfasst einen Mixed-Methods-Ansatz. Dabei stellen die Fokusgruppen als dritte Studienphase einen Abschluss dar, in dem die Ergebnisse von vorangegangenen Interviews mit Berliner Hausärzt*innen und ihren MFA sowie einer Fragebogenerhebung unter Berliner KV-registrierten Hausärzt*innen integriert und diskutiert wurden [20,21].

Der qualitative Ansatz wurde gewählt, um den teilnehmenden Hausärzt*innen einen dynamischen Austausch zu ihren Meinungen, Sichtweisen und Bedürfnissen zu gewähren.

Der semi-strukturierte Leitfaden (siehe [Tabelle 1](#)) diente zur Orientierung während der Durchführung der Fokusgruppen und enthielt folgende Themenbereiche: Vorstellung/Diskussion/Lösungsansätze eines Patientenfalls; Nutzung bestehender Angebote; Erwartungen an unterstützende soziale Einrichtung; Anreiz zur Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Unterstützung bei sozialen Tätigkeiten (siehe [Appendix A](#)). Kernstück der Fokusgruppen war ein durch das Forscher*innenteam erstellter Patientenfall. Dieser schildert fiktiv die Krankheitsgeschichte eines typischen multimorbiden Patienten. Dieser sollte eine erzählgenerierende Funktion erfüllen und eine erste offene Diskussion zum Thema anregen (siehe [Appendix A](#)). Anhand vertiefender Fragen durch die Moderatorin wurde die Diskussion auf die Fragestellung hin fokussiert.

Rekrutierung

Die Teilnehmer*innen wurden aus dem Berliner Forschungspraxennetzwerk ANCHOR des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité rekrutiert. Im Sinne eines „Purposive Samplings“ wurden

primär Hausärzt*innen angeschrieben, die bereits an den Interviews der ersten Projektphase teilgenommen haben. Es handelte sich daher um eine Gruppe von Hausärzt*innen, die mit dem Thema bereits vertrauter waren als zufällig ausgewählte Hausärzt*innen es möglicherweise gewesen wären.

Ziel war es zu vermeiden, dass Themen, die bereits in den Interviews aufgegriffen wurden, erneut herausgearbeitet werden müssen. Vielmehr sollten die bisherigen Ergebnisse als Basis des Austausches dienen und deren Konsequenzen diskutiert werden.

16 Hausärzt*innen wurden in zwei Wellen postalisch, telefonisch und per Mail kontaktiert. Innerhalb eines Monats bekundeten acht Hausärzt*innen ihr Interesse an einer Teilnahme.

Nach dem Schneeballprinzip konnten drei zusätzliche Hausärzt*innen rekrutiert werden, die nicht an den Interviews teilgenommen hatten. Eingeschlossen wurden Berliner Hausärzt*innen unabhängig von Alter und Geschlecht.

Mit der finalen Zusage von elf Hausärzt*innen für die geplanten Fokusgruppen wurde die Rekrutierung abgeschlossen. Da es sich um einen explorativen Ansatz handelte, der an die Erkenntnisse der vorangegangenen Studienphasen ansetzt und diese in Hinblick auf die Forschungsfrage vertiefen sollte, wurden – auch mit der Begrenztheit zeitlicher und finanzieller Ressourcen – pragmatisch nur zwei Fokusgruppen geplant. Dabei wurde auch als Annäherung von einer theoretischen Sättigung nach der Durchführung von zwei Fokusgruppen mit insgesamt elf Teilnehmer*innen ausgegangen.

Die Gruppenzusammensetzung auf die beiden Fokusgruppen erfolgte pragmatisch nach zeitlicher Verfügbarkeit zu zwei durch die Forscher*innen vorgeschlagenen unterschiedlichen Zeitpunkten, wodurch sich die ungleiche Anzahl an Teilnehmer*innen ergab.

Die Teilnehmer*innen wurden schriftlich und mündlich über die Studie informiert und erteilten schriftlich ihre Einwilligung zur Erhebung ihrer Daten in pseudonymisierter Form.

Durchführung der Fokusgruppen

Die zwei Fokusgruppen fanden an zwei zeitlich nah aneinander liegenden Terminen in einem Seminarraum auf dem Universitätsgelände der Charité im Februar 2019 statt.

Eine fachlich unabhängige, in der Durchführung von Fokusgruppen erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin moderierte die Fokusgruppen (US), und zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Projektes nahmen als stille Beobachterinnen (JS, LP) teil und erstellten Feldnotizen.

Vor Beginn der Fokusgruppens Diskussion wurden die Ergebnisse aus den bisherigen, bereits abgeschlossenen Studienphasen im Rahmen einer fünf minütigen PowerPoint Präsentation durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen (JS, LP) vorgestellt. Diese Ergebnispräsentation diente zum einen der Einführung in die Thematik. Andererseits zielte sie darauf ab zu vermeiden, dass Themen, die in vorangegangenen Studienphasen bereits diskutiert wurden, nicht wiederholt im Detail aufgegriffen wurden. Schwerpunkt der Ergebnispräsentation war die Beschreibung der sozialen

und sozialrechtlichen Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis, sowie die durch die Hausärzt*innen genannten Unterstützungspotentiale. Diese sollten den Teilnehmer*innen als „Trigger“, bzw. Ansatzpunkt für die Fokusgruppendifkussion dienen.

Die Fokusgruppen wurden audiodigital aufgezeichnet und transkribiert.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte anhand der Framework Analyse [22]. Die Framework Analyse ist eine systematisierte und flexible qualitative Auswertungsmethode. Merkmal der Methode ist die Organisation und Strukturierung der Daten in einer Matrix. Der Analyseprozess wird in sieben Schritte eingeteilt: (1.) Transkription, (2.) Vertraut machen mit den Daten, (3.) Kodieren, (4.) Entwicklung eines analytischen Rahmens, (5.) Anwendung/Umsetzung des analytischen Rahmens, (6.) Schematische Darstellung der Daten in einer Matrix, (7.) Interpretation der Daten [22].

Der Analyseprozess wurde durch ein multidisziplinäres Forscher*innen-Team (JS, LP, LK, SD und CH) durchgeführt. Eine kombiniert induktiv-deduktive Herangehensweise wurde angewandt; ein vorab erstellter Kodebaum wurde durch weitere Kategorien und Kodes, die aus dem Datenmaterial im Verlauf der Analyse hervorgingen, ergänzt. Ein Konsens zur Interpretation der Daten wurde im Team nach umfassender Diskussion erreicht.

Zur Analyse der Fokusgruppen wurde zur Unterstützung das Software Programm MAXQDA® 2018 (VERBI Software GmbH, Deutschland) genutzt.

Ethik

Zu Projektbeginn wurde durch die Ethikkommission der Charité ein positives Votum für das Teilprojekt COMPASS erteilt (EA4/034/17).

Ergebnisse

Personenbezogene Daten der Hausärzt*innen sowie strukturelle Praxisdaten können aus Tabelle 2 entnommen werden.

Die Dauer der Fokusgruppen unterschied sich in beiden Terminen. Die erste Fokusgruppe mit vier Teilnehmer*innen dauerte 75 und die zweite mit sieben Teilnehmer*innen 140 Minuten.

In die Darstellung der Ergebnisse fließen Themenbereiche ein, die in beiden Fokusgruppen Beachtung fanden.

Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag

Gleich zu Beginn der Fokusgruppen wurden die Hausärzt*innen dazu aufgefordert, die Herausforderungen in der Versorgung des beispielhaften Patienten zu schildern sowie Ideen eines idealen Lösungsweges zu sammeln. Eigene Erfahrungen mit ähnlichen Fällen und übliche Lösungswege aus dem eigenen Pra-

Tabelle 2

Beschreibung der personenbezogenen Daten der Teilnehmer*innen.

Charakterisierung der Hausärzt*innen (N = 11) und strukturelle Praxisdaten	
Geschlecht	Weiblich: 6
Alter (in Jahren)	Median: 55 (Spanne: 48 – 63)
Praxisart	Einzelpraxis: 6 Gemeinschaftspraxis: 3
	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): 1
	Praxisgemeinschaft: 1
Stadtbezirksstruktur	Durchmisch: 7 Eher sozial stark: 1 Eher sozial schwach: 3

xisalltag wurden ausgetauscht. Die gemeinsame Reflexion und Diskussion über diesen Patientenfall leitete thematisch in die Komplexität der Anforderungen an eine umfassende Versorgung multimorbider Patient*innen ein. Darin wurde die Bedeutung von nichtmedizinischen-, vorwiegend organisatorischen, pflegerischen sowie sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis hervorgehoben.

„Wie ist denn die Ernährungssituation zu Hause? Wer kauft denn ein? Wer bringt das hoch? Wer kocht? Kann die Frau das noch oder hat das der Mann bislang gemacht? Wie ist die Frau, angenommen er muss wirklich operiert werden, wie ist sie weiter versorgt? Lässt die Demenz im häuslichen Rahmen das noch so aus meiner Sicht so soziale Belange, die eine gut ausgebildete Fachkraft aus dem medizinischen Bereich, das kann eine MFA sein, eine Schwester, Sozialarbeiter in Kooperation mit einem kurzen Gespräch mit einem Arzt erledigen kann. Da brauchen wir gar keinen großes Case Management, mit zehn Leuten an einem Tisch, die wir so und so nicht zusammen kriegen. Aber die man kurz klären kann, so dass man dann weiter bahnen kann; vor allem, aus meiner Sicht die sozialrechtlichen Belange.“ (FG1_HA_6)

Die Hausärzt*innen berichteten über Frustration durch die zeitaufwendige Organisation des ambulanten Versorgungssystems, die nicht zuletzt durch die bereits hohe Belastung der einzelnen Versorger*innen erschwert wird.

„Ich erlebe das auch als sehr zeitaufwendig, mitunter auch frustrierend, die Organisation im sozialen Bereich, ob der Patient nun entlassen wird aus dem Krankenhaus, ob er jetzt kränker geworden ist. Immer wenn Hilfe organisiert werden muss, ist es für uns sehr zeitaufwendig, sehr frustrierend. Da Hauskrankenpflegen überfordert sind, Physiotherapien überfordert sind; auch Probleme in der Vermittlung von Facharztterminen oder Organisation von Facharztterminen“ (HA_5_FG_2)

Die Teilnehmenden beschrieben anhand von Beispielen aus ihrem Versorgungsalltag den hohen Aufwand für nichtmedizinische, insbesondere soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis.

„Dann gibt es so viel Schreiberei zu machen: Von Transportschein, über Krankengymnastik, bis zur Logopädie. Anschließend muss der Widerspruch bearbeitet werden, dann der Rentenantrag, der Rehaantrag und was weiß ich noch. Am Schluss komme ich vielleicht noch eine Minute dazu: ‚Und was macht der Zucker? Ach gut. Und tschüss...‘.“ (HA_10_FG_2)

Nutzung vorhandener Versorgungsstrukturen

Die Kenntnisse über die bereits vorhandenen sozialen und sozialrechtlichen Versorgungsstrukturen waren jedoch eher heterogen. Die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzt*innen hatte bereits von sozialen Versorgungsangeboten gehört. Jedoch waren sie meist nur unzureichend über diese informiert oder

hatten wenige oder noch keine Erfahrungen in der Nutzung entsprechender Angebote gemacht.

„Aber ansonsten freut es mich sehr, dass es diese [Pflegestützpunkte] gibt. Ich muss ehrlich sagen, wir haben die erst im Qualitätszirkel kennengelernt (lachen), vorher wusste ich das gar nicht. Und da wäre es zum Beispiel auch wieder so ein Punkt: was gibt es regional alles? Also ich habe manchmal so das Gefühl, es ist doch nicht alles. Also wir werden ja überhäuft mit allem möglichen Kram. Dann hat man seine Sachen mit denen man zusammenarbeitet. Aber vielleicht gibt es ganz schöne neue Pflanzen, die ich noch nicht gesehen oder gepflückt habe.“ (HA_8.FG_2)

Während der Diskussionen wurden Namen und Tätigkeitsbereiche von Einrichtungen, wie Sozialstationen, Pflegestationen und Pflegestützpunkten wiederholt unscharf verwendet. Dies lässt darauf schließen, dass der Informationsstand zu konkreten Tätigkeits- und Verantwortungsbereichen der verschiedenen Einrichtungen eher gering zu sein scheint. Dies wurde im Besonderen am Beispiel der Pflegestützpunkte deutlich, die häufig erwähnt wurden. Auffällig war, dass der Pflegestützpunkt vielen Hausärzt*innen ein Begriff zu sein scheint, ihnen jedoch unklar ist, welche Aufgaben diese überhaupt übernehmen und in welchem Umfang diese den/die Hausärzt*in unterstützen können.

„Und eine andere Idee ist mir jetzt grade noch gekommen. Sozialdienst. Es gibt ja diese Pflegestützpunkte. Die sind aus meiner Sicht da wesentlich ausbaufähig. Ich denke, das ist vielleicht schon so ein ganz kleiner Winzling aus dem sowas entstehen könnte. Diese Pflegestützpunkte sind ja jetzt im Moment so: der Patient kann hingehen und sich beraten lassen, wie er seine Pflege verbessern kann oder was er alles einreichen kann. Warum können solche Institutionen nicht ausgebaut werden mit Sozialarbeitern zum Beispiel, die dann auch Hausbesuche machen und das so ein bisschen in der Koordination in die Hand nehmen?“ (HA_5.FG_2)

Es wurde deutlich, dass es zwar viele Versorgungsangebote für verschiedenste Bedarfe gibt, dass aber eine Koordination dieser Bedarfe im Sinne der Entlastung der Hausärzt*innen durch dafür zuständige Einrichtungen übernommen werden könnte.

„Eine Anlaufstelle im Bezirk, manchmal hilft der Pflegedienst. Manchmal hilft irgendwie der sozialpsychiatrische Dienst. Manchmal hilft da jemand. Aber irgendwo hören die Verantwortlichkeiten dann immer wieder auf und eine Stelle die solche Fragen koordiniert: Wann Pflegestufe? Wie geht es weiter? Altersgerechtes Wohnen? Die Patienten sind hilflos, weil sie keine Angehörigen haben. Ein bisschen Hilfe an der Hand, das wäre schon wünschenswert.“ (HA_2.FG_1)

Vorstellbare Konzepte für die Unterstützung bei sozialen Beratungsanlässen

Die Hausärzt*innen äußerten, dass sie Unterstützung bei der Versorgung ihrer Patient*innen, insbesondere bei nichtmedizinischen Beratungsanlässen begrüßen würden. Vor allem der Bedarf an Unterstützung bei sozialer und sozialrechtlicher Beratung wurde als hoch eingeschätzt.

Die Teilnehmer*innen wünschten sich einerseits Kooperationen mit anderen Versorger*innen. Dadurch könnten Kompetenz- und Verantwortungsbereiche besser delegiert und somit Patient*innen und ihre Angehörigen besser betreut werden.

„Bei vielen Patienten, die ich über Jahre kenne, bin ich relativ nah an der Situation dran. Wir haben ja gewisse Kompetenzen bestimmte Probleme aufzuzeigen und auch anzustoßen. Jedoch fehlen uns die Kooperationspartner. Wir haben nicht die Möglichkeit Aufgaben so zu delegieren, dass jemand verantwortlich einschreitet oder ein verantwortliches Angebot macht an die Angehörigen. Wir haben ganz viele Patienten, die nach Hilfe schreien. Vergeblich - weil wir dieses Netz nicht haben.“ (HA_7.FG_2)

Andererseits äußerten sie den Wunsch nach einer niedrigschwellig verfügbaren und kompetenten Einrichtung für die Koordination der Versorgung, insbesondere im sozialen, sozialrechtlichen und pflegerischen Bereich.

„Aber man könnte natürlich so als Wunschidee Stützpunkte aufbauen, die nicht nur Pflege machen, sondern auch Sozialarbeit machen. Die wir als Hausärzte kontaktieren können, wenn wir im frühen Vorfeld schon sehen, da kommt ein Problem. Die dann zusammen ein Wochenende relativ einfach noch ermitteln, bestimmte Dinge bahnen können.“ (HA_7.FG_2)

Alternativ zur Nutzung von externen Einrichtungen wurde der Einsatz von einem/einer Sozialarbeiter*in in der Hausarztpraxis diskutiert.

„Also wie wenn ich jetzt eine zusätzliche Fachkraft in der Praxis anstellen würde, dann würde ich einfach mal einen Sozialarbeiter anstellen oder so. Das ist eben durch so eine Stelle dann, wenn es denn funktioniert, dann gegeben.“ (HA_10.FG_2)

Durch das Konzept einer regelmäßigen Sprechstunde durch eine/n Sozialarbeiter*in in der Hausarztpraxis könnte eine Anlaufstelle für soziale Aspekte im Stadtteil geschaffen werden.

„Und wenn ich mir noch etwas wünschen dürfte, dann würde ich zum Beispiel sagen: Alle 14 Tage ein versierter Sozialarbeiter, der bei mir in der Praxis eine kleine Sprechstunde macht. Und dem wir dann selektiv Patienten zuführen können mit speziell sozialrechtlichen Problemen. Das würde auch sehr hilfreich sein.“ (HA_4.FG_1)

Ein weiteres vorstellbares Konzept, welches ein Hausarzt aus seiner eigenen Hausarztpraxis berichtete, war der Einsatz einer weiterqualifizierten MFA oder Krankenschwester, die sich mit sozialen Fragestellungen auskennt.

Beispielhafte Konzepte aus anderen Ländern

Manche der Teilnehmenden wussten von Konzepten anderer Länder zu berichten. Die genannten Beispiele wurden aufgegriffen und diskutiert. Insbesondere Angebote der aufsuchenden Hilfe wurden als sehr hilfreich betrachtet.

„Und da ist eine, die kommt wirklich auch aus der häuslichen Krankenpflege, [...] die kennt sich aus mit sozialen Fragen, mit Unterbringungsfragen und auch mit medizinischen Fragen. Macht aber jetzt natürlich nicht die Pflege, sondern nur eine Einschätzung und gibt uns das zurück. Das ist eine unglaubliche Erleichterung und nimmt ganz viel Arbeit ab und schafft auch Zuverlässigkeit in der Praxis dann auch. Weil das ist auch nochmal eine Kontrolle, so zu sagen.“ (HA.2.FG.1)

„Ich habe mal einen Beitrag gesehen, das geht um die Niederlande, dass die dort auf kommunaler Ebene so ein Versorgungssystem aufbauen, in dem es eben Gemeinde-sozialarbeiter gibt, die einfach alte Menschen in größeren Abständen aufsuchen, also so begleitend, um zu schauen: Wie geht's ihm noch? Geht das noch? Können Probleme auftreten? [...] Da gibt es schon so einen Gemeindepfleger, ein Sozialarbeiter, der einfach prophylaktisch guckt [...] Eben dieses VORSORGLICHE, einfach mal schauen, wie können wir das schaffen, dass jemand so lange es geht oder nach Möglichkeit überhaupt zu Hause bleibt?“ (HA.3.FG.1)

Kommunikation zwischen Hausarztpraxis und anderen Versorger*innen

Eine Voraussetzung für das Gelingen einer kooperativen Versorgung war nach Einschätzung der Hausarzt*innen eine funktionierende Kommunikation. Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wurden nach vorstellbaren Kommunikationswegen mit Personen und/oder Einrichtungen im Rahmen einer Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis gefragt.

Feste Ansprechpartner*innen, die man im Idealfall persönlich kennengelernt hat, sowie die verlässliche und verbindliche Rückmeldung wurden von allen Teilnehmer*innen als essentiell für eine funktionierende Zusammenarbeit mit anderen Versorger*innen gesehen. Die Art der Kommunikationswege, ob per Telefon, per Fax, E-Mail oder im persönlichen Austausch sowie die Frequenz der Kommunikation wurden dagegen heterogen bewertet.

„Ich denke gut läuft das immer, wenn es eine konkrete Ansprechperson gibt.“ (HA.3.FG.1)

„Über was vielleicht eine ganz, ganz günstige Sache wäre für mich, sind die Ansprechpartner zu kennen, so ein paar HAUPTSchnittstellen. So, dass die die Informationen dann wieder weitergeben an die nächsten Schnittstellen, das würde ich auch gut finden.“ (HA.8.FG.2)

Diskussion

In den Fokusgruppen wurden Erfahrungen, die aktuelle Nutzung von Versorgungsstrukturen sowie die Kommunikation zwischen der Hausarztpraxis und anderen Versorger*innen im Kontext der Versorgung von multimorbiden Patient*innen aus der Perspektive von Hausarzt*innen erfasst.

Aufbauend auf dem deutlich geäußerten Bedarf an Unterstützung für soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in der

Hausarztpraxis wurden verschiedene vorstellbare Versorgungskonzepte durch die Hausarzt*innen diskutiert.

Als hilfreich wurde das Modell für den Einsatz einer sozial und sozialrechtlich qualifizierten Person mit regelmäßigen Konsultationszeiten eines/einer Sozialarbeiter*in in der Hausarztpraxis gesehen. Diese/r Mitarbeiter*in könnte sowohl in der Hausarztpraxis als auch an anderer Stelle angesiedelt sein. Andererseits wurde auch das Modell diskutiert, eine in der Hausarztpraxis bereits angestellte MFA im sozialen und sozialrechtlichen Bereich fortzubilden.

Dies knüpft an die Ergebnisse der vorangehenden Interviews aus der ersten Projektphase der COMPASS-Studie an [4,5].

Ein/e feste Ansprechpartner*in einer sozialen Beratungsstelle oder eine Kooperation zwischen der Hausarztpraxis und einer sozialen Einrichtung im Stadtteil wurden ebenfalls als hilfreiche Lösungsansätze durch die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen gesehen.

Andere Studien heben ebenso hervor, dass Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf von der Versorgung durch eine/n Sozialarbeiter*in im Hausarztsetting profitieren können [9,10].

Die qualitative Studie zur Integration von Sozialarbeiter*innen in die Hausarztpraxis von Döbl et al. unterstreicht ebenso den Bedarf der Einbeziehung von Sozialarbeiter*innen in das Team der Hausarztpraxis zur Verbesserung der Qualität und Koordination in der Versorgung von Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf [11]. In den USA, Neuseeland und Kanada werden Sozialarbeiter*innen gegenwärtig bereits in sogenannte „Primary Health Care Teams“ erfolgreich involviert [12]. Auch die Daten einer Fragebogenerhebung mit Hausarzt*innen aus zwei norddeutschen KV-Regionen beschreiben den ungedeckten Bedarf von sozialen Beratungsanlässen im hausärztlichen Praxisalltag. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ergänzend, dass viele Hausarzt*innen sozialen Problemen bereits während der Konsultation proaktiv begegnen müssen. Neben den eigenen Lösungsstrategien besteht ein großes Interesse an der Unterstützung durch eine/n institutionalisierte/n Ansprechpartner*in bzw. an der Kooperation mit einer dafür qualifizierten Berufsgruppe [17].

Weiterhin ergab sich aus den Fokusgruppendifkussionen, dass vorhandene Versorgungsangebote stärker genutzt werden könnten, soweit diese bekannt wären. Das heterogene Wissen zu bestehenden Strukturen im Stadtteil wurde auch unter den teilnehmenden Hausarzt*innen sichtbar. Das Leistungsangebot und die Verantwortungsbereiche einzelner sozialer Einrichtungen wurden (vermutlich) wegen Namensähnlichkeiten verwechselt bzw. fälschlicherweise synonym gebraucht (z.B. Pflegestützpunkte und Pflegestation bzw. Sozialstation). Dabei schienen die pflegerischen Einrichtungen des Stadtteils eher bekannt zu sein, wohingegen nur wenige Teilnehmer*innen der Fokusgruppen Erfahrungen mit Pflegestützpunkten gemacht hatten. Das Gutachten „Lotsen im Versorgungssystem“ des IGES Instituts bestätigt den mangelnden Bekanntheitsgrad von Pflegestützpunkten, insbesondere unter wichtigen Multiplikator*innen, wie beispielsweise Ärzt*innen und weiteres Personal in Arztpraxen [19]. Dennoch wurde deutlich, dass die Befragten ein großes Interesse an einer engeren lokalen Kooperation benennen.

Auch Zimmermann et al. kommen zu dem Schluss, dass es aufgrund der starken Fragmentierung und Fluktuation von ambulanten Unterstützungsangeboten eher dem Zufall überlassen wird, ob Patient*innen von bestehenden Angeboten erfahren, wenn der/die Hausarzt*in nicht bereits über ein Netzwerk von Unterstützungsangeboten, wie zum Beispiel Beratungsstellen und Pflegediensten verfügt [17].

Auch in Großbritannien bestehen laut Mangan et al. Defizite an Wissen von Hausarzt*innen zu sozialen und sozialrechtlichen Einrichtungen vor Ort [13].

Das in Großbritannien umgesetzte Modell des „social prescribing“ ist ein gutes Beispiel dafür, Hausarztpraxen mit

bestehenden lokalen Strukturen aus dem sozialen Bereich zu vernetzen und Kooperationen zwischen den Versorger*innen zu stärken. Bisherige Studien zu diesem Modell zeigen jedoch bisher nur wenig Evidenz in Bezug auf den Mehrwert für Patient*innen und die Entlastung für Hausärzt*innen [23–25]. Eine weitere Optimierung der Kooperation gilt es anhand unterschiedlicher Einflussgrößen der Zusammenarbeit weiter zu erforschen.

Aus anderen Studien ist bekannt, dass durch die abgestimmte Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Sozialarbeiter*innen die kooperative Versorgung von multimorbiden Patient*innen verbessert werden kann [13,18].

In ihrer Studie zur Integration von sozialer Arbeit in die hausärztliche Praxis stellen Kriegel et al. die Bedeutung der Kooperation und damit einfließend die Koordination und Kommunikation zwischen beiden Akteur*innen heraus [14].

In den Fokusgruppen wurde zudem über die Wahl der Kommunikationswege mit bestehenden oder neuen Mitversorger*innen diskutiert. Während die Meinungen über die zu wählenden Wege und die Frequenz der Kommunikation auseinandergingen, waren sich alle Teilnehmer*innen über die Notwendigkeit eines/einer festen Ansprechpartner*in als persönlicher und verbindlicher Kontakt für die Hausarztpraxen einig. Die Bedeutung eines/einer festen Ansprechpartner*in bei sozialen Fragen unterstreichen auch Jobst und Joos für das hausärztliche Setting [18].

Eine Interviewstudie mit niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen macht deutlich, dass die Kooperation zwischen Haus- und anderen Fachärzt*innen häufig über den persönlichen Kontakt positiv unterstützt wird. Hierzu zählen die verlässliche Erreichbarkeit per Telefon oder Fax sowie der persönliche Kontakt über Fortbildungen und Qualitätszirkel [26].

Stärken und Limitationen

Die Vorgehensweise des qualitativ explorierenden Ansatzes, der Meinungen, Sichtweisen und Bedürfnisse der Hausärzt*innen erforscht, sehen die Autor*innen als eine Stärke, da somit ein realitätskonformes Bild der Herausforderungen im Praxisalltag dargestellt wird.

Eine potenzielle Schwäche stellt die eher geringe Teilnehmer*innenzahl der Fokusgruppendifussionen dar. Obwohl ein hoher Grad an Sättigung der geäußerten Themenbreite vermutet wird, ist nicht auszuschließen, dass bei der Teilnahme von weiteren Hausärzt*innen noch weitere Aspekte offengelegt werden könnten.

Die Patient*innenperspektive wird in unserer qualitativen Studie mit Hausärzt*innen nur indirekt berücksichtigt. In einer weiteren Teilstudie des COMPASS-Projektes wird die Patient*innenperspektive ergänzend erhoben.

Mit dem durch die Hausärzt*innen verwendeten, in Berlin gängigen Begriff „Bezirk“ soll hier der Stadtteil gemeint sein, der den größeren Stadtbezirk in mehrere kleinere Stadtteile räumlich eingrenzt.

Schlussfolgerung

Die Langzeitversorgung multimorbider Patient*innen stellt für Hausärzt*innen eine fortlaufende Herausforderung dar. Diese Studie zeigt, dass die Verantwortung von Hausärzt*innen weit über ausschließlich medizinische Tätigkeiten hinausgeht. Das soziale Umfeld und die sozialrechtliche Situation der Patient*innen müssen bei der medizinischen Versorgung häufig mitbedacht werden. Unterstützung wird durch alle befragten Hausärzt*innen ausdrücklich gewünscht, vor allem bei relevanten sozialen Kontextfaktoren und sozialrechtlichen Fragestellungen. Die Zusammenarbeit mit

sozialen und sozialrechtlichen Einrichtungen erfolgt unzureichend. Ein wichtiger Schritt wäre, Barrieren für die Nutzung von Hilfsmöglichkeiten abzubauen und bereits bestehende regionale Angebote mit Hausarztpraxen stärker zu vernetzen und diese Angebote nutzbarer zu machen. Verschiedenartige Konzepte einer solchen Kooperation sind von Hausärzt*innen gewünscht und sollten auf ihre Machbarkeit und Umsetzbarkeit evaluiert werden.

