

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Leitung: Prof. Dr. Peter Angerer

Berufsbezogene Veränderungsbedürfnisse Medizinischer Fachangestellter:
Prävalenzen, berufsbezogene Outcomes und
Bewertung durch Hausärzt:innen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors Public Health
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Jessica Scharf

2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter/in: Prof. Dr. Adrian Loerbroks

Zweitgutachter/in: Prof. Dr. Andreas Müller

Widmung

Stufen

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.

Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
An keinem wie an einer Heimat hängen,
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.

Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

- Hermann Hesse, 1941 -

Auflistung der Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Desired improvements of working conditions among medical assistants in Germany: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., *J Occup Med Toxicol*, 14(18), 2019.

Work-related intervention needs and potential occupational outcomes among medical assistants: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., *Int J Environ. Res Public Health*, 16(13), 2019.

Work-related intervention needs of medical assistants and how to potentially address them according to supervisors': a qualitative study among General Practitioners, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Müller, A., Angerer, P., Loerbroks, A., *Int J Environ. Res Public Health*, 19, 1359, 2022.

Zusammenfassung

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist der wahrgenommene psychosoziale Arbeitsstress vom Personal im Gesundheitswesen doppelt so hoch. Insbesondere die psychosozialen Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten (MFAs) werden als prekär beschrieben. Strategien zur Veränderung ungünstiger psychosozialer Arbeitsbedingungen werden von MFAs selbst meist nur in einem Arbeitgeber- oder Berufswechsel gesehen. Bislang fehlen Studien, die die konkreten Bedürfnisse zur Änderung von Arbeitsbedingungen von MFAs abbilden. Diese Bedürfnisse sollen im Rahmen der vorliegenden Dissertation unter Berücksichtigung soziodemografischer und praxisbezogener Variablen als potentielle Einflussvariablen analysiert werden. Darüber hinaus werden Zusammenhänge mit beruflichen Entscheidungen von MFAs untersucht sowie die berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse mit Hausärzt:innen diskutiert. Die Daten der vorliegenden Dissertation wurden im Rahmen einer bundesweiten Befragung von MFAs (n=887) in Deutschland erhoben (09/2016-04/2017). Der eingesetzte Fragebogen umfasst 20 Items zu berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen sowie soziodemografische und praxisbezogene Variablen, welche mithilfe ordinaler Regressionsmodelle mit Rückwärtsselektion auf Assoziationen überprüft wurden. Mittels explorativer Faktorenanalyse wurden aus den 20 Items drei Subskalen mit 12 Items abgeleitet (Arbeitsbedingungen, Belohnung durch den Vorgesetzten und aufgabenbezogene Selbstständigkeit). Die drei Subskalen wurden anschließend als unabhängige Variablen in logistischen Regressionsmodellen unter anderem für die Outcome-Variablen Intention des Arbeitgeber- oder Berufswechsels eingesetzt. Des Weiteren wurden 21 Hausärzt:innen zwischen 12/2018-04/2019 rekrutiert und die 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse sowie potentiellen Interventionen in qualitativen Interviews diskutiert. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring anhand der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet. Insgesamt 97,3% der MFAs äußerten mindestens ein berufsbezogenes Veränderungsbedürfnis. Im Durchschnitt wurden 10,27 von 20 möglichen Bedürfnissen angegeben. Am häufigsten wurden Bedürfnisse in Bezug auf ein höheres Gehalt, weniger Dokumentation und mehr Anerkennung durch die Gesellschaft geäußert. Die Subskalen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und die Belohnung durch Vorgesetzte zeigten die stärksten Assoziationen mit der Intention des Arbeitgeber- oder Berufswechsels. Die qualitativen Interviews mit Hausärzt:innen zeigte, dass die Befragten die Verantwortung für die Umsetzung von Interventionen bei gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern oder auch bei sich selbst sahen. Insbesondere die berufliche Fortbildung wurde als eine Möglichkeit diskutiert, die Anerkennung und Vergütung der MFAs zu verbessern. Die hohe Prävalenz der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse unterstreicht die Relevanz einer Änderung der Arbeitsbedingungen. Da keine soziodemografischen und praxisbezogenen Variablen signifikanten Assoziationen mit den Veränderungsbedürfnissen zeigten, sollten Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf die gesamte MFA-Population ausgerichtet sein. In Anbetracht des Personalmangels im Gesundheitswesen und den ermittelten Assoziationen zwischen den berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen und beruflichen Entscheidungen sollten die mit den Hausärzt:innen diskutierten Maßnahmen in Interventionsstudien umgesetzt sowie evaluiert werden.

