

# SARS-CoV-2-Pandemie: Erfahrungen von Medizinischen Fachangestellten in hausärztlichen Praxen

## SARS-CoV-2 Pandemic: Experiences of Health Care Assistants in Family Physician Practices

Jana Ehlers-Mondorf<sup>1</sup>, Hanna Schrader<sup>2</sup>, Lisa Makowski<sup>2</sup>, Ildikó Gágyor<sup>2</sup>, Stefanie Joos<sup>3</sup>, Hanna Kaduszkiewicz<sup>1</sup>

### Hintergrund

Medizinische Fachangestellte (MFA) sind in Hausarztpraxen die ersten Ansprechpartner/innen für Patient(inn)en. Die vorgelegte Arbeit befasst sich mit der SARS-CoV2-Pandemie aus Sicht der MFA und den möglichen Schlussfolgerungen aus ihren Erfahrungen. Hierzu gibt es noch keine systematische Untersuchung.

### Methoden

In vier Bundesländern wurden per Zufall Praxen ausgewählt und die MFA um Teilnahme an einem leitfadengestützten Telefoninterview gebeten. Die Interviews wurden qualitativ inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet.

### Ergebnisse

Von August bis Dezember 2020 wurden 28 Interviews mit 34 MFA (23 Einzel-, vier Doppel- und ein Dreierinterview) durchgeführt. Die MFA berichteten über pandemiebedingte Mehrarbeit: organisatorische Umstrukturierungen aufgrund der Hygienrichtlinien, erhöhten Beratungsbedarf, Abstrichprozeduren, neue Abrechnungsverfahren, Beschaffung von Schutzkleidung und Informationen bei unstrukturiertem Informationsfluss. Finanzielle Einbußen in den Praxen durch Fernbleiben von Patient(inn)en, Angst vor Ansteckung, private Belastungsfaktoren und fehlende Wertschätzung seitens Politik und Gesellschaft beschäftigten die Interviewten. Zwar wurden die Patient(inn)enversorgung in den Praxen als sichergestellt bewertet, aber auch negative gesundheitliche Auswirkungen für Patient(inn)en gesehen, z.B. Ausfall von Früherkennungsuntersuchungen. Die Betreuung von SARS-CoV-2-Infizierten wurde meist gut bewältigt.

### Schlussfolgerungen

Um MFA in der Pandemie zu unterstützen, sind Entlastungen notwendig: Test-/Impfzentren, klare Test- und Abrechnungsregeln. Zur Erhöhung der Sicherheit sind neben ausreichender Schutzausrüstung verständliche und zuverlässige Informationen für MFA und Patient(inn)en wichtig. Ein intensiver Austausch im Team hilft bei den neuen Anforderungen im Zuge der Bewältigung der Pandemie. Eine Wertschätzung der Mehrarbeit der MFA in der Pandemie (nicht nur) mittels Bonuszahlung könnte zur Stärkung des Ansehens des Berufsstandes beitragen.

### Schlüsselwörter

Qualitative Inhaltsanalyse; medizinische Fachangestellte; Hausarztpraxis; SARS-CoV-2

### Background

Health care assistants (HCA) are the first point of contact for patients in family physician practices. The presented work deals with the SARS-CoV2 pandemic from the perspective of HCA and the possible conclusions from their experiences. So far no systematic study has investigated this subject yet.

### Methods

Practices in four German federal states were randomly selected and HCAs were asked to participate in guided telephone interviews. The interviews were analysed qualitatively according to Kuckartz.

### Results

In 2020, from August to December, 28 interviews were conducted with 34 HCAs (23 single, 4 double and one triple interview). The HCAs reported additional work due to the pandemic: organizational restructuring to ensure compliance with hygiene guidelines, increased need of advice, testing, new billing procedures, procurement of protective clothing, and information while information flow was experienced as unstructured. Financial losses in the practices due to patient absenteeism, fear of infection, private stress factors and lack of appreciation on the part of politics and society were the main concerns of the interviewees. Patient care in the practices was assessed as assured, but negative effects for patients were seen due to the suspension of early detection screenings. The care of SARS-CoV-2 infected patients was mostly well managed.

### Conclusions

To support HCAs in the pandemic, relief is needed: testing/vaccination centers, clear testing and billing rules. To increase safety, sufficient protective equipment and comprehensible and reliable information for HCAs and patients are important. An intensive exchange within the team helps to cope with the new demands in the course of the pandemic. Appreciating the extra work of HCAs during the pandemic (not only) by means of bonus payments could contribute to strengthening the reputation of the profession.

### Keywords

qualitative content analysis; health care assistants; family physician; SARS-CoV-2

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Würzburg

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen

Peer reviewed article eingereicht: 28.07.2021, akzeptiert: 13.10.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0502-0507

## Hintergrund

Am 28. Januar 2020 wurde der erste Fall einer SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland diagnostiziert. Spätestens ab dann hatten die Hausarztpraxen vermehrt mit Patient(inn)en zu tun, die sich informieren wollten, Sorge vor einer Infektion hatten oder als Verdachtsfälle die Praxen konsultierten [1]. Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Hausarztpraxen sind für Patient(inn)en die ersten Ansprechpartner/innen und spielen in der Organisation des Praxisalltags eine entscheidende Rolle. Sowohl Verwaltungstätigkeiten als auch medizinische Leistungen gehören zu ihrem Aufgabenspektrum [2].

Es ist anzunehmen, dass die Pandemie viele neue Anforderungen an die MFA stellt. Bisher gibt es noch keine systematische Untersuchung zu Auswirkungen der Pandemie auf die Arbeit der MFA in hausärztlichen Praxen, zu deren Sicht auf die Patient(inn)enversorgung von SARS-CoV-2- und Nicht-SARS-CoV-2-Patient(inn)en und zu beruflichen und privaten Belastungsfaktoren. Ziel dieser Arbeit ist es, die Erfahrungen der MFA mit der SARS-CoV-2-Pandemie darzustellen und ihre Verbesserungsvorschläge aufzugreifen, um zukünftig in Hausarztpraxen besser auf Pandemien vorbereitet zu sein.

## Methoden

In dieser qualitativen Studie wurden leitfadengestützte Telefoninterviews geführt und inhaltsanalytisch nach Kuckartz [3] ausgewertet. Die Auswahl der Proband(inn)en erfolgte im Rahmen einer gleichzeitig stattfindenden postalischen Befragung. Hierbei wurden 6300 Fragebögen an zufällig ausgewählte Hausarztpraxen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein verschickt. Die Adressenliste hierfür wurde über den Anbieter ArztData AG bezogen [4]. Hieraus resultierte eine geringe Beteiligung von lediglich fünf Interviews mit MFA. Zur weiteren Rekrutierung von Proband(inn)en wurden dann drei Zufallslisten von insgesamt 200 Praxen aus der vorliegenden Adressenliste erstellt und die MFA sukzessive telefonisch um Teilnahme gebeten. Zudem wurden zusätzlich im Verlauf

30 Euro Aufwandsentschädigung angeboten. Sobald eine Interviewzusage vorlag, wurde das Interview schnellstmöglich geführt. Schlussendlich nahmen durch die telefonische Rekrutierung 23 weitere Praxen teil, 50 lehnten eine Teilnahme ab und 27 konnten nicht erreicht werden. Die insgesamt 100 angerufenen Praxen verteilten sich wie folgt auf die Bundesländer: 31 in BW, 35 in BY, 24 in MV und 10 in SH. Diese geringe Rücklaufquote beruhte auf der hohen Arbeitsbelastung der MFA während des Befragungszeitraums. Es fanden Einzel-, Zweier- und ein Dreierinterview statt.

Die Interviews erstreckten sich vom 26.08.2020 bis zum 29.12.2020. Nach dem 28. Interview zeigte sich eine Sättigung bezüglich der bisherigen Erfahrungen der MFA mit der Pandemie. Mit Beginn der Impfkampagne Ende 2020 [5] verschob sich zudem der Fokus der MFA auf die Impfungen, und es wurde deutlich, dass Impfungen ein langwieriges Thema werden würden, das im Rahmen dieser Studie nicht mehr aufgegriffen werden konnte.

Transkription und Auswertung der Interviews erfolgten mithilfe von MAXQDA 2020 Analytics Pro [6]. Dabei wurde deduktiv auf Basis der Interviewfragen und induktiv auf Basis der Interviews ein Kategoriensystem aus fünf Haupt- und 18 Unterkategorien entwickelt (vgl. Abb. 1).

Ein positives Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel liegt vor (D 295/20 vom 26.08.2020).

Diese Studie fand im Rahmen eines gemeinsamen Projektes mit den Instituten für Allgemeinmedizin der Universitäten Würzburg und Tübingen statt, in dem auch Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie ein standardisierter Survey zum Umgang mit der SARS-CoV-2-Pandemie durchgeführt wurden.

## Ergebnisse

An den 28 Interviews nahmen 33 Frauen und ein Mann teil. Dies entspricht grob der Geschlechterverteilung der MFA in Deutschland [2]. Es fanden 23 Einzel-, vier Doppel- und ein Dreierinterview statt, wobei bei den Gruppeninterviews jeder Person die gleichen Fragen gestellt wurden.

Die Mehrheit der Befragten (38 %) waren 51–60 Jahre alt, 35 % 31–40 Jahre, 24 % 41–50 Jahre und eine Teilnehmerin 18–30 Jahre; 38 % hatten bereits  $\geq 25$  Jahre in Praxen gearbeitet, 24 % 15–24 Jahre, 29 % 5–14 Jahre und 9 % unter 5 Jahre.

Zur Risikogruppe für einen schweren COVID-19-Verlauf zählten sich 6 % der Interviewten, 26 % gaben an, eine Risikoperson im Haushalt zu haben, für 21 % traf beides zu. 47 % der Befragten zählten weder sich selbst noch ein Haushaltsmitglied zur Risikogruppe.

Die 28 Praxen waren gleichmäßig auf die vier Bundesländer verteilt, wie auch die Lage der Praxen (ländlich, Kleinstadt, Mittel- und Großstadt). 57 % der Praxen waren Einzelpraxen, 36 % Gemeinschaftspraxen und weitere zwei Praxen (7 %) hatten mehrere Standorte.

## Veränderungen in der Praxis

**Patient(inn)enaufkommen:** Im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 waren die Patient(inn)enzahlen in den Praxen rückläufig. Danach variierten die Fallzahlen stark, abhängig von den Infektionszahlen in der Region, lokalen Infektionsausbrüchen, aber auch von persönlichen Sorgen der Patient(inn)en. *„Gerade die Älteren, die hatten Angst, in die Praxis zu kommen.“* (Nr. 13, Pos. 12)

**SARS-CoV-2-Infektionen im Praxisteam:** In zwei Praxen wurde von SARS-CoV-2-Infektionen und Erkrankungen an COVID-19 im Team berichtet. Die Folgen waren in einem Fall die komplette Praxischließung für zwei Wochen und im anderen Fall die notdürftige Aufrechterhaltung der Patient(inn)enversorgung.

**Umgang im Team:** Die MFA beschrieben ein gutes Klima im Team, in dem *„jede/r am gleichen Strang“* (Nr. 15, Pos 63) ziehe und sich gegenseitig unterstütze. Belastungen gab es durch unterschiedliche Haltungen gegenüber der Pandemie, eigene Verunsicherung, Angst vor einer SARS-CoV-2-Infektion und Verschleppung nach Hause, Überforderung mit Mehrarbeit und Sorge um ausreichende Patient(inn)enversorgung. Geholfen hat eine rege Kommunikation innerhalb der Teams. *„Und in der Praxis (ging es) so, dass wir mehr miteinander kommunizieren und auch über*

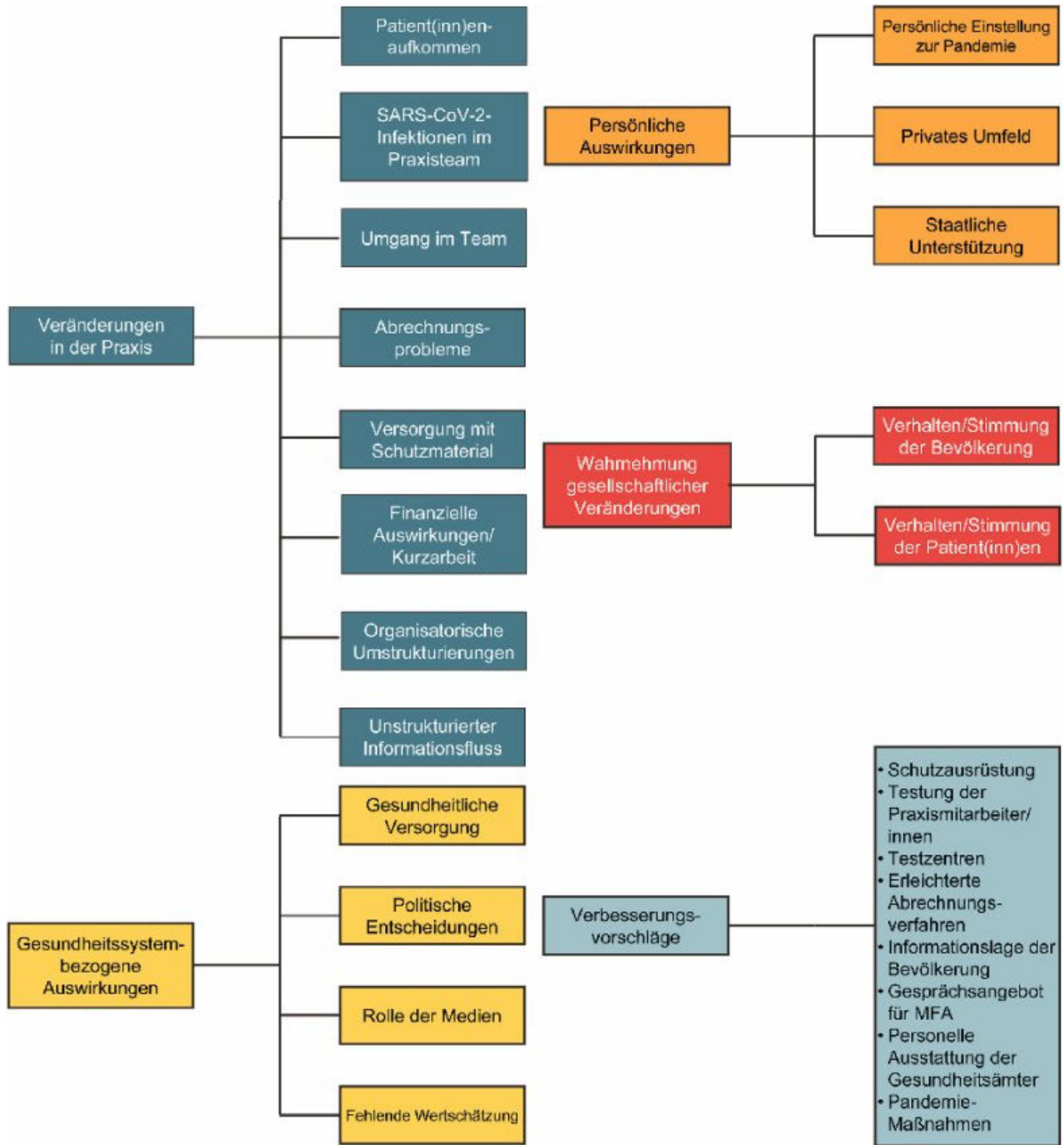


Abbildung: Ehlers-Mondorf et al.

Abbildung 1 Themen hausärztlicher MFA in Bezug auf die SARS-CoV-2-Pandemie

Ängste und Nöte mehr sprechen. Das ist schon positiv. ‚Ich mag das nicht‘, oder ‚Ich will das nicht‘, oder ‚Ich habe da Angst davor‘, oder ‚Kannst du das nicht machen?‘. Solche kleinen Prozesse, die finden schon mehr statt, als sie vorher stattgefunden haben.“ (Nr. 2, Pos. 22)

**Abrechnungsprobleme:** Abrechnungsmodalitäten bezüglich der SARS-CoV-2-Abstriche bereiteten den MFA deutliche Mehrarbeit. Sie be-

klagten regelmäßige Änderungen der Abrechnungsziffern und Formulare für die Labore, was Unübersichtlichkeit schuf. „Wir haben das Problem in der Arztpraxis, dass (wir) sieben (...) verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten für so einen Test haben.“ (Nr. 10, Pos. 8)

**Versorgung mit Schutzmaterial:** Anfänglich gab es eine große Knappheit an Mund-Nasenschutz, Kitteln, Handschuhen und Desinfektionsmit-

tel in den Praxen. Die Situation verbesserte sich zunächst durch Belieferung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Weitere Probleme gab es mit schlechter Qualität des Materials und sehr hohen Preisen. Dies stellte die MFA nicht nur vor das Risiko einer Infektion, sondern auch vereinzelt vor drohende Praxisschließungen. „Es gab tatsächlich Praxen hier (...), die waren kurz davor, ihre Praxis zu

schließen, weil die halt kein Sterillium bekommen haben.“ (Nr. 9, Pos. 16)

**Finanzielle Auswirkungen:** Ein Teil der MFA bemerkte finanzielle Einbußen in den Praxen aufgrund niedriger Scheinzahlen. Die anderen Praxen hatten entweder keine Einbußen oder die MFA hatten keinen Einblick in die Finanzen. Mehrkosten entstanden durch teures Schutzmaterial und einen Umbau der Praxen zwecks besseren Infektionsschutzes.

**Kurzarbeit:** Einzelne MFA mussten in Kurzarbeit. Teilweise konnte dies durch Abbau von Überstunden und Umlegen des Urlaubs abgewendet werden.

**Organisatorische Umstrukturierungen:** Zur räumlichen und zeitlichen Trennung von (potenziell) infektiösen und nicht-infektiösen Patient(inn)en wurden kreative Konzepte umgesetzt. „Nutzen quasi den Parkplatz als Wartezimmer, durch ein spezielles Buchsystem, wie es im Restaurant üblich ist, mit diesen Vibrations- und Blinkmeldern.“ (Nr. 12, Pos. 2)

Auch Zelte und Container wurden angeschafft. Dies war allerdings nur in Praxen mit genügend Außenfläche möglich, vor allem auf dem Land. Kleinere städtische Praxen hatten wegen Platzmangel hierbei eher Schwierigkeiten, solche Lösungen für die Umsetzung der Hygienemaßnahmen einzuführen. Infektsprechstunden wurden eingerichtet, Teams aufgeteilt und Video- und Telefonvisiten durchgeführt. Videovisiten erwiesen sich für ältere Menschen ohne technische Ausrüstung teilweise als nicht anwendbar. Vermehrter Arbeitsaufwand entstand für die MFA durch die Umsetzung der Hygienemaßnahmen, viele Patient(inn)enanrufe zwecks Beratung/Beruhigung, SARS-CoV-2-Abstriche, komplexe Abrechnungsverfahren (s.o.) und Ausfall von Mitarbeiter(inn)en durch Kinderbetreuung.

**Unstrukturierter Informationsfluss:** Beklagt wurde ein unstrukturierter Informationsfluss seitens der KV, der Gesundheitsämter, von Bund und Ländern bezüglich neuer Hygienevorschriften, Abrechnungsmöglichkeiten, Abstrichstrategien und des Umgangs mit SARS-CoV-2-Infizierten. Dies beeinträchtigte die Arbeit der MFA: „Wir waren mit der ganzen (...) Informationsflut total überfordert.“ (Nr. 1, Pos. 8)

Die Neuerungen mussten teilweise täglich neu erarbeitet, im Team verbreitet und umgesetzt werden. Hierfür war teils viel Eigenrecherche, sowohl bei den MFA als auch bei den Ärzt(inn)en, erforderlich. Bei Rückfragen mangelte es an zuständigen Ansprechpartner(inn)en bei den Institutionen. Die Weitergabe dieses unstrukturierten Informationsflusses im Praxis-Team war teilweise durch Kohortenbildung unter den Kolleg(inn)en erschwert.

### Gesundheitssystembezogene Auswirkungen

**Gesundheitliche Versorgung:** Die Versorgung der Patient(inn)en in der Hausarztpraxis wurde größtenteils als sichergestellt angesehen. „Also wir haben unsere hausärztliche Versorgung weiter aufrechterhalten.“ (Nr. 16, Pos. 4)

Durch Terminsprechstunden entstanden weniger Wartezeiten und im ersten Lockdown abgesagte Früherkennungstermine wurden nachgeholt. Einige MFA sahen trotzdem eine beeinträchtigte Patient(inn)enversorgung, da Patient(inn)en aus Angst ihre Medikamentenrezepte nicht mehr abholten, chronische Erkrankungen nicht mehr behandeln ließen oder sogar in lebensbedrohlichen Situationen keine Hilfe holten. „Da haben wir auch schlechte Erfahrungen gehabt, dass (...) welche verstorben sind, weil sie sich auch wirklich nicht gemeldet haben.“ (Nr. 12, Pos. 24)

Es wurden auch Probleme z.B. bei Corona-Schwerpunktpraxen beschrieben, wo der Eindruck entstand, dass Nicht-Infekt-Patient(inn)en zu kurz kämen. Auch das Gefühl ungleicher Arbeitslast zwischen testenden und nicht testenden Praxen entstand.

Die vielen Anrufe von verunsicherten Patient(inn)en erschwerten, die wirklich Kranken herauszufiltern: „Was ist jetzt sozusagen ein verunsicherter Patient und was ist ein kranker Patient, der wirklich schnell Hilfe braucht?“ (Nr. 2, Pos. 8)

Die Versorgung von SARS-CoV-2-Patient(inn)en variierte zwischen täglichen telefonischen Visiten seitens der Praxis und der kompletten Übernahme der Betreuung durch die Gesundheitsämter. War die Verteilung der Kompetenzen zwischen Gesundheitsamt und Arztpraxis nicht klar definiert, führte diese zu Unzufrie-

denheit seitens der MFA und der Patient(inn)en. Die meisten Schleswig-Holsteiner Praxen berichteten über die Kompetenzklärung mittels eines „ambulanten Monitorings“, eingeführt durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Gesundheitsämter, bei dem Patient(inn)en zweimal täglich durch Hausarztpraxen angerufen wurden.

**Stationäre und ambulant spezialärztliche Versorgung:** Die MFA nahmen Einschränkungen der spezialärztlichen Versorgung wahr: „Die haben die ganzen Ambulanzen geschlossen, so wie Rheuma-Ambulanz, und haben einfach auf den Hausarzt verwiesen, der soll die teuren Medikamente aufschreiben.“ (Nr. 16, Pos. 12)

Dem Leidensdruck der Patient(inn)en durch abgesagte OPs und Untersuchungen wurde z.B. durch vermehrte Schmerzmittelverordnungen begegnet: „Nochmal ein Päckchen Schmerztabletten, nochmal ein Päckchen Schmerztabletten.“ (Nr. 16, Pos. 12)

Das Besuchsverbot in Kliniken wurde kritisch gesehen.

**Heim- und Hausbesuche:** Hier war die Patient(inn)enversorgung abhängig von den Bestimmungen der Pflegeeinrichtung und den Routinen der Hausärztinnen und Hausärzte. Teilweise erfolgten Besuche nur bei zwingender Notwendigkeit, ansonsten als Telefonvisiten. Komplette Schließungen von Heimen wurden durch die MFA als kritisch bewertet: „Leider war es dann auch so, dass zum Beispiel eine Patientin gestürzt ist und das haben wir erst ein paar Tage später erfahren, dass die auf den Kopf gestürzt ist. Und wir mussten dann so über fünf Ecken ein CT, einen Fahrdienst und so weiter organisieren, alles über Fax und Telefon.“ (Nr. 16, Pos. 6)

**Gesundheitsamt:** Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern wurde teils positiv, teils negativ bewertet, was durch die Überlastung der Ämter erklärt wurde.

**Labore:** Überforderte Labore erschwerten die Kontaktpersonennachverfolgung, da längere Wartezeiten auf Abstrichergebnisse entstanden.

**Politische Entscheidungen:** Kritisch sahen die MFA eine zu späte Vorbereitung auf die 2. Corona-Welle im Herbst 2020, den Föderalismus und nicht einhaltbare Versprechen

der Politiker/innen, die die Bevölkerung verunsicherten. Die Einrichtung von Testzentren wurde positiv gesehen: Hausarztpraxen wurden so entlastet und konnten besser der Regelversorgung nachkommen.

**Rolle der Medien:** Die MFA kritisierten „Panik“ (Nr. 22, Pos.4) erzeugende Berichterstattung, die verunsicherte Rückfragen der Patient(inn)en bewirkte. Dadurch kam es zu Mehrarbeit für die MFA und es führte auch zu einer Reduktion der Arztbesuche.

**Fehlende Wertschätzung:** Einige MFA hatten das Gefühl, zu wenig Wertschätzung und Aufmerksamkeit seitens Politik und Gesellschaft für ihre Arbeit zu bekommen, obwohl sie „an der Front“ arbeiteten „(u)nd es wird immer überall nur darüber diskutiert, dass die Pflege gestärkt werden muss.“ (Nr. 5, Pos. 102)

Neben einem staatlichen Corona-Bonus für die MFA wurden auch Verständnis und Respekt eingefordert.

### Persönliche Auswirkungen

**Persönliche Einstellungen zur Pandemie:** Die Einstellungen erstreckten sich von Vorsicht und Umsichtigkeit über den Wunsch nach Normalität bis hin zur Ablehnung der Eindämmungsmaßnahmen oder Wut über die Unvernunft der Menschen, die sich nicht an die Maßnahmen hielten. Belastend waren Sorgen um eine eigene oder familiäre Infektion, der Wegfall von Freizeitaktivitäten, vermehrte Kinderbetreuung und der Umgang mit „Corona-Leugnern“. Bewältigen konnten die MFA diese Belastungen sachlich: „realistisch und (...) ohne Panik.“ (Nr. 20, Pos. 22)

Bei der Bewältigung half familiäre Unterstützung, Akzeptanz der Lage, eine positive Grundeinstellung und das Gefühl, auf dem neuesten Stand informiert zu sein.

**Privates Umfeld:** Die MFA wurden privat aufgrund ihrer Profession zu Rate gezogen, teilweise aber auch wegen der arbeitsbedingten möglichen Kontakte zu SARS-CoV-2-Infizierten vom privaten Umfeld gemieden.

**Staatliche Unterstützung:** Neben der eigenen Kurzarbeit (s.o.) waren vereinzelt Ehepartner in Kurzarbeit. Einige MFA nahmen die Notbetreuung für ihre Schul- und Kindergartenkinder in Anspruch.



### Jana Ehlers-Mondorf ...

... ist Studentin der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU zu Kiel). Im Rahmen ihrer Promotion am Institut für Allgemeinmedizin der CAU zu Kiel hat sie sich mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf MFA aus Hausarztpraxen beschäftigt und in Telefoninterviews deren Sicht auf medizinische, persönliche und politische Themen gewonnen.

Foto: studioline Photostudios GmbH

### Wahrnehmung gesellschaftlicher Veränderungen

Das Verhalten der Patient(inn)en spiegelte laut den MFA die Stimmung der Bevölkerung wider. Der Verunsicherung begegneten die MFA durch professionelle Beratung und Einhaltung aller Hygieneregeln. Positiv fiel ein stärkerer Zusammenhalt auf: „Was schön ist, dass vielleicht ein paar Leute ein bisschen demütiger werden und vielleicht ein bisschen mehr zusammenhalten.“ (Nr. 4, Pos. 44)

Negativ fiel auf, dass laut der MFA im Verlauf der Pandemie Hygieneregeln vermehrt gebrochen wurden. Das läge an einer „Pandemie-Müdigkeit“, Egoismus oder auch dem Zweifeln an der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen. Auch wurde vermehrt eine psychische Belastung in der Gesellschaft beobachtet, vor allem Einsamkeit und Depression: „Die Zahl der Verordnungen von Antidepressiva ist schon angestiegen.“ (Nr. 17–2, Pos. 22)

### Verbesserungsvorschläge

Die Verbesserungsvorschläge der MFA lassen sich drei Bereichen zuordnen:

- Erhöhung der Sicherheit durch zuverlässige Versorgung mit Schutzausrüstung sowie Einführung und öffentlich sichtbare Umsetzung von Standards, z.B. bei Testungen und Hygienemaßnahmen, auch im öffentlichen Raum,

- physische Entlastung durch z.B. Testzentren und weniger Administration, aber auch psychische Entlastung durch professionelle Gesprächsangebote für belastete MFA,
- eine bessere Informationskultur, z.B. durch bessere personelle Ausstattung der Gesundheitsämter und bundesweit einheitliche, verlässliche Strukturen und Prozesse bei der Bekämpfung der Pandemie.

### Diskussion

Die Veränderungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie haben die MFA auf vielen Ebenen unmittelbar betroffen.

### Veränderungen in der Praxis

Das zu Beginn der Pandemie reduzierte Patient(inn)enaufkommen wurde bereits in vergangenen Pandemien beobachtet [7]. Angst vor Ansteckung spielt dabei die größte Rolle. Die Umsetzung von Video- und Telefonsprechstunden ist in solchen Situationen eine gute Alternative, war für ältere Menschen aber teilweise nicht umsetzbar. Deshalb fordern Hwang et al., die virtuelle Gesundheitsversorgung auszubauen, um auch Älteren eine Möglichkeit der Teilhabe zu geben [8]. Eine Handlungsempfehlung für die Durchführung virtueller Sprechstunden wird durch Car et al. beschrieben [9]. Das Auffangen des durch reduzierte Patient(inn)enzahlen geringeren Arbeitsaufkommens mittels Kurzarbeit, Überstundenabbau und kulanter Arbeitsstundenregelungen wurde auch bei Hilbert et al. beobachtet [10]. Räumliche und organisatorische Umstrukturierungen in den Praxen, wie sie durch die DEGAM-S1-Handlungsempfehlung beschrieben sind [11], zeigten sich in kreativen Lösungen, bedeuteten aber einen Mehraufwand für die MFA. Umstrukturierungen ließen sich in kleinen Praxisräumen schwerer umsetzen, wie es auch in einer früheren Untersuchung beschrieben wurde [7]. Die Sicherstellung von ausreichender Schutzausrüstung ist bereits in Planung durch die Schaffung einer „Nationalen Reserve Gesundheitsschutz“ [12].

Dem erlebt unstrukturierten Informationsfluss mittels einer „zentralen Stelle“ zu begegnen, wie schon von Eisele et al. gefordert [7], erscheint schwierig. So gibt es z.B. eine DEGAM-S1-Handlungsempfehlung,

die als eine solche „zentrale Handlungsvorgabe“ gelten könnte, die aber spontan in keinem Interview als Informationsquelle erwähnt wurde. Zudem gibt es in Deutschland eine Vielfalt von Institutionen und Gremien mit spezifischen Aufgaben und eigenen Meinungsbildungsprozessen, die sich kaum stets auf eine einheitliche Position einigen lassen.

### Gesundheitssystembezogene Auswirkungen

Die MFA hatten größtenteils den Eindruck, dass die medizinische Versorgung in Hausarztpraxen sichergestellt gewesen war. Negative Auswirkungen der Pandemie waren Absagen von Früherkennungs- oder DMP-Terminen sowie verschleppte Diagnostik. Dies ist aus der Literatur ebenfalls bekannt [13, 14]. Die Entlastung von Hausarztpraxen durch SARS-CoV-2-Testzentren wird auch von Bleckwenn beschrieben [15].

Einen wichtigen neuen Punkt dieser Untersuchung bildet die Einschätzung der MFA, dass ihre Arbeit als erste Ansprechpartner/innen für Patient(inn)en in der SARS-CoV-2-Pandemie nicht ausreichend wertgeschätzt wurde.

### Gesellschaftliche Veränderungen

Die von den MFA beschriebene negative Stimmung in der Gesellschaft wurde auch ähnlich von Röhr et al. in früheren Epidemien beobachtet, in denen die Menschen unter Wut, Angst, Einsamkeit und Depression litten [16].

### Verbesserungsvorschläge

Forderungen nach mehr Infektionsschutz für MFA durch regelmäßige SARS-CoV-2-Testungen im Praxisteam sind in der ersten Jahreshälfte 2021 bereits umgesetzt worden. Auch die (Wieder-)Eröffnung von Testzentren zur Entlastung der Praxen erfolgte im Herbst 2020. Zur Verbesserung der Informationslage der Bevölkerung gibt es neben der Nummer der KV 116117 auch Bürgertelefone [17]. Jedoch war die Existenz dieser teilweise noch nicht bekannt.

### Schlussfolgerungen

Die pandemische Situation bringt deutliche Mehrarbeit und Belastungsfaktoren für die MFA mit sich. Um sie

zu unterstützen, sind Entlastungen und Unterstützungsangebote notwendig: Testzentren (und momentan auch Impfzentren) scheinen eine wichtige Rolle zu spielen, ebenso klare Test- und Abrechnungsregeln. Zwecks Erhöhung der Sicherheit sind verständliche, leicht zugängliche und zuverlässige Informationen für die MFA und Patient(inn)en sowie ausreichend Schutzausrüstung notwendig. Die Erhöhung der Sicherheit ist ein wichtiger Faktor zur Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch Patient(inn)en. Ein intensiver Austausch im Praxisteam hilft bei der Bewältigung der vielfältigen pandemiebedingten Probleme und kann den Zusammenhalt erhöhen. Professionelle Gesprächsangebote für besonders belastete MFA werden gewünscht. Die Wertschätzung der Arbeit der MFA seitens der Politik (nicht nur) über eine Bonuszahlung könnte zur Stärkung des Ansehens des Berufsstandes beitragen. Zur weiteren Darstellung der Situation der MFA in der Pandemie wären weitergehende Analysen der Zeit ab Beginn 2021 sinnvoll, um insbesondere die Erfahrungen mit den Impfungen in Hausarztpraxen zu untersuchen.

**Danksagung:** Wir bedanken uns sehr herzlich bei den MFA für die Teilnahme an den Interviews.

### Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

### Literatur

1. [www.hausarzt.digital/medizin/pneumologie/aktuelle-praxishilfen-fuer-hausaerzte-60177.html](http://www.hausarzt.digital/medizin/pneumologie/aktuelle-praxishilfen-fuer-hausaerzte-60177.html) (letzter Zugriff am 21.09.2021)
2. [www.praktischerarzt.de/medizinische-befunde/medizinische-fachangestellte-mfa/](http://www.praktischerarzt.de/medizinische-befunde/medizinische-fachangestellte-mfa/) (letzter Zugriff am 21.09.2021)
3. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2020: 95–96, 163–171
4. [www.arztdata.de/](http://www.arztdata.de/) (letzter Zugriff am 23.09.2021)a
5. [www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html) (letzter Zugriff am 21.09.2021)
6. [www.maxqda.de/bestellinformationen-studenten](http://www.maxqda.de/bestellinformationen-studenten) (letzter Zugriff am 21.09.2021)

7. Eisele M, Hansen H, Wagner HO, von Leitner E, Pohontsch N, Scherer M. Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis. Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC-Ausbruch lernen? Bundesgesundheitsbl 2014; 57: 687–693
8. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during COVID-19 pandemic. Int Psychogeriatr 2020; 32: 1217–1220
9. Car J, Koh GCH, Foong PS, Wang CJ. Video consultations in primary and specialist care during covid-19 pandemic and beyond. BMJ 2020; 371: m3945
10. Hilbert B, Krauthausen M, Schrader H, Simmenroth A. Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Arbeitsalltag von jungen Hausärzten. Eine Onlinebefragung unter Mitgliedern der JADE. Z Allg Med 2020; 96: 508–513
11. DEGAM S1-Handlungsempfehlung: Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis, AWMF-Register-Nr. 053–054, Stand 23.12.2020, Version 16
12. <https://p.dw.com/p/3m59j> (letzter Zugriff am 21.09.2021)
13. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, VanRoyen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open 2020; 10: e039674 Ramshorn-Zimmer A, Fakler J, Schröder R, Stöhr R, Kohl E, Gries A. Notaufnahme während der Coronapandemie: Weniger Non-COVID-19-Notfälle. Dtsch Arztlbl 2020; 117: A 1201–1205
14. Bleckwenn M. Behandlung von Patienten in Corona-Ambulanzen. MMW Fortschr Med 2020; 162: 54–56
15. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller S. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. Psychiatr Prax 2020; 47: 179–189
16. [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon.html) (letzter Zugriff am 21.09.2021)

### Korrespondenzadresse

Jana Ehlers-Mondorf  
Institut für Allgemeinmedizin  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
Michaelisstr. 5, Haus U30  
24105 Kiel  
[JanaEhlers@t-online.de](mailto:JanaEhlers@t-online.de)