



IU Internationale Hochschule - Fernstudium
Studiengang: Bachelor of Science Wirtschaftspsychologie

B A C H E L O R A R B E I T

**Arbeitszufriedenheit, Burnout-Risiko und psychische / physische Belastungssymptome von Medizinischen Fachangestellten in Deutschland:
Eine quantitative Untersuchung**

Name: Markus Semmler

Adresse: [REDACTED]

Ort: [REDACTED]

Matrikelnummer: [REDACTED]

Betreuer: [REDACTED]

Eingereicht am:

01. März 2025

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf das Burnout-Risiko bei Medizinischen Fachangestellten in Deutschland. Zudem werden die Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen analysiert. Ferner wird geprüft, ob Unterschiede zwischen Medizinischen Fachangestellten mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich des Burnout-Risikos sowie der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome existieren. Die Daten wurden mittels eines Onlinefragebogens erhoben. Insgesamt wurden 225 Fragebögen ausgewertet. Die Zusammenhangsanalyse zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout erfolgte durch eine einfache lineare Regression, ferner wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse mit sechs Facetten der Arbeitszufriedenheit als Prädiktoren und Burnout als Kriterium durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen erfolgte mittels Korrelationsanalyse nach Pearson. Die Unterschiede zwischen Medizinischen Fachangestellten mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich Burnout sowie psychischer / physischer Belastungssymptome wurden jeweils mittels eines Kruskal-Wallis Tests überprüft. Die einfache lineare Regression ergab, dass Arbeitszufriedenheit ein signifikanter Prädiktor für das Kriterium Burnout ist, $b = -0,81$; $t = -7,88$, $p < 0,001$. Das Modell erklärt 22% der Varianz der Variable Burnout auf. Die multiple lineare Regression ergab, dass die Variablen „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ mit $\beta = -0,27$, $t = -3,14$, $p = 0,002$ und „Freude an der Tätigkeit“ mit $\beta = -0,18$, $t = -2,64$, $p = 0,009$ statistisch signifikant den Burnout-Wert beeinflussen. Die Pearson Korrelationsanalyse zeigte, dass es eine signifikante, negative Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen gab, $r = -0,42$; $p < 0,001$. Die Burnout-Werte von Medizinischen Fachangestellten mit wöchentlicher Arbeitszeit über 40 Stunden unterschieden sich signifikant von denen, die 15 – 30 Stunden und 31 – 40 Stunden arbeiten. Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Medizinischen Fachangestellten mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome festgestellt werden. Die abschließende Empfehlung lautet, die zur Senkung des Burnout-Risikos potentiell geeigneten Variablen „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ sowie „Freude an der Tätigkeit“ in weiterführender Forschung genauer zu untersuchen, um geeignete Maßnahmenpakete ableiten zu können.

Schlüsselwörter: Burnout, Arbeitszufriedenheit, Belastungssymptome, Medizinische Fachangestellte

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	1
1.1 Ziele der Arbeit und Forschungsfragen.....	2
1.2 Aufbau der Arbeit.....	3
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Das Burnout-Syndrom.....	3
2.1.1 Definitionen.....	4
2.1.2 Symptomatik und Verlauf.....	6
2.1.3 Messung des Burnout-Syndroms.....	8
2.1.4 Forschungsstand Burnout.....	9
2.2 Arbeitszufriedenheit.....	12
2.2.1 Modelle der Arbeitszufriedenheit.....	12
2.2.2 Messung der Arbeitszufriedenheit.....	15
2.2.3 Forschungsstand Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Burnout.....	17
2.3 Ableitung der Hypothesen.....	20
3. Methodik	21
3.1 Forschungsdesign.....	21
3.2 Stichprobe.....	22
3.3 Erhebungsinstrument.....	22
3.4 Durchführung.....	24
4. Ergebnisse	24
4.1 Deskriptive Auswertung.....	25
4.1.1 Arbeitszufriedenheit.....	26
4.1.2 Burnout-Werte.....	28
4.1.3 Psychische und physische Belastungssymptome.....	30

4.2 Inferenzstatistische Auswertung.....	31
4.2.1 Regressionsanalysen.....	32
4.2.2 Korrelationsanalysen.....	35
4.2.3 Kruskal-Wallis Tests.....	37
5. Diskussion.....	40
5.1 Beantwortung der Forschungsfragen.....	40
5.2 Limitationen und Empfehlungen.....	43
6. Fazit.....	44
Literaturverzeichnis.....	45
Anhang.....	51
Anhangsverzeichnis.....	51
Anhang – Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	51
Eidesstattliche Erklärung.....	65

Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorthesis das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkung von Motivatoren und Hygienefaktoren auf die Arbeitszufriedenheit (Wiswede, 2012, S. 221).....	14
Abbildung 2: Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 242).....	15
Abbildung 3: Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Burnout über Mediator Wohlbefinden (Merdiaty & Aldrin, 2024, S. 103).....	20
Abbildung 4: Altersverteilung.....	25
Abbildung 5: Verteilung wöchentliche Arbeitszeit.....	25
Abbildung 6: Histogramm Arbeitszufriedenheit.....	28
Abbildung 7: Q-Q-Plot Arbeitszufriedenheit.....	28
Abbildung 8: Histogramm Burnout.....	29
Abbildung 9: Q-Q-Plot Burnout.....	29
Abbildung 10: Histogramm Belastungssymptome.....	31
Abbildung 11: Q-Q-Plot Belastungssymptome.....	31
Abbildung 12: Streudiagramm mit Regressionsgerade Arbeitszufriedenheit – Burnout.....	32
Abbildung 13: Streudiagramm Arbeitszufriedenheit – Belastungssymptome.....	36
Abbildung 14: Streudiagramm Burnout – Belastungssymptome.....	37
Abbildung 15: Box-Plot Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit.....	38
Abbildung 16: Box-Plot Belastungssymptome nach wöchentlicher Arbeitszeit.....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Burnout-Symptomatik (gekürzt) (Burisch, 2014, S. 26 – 29).....	6
Tabelle 2: Reliabilitätskoeffizient Skala Arbeitszufriedenheit.....	26
Tabelle 3: Trennschärfe Items Skala Arbeitszufriedenheit.....	26
Tabelle 4: Deskriptive Werte Facetten der Arbeitszufriedenheit.....	27
Tabelle 5: Deskriptive Werte Arbeitszufriedenheit.....	27
Tabelle 6: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Arbeitszufriedenheit.....	28
Tabelle 7: Deskriptive Werte Burnout.....	29
Tabelle 8: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Burnout.....	30
Tabelle 9: Deskriptive Werte psychische / physische Belastungssymptome.....	30
Tabelle 10: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Belastungssymptome.....	31
Tabelle 11: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Residuen Regressionsmodell 1.....	32
Tabelle 12: Modellzusammenfassung Regressionsmodell 1.....	33
Tabelle 13: ANOVA Regressionsmodell 1.....	33
Tabelle 14: Koeffizienten Regressionsmodell 1.....	33
Tabelle 15: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Residuen Regressionsmodell 2.....	34
Tabelle 16: Modellzusammenfassung Regressionsmodell 2.....	34
Tabelle 17: ANOVA Regressionsmodell 2.....	34
Tabelle 18: Koeffizienten Regressionsmodell 2.....	35
Tabelle 19: Pearson Korrelationsanalyse Arbeitszufriedenheit – Belastungssymptome.....	36
Tabelle 20: Spearman Korrelationsanalyse Burnout – Belastungssymptome.....	36
Tabelle 21: Mittlere Ränge Gruppen nach Burnout.....	38
Tabelle 22: Kruskal-Wallis-Test Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit.....	38
Tabelle 23: Dunn-Bonferroni-Test Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit.....	39
Tabelle 24: Mittlere Ränge Gruppen nach psychische / physische Belastungssymptome.....	39
Tabelle 25: Kruskal-Wallis-Test Belastungssymptome nach wöchentlicher Arbeitszeit.....	39

Abkürzungsverzeichnis

ABB	Arbeits-Beschreibungs-Bogen
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMI	Burnout-Mobbing-Inventar
BOSS	Burnout-Screening-Skalen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
EXQ	Employee Experience Questionnaire
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
JDI	Job Descriptive Index
MBI	Maslach-Burnout-Inventory
MBI-ES	Maslach-Burnout-Inventory Educators Survey
MBI-GS	Maslach-Burnout-Inventory General Survey
MBI-HSS	Maslach-Burnout-Inventory Human Services Survey
MFA	Medizinische Fachangestellte
MW	Mittelwert
OR	Odds Ratio / Chancenverhältnisse
Q-Q-Plot	Quantile-Quantile-Plot
SD	Standardabweichung
VMF	Verbands medizinischer Fachberufe e.V.
WCW	Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Nach Angaben des Verbands medizinischer Fachberufe e.V. (VMF) gab es 2023 rund 475.000 Medizinische Fachangestellte (MFA) in Deutschland, wobei davon etwa 338.000 MFA bei niedergelassenen Ärzten beschäftigt waren (VMF, 2025a, S. 1). Die MFA stellen somit die größte Berufsgruppe im ambulanten Gesundheitswesen in Deutschland dar (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 83). Die frühere Berufsbezeichnung „Arzthelfer/-innen“ wurde im Jahr 2006 im Rahmen einer Neustrukturierung der Berufsordnung in Medizinische Fachangestellte umbenannt und schließt seitdem die ehemalige Berufsgruppe der Arzthelfer/-innen mit ein (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 79; Mergenthal et al., 2014, S. 446; VMF, 2025b). Das Aufgabenspektrum der MFA ist vielfältig und beinhaltet unter anderem folgende Tätigkeiten (Rother et al., 2025, S. 11):

- Erster Ansprechpartner für Patienten und Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Koordination Patiententermine und Sicherstellung eines effizienten Praxisablaufs
- Durchführung medizinischer Voruntersuchungen (z.B. Blutabnahme, EKG, Seh- und Hörtests, etc.) und Mithilfe bei der Nachsorge (Verbandswechsel, etc.)
- Bindeglied zwischen Arzt und Patient
- Unterstützung bei Notfallmaßnahmen und Koordination der weiteren Versorgung des Patienten (Rother et al., 2025, S. 11).

MFA sind in ihrem Beruf dabei regelmäßig diversen Belastungen ausgesetzt, wie z.B. einem hohen Arbeitspensum, starkem Zeitdruck, wenig Pausenzeiten, dem Umgang mit schwierigen Patienten, ungeplanten Zwischenfällen sowie dem Umstand, häufig mehrere Tätigkeiten gleichzeitig ausführen zu müssen (Schmidt-Stiedenroth et al., 2024, S. 42). Die Ausübung von Gesundheits- und Sozialberufen, in denen der Umgang mit Menschen eine große Rolle spielt, wird daher typischerweise mit dem Risiko assoziiert, an einem Burnout zu erkranken (Rother et al., 2025, S. 10). Obwohl das Burnout-Syndrom bis dato nicht eindeutig definiert ist, kann es grob zusammengefasst werden als ein Symptomkomplex mit dem Leitsymptom Erschöpfung als Reaktion auf eine dauerhafte emotionale und interpersonelle Belastung im beruflichen Umfeld (von Känel, 2008, S. 477).

In diesem Kontext untersuchte eine aktuelle deutsche Studie die psychische Gesundheit und das Burnout-Risiko bei MFA, Erzieherinnen sowie Bankkauffrauen (Rother et al., 2025, S. 10). Dazu wurden insgesamt 309 Frauen aus den drei Berufsgruppen befragt (Rother et al., 2025, S. 13). Im Ergebnis zeigten 21,5 % der Erzieherinnen, 21,6 % der Bankkauffrauen und 25,5 % der MFA eine beeinträchtigte psychische Gesundheit (Rother et al., 2025, S. 15). Insgesamt wurde bei 4 % der Befragten ein Burnout-Risiko ermittelt, darunter bei 4,4 % der Erzieherinnen, bei 4,1 % der Bankkauffrauen und bei 2,1 % der MFA (Rother et al., 2025, S. 17). Signifikante Unterschiede gab es in der Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit, diese fiel bei MFA höher aus als bei Erzieherinnen. Als abschließende Empfehlung gaben die Autoren an, dass gezielte Präventionsmaßnahmen etabliert werden müssen, um die mentale Gesundheit zu stärken und das Burnout-Risiko zu minimieren

(Rother et al., 2025, S. 17). Fraglich in diesem Zusammenhang ist, welche Faktoren konkret das Risiko verringern, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln und welche Einflüsse dieses Risiko eher erhöhen. Zahlreiche nationale sowie internationale Studien haben gezeigt, dass vor allem eine hohe Arbeitszufriedenheit mit geringeren Burnout-Werten einhergehen (Faragher et al., 2005; Maqbali et al., 2024; Merdiaty & Aldrin, 2024; Myhren et al., 2013; Roth et al., 2022; Trauernicht et al., 2022). Die Forschungsarbeiten, die diesen Zusammenhang in Gesundheitsberufen untersuchten, befragten zum Zwecke der Datenerhebung zumeist Krankenschwestern, Rettungskräfte, Ärzte oder Pflegepersonal in stationären Einrichtungen. Der Berufsstand der MFA blieb in diesen Betrachtungen oftmals außen vor.

1.1 Ziele der Arbeit und Forschungsfragen

Einige Studien, wie die einleitend erwähnte Arbeit von Rother et al. (2025), beschäftigten sich mit dem Burnout-Risiko von MFA. Andere Arbeiten setzten sich mit der Arbeitszufriedenheit sowie dem subjektiven Berufsbild der MFA auseinander (Goetz et al., 2013; Mergenthal & Güthlin, 2021; Mergenthal et al., 2014). Gerade im deutschsprachigen Raum fehlt es jedoch an Studien, welche die Zusammenhänge zwischen den Konzepten Arbeitszufriedenheit und Burnout bei MFA untersuchen. Diese Forschungslücke soll mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden. Ferner soll anhand der gewonnenen Erkenntnisse aufgezeigt werden, ob geeignete Ansatzpunkte existieren, welche das Burnout-Risiko in dem Berufsfeld der MFA verringern könnten. Die Hauptforschungsfrage, an der sich die nachfolgende Untersuchung orientiert, lautet dabei wie folgt:

Hauptforschungsfrage: Inwiefern beeinflusst die Arbeitszufriedenheit das Burnout-Risiko von Medizinischen Fachangestellten in Deutschland und welche Bedarfe und Potentiale lassen sich dadurch für das Berufsbild ableiten?

Im Verlauf eines Burnout-Syndroms können sich verschiedene psychische und physische Symptome wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Verdauungsbeschwerden entwickeln (Burisch, 2014, S. 25 – 29). Ähnliche Belastungsbeschwerden können jedoch auch unabhängig von Burnout entstehen (Berger et al., 2012, S. 4; Braun et al., 2019, S. 506). Studien haben gezeigt, dass Arbeitszufriedenheit und die körperliche sowie mentale Gesundheit in einem positiven Zusammenhang stehen (Faragher et al., 2005; Maqbali et al., 2024). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist es daher sinnvoll, auch diesen Zusammenhang bei MFA getrennt von einem Burnout-Syndrom zu untersuchen. Es wird die folgende Unterforschungsfrage formuliert:

Unterforschungsfrage 1: Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen bei Medizinischen Fachangestellten in Deutschland?

Lange Arbeitszeiten können sich negativ auf die Gesundheit des Arbeitnehmers auswirken, zu verschiedenen psychischen und somatischen Symptomen führen oder die Entwicklung eines Burnouts be-

günstigen (Amlinger-Chatterjee, 2016; Backhaus et al., 2023; Jung et al., 2023). Im Zuge der vorliegenden Ausarbeitung werden auch diese Zusammenhänge in der Berufsgruppe der MFA analysiert. Die zweite Unterforschungsfrage lautet wie folgt:

Unterforschungsfrage 2: Gibt es signifikante Unterschiede zwischen Medizinischen Fachangestellten mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich des Burnout-Risikos sowie der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome?

1.2 Aufbau der Arbeit

Um die genannten Haupt- und Unterforschungsfragen adäquat beantworten zu können, wird in Kapitel 2 zunächst der theoretische Hintergrund erläutert. Dazu werden die Konstrukte Arbeitszufriedenheit und Burnout definiert, einige Messinstrumente zu deren Erfassung erläutert sowie aktuelle Forschungsergebnisse zu beiden Themen aufgezeigt. Des Weiteren wird der Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout anhand verschiedener Studien dargestellt. Das Kapitel endet mit der Ableitung der Hypothesen.

Im Kapitel Methodik wird das gewählte Forschungsdesign erläutert, die Stichprobe und die Gestaltung des Erhebungsinstrumentes beschrieben sowie die Durchführung der Untersuchung dargelegt.

Im Anschluss erfolgt in Kapitel 4 die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der erhobenen Daten sowie die Überprüfung der Hypothesen.

Im Diskussionsteil (Kapitel 5) werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung inhaltlich analysiert, die Forschungsfragen beantwortet sowie die Erkenntnisse der Arbeit mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen. Ferner werden die Limitationen der vorliegenden Untersuchung sowie deren mögliche Auswirkungen auf die Ergebnisse erläutert. Das Kapitel endet mit Empfehlungen für weiterführende Forschung auf Grundlage der in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse.

Kapitel 6 fasst die wichtigsten Punkte dieser Ausarbeitung zusammen und zieht ein kurzes Fazit.

2. Theoretischer Hintergrund

Zur Erläuterung des Kontextes der vorliegenden Arbeit werden in diesem Kapitel verschiedene Definitionen, Theorien und Modelle zu den Konstrukten Burnout und Arbeitszufriedenheit vorgestellt.

2.1 Das Burnout-Syndrom

1974 beschrieb der Psychotherapeut H. Freudenberger einen psychischen und physischen Erschöpfungszustand von zumeist ehrenamtlichen Mitarbeitern verschiedener Hilfsorganisationen und verwendete dabei erstmalig den Begriff „Burn-out“ (Burisch, 2014, S. 5). Als Symptome nannte er u.a. ein Gefühl der Erschöpfung, Frustration sowie Gleichgültigkeit (Freudenberger, 1974, S. 160).

Ab diesem Zeitpunkt stieg die Anzahl der Publikationen rund um die Thematik Burnout rasant an (Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 152 – 153). Anfang der 2000er Jahre wurde die Zahl der Veröffentlichungen auf über 6000 Arbeiten beziffert (Rösing, 2003, zitiert nach Thalhammer & Paulitsch,

2014, S. 153). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) schätzte im Jahr 2012 die Anzahl der Publikationen auf ca. 1000 pro Jahr ein (Berger et al., 2012, S. 2). Die ersten Forschungen bezogen sich dabei fast ausschließlich auf Menschen in Sozialberufen, später wurde das Auftreten eines Burnout-Syndroms in unterschiedlichsten Berufsgruppen untersucht (Farber, 2000, S. 589 – 594). Inzwischen wurde das Burnout-Syndrom bei etwa 60 verschiedenen Berufsbildern dokumentiert (Burisch, 2014, S. 23 – 25). Trotz dieser intensiven Beforschung existiert bis dato keine einheitliche Definition des Phänomens „Burnout“, vielmehr gibt es zahlreiche unterschiedliche Begriffsbestimmungen, Modelle sowie über 130 Einzelsymptome, die dem Burnout-Syndrom zugeschrieben werden (Burisch, 2014, S. 14 – 35, Berger et al., 2012, S. 2, Koch et al., 2015, S. 6 – 9). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Definitionsversuche des Burnout-Syndroms präsentiert.

2.1.1 Definitionen

Ein sehr früher und bis heute populärer Definitionsversuch des Burnout-Syndroms wurde von der Psychologin C. Maslach unternommen (Burisch, 2014, S. 20). Sie beschrieb Burnout wie folgt:

Ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben. (Maslach, 1982, zitiert nach Burisch, 2014, S. 20).

Kritisch an dieser Begriffsbestimmung ist der Umstand, dass ein Burnout demzufolge nur bei Personen auftreten kann, die beruflich mit Menschen interagieren und diesen helfen (Burisch, 2014, S. 20). Diese Ansicht wurde in späteren Veröffentlichungen Maslachs revidiert (Burisch, 2014, S. 20, S. 54). Maslach und Leiter entwickelten zudem eine 6-Faktoren-Theorie, nach dieser Burnout durch Arbeitsüberlastung, Mangel an Kontrolle, ungenügende Belohnungen, Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls, mangelnde Gerechtigkeit sowie Wertekonflikte verursacht wird (Maslach & Leiter, 1997, S. 38). Ferner konstruierte Maslach das bis heute in der Forschung häufig eingesetzte Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, S. 99 – 113).

Die Definition von Maslach und die zahlreicher weiterer Autoren beschreiben das Burnout-Syndrom als einen Endzustand im Sinne einer letzten Phase eines vorangegangenen Prozesses (Burisch, 2014, S. 21). Andere Definitionen beschreiben Burnout als den Prozess selbst. Beispielsweise kann Burnout verstanden werden als „ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf“ (Cherniss, 1980, zitiert nach Burisch, 2014, S. 21). Allerdings gehen diese und ähnliche Prozessdefinitionen weniger auf die Symptomatik ein wie die Zustandsdefinitionen (Burisch, 2014, S. 21).

Bezüglich der Ursache von Burnout betrachten viele Autoren das Konstrukt Stress von zentraler Bedeutung (Burisch, 2014, S. 73). Das Burnout-Syndrom kann dementsprechend als Folge von

langfristigem beruflichen Stress verstanden werden (Hedderich, 2014, S. 6). Problematisch ist jedoch die Abgrenzung, ob eine Person nur unter momentanen Stress leidet oder schon ausgebrannt im Sinne des Burnout-Syndroms ist (Hillert & Marwitz, 2006, S.155). Auch die DGPPN fordert eine Unterscheidung zwischen einer vorübergehenden Arbeitsüberforderung, die zu vegetativen Stresssymptomen führen kann, und Burnout als eine längerfristige Arbeitsüberforderung (Berger et al., 2012, S. 4). Ähnlich wie die 6-Faktoren-Theorie von Maslach und Leiter (1997, S. 38) sieht die DGPPN verschiedene Ursachen für berufliche Überforderung und deren Übergang zum Burnout, die in zwei Faktorengruppen untergliedert werden (Berger et al., 2012, S. 4):

- Arbeitsplatzbezogene Faktoren: z.B. objektiv nicht zu bewältigende Arbeitsmenge, fehlende Anerkennung durch Führungskräfte, geringe Work-Life-Balance
- Individuelle Faktoren: z.B. zu hohe Erwartungen an die eigene Person, zu wenig Erholungsphasen, Perfektionismus, unzureichende berufliche Qualifikation (Berger et al. 2012, S. 4).

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient weltweit der Definition von Krankheiten sowie zur Verschlüsselung medizinischer Diagnosen (Sievers, 2021, S. 96, Bundesministerium der Gesundheit, 2025). Die deutschen Versionen der ICD sind auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einsehbar. In der 10. Revision der ICD (ICD-10) wird das Burnout-Syndrom nicht als Krankheit aufgeführt, die DGPPN empfiehlt, ein Burnout-Beschwerdebild ohne psychische Erkrankung mit der Ziffer Z 73.0 zu codieren (Berger et al. 2012, S. 5). Die 11. Revision der ICD (ICD-11) wurde 2019 verabschiedet und erlangte im Januar 2022 seine Gültigkeit, jedoch soll die Kodierung nach ICD-11 erst nach einer fünfjährigen Übergangszeit erfolgen (BfArM, 2025a). Das Burnout-Syndrom wird in der ICD-11 erstmals unter dem Code QD85 wie folgt definiert:

Burnout ist ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzeptualisiert wird, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet: 1) Gefühle der Energieerschöpfung oder Erschöpfung 2) Erhöhte mentale Distanz zur Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit 3) Ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung. (WHO, 2025; BfArM, 2025b).