Abstract

Compared to the general population, the perceived psychosocial work stress of healthcare personnel is twice as high. In particular, the psychosocial working conditions of medical assistants (MAs) are described as precarious. Strategies to change unfavorable psychosocial working conditions are mostly seen by MAs themselves in changing the employer or profession. So far, there is a lack of studies that map the actual needs regarding the modification of working conditions according to MAs. These needs will be analyzed in this dissertation while taking into account sociodemographic and practice-related variables as potential independent variables. In addition, associations with occupational outcomes of MAs will be investigated, and work-related intervention needs will be discussed with general practitioners. The data of this dissertation were collected in a nationwide survey of MAs (n=887) in Germany (09/2016-04/2017). The questionnaire used comprised 20 items on work-related intervention needs as well as sociodemographic and practice-related variables, which were tested for associations using ordinal regression models with backward selection. Exploratory factor analysis was used to derive three subscales with 12 items (working conditions, supervisor rewards, and task-related independence). The three subscales were then used as independent variables in logistic regression models for, among others, the outcome variables intention to leave the employer or the profession. Furthermore, 21 general practitioners were recruited between 12/2018-04/2019 for a qualitative study to discuss the 20 work-related intervention needs as well as potential interventions. The interviews were analyzed by qualitative content analysis according to Mayring using MAXQDA software. A total of 97.3% of the MAs expressed at least one work-related intervention need. On average, 10.27 out of 20 possible needs were stated. The most frequently expressed needs were related to a higher salary, less documentation, and more recognition from society. The subscales related to working conditions and rewards from supervisors showed the strongest associations with the intention to leave the employer or the profession. The qualitative interviews with general practitioners revealed that respondents viewed health policy makers or themselves as responsible for implementing interventions. In particular, professional development was discussed as a way to improve MAs' recognition and compensation. The high prevalence of work-related intervention needs highlights the relevance of changing working conditions. As sociodemographic and practice-related variables did not show significant associations with work-related intervention needs, interventions to improve working conditions should target the entire MA population. Considering the shortage of health care personnel and identified associations between work-related intervention needs and occupational outcomes, the measures discussed with general practitioners should be implemented in intervention studies and evaluated.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Einführung.....	1
1.2	Medizinische Fachangestellte	3
1.2.1	Entwicklung des Berufsbildes	3
1.2.2	Tätigkeitsfelder Medizinischer Fachangestellter	4
1.2.3	Demografie der Medizinischen Fachangestellten in Deutschland	5
1.2.4	Tarifstruktur für Medizinische Fachangestellte.....	6
1.3	Arbeitsstressforschung im Gesundheitswesen	7
1.4	Ethikvotum.....	9
1.5	Ziele der vorliegenden Dissertation	9
2	Publikationen.....	12
2.1	Desired improvements of working conditions among medical assistants in Germany: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 14(18), 2019.....	12
2.2	Work-related intervention needs and potential occupational outcomes among medical assistants: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., Int. J. Environ. Res. Public Health, 16(13), 2019.....	13
2.3	Work-related intervention needs of medical assistants and how to potentially address them according to supervisors’: a qualitative study among General Practitioners, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Müller, A., Angerer, P., Loerbroks, A., Zeitschrift, Volume, P-P, 2021.....	14
3	Diskussion.....	15
3.1	Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	15
3.2	Diskussion der Ergebnisse	17
3.2.1	Inhaltliche Diskussion	17
3.2.2	Methodische Diskussion	21
3.2.3	Implikationen	23
4	Fazit und Ausblick	27
5	Literaturverzeichnis.....	28

1 Einleitung

1.1 Einführung

Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen gelten aufgrund der in Verbindung mit dem demografischen Wandel steigenden Prävalenz an (Ko-)Morbidity und der damit verbundenen steigenden Nachfrage an Gesundheitsleistungen und gleichzeitig sinkenden Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal als besonders belastend. Zudem werden der anhaltende Strukturwandel, steigende Kostendruck, erhöhte Dokumentationsaufwand sowie hohe Arbeitsanforderungen vom Gesundheitspersonal als physisch und psychisch belastend wahrgenommen [1–3]. Beschäftigte im Gesundheitswesen weisen einen besonders hohen Krankenstand auf und, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wird die wahrgenommene hohe chronische Stressbelastung von Personal im Gesundheitswesen doppelt so hoch angegeben [4]. Durch anhaltenden Arbeitsstress können sich laut epidemiologischen Studien chronische Erkrankungen [5, 6], psychische [7, 8] kardiovaskuläre und muskuloskeletale Krankheiten manifestieren [9], die mit Arbeitsunfähigkeitszeiten, geminderter Arbeitsfähigkeit/Schwerbehinderung sowie Frühberentungen assoziiert sind [10–13]. Dies hat nicht nur gesamtgesellschaftliche Auswirkungen (bspw. verringerte Versorgungsqualität durch fehlendes Personal, steigende Kosten der Kranken- oder Rentenversicherung bei Frühberentung) [14], sondern schränkt vor allem auch die oben genannten menschlichen Bedürfnisse der Arbeitnehmenden ein, die durch die eigene Arbeitsleistung befriedigt werden (Entscheidungsfreiheit, Kompetenzentwicklung, Belohnung, Anerkennung und damit verbundenes Selbstwertgefühl sowie zur Teilnahme an sozialen Netzwerken) [15]. Insbesondere psychische Erkrankungen bedingen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und werden in Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung an erster Stelle aufgeführt [16–18]. Studien haben bereits gezeigt, dass Burnout und geringe Arbeitsunzufriedenheit nicht nur mit einem verschlechterten Gesundheitszustand, sondern auch mit einer geringeren Versorgungsqualität und einer vorzeitigen Berufsaufgabe assoziiert sind [19–22]. Im Gesundheitswesen kann der Verlust von Beschäftigten den Personalmangel und damit die Stressbelastung für die verbliebenen Mitarbeitenden verschärfen. Darüber hinaus kann auch bereits die reduzierte Arbeitsfähigkeit zu einer schlechteren Versorgungsqualität und somit zu einem geringeren Behandlungserfolg beitragen [23–26].

Damit psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz erkannt und die Manifestation chronischer Erkrankungen sowie Arbeitsunfähigkeit verhindert werden kann, wurden bereits empirische Studien im Rahmen der Arbeitsstressforschung durchgeführt [4, 25, 27, 28]. Während die psychosozialen Arbeitsbedingungen anhand der Arbeitsstressforschungsmodellen insbesondere in stationären Versorgungseinrichtungen bereits in diversen internationalen Studien erforscht worden sind, ist das Personal im ambulanten Sektor erst seit wenigen Jahren in den Fokus der Forschung gerückt [4, 29–31]. Insbesondere Studien zur Erhebung psychosozialer Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten (MFAs), die im deutschen Gesundheitswesen die größte Berufsgruppe in der ambulanten Versorgung bilden, wurden erst in den vergangenen Jahren publiziert. MFAs