Förderung

Der Forschungsverbund „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“, in dem diese Teilstudie eingebettet ist, wird im Rahmen des Förderschwerpunktes Strukturaufbau in der Versorgungsforschung (01GY1601) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Danksagung

Die Autor*innen danken allen engagierten Hausärzt*innen für ihren Diskussionsbeitrag sowie für ihre Teilnahme an der Studie. Weiterhin gilt der Dank dem gesamten NAVICARE Forschungsverbund für die Zusammenarbeit und den regelmäßigen Austausch sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Förderung dieses Forschungsvorhabens.

Interessenskonflikt

Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Das Projekt wurde durch das BMBF gefördert. Das BMBF hat weder Einfluss auf das Studiendesign, die Datenerhebung, Analyse und Interpretation der Daten noch auf die Erstellung, Bearbeitung und Freigabe des Manuskriptes.

Autorenschaft

Die Autor*innen erfüllen die Anforderung an die Gewährung einer Autorenschaft nach der ICMJE- Leitlinie.

Alle Autor*innen haben die letzte Version des Artikels gelesen und überarbeitet. Im Folgenden werden die individuellen Beiträge der Autor*innen dargestellt:

JS, LP, US, SD und CH haben den Fokusgruppenleitfaden erstellt. LK, LP und JS haben die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen rekrutiert. US hat beide Fokusgruppen moderiert und JS und LP haben als stille Beobachter*innen an den Fokusgruppen teilgenommen. In Zusammenarbeit haben JS, LP und LK die Analyse der Fokusgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einem größeren Team bestehend aus CH, SD, LK, LP und JS diskutiert und interpretiert. JS hat den ersten Entwurf des Manuskriptes geschrieben und überarbeitet und SD, CH, LK, US und LP haben im Verlauf zur Überarbeitung des Manuskriptes beigetragen. Alle Autor*innen haben ihre Zustimmung zum finalen Entwurf des Manuskriptes gegeben.

Appendix A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: [doi:10.1016/j.zefq.2020.09.001](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.09.001).

Literatur

- [1] Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. Bundesgesundheitsbl 2010 Apr 9;53:441–50, <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-010-1052-9>.
- [2] Scherer M, Wagner HO, Lühmann D, Mücke-Borowski, Schäfer I, Dubben HH, Hansen H, Thiesemann R, von Renteln-Kruse W, Hofmann W, Fessler J, van

- den Bussche H. In: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V (DEGAM) (Hrsg.). Multimorbidität. S3-Leitlinie. Berlin; 2017.
- [3] Hartung M, Schneider N. Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: eine Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2016;92(9):363–6, <http://dx.doi.org/10.3238/zfa.2016.0363-036>.
- [4] Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. *BMC family practice* 2019;20(1):160, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>.
- [5] Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Kuempel L, Grittner U, Schnitzer S, Rieckmann N, Dini L, Heintze C. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 2020, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1173-9225>.
- [6] Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med* 2010;86(3):93–8, <http://dx.doi.org/10.3238/zfa.2010.0093>.
- [7] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009.
- [8] Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med* 2012 Mar-Apr;25(2):209–15, <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.100279>.
- [9] Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The critical role of social workers in home based primary care. *Soc Work Health Care* 2014;53(4):330–43, <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2014.884041>.
- [10] McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2018; Jan;26(1):1–13 [published online first: Epub date]. doi:10.1111/hsc.12337.
- [11] Döbl S, Huggard P, Beddoe L. A hidden jewel: social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. *J Prim Health Care* 2015;7(4):333–8, <http://dx.doi.org/10.1071/hc15333>.
- [12] Ashcroft R, McMillan C, Ambrose-Miller W, McKee R, Brown JB. The emerging role of social work in primary health care: A survey of social workers in Ontario Family Health Teams. *Health Soc Work* 2018;43(2):109–17, <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/hly003>.
- [13] Mangan C, Miller R, Cooper J. Time for some home truths - exploring the relationship between GPs and social workers. *Journal of Integrated Care* 2014;22:51–61, <http://dx.doi.org/10.1108/JICA-02-2014-0008>.
- [14] Kriegel J, Rissbacher C, Pözl A, Tuttle-Weidinger L, Reckwitz N. Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. *Health policy* 2019;124:75–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.10.012>.
- [15] Vos H. Huisarts en complexe zorgvraag. Ervaring met integraal samenwerken tussen de eerste lijn, de gemeente en welzijn. *Tijdschr Gezondheidswet* 2019;97:20–2, <http://dx.doi.org/10.1007/s12508-019-0221-y>.
- [16] Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. *Primary Health Care Research & Development* 2018;19:223–31, <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423617000809>.
- [17] Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, Scherer M. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid. Fortbild und Qual im Gesundheitsw* 2018 April:131–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008>, 81–89.
- [18] Jobst D, Joos S. Soziale Patientenliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2014;90(12):496–501, <http://dx.doi.org/10.3238/zfa.2014.0496-0501>.
- [19] Braeseke G, Pflug C. Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten für Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. IGES Institut GmbH; Berlin; 2017.
- [20] Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med Teach* 2014 Nov;36(11):923–39, <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>.
- [21] Stewart DW, Shamdasani PN, Rook DW. Focus groups. Theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
- [22] Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol* 2013 Sept 18;13:117, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>.
- [23] Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health* 2017;1(48):96–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>.
- [24] South J, Higgins TJ, Woodall J, White SM. Can social prescribing provide the missing link? *Primary Health Care Research & Development* 2008;9:310–8, <http://dx.doi.org/10.1017/S146342360800087X>.
- [25] Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7(4):e013384, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>.
- [26] Gröber-Grätz D, Moßhammer D, Bölter R, Ose D, Joos S, Natanzon I. Welche Kriterien beeinflussen Hausärzte bei der Überweisung zum Spezialisten in der ambulanten Versorgung? Eine qualitative Studie zur Sichtweise von Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 2011;105(6):446–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2011.06.001>.

2.1.4. Hausarztpraxen und Pflegestützpunkte (Publikation 4)

In den bisher dargestellten Studien wurde deutlich, dass bei einem hohen Bedarf an Unterstützung in der Versorgung von Patient*innen mit sozialem Beratungsbedarf bereits vorhandene Institutionen stärker genutzt werden könnten. Zukünftige Interventionen könnten daher darauf abzielen, bestehende Strukturen bekannter, verfügbarer und nutzbarer zu machen.

Pflegestützpunkte wurden auf Grundlage des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 eingerichtet. Zu den Aufgaben gehören neben der Beratung zu möglichen Sozial- und Pflegeleistungen die „Koordination aller für die Wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote“ (74). Nach einem Gutachten aus dem Jahr 2018 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kommen die Pflegestützpunkte jedoch bisher insbesondere ihrer Aufgabe der „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ noch nicht ausreichend nach (75). Obwohl es große Überschneidungen der Beratungsthemen und Zuständigkeiten zwischen Hausarztpraxen und Pflegestützpunkten gibt, ist bisher nichts darüber bekannt, ob und wie gut die Institutionen zusammenarbeiten. In der Fokusgruppen-Studie der Publikation 3 klang bereits an, dass Pflegestützpunkte bei Hausärzt*innen nicht oder wenig bekannt sind. Es gibt jedoch bisher keine systematischen Untersuchungen dazu, ob Pflegestützpunkte von Hausärzt*innen als Institutionen wahrgenommen werden, die sowohl in der Koordination der Versorgung als auch durch Beratungen im sozialen und pflegerischen Bereich unterstützend und entlastend tätig sind oder sein könnten.

Im Rahmen des Compass-Projektes wird eine Interventionsstudie zur Förderung der Kooperation zwischen Hausärzt*innen und Pflegestützpunkten durchgeführt. Vorbereitend wurde querschnittlich erhoben, welche Erfahrungen Berliner Hausärzt*innen mit Pflegestützpunkten haben.

In der quantitativen Fragebogenerhebung unter Berliner Hausärzt*innen (Response-Rate 29%) wurde deutlich, dass tatsächlich annähernd die Hälfte der Befragten noch nie Kontakt zu einem Pflegestützpunkt hatte, weder direkt noch indirekt über ihre Pa-

tient*innen oder deren Angehörige. Nur 40% fühlen sich vertraut mit dem Leistungsangebot der Pflegestützpunkte. Rund 15% der Hausärzt*innen haben noch nie von einem Pflegestützpunkt gehört. Andere Beratungsstellen, die eher genutzt werden bzw. bekannt sind, sind ambulante Pflegedienste sowie die Krankenkassen.

Hier ergibt sich ein großes Potenzial, den Bedarf an Entlastung von Seiten der Hausärzt*innen durch ein bestehendes, aber bisher wenig bekanntes/genutztes Angebot für eine Beratung in sozialen und pflegerischen Fragestellungen der Patient*innen zumindest teilweise zu decken.

Haben Hausärzt*innen Erfahrungen mit Pflegestützpunkten? Eine berlinweite Fragebogenerhebung

Do General Practitioners have Experience with Social Care Points? A Berlin-Wide Survey



Autorinnen/Autoren

Judith Stumm, Lisa Peter, Lisa Kuempel, Lara Regina Erdmann, Marius Tibor Dierks, Christoph Heintze, Susanne Döpfmer

Institute

Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Institute of Health, Berlin, Germany

Key words

Pflegestützpunkte, multimorbide Patient*innen, hausärztliche Versorgung, soziale Beratungsanlässe

Key words

Community care points, multimorbid patients, primary care, social counseling

online publiziert 2023

Bibliografie

Gesundheitswesen 16

DOI 10.1055/a-2035-9289

ISSN 0941-3790

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Judith Stumm

Charite Universitätsmedizin Berlin

Institut für Allgemeinmedizin

Chariteplatz 1

10117 Berlin

Germany

Judith.stumm@charite.de

ZUSAMMENFASSUNG

In der hausärztlichen Versorgung multimorbider Patient*innen haben neben den medizinischen- auch soziale Beratungsanlässe eine große Bedeutung. Pflegestützpunkte stellen in Berlin ein etabliertes Angebot zur Beratung bei sozialen Anliegen auf Stadtbezirksebene dar. Im Rahmen einer berlinweiten Fragebogenerhebung wurde das Wissen von Hausärzt*innen über und die Erfahrungen mit Pflegestützpunkten exploriert. 700 Fragebögen wurden explorativ deskriptiv analysiert. Hausärzt*innen sind nur bedingt mit dem Angebot der Pflegestützpunkte vertraut (60 % kaum oder gar nicht). 57 % der Hausärzt*innen gaben an, dass sie bereits Kontakt mit einem Pflegestützpunkt hatten. Hausärzt*innen ohne bisherigen Pflegestützpunkt-Kontakt empfehlen ihren Patient*innen andere Beratungsstellen bei sozialen (76 %) und bei pflegerischen Beratungsanlässen (79 %). Eine große Mehrheit aller befragten Hausärzt*innen benennt weiteren Informationsbedarf zu Pflegestützpunkten.

ABSTRACT

Primary care for multimorbid patients involves social counseling in addition to medical care. Community care points are established institutions for social counseling at district level in Berlin. A Berlin-wide questionnaire survey examined primary care physicians' knowledge of and experience with community care points. 700 questionnaires were analysed exploratively and descriptively. General practitioners were only partially familiar with the services of community care points (60 % barely or not at all). 57 % of the general practitioners stated that they already had contact with community care points. General practitioners who had not yet had contact with a community care point recommended other advice centers for social (76 %) and care-related advice (79 %) to their patients. A majority of general practitioners expressed a wish to get more information about community care points.

Einleitung

Der demografische Wandel einhergehend mit einer wachsenden Zahl multimorbider Patient*innen stellt Hausärzt*innen vor Herausforderungen [1, 2], wie zum Beispiel einen erhöhten Arbeitsaufwand durch häufigere Sprechstundenbesuche, Verordnungen, Überweisungen und Krankenhauseinweisungen und einen erhöhten Koordinationsbedarf [3]. Bei dieser Patient*innengruppe mit einem höheren Risiko für eingeschränkte funktionale Kapazitäten und Pflegebedürftigkeit [4] müssen häufig soziale Beratungsanlässe adressiert werden, wie Antragsstellung von Pflegegrad, Rehabilitationsmaßnahmen, Hilfsmitteln sowie die Erstellung einer Patient*innenverfügung [5, 6]. Studien zu sozialen Patient*innenanliegen in der Hausarztpraxis betonen vor allem die Zusammenarbeit mit institutionalisierten Unterstützungsangeboten als Möglichkeit, Hausarztpraxen zu entlasten [7, 8]. Die Informationsvermittlung zu und Vernetzung mit lokalen Institutionen und Akteur*innen wird sowohl durch Hausärzt*innen [5, 9] als auch von Patient*innen ausdrücklich gewünscht [10]. Bestehende Institutionen, wie bspw. der Pflegestützpunkt (PSP), scheinen derzeit in der Hausärzt*innenschaft jedoch weitestgehend unbekannt zu sein, und eine Zusammenarbeit erfolgt nur in geringem Maße [5, 9].

PSP stellen ein institutionalisiertes Unterstützungsangebot für soziale Anliegen dar. Sie wurden 2008 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gegründet, mit dem Ziel, regionale Anlaufstellen zur Beratung rund um das Thema Pflege und Soziales zu schaffen. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem die Information und Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten sowie die Koordinierung der wohnortnahen Versorgung von Patient*innen und ihren Angehörigen. PSP sind in den Bundesländern in unterschiedlichem Maße vertreten [11]; in Berlin gibt es drei je Stadtbezirk. Träger der Berliner PSP sind die Pflege- und Krankenkassen und das Land Berlin [12].

Die Bedeutung sozialer Unterstützung wurde im Zuge der Covid-19 Pandemie erneut verdeutlicht. [13].

Auch das international angewendete Konzept des „Social Prescribings“, welches es medizinischem Fachpersonal ermöglicht, Patient*innen mit sozialen Beratungsanlässen an verantwortliche Professionelle/Institutionen zu vermitteln [14, 15] lässt sich auf die Bedürfnisse von multimorbiden Patient*innen im hausärztlichen Setting bzw. im Rahmen der Vernetzung mit PSP übertragen.

Die hier vorgestellte Fragebogenerhebung ist einer Interventionsstudie zur Machbarkeit einer Kooperation zwischen Hausärzt*innen und PSP vorgeschaltet und findet im Rahmen des Projektes „COMPASS II“, einem Teilprojekt des BMBF-geförderten Verbundprojektes „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“, statt.

Ziel der Fragebogenerhebung war es, den Bekanntheitsgrad von und die Erfahrungen mit PSP unter Berliner Hausärzt*innen zu explorieren.

Methodik

Die Erhebung wurde im Oktober 2020 postalisch unter allen kassenärztlich tätigen Hausärzt*innen Berlins durchgeführt. Datengrundlage für die Kontaktliste war die Internetfunktion „KV-Arzt-suche Berlin“ (<https://www.kvberlin.de/60arztsuche/>). Insgesamt wurden abzüglich Korrekturen (durch Dopplungen, nicht mehr existente Adressen etc.) 2410 Berliner Hausarztpraxen erreicht.

Der Fragebogen wurde in einem iterativen Prozess durch das Studienteam entwickelt und in einer Forschungswerkstatt des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité mit Kolleg*innen interdisziplinär sowohl methodisch als auch thematisch diskutiert. Die im Fragebogen adressierten Themen wurden auf Basis der Ergebnisse der COMPASS I-Studie [5, 9, 16] und nach einer umfangreichen Literaturrecherche festgelegt. Ein Pretest wurde mit neun Hausärzt*innen aus dem Forschungspraxennetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin durchgeführt. Der Fragebogen musste daraufhin nicht angepasst werden.

Die erste Seite des Fragebogens bestand einleitend aus einem Informationskasten mit Definitionen zu den Begriffen „Soziale Beratungsanlässe“ und „Pflegestützpunkte“, um gleiche Wissensvoraussetzungen für alle Teilnehmer*innen zu gewährleisten. Der Fragebogen begann mit einer initialen Filterfrage, die mit Ja oder Nein zu beantworten war und zu einem von zwei Fragenblöcken leitete. Die beiden Frageblöcke enthielten 9 bzw. 11 offene bzw. geschlossene sowie globale Filterfragen. Je nach Frage wurden itemspezifische Antwortskalen verwendet.

Die finale Version des Fragebogens wurde in zwei Wellen versendet. Im Rahmen der ersten Welle konnten die Ärzt*innen über eine frankierte, getrennt abzuschickende Rückantwortkarte ankreuzen, ob sie an der Fragebogenstudie teilnehmen oder nicht. Diese Angaben wurden in der Versendung der Fragebögen in der zweiten Welle Ende November 2020 berücksichtigt, so dass kein(e) Ärzt*in den Fragebogen doppelt erhielt. Insgesamt wurden abzüglich Korrekturen (durch Dopplungen, nicht mehr existente Adressen etc.) 2410 Berliner Hausarztpraxen erreicht.

Die Fragebogeneingabe erfolgte händisch in das Statistik Programm IBM SPSS Statistics, Version 27. Im Rahmen der Plausibilitätskontrolle wurden fehlende Werte auf die Struktur ihres Auftretens untersucht [17]. Bei den fehlenden Werten handelte es sich nach Einschätzung der Forscher*innen um „missings at random“, die sich jeweils unter 5 % der Gesamtstichprobe befanden. Diese wurden nicht ersetzt.

Die Analyse der Daten erfolgte zunächst deskriptiv univariat. Zusammenhänge zwischen Ärzt*innen- und Praxischarakteristika und einzelnen Variablen wurden darauf aufbauend bivariat mittels Chi-Quadrat-Tests exploriert. P-Werte sind aufgrund des explorativen Vorgehens orientierend zu bewerten. Die offenen Fragen, die mit einer Freitextangabe beantwortet werden konnten, wurden quantitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Antworten wurden anhand eines Kategorienschemas durch zwei Forscherinnen kodiert. Das Kategoriensystem wurde induktiv anhand des Textmaterials entwickelt.

Die Ergebnisse der Befragung wurden nach Beantwortung der Filter-Einstiegsfrage separat ausgewertet. Bei 20 Fällen entsprach der ausgefüllte Frageblock nicht der Beantwortung der Einstiegsfrage, oder umgekehrt. Hierfür wurde eine Regel erstellt, wonach die Beantwortung der Einstiegsfrage und die Beantwortung des entsprechenden Frageblocks angeglichen wurden. Die Regel wurde auf alle 20 Fälle angewendet. Die entsprechenden Fälle wurden mit einer „Inkongruenz-Variable“ kodiert und schließlich auf weitere Besonderheiten überprüft. Alle 20 Fälle sind schließlich in die Gesamtauswertung eingeflossen.

Ein positives Votum der Ethikkommission der Charité- Universitätsmedizin liegt vor (EA1/146/20).

Ergebnisse

An der Befragung haben insgesamt 702 Hausärzt*innen teilgenommen (Rücklaufquote von 29,12%). Aus zwei Fragebögen ging hervor, dass es sich nicht um hausärztlich tätige Praxen handelte. 700 Fragebögen wurden schließlich in die Auswertung einbezogen.

► **Tab. 1** beschreibt die soziodemografische Daten und Praxischarakteristika der Stichprobe.

Alter, Geschlecht, Praxis- und Beschäftigungsart der Teilnehmer*innen entsprechen in etwa der Demografie der Hausärzt*innenschaft in Berlin [18].

Durch die initiale Filter-Frage „Hatten Sie selbst oder Ihre Patient*innen bzw. deren Angehörige jemals Kontakt mit einem PSP“ (im folgenden kurz *PSP-Kontakt* genannt) wurden die Befragten je nach Antwort (Ja/Nein) aufgefordert, Block A bzw. Block B zu beantworten.

57% der befragten Hausärzt*innen gaben an, PSP-Kontakt gehabt zu haben. Für 43% traf dies nicht zu.

Im Folgenden werden die Ergebnisse separat in Abhängigkeit von einem bereits stattgefundenen Kontakt (abhängig von der Beantwortung der Filterfrage) dargestellt.

Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt

Unter denjenigen Hausärzt*innen, die bereits PSP-Kontakt hatten, finden sich eher selbständig Niedergelassene mit einer mittleren Tätigkeitsdauer und tendenziell solche mit einer Praxis am Stadtrand (s. ► **Tab. 2**).

Bezüglich des Alters unterschieden sich die Hausärzt*innen mit bzw. ohne PSP-Kontakt nicht voneinander (56 vs. 55,5 Jahre).

Diejenigen Hausärzt*innen, die bereits mit einem PSP in Kontakt waren, wurden zum Anliegen, Ablauf und Ergebnis der Beratung durch einen PSP befragt.

Über die Hälfte der befragten Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt (56%) ist durch Flyer und Informationsbroschüren, und knapp 30% sind durch persönliche Vorstellung von PSP-Mitarbeiter*innen auf die Pflegestützpunkte aufmerksam geworden. Weiterhin haben sie über das Internet (25%) oder Empfehlungen durch das Fachkollegium (18%) von ihnen erfahren. Aus der Auswertung der Freitextantworten geht hervor, dass auch viele Hausärzt*innen durch ihre Patient*innen auf den Pflegestützpunkt aufmerksam geworden sind.

6% der Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt sind sehr gut mit dem Angebot der PSP vertraut, 34% gut, 40% mittelmäßig und 20% kaum oder gar nicht.

Die Hälfte der befragten Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt (50%) hat bereits selbst einmal einen Pflegestützpunkt wegen konkreter Beratungswünsche der Patient*innen kontaktiert, davon 20% häufig, 60% eher selten und 20% einmalig. Diese Beratungswünsche wurden größtenteils (86%) erfüllt.

93% der befragten Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt gaben zudem an, dass eine(r) ihrer Patient*innen bereits durch einen Pflegestützpunkt beraten wurden. Diese Beratung haben 82% der Hausärzt*innen ihren Patient*innen selbst empfohlen. Zusätzlich, wenn auch zu einem geringeren Anteil, wurde die Beratung durch Angehörige oder durch die Patient*innen selbst initiiert.

Bei den Beratungsanlässen handelte sich dabei überwiegend um pflegerische Anliegen (88%). Weitere Anliegen waren: Soziale

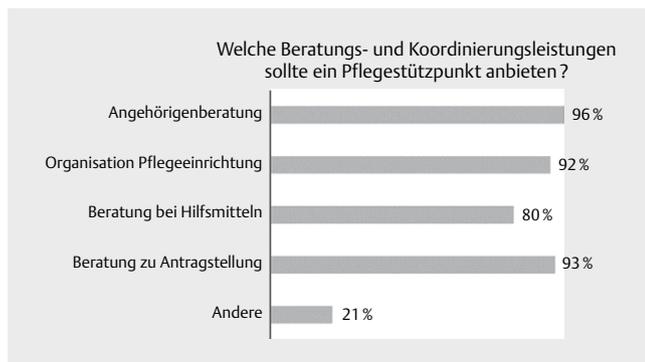
► **Tab. 1** Soziodemografische Daten und Praxischarakteristika aller Befragten.

	Median (Spannweite)
Alter	56 (32–89)
	Prozentanteil
Geschlecht Weiblich	63%
Dauer Beschäftigung als Hausärzt*in	
Weniger als 5 Jahre	19%
Zwischen 5 und 20 Jahren	47%
Länger als 20 Jahre	34%
Praxisart	
Einzelpraxis	47%
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/	
Gemeinschaftspraxis (GP)	27%
Praxismgemeinschaft	12%
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	14%
Beschäftigungsart	
Angestellt	25%
Selbstständig niedergelassen	75%
Lage der Praxis	
Innerstädtisch	61%
Stadtrand	39%

► **Tab. 2** Soziodemografische Daten der Hausärzt*innen mit PSP-Kontakt.

Variable	Anzahl	Prozentanteil, derjenigen, die PSP-Kontakt hatten	p-Wert (Chi-Quadrat)
Geschlecht			
Weiblich	431	60	0,039
Männlich	255	51	
Anderes	1		
Keine Angaben	13		
Erfahrung			
< 5 Jahre	129	44,2	0,006
5–9 Jahre	115	65,2	
10–14 Jahre	112	62,5	
15–19 Jahre	97	52,6	
20 und mehr Jahre	238	58,8	
Keine Angaben	9		
Art der Beschäftigung			
Angestellt	166	50	0,051
Niedergelassen	510	58,6	
Keine Angaben	24		
Städtische Lage			
Innerstädtisch	402	53,5	0,099
Stadtrand	260	60	
Keine Angaben	38		

Beratungsanlässe (58%), Fragen zur Angehörigenbetreuung (55%) und organisatorische Anliegen (51%). In den Freitexten wurden konkretere Beratungsanliegen genannt, wie etwa die Vermittlung von Adressen pflegerischer Anlaufstellen, die Beratung zu Haushaltsführung und Alltagsmanagement, die Beratung zu Hilfsmitteln und zur Wohnraumanpassung sowie die Vermittlung von behindertengerechtem Wohnen. 68% der Hausärzt*innen haben von dem Beratungsergebnis erfahren, und zwar laut Freitextangaben vor allem durch die Angehörigen der Patient*innen oder den Patient*innen selbst. Entsprechend der Angaben einiger Hausärzt*innen erfuhren sie das Ergebnis der Beratung durch Mitarbeitende von Pflegediensten. Wenn Kommunikation mit den PSP erfolgte, dann per Post, E-Mail oder telefonisch.



► **Abb. 1** Wunsch nach PSP-Beratungs- und Koordinierungsangebot (Mehrfachauswahl möglich).

In ► **Abb. 1** werden die Beratungs- und Koordinierungsleistungen, die sich Hausärzt*innen durch die PSP wünschen, dargestellt.

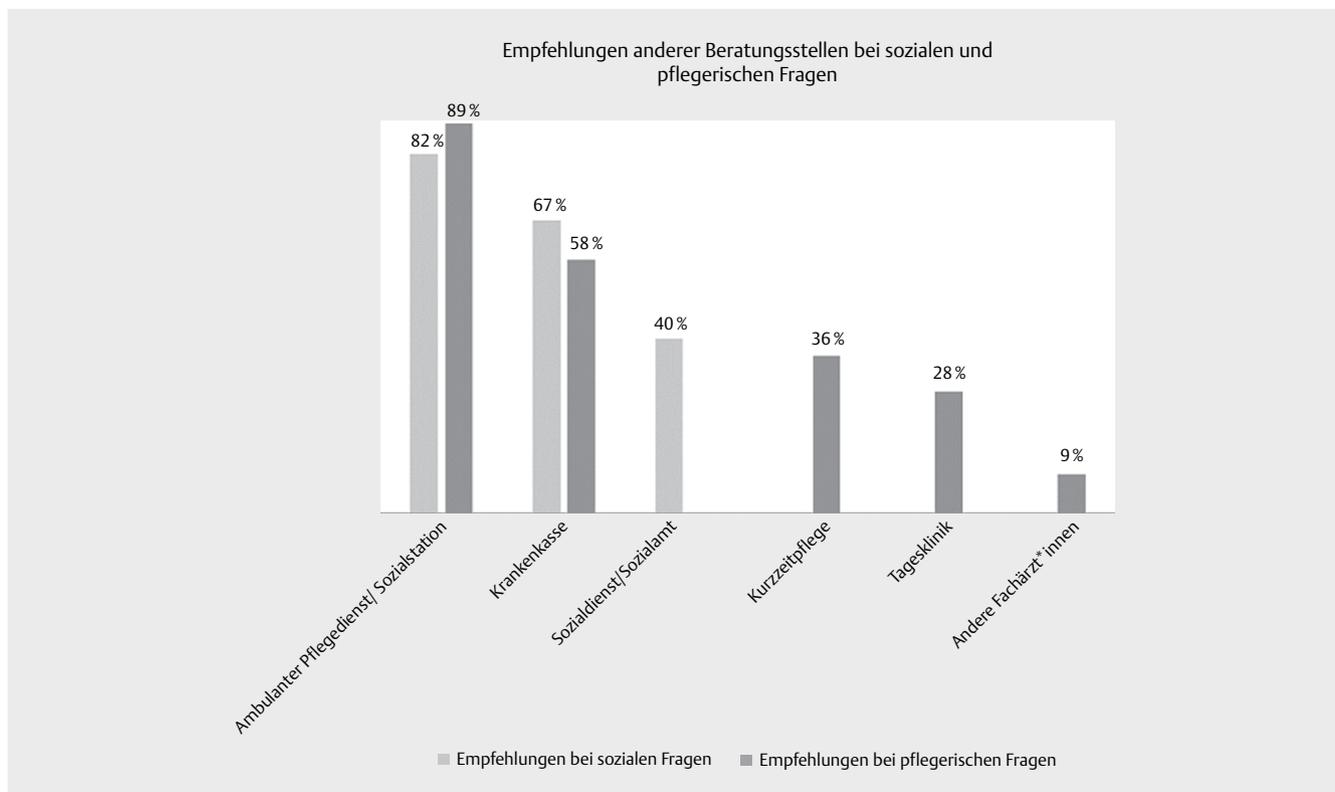
Im Freitext wurden Wünsche nach konkreten Beratungsleistungen durch die PSP erfragt. Darunter waren die Empfehlung/Vermittlung von anderen Angeboten und Strukturen (z. B. Demenz-WGs, Mittagstisch, Gesprächsrunden, Pflegeheime, Selbsthilfegruppen etc.) und die Kommunikation mit und die Rückmeldung (zu Beratungsergebnissen/Beratungsstand) an die Hausarztpraxen, sowie die Organisation der Versorgung (zum Beispiel Organisation zum Verbleib in der Häuslichkeit, Organisation Pflegeeinrichtung und Pflegedienst).