Diese sehr aktuelle Definition lehnt sich folglich stark an die von Maslach vorgeschlagenen Leitsymptome Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie persönliche Leistungseinbußen an und sieht die Entstehung von Burnout an beruflichen Stress gekoppelt. Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch die Tatsache, dass Burnout auch in der ICD-11 nicht als eigenständige Krankheit definiert ist, sondern als ein Syndrom beschrieben wird, das rein im beruflichem Kontext auftreten kann (Sievers, 2021, S. 111). Ein Syndrom kann definiert werden als eine überzufällig häufig auftretende Kombination von Symptomen (Stieglitz, 2022). Problematisch an diesem Verständnis ist, dass keine eindeutig definierte, spezifische Symptomatik eines Burnouts existiert (Koch et al., 2015, S. 3). Es werden eine Vielzahl an Symptomen und Verlaufsphasen mit dem Burnout-Syndrom in Verbindung gebracht (Koch et al., 2015, S. 6). Im nachfolgenden Kapitel wird näher darauf eingegangen.

2.1.2 Symptomatik und Verlauf

Analog zu den unterschiedlichen Definitionsansätzen wurden zahlreiche verschiedene Phasenmodelle entwickelt, die den Verlauf eines Burnout-Syndroms charakterisieren (Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 153). Je nach Autor werden dabei zwischen zwei bis zwölf Phasen bzw. Stadien unterschieden, wobei jeder Phase verschiedene Symptome zugeordnet werden. Im Anhang werden einige dieser Stufenmodelle aufgelistet (Anhang A, Tab. A1, S. 52). Problematisch an diesen Phasentheorien ist trotz deren vordergründiger Nachvollziehbarkeit die fehlende, wissenschaftliche Validierung sowie die mangelnde Verallgemeinerbarkeit des Verlaufs eines Burnouts (Berger et al., 2012, S. 3). Die Modelle beruhen dementsprechend nicht auf belastbaren empirischen Studien, sondern auf den intuitiven Typisierungsversuchen des jeweiligen Autors (Burisch, 2014, S. 40; Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 153). Burisch (2014, S. 25 – 29) sammelte alle in der einschlägigen Literatur häufig genannten Symptome des Burnout-Syndroms und ordnete sie sieben Kategorien / Phasen zu. Diese Auflistung umfasst mehr als 130 Einzelsymptome. Ein Überblick über die sieben Oberkategorien mit einer gekürzten Auflistung der jeweiligen Symptome ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Burnout-Symptomatik (gekürzt)

Oberkategorie / Phase	Mögliche Symptome	
1. Warnsymptome der Anfangsphase	-Überhöhter Energieeinsatz -Nicht Abschalten können -Energiemangel	-Gefühl der Unentbehrlichkeit -Erschöpfung -Unausgeschlafenheit
2. Reduziertes Engagement	-Menschliche Enttäuschung -Verlust von Empathie -Negative Einstellung zur Arbeit	-Größere innere Distanz -Zynismus -Fluchtphantasien
3. Emotionale Reaktionen	-Schuldgefühle -Reduzierte Selbstachtung -Hilfslosigkeit	-Stimmungsschwankungen -Reizbarkeit -Negativismus
4. Abbau	-der Motivation -der kognitiven Leistungsfähigkeit	-der Kreativität
5. Verflachung	-Gleichgültigkeit -Desinteresse und Langeweile	-Eigenbröteleien -Einsamkeit
6. Psychosomatische Reaktionen	-Schlafstörungen -Herzklopfen -Engegefühl in der Brust -Veränderte Essgewohnheiten	-Kopfschmerzen -Rückenschmerzen -Verdauungsstörungen -Gewichtsveränderungen
7. Verzweiflung	-Negative Lebenseinstellung -Gefühl der Sinnlosigkeit	-Suizidabsichten -Hoffnungslosigkeit

Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Burisch, 2014, S. 26 – 29.

Burisch orientiert sich hierbei an den Verlaufsmodellen anderer Autoren: Es beginnt zumeist mit einem Übereifer in der beruflichen Tätigkeit, geht dann schrittweise in eine Ermüdung über, in späteren Stadien folgt die Ausprägung psychosomatischer Symptome und kann in Erkrankungen wie z.B. einer Depression enden (Burisch, 2014, S. 25 – 35; S. 40). Er betont jedoch, dass nicht alle

Symptome auftreten müssen, auch die Reihenfolge der einzelnen Phasen mit den dazugehörigen Symptomen kann individuell unterschiedlich sein. So können die psychosomatischen Symptome der Kategorie 6 bereits in der Anfangsphase oder bei manchen Personen überhaupt nicht auftreten (Bürsch, 2014, S. 30). Aufgrund der fehlenden Generalisierbarkeit dieser Phasenmodelle sowie der unscharfen Definitionen des Burnout-Syndroms gestaltet sich die Abgrenzung zu anerkannten Erkrankungen wie Depressionen oder von Burnout unabhängigen Stress-Symptomen als schwierig (Ströbel-Richter et al., 2013, S. 110). Auch können bei verschiedenen körperlichen und psychischen Grunderkrankungen ähnliche Beschwerden auftreten, demzufolge ist eine genaue medizinische Abklärung anderweitiger Ursachen unabdingbar (Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 155; von Känel, 2008, S. 480). Eine Auflistung möglicher Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom ist im Anhang hinterlegt (Anhang B, Tab. B1, S. 53). Auch wenn körperliche Ursachen diagnostisch ausgeschlossen werden können, ist die Abgrenzung zu psychosomatischen Störungsbildern wie dem Chronic-Fatigue-Syndrom oder der Neurasthenie kaum möglich, da auch diese mit Beschwerden wie Erschöpfung, fehlender Leistungsfähigkeit sowie unspezifischen somatischen Symptomen einhergehen (Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 155). Erschwerend kommt hinzu, dass für die Diagnostik eines Burnout-Syndroms weder Ein- noch Ausschlusskriterien bestehen, ferner sind keine Cut-Off-Werte bezüglich Schweregrad und Dauer der Symptome definiert, die Diagnose eines Burnouts liegt daher im individuellen Ermessen des behandelnden Arztes (Berger et al. 2012, S. 3; Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 155).

Wie bereits erwähnt ist die Frage, wann psychosomatische Symptome wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen etc. auftreten, nicht hinreichend geklärt, vielmehr gibt es hier verschiedene Sichtweisen. Die DGPPN postuliert, dass ungewöhnliche berufliche Anforderungen zu einer Überforderung und damit zu vegetativen Stress-Symptomen führen können, diese sich aber durch ausreichend Erholungsphasen zurückbilden (Berger et al., 2012, S. 4). Dementsprechend ist nicht jede Arbeitsüberforderung in Verbindung mit psychischen und / oder physischen Belastungssymptomen mit dem Burnout-Syndrom gleichzusetzen (Braun et al., 2019, S. 506). Das Burnout-Syndrom im Sinne einer chronischen Stressbelastung kann jedoch zur Entstehung von Folgeerkrankungen wie Depression, Angststörungen oder chronischen Schmerzen beitragen und somit im späteren Verlauf als Ursache für mehrere psychische und somatische Beschwerden angesehen werden (Berger et al., 2012, S. 5; Braun et al., 2019, S. 506; Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 156). Zusammenfassend können unspezifische psychische und physische Belastungsbeschwerden daher entweder unabhängig von einem Burnout-Syndrom auftreten, aber langfristig dessen Entstehung begünstigen, oder sie entstehen irgendwann im Verlauf eines Burnouts im Sinne eines prämorbidem Risikozustandes für Folgeerkrankungen (Kramuschke et al., 2024, S. 485). Trotz der geschilderten unklaren Kausalität konnten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Burnout und verschiedenen psychischen sowie somatischen Beschwerden nachweisen (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 109 – 114; von Känel et al., 2020). Bevor diese und weitere aktuelle Studien näher erläutert werden, ist zunächst die Frage zu klären, wie Burnout gemessen werden kann.

2.1.3 Messung des Burnout-Syndroms

Aufgrund der zahlreichen psychischen sowie körperlichen Symptome, die dem Burnout-Syndrom zugeschrieben werden, beschäftigte sich eine Vielzahl an Studien damit, entsprechende biologische Marker von Burnout zu identifizieren (Koch et al., 2015, S. 9). Im Rahmen eines systematischen Reviews wurden 31 dieser Studien verglichen, in denen insgesamt 38 potentielle Biomarker wie z.B. Cortisol oder Epinephrin diskutiert wurden (Danhof-Pont et al., 2011, S. 505 – 507). Es konnten jedoch keine biologischen Marker identifiziert werden, die konsistent mit dem Burnout-Syndrom in Verbindung stehen und dadurch als allgemeingültige Kriterien für die Diagnostik dienen könnten (Danhof-Pont et al., 2011, S. 523). Die Autoren begründeten dies unter anderem mit den unterschiedlichen Operationalisierungen des Burnout-Syndroms sowie dessen stark variierender, patientenindividuellen Symptomatik (Danhof-Pont et al., 2011, S. 523; Koch et al., 2015, S. 9).

Die Messung von Burnout erfolgt daher mittels Selbstbeurteilungsskalen, welche das subjektive Ausmaß der Beschwerden erfassen (Hartog, 2019, S. 693). Im Zuge der langjährigen Forschung wurden zahlreiche Fragebögen entwickelt, welche je nach zugrundeliegender Konzeptualisierung des Burnouts verschiedene Schwerpunktlegungen aufweisen (Kramuschke et al., 2024, S. 486). Diese Messinstrumente werden jedoch als problematisch eingestuft, da sie alle ähnliche Schwächen aufweisen (Hartog, 2019, S. 693; Hillert, 2012, S. 366 – 367; Kramuschke et al., 2024, S. 486). Zum einen beruhen die Skalen der Fragebögen rein auf subjektiven Selbsteinschätzungen, Studien zur externen Validität (z.B. durch Fremdbeobachtung) lieferten heterogene und damit enttäuschende Ergebnisse (Hillert, 2012, S. 366; Koch et al., 2015, S. 10). Zum anderen existieren keine klinisch validen „Cut-Offs“, welche die Schwellenwerte bestimmen, wann eine Person als gesund oder bereits als krank und damit behandlungsbedürftig einzustufen ist (Hartog, 2019, S. 693; Hillert, 2012, S. 366; Koch et al., 2015, S. 10; Thalhammer & Paulisch, 2014, S. 154). Kramuschke et al. fassen treffend zusammen, „dass Burnout das ist, was durch das entsprechende Messinstrument gemessen wird“ (2024, S. 486). Im Folgenden werden einige wichtige Burnout-Fragebögen kurz vorgestellt.

Das Maslach-Burnout-Inventory (MBI) wurde 1981 von C. Maslach entwickelt und wird bis heute in der Burnout-Forschung eingesetzt (Thalhammer & Paulisch, 2014, S. 154). In seiner ursprünglichen Fassung beinhaltete es 22 Items, welche den drei Dimensionen Emotionale Erschöpfung (9 Items), Depersonalisation (5 Items) und Leistungsunzufriedenheit (8 Items) zugeordnet wurden (Burisch, 2014, S. 36). Es folgten mehrere Überarbeitungen sowie verschiedene Versionen des MBI für unterschiedliche Berufsgruppen (Thalhammer & Paulisch, 2014, S. 154). Beispielsweise wurde für Menschen in medizinischen oder sozialen Berufen das MBI Human Services Survey (MBI-HSS) und für Personen in Lehrberufen das MBI Educators Survey (MBI-ES) entwickelt (Burisch, 2014, S. 36; Kramuschke et al. 2024, S. 486). In der aktuell gängigen Fassung beinhaltet das MBI 25 Items, die anhand einer siebenstufigen Häufigkeitsskala (0 = „nie“ bis 6 = „täglich“) beantwortet werden müssen (Hillert, 2012, S. 366; Thalhammer & Paulisch, 2014, S. 154). Ferner existiert mit dem MBI General Survey (MBI-GS) eine Kurzfassung mit 16 Items, welches für alle Berufsgruppen geeignet

ist (Burisch, 2014, S. 36). Das MBI ist das am häufigsten in der Burnout-Forschung verwendete Messinstrument, etwa 90% aller veröffentlichten Studien setzten es zur Bestimmung des Burnout-Wertes ein (Burisch, 2014, S. 37; Hillert, 2012, S. 366; Thalhammer & Paulisch, 2014, S. 154).

Die Burnout-Screening-Skalen (BOSS I und II) von Geuenich und Hagemann (2014) sind deutsche Erhebungsinstrumente mit insgesamt 50 Items, welche die Beschwerden in den Bereichen Beruf, eigene Person, Familie, Freunde (BOSS I) sowie körperliche, kognitive und emotionale Beschwerden (BOSS II) erfassen (Burisch, 2014, S. 38). Die Fragebögen sind unabhängig voneinander einsetzbar und zeigen gute Testgütekriterien, jedoch ist die Normierung mit 300 Personen nur sehr gering, ferner ist das Messinstrument kostenpflichtig (Kramuschke et al., 2024, S. 487).

Das Burnout-Mobbing-Inventar (BMI) von L. Satow ist ein weiterer deutscher Fragebogen, der Skalen zur Erfassung von Burnout (8 Items), Boreout (8 Items), Mobbing (8 Items), Motivationsverlust (8 Items) sowie der Ausprägung von psychischen und physischen Belastungssymptomen (12 Items) beinhaltet (Satow, 2013a, S. 9 – 13). Die Normierungsstichprobe (N = 5520) besteht aus Probanden unterschiedlichen Alters, Einkommens, Geschlechts sowie verschiedener Berufe (Satow, 2013a, S. 7 – 8). Anhand einer Faktorenanalyse konnte die faktorielle Struktur des BMI bestätigt werden, ferner bewegt sich die Reliabilität der Skalen mit Chrombachs Alpha Werten von .85 bis .88 in einem sehr guten Bereich (Satow, 2013a, S. 14 – 16). Durch die hohe Validität und Reliabilität erfüllt das BMI die Gütekriterien für psychologisch-diagnostische Verfahren und ist in der PSYNDEX Datenbank sowie im Testarchiv des Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation hinterlegt (Satow, 2025). Ein weiterer Vorteil des BMI ist dessen kostenlose Verfügbarkeit im Rahmen nichtkommerzieller Forschungszwecke wie z.B. für Abschlussarbeiten (Satow, 2013a, S. 2).

Einige der vorgestellten Messinstrumente wurden in einer Vielzahl an Studien verwendet. Neben der Erfassung der Prävalenz des Burnout-Syndroms beschäftigten sich viele Forschungsarbeiten mit den Zusammenhängen zwischen Burnout und diversen Faktoren wie psychischer und physischer Beschwerden, langen Arbeitszeiten oder Arbeitszufriedenheit. Da insbesondere die Erkenntnisse von Studien dieser Thematiken für die Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit relevant sind, widmet sich das nächste Kapitel der Darstellung und Zusammenfassung wichtiger Forschungsarbeiten sowie deren Ergebnisse.

2.1.4 Forschungsstand Burnout

In der Forschungsarbeit „Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom“ wurde u.a. untersucht, wie häufig ein Burnout-Syndrom in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland diagnostiziert wird (Maske et al., 2016, S. 19). Datengrundlage bildete die bevölkerungsrepräsentative „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ mit einer Stichprobe von n = 7987. Im Ergebnis lag die Lebenszeitprävalenz des Burnout-Syndroms insgesamt bei 4,2%, ein in den letzten zwölf Monaten diagnostiziertes Burnout-Syndrom bei 1,5% (Maske et al., 2016, S. 20 – 21). Bei Frauen lag sowohl die Lebenszeitprävalenz mit

5,2% als auch die 12-Monats-Prävalenz mit 1,9% signifikant höher als bei Männern mit 3,3% Lebenszeit- und 1,1% 12-Monats-Prävalenz. Die Autoren bewerteten die Häufigkeit eines diagnostizierten Burnout-Syndroms in der deutschen Bevölkerung als geringer als ursprünglich angenommen, vor allem im Hinblick auf die hohe mediale Präsenz der Thematik (Maske et al., 2015, S. 22).

Eine thematisch ähnliche Studie analysierte die Daten von 2433 Personen zur Erfassung der Häufigkeitsverteilung einer Erschöpfungs-Symptomatik in der deutschen Bevölkerung sowie dessen Zusammenhang mit Ängstlichkeit, Depression sowie psychischen und somatischen Beschwerden (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 109). Durch einen selbstbestimmten Cut-Off-Wert ermittelten die Autoren einen Anteil von 6% der deutschen Bevölkerung, die an einer Erschöpfungs-Symptomatik leiden (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 112). Ferner konnte bezüglich der Ausprägung unspezifischer Symptome ein hoch signifikanter Unterschied festgestellt werden zwischen Personen mit hohen und niedrigen Erschöpfungswerten (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 113). Von den Menschen mit hohen Werten für Erschöpfung gaben 65% an, unter Kopfschmerzen zu leiden, 82% an Rückenschmerzen sowie 53% an Niedergeschlagenheit. Die Autoren resümierten, dass eine Burnout-Symptomatik zu psychischen und somatischen Folgeerkrankungen führen könnte (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 114). Bei der Erfassung und Auswertung der Erschöpfungszustände wurde jedoch kein beruflicher Kontext integriert (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 113).

Eine weitere groß angelegte und sehr aktuelle Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen beruflichen Burnout („job burnout“) und somatischen Erkrankungen wie beispielsweise hohem Blutdruck und Herzschwäche (von Känel et al., 2020, S. 1). Die Stichprobe umfasste 5671 Personen, die Burnout-Werte wurden anhand der 16 Items des MBI-GS erfasst, zusätzlich wurden 11 Kategorien somatischer Erkrankungen abgefragt (von Känel et al., 2020, S. 2). Eine durchgeführte Netzwerkanalyse zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Werten der Dimension „Erschöpfung“ und hohem Blutdruck sowie weiteren körperlichen Erkrankungen (von Känel et al., 2020, S. 2 – 3). Niedrige Werte der Dimension „Persönliche Leistungsfähigkeit“ wiesen eine signifikante Korrelation mit chronischen Lungenkrankheiten auf. Zusammenfassend sahen die Autoren in den Ergebnissen den Nachweis, dass Burnout mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung somatischer Erkrankungen verbunden ist (von Känel et al., 2020, S. 4 – 5). Dennoch blieb in dieser Studie der kausale Zusammenhang zwischen Burnout und körperlichen Beschwerden unklar. Die Autoren gaben beispielsweise zu bedenken, dass es einerseits möglich ist, dass hohe Erschöpfungswerte zu hohem Blutdruck führen können, es andererseits aber nicht ausgeschlossen ist, dass ein durch andere Faktoren ausgelöster hoher Blutdruck langfristig zur Entwicklung von Erschöpfungszuständen und depressiver Stimmung beitragen kann (von Känel et al., 2020, S. 5).

Ebenfalls häufig Gegenstand der Forschung waren die Fragen, welchen Einfluss lange Arbeitszeiten auf die Gesundheit von Arbeitnehmern haben und ob diese in Verbindung mit der Entwicklung verschiedener Beschwerden oder eines Burnout-Syndroms stehen.

Ein im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) erstellter Bericht von 2016 beschäftigte sich unter anderem mit der Frage, inwiefern sich lange Arbeitszeiten auf die psychische Gesundheit auswirken (Amlinger-Chatterjee, 2016, S. 4). Anhand einer systematischen Literaturrecherche wurden Studien, Literaturübersichten sowie Metaanalysen identifiziert und deren Ergebnisse analysiert. Die Auswertung der Sekundärstudien deutete auf einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen langen Arbeitszeiten und der Qualität sowie der Dauer des Schlafes hin (Amlinger-Chatterjee, 2016, S. 32 – 33). Ferner stellte die Autorin fest, dass lange Arbeitszeiten mit erhöhtem Stresserleben, Erschöpfung sowie depressiver Stimmung korrelieren. Die Analyse der Primärstudien zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen langen Arbeitszeiten und der Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden) sowie von Symptomen eines Burnout-Syndroms (Amlinger-Chatterjee, 2016, S. 36). Ein erhöhtes Risiko für Burnout zeigte sich dabei vor allem bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von über 50 Stunden. Es gab jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Studien bezüglich des Verständnisses von langer Arbeitszeit (Amlinger-Chatterjee, 2016, S. 31). Demnach definierten einige Autoren lange Arbeitszeiten als nicht näher erläuterte Überstunden, zumeist ohne Angabe, ob diese in einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung abgeleistet wurden. In anderen Studien wurden konkrete Schwellenwerte wie zehn Stunden täglich oder wöchentliche Arbeitszeiten ab 40, 45, 48 oder 50 Stunden genannt (Amlinger-Chatterjee, 2016, S. 31).

Eine 2023 veröffentlichte Stellungnahme der BAuA fasst unter anderem den aktuellen Forschungsstand bezüglich langer Arbeitszeiten und dessen Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen detaillierter zusammen (Backhaus et al., 2023, S. 1 – 3). Lange Arbeitszeiten werden hier definiert als Arbeitszeiten von mehr als 10 Stunden pro Tag bzw. mehr als 40 Stunden pro Woche (Backhaus et al., 2023, S. 4). Sie stehen im Zusammenhang mit Kopfschmerzen, Schlafmangel sowie weiteren psychosomatischen Symptomen (Backhaus et al., 2023, S. 5). Ferner gehen lange Arbeitszeiten mit Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck), Stoffwechselerkrankungen (z.B. metabolisches Syndrom), Schmerzen im Bewegungsapparat sowie dem vermehrten Auftreten einer Burnout-Symptomatik einher (Backhaus et al., 2023, S. 5 – 6). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die betrachteten Studien auf mehrere Branchen erstreckten und die Stärke der Zusammenhänge für unterschiedliche Berufsgruppen variierte (Backhaus et al., 2023, S. 6).

Eine aktuelle Kurzübersicht fasst verschiedene Forschungsergebnisse bezüglich der Arbeitszeit von Ärzten und deren Auswirkungen auf die Gesundheit zusammen (Jung et al., 2023, S. 190). Demnach wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Überstunden und der Entwicklung eines Burnout-Syndroms festgestellt, wobei sich das Burnout-Risiko ab einer wöchentlichen Arbeitszeit von 60 Stunden verdoppeln und ab 74 Wochenstunden verdreifachen kann (Jung et al., 2023, S. 192). Ein größeres Mitspracherecht in der Arbeitszeitplanung kann jedoch die Arbeitszufriedenheit von Ärzten steigern und dabei das Burnout-Risiko senken (Jung et al., 2023, S. 194).

Dieser Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf das Burnout-Risiko wurde in zahlreichen Studien untersucht. Bevor näher darauf eingegangen werden kann, muss zunächst erläutert werden, was unter dem Konstrukt Arbeitszufriedenheit verstanden wird und wie diese gemessen werden kann.