agieren als erste Ansprechpartner¹ für Patientenanliegen und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Patientenzufriedenheit, Patientensicherheit und zur Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation bei [32]. Der Tätigkeitsbereich der MFA untergliedert sich in medizinische (Vor- und Nachbereitung der Patienten, Diagnosemaßnahmen, Verbandswechsel, Blutabnahme und –analyse, etc.) als auch in Verwaltungstätigkeiten in Bezug auf das Praxismanagement (Koordination der Patiententermine, Verwaltung der Behandlungsunterlagen, Qualitätssicherung, etc.) [33–35]. Studien zu den psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs haben gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen als prekär zu charakterisieren sind [36]. Auf Grund niedriger Löhne, geringer Anerkennung, unregelmäßiger Arbeitszeiten, Zeitdruck, hoher Arbeitsanforderungen und –belastungen, emotional-beanspruchender Patientenversorgung, geringem Handlungsspielraum, geringer Karriereentwicklungsmöglichkeiten sowie unvorhersehbarer Ereignissen und Unterbrechungen erfahren MFAs oftmals hohen Arbeitsstress [4, 25, 31, 37–39]. Studien unter MFAs haben bereits gezeigt, dass hoher Arbeitsstress mit einer erhöhten subjektiven Fehlerhäufigkeit sowie mit geringerer Versorgungsqualität korreliert und mit der Intention einer Berufsaufgabe assoziiert ist [25], was bereits heute und auch langfristig zu einem Personalmangel in Arztpraxen führen kann [36]. In einer Studie unter MFAs wurde von etwa 74% der befragten MFAs eine Gratifikationskrise berichtet [25]. Dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise zufolge entsteht eine Gratifikationskrise (effort-reward-imbalance (ERI)), wenn ein lang anhaltendes Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung (bspw. Zeitdruck, Unterbrechungen) und Belohnung (bspw. Aufstiegschancen, finanzielle Anerkennung) besteht [40]. Das Vorliegen einer Gratifikationskrise kann mit einer schlechteren selbstberichteten Gesundheit (bspw. einer höheren Depressivität und Ängstlichkeit), einer Berufswechselabsicht sowie der Sorge, innerhalb der letzten drei Monate einen wichtigen medizinischen Fehler begangen zu haben, assoziiert sein [25].

Die bisher etablierten Branchen-übergreifenden Instrumente zur Arbeitsstresserfassung bilden jedoch nicht notwendigerweise die prävalentesten und spezifischen Stressoren der MFAs ab. Bei dem zuvor beschriebenen und in Arbeitsstressforschung etablierte ERI-Modell können verschiedenen arbeitsbezogenen Aussagen zugestimmt oder abgelehnt werden. Anhand einer Zustimmung zu einer Arbeitsbedingung (bspw. Zeitdruck aufgrund eines hohen Arbeitsaufkommens) kann nicht zwangsläufig abgeleitet werden, dass die befragte Person auch eine Veränderung dieser Arbeitsbedingung erwartet. In einer vorangegangenen qualitativen Studie berichteten MFAs jedoch, dass ein hohes Arbeitsaufkommen als ein akzeptiertes Jobmerkmal betrachtet wird [31] und dass man sich aus Sicht von MFAs damit arrangieren muss [31]. Daraus wird ersichtlich, dass durch den Einsatz des ERI-Instruments nur begrenzt abgeleitet werden kann, ob vorherrschende Arbeitsbedingungen tatsächlich mit einer negativen Beanspruchung der Befragten einhergeht und welche Konsequenzen aus der Zustimmung bzw. Ablehnung einer

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

Arbeitsbedingung abzuleiten sind. Mögliche Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs evidenzbasiert ableiten und umsetzen zu können, ist jedoch insbesondere in Bezug auf die zuvor gezeigten negativen gesundheitlichen Auswirkungen sowie für die Sicherung der Versorgungsqualität von großer Relevanz [41]. Um vor diesem Hintergrund die berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen von MFAs zu erfassen, wurde bereits eine qualitative Studie durchgeführt sowie darauf aufbauend einen MFA-spezifischen Arbeitsbelastungsfragebogen entwickelt und eingesetzt [25]. Aufbauend auf dieser Datenerhebung sollen im Rahmen der vorliegenden Dissertation insbesondere die subjektiven berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse der MFAs untersucht werden. Insgesamt 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse wurden aus qualitativen Einzelinterviews mit 26 MFAs abgeleitet [31]. Aufgrund der Erhebung subjektiver berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse können gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs entwickelt und implementiert werden, die aus MFA-Sicht erwartet und priorisiert werden. Zudem sollen Assoziationen zwischen soziodemografische sowie praxisbezogene Variablen mit den berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen untersucht werden. Vor dem Hintergrund eines steigenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen werden ebenfalls potentielle Zusammenhänge zwischen den berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen und beruflichen Entscheidungen (bspw. Intention eines Arbeitgeber- oder Berufswechsels) analysiert. Zuletzt werden die berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse Hausärzten in qualitativen Interviews vorgelegt, um Interventionen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs auf Arbeitgeber-Ebene zu diskutieren.

1.2 Medizinische Fachangestellte

1.2.1 Entwicklung des Berufsbildes

Der Beruf der MFA zählt zu den Gesundheitsdienstberufen in Deutschland und ist ein staatlich anerkannter Ausbildungsberuf [42]. Der Beruf entwickelte sich in der Nachkriegszeit aus dem Bedarf von Ärzten nach einer Fachkraft, die sowohl medizinische als auch verwaltungstechnische Kenntnisse hat [44]. Nachdem der Beruf in einigen Bundesländern 1965 anerkannt und 1969 in das Duale System überführt wurde, ist die Ausbildungsordnung zum/zur Arzthelfer/-in 1986 in Kraft getreten und wurde somit staatlich anerkannt [43, 44]. Die Neustrukturierung der Ausbildungsverordnung ist mit der Umsetzung einer neuen Verordnung zur Berufsausbildung 01.08.2006 in Kraft getreten. Um den neuen Ausbildungsinhalten und Anforderungen an den Beruf gerecht zu werden, wurde in diesem Rahmen auch die neue Berufsbezeichnung Medizinische Fachangestellte eingeführt [43, 45]. Die dreijährige Ausbildung vermittelt Kenntnisse über den Ausbildungsbetrieb, Gesundheitsschutz und Hygiene, Kommunikation, Patientenbetreuung und –beratung, Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement, Verwaltung und Abrechnung, Information und Dokumentation, Durchführung von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes, Grundlagen der

