

**Diplomarbeit**

**Hausärztliche Versorgung in der Covid-19-Pandemie in  
Österreich  
Ergebnisse aus einer Patient\*innenbefragung**

eingereicht von

**Barbara Christina Dienstbier**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte  
Versorgungsforschung**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch  
und**

**Dr.<sup>in</sup> rer. medic. Muna Paier-Abuzahra, BSc MA**

Graz, 09.02.2023

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, 09.02.2023*

*Barbara Dienstbier eh.*

## **Danksagungen**

Hiermit möchte ich mich besonders bei meinen Diplomarbeitsbetreuerinnen, Frau Univ.-Prof. Dr. Siebenhofer-Kroitzsch und Frau Dr. rer. medic. Muna Paier – Abuzahra, BSc MA für die freundliche und gute Betreuung bedanken. Weiters bedanke ich mich bei Herrn Dr. Klaus Jeitler für seine tatkräftige Unterstützung im IT-Bereich.

Meiner gesamten Familie und meinen Freund\*innen bin ich für die fürsorgliche und lebenswerte Unterstützung während meines gesamten Studiums dankbar. Speziell möchte ich mich bei meinen Schwestern Katharina und Claudia sowie meinem Bruder Alexander bedanken, die stets zu mir standen und ein offenes Ohr sowie die richtigen Worte parat hatten. Auch meinen Freundinnen Tina, Almut, Sabrina, Marlene und Lea gebührt für die tollen Erlebnisse und Gespräche während meiner Studienzeit ein herzliches Dankeschön. Ich danke meinen Eltern, Christa und Hans-Peter, die mich bei jeder Entscheidung in meinem Leben unterstützen, immer für mich da sind, mir ein finanziell sorgenfreies Studium ermöglichen und somit den Weg zu meinem Traumberuf ebnen. Ohne euch alle hätte ich diesen Weg niemals geschafft. Ich bin so dankbar für diesen starken Rückhalt!

Auch meine verstorbenen Großeltern, Johann & Erika und Heinz & Erika möchte ich einen Dank aussprechen. Leider können diese meinen Abschluss nicht mehr miterleben, doch ich weiß, dass sie unendlich stolz auf mich gewesen wären.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	1
Inhaltsverzeichnis .....	2
Abkürzungen und deren Erklärung.....	4
Abbildungsverzeichnis .....	5
Tabellenverzeichnis .....	6
Zusammenfassung .....	7
Abstract.....	9
1 Einleitung .....	11
1.1 Einführung in das Thema/Hintergrund .....	11
1.1.1 SARS-CoV-2, Covid-19 und Symptomatik .....	12
1.2 Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie .....	12
1.2.1 Verlauf der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen in Österreich .....	13
1.2.2 Rolle des Hausarztes.....	18
2 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	20
3 Material und Methoden .....	21
3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens .....	21
3.2 Studienteilnehmer*innen und Rekrutierung .....	23
3.3 Auswertung der Studie.....	23
4 Ergebnisse.....	25
4.1 Beschreibung der Stichprobe .....	26
4.1.1 Rücklauf .....	26
4.1.2 Geschlecht .....	26
4.1.3 Alter.....	26
4.1.4 Höchster Bildungsabschluss.....	27
4.1.5 Tätigkeitsbereich und Berufssituation.....	28
4.1.6 Wohnumfeld, Wohnsituation und Bundesland.....	30
4.1.7 Chronische Erkrankungen .....	32
4.2 Gesundheitsbeschwerden der Studienteilnehmer*innen während der COVID-19 Pandemie .....	33
4.2.1 Gesundheitliche Beschwerden während der Corona-Ausgangsbeschränkungen .....	33
4.2.2 Corona-Ausgangsbeschränkungen und deren psychischen und sozialen Auswirkungen.....	33
4.2.3 Corona-Infektion und Symptome der Infektion .....	34
4.3 Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient*innen während der COVID-19-Pandemie .....	36
4.3.1 Impfungen (Influenza und Covid-19).....	36
4.3.1 Testungen .....	37
4.3.2 Quarantäne.....	38
4.3.3 Veränderung des Konsumverhaltens/Suchtverhalten.....	42
4.3.4 Veränderungen des Gesundheitsverhaltens .....	46
4.3.5 Medikamentenverordnungen und Veränderungen des Medikamentenkonsums	47
4.4 Erfahrungen der Patient*innen mit dem österreichischen Gesundheitssystem mit besonderen Fokus auf Hausarzt*innen .....	48
4.4.1 Vermeidung von Arztbesuchen durch Patient*innen .....	48
4.4.2 Ablehnung/ Verschiebung von Arztbesuchen von Ärzten oder Institutionen	49
4.4.3 Haben Sie einen Hausarzt? .....	54

4.4.4	Kontakt mit dem Hausarzt während der Pandemie .....	54
4.4.5	Telemedizin und Erreichbarkeit der Hausarztpraxis .....	57
4.4.6	Behandlung einer leichten Corona-Infektion .....	58
4.5	Bewertung der medizinischen Versorgung während der COVID-19 Pandemie ..	59
4.5.1	Verbesserung der hausärztlichen Versorgung für Patient*innen mit chronischen Erkrankungen .....	59
4.5.2	Verbesserung der hausärztlichen Versorgung für Patient*innen mit akuten Beschwerden.....	60
4.5.3	Verbesserung der hausärztlichen Versorgung – Antworten der Freitextfelder 60	
5	Diskussion .....	63
5.1	Welche Gesundheitsbeschwerden hatten die Patient*innen während der COVID- 19 Pandemie?.....	63
5.1.1	Gesundheitliche Beschwerden während der Ausgangsbeschränkungen .....	63
5.1.2	Psychische Belastung der COVID-19 Pandemie.....	64
5.2	Hat sich das Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient*innen durch die COVID-Pandemie verändert?.....	65
5.2.1	Veränderung des Gesundheits- und Suchtverhaltens .....	65
5.3	Erfahrungen der Patient*innen mit dem österreichischen Gesundheitssystem ....	66
5.3.1	Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Patient*innen während einer Pandemie .....	67
5.4	Bewertung der medizinischen Versorgung während der COVID-19 Pandemie ..	68
5.4.1	Verbesserung der hausärztlichen Versorgung während einer Pandemie.....	68
5.5	Limitationen.....	70
5.6	Ausblick und Schlussfolgerung .....	71
6	Literaturverzeichnis .....	72
7	Anhang – Fragebogen COVI-Pat Österreich.....	75

## Abkürzungen und deren Erklärung

TU	Technische Universität
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und Evidenzbasierte Versorgungsforschung
z.B.	zum Beispiel
bzw.	beziehungsweise
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus type 2
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
MNS	Mund-Nasen-Schutz
FFP2-Maske	Filtering Face Piece – Maske Klasse 2
SPSS	Statistical Product and Service Solution
DMP	Disease-Management-Programm

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Epidemiologische Kurve im Zeitraum von Februar 2020 bis Juni 2021(11)	18
Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer*innen in % .....	26
Abbildung 3: Altersverteilung der Studienteilnehmer*innen nach Geschlecht (Anzahl absolut) .....	27
Abbildung 4: Tätigkeitsbereich und Berufssituation (Mehrfachantwort) .....	28
Abbildung 5: Veränderung der beruflichen Situation/Ausbildungssituation (Mehrfachantwort).....	29
Abbildung 6: Wohnsituation der Teilnehmer*innen (Mehrfachantwort) .....	30
Abbildung 7: Wohnumfeld der Studienteilnehmer*innen.....	31
Abbildung 8: Bundesländerverteilung der Studienteilnehmer*innen .....	31
Abbildung 9: Chronische Erkrankungen in der Studienpopulation (Mehrfachantworten möglich).....	32
Abbildung 10: Gesundheitlichen Beschwerden während der COVID-19 Pandemie (Mehrfachantworten mögliche) .....	33
Abbildung 11: Verlauf der Einhaltung der Ausgangsbeschränkungen .....	34
Abbildung 12: Symptome der Corona-Infektionen (Mehrfachantworten möglich).....	35
Abbildung 13: COVID-19 Impfbereitschaft im Verlauf.....	36
Abbildung 14: Testbereitschaft bei Coronasymptomen .....	37
Abbildung 15: angeordnete und freiwillige Quarantäne .....	38
Abbildung 16: Bewertung der Ausgangsbeschränkungen.....	39
Abbildung 17: Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen.....	40
Abbildung 18: Veränderung des Stresspegels während der Ausgangsbeschränkungen .....	41
Abbildung 19: Veränderung des Alkoholkonsums .....	42
Abbildung 20: Erhöhung des Alkoholkonsums in Zusammenhang mit den Mehrfachbelastungen.....	43
Abbildung 21: Veränderungen des Nikotinkonsums .....	44
Abbildung 22: Erhöhung des Nikotinkonsums in Zusammenhang mit den Mehrfachbelastungen.....	45
Abbildung 23: Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während der Ausgangsbeschränkungen .....	46
Abbildung 24: Änderungen des Medikamentenkonsums (Mehrfachantworten möglich) ..	47
Abbildung 25: Von Patient*innen vermiedene Termine – nach Fachrichtungen .....	48
Abbildung 26: Frage: Durch welche Einrichtungen wurde bei Ihnen ein geplanter Termin verschoben? (Mehrfachantwort möglich).....	49
Abbildung 27: Verschobene Termine durch Ärzt*innen oder Kliniken im Verlauf.....	50
Abbildung 28: Von Einrichtungen verschobene Termine – nach Fachrichtungen .....	51
Abbildung 29: Ablehnung einer Behandlung – nach Fachrichtungen .....	52
Abbildung 30: Frage: War die Arztpraxis Ihres Hausarztes während der Pandemie geschlossen? .....	54
Abbildung 31: Gründe der Kontaktvermeidung mit dem Hausarzt (Mehrfachantworten möglich).....	55
Abbildung 32: Frage: Warum waren Sie trotz Beratungsbedarf nicht persönlich in der Hausarztpraxis? .....	56
Abbildung 33: Erreichbarkeit der Hausarztpraxis .....	57
Abbildung 34: Behandlung einer leichten Corona-Infektion .....	58
Abbildung 35: Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung.....	59

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Anzahl der Teilnehmer*innen pro Quartal.....	26
Tabelle 2: Altersverteilung der Studienteilnehmer*innen.....	27

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit der Corona- Pandemie Anfang 2020 wurde die Gesundheitsversorgung vor neue Herausforderungen gestellt: Die COVI-Pat-Studie beleuchtet die medizinische Versorgung während der Covid-19-Pandemie aus Sicht der Patient\*innen.

**Forschungsfrage:** Wie beschreiben Patient\*innen die medizinische Versorgung (und im speziellen die hausärztliche Versorgung) während der Covid-19-Pandemie in Österreich? Folgende Unterfragen sollen beantwortet werden:

- 1) Welche Gesundheitsbeschwerden hatten die Patient\*innen während der Covid-Pandemie?
- 2) Hat sich das Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient\*innen durch die Covid-Pandemie verändert?
- 3) Welche Erfahrungen machten Patient\*innen in der Gesundheitsversorgung, und im Speziellen mit dem\*der Hausarzt\*in? Und welche unterschiedlichen Erfahrungen machten Patient\*innen im Verlauf der Pandemie mit dem Gesundheitssystem und im Speziellen mit Hausarzt\*innen?
- 4) Wie bewerteten Patient\*innen die medizinische Versorgung im Allgemeinen?

**Methode:** Im Zeitraum von 09/2020 – 07/2021 wurden Personen ab 18 Jahren in Österreich mittels eines Online-Fragebogens zu Gesundheitsbeschwerden und –verhalten sowie zu Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem, speziell zur hausärztlichen Versorgung befragt, welcher über die Homepage der Medizinischen Universität Graz, durch E-Mail-Aussendungen an Ärzt\*innen mit abgeschlossener Ausbildung für Allgemeinmedizin, auf sozialen Medien und über persönliche Weitergabe verbreitet wurde. Der Fragebogen wurde von der TU Dresden, entwickelt und für Österreich angepasst. Die statistische Analyse (Gesamtauswertung und quartalsmäßige Auswertung) erfolgte mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics 27.

**Ergebnisse:** Die Analyse umfasst eine Gesamt-Stichprobe von n=539. Die Teilnehmer\*innen waren überwiegend älter als 40 Jahre (65,2 %) und weiblich (66,0 %). Die Coronapandemie stellte für die Teilnehmer\*innen teilweise eine zusätzliche physische, sowie psychische Belastung dar. Vor allem Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen waren häufig auftretende Beschwerden. 39,3 % der Befragten fühlten sich häufiger als sonst traurig, lustlos oder antriebslos. In Bezug auf das Sucht- und Gesundheitsverhalten

berichten die Befragten Veränderungen durch die Pandemie in Bezug auf Stresspegel, Nikotinkonsum, Alkoholkonsum und Schlaf. Frauen berichten häufiger von einem veränderten Gesundheitsverhalten. Ab dem Quartal Q1/2021 stieg der Anteil an Personen, die von Symptomen wie Niedergeschlagenheit berichten, von 36,3 % (Q4/2020) auf 50,0 % (Q1/2021) stark an.

Bei rund 14,1 % der Teilnehmer\*innen wurde die Behandlung eines Gesundheitsproblems während der Covid-19-Pandemie von einer Klinik oder einem\*r niedergelassenen Arzt\*Ärztin abgelehnt. Weiters wurden 31,0 % der geplanten Termine durch Ärzt\*innen oder Kliniken verschoben. Die Mehrheit der verschobenen Konsultationen waren Termine bei niedergelassenen Ärzt\*innen (66,0 %), wie Zahnärzt\*innen (38,3 %), Gynäkolog\*innen (17,0 %) und Internist\*innen (11,3 %). Vor allem im Zeitraum Q3/2020 (35,7 %) und Q4/2020 (33,3 %) wurden mehr geplante Termine bei niedergelassenen Ärzt\*innen oder Kliniken verschoben als in den Quartalen Q1/2021 (11,1 %) und Q2/2021 (15,5 %).

20% der Befragten hatte das Gefühl, dass die medizinische Versorgung während der Corona-Pandemie ausreichend war.

**Schlussfolgerung:** Durch die Corona-Pandemie war die Gesundheitsversorgung in Österreich eingeschränkt und die Betreuung von Patient\*innen könnte in gewissen Bereichen nicht adäquat erfolgt sein. Um dies zu bestätigen, müssten weitere Untersuchungen (z.B. Studien zu spezifischen Indikationen) durchgeführt werden. Auf individueller Ebene sollte in der Hausarztpraxis daher verstärkt auf einen veränderten Gesundheitszustand (z.B. psychische Verfassung) geachtet werden. Auf der Gesundheitssystemebene wären ein Monitoring und eine Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Maßnahme zur weiteren Beobachtung der Bevölkerung.

## **Abstract**

**Introduction:** With the corona pandemic at the beginning of 2020, healthcare was faced with new challenges. The COVI-PAT study sheds light on medical care during the Covid-19 pandemic from the patients' perspective.

**Research question:** “How do patients describe medical care (and in particular primary care) during the Covid-19 pandemic in Austria?”

The following sub-questions should be answered:

- 1) What health problems did patients have during the Covid pandemic?
- 2) Has the addiction and health behavior of patients changed as a result of the Covid pandemic?
- 3) What experiences did patients have in healthcare, and in particular with the general practitioner? And what different experiences did patients have with the healthcare system and with family doctors over the course of the pandemic?
- 4) How did patients rate medical care in general?

**Methods:** In the period from September 2020 to July 2021, people aged 18 and over were surveyed throughout Austria using an online questionnaire on health complaints and behavior as well as experiences with the Austrian healthcare system (specifically on primary care). The questionnaire was accessed via the homepage of the Medical University of Graz and spread by sending emails several times to physicians with completed training in general medicine, on social media and via personal sharing.

The questionnaire was developed by TU Dresden and adapted for Austria. The statistical analysis (overall and quarterly evaluation) was carried out using the IBM SPSS Statistics 27 program.

**Results:** The analysis included a total sample of n=539. Participants were predominantly older than 40 years (65.2 %) and female (66.0 %).

The corona pandemic sometimes posed an additional physical and psychological burden for the participants. Back, neck and shoulder pain in particular were common complaints. 39.3% of respondents felt sad, listless or listless more often than usual over the entire period of the survey. In terms of addiction and health behavior, respondents report massive changes due to the pandemic in terms of stress levels, nicotine use, alcohol consumption and sleep. Women are more likely to report changes in health behavior. From the quarter

of Q1/2021, the proportion of people reporting symptoms such as depression rose sharply from 36.3 % (Q4/2020) to 50.0 % (Q1/2021).

In around 14.1% of the participants, treatment of a health problem during the Covid-19 pandemic was refused by a clinic or a resident doctor. Furthermore, 31.0% of the planned appointments were postponed by doctors or clinics. The majority of postponed consultations were appointments with resident doctors (66.0 %), such as dentists (38.3 %), gynecologists (17.0 %) and internists (11.3 %). Especially in the period Q3/2020 (35.7 %) and Q4/2020 (33.3 %), more scheduled appointments with established doctors or clinics were postponed than in the quarters Q1/2021 (11.1 %) and Q2/2021 (15.5 %). 20% of those surveyed felt that medical care was sufficient during the corona pandemic.

**Conclusion:** Due to the corona pandemic, healthcare in Austria was restricted and patient care could not have been adequately provided in certain areas. To confirm this, further investigations (e.g. studies on specific indications) would have to be carried out. At the individual level, therefore, increased attention should be paid to changes in health status (e.g., mental state) in the family doctor's office. At the health system level, monitoring and health reporting would be an important measure for further observation of the population.

# 1 Einleitung

Ein flächendeckendes Netzwerk von Allgemeinmediziner\*innen in der Primärversorgung dient in vielen Ländern als Basis für ein effizientes Gesundheitssystem. Es entlastet sekundäre und tertiäre Einrichtungen und verringert dadurch staatliche Gesundheitskosten (1). Die hausärztliche Primärversorgung stellt das Rückgrat jedes Gesundheitssystems dar. Hausärzt\*innen sind im Allgemeinen die erste Anlaufstelle für eine Vielzahl von Patient\*innen zur Prävention und Behandlung von Krankheiten (1).

Durch die Covid-19-Pandemie musste das gesamte medizinische System, sowohl hausärztlich wie auch fachärztlich, die Akutversorgung priorisieren. Fragen, wie z.B.:

- Welche Versorgung muss stattfinden und welche kann aufgeschoben werden?
- Welche Behandlung ist unbedingt notwendig und welche kann später durchgeführt werden?
- Gibt es die Möglichkeit, Diagnostik und Behandlung via Telemedizin durchzuführen?

wurden gestellt (2). Weiterhin war von Bedeutung, das hausärztliche Versorgungssystem aufrecht zu erhalten, welches Patientengruppen, die eine akute Behandlung nötig hatten, identifiziert und somit das Akutversorgungssystem, sowie die sekundären und tertiären Versorgungseinrichtungen entlastet (2).

## 1.1 Einführung in das Thema/Hintergrund

Im Dezember 2019 wurden in der Provinz Hubei, genauer gesagt in der Metropole Wuhan (China) erstmals von mehreren Fällen einer neuen Atemwegserkrankung berichtet. Im Jänner 2020 wurde bestätigt, dass diese Erkrankung durch ein neuartiges Coronavirus, welches später SARS-CoV-2 genannt wurde, ausgelöst wird. Zunächst wurde diese neue Erkrankung als Epidemie in China eingestuft (3, 4).

Täglich stiegen die Infektionszahlen an und das Virus verbreitete sich weltweit rasant. Österreich meldete im Februar 2020 die ersten, offiziell bestätigten Corona-Fälle (5).

Am 11. März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Coronakrise als weltweite Pandemie. Innerhalb kürzester Zeit mussten seitens der Bundesregierung Entscheidungen zur Eindämmung der Ausbreitung und zum Schutz der Bevölkerung ausgearbeitet, getroffen und umgesetzt werden (4).

Die schnelle Ausbreitung des neuartigen Erregers und die damit einhergehende Multisystemerkrankung Covid-19 stellte weltweit alle Länder vor eine bisher nicht einschätzbare Situation (4).

### **1.1.1 SARS-CoV-2, Covid-19 und Symptomatik**

Eine SARS-CoV-2-Infektion, eine virale Erkrankung zoonotischen Ursprungs, wird vor allem über die Aufnahme von virusgefüllten Flüssigkeitspartikel (Tröpfchen und Aerosole) übertragen, welche beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen ausgestoßen werden. Diese infektiösen Partikel können über längere Zeit in geschlossenen Räumen in der Luft schweben und führen dadurch zu einer schnellen Ausbreitung und zu einer hohen Ansteckungsrate (4).

Neben dem Auftreten eines breiten Spektrums an leichten Symptomen, wie Kopfschmerzen, Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns, Schnupfen, Fieber, Husten, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und allgemeiner Müdigkeit sowie Muskelschmerzen, steigt mit zunehmendem Alter das Risiko für einen schweren Verlauf mit akuten Atemnotsyndrom, kurz ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) und anschließendem tödlichen Multiorganversagen. Rund 80 % der Betroffenen erleiden einen leichten/milden Verlauf, bei ca. 15 % kommt es zu einem schweren Verlauf und in ca. 5 % der Fälle kommt es zu einem ARDS (4, 6).

Durch die Heterogenität der möglichen Symptome einer Corona-Infektion ist die Einschätzung für schwere Krankheitsverläufe sehr komplex. Der Krankheitsverlauf von Covid-19 wird vor allem vom Alter, bestehenden Vorerkrankungen und anderen Prädispositionsfaktoren beeinflusst. Jedoch tritt ein schwerer Verlauf nicht nur bei multimorbiden, älteren Menschen auf, auch junge Personen ohne Vorerkrankungen können von einem schweren Krankheitsverlauf betroffen sein (4).

Personengruppen, die ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, sind:

- Ältere Menschen (das Risiko steigt mit zunehmendem Alter)
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, wie chronischen Lungenerkrankungen, chronischen Nieren- und Lebererkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen, Diabetes Mellitus, immunsupprimierte Personen, Raucher\*innen und Personen mit einer ausgeprägten Fettleibigkeit (4).

### **1.2 Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie**

Das Ziel der österreichischen Bundesregierung war es, durch verschiedene Maßnahmen die Morbidität und Mortalität durch das Coronavirus bestmöglich zu reduzieren, die Akutversorgung von Covid-Erkrankten in den österreichischen Krankenhäusern sicher zu stellen und die Wirtschaft aufrecht zu erhalten (4).

## **1.2.1 Verlauf der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen in Österreich**

Laut dem österreichischen Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wurde die COVID-19-Pandemie in Österreich von Beginn im Februar 2020 bis Februar 2021 zunächst in vier Phasen eingeteilt (4). Ab März 2021 folgten weitere Phasen und damit einhergehende Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie. In diesem Abschnitt der Diplomarbeit wird ein Verlauf der Corona-Pandemie in Österreich von Februar 2020 bis Mai 2021 dargestellt.

### **1.2.1.1 Phase 1: Naive Phase bis zum 15. März 2020**

Am 25. Februar 2020 wurde der erste offizielle Fall einer SARS-CoV-2-Infektion in Österreich bestätigt. Zu Beginn war vor allem der Westen Österreichs betroffen. Die Einschätzung von Ischgl (Tirol) als Risikogebiet am 5. März 2020 fand in der österreichischen Bevölkerung anfänglich nur wenig Beachtung. Kurz darauf wurden bereits Grenzkontrollen bei der Einreise nach Österreich eingeführt, um eine Ausbreitung des Coronavirus zu minimieren. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Coronakrise in Österreich stärker wahrgenommen. Seit 11. März, als die WHO die Coronakrise als globale Pandemie einschätzte, verkündete die österreichische Bundesregierung fast täglich neue Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie (5).

### **1.2.1.2 Phase 2: Erster Lockdown ab dem 16. März 2020 bis zum 11. April 2020**

Am 16. März 2020 verhängte die österreichische Bundesregierung den ersten Lockdown (Ausgangsbeschränkungen) zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie (5). Veranstaltungen wurden abgesagt und strenge Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen („Social Distancing“) traten in Kraft. Das gesellschaftliche Leben veränderte sich schlagartig. Universitäten und Schulen stellten kurzfristig auf Homeschooling um und blieben bis auf Weiteres geschlossen. Auch alle Geschäfte, Einkaufszentren, Frisiersalons, Gaststätten, Restaurants, Kaffeehäuser und Bars wurden geschlossen. Alleiniger Weg zur Grundversorgung, Arbeit, zu Apotheken oder Ärzt\*innen wurde gestattet. Flugzeuge, die aus Hochrisikogebieten kamen, erhielten größtenteils ein Landeverbot auf österreichischen Boden (5).

Vier Tage später wurde eine Verschärfung der Ausgangsbeschränkungen durch die Bundesregierung verhängt: Die österreichische Bevölkerung wurde dazu aufgefordert von zu Hause aus zu arbeiten, sofern dies möglich sei. Weiters wurden auch Sport- und Kurstätten, sowie öffentliche Kinderspielplätze geschlossen. Zusätzlich galt ein

Besuchsverbot in Pflege- und Altersheimen. Am 30. März 2020 folgte die verpflichtende Verwendung eines Mund-Nasen-Schutzes in Supermärkten (5).

Zwar zeigte der Lockdown Anfang April die erste Wirkung und die Fallzahlen sanken, jedoch rückten immer mehr die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Ausgangsbeschränkungen und Geschäftsschließungen für die österreichische Wirtschaft in den Fokus der Medien. Innerhalb eines Monats erhöhte sich laut des österreichischen Arbeitsmarktservice (AMS) die Anzahl der Arbeitslosen um knapp 200.000 Personen. Daraufhin plante die Regierung die ersten Lockerungen der Ausgangsbeschränkungen (7).

### **1.2.1.3 Phase 3: Zunehmende Lockerungen ab Mitte April 2020 bis Ende August 2020**

Ab 14. April 2020 wurden zunächst anhand des von der Regierung zusammengestellten Stufenplans kleine Geschäfte (bis 400 m<sup>2</sup>), sowie Bau- und Gartenmärkte wieder geöffnet. Um die Ansteckungsgefahr so gering wie möglich zu halten und die Sicherheit für die österreichische Gesellschaft sicherzustellen, wurde die Verwendung des Mund-Nasen-Schutzes in allen Geschäften und öffentlichen Verkehrsmitteln vorgeschrieben (7).

Ab 1. Mai 2020 folgten weitere Öffnungsschritte. Geschäfte mit über 400 m<sup>2</sup>, Einkaufszentren und Friseure wurden geöffnet. Das Besuchen von öffentlichen Spielplätzen wurde wieder erlaubt und auch das Besuchsverbot in Pflege- und Seniorenwohnheimen wurde Anfang Mai aufgehoben und Besuche mit striktem Tragen eines MNS wurden ermöglicht (7).

Am 4. Mai wurde der Schulbetrieb in österreichischen Schulen schrittweise wiederaufgenommen. Auch Kindergärten sowie Kinderbetreuungsstätten in Wien wurden wieder geöffnet. In allen anderen Bundesländern blieb der Betrieb der Kinderbetreuungsstätten noch bis Mitte Mai eingeschränkt (7).

Die Fallzahlen und Todesfälle durch Corona-Infektionen sanken im Mai stetig. Weiters war der Mai 2020 von einer Vielzahl von Lockerungen gekennzeichnet, die zu einer Normalisierung des öffentlichen Lebens in Österreich führen sollten. Gasthäuser, Restaurants, Cafés und Bars wurden unter strengen Auflagen, wie maximaler Besucherzahl und Maskenpflicht geöffnet. Auch Schwimmbäder wurden wieder geöffnet und die im Handel geltenden Beschränkungen zu der Mindestfläche pro Kunde wurde Ende Mai aufgehoben. Maßnahmen, wie die Abstandsregelung, der eingeschränkte Betrieb an österreichischen Universitäten, Einschränkungen von Großveranstaltungen, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes und Ein- und Ausreisebestimmungen an den Grenzen blieben jedoch weiterhin bestehen (7).

Im Juni folgten weitere Öffnungsschritte: Das verpflichtende Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes wurde, außer im Gesundheitsbereich, in Betrieben, wo der Mindestabstand von 1m nicht eingehalten werden konnte und in öffentlichen Verkehrsmitteln, weitgehend aufgehoben. Mitte Juni endeten die Grenzkontrollen zu Deutschland und einigen anderen europäischen Ländern, wie Tschechien, Slowakei und Ungarn. Das öffentliche Leben für österreichische Bürger normalisierte sich nahezu (7).

Die Sommermonate waren vor allem vom Auftreten regionaler Corona-Cluster, steigender Infektionszahlen und teilweise bundesländerspezifischer Maßnahmen und Ausgangsbeschränkungen geprägt. Nur 38 Tage nachdem das verpflichtende Tragen eines MNS aufgehoben wurde, wurde am 23. Juli 2020 erneut das verpflichtende Tragen eines MNS in Geschäften, Banken und Postfilialen eingeführt. Die Anzahl der täglichen Neuinfektionen stieg rasch an, vor allem junge Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren waren im August 2020 von Corona-Infektionen betroffen. Durch die Verschiebung der betroffenen Altersgruppe, die eher einen leichten Krankheitsverlauf durchlebte, stieg zwar die Anzahl der täglichen Neuinfektionen, die Sterblichkeitsrate reduzierte sich jedoch in Österreich (8).

#### **1.2.1.4 Phase 4: Erneuter Anstieg der täglichen Fallzahlen ab Anfang September 2020 bis Februar 2021**

Aufgrund von steigenden Corona-Fallzahlen in den Sommermonaten wurden am 1. September 2020 erneut Reisebeschränkungen etabliert. Vor dem Schulbeginn am 4. September erfolgte die Einführung der „Corona-Ampel“, durch welche einmal pro Woche das Verbreitungsrisiko, also die Gefahr der öffentlichen Gesundheit durch das Coronavirus, sowie das Systemrisiko, das Risiko, dass es zu einer Überlastung des österreichischen Gesundheitssystems kommt, von einer Corona-Kommission eingeschätzt wurde. Veranschaulicht wurde das Ergebnis der Risikobewertung mittels einer Landkarte, die in verschiedenen Farben eingefärbt wurde. Rot stand für ein sehr hohes Risiko, Orange für hohes Risiko, Gelb für mittleres Risiko und grün für geringes Risiko (8).

Die epidemiologische Situation in Österreich verschlimmerte sich im Herbst 2020 erneut. Am 13. September verkündete die Bundesregierung, dass die 2. Welle der Pandemie in Österreich begonnen hätte. Anfang Oktober 2020 wurden erstmals die höchsten Werte an täglichen Neuinfektionen seit dem Frühjahr 2020 überschritten. Bereits Mitte Oktober wurde die Corona-Ampel in vier Bezirken Österreichs auf Rot, sprich sehr hohes Risiko, gestellt. Daraufhin verkündete die Bundesregierung eine Verschärfung der Abstandsregeln und Kontaktbeschränkungen (9).

Am 3. November 2020 kam es in Österreich zum zweiten Lockdown, dem „Lockdown light“. Erneut wurden die Gastronomie, Museen und Freizeiteinrichtungen geschlossen. Weiters wurden nächtliche Ausgangsbeschränkungen von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr früh verhängt. Ausbildungsstätten, wie Oberstufenklassen und Universitäten stellten auf „Distance-Learning“ um. Alle anderen Geschäfte blieben zunächst noch offen (9).

Die epidemiologische Situation verschlimmerte sich zunehmend und am 5. November wurde ganz Österreich von der Corona-Kommission als Rot eingestuft. Die Auslastung an Normal- und Intensivbetten erreichte die Grenzen der Kapazitäten, rund 60% der Intensivbetten und 50% der Normalbetten österreichischer Krankenhäuser waren mit Corona-Patient\*innen ausgelastet. Daraufhin wurde von der Bundesregierung der ursprüngliche „Lockdown light“ am 17. November 2020 erneut in einen „harten“ Lockdown umgewandelt, der voraussichtlich am 6. Dezember 2020 wieder enden sollte. Der Handel wurde geschlossen und die nächtlichen Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen wurden auf den ganzen Tag ausgeweitet (9).

Kurz vor dem Ende des 2. Lockdowns kündigt die Bundesregierung das erste Mal bundesweite Massentestungen an, um auch Personen mit einer asymptomatischen Corona-Infektion zu detektieren. Doch die Beteiligung der einzelnen Bundesländer war sehr unterschiedlich und erfüllte somit nicht ganz die Erwartungen der Bundesregierung (9). Am 7. Dezember endete der 2. Lockdown. Einige Maßnahmen, wie die Schließung von Handelsbetrieben, Museen und ein Großteil der Schulen, mit Ausnahme der Oberstufe, wurden abermals aufgehoben (9).

Bereits am 18. Dezember 2020, nicht mal zwei Wochen nach Beendigung des zweiten Lockdowns, wurde der dritte Lockdown, der schließlich am 26. Dezember 2020 begann, verkündet. Wiederum wurden Schulen auf Distance-Learning umgestellt, der gesamte Handel, bis auf die Grundversorger geschlossen und ganztägige Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen eingeführt. Zunächst sollte der dritte Lockdown bis 24. Jänner 2021 gelten, doch aufgrund der hohen Infektionszahlen und durch das Auftreten von Virusmutationen aus Großbritannien und Südafrika mit einer erhöhten Infektiosität, verkündete die Bundesregierung eine Verlängerung des dritten Lockdowns bis 7. Februar 2021. Am 27.12.2020 wurde die erste Person in Österreich mit einem Impfstoff gegen das Corona-Virus geimpft. In der Zeit von 8. bis 17. Jänner 2021 fanden erneute Massentestungen in Österreich statt (9).

Weiters wurde, um das Ansteckungsrisiko einer Corona-Infektion zu minieren, die Abstandsregel von 1 m auf 2 m ausgeweitet und das verpflichtende Tragen einer FFP2-

Maske eingeführt. Am 8. Februar 2021 wurde der österreichische Handel unter verschärften Maßnahmen geöffnet. Eine gesetzliche Mindestfläche von 20 m<sup>2</sup> pro Kunde wurde erneut eingeführt, Schulen kehrten wieder in den normalen Schulbetrieb zurück und eine Testpflicht bei der Nutzung von körpernahen Dienstleistungen, wie beim Friseur oder einer Massagebehandlung wurde eingeführt (9).

Abschließend kann gesagt werden, dass Österreich im Herbst und Winter 2020/21 von einer erneuten, stärker ausfallenden Corona-Welle überrollt wurde. Um eine Sicherheit für die österreichische Bevölkerung und das Gesundheitssystem zu gewährleisten, wurden strengere Maßnahmen und Ausgangsbeschränkungen eingeführt (9).

#### **1.2.1.5 Weiterer Verlauf der Corona-Pandemie in Österreich**

Zunächst stiegen nach Ende des 3. Lockdowns die Zahlen der täglichen Neuinfektionen in ganz Österreich wiederum an, jedoch nicht so sprunghaft und schnell, wie dies im Herbst 2020 verzeichnet wurde. Das Frühjahr 2021 war vor allem von sehr regionalen Unterschieden der täglichen Neuinfektionen und verhängten Maßnahmen geprägt. Im März 2021 waren vor allem Wien, Niederösterreich und das Burgenland von hohen Infektionszahlen geprägt, währenddessen Vorarlberg oder die Steiermark geringere Zahlen vermerkten. Aufgrund dieser stark regionalen Schwankungen wurde von bundesweiten Maßnahmen abgesehen und eher auf lokale Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern gesetzt. Wien, Niederösterreich und das Burgenland verkündeten einen weiteren harten Lockdown, mit erneuten ganztägigen Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, die Schließung des Handels und die Einstellung des Schulbetriebs (10).

Am 24. März wurde für Wien, Niederösterreich und das Burgenland ein sechstägiger „harter“ 4. Lockdown verhängt, bei dem ganztägige Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen galten, der Handel geschlossen blieb und der Schulbetrieb eingestellt wurde (10).

Anfang Mai 2021 kehrten alle Bundesländer Österreichs zu einer bundesweiten Norm der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen zurück und die Situation normalisierte sich stetig. Auch die bestätigten Corona-Fälle sanken in ganz Österreich laufend (10).

Weiters wurde im Frühjahr 2021 die Möglichkeiten von Gratis-Testungen in Apotheken und Teststraßen ausgebaut und ein Impfprogramm entwickelt, um eine schnelle Durchimpfung in Österreich zu erreichen (10).

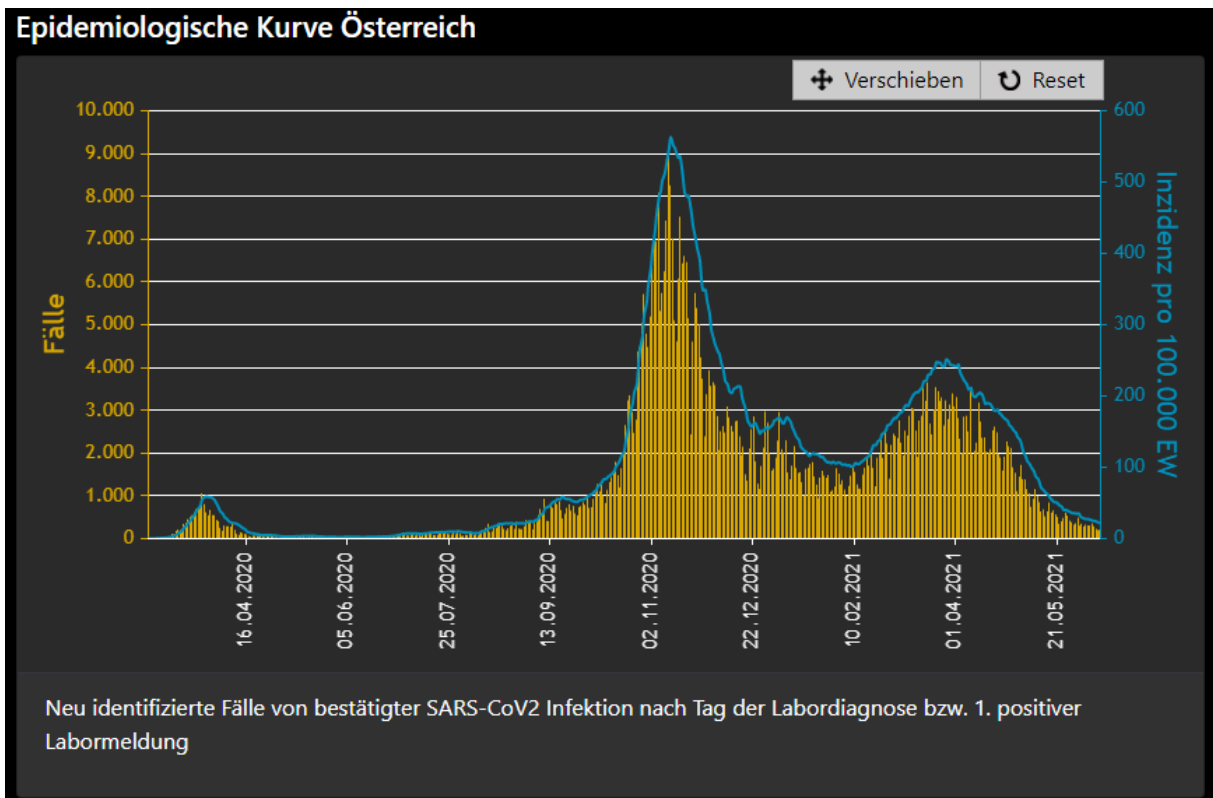


Abbildung 1: Epidemiologische Kurve im Zeitraum von Februar 2020 bis Juni 2021(11)

### 1.2.2 Rolle des Hausarztes

Insgesamt verzeichnet Österreich rund 45.600 Ärzt\*innen (Stand: 2017), von denen rund 18.200 frei praktizierende Ärzt\*innen sind. Knapp ein Drittel (32 %) der Niedergelassenen Ärzt\*innen in Österreich sind Allgemeinmediziner\*innen mit oder ohne Vertrag mit einer österreichischen Krankenkasse (12).

Grundsätzlich stellt die Allgemeinmedizin für Patient\*innen meist den ersten Kontakt im Gesundheitssystem dar und hat vor allem die Aufgabe, Patient\*innen mit allen Gesundheitsproblemen unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen zu behandeln und weitere Therapien zu koordinieren. Der wichtigste Ansatz in der hausärztlichen Versorgung ist der personenzentrierte Ansatz, der das Individuum mit dessen Familien- und Lebensumfeld in den Mittelpunkt stellt. Nur durch eine effektive und offene Kommunikation zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen kann eine Langzeitbeziehung ermöglicht und eine gute Betreuung gewährleistet werden. Neben der Behandlung von akuten und chronischen Gesundheitsbeschwerden einzelner Patient\*innen, ist eine weitere wichtige Aufgabe der Allgemeinmediziner\*innen, Erkrankungen in einem frühen Stadium mit möglicherweise noch undifferenzierten Symptomen zu erkennen und weitere Therapieschritte einzuleiten. Auch die

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention spielt in der Allgemein- und Familienmedizin eine enorm wichtige Rolle (13).

In den letzten Jahren bestand die hauptsächliche Aufgabe von Hausarzt\*innen darin, die medizinische Betreuung von älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Personengruppen zu gewährleisten. Die Eingliederung von innovativen Behandlungsmöglichkeiten, sowie eine schnellere Zuweisung von Patient\*innen zu anderen medizinischen Fachkräften mittels elektronischen Patientenaktensystemen stand im Zentrum der hausärztlichen Tätigkeiten (2).

Als im März 2020 die Covid-19-Pandemie von der WHO zu einer globalen Pandemie erklärt wurde, veränderte sich das gesamte medizinische System schlagartig (2, 14). Die Aufgabe der Hausarzt\*innen war es nun die Akutversorgung zu priorisieren. Als Hauptaufgabe galt es, zu ermitteln, welche Behandlungen unbedingt stattfinden mussten, welche aufgeschoben oder abgesagt werden konnten. Auch die Rolle der Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung wurde neu evaluiert und in den täglichen medizinischen Alltag eingegliedert. Die Schlüsselrolle der Allgemeinmediziner\*innen in der COVID-19 Pandemie war es, die Akutversorgungssysteme durch eine korrekte Priorisierung und Identifikation von akut behandlungsbedürftigen Patient\*innen zu entlasten (2).

## **2 Zielsetzung und Forschungsfrage**

Die COVI-Pat – Studie, ist eine anonyme Online-Befragung, die in Deutschland und Österreich durchgeführt wurde, um die hausärztliche Versorgung während der Covid-19-Pandemie aus Sicht der Patient\*innen zu beleuchten. In dieser Diplomarbeit werden die österreichischen Daten der COVI-Pat - Studie beleuchtet. Die deutschen Ergebnisse werden in dieser Arbeit nicht betrachtet.

Mit Hilfe der COVI-Pat - Studie soll die Forschungsfrage: „Wie beschreiben Patient\*innen die medizinische Versorgung (und im speziellen die hausärztliche Versorgung) während der Covid-19-Pandemie in Österreich?“ untersucht werden.

Folgende Unterfragen sollen beantwortet werden:

- 1) Welche Gesundheitsbeschwerden hatten die Patient\*innen während der Covid-Pandemie?
- 2) Hat sich das Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient\*innen durch die Covid-Pandemie verändert?
- 3) Welche Erfahrungen machten Patient\*innen in der Gesundheitsversorgung und im Speziellen mit dem\*der Hausarzt\*in? Und welche unterschiedlichen Erfahrungen machten Patient\*innen im Verlauf der Pandemie mit dem Gesundheitssystem und im Speziellen mit Hausarzt\*innen?
- 4) Wie bewerteten Patient\*innen die medizinische Versorgung im Allgemeinen?

### **3 Material und Methoden**

Die Studie wurde in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz und dem Lehrstuhl Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden durchgeführt. Die standardisierte Befragung erfolgte mittels eines strukturierten Fragebogens, der an der TU Dresden entwickelt wurde und für Österreich leicht angepasst wurde. Die Online-Umfrage richtete sich an alle Personen ab 18 Jahren, egal ob Sie derzeit eine\*n Hausärzt\*in haben, oder ob sie während der Pandemie einen Ärzt\*in aufgesucht haben oder nicht. Die Umfrage war so konzipiert, dass sie innerhalb von zirka 15 Minuten ausgefüllt werden konnte. Sie enthielt Fragen zu den Lebensumständen, physischen, sowie psychischen Befinden und zur ärztlichen Versorgung während der Covid-19-Pandemie.

Aus den Daten sollten retrospektive Rückschlüsse auf die österreichische Primärversorgung gezogen werden und der Verlauf der Ausgangsbeschränkungen und deren Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgung betrachtet werden.

#### **3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens**

Der Online-Fragebogen (siehe Anhang) besteht aus insgesamt 111 Fragen, die in fünf Abschnitte unterteilt sind. Neben geschlossenen Fragen, die im Single- und auch Multiple Choice-Format aufgebaut sind, beinhaltet der Fragebogen auch offene Fragestellungen und Freifelder zur Eingabe von sonstigen Anmerkungen und Anregungen. Nach einer kurzen Einleitung werden im ersten Abschnitt demografische Daten, wie Alter, Geschlecht, Beruf und Bundesland, in welchem sich die Teilnehmer\*innen während der Ausgangsbeschränkungen aufgehalten haben, abgefragt. Weiters wird die Veränderung der Arbeitssituation, sowie die Veränderung der Freizeit evaluiert (A1-A22). Anschließend werden zwei Fragen zu Influenzaimpfungen gestellt (A23, A24). Es folgen Fragen zum persönlichen Befinden und Verhalten während der Corona-Pandemie (B1-B18), folgend von elf Fragen zu der persönlichen Meinung, über die von der Regierung verhängten, Corona-Ausgangsbeschränkungen. In diesen Abschnitt wird auch das Suchtverhalten vor und während der Pandemie abgefragt (C1-C11). Der vierte Teil des Fragebogens behandelt Fragen zur Gesundheit und Versorgung der Patient\*innen während der Covid-Pandemie (D1-D30). Im letzten Abschnitt wird spezifischer auf die hausärztliche Versorgung während der Pandemie in Österreich eingegangen. Hier wird auch ein kurzer Einblick in die Telemedizin gebracht (E1-E28). Am Ende des Fragebogens konnten die

Teilnehmer\*innen mittels einer Freitextfeld-Antwortmöglichkeit Ihre Verbesserungsvorschläge sowie weitere Kommentare und Anregungen niederschreiben. Die gesamten Antworten des Freitextfeldes wurden in den Kapiteln 4.5.3.1 bis 4.5.3.6 genannten Themenbereiche aufgeteilt und mittels relativer Häufigkeiten dargestellt.

### **3.2 Studienteilnehmer\*innen und Rekrutierung**

Die Studienteilnehmer\*innen sollten, um an der COVI-Pat-Studie teilzunehmen mindestens 18 Jahre alt sein. Andere Voraussetzungen gab es für die Teilnahme keine. Vor Beginn der COVI-Pat-Studie wurde ein Ethikvotum an der Medizinischen Universität Graz eingeholt, welches am 31. August 2020 (EK-Nummer: 32-592 ex 19/20) ausgestellt wurde. Die Studie wurde mittels Ausschreibungen auf der Homepage der Medizinischen Universität Graz, in sozialen Medien, wie Facebook und WhatsApp und über mündliche Weitergabe beworben. In erster Linie erfolgte eine E-Mail-Aussendung an Ärzte mit einem Ius Practicandi (Berechtigung als Allgemeinmediziner\*in tätig zu sein), mit der Bitte, die Studie in der eigenen Praxis (mittels Plakat und QR-Code zur Befragung) zu bewerben, um somit die Online-Umfrage an die relevante Zielgruppe weiterzuleiten. Somit erfolgte ein Aushang in Hausarztordinationen, bei Fachärzten, sowie in Krankenhäuser. Die erste Bewerbungswelle begann im Herbst 2020 (Erstaussendung am 7. September 2020), eine zweite Bewerbungswelle erfolgte im Frühjahr 2021. Weiters wurden Vereine, welche sozial benachteiligte Menschen betreuen, sowie die Landesverbände der Selbsthilfegruppe in Österreich eingebunden, um unterschiedliche Zielgruppen zu adressieren. Das Online-Umfrageportal wurde am 4. Juli 2021 geschlossen und es endete somit die Teilnahmemöglichkeit.

### **3.3 Auswertung der Studie**

Nach Beendigung der Studie am 4. Juli 2021 wurden die Rohdaten zunächst in das Programm „Statistical Product and Service Solutions“ Version 27, kurz SPSS genannt, eingespielt. Dieses System zur statistischen Datenanalyse und Datenmanagement wurde für die deskriptive Statistik verwendet.

Zunächst wurden Teilnehmer\*innen, die den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben ausgeschlossen. Weiters wurden nur Proband\*innen, die sich während der Corona-Ausgangsbeschränkungen 2020-2021 in Österreich aufhielten in die Auswertung miteingeschlossen.

Nach Bereinigung des Datensatzes wurde die Stichprobe bezüglich Alter, Geschlecht, Familienstand-, Bildungsstand und Gesundheitszustand vor und während der Ausgangsbeschränkungen ausgewertet und vor allem mittels prozentueller und absoluter Häufigkeiten dargestellt. Die Datenverarbeitung und Erstellung der verwendeten Grafiken erfolgte mittels SPSS und Microsoft Excel.

Um einen Verlauf in den Veränderungen zu sehen, wurde die gesamte Studie auch nach Quartalen ausgewertet. Die Auswertung in die Quartale erfolgte wie folgt:

- Q3/2020: 10. August – 30. September 2020
- Q4/2020: 01. Oktober – 31. Dezember 2020
- Q1/2021: 01. Jänner – 31. März 2021
- Q2/2021: 01. April – 03. Juli 2021

Zwar gehört der Juli 2021 bereits zum dritten Quartal des Jahres, da in dieser Zeit jedoch nur wenige den Fragebogen ausgefüllt haben und ein eigenständiges Quartal nicht repräsentativ gewesen wäre, wurde die Ergebnisse zur Erleichterung in das 2. Quartal 2021 dazugerechnet.

Die Befragung erfolgte anonym, somit ist ein Rückschluss auf einzelne Personen ausgeschlossen.

## **4 Ergebnisse**

Nachfolgend werden die deskriptiven Ergebnisse des empirischen Fragebogens dargestellt, um die Forschungsfrage und deren Unterfragen zu beantworten. Zu Beginn des Abschnittes werden die demografischen Daten dargestellt. Anschließend folgen die medizinischen Daten und der Gesundheitszustand vor und während der Ausgangsbeschränkungen der Studienteilnehmer\*innen. Es folgen die Auswirkungen der Pandemie hinsichtlich der Arztbesuche, das Handling von Corona-Infektionen und der medizinischen Versorgung von Patient\*innen. Danach wird spezifischer auf die hausärztliche Versorgung, während der Covid-19-Pandemie eingegangen und ein kurzer Einblick in die Telemedizin gegeben.

## 4.1 Beschreibung der Stichprobe

### 4.1.1 Rücklauf

Insgesamt wurden 674 Fragebögen ganz oder teilweise ausgefüllt. Nach Bereinigung der nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen blieben 545 Befragungen übrig. Da in der Diplomarbeit rein die hausärztliche Versorgung in Österreich betrachtet wird, wurden weitere sechs Fragebögen nicht in die Auswertung miteinbezogen, da sich die teilnehmenden Personen während der Ausgangsbeschränkungen nicht in Österreich aufhielten. Somit ergibt sich eine Gesamt-Stichprobe von n=539.

Die Anzahl der Teilnehmer\*innen nach Quartalen (Tab. 1):

	männlich	weiblich	divers	gesamt
Q3-2020	43	142	3	188
Q4-2020	70	102	0	172
Q1-2021	9	9	0	18
Q2-2021	23	49	0	72

Tabelle 1: Anzahl der Teilnehmer\*innen pro Quartal

### 4.1.2 Geschlecht

Wie aus dem Kreisdiagramm zu entnehmen ist, sieht man eine deutliche Mehrheit von weiblichen Teilnehmerinnen (66 %). Nur 33 % der Befragten waren Männer und rund 1 % der Teilnehmer\*innen ordnete sich dem Geschlecht „divers“ zu (Abb. 2).

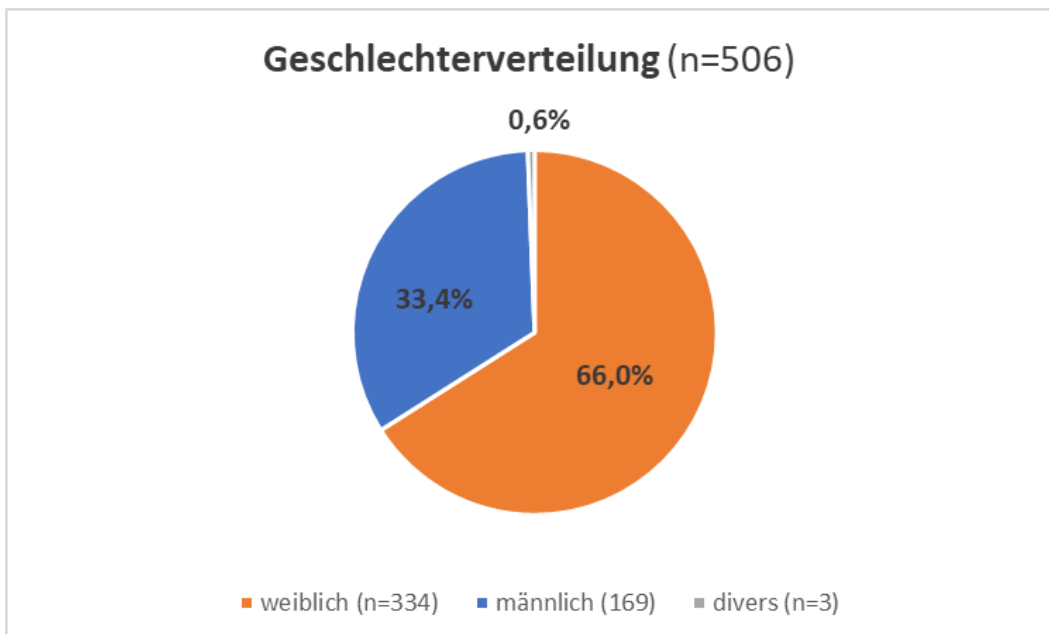


Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer\*innen in %

### 4.1.3 Alter

In der Altersgruppenverteilung (Tab. 2, Abb. 3) ist zu erkennen, dass alle fünf Altersgruppen gut vertreten sind. Der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen ist bis zur

Altersgruppe 50-59 größer als im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern. Ab der Altersgruppe 60-69 und über 70 hat die Stichprobe mehr männliche Teilnehmer als weibliche Teilnehmer\*innen. Insgesamt kommt die Stichprobe der COVI-Pat-Studie der prozentuellen Verteilung der österreichischen Gesamtbevölkerung sehr nahe.

Altersgruppe	Österr. Bevölkerung (Stand: 01/2021) (15)	Anzahl absolut (%)	männlich	weiblich	divers
unter 29 Jahre	15,3 %	78 (15,6 %)	15	62	1
30-39 Jahre	17,0 %	97 (19,4 %)	19	77	1
40-49 Jahre	16,4 %	108 (21,6 %)	28	80	0
50-59 Jahre	19,4 %	114 (22,8 %)	34	79	1
60-69 Jahre	14,5 %	66 (13,2 %)	43	23	0
über 70 Jahre	17,4 %	38 (7,6 %)	29	9	0

Tabelle 2: Altersverteilung der Studienteilnehmer\*innen

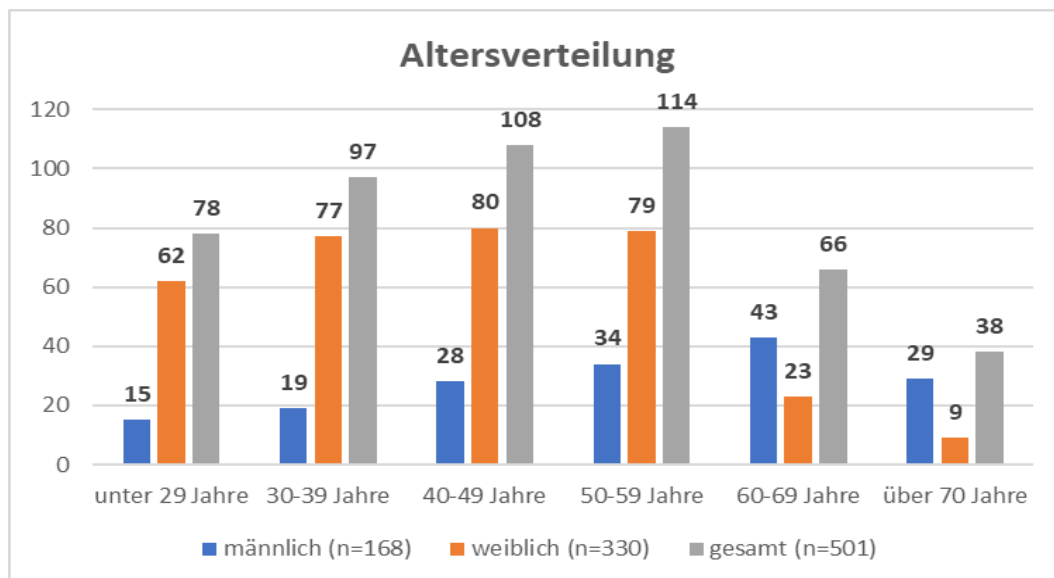


Abbildung 3: Altersverteilung der Studienteilnehmer\*innen nach Geschlecht (Anzahl absolut)

#### 4.1.4 Höchster Bildungsabschluss

48,7 % der Teilnehmer\*innen können einen Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität vorweisen, 14,6 % absolvierten eine Berufsbildende Höhere Schule und 8,8 % eine Allgemeinbildende Höhere Schule. 11,0 % derer, die diese Frage beantworteten, können den Abschluss einer Lehre, 7,6 % einer Berufsbildenden mittleren Schule und 7,0 % eines Kollegs oder einer Akademie vorweisen. Nur 2,2 % hatten alleinig den Pflichtschulabschluss und 0,1 % hatte keinen Schulabschluss.

Laut dem österreichischen Bildungsregister der Statistik Austria (Stand: 2019) haben 16,5 % der Personen im Alter von 25-64 Jahren 16,5 % einen Abschluss an einer

Hochschule, 2,2 % einen Abschluss an einer Akademie und 0,8 % absolvierten ein Kolleg (16).

Unter den knapp 50 %, die einen Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität vorweisen können, besitzen 51,9 % einen Master-/Magister-/Diplom-Ingenieur Abschluss, 33,2 % einen Abschluss eines Doktoratsstudiums und 14,9 % einen Bachelor-Abschluss.

#### 4.1.5 Tätigkeitsbereich und Berufssituation

Die Mehrheit der Befragten gehen einer festen Anstellung (57,9 %) nach. Auch Pensionisten\*innen (19,6 %) sind in der Befragung häufig anzutreffen (Abb. 4).

Insgesamt kann gesagt werden, dass durch die große Bandbreite von Altersgruppen, viele Tätigkeitsbereiche und Lebensabschnitte in der Befragung abgedeckt werden, wodurch eine hohe Heterogenität gegeben ist. Auffällig viele der Befragten (59,2 %) kommen aus dem Arbeitssektor Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung.

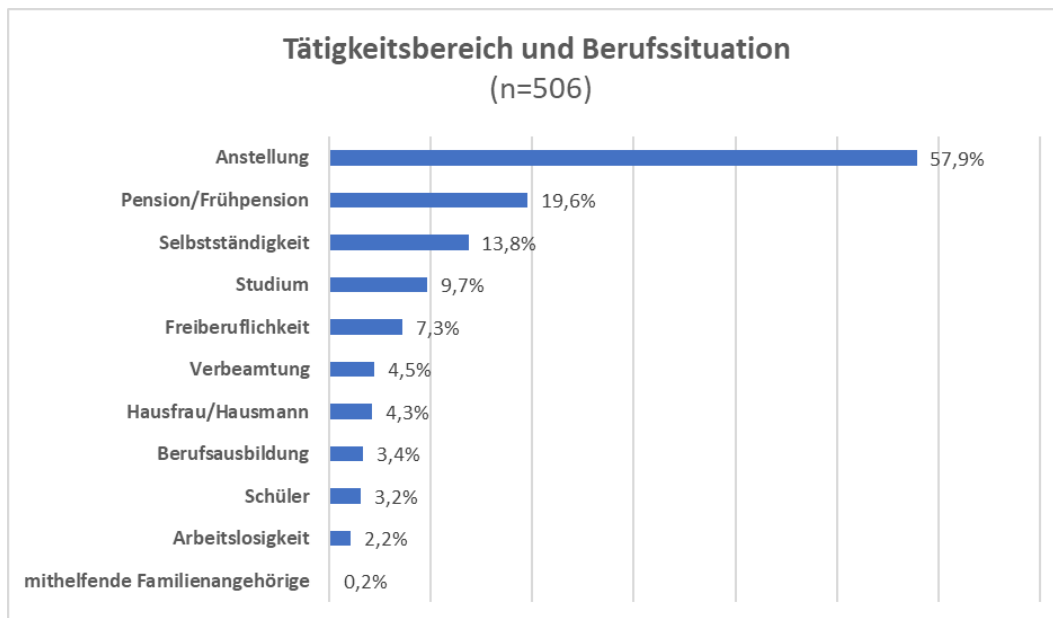


Abbildung 4: Tätigkeitsbereich und Berufssituation (Mehrfachantwort)

Die berufliche Situation oder Ausbildungssituation hat sich laut der Erhebung bei einigen Personen verändert. An vorderster Stelle steht das „Homeoffice“ (42,1 %), also das Arbeiten oder Lernen von zu Hause aus. Fast ebenso viele Personen gaben an, dass sie keine Veränderung (39,5 %) der beruflichen Situation erlebt haben. 17,8 % der Teilnehmer\*innen berichten von einer Erhöhung der Arbeitszeit. Obwohl die Kurzarbeit öffentlich sehr publik war, gaben nur 6,7 % der Befragten dies als erlebte Veränderung an. Nur einige der Befragten waren vom Verlust des Arbeitsplatzes (1,4 %) betroffen (Abb. 5).

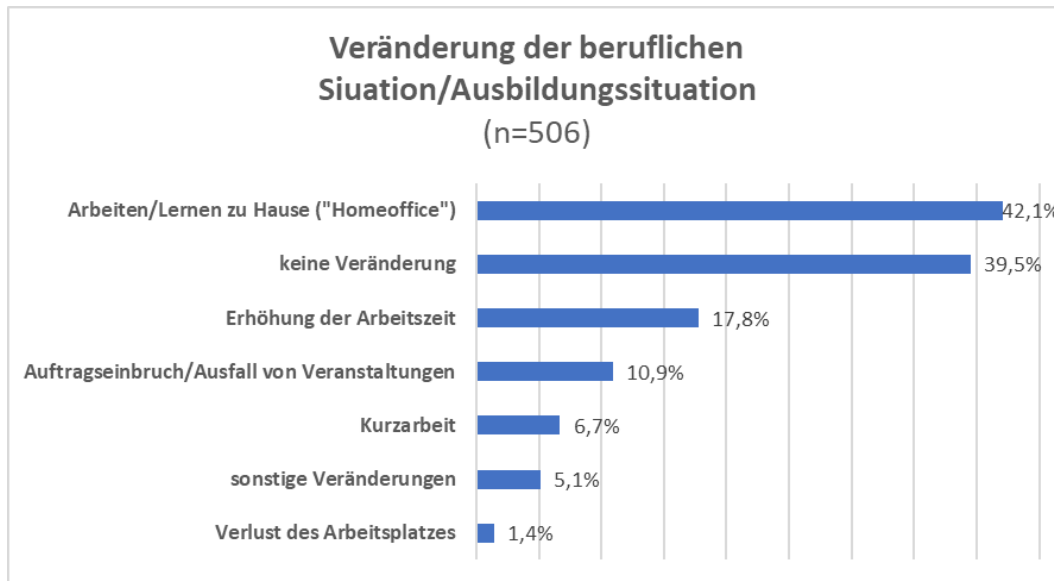


Abbildung 5: Veränderung der beruflichen Situation/Ausbildungssituation (Mehrfachantwort)

#### 4.1.6 Wohnumfeld, Wohnsituation und Bundesland

Der zahlenmäßig größte Teil der Befragten wohnt mit dem/der Ehepartner\*in mit oder ohne Kinder (51,0 %). Aber auch alleinstehende Personen sind mit 18,8 % der Befragten stark vertreten. 6,9 % der Teilnehmer\*innen leben in einer Lebensgemeinschaft und 4,9 % mit den Eltern (<65) in einem Haushalt. Nur wenige leben mit zu pflegenden Angehörigen (1,6 %), in einem Pflegeheim oder betreutem Wohnen (0,2 %) (Abb. 6).

Die meisten der Befragten geben an, in einem Haus (54,2 %) bzw. einer Wohnung (36,7 %) mit Garten oder Balkon zu leben.

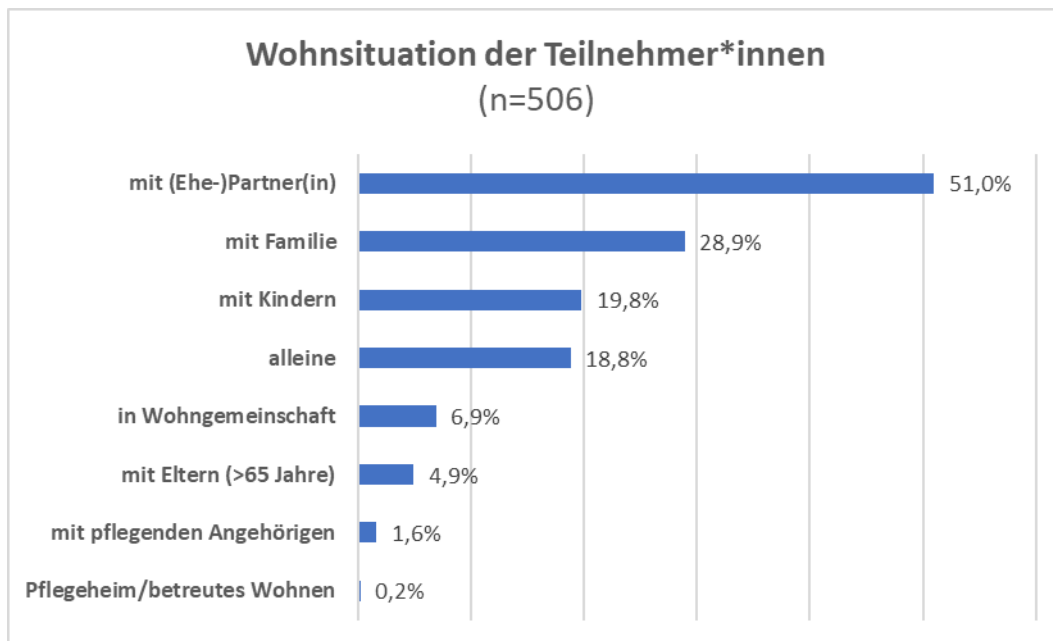


Abbildung 6: Wohnsituation der Teilnehmer\*innen (Mehrfachantwort)

Aus einer Frage, die subjektiv das Wohnumfeld abfragte, gaben 52,9 % der Teilnehmer\*innen ihr Wohnumfeld als ländlich an und waren somit etwas häufiger anzutreffen als Teilnehmer\*innen, die ihr Wohnumfeld als städtischen einschätzten (47,1 %) (Abb. 7).

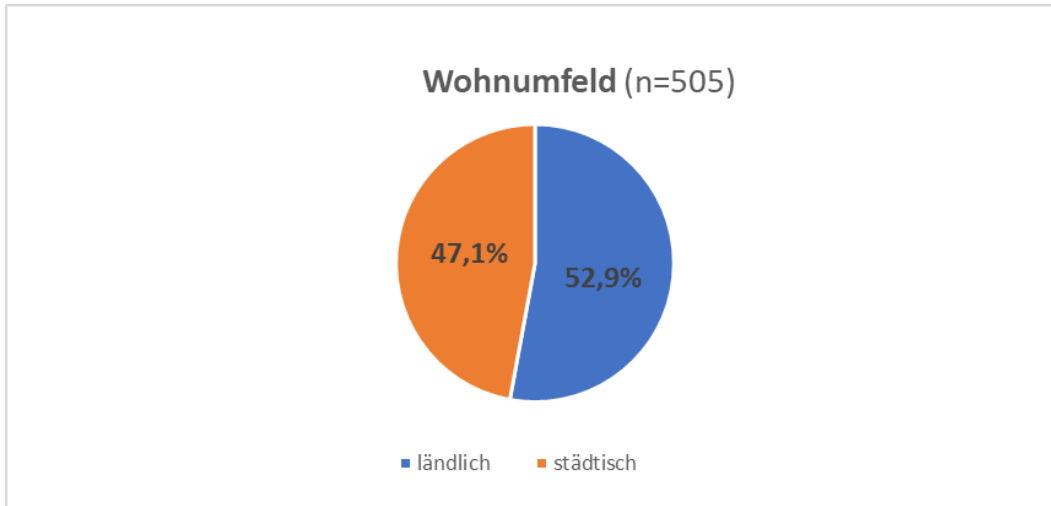


Abbildung 7: Wohnumfeld der Studienteilnehmer\*innen

Die Befragten stammten vermehrt aus der Steiermark (37,1 %), Niederösterreich (16,5 %), Oberösterreich (15,5 %) und Wien (13,3 %). Bewohner\*innen aus dem westlichen Teil Österreichs, wie Tirol (4,2 %), Salzburg (4,0 %) und Vorarlberg (2,2 %) beteiligten sich nur im geringen Ausmaß an der Studie. Auch Teilnehmer\*innen aus dem Burgenland (5,0 %) und Kärnten (2,4 %) waren gering vertreten (Abb. 8).

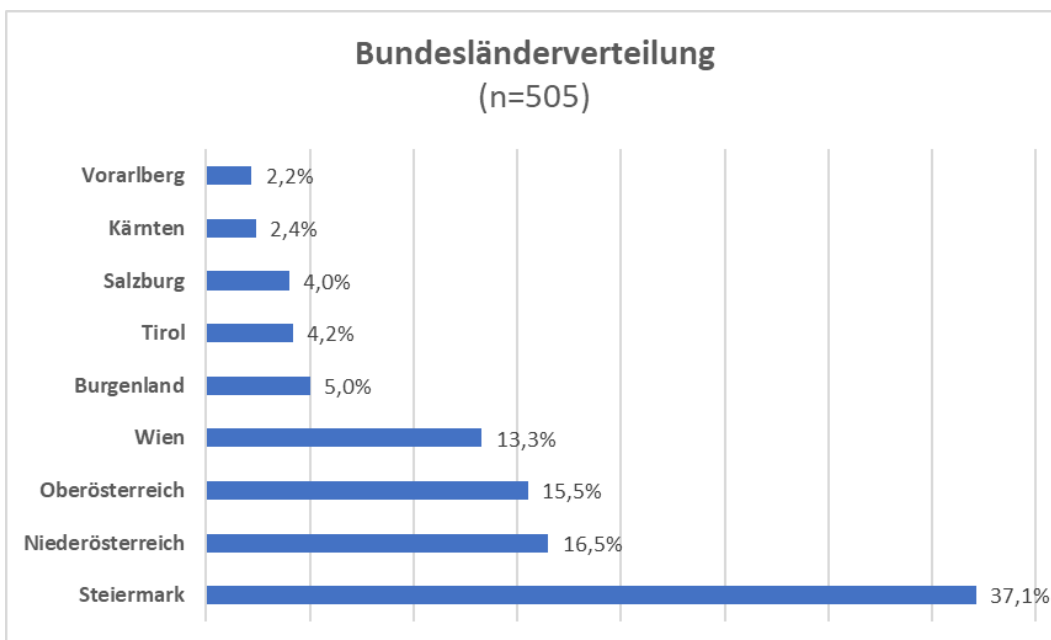


Abbildung 8: Bundesländerverteilung der Studienteilnehmer\*innen

### 4.1.7 Chronische Erkrankungen

Hier handelte es sich um eine Fragestellung mit Mehrfachantwortmöglichkeit, somit kann eine/ein Befragte/r gleichzeitig mehrere Krankheiten aufweisen. Die Mehrheit (58,7 %) hatte klar und deutlich zum Zeitpunkt der Befragung keine chronische Erkrankung. Knapp 40 % gaben an, an einer Herz-Kreislaufkrankung und ca. 20 % an einer gegenwärtigen Lungenerkrankung zu leiden. Somit sind am meisten Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankte in der Befragung vertreten.

An dritter Stelle der chronischen Krankheiten scheinen Depressionen (18,7 %) auf. Weiters folgen Immundefekte, neurologische Störungen und Nierenerkrankungen. Zirka 6 % geben an, an einer Krebserkrankung oder an Diabetes Mellitus zu leiden. Nur wenige leiden an einer Lebererkrankung. Weitere chronische Erkrankungen, die im Freitextfenster genannt wurden, sind Erkrankungen aus dem rheumatologischer Formenkreis, wie Morbus Bechterew oder Systemischer Lupus Erythematoses (SLE), aber auch Schilddrüsenerkrankungen und Gastrointestinal Erkrankungen, wie Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa wurden genannt. (Abb. 9).

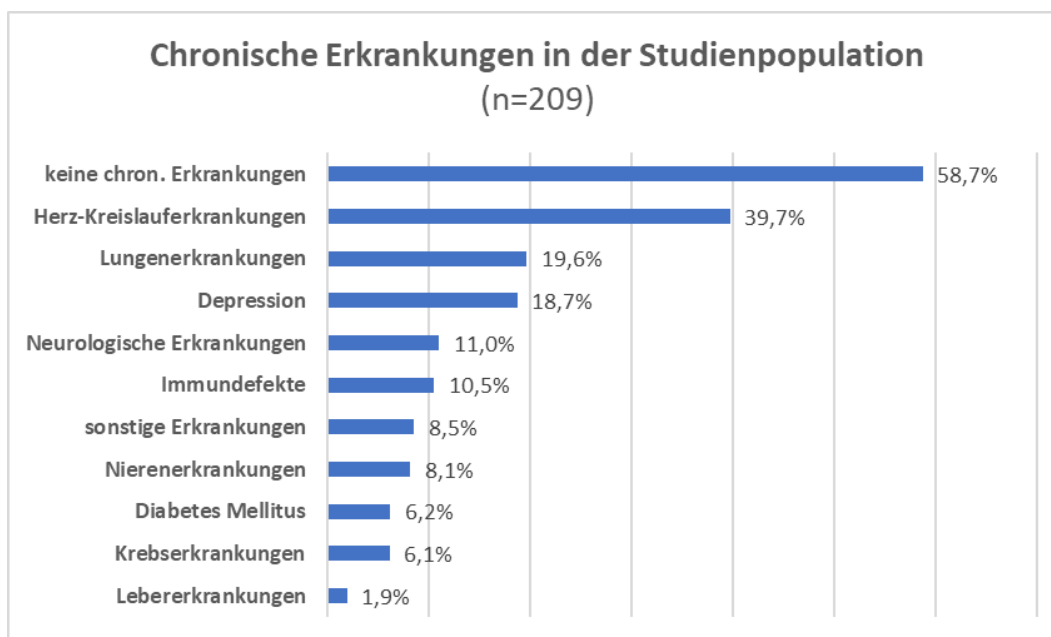


Abbildung 9: Chronische Erkrankungen in der Studienpopulation (Mehrfachantworten möglich)

## 4.2 Gesundheitsbeschwerden der Studienteilnehmer\*innen während der COVID-19 Pandemie

### 4.2.1 Gesundheitliche Beschwerden während der Corona-Ausgangsbeschränkungen

Häufige auftretende Beschwerden waren vor allem Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen. Auch grundlose Müdigkeit, Ein- oder Durchschlafproblem und Kopfschmerzen wurden häufig genannt (Abb. 10).

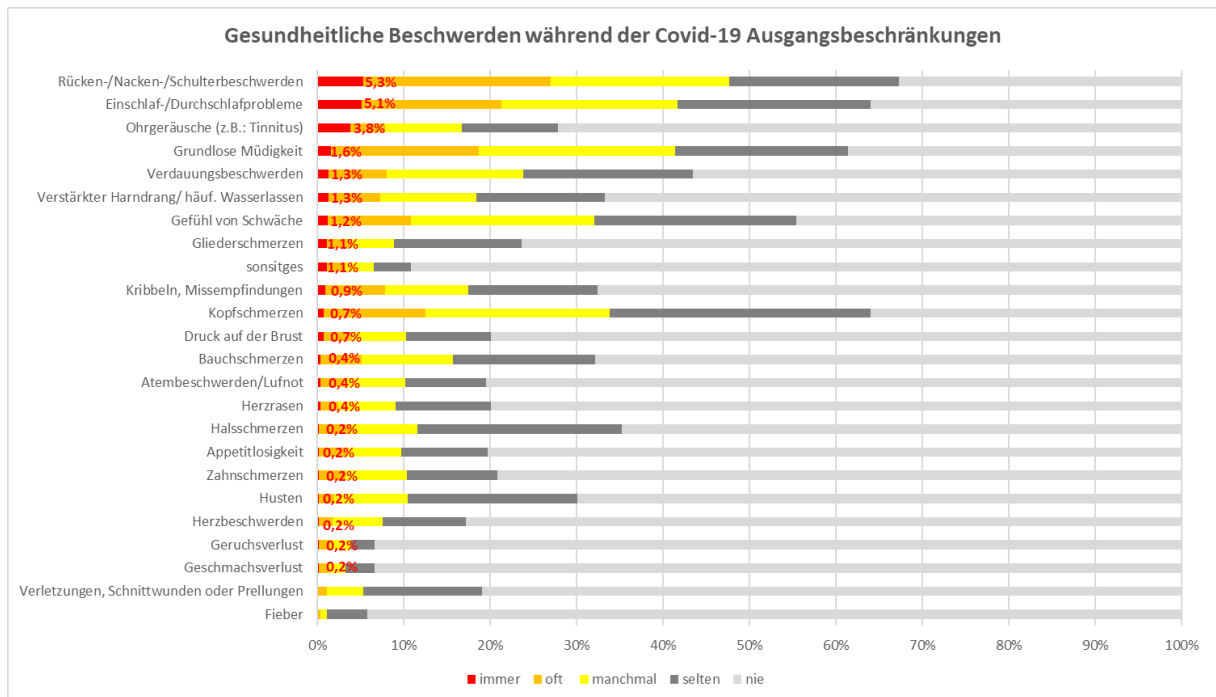


Abbildung 10: Gesundheitlichen Beschwerden während der COVID-19 Pandemie (Mehrfachantworten mögliche)

### 4.2.2 Corona-Ausgangsbeschränkungen und deren psychischen und sozialen Auswirkungen

Insgesamt betrachtet, haben sich rund 91 % der Befragten im gesamten Verlauf der Befragung immer oder überwiegend an die Corona-Ausgangsbeschränkungen gehalten. Wenn man den Verlauf jedoch genauer betrachtet, sieht man, dass die Zahl derer die sich an die Corona-Beschränkungen immer oder überwiegend gehalten haben vom dritten Quartal 2020 über das vierte Quartal 2020 zum ersten und zweiten Quartal 2021 stetig abgenommen hat (Abb. 11).

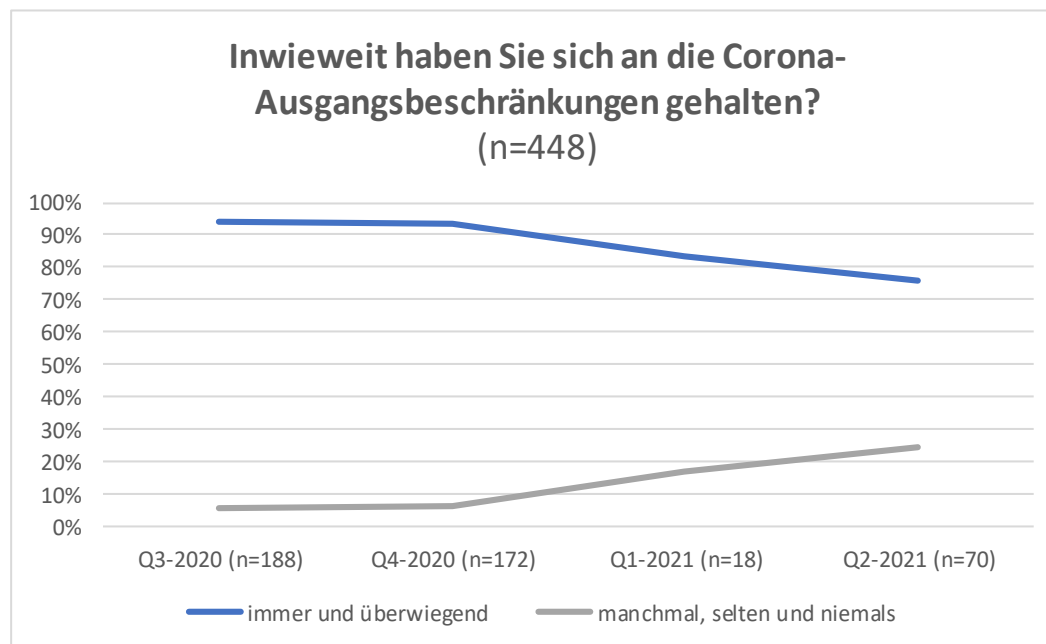


Abbildung 11: Verlauf der Einhaltung der Ausgangsbeschränkungen

### 4.2.3 Corona-Infektion und Symptome der Infektion

Unter den Teilnehmer\*innen der Befragung wurden 6 % während des gesamten Befragungszeitraum positiv auf das Coronavirus getestet. Von diesen 6 % waren 66 % spürbar an der Infektion erkrankt und 34% hatten eine symptomlose Infektion.

18 %, derjenigen Teilnehmer\*innen, die positiv auf eine Corona-Infektion getestet wurden, waren gar nicht von der Infektion im Alltag eingeschränkt. Ein Viertel nur schwach und 14 % teilweise. Weitere 18 % waren stark von der Infektion eingeschränkt und ein weiteres Viertel hatte die Infektion sehr stark im alltäglichen Leben eingeschränkt.

Obwohl nur eine relative geringe Anzahl der Teilnehmer\*innen eine Infektion mit dem Coronavirus durchlebten, kann gesagt werden, dass sich hier wiederum die sehr unterschiedlichen Ausprägungen einer Infektion widerspiegeln.

Neben Geschmacks- oder Geruchsverlust (51,7 %) waren Symptome, wie Schnupfen (44,8 %), Fieber (34,5 %) und Husten (31,0 %) stark vertreten. Auch Atemnot (17,2 %) und Durchfall (13,8 %) wurden von den Befragten häufig genannt (Abb. 12). Sonstige Symptome, wie Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, sowie allgemeine Schwäche und ein Krankheitsgefühl gehören zu den Symptomen, die die Teilnehmer\*innen der Befragung während der Infektion mit dem Coronavirus hatten.

Auch bei dieser Frage handelte es sich wiederum um eine Mehrfachantwortmöglichkeit.

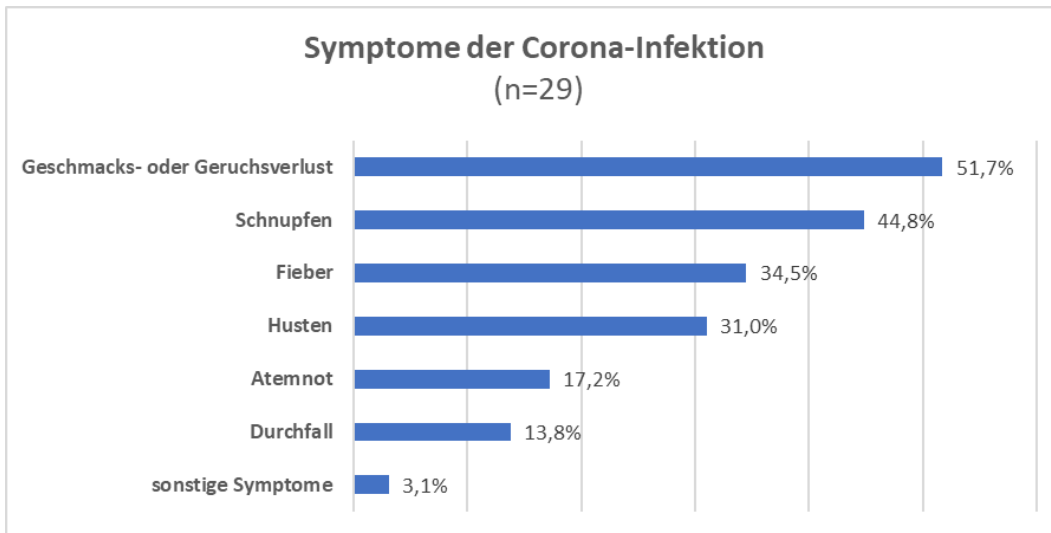


Abbildung 12: Symptome der Corona-Infektionen (Mehrfachantworten möglich)

## 4.3 Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient\*innen während der COVID-19-Pandemie

### 4.3.1 Impfungen (Influenza und Covid-19)

Die Mehrheit der insgesamt 503 Personen, die diese Frage beantwortet haben, waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht gegen das Influenzavirus geimpft. 31 % hatten sich in den letzten 12 Monaten gegen Grippe impfen lassen und 47,6 % hatten vor, sich für die Saison 2021/22 mit einer Impfung gegen Influenza zu schützen.

Bei der Frage, ob man sich gegen das Coronavirus impfen lassen würde<sup>1</sup>, wenn es einen verfügbaren Impfstoff geben würde, antworteten 48 % mit einem Ja, rund 19 % mit einem Nein und 33 % waren sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht sicher.

Wenn man sich den Verlauf der Antworten auf die Frage näher ansieht, ob sich die Befragten impfen lassen würden, wenn es einen Corona-Impfstoff geben würde, sieht man, dass sich vor allem im ersten Quartal 2021 die Personen impfen lassen würden, wenn es einen verfügbaren Impfstoff geben würde (Abb. 13).

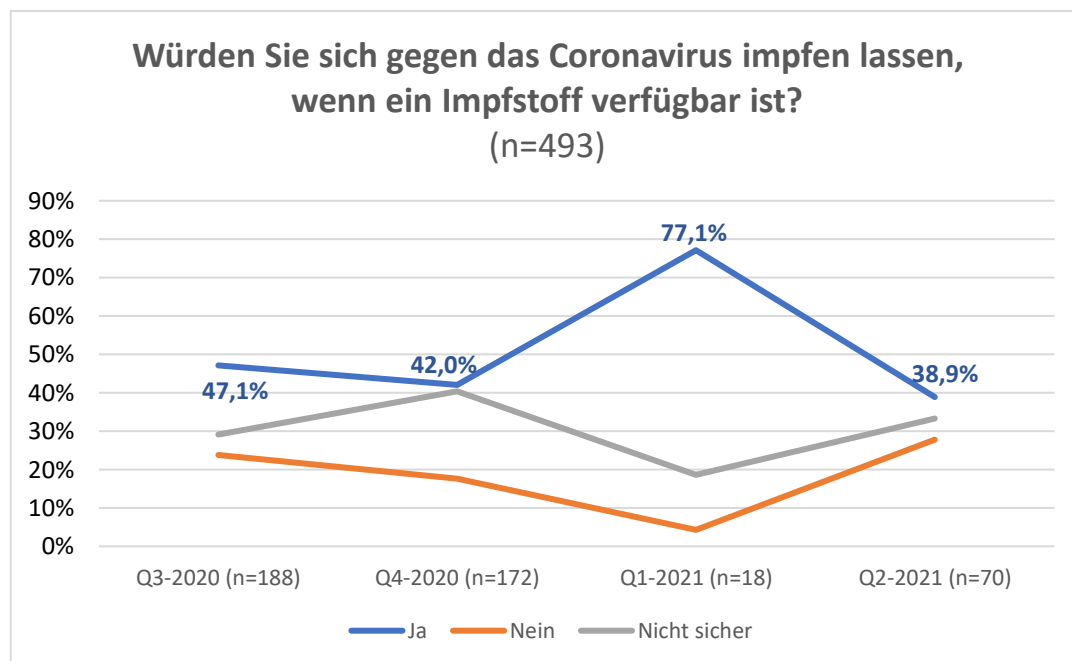


Abbildung 13: COVID-19 Impfbereitschaft im Verlauf

<sup>1</sup> Die ersten Covid-19-Impfstoffe wurden im Jänner 2021 in der EU zugelassen.

### 4.3.1 Testungen

90,5 % würden sich bei Symptomen, die auf eine Corona-Infektion hinweisen auch tatsächlich auf eine Corona-Infektion testen lassen.

In der Abbildung 14 sieht man, dass sich die Mehrheit im Verlauf der Pandemie bei Verdacht auf eine Corona-Infektion testen lassen würde (83,3 % - 91,5 %).

8,5 % - 16,7 % würden sich trotz Verdacht auf eine Covid-19 Infektion nicht testen lassen, wobei dieser Wert im ersten Quartal 2021 am höchsten war.

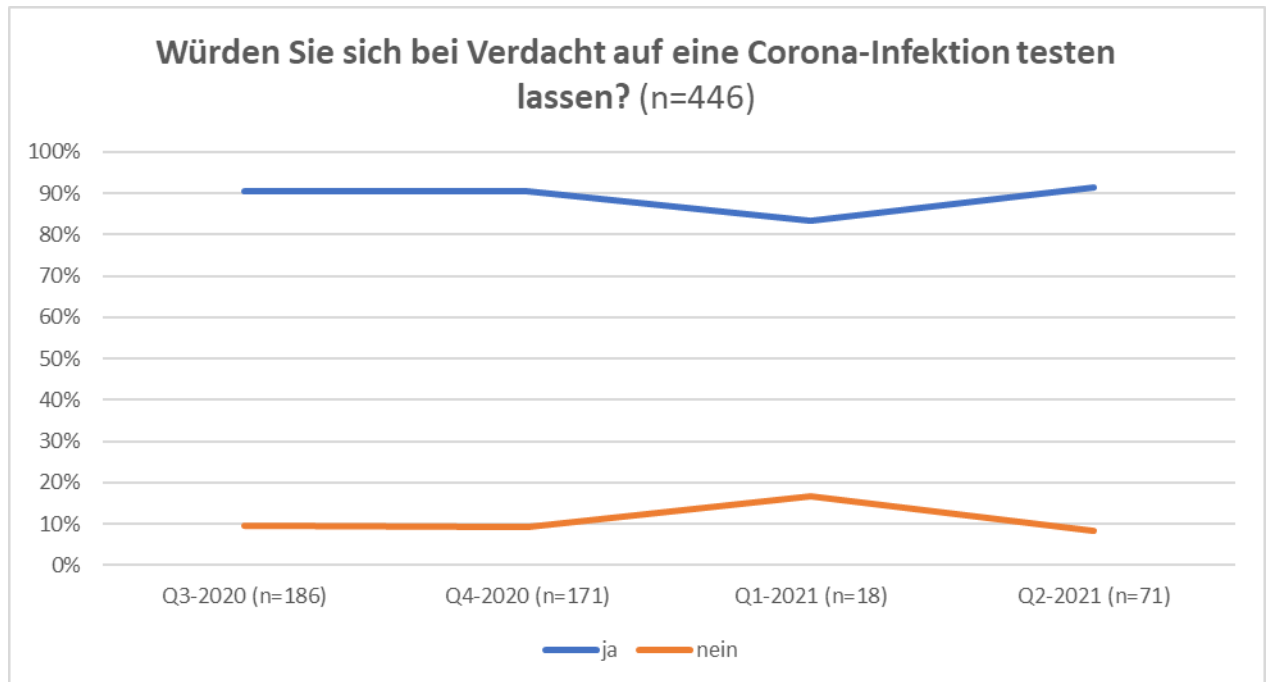


Abbildung 14: Testbereitschaft bei Coronasymptomen

Die befragten Personen sprechen sich klar und deutlich für einen Test beim Hausarzt (41,2 %) oder in Corona-Drive-In Stationen (35,5 %) bzw. in Corona-Ambulanzen (10,8 %) aus. Nur wenige würden sich im Krankenhaus (4,4 %), beim Betriebsarzt (2,9 %), im Gesundheitsamt (2,9 %) oder bei anderen Arztpraxen (2,2 %), wie Lungenfachärzten oder HNO-Ärzten testen lassen.

### 4.3.2 Quarantäne

14,9 % der Befragten mussten während des Befragungszeitraumes in behördlich angeordnete Quarantäne. 20,9 % der Teilnehmer\*innen begaben sich, obwohl sie keinen behördlichen Absonderungsbescheid erhielten, freiwillig in Selbstisolation, um eine mögliche Weiterverbreitung des Coronavirus zu unterbinden (Abb. 15).

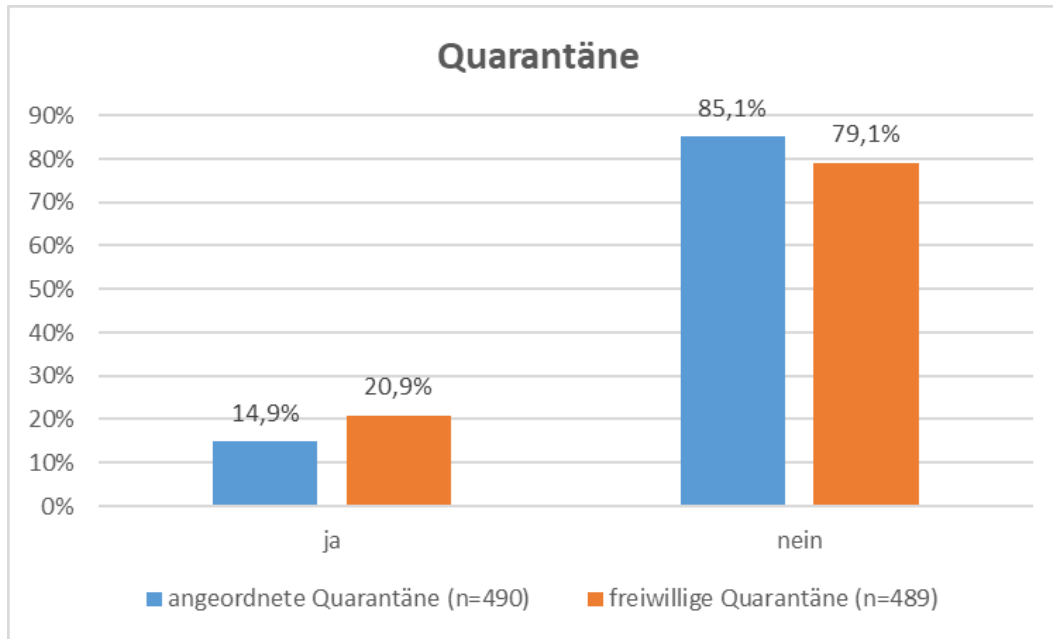


Abbildung 15: angeordnete und freiwillige Quarantäne

Gesamt betrachtet kann gesagt werden, dass 10,9 % der Befragten, die Ausgangsbeschränkungen, die von der Regierung verhängt wurden als unzureichend empfunden haben. 53,9 % empfanden sie als angemessen und 28,2 % als übertrieben. 6,9 % der Teilnehmer\*innen gaben an, die Situation und die verhängten Regelungen nicht einschätzen zu können.

Im Verlauf kann gesagt werden, dass die Ausgangsbeschränkungen im dritten und vierten Quartal 2020 noch eher als angemessen oder sogar unzureichend empfunden wurden. Im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2021 wurde die Situation auch häufiger als übertrieben bewertet (Abb. 16).

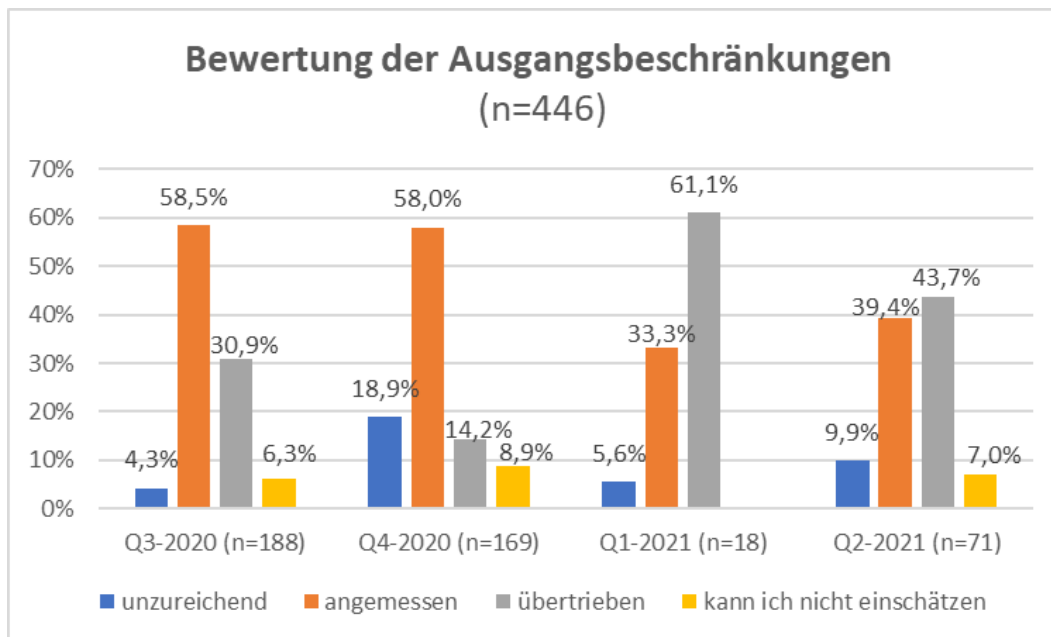


Abbildung 16: Bewertung der Ausgangsbeschränkungen

Im Rahmen der Untersuchung über die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie wurde auch mittels Frage mit freier Antwortmöglichkeit erhoben, welche Auswirkungen im psychologischen und gesellschaftlichen Bereich am stärksten als positiv/bereichernd oder negativ/belastend während der Ausgangsbeschränkungen empfunden wurde.

37,9 % der Teilnehmer\*innen empfanden die Corona-Ausgangsbeschränkungen „manchmal“ als positiv/bereichernd. Hier wurden vor allem von Antworten, wie geregeltere Tagesabläufe, mehr Zeit für Partner und Familie, bessere

Einteilungsmöglichkeiten von Beruf und Freizeit und deutlich weniger Verkehr auf Österreichs Straßen als positiv und bereichernd empfunden.

44,8 % der Befragten gaben an, die Zeit der Corona-Ausgangsbeschränkungen auch „manchmal“ als negativ/belastend empfunden zu haben. Es wurde in den Antworten auf die offenen Fragen von den Befragten berichtet, dass zwar die vermehrte Freizeit als positiv empfunden wurde, doch wären viele gerne in dieser Zeit mit Freunden oder Bekannten in Kontakt getreten, was aufgrund der Ausgangsbeschränkungen und Maßnahmen der Regierung in dieser Zeit nicht möglich war. Es wird auch vom Verlust persönlicher Kontakte bzw. von einer Spaltung der Gesellschaft berichtet. Die Ausgangsbeschränkungen wurden von einigen als Freiheitsberaubung und Angstmacherei der Regierung empfunden.

Über den gesamten Zeitraum der Befragung fühlten sich 39,3 % der Befragten aufgrund des Coronavirus oder der Ausgangsbeschränkungen häufiger als sonst niedergeschlagen,

traurig, lustlos oder antriebslos. 60,7 % bemerkten keine Veränderung ihrer Gefühle durch die Corona bedingten Ausgangsbeschränkungen.

Wenn man sich die Daten im Verlauf der Quartale ansieht, kann gesagt werden, dass wie in Abbildung 17 ersichtlich ist, zu Beginn der Pandemie (Quartal Q3/2020 und Q4/2020) Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Lustlosigkeit oder Antriebslosigkeit bei 36,3 % Befragten auftraten. Im ersten Quartal 2021 stieg dieser Wert sprunghaft auf 50 % an (Abb. 17).

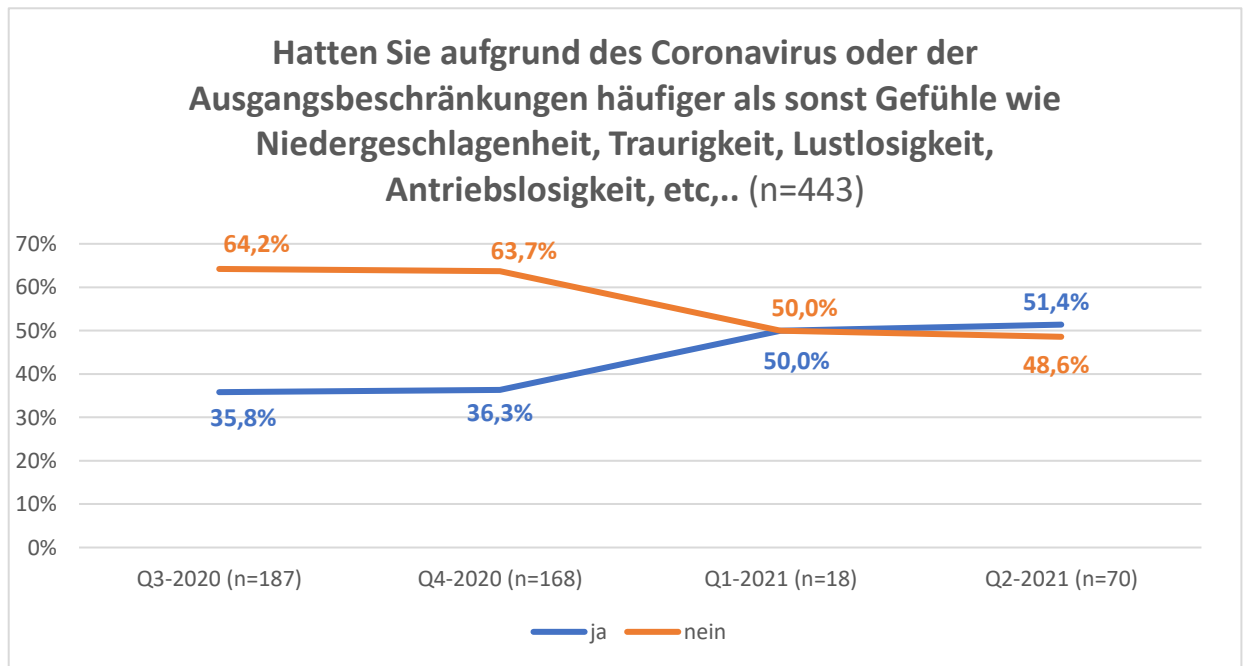


Abbildung 17: Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen

Die Mehrheit fühlte Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Lustlosigkeit oder Antriebslosigkeit mehr als zwei Wochen. Auch im Verlauf zeigte sich, dass diese Gefühle meist im Zeitraum von mehr als zwei Wochen auftraten.

Der Stresspegel hat sich bei 27,3 % verringert, bei 34,7 % ist er im Gegensatz zu vor Corona angestiegen und 38 % gaben an keine wirkliche Veränderung bemerkt zu haben. Sieht man sich jedoch die geschlechterspezifische Veränderung des Stresspegels an, ist ersichtlich, dass Frauen (37,8 %) während der Ausgangsbeschränkungen mehr unter Stress litten als Männer (27,4 %) und der Anteil der Personen, bei denen der Stresspegel gleichgeblieben ist, unter den Männern höher ist (Abb. 18).

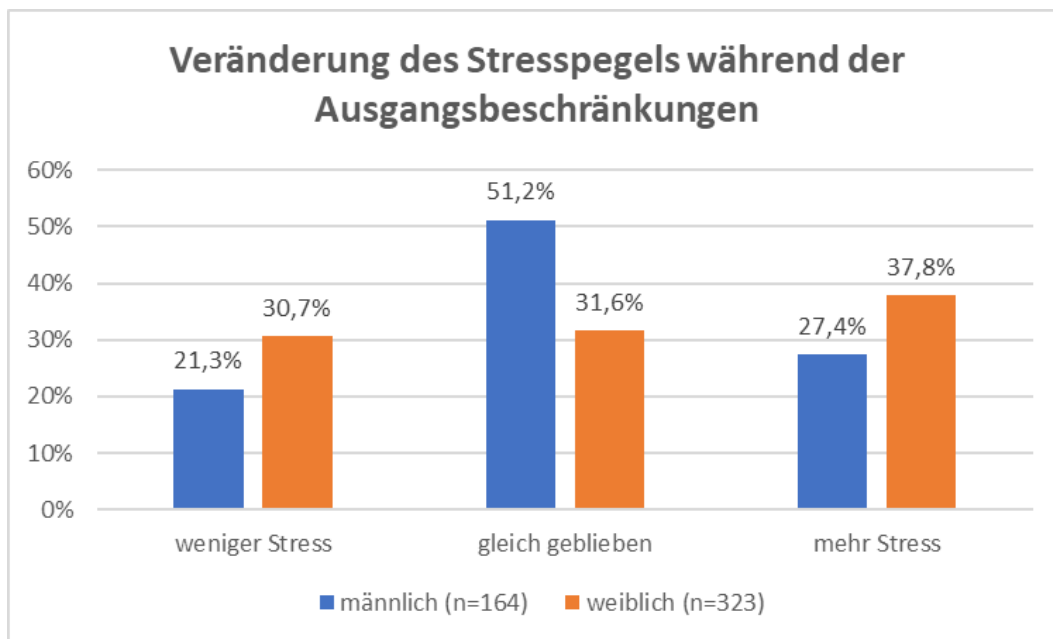


Abbildung 18: Veränderung des Stresspegels während der Ausgangsbeschränkungen

Knapp 43 % der Teilnehmer\*innen gibt an, Angst vor dem Coronavirus oder der Corona-Pandemie zu haben. Vor allem wurden Ängste, nahestehende Personen z.B. Familienangehörige (52,4 %), aber auch fremde Personen anzustecken (27,4 %) am stärksten empfunden. Auch die Furcht, sich selbst zu infizieren (17,7 %), nicht angemessen medizinisch versorgt (15,6 %) oder nicht ausreichend mit Lebensmittel (1,0 %) versorgt zu werden, wurde genannt. Da es sich hier um eine Mehrfachantwortmöglichkeit handelt, können die einzelnen Prozentsätze nicht auf 100 % addiert werden. Weiters wurde von Ängsten vor dem Tod, vor sozialen und auch wirtschaftlichen Folgen der Corona-Krise, allgemeinen Zukunftsängsten und Ängsten vor Langzeitfolgen einer Corona-Infektion berichtet.

### 4.3.3 Veränderung des Konsumverhaltens/Suchtverhalten

Gesamt betrachtet kann gesagt werden, dass sich der Alkoholkonsum laut den Teilnehmer\*innen nur gering vor und während der Coronapandemie verändert hat. Es gaben bei der Frage, ob vor Corona Alkohol konsumiert wurde, 64,3 % an, regelmäßig Alkohol zu trinken. Bei der Folgefrage, ob sie auch während Coronapandemie regelmäßig Alkohol zu sich genommen, antworteten 61,8 % der Befragten mit einem Ja. In Bezug auf die Veränderung des Alkoholkonsums während der Pandemie ist, wie in Abbildung 17 zu sehen, dass in der Gesamtbetrachtung 63,5 % der Befragten keine Veränderung, 22,0 % eine Verringerung und 14,5 % eine Erhöhung des Alkoholkonsums angeben. Außerdem zeigten sich hier geschlechtsspezifische Unterschiede: Während sich bei 10,5 % der befragten Männer der Alkoholkonsum gesteigert hat, waren es bei den Frauen 16,3 %. (Abb. 19).

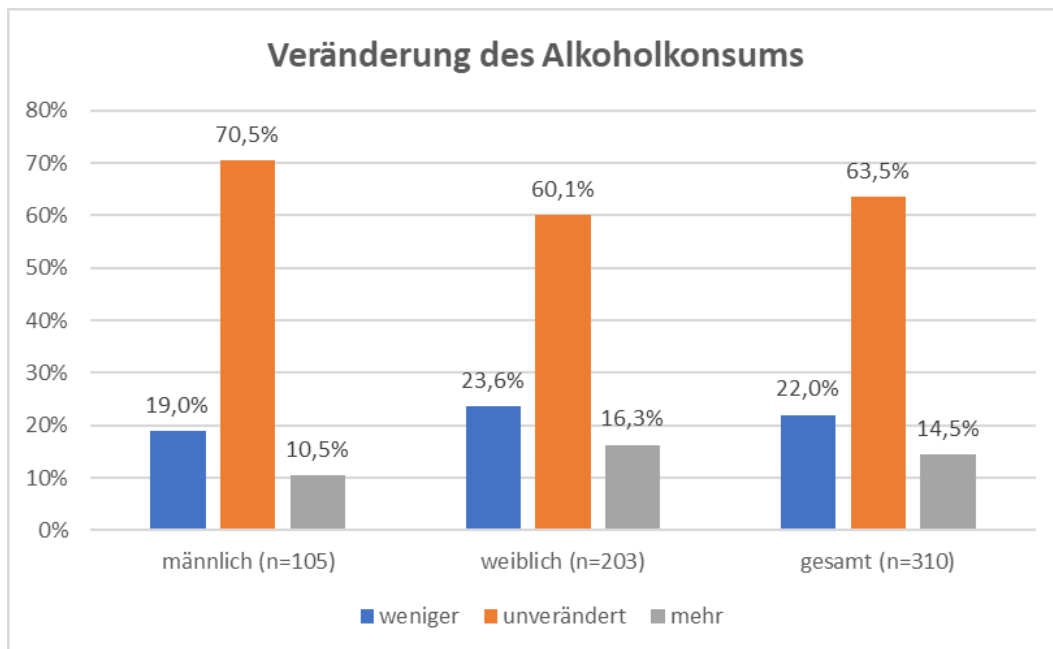


Abbildung 19: Veränderung des Alkoholkonsums

Unter denjenigen, die angaben mehr Alkohol während der Corona-Pandemie konsumiert zu haben ist ersichtlich, dass mehr Frauen unter der Mehrfachbelastung durch Kinderbetreuung (30,3 %) gelitten haben als Männer (18,2 %). Unter den männlichen Teilnehmern, die mehr Alkohol konsumierten ist sichtbar, dass diese vor allem durch Existenzsorgen/-ängste (27,3 %) und zusätzlichen Haushaltsaufgaben (18,2 %) belastet waren (Abb. 20).

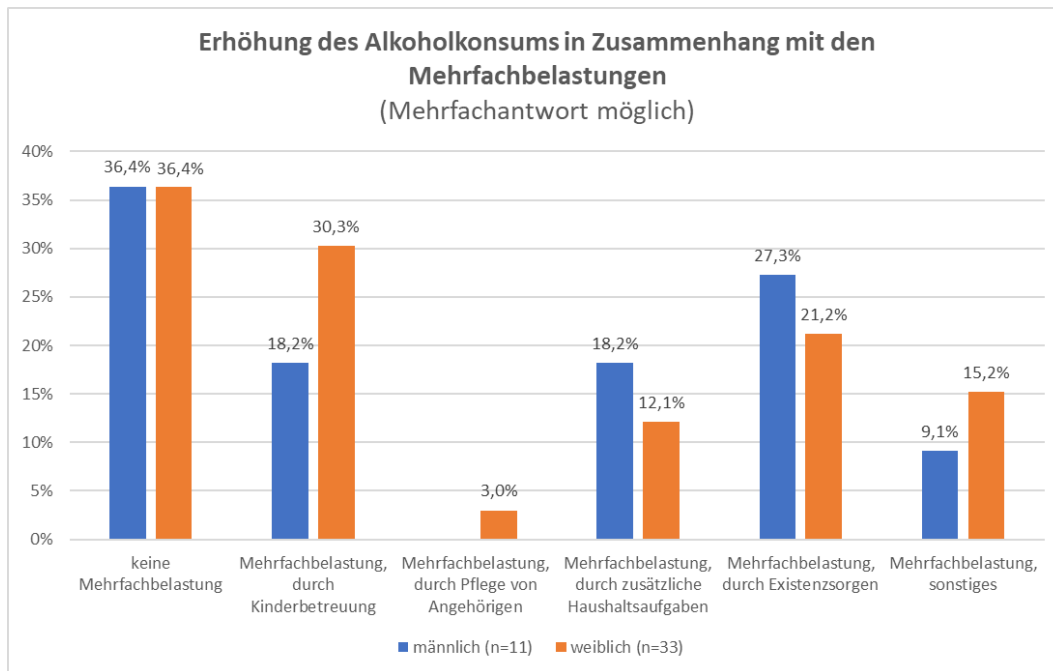


Abbildung 20: Erhöhung des Alkoholkonsums in Zusammenhang mit den Mehrfachbelastungen

Im Bezug auf den Nikotinkonsum wird in der Gesamtbetrachtung keine wesentliche Veränderung des Nikotinkonsums angegeben. 19,8 % der Befragten gaben an, bereits vor Corona geraucht zu haben. Bei der Fragestellung, ob auch während Corona regelmäßig konsumiert wurde, antworteten 18,9 % mit einem Ja. Interessanterweise wird jedoch in der Abbildung 21 ersichtlich, dass von denjenigen, die während der Coronapandemie geraucht haben knapp ein Viertel der Teilnehmer\*innen weniger und knapp ein Viertel der Teilnehmer\*innen mehr geraucht haben als vor den Ausgangsbeschränkungen. Auch hier sind deutliche Geschlechtsunterschiede erkennbar: während 10,3 % der befragten Männer angaben, mehr zu rauchen bzw 20,7 % angaben, weniger zu rauchen, waren es unter den befragten Frauen 26,2 % bzw. 24,6 %. Gleichzeitig gab es unter den Frauen einen geringeren Anteil mit unveränderten Nikotinkonsum. (Abb. 21).

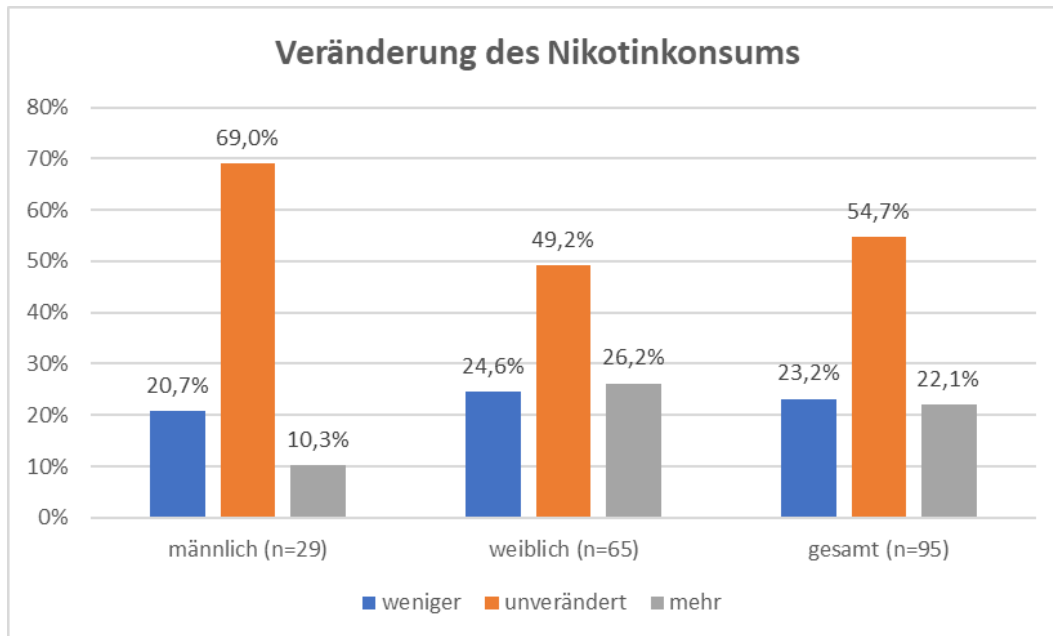


Abbildung 21: Veränderungen des Nikotinkonsums

Bei den Teilnehmer\*innen, die angaben, während der Corona-Pandemie mehr Nikotin konsumiert zu haben, gaben zwei Drittel der Männer keine Mehrfachbelastung an, ein Drittel eine Mehrfachbelastung durch Existenzsorgen. Im Vergleich dazu, verteilten sich die Gründe für den erhöhten Nikotinkonsum bei den Frauen auf unterschiedliche Gründe auf (Abb. 22).

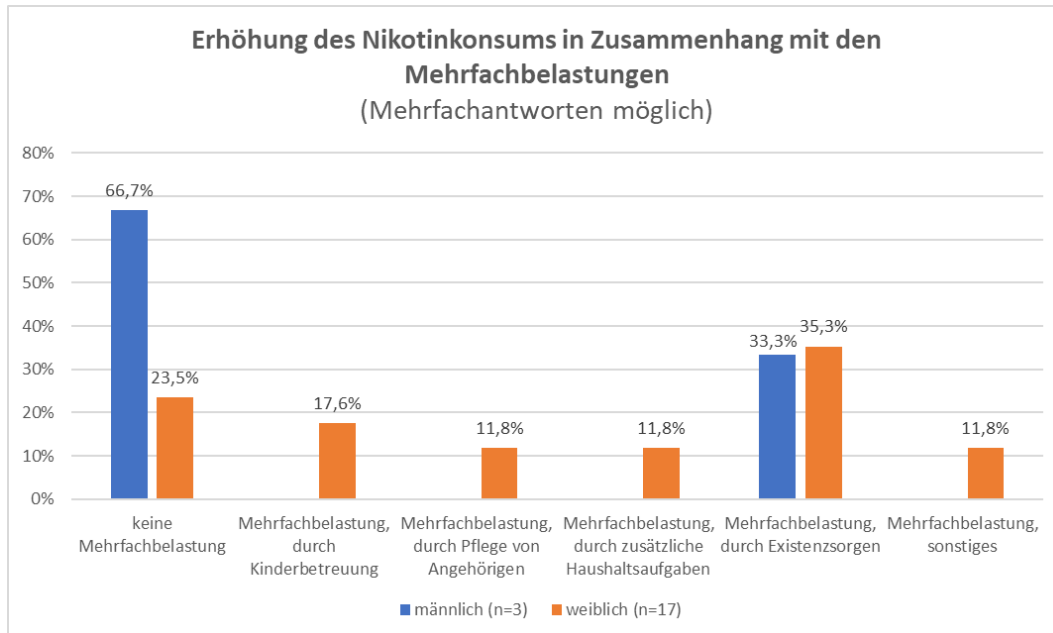


Abbildung 22: Erhöhung des Nikotinkonsums in Zusammenhang mit den Mehrfachbelastungen

In der COVI-Pat - Studie wurde ebenfalls die Veränderung des Drogenkonsums beleuchtet. Eine Veränderung des Drogenkonsums während der Ausgangsbeschränkungen war nicht ersichtlich. Da jedoch bei dieser Frage nur sehr wenige einen regelmäßigen Konsum vor und während Corona angaben (n=2), ist eine Auswertung dieser Frage nicht möglich.

#### 4.3.4 Veränderungen des Gesundheitsverhaltens

Wie in der Abbildung 23 zu erkennen ist, haben 65,5 % der Befragten während der Ausgangsbeschränkungen ihre Ernährung nicht verändert. 8,4 % achteten weniger auf gesunde Ernährung und 26,1 % mehr als vor der Corona-Pandemie. Beim Thema „tägliche Bewegung und Sport“ gaben 31,2 % an sich weniger zu bewegen und knapp ein Viertel gab an, während der Ausgangsbeschränkungen mehr Sport zu treiben als zuvor. Weiters gaben 61,9 % der Teilnehmer\*innen an, dass während der Corona-Pandemie auf ausreichend Schlaf geachtet wurde, 15,2 % gaben an, zu wenig geschlafen zu haben und 22,9 % empfanden, dass sie mehr geschlafen haben als vor der Pandemie (Abb. 23). Bei der geschlechterspezifischen Betrachtung der Veränderung des Gesundheitsverhalten ist ersichtlich, dass mehr Frauen (27,0 %) als Männer (24,4 %) angaben, auf eine gesündere Ernährung zu achten. Weiters gaben auch mehr Frauen (27,7 %) an täglich Bewegung/Sport zu machen als die teilnehmenden Männer (22,6 %): In Bezug darauf, ob auf ausreichend Schlaf geachtet worden ist, gaben 26,3 % der teilnehmenden Frauen an, mehr zu schlafen als vor der Pandemie. Bei den Männern waren es gerade mal 16,1 %.

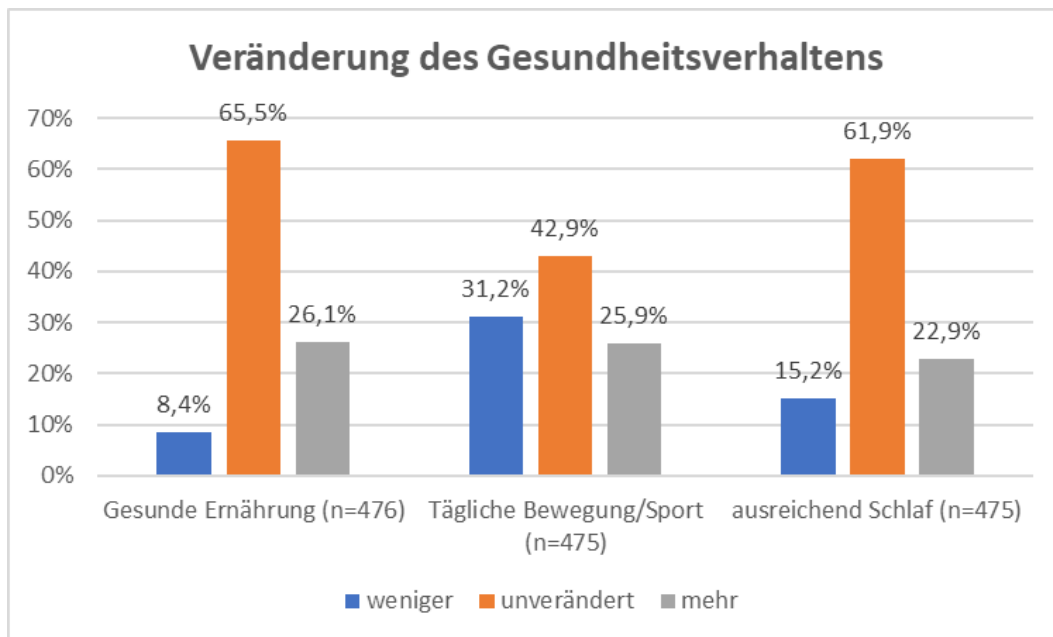


Abbildung 23: Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während der Ausgangsbeschränkungen

### 4.3.5 Medikamentenverordnungen und Veränderungen des Medikamentenkonsums

Rund 49 % der Teilnehmer\*innen nahmen zum Zeitpunkt der Befragung regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein und 15,5 % nahmen keine vom Arzt verschreibungspflichtigen Medikamente ein. Bei nur knapp 5 % hat sich die Einnahme von Medikamenten durch die Corona-Pandemie und deren Ausgangsbeschränkungen verändert. Von diesen berichteten rund 9 % von einer Verringerung der einzunehmenden Medikamente und 91 % von einer Erhöhung der Medikamente. Die Veränderung der Medikamente war in 47,8 % der Fälle durch eine Umstellung durch den Arzt erklärbar und in 47,8 % durch eine selbstständige Umstellung der Medikamenteneinnahme durch den\*die Patient\*in erklärbar. Nur wenige Teilnehmer\*innen gaben an, dass es aufgrund von Lieferschwierigkeiten oder aufgrund anderer Gründe zu einer Veränderung der Medikation kam. Bei dieser Frage handelt es sich wiederum um eine Mehrfachantwortmöglichkeit (Abb. 24).

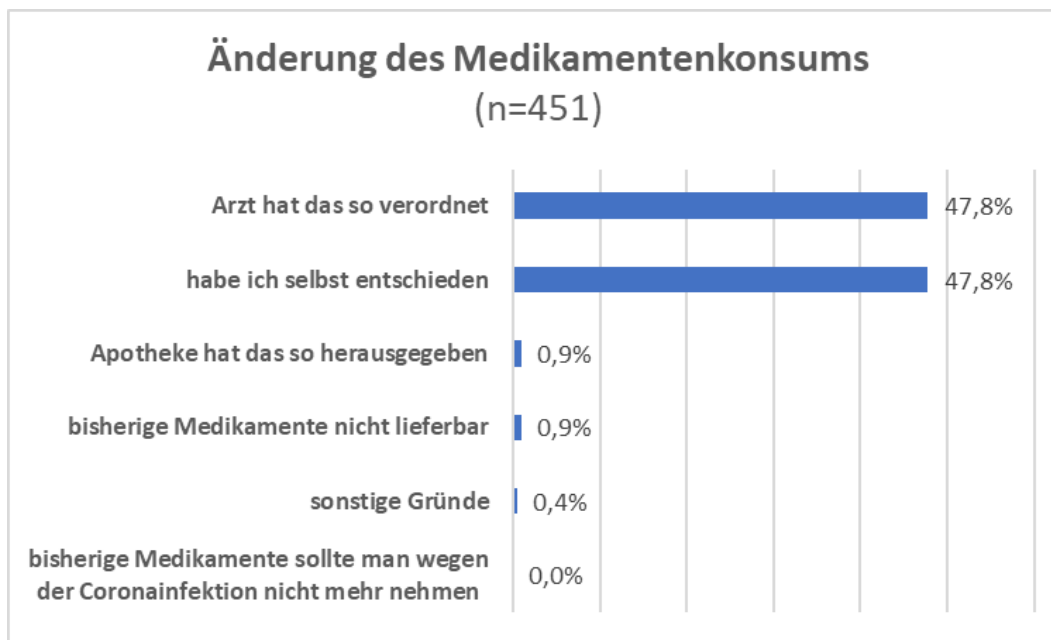


Abbildung 24: Änderungen des Medikamentenkonsums (Mehrfachantworten möglich)

Im Rahmen einer offenen Frage gab jeweils nur eine Person an, dass eine höhere Dosis an Schmerzmitteln gebraucht wurde (n=1) oder dass eine erneute Einnahme von Antidepressiva (n=1) gestartet wurde. Ebenso wurde berichtet, dass es aufgrund von Stresssituationen zur Einnahme von pflanzlichen Schlaf- und Beruhigungsmitteln gekommen ist (n=1). Weiters wurde von wenigen Personen angegeben, dass mehr

Nahrungsergänzungsmittel, wie Vitamin D3 und Mineralstoff- und Spurenelementpräparate eingenommen wurden (n=3).

## 4.4 Erfahrungen der Patient\*innen mit dem österreichischen Gesundheitssystem mit besonderem Fokus auf Hausärzt\*innen

### 4.4.1 Vermeidung von Arztbesuchen durch Patient\*innen

Rund 42 % der Befragten haben mindestens einen (Zahn-)Arztbesuch aufgrund der Corona-Pandemie von sich selbst ausgehend vermieden und zirka 27,7 % einen geplanten ärztlichen Termin verschoben.

Aus der Abbildung 25 ist zu entnehmen, dass vor allem Zahnarzttermine (69,6 %) von Patienten selbst vermieden wurden. Aber auch der Besuch bei Allgemeinmediziner\*innen (34,0 %), sowie Gynäkolog\*innen (30,8 %) wurde von den Befragten selbst am häufigsten vermieden.

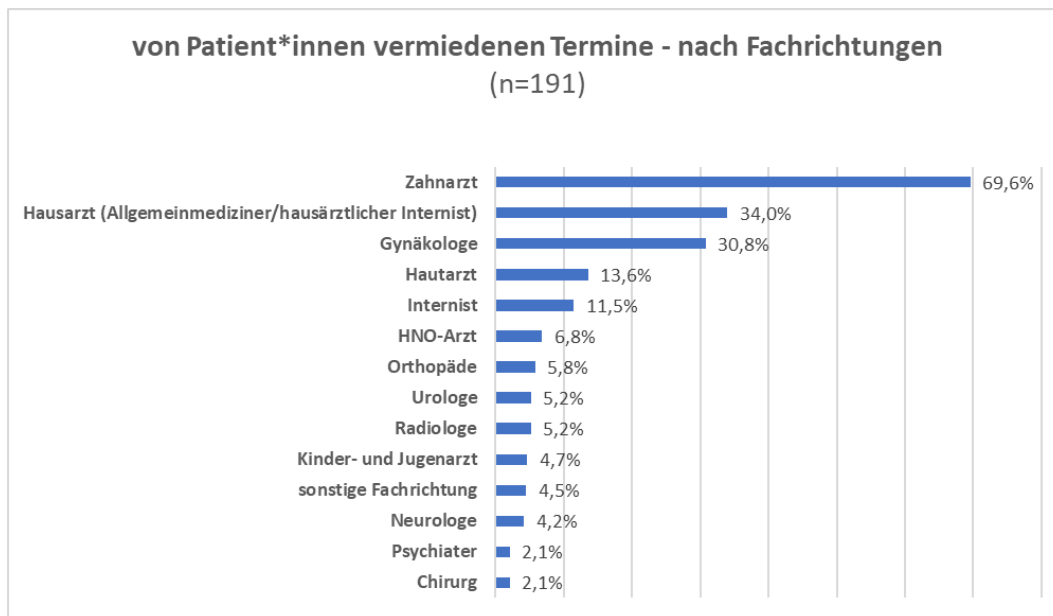


Abbildung 25: Von Patient\*innen vermiedene Termine – nach Fachrichtungen

#### 4.4.2 Ablehnung/ Verschiebung von Arztbesuchen von Ärzten oder Institutionen

Bei rund 14,1 % der Teilnehmer\*innen wurde die Behandlung eines Gesundheitsproblems während der Corona-Pandemie von einer Institution abgelehnt.

Knapp 31 % der Befragten gaben an, dass geplante Termine durch Ärzte oder Krankenhäuser/Kliniken während der Corona-Krise verschoben wurde.

Die Mehrheit dieser verschobenen Termine, waren Termine bei niedergelassenen Ärzten (66 %). Rund 44 % der Termine wurden von Krankenhäusern oder Kliniken verschoben (Abb. 26).

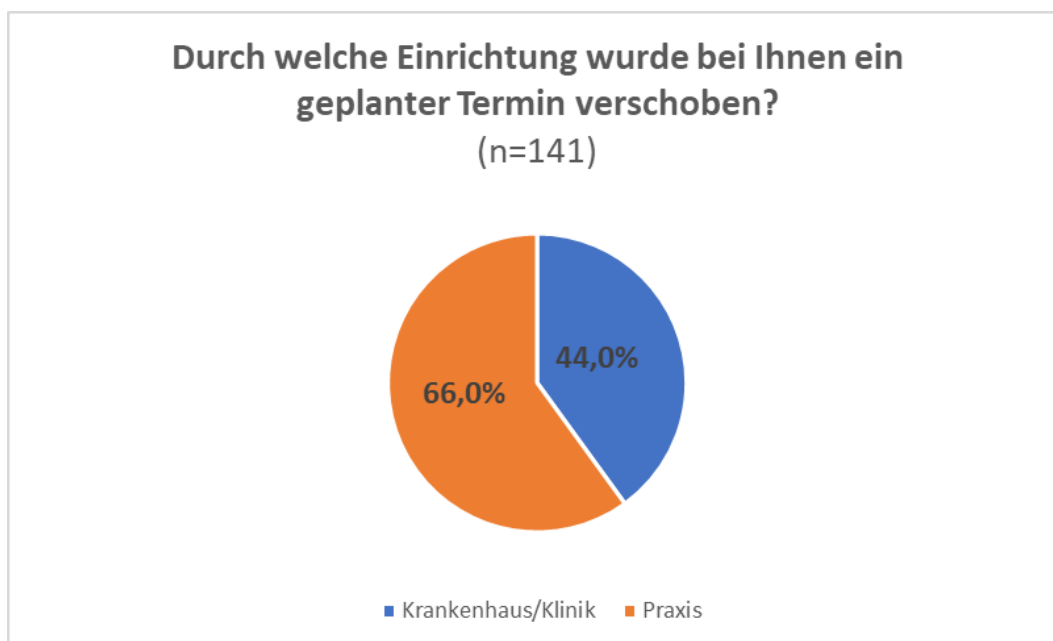


Abbildung 26: Frage: Durch welche Einrichtungen wurde bei Ihnen ein geplanter Termin verschoben? (Mehrfachantwort möglich)

Im Zeitraum der Befragung ist ersichtlich, dass in den Quartalen Q3/2020 (35,7 %) und Q4/2020 (33,3 %) mehr geplante Termine durch Ärzt\*innen oder Kliniken verschoben wurden als in den Quartalen Q1/2021 (11,1 %) und Q2/2021 (15,5 %) (Abb. 27).

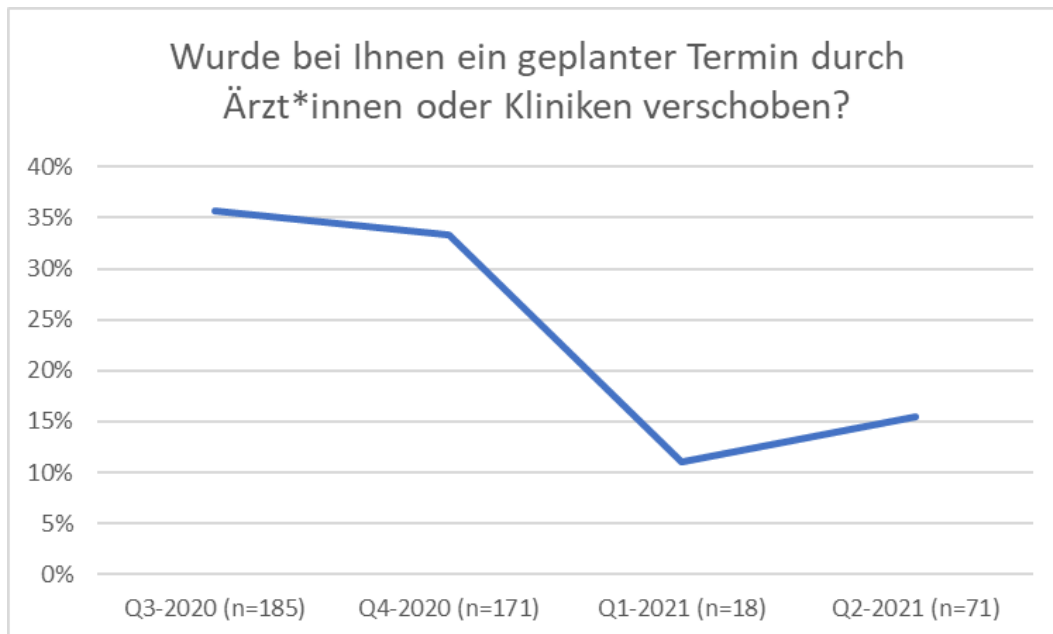


Abbildung 27: Verschobene Termine durch Ärzt\*innen oder Kliniken im Verlauf

Bei der Frage durch welche Fachrichtung ein Termin verschoben wurde, wurde an erster Stelle der Zahnarzt (38,3 %) genannt. Gleich danach wurden Termine bei Gynäkolog\*innen (17,0 %), Internist\*innen (11,3 %) und Hausarzt\*innen (9,9 %) angegeben. Bei allen anderen Fachrichtungen wurde eher selten ein Termin verschoben (Abb. 28).

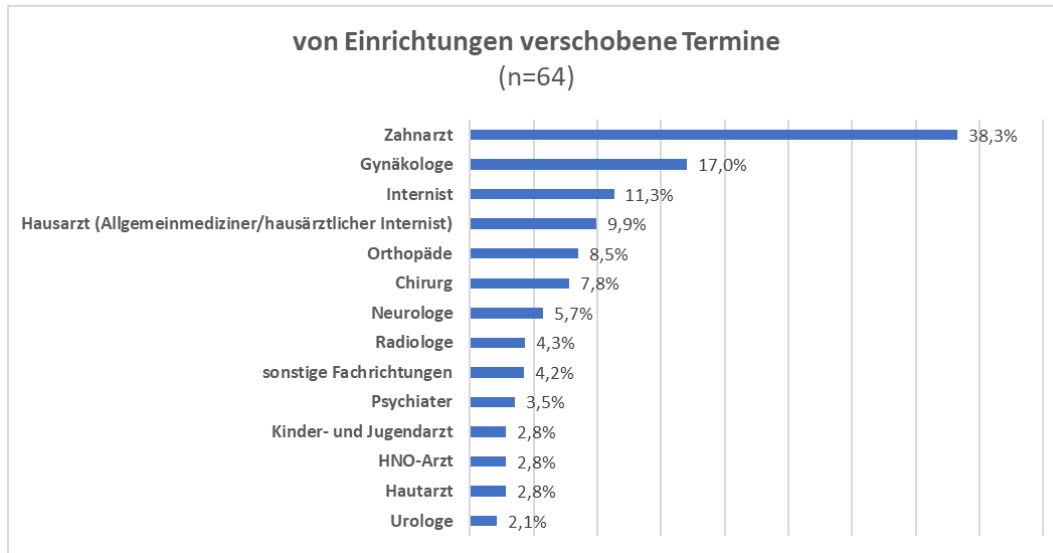


Abbildung 28: Von Einrichtungen verschobene Termine – nach Fachrichtungen

Wie schon in den Abbildungen zuvor liegt auch bei der Frage, durch welche Organisation welcher Fachrichtung eine Behandlung abgelehnt wurde, der Zahnarzt (25,0 %) wieder weit vorne. Wie jedoch aus der Abbildung 29 ersichtlich ist, wurden die meisten Behandlungen durch den Hausarzt (29,7 %) abgelehnt.

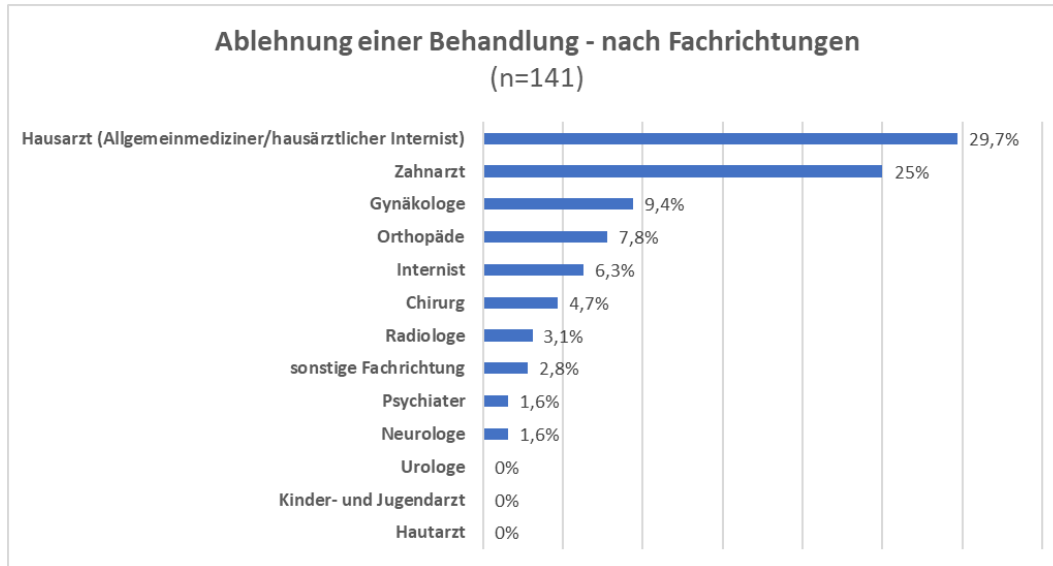


Abbildung 29: Ablehnung einer Behandlung – nach Fachrichtungen

Mittels einer Freitextfrage hatten die Teilnehmer\*innen der Studie die Möglichkeit über Gründe für die Absage oder Verschiebung von Terminen zu berichten. Als mögliche Gründe wurde genannt:

- Angst des Arztes vor eigener Ansteckung
- Mögliche Corona-Infektion der Patienten
- Kapazitätsprobleme/eingeschränkte Ordinationszeiten  
(lange Wartezeiten von 2-3 Wochen)
- Geschlossene Ordinationen
- Nur telemedizinische Patientenversorgung

Bei rund 29 % der Befragten, wäre der verschobene Termin, ein Termin für eine geplante medizinische Behandlung bzw. eine Operation gewesen.

Vor allem Termine, die durch Zahnärzt\*innen oder im Krankenhaussetting (stationär und ambulant) durchgeführt werden mussten waren davon betroffen. Im Freitextfeld wurden folgende Eingriffe erwähnt:

- Zahnbehandlungen (Weisheitszahn-OP, Mundhygiene etc...)
- Orthopädische-Operationen
- Rehabilitationen und Physiotherapie

- Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen
- Gynäkologische Untersuchungen und Eingriffe (Mammographie, Hysterektomie, ...)
- Urologische Operationen (Prostata-TURP, ...)
- Neurologische Eingriffe (Nervenblockade, ...)
- Radiologische Diagnostik oder Eingriffe (Herzchografie, CT-gestützte Infiltration)

#### 4.4.3 Haben Sie einen Hausarzt?

Von 448 Teilnehmer\*innen, die diese Frage beantwortet haben, geben 417 an eine\*n Hausarzt\*in zu haben. Dies entspricht 93,1 %.

#### 4.4.4 Kontakt mit dem Hausarzt während der Pandemie

Rund 75 % der Teilnehmer\*innen gaben an, dass die Praxis ihres\*r Hausarztes\*in, während der Coronapandemie nicht geschlossen war. 10,6 % gaben an, dass die Arztpraxis ihres\* Hausarztes\*in geschlossen war und 14,5 % können dies nicht einschätzen (Abb. 30).

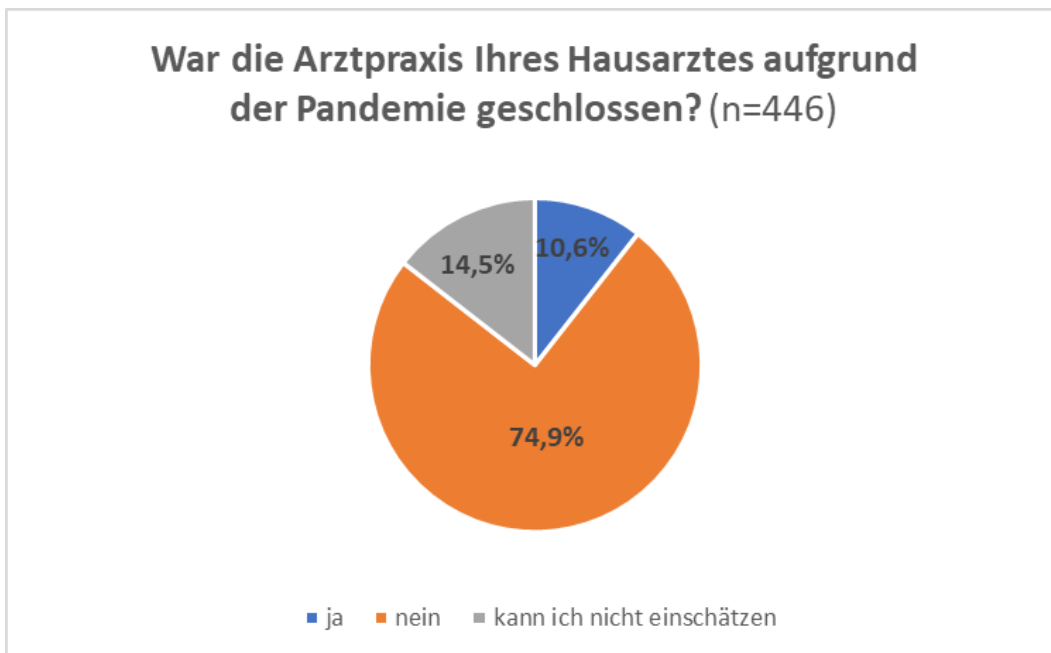


Abbildung 30: Frage: War die Arztpraxis Ihres Hausarztes während der Pandemie geschlossen?

Insgesamt kann gesagt werden, dass 26,2 % ihre\*n Hausärzt\*in während der Corona-Pandemie gemieden haben.

Der häufigste Grund dafür war, dass die Teilnehmer\*innen der Überzeugung waren, einen Arzt nur in einer Notfallsituation aufzusuchen (62,4 %). Viele wollten durch ihren eigenen Termin die Praxis und das medizinische Personal nicht überlasten (62,4 %) oder hatten Angst, sich während eines Arztbesuches mit Corona anzustecken (37,6 %). 5,1 % der Teilnehmer\*innen waren der Meinung, dass die Ausgangsbeschränkungen einen Arztbesuch nicht möglich gemacht hätten. Nur wenige (1,2 %) nannten sonstige Gründe, warum Sie den Kontakt mit dem Hausarzt vermieden haben (Abb. 31). Auch bei dieser Frage handelte es sich um eine Mehrfachantwortmöglichkeit.

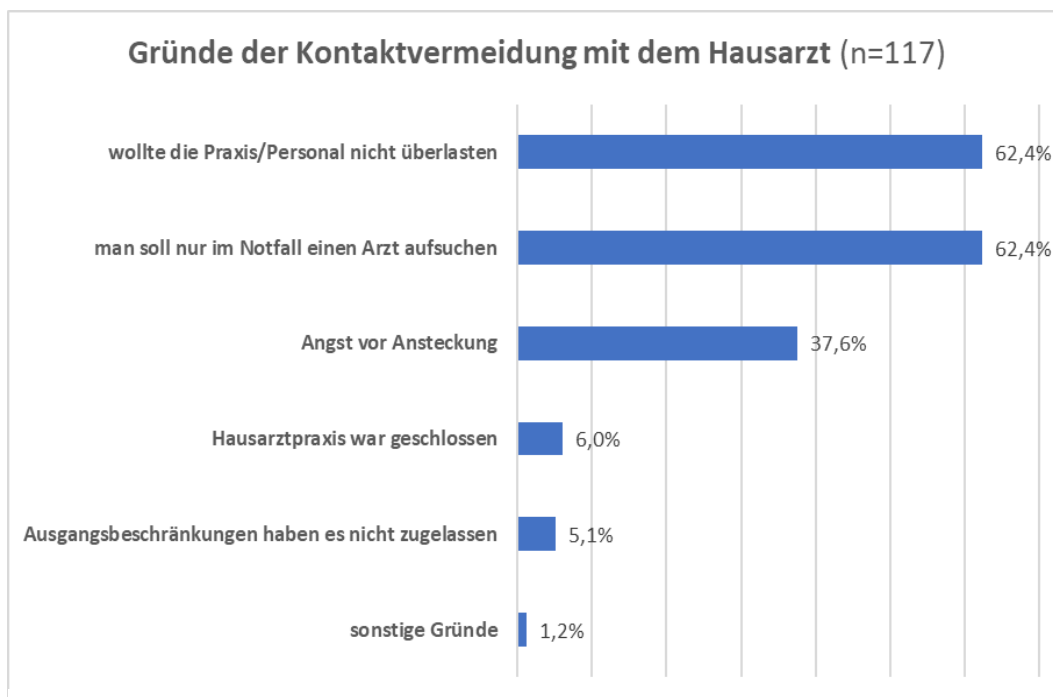


Abbildung 31: Gründe der Kontaktvermeidung mit dem Hausarzt (Mehrfachantworten möglich)

Auch bei der Frage, warum trotz Beratungsbedarf kein persönlicher Kontakt zum\*r Hausarzt\*in stattfand, wurde am häufigsten angegeben, dass ein persönlicher Praxisbesuch laut Patient\*innen (41,7 %) oder Ärzt\*innen (37,5 %) nicht notwendig war und man einen Arzt\*in nur im Notfall aufsuchen sollte (31,3 %). Rund 20 % wollten durch einen persönlichen Kontakt mit dem Hausarzt nicht die Praxis oder das Personal überlasten, weshalb Sie nicht persönlich in die Ordination gekommen sind. In zirka 10 % der Fälle überwiegte die Angst sich mit dem Corona-Virus während eines Ordinationsbesuches zu infizieren. Wenige gaben bei dieser Frage auch an, dass die Ausgangsbeschränkungen oder andere Gründe eine persönliche Konsultation nicht zugelassen hätten (Abb. 32).

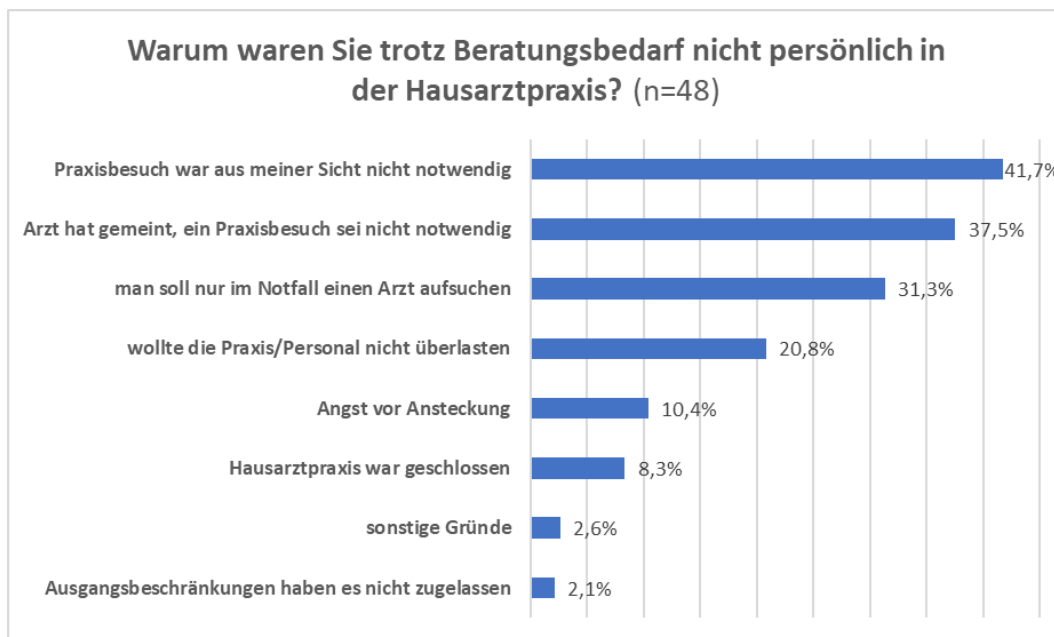


Abbildung 32: Frage: Warum waren Sie trotz Beratungsbedarf nicht persönlich in der Hausarztpraxis?

Die Patient\*innen, die die Hausarztpraxis trotzdem aufgesucht haben (n=84), haben sich großteils überwiegend oder vollkommen vor einer Corona-Infektion geschützt gefühlt (95,2 %).

#### 4.4.5 Telemedizin und Erreichbarkeit der Hausarztpraxis

69,1 % der Befragten gaben an, dass die Erreichbarkeit des\*der eigene\*n Hausarztes\*Hausärztin persönlich in der Praxis während der Corona-Pandemie sehr gut war. 20,2 % empfanden die Erreichbarkeit als gut, 9,5 % als „teils-teils“ und nur 1,2 % als schlecht (Abb. 33).

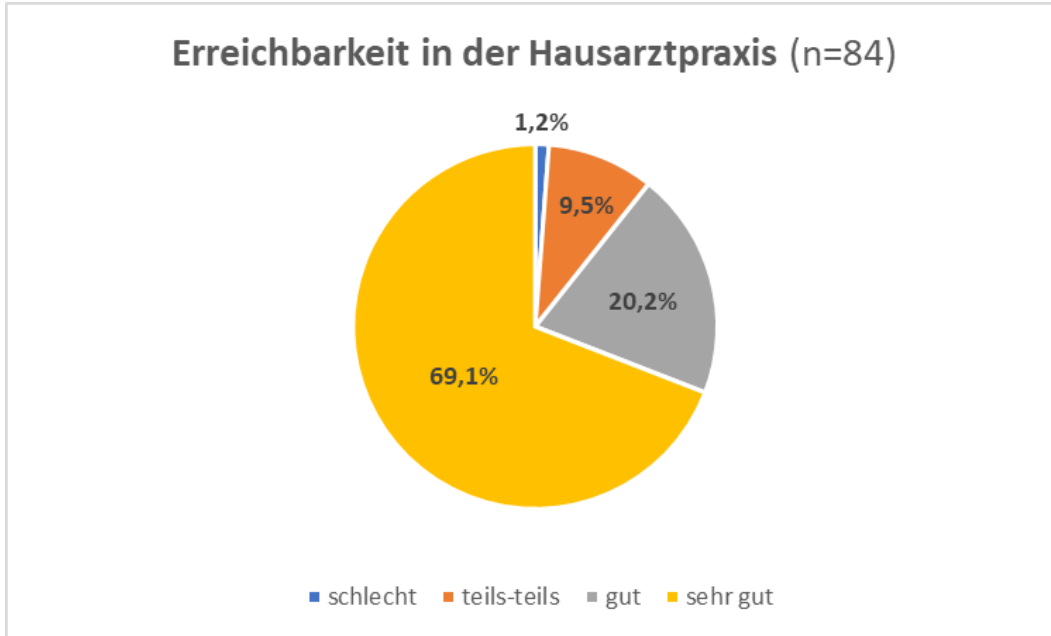


Abbildung 33: Erreichbarkeit der Hausarztpraxis

59,4 % der Teilnehmer\*innen haben Ihre Anliegen beim\* bei der Hausärzt\*in auch telefonisch bearbeitet.

Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen (84,1 %) haben ein Anliegen mit dem\*der Hausarzt\*in nicht per E-Mail (n=132) bearbeitet. Nur 15,9 % nutzten dieses Kommunikationstool, um ein Anliegen mit dem Ärzt\*in zu bearbeiten. Von diesen 15,9 % gaben 66,7 % an, dass die Erreichbarkeit Ihres\*r Hausarztes\*in per E-Mail sehr gut war.

Nur 0,7 % der Befragten gaben an, dass Sie Anliegen mit dem\*der Ärzt\*in auch per Videosprechstunde (n=130) bearbeitet haben. Die Erreichbarkeit mittels Videosprechstunde wurde als sehr gut empfunden.

Messengerdienste (n=132), wie z.B. WhatsApp oder Signal wurden nur von 2,3 % der Teilnehmer\*innen genutzt. Die Erreichbarkeit über Messengerdienste wurde von den Befragten gut bis sehr gut empfunden.

Die Befragten der Studie schätzen die Erreichbarkeit Ihres\*r Hausarztes\*in (n=13) während der Corona-Pandemie großteils gut bis sehr gut ein.

Bei der Frage, ob eine telefonische Krankschreibung für maximal 2 Wochen bei leichten Atemwegserkrankungen durch den Hausarzt in der Corona-Pandemie als sinnvoll erachtet wird, schätzen 81,9 % der 443 Proband\*innen, die diese Frage beantwortet haben, diese Möglichkeit als nützlich ein.

#### 4.4.6 Behandlung einer leichten Corona-Infektion

Im Falle einer Corona-Infektion mit leichten Symptomen würden sich die befragten Personen am ehesten bei Hausarzt\*innen oder bei einem Facharzt\*innen für Innere Medizin (64,3 %) behandeln lassen. 15 % würden keine Hilfe in Anspruch nehmen und würden sich selbst behandeln. Eher wenige Personen würden sich bei einer leichten Corona-Infektion von Ärzt\*innen im Krankenhaus (10,2 %), Lungenfacharzt\*innen oder HNO-Ärzt\*innen (7,7 %), Ärzt\*innen eines Gesundheitsamtes (1,1 %) oder bei Heilpraktiker\*innen (1,6 %) behandeln lassen (Abb. 34).

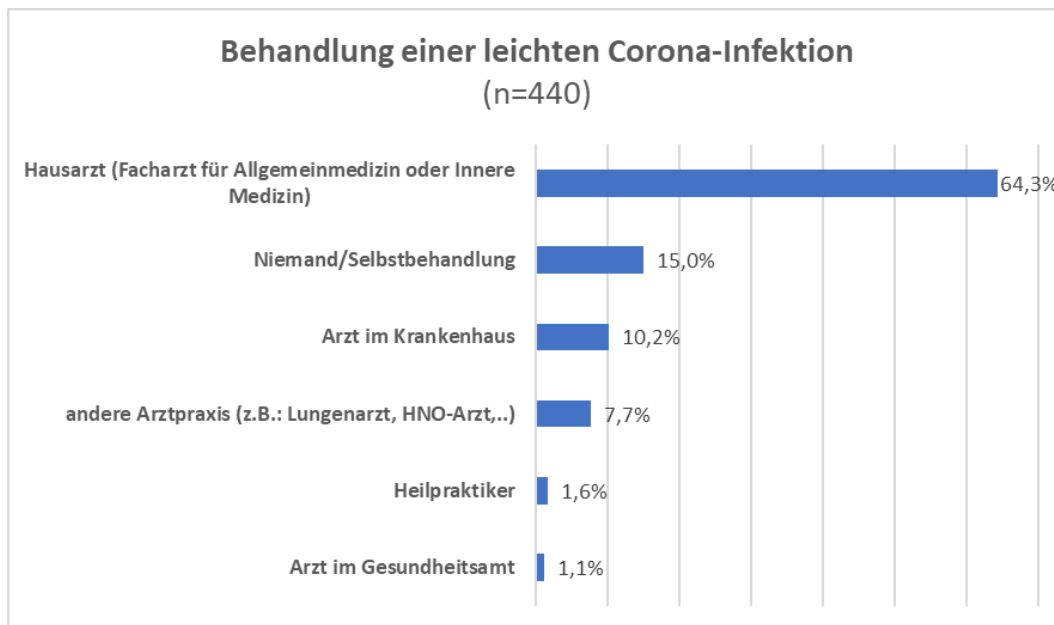


Abbildung 34: Behandlung einer leichten Corona-Infektion

## 4.5 Bewertung der medizinischen Versorgung während der COVID-19 Pandemie

### 4.5.1 Verbesserung der hausärztlichen Versorgung für Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen

57 % der Teilnehmer\*innen waren vollkommen und 37,0 % überwiegend mit der Versorgung durch den\*die Hausarzt\*in zufrieden. Nur 3,9 % gaben an, dass Sie wenig und 1,6 % gar nicht zufrieden mit der hausärztlichen Versorgung waren (Abb. 35).

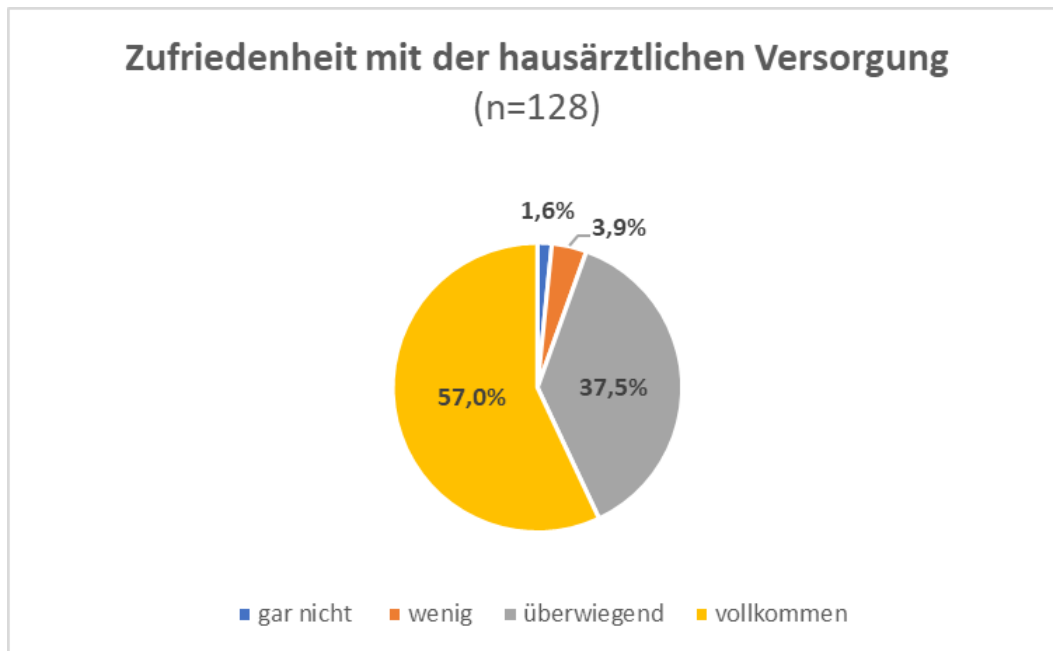


Abbildung 35: Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung

Obwohl die Mehrheit der Befragten überwiegend bzw. vollkommen mit der hausärztlichen Versorgung zufrieden waren, sind 46,7 % der befragten Personen der Meinung, dass die medizinische Versorgung von Patient\*innen mit anderen Erkrankungen während der Corona-Pandemie nicht ausreichend war. Nur 19,2 % denken, dass die medizinische Versorgung in Österreich ausreichend war. 34,1 % gaben an, diese Situation nicht einschätzen zu können.

Die Hälfte der Befragten könnten die Situation, ob die hausärztliche Versorgung für Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus oder Bluthochdruck während der Corona-Pandemie verbessert werden sollte, nicht einschätzen. Von den 50 %, die diese Situation einschätzen konnten, sind 40,8 % der Teilnehmer\*innen der Meinung, dass die Versorgung von chronisch kranken Personen durch den\*die Hausarzt\*in verbessert werden sollte. Nur 9,2 % sind der Ansicht, dass die Versorgung ausreichend ist und nicht verbessert werden muss.

### **4.5.2 Verbesserung der hausärztlichen Versorgung für Patient\*innen mit akuten Beschwerden**

Auch wie bei der Frage zur hausärztlichen Versorgung chronischer Erkrankungen, können die Frage zur hausärztlichen Versorgung von Patienten mit akuten Beschwerden wiederum knapp die Hälfte (47,6 %) nicht einschätzen. 41,4 % der Befragten sind der Meinung, die Versorgung durch den Hausarzt sollte für Patienten mit akuten Beschwerden während einer Pandemie verbessert werden. Nur 11 % meinten, dass keine Verbesserung passieren muss.

### **4.5.3 Verbesserung der hausärztlichen Versorgung – Antworten der Freitextfelder**

Am Ende des Fragebogens konnten die Teilnehmer\*innen mittels Freitextfeld-Antwortmöglichkeit Ihre Verbesserungsvorschläge sowie weitere Kommentare und Anregungen niederschreiben. 166 (30,8 %) der insgesamt 539 Teilnehmer\*innen nutzten diese Möglichkeit und hinterließen Ihre Gedanken und Anregungen zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung während einer solcher Krisensituation.

Im den folgenden Unterkapiteln werden die Freitextantworten inhaltlich zusammengefasst.

#### **4.5.3.1 Erreichbarkeit und niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung**

20,8 % der Befragten gaben einen Kommentar in Bezug auf die Erreichbarkeit und den niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung ab. Im Allgemeinen wurde die Erreichbarkeit der Ärzt\*innen kritisiert. Die Befragten forderten häufig/ manchmal längere Öffnungszeiten der Ordinationen, das Verbot von Praxisschließungen im Falle von Urlauben der Ärzt\*innen und eine Verbesserung der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung. Eine unkompliziertere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen, die vor der Pandemie üblich war, war möglicherweise zu Beginn der Pandemie gestört.

Teilnehmer\*innen berichten vor allem bei akuten Beschwerden von Verzögerungen und zusätzlichen Hürden beim Zugang zur notwendigen Versorgung.

#### **4.5.3.2 Kontinuität der Versorgung von (chronisch kranken) Patient\*innen**

14,1 % der Teilnehmer\*innen gaben zum Thema Kontinuität der Versorgung von (chronisch kranken) Patient\*innen ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge ab. Von diesen 14,1% äußerten sich 6,3 % zur Kontinuität der Behandlungen, 3,9 % zum Thema interdisziplinäre Versorgung und 3,9 % zum Angebot von Hausbesuchen.

Patient\*innen wünschten sich vermehrt eine enge Zusammenarbeit und den Austausch zwischen Ärzt\*innen und anderen Berufen, wie Physiotherapeut\*innen, Diätolog\*innen,

Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen sowie Krankenpfleger\*innen, um eine adäquate Versorgung in solchen Krisenzeiten aufrecht zu erhalten. Sie sind zum Beispiel der Meinung, dass Ärzt\*innen durch die Hilfe diplomierter Krankenpfleger\*innen bei Visiten und Voruntersuchungen entlastet werden könnten. Weiters sollte mit Hilfe einer interdisziplinären Versorgung mehr Fokus auf die Versorgung von chronisch kranken gelegt werden. 3,9 % der Befragten wünschen sich eine Verbesserung in Hinblick auf Hausbesuche, um für gefährdete Personen, eine Konsultation durch Ärzt\*in sicherer Umgebung zu gewährleisten. Einige Teilnehmer\*innen der Befragung denken, dass die Versorgung der chronisch kranken Personen im Generellen noch weiter ausbaufähig ist, sie empfanden jedoch eher einen durch die Corona-Pandemie bedingten Rückschritt. Es wird gefordert, chronisch kranken Personen das Gefühl von Sicherheit zu geben, Routineuntersuchungen nicht zu verschieben und eine adäquate Versorgung auch in dieser Zeit sicher zu stellen.

#### **4.5.3.3 Terminvergabe und Organisation in den Ordinationen**

16,4 % gaben Ihre Meinung zum Thema Terminvergabe und Organisation in den (hausärztlichen) Ordinationen ab. Es werden vor allem mehr und eine schnellere Terminfindung gewünscht, um akute und chronische Beschwerden mit dem\*die Ärzt\*in zu besprechen. Auch werden extra Zeitfenster/Infektionssprechstunden gefordert, um eine Separierung von Infektpatient\*innen und Nicht-Infektpatient\*innen zu erreichen und den Patient\*innen somit ein sicheres Gefühl zu vermitteln.

#### **4.5.3.4 Kommunikation zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen**

18,3 % äußerten sich zum Thema Kommunikation zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen während der Corona-Pandemie. Die Teilnehmer\*innen kritisierten vor allem die Angstmacherei und die teilweisen Fehlinformationen der Medien. Die Teilnehmer\*innen fordern eine klare Kommunikation, dass sich Patient\*innen bei Beschwerden auch in Pandemiezeiten, weiterhin in ärztliche Behandlung begeben dürfen.

#### **4.5.3.5 Telemedizinische Versorgung in der Allgemeinmedizin während der Corona-Pandemie**

15,5 % der Befragten sprechen sich für einen Ausbau der Telemedizin aus. Ein\*e Teilnehmer\*in (0,4 %) sprach sich gegen den Ausbau der Telemedizin aus. Die anderen Befragten sind der Meinung, dass über andere Kommunikationswege wie WhatsApp oder per Videokonferenzen eine medizinische Beratung und Behandlung ermöglicht werden sollte.

#### **4.5.3.6 Weitere Verbesserungsvorschläge und Anregungen**

11,6 % der Teilnehmer\*innen erteilten sonstige Verbesserungsvorschläge und Anregungen. Hier lässt sich vor allem feststellen, dass die Befragten eine quantitative Verbesserung der medizinischen im speziellen der hausärztlichen Versorgung fordern. Sie sind der Meinung, dass mehr Ressourcen geschaffen werden sollten, das Personal aufgestockt werden sollte, um somit mehr Zeit für Patient\*innen zu haben und sie wünschen sich weiters mehr Unterstützung der Hausarzt\*innen durch Facharzt\*innen. Weiters würden 2,9 % der Teilnehmer\*innen die Einführung von telefonischen Medikamentenverschreibungen sowie Krankmeldungen, ohne eine Praxis aufzusuchen zu müssen als vorteilhaft betrachten.

## **5 Diskussion**

Die COVI-Pat - Studie hat das Ziel, einen Einblick in die Erfahrungen der Menschen während der Pandemie zu erhalten und auch über die hausärztliche Versorgung aus Patient\*innensicht während der COVID-19 Pandemie in Österreich zu schaffen.

In Bezug auf die prozentuale Altersverteilung kommt die Stichprobe der Covi-Pat-Studie der österreichischen Gesamtbevölkerung sehr nahe, mit Ausnahme der über 70-Jährigen, welche mit dem Online-Survey nicht gut erreicht werden konnten (vgl.(15)). Der höhere Anteil der Frauen und der hohe Bildungsstand der Teilnehmer\*innen schließt jedoch eine Repräsentativität für die österreichische Bevölkerung aus. Die Patient\*innen berichten insbesondere mit Beginn des dritten Lockdowns häufiger von Symptomen wie Niedergeschlagenheit. Das Sucht- und Gesundheitsverhalten hat sich bei vielen Befragten verändert, wobei bei Frauen häufiger eine Veränderung festgestellt werden kann. Den Ergebnissen zu Folge kam es zu einer Vermeidung von Terminen durch Patient\*innen sowie zu häufigen Verschiebungen durch Ärzt\*innen (v.a. Zahnärzt\*innen) oder Kliniken. Jede\*r zehnte Befragte berichtet, dass die Arztpraxis des\*der Hausarzt\*ärztin geschlossen werden musste, wobei immer noch ein Großteil der Patient\*innen die Erfahrung machten, dass der\*die Hausarzt\*ärztin gut bis sehr gut erreichbar war.

In den folgenden Abschnitten werden, die im Kapitel 2 genannte Forschungsfrage und deren Unterfragen beantwortet und anschließend diskutiert.

### **5.1 Welche Gesundheitsbeschwerden hatten die Patient\*innen während der COVID-19 Pandemie?**

#### **5.1.1 Gesundheitliche Beschwerden während der Ausgangsbeschränkungen**

Am häufigsten wurden Beschwerden des Bewegungsapparates wie Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen genannt. Etwa ein Viertel der Befragten gab, dass oft oder immer solche Schmerzen während der Ausgangsbeschränkungen auftraten, während vor der Pandemie knapp 20% bzw. 26% angaben, in den letzten 12 Monaten Nackenschmerzen bzw. Rückenschmerzen gehabt zu haben (17).

Eine Beurteilung, ob es zu häufigeren Beschwerden gekommen ist, ist aufgrund der vorliegenden Daten mangels Vergleichbarkeit leider nicht möglich. Fast ein Drittel der Teilnehmer\*innen gaben an, weniger Bewegung als vor der Corona-Pandemie zu betreiben. Dies könnte durch die Schließung von Sportstätten (Tennis- und Fußballplätze,

Schwimmbäder, Fitnessstudios,...) bedingt sein. Ein Viertel der Befragten gaben an mehr Sport/Bewegung als noch zuvor betrieben zu haben. Als Ausgleich zum mangelnden zwischenmenschlichen Kontakt begannen möglicherweise diese Personen vermehrt Alternativprogramme, wie spazieren, wandern, Rad fahren oder laufen, in ihren Alltag einzubauen.

Zu den veränderten Verhaltensweisen wird auch in der derzeitigen Literatur Stellung genommen: Faktoren, wie Verringerung der sozialen Kontakte, Ängste und Sorgen, Homeoffice und nebenbei Kinder beim Homeschooling zu unterstützen, können sich auf die Fähigkeit zur Verhaltensänderung auswirken und können das Gesundheitsverhalten negativ als auch positiv beeinflussen (18).

Auch grundlose Müdigkeit, Ein- oder Durchschlafprobleme sowie Kopfschmerzen wurden von den Befragten sehr oft genannt. Kopfschmerzen kamen bei etwas mehr als 10% oft oder immer vor, während vor der Pandemie 7,8% der österreichischen Bevölkerung von chronischen Kopfschmerzen berichteten (17).

Gründe für die genannten Beschwerden können wiederum Ängste, Sorgen und der psychische Stress, der durch die Corona-Pandemie hervorgerufen wurde, sein. Fehlender oder nicht erholsamer Schlaf könnte eine Müdigkeit oder Kopfschmerzen im Tagesverlauf hervorrufen.

Die mit der Pandemie auftretende Unsicherheit und Ängste, sowie die ganztägige Medienberichterstattung waren Stressoren, die sich auch auf Gesundheitsbeschwerden und das Schlafverhalten der Menschen auswirken konnten. Auch erhöhter Nikotin- und Alkoholkonsum, sowie verminderte körperliche Aktivität könnten das Schlafverhalten beeinflussen (18).

### **5.1.2 Psychische Belastung der COVID-19 Pandemie**

Neueste Daten deuten darauf hin, dass die Corona-Pandemie erhebliche psychische Auswirkungen auf die Menschheit hat (19).

Unter anderem tritt das Phänomen der „Gesundheitsangst“ auf, in deren Mittelpunkt, die Sorge eine Erkrankung, wie zum Beispiel COVID-19 schwer zu erleiden, steht. Eine übermäßige Gesundheitsangst gilt als Stressor und wirkt sich somit negativ auf die Gesundheit aus (20).

Unter den Befragten der COVI-Pat-Studie kam es in den Quartalen Q4/2020 und Q1/2021 zu einem sprunghaften Anstieg von Gefühlen, wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit. Besorgniserregend ist die Tatsache, dass diese Gefühle bei den meisten Personen länger als zwei Wochen bestanden. Mögliche Gründe für den Anstieg dieser Emotionen zum Jahresende 2020 könnte den restriktiven Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen vor allem über die Advent- und Weihnachtszeit, die normalerweise als besinnliche Familienzeit gilt, geschuldet sein. Der Jahreswechsel war geprägt von Gesundheits – und Existenzängsten, was zu vermehrter Unsicherheit unter der Bevölkerung geführt haben könnte. Somit kann gesagt werden, dass mit Dauer der Pandemie Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Lustlosigkeit oder Antriebslosigkeit unter den Befragten häufiger auftraten.

## **5.2 Hat sich das Sucht- und Gesundheitsverhalten der Patient\*innen durch die COVID-Pandemie verändert?**

Neben den möglichen medizinischen Folgen wurde die Frage gestellt, ob sich die Covid-19 Pandemie und deren Ausgangsbeschränkungen auf das Sucht- und Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung auswirkte. Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen hielten sich auch im Verlauf der Befragung an die von der Regierung verhängten Ausgangsbeschränkungen und Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Die Ausgangsbeschränkungen haben sich sowohl laut unseren Daten als auch laut einer US-amerikanischen Studie auf das tägliche Leben, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ausgewirkt (21).

### **5.2.1 Veränderung des Gesundheits- und Suchtverhaltens**

In den Ergebnissen der COVI-Pat – Studie fällt auf, dass Personen, die während der Pandemie regelmäßig Alkohol konsumierten eine Verringerung des Alkoholkonsums bemerkten. Ein etwas geringerer Anteil der Teilnehmer\*innen spricht jedoch auch von einer Erhöhung des Alkoholkonsums, während der Ausgangsbeschränkungen. Durch Zukunftsängste, Ängste vor den sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Ausgangsbeschränkungen, wie sie auch in unserer Erhebung berichtet werden, und die allgemeine Unsicherheit könnte es bei manchen Personen zu einer Erhöhung des Alkoholkonsums gekommen sein.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Befragung deutliche Veränderungen im Gesundheits- und Suchtverhalten, während der Ausgangsbeschränkungen. Während es

starke Veränderungen beim Alkohol- und Nikotinkonsum als auch bei Ernährung, Bewegung und Schlaf gezeigt haben, gab es nur eine sehr geringe Veränderung beim Medikamentenkonsum.

Durch die bereits vorhandene Literatur, welche psychische Auswirkungen und Veränderungen des Konsum- und Gesundheitsverhalten beleuchtet, ist gut dokumentiert, dass akuter sowie chronischer Stress ein Auslöser für einen erhöhten Alkoholkonsum sein kann, den Einstieg in eine Alkoholabhängigkeit begünstigen kann und zu einer Erhöhung des Nikotinkonsums führen kann, da diese Verhaltensweisen Bewältigungsstrategien darstellen, subjektiv Stress abzubauen (18).

### **5.3 Erfahrungen der Patient\*innen mit dem österreichischen Gesundheitssystem**

Die COVI-Pat-Umfrage zeigte, dass ein nicht unerheblicher Anteil an Patient\*innen selbst einen (Zahn-) Arztbesuch gemieden haben. Teilweise wurden auch Termine von den Gesundheitseinrichtungen selbst abgesagt.

Auch in anderen Ländern wurde von einem Rückgang der Gesamtkonsultationen der Hausärzt\*innen berichtet. Laut einer kanadischen Studie, die den Zeitraum von 11. März bis 28. Juli 2020 beleuchtete, wurden die Konsultationen von Hausärzt\*innen in Kanada um 28,0 % weniger als vor der Pandemie (14).

Belgien berichtete ebenfalls von einer rund 25 %-igen Reduzierung der allgemeinmedizinischen Konsultationen im Juni 2020 (22). Obwohl das österreichische Gesundheitssystem mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner\*innen zur Behandlung von schwer kranken Personen, im Vergleich zu anderen Ländern, wie Griechenland oder Irland sehr gut gerüstet ist, konnte die Versorgung von Nicht-Covid-Patient\*innen nicht im gleichen Maß, wie vor der Pandemie aufrechterhalten werden. Dieses Problem wurde jedoch nicht nur in Österreich beschrieben, sondern auch in anderen europäischen und internationalen Ländern (23).

Laut einer bereits erwähnten kanadischen Studie reduzierten sich zwar die täglichen Ordinationszeiten insgesamt, doch kann mit einer gewissen Sicherheit gesagt werden, dass Patient\*innen, die älter als 65 Jahre waren sowie Personengruppen mit höherem Pflegebedarf und multimorbide Personen weiterhin eine hohe Konsultationsfrequenz bei Hausärzt\*innen aufwiesen und somit eine gute medizinische Versorgung erhielten (14). Vor allem zu Beginn der Pandemie wurde versucht, die Ressourcen der Krankenhäuser freizuhalten, um für mögliche Covid-Patient\*innen eine optimale Behandlung zu

gewährleisten. Dies führte laut einer qualitativen, belgischen Studie, die die Auswirkung in der Versorgung von chronisch kranken Menschen betrachtete, zu verkürzten Krankenhausaufenthalten von (chronisch) kranken Personen ohne SARS-CoV-2-Infektion (22).

Auch in Österreich konzentrierte sich das gesamte Gesundheitssystem primär auf akute therapeutische Maßnahmen, mit der Folge, dass geplante Untersuchungen, Behandlungen bzw. Operationen verschoben oder abgesagt wurden. Diese Reduzierung der medizinischen Versorgung könnte bei chronisch kranken Personen zu einer erhöhten physischen und psychischen Belastung geführt haben. Ob es jedoch wirklich eine negative Auswirkung auf den Gesundheitszustand von Patient\*innen gegeben hat, kann bis jetzt noch nicht gesagt werden (23).

In welchem Ausmaß sich diese verringerten Konsultationen auf den Gesundheitsstatus der Patient\*innen auswirken, kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden. Umso wichtiger erscheint es, eine umfassende Gesundheitserhebung und -berichterstattung in den folgenden Jahren zu forcieren, um mögliche Folgen der reduzierten Gesundheitsversorgung möglichst rasch zu erkennen und zu verbessern.

### **5.3.1 Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Patient\*innen während einer Pandemie**

Aufgrund des vorhandenen Einblicks in Familiengemeinschaft und Lebensumstände der Patient\*innen, ist die Funktion der Hausärzte gerade in Krisensituationen von besonderer Bedeutung. Durch die enge Beziehung zu Patient\*innen kann der Allgemeinmediziner auf Wünsche und Bedürfnisse individuell eingehen, Ängste und Sorgen nehmen und dazu beitragen, den Gesundheitszustand auch in der Phase einer Pandemie zu bewahren.

Durch diese Schlüsselfunktion der selbstständigen Hausarzt\*innen und Primärversorgungszentren stellt die Primärversorgung eine wichtige Ressource im Umgang mit Pandemien, wie jene mit Covid-19, dar (2, 24). Gerade deshalb sind die selbst gemiedenen Hausarzttermine wie auch die abgelehnte Behandlung durch Hausarzt\*innen (wie auch von anderen Ärzt\*innen und Gesundheitseinrichtungen) besorgniserregend.

Aufgrund der frei formulierten Antworten einiger Studienteilnehmer\*innen könnte darauf geschlossen werden, dass aufgrund der Berichterstattung der Medien die Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen beeinträchtigt war. Patient\*innen wünschen sich

mehr Informationen und medizinisch-fundierte Aufklärung von Seite der Ärzt\*innen, um Fake-News zu entkräften und Ängste in der Bevölkerung zu reduzieren.

Die österreichische Bevölkerung wurde jedoch vor allem zu Beginn der Pandemie hauptsächlich über die öffentlichen Medien mit wichtigen Informationen versorgt und nicht durch Hausärzt\*innen. Dies sehen auch viele Allgemeinmediziner\*innen als großen Kritikpunkt an der österreichischen Regierung. 71,4 % der Hausärzte, die an der COVI-Prim-Studie (Österreichische Studie, die die hausärztliche Versorgung aus Sicht der Hausärzt\*innen beleuchtet) (24) teilnahmen, gaben an, unzureichende Informationen von öffentlicher Seite bekommen zu haben und somit ihre Patient\*innen nicht richtig über Covid-19, die Maßnahmen zur Pandemie und zu möglichen Risikofaktoren aufklären konnten.

Weiters wurde die österreichische Bevölkerung ermutigt, sich bei möglichen Symptomen einer Corona-Infektion, sofort an die offizielle Gesundheitshotline 1450 zu wenden, weshalb die Hausärzte in ihrer Funktion als Koordinator und erster Ansprechpartner beschränkt wurden (24).

## **5.4 Bewertung der medizinischen Versorgung während der COVID-19 Pandemie**

Der Großteil der Studienteilnehmer\*innen waren zumindest überwiegend mit der hausärztlichen Versorgung während der Corona-Pandemie zufrieden, doch ebenso führen knapp die Hälfte der Befragten Bedenken an, dass die medizinische Versorgung von Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen unter der Covid-19-Pandemie und deren Maßnahmen leiden würde. Gerade mal ein Fünftel hatte das Gefühl, dass die medizinische Versorgung in Österreich während der Höchstphase der Corona-Pandemie ausreichend war. Daraus resultiert, dass trotz eigener Zufriedenheit mit der (hausärztlichen) Versorgung relativ viele der Befragten Bedenken haben, ob eine adäquate Krankenversorgung für alle Menschen besteht. Gleichzeitig zeigte sich auch, dass viele befragte Personen keine Einschätzung abgeben konnten oder wollten.

### **5.4.1 Verbesserung der hausärztlichen Versorgung während einer Pandemie**

Die Ergebnisse der frei formulierten Antworten lassen vermuten, dass die Teilnehmer\*innen eine telemedizinische Beratung und Behandlung im akuten sowie im chronischen Setting für vorteilhaft erachten, um unnötigen Patientenkontakt zu meiden.

Ebenso könnte mittels interdisziplinärer Versorgung durch Gesundheitsberufe und einem vermehrten Angebot von Hausbesuchen das Gefühl von Sicherheit und bestmöglicher Behandlung erhöht werden.

Die bereits vorhandene Literatur, die Telemedizin in Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beleuchtet, deutet darauf hin, dass telemedizinische Tools nützliche Hilfsmittel für die Gesundheitsversorgung von Patient\*innen während einer Pandemie darstellen (25). Durch den Einsatz einer virtuellen, telemedizinischen Versorgung könnten Wartezeiten in Ordinationen reduziert werden und somit das Risiko einer Infektion während eines Arztbesuches minimiert werden. Die Effizienz der Gesundheitsversorgung wird somit verbessert (26).

Im Dialog zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen muss definiert werden, welche Termine abgesagt oder möglicherweise über ein telemedizinisches Portal oder einen Hausbesuch abgewickelt werden könnten und bei welchen Beschwerden die Patient\*innen eine Ordination aufsuchen sollen. Wie von den Befragten gewünscht, könnte durch ein vermehrtes telemedizinisches Angebot, wie die Inanspruchnahme von regelmäßigen kurzen Telefonaten oder Videochats, der Verlauf von Erkrankungen besser beobachtet und speziell bei chronisch Erkrankten, auf etwaige Veränderungen eingegangen werden. Die Teilnehmer\*innen wünschen sich ausreichend Zeit mit ihren Ärzt\*innen, um individuell physische, sowie psychische Anliegen und Beschwerden besprechen zu können. Auch in Krisensituationen, wie es die Pandemie darstellt, muss jede Erkrankung, egal ob akut oder chronisch ernst genommen und abgeklärt werden, um eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten.

## 5.5 Limitationen

Die COVI-Pat-Studie liefert wichtige Einblicke zur Sichtweise von Patient\*innen in Österreich auf das Gesundheitsverhalten wie auch auf die Bewertung des Gesundheitssystems. Dennoch kann aufgrund der selektiven Stichprobe nicht als repräsentative Studie angesehen werden, was die größte Limitation dieser Arbeit darstellt. Dies wird insbesondere dadurch belegt, dass in der Stichprobe zwar das Alter der österreichischen Bevölkerung relativ gut repräsentiert, jedoch ein höherer weiblicher Anteil und auch ein höherer Anteil an Personen mit einem Hochschulabschluss bzw. Universitätsabschluss als in der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung befragt wurde. Um jedoch eine Aussage über die medizinische Versorgung von Patient\*innen bzw. eine mögliche Fehl- oder Unterversorgung während der Corona-Pandemie treffen zu können, müssten Studien durchgeführt werden, die beispielsweise bestimmte Krankheitsbilder fokussieren.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass die Stichprobe einen hohen Anteil an Personen, die im Arbeitssektor Gesundheit, Soziales, Lehre und Gesundheit aufweist. Darüber hinaus wurde der Fragebogen zu Beginn der Pandemie entworfen und wurde an spätere Gegebenheiten nicht in ausreichendem Maße angepasst. Zum Beispiel wurde bei der Frage „Wo man sich am ehesten testen lassen würde?“, nicht die Apotheke als mögliche Antwortmöglichkeit ergänzt, obwohl dies seit November 2020 (27) möglich war. Aufgrund der qualitativen Antwortmöglichkeiten einiger Fragen des Fragebogens, könnte eine beschränkte Aussagekraft vermutet werden, da diese das subjektive Befinden der Teilnehmer\*innen widerspiegeln.

Als weiterer Kritikpunkt am Fragebogen der COVI-Pat-Studie ist zu nennen, dass die Fragestellung über die Gesundheitsbeschwerden der Befragten keinen Rückschluss zulässt, ob die Beschwerden schon vor der Pandemie bestanden und daher möglicherweise keinen Zusammenhang mit den Ausgangsbeschränkungen und dieser Ausnahmesituation hatten.

## 5.6 Ausblick und Schlussfolgerung

Die COVI-Pat-Studie lässt erste Rückschlüsse zu, wie sich Patient\*innen während den Ausgangsbeschränkungen gefühlt haben. Die vorliegenden Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass die gesamte Situation während der Corona-Pandemie zu einem veränderten Gesundheits- und Suchtverhalten gekommen ist.

Die psychologische und psychiatrische Versorgung muss entsprechend darauf vorbereitet werden muss. Für die Hausärzte in Österreich heißt dies insbesondere, dass ihnen eine noch wichtigere Funktion in diesem Bereich zukommt und sie ihre Diagnostik- und Steuerfunktion hinsichtlich psychosozialer Versorgung entsprechend wahrnehmen müssen (ggf. mittels Screening-Instrumente für Depression in der Ordination und bei Bedarf entsprechende Überweisung zu einer fachärztlichen Abklärung bzw. Weiterleitung an entsprechende Therapeuten). In Bezug auf Bewegung, Ernährung und Schlaf sollten und könnten Hausarzt\*innen ebenso zum Beispiel im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung verstärkt Aufmerksamkeit schenken.

Ebenso ist es zu Terminabsagen und –verschiebungen gekommen, welche möglicherweise zu einer Unterversorgung geführt haben. Hier sind insbesondere die Sozialversicherung und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen gefordert. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung sollte nun – mehr denn je – genau beobachtet werden – sowohl auf individueller Ebene durch Ärzt\*innen und andere Gesundheitsberufe, aber auch auf Bevölkerungsebene (z.B. in Form von Studien, Gesundheitsberichterstattung etc.). Zeigt sich jedoch umgekehrt, dass es keine Unterversorgung trotz zahlreich ausgefallener Termine, gekommen ist, so ist die bisherige Standardversorgung zu hinterfragen.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, dass in einer Pandemie die Hausarzt\*innen als Ressource im Gesundheitswesen wahrgenommen werden, sodass sie auch ihre Kernkompetenzen zur Entfaltung bringen können und der österreichischen Bevölkerung eine möglichst gute Basisversorgung bieten können.

## 6 Literaturverzeichnis

### References

1. Lee JQ, Loke W, Ng QX. The Role of Family Physicians in a Pandemic: A Blueprint. *Healthcare (Basel)*. 2020 Jul 5;;8(3):198.
2. Grattagliano I, Rossi A, Cricelli I, Cricelli C. The changing face of family medicine in the COVID and post-COVID era. *European journal of clinical investigation*. 2020 Jun 7;;50(7):e13303,n/a.
3. Uddin M, Mustafa F, Rizvi TA, Loney T, Al Suwaidi H, Al-Marzouqi AHH, et al. SARS-CoV-2/COVID-19: Viral Genomics, Epidemiology, Vaccines, and Therapeutic Interventions. *Viruses*. 2020 May 10;;12(5):526.
4. Die COVID-19-Pandemie in Österreich  
Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen  
Version 1.0 [Internet]. Wien; 2021 [cited 25.07.2022]. Available from:  
<https://www.sozialministerium.at/Services/Neuigkeiten-und-Termine/Archiv-2021/April-2021/COVID-19-Pandemie.-Bestandsaufnahme,-Handlungsrahmen.html>.
5. Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen [Internet].; 2020 [updated June 3;; cited 30.03.2021]. Available from: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>.
6. Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 [Internet].; 2021 [updated Jul 14;; cited 11.10.2021]. Available from:  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=DB59C4A9177087E8C9C394591ED7187B.internet101?nn=13490888#doc13776792bodyText3](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=DB59C4A9177087E8C9C394591ED7187B.internet101?nn=13490888#doc13776792bodyText3).
7. Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 2: Von den ersten Lockerungen hinzu einer Normalisierung des öffentlichen Lebens [Internet].; 2020 [updated June 26;; cited 30.03.2022]. Available from: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog60/>.
8. Chronologie zur Corona-Krise in Österreich Teil 3: Vom ruhigen Sommer bis zum Beginn der zweiten Welle [Internet].; 2020 [updated Oct 14;; cited 30.03.2022]. Available from: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog79/>.
9. Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 4: Erneute Lockdowns, Massentests und der Beginn der Impfkampagne [Internet].; 2021 [updated FEB 10;; cited 30.03.2022]. Available from: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100/>.
10. Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 5: Dritte Welle, regionale Lockdowns und Impffortschritt [Internet].; 2021 [updated May 19;; cited 30.03.2022]. Available from: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog112/>.

11. Epidemiologische Kurve Österreich - Februar 2020 bis Juni 2021 [Internet].; 2022 [updated Mar 30,; cited Mar 31, 2022]. Available from: <https://covid19-dashboard.ages.at>.
12. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK). Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen -Daten -Fakten. Wien: 2019.
13. WONCA EUROPE. Die Europäischen Definitionen der Schlüsselemente der Disziplin der Allgemeinmedizin, der Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin und eine Darstellung der Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin/Hausarzt. 2002.
14. Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. Canadian Medical Association journal (CMAJ). 2021 Feb 8,;193(6):E200-10.
15. Statistik Austria. Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2022 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht. 2022.
16. Bildungsstandregister 2019 - Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2019 nach Bundesland und Geschlecht [Internet]. Wien: Statistik Austria; 2021 [updated Jun 28,; cited 25.07.2022]. Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung>.
17. BMSGPK - Bundesministerium f. Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 - Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria; 2020.
18. Zvolensky MJ, Garey L, Rogers AH, Schmidt NB, Vujanovic AA, Storch EA, et al. Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. Behaviour research and therapy. 2020 Aug 27,;134:103715.
19. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of anxiety disorders. 2020 Feb 10,;70:102196.
20. Kotic A, Lindholm P, Järholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. Journal of anxiety disorders. 2020 Mar 4,;71:102208.
21. Flanagan EW, Beyl RA, Fearnbach SN, Altazan AD, Martin CK, Redman LM. The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults. Obesity (Silver Spring, Md.). 2021;29(2):438-45.
22. Danhieux K, Buffel V, Pairon A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. BMC family practice. 2020 Dec 5,;21(1):255.
23. Hofmarcher MM, Singhuber C. FACT BOOK: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19 - Ambulante Versorgung im

Bundesländervergleich. Wien: Health System Intelligence, Austrian Health Academy; 2020.

24. 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 Jun 10,;16(6):e0251736.

25. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. Journal of medical Internet research. 2020 Dec 1,;22(12):e24087.

26. Bokolo Anthony Jnr. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. J Med Syst. 2020 Jun 15,;44(7):132.

27. Apothekenkammer Österreich, Viktoria Forster. Corona-Testmöglichkeiten in Apotheken. persönliche Kommunikation. 2022 Feb 23,.

# 7 Anhang – Fragebogen COVI-Pat Österreich



Hausärztliche Versorgung in der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Patienten

Aufgrund der Verständlichkeit und Lesbarkeit des Fragebogens wird im Folgenden nur die grammatikalisch männliche Form verwendet. Damit sind ausdrücklich alle Geschlechter gemeint.

**A1. Wie sind Sie auf die Befragung aufmerksam geworden?**

- Homepage
- Soziale Medien
- Zeitung
- Radio
- Fernsehen
- Hausarztpraxis
- E-Mail
- Mündlich
- Sonstiges

Sonstiges

**A2. Wie alt sind Sie?**

**A3. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?**

- männlich
- weiblich
- divers



**A4. Besitzen Sie die österreichische Staatsangehörigkeit?**

- ja, nur die österreichische Staatsangehörigkeit
- ja, die österreichische Staatsangehörigkeit und mindestens eine weitere (ausländische) Staatsangehörigkeit
- nein

**A5. Falls Sie mindestens eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen: Welche ausländische/-n Staatsangehörigkeit/-en besitzen Sie?**

**A6. Welches ist Ihr höchster erreichter Bildungsabschluss?**

- Kein Schulabschluss
- Pflichtschule
- BMS/ Berufsbildende Mittlere Schule
- Lehre
- AHS/ Allgemein Höhere Schule
- BHS/ Berufsbildende Höhere Schule
- Kolleg/ Akademie
- Abschluss an einer Fachhochschule/ Universität
- Sonstiges

Sonstiges

**A7. Welchen Abschluss haben Sie?**

- Bachelor-Studium
- Master-/ Magister-/ Diplom-Ingenieur-Studium
- Doktorat

**A8. Welche Tätigkeit oder welcher Lebensabschnitt trifft auf Sie zu? (Mehrfachantworten möglich)**

- Schule
- Berufsausbildung



- Studium
- Anstellung
- Selbstständigkeit
- Freiberuflichkeit
- Arbeitslosigkeit
- Verbeamtung
- Pension/ Frühpension
- Hausfrau/ Hausmann
- mit helfende Familienangehörige (z.B. Unterstützung im Unternehmen des Partners ohne Gehalt)

**A9. Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich am ehesten zuordnen?**

- Land-, Forst- und Tierwirtschaft und Gartenbau
- Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung (inklusive Handwerk, z.B. Friseur)
- Bau, Architektur, Vermessung und Gebäudetechnik (inklusive Gebäude-/ Reinigungsservices)
- Naturwissenschaft, Geografie und Informatik
- Verkehr, Logistik, Schutz und Sicherheit
- Kaufmännische Dienstleistungen, Warenhandel, Vertrieb, Hotel und Tourismus (inkl. Gastronomie/ Einzelhandel)
- Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht und Verwaltung
- Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung
- Sprach-, Literatur-, Geistes-, Gesellschafts- und Wirtschaftswissenschaften, Medien, Kunst, Kultur und Gestaltung
- Angehörige der regulären Streitkräfte, Militär
- Sonstiges

Sonstiges



**A10. Folgefrage: Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich darunter zuordnen?**

- Friseur
- Handwerker
- Sonstiges

Sonstiges

**A11. Folgefrage: Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich darunter zuordnen?**

- Reinigungspersonal
- Sonstiges

Sonstiges

**A12. Folgefrage: Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich darunter zuordnen?**

- Gastronomie
- Verkäufer/ Kassierer
- Sonstiges

Sonstiges



A13. Folgefrage: Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich darunter zuordnen?

Medizinischer Assistenzberuf (z.B. Ordinationsassistentin), Sanitäter

- Arzt
- Gesundheits- und Krankenpflege
- MTD-Berufe, Hebamme
- Sonstiges


Sonstiges

A14. Folgefrage: Welchem Tätigkeitsbereich würden Sie sich darunter zuordnen?

- Bildende Künstler
- Schauspieler
- Musiker, Sänger, Tänzer
- Sonstiges


Sonstiges

A15. Welche Wohnsituation trifft auf Sie zu (Mehrfachantworten möglich)?

- allein
- in Wohngemeinschaft
- mit (Ehe-) Partner(in)
- mit Familie
- mit Kindern
- mit Eltern (> 65 Jahre)
- mit zu pflegenden Angehörigen
- Pflegeheim/ Betreutes Wohnen



A16. Wo wohnen Sie am ehesten?

- Wohnung (ohne Garten und ohne Balkon)
- Wohnung (mit Garten oder Balkon)
- Haus (ohne Garten und ohne Balkon)
- Haus (mit Garten oder Balkon)
- keine feste Wohnung/ Haus


A17. Wie würden Sie Ihr Wohnumfeld bezeichnen?

- städtisch
- ländlich


A18. In welchem Bundesland wohnen/ wohnten Sie während der Corona-Ausgangsbeschränkung?

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien
- Sonstiges


Sonstiges

A19. Wie hat sich Ihre berufliche Situation/ Ausbildungssituation aufgrund der Corona-Pandemie verändert (Mehrfachantworten möglich)?

- keine Veränderung
- Arbeiten/ Lernen zu Hause („Homeoffice“)
- Kurzarbeit
- Auftragseinbruch/ Ausfall von Veranstaltungen
- Verlust des Arbeitsplatzes
- Erhöhung der Arbeitszeit



Sonstiges

Sonstiges

A20. Wie hat sich der Umfang Ihrer Freizeit verändert?

weniger Zeit  
gleich geblieben  
mehr Zeit

A21. Liegt eine Mehrfachbelastung aufgrund der Corona-Pandemie vor (Mehrfachantworten möglich)?

nein  
ja, durch Kinderbetreuung zu Hause/ Home Schooling  
ja, durch Pflege von Angehörigen zu Hause  
ja, durch zusätzliche Haushaltsaufgaben (Einkaufen, Kochen, usw.)  
ja, durch Existenzsorgen/ -ängste  
Sonstiges

Sonstiges

A22. Haben Sie gegenwärtig mindestens eine der folgenden chronischen Erkrankungen (Mehrfachantworten möglich)?

nein  
Herz-Kreislauf-Erkrankung (inklusive Bluthochdruck)  
Diabetes mellitus  
Lebererkrankung  
Neurologische Erkrankung  
Immundefekt  
Nierenerkrankung  
Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)


Kreberkrankung  
Depression  
Sonstiges

Sonstiges

A23. Sind Sie aktuell gegen Grippe (Influenza) geimpft?

Ja  
Nein  
Bin mir nicht sicher

A24. Haben Sie vor, sich nächste Saison gegen die Grippe (Influenza) impfen zu lassen?

Ja  
Nein  
Bin mir nicht sicher

Hausärztliche Versorgung in der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Patienten

Befinden/ Verhalten während Corona

Im Folgenden stellen wir einige Fragen zu Ihrem persönlichen Befinden/ Verhalten während der Corona-Pandemie oder während der Corona-Ausgangsbeschränkung.

B1. Wurden Sie positiv auf das Coronavirus getestet?

ja  
nein

B2. Folgefrage: Waren Sie spürbar an COVID-19 erkrankt?

ja  
nein



**B3. Folgefrage: Wie stark waren Sie durch die Erkrankung im Alltag eingeschränkt?**

gar nicht   
 schwach   
 teilweise   
 stark   
 sehr stark

**B4. Folgefrage: Welche Symptome hatten Sie? (Mehrfachantworten möglich)**

Fieber   
 Husten   
 Atemnot   
 Schnupfen   
 Geschmacks- oder Geruchsverlust   
 Durchfall   
 Sonstiges

Sonstiges

**B5. Mussten Sie aufgrund des Coronavirus in angeordnete Quarantäne?**

ja   
 nein

**B6. Haben Sie sich in freiwillige Quarantäne begeben?**

ja   
 nein

**B7. Inwieweit haben Sie sich an die Corona-Ausgangsbeschränkung gehalten?**

immer   
 überwiegend   
 manchmal   
 selten   
 niemals



**B8. Hatten Sie aufgrund des Coronavirus oder der Ausgangsbeschränkung häufiger als sonst Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit, etc.?**

ja   
 nein

**B9. In welchem Zeitumfang traten diese auf?**

weniger als 2 Wochen   
 2 und mehr Wochen

**B10. Wie hat sich Ihr Stress aufgrund der Corona-Ausgangsbeschränkung verändert?**

weniger Stress   
 gleich geblieben   
 mehr Stress

**B11. Haben/ Hatten Sie Angst vor dem Coronavirus oder der Corona-Pandemie?**

ja   
 nein

**B12. Wovor hatten Sie besonders Angst?**

	1 - Gar nicht	2	3	4	5 - Sehr
Angst, sich anzustecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst, andere anzustecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst, dass nahestehende Personen (z.B. Familienangehörige) erkranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst, medizinisch nicht angemessen versorgt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst, nicht ausreichend mit Lebensmittel versorgt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**B13. Wovor hatten Sie noch Angst?**

**B14. Inwiefern achten Sie in der Corona-Pandemie verstärkt auf Hygiene (z.B. regelmäßiges Händewaschen)?**

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

**B15. Inwiefern tragen Sie Mund-Nasen-Schutz beim Einkauf oder in Bus & Bahn?**

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

**B16. Würden Sie sich gegen das Coronavirus impfen lassen, wenn ein Impfstoff verfügbar ist?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Bin nicht sicher	<input type="checkbox"/>

**B17. Haben Sie in der Zeit der Corona-Ausgangsbeschränkung in Ihrem Umfeld Gewalt in der Familie beobachtet/ erlebt?**

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

**B18. In welchem Umfang haben Sie diese beobachtet/ erlebt?**

weniger als sonst	<input type="checkbox"/>
gleich geblieben	<input type="checkbox"/>
mehr als sonst	<input type="checkbox"/>



Hausärztliche Versorgung in der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Patienten

Ihre Meinung zur Corona-Ausgangsbeschränkung

Im Folgenden möchten wir gern Ihre Meinung zur Corona-Ausgangsbeschränkung wissen.

**C1. Wie bewerten Sie im Großen und Ganzen die angeordnete Corona-Ausgangsbeschränkung?**

unzureichend	<input type="checkbox"/>
angemessen	<input type="checkbox"/>
übertrieben	<input type="checkbox"/>
kann ich nicht einschätzen	<input type="checkbox"/>

**C2. Wie häufig empfinden/ empfanden Sie die Zeit der Corona-Ausgangsbeschränkung auch als positiv/ bereichernd?**

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

**C3. Was haben Sie am *stärksten* als positiv/ bereichernd durch die Ausgangsbeschränkung empfunden?**



C4. Wie häufig empfinden/ empfanden Sie die Zeit der Corona-Ausgangsbeschränkung auch als negativ/ belastend?

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
immer	<input type="checkbox"/>

C5. Was haben Sie am *stärksten* als negativ/ belastend während der Ausgangsbeschränkung empfunden?

C6. Haben Sie folgende Stoffe vor und während der Corona-Ausgangsbeschränkung konsumiert? Vor der Corona-Ausgangsbeschränkung

	ja	nein
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C7. Haben Sie folgende Stoffe vor und während der Corona-Ausgangsbeschränkung konsumiert? Während der Corona-Ausgangsbeschränkung

	ja	nein
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C8. Wie hat sich Ihr Alkoholkonsum durch Corona verändert?

weniger	<input type="checkbox"/>
unverändert	<input type="checkbox"/>
mehr	<input type="checkbox"/>

C9. Wie hat sich Ihr Nikotinkonsum durch Corona verändert?

weniger	<input type="checkbox"/>
unverändert	<input type="checkbox"/>
mehr	<input type="checkbox"/>

C10. Wie hat sich Ihr Drogenkonsum durch Corona verändert?

weniger	<input type="checkbox"/>
unverändert	<input type="checkbox"/>
mehr	<input type="checkbox"/>

C11. Wie hat sich Ihr Gesundheitsverhalten während der Corona-Ausgangsbeschränkung verändert?

	weniger	unvera	mehr
	r	ndert	
Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagliche Bewegung/ Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hausärztliche Versorgung in der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Patienten

Gesundheit und Versorgung während der Corona-Pandemie

Im Folgenden stellen wir Ihnen Fragen zu Gesundheit und Versorgung während der Corona-Pandemie oder der Corona-Ausgangsbeschränkung

**D1. Wie häufig traten bei Ihnen gesundheitliche Beschwerden während der Corona-Ausgangsbeschränkung auf?**

	nie	selten	manch mal	oft	immer
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche (z.B. Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl von Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlose Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln, Missempfindung, Gefühl, dass Körperteile (Gesicht, Arme etc.) einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkter Harndrang oder häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsbeschwerden (Verstopfung, Durchfall, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	nie	selten	manch mal	oft	immer
Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden oder Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlaf- oder Durchschlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzungen, Schnittwunden, Prellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D2. Welche sonstigen Beschwerden traten bei Ihnen auf?**



**D3. Nehmen Sie regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein?** ja   
nein

**D4. Nehmen Sie regelmäßig nicht ärztlich verordnete Medikamente ein?** ja   
nein

**D5. Hat sich Ihre Medikamenteneinnahme durch die Corona-Ausgangsbeschränkung oder die Corona-Pandemie geändert?** ja   
nein

**D6. Inwieweit hat sich der Medikamentenkonsum geändert?** weniger Medikamente   
mehr Medikamente

**D7. Was hat sich sonst bezüglich der Medikamenteneinnahme geändert?**

**D8. Wodurch hat sich der Medikamentenkonsum geändert (Mehrfachantworten möglich)?**

Arzt hat das so verordnet.   
Apotheke hat das so herausgegeben.   
Das bisherige Medikament war nicht lieferbar.   
Das bisherige Medikament sollte man wegen der Corona-Infektion nicht mehr nehmen.   
Ich habe das selbst entschieden.



Sonstiges

**D9. Haben Sie aufgrund der Corona-Pandemie mindestens einen (Zahn-)Arztbesuch vermieden?** ja   
nein

**D10. Bei welcher Fachrichtung wäre der von Ihnen vermiedene Termin gewesen? (Mehrfachantworten möglich)**

Hausarzt (Allgemeinmediziner/ hausärztlicher Internist)   
Kinder- und Jugendarzt   
Zahnarzt   
Urologe   
Gynäkologe   
Orthopäde   
Psychiater   
Chirurg   
Hals-Nasen-Ohren-Arzt   
Hautarzt   
Internist   
Neurologe   
Radiologe   
Sonstiges

Sonstiges



**D11. Haben Sie aufgrund der Corona-Pandemie mindestens einen (Zahn-)Arztbesuch vermieden und stattdessen Schmerzmedikamente eingenommen?**

ja   
nein

**D12. Wurde bei Ihnen die Behandlung eines Gesundheitsproblems während der Corona-Pandemie abgelehnt?**

ja   
nein

**D13. Durch welchen Facharzt/ welche Fachrichtung wurde die Behandlung abgelehnt (Mehrfachantworten möglich)?**

Hausarzt (Allgemeinmediziner/ hausärztlicher Internist)   
Kinder- und Jugendarzt   
Zahnarzt   
Urologe   
Gynäkologe   
Orthopäde   
Psychiater   
Chirurg   
Hals-Nasen-Ohren-Arzt   
Hautarzt   
Internist   
Neurologe   
Radiologe   
Sonstiges

Sonstiges



**D14. Weswegen wurde die Behandlung abgelehnt?**

**D15. Wurde bei Ihnen mindestens ein geplanter Termin durch Ärzte oder Krankenhäuser/ Kliniken während der Corona-Pandemie verschoben?**

ja   
nein

**D16. Durch welche Einrichtungen wurde bei Ihnen ein geplanter Termin verschoben (Mehrfachantworten möglich)?**

Praxis   
Krankenhaus/ Klinik

**D17. Durch welche Fachrichtungen wurde bei Ihnen ein Termin verschoben (Mehrfachantworten möglich)?**

Hausarzt (Allgemeinmediziner/ hausärztlicher Internist)   
Kinder- und Jugendarzt   
Zahnarzt   
Urologe   
Gynäkologe   
Orthopäde   
Psychiater   
Chirurg   
Hals-Nasen-Ohren-Arzt   
Hautarzt   
Internist   
Neurologe   
Radiologe



Sonstiges

Sonstiges

**D18. War der Termin für eine medizinische Untersuchung/ Präventionsmaßnahme (z.B. Impfungen, Kontrolltermin, Vorsorgeuntersuchung, Disease-Management-Programm (Diabetes-Therapie aktiv))?**

ja

nein

**D19. Für welche medizinische Untersuchung/ Präventionsmaßnahme war Ihr geplanter Termin und weshalb wurde dieser verschoben?**

**D20. War der Termin für eine medizinische Behandlung/ Operation?**

ja

nein



**D21. Für welche medizinische Behandlung/ Operation war Ihr geplanter Termin und weshalb wurde dieser verschoben?**

**D22. Haben Sie selbst aufgrund der Corona-Pandemie ärztliche Termine verschoben?**

ja

nein

**D23. Handelte es sich hierbei um eine medizinische Untersuchung/ Präventionsmaßnahme (z.B. Impfungen, Kontrolltermin, Vorsorgeuntersuchung, Disease-Management-Programm (Diabetes-Therapie aktiv))?**

ja

nein

**D24. Um welche medizinischen Untersuchungen oder Präventionsmaßnahmen handelte es sich hierbei und weshalb haben Sie den Termin verschoben?**

**D25. Handelte es sich hierbei um medizinische Behandlungen/ Operationen?**

ja

nein



**D26. Um welche medizinischen Behandlungen/ Operationen handelte es sich hierbei und weshalb haben Sie den Termin verschoben?**

**D27. Würden Sie sich bei Verdacht auf eine Corona-Infektion testen lassen?**

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

**D28. Wo würden Sie sich am ehesten testen lassen?**

Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>
Andere Arztpraxis, z.B. Lungenarzt (Pulmologe), Hals-Nasen-Ohren-Arzt	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Corona-Ambulanz	<input type="checkbox"/>
Corona-Drive in	<input type="checkbox"/>
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>



**D29. Von wem würden Sie sich bei einer leichten Corona-Erkrankung bevorzugt behandeln lassen?**

Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin)	<input type="checkbox"/>
Andere Arztpraxis, z.B. Lungenarzt (Pulmologe), Hals-Nasen-Ohren-Arzt	<input type="checkbox"/>
Arzt im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Arzt im Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>
Niemand/ Selbstbehandlung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

**D30. Sind Sie der Meinung, dass die medizinische Versorgung von Patienten mit anderen Erkrankungen (außer Corona) während der Corona-Pandemie ausreichend ist?**

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>
kann ich nicht einschätzen	<input type="checkbox"/>

Hausärztliche Versorgung in der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Patienten

Hausärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie

Wir möchten Ihnen abschließend noch Fragen zur hausärztlichen Versorgung in der Zeit der Corona-Pandemie stellen.

**E1. Haben Sie einen Hausarzt?**

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>



**E2. War/ Ist die Arztpraxis Ihres Hausarztes aufgrund der Corona-Pandemie geschlossen?**

ja   
 nein   
 kann ich nicht einschätzen

**E3. Haben Sie selbst den Kontakt mit einem Hausarzt aufgrund der Corona-Pandemie gemieden?**

ja   
 nein

**E4. Was waren hierfür die Gründe (Mehrfachantworten möglich)?**

Ich hatte Angst mich mit Corona anzustecken.   
 Ich wollte die Praxis/ das medizinische Personal nicht überlasten.   
 Die Ausgangsbeschränkung hat das nicht zugelassen.   
 Man soll nur im Notfall einen Arzt aufsuchen.   
 Meine Hausarztpraxis war geschlossen.   
 Sonstiges

Sonstiges

**E5. Hatten Sie während der Corona-Ausgangsbeschränkung medizinischen Beratungsbedarf?**

ja   
 nein

**E6. Sind Sie deswegen in Kontakt mit einem Hausarzt getreten?**

ja   
 nein

**E7. War/ Ist die Arztpraxis aufgrund der Corona-Pandemie geschlossen?**

ja   
 nein   
 kann ich nicht einschätzen

**E8. Haben Sie Ihr Anliegen mit dem Hausarzt persönlich in der Praxis bearbeitet?**

ja   
 nein



**E9. Warum waren Sie trotz Beratungsbedarf nicht persönlich in der Hausarztpraxis (Mehrfachantworten möglich)?**

Der Praxisbesuch war aus meiner Sicht nicht notwendig.   
 Der Arzt hat gemeint, dass ein Praxisbesuch nicht notwendig ist.   
 Ich hatte Angst mich mit Corona anzustecken.   
 Ich wollte die Praxis/ das medizinische Personal nicht überlasten.   
 Die Ausgangsbeschränkung hat das nicht zugelassen.   
 Man soll nur im Notfall einen Arzt aufsuchen.   
 Meine Hausarztpraxis war geschlossen.   
 Sonstiges

Sonstiges

**E10. Fühlten Sie sich durch hygienische Maßnahmen in der Hausarztpraxis vor einer Corona-Infektion geschützt?**

gar nicht   
 wenig   
 überwiegend   
 vollkommen

**E11. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes persönlich in der Praxis während der Corona-Pandemie für Sie?**

sehr schlecht   
 schlecht   
 teils-teils   
 gut   
 sehr gut   
 kann ich nicht einschätzen

**E12. Haben Sie Ihr Anliegen mit dem Hausarzt telefonisch bearbeitet?**

ja   
 nein



E13. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes per Telefon während der Corona-Pandemie für Sie?

sehr schlecht   
schlecht   
teils-teils   
gut   
sehr gut   
kann ich nicht einschätzen

E14. Haben Sie Ihr Anliegen mit dem Hausarzt per Email bearbeitet?

ja   
nein

E15. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes per Email während der Corona-Pandemie für Sie?

sehr schlecht   
schlecht   
teils-teils   
gut   
sehr gut   
kann ich nicht einschätzen

E16. Haben Sie Ihr Anliegen mit dem Hausarzt per Videosprechstunde bearbeitet?

ja   
nein

E17. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes per Videosprechstunde während der Corona-Pandemie für Sie?

sehr schlecht   
schlecht   
teils-teils   
gut   
sehr gut   
kann ich nicht einschätzen

E18. Haben Sie Ihr Anliegen mit dem Hausarzt per Messenger, z.B. WhatsApp bearbeitet?

ja   
nein



E19. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes per Messenger, z.B. WhatsApp während der Corona-Pandemie für Sie?

sehr schlecht   
schlecht   
teils-teils   
gut   
sehr gut   
kann ich nicht einschätzen

E20. Wie haben Sie anderweitig Ihr Anliegen mit dem Hausarzt bearbeitet?

nicht anderweitig   
Sonstiges

Sonstiges

E21. Wie war/ ist die Erreichbarkeit Ihres Hausarztes ansonsten während der Corona-Pandemie für Sie?

sehr schlecht   
schlecht   
teils-teils   
gut   
sehr gut   
kann ich nicht einschätzen

E22. Waren Sie insgesamt mit der hausärztlichen Versorgung Ihres Anliegens zufrieden?

gar nicht   
wenig   
überwiegend   
vollkommen

E23. Finden Sie die Möglichkeit einer telefonischen Krankschreibung für max. 2 Wochen bei leichten Atemwegserkrankungen durch den Hausarzt in der Corona-Pandemie sinnvoll?

ja   
nein



E24. Sollte die hausärztliche Versorgung für Patienten mit chronischen Erkrankungen während der Corona-Pandemie verbessert werden?

ja   
nein   
kann ich nicht einschätzen

E25. Was könnte verbessert werden?

E26. Sollte die hausärztliche Versorgung für Patienten mit akuten Beschwerden während der Corona-Pandemie verbessert werden?

ja   
nein   
kann ich nicht einschätzen

E27. Was könnte verbessert werden?



E28. Weitere Kommentare, Anregungen:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sie können das Fenster nun schließen.