2.2 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit stellt ein Konzept der Arbeits- und Organisationspsychologie dar, welches in der Vergangenheit intensiv erforscht wurde und bis dato Gegenstand zahlreicher Untersuchungen ist (Nerdinger et al., 2019, S. 465). Dabei gibt es je nach Schwerpunktlegung und Sichtweise unterschiedliche Ansätze, wie Arbeitszufriedenheit definiert werden kann (Wiswede, 2012, S. 217).

Zum einen kann Arbeitszufriedenheit verstanden werden als positiver emotionaler Zustand, welcher sich anhand der Beurteilung der eigenen Arbeit, des Arbeitsplatzes sowie der Erfahrungen in der Arbeit ergibt (Locke, 1976, zitiert nach Wiswede, 2012, S. 217).

Des Weiteren kann Arbeitszufriedenheit im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs definiert werden als der Erfüllungsgrad der Erwartungen (Bedürfnisse, Ansprüche oder Werte), die ein Arbeitnehmer an seine Arbeit stellt (Wiswede, 2012, S. 217).

Häufig wird Arbeitszufriedenheit auch als Einstellung definiert (Nerdinger et al., 2019, S. 465). Allgemein bezeichnet eine Einstellung die individuelle Bereitschaft, Menschen, Gedanken, Situationen oder Objekte auf eine bestimmte Art zu erfassen, zu bewerten und zu behandeln (Brandstätter & Schuler, 2019, S. 37). Einstellungen umfassen somit eine kognitive Ebene (Gedanken), eine affektive Ebene (Gefühle) sowie eine behaviorale Ebene (Verhaltensbereitschaft) (Gerrig et al., 2018, S. 669). In diesem Verständnis beinhaltet die Arbeitszufriedenheit die Meinung über die eigene Arbeit, die emotionale Reaktion auf die Arbeit sowie die Bereitschaft, sich auf eine bestimmte Art und Weise in der Arbeit zu verhalten (Six & Felfe, 2004, zitiert nach Nerdinger et al., 2019, S. 465).

Die Arbeitszufriedenheit stellt ein komplexes und mehrdimensionales Konstrukt dar, welches aufgrund unterschiedlicher Arbeitssituationen und Bedürfnisse der Mitarbeiter individuell ausgeprägt ist (von Rosenstiel & Nerdinger, 2011, zitiert nach Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239). Es wird daher häufig zwischen einer globalen Arbeitszufriedenheit und der Zufriedenheit mit verschiedenen Facetten der Arbeit unterschieden (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239).

Diese Unterteilung spiegelt sich sowohl in vielen Theorien über die Arbeitszufriedenheit als auch in verschiedenen Messinstrumenten zu deren Erfassung wider. Bevor näher auf die Messung der Arbeitszufriedenheit eingegangen wird, widmet sich das nächste Kapitel der Vorstellung zweier populärer Modelle, der Zwei-Faktoren-Theorie (Herzberg et al., 1959) sowie dem Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit (Bruggemann et al., 1975).

2.2.1 Modelle der Arbeitszufriedenheit

Die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg et. al. (1959) ist eine vielbeachtete Theorie der Arbeitszufriedenheit und trug maßgeblich zu der Entwicklung von Maßnahmen zur Gestaltung von Arbeits-

plätzen bei (von Rosenstiel & Nerdinger, 2011, S. 87). Im Rahmen der sog. Pittsburgh-Studie befragten Herzberg et al. (1959) insgesamt 203 Buchhalter und Ingenieure nach konkreten Arbeitssituationen, in denen sie besonders zufrieden oder unzufrieden waren (Nerdinger et al., 2019, S. 466). Die geschilderten Ereignisse der Befragten wurden im Anschluss inhaltlich analysiert, ferner konnte anhand Häufigkeitsverteilungen ermittelt werden, welche Variablen die Mitarbeiter zufrieden machten und welche die Unzufriedenheit förderten (Becker, 2019, S. 58). Diese Merkmale wurden unter zwei Faktoren zusammengefasst (Nerdinger et al., 2019, S. 467 – 468):

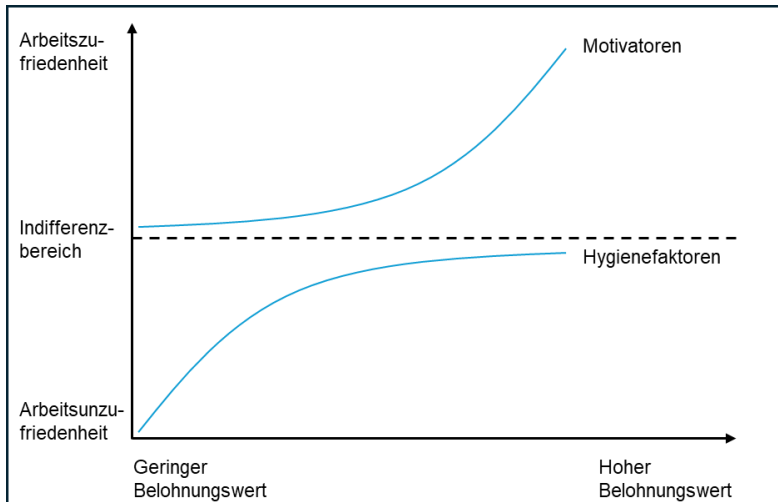
- *Motivatoren*: Leistungserleben, Anerkennung, Arbeitsinhalt, übertragene Verantwortung, Entfaltungsgefühl
- *Hygienefaktoren*: Gehalt, Statuszuweisungen, Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten und Untergebenen, Führung, Unternehmenspolitik und -verwaltung, Arbeitsbedingungen, Einfluss auf Privatleben, Sicherheit des Arbeitsplatzes (Nerdinger et al., 2019, S. 467 – 468)

Die Motivatoren umfassen Variablen, die sich auf die Zufriedenheit der Arbeitnehmer auswirken (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239). Sie betreffen überwiegend intrinsische Aspekte, d.h. in der Arbeit selbst liegende Merkmale, und werden daher auch als Kontentfaktoren bezeichnet (Nerdinger et al., 2019, S. 468). Die Hygienefaktoren dagegen beinhalten solche Variablen, welche nur die Unzufriedenheit beeinflussen (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239). Sie beziehen sich auf extrinsische, d.h. außerhalb der Arbeitstätigkeit liegende Aspekte und werden auch als Kontextfaktoren bezeichnet (Nerdinger et al., 2019, S. 468).

Die Zwei-Faktoren-Theorie unterscheidet demnach zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit als eigenständige Dimensionen, welche von unterschiedlichen Variablen beeinflusst werden (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239). Eine hohe Ausprägung der Motivatoren führt zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit, sind die Motivatoren nicht vorhanden oder nur gering ausgeprägt, führt dies nicht zu einer Unzufriedenheit, sondern zu einem neutralen Zustand (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239; Nerdinger et al., 2019, S. 468). Sind die Hygienefaktoren hoch ausgeprägt, führt dies nicht zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, sondern gewährleistet nur, dass die Arbeitsunzufriedenheit gering ist und damit einen neutralen Zustand erreicht („Nicht-Unzufriedenheit“). Diese Zusammenhänge sind in der Abbildung 1 visualisiert. Um die Zufriedenheit im beruflichen Kontext vollumfänglich zu gewährleisten, sind demzufolge zwei verschiedene Maßnahmenpakete nötig: Der Ausbau der Faktoren, die Zufriedenheit schaffen sowie die Verringerung der Faktoren, die zu einer Unzufriedenheit führen (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239).

Becker (2019, S. 58 – 59) veranschaulicht die Aussagen der Zwei-Faktoren-Theorie mit folgendem Beispiel: Wer unter Zahnschmerzen leidet, ist unzufrieden. Nach erfolgreicher Behandlung sind die Zahnschmerzen verschwunden, die Person ist daher nicht mehr unzufrieden. Dies resultiert jedoch nicht automatisch in eine höhere Zufriedenheit als vor dem Auftreten der Zahnschmerzen, es wurde lediglich ein Problem gelöst und der Normalzustand wiederhergestellt.

Abb. 1: Wirkung von Motivatoren und Hygienefaktoren auf die Arbeitszufriedenheit



Quelle: Eigene Darstellung (geändert) in Anlehnung an Wiswede, 2012, S. 221.

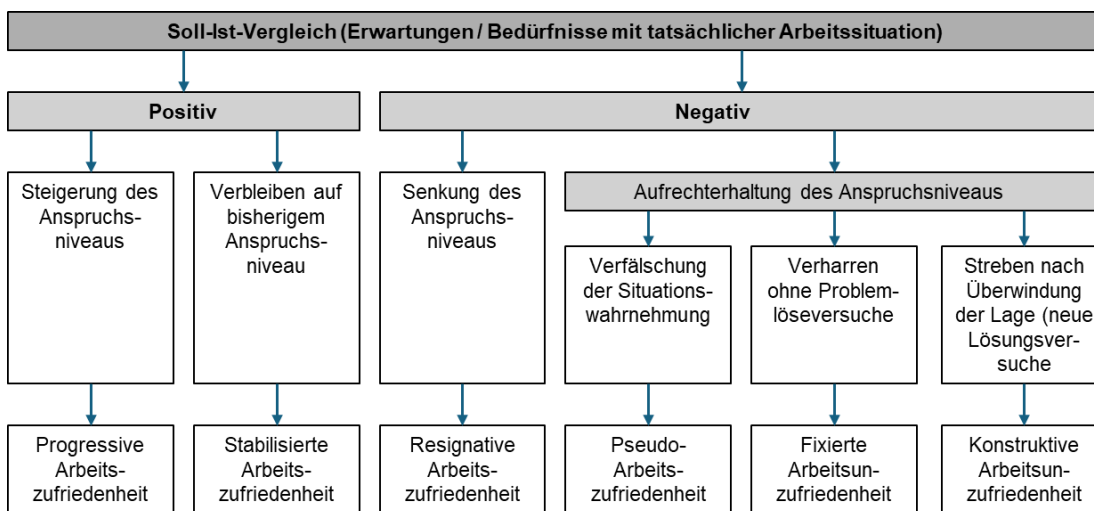
Das Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit (Bruggemann et al., 1975) ist ein weiteres vielzitiertes Modell und bietet unter anderem folgende Vorteile (Burisch, 2014, S. 118):

- Im Gegensatz zu vielen anderen Theorien der Arbeitszufriedenheit besitzt es eine Zeitachse und berücksichtigt dadurch, dass die Entstehung von Arbeits(un)zufriedenheit keinen statischen, sondern einen dynamischen Prozess darstellt
- Es enthält insgesamt sechs Formen von Arbeitszufriedenheit und -unzufriedenheit (Burisch, 2014, S. 118)

Die Entstehung der verschiedenen Formen der Arbeits(un)zufriedenheit wird im Modell wie folgt beschrieben (Bruggemann et al., 1975, zitiert nach Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 242 – 243): Am Anfang steht ein Abgleich zwischen den Erwartungen und Bedürfnissen des Mitarbeiters (Soll) mit den tatsächlichen Gegebenheiten der Arbeitssituation (Ist). Fällt dieser Soll-Ist-Vergleich positiv aus, kann der Arbeitnehmer sein Anspruchsniveau entweder steigern oder seine bisherigen Erwartungen und Bedürfnisse beibehalten. Die Steigerung des Anspruchsniveaus resultiert in einer progressiven Arbeitszufriedenheit, die Beibehaltung in eine stabilisierte Arbeitszufriedenheit. Ein negativer Soll-Ist-Vergleich kann dazu führen, dass der Arbeitnehmer sein Anspruchsniveau senkt oder dieses aufrechterhält. Die Senkung führt zu einer resignativen Arbeitszufriedenheit („es könnte schlimmer sein“). Das Aufrechterhalten des Anspruchsniveaus kann drei mögliche Folgen haben. Entweder verfälscht der Mitarbeiter seine Situationswahrnehmung („ist doch gar nicht so schlimm“) und verfällt dadurch in eine Pseudo-Arbeitszufriedenheit oder er unternimmt keine Versuche, die Situation zu verändern und verfällt dadurch in eine fixierte Arbeitsunzufriedenheit. Als letzte Möglichkeit versucht der Arbeitnehmer, die Situation durch die Suche nach Lösungen zu verändern, was in einer konstruktiven Arbeitsunzufriedenheit resultiert (Bruggemann et al., 1975, zitiert nach Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 242 – 243). Verändern sich Situationen oder Randbedingungen, kehrt das Modell mit

einem neuen Soll-Ist-Vergleich an den Anfang zurück und startet damit einen weiteren Zyklus (Burrich, 2014, S. 118). Die beschriebenen Zusammenhänge sind in der Abbildung 2 visualisiert.

Abb. 2: Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit



Quelle: Eigene Darstellung (geändert) in Anlehnung an Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 242.

Die hier vorgestellten Modelle sowie viele weitere Theorien waren Grundlage für die Entwicklung zahlreicher Messinstrumente zur Bestimmung der Arbeitszufriedenheit. Im nächsten Kapitel werden einige dieser Fragebögen näher erläutert sowie damit durchgeführte Studien zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit von MFA in Deutschland vorgestellt.

2.2.2 Messung der Arbeitszufriedenheit

Der Job Descriptive Index (JDI) von Smith et al. (1969) gilt im internationalen Kontext als eines der am häufigsten verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit (Nerdinger et al., 2019, S. 466). Der Arbeits-Beschreibungs-Bogen (ABB) von Neuberger & Allerbeck (1978) stellt dabei eine deutschsprachige Adaption des JDI dar. Der ABB misst anhand von 81 Items neun Facetten der Arbeitszufriedenheit: Kollegen, Vorgesetzte, Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, Bezahlung, Arbeitszeit sowie Sicherheit des Arbeitsplatzes (Kauffeld & Schermuly, 2019, S. 239). Der ABB kam in einer Vielzahl von Studien zum Einsatz und hat sich dabei als valides und reliables Messinstrument erwiesen (Nerdinger et al., 2019, S. 466).

Das Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale (WCW) von Warr et al. (1979) besteht aus 10 Items, welche die Zufriedenheit mit neun Facetten der Arbeit erfasst: 1) Psychische Arbeitsbelastung; 2) Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können; 3) Kollegen und Mitarbeiter; 4) Anerkennung für die Arbeit; 5) Übertragene Verantwortung; 6) Einkommen; 7) Möglichkeit, eigene Fähigkeit nutzen zu können; 8) Arbeitszeit 9) Grad der Abwechslung (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 80). Mit dem zehnten Item wird die Gesamtzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz abgefragt (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 80). Die Beantwortung aller zehn Fragen erfolgt dabei durch eine siebenstufige Skala, die von „sehr unzufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (7) reicht.

Das Employee Experience Questionnaire (EXQ) stellt ein aktuelles, deutschsprachiges Messinstrument dar, welches die vier Konstrukte Arbeitszufriedenheit, organisationales Commitment, individuelles Engagement sowie kollektives Engagement erfasst (Fischer et al., 2021, S. 1). Es beinhaltet insgesamt 21 Items, wobei die Skala Arbeitszufriedenheit fünf Fragen umfasst, welche die Zufriedenheit mit den Kollegen, der Führungskraft, der Arbeitstätigkeit, den Entwicklungsmöglichkeiten sowie der Vergütung erfassen (Fischer et al., 2021, S. 2). Für die Beantwortung der fünf Items werden siebenstufige Skalenanker bereitgestellt („sehr unzufrieden“ = 1 bis „sehr zufrieden“ = 7), die Höhe der Arbeitszufriedenheit wird durch die Berechnung eines nichtgewichteten, additiven Mittelwertindex ermittelt (Fischer et al., 2021, S. 3). Anhand einer Stichprobe von $n = 467$ konnte für die Skala Arbeitszufriedenheit bezüglich der internen Konsistenz ein Cronbachs Alpha Wert von .80 ermittelt werden, was für eine gute Reliabilität spricht (Fischer et al., 2021, S. 6, S. 10).

Die hier vorgestellten Fragebögen dienten in zahlreichen Studien als Messinstrumente zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Berufsfeldern. Da im Kontext der vorliegenden Arbeit besonders die Forschungsergebnisse bezüglich der Arbeitszufriedenheit von MFA in Deutschland interessant sind, werden im Folgenden drei entsprechende Studien kurz beschrieben.

Eine 2013 veröffentlichte Studie untersuchte anhand von Sekundärdaten die Arbeitszufriedenheit von MFA in deutschen Allgemeinarztpraxen (Goetz et al., 2013, S. 411). Die verwendeten Messdaten beinhalteten die Antworten von 1158 MFA aus insgesamt 345 Allgemeinarztpraxen in ganz Deutschland (Goetz et al., 2013, S. 412). Als Messinstrument kam das WCW Scale zum Einsatz. Es zeigten sich hohe Werte bezüglich der Zufriedenheit mit Kollegen (MW = 6,13, SD = 1,03, Maximum 7), die geringsten Zufriedenheitswerte waren im Bereich „Einkommen“ (MW = 4,62, SD = 1,68), die Gesamtzufriedenheit lag bei einem Mittelwert von 5,84 (SD = 1,09) (Goetz et al., 2013, S. 413). Teilzeitbeschäftigte MFA zeigten dabei signifikant höhere Zufriedenheitswerte in den Facetten Arbeitsbedingungen, Einkommen und Arbeitszeit sowie eine höhere globale Arbeitszufriedenheit als die Mitarbeiter in Vollzeit (Goetz et al., 2013, S. 413 – 414).

Eine thematisch ähnliche Studie untersuchte das subjektive Berufsbild von MFA in Deutschland anhand von Fragen zur Arbeitszufriedenheit, zu Fort- und Weiterbildungen sowie zum subjektiven Berufsverständnis (Mergenthal et al., 2014, S. 445). Dabei wurden insgesamt 410 MFA aus Allgemein- und Facharztpraxen befragt, die Arbeitszufriedenheit wurde anhand des WCW Scale erfasst (Mergenthal et al., 2014, S. 446). Ferner beinhaltete der Fragebogen die Möglichkeit, den eigenen Einfluss auf die Patientenversorgung einzuschätzen. Die Gesamtarbeitszufriedenheit bewegte sich in einem mittleren Bereich (MW = 4,40, SD = 1,7), die Zufriedenheit mit den Facetten Kollegen (MW = 4,71, SD = 1,9), Arbeitsstunden (MW = 4,51, SD = 2,0) sowie Grad der Abwechslung mit den Arbeitsaufgaben (MW = 4,46, SD = 1,9) zeigten dabei die höchsten Werte. Am wenigsten zufrieden zeigten sich die Befragten mit dem Einkommen (MW = 3,44, SD = 1,9) sowie mit der Anerkennung für die eigene Arbeit (MW = 3,82, SD = 1,9) (Mergenthal et al., 2014, S. 446 – 447). Ihren Einfluss auf die Bindung der Patienten an die Praxis bewerteten 93% der befragten MFA als hoch bzw. sehr

hoch ein, 91% der MFA schätzen ihre Mitwirkung am Wohlbefinden der Patienten als hoch bzw. sehr hoch ein. Die Autoren leiteten aus den Ergebnissen ein hohes Engagement der MFA ab, aber auch deren Wunsch nach mehr Anerkennung und höheren Gehältern (Mergenthal et al., 2014, S. 449). Insgesamt waren die Werte der Arbeitszufriedenheit und ihrer Facetten in dieser Studie etwas niedriger als die Ergebnisse vergleichbarer Forschungsarbeiten (Mergenthal et al., 2014, S. 447).

2021 untersuchten Mergenthal und Güthlin erneut die Zufriedenheit von MFA in Deutschland mit verschiedenen Aspekten der Arbeit sowie den Einfluss soziodemografischer Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit. Als Grundlage dienten Daten aus sechs Erhebungen verschiedener Forschungsprojekte mit insgesamt 2371 befragten MFA (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 79 – 80). Der Wert für die Gesamtzufriedenheit betrug im Mittel 5,20 (1,6 SD), die höchste Zufriedenheit ergab sich bei dem Aspekt „Übertragene Verantwortung“ (MW = 5,53, SD = 1,7), danach folgte die Zufriedenheit mit den Kollegen (MW = 5,50, SD = 1,7) (Mergenthal & Güthlin, 2021, S. 80). Die geringste Zufriedenheit zeigte sich erneut mit dem Einkommen (MW = 3,73, SD = 1,9), gefolgt von der Zufriedenheit mit der Anerkennung für die Arbeit (MW = 4,76, SD = 1,8).

Zusammenfassend sind MFA in Deutschland relativ zufrieden mit ihrer Arbeit, vor allem in Hinblick auf die Zusammenarbeit mit ihren Kollegen. Die Arbeitszufriedenheit wird jedoch insgesamt durch zu wenig Anerkennung und vor allem aufgrund des als zu niedrig empfundenen Gehalts geschmälert. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, inwieweit die Arbeitszufriedenheit von MFA in Deutschland das Burnout-Risiko minimieren kann. Dieser Zusammenhang wurde von der Forschung bereits in anderen Berufsgruppen analysiert. Bevor die Hypothesen für die Untersuchung aufgestellt werden, folgt zunächst ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand diesbezüglich.

2.2.3 Forschungsstand Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Burnout

Eine 2005 veröffentlichte Metaanalyse untersuchte den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der allgemeinen Gesundheit anhand 485 Studien mit insgesamt 267 995 Befragten (Faragher et al., 2005, S. 105). Die Hypothesen der betrachteten Studien unterschieden sich dabei grundsätzlich in der Annahme eines negativen Zusammenhangs (höhere Arbeitszufriedenheit geht mit geringeren Gesundheitsproblemen einher) oder eines positiven Zusammenhangs (höhere Arbeitszufriedenheit geht mit besseren Gesundheitswerten einher) (Faragher et al., 2005, S. 106). Zur Bestimmung von kombinierten Korrelationskoeffizienten entschieden sich die Autoren daher, alle Korrelationen in positive Werte umzuwandeln. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass hohe Arbeitszufriedenheit am stärksten mit (guten) Burnout-Werten assoziiert ist (korrigierter, kombinierter Korrelationskoeffizient $r = 0,478$), aber auch mit besseren Werten bezüglich Selbstwertgefühl ($r = 0,429$), Depression ($r = 0,428$) und Angstzuständen ($r = 0,42$) (Faragher et al., 2005, S. 107). Ein signifikanter Zusammenhang mit subjektiven physischen Beschwerden wurde anhand 119 Studien ebenfalls festgestellt, dieser fiel jedoch moderat aus ($r = 0,287$) (Faragher et al., 2005, S. 107 – 108).

Trotz der festgestellten signifikanten Korrelationen betonten die Autoren, dass daraus nicht automatisch ein kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Gesundheit abzuleiten ist, auch wenn dieser plausibel erscheinen würde (Faragher et al., 2005, S. 108).

Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse untersuchte anhand 112 internationalen Studien den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der mentalen Gesundheit bei Krankenschwestern und -pflegern („nurses“) (Maqbali et al., 2024, S. 2). Insgesamt wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeit und mentalen Beschwerden festgestellt (Korrelationskoeffizient $r = -0,25$), auch wenn dieser eher gering ausfiel (Maqbali et al., 2024, S. 7). Höhere negative Korrelationen zeigten sich bei Burnout ($r = -0,446$) und dessen Dimensionen Emotionale Erschöpfung ($r = -0,401$) und Depersonalisation ($-0,391$).

Neben diesen vorgestellten Forschungsarbeiten existieren zahlreiche Einzelstudien, welche vergleichbare Ergebnisse aufzeigen bezüglich der Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout in unterschiedlichen Berufszweigen, wie beispielsweise Ärzte und Krankenschwestern in Intensivstationen (Myhren et al., 2013), Pädagogische Mitarbeiter der stationären Kinder- und Jugendhilfe (Steinlin et al., 2016) oder Pädagogen an Musikschulen (Böckelmann & Kirsch, 2023). Einige Studien berechneten zur Beschreibung des Zusammenhangs nicht nur einfache Korrelationskoeffizienten, sondern entwickelten verschiedene Regressionsmodelle, um den Einfluss der unabhängigen Variable Arbeitszufriedenheit oder deren Facetten auf die abhängige Variable Burnout bzw. dessen drei Dimensionen nach Maslach (1981) aufzuzeigen. Im Folgenden werden drei dieser Arbeiten kurz erläutert, die jeweils unterschiedliche regressionsanalytische Verfahren nutzten.

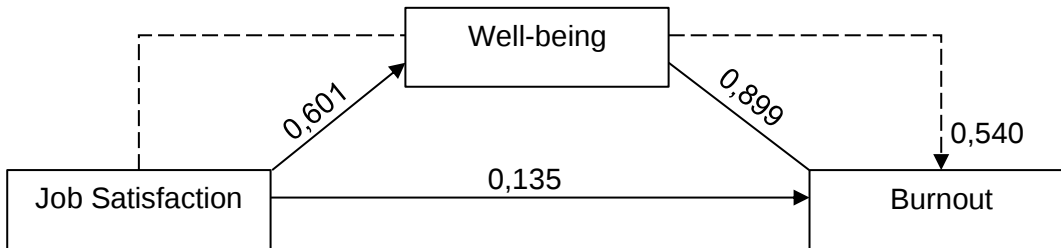
Trauernicht et al. (2022, S. 86 – 87) untersuchten den Zusammenhang zwischen Burnout und verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit bei fröhpädagogischen Fachkräften in Berliner Kindertagesstätten. Zur Erfassung des Burnout wurde die deutsche Version des MBI verwendet, die Arbeitszufriedenheit wurde anhand eines selbstentworfenen Fragebogens gemessen, der verschiedene Aspekte wie Zusammenarbeit im Team oder Arbeitszeiten beinhaltete (Trauernicht et al., 2022, S. 87 – 88). Die Stichprobe umfasste 346 fröhpädagogische Fachkräfte. Es wurden drei multiple Regressionsanalysen durchgeführt, als abhängige Variablen wurden dabei die Burnout-Dimensionen Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie Verringerte Leistungsfähigkeit definiert. Die unabhängigen, erklärenden Variablen waren in den Modellen jeweils die verschiedenen Aspekte der Arbeitszufriedenheit, ferner wurden als Kontrollvariablen u.a. das Alter und die Arbeitszeit miteinbezogen. Im Ergebnis resultierte hohe Emotionale Erschöpfung aus geringen Zufriedenheitswerten mit der Zusammenarbeit im Team, mit den Eltern, mit den Aufstiegschancen sowie dem Arbeitslohn. Das Regressionsmodell klärte insgesamt 31,3 % ($R^2 = .31$; $p < .01$) der Varianz an emotionaler Erschöpfung auf (Trauernicht et al., 2022, S. 88). Depersonalisation wurde mit geringer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit im Team sowie mit den Eltern in Zusammenhang gebracht, insgesamt erklärte das Modell 24,2 % der Varianz ($R^2 = .24$; $p < .01$). Eine verringerte Leistungsfähigkeit resultierte ebenfalls aus geringer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit im Team sowie mit den Eltern,

ferner zeigte sich hier ein signifikanter Zusammenhang mit der Kontrollvariable Arbeitszeit. Das Regressionsmodell erklärte insgesamt 26,5 % der Varianz an verringerter Leistungsfähigkeit auf ($R^2 = .27$; $p < .01$). Da es sich bei dieser Forschungsarbeit um eine Querschnittsstudie handelte, ist die Frage der Kausalität nicht abschließend geklärt, auch entgegengesetzte Ursache-Wirkungs-Beziehungen konnten nicht ausgeschlossen werden (Trauernicht et al., 2022, S. 91).

Eine weitere deutsche Studie untersuchte, ob eine hohe Arbeitszufriedenheit bei nichtärztlichen Mitarbeitern im Rettungsdienst mit niedrigen Burnout-Werten einhergeht (Roth et al., 2022, S. 562). Die Stichprobengröße betrug $n = 1082$, Burnout wurde anhand des MBI-HSS gemessen, die Arbeitszufriedenheit mithilfe von neun selbstgestalteten Items (Roth et al., 2022, S. 563 – 565). Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout wurde mittels zweier binärer logistischer Regressionen analysiert, als abhängige Variablen wurden dabei die Dimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung definiert (Roth et al., 2022, S. 564). Für beide Dimensionen wurde dabei jeweils ein Cut-Off-Wert definiert, anhand dessen die abhängigen Variablen in den binären logistischen Regressionsanalysen entweder den Wert 1 (hohe Burnout-Werte) oder den Wert 0 (niedrige / mittlere Burnout-Werte) annahmen. Die erklärenden Variablen waren in beiden Analysen die abgefragten Facetten der Arbeitszufriedenheit (Roth et al., 2022, S. 565). Die Ergebnisse der Regressionsanalysen wurden als Chancenverhältnisse, sog. Odds Ratio (OR), angegeben (Roth et al., 2022, S. 566). Die Zufriedenheit mit dem beruflichen Status sowie mit der Berufswahl zeigten einen negativen Zusammenhang mit beiden betrachteten Dimensionen des Burnouts. Beispielsweise zeigten Befragte, die mit ihrer Berufswahl zufrieden waren, ein geringeres Risiko, emotionale Erschöpfung (OR: 0,57) oder Depersonalisierung (OR: 0,7) zu erleben, als Personen, die mit der Berufswahl unzufrieden waren (Roth et al., 2022, S. 566 – 567).

Merdiaty und Aldrin (2024, S. 99) untersuchten ebenfalls, welche Rolle die Arbeitszufriedenheit bei der Entstehung von Burnout spielt und berücksichtigten dabei das Wohlbefinden („well-being“) als Mediator. Die Autoren stellten die Hypothesen auf, dass Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden einen Effekt auf Burnout haben, die Arbeitszufriedenheit beeinflusst dabei das Wohlbefinden, welches sich vermittelnd auf Burnout auswirkt (Merdiaty & Aldrin, 2024, S. 100). Die Datengrundlage bildeten dabei 214 Befragungen von Krankenschwestern indonesischer Krankenhäuser, die Burnout-Werte wurden mit dem MBI erfasst (Merdiaty & Aldrin, 2024, S. 103). Eine durchgeführte Pfadanalyse ergab, dass Arbeitszufriedenheit den Burnout-Wert direkt beeinflusst (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = 0,135$), über den Mediator Wohlbefinden konnte ein signifikanter, indirekter Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf Burnout ermittelt werden (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = 0,540$) (Merdiaty & Aldrin, 2024, S. 103 – 104). Die beschriebenen Zusammenhänge sind in Abbildung 3 visualisiert.

Abb. 3: Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Burnout über Mediator Wohlbefinden



Quelle: Eigene Darstellung (geändert) in Anlehnung an Merdiaty & Aldrin, 2024, S. 103.

2.3 Ableitung der Hypothesen

Aus den Erkenntnissen der theoretischen Hintergründe und des aktuellen Forschungsstands werden im Folgenden die zu prüfenden Hypothesen für die Beantwortung der Forschungsfragen abgeleitet.

In Kapitel 2.2.3 wurde anhand diverser Studien festgestellt, dass die Arbeitszufriedenheit als unabhängige Variable die abhängige Variable Burnout in den jeweils betrachteten Berufsgruppen beeinflusst. Es wird vermutet, dass dies auch bei der Berufsgruppe der MFA zutrifft. Die Arbeitszufriedenheit und deren Facetten werden in der folgenden Untersuchung als Prädiktoren definiert, Burnout als Kriterium. Die Nullhypothese und die Alternativhypothese werden wie folgt formuliert:

H₀₁: Die Arbeitszufriedenheit hat keinen oder einen positiv gerichteten Einfluss auf den Burnout-Wert bei MFA in Deutschland.

H₁₁: Je höher die Arbeitszufriedenheit desto niedriger der Burnout-Wert bei MFA in Deutschland.

Ferner wurde in Kapitel 2.2.3 anhand zweier Meta-Analysen aufgezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und unspezifischen mentalen sowie somatischen Beschwerden gibt, auch wenn dieser jeweils moderat ausfiel. Unklar blieb jedoch, ob die Arbeitszufriedenheit als unabhängige Variable die Ausprägung von psychischen / physischen Belastungssymptomen voraussagen kann. In der vorliegenden Ausarbeitung wird daher lediglich der Zusammenhang zwischen beiden Variablen bei MFA in Deutschland untersucht. Die Nullhypothese und die Alternativhypothese lauten dabei wie folgt:

H₀₂: Es gibt keinen oder einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome bei MFA in Deutschland.

H₁₂: Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome bei MFA in Deutschland.

In Kapitel 2.1.2 wurde aufgezeigt, dass sich viele Autoren uneinig sind, ob sich psychische und physische Belastungssymptome im Verlauf eines Burnouts bilden oder diese bereits im Vorfeld einer chronischen Erschöpfungssymptomatik auftreten. Die in Kapitel 2.1.4 vorgestellten Studien legen nahe, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Burnout und diversen, unspezifischen Beschwerden gibt. Diesen Zusammenhang gilt es auch bei der Berufsgruppe der MFA zu prüfen, wobei

auch hier nicht zwischen Ursache und Wirkung unterschieden werden kann. Die Nullhypothese und die Alternativhypothese werden wie folgt formuliert:

H₀₃: Es gibt keinen oder einen negativen Zusammenhang zwischen dem Burnout-Wert und der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome bei MFA in Deutschland.

H₁₃: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Burnout-Wert und der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome bei MFA in Deutschland.

Des Weiteren wurde in Kapitel 2.1.4 anhand von Übersichtsarbeiten dargestellt, dass lange Arbeitszeiten sowohl mit verschiedenen körperlichen und psychischen Beschwerden als auch mit der Entwicklung eines Burnout-Syndroms in Verbindung stehen. Unklar blieb jedoch, ob dies auch Teilzeiterkräfte im Rahmen von Überstunden betreffen kann oder dieser Zusammenhang ab einer gewissen wöchentlichen Arbeitszeit auftritt. In dieser Arbeit werden daher Gruppen von MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten dahingehend untersucht, ob sie sich bezüglich des Burnout-Risikos sowie der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome unterscheiden. Die Nullhypothesen sowie die Alternativhypothesen lauten dabei wie folgt:

H₀₄: Es gibt keinen Unterschied zwischen MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich der Burnout-Werte.

H₁₄: Es gibt einen Unterschied zwischen MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich der Burnout-Werte.

H₀₅: Es gibt keinen Unterschied zwischen MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome.

H₁₅: Es gibt einen Unterschied zwischen MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten bezüglich der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome.

Das folgende Kapitel beschreibt die für die Überprüfung der Hypothesen gewählte Methodik.

3. Methodik

Mit diesem Kapitel beginnt der empirische Teil der vorliegenden Arbeit. Es werden zunächst das verwendete Forschungsdesign, die Ermittlung der benötigten Stichprobengröße, die Konstruktion des Fragebogens sowie die Durchführung der Studie erläutert.

3.1 Forschungsdesign

Der quantitative Forschungsansatz wird verwendet, um theoretisch oder empirisch fundierte Hypothesen mithilfe statistischer Methoden zu überprüfen (Döring & Bortz, 2016, S. 145). Dabei wird die Untersuchung an vielen Probanden mit strukturierten Datenerhebungsmethoden durchgeführt (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Die Forschungshypothesen dieser Ausarbeitung wurden anhand des dargelegten aktuellen Forschungsstandes abgeleitet. Diese sollen hier in der Berufsgruppe der MFA anhand einer ausreichend großen Stichprobe und mithilfe eines Fragebogens überprüft werden. Es

wurde sich daher für einen quantitativen Forschungsansatz entschieden. Deskriptive Studien werden verwendet, um die Verbreitung bestimmter Merkmale oder Zusammenhänge in großen Grundgesamtheiten zu beschreiben (Döring & Bortz, 2016, S. 192). In der vorliegenden Studie wurde geprüft, ob Zusammenhänge, die bereits in anderen Populationen beobachtet wurden, auch in der Berufsgruppe der MFA auftreten. Die Untersuchung kann demnach eher als eine deskriptive Studie betrachtet werden. Ferner handelt es sich um eine Querschnittsstudie, da die Stichprobe nur zu einem Messzeitpunkt untersucht wurde (Döring & Bortz, 2016, S. 210). Die Grundgesamtheit der MFA in Deutschland und die erforderliche Stichprobengröße wird im folgenden Abschnitt erläutert.

3.2 Stichprobe

Wie in der Einleitung erwähnt gab es 2023 lt. Angaben des VMF etwa 475.000 MFA in Deutschland (VMF, 2025a, S. 1). Mangels aktuellerer Daten wurde diese Anzahl als Grundgesamtheit der MFA in Deutschland für diese Untersuchung definiert. Eine Vollerhebung war bei dieser großen Population selbstverständlich nicht möglich, deswegen wurde eine Teilerhebung in Form einer Stichprobenziehung durchgeführt (Döring & Bortz, 2016, S. 293 – 294). Es wurde dabei versucht, eine möglichst große Anzahl an MFA zu befragen, um bestmögliche Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu gewährleisten. Der Stichprobenumfang wurde mithilfe des Statistikprogramms Datatab in Abhängigkeit der Größe der Grundgesamtheit, der Fehlerspanne und des Konfidenzniveaus ermittelt. Die Fehlerspanne gibt dabei den Bereich an, um den die wahren Werte der Grundgesamtheit von den ermittelten Werten der Stichprobe abweichen darf (Datatab Team, 2025). Das Konfidenzniveau stellt die Wahrscheinlichkeit dar, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit repräsentiert (Datatab Team, 2025). Im Rahmen dieser studentischen Abschlussarbeit standen nur geringe zeitliche, organisatorische sowie finanzielle Ressourcen zur Verfügung, um eine sehr große Anzahl an MFA in Deutschland zu befragen. Aus dieser Überlegung heraus wurde die Fehlerspanne auf 7% gelegt, das Konfidenzniveau auf 95%. Rechnerisch ergab sich dabei ein Stichprobenumfang von $n = 196$ bei einer Population von 475.000 MFA in Deutschland. Dieser Wert wurde als realistisch erreichbar eingestuft und als Mindestanzahl für diese Untersuchung festgelegt. Die Erhebung wird in Kapitel 3.4 beschrieben, im folgenden Abschnitt wird zunächst das verwendete Messinstrument vorgestellt.

3.3 Erhebungsinstrument

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde folgende Vorüberlegung angestellt: Um die aufgestellten Hypothesen prüfen zu können, müssen die Ausprägungen der Merkmale Burnout-Wert bzw. Risiko, physische / psychische Belastungssymptome, Arbeitszufriedenheit sowie wöchentliche Arbeitszeit in der Stichprobe erfasst werden. Es wurde daher ein Messinstrument mit vier Teilen und insgesamt 29 Items zusammengestellt.

Im ersten Teil wurden die soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht sowie wöchentliche Arbeitszeit abgefragt. Die Auswahlmöglichkeiten für das Item Geschlecht waren dabei weiblich, männlich und divers. Sowohl für das Alter als auch für die wöchentliche Arbeitszeit wurden gruppierte

Antwortmöglichkeiten geboten wie z.B. 20 – 30 Jahre bzw. 15 – 30 Stunden. Dies gewährleistete Anonymität bei der Befragung, da dadurch Rückschlüsse auf eine bestimmte Person nicht möglich waren. Ein weiterer Vorteil bestand darin, dass die Probanden keine Daten selbst eintragen mussten, sondern anhand normierter Auswahlfelder antworten konnten. Versehentliche Falscheingaben (z.B. wöchentliche Arbeitszeit 300 Stunden) konnten dadurch vermieden werden.

In vielen Studien kamen als Messinstrument für Burnout bekannte Fragebögen wie das MBI oder die BOSS zum Einsatz. Nach Recherchen des Autors der vorliegenden Arbeit sind für die Nutzung der deutschen Versionen dieser Erhebungsinstrumente Lizenzgebühren zu entrichten. Es wurde daher nach einer Alternative gesucht. Das BMI von Satow (2013), welches in Kapitel 2.1.3 vorgestellt wurde, hat eine hohe Normstichprobe mit $N = 5220$ und zeichnet sich durch gute Reliabilität sowie Validität aus (Satow, 2025). Die komplette Test- und Skalendokumentation wurde nach elektronischer Anfrage durch Dr. Satow übermittelt. Das BMI beinhaltet neben den Skalen Burnout und psychische / physische Belastungssymptome noch weitere Skalen zur Erfassung von Mobbing, Boreout und Motivationsverlust. Diese wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht benötigt. Die Items zur Erfassung von Burnout und psychische / physische Belastungssymptome wurden für diesen Fragebogen unverändert aus dem BMI übernommen. Burnout wurde dabei anhand von acht Items gemessen, z.B. „Ich fühle mich von meinen Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft“. Die Skala psychische und physische Belastungssymptome umfasste 12 Items und erfasste Beschwerden wie beispielsweise Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Gewichtsveränderungen, Schlafprobleme und Traurigkeit. Die Beantwortung aller Items erfolgte durch eine vierstufige Likert-Skala, die folgende Optionen bot: 1) Trifft nicht zu; 2) Trifft eher nicht zu; 3) Trifft eher zu; 4) Trifft genau zu.

Für die Konstruktion der Items der Skala Arbeitszufriedenheit wurden das EXQ (Fischer et al., 2021) sowie das WCW Scale (Warr et al. 1979) betrachtet und miteinander verglichen. Beide erfassen die Zufriedenheit mit den Kollegen, Vorgesetzten, der Tätigkeit sowie dem Gehalt. Das EXQ erfasst zusätzlich die Zufriedenheit mit den Entwicklungsmöglichkeiten, das WCW Scale enthält ferner eine Frage bezüglich der Zufriedenheit mit der Anerkennung für die eigene Arbeit. Diese genannten sechs Facetten wurden als Items für den erstellten Fragebogen übernommen und umformuliert. Statt einer siebenstufigen Likert-Skala wie im EXQ und dem WCW Scale fand als Antwortoption die gleiche vierstufige Likert-Skala wie bei den Teilen Burnout und psychische / physische Belastungssymptome Verwendung. Dies diente dazu, die Konsistenz des gesamten Fragebogens zu gewährleisten und die Befragten nicht zu verwirren. Der komplette Fragebogen mit allen vier Teilen und insgesamt 29 Items ist im Anhang hinterlegt (Anhang C, S. 54; Anhang D, S. 56).

Der Fragebogen wurde in der Online-Umfrageplattform SoSci Survey nachgebaut. Dabei wurden die Ansichten sowohl für die Verwendung eines Computers als auch für Smartphones angepasst.

Ein Pretest eignet sich, um die Verständlichkeit der Items und die technische Funktionalität zu prüfen sowie sonstige Probleme aufzudecken (Weber & Keller, 2023, S. 78). Daher wurde am 15.12.2024 vorab ein Pretest mit sechs Personen durchgeführt. Laut dem Feedback der Tester gab es weder

Verständlichkeitsprobleme noch technische Schwierigkeiten. Es wurden zwei grammatikalische Fehler in den Items aufgedeckt, die umgehend ausgebessert wurden.

3.4 Durchführung

Die Befragung fand vom 15.12.2024 bis zum 05.01.2025 statt. Dazu wurde ein Link generiert, der direkt zu dem Fragebogen auf der Umfrageplattform SoSci Survey führte. In dem Begrüßungstext wurde der Inhalt und Zweck der Befragung kurz erklärt. Ferner wurden die notwendigen Datenschutzbestimmungen sowie die Rechte der Probanden erläutert. Erst nach Bestätigung der Einverständniserklärung konnte die Befragung gestartet werden. Ein Abbruch der freiwilligen Befragung war jederzeit möglich, ein entsprechender Hinweis wurde schriftlich gegeben.

Um geeignete Personen für die Datenerhebung zu akquirieren, wurden zwei Ansätze gewählt. Im Rahmen des sog. Schneeballverfahrens werden einzelne Mitglieder der zu untersuchenden Population gebeten, anhand ihres persönlichen Netzwerkes weitere Umfrageteilnehmer zu rekrutieren (Döring & Bortz, 2016, S. 308). Die Ehefrau des Autors der vorliegenden Arbeit ist seit rd. 18 Jahren als ausgebildete Arzthelferin tätig und verfügt über zahlreiche Kontakte zu MFA aus Praxen aller Fachrichtungen. Der Link wurde an ihre Kontakte gesendet mit der Bitte um Weiterleitung zu anderen potentiellen Teilnehmern. Des Weiteren wurde der Befragungslink in Foren für MFA in diversen Social Media Kanälen (Facebook, Medi-Jobs, etc.) mit mehreren tausend Mitgliedern verbreitet.

Insgesamt 252 mal wurde der Fragebogen begonnen, 226 Personen füllten den Bogen komplett aus. Dies entspricht einer Abschlussquote von 89,68 %. Nach Abschluss der Erhebung wurden die Daten als CSV-Datei heruntergeladen und gespeichert. Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden alle nicht vollständig ausgefüllten Datensätze entfernt. Ferner wurde per Sichtkontrolle nach Auffälligkeiten gesucht. Bei einem Datensatz wurden Antworten nur am rechten oder linken Rand der einzelnen Skalen getätigt. Dementsprechend war hier die Arbeitszufriedenheit maximal gut, der Burnout-Wert maximal niedrig, usw. Ferner betrug die Bearbeitungszeit des Probanden insgesamt 68 Sekunden und lag damit weit unter dem Mittelwert aller Probanden mit rd. 150 Sekunden. Aus diesen Gründen wurde geschlussfolgert, dass der Proband den Fragebogen nur überflog und absichtlich extreme Antworten gegeben hat. Der auffällige Datensatz wurde daher ebenfalls entfernt. In die statistische Untersuchung flossen final 225 vollständig ausgefüllte Fragebögen ($n = 225$). Die Datensätze sind im Anhang beigefügt (Anhang E, S. 60). Die Auswertung erfolgte mithilfe von Microsoft Excel sowie dem Statistikprogramm Datatab. Die Ergebnisse werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

4. Ergebnisse

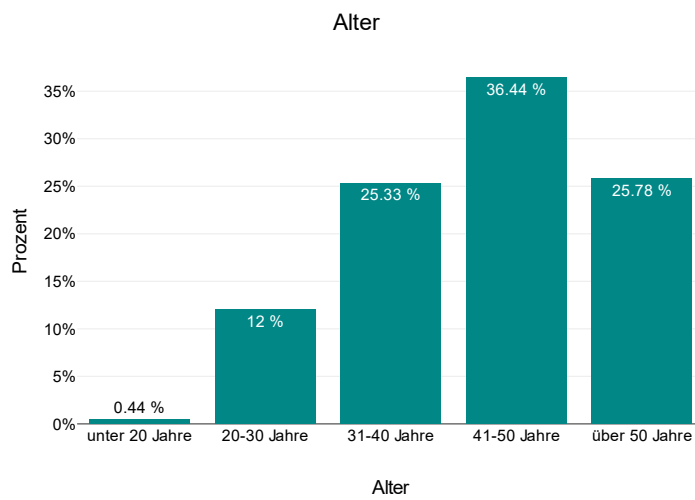
Bevor die verwendeten Regressions- und Korrelationsanalysen erläutert und die Hypothesen geprüft werden, folgen zunächst die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung.

4.1 Deskriptive Auswertung

Von den 225 Probanden gaben 225 das Geschlecht „weiblich“ an (100%). Auf eine grafische Darstellung wird in diesem Fall verzichtet.

Bezüglich des Alters war eine Person unter 20 Jahre alt (0,44 %). 27 Befragte waren 20 – 30 Jahre alt (12 %), 57 Probanden zwischen 31 – 40 Jahre (25,33 %). Die größte Gruppe war in dem Altersbereich 41 – 50 Jahre mit 82 Personen vertreten (36,44 %). 58 Befragte gaben ihr Alter mit über 50 Jahre an (25,78 %). Die Häufigkeitsverteilung ist in Abbildung 4 als Balkendiagramm visualisiert.

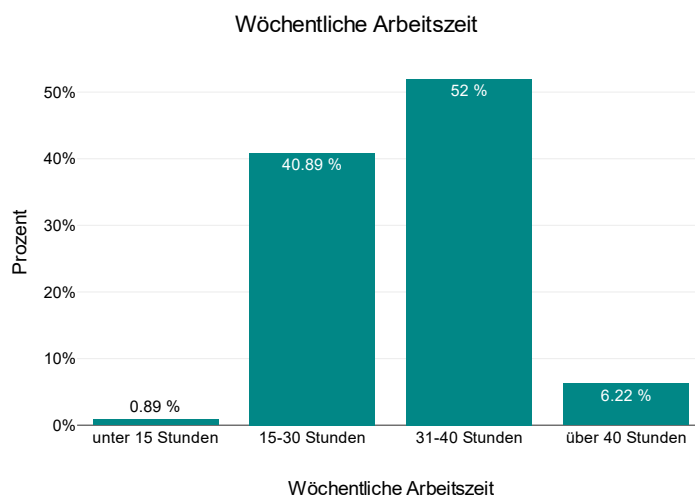
Abb. 4: Altersverteilung



Quelle: Eigene Darstellung

Zwei Personen gaben als wöchentliche Arbeitszeit unter 15 Stunden an (0,89 %), 92 Personen 15 – 30 Stunden (40,89 %). 117 Befragte hatten eine wöchentliche Arbeitszeit von 31 – 40 Stunden (52 %), die restlichen 14 Personen gaben über 40 Stunden an (6,22 %). Siehe dazu Abbildung 5.

Abb. 5: Verteilung wöchentliche Arbeitszeit



Quelle: Eigene Darstellung

4.1.1 Arbeitszufriedenheit

Um die Höhe der Zufriedenheit mit den sechs abgefragten Facetten in verwertbare, numerische Daten umwandeln zu können, wurden den Antwortmöglichkeiten der vierstufigen Likert-Skala entsprechende Zahlenwerte zugeordnet:

Trifft nicht zu = 1; Trifft eher nicht zu = 2; Trifft eher zu = 3; Trifft genau zu = 4.

Je höher dabei der Punktwert, desto höher ist die Zufriedenheit mit der Facette der Arbeit. Zusätzlich wurde in Anlehnung an Fischer et al. (2021, S. 3) zur Erfassung der Gesamt-Arbeitszufriedenheit ein nichtgewichteter Summenindex aus den Werten der sechs Items gebildet und als Skala „Arbeitszufriedenheit“ benannt. Der Summenindex wurde anstatt eines Mittelwertindex gewählt, um konsistent mit der von Satow (2013b, S. 6 – 7) beschriebenen Auswertungsmethode für die Skalen Burnout und psychische / physische Belastungssymptome zu bleiben. Da die Messungen der sechs Items auf einer gleichabständigen Skala erhoben und in Zahlenwerte umcodiert wurden, handelte es sich um metrische Daten (Weber & Keller, 2023, S. 126).

Die Items zur Messung der Arbeitszufriedenheit wurden in Anlehnung an das EXQ (Fischer, 2021) und dem WCW Scale (Warr et. al., 1979) erstellt, dennoch teilweise umformuliert und mit einer vierstufigen anstatt einer siebenstufigen Likert-Skala versehen. Es wurde daher die Reliabilität anhand des Cronbachs Alpha (Tabelle 2) sowie die Trennschärfe der Items (Tabelle 3) ermittelt.

Tab. 2: Reliabilitätskoeffizient Skala Arbeitszufriedenheit

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
0.77	6

Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 3: Trennschärfe Items Skala Arbeitszufriedenheit

	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe r_{it})
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.	0.48
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.	0.3
Die Tätigkeit als MFA / Arzthelfer/-in bereitet mir Freude.	0.48
Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.	0.6
Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.	0.69
Ich empfinde mein Gehalt als fair.	0.52

Quelle: Eigene Darstellung

Der ermittelte Wert von Cronbachs Alpha betrug 0,77. Werte über 0,7 können dabei als akzeptabel angesehen werden (Blaž, 2015, S. 256). Bezüglich der Trennschärfe gelten Werte ab $r_{it} = 0,3$ als

akzeptabel, Werte mit $r_{it} > 0,5$ als gut (Krohne & Hock, 2015, S. 52). Die niedrigste Trennschärfe zeigte sich bei dem Item „Verhältnis zu Kollegen“ ($r_{it} = 0,3$), hohe Trennschärfen erreichten die Items „Anerkennung“ ($r_{it} = 0,69$) sowie „Entwicklungsmöglichkeiten“ ($r_{it} = 0,6$).

Im nächsten Schritt wurden die deskriptiven Werte für die sechs Facetten der Arbeitszufriedenheit berechnet, diese sind in Tabelle 4 ersichtlich.

Tab. 4: Deskriptive Werte Facetten der Arbeitszufriedenheit

	Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.	Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.	Die Tätigkeit als MFA / Arzthelfer/-in bereitet mir Freude.	Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.	Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.	Ich empfinde mein Gehalt als fair.
Gültige Werte	225	225	225	225	225	225
Mittelwert (MW)	3.38	3.53	3.16	2.68	2.46	2.24
Standardabweichung (SD)	0.74	0.64	0.76	0.85	0.95	0.89
Minimum	1	1	1	1	1	1
Median	4	4	3	3	3	2
Maximum	4	4	4	4	4	4

Quelle: Eigene Darstellung

Am meisten zeigten sich die Befragten mit dem Verhältnis zu deren Kollegen zufrieden (MW = 3,53; SD = 0,64), gefolgt von der Zufriedenheit mit der Führungskraft (MW = 3,38; SD = 0,74). Am wenigsten zufrieden zeigten sich die Probanden mit dem Gehalt (MW = 2,24; SD = 0,89) und der Anerkennung für ihre Arbeit (MW = 2,46; SD = 0,95). Ferner wurden die entsprechenden Werte für die Skala Arbeitszufriedenheit ermittelt, diese sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tab. 5: Deskriptive Werte Arbeitszufriedenheit

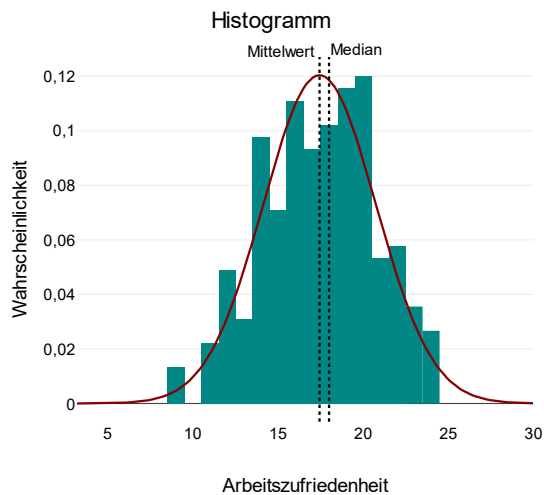
	Arbeitszufriedenheit
Gültige Werte	225
Mittelwert (MW)	17.44
Standardabweichung (SD)	3.32
Minimum	9
Median	18
Maximum	24

Quelle: Eigene Darstellung

Die Gesamt-Arbeitszufriedenheit zeigte dabei einen Mittelwert von $MW = 17,44$ ($SD = 3,32$) bei einem ermittelten minimalen Wert von 9 und einem Maximum von 24. Der Median lag bei 18.

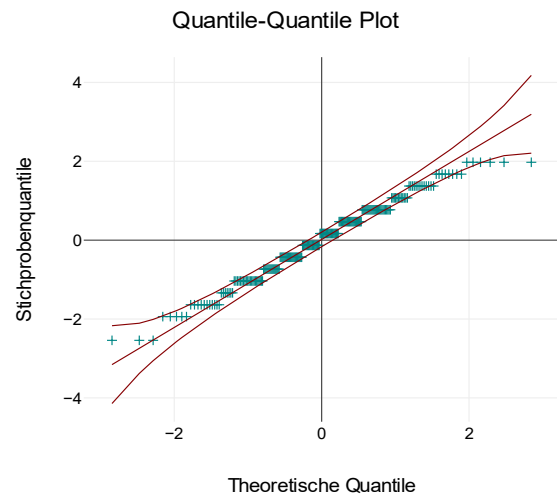
Zur Bestimmung der geeigneten statistischen Analysemethoden im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung wurde vorab geprüft, ob die Daten der Skala Arbeitszufriedenheit normalverteilt waren. Dies geschah anhand einer grafischen Analyse durch die Erstellung eines Histogramms (Abbildung 6) sowie eines Quantile-Quantile-Plots (Q-Q-Plot) (Abbildung 7).

Abb. 6: Histogramm Arbeitszufriedenheit



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 7: Q-Q-Plot Arbeitszufriedenheit



Quelle: Eigene Darstellung

Anhand des Histogramms war eine annähernde Normalverteilung zu erkennen. Der Quantile-Quantile-Plot bestätigte dies, da sich die Daten nahe an der Diagonalen der theoretischen Verteilung befanden und nur wenige Punkte von der Geraden abwichen. Zusätzlich zu der grafischen Analyse wurde die Nullhypothese, dass die Häufigkeitsverteilung der Messdaten nicht von der Normalverteilung abweicht, mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft (Tabelle 6).

Tab. 6: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Arbeitszufriedenheit

	Statistik	p
Kolmogorov-Smirnov	0.09	0.051

Quelle: Eigene Darstellung

Der p-Wert fiel hier größer als das vorab festgelegte Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ aus. Die Nullhypothese konnte beibehalten werden. Die Verteilung der erhobenen Daten wich daher nicht signifikant von der Normalverteilung ab.

4.1.2 Burnout-Werte

Analog zu der Auswertung der Skala Arbeitszufriedenheit wurden den Antwortoptionen der vierstufigen Likert-Skala der gleiche Punkteschlüssel zugeordnet. Dieses Vorgehen wird im Testmanual

des BMI aufgezeigt (Satow, 2013b, S. 6). Bei Item Nr. 17 der Burnout-Skala „Ich habe bei meiner Arbeit / Tätigkeit viel Zeit für andere Dinge“ handelt es sich um ein negativ gepoltes Item, der Punkteschlüssel musste daher umgedreht werden (Satow, 2013b, S. 6). Dies wurde im Zuge der Datenaufbereitung erledigt. Um den Gesamtwert für die Skala Burnout zu erhalten, wurden alle Punkte aufsummiert (Satow, 2013b, S. 7). Es ergaben sich die deskriptiven Werte laut Tabelle 7.

Tab. 7: Deskriptive Werte Burnout

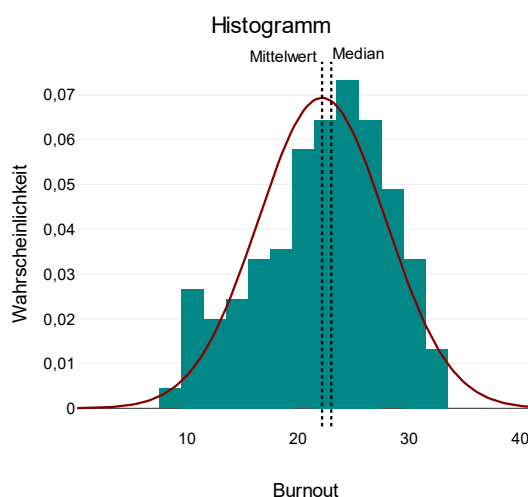
	Burnout
Gültige Werte	225
Mittelwert (MW)	22,17
Standardabweichung (SD)	5,77
Minimum	9
Median	23
Maximum	32

Quelle: Eigene Darstellung

Der Mittelwert für Burnout lag bei den 225 Probanden bei 22,17 (SD = 5,77) bei einem Mindestsummenwert von 9 und einem Maximum von 32. Der Median lag bei 23.

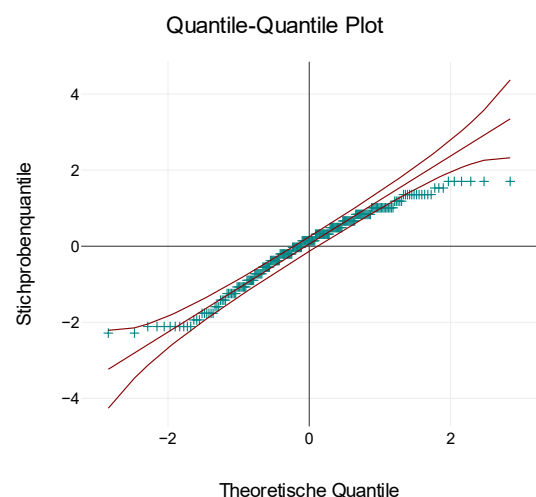
Die Häufigkeitsverteilung der erhobenen Daten der Skala Burnout wurden ebenfalls daraufhin geprüft, ob sie normalverteilt waren. Dazu wurde im ersten Schritt ein Histogramm (Abbildung 8) sowie ein Q-Q-Plot (Abbildung 9) erstellt.

Abb. 8: Histogramm Burnout



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 9: Q-Q-Plot Burnout



Quelle: Eigene Darstellung

Das Histogramm ließ auf eine annähernde Normalverteilung schließen. Anhand des Q-Q-Plots war jedoch ersichtlich, dass sich die Werte teilweise deutlich von der Diagonalen der theoretischen Verteilung entfernten. Es wurde daher ein Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt (Tabelle 8).

Tab. 8: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Burnout

	Statistik	p
Kolmogorov-Smirnov	0.1	0.022

Quelle: Eigene Darstellung

Das Signifikanzniveau wurde erneut auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Die Nullhypothese bei dem Kolmogorov-Smirnov-Test lautet, dass die geprüften Daten normalverteilt sind (Datatab Team, 2025). Der p-Wert lag mit $p = 0,022$ unter dem Signifikanzniveau α . Die Nullhypothese war daher abzulehnen. Die Daten der Skala Burnout wichen signifikant von einer Normalverteilung ab.

4.1.3 Psychische und physische Belastungssymptome

Die Punktezuordnung sowie die Berechnung des Summenindexes für die Skala psychische / physische Belastungssymptome wurden analog zu dem Verfahren der Skala Burnout durchgeführt, wie von Satow (2013b, S. 7) im Testmanual beschrieben. In dieser Skala gab es kein negativ gepoltes Item. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung ersichtlich.

Tab. 9: Deskriptive Werte psychische / physische Belastungssymptome

Psychische / physische Belastungssymptome	
Gültige Werte	225
Mittelwert (MW)	27.16
Standardabweichung (SD)	8.31
Minimum	12
Median	28
Maximum	47

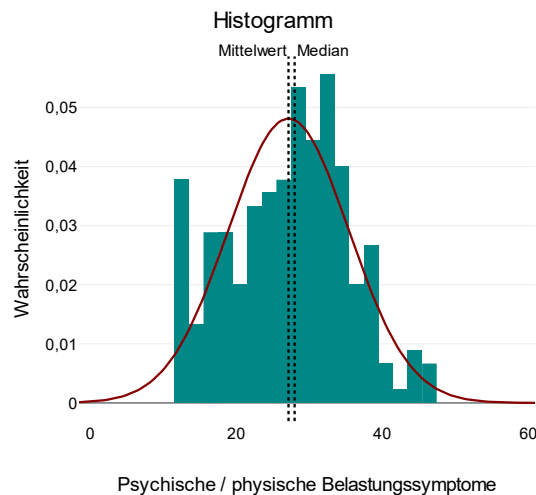
Quelle: Eigene Darstellung

Der Mittelwert für psychische / physische Belastungssymptome lag bei den 225 Probanden bei 27,16 (SD = 8,31) bei einem Minimum von 12 und einem Maximum von 47. Der Median lag bei 28.

Es folgte eine Prüfung der Häufigkeitsverteilung der Skala psychische / physische Belastungssymptome auf Normalverteilung anhand eines Histogramms (Abbildung 10) und eines Q-Q-Plots (Abbildung 11).

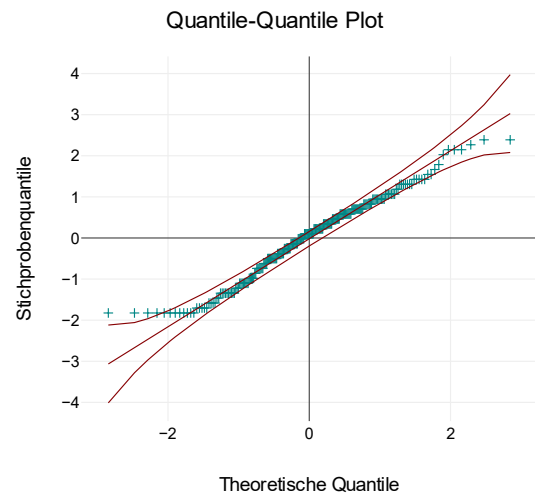
Anhand des Histogramms konnte die Normalverteilung nicht zweifelsfrei beurteilt werden. Die Betrachtung des Q-Q-Plots legte jedoch den Schluss nahe, dass die Daten annähernd einer Normalverteilung folgen, da die Daten nahe an der Diagonalen der theoretischen Verteilung verliefen und nur wenige Punkte von der Geraden abwichen. Um Klarheit zu schaffen, wurde ein Kolmogorov-Smirnov-Test erstellt und damit die Nullhypothese geprüft, dass die Daten normalverteilt sind. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt, die Teststatistik ist in Tabelle 10 ersichtlich.

Abb. 10: Histogramm Belastungssymptome



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 11: Q-Q-Plot Belastungssymptome



Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 10: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Belastungssymptome

	Statistik	p
Kolmogorov-Smirnov	0.07	0.222

Quelle: Eigene Darstellung

Der p-Wert lag mit $p = 0,222$ über dem Signifikanzniveau α . Die Nullhypothese konnte beibehalten werden. Die Verteilung der erhobenen Daten wich nicht signifikant von der Normalverteilung ab.

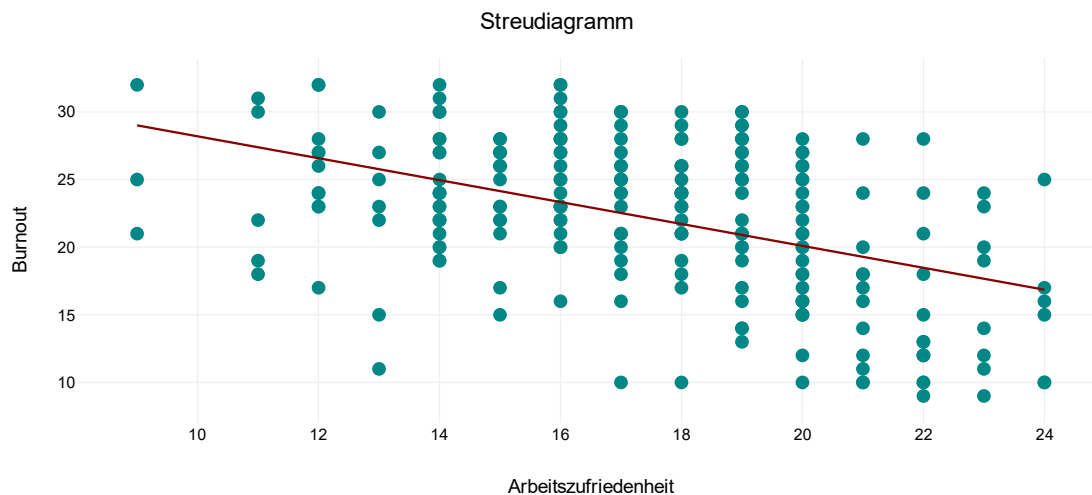
4.2 Inferenzstatistische Auswertung

Um die in Kapitel 2.3 aufgestellten Hypothesen überprüfen zu können, wurden verschiedene statistische Analysemethoden verwendet. Es wurde eine einfache lineare Regression mit dem Prädiktor Arbeitszufriedenheit und dem Kriterium Burnout erstellt. Des Weiteren wurde ein multiples lineares Regressionsmodell erstellt, welche die sechs Facetten der Arbeitszufriedenheit als unabhängige Variablen beinhaltete. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen wurde anhand der Pearson-Korrelationsanalyse ermittelt, der Zusammenhang zwischen Burnout und psychischen / physischen Belastungssymptomen anhand der Rangkorrelation nach Spearman. Die Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher, wöchentlicher Arbeitszeit bezüglich den Werten für Burnout sowie der Ausprägung von psychischen / physischen Belastungssymptomen wurden jeweils mit dem Kruskal-Wallis Test überprüft. Bei allen Verfahren wurden gleichzeitig Signifikanztests durchgeführt, um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen. Das Signifikanzniveau wurde vorab bei allen Signifikanztests auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

4.2.1 Regressionsanalysen

Um den Einfluss der unabhängigen Variable Arbeitszufriedenheit auf die abhängige Variable Burnout zu untersuchen, wurde ein einfaches lineares Regressionsmodell aufgestellt. Dieses wurde vorab erstellt, um überprüfen zu können, ob die Voraussetzungen der linearen Regression gegeben waren. Abbildung 12 zeigt das Streudiagramm der Messwerte sowie die Regressionsgerade.

Abb. 12: Streudiagramm mit Regressionsgerade Arbeitszufriedenheit – Burnout



Quelle: Eigene Darstellung

Anhand des Streudiagramms war ein linearer Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout zu erkennen, diese Voraussetzung wurde damit als erfüllt angesehen. Im nächsten Schritt wurde die Normalverteilung der Residuen geprüft. Residuen bzw. Fehlerterme sind die Abweichungen der Messwerte von den Modellwerten (Weber & Keller, 2023, S. 195 – 196). Dazu wurde ein Histogramm sowie ein Quantile-Quantile-Plot der Residuen-Verteilung erstellt. Diese sind im Anhang dargestellt (Anhang F, Abb. F1 & Abb. F2, S. 61). Auf beiden Grafiken war eine Normalverteilung zu erkennen. Auch der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab mit $p = 0,483$, dass die Verteilung der Residuen des Modells nicht signifikant von einer Normalverteilung abwich (siehe Tabelle 11).

Tab. 11: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Residuen Regressionsmodell 1

	Statistik	p
Kolmogorov-Smirnov	0.06	0.483

Quelle: Eigene Darstellung

Im Anschluss wurde die Homoskedastizität geprüft. Dazu wurde ein Graph erstellt, der die Varianz der Residuen entlang der vorhergesagten Werte abbildete. Der Graph ist im Anhang hinterlegt (Anhang F, Abb. F3, S. 61). Darin war ersichtlich, dass die Varianz der Fehlerterme annähernd konstant und gleichmäßig verteilt waren. Eine Heteroskedastizität konnte daher ausgeschlossen werden. Eine Prüfung auf Multikollinearität wurde nicht durchgeführt, da es nur eine unabhängige Variable

gab. Die Voraussetzungen für eine einfache lineare Regression wurden daher erfüllt. Im Folgenden werden die Modellzusammenfassung (Tabelle 12), die durchgeführte ANOVA (Tabelle 13) sowie die Koeffizienten des einfachen linearen Regressionsmodells (Tabelle 14) dargestellt.

Tab. 12: Modellzusammenfassung Regressionsmodell 1

R	R ²	Angepasstes R ²	Standardschätzfehler
0.47	0.22	0.21	5.11

Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 13: ANOVA Regressionsmodell 1

Modell	df	F	p
Regression	1	62.08	<0.001

Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 14: Koeffizienten Regressionsmodell 1

Modell	Unstandardisierte Koeffizienten	Standardisierte Koeffizienten			
	b	Beta β	Standardfehler	t	p
Konstante	36.29		1.82	19.89	<0.001
Arbeitszufriedenheit	-0.81	-0.47	0.1	-7.88	<0.001

Abhängige Variable: Burnout

Quelle: Eigene Darstellung

Die Modellzusammenfassung zeigt, dass das Modell 22% der Varianz der Variable Burnout aufklärt (Bestimmtheitsmaß $R^2 = 0,22$). Der Standardschätzfehler gibt an, dass sich das Modell im Mittel um 5,11 bei der Vorhersage des Burnout-Wertes verschätzt. Die durchgeführte ANOVA bestätigt, dass das Regressionsmodell als Ganzes mit dem Kriterium Burnout und dem Prädiktor Arbeitszufriedenheit signifikant ist, $F = 62,08$, $p < 0,001$. Die Arbeitszufriedenheit ist ein signifikanter Prädiktor für das Kriterium Burnout mit dem Korrelationskoeffizienten $b = -0,81$; $t = -7,88$, $p < 0,001$. Steigt die Arbeitszufriedenheit um einen Punkt, verringert sich der Burnout-Wert um 0,81 Punkte. Die Nullhypothese H_01 wurde daher verworfen und die Hypothese H_11 bestätigt.

Als zweites Modell wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt mit den sechs Facetten der Arbeitszufriedenheit als unabhängige Variablen sowie Burnout als abhängige Variable. Dies diente der genauen Bestimmung, welche Aspekte der Arbeitszufriedenheit den Burnout-Wert

signifikant beeinflussen, um daraus Ansatzpunkte für Verbesserungen ableiten zu können. Das Modell wurde vorab erstellt, um die Voraussetzungen der Regression überprüfen zu können. Zur graphischen Überprüfung der Linearität wurden zu jeder Facette der Arbeitszufriedenheit Streudiagramme bezüglich der Messwerte Burnout erstellt. Diese befinden sich im Anhang (Anhang G, Abb. G1, S. 62). Es war jeweils ein linearer Zusammenhang erkennbar. Zur Bestimmung, ob die Residuen normalverteilt waren, wurde ein Histogramm sowie ein Q-Q-Plot erstellt. Beide Grafiken sind im Anhang hinterlegt (Anhang G, Abb. G2 & Abb. G3, S. 63). Das Histogramm ließ auf eine Normalverteilung schließen, der Q-Q-Plot zeigte wenige Abweichungen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab mit $p = 0,78$, dass die Verteilung der Residuen des Modells nicht signifikant von einer Normalverteilung abwich, siehe Tabelle 15.

Tab. 15. Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung Residuen Regressionsmodell 2

	Statistik	p
Kolmogorov-Smirnov	0.04	0.78

Quelle: Eigene Darstellung

Die Prüfung der Homoskedastizität erfolgte erneut durch einen Graphen, dieser befindet sich im Anhang (Anhang G, Abb. G4, S. 63). Darin war ersichtlich, dass die Varianz der Fehlerterme annähernd konstant und gleichmäßig verteilt waren. Eine Heteroskedastizität konnte daher ausgeschlossen werden. Da in diesem Modell mehrere unabhängige Variablen enthalten waren, wurden diese zusätzlich auf Multikollinearität geprüft. Die Tabelle mit den Werten für die Toleranzen T sowie die VIF-Statistiken sind im Anhang hinterlegt (Anhang G, Tab. G1, S. 64). Die Toleranzen waren für jede Variable $> 0,10$, die VIF-Statistiken waren dabei jeweils < 10 . Es wurden folglich keine kritischen Werte überschritten. Die Voraussetzungen für eine multiple lineare Regression wurden erfüllt. Im Folgenden werden die Modellzusammenfassung (Tabelle 16), die durchgeführte ANOVA (Tabelle 17) sowie die Koeffizienten des multiplen linearen Regressionsmodells (Tabelle 18) dargestellt.

Tab. 16: Modellzusammenfassung Regressionsmodell 2

R	R ²	Angepasstes R ²	Standardschätzfehler
0.5	0.25	0.23	5.05

Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 17: ANOVA Regressionsmodell 2

Modell	df	F	p
Regression	6	12.28	<0.001

Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 18: Koeffizienten Regressionsmodell 2

Modell	Unstandardisierte Koeffizienten	Standardisierte Koeffizienten	Standardfehler	t	p
	b	Beta β			
Konstante	32.63		2.33	13.98	<0.001
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.	-0.2	-0.03	0.55	-0.36	0.72
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.	0.41	0.05	0.58	0.7	0.484
Die Tätigkeit als MFA / Arzthelfer/-in bereitet mir Freude.	-1.4	-0.18	0.53	-2.64	0.009
Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.	-0.31	-0.05	0.52	-0.59	0.554
Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.	-1.62	-0.27	0.52	-3.14	0.002
Ich empfinde mein Gehalt als fair.	-0.9	-0.14	0.47	-1.89	0.061

Abhängige Variable: Burnout

Quelle: Eigene Darstellung

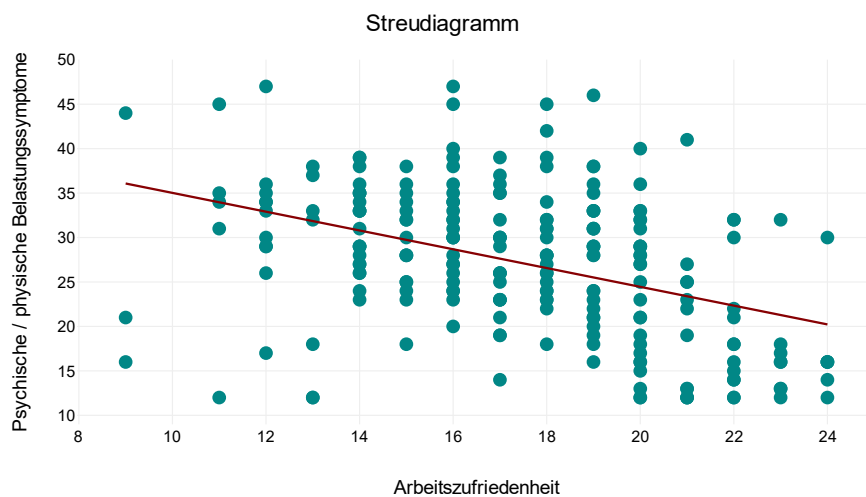
Die Modellzusammenfassung zeigt ein Bestimmtheitsmaß von $R^2 = 0,25$, das Modell erklärt 25% der Varianz der Variable Burnout. Um die Anzahl der unabhängigen Variablen zu berücksichtigen, wurde zusätzlich das angepasste Bestimmtheitsmaß mit $R^2 = 0,23$ berechnet. Der Standardschätzfehler gibt an, dass sich das Modell im Mittel um 5,05 bei der Vorhersage des Burnout-Wertes verschätzt. Die durchgeführte ANOVA bestätigt, dass das Regressionsmodell als Ganzes signifikant ist, $F = 12,28$, $p < 0,001$. Demzufolge beeinflusst mindestens eine unabhängige Variable den Burnout-Wert signifikant. In Tabelle 18 ist zu erkennen, dass nur die Variablen „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ mit $b = -1.62$, $t = -3,14$, $p = 0,002$ und „Freude an der Tätigkeit“ mit $b = -1,4$, $t = -2,64$, $p = 0,009$ den Burnout-Wert statistisch signifikant beeinflussen. Dabei ist der negativ gerichtete Einfluss der Variable „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ mit einem standardisierten Regressionskoeffizienten von $\beta = -0,27$ höher als der Einfluss der Variable „Freude an der Tätigkeit“ mit $\beta = -0,18$.

4.2.2 Korrelationsanalysen

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearson durchgeführt (Tabelle 19) sowie ein Streudiagramm erstellt (Abbildung 13). Da die Häufigkeitsverteilung der Daten beider

Skalen normalverteilt waren (siehe Kapitel 4.1.1 und Kapitel 4.1.3), wurden die Voraussetzungen für diesen parametrischen Test erfüllt.

Abb. 13: Streudiagramm Arbeitszufriedenheit – Belastungssymptome



Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 19: Pearson Korrelationsanalyse Arbeitszufriedenheit – Belastungssymptome

	r	p
Arbeitszufriedenheit und psychische / physische Belastungssymptome	-0.42	<0.001

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand des Streudiagramms war ein linearer Zusammenhang zwischen beiden Variablen erkennbar. Das Ergebnis der Pearson Korrelationsanalyse zeigte, dass es eine signifikante, negative Korrelation zwischen der Arbeitszufriedenheit und psychischen / physischen Belastungssymptomen gab, $r = -0,42$; $p < 0,001$. Nach Kuckartz et al. (2013, S. 213) sind Beträge von r zwischen 0,3 und 0,5 als mittlerer Zusammenhang einzustufen. Die Nullhypothese H_{02} war abzulehnen, die Alternativhypothese H_{12} wurde angenommen.

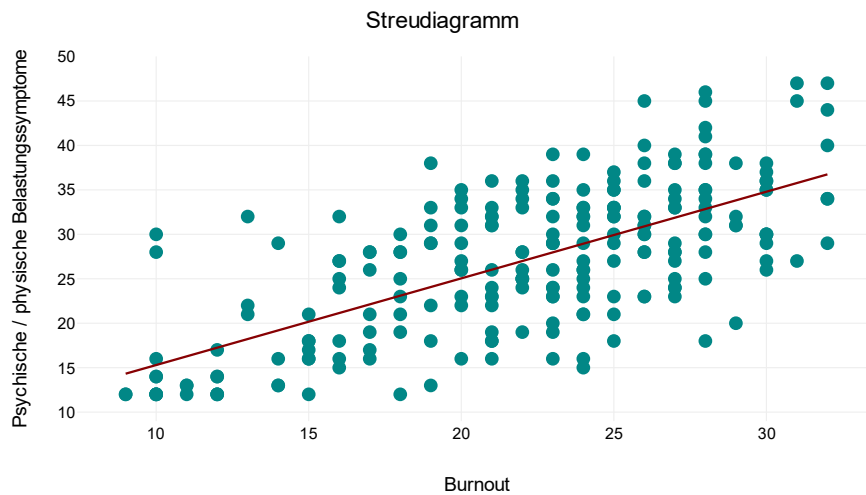
Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen Burnout und psychischen / physischen Belastungssymptomen musste ein nichtparametrischer Test gewählt werden, da die Daten der Skala Burnout nicht normalverteilt waren (siehe Kapitel 4.1.2). Es wurde daher eine Korrelationsanalyse nach Spearman durchgeführt (Tabelle 20) sowie ein Streudiagramm erstellt (Abbildung 14).

Tab. 20: Spearman Korrelationsanalyse Burnout – Belastungssymptome

	r	p
Burnout und Psychische / physische Belastungssymptome	0.63	<0.001

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 14: Streudiagramm Burnout – Belastungssymptome



Quelle: Eigene Darstellung

Das Streudiagramm zeigte einen linearen Zusammenhang zwischen beiden Variablen. Das Ergebnis der Spearman Korrelationsanalyse zeigte eine signifikante, positive Korrelation zwischen Burnout und psychischen / physischen Belastungssymptomen, $r = 0,63$; $p < 0,001$. Nach Kuckartz et al. (2013, S. 213) sind Beträge von r zwischen 0,5 und 0,7 als hoher Zusammenhang einzustufen. Die Nullhypothese H_03 wurde verworfen und die Alternativhypothese H_{13} bestätigt.

4.2.3 Kruskal-Wallis Tests

Um zu prüfen, ob es Unterschiede bezüglich des Burnout-Wertes zwischen den vier Gruppen der MFA mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten gab, wurde ein Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Dieses nichtparametrische Verfahren wurde gewählt, da es keine Normalverteilung der Daten in den jeweiligen Gruppen voraussetzt (Datatab Team, 2025). Bei mindestens einer der Gruppe (wöchentliche Arbeitszeit unter 15 Stunden) war davon auszugehen, dass die erhobenen Daten aufgrund der wenigen Werte keiner Normalverteilung folgte. Die Daten der Skala wöchentliche Arbeitszeit sind ordinalskaliert, da die einzelnen Kategorien in eine aufsteigende Reihenfolge gebracht werden können (z.B. „31-40 Stunden“ < „über 40 Stunden“ usw.).

Den erhobenen Burnout-Werten wurden aufsteigende Ränge zugeordnet. Bei jeder Gruppe wurde danach die Rangsumme gebildet und daraus der jeweilige mittlere Rang ermittelt, siehe Tabelle 21. Zusätzlich wurde ein Box-Plot erstellt, um die zentralen Tendenzen je Gruppe aufzuzeigen und vergleichen zu können (Abbildung 15). Anhand des Kruskal-Wallis Tests wurde das Chi-Quadrat errechnet und anschließend geprüft, ob sich die mittleren Ränge der Gruppen statistisch signifikant unterscheiden (Tabelle 22).

Tab. 21: Mittlere Ränge Gruppen nach Burnout

Gruppe	n	Median	Mittlerer Rang
31-40 Stunden	117	23	112.95
15-30 Stunden	92	22	104.38
unter 15 Stunden	2	22	100.25
über 40 Stunden	14	27.5	171.89
Gesamt	225	23	

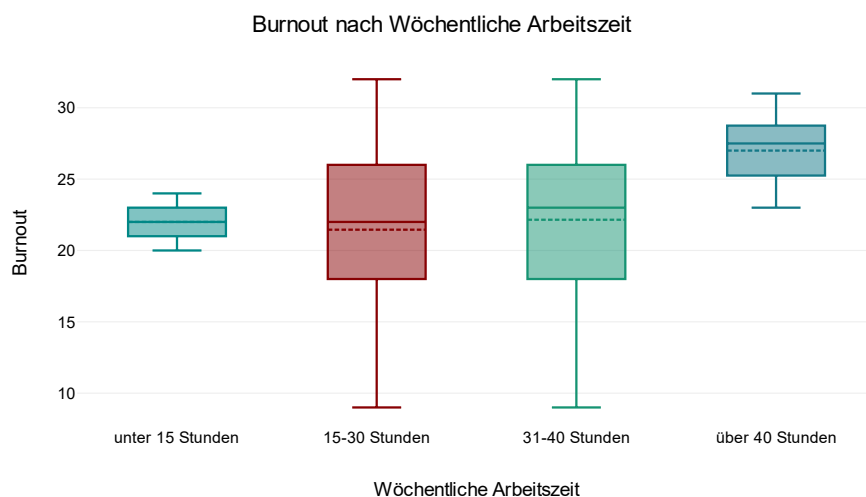
Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 22: Kruskal-Wallis-Test Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit

	Chi ²	df	p
Burnout	13.19	3	0.004

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 15: Box-Plot Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit



Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Rangtabelle war zu erkennen, dass der mittlere Rang in der Gruppe „über 40 Stunden“ größer war als in den anderen Gruppen, während die übrigen drei Gruppen geringere Unterschiede untereinander aufzeigten. Dies bestätigte auch die Box-Plot-Grafik. Der Kruskal-Wallis Test bestätigte mit einem Chi-Quadrat-Wert von 13,19 bei Freiheitsgraden $df = 3$, dass sich die Gruppen signifikant in Bezug auf die Variable Burnout unterschieden, $p = 0,004$. Die Nullhypothese H_0 wurde deswegen verworfen und die Alternativhypothese H_1 angenommen. Da der Kruskal-Wallis Test keine Aussagen darüber macht, welche Gruppen sich genau statistisch signifikant voneinander unterscheiden, wurde als Post-hoc-Test der Dunn-Bonferroni-Test durchgeführt, siehe Tabelle 23.

Tab. 23: Dunn-Bonferroni-Test Burnout nach wöchentlicher Arbeitszeit

	Teststatistik	Standardfehler	Std. Teststatistik	p	korrr. p
31-40 h - 15-30 h	8.58	9.06	0.95	0.344	1
31-40 h - unter 15 h	12.7	46.35	0.27	0.784	1
31-40 h - über 40 h	-58.94	18.38	-3.21	0.001	0.008
15-30 h - unter 15 h	4.13	46.45	0.09	0.929	1
15-30 h - über 40 h	-67.52	18.64	-3.62	<0.001	0.002
unter 15 h - über 40 h	-71.64	49.13	-1.46	0.145	0.869

Korr. p: Mit Bonferroni-Korrektur angepasste Werte.

Quelle: Eigene Darstellung

Der paarweise Gruppenvergleich nach Dunn-Bonferroni ergab, dass sich die Gruppe „über 40 Stunden“ signifikant von der Gruppe „31 – 40 Stunden“ bezüglich der Burnout-Werte unterscheiden, korrigierter $p = 0,008$. Signifikant war auch der Unterschied zwischen der Gruppe „über 40 Stunden“ und „15 – 30 Stunden“, korrigiertes $p = 0,002$. Keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich den Burnout-Werten gab es zwischen den Gruppen „über 40 Stunden“ und „unter 15 Stunden“, korrigiertes $p = 0,869$.

Um zu überprüfen, ob es signifikante Unterschiede bezüglich der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome zwischen den vier Gruppen der MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeiten gab, wurde ebenfalls ein Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Es wurden die mittleren Ränge je Gruppe berechnet (Tabelle 24), die zentralen Tendenzen mittels Box-Plot visualisiert (Abbildung 16) sowie die statistische Signifikanz anhand des Kruskal-Wallis Test geprüft (Tabelle 25).

Tab. 24: Mittlere Ränge Gruppen nach psychische / physische Belastungssymptome

Gruppe	n	Median	Mittlerer Rang
31-40 Stunden	117	27	110.35
15-30 Stunden	92	28.5	113.54
unter 15 Stunden	2	30.5	140.75
über 40 Stunden	14	30	127.61
Gesamt	225	28	

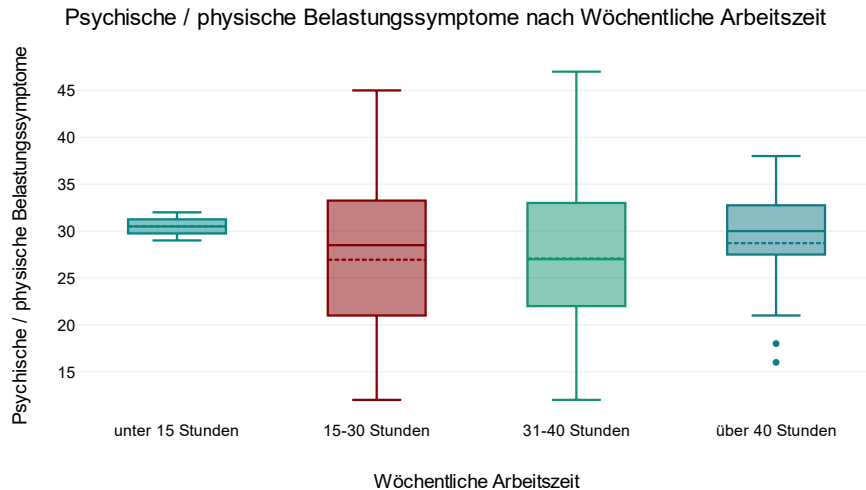
Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 25: Kruskal-Wallis-Test Belastungssymptome nach wöchentlicher Arbeitszeit

	Chi ²	df	p
Psychische / physische Belastungssymptome	1.27	3	0.736

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 16: Box-Plot Belastungssymptome nach wöchentlicher Arbeitszeit



Quelle: Eigene Darstellung

Die Rangtabelle zeigte nur wenige Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bezüglich der mittleren Ränge. Einzig die Gruppe mit wöchentlicher Arbeitszeit unter 15 Stunden wich mit einem mittleren Rang von 140,75 ab. Der Box-Plot zeigte ein relativ konstantes Bild bezüglich der Verteilung der Belastungssymptome-Werte in den einzelnen Gruppen sowie deren zentrale Tendenzen. Der Kruskal-Wallis Test ergab mit einem Chi-Quadrat-Wert von 1,27 bei Freiheitsgraden $df = 3$, dass sich die Gruppen nicht signifikant in Bezug auf die Variable psychische / physische Belastungssymptome unterscheiden, $p = 0,736$. Die Nullhypothese H_0 wurde deswegen beibehalten und die Alternativhypothese H_1 abgelehnt. Ein Post-hoc-Test war dementsprechend nicht mehr nötig.

5. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammengefasst, interpretiert sowie die Forschungsfragen beantwortet. Anschließend werden Limitationen der Untersuchung sowie Empfehlungen für weiterführende Forschung aufgezeigt.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Das Hauptforschungsziel der vorliegenden Arbeit war die Beantwortung der Fragen, ob die Arbeitszufriedenheit das Burnout-Risiko von MFA in Deutschland beeinflusst und welche Bedarfe und Potentiale sich dadurch ableiten lassen. Anhand einer einfachen linearen Regressionsanalyse wurde ermittelt, dass die Arbeitszufriedenheit ein signifikanter Prädiktor für die unabhängige Variable Burnout ist, $b = -0,81$; $t = -7,88$, $p < 0,001$. Die Modellgüte R^2 lag bei 0,22. Dies legt den Schluss nahe, dass auch bei der Berufsgruppe der MFA in Deutschland eine hohe Arbeitszufriedenheit das Burnout-Risiko senkt. Dieser Einfluss der Arbeitszufriedenheit wurde bereits in anderen Berufsgruppen bestätigt wie beispielsweise bei frühpädagogischen Fachkräften (Trauernicht et al. 2022). Die Bestimmtheitsmaße der dort aufgestellten Regressionsmodelle lagen mit $R^2 = 0,31$ (Emotionale Erschöpfung), $R^2 = 0,24$ (Depersonalisation) und $R^2 = 0,27$ (verringerte Leistungsfähigkeit) in einem

ähnlichen Bereich wie in dieser Untersuchung. Die höheren Bestimmtheitsmaße könnten daraus resultieren, dass Trauernicht et al. (2022) insgesamt acht Facetten der Arbeitszufriedenheit als unabhängige Variablen sowie vier Kontrollvariablen in ihren Modellen aufgenommen haben. Ferner gestaltet sich der Vergleich insofern schwierig, als dass in der vorliegenden Untersuchung andere Messinstrumente für Burnout und Arbeitszufriedenheit verwendet wurden. Der standardisierte Regressionskoeffizient der in der vorliegenden Arbeit aufgestellten einfachen linearen Regression ergab einen Wert von $\beta = -0,47$. Als Zusammenhangsmaß zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout ist er damit vergleichbar mit den angegebenen Korrelationen anderer Studien und Meta-Analysen wie beispielsweise bei Faragher et al. (2005) mit dem korrigierten, kombinierten Korrelationskoeffizient $r = 0,478$ oder bei Maqbali et al. (2024) mit dem Korrelationskoeffizienten $r = -0,446$.

Die deskriptive Auswertung der Skala Arbeitszufriedenheit ergab einen Mittelwert von 17,44 (SD = 3,32) bei einem Minimum von 9 und einem Maximum von 24. Die höchsten Zufriedenheitswerte ergaben sich bezüglich der Kollegen (MW = 3,53; SD = 0,64) und mit dem Vorgesetzten (MW = 3,38; SD = 0,74). Am wenigsten zufrieden waren die Befragten mit dem Einkommen (MW = 2,24; SD = 0,89) und der Anerkennung für ihre Arbeit (MW = 2,46; SD = 0,95). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei Goetz et al. (2013). Hier war die Gesamtarbeitszufriedenheit der befragten MFA ebenfalls in einem mittleren Bereich, die höchste Zufriedenheit zeigte sich mit den Kollegen, die geringsten Werte waren im Bereich Einkommen. Die befragten MFA in der Studie von Mergenthal & Gütthlin (2021) zeigten sich deckungsgleich mit der vorliegenden Untersuchung am wenigsten zufrieden mit ihrem Einkommen sowie mit der Anerkennung. Um abschätzen zu können, welche Facetten der Arbeitszufriedenheit geeignet sein können, das Burnout-Risiko zu senken, wurde ein multiples lineares Regressionsmodell erstellt. Dieses zeigte auf, dass die Variablen „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ mit $b = -1,62$, $t = -3,14$, $p = 0,002$ und „Freude an der Tätigkeit“ mit $b = -1,4$, $t = -2,64$, $p = 0,009$ statistisch signifikant den Burnout-Wert beeinflussen. Der höchste Zusammenhang zeigte sich dabei mit der Variable „Zufriedenheit mit der Anerkennung“ mit $\beta = -0,27$. Dass gerade diese Facette der Arbeitszufriedenheit in dieser und weiteren Studien vergleichsweise geringe Werte aufweist, zeigt das damit verbundene Risiko für die Entwicklung einer Burnout-Symptomatik in dem Berufsbild der MFA auf. Hier sind folglich Bedarfe ersichtlich. Die Anerkennung für die geleistete Arbeit könnte zum einen durch ein höheres Gehalt gesteigert werden. Gerade der finanzielle Aspekt sorgt für die größte Unzufriedenheit bei den MFA. Folgt man jedoch den Überlegungen der Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg et al. (1959) kann das Gehalt als Hygienefaktor nur eine Unzufriedenheit verhindern, aber keine Arbeitszufriedenheit steigern. Um langfristig eine hohe Anerkennung für die Leistung der MFA zu gewährleisten, bedarf es folglich mehr. Wie bereits im Einleitungsteil erwähnt sind die MFA eine der Hauptstützen des ambulanten Gesundheitswesens in Deutschland (Mergenthal & Gütthlin, 2021, S. 83). Dieser Aspekt muss in der Gesellschaft mehr Beachtung finden. Aber nicht nur die Anerkennung, sondern auch die „Freude an der Tätigkeit“ scheint nach den Ergebnissen dieser Untersuchung geeignet zu sein, das Risiko für chronische Erschöpfung zu verringern. Welche Aspekte die intrinsische Motivation bei MFA fördern und damit die Freude an der Tätigkeit erhöhen

können, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden und wird deshalb in Kapitel 5.3 nochmals kurz aufgegriffen.

Entsprechend der Unterforschungsfrage 1 wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome gibt. Eine Pearson Korrelationsanalyse zeigte eine signifikante, negative Korrelation mit $r = -0,42$; $p < 0,001$. Das heisst, je höher die Arbeitszufriedenheit, desto geringer ist die Ausprägung psychische / physischer Belastungssymptome. Dieser Zusammenhang sagt jedoch nichts über die Ursache-Wirkungs-Beziehung aus. Diverse unspezifische Beschwerden könnten dementsprechend die Arbeitszufriedenheit senken, umgekehrt könnte eine hohe Arbeitszufriedenheit aber auch die Ausprägung von Belastungssymptomen minimieren. Die ermittelte Korrelation ist als mittlerer Zusammenhang zu werten. Der Betrag fiel in dieser Untersuchung jedoch höher aus als in den Meta-Analysen von Faragher et al. (2005) mit dem korrigierten Koeffizienten $r = 0,287$ und von Maqballi et al. (2024) mit $r = -0,25$. In beiden Arbeiten wurde jedoch nicht näher nach konkreten Symptomen unterschieden, sondern diese als subjektive physische Beschwerden (Faragher et al., 2005) und mentale Gesundheitsbeschwerden (Maqballi et al., 2024) zusammengefasst. Ein Vergleich der Ergebnisse mit denen dieser Untersuchung ist daher als schwierig zu bewerten.

Ferner wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Burnout und psychischen / physischen Belastungssymptomen bei MFA gibt. Dies wurde bestätigt, eine durchgeführte Spearman Korrelationsanalyse zeigte eine signifikante, positive Korrelation mit $r = 0,63$; $p < 0,001$. Das bedeutet, je höher der Burnout-Wert, desto höher ist die Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome. Der Zusammenhang ist als hoch einzustufen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Überlegungen diverser Autoren, dass Burnout häufig mit unspezifischen, körperlichen und mentalen Symptomen auftritt (Braun et al., 2019; Berger et al., 2012; Burisch, 2014; Thalhammer & Paulitsch, 2014). Dieser hohe Zusammenhang wurde auch durch die Studien von Stöbel-Richter et al. (2013) und von Känel et al. (2020) ermittelt. Ähnlich wie in diesen Studien konnte jedoch auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine Aussage über die Kausalität gemacht werden. Dementsprechend können auch in der Berufsgruppe der MFA entweder hohe Burnout-Werte zur Entwicklung diverser Krankheitssymptome führen oder bereits bestehende Symptome das Burnout-Risiko erhöhen.

Das zweite Unterforschungsziel bestand darin, etwaige Unterschiede zwischen MFA mit verschiedenen wöchentlichen Arbeitszeiten bezüglich deren Burnout-Werten sowie der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome aufzuzeigen. Bezüglich den Burnout-Werten bestätigte der Kruskal-Wallis Test, dass sich die Gruppen mit unterschiedlicher wöchentlicher Arbeitszeit unterscheiden, $\chi^2 = 13,19$, $df = 3$, $p = 0,004$. Als Post-hoc-Test wurde der paarweise Gruppenvergleich nach Dunn-Bonferroni erstellt. Dieser ergab, dass MFA mit wöchentlichen Arbeitszeiten über 40 Stunden statistisch signifikant höhere Burnout-Werte aufweisen als MFA mit 31 – 40 Stunden (korrigiertes $p = 0,008$) und 15 – 30 Stunden (korrigiertes $p = 0,002$). Dieses Ergebnis ist dementspre-

chend mit den Erkenntnissen der im Auftrag der BAuA erstellten Forschungsübersichten von Amlinger-Chatterjee (2016) und Backhaus et al. (2023) vergleichbar, wonach lange Arbeitszeiten das Burnout-Risiko erhöhen. Da in der vorliegenden Arbeit die Gruppe der MFA mit wöchentlichen Arbeitszeiten über 40 Stunden nicht weiter differenziert wurde, kann nicht beurteilt werden, ab welcher genauen wöchentlichen Arbeitszeit das Burnout-Risiko steigt. Auch konnte kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Burnout-Werte zwischen MFA mit wöchentlicher Arbeitszeit unter 15 Stunden und denen mit über 40 Stunden festgestellt werden. Dies könnte jedoch dem Umstand geschuldet sein, dass in der Gruppe „unter 15 Stunden“ nur zwei Befragte waren. Bezüglich der Ausprägung psychischer / physischer Belastungssymptome ergab der Kruskal-Wallis Test keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den MFA mit unterschiedlichen Arbeitszeitkategorien. Die Hypothese H₁₅ musste daher verworfen werden. Folgender Erklärungsansatz wäre denkbar: Das hier verwendete BMI erfasst als Belastungssymptome u.a. Kopfschmerzen, den Hang zu Grübeleien, Magenprobleme oder Lustlosigkeit. Diese Beschwerdebilder könnten auch unabhängig eines beruflichen Kontextes und der Arbeitszeit entstehen sowie durch weitere Faktoren wie familiäre Probleme, finanzielle Sorgen etc. begründet sein.

5.2 Limitationen und Empfehlungen

Die vorliegende Arbeit wurde unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen mit bestem Wissen und Gewissen erstellt. Der standardisierte Fragebogen sowie die Verwendung gängiger statistischer Auswertungsmethoden sprechen für eine hohe Objektivität der Untersuchung. Das Erhebungsinstrument setze sich aus dem validen und reliablen BMI von Satow (2013) sowie aus umformulierten Items in Anlehnung anerkannter Fragebögen zur Messung der Arbeitszufriedenheit zusammen. Die Skala Arbeitszufriedenheit und ihre Items wurden zusätzlich auf Reliabilität und Trennschärfe geprüft. Es wurden befriedigende bis gute Werte ermittelt. Dennoch gibt es einige kritische Aspekte in dieser Untersuchung, die im Folgenden dargelegt werden.

Zum einen handelt es sich hier um eine Querschnittsstudie, somit können keine kausalen Beziehungen aus den aufgezeigten Zusammenhängen abgeleitet werden (Döring & Bortz, 2016, S. 210). Des Weiteren wurde zwar der berechnete Mindeststichprobenumfang $n = 196$ mit insgesamt 225 Befragten übertroffen, dem liegt jedoch eine hohe Fehlerspanne von 7% zugrunde. Ferner ist die eingesetzte Schneeballmethode zur Akquise von Probanden kritisch zu betrachten. Grundsätzlich kann das Schneeballverfahren die Repräsentativität für die Grundgesamtheit einschränken (Döring & Bortz, 2016, S. 309). Es ist möglich, dass eine hohe Anzahl der Befragten aus dem gleichen geographischen Umfeld stammen. Dass der Befragungslink auch in Foren für MFA aus ganz Deutschland geteilt wurde, könnte diesen Effekt abgeschwächt haben. Dies kann der Autor aufgrund der Anonymität der Befragung jedoch nicht nachprüfen. Eine weitere Limitation ergibt sich aus dem Erhebungsinstrument. Die Skala Burnout wurde mit dem BMI von Satow (2013) erhoben. Ein Großteil der Studien mit ähnlicher Thematik verwendete jedoch das MBI von Maslach (1981). Dies erschwert einen direkten Vergleich der Ergebnisse. Die letzte Einschränkung bezieht sich auf die Erfassung

der Skala Arbeitszufriedenheit, die hier anhand von sechs Items geschah. Fragebögen wie der ABB (Neuberger & Allerbeck, 1978) nutzen weitaus mehr Items. So können nicht nur mehr Aspekte der Arbeitszufriedenheit erfasst, sondern diese auch noch differenzierter beschrieben werden. Konkrete Handlungsempfehlungen aus den hier sehr allgemein formulierten Variablen „Anerkennung“ und „Freude an der Tätigkeit“ als potentielle Einflussfaktoren auf das Burnout-Risiko abzuleiten, gestaltet sich dementsprechend schwierig.

Sowohl die Erkenntnisse aus dieser Arbeit als auch deren Limitationen schaffen Raum für weiterführende Forschung. Zum einen können Längsschnittstudien sinnvoll sein, welche die in dieser Untersuchung herausgearbeiteten Zusammenhänge auf kausale Beziehungen überprüfen. Des Weiteren wurden in dieser Arbeit zwei Facetten der Arbeitszufriedenheit ermittelt, die das Potential haben, das Burnout-Risiko in der Berufsgruppe der MFA zu senken. Anhand von qualitativen Studien könnte eruiert werden, welche Arten von Anerkennung den MFA wichtig sind und welche Aspekte ihrer Tätigkeit ihnen Freude bereitet. Aus diesen Erkenntnissen könnten konkrete Maßnahmen abgeleitet werden.

6. Fazit

Die Berufsgruppe der MFA stellt einen bedeutenden Teil des Gesundheitswesens in Deutschland dar. Wie bei vielen anderen Berufen, die eine hohe Interaktion mit Menschen beinhalten, besteht auch hier ein gewisses Risiko, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. Die Forschung bestätigte, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit das Burnout-Risiko verringern kann. Betrachtet wurden hierbei jedoch häufig Krankenhauspersonal und Ärzte. Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, diesen Zusammenhang auch bei MFA in Deutschland zu untersuchen und damit eine Forschungslücke zu schließen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass ähnliche Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout bei den MFA in Deutschland existieren wie in bereits erforschten Berufsgruppen. Die vorliegende Arbeit bietet jedoch neben dieser Erkenntnis noch einen weiteren Mehrwert. Es wurden mit der „Anerkennung für die geleistete Arbeit“ sowie der „Freude an der Tätigkeit“ zwei konkrete Aspekte der Arbeitszufriedenheit identifiziert, welche bei entsprechender Förderung das Burnout-Risiko bei MFA in Deutschland senken könnten. Dementsprechend muss das Ziel zukünftiger Forschung sein, diese Aspekte der Arbeitszufriedenheit bei MFA ausführlicher zu erkunden und konkrete Bedürfnisse offenzulegen. Daraus könnten Maßnahmenpakete abgeleitet werden, um das Berufsbild der MFA insgesamt attraktiver zu gestalten, die Arbeitszufriedenheit nachhaltig zu erhöhen und damit einem „Ausbrennen“ vorzubeugen.

Literaturverzeichnis

- Amlinger-Chatterjee, M. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Atypische Arbeitszeiten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20160713/3a>
- Backhaus, N.; Nold, J.; Entgelmeier, I., Brenscheidt, F. & Tisch, A. (2023). *Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu Arbeitszeit und gesundheitlichen Auswirkungen*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://doi.org/10.21934/baua:fokus20230807>
- Becker, F. (2019). *Mitarbeiter wirksam motivieren : Mitarbeitermotivation mit der Macht der Psychologie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57838-4>
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U. & Maier, W. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. DGPPN. <https://www.bgm-ag.ch/files/public/literatur/pdf/burnout-positionspapier.pdf>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit : Grundlagen und Anwendungen*. Kohlhammer Verlag.
- Böckelmann, I. & Kirsch, M. (2023). Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und das Burnout-Risiko der Pädagogen an den Musikschulen: ein Altersvergleich. *Zentralblatt Für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 73(6), 277–288. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00510-3>
- Brandstätter, H. & Schuler, H. (2019). Persönliche Verhaltens- und Leistungsbedingungen. In H. Schuler & K. Moser (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (6. Aufl., S. 19–46). Hogrefe.
- Braun, S., Kessemeier, F., Balint, E., Schwarz, E., Hölzer, M., Gündel, H. & Rothermund, E. (2019). Psychische Erkrankungen im Arbeitskontext - eine Verortung im Versorgungssystem. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 69(12), 505–516. <https://doi.org/10.1055/a-1021-8209>
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Huber.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025a). *ICD-11: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025b). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

- Bundesministerium für Gesundheit (2025). *Was sind ICD- und OPS-Codes?* <https://gesund.bund.de/was-sind-icd-und-ops-codes>
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung* (5. Aufl.). Springer Verlag.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. Sage Publications.
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 505–524. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.012>
- Datatab Team (2025). DATAtab: Online Statistics Calculator. DATAtab e.U. <https://datatab.de>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer Verlag.
- Faragher, E. B., Cass, M. & Cooper, C. L. (2005). The Relationship between Job Satisfaction and Health: A Meta-Analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Farber, B. A. (2000). Introduction: Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 589-594. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200005\)56:5<589::AID-JCLP1>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<589::AID-JCLP1>3.0.CO;2-S)
- Fischer, J. A., Hüttermann, H. & Werther, S. (2021). *Employee Experience Questionnaire (EXQ): Fragebogen zur Messung von Zufriedenheit, Commitment und Engagement*. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/zis304>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Gerrig, R. J., Klatt, A., Dörfler, T., Roos, J. & Zimbardo, P. G. (2018). *Psychologie* (21. Aufl.). Pearson Education.
- Geuenich, K. & Hagemann, W. (2014). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS): Manual* (2. Aufl.). Hogrefe.
- Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Brodowski, M., Steinhäuser, J., Wensing, M. & Szecsenyi, J. (2013). Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *Family Practice*, 30(4), 411–417. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt015>
- Hartog, C. S. (2019). Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114(8), 693–698. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
- Hedderich, I. (2014). Das Burnout-Syndrom: Theorie, Forschung, Intervention. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 112(7-8), 5–11. https://www.szh.ch/bausteine.net/f/9827/Hedderich_SZH_7-8_5_2014.pdf?fd=3

- Herzberg, F., Mausner, B. S. & Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley.
- Hillert, A. (2012). Burnout: eine zeitgemäße psychische Störung? Geschichte, Konzepte, Perspektiven. *PSYCH Up2date*, 6(6), 361–375. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305103>
- Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* C. H. Beck.
- Jung, F. U., Luppä, M., & Riedel-Heller, S. G. (2023). Arbeitszeit bei Ärzt:innen und Auswirkungen auf Gesundheit, Zufriedenheit und Gesundheitsversorgung. *Zentralblatt Für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 73(4), 190–196. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00503-2>
- Kauffeld, S. & Schermuly, C. (2019). Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation. In S. Kauffeld (Hrsg.), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (3. Aufl., S. 237–260). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56013-6_9
- Koch, S., Lehr, D. & Hillert, A. (2015). *Burnout und chronischer beruflicher Stress*. Hogrefe.
- Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. *GMS Health Technology Assessment*, 6. <https://doi.org/10.3205/hta000087>
- Kramuschke, M., Renner, A. & Kersting, A. (2024). Burnout: Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsansätze. *Der Nervenarzt*, 95(5), 484–493. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01649-x>
- Krohne, H. W. & Hock, M. (2015). *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- Kuckartz, U., Rädiker, R., Ebert, T. & Schehl, J. (2013). *Statistik: Eine verständliche Einführung* (2. Aufl.). Springer Verlag.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (S. 1297–1349). Rand McNally.
- Maqbali, M. A., Hughes, C., Hacker, E. & Dickens, G. (2024). Mental health variables associated with job satisfaction among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Healthcare Management*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/20479700.2024.2417641>
- Maslach, C. (1982). *Burnout – The cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.

- Maske, U., Riedel-Heller, S., Seiffert, I., Jacobi, F. & Hapke, U. (2016). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichteten diagnostiziertem Burnout-Syndrom: Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“. *Psychiatrische Praxis*, 43(01), 18 – 24. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552702>
- Merdiaty, N. & Aldrin, N. (2024). The role of job satisfaction towards burnout with well-being as a mediator. *International Journal of Research in Business & Social Science*, 13(2), 98–106. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v13i2.3243>
- Mergenthal, K., Banduhn, S., Gerlach, I., Marini, A., März, B., Müller, V., Restle, S., Schluckebier, I., Schmiedeberg, E., Schulz-Rothe, S. & Güthlin, C. (2014). Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin: ZFA*, 90(11), 445–450. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0445-0450>
- Mergenthal, K. & Güthlin, C. (2021). Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität Im Gesundheitswesen*, 167, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.09.006>
- Myhren, H., Ekeberg, Ø. & Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2013/786176>
- Nerdinger, F., Blickle, G. & Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (4. Aufl.). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56666-4_1
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse der Arbeitszufriedenheit* (ABB). Huber.
- Rösing, I. (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Asanger.
- Roth, K., Baier, N., Busse, R. & Henschke, C. (2022). Arbeitszufriedenheit und Burnout in der präklinischen Notfallversorgung: Eine Onlineumfrage bei nichtärztlichen Mitarbeitern. *Notfall + Rettungsmedizin: Zeitschrift für präklinische und innerklinische Notfallmedizin*, 25(8), 561–569. <https://doi.org/10.1007/s10049-021-00881-1>
- Rother, J., Darius, S., Thielmann, B. & Böckelmann, I. (2025). Psychische Gesundheit und Burnout-Risiko bei weiblichen Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen mit hohem Anteil an Interaktionsarbeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 75(1), 10–21. <https://doi.org/10.1007/s40664-024-00551-2>
- Satow, L. (2013a). *Burnout-Mobbing-Inventar (BMI): Test- und Skalendokumentation*. <https://www.dr-satow.de/tests/burnout-mobbing-inventar/>
- Satow, L. (2013b). *Burnout-Mobbing-Inventar (BMI): Testmanual*. <https://www.dr-satow.de/tests/burnout-mobbing-inventar/>

- Satow, L. (2025). *Burnout-Mobbing-Inventar (BMI)*. <https://www.drsatow.de/tests/burnout-mobbing-inventar/>
- Schmidt-Stiedenroth, K., Mambrey, V., Dreher, A. & Loerbroks, A. (2024). Psychosocial working conditions and mental health among medical assistants in Germany: a scoping review. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17798-2>
- Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. In U. Repschläger, C. Schulte & N. Osterkamp (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell 2021: Beiträge und Analysen* (S. 96 – 124). Barmer Institut für Gesundheitsforschung. <https://doi.org/10.30433/GWA2021-96>
- Six, B. & Felfe, J. (2004). Einstellungen und Werthaltungen im organisationalen Kontext. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 597–672). Hogrefe.
- Smith, P. C., Kendall, L. M. & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction with work and retirement*. Rand McNally.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M. & Schmid, M. (2016). Der Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie - Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie*, 65(3), 162–180. https://www-wiso-net-de.eu1.proxy.openathens.net/document/PDKK__1b4cde94286b986293e6ad961008c854317fa0c4
- Stieglitz, R.D. (2022). Stichwort Syndrom. In M.A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/syndrom>
- Stöbel-Richter, Y., Daig, I., Brähler, E. & Zenger, M. (2013). Prävalenz von psychischer und physischer Erschöpfung in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit weiteren psychischen und somatischen Beschwerden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63(03/04), 109–114. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331704>
- Thalhammer, M. & Paulitsch, K. (2014). Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. *Neuropsychiatrie*, 28, 151–159. <https://doi.org/10.1007/s40211-014-0106-x>
- Trauernicht, M., Besser, N. & Anders, Y. (2022). Burnout in der Kita und der Zusammenhang zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit. *Frühe Bildung*, 11(2), 85–93. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000566>
- Verband medizinischer Fachberufe e.V. (2025a). *Zahlen und Fakten*. <https://www.vmf-online.de/downloaddateien/downloads-pressebereich/zahlen-und-fakten.pdf>