Prävention und Rehabilitation sowie Handeln bei Not- und Zwischenfällen [46]. Mit der Anpassung der Lehrinhalte wurden die MFAs auf die veränderten Anforderungen und umfassenderen Aufgaben vorbereitet. Darüber hinaus wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für MFAs etabliert. Verschiedene regionale ambulante Versorgungsmodelle, wie bspw. die „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, systemische Intervention“ (AGnES), die „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA), die „Mobile Praxisassistentin“ (MoPra), das „Modell Niedersachsen“ (MoNi), Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) und die „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) sollen die hausärztliche Tätigkeit unterstützen, indem das Tätigkeitsspektrum der MFAs erweitert wird [47, 48]. Die Fortbildung zur VERAH® beispielsweise, befähigt im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB V) sowie der Delegations-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Übernahme delegierbarer hausärztlicher Tätigkeiten, wie dem Case-Management, Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsmanagement, Notfallmanagement, Wundmanagement, Technikmanagement, Besuchsmanagement sowie Praxismanagement [49]. Auch für den stationären Sektor wurden bereits fachspezifische Fortbildungen für MFAs entwickelt, wie bspw. der Gefäßassistent der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, der Operationstechnische Assistent, der Anästhesietechnische Assistent, der Chirurgisch-technische Assistent sowie die Advanced Nurse Practitioner [48]. Während für den Zugang zu den zuvor genannten Weiterbildungsmöglichkeiten vor allem eine abgeschlossene Ausbildung sowie Berufserfahrung vorausgesetzt werden, wird für den im Jahr 2008 eingeführten Bachelorstudiengang Physician Assistant eine Hochschulzugangsberechtigung gefordert. Das Studium soll zur Berufsausübung als Arztassistentin, nicht nur in der stationären Versorgung, sondern auch in niedergelassenen Arztpraxen zur Entlastung der Ärzte auf einem akademisch qualifizierten Niveau qualifizieren [50]. Dies soll den Tätigkeitsrahmen der studierten MFAs (Mitwirkung bei Diagnosestellung, Mitwirkung bei Eingriffen, etc.) erweitern und den Ärzten die Delegation weiterer Tätigkeiten ermöglichen sowie eine weitere Zersplitterung der Berufe und Zuständigkeiten verhindern (Bundesärztekammer 2017).

1.2.2 Tätigkeitfelder Medizinischer Fachangestellter

Wie bereits dargestellt, werden MFAs nicht mehr ausschließlich in niedergelassenen Arztpraxen, sondern auch in stationären Einrichtungen sowie bei Krankenkassen oder auch Gesundheitsämtern angestellt. Die Haupttätigkeiten der MFAs unterscheiden sich demzufolge je nach Arbeitgeber. Dennoch sind etwa 88% der Beschäftigten MFAs in der ambulant ärztlichen Versorgung tätig [51, 52], sodass die Haupttätigkeiten von MFAs vorwiegend den direkten Patientenkontakt sowie die Praxisorganisation umfassen [43]. Als erste Ansprechpartner für die Patienten müssen MFAs vor allem auch die Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung von Patienten einschätzen können und durch Kommunikationsstärke zu einer guten Patientenbindung und –zufriedenheit beitragen.

In Deutschland unterteilt sich die ambulante Versorgung noch einmal in Hausärzte und Fachärzte. Während einige Arbeitsanforderungen wie Praxisorganisation und medizinische Assistenz in beiden Praxistypen gleich sind, so unterscheiden sich die Tätigkeitsfelder in dem Sinne, dass hausärztliche Praxen vor allem in ihrer immer weiter geförderten Gatekeeper-Funktion erste Anlaufstelle für medizinische Anliegen sind und Patienten nach erster Anamnese ggf. an Facharztpraxen weiterleiten [53, 54]. Werden die Hausarztpraxen als erste Anlaufstelle für alle Erkrankungen in Anspruch genommen, erfordert dies von dem Praxispersonal eine besonders gute Einschätzung der Dringlichkeit des jeweiligen Anliegens und führt konsequenterweise zu einem hohen Patientenaufkommen. Zudem unterliegen insbesondere Hausärzte in ländlichen Regionen Deutschlands dem Ärztemangel, was zu hohen Arbeitsanforderungen für das medizinische Personal führen kann [55]. Bislang fokussiert sich die Forschung in der ambulant-ärztlichen Versorgung vorwiegend auf Ärzte.

1.2.3 Demografie der Medizinischen Fachangestellten in Deutschland

In Deutschland bilden die MFAs gemeinsam mit Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFAs) die größte Berufsgruppe in der patientennahen ambulanten Versorgung. Im Jahr 2018 waren insgesamt 431.000 MFAs in Deutschland tätig, was einen Rückgang um etwa 1.000 MFAs im Vergleich zum Vorjahr darstellt. Im Gegensatz dazu waren 2019 insgesamt 437.000 MFAs, was den größten Anstieg in den vergangenen Jahren darstellt [51]. Der Anteil an Vollzeitbeschäftigten ist ebenfalls seit 2016 von 44% auf 41% im Jahr 2019 gesunken und der Anteil an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten dementsprechend angestiegen. Der Anstieg von 6.000 beschäftigten MFAs zwischen 2018 und 2019 entfällt zudem vollständig auf Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte [51]. Der gezeigte hohe Anteil teilzeitbeschäftigter MFAs kann zunächst als Präkaritätsmerkmal aufgefasst werden [38], jedoch wird der MFA-Beruf überwiegend von Frauen gewählt, die ggf. eine Teilzeitbeschäftigung (bspw. aufgrund von Kinderbetreuung) bevorzugen [36]. Insgesamt sind 99% der beschäftigten MFAs weiblich [51]. Die Daten des Statistischen Bundesamts zeigen, dass etwa 19% der beschäftigten MFAs in 2019 unter 30 Jahren alt waren. In den Altersgruppen von 30 bis 40 Jahren sowie von 40 bis 50 Jahren waren jeweils 23% der MFAs. Die größte Gruppe mit 25% bildeten die MFAs zwischen 50 und 60 Jahre und etwa 10% waren mindestens 60 Jahre alt. Des Weiteren sind lediglich in der Altersgruppe unter 30 Jahren mehr MFAs in Vollzeit beschäftigt und in allen anderen Altersgruppen jeweils mehr Teilzeit-/geringfügig Beschäftigte [51].