Hausärzt*innen ohne PSP-Kontakt

Von den Hausärzt*innen ohne PSP-Kontakte gaben 65% an, schon einmal von einem Pflegestützpunkt gehört zu haben. Von diesen ist nur 1% sehr gut, 6% gut, 24% mittelmäßig, 41% kaum und 28% gar nicht mit dem Angebot der PSP vertraut. Knapp 80% dieser Hausärzt*innen möchte gerne mehr über das Angebot erfahren. Für eine Nutzung der PSP werden mehr Informationen zu ihrem Angebot (87%), persönliche Ansprechpartner*innen (31%), eine bessere Kommunikation (14%) und eine bessere Erreichbarkeit (10%) angeregt.

Hausärzt*innen, die noch keinen PSP-Kontakt hatten, empfehlen ihren Patient*innen andere Beratungsstellen (siehe ► **Abb. 2**).

In Freitextangaben wurden ergänzend Wohlfahrtsverbände und Hilfsorganisationen genannt, wie beispielsweise die Caritas-Beratungsstelle und die Arbeiterwohlfahrt Berlin.



► **Abb. 2** Empfehlung anderer Beratungsstellen (Mehrfachauswahl möglich).

Diskussion

Über die Hälfte der befragten Hausärzt*innen hatte bereits PSP-Kontakt. Der angegebene PSP-Kontakt bedeutet jedoch nicht, dass diese Hausärzt*innen über einen breiten Wissenstand zum Angebot der PSP verfügen.

In vorangegangenen Studien beschreiben Berliner Hausärzt*innen – aufgrund der vielen sozialen Beratungsanliegen ihrer Patient*innen- einen großen Informationsbedarf zu sozialen Angeboten im Stadtbezirk [9, 11, 16]. Nach Wissensstand der Autor*innen gab es bisher jedoch noch keine Befragungen zum Bekanntheitsgrad von Pflegestützpunkten in der Hausärzt*innenschaft. Die hier vorgelegte Studie zeigt neben der Benennung des Kenntnisstandes auch einige Gründe auf, warum PSP von Hausärzt*innen bisher nicht umfänglich bekannt sind oder genutzt werden.

Während von einem Teil der Hausärzt*innenschaft vielfältige Wege benannt werden, wie sie von PSP und ihren Angeboten erfahren haben, erreichen diese Informationen einen erheblichen Teil der Hausärzt*innenschaft nicht. Weitere mögliche Methoden der Disseminierung und des Informationsaustausches gilt es daher zu entwickeln und zu erproben.

Des Weiteren überrascht, dass nur etwa zwei Drittel der befragten Hausärzt*innen vom Beratungsergebnis erfahren, nachdem eine(r) ihrer Patient*innen beim Pflegestützpunkt war, und zwar meistens von den Patient*innen selbst oder deren Angehörigen. Eine mögliche Lösung stellt die vereinheitlichte Rückmeldung durch die PSP zur stattgefundenen Beratung an die Hausarztpraxen dar. Dies wird im Rahmen der aufbauenden Interventionsstudie des COMPASS II-Projektes erprobt und untersucht (<https://navicare.berlin/de/forschung/compass/>).

Dieses Antwortmuster der Befragung legt nahe, dass der Begriff „Pflegestützpunkte“ Unklarheiten bezogen auf Zuständigkeiten und ihr Beratungsspektrum auslöst und die Abgrenzung zu lokalen Pflegediensten nicht immer klar ist. Auch dies könnte ein Grund dafür sein, dass PSP, obwohl sie bereits seit einem längeren Zeitraum etabliert sind, kaum durch Hausärzt*innen genutzt werden. Ergebnisse des vorangegangenen COMPASS I-Projektes konnten ebenso anhand von Fokusgruppen zeigen, dass das Leistungsangebot und die Verantwortungsbereiche einzelner sozialer und pflegerischer Einrichtungen verwechselt wurden. Die Namensähnlichkeiten verschiedener Angebote könnte aus Sicht der Autor*innen zu diesem Missverständnis beitragen. (z. B. PSP und Pflegestation bzw. Sozialstation) [9]. Diese Verwechslung der Begrifflichkeiten durch die Hausärzt*innen wird in dieser Fragebogenerhebung auch in der Benennung der Einrichtungen in den Freitexten vermutet. Demnach wurde das Ergebnis der PSP-Beratung neben vor allem Patient*innen und Angehörigen zusätzlich durch Pflegedienste vermittelt. Die Vermittlung des PSP-Beratungsergebnisses durch den Pflegedienst erscheint den Autor*innen an dieser Stelle eher unpassend zu sein. Dieses Phänomen der Verwechslung wurde auch in der Befragung mit Berliner Passant*innen von Kollak et al. 2012 konstatiert [19]. Diese Studie zeigte weiterhin, dass PSP auch in der Bevölkerung kaum bekannt sind [19]. Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zeigt, dass nur 25 % der Befragten wohnortnahe, auf das Thema Pflege spezialisierte Beratungsstellen kennen. Nur 8 % dieser Befragten gaben an, einen Pflegestützpunkte zu kennen [20]. Dieser geringe Bekanntheitsgrad ist vermutlich ein Grund dafür,

dass Patient*innen aktuell neben der Informationsvermittlung durch Internet, Zeitungen und ihren Krankenkassen, vermehrt ihre Hausärzt*innen bei sozialen und pflegerischen Anliegen adressieren [19]. Auch in anderen Bundesländern scheint der Bedarf der Weiterentwicklung von Transparenz, Vernetzung und Koordination des Angebotes der Pflegestützpunktes groß zu sein [21].

Eine Vernetzung zwischen Hausärzt*innen und PSP kann nicht nur das Team der Hausarztpraxen entlasten, sondern vermutlich die Versorgung multimorbider Patient*innen verbessern. Der/die Hausärzt*in kann soziale Beratungsanlässe der Patient*innen identifizieren und eine Empfehlung zur Beratung durch einen PSP aussprechen oder die Patient*innen dorthin übermitteln.

Laut Pohontsch et al. (2021) ist aus Sicht von Patient*innen die Koordination der Versorgung durch den/die behandelnde(n) Hausärzt*in ein wichtiger Pfeiler in der Versorgung multimorbider Patient*innen. Die Patient*innen können sich ihrem/ihrer Hausärzt*in anvertrauen, und diese erkennen im Rahmen eines ganzheitlichen Blickes auf die Patient*innen die Notwendigkeit der Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote [22]. Hierfür gilt es, Strukturen einer besseren Vernetzung und Kommunikation zwischen Hausarztpraxen und PSP im Stadtbezirk zu schaffen, die sowohl langfristig und nachhaltig für die Versorger*innen als auch niedrigschwellig für die Patient*innen nutzbar bleiben.

Die hohe Teilnahmebereitschaft der angeschriebenen Ärzt*innen lässt schließlich ein großes Interesse an dem Thema in der Berliner Hausärzt*innenschaft annehmen. Es ist zu erwarten, dass allein durch die Versendung der Befragung die Berliner Hausärzt*innen auf die PSP aufmerksam gemacht wurden.

Zum Abschluss des Projektes wird eine Handreichung erstellt, anhand derer sich sowohl Hausärzt*innen als auch Pflegestützpunkt-Mitarbeiter*innen über die Möglichkeiten und Best-Practice-Empfehlungen für eine Kooperation informieren können. Es wäre interessant, die Beteiligten nach einem Zeitintervall von ein bis zwei Jahren erneut nach ihren Erfahrungen zu befragen.

Stärken und Limitationen

Eine Stärke der Untersuchung zeigt sich in dem verhältnismäßig hohen Rücklauf, insbesondere unter Berücksichtigung des Befragungszeitraums zu Beginn der Covid-19 Pandemie. Erwähnt werden sollte jedoch auch, dass die Fragebogenergebnisse sich nur bedingt auf andere Bundesländer übertragen lassen, wenngleich in anderen Regionen ähnliche Ergebnisse vorstellbar sind.

Danksagung

Die Autor*innen danken allen engagierten Hausärzt*innen für ihre Teilnahme an der der Fragebogenerhebung. Weiterhin gilt der Dank dem gesamten NAVICARE Forschungsverbund für die Zusammenarbeit und den regelmäßigen Austausch sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Förderung dieses Forschungsvorhabens.

Funding Information

Bundesministerium für Bildung und Forschung — <http://dx.doi.org/10.13039/501100002347;01GY1601>

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009
- [2] Destatis Statistisches Bundesamt. A changing population – Assumptions and results of the 14th coordinated population projection. Im Internet: <https://www.destatis.de>; Stand: 04.07.2022
- [3] Lang C, Gottschall M, Sauer M et al. Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 2019; 81: 822–830. DOI:10.1055/a-0664-0470
- [4] Puth M-T, Weckbecker K, Schmid M et al. Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC Public Health* 2017; 17: 826. DOI:10.1186/s12889-017-4833-3
- [5] Stumm J, Thierbach C, Peter L et al. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019; 20: 160. DOI:10.1186/s12875-019-1048-y
- [6] Hartung M, Schneider N. Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: eine Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2016; 92: 363–366. DOI:10.3238/zfa.2016.0363–0366
- [7] Zimmermann C, Mews C, Kloppe T et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 2018; 9. DOI:10.1016/j.zefq.2018.01.008
- [8] Jobst D, Joos S. Soziale Patientenangelegenheiten – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2014; 90: 496–501. DOI:10.3238/zfa.2014.0496–0501
- [9] Stumm J, Peter L, Sonntag U et al. Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 2020; 158: 66–73. DOI:10.1016/j.zefq.2020.09.001
- [10] Nickel W, Hanns S, Brähler E et al. Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 798–805. DOI:10.1055/s-0031-1301294
- [11] Braeseke G, Pflug C. Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten für Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. IGES Institut GmbH; Berlin 2017
- [12] Pflegestützpunkte in Berlin: Kompetente Beratung vor Ort, kostenfrei und individuell. Im Internet: <https://www.pflegestuetzpunkteberlin.de/>; Stand: 23.05.2022
- [13] Boehlen FH, Kusch MKP, Reich P et al. Erfahrungen älterer, multimorbider Menschen in der COVID-19-Pandemie: eine qualitative Studie. *Z Für Gerontol Geriatr* 2022. DOI:10.1007/s00391-022-02055-1
- [14] Morse DF, Sandhu S, Mulligan K et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health* 2022; 7: e008524. DOI:10.1136/bmjgh-2022-008524
- [15] Polley M, Dixon M, Hopewell D. Report of the annual social prescribing network Conference. University of Westminster, London, England 2016
- [16] Döpfmer S, Trusch B, Stumm J et al. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 844–853. DOI:10.1055/a-1173-9225
- [17] Lück D, Landrock U. Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der quantitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019: 457–471. DOI:10.1007/978-3-658-21308-4_32
- [18] Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Zahlen und Fakten. Im Internet: <https://www.kvberlin.de/die-kv-berlin/zahlen-und-fakten>; Stand: 04.07.2022
- [19] Kollak I, Schmidt S. Umfrage zur Bekanntheit von Pflegestützpunkten. *Casemanagement* 2012; 132–133
- [20] Zentrum für Qualität in der Pflege. Pflegeberatung in Deutschland wenig bekannt. *Stift ZQP*. Im Internet: <https://www.zqp.de/pflegeberatung-in-deutschland-wenig-bekannt/>; Stand: 09.05.2022
- [21] Tebest R, Mehnert T, Nordmann H et al. Pflegestützpunkte in Deutschland. Quo vadis? Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 67–72. DOI:10.1055/s-0035-1564165
- [22] Pohontsch NJ, Schulze J, Hoeflich C et al. Quality of care for people with multimorbidity: a focus group study with patients and their relatives. *BMJ Open* 2021; 11: e047025. DOI:10.1136/bmjopen-2020-047025

2.2. Die hausärztliche Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie

2.2.1. Studienprotokoll der „VeCo-Praxis-Studie“ zum Angebot und zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung aus drei Perspektiven (Publikation 5)

Die COVID-19-Pandemie stellte die Hausärzteschaft vor eine beispiellose zusätzliche Belastung, auf die sie nicht vorbereitet war, und die zahllose Umstrukturierungen von Praxisorganisation und Patient*innenversorgung erforderte.

Innerhalb des Forschungspraxennetzes RESPoNsE, in dem Forschungsvorhaben partizipativ in einem Praxisbeirat sowie in Netzwerktreffen erdacht, konzipiert bzw. auf ihre Durchführbarkeit und Relevanz hin besprochen werden, kam der Wunsch aus der Hausärzteschaft, ihre Perspektive auf die Schwierigkeiten der Versorgung während der Pandemie aufzeigen zu können. Daher wurde partizipativ mit Hausärzt*innen, MFA und Patient*innen die VeCo-Praxis-Studie entwickelt, in der die Erfahrungen der drei Gruppen untersucht werden sollen (VeCo: „Hausärztliche Versorgung nicht an Corona erkrankter Patient*innen während der Covid-19 Pandemie“).

Ziel der quantitativen und qualitativen Erhebungen ist es, aus den drei Perspektiven der Hausärzt*innen, MFA und Patient*innen Erfahrungen während der Pandemie, insbesondere in Hinblick auf den Erhalt der Regelversorgung zu eruieren. Der mixed methods-Ansatz erlaubt einerseits eine Triangulation der Perspektiven, eine Erhebung sowohl in der Breite (quantitative Fragebogenerhebung) als auch in der Tiefe (qualitative Interviews und Fokusgruppen) und eine längsschnittliche Betrachtung möglicher Veränderungen der Ansichten (Wiederholung der ersten Fragebogenerhebung nach zwölf bis 18 Monaten).

Gleichzeitig entspricht diese Studie dem Wunsch des Fördergebers, innerhalb der Laufzeit des Strukturaufbaus des Forschungspraxennetzes eine Pilotstudie zur Erprobung des Netzaufbaus durchzuführen. In der „VeCo-Praxis-Studie“ kommt insbesondere der partizipative Ansatz des RESPoNsE-Netzwerkes zum Tragen, indem die etablierten Beiräte (Praxisbeirat und Patient*innen-Beirat) in der Initiative für die Studie sowie in der Entwicklung direkt beteiligt sind.

STUDY PROTOCOL

Changes to utilization and provision of health care in German GP practices during the COVID 19-pandemic: Protocol for a mixed methods study on the viewpoint of GPs, medical practice assistants, and patients

Susanne Doepfmer^{1*}, Kemal Akdenizli², Hiwa Dashti³, Christoph Heintze¹, Frank Kaden², Lisa Kuempel¹, Doreen Kuschick¹, Natascha Medrow³, Andrea Neidhardt-Akdenizli², Susanna Otto-Gogoll², Isabelle Reicherdt³, Lydia Steenweg², Kahina Toutaoui¹

1 Institute of General Practice, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Germany, **2** Member of the RESPoNsE Practice Advisory Board, Practice in Berlin, Germany, **3** Member of the RESPoNsE Practice Advisory Board, Practice in Brandenburg, Germany

* susanne.doepfmer@charite.de



OPEN ACCESS

Citation: Doepfmer S, Akdenizli K, Dashti H, Heintze C, Kaden F, Kuempel L, et al. (2023) Changes to utilization and provision of health care in German GP practices during the COVID 19-pandemic: Protocol for a mixed methods study on the viewpoint of GPs, medical practice assistants, and patients. *PLoS ONE* 18(4): e0279413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413>

Editor: Wenhui Mao, Duke University, UNITED STATES

Received: April 28, 2022

Accepted: December 6, 2022

Published: April 13, 2023

Copyright: © 2023 Doepfmer et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: No datasets were generated or analysed for the study protocol. On completion of the study all relevant data will be found within the manuscript and its [Supporting Information](#) files in adherence to the European General Data Protection Regulation.

Funding: The project is funded by the German Federal Ministry of Education and Research (www.bmbf.de, Funding number 01GK1902A). SD, KT,

Abstract

Introduction

During the COVID-19 pandemic, general practitioners (GPs) continued to be a main point of contact for patients. For GP practices, it was and still is a challenge to meet constantly changing requirements due to the various phases of the pandemic. The aim of the study is to explore retrospectively the subjective experience with supply and utilization of health care services from the perspective of general practitioners, medical practice assistants and patients, in particular regarding instances of underutilization of services for non-Covid related conditions, adjustments due to the pandemic, and the appropriateness of care.

Methods

The study is carried out within the RESPoNsE research practice network in three of Germany's federal states: Berlin, Brandenburg, and Thuringia (RESPoNsE—Research practice network east). The study follows a convergent mixed method design, and consists of the following sections: a) two anonymous paper-based questionnaires filled out by GPs and medical practice assistants (MPAs), at an interval of 12 to 18 months; b) in-depth qualitative interviews conducted among a subgroup of GPs and MPAs; c) anonymous paper-based questionnaires among patients of participating practices. The idea for the study was derived from discussions with the practice advisory board of the RESPoNsE network. The themes and issues to be explored in the surveys and interviews are developed and discussed in the practice advisory board, the patient advisory board, and with interested MPAs. The questionnaires will be analyzed descriptively, exploring the effect of demographic variables.

DK and LK are employed to conduct this project at the institute of general practice and family medicine at the Charité-Universitätsmedizin Berlin. The funders had and will not have a role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Qualitative content analysis is used to analyze the data from the interviews and focus groups.

Discussion

The study focuses on the conditions of GP care during the COVID-19 pandemic. A broad insight is provided as GPs and MPAs, as well as patients, are involved. It provides the opportunity to express needs and concerns. The results can support future discussions on lessons learned from the pandemic and necessary changes in health care delivery.

Trial registration

Trial registration at the German Clinical Trials Register: [DRKS00028095](https://www.clinicaltrialsregister.de/ct2/show/study/DRKS00028095).

Introduction

Primary care plays a crucial role during the COVID-19 pandemic [1, 2].

While hospital care and the concern around potential insufficient intensive care resources were very much a focus in the earlier stages of the pandemic, it was the GP practices who usually (and, again, were) the first point of contact for the patients. Practices often had to decide who needed hospital care; they also provided and monitored patients with COVID-19 at home while providing continuous care for all other patients [3–5].

In Germany, 80 to 85 percent of the patients suffering from Covid-19 received medical care in the ambulatory care sector [6]. Important characteristics of the German health care system as a framework for GP practice organization are described in [Box 1](#).

Box 1. Characteristics of the German health care system as a framework for GP practice organization

Generally

- lack of a gatekeeping system;
- important role of self-governing bodies [7, 8].

General practitioners

- are on average responsible for 2,000 inhabitants;
- see on average 242 patients per week, with an average consultation time of 7.6 minutes;
- are usually self-employed and work in large part in a single-handed practice;
- usually rely on a personal communication infrastructure with colleagues, other specialists, and nursing facilities;
- largely decide autonomously about staff, working hours, and the organization of their practices [7, 9].

Medical practice assistants

- (also called health care assistants, or “Medizinische Fachangestellte” in German)

- work under the legal responsibility of the GPs;
- go through a three-year vocational training program;
- are qualified for office and management duties as well as basic clinical tasks, such as measuring blood pressure and taking blood samples;
- may take over additional tasks including injections, vaccinations, or home visits, according to the “Agreement on the delegation of medical services to non-medical staff in ambulatory healthcare” [10–12].

The pandemic resulted in several spontaneous and unsystematic changes in the supply and uptake of health care services, affecting general practitioners (GPs), medical practice assistants (MPAs), and their patients [13, 14].

The idea for the study protocol presented here was developed in a practice advisory board meeting of the practice-based research network RESPoNsE (for details on RESPoNsE, see [Box 2](#)).

Box 2. Context of the study: Practice-based research network “RESPoNsE”

- “RESPoNsE” is one of six regional practice-based research networks (PBRNs) in Germany funded by the Federal Ministry of Education and Research, comprising practices in three of the 16 federal states in Germany: Berlin, Brandenburg, and Thuringia.
- These three states together represent 10% of the German population, with the metropolitan area of Berlin and the small- to medium-sized towns and rural areas of Brandenburg and Thuringia, and a medium to below average range of socioeconomic status with regional differences within the federal states [15–17].
- PBRNs are implemented in many countries and regions to involve primary care practices and patients in identifying relevant research questions [18].
- RESPoNsE aims to recruit and qualify GPs and MPAs for research activities [19].

GPs and MPAs expressed their view that, although they provided a major portion of COVID-19 patients’ care, their worries and issues had rarely been featured in medical journals or the press and were not well-known to the general public. Previous research could show that GPs, from early on in the pandemic, rapidly re-organized their practices, from a fast uptake of virtually-delivered care by use of video or telephone to doctor-led triage [1, 20–25], even though they had to cope with scarce, delayed, or confusing information from public bodies, and were not supplied with sufficient personal protective equipment (PPE) [4, 6, 26, 27]. In 2020, Huston et al. found that preparedness and ability to adapt to the new situation varied between GPs of different countries [28], all of them with a very different health care systems to Germany. Evidence of adaptations in German GP practices is scarce. It is mainly from early

phases of the COVID-19 pandemic and is based either on small surveys or on qualitative interviews [29–31].

Reports of a deteriorating work climate in German GP practices also date from early phases of the pandemic [32, 33].

Even though the MPAs in Germany also play a crucial role in meeting the new challenges in German GP practices, there have been only few reports on their perspective from early phases of the COVID-19 pandemic, in which concerns are described regarding the uncertain course of the pandemic, worries and a high level of responsibility for the wellbeing of their patients, fear of contracting COVID-19, and a general feeling of not being properly prepared for the challenges of the pandemic, including the necessary organizational adaptations [34, 35]. While, at the beginning of the pandemic, the focus of public interest and reporting was on the situations of intensive care units and the working conditions for hospital nurses [36], only recently have MPAs received more public attention toward the burden they bore [37].

From the beginning of the pandemic, utilization of health care for non-urgent needs declined [38]. Due to a fear of contracting COVID-19, patients avoided medical care wherever possible [39], sometimes with severe consequences, including death from strokes, heart attacks, cancer, and other acute illnesses [40–42]. A longitudinal online-based patient survey could show that, from the perspective of the patients, the supply of medication has broadly not been impaired, but also revealed that it was considerably more difficult to get an appointment with the GP, with results differing according to which phase the pandemic was concurrently in [43]. In the first six months of the pandemic, in particular, patients postponed regular health checks and routine vaccination appointments [44].

At the same time, mental exhaustion, anxiety, and feelings of loneliness and isolation increased among the general population, adding to the challenges faced by GPs and MPAs during the pandemic [45].

For all three groups, the COVID-19 pandemic may change the general view on the appropriateness of care. Before, there was only limited awareness of unnecessary care [46]. Now (during the pandemic) health care providers, and patients had to decide intuitively and without clear guidance or evidence which medical services were truly necessary [14, 47].

Therefore, the pandemic may also provide the opportunity to revisit health care practices that may not be effective or efficient [13, 48].

It is the subjective experience during the pandemic from the three groups involved (GPs, MPAs, and patients) that most likely will shape the future health care landscape.

Our study will add to the existing evidence by providing:

An up to date view of German GPs, MPAs, and patients on health provision and utilization, appropriateness of care, and the perceived burdens more than two years from the beginning of the COVID-10 pandemic;

An integration and comparison of the views of these three groups;

A participatory approach, involving the three groups already in the development of the study, which, therefore, addresses aspects that were identified as relevant by them;

To our knowledge, no study has been reported that describes the COVID-19 pandemic experiences of all three of these groups (GPs, MPAs, and patients) in Germany, and that addresses organizational adaptation needs, supply, utilization, and quality of care within the GP practices, as well as support needs, and concerns and worries.

Research framework

Integrating the literature search and discussions with GPs and MPAs, we built our study on the “Covid-19 system shock framework” by Hodgins et al., which identified changes to health

Table 1. The COVID-19 system shock framework and themes in the study.

Concepts from the Covid-19 system shock framework	Themes addressed in our study
Changes to health services	Practice organization
	Change of frequency of services
Medical products and technologies	Telephone and Video consultations
	Protective equipment
Information Systems	
	Supply, usefulness and processing of information
Governance	
	Extra funding for additional work
Funding and Finance	
	Qualification
Health workforce	Stress
	Job satisfaction
	Team spirit
	Responsibility, motivation, and concern
Values	Appreciation
	Appropriateness of care

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413.t001>

services, health workforce, information systems, medical products and technologies, funding and finance, health system values and health policy and governance as the main dimensions of relevance to health systems' responses to the pandemic [49], (Table 1).

Methods

Aim

This study addresses the following research question:

What are the views of GPs, MPAs, and patients on the provision and utilization of health services during the COVID-19 pandemic? With particular regard to:

- aspects of underutilization/undersupply of regular care for non-Covid related conditions;
- requirements, practicability and sustainability of adjustments to practice organization and management (for example virtually-delivered care); and
- the appropriateness of regular care services that may have seemed dispensable under pandemic conditions

Furthermore, the three groups involved (GPs, MPAs, and patients), will have the opportunity to express other aspects or concerns experienced during the COVID-19 pandemic.

Participatory approach

Using a participatory approach, GPs and MPAs, and patients will play an important role in the PBRN in choosing and prioritizing research topics and in assessing the relevance and feasibility of a research project.

For this purpose, a practice advisory board comprising GPs and MPAs, and (separately) a patient advisory board was founded at the two project centres in Berlin and Jena, Thuringia, to reduce the need for long-distance travel. Research ideas and activities are discussed regularly in the board meetings, enabling participation of the three groups (GPs, MPAs, and patients) at

every stage of a project. In our view, it is essential to encourage the participation of all groups who are affected by the research activities and by the potential outcomes.

Serving on a study board or advisory council and attending regular meetings with researchers is one of the most active form of engagement is [50]. In addition to the regular commitments to the practice board by a dedicated group of GPs and MPAs willing to attend regular meetings, all other PBRN GPs and MPAs are invited to visit network meetings, which are held quarterly and provide the possibility to discuss research activities and study ideas.

The Covid-19 pandemic is the focus of this study but also an important factor for the readiness to participate in this particular study and generally in the PBRN:

The pandemic may highlight the importance of research in the primary care setting, as could be shown in an increased interest in research [23]. Therefore, the study will also be combined with a new recruitment effort for the PBRN.

At the same time, research activities may add an extra burden to a practice team that already has reached its limit [51].

Board and network meetings have so far been held via video conference due to pandemic-related restrictions. While this also has the advantage of convenience and saving time—and allows the participation of less mobile patients—it may at the same time exclude patients who are not digitally literate. Being fully aware of these issues, our approach is necessarily pragmatic.

The mode of participation in RESPoNsE is to be seen as consultative to collaborative [52]. While the power for decision-making remains with the research team, due to the accountability owed to the funder, nevertheless we believe that there is “the potential for sharing experience, knowledge and the harnessing of multiple perspectives” [53]. How and when best to involve the three groups will be a learning process that will form part of the structural development of the network, and some fluctuation of level and scope of participation is expected, depending on the context and on individual interests [54, 55].

The idea for this study was derived from discussions in the practice advisory board in May 2020. In order to strengthen the participatory approach, the study has been conceptualized in line with the impressions GPs and MPAs have that some aspects of their work during the COVID-19 pandemic had not yet been addressed adequately: concern regarding the ability to maintain the quality of routine care, a lack of resources (both material and personnel), a constant need for operational responsiveness to changing conditions, a lack of support, and confusing or insufficient information from regulatory and professional bodies. These issues were further discussed in a meeting with a group of interested MPAs, invited via the MPA branch of the Association of Medical Professions (“Bundesverband medizinischer Fachberufe”). Further aspects of this discussion were new challenges in the area of patient contact (aggressive behavior, for example) and the feeling of a lack of respect from patients and the public, consequentially impacting their job satisfaction.

Study design and setting

The study will be carried out in three German federal states that are covered by the RESPoNsE network (Berlin, Brandenburg, and Thuringia), comprising approximately eight million inhabitants.

Due to the explorative nature of the study, no sample size calculation was undertaken. Every GP in Berlin and Brandenburg who is statutory health insurance registered (approximately $n = 4.100$) may take part in the study. The response rate will be a secondary outcome, comparing the rates for GPs who already are part of the RESPoNsE network with those who are not. As other surveys in the Thuringia GP practices are taking place at the same time, only

those practices that already are members of RESPoNsE ($n = 70$) are invited to take part in the study. There are no exclusion criteria.

The GPs have received a postal invitation to take part in the study. MPAs may take part in the study independently of the GPs in the same practice but, as we only have information on the GPs working per practice (and not the MPAs), MPAs will only receive information about the study from the GP who received the letter at their practice.

In line with previous work and similar surveys with GPs, we expect a response rate of about 25% [56, 57]. We expect the response rate to be higher among GPs who are already a part of the RESPoNsE network. As we don't know how many MPAs are working in the practices we will not be able to calculate a response rate for the MPAs.

The letter to the GPs consists of:

- a study information;
- the questionnaire for GPs (to be filled out anonymously);
- the questionnaire for MPAs (to be handed out to interested MPAs in the same practice and filled out anonymously by as many MPAs as are willing to take part in the study—the questionnaire be copied if necessary);
- a prepaid return envelope;
- a response form (S1 Form), asking for their readiness to take part in the survey or in the further portions of the study (to be filled out with contact details and to be sent back separately via fax or mail);
- The GPs and MPAs in Berlin and Brandenburg who are not yet members of the RESPoNsE network are also provided with information on network activities and aims and will be asked to express their interest to be part of the network.

After 4 weeks the same letter was sent as a reminder to those GPs who had not yet returned their response form (Fig 1).

Study structure

This convergent mixed methods study includes the following methodological approaches (see Table 2 for a summary):

Quantitatively: Surveys

The questionnaire for GPs and MPAs was constructed and piloted with the participation of the practice advisory board and addresses aspects of routine health care provision during the COVID-19 pandemic, as well as organizational, technical, and staffing measures, external information, and fears and worries about their work environment during the pandemic.

Most of the questions are the same or equivalent for both GPs and MPAs, including information on demographic and professional characteristics (gender, age, location of practice, professional experience). One thematic block varies between the two groups, allowing for a different focus during the preparatory discussions in the meetings with GPs and MPAs. Except for the demographic questions, all the other items are designed on a five-point Likert scale, supplemented by a “don't know” category where appropriate (Table 3; S2 and S3 Files).

Participating GPs and MPAs will be asked to fill in a second questionnaire after 12 to 18 months. In this way, we will explore which views and possible changes in health services persist over time. As the questionnaires will be anonymous, the comparison will be made on an aggregated level.

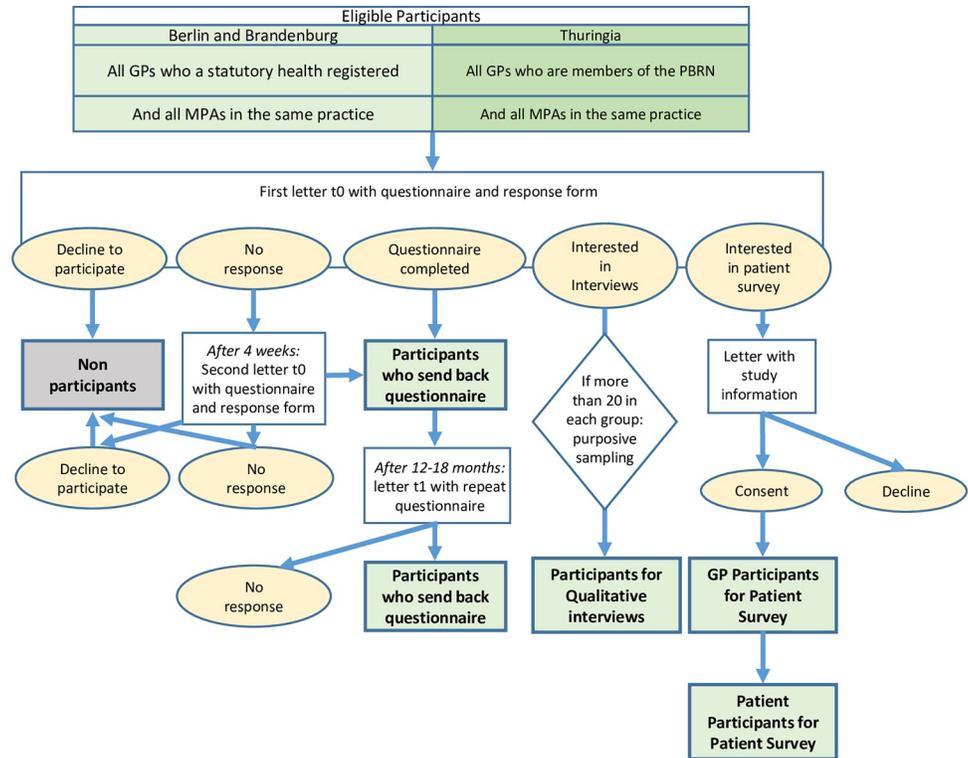


Fig 1. Flow chart of participants.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413.g001>

The GPs who participated in the first survey will also be asked to cooperate in the patient survey. Those who indicate an interest on the response form will be contacted again with further information on the proceedings and will be asked to consent into participating in the study. From a previous study (not yet published), we expect about 50 to 100 GPs to take part in this portion of the study. Participating GPs may indicate whether they expect to successfully distribute questionnaires for 50 or 100 patients during the standardized study period of four weeks. Questionnaires will be sent to the practices accordingly to be distributed among patients who sit in the waiting room. Patients will be provided with information on the study, asked to fill in the questionnaire anonymously, and to place it in a pre-prepared box. After the given study period, the practice team will send back the questionnaires using a prepaid envelope.

Table 2. Study structure: Purpose and data source.

	Purpose	Data Source
Phase 1 Participatory approach	Collect themes for surveys. Develop surveys.	Practice advisory board. Patient advisory board.
Phase 2 Surveys with GPs, MPAs and patients	Explore experiences of the three groups during the COVID-19 pandemic. Recruit MPAs and GPs for interviews. Recruit GPs and MPAs for the PBRN.	GP and MPAs in three federal states. Patients of participating GP practices.
Phase 3 Qualitative interviews	In-depth exploration of survey results.	GPs and MPAs in three federal states.
Phase 4 Follow-Up Surveys	Repeat survey (GPs and MPAs) to explore views and attitudes one year later.	GPs and MPAs who took part in the first survey.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413.t002>

Table 3. Questionnaire for GPs and MPAs (themes, examples, scale).

	Thematic block	Scale
Identical / equivalent to GPs and MPAs	demographic and professional characteristics (gender, age, location of practice, professional experience)	Single choice items
	Changes in frequency for procedures during the coronavirus pandemic (for example scheduled / unscheduled visits, virtually delivered care by use of video or telephone, home visits, routine checks, vaccinations other than Covid-19)	Much less frequent–less frequent–no change–more frequent–much more frequent–don 't know
	<i>Example statement: "How has the frequency for the following service for non-Covid-19 related conditions changed during the pandemic . . . home visits"</i>	
	Subjective assessment of the quality of care for chronically ill patients during the corona virus pandemic (for example, changes in quality of care, changes in health conditions of the patients, changes in number of practice visits).	strongly agree–agree–neutral- disagree -strongly disagree -don 't know
	<i>Example statement: "We managed to provide the same quality of care as before"</i>	
	Personal view on working conditions and job satisfaction during the pandemic (for example, expectations, conflicts within the team, joy at work).	strongly agree–agree–neutral- disagree -strongly disagree
<i>Example statement: "I am thinking about changing my job"</i>		
GPs only	Requirements/resources in order to maintain health care provision during the pandemic (for example, material, qualification, information).	strongly agree–agree–neutral- disagree -strongly disagree
	<i>Example statement: "In order to maintain the provision of care under pandemic condition we need . . . better qualified personnel"</i>	
MPAs only	Subjective assessment of usefulness of information by different professional associations and organizations during the pandemic (for example, the General Medical Council, Standing Committee on Vaccination, Federal Centre for Health Education, German College of General Practitioners and Family Physicians).	Very helpful–rather helpful–neutral– rather not helpful–not helpful at all –don 't know
	<i>Example statement: "How would you assess the information given during the pandemic by the . . . German College of General Practitioners and Family Physicians"</i>	
MPAs only	Personal anxieties and concerns during the pandemic (for example, stress, risk of infection and health issues, social conflicts, economical burdens).	strongly agree–agree -neutral- disagree -strongly disagree
	<i>Example statement: "What are the primary issues of fears and worries for you during the pandemic. . . constant stress "</i>	

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413.t003>

Inclusion criteria are:

- At least 18 years old or more
- Able to read and fill out a German questionnaire

Qualitatively: Focus groups and interviews

Two focus groups with members of the patient advisory board were performed to develop the patient questionnaire. The format for the groups was based on a semi-structured focus group discussion guide, building on preliminary discussions with the patient and practice advisory board and a literature search, as knowledge bases.

The focus groups were conducted using an online format, and were recorded, transcribed verbatim, and analyzed thematically using a combined deductive-inductive approach.

Emerging themes were:

- Changes to utilization and perceived changes of provision of health services in a GP practice.
- Perceived roles of GPs and practice teams during the pandemic.
- Information needs during the pandemic and perceived quality of information given by GPs
- Concerns and fears during the pandemic.

Qualitative interviews with GPs and MPAs will be performed after the GP and MPA-questionnaires are analyzed and will provide a more in-depth exploration of some aspects of the questionnaire.

GPs and MPAs who indicated their interest are eligible to take part in the interviews. There are no exclusion criteria. We aim to conduct 15 to 20 interviews in each group or until thematic saturation is reached independently of both groups, using a new information threshold of <5% [58]. Purposive sampling will be applied if more than 20 GPs and 20 MPAs are interested in taking part in this study [59]. All interviews will be held by the same member of the research team and will last 30 to 40 minutes.

The semi-structured interview guide is developed according to the framework by Kallio et al and will build on the preliminary discussions with GPs and MPAs, results of the questionnaire and a literature search as knowledge bases, building a preliminary interview guide addressing main themes and using follow-up questions, performing internal testing and field testing in a pilot phase and finalizing a complete semi-structured interview guide [60].

It may include the following aspects:

- Lessons learned / best practice models
- Identified support needs
- Challenging situations
- Sustainability of changes in provision and organization of care during the pandemic.

Interviews will be audio-recorded and transcribed verbatim. Any identifying details will be removed. Written informed consent will be obtained in advance.

Mixed methods: Integration and triangulation

In this study, different perspectives, methods, and time points have to be combined and integrated in a meaningful way. Integrating Quantitative and Qualitative Methods has a long tradition in primary care studies [61, 62].

We draw on the definition of Johnson et al. for mixed methods research: “Mixed methods research is the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration” [63].

The purposes of our mixed method approach are development and complementarity, using a convergent design and building on the notion from Creswell and Plano Clark that a mixed methods design should be labelled according to the intent of the design [64–66] (Fig 2).

Integration will use triangulation methods [62] and will address:

- The perspective of the members of the research team (Investigator-Triangulation):

The research team consists of two senior researchers who are GP and have a long-standing experience in qualitative and quantitative research, a junior researcher who is in training as a GP and has a qualification in qualitative methods, health care scientists with experience in qualitative and quantitative research (one of them with a background in nursing) and of the members of the practice advisory board who are GPs or MPAs in Berlin and Brandenburg. Quantitative analysis will be supported by biostatisticians. Every step of the study will be discussed within the research team to integrate the different perspectives and backgrounds, with the aim of reducing observer bias.

- The perspective of the three groups involved and different time points for two of the groups (Data-Triangulation):

The three groups (GPs, MPAs, and patients) were involved in the development of the research question and/or the identification of themes to be addressed in the study. The results of the study portions will be compared between the groups, where applicable. For GPs and MPAs, the results of the questionnaire will be compared over two points in time.

- The quantitative and qualitative components (Between-method-Triangulation):

The qualitative and quantitative study parts are performed sequentially. The patient survey focus groups with patients are conducted before performing the questionnaire with patients (exploratory), and the qualitative interviews with GPs and MPAs are following the quantitative survey (explanatory).

Integration will take place when the results of the questionnaire lead to decisions about the interviews guide (GPs and MPAs), when the development of the patient questionnaire is based on the results of the focus groups with patients, and when the results are interpreted and compared between the study parts and between the groups. We adopt a model that relies on the principle of complementarity; using the strengths of one method to enhance the other [67].

We anticipate the possibility of conflicting findings between the surveys and interviews. This is to be expected to some extent simply because the methods are very different. By using the framework of Moffat et al., we will not use the results of the two methods for cross-validation purposes but will consider them to be complementary [67]. We will compare the

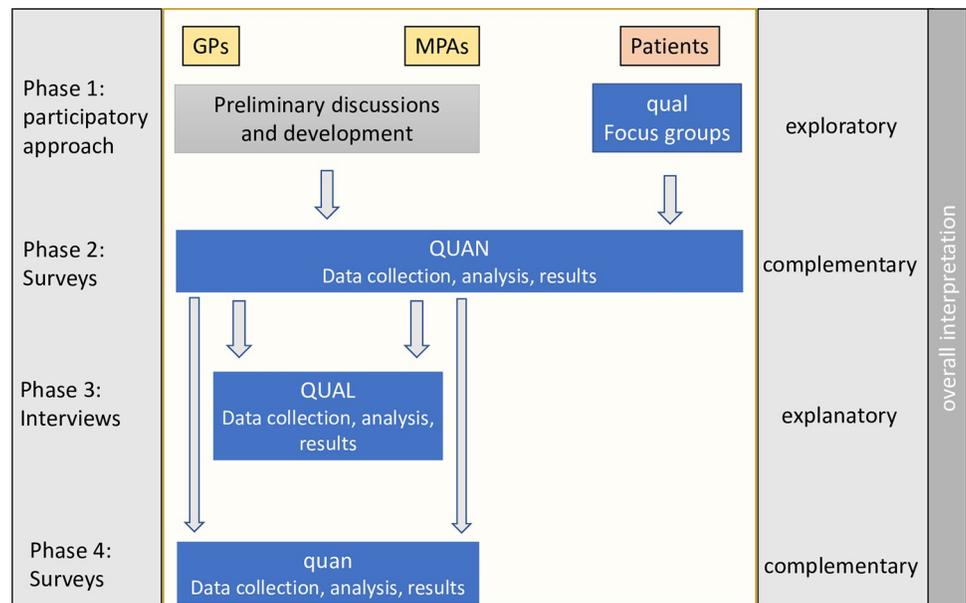


Fig 2. Mixed methods design.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279413.g002>

demographic characteristics of the samples for differences. We will also critically appraise the use of quantitative measures. While qualitative interviews have the potential to explore some issues in greater depth than a quantitative questionnaire, they could also reveal some misunderstanding of the survey questions.

Outcomes

The primary outcome is that the views of GPs, MPAs, and patients be obtained, on the supply and utilization of health services during the COVID-19 pandemic, addressing positive as well as negative aspects, such as:

- aspects of underutilization/undersupply;
- possible identification of services that turned out not to be necessary;
- unanticipated benefits like improvement of organizational matters and use of virtually-delivered care.

Piloting the structural development of the network, secondary outcomes are the number of participating GPs and MPAs and the number of participating patients. The number of participating GPs will be compared in terms of whether or not they are members of RESPoNsE.

Data analysis

Data from the returned self-reported questionnaires will be entered manually into a Microsoft Excel spreadsheet and imported into IBM SPSS software (V.28) for data cleaning and analyses. Descriptive statistics (such as frequencies and proportions), summary statistics (such as means with standard deviations or median with interquartile range, as appropriate), and the number of missing values for each variable will be reported. Missing values will not be imputed.

The association of selected demographic and professional characteristics regarding respondents' views and experiences will be verified with the chi-square test of independence for categorical variables and parametric or non-parametric tests for continuous variables, depending on the distribution. A comparison of GPs' and MPAs' answers will be performed accordingly. The threshold for significance will be set at 0.05. Multivariate regression analyses will be applied to selected items where appropriate.

Qualitative data from the interviews and focus groups will be analyzed using thematic analyses based on a combined inductive and deductive approach [68]. Data analysis and coding will be facilitated by using the software MAXQDA 2022, release 22.1.1. One author of the multidisciplinary research team will start categorizing and coding the first interviews and develop a coding framework, which then will be discussed with the other members of the research team before being applied to the proceeding interviews.

Dissemination of results

Results will be published in peer-reviewed open-access journals.

A symposium will be held, presenting and discussing the results with GPs, MPAs, members of the public, and representatives of political and professional decision-makers.

Discussion

This project addresses the key role GPs and MPAs have in the care of patients during the pandemic, with or without COVID-19. They are usually the first point of contact and it is them who will be "left to manage the aftermath" [2], confirming their "first in, last out" role [3, 69].

The study will give GPs, MPAs, and patients the opportunity to voice their concerns, struggles, and needs during the COVID-19 pandemic. It will explore the impact of changing GP care during the pandemic, including lessons learned, and will help to assess which transformations might prevail [3, 70, 71].

The study will also provide a basis for further overdue discussions on reasonable appreciation and validation of the role of primary care during the pandemic, of the contribution of MPAs in a functioning GP care service, and support needs and how these can be addressed.

Integrating the patient perspective, the mixed quantitative and qualitative approach may also help to obtain a new view on previously perhaps overused care [72].

Limitations

The COVID-19 pandemic so far has come in waves with very different demands on GP care. The current pandemic phase, with a dominating Omicron variant, and a seven-day-incidence of about 1,800 new cases per 100,000 inhabitants in Germany at the time of writing the protocol, may well have subsided by the time of data collection. The subjective impression of health care utilization and uptake may reflect the moment rather than the various phases of the pandemic.

The study is to be conducted in three federal states of Germany. Therefore, it might not represent the view of GPs, MPAs, and patients in other regions of Germany. On the other hand, the three regions comprise heterogeneous economic and social conditions from metropolitan to rural areas.

A frequent problem in survey research on GPs is the low response rate. There is some controversy over the potential of response bias [73–75]. Several feasible strategies to improve the response rate failed to show an effect [56, 76]. We hope that, by keeping the questionnaires relatively short and addressing currently relevant topics, we attain a reasonable response rate.

Study status

Ethics and data protection approvals have been obtained.

The questionnaire for GPs and MPAs has been constructed and piloted.

Data collection from the questionnaire for GPs and MPAs began in March 2022.

The patient focus groups were conducted in April 2022.

Interviews and the patient survey will be prepared and conducted over the next six months.

In 2023, the GP and MPA survey will be repeated.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Ethic Commission of Charité–Universitätsmedizin Berlin, Germany (EA2/303/21, January 20, 2022) and from Universitätsklinikum Jena, Thuringia (2022-2537-Bef, January 31, 2022).

Data availability statement

The study will generate two kinds of data: the quantitative data of the surveys will be collected and analyzed anonymously. All variables will be reported descriptively with adequate summary measures. Original data will be available upon reasonable request. The qualitative data of the transcribed interviews' data are more sensitive: before taking part, patients will give their written consent that these data may be used for the purpose of this study only. This data will not be shared beyond the research team.

Supporting information

S1 File. Response form.

(PDF)

S2 File. Original GP questionnaire (German).

(PDF)

S3 File. Original MPA questionnaire (German).

(PDF)

Acknowledgments

The authors would like to thank all the GPs and MPAs who contributed to the development of this study, as well as the members of the patient advisory board who will support the further progress of the study.

Author Contributions

Conceptualization: Susanne Doepfmer, Kemal Akdenizli, Hiwa Dashti, Christoph Heintze, Frank Kaden, Lisa Kuempel, Doreen Kuschick, Natascha Medrow, Andrea Neidhardt-Akdenizli, Susanna Otto-Gogoll, Isabelle Reicherdt, Lydia Steenweg, Kahina Toutaoui.

Funding acquisition: Susanne Doepfmer.

Methodology: Susanne Doepfmer, Lisa Kuempel, Doreen Kuschick, Kahina Toutaoui.

Project administration: Susanne Doepfmer, Lisa Kuempel.

Supervision: Susanne Doepfmer.

Writing – original draft: Susanne Doepfmer, Kahina Toutaoui.

Writing – review & editing: Susanne Doepfmer, Kemal Akdenizli, Hiwa Dashti, Christoph Heintze, Frank Kaden, Lisa Kuempel, Doreen Kuschick, Natascha Medrow, Andrea Neidhardt-Akdenizli, Susanna Otto-Gogoll, Isabelle Reicherdt, Lydia Steenweg.

References

1. Mughal F, Mallen CD, McKee M. The impact of COVID-19 on primary care in Europe. *Lancet Reg Health Eur.* 2021; 6: 100152. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100152> PMID: 34226894
2. Li D, Howe AC, Astier-Peña M-P. Primary health care response in the management of pandemics: Learnings from the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria.* 2021; 53 Suppl 1: 102226–102226. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102226> PMID: 34961573
3. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract.* 2020; 26(1): 129–33. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479> PMID: 32985278
4. Siebenhofer A, Huter S, Avian A, Mergenthal K, Schaffler-Schaden D, Spary-Kainz U, et al. COVI-Prim survey: Challenges for Austrian and German general practitioners during initial phase of COVID-19. *PLoS One.* 2021; 16(6): e0251736. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251736> PMID: 34111120
5. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open.* 2020; 4(1): bjgpopen20X101041. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041> PMID: 31992543
6. Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Offermanns M, Heber R, et al. COVID-19 als Stresstest für das Gesundheitssystem: Eine Bestandsaufnahme der Situation in Dänemark und Deutschland. *G&S.* 2020; 74(4–5):49–61.
7. Simic D, Wilm S, Redaelli M. Germany. In: Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies.* Copenhagen (Denmark): European

- Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 10. [cited 2022 November 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459004/>
8. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. *Br J Gen Pract.* 1997; 47(421):481–6. PMID: [9302786](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9302786/)
 9. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. *PLoS One.* 2019; 14(2): e0211223–e0211223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211223> PMID: [30726284](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726284/)
 10. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team—A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS One.* 2016; 11(6): e0157248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157248> PMID: [27280415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27280415/)
 11. Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, et al. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners—a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2019; 20(1):160. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y> PMID: [31747886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31747886/)
 12. Bundesvereinigung Kassenärztliche. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1. *Dtsch Arztebl.* 2013; 110(38): A–1757
 13. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract.* 2021; 71(709):e634–42. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112> PMID: [33979303](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33979303/)
 14. Bitzer EM, Ansmann L, Hörold M, Lyssenko L, Apfelbacher C. „... oder doch lieber daheimbleiben?“—Unterstützung bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie durch Akteure des Gesundheitssystems [“I better stay at home. . .”-health system decisions to support the use of routine healthcare during the COVID-19 pandemic]. *Bundesgesundheitsbl.* 2021; 64(3):277–284. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03282-4>
 15. Federal Statistical Office. Bevölkerungsstand in Deutschland. Berlin: Federal Statistical Office [Internet]. Berlin; 2022 [cited 2022 November 21]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>
 16. Robert Koch-Institut. Regional health differences—developing a socioeconomic deprivation index for Germany. 2018 [cited 2022 November 21]. Available from: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2657.2>
 17. Wittmann N, Sallmon S, Meinschmidt G. Gesundheits- und Sozialstrukturatlas für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; 2015 [cited 2022 November 21]. Available from: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/gbe_spezial_2015_1.pdf
 18. Yawn BP, Dietrich A, Graham D, Bertram S, Kurland M, Madison S, et al. Preventing the Voltage Drop: Keeping Practice-based Research Network (PBRN) Practices Engaged in Studies. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27(1): 123–35. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.01.130026> PMID: [24390894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24390894/)
 19. Wolf F, Krause M, Wiegand S, Bleidorn J, Schmidt K. Family Physicians' Participation in a Research Practice Network: Which Motivations Play a Decisive Role. *Z Allg Med.* 2020; 96: 490–5. <https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0490-0495>
 20. Mehrotra A, Chernew M, Linetsky D, Hatch H, Cutler D, Schneider E. The Impact of COVID-19 on Outpatient Visits in 2020: Visits Remained Stable, Despite a Late Surge in Cases. *Commonwealth Fund.* 2021. <https://doi.org/10.26099/bvhf-e411>
 21. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Royen PV. 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): e039674. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039674> PMID: [32554730](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32554730/)
 22. Homeniuk R, Collins C. How COVID-19 has affected general practice consultations and income: general practitioner cross-sectional population survey evidence from Ireland. *BMJ Open.* 2021; 11(4): e044685. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044685>
 23. Marshall M, Howe A, Howsam G, Mulholland M, Leach J. COVID-19: a danger and an opportunity for the future of general practice. *Br J Gen Pract.* 2020; 70(695): 270. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709937> PMID: [32393503](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32393503/)
 24. Knörr V, Dini L, Gunkel S, Hoffmann J, Mause L, Ohnhäuser T, et al. Use of telemedicine in the outpatient sector during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of German physicians. *BMC Prim Care.* 2022; 23(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01699-7> PMID: [35461212](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35461212/)
 25. Tsopra R, Frappe P, Streit S, et al. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. *BMC Fam Pract.* 2021; 22(1): 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01413-z> PMID: [34000985](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000985/)

26. Van Poel E, Vanden Bussche P, Klemenc-Ketis Z, Willems S. How did general practices organize care during the COVID-19 pandemic: the protocol of the cross-sectional PRICOV-19 study in 38 countries. *BMC Prim Care*. 2022; 23:11. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01587-6> PMID: 35172744
27. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020; 395(10225): 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) PMID: 32113495
28. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL, van Weel C, et al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*. 2020; 4(4):bjgpopen20X101128. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101128> PMID: 32900708
29. Bruch D, Muehlensiepen F, Alexandrov A, Konstantinova Y, Voß K, Ronckers C, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on professional practice and patient volume in medical practices: A survey among German physicians and psychotherapists. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2021; 166:27–35. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.001> PMID: 34474990
30. Eisele M, Pohontsch NJ, Scherer M. Strategies in Primary Care to Face the SARS-CoV-2 / COVID-19 Pandemic: An Online Survey. *Front Med*. 2021; 8:613537. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.613537> PMID: 34150788
31. Gladisch C, Gerlach, Ferdinand, Gütthlin C. Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen Wie deutsche Hausärzt*innen den Herausforderungen während der ersten Pandemiewelle begegnet sind. *Z Allg Med*. 2021; 97:246–51. <https://doi.org/10.3238/zfa.2021.0246-0251>
32. Schumacher B. Schlechteres Arbeitsklima: Die erste Corona-Welle belastete viele Hausarztpraxen. *MMW—Fortschritte Med*. 2021; 163(17):27–27.
33. Mause L, Hoffmann J, Ohnhäuser T, Gunkel S, Stöcker A, Scholten N. Work climate in pandemic times: which burdens do German physicians in primary care report? *Fam Pract*. 2021; cmab085. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab085>
34. Ehlers-Mondorf J, Schrader H, Makowski K, Gágyor I, Joos S, Kaduszkiewicz H. SARS-CoV-2 Pandemic: Experiences of Health Care Assistants in Family Physician Practices. *Z Allg Med*. 2021; 97(12): 502–7. <https://doi.org/10.3238/zfa.2021.0502-050>
35. Dreher A, Pietrowsky R, Loerbroks A. Pandemic-related attitudes, stressors and work outcomes among medical assistants during the SARS-CoV-2 (“Coronavirus”) pandemic in Germany: A cross-sectional Study. *PLOS ONE*. 2021; 16(1):e0245473. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245473> PMID: 33444419
36. Morawa E, Schug C, Geiser F, Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, et al. Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *J Psychosom Res*. 2021; 144: 110415–110415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110415> PMID: 33743398
37. Grebe I. Medizinische Fachangestellte—in der Pandemie wichtiger denn je. *CME*. 2022; 19(1):44–5
38. Cox C, Amin K, Kamal R. How have health spending and utilization changed during the coronavirus pandemic? 2021 March 22. In: Peterson-KFF Health System Tracker. [Cited 2022 November 21]. Available from: <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-have-healthcare-utilization-and-spending-changed-so-far-during-the-coronavirus-pandemic/>
39. Bhatia RS, Shojania KG, Levinson W. Cost of contact: redesigning healthcare in the age of COVID. *BMJ Qual Saf*. 2021; 30(3): 236–9. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011624> PMID: 32763977
40. Montaner J, Barragán-Prieto A, Pérez-Sánchez S, Escudero-Martínez I, Moniche F, Sánchez-Miura JA, et al. Break in the Stroke Chain of Survival due to COVID-19. *Stroke*. 2020; 51(8): 2307–14. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030106> PMID: 32466738
41. Baugh JJ, White BA, McEvoy D, Yun BJ, Brown DFM, Raja AS, et al. The cases not seen: Patterns of emergency department visits and procedures in the era of COVID-19. *Am J Emerg Med*. 2021; 46: 476–481. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.10.081> PMID: 33189517
42. Jacob L, Loosen SH, Kalder M, Luedde T, Roderburg C, Kostev K. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Diagnoses in General and Specialized Practices in Germany. *Cancers*. 2021; 13(3):408. <https://doi.org/10.3390/cancers13030408> PMID: 33499223
43. Heidemann C, Paprott R, Huebl L, Scheidt-Nave C, Reitzle L. Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie. *Epid Bull*. 2020; 46:3–10
44. Schmid-Küpke NK, Matysiak-Klose D, Siedler A, Felgendreff L, Wieler L, Thaiss HM, u. a. Cancelled routine vaccination appointments due to COVID-19 pandemic in Germany. *Vaccine X*. 2021; 8:100094. <https://doi.org/10.1016/j.jvax.2021.100094> PMID: 33821245
45. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 383(6): 510–2. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017> PMID: 32283003

46. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090): 169–77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1) PMID: 28077232
47. Roth AR, Lazris A. Benefits of Avoiding Unnecessary Medical Care During the COVID-19 Pandemic. *Am Fam Physician*. 2021; 103(10):584–5 PMID: 33982996
48. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare. *BMJ*. 2020; 370:m2752. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2752> PMID: 32665257
49. Hodgins M, van Leeuwen D, Braithwaite J, Hanefeld J, Wolfe I, Lau C, et al. The COVID-19 System Shock Framework: Capturing Health System Innovation During the COVID-19 Pandemic. *Int J Health Policy Manag*. 2021; Advance online publication. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130> PMID: 34814662
50. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1):89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-89> PMID: 24568690
51. Gupta L, Goel A. COVID-19 at the intersections of science, morality and practice—reflections of the physicians's soul. *J R Coll Physicians Edinb*. 2020; 50: 274–6. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2020.311>
52. Biggs S. Resource-poor farmer participation in research: A synthesis of experiences from nine national agricultural research systems. OFCOR, comparative Study (Netherlands) No. 3. *Int Serv Natl Agric Res*. 1989
53. Tritter JQ, McCallum A. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy Amst Neth*. 2006; 76(2):156–68. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.008> PMID: 16006004
54. Barreteau O, Bots PWG, Daniell KA. A Framework for Clarifying “Participation” in Participatory Research to Prevent its Rejection for the Wrong Reasons. *Ecol Soc*. 2010; 15(2). Available from: <http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss2/art1/>
55. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med*. 1995; 41(12):1667–76. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s) PMID: 8746866
56. Cottrell E, Roddy E, Rathod T, Thomas E, Porcheret M, Foster NE. Maximising response from GPs to questionnaire surveys: do length or incentives make a difference? *BMC Med Res Methodol*. 2015; 15(1):3. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-15-3> PMID: 25563390
57. Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Kuempel L, Grittner U, et al. [Support for General Practitioners in the Care of Patients with Complex Needs: A Questionnaire Survey of General Practitioners in Berlin]. *Gesundheitswesen*. 2021; 83(10):844–53. <https://doi.org/10.1055/a-1173-9225>
58. Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One*. 2020; 15(5): e0232076–e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076> PMID: 32369511
59. Campbell S, Greenwood M, Prior S, Shearer T, Walkem K, Young S, u. a. Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *J Res Nurs*. 2020; 25(8):652–61. <https://doi.org/10.1177/1744987120927206> PMID: 34394687
60. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016; 72(12):2954–65. <https://doi.org/10.1111/jan.13031> PMID: 27221824
61. Blake RL. Integrating quantitative and qualitative methods in family research. *Fam Syst Med*. 1989; 7(4):411–27.
62. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:85. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-85> PMID: 17570838
63. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res*. 2007; 1(2):112–33.
64. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educ Eval Policy Anal*. 1989; 11(3):255–74.
65. Creswell JW, Plano Clark V. Best Practices for mixed methods research in the health sciences. Washington, DC: National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research; 2011. [Cited 2022 November 21]. Available from: https://obssr.od.nih.gov/sites/obssr/files/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research.pdf
66. Creswell JW, Plano Clark V. Designing and Conducting Mixed Methods Research. third edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2018. pp 59–61.

67. Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research—what happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:28. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-28>
68. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2):77–102. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
69. Li DKT. Challenges and responsibilities of family doctors in the new global coronavirus outbreak. *Fam Med Community Health.* 2020; 8(1): e000333–e000333. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000333> PMID: 32148740
70. Khan N, Jones D, Grice A, Alderson S, Bradley S, Carder P, et al. A brave new world: the new normal for general practice after the COVID-19 pandemic. *BJGP Open.* 2020; 4(3): bjgpopen20X101103. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101103> PMID: 32487520
71. Royal College of General Practitioners. General practice in the post Covid world: challenges and opportunities for general practice. 2020 July. In: RCGP. London. [Cited 2022 November 21]. Available from: <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/News/2020/general-practice-post-covid-rcgp.ashx?la=en>
72. Oakes AH, Segal JB. The COVID-19 Pandemic Can Help Us Understand Low-Value Health Care. 2020 [Cited 2022 March 10]. In: *Health Affairs Forefront.* <https://doi.org/10.1377/forefront.20201023.522078>
73. Cockburn J, Campbell E, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW. Response bias in a study of general practice. *Fam Pract.* 1988; 5(1):18–23. <https://doi.org/10.1093/fampra/5.1.18> PMID: 3396802
74. Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Fam Pract.* 2002; 19(1):105–11. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.1.105> PMID: 11818359
75. Stocks N, Gunnell D. What are the characteristics of general practitioners who routinely do not return postal questionnaires: a cross sectional study. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54(12):940–1. <https://doi.org/10.1136/jech.54.12.940> PMID: 11076993
76. Halpern SD, Asch DA. Commentary: Improving response rates to mailed surveys: what do we learn from randomized controlled trials? *Int J Epidemiol.* 2003; 32(4):637–8. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg184> PMID: 12913043

2.2.2. Die Perspektive von Hausärzt*innen und MFA auf Veränderungen der hausärztlichen Versorgung sowie Bedarfe und Belastungen während der Covid-19-Pandemie (Publikation 6)

Die erste Befragung im Rahmen der „Veco-Praxis-Studie“ war eine Fragebogenerhebung unter Berliner, Brandenburger und Thüringer Hausärzt*innen und MFA.

Den papierbasierten postalisch versendeten Fragebogen schickten 657 Hausärzt*innen (Response-Rate 16,1%) und 762 MFA ausgefüllt zurück. Etwas mehr als die Hälfte der Fragebögen stammte aus Berliner Praxen.

Insgesamt war in den Praxen im Laufe der Pandemie ein Zuwachs der Patient*innenzahlen zu verzeichnen. Nach Auskunft der Hausärzt*innen und MFA wurden Terminsprechstunden seltener, Akutsprechstunden häufiger angeboten als vor der Pandemie. Entsprechend der Praxis-seitigen und Patient*innen-seitigen Versuche, Praxisbesuche möglichst zu reduzieren, wurden Telefonsprechstunden deutlich häufiger durchgeführt als in Vor-Pandemie-Zeiten. Unsere Studie zeigt aber nur eine geringere Zunahme von Video-Sprechstunden. Angebote der Regelversorgung wurden deutlich weniger durchgeführt als vor der Pandemie. Dies betraf nach Angaben der Hausärzt*innen Routinekontrollen (60,2% der Ärzt*innen gaben an, dass diese seltener oder viel seltener durchgeführt wurden), Gesundheitsuntersuchungen (Check-Up 35,63,3%), DMP-Kontrollen (47,9%) und Patient*innen-Schulungen (58,9%). Die Angaben der MFA waren hierzu diskrepant: sie sahen durchgehend eine geringere Einschränkung der Regelversorgung.

Trotz des verminderten Angebotes der Regelversorgung kam es aus subjektiver Sicht der Mehrheit der befragten Hausärzt*innen und MFA zu keiner Verschlechterung der Versorgung ihrer chronisch erkrankten Patient*innen.

Die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Angebotes der Regelversorgung und die zusätzlichen Anforderungen durch die Covid-19-Pandemie führten zu einem erheblichen Stresserleben unter den befragten Hausärzt*innen und MFA, was in beiden Gruppen bei einem nicht unerheblichen Teil (16,5% der Ärzt*innen und 18,1% der MFA) zu Gedanken über einen Berufswechsel führt.

Beklagt wurden in beiden Gruppen – auch in den Freitext-Räumen, die der Fragebogen zuließ – fehlende Wertschätzung, fordernde und teils aggressive Patient*innen sowie ein schlechtes Informationsmanagement. Informationen durch das Robert-Koch-Institut, die STIKO und die KV wurden von einer Mehrheit der Hausärzt*innen

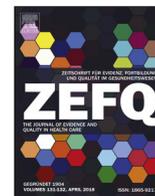
als hilfreich bewertet, jedoch nicht Informationen durch Regierungsstellen und den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Fragebogenerhebung wird nach einem Jahr wiederholt werden. Es soll insbesondere eruiert werden, ob eingeschränkte Leistungen der Regelversorgung wieder dem Niveau der Vor-Pandemie-Zeit entsprechen.



Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen



Medical care in GP practices during the Covid-19 pandemic: A questionnaire-based survey among general practitioners and medical practice assistants asking for their opinion about changes, needs and burdens

Susanne Döpfmer^{a,*}, Doreen Kuschick^a, Kahina Toutaoui^a, Burgi Riens^a, Marius Dierks^a, Florian Wolf^b, Liliana Rost^b, Markus Krause^b, Daniel Schulze^c, Christoph Heintze^a, Lisa Kümpel^a

^a Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

^b Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

^c Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 7. November 2022

Revision eingegangen: 20. Februar 2023

Akzeptiert: 14. März 2023

Online gestellt: 9. Mai 2023

Schlüsselwörter:

COVID-19

Hausärzte

Medizinische Fachangestellte

Versorgungsforschung

Befragung

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Corona-Pandemie führte in hausärztlichen Praxen nicht nur zu Veränderungen des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sondern auch zu einer verdichteten Arbeitsbelastung von Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten. Ziel der VeCo-Praxis-Studie ist es, retrospektiv die Erfahrungen beider Berufsgruppen zwei Jahre nach Beginn der Pandemie zu explorieren.

Methoden: Im März und April 2022 wurden Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte in Berlin, Brandenburg und Thüringen postalisch gebeten, einen papierbasierten Fragebogen auszufüllen.

Ergebnisse: 657 Hausärzt*innen und 762 Medizinische Fachangestellte beantworteten den Fragebogen. Beide Berufsgruppen stimmten mehrheitlich Aussagen zu, die einen Rückgang von Angeboten der Regelversorgung kennzeichnen. Dennoch waren 74% der Hausärzt*innen und 82,9% der Medizinischen Fachangestellten der Auffassung, ihre Patient*innen weiterhin gut versorgt zu haben. Dies war nur mit einem erheblichen Mehraufwand und erheblichem Stresserleben auf Seiten der Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten möglich. Während jeweils etwas mehr als die Hälfte beider Berufsgruppen angaben, dass ihnen die Arbeit weiterhin Freude bereitet, waren andererseits jeweils mehr als drei Viertel der Auffassung, dass während der Pandemie mehr von ihnen erwartet wurde, als sie leisten konnten. Beide Gruppen wünschten sich mehr Wertschätzung durch die Gesellschaft (Medizinische Fachangestellte 93,2%, Hausärzt*innen 85,3%) und von Seiten der Patient*innen (87,7% bzw. 69,9%).

Diskussion: Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte haben Leistungen der Regelversorgung verringert, konnten aber dennoch aus ihrer Sicht eine gute Versorgung ihrer Patient*innen auch während der Pandemie aufrechterhalten. Es wurde deutlich, dass im Sinne besserer Rahmenbedingungen eine höhere Wertschätzung, eine bessere Bezahlung des geleisteten Mehraufwands und hilfreiche Informationen notwendig sind, um eine gute Versorgung langfristig aufrechterhalten zu können.

Schlussfolgerung: Die subjektive Sicht von Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten auf die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie liefert Hinweise, dass eine höhere Wertschätzung und eine adäquate finanzielle Kompensation besonders in Zeiten außergewöhnlich hoher Beanspruchungen erforderlich sind, damit die jeweiligen Berufe auch zukünftig attraktiv bleiben.

* Korrespondenzadresse. Dr. Susanne Döpfmer, MSc. Institut für Allgemeinmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland.
E-Mail: susanne.doepfmer@charite.de (S. Döpfmer).

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 7 November 2022
 Received in revised form: 20 February 2023
 Accepted: 14 March 2023
 Available online: 9 May 2023

Keywords:

Covid-19
 General practitioners
 Medical practice assistants
 Health services research
 Survey

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus pandemic did not only result in changes in the provision and utilization of health care services in general practice but also in an increased workload for physicians and medical practice assistants. The VeCo practice study retrospectively explores the experiences of both professional groups two years after the start of the pandemic.

Methods: In March and April 2022, general practitioners and medical practice assistants in the three German federal states of Berlin, Brandenburg and Thuringia were asked to complete a paper-based questionnaire.

Results: 657 general practitioners and 762 medical practice assistants completed the questionnaire. Both professional groups agreed to statements indicating a reduction in regular health care provisions. Nevertheless, 74 % of the physicians and 82.9 % of the medical practice assistants considered the health care provided to their patients during the pandemic as good. This was only possible through considerable additional effort and stress. While more than half of both groups reported that work was still enjoyable, three quarters of both groups stated that the challenges arising from the pandemic outstripped their capacity. Both groups would like to receive more recognition from society (medical practice assistants 93.2%, general practitioners 85.3%) and from their patients (87.7% and 69.9%, respectively).

Discussion: General practitioners and medical practice assistants reduced regular health care provision but were still able to maintain a good quality of care for their patients during the pandemic. It became clear that more appreciation and adequate financial compensation are necessary to ensure long-term sustainability of GP care.

Conclusion: The subjective view of general practitioners and medical practice assistants on their health care provision shows that appreciation and adequate financial remuneration, particularly when working under most difficult conditions, are necessary to increase the attractiveness of a career in general practice, for both physicians and medical practice assistants.

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie stellte und stellt für Hausärzt*innen (HÄ) und ihre Teams eine besondere Belastung dar, da die hausärztliche Praxis auch in der Corona-Pandemie der zentrale Anlaufpunkt sowohl bei der Versorgung betroffener Patient*innen als auch bei den Impfungen war [1].

Die damit verbundenen Anforderungen trafen die Praxen unvorbereitet [2] und führten zu einer starken, weiterhin andauernden Belastung sowohl der HÄ [3,4] als auch der Medizinischen Fachangestellten (MFA) [5].

Gleichzeitig ergab sich die Schwierigkeit, Praxisorganisation sowie Priorisierung der Versorgung immer wieder an die sich ändernden Pandemie-Bedingungen anpassen zu müssen [6–9]. So kam es beispielsweise einerseits zu einem Ausbau von Video- und Telefonsprechstunden [10], andererseits aber auch zu einem Rückgang der Regelversorgung [11].

Auf Patient*innenseite ging von Beginn der Pandemie an die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen für nicht dringende andere Erkrankungen und Beratungsbedarfe deutlich zurück [12]. Vielfach wurden beispielsweise aus Angst vor Ansteckung ärztliche Einrichtungen gemieden [13], zum Teil mit schwerwiegenden Konsequenzen [14].

Unter Pandemie-Bedingungen mussten Gesundheitsversorger*innen und Patient*innen schnell, intuitiv und ohne klare Evidenz oder Leitlinienempfehlungen entscheiden, welche medizinischen Leistungen wirklich nötig und welche verzichtbar sind [15].

Die Pandemie resultierte daher in zahlreichen spontanen und unsystematischen Veränderungen im Angebot und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der hausärztlichen Praxis [16,17].

Entsprechende Studienergebnisse stammen überwiegend aus frühen Phasen der Pandemie, aus Ländern mit einem anderen Gesundheitssystem, aus rein quantitativen Befragungen mit eher kleinen Teilnehmer*innenzahlen bzw. aus rein qualitativen Befragungen oder reflektieren nur eine Perspektive.

Das Ziel der Studie „VeCo-Praxis“ (Hausärztliche Versorgung nicht an COVID erkrankter Patient*innen während der Corona-Pandemie) ist es daher, zwei Jahre nach Beginn der COVID-19-Pandemie retrospektiv über den gesamten Pandemieverlauf die subjektive Erfahrung mit Angebot und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im hausärztlichen Bereich für nicht an COVID-19 erkrankte bzw. wieder genesene Patient*innen aus der Sicht von deutschen Hausärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten und Patient*innen zu erheben.

Die „VeCo-Praxis“-Studie ist eine Studie mit einem Mixed Methods-Ansatz, in dem quantitativ und qualitativ drei Perspektiven erhoben und verglichen werden [18].

Berichtet werden hier die Ergebnisse des ersten Teils der Studie, einer Fragebogenerhebung unter HÄ und MFA.

Kontext

Die VeCo-Praxis-Studie ist eine Pilot-Studie im Rahmen des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Strukturaufbaus des hausärztlichen Forschungspraxennetzes „RESPoNsE“ (Research Practice Network East) in den drei Regionen Berlin, Brandenburg und Thüringen [19]. Das Forschungspraxennetz hat das Ziel, HÄ für die Teilnahme an Forschungsprojekten zu gewinnen und zu qualifizieren. Zum Zeitpunkt der Erhebung haben sich bereits 381 HÄ auf eine Interessiertenliste für das Forschungspraxennetz setzen lassen (hier im Weiteren RESPoNsE-interessierte HÄ genannt).

Die VeCo-Praxis-Studie wurde partizipativ mit Mitgliedern des Praxisbeirates des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes entwickelt. Der Praxisbeirat aus HÄ und MFA wurde im Juni 2020 gegründet und wird sowohl in die Entwicklung des Netzwerkaufbaus als auch in die Planung der eigentlichen Forschungsprojekte einbezogen. Dabei geht es vor allem darum, die Relevanz und Machbarkeit der Vorhaben aus praktischer Perspektive zu beurteilen. Eine ursprünglich vorgesehene Studie zu einem anderen Thema wurde unter dem Eindruck der COVID-19-Pandemie mit zu

erwartenden Rekrutierungsproblemen nicht als ausreichend relevant betrachtet. Stattdessen bestand sowohl auf HÄ- als auch auf MFA-Seite der Wunsch, zu Aspekten der hausärztlichen Versorgung während der COVID-19-Pandemie befragt zu werden. Dabei waren sie zum einen von der Sorge um die Aufrechterhaltung der Regelversorgung von nicht an COVID erkrankten, insbesondere chronisch kranken Patient*innen motiviert, zum anderen aber auch von dem Wunsch, ihre Perspektive auf ihre Belastungssituation aufzeigen zu können.

Fragestellungen

Folgende Forschungsfragen sollten aus der Perspektive beider Gruppen beantwortet werden:

- Welchen Veränderungen unterlag die Häufigkeit durchgeführter Leistungen für nicht an COVID-19 erkrankte bzw. wieder genesene Patient*innen während der Corona-Pandemie?
- Welchen Veränderungen unterlag die Versorgung chronisch kranker Patient*innen?
- Wie hat die COVID-19-Pandemie die Sicht auf den eigenen Beruf verändert?
- Welche Bedarfe haben HÄ und MFA, um weiterhin eine gute Versorgung aufrecht erhalten zu können?
- Welche Belastungen hatten HÄ und MFA während der COVID-19-Pandemie?

Darüber hinaus wurde bei beiden Gruppen jeweils eine weitere Frage adressiert:

- Wie hilfreich werden die Informationen verschiedener Organisationen eingeschätzt (HÄ)?
- Welche Sorgen und Ängste bestanden während der Pandemie (MFA)?

Da diese Studie Teil des Strukturaufbaus des Forschungspraxennetzes RESPoNsE ist, hat uns weiterhin interessiert, ob sich die Beteiligungsrate an der Befragung und das Antwortverhalten zwischen HÄ, die Interesse an einer Mitwirkung in dem Forschungspraxennetz RESPoNsE gezeigt haben, von denen unterscheiden, die kein Interesse gezeigt haben.

Methoden

Fragebogenentwicklung

In einem Treffen des RESPoNsE-Praxisbeirates (sechs HÄ, eine MFA) sowie in zwei Treffen mit weiteren Mitgliedern des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes (insgesamt 13 HÄ und eine MFA) wurden Themen gesammelt, die in einer Befragung zu den Erfahrungen von HÄ und MFA während der COVID-19-Pandemie adressiert werden sollten.

Entlang der identifizierten Themen wurde vom Autor*innenteam eine Literaturrecherche mit der Frage durchgeführt, ob diese Themen aktuell und ausreichend in Studien adressiert worden waren. Da insbesondere Studien aus dem deutschen Kontext von Interesse waren, wurden neben einer PubMed-Recherche auch die deutschsprachigen Journale mit häufigen hausärztlichen Bezügen per Hand für die Zeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie gesichtet.

Es wurden dann Fragen und Items in einer ersten Fassung vom Autor*innenteam entwickelt und erneut im Praxisbeirat sowie in einem gesonderten Treffen mit zehn Berliner und Brandenburger Mitgliedern des Bundesverbandes Medizinischer Fachberufe durchgeführt, da MFA in den RESPoNsE-Gremien bisher noch nicht ausreichend vertreten sind. Eine Priorisierung der Themen ergab, dass für die MFA eine zusätzliche Frage zu Sorgen und Ängsten während der Pandemie sehr wichtig war. Bei der dann

erfolgten Fragebogenkonstruktion durch das Autor*innenteam wurde daher, um den geplanten Umfang des Fragebogens von zwei DIN-A-4-Seiten (Vor- und Rückseite) nicht zu überschreiten, bei sonst identischem Fragebogen eine Frage aufgenommen, die jeweils nur HÄ bzw. MFA zu beantworten hatten.

Der Fragebogen wurde zunächst im Rahmen einer institutsinternen Forschungswerkstatt diskutiert, dann von wissenschaftlichen Kolleg*innen und schließlich von den Mitgliedern des Praxisbeirates mit Hilfe der Think-Aloud-Methode, in der die Teilnehmenden bereits während des Ausfüllens ihre Kommentare artikulieren und ggf. diskutieren, pilotiert. Im Rahmen dieses Vorgehens wurde der Fragebogen mehrfach angepasst (die vollständigen Fragebögen finden sich im [Anhang A](#), A bzw. B).

Studienpopulation

Der Fragebogen ging postalisch im März 2022 an alle KV-registrierten HÄ in Berlin und Brandenburg sowie an alle HÄ in Thüringen, die bereits auf der Interessiertenliste des RESPoNsE-Forschungspraxennetzes standen.

Basis für die Kontaktdaten in Berlin und Brandenburg war die Internetfunktion der jeweiligen KV für die Arztsuche (<https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/arzt-und-psychotherapeutensuche>, bzw. <https://arztsuche.kvbb.de>) mit Stand vom Juli 2021. Es konnten 3889 Briefe zugestellt werden konnten (2332 in Berlin und 1557 in Brandenburg). In Thüringen wurde der Fragebogen nur an die 85 RESPoNsE-interessierten HÄ versendet.

Gleichzeitig mit dem hausärztlich auszufüllenden Fragebogen wurde ein durch die MFA auszufüllender Fragebogen mitgeschickt, mit dem Hinweis, diesen ggf. für weitere MFA der gleichen Praxis zu kopieren. Neben einem frankierten Rückumschlag für die Versendung der ausgefüllten Fragebögen wurde weiterhin ein vorbereiteter Antwortbogen mitgeschickt. Auf diesem konnten die HÄ angeben, ob sie an der Befragung teilnehmen oder nicht teilnehmen möchten. Dieser Bogen war per Fax an das Studienteam zu schicken und erhielt im Gegensatz zu dem anonymen, postalisch zu versendenden Fragebogen Name und Praxisstempel der HÄ ([Anhang A](#), C). In einer zweiten Welle wurden die Fragebögen nach vier Wochen erneut an alle HÄ geschickt, die noch nicht teilgenommen hatten bzw. die Teilnahme laut Antwortfax nicht explizit abgelehnt hatten.

Auswertung

Die quantitative Auswertung erfolgte deskriptiv mit IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.

In der Auswertung wurden auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt. Die dargestellten relativen Häufigkeiten mit dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen beziehen sich dabei immer auf die Anzahl der gültigen Antworten. Diese können von Frage zu Frage und zwischen den Erhebungselementen variieren. Parallel wird daher, wenn es mehr als 5% fehlende Werte gab, die Anzahl der gültigen Angaben dargestellt. Sämtliche quantitativen Ergebnisse werden, soweit sie im Abschnitt „Ergebnisse“ nur zusammenfassend oder graphisch dargestellt sind, im [Anhang A](#), D komplett tabellarisch aufgelistet.

Zusammenhänge zwischen dem Interesse an der Mitwirkung im Forschungspraxennetz RESPoNsE und den Zielvariablen wurden explorativ bivariat mittels des Chi-Quadrat-Tests und mit dem Zusammenhangsmaß Cramers V untersucht. Angegebene p-Werte unterlagen keiner Powerplanung. Freitextantworten wurden inhaltsanalytisch mit Hilfe von MAXQDA 2022 (Version 22.1.1.) in Kategorien zusammengefasst und quantifiziert [20].

Tabelle 1
Demographie und Angaben zur Tätigkeit der Teilnehmenden.

	HÄ Anzahl (%)	MFA Anzahl (%)
Geschlecht		
Weiblich	445 (67,7)	732 (96,1)
Männlich	199 (30,3)	20 (2,6)
Divers	2 (0,3)	2 (0,3)
Keine Angaben	11 (1,7)	8 (1,0)
Bundesland		
Berlin	345 (52,5)	386 (50,7)
Brandenburg	245 (37,3)	284 (37,3)
Thüringen	52 (7,9)	81 (10,6)
Anderes	-	-
Keine Angaben	15 (2,3)	11 (1,4)
Praxisregion		
Eher städtisch*	439 (66,8)	477 (62,6)
Eher ländlich*	148 (22,5)	193 (25,3)
Keine Angaben	70 (10,7)	92 (12,1)
Tätigkeitsart		
Selbständig	481 (73,2)	
Angestellt	110 (16,7)	Nicht gefragt
Keine Angaben	66 (10)	
Tätigkeitsumfang		
Vollzeit	486 (74,0)	392 (51,4)
Teilzeit	73 (11,1)	331 (43,4)
Keine Angaben	98 (14,9)	39 (5,1)
Praxisart		
Einzelpraxis	359 (54,6)	417 (54,7)
Gemeinschaftspraxis/BAG	144 (21,9)	162 (21,3)
MVZ	72 (11,0)	78 (10,2)
Praxisgemeinschaft	57 (8,7)	74 (9,7)
Keine Angaben	25 (3,8)	30 (3,9)

* subjektive Einschätzung ohne vorgegebene Definition.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1419 beantwortete Fragebögen zurückgesendet, 657 von HÄ (Rücklaufquote 16,1%), 762 von MFA (Tabelle 1). Die Rücklaufquote von HÄ betrug in Berlin und Brandenburg 14,3 bzw. 15,4%. In Thüringen waren nur die RESPoNsE-Interessierten (n= 85) adressiert worden. Von diesen schickten 52 den ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklaufquote 61,2%).

Für die MFA kann keine Rücklaufquote angegeben werden, weil nicht bekannt ist, an wie viele MFA der Fragebogen in den Praxen weitergegeben wurde.

Demographische Angaben der Teilnehmenden

Die HÄ waren im Schnitt 55 Jahre alt (Median; 25. Perzentile 48 Jahre, 75. Perzentile 61 Jahre; fehlende Angaben n=75), knapp 70% waren älter als 50 Jahre bzw. 29,9% älter als 60 Jahre. Die Mehrheit der teilnehmenden HÄ war weiblich, selbständig tätig und arbeitete in Vollzeit im eher städtischen Raum.

Die MFA waren im Mittel 43 Jahre alt (Median; 25. Perzentile 35 Jahre, 75. Perzentile 54 Jahre; fehlende Angaben n=60). Bei den MFA war erwartungsgemäß der Anteil der Frauen sehr hoch (96,1%). Die weiteren demographischen Angaben der Teilnehmenden und Angaben zur Tätigkeit sind Tabelle 1 zu entnehmen, für die Bundesländer getrennt im Anhang A, D.

Unter den Teilnehmenden befanden sich im Vergleich mit Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ungefähr gleiche Häufigkeiten von selbständig und in Einzelpraxis tätigen HÄ [21] und ein etwas höherer Anteil von Ärztinnen, verglichen mit den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2021 [22].

Veränderungen der Häufigkeit durchgeführter Maßnahmen / Leistungen für nicht an COVID-erkrankte Patient*innen

Sowohl HÄ als auch MFA wurden danach befragt, wie sich während der Pandemie die Häufigkeiten durchgeführter Maßnahmen/Leistungen für NICHT an COVID-19 erkrankten Patient*innen aus ihrer Sicht verändert haben. Erwartungsgemäß wurden Leistungen der Regelversorgung wie Routinekontrollen, DMP (Disease Management Programm) – Kontrollen und Gesundheitsuntersuchungen eher weniger durchgeführt, während Akutsprechstunden sowie Telefon- und zu einem deutlich geringeren Teil- Videosprechstunden eher zunahmten. Auch neue Patient*innen wurden vermehrt aufgenommen.

Die subjektiven Einschätzungen der HÄ und der MFA wichen teilweise erheblich voneinander ab: HÄ schätzten die Abnahme der Frequenz von Routineleistungen als deutlich stärker ein als die MFA: für Gesundheitsuntersuchungen sahen HÄ vermehrt ein viel selteneres oder selteneres Angebot als die MFA (63 vs. 37%), für Routinekontrollen betrug der Unterschied 59 vs. 33%, für DMP-Kontrollen 48 vs. 34% (detaillierte Ergebnisse finden sich in den Tabellen 3-16 in Anhang A, D).

Veränderungen in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der COVID-19 Pandemie

Insgesamt sahen sowohl die HÄ als auch die MFA eine gute Gewährleistung der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der Pandemie, wenn auch beobachtet wurde, dass sich der Gesundheitszustand dieser Patient*innen eher verschlechtert hat. Praxisbesuche wurden insgesamt reduziert, sowohl von Seiten der Praxis als auch – in stärkerem Maße – durch die Patient*innen selbst (Abbildung 1 und im Anhang A, D Tabellen 17-25).

Nur die HÄ wurden danach gefragt, welche Maßnahmen zur Einschränkung von Praxisbesuchen ergriffen wurden. Knapp drei Viertel stimmten zu, dass dies durch gezielte Anrufe erreicht wurde, während Hausbesuche und Videosprechstunden deutlich seltener genannt wurden (s. Anhang A, D, Tabellen 21-23).

51,8% der HÄ und 39,7% der MFA waren der Auffassung, dass sich manche Maßnahmen bzw. Leistungen während der Pandemie als verzichtbar herausstellten. Die HÄ konnten im Freitextfeld ihre Einschätzung abgeben, welche Leistungen auch nach der Pandemie seltener durchgeführt werden sollten: DMPs, Laboruntersuchungen und -auswertungen sowie Routinekontrollen wurden jeweils mindestens 20-mal genannt.

Sicht auf den eigenen Beruf

Sowohl HÄ als auch MFA gaben mehrheitlich an, dass ihnen die Arbeit auch unter Pandemie-Bedingungen weiterhin Freude bereitere (HÄ 58,9%, MFA 57,5%), jedoch dachten auch einige darüber nach, ihren Job zu wechseln (HÄ 16,5%, MFA 18,1%), siehe Abbildung 2.

Beide Berufsgruppen stimmten zu, dass mehr von Ihnen erwartet wird, als sie leisten können (HÄ 78,9%, MFA 77,7%). Die überwiegende Mehrheit empfand, dass sie während der Pandemie einen erheblichen Mehraufwand leisten musste (HÄ 89,2%, MFA 84,4%). Zum Verhalten der Patient*innen befragt, meinten HÄ und MFA überwiegend, dass sich diese seit der Pandemie rücksichtsloser verhielten (HÄ 60%, MFA 71,7%). Es gab jedoch auch Stimmen, dass sich einige Patient*innen rücksichtsvoller verhielten (HÄ 33,3%, MFA 28,3%), Details s. Anhang A, D Tabellen 26-33.

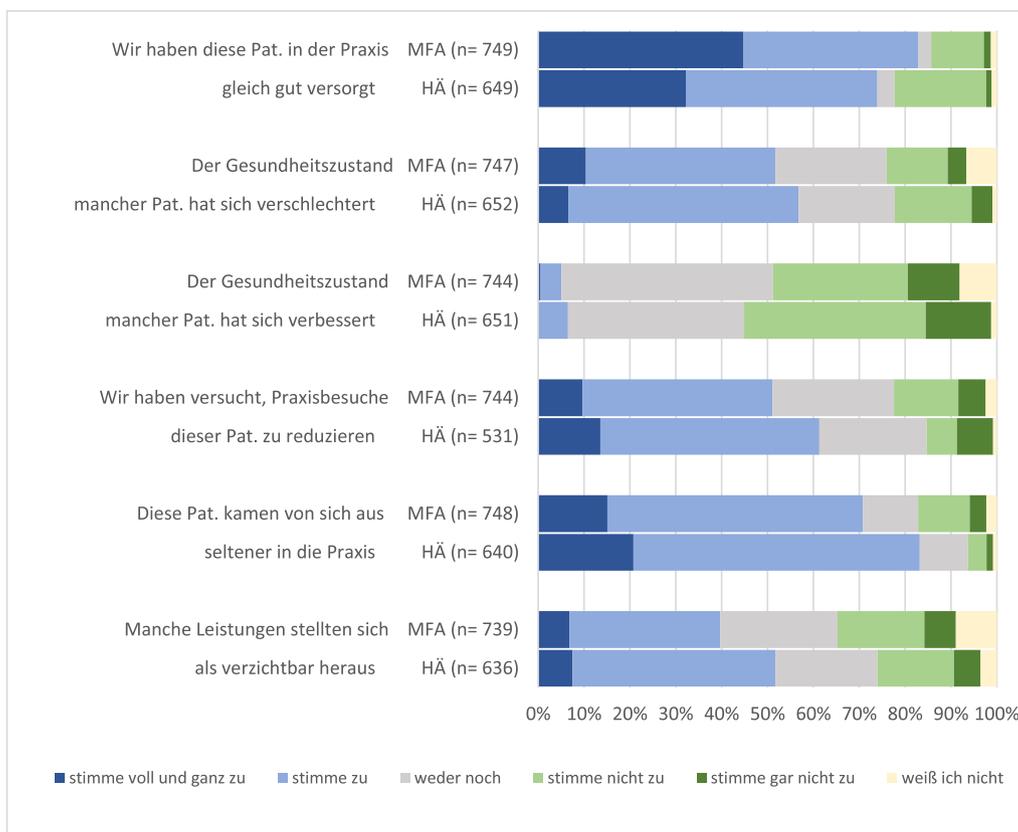


Abbildung 1. Veränderungen in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu vor der Pandemie.

Bedarfe von HÄ und MFA, um weiterhin eine gute Versorgung aufrecht erhalten zu können

Befragt danach, was sie benötigen, um auch unter Pandemie-Bedingungen die Versorgung ihrer Patient*innen gut aufrechterhalten zu können, nannten HÄ und MFA gleichermaßen besonders häufig eine adäquate Bezahlung (HÄ 91,8%, MFA 92,8%), Wertschätzung (HÄ 81,7%, MFA 92,9%) und Einbeziehung in gesundheitspolitische Entscheidungen (HÄ 86,7%, MFA 73,3%). Aber auch mehr Material (einschließlich Schutzkleidung), mehr Personal und hilfreiche Informationen durch offizielle Organisationen zu Corona-Maßnahmen wurden von der großen Mehrheit als wichtig erachtet (Tabellen 34-42 im [Anhang A, D](#)).

Belastungen während der Pandemie

In einem Freitextfeld am Ende des Fragebogens konnten HÄ und MFA ergänzen, was sie während der Pandemie am stärksten belastete. [Tabelle 2](#) gibt die Kategorien und Anzahl der Nennungen wieder.

Besonders häufig wurden ein forderndes, teilweise rücksichtsloses und aggressives Verhalten von Patient*innen sowie das hohe Arbeits- und Stressaufkommen genannt. Bezüglich fehlender Anerkennung und unzureichender Vergütung wurde häufig bemängelt, dass Stress und Arbeitsbelastung von Pfleger*innen im stationären Bereich viel stärker im öffentlichen Bewusstsein vorkommen als die entsprechenden Belastungen im ambulanten Bereich und dass ein Corona-Bonus nur für den stationären Bereich gezahlt wurde.

Der größte Teil der Freitextantworten nannte kurze Stichworte wie zum Beispiel „Mehrarbeit“ oder „Aggressivität der Patienten“. Beispielfhaft werden hier einige der längeren Zitate wiedergegeben:

Hausärzt*innen:

- „Der Bürokratiwahn mit gefühlt wöchentlich wechselnden Vorgaben z.B. fünf Ziffern, um den PCR-Abstrich abzurechnen und 20, um die Impfung zu dokumentieren. Das ist NICHT zu schaffen & trug am meisten zu meiner Erschöpfung bei“
- „Wohin mit den ganzen Infektpatienten während des regulären Betriebes- Alles war “on top!”“

Mfa:

- „vorzeitige Verkündungen durch Presse (Zeitung, Radio, TV, Internet) bevor es festgelegte Regelungen und Richtlinien für Praxen gab/ gibt!“
- „Langsam hasse ich meinen Job. Wenn ich nicht so eine tolle Chefin hätte, hätte ich schon lange das Handtuch geschmissen“.

Hausärztliche Sicht auf die Nützlichkeit von Informationen während der Pandemie

Nur die HÄ wurden danach gefragt, wie sie zusammenfassend die Informationen während der Pandemie durch Körperschaften / Verbände / Interessenvertretungen / Organisationen einschätzen. Rund zwei Drittel der befragten HÄ empfanden die Informationen aus dem eigenen professionellen Umfeld sowie von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und des Robert-Koch-Instituts (RKI) als sehr oder eher hilfreich. Die Informationen von Regierungsstellen, vom öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Gesundheitsämtern) und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden überwiegend als eher oder gar nicht hilfreich bewertet. Die Fachverbände nehmen hier eine Mittelposition ein

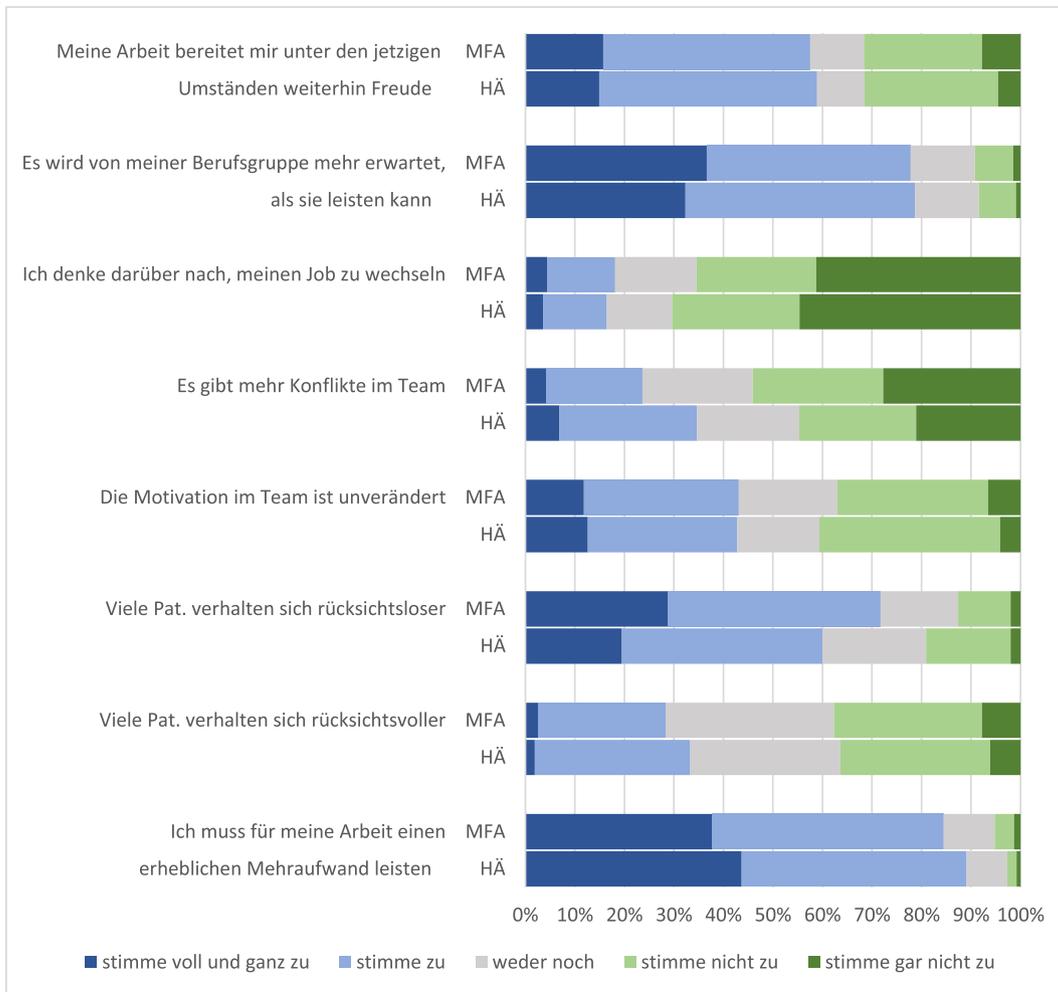


Abbildung 2. Die Sicht auf den eigenen Beruf während der Corona-Pandemie (% der gültigen Stimmen, fehlende Werte <5%).

Tabelle 2 Belastungen für HÄ und MFA während der Pandemie (Freitexte).

Kategorie	Unterkategorie	Anzahl der Nennungen MFA	Anzahl der Nennungen HÄ
Regeln, Vorgaben, Informationen	Ständige Änderungen von Regeln und Vorschriften	50	99
	Unklar kommunizierte Regeln und Vorschriften	14	40
	Fehlende Informationen	15	39
	Unklare / wechselnde / nicht nachvollziehbare politische Entscheidungen	41	59
	Unklare bzw. teilweise Fehl-Informationen und Verunsicherungen durch die Medien	19	47
Unterstützung/Anerkennung	Fehlende Unterstützung / Beratung durch öffentliche Stellen	19	33
	Fehlende Anerkennung	36	22
	Unzureichende Vergütung	33	16
Mehraufwand	Tägliche Arbeit allgemein	65	97
	Hohes Telefon-/Mailaufkommen	47	16
	Hoher Aufklärungsaufwand verunsicherter Patient*innen	30	58
Praxisorganisation	Organisation / Ablauf der COVID-19-Impfungen	42	46
	Hygiene-/Schutzmaßnahmen	31	47
	Bürokratie-Zunahme	21	36
	Personalmangel	13	36
Persönliche Gesundheit	Telematik-Einführung	6	14
	Psychische Belastung, Stress und Angst im privaten und/oder Arbeitsumfeld	74	31
	Angst vor Erkrankung (selbst, Angehörige)	24	27
Patient*innen	Fehlendes Verständnis, rücksichtsloses, forderndes und teilweise aggressives Auftreten	98	47

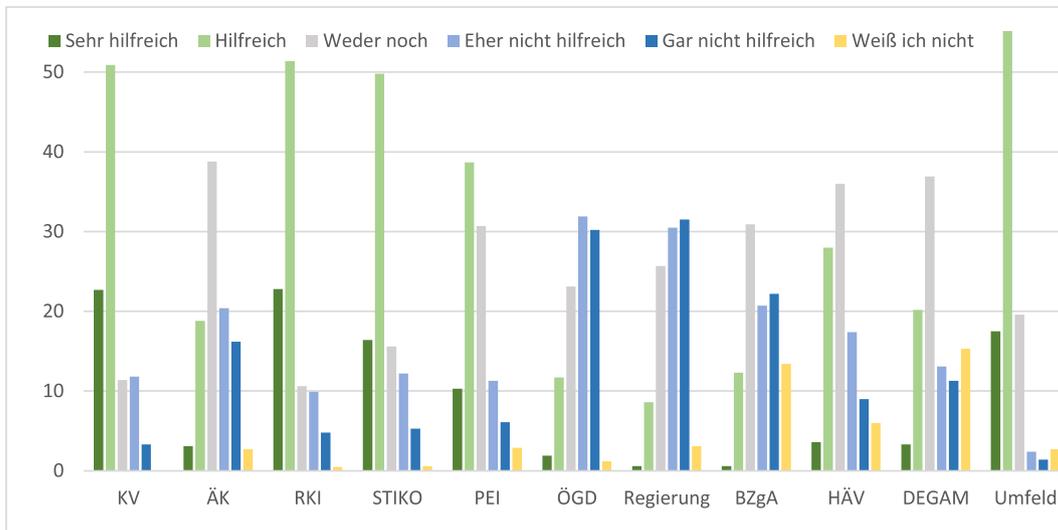


Abbildung 3. Wie schätzen Sie zusammenfassend die Informationen durch... ein? (% Anteil der gültigen Angaben; fehlende Angaben <5%, bei PEI 5,3%). ÄK: Ärztekammer; RKI: Robert Koch-Institut; STIKO: Ständige Impfkommission; PEI: Paul-Ehrlich-Institut; ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst; Regierung: Regierungsstellen; BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; HÄV: Hausärzterverband; DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

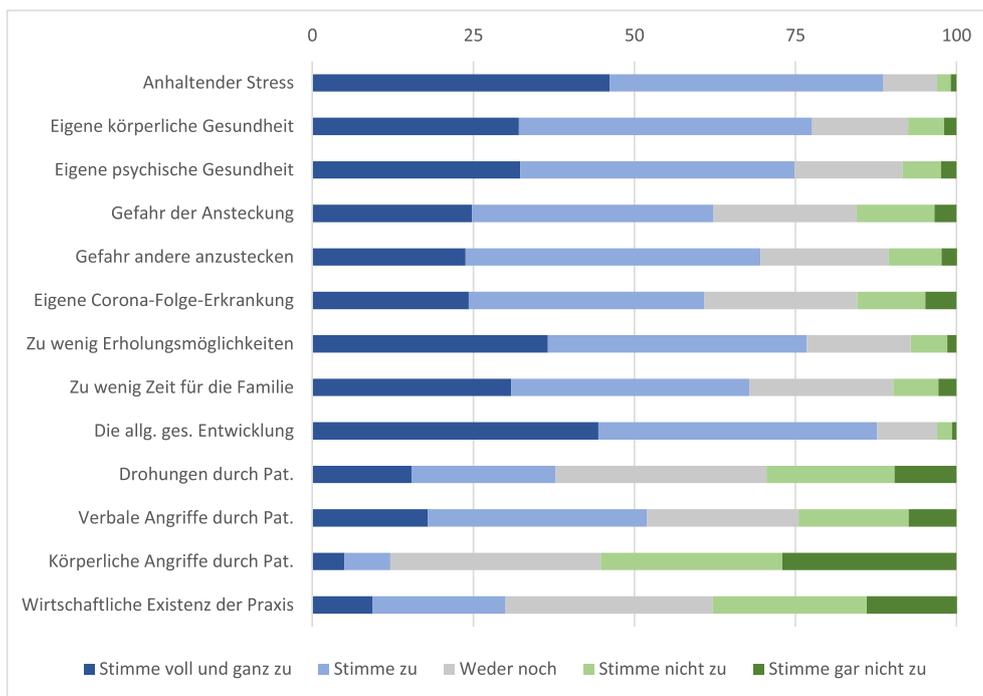


Abbildung 4. Sorgen und Ängste der MFA (Angaben %MFA der gültigen Angaben; fehlende Angaben <5%).

mit etwa gleich vielen Stimmen für hilfreiche bzw. nicht hilfreiche Informationen (Abbildung 3).

allgemeine gesellschaftliche Entwicklung bereitete den meisten MFA Sorgen und Ängste (Abbildung 4).

Sorgen und Ängste der MFA während der Pandemie

*Vergleich der teilnehmenden Hausarzt*innen in Bezug auf ihr Interesse an RESPoNsE*

Nur in der Fragebogen-Version für die MFA wurde nach Sorgen und Ängsten während der Pandemie gefragt.

In den Bundesländern Berlin und Brandenburg konnten RESPoNsE-interessierte und nicht-RESPoNsE-interessierte HÄ an der Befragung teilnehmen. Diese wurden verglichen:

Bei insgesamt hoher Zustimmung zu den im Fragebogen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden der anhaltende Stress, Sorgen um die eigene Gesundheit und die fehlenden Erholungsmöglichkeiten besonders häufig genannt. Auch die

Für die RESPoNsE-interessierten HÄ ergab sich eine Rücklaufquote von 40,9%, für die nicht-RESPoNsE-interessierten Praxen von 13,1%.

In Bezug auf demographische Daten waren die RESPoNsE-interessierten HÄ geringfügig jünger (Mittelwerte 53,2 vs. 54,9 Jahre) und hatten einen geringfügig höheren Anteil selbständig (84,7 vs. 81,5%), in Teilzeit (15,2 vs. 11,8%) und in einer Gemeinschaftspraxis (27,6 vs. 22,7%) tätiger HÄ, jeweils statistisch nicht signifikant (sämtliche Ergebnisse finden sich im [Anhang A, E](#)).

Bei den Häufigkeiten durchgeführter Maßnahmen / Leistungen zeigte sich bei sonstigem Fehlen systematischer Unterschiede lediglich ein häufigeres Angebot von Videosprechstunden bei RESPoNsE-interessierten HÄ (42,5 vs. 26% der gültigen Angaben kombiniert für „etwas häufiger“ und „viel häufiger“).

RESPoNsE-interessierte Hausärzt*innen gaben häufiger an, Praxisbesuche ihrer chronisch kranken Patient*innen reduziert zu haben (75,2 vs. 59% Zustimmung), und zwar vor allem durch gezielte Anrufe (85,6 vs. 72,7%) und durch Videosprechstunden (29,2 vs. 16,2%). Sie stimmen etwas seltener der Auffassung zu, dass mehr von ihrer Berufsgruppe erwartet wird, als sie leisten können (73,1 vs. 79,5%).

RESPoNsE-interessierte HÄ waren häufiger als nicht-RESPoNsE-interessierte HÄ der Auffassung, dass mehr Personal nötig ist, um die Versorgung ihrer Patient*innen auch unter Pandemiebedingungen aufrecht erhalten zu können (81,6 vs. 72,2%).

Auch bezüglich der Nützlichkeit von Informationen durch diverse benannte Verbände und andere Stellen ergaben sich Unterschiede zwischen RESPoNsE-interessierten und nicht interessierten HÄ. Erstere schätzten Informationen von Seiten des eigenen professionellen Umfelds (85,6 vs. 70,7%), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (39,2 vs. 19,9%) und des Hausärzteverbandes (38,1 vs. 28,3%) häufiger als nützlich ein.

Diskussion

Unsere Befragung ging verschiedenen Aspekten der hausärztlichen Versorgung von Patient*innen während der Corona-Pandemie nach, mit Fokus auf Angeboten der Regelversorgung für nicht an COVID-erkrankte oder wieder genesene Patient*innen, dem Erleben der eigenen Tätigkeit sowie Bedarfen für die Aufrechterhaltung einer guten Versorgung, jeweils aus der Perspektive von HÄ und MFA. Dabei wurden die subjektiven Wahrnehmungen erfragt, nicht die tatsächlichen Zahlen der Patientenversorgung. Letztere lassen sich durch andere Untersuchungsmethoden, wie zum Beispiel Analysen von Abrechnungsdaten, besser erheben.

Die subjektive Sicht auf die geleistete Versorgung während der Pandemie

Die Ergebnisse bezüglich des wahrgenommenen eigenen Versorgungsangebotes bestätigen frühere Studien, die bereits einen Rückgang sowohl des Angebotes als auch der Inanspruchnahme der Regelversorgung während der Pandemie zeigen konnten [6,7,23]. In unserer Befragung schätzten MFA die Reduktion des Angebotes durchgehend als geringer ein als die HÄ. Es kann vermutet werden, dass Leistungen der Regelversorgung teilweise ausschließlich durch MFA erbracht werden, wie zum Beispiel einfache Routinekontrollen wie die gelegentliche Blutdruckkontrolle oder an sie delegierte Teilaufgaben des DMPs oder Check-Up-Untersuchungen sowie Laboruntersuchungen, und es daher für die HÄ nicht immer sichtbar wird, welche Leistungen außerhalb ihres Sprechzimmers erbracht werden. Deutlich wird daran auch, dass MFA unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung durch die Pandemiebedingungen weiterhin versuchten, ihre üblichen Tätigkeiten beizubehalten.

Bemerkenswert ist, dass trotz einer wahrgenommenen Verringerung von Leistungen der Regelversorgung beide Berufsgruppen

zu einem hohen Anteil der Auffassung sind, ihre chronisch kranken Patient*innen weiterhin gut versorgt zu haben. Es wurde bereits 2020 konstatiert, dass die COVID-19-Pandemie „die Versorgungslandschaft verändert“ und der Nutzen mancher Leistungen neu überdacht werden könnte [24]. In unserer Studie waren etwas mehr als die Hälfte der HÄ und fast 40% der MFA der Auffassung, dass sich während der Pandemie manche Leistungen als verzichtbar herausstellten. In zukünftigen Studien sollte dieser Aspekt weiter untersucht werden: kommt es zu nachhaltigen Änderungen des Leistungsangebotes in hausärztlichen Praxen und welche Auswirkungen hat dies auf die Qualität der Versorgung?

Wahrgenommene Belastungen und mögliche Folgen für die Sicht auf den Beruf

Unsere Befragung machte deutlich, dass die hausärztliche Versorgung unter Pandemiebedingungen nur durch einen erheblichen Mehraufwand und vor dem Hintergrund hoher Erwartungen sowie als vielfach rücksichtslos erlebtem Patient*innenverhalten möglich war. Das zum Ausdruck gebrachte Erleben von Stress, die Sorgen um die eigene Gesundheit sowie die fehlende Zeit für Erholung und Ausgleich müssen dabei beunruhigen.

Während immerhin etwa die Hälfte beider Berufsgruppen angab, weiterhin Freude an ihrer Arbeit zu haben und nur jeweils unter 20% über einen Berufswechsel nachdenken, sind dies jedoch andererseits Zahlen, die auch aufschrecken sollten. Eine Befragung der Berliner Ärztekammer unter HÄ und MFA aus dem Jahr 2022 ergab, dass freie MFA-Stellen bereits schwer bis gar nicht zu besetzen sind [25,26]. Wenn auch der Ausbildungsberuf zur MFA bei Frauen bundesweit den Spitzenplatz der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge einnimmt, zeigt die aktuelle Befragung der Berliner Ärztekammer, dass nur knapp die Hälfte der derzeit in Ausbildung befindlichen MFA ihre Zukunft in der ambulanten Versorgung sieht [26,27]. Gründe für bereits stattfindende Wechsel der MFA aus dem ambulanten Sektor waren in dieser Befragung fehlende Wertschätzung, niedrige Gehälter und die gestiegene Arbeitsverdichtung. Auch in unserer Erhebung wünschten sich beide Berufsgruppen - aber MFA in einem noch höheren Maße - eine adäquate Bezahlung und eine bessere Wertschätzung, um eine gute Versorgung aufrechterhalten zu können. Eine Befragung des Berufsverbandes medizinischer Fachberufe unter MFA ergab deutlich höhere Zahlen für das Nachdenken über einen Berufswechsel [28]. Grund für die Unterschiede könnten die verschiedenen Phasen der Pandemie sein, in denen die Befragung stattfand: Unsere Befragung erfolgte zwei bis drei Monate später, als der Höhepunkt der fünften Corona-Welle wahrscheinlich bereits überschritten war und vielleicht eine etwas optimistischere Sicht auf die weitere Entwicklung möglich wurde.

Eine fehlende Wertschätzung und eine zu niedrige Bezahlung wurden auch in Befragungen, die aus Zeiten vor der Pandemie stammten, als Ursache für eine verminderte Arbeitszufriedenheit benannt [29]. Eine Verlaufsbeobachtung einer Ausbildungskohorte aus dem Jahr 2008 zeigte, dass auch damals schon 15 Jahre nach Abschluss der Ausbildung nur etwa die Hälfte der (damals so benannten) „Sprechstundenhelfer“ weiter in ihrem Beruf tätig waren [30]. Allerdings kam es in dieser Kohorte zu einer stetigen Abnahme der Berufstätigkeit über die Jahre und nicht bereits zu einem Einbruch nach Abschluss der Ausbildung, wie die Daten der Befragung der Berliner Ärztekammer aus dem Jahr 2022 nahelegen. Es ist daher anzunehmen, dass die besonderen Belastungen der Pandemie die Attraktivität des Berufes weiter vermindert haben.

Aber nicht nur für die MFA, sondern auch für die HÄ wurde in unserer Befragung eine erhebliche Belastung deutlich. Während vielfache Anpassungen von Praxisorganisation und Sprechstundenangebot vorgenommen wurden, um den unter der Pandemie geänderten Bedingungen gerecht werden zu können, mussten

auch die HÄ einen erheblichen Mehraufwand leisten und litten dabei insbesondere unter den sich ständig verändernden Regeln und Vorgaben. Professionelle Zusammenarbeit und Unterstützung durch ein kollegiales Umfeld sowie auch von Regierungsseite sind wichtige Faktoren, um Stresserleben entgegenzuwirken [31].

Hilfreiche Informationen während der Pandemie

Die Pandemie erforderte ein hohes Maß an tagesaktueller Informiertheit – daher beinhaltete der Fragebogen für die HÄ auch speziell eine Frage danach, wie hilfreich die Informationen verschiedener Organisationen gesehen wurden. Unsere Studie bestätigte die Bedeutung des eigenen professionellen Umfelds als Informationsquelle, wohingegen Informationen von Regierungsstellen als überwiegend nicht hilfreich erachtet wurden, ebenso wie Informationen von Seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dabei kann aus unserer Befragung nicht geschlossen werden, ob die Informationen unzureichend waren, schwer zugänglich oder nicht wahrgenommen wurden. Hier wären weitere Untersuchungen erforderlich, um auch für zukünftige Ereignisse Konzepte für ein gutes Informationsmanagement erstellen zu können.

Auswirkungen des Interesses der Teilnahme an einem Forschungspraxennetz

Es stellt sich immer wieder die Frage, ob sich Praxen, die an Forschungsvorhaben teilnehmen, systematisch von Praxen unterscheiden, die nicht an Forschung teilnehmen bzw. kein Interesse an Forschung in Praxen haben [32,33]. Wir haben in dieser Befragung die beiden Gruppen der an dem Forschungspraxennetz RESPoNsE interessierten bzw. nicht-interessierten HÄ verglichen. Da die Rücklaufquote unter den RESPoNsE-interessierten HÄ deutlich höher war, und sie wahrscheinlich auch eher für die Teilnahme an weiteren hausärztlichen Forschungsvorhaben gewonnen werden können, ist es von Relevanz, wie repräsentativ HÄ sind, die sich im Rahmen eines Forschungspraxennetzes engagieren. Als Bezugspunkte für Repräsentativität werden meistens demographische Vergleiche herangezogen. Wir fanden nur geringfügige demographische Unterschiede und dennoch ein in manchen Punkten unterschiedliches Antwortverhalten:

In unserer Erhebung ließen sich Unterschiede zwischen RESPoNsE- und nicht-RESPoNsE-interessierten HÄ bezüglich organisatorischer Anpassungen während der Pandemie und in der Einschätzung der Nützlichkeit von Informationen finden. Dass unter den RESPoNsE-interessierten Praxen ein größerer Anteil die Informationen zur Pandemie von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und vom Hausärzteverband nützlich fand, kann bei vorsichtiger Interpretation angesichts kleiner Zahlen darauf hindeuten, dass sich unter ihnen mehr Mitglieder der Verbände finden, denen die zur Verfügung gestellten Informationen präsen-ter sind. In einer Untersuchung unter HÄ in England aus dem Jahr 2002 fand sich als wichtigster Prädiktor für die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung die Mitgliedschaft im dortigen Fachverband [34]. Eine Erhebung der Mitgliedschaft bei DEGAM und HÄV könnte bei zukünftigen Befragungen ein wichtiger Parameter für die Repräsentativität der Stichprobe sein.

Stärken und Schwächen

Die Stärke unserer Befragung liegt in der Erhebung der Perspektive von zwei beteiligten Gruppen der hausärztlichen Versorgung aus drei Bundesländern. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle deutschen hausärztlichen Praxen ist aufgrund der Regionalität und eines verhältnismäßig hohen Anteils von weiblichen und in Städten tätigen Ärzt*innen nicht sicher möglich.

Weiterhin können keine Aussagen darüber getroffen werden, aus wie vielen verschiedenen Praxen die teilnehmenden Hausärzt*innen und MFA stammten.

Die Rücklaufquote von knapp über 16% war zwar deutlich besser als in vergleichbaren Befragungen [7,35], blieb jedoch deutlich unter den Erwartungen. Die Tatsache, dass diese Studie nicht zuletzt auf Anregung durch HÄ und MFA zustande kam und dann doch zu einem eher schwachen Antwortverhalten führte, ist sicherlich auf die hohe Arbeitsbelastung in den Praxen zurückzuführen. Es kann daher weder ausgeschlossen werden, dass eher die Praxen an der Befragung teilnahmen, die ihre hohe Belastung zum Ausdruck bringen wollten, noch, dass die Praxen, die eine besonders hohe Belastung hatten, eher nicht teilnahmen.

Jede Fragebogenerhebung muss Kompromisse eingehen in der Abwägung zwischen Klarheit der Fragen und Begrifflichkeiten und einem möglichst kompakten kurzen Umfang. Unsere Befragung unterschied nicht zwischen verschiedenen Phasen der Pandemie. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte das dritte Corona-Jahr begonnen. Es ist anzunehmen, dass die teilnehmenden HÄ und MFA auf unterschiedliche Erfahrungen je nach Pandemie-Welle zurückblickten und ihre Antworten sich entweder auf eine bestimmte Pandemie-Phase, auf einen mittleren oder auch maximalen Eindruck oder auf die jüngere Vergangenheit bezogen. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass die unterschiedlichen Wellen in der Erinnerung immer weniger voneinander abgegrenzt werden können. In unserer Erhebung ging es uns explizit um einen rückblickenden subjektiven Gesamteindruck des bisher Erlebten und nicht um eine Differenzierung von spezifischen Aspekten einer jeden Pandemiewelle. Wir werden die Fragebogenerhebung jedoch nach einem Jahr wiederholen, um zu erfassen, ob es einen zeitlichen Verlauf der rückblickenden Einschätzungen gibt. Weiterhin erlaubte unser Fragebogen assoziative Unschärfen in Bezug auf einige Begriffe: so konnten „Regierungsstellen“ sehr unterschiedlich interpretiert werden. Ebenso wurde offengelassen, ob zum Beispiel mit „kassenärztliche Vereinigung (KV)“ die Landes-KV oder die Bundes-KV gemeint war. Da es in dieser Befragung um ein exploratives Stimmungsbild ging, sind entsprechende Differenzierungen in einem Fragebogen aus unserer Sicht nicht zielführend. Im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes des Gesamtprojektes können einzelne Aspekte noch in den sich anschließenden qualitativen Interviews geklärt und weiter vertieft werden.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass HÄ und MFA nur mit einem erheblichen Mehraufwand und großen Belastungen eine gute Versorgung ihrer Patient*innen unter den erschwerten Bedingungen der COVID-19-Pandemie aufrechterhalten können. Die Ergebnisse heben die Notwendigkeit einer besseren Sichtbarkeit und Würdigung der komplexen Kompetenzen und Leistungen beider Berufsgruppen sowie eine adäquate Vergütung des erheblichen Mehraufwandes hervor. Dies erscheint auch dringend geboten, um die Attraktivität des Berufes des/der HÄ bzw. der/des MFA steigern und auch zukünftig eine gute hausärztliche Versorgung gewährleisten zu können.

In Zeiten von plötzlich und massiv zunehmender Beanspruchung und erforderlicher (und geleisteter) Flexibilität sind eine schnelle und unbürokratische Unterstützung durch die zuständigen Stellen sowie ein gutes Informationsmanagement essenziell.

Ethik

Ein positives Ethik-Votum wurde durch die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin (EA2/303/21 vom 20.1.2022) sowie des Universitätsklinikums Jena (2022-2537-Bef vom

31.1.2022) erteilt. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgte in Einklang mit der europäischen Datenschutzgrundverordnung.

Verfügbarkeit der Daten

Alle relevanten Daten sind in dem Artikel und den Anhängen dargestellt. Für Anfragen zur Nutzung der erhobenen Daten kann die korrespondierende Autorin kontaktiert werden.

Förderung

Die Studie „VeCo-Praxis“ wird im Rahmen des Strukturaufbauprojektes „RESPoNsE – Forschungspraxennetz Berlin, Brandenburg, Thüringen“ gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Förderkennzeichen: 01GK1902A).

Danksagung

Wir danken allen Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, die an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben sowie auch besonders den Mitgliedern des Praxisbeirats und weiteren Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, die sich an der Fragebogenentwicklung bzw. an der Pilotierung beteiligt haben.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autor*innenschaft

Susanne Döpfmer: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Schreiben des Originalmanuskriptes, Entwicklung der Methodik, Formale Analyse, Review & Editing, Supervision, Projektadministration, Förderakquise

Doreen Kuschick: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts, Review&Editing

Kahina Toutaoui: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Burgi Riens: Entwicklung des Fragebogens, Datenkuration, Datenvalidierung, Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts

Marius Dierks: Konzeption, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Florian Wolf: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Liliana Rost: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Markus Krause: Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der Befragung, Überarbeitung des Manuskripts

Daniel Schulze: Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts

Christoph Heintze: Konzeption, Review & Editing, Förderakquise

Lisa Kümpel: Konzeption, Literaturrecherche, Entwicklung des Fragebogens, Pilotierung des Fragebogens, Implementierung der

Befragung, Datenauswertung, Überarbeitung des Manuskripts, Review&Editing

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.03.002>.

Literatur

- [1] Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response *bjgpopen* 2020;4(1). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
- [2] Siebenhofer A, Huter S, Avian A, Mergenthal K, Schaffler-Schaden D, Spary-Kainz U, Bachler H, Flamm M. COVI-Prim survey: Challenges for Austrian and German general practitioners during initial phase of COVID-19. *PLoS One* 2021;16:e0251736.
- [3] Bohlken J, Pabst A, Schömig F, Pumberger M, Lempert T, Michalowsky B, Riedel-Heller S. Angsterleben von Hausärzten, Psychiatern und Chirurgen zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2021. <https://doi.org/10.1055/a-1522-8174>.
- [4] Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila AC, Dale V, Essex H, van der Feltz CC, McHugh E, Moe-Byrne T, Bloor K. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2022. <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0680>.
- [5] Ehlers-Mondorf J, Schrader H, Makowski L, Gágyor I, Joos S, Kaduszkiewicz H. SARS-CoV-2 Pandemic: Experiences of Health Care Assistants in Family Physician Practices. *Z Allg Med* 2021;97:502–7.
- [6] Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract* 2020;26:129–33. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>.
- [7] Bruch D, Muehlensiepen F, Alexandrov A, Konstantinova Y, Voß K, Ronckers C, Neugebauer E, May S. The impact of the COVID-19 pandemic on professional practice and patient volume in medical practices: A survey among German physicians and psychotherapists. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2021;166:27–35. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.001>.
- [8] Tsopra R, Frappe P, Streit S, Neves AL, Honkoop PJ, Espinosa-Gonzalez AB, Geroğlu B, Jahr T, Lingner H, Nessler K, Pesolillo G, Stople Sivertsen Ø, Thulesius H, Zoitano R, Burgun A, Kinouani S. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. *BMC Fam Pract* 2021;22:96. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01413-z>.
- [9] Gladisch C, Gerlach F, Gühlin C. Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen. Wie deutsche Hausärzt*innen den Herausforderungen während der ersten Pandemiewelle begegnet sind. *Z Allg Med* 2021;97:246–51.
- [10] Reitzel L, Schmidt C, Färber F, Huebl L, Wieler LH, Ziese T, Heidemann C. Perceived Access to Health Care Services and Relevance of Telemedicine during the COVID-19 Pandemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:7661. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147661>.
- [11] Schäfer I, Hansen H, Menzel A, Eisele M, Tajdar D, Lühmann D, Scherer M. 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;22:125. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01471-3>.
- [12] Health System Tracker 2021. How have health spending and utilization changed during the coronavirus pandemic? <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-have-healthcare-utilization-and-spending-changed-so-far-during-the-coronavirus-pandemic/> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [13] Bhatia RS, Shojania KG, Levinson W. Cost of contact: redesigning healthcare in the age of COVID. *BMJ Qual Saf* 2021;30:236–9. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011624>.
- [14] Baugh JJ, White BA, McEvoy D, Yun BJ, Brown DFM, Raja AS, Dutta S. The cases not seen: Patterns of emergency department visits and procedures in the era of COVID-19. *Am J Emerg Med* 2021;46:476–81. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.10.081>.
- [15] Roth AR, Lazris A. Benefits of Avoiding Unnecessary Medical Care During the COVID-19 Pandemic. *Am Fam Physician* 2021;103:584–5.
- [16] Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract* 2021;71(709):e634–42. <https://doi.org/10.3399/bjgp.2020.1112>.
- [17] Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169–77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1).
- [18] Doepfmer S, Akdenizli K, Dashti H, Heintze C, Kaden F, Kuempel L. Changes to utilization and provision of health care in German GP practices during the COVID 19-Pandemic: Protocol for a mixed methods study on the viewpoint of GPs, medical practice assistants, and patients. *PLoS One* 2023, angenommen zur Publikation.

- [19] RESPoNsE - Forschungspraxennetz Berlin Brandenburg Thüringen 2022. <https://forschungspraxennetz.charite.de/> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [20] Sandelowski M, Voils CI, Knaf G. On Quantitizing. *J Mix Methods Res* 2009;3:208–22.
- [21] Bundesärztekammer: Ärzttestatistik 2020. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [22] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten - ambulante Versorgung 2021. <https://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [23] Bitzer EM, Ansmann L, Hörold M, Lyssenko L, Apfelbacher C. „... oder doch lieber daheimbleiben?“ – Unterstützung bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Regelversorgung während der COVID-19-Pandemie durch Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2021;64:277–84. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03282-4>.
- [24] Health Affairs Blog 2020. The COVID-19 Pandemic Can Help Us Understand Low-Value Health Care. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201023.522078/full/> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [25] Online-Umfragen schärfen den Blick für notwendige Maßnahmen. *Berliner Ärzt:innen* 2022; September: 30–1. https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2022/2022-09_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf
- [26] Volkmann A. Am Limit. *Berliner Ärzt:innen* 2022;Oktober:10–9. , https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2022/2022-10_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf.
- [27] Bundesinstitut für Berufsbildung 2021. Rangliste 2021 der Ausbildungsberufe nach Anzahl der Neuabschlüsse – Frauen. <https://www.bibb.de/de/141929.php> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [28] Verband medizinischer Fachberufe 2022. Pressemitteilung: Ambulante medizinische Versorgung durch zunehmenden MFA-Mangel in Gefahr. <https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2022-02-25-mfa-wechsel> (letzter Zugriff am 15. Oktober 2022).
- [29] Mergenthal K, Güthlin C. Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh* 2021;167:78–175. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.09.006>.
- [30] Wiethölter D. Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg: Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf. Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, IAB-Regional. IAB Berlin-Brandenburg. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 2012. Report No.: 03. Verfügbar unter: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177990/1/regional_bb_1203.pdf (letzter Zugriff 20. Februar 2023).
- [31] Collins C, Clays E, Van Poel E, Cholewa J, Tripkovic K, Nessler K, et al. Distress and Wellbeing among General Practitioners in 33 Countries during COVID-19: Results from the Cross-Sectional PRICOV-19 Study to Inform Health System Interventions. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:5675. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095675>.
- [32] Ferrand Devouge E, Biard M, Beuzeboc J, Tavalacci MP, Schuers M. Motivations and willingness of general practitioners in France to participate in primary care research as investigators. *Fam Pract* 2019;36(5):552–9. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy126>.
- [33] McManus RJ, Ryan R, Jones M, Wilson S, Hobbs FR. How representative of primary care are research active practices? Cross-sectional survey. *Fam Pract* 2008;25(1):56–62. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm06>.
- [34] Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Fam Pract* 2022;19:105–11. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.1.105>.
- [35] Strumann C, von Meißner WCG, Blickle PG, Held L, Steinhäuser J. Experiences made by family physicians managing patients with SARS-CoV-2 infection during spring 2020 – a cross-sectional analysis. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 2021;165:35–42. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.07.005>.

3. Diskussion

Die in dieser kumulativen Habilitationsschrift vorgelegten Publikationen beschäftigen sich mit den Herausforderungen, die die demographische Entwicklung insbesondere für die hausärztliche Versorgung multimorbider Patient*innen mit sich bringt, sowie dem Unterstützungsbedarf und den -möglichkeiten für ausgewählte Aspekte.

3.1. Herausforderungen für die zukünftige hausärztliche Versorgung

Die demographische Entwicklung hin zu mehr älteren und multimorbiden Patient*innen, die von einer eher sinkenden Zahl tätiger Hausärzt*innen versorgt werden müssen, ist seit langem bekannt und beobachtet und wurde bereits mehrfach in Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen adressiert (76,77,78).

Viele Jahre später sind die Themen dieselben geblieben. Die Publikationen im Rahmen des Compass-Projektes (79–82) verdeutlichen bereits bekannte Barrieren für die gerade für ältere, multimorbide Patient*innen wichtigen Koordination der Versorgung, wie Kommunikationsdefizite und Informationsverluste an den Sektorengrenzen und zwischen den behandelnden Versorgern. Sie machen aber auch deutlich, dass insbesondere die zur Verfügung stehende Zeit in der direkten Patient*innenversorgung eine wertvolle Ressource ist, die durch den Aufwand für nicht-medizinische Tätigkeiten unnötig verknappt wird. Aktuelle Studien aus dem US-amerikanischen Primary Care - Kontext ergaben, dass für jede Arbeitsstunde, die in direktem Patient*innenkontakt aufgewendet wird, zwei weitere Arbeitsstunden für bürokratisch-administrative Tätigkeiten nötig werden (83), und dass ein/e Hausärzt*in täglich mehr als 26 Stunden aufwenden müsste, um eine gute Leitlinien-basierte Versorgung zu gewährleisten, die Akutversorgung, die Versorgung chronisch Kranker sowie auch Prävention umfasst (84). Studien aus Deutschland weisen in eine ähnliche Richtung (85,86) und zeigen eine anhaltende Überlastungssituation auf, für die trotz der seit langem bekannten Hochrechnungen für Alters- und Bedarfsentwicklungen noch keine nachhaltigen Lösungen gefunden sind. Weitere Faktoren wie die in Deutschland besonders hohe Zahl von Arztbesuchen, eine sinkende Nachbesetzungsquote frei werdender hausärztlicher Sitze sowie ein zu erwartender geringerer Anteil von in Vollzeit tätigen Ärzt*innen der nachrückenden Generation müssen berücksichtigt werden, wenn es darum geht, Lösungen für eine nachhaltig gute hausärztliche Versorgung zu finden (76,87).

In den Publikationen 1–3 wurde deutlich, dass sich Hausärzt*innen vor allem durch zwei Aspekte ihrer Tätigkeit überbeansprucht fühlen und sich hier Entlastung wünschen: Aspekte der Bürokratie und Administration sowie die vielen sozialen Beratungsanliegen insbesondere der älteren und/oder multimorbiden Patient*innen (79–81). Bereits in Publikation 2 wurden Berechnungen zum zeitlichen Aufwand bürokratischer und administrativer Tätigkeiten in Arztpraxen aus dem Bericht des Statistischen Bundesamts im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates zitiert (80,88). Der gleiche Bericht formulierte eine Vielzahl von Vereinfachungsmöglichkeiten der bürokratischen Abläufe und Formulare. Ob und wie weit diese umgesetzt wurden und ob darüber hinaus der anstehende Digitalisierungsschub in Arztpraxen das Potenzial von Erleichterungen hat, muss in aktuellen bzw. zukünftigen Evaluationen erst noch erhoben werden. Die Studien im Rahmen des Compass-Projektes, insbesondere die Publikationen 1–3 zeigen jedoch eine anhaltend hohe Belastung durch bürokratische Tätigkeiten auf.

Die Publikationen 1 und 2 dieser Habilitationsschrift verdeutlichten zudem, dass weiterhin die vielfältigen sozialen Beratungsanliegen der insbesondere älteren und multimorbiden Patient*innen für Hausärzt*innen eine Belastung darstellen, für die nicht in ausreichendem Maß die zeitlichen und vielfach auch nicht die fachlichen Ressourcen vorliegen.

Gerade für diese Patient*innengruppe sind es insbesondere nicht-medizinische Versorgungsaspekte wie Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag, Anträge auf Pflegegrade und/oder auf Feststellung des Grades der Behinderung, Hilfsmittel, Mobilität und Krankentransporte sowie Wohnen im Alter, die vielfach von den Hausärzt*innen genannt wurden. Soziale Themen, mit denen laut anderer Studien Hausärzt*innen vielfach adressiert werden, wie zum Beispiel Familien- und Arbeitsplatzprobleme oder finanzielle Notlagen (34,89), spielten in unseren Befragungen keine Rolle, was sicherlich dem Fokus auf ältere und multimorbide Patient*innen zuzuschreiben ist.

3.2. Lösungsansätze

In den quantitativen und qualitativen Befragungen der Publikationen 1–3 wurde deutlich, dass aus Sicht der hausärztlichen Praxis insbesondere zwei Ansätze verfolgt werden sollten: eine Ausweitung der Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal sowie eine Übernahme der Beratung zu sozialen Versorgungsaspekten durch andere Versorger bzw. Institutionen.

3.2.1. Delegation

In § 28 SGB V zur ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung ist ausdrücklich definiert, dass zur „ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen gehört, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist“ (90).

Die Ergebnisse der Publikationen 1 und 2 verdeutlichen, dass unter Hausärzt*innen eine hohe Bereitschaft besteht bzw. die Notwendigkeit gesehen wird, zur eigenen Entlastung Tätigkeiten an MFA zu delegieren, insbesondere wenn diese entsprechende Zusatzqualifikationen aufweisen können. Mit der Einführung der „Versorgungsassistentin in der Praxis“ („VERAH“) und der „Nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ („NäPA“) sind inzwischen strukturierte Qualifizierungsprogramme etabliert, die einen erweiterten Einsatz der MFA im Rahmen der Delegationsvereinbarung ermöglichen (91).

Für die Erweiterung der Delegation an bereits in den Praxen beschäftigtes Assistenzpersonal spricht insbesondere die Tatsache, dass es bereits Teil des Praxisteam ist. Dadurch ist es unmittelbar ohne Informationsverluste an der Versorgung beteiligt. Dies führt auch nach den Ergebnissen der Publikation 1 zu einer höheren Akzeptanz durch Hausärzt*innen und MFA, verglichen mit dem Einsatz von weiteren Berufsgruppen, die außerhalb der Praxen beschäftigt sind. Dies bezog sich in den Befragungen im Rahmen des Compass/Navicare-Projektes auf den Einsatz von Lots*innen bzw. Navigator*innen (79), erstreckt sich aber in einer aktuellen Studie auch auf die im Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung benannten „community health nurses“ (92,93).

Deutlich wurde in Publikation 2, dass Hausärzt*innen offenbar große Unsicherheiten haben, was Delegation auch in Abgrenzung zur sogenannten Substitution einschließt (eine einführende Erörterung zum Unterschied von Delegation und Substitution findet sich in Publikation 2). Nur 78% gaben an, bereits zu delegieren (80). Da in (nahezu) allen Praxen z.B. Blutabnahmen und das Anlegen eines EKGs durch die MFA erfolgen, ist es nicht plausibel, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Hausärzt*innen (22%) dennoch der Auffassung ist, nicht zu delegieren. Daher ist eher anzunehmen, dass dieser Gruppe nicht bekannt ist, was Delegation bedeutet. Mehr als die Hälfte der an der Erhebung Teilnehmenden hatte nur eine schlechte bzw. keine Kenntnis der Delegationsvereinbarung. Dies wurde bereits ähnlich in anderen Studien gefunden (94,95). Dies könnte hemmend wirken für eine Erweiterung des Einsatzes von MFA in den Praxen. Ein weiteres Problem für eine verstärkte Übertragung von Leistungen an MFA

könnte auch darstellen, dass bereits jetzt der Beruf der MFA als sogenannter Engpassberuf betrachtet werden muss (96). Die Publikation 6 macht deutlich, dass in Zeiten besonderer Belastungen einerseits die MFA besonders wichtig sind, andererseits jedoch eine erhöhte Bereitschaft zur Aufgabe des Berufes entstehen könnte (97). Eine Erhebung des ZI (Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung) im Jahr 2020 zur Personalsituation in den Praxen ergab, dass 25% der fertig ausgebildeten MFA trotz Übernahmeangebot ihre Ausbildungspraxis verlassen und von diesen sich annähernd 20% beruflich völlig umorientierten (98). Wie in der bereits in Publikation 6 zitierten Erhebung der Berliner Ärztekammer verdeutlicht, wird sich die Abwanderung aus dem Beruf unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eher verschärfen (99). Ausdrücklich erwähnt sei, dass sich der bereits jetzt bestehende Mangel an qualifiziertem Personal nicht auf den hausärztlichen oder ambulanten Bereich beschränkt. Eine aktuelle Hochrechnung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC ergab, dass im Jahr 2035 „dem Gesundheitswesen 1,8 Millionen Kräfte fehlen“ werden (100). Auch diese Entwicklung, insbesondere vor dem Hintergrund der schon lange beobachteten Alterung nicht nur bei den (Haus-) Ärzt*innen, sondern bei den Gesundheitsfachberufen insgesamt, ist schon seit vielen Jahren offensichtlich.

Die COVID-19-Pandemie hat die Problematik gleichzeitig verdeutlicht und verschärft. Die in Publikation 6 dargestellten Ergebnisse der Befragung unter Hausärzt*innen und MFA machen vor diesem Hintergrund deutlich, dass unter den Bedingungen weiter ansteigender und als überfordernd erlebter Beanspruchung eine adäquate Bezahlung, eine größere Wertschätzung und auch eine Einbeziehung in gesundheitspolitische Entscheidungen wichtige Faktoren für die Attraktivität des Berufes darstellen (97). Weitere Ansätze für eine Steigerung der Attraktivität der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, insbesondere auch in den Praxen, können sich durch weitere Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten ergeben. In den letzten Jahren haben sich eine Vielzahl neuer medizinischer Assistenzberufe entwickelt mit teilweise international bereits gut evaluiertem Einsatz (53,101). Ihr mögliches Einsatzgebiet, ihre Kompetenzen und ihre Finanzierung sind jedoch für Deutschland noch weitgehend ungeklärt (102).

Die sogenannten „Physician Assistants“ stellen eine neue akademische Assistenz-Berufsgruppe dar, die bisher überwiegend im stationären Bereich eingesetzt wird, aber auch in Praxen eingesetzt werden könnte. Möglicherweise ergeben sich hier neue Möglichkeiten der Arbeitsteilung in einer Praxis (103,104). Jedoch ist die Akzeptanz in

der Ärzteschaft noch sehr heterogen. Wie die Befragung in Publikation 2 ergab, könnte sich dies jedoch mit der nachrückenden jüngeren Generation ändern (80).

3.2.2. Beratung zu sozialen Versorgungsaspekten

Es gibt bereits eine Reihe von Modellen, wie soziale Beratungsanlässe innerhalb oder außerhalb der hausärztlichen Praxen adressiert werden könnten, wie zum Beispiel die entsprechende Zusatzqualifikation des nicht-ärztlichen Praxispersonals, der Einsatz von Sozialarbeitern in den Praxen oder das Konzept des sogenannten „social prescribing“. Derartige Konzepte bzw. Modelle zeigen in bisherigen Studien nicht eindeutige Verbesserungen in der Versorgung oder Entlastungen für die hausärztliche Praxis und/oder sind in Deutschland bisher nicht Teil der etablierten und finanzierten Regelversorgung (105–109).

Aus den Befragungen der Hausärzt*innen in den Publikationen 1 und 3 ging hervor, dass nur sehr vereinzelt Erfahrungen mit den Pflegestützpunkten bestanden (79,81). Diese bieten gegenüber sozialen Anlaufstellen in Modellprojekten den großen Vorteil, dass sie bereits etablierter Teil des Versorgungssystems sind. Die Befragung der Publikation 4 schloss dabei eine Evidenzlücke bezüglich des Bekanntheitsgrades der Pflegestützpunkte unter Hausärzt*innen (82). Aufgrund der großen Schnittmenge der Zuständigkeiten der hausärztlichen Praxen und der Pflegestützpunkte (siehe Abbildung 1) ergeben sich hier Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung im sozialen Bereich und für eine Entlastung der Hausarztpraxis.

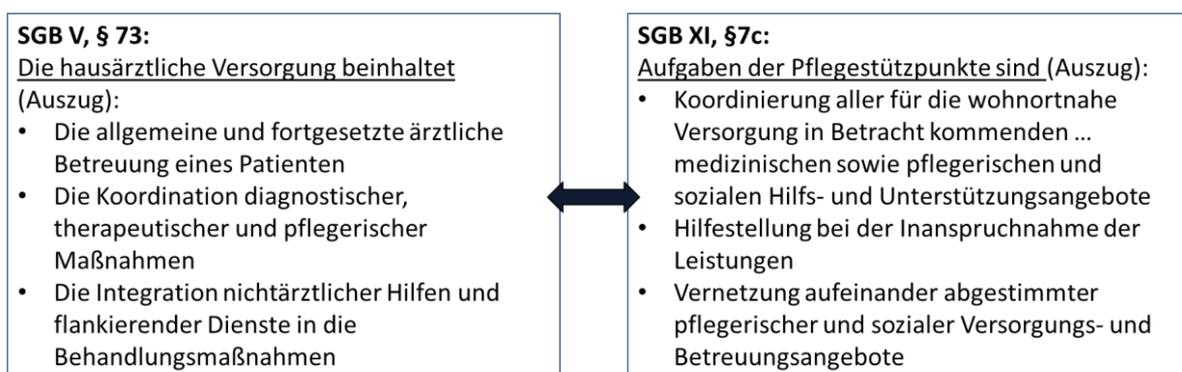


Abbildung 1: Vergleich der Aufgaben der hausärztlichen Praxen und der Pflegestützpunkte, eigene Darstellung nach (24,74), auszugsweise wörtlich zitiert

3.3. Stärken und Schwächen der eingebundenen Studien

Stärken und Schwächen der in dieser Habilitationsschrift eingebundenen Studien sind bereits in den jeweiligen Publikationen 1–6 diskutiert. Einzelne Aspekte sollen jedoch nochmals hervorgehoben werden.

Das Compass-Projekt fand ausschließlich in Berlin statt und konnte daher nur Ansichten von in einem urbanen Kontext tätigen Hausärzt*innen und MFA abbilden. Eine Übertragung der Ergebnisse auf andere Bundesländer bzw. gerade auch auf den ländlichen Raum ist daher nicht möglich. Angesichts einer tendenziell eher geringeren Ärzt*innendichte in anderen Bundesländern und in ländlichen Gegenden kann angenommen werden, dass die insbesondere in den Publikationen 1 und 2 von Hausärzt*innen und MFA benannten Belastungen außerhalb von Ballungszentren eher noch stärker sind (110).

Die Publikationen 5 und 6 entstanden im Kontext des Forschungspraxennetzes RESPoNsE, das auch nur die Versorgungssituation in drei Bundesländern abbilden kann. Jedoch verteilen sich in diesen drei Bundesländern urbane, mittel- und kleinstädtische sowie ländliche Lebensräume und Regionen sowohl mit einer vergleichsweise hohen als auch niedrigen Dichte ambulant tätiger Ärzt*innen (111).

Ein größeres Problem stellt die geringe Teilnahmerate an den quantitativen Erhebungen dar. Dieser Aspekt wurde bereits in den Publikationen 2 und 6 diskutiert: die Response-Raten waren durchaus im Rahmen bzw. besser als in ähnlichen Befragungen im hausärztlichen Kontext (80,97).

Die große Stärke der vorgelegten Studien liegt in der Kombination von quantitativen und qualitativen Komponenten sowie in der Befragung sowohl von Hausärzt*innen als auch von MFA und der sich daraus ergebenden Möglichkeit, sowohl in der Breite als auch in der Tiefe zu erfragen und verschiedene Perspektiven zu vergleichen (112).

Hervorzuheben ist weiterhin die partizipative Entwicklung der Studien im Rahmen des RESPoNsE-Projektes (Publikationen 5 und 6). Sowohl das Studienthema als auch die inhaltlichen Themen der Befragungen wurden partizipativ mit Hausärzt*innen und MFA entwickelt. Auch im Rahmen des Compass-Projektes bauten die einzelnen Studien jeweils unmittelbar auf den Ergebnissen der vorherigen Teil-Studien auf (Publikationen 1–4). Es ist daher eine Stärke der hier vorgestellten Studien, dass sie nicht nur die

Sichtweisen, Bedarfe und Erfahrungen der befragten Gruppen adressierten, sondern diese auch bereits in die Entwicklung der Projekte einbezogen.

3.4. Konsequenzen für die Versorgung und weitere Forschung

Lösungen für eine zukunftsfähige hausärztliche Versorgung zu finden, wird vor dem Hintergrund eines seit langem erwarteten Mangels tätiger Hausärzt*innen und des bereits vorhandenen Fachkräftemangels drängender denn je.

In Bezug auf die Möglichkeiten der Delegation ging aus den vorgelegten Studien hervor, dass ein Grund für die Zurückhaltung in der Unkenntnis bzw. Unsicherheit über den rechtlichen Rahmen der Delegationsvereinbarung besteht. Hier sind Programme erforderlich, in der Hausärzt*innen entsprechende Schulungen erhalten. Diese sollten wissenschaftlich begleitet werden. Modellprojekte über den Einsatz von sogenannten „Physician Assistants“ in hausärztlichen Praxen könnten aufzeigen, ob sich durch diese neue Berufsgruppe weitere Entlastungsmöglichkeiten für Hausärzt*innen ergeben können. Dabei wird auch eine wichtige Forschungsfrage sein, ob sich ihr Einsatz von dem der qualifizierten MFA unterscheidet und die Akademisierung Vorteile im Versorgungsalltag bietet. Für die Umsetzung einer umfassenderen Delegation ist auch die Erhebung der Patient*innenperspektive erforderlich. Es gibt bereits Hinweise darauf, dass für Patient*innen eine weitere Übertragung ärztlicher Leistungen an MFA vorstellbar ist (61,113), jedoch erfolgten die entsprechenden Befragungen bisher nur theoretisch formuliert. Aussagefähiger wäre die Erhebung der Patient*innen-Haltung im Rahmen eines tatsächlichen Versorgungsanliegens in der Hausarztpraxis. Im Rahmen des RESPoNsE-Projektes wird aktuell eine entsprechende Befragung durchgeführt.

Die Kenntnis von und Erfahrungen mit Pflegestützpunkten unter Hausärzt*innen ist im Rahmen der hier vorgelegten Studie in Publikation 4 erstmals untersucht worden. Das Compass-Projekt erprobt im Weiteren in einer Pilotstudie die Machbarkeit einer Kooperation zwischen Hausarztpraxen und Pflegestützpunkten (114).

Hausärzt*innen sind angesichts der sowieso schon vorhandenen Überlastung nur bereit, sich an Forschungsvorhaben zu beteiligen, wenn sie einen unmittelbaren Nutzen für die Versorgung ihrer Patient*innen erwarten (115,116).

Ergebnisse von Projekten im Rahmen von Modellvorhaben sind teilweise schwer auffindbar bzw. auch nicht publiziert (117). Mehr als 60% der Projekte in den „Neuen Versorgungsformen“ des Innovationsfonds erreichen keine Empfehlung für die Übernahme in die Regelversorgung (118).

Insgesamt scheint daher angesichts der Dringlichkeit der Problematik die Entwicklung von Interventionen geboten, die eine Entlastung von Hausarztpraxen durch bereits bestehende Strukturen zum Ziel haben.

4. Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung führt im hausärztlichen Bereich zu einer Zunahme der Zahl älterer, multimorbider Patient*innen bei gleichzeitig sinkenden Zahlen tätiger Hausärzt*innen und einem zunehmenden Fachkräftemangel. Die Folgen sind eine steigende Arbeitslast in den Praxen und weniger Zeit für die komplexen Bedarfe gerade multimorbider Patient*innen.

Diese Entwicklung wird bereits seit längerem beobachtet, ohne dass es zu einer Lösung gekommen wäre, wie die zukünftige hausärztliche Versorgung gewährleistet werden kann. Die Covid-19-Pandemie verschärfte die Belastung in den hausärztlichen Praxen und führte zu Einschränkungen der Regelversorgung.

Die vorgelegten Publikationen dieser Habilitationsschrift untersuchten in quantitativen und qualitativen Befragungen von Hausärzt*innen und MFA deren Sicht auf Barrieren der Versorgung insbesondere von multimorbiden Patient*innen, Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten sowie ihre Perspektive auf Veränderungen der hausärztlichen Versorgung während der Covid-19-Pandemie.

Sie beruhen auf Studienergebnissen aus den beiden BMBF-geförderten Projekten „Compass“, einem Teilprojekt des Verbundprojektes „Navicare“, und „RESPoNsE“, einem Strukturaufbau eines hausärztlichen Forschungspraxennetzes.

In den ersten vier Publikationen konnte erneut gezeigt werden, dass Kommunikationsprobleme mit Informationsabrissen entlang von Schnittstellen die Koordinationsfunktion der Hausärzt*innen in der Versorgung multimorbider Patient*innen erheblich erschweren, und dass außerdem administrativ-bürokratische Tätigkeiten zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Deutlich wurde darüber hinaus in den Studien, dass zum einen die Möglichkeiten der Delegation entweder noch kaum bekannt sind oder kaum genutzt werden, und dass es insbesondere die vielen sozialen Beratungsanlässe der multimorbiden Patient*innen sind, für die sich Hausärzt*innen und MFA Unterstützung wünschen. Pflegestützpunkte, etablierte Einrichtungen mit einer im SGB XI verankerten Zuständigkeit für die Beratung bei sozialen und pflegerischen Bedarfen und für die wohnortnahe Koordination von Hilfs- und Unterstützungsangeboten sind unter Hausärzt*innen bisher kaum bekannt. Hier ergibt sich ein Potenzial zur Entlastung der hausärztlichen Praxen durch eine Kooperation mit Pflegestützpunkten.

Zwei weitere Publikationen befassen sich mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die hausärztliche Versorgung aus Sicht von Hausärzt*innen und MFA. Dabei

handelt es sich um das Studienprotokoll einer „mixed methods“-Studie und um die Ergebnisse der ersten quantitativen Befragung. Deutlich wurde, dass die Pandemie eine erhebliche Mehrbelastung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen darstellte, die flexibel ihre Abläufe anpassen mussten, Leistungen der Regelversorgung verringerten, und unter erheblichem Stresserleben litten.

Ergebnisse der vorgestellten Studien lassen zusammenfassend folgende Schlussfolgerungen zu:

Eine Reduktion der Arbeitslast und damit ein Gewinn an Zeit im direkten Patient*innenkontakt – insbesondere für multimorbide Patient*innen mit komplexen Bedarfen – ist innerhalb des bestehenden Versorgungssystems möglich durch eine bessere Nutzung der Delegationsmöglichkeiten sowie durch eine bessere Kenntnis von bestehenden Versorgungsstrukturen wie den Pflegestützpunkten. Es ergeben sich durch die Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie weiterhin Hinweise dafür, dass durch Umstellungen der Praxisorganisation und Neubewertung der Notwendigkeit von einzelnen regulär erbrachten Leistungen weitere Entlastungen geschaffen werden könnten.

Weitere Projekte sollten das Ziel haben, Hausärzt*innen und MFA bestehende Möglichkeiten der Arbeitsentlastung durch weitere Delegation und Kooperation mit etablierten Versorgungsstrukturen aufzuzeigen.

5. Literaturangaben

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019) World Population Prospects 2019. Volume II. Demographic Profiles. 2019. Verfügbar unter: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-prospects-2019-volume-ii-demographic-profiles> [abgerufen am 5.3.2023]
2. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. PloS one 2014; 9(7), e102149.
3. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011; 10(4):430–9.
4. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Comorbidity 2019; 9:2235042X19870934.
5. Puth MT, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. BMC Public Health 2017;17(1):826.
6. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, u. a. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. J Am Med Dir Assoc 2013;14(5):319–25.
7. Multimorbidity: clinical assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Report No.: NG56. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56> [abgerufen am 5.3.2023]
8. M. Scherer, H.-O. Wagner, D. Lühmann, C. Muche-Borowski, I. Schäfer, H.-H. Dubben, H. Hansen, J. Fessler, H.v.d. Bussche. DEGAM Leitlinie Multimorbidität. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidaet/053-047I_%20Multimorbidaet_redakt_24-1-18.pdf [abgerufen am 5.3.2023]

9. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity. Eur J Gen Pract 1996; 2(2):65–70.
10. van den Bussche H, Schön G, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, Koller D. Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity--results from a claims data based observational study in Germany. BMC Geriatr 2011; 11:54.
11. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD 2011. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en [abgerufen am 5.3.2023]
12. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2013; 56:832–844
13. Riens B, Erhart M, Mangiapane S. Arztkontakte im Jahr 2007 - Hintergründe und Analysen. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI); 2012. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok1_Bericht.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
14. Lehnert T, König HH. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2012; 55(5):685–92.
15. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2010; 53(5):441–50.
16. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M, Brähler E. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. Z Für Gerontol Geriatr 2000; 33(4):289–99.
17. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press, Inc; 1992.
18. Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin. WONCA Europe 2002. Verfügbar unter: <https://www.woncaeurope.org/file/fc91ad61-0ec6-4c79->

[920e-96fe031c0345/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDI-
ZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.680695) [abgerufen am 5.3.2023]

19. Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice - defining the five core values of the specialty. *J Prim Health Care* 2016; 8(4):283–7.

20. Schmalstieg-Bahr K, Popert UW, Scherer M. The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. *Front Med* 2021. Verfügbar unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.680695> [abgerufen am 5.3.2023]

21. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020; 70(698):e600–11.

22. Abholz HH. Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? *Z Allg Med* 2015; 91:160–5.

23. DEGAM-Zukunftspositionen Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2012. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf [abgerufen am 5.3.2023]

24. Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung. SGB V §73. Dez 20, 1988. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_73.html [abgerufen am 5.3.2023]

25. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract* 2020; 21(1):131.

26. Laux G, Kuehle T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008;8:14–14.

27. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013; 3(9):e003610.

28. Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. „Falling through gaps“: primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Fam Pract* 2015;32(1):82–7.
29. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008; 337:a867.
30. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2016; 66(649):e531-539.
31. Rimmelzwaan LM, Bogerd MJL, Schumacher BMA, Slottje P, Van Hout HPJ, Reinders ME. Multimorbidity in General Practice: Unmet Care Needs From a Patient Perspective. *Front Med* 2020;7:530085.
32. Albrecht T, Dyakova M, Schellevis FG, Van den Broucke S. Many diseases, one model of care? *J Comorbidity* 2016;6(1):12–20.
33. Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, Knesebeck O von dem, Scherer M. Social problems in primary health care – prevalence, responses, course of action, and the need for support from a general practitioners' point of view. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 2018; 131:81–9.
34. Jobst D, Joos S. Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2014; 90: 496-501 DOI: 10.3238/zfa.2014.0496–0501.
35. Dambha-Miller H, Simpson G, Hobson L, Roderick P, Little P, Everitt H, u. a. Integrated primary care and social services for older adults with multimorbidity in England: a scoping review. *BMC Geriatr* 2021;21(1):674.
36. Theile G, Müller CA. Multimorbide Patienten in der Hausarztpraxis -- wem ist was wichtig?: Mutimorbid General Practice Patients -- What's really Important? *Praxis* 2013; 101(25):1621–6.
37. van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2019; 62(9):1129–37.

38. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2021. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
39. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2014. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
40. Bayer G, Krüger K, Herrmann W, Fahrenkrog S, Sturz T, Holzinger F, Gehrke-Beck S, Heintze C, Döpfmer S. Allgemeinmedizinische Lehre und Berufswunsch im Berliner Modellstudiengang - Eine Studierendenbefragung. Z Allg Med 2019; 95 (1)
41. Studierende der Medizin nach Geschlecht bis 2021/2022. Statista. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/> [abgerufen am 5.3.2023]
42. Stengler K, Heider D, Roick C, Günther OH, Riedel-Heller S, König HH. Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2012; 55(1):121–8.
43. Ziegler S, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Bussche H. Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2017; 60(10):1115–23.
44. Owen K, Hopkins T, Shortland T, Dale J. GP retention in the UK: a worsening crisis. Findings from a cross-sectional survey 2019;9(2):e026048.
45. Fletcher E, Abel GA, Anderson R, Richards SH, Salisbury C, Dean SG, u. a. Quitting patient care and career break intentions among general practitioners in South West England: findings of a census survey of general practitioners. BMJ Open 2017; 7(4):e015853.
46. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, u. a. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. Lancet Lond Engl 2016; 387(10035):2323–30.

47. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, u. a. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172 (18):1377–85.
48. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573–6.
49. Pedersen AF, Nørøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2020;70(691):e95–101.
50. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325(7362):472.
51. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arzteblatt Int* 2011;108(15):255–61.
52. Gesundheitsdaten: Immer weniger Einzelpraxen. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php> [abgerufen am 5.3.2023]
53. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud* 2015; 52(3):727–43.
54. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7:CD001271.
55. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2009. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfasung_2009.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
56. Neumann K, Gierling P, Dietzel J. Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. Berlin: im Auftrag des

GKV-Spitzenverbandes 2014. Verfügbar unter: https://www.i-ges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9444/e9454/e9456/attr_obj9457/IGES_Publication_Ambulate_Versorgung_Juli_2014_ger.pdf [abgerufen am 5.3.2023]

57. Schmiedhofer MH, Brandner S, Kuhlmeier A. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte: Der Versorgungsansatz agneszwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse. *Gesundheitswesen* 2017;79(6):453–60.

58. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Home visit delegation in primary care: acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. *Dtsch Arzteblatt Int* 2012;109(46):795–801.

59. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract* 2012;29(4):448–54.

60. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. How are Concepts of Delegation in Family Practices Implemented? *Z Allgmed* 2016; 92(10):402-407

61. Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2018; 80(12):1077–83.

62. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2016; 78(08/09):e62–8.

63. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß §28 Abs. 1 S.3 SGB V. *Dtsch Arztebl* 2013; 110:1757–60.

64. Korzilius H. Ambulante Versorgung: Schutzwall für Krankenhäuser. *Dtsch Arztebl* 2020; 117(15): A-754 / B-642

65. Eisele M, Pohontsch NJ, Scherer M. Strategies in Primary Care to Face the SARS-CoV-2 / COVID-19 Pandemic: An Online Survey. *Front Med* 2021; 8:613537.

66. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract* 2020; 26(1):129–33.
67. Gladisch C, Gerlach FM, Güthlin C. Bewältigung von COVID-19 in Hausarztpraxen. *Z Allgmed* 2021; 97(6): 246-251
68. Grebe I. Medizinische Fachangestellte - in der Pandemie wichtiger denn je. *CME* 2022; 19(1):44–5.
69. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. 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):e039674.
70. Beckman AL, Mechanic RE, Shah TB, Figueroa JF. Accountable Care Organizations during Covid-19: Routine care for older adults with multiple chronic conditions. *Healthc Amst Neth* 2021; 9(1):100511.
71. Kendzerska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, u. a. The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14:575–84.
72. Matenge S, Sturgiss E, Desborough J, Hall Dykgraaf S, Dut G, Kidd M. Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: a review of the international literature. *Fam Pract* 2022;39(4):747–61.
73. Busetto L, Wick W, Gumbinger C. How to use and assess qualitative research methods. *Neurol Res Pract* 2020; 2:14.
74. Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung. SGB XI § 7c. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11/_7c.html [abgerufen am 5.3.2023]
75. Braesecke G, Pflug C, Beikirch E. Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES-Institut 2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Financial_20181220_.pdf [abgerufen am 5.3.2023]

76. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/sondergutachten-2009/> [abgerufen am 5.3.2023]
77. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2000/2001. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2000/2001/> [abgerufen am 5.3.2023]
78. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2003. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2003/Kurzfassung_2003.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
79. Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners - a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 20 2019; 20(1):160.
80. Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Kuempel L, Grittner U, Schnitzer S, Rieckmann N, Dini L, Heintze C. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 2021; 83(10):844–53.
81. Stumm J, Peter L, Sonntag U, Kümpel L, Heintze C, Döpfmer S. Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausarzt*innen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2020;158–159:66–73.
82. Stumm J, Peter L, Kümpel L, Erdmann L, Dierks ML, Heintze C, u. a. Haben Hausarzt*innen Erfahrungen mit Pflegestützpunkten? Eine berlinweite Fragebogenerhebung. *Gesundheitswesen.* 2023;
83. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, Westbrook J, Tutty M, Blike G. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med* 2016; 165(11):753–60.
84. Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Intern Med* 2023;38(1):147–55.

85. Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Clauss M, Pinzón LCE. Arbeitssituation und Gesundheit von Hausärzten in Rheinland-Pfalz: Erste Ergebnisse einer landesweiten Befragung. *Gesundheitswesen* 2012;74(6):389–96.
86. Ulrich L, Lemke D, Erler A, Müller B, Gerlach FM, Dahlhaus A. Arbeitsbelastung niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte in zwei thüringischen Landkreisen. *Z Allg Med* 2019; 95:112–8.
87. Hering R. Projektion der Inanspruchnahme und Verfügbarkeit vertragsärztlicher Leistungen bis 2030. *ZI insights*, Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2023. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Veranstaltungen/Zi_insights/Zi_insights_rBIX_2023-02-08_Hering.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
88. Mehr Zeit für Behandlung Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Berlin: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates 2015. Verfügbar unter: <https://www.normenkontrollrat.bund.de/nkr-de/service/presse/pressemitteilungen/projektabschluss-mehr-zeit-fuer-behandlung-so-kann-unnoetige-buerokratie-in-arzt-und-zahnarztpraxen-abgebaut-werden-726228> [abgerufen am 5.3.2023]
89. Kloppe T, Tetzlaff B, Mews C, Zimmermann T, Scherer M. Interprofessional collaboration to support patients with social problems in general practice—a qualitative focus group study. *BMC Prim Care* 2022; 23(1):169.
90. Ärztliche und zahnärztliche Behandlung. SGB V §28. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/28.html [abgerufen am 5.3.2023]
91. Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D. Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung - Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2022. *ZI paper Report No.: 25*. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_25-2022_NaePA.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
92. Mußgnug T, Mangiapane S, Czihal T. Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. *Z Allg Med* 2022; 9:298–303.

93. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800> [abgerufen am 5.3.2023]
94. Dini L, Koppelow M, Reuß F, Heintze C. Die Delegations-Vereinbarung und ihre Umsetzung innerhalb und außerhalb der hausärztlichen Praxis aus Sicht der Niedergelassenen. *Gesundheitswesen* 2021; 83(7):523–30.
95. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 2017; 18(1):102.
96. Engpassanalyse - Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html?DR_Region=Deutschland&DR_Beruf=8110+Medizinische+Fachangestellte+%28o.S.%29&DR_Anf=Fachkr%C3%A4fte [abgerufen am 5.3.2023]
97. Döpfmer S, Kuschick D, Toutaoui K, Riens B, Dierks M, Wolf F, Rost L, Krause M, Schulze D, Heintze C, Kümpel L. Die hausärztliche Versorgung während der Covid-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen. *ZEFQ* 2023; doi: 10.1016/j.zefq.2023.03.002
98. Oettel J, Wolf R, Zschille M, Leibner M. Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung Rebecca Wolf, Dr. Michael Zschille, Markus Leibner. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; 2021. ZI paper Report No.: 17. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_17-2021_Personalsituation.pdf [abgerufen am 5.3.2023]
99. Volkmann A. Am Limit. *Berliner Ärzt:innen*. Oktober 2022;10–9.
100. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: Wenn die Pflege selbst zum Pflegefall wird. Auswege aus der drohenden Versorgungskrise. PwC Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-im-deutschen-gesundheitswesen-2022.html> [abgerufen am 5.3.2023]

101. Gysin S, Odermatt M, Merlo C, Essig S. Pflegeexpertinnen APN und -Medizinische Praxiskoordinatorinnen in der Hausarztpraxis. *Prim Hosp Care Allg Inn Med* 2020; 20: 19-22
102. Günther HJ, Bader C, Erlenberg RM, Hagl C, Schirmmacher B, Schuster A. Von AGnES bis PA — Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick? *MMW Fortschr Med* 2019; 161(Suppl 7):21–30.
103. Marschall T, Hoffmann M. Eine neue Berufsgruppe kommt in der Praxis an: Erste Erkenntnisse über Einsatzgebiete, Tätigkeiten und Gehalt von Physician Assistants/Arztassistenten in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2019; 81(1):9–16.
104. Meyer-Treschan T, Busch D, Farhan N, Führmann B, Siegmüller J, Heistermann P. Welchen Beitrag können Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung leisten? Eine Abgrenzung zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2021; 164:15–22.
105. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health* 2017; 148:96–101.
106. Napierala H, Krüger K, Kuschick D, Heintze C, Herrmann WJ, Holzinger F. Social Prescribing: Systematic Review of the Effectiveness of Psychosocial Community Referral Interventions in Primary Care. *Int J Integr Car.* 2022;22(3):11.
107. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017; 7(4):e013384.
108. McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2018; 26(1):1–13.
109. Löwe C, Mark P, Sommer S, Weltermann B. Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review. *BMJ Open* 2022; 12(6):e062144.
110. Tangermann U, Kleij KS, Krauth C, Amelung VE. Hausärztliche Versorgungssituation und Einführung neuer Versorgungsformen in schwer zu versorgenden Regionen: Eine Befragung der Bevölkerung. *Gesundheitswesen* 2019; 81(06):498–504.

111. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2021. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> [abgerufen am 5.3.2023]
112. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res* 2007; 1(2):112–33.
113. Jedro C, Holmberg C, Tille F, Widmann J, Schneider A, Stumm J, u. a. The Acceptability of Task-Shifting from Doctors to Allied Health Professionals. *Dtsch Arzteblatt Int* 2020; 117(35–36):583–90.
114. Peter L, Stumm J, Wäscher C, Kümpel L, Heintze C, Döpfmer S. COMPASS II—Coordination of Medical Professions Aiming at Sustainable Support Protocol for a feasibility study of cooperation between general practitioner practices and community care points. *PLOS ONE* 2022; 17(9):e0273212.
115. Wangler J, Jansky M. Innovationsfonds und Primärversorgung – Welche Erwartungen und Erfahrungen vertreten Hausärzt*innen in Bezug auf die Teilnahme an innovativen Versorgungsmodellen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2022;65(6):697–705.
116. Wolf F, Krause M, Wiegand S, Bleidorn J, Schmidt K. Was motiviert Hausärztinnen und Hausärzte, sich an einem Forschungspraxennetz zu beteiligen? *Z Allg Med* 2020;96:490–5.
117. Wiethage J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H. Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen* 2009; 722–8.
118. Der Innovationsfonds: Stand der Dinge. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss Dez 2022. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2022-12-21_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf [abgerufen am 5.3.2023]

Danksagung

Diese Habilitation beruht nicht nur auf den vorgestellten Publikationen, sondern auch auf einem nicht mehr ganz jungem, sehr abwechslungsreichen Berufsleben, in dem es mir vergönnt war, viele Perspektiven und unterschiedliche ärztliche Berufsfelder kennen zu lernen.

Dafür, dass ich diesen Weg überhaupt beschreiten konnte, gilt mein Dank zuallererst meinen Eltern.

Ganz wesentlich zum Abschluss dieser Arbeit beigetragen hat mein Mann, der mich seit langer Zeit über Höhen und Tiefen begleitet und dem ich sehr herzlich dafür danke, dass er mir oft den Rücken freihielt und mich immer wieder motivierte und zuverlässig unterstützte, wann immer ich es brauchte.

Mein besonderer Dank gilt aber natürlich auch all jenen Kolleg*innen und Weggefährt*innen, die meine Forschungsaktivitäten begleitet, inspiriert und unterstützt haben:

Herrn Prof. Christoph Heintze danke ich dafür, dass er mir in meiner wissenschaftlichen Entwicklung große Freiheiten einräumte, während ich mich gleichzeitig immer auf seine Unterstützung, Bestärkung und wichtigen Anregungen verlassen konnte.

Ganz wichtig für das Gelingen meiner Vorhaben war die gute Zusammenarbeit mit den Teams der beiden Projekte, denen ich herzlich danken möchte:

Judith Stumm, Lisa Peter und Cornelia Wäscher, Ihr habt mich über Jahre im Compass-Projekt begleitet und mit Euren Ideen und Anregungen wesentlich zum Gelingen des Projektes trotz widriger Umstände in Zeiten der Covid-19-Pandemie beigetragen. Lisa Kümpel, Doreen Kuschick, Kahina Toutaoui und Burgi Riens, Euch danke ich für den gemeinsamen Weg im RESPoNsE-Projekt, für den fruchtbaren und anregenden Austausch und die gute Teamarbeit, in der sich das Projekt gut entwickeln konnte und weiterhin kann.

Eine wissenschaftliche Tätigkeit an einem Institut wird implizit auch immer durch die vielen Kolleg*innen ermöglicht, die einem immer wieder den Rücken freihalten und dadurch Freiräume ermöglichen, und die in vielen geplanten oder gerade auch spontanen „zwischen Tür-und-Angel“-Gesprächen wertvolle Anregungen und Gedanken mitgeben. Danken möchte ich daher allen ehemaligen und noch tätigen Kolleg*innen am Institut für Allgemeinmedizin, die mich während meiner inzwischen vielen Jahre am Institut begleitet haben.

Abschließend danke ich den Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, die an den Studien teilgenommen oder in der Entwicklung der Studien ganz wesentlich Impulse gegeben haben. Ohne Sie und Euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wird bzw. wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/ Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

5.4.2023

Datum

Unterschrift