- Verband medizinischer Fachberufe e.V. (2025b). *Berufsordnung für Medizinische Fachangestellte: Grundsätze des beruflichen Selbstverständnisses*. <https://www.vmf-online.de/download/berufsordnung-mfa>
- Von Känel, R. (2008). Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97(9), 477–487. <https://doi.org/10.1024/1661-8157.97.9.477>
- Von Känel, R., Princip, M., Holzgang, S. A., Fuchs, W. J., van Nuffel, M., Pazhenkottil, A. P. & Spiller, T. R. (2020). Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. *Scientific Reports*, 10(1), 1 – 6. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75611-7>
- Von Rosenstiel, L. & Nerdinger, F. (2011). *Grundlagen der Organisationstheorie: Basiswissen und Anwendungshinweise* (7. Aufl.). Schäffer-Poeschel Verlag.
- Warr, P.J., Cook, J. and Wall, T. (1979) Scales for the Measurement of Some Work Attitudes and Aspects of Psychological Well-Being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
- Weber, D. & Keller, D. (2023). *Statistische Daten erheben und auswerten für Dummies*. John Wiley.
- Wiswede, G. (2012). *Einführung in die Wirtschaftspsychologie* (5. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- World Health Organisation (2025). *Burnout*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/foundation/en#129180281>

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Burnout-Stufenmodelle.....	52
Anhang B: Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom.....	53
Anhang C: Fragebogen.....	54
Anhang D: Fragebogen in SoSci Survey.....	56
Anhang E: Datensätze.....	60
Anhang F: Voraussetzungstests Regressionsmodell 1.....	61
Anhang G: Voraussetzungstests Regressionsmodell 2.....	62

Anhang – Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle A1: Burnout-Stufenmodelle (Auszug) (Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 154).....	52
Tabelle B1: Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom (von Känel, 2008, S. 480).....	53
Tabelle G1: Toleranz und VIF unabhängige Variablen Regression 2.....	64
Abbildung F1: Histogramm Residuen Regression 1.....	61
Abbildung F2: Q-Q-Plot Residuen Regression 1.....	61
Abbildung F3: Graph Homoskedastizitätsprüfung Residuen Regression 1.....	61
Abbildung G1: Streudiagramme mit Regressionsgerade Facetten Arbeitszufriedenheit – Burnout..	62
Abbildung G2: Histogramm Residuen Regression 2.....	63
Abbildung G3: Q-Q-Plot Residuen Regression 2.....	63
Abbildung G4: Graph Homoskedastizitätsprüfung Residuen Regression 2.....	63

Anhang A: Burnout-Stufenmodelle

Tab. A1: Burnout-Stufenmodelle (Auszug)

Autor	Phasen / Stadien / Stufen
Freudenberger	1. Empfindendes Stadium 2. Empfindungsloses Stadium
Lauderdale	1. Verwirrung 2. Frustration 3. Verzweiflung
Cherniss	1. Berufsstress 2. Stillstand 3. Defensive Bewältigungsversuche
Edelwich	1. Idealistische Begeisterung 2. Stillstand 3. Frustration 4. Apathie
Fengler	1. Freundlichkeit und Idealismus 2. Überforderung 3. Geringer werdende Freundlichkeit 4. Schuldgefühle 5. Vermehrte Anstrengung 6. Erfolglosigkeit 7. Hilflosigkeit 8. Hoffnungslosigkeit 9. Erschöpfung, Distanzierung, Wut 10. Burnout

Quelle: Eigene Darstellung (geändert) Anlehnung an Thalhammer & Paulitsch, 2014, S. 154, auf der Basis von Hillert, 2012 & Korczak et al., 2010.

Anhang B: Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom

Tab. B1: Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom

Ursachen	Krankheiten / Störungen
Somatisch	Anämie, Eisenmangel Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz Herzinsuffizienz, COPD Niereninsuffizienz Borreliose, HIV, Tuberkulose Malignome, Lymphome, Leukämien Entzündliche Systemerkrankungen Degenerative Erkrankungen des ZNS Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom Medikamentennebenwirkungen
Psychosomatisch / Psychiatrisch	Chronic-Fatigue-Syndrom Dysomnien Neurasthenie Somatisierungsstörungen Depressive Störungen Generalisierte Angsterkrankung Posttraumatische Belastungsstörung Essstörungen Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer)

Quelle: Eigene Darstellung (geändert) in Anlehnung an von Känel, 2008, S 480.

Anhang C: Fragebogen

Teil 1: Soziodemografische Daten

Item-Nr.	Item					
1	Geschlecht	weiblich	männlich	divers		
2	Alter	Unter 20	20-30	31-40	41-50	Über 50
3	Wöchentliche Arbeitszeit als MFA / Arzthelferin	Unter 15 h	15 – 30 h	30 – 40 h	Über 40 h	

Teil 2: Arbeitszufriedenheit

Item-Nr.	Item	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
4	Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.				
5	Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.				
6	Die Tätigkeit als MFA / Arzthelferin bereitet mir Freude.				
7	Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.				
8	Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.				
9	Ich empfinde mein Gehalt als fair.				

Teil 3: Burnout

Item-Nr.	Item	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
10	Ich fühle mich von meinen Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft.				
11	Ich stehe schon seit langem unter großem Druck.				
12	Abends bin ich von meiner Tätigkeit oft völlig erschöpft.				
13	Ich denke nur noch an die Arbeit / meine Tätigkeit und sonst an nichts mehr.				
14	Ich kann bei meiner Arbeit / Tätigkeit kaum Pausen machen.				
15	Bei meiner Arbeit / Tätigkeit stehe ich ständig unter großem Druck.				
16	Ich kann mich anstrengen wie ich will, die Arbeit wird nicht weniger.				
17	Ich habe bei meiner Arbeit / Tätigkeit viel Zeit für andere Dinge.				

Teil 4: Psychische und physische Belastungssymptome

Item-Nr.	Item	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
18	Ich schlafe schlecht.				
19	Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.				
20	Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.				
21	Ich grüble oft über mein Leben nach.				
22	Ich bin oft traurig.				
23	Ich habe oft zu nichts mehr Lust.				
24	Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück und bin dann so versunken, dass ich nichts mehr mitbekomme.				
25	Ich kann mich schlecht konzentrieren.				
26	Ich habe Alpträume.				
27	Ich fühle mich oft ausgebrannt und leer.				
28	Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.				
29	Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).				

Anhang D: Fragebogen in SoSci Survey

Seite 01
Begrüßung

Umfrage Arbeitszufriedenheit, Burnout-Risiko und psychosomatische Belastungssymptome bei Medizinischen Fachangestellten & Arzthelfer/-innen in Deutschland

Liebe/r Teilnehmende/r,

herzlich willkommen zu meiner Umfrage. Ich freue mich, dass du den Weg hierher gefunden hast und bedanke mich, dass du dir die Zeit für die Beantwortung meiner Fragen nimmst.

Diese Befragung richtet sich an Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/-innen in Deutschland. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich die Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit, dem Burnout-Risiko sowie psychischen und physischen Belastungssymptomen im Berufsfeld der Medizinischen Fachangestellten / Arzthelfer/-innen untersuchen. Dazu benötige ich deine Unterstützung.

Bitte lies dir die Fragen aufmerksam durch und beantworte sie so, wie du es empfindest. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die komplette Befragung dauert ca. 5 Minuten.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Die Datenerhebung & -auswertung erfolgt komplett anonym und erlaubt keine Rückschlüsse auf deine individuelle Person. Deine Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Wenn du weiterführende Informationen zu dieser Umfrage benötigst oder sonstige Fragen dazu hast, kontaktiere mich gerne unter der E-Mail-Adresse [REDACTED]

Ich danke dir für deine Unterstützung.

Viele Grüße

Markus Semmler

Datenschutz und Einwilligungserklärung

Diese Umfrage behandelt das Thema "Arbeitszufriedenheit, Burnout-Risiko und psychosomatische Belastungssymptome bei Medizinischen Fachangestellten & Arzthelfer/-innen in Deutschland"

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit durch Schließung des Fensters abgebrochen werden. Es entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. Es wird keine Registrierung benötigt, ferner werden weder Namen noch Kontaktdaten erhoben.

Die folgenden Daten werden innerhalb dieser Umfrage abgefragt: Alter, Geschlecht, wöchentliche Arbeitszeit, subjektive Selbsteinschätzungen zur Arbeitszufriedenheit, zur Arbeitsbelastung sowie möglicher, subjektiv wahrgenommener Belastungsbeschwerden. Diese Daten werden ausschließlich dazu erhoben, um diese im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit auszuwerten und Ergebnisse interpretieren zu können. Die Erhebung und Auswertung der angegebenen Daten erfolgt komplett anonym, die Daten werden streng vertraulich behandelt. Die angegebenen Daten erlauben keinerlei Rückschlüsse auf eine individuelle Person.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wie Auskunft, Löschung, Korrektur oder Widerruf sowie sonstige Fragen zu dieser Umfrage kontaktieren Sie mich bitte unter der E-Mail Adresse [REDACTED]

Einwilligungserklärung

☐ Ich bin damit einverstanden und möchte an der Umfrage teilnehmen.

1. Wie alt bist du?

- ☐ unter 20 Jahre
- ☐ 20-30 Jahre
- ☐ 31-40 Jahre
- ☐ 41-50 Jahre
- ☐ über 50 Jahre

2. Wie ist dein Geschlecht?

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

3. Wie hoch ist deine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit als MFA / Arzthelfer/-in?

- ☐ unter 15 Stunden
- ☐ 15-30 Stunden
- ☐ 31-40 Stunden
- ☐ über 40 Stunden

Denke bei den folgenden Fragen an deine tägliche Arbeit als Medizinische/r Fachangestellte/-r / Arzthelfer/-in. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf dich zu?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.	☐	☐	☐	☐
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.	☐	☐	☐	☐
Die Tätigkeit als MFA / Arzthelfer/-in bereitet mir Freude.	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde mein Gehalt als fair.	☐	☐	☐	☐

Denke bei den folgenden Fragen an deine tägliche Arbeit als Medizinische/r Fachangestellte/-r / Arzthelfer/-in. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf dich zu?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich fühle mich von meinen Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich stehe schon seit langem unter großem Druck.	☐	☐	☐	☐
Abends bin ich von meiner Tätigkeit oft völlig erschöpft.	☐	☐	☐	☐
Ich denke nur noch an die Arbeit / meine Tätigkeit und sonst an nichts mehr.	☐	☐	☐	☐
Ich kann bei meiner Arbeit / Tätigkeit kaum Pausen machen.	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit / Tätigkeit stehe ich ständig unter großem Druck.	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich anstrengen wie ich will, die Arbeit wird nicht weniger.	☐	☐	☐	☐
Ich habe bei meiner Arbeit / Tätigkeit viel Zeit für andere Dinge.	☐	☐	☐	☐

Stress und Druck können körperliche und psychische Symptome verursachen. Welche Symptome hast du bei dir in den letzten sechs Monaten beobachtet?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich schlafe schlecht.	☐	☐	☐	☐
Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.	☐	☐	☐	☐
Ich grübele oft über mein Leben nach.	☐	☐	☐	☐
Ich bin oft traurig.	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft zu nichts mehr Lust.	☐	☐	☐	☐
Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück und bin dann so versunken, dass ich nichts mehr mitbekomme.	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich schlecht konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Alpträume.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft ausgebrannt und leer.	☐	☐	☐	☐
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Deine Teilnahme!

Du kannst das Fenster nun schließen.

Markus Semmler, IU Internationale Hochschule – 2024

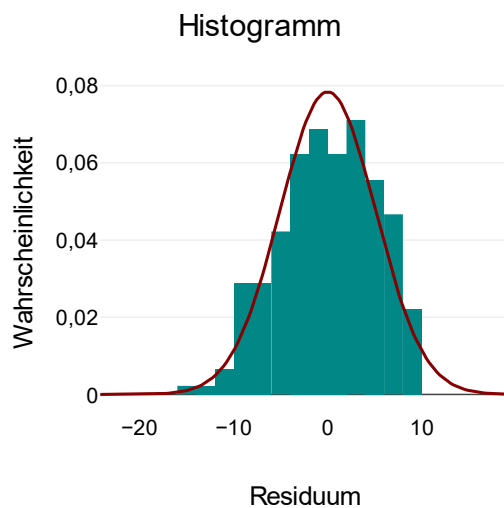
Teile des Tests entstammen dem Burnout-Mobbing-Inventar (BMI) von Dr. Lars Satow; Copyright (C) Dr. Lars Satow.

Anhang E: Datensätze

[illegible]

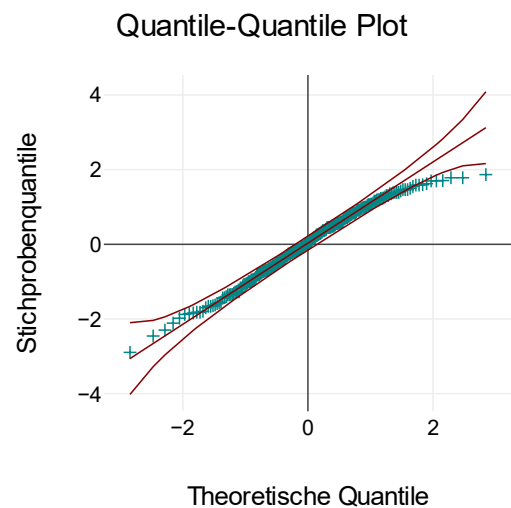
Anhang F: Voraussetzungstests Regressionsmodell 1

Abb. F1: Histogramm Residuen Regression 1



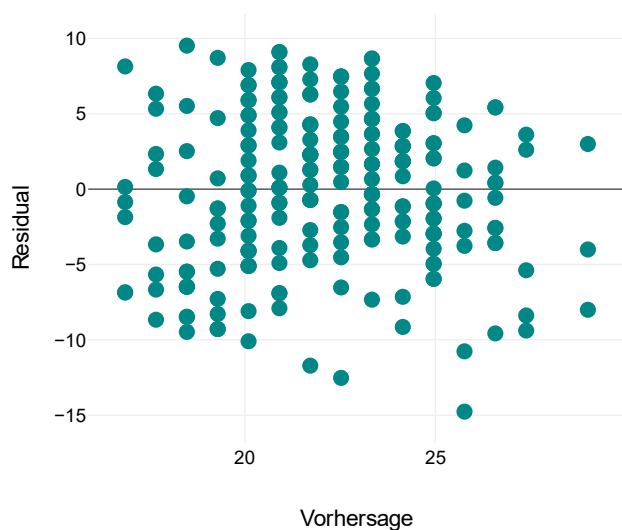
Quelle: Eigene Darstellung

Abb. F2: Q-Q-Plot Residuen Regression 1



Quelle: Eigene Darstellung

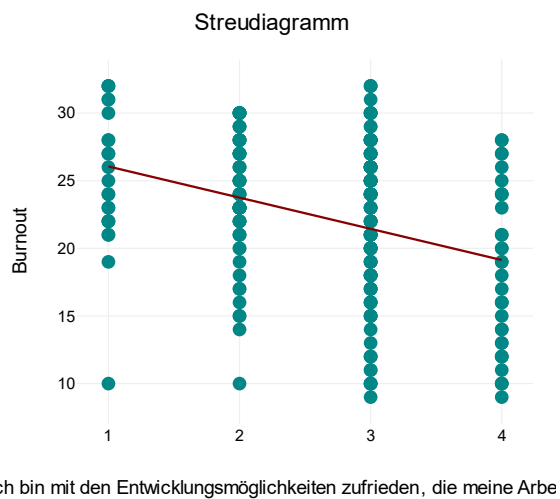
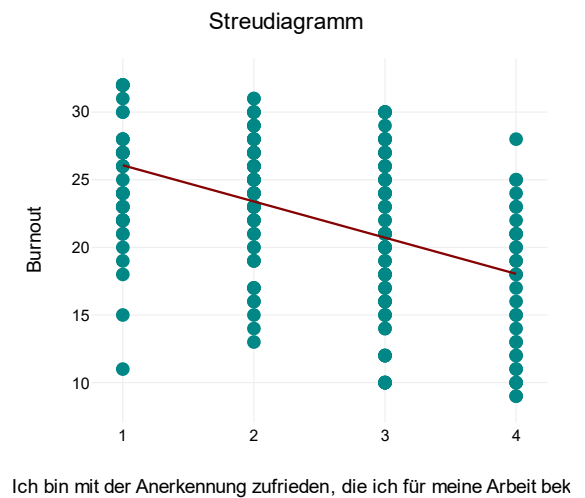
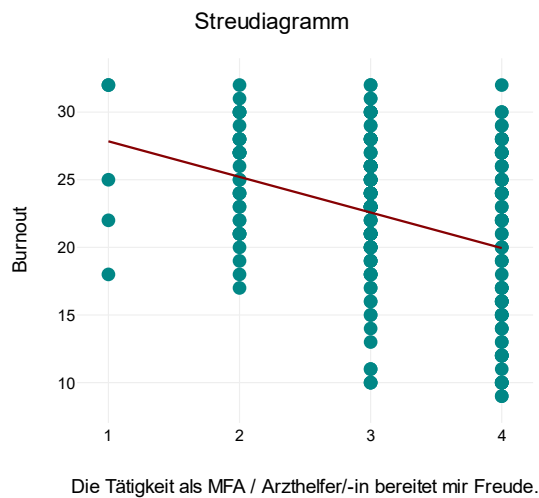
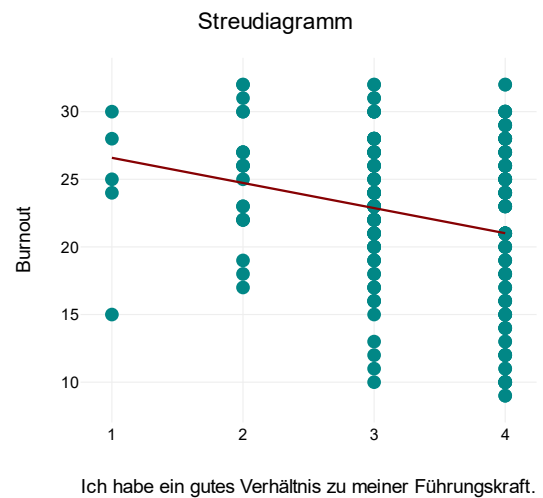
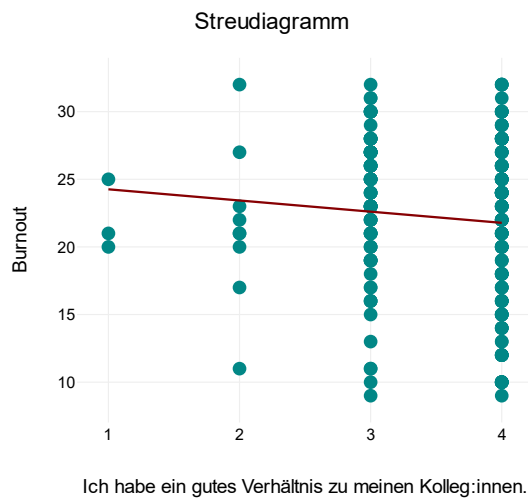
Abb. F3: Graph Homoskedastizitätsprüfung Residuen Regression 1



Quelle: Eigene Darstellung

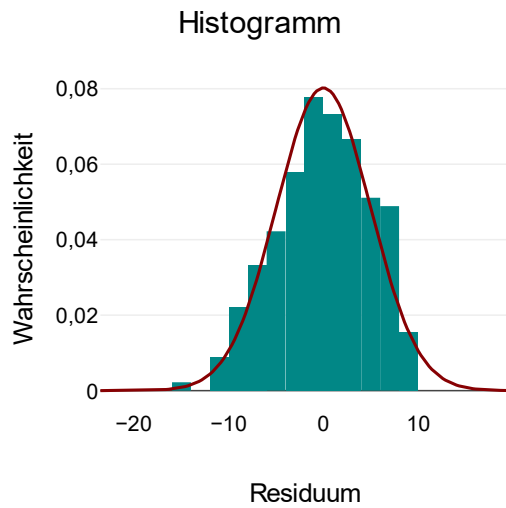
Anhang G: Voraussetzungstests Regressionsmodell 2

Abb. G1: Streudiagramme mit Regressionsgerade Facetten Arbeitszufriedenheit – Burnout



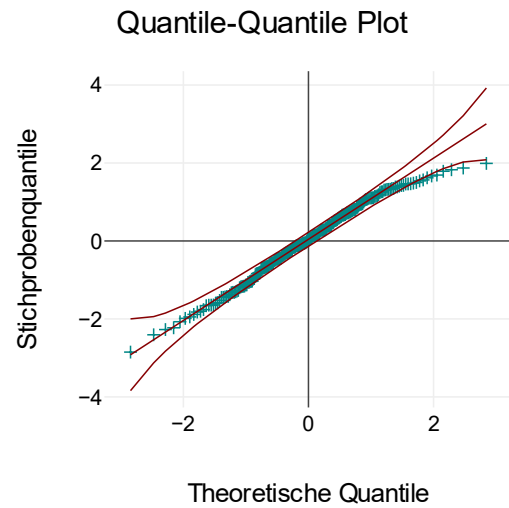
Quelle: Eigene Darstellung

Abb. G2: Histogramm Residuen Regression 2



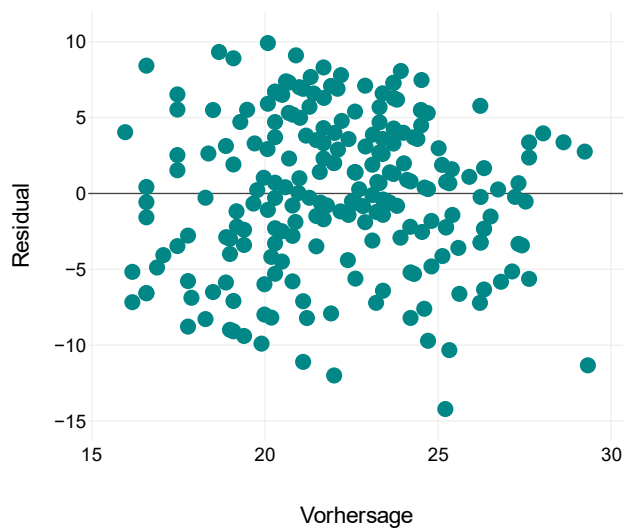
Quelle: Eigene Darstellung

Abb. G3: Q-Q-Plot Residuen Regression 2



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. G4: Graph Homoskedastizitätsprüfung Residuen Regression 2



Quelle: Eigene Darstellung

Tab. G1: Toleranz und VIF unabhängige Variablen Regression 2

Modell	Toleranz	VIF
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meiner Führungskraft.	0.68	1.48
Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Kolleg:innen.	0.83	1.21
Die Tätigkeit als MFA / Arzthelfer/-in bereitet mir Freude.	0.7	1.43
Ich bin mit den Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden, die meine Arbeit bietet.	0.59	1.7
Ich bin mit der Anerkennung zufrieden, die ich für meine Arbeit bekomme.	0.47	2.12
Ich empfinde mein Gehalt als fair.	0.63	1.58

Quelle: Eigene Darstellung

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG



Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die Abschlussarbeit selbständig und ohne Inanspruchnahme fremder Hilfe angefertigt habe. Ich habe dabei nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die aus diesen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiatserkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.