Im Jahr 2019 wurde die Ausbildung zur MFA von 15.702 weiblichen Auszubildenden gewählt (8,4% aller neu geschlossenen Ausbildungsverträge 2019) sowie von 474 (0,1%) männlichen Auszubildenden, sodass dem Arbeitsmarkt 16.176 neu auszubildende MFAs zur Verfügung standen. Geschlechterübergreifend liegt der Ausbildungsberuf damit gemessen an den Auszubildendenzahlen an siebter Stelle der Ausbildungsstellen und bei weiblichen Auszubildenden an zweiter Stelle, nach der Ausbildung zur Kauffrau für Büromanagement [56]. Während ein Großteil der Auszubildenden einen Realschulabschluss vorweist (9.234 Auszubildende), wählen ebenfalls Schulabgänger mit einem Hauptschulabschluss (3.295

Auszubildende) sowie mit der (Fach-Hochschulreife) die Ausbildung zur MFA (3.033 Auszubildende) [56]. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat für 2020 insgesamt 15.636 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge und damit weniger Ausbildungen als im Vorjahr bekannt gegeben [57]. Die Anzahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge ist damit unter das Niveau von 2015 gesunken. Zudem wurden 2019 insgesamt 26,3% der Ausbildungsverträge vorzeitig beendet [56]. Eine Engpass-Analyse, anhand derer die Bundesagentur für Arbeit einmal jährlich die Fachkräftesituation am Arbeitsmarkt bewertet, zeigt, dass im Jahr 2019 der errechnete Wert mit 2,2 über dem Grenzwert eines Engpass-Berufs liegt. Dem entspricht ebenfalls die stetig sinkende Arbeitslosigkeit unter MFAs [58].

1.2.4 Tarifstruktur für Medizinische Fachangestellte

Seit 1969 gibt es einen Gehaltstarifvertrag für MFAs, der zwischen dem Verband medizinischer Berufe e.V. und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten geschlossen wird. Der bundesweit geltende Gehaltstarifvertrag wird kontinuierlich überarbeitet und ist in seiner aktuellen Fassung seit dem 01.01.2021 gültig [59]. Besonders limitierend ist jedoch, dass die Tarifbindung lediglich für MFAs gilt, die Mitglieder des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. sind sowie wenn der/die Arbeitgeber/in Mitglied in dem jeweiligen Arbeitgeberverband ist oder die Tarifbindung durch eine entsprechende Klausel im Arbeitsvertrag geschlossen wurde. Die Eingruppierung erfolgt sowohl nach Berufsjahren als auch nach insgesamt sechs Tätigkeitsgruppen. Demzufolge beträgt das Brutto-Einstiegsgehalt nach der Ausbildung zurzeit 2.088,40€ pro Monat bei Vollzeitanzstellung. Durch verschiedene Fortbildungen mit steigendem zeitlichem Umfang können die Voraussetzungen für die Einstufung in einer höherwertigen Tätigkeitsgruppe erfüllt werden. Die Weiterbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH[®]) ermöglicht beispielsweise eine Einstufung in die Tätigkeitsgruppe IV mit einem Bruttogehalt von 2.581,26€. Zudem erhöht sich das Entgelt alle vier Jahre durch den Anstieg der Berufsjahre (bis zum 29. Berufsjahr). Auch die Ausbildungsvergütung ist hier geregelt: Im 1. Ausbildungsjahr erhalten die MFAs monatlich 880,00€, im 2. Jahr monatlich 935,00€ sowie im 3. Jahr monatlich 995,00€ [59]. Durch Inkrafttreten des aktuellen Gehaltstarifvertrags ist das Gehalt der MFAs um 6% im Vergleich zum vorherigen Tarifvertrag gestiegen und wird zum 01.02.2022 um weitere 3% sowie zum 01.01.2023 um weitere 2,6%. Bei multiplikativer Verknüpfung bedeutet dies einen Anstieg der Gehälter im Vergleich zu 2020 von 12% [59]. Dennoch betrifft diese Gehaltserhöhung nicht alle MFAs, da die Vertragsbindung wie zuvor beschrieben nicht für alle im ambulanten Sektor tätigen MFAs bindend ist. In öffentlichen Kliniken und Krankenhäusern gilt der bindende Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst im Bund (TVöD-B), wonach die angestellten MFAs im stationären Sektor ein Brutto-Einstiegsgehalt in Höhe von 2.530,00€ pro Monat erhalten [60]. Diese Gehaltsdifferenzen werden vor allem durch die unterschiedliche Entwicklung der Leistungsvergütung zwischen stationären und ambulanten Sektor begünstigt [61]. Verglichen mit dem zum 01. Juli 2021 bundesweit eingeführten Mindestlohn für Pflegefachkräfte eines Bruttomonatsgehalts in Höhe von 2.600,00€ [62], liegt das Einstiegsgehalt von MFAs im ambulanten Sektor sowie

der bundesweite Median des Bruttogehalts von vollzeitangestellten MFAs mit 2.448,00€ pro Monat deutlich darunter [63]. Dabei liegt das durchschnittliche Gehalt weiblicher MFAs mit 2.445,00€ leicht unter dem Medianwert und das der männlichen MFAs mit 2.716,00€ deutlich darüber.

1.3 Arbeitsstressforschung im Gesundheitswesen

Um arbeitsbezogenen Stress und Arbeitszufriedenheit erfassen und ggf. frühzeitige Maßnahmen zur Arbeitsstressreduktion implementieren zu können, wurden bereits verschiedene Arbeitsstressmodelle und Messinstrumente entwickelt. Neben anderen Instrumenten, gehören zu den bekanntesten und etabliertesten Messinstrumenten das Modell der Gratifikationskrise [40] sowie das Anforderungs-Kontroll-Modell [64]. Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Englisch: *Job-Demand-Control Model (JDC)*) stellt die Arbeitsanforderungen (*Job Demands*) dem Handlungsspielraum bzw. der Autonomie am Arbeitsplatz (*Job Decision Latitude*) gegenüber. Unter die *Job Demands* fallen bspw. ein hohes Arbeitspensum und Zeitdruck und unter die *Job Decision Latitude* bspw. die Wahl der Arbeitsmethode sowie Weiterentwicklung der Fähigkeiten. Das Modell setzt voraus, dass ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen vorliegen und die Entstehung von arbeitsbezogenem Stress begünstigen, wenn eine Kombination aus hohen Arbeitsanforderungen, aber geringem Handlungsspielraum vorliegt [64]. Das Modell der Gratifikationskrise (*Effort-Reward-Imbalance Modell (ERI)*) setzt im Gegensatz dazu voraus, dass in der Arbeitswelt ein Tauschgeschäft von Leistungserbringung des Arbeitnehmers (u.a. Erfüllung der Arbeitsaufgaben) und dessen Belohnung stattfindet, wobei Belohnung materielle Entlohnung, Arbeitsplatzsicherheit und beruflichen Aufstieg sowie Wertschätzung und Anerkennung umfasst [40]. Sind die geforderten Leistungen im Ungleichgewicht zu den erhaltenen Belohnungen, so kann diese empfundene Ungerechtigkeit bei den Beschäftigten Stressreaktionen auslösen, zu Arbeitsunzufriedenheit führen und, wie bereits oben erwähnt, das Risiko der Manifestation stressassoziierter Erkrankungen erhöhen [65]. Studien in verschiedenen europäischen Hausarztpraxen haben gezeigt, dass die Arbeitszufriedenheit von (nicht-)medizinischem Personal in hohem Maße mit arbeitsbedingten Faktoren assoziiert ist [66–68]. Insbesondere lange Arbeitszeiten, hoher Verwaltungsaufwand, geringes Einkommen, hohe Arbeitsbelastung sowie Zeitmangel und geringe Anerkennung korrelieren mit verringerter Arbeitszufriedenheit [66]. Eine mögliche lang anhaltende niedrige Arbeitszufriedenheit ist wiederum nicht nur mit chronischem Stress, Burnout, Depressionen und anderen gesundheitlichen Einschränkungen des medizinischen Personals sowie Frühverrentung assoziiert, sondern auch mit einer geringeren Versorgungsqualität [4, 5, 69–71]. Eine Studie von Viehmann et al. (2017) zeigte, dass chronischer Stress im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal in der allgemeinmedizinischen Praxis doppelt so häufig wahrgenommen wird [4].

In den vergangenen Jahren sind daher die Arbeitsbedingungen von MFAs in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen gerückt. Ein Forschungsschwerpunkt lag zunächst auf

der Erhebung der Arbeitszufriedenheit von MFAs. Aus quantitativen Studien ging hervor, dass MFAs insbesondere mit ihrem Gehalt sowie mit der Anerkennung für ihre Arbeit am wenigsten zufrieden sind [29, 30, 72–74]. In Bezug auf das Einkommen von MFAs wurde der MFA-Beruf als prekär beschrieben [36]. Am ehesten zufrieden waren die MFAs mit der (sozialen) Unterstützung ihrer Kollegen [29, 30, 72]. Ein gutes Arbeitsklima, klare Verantwortlichkeiten sowie die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzubringen, sind mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit assoziiert [30]. Darüber hinaus gaben MFAs mit einer Zusatzqualifikation (VERAH oder NÄPa) grundsätzlich eine höhere Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu MFAs ohne Zusatzqualifikation an [74]. Auch in qualitativen Studien wurden bereits die Arbeitsbedingungen von MFAs untersucht. Arbeitsbedingungen, die eine Ressource für MFAs darstellen können, beziehen sich auf den Austausch mit Vorgesetzten und Kollegen, den sozialen Kontakt zu Patienten sowie die abwechslungsreiche Tätigkeit [31]. Als Stressoren wurden auch hier das zu geringe Gehalt, geringe Anerkennung durch Vorgesetzte und der Gesellschaft, zwischenmenschliche Schwierigkeiten mit dem vorgesetzten Arzt oder Kollegen, ein hohes Arbeitspensum sowie nicht planbare Ereignisse und Unterbrechungen berichtet [31, 75]. Diese Unterbrechungen können zum einen durch organisatorische Aufgaben durch den vorgesetzten Arzt erfolgen oder auch, insbesondere am Empfangsbereich, durch Patientenanliegen, sehr fordernde/unfreundliche Patienten, Telefonanrufe oder Notfälle [31]. Weitere berichtete Stressoren umfassen hohen Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Pausenausfall, Personalmangel, Führungsverhalten, hohe administrative Tätigkeiten sowie hoher Dokumentationsaufwand, unklare Aufgabenverteilung sowie Einschränkungen der Arbeitskontrolle und des Handlungsspielraums [2, 76–79]. Einige dieser Stressoren lassen sich unter einem hohen Arbeitspensum zusammenfassen, welcher von MFAs als maßgeblicher Stressor berichtet wurde [31]. Ein hohes Arbeitspensum wiederum kann mit einer geringeren Versorgungsqualität sowie mit dem Auftreten kleinerer (Flüchtigkeits-)Fehler zusammenhängen [26]. Vor dem Hintergrund der seit 2020 bestehenden SARS-CoV-2 Pandemie haben sich die psychosozialen Arbeitsbedingungen für MFAs noch einmal verschärft, da mehr Patienten bei gleichzeitigem Personalmangel (bspw. durch Kollegen in Quarantäne oder erkrankt) behandelt werden mussten [80]. Zudem kamen weitere Stressoren hinzu, wie bspw. die Angst vor einer potentiellen Ansteckungsgefahr auf der Arbeit [80].

Wie zu Beginn dieses Kapitels erläutert, wird zur quantitativen Erfassung von Arbeitsstress unter anderem das Modell der Gratifikationskrise eingesetzt [40]. In einer Studie wurde die Prävalenz von Arbeitsstress im Sinne der Gratifikationskrise bei etwa 75% der befragten MFAs festgestellt [25]. Neben Assoziationen zwischen einer berichteten Gratifikationskrise und signifikant schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheit, erhöhten Depressions- und Angstsymptomen, wurde ebenfalls der Zusammenhang zwischen hohen Arbeitsanforderungen und einer schlechteren Versorgungsqualität quantitativ bestätigt [25]. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie weist darauf hin, dass das Vorliegen einer Gratifikationskrise mit einer erhöhten Absicht der Berufsaufgabe assoziiert ist [25]. Auch die Ergebnisse einer qualitativen Studie zeigen auf, dass MFAs zur Veränderung ungünstiger (psychosozialer) Arbeitsbedingungen vermehrt individuelle Strategien (Arbeitgeberwechsel oder Berufsaufgabe) anwenden, anstatt auf organisationaler Ebene (bspw. durch

Arbeitgeberverbände) eine Verbesserung anzustreben [36]. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass Arztpraxen in Deutschland meist zu den sogenannten Kleinstbetrieben (weniger als zehn Beschäftigte) zählen und MFAs daher ganz besonders von ihren vorgesetzten Ärzten abhängig sind. Ungünstige oder belastende Arbeitsbedingungen müssten direkt bei dem Vorgesetzten angesprochen werden, da es in Unternehmen mit kleiner Beschäftigtenzahl keine Beschäftigtenvertretung gibt. Zudem gibt es nur einen eingeschränkten Kündigungsschutz, sodass die MFAs insbesondere auch finanziell abhängig von ihren Vorgesetzten sind [25]. Daher wählen die meisten MFAs einen Arbeitgeberwechsel oder sogar die Berufsaufgabe [25, 36]. Auch die verschiedenen Ansätze zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Beschäftigten im Gesundheitswesen und den Arbeitsbedingungen in Arztpraxen beschränkten sich zumeist auf einen individuellen Ansatz [81–84]. Eine Übersichtsarbeit von Montano et al. (2014) über die Wirksamkeit von organisationsbezogenen Interventionen zeigte jedoch, dass Interventionen, die gleichzeitig Arbeitsmittel, Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen einbezogen, die größte gesundheitsförderliche Wirkung aufwiesen [85]. Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands sollen daher im Rahmen der vorliegenden Dissertation Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs auf organisationaler Ebene ermittelt werden.

1.4 Ethikvotum

Die Daten der quantitativen Studien der ersten beiden Veröffentlichungen stammen aus einem Datensatz, der bereits zwischen September 2016 und April 2017 in einer bundesweiten Befragung unter MFAs erhoben wurde. Der entsprechende Ethikantrag mit dem Titel „Work Stress among Physician Assistants („Medizinische Fachangestellte“) in Germany: An Exploratory Sequential Mixed-Methods Pilot Study“ und der Studiennummer 4778 wurde bereits 2014 gestellt und von der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf als ethisch und rechtlich unbedenklich bewertet.

Der Ethikantrag zur qualitativen Erhebung unter Hausärzten mit dem Titel „Befragung von niedergelassenen Ärzten zur Umsetzbarkeit von arbeitsplatzbezogenen Interventionswünschen Medizinischer Fachangestellter“ (Studiennummer: 2016-166-Prosp-DEuA) wurde am 02.11.2018 von der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf als ethisch und rechtlich unbedenklich bewertet.

1.5 Ziele der vorliegenden Dissertation

Im Rahmen des im Jahr 2014 gestarteten Projekts zur Ermittlung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf beziehen sich die Ziele der vorliegenden Arbeit auf die Identifikation relevanter berufsbezogener Interventionsbedürfnisse von MFAs.

Wie bereits zuvor beschrieben, wurden bislang international etablierte Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Arbeitsbedingungen (bspw. ERI, JDC) in Studien unter Berufsgruppen des Gesundheitswesens genutzt. Diese Instrumente erfassen zwar die aktuellen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, jedoch fragen diese nicht ab, ob Beschäftigte diese Bedingungen auch tatsächlich ändern möchten. Beispielsweise enthält der ERI-Fragebogen das Item „*Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.*“ mit den Antwortmöglichkeiten „*Stimme gar nicht zu.*“, „*Stimme nicht zu.*“, „*Stimme zu.*“ sowie „*Stimme voll zu.*“ [40]. In der vorliegenden Studienpopulation der quantitativen Studien haben 82,0% der MFAs diesem Item (voll) zugestimmt. In einer vorangegangenen qualitativen Studie berichteten MFAs jedoch, dass eine hohe Arbeitsbelastung als ein akzeptiertes Jobmerkmal betrachtet [31] wird und dass man sich aus Sicht von MFAs damit arrangieren muss. Die Zustimmung zum Arbeiten unter Zeitdruck ist damit nicht zwangsläufig mit einer erwünschten Veränderung der Arbeitsbedingungen (hier: des Arbeitsaufkommens) assoziiert. Um diese Forschungslücke zu adressieren, wurde bereits aufbauend auf qualitativen Vorarbeiten, ein Instrument entwickelt und eingesetzt, welches speziell die tatsächlichen berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse von MFAs in Deutschland misst [31]. Aus einer psychologischen Perspektive kann „ein Bedürfnis als Zustand oder Erleben eines Mangels, verbunden mit dem Wunsch ihn zu beheben“, definiert werden [86]. Demgegenüber steht der objektive Bedarf, der aus fachlicher oder wissenschaftlicher Sicht ermittelt werden kann [87]. Ziel ist es daher die Arbeitsbedingungen zu erfassen, für die aus MFA-Sicht ein tatsächliches Bedürfnis zur Veränderung der psychosozialen Arbeitsbedingungen besteht.

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation werden zunächst in quantitativen Studien die Prävalenz der insgesamt 20 berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse untersucht, um die Verteilung der berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse zu ermitteln. Der für die quantitative Befragung entwickelte Fragebogen umfasst ebenfalls soziodemografische (bspw. Alter, Anstellungsverhältnis, Einkommen) sowie praxisbezogene Variablen (bspw. Praxisgröße, Praxislage), die als potentielle Determinanten für die einzelnen berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse analysiert werden. Vor dem aktuellen Forschungsstand, dass ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen mit der Absicht zum Arbeitgeberwechsel oder der Berufsaufgabe assoziiert sind [25, 36], wird im Rahmen dieser Arbeit vertiefend analysiert, ob die berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse mit der Absicht der Arbeitgeber- und Berufswechsel assoziiert sind. Vor dem Hintergrund des Personalmangels [36] und vor dem Kenntnisstand, dass Auszubildende vor allem durch persönliche Empfehlung einen Beruf wählen [88], soll ebenfalls untersucht werden, ob die MFAs mit ihrer Berufswahl zufrieden sind und ob sie die Ausbildung als MFA weiterempfehlen würden. Um aus den daraus resultierenden Ergebnissen umsetzbare Interventionsmaßnahmen ableiten zu können, werden in qualitativen Interviews Hausärzte, als Vorgesetzte von MFAs, die berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse der MFAs diskutiert. Dieses Vorgehen zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass Maßnahmen diskutiert werden, die aus Sicht der Vorgesetzten relevant und umsetzbar sind und dadurch eher erfolgreich implementiert werden. Durch die Umsetzung dieser auf Grundlage der Veränderungsbedürfnissen der MFAs entwickelten Interventionen wird die Verbesserung

der aktuellen Arbeitsbedingungen von MFAs angestrebt. Dies soll dazu beitragen, erfahrene MFAs an Arbeitgeber zu binden sowie durch die Rekrutierung von auszubildenden MFAs eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung in Deutschland zu gewährleisten. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der hohen Berufswechselabsichten von MFAs [25], der Ausbildungsabbruchsquote von etwa 26% [56] sowie eines bevorstehenden möglichen Engpasses arbeitssuchender MFAs [58].

2 Publikationen

2.1 Desired improvements of working conditions among medical assistants in Germany: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 14(18), 2019.

2.2 Work-related intervention needs and potential occupational outcomes among medical assistants: a cross-sectional study, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P., Loerbroks, A., Int. J. Environ. Res. Public Health, 16(13), 2019.

2.3 Work-related intervention needs of medical assistants and how to potentially address them according to supervisors': a qualitative study among General Practitioners, Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Müller, A., Angerer, P., Loerbroks, A., Int J Environ. Res Public Health, 19, 1359, 2022.

3 Diskussion

3.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Die befragten MFAs konnten für die 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse angeben, ob sie den jeweiligen Wunsch haben, keine Veränderung benötigen wird oder dieser Wunsch bereits erfüllt worden ist. Insgesamt 97,3% der befragten MFA-Studienpopulation (n=887) gaben an, mindestens einen der 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse zu haben. Im Durchschnitt gaben die MFAs 10,27 Wünsche an, wobei jeweils der Wunsch nach einem höheren Gehalt (87,0%), geringerem Dokumentationsaufwand (76,0%), mehr Anerkennung von der Gesellschaft (75,4%), der Wunsch nach Fortbildungsmöglichkeiten zur Mitarbeiterführung für die ärztlichen Vorgesetzten (75,1%) sowie die Reduktion von Multitasking (67,5%) am häufigsten genannt wurde (Publikation 1).

Anhand einer explorativen Faktorenanalyse (Antwortkategorien wurden zuvor dichotomisiert) wurden die 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse zu drei Dimensionen mit insgesamt zwölf Veränderungsbedürfnissen zusammengefasst:

- Arbeitsbedingungen (weniger Arbeitsstunden, zusätzliche Pausen, weniger Multitasking, mehr Personal, geänderte Öffnungszeiten der Praxis)
- Anerkennung durch den Vorgesetzten (mehr Anerkennung vom Vorgesetzten, mehr Verständnis vom Vorgesetzten, höheres Gehalt)
- Aufgabenbezogene Selbstständigkeit (mehr Verantwortung, größerer Handlungsspielraum, Patienten eigenständig zu Krankheitsbildern beraten, eigenständig Hausbesuche durchführen).

Mit diesen drei Dimensionen wurden ordinal logistische Regressionen mit Rückwärtsselektion gerechnet, um Assoziationen zwischen den Veränderungsbedürfnis-Dimensionen und potentiellen soziodemografischen (bspw. Alter, Berufserfahrung, Anstellungsverhältnis) sowie praxisbezogenen Determinanten (bspw. Praxisgröße, Praxislage) aufzudecken (Publikation 1). Anhand dieses Vorgehens wurden lediglich für die Outcome-Variable *aufgabenbezogene Selbstständigkeit* Assoziationen aufgedeckt: Je länger eine MFA im MFA-Beruf tätig war, desto mehr aufgabenbezogene Selbstständigkeit wurde gewünscht. Darüber hinaus ist die Chance, dass das Bedürfnis nach größerer aufgabenbezogener Selbstständigkeit angegeben wird unter MFAs höher, die angaben, eine Führungsposition inne zu haben (Publikation 1). Da insgesamt nur wenige Determinanten einen Zusammenhang mit den berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen der MFAs aufwiesen, jedoch die Prävalenz der angegebenen Veränderungsbedürfnisse sehr hoch ist, gibt es keine konkrete Risikogruppe unter den MFAs, sodass sich Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der MFAs an die gesamte MFA-Population richten sollten.

Die zweite quantitative Studie mit derselben MFA-Stichprobe, untersucht unter Verwendung der zuvor ermittelten drei Dimensionen der berufsbezogenen

Veränderungsbedürfnisse der MFAs potentielle berufsbezogene Outcomes. Untersucht werden im Rahmen dieser Studie die Intention, den MFA-Beruf aufzugeben, die Intention, den Arbeitgeber zu wechseln, ob die MFAs ihren Beruf erneut wählen würden sowie die hypothetische Empfehlung der Ausbildung als MFA gegenüber potentiellen Auszubildende (abhängige Variablen). Die deskriptive Untersuchung der Variablen ergab, dass 30,7% der befragten MFAs mindestens einige Male im Monat bis täglich darüber nachgedacht haben, ihren Arbeitgeber zu wechseln. Insgesamt 22,4% der MFAs gaben an, mindestens einige Male im Monat bis täglich darüber nachzudenken ihre Tätigkeit als MFA aufzugeben und das Berufsfeld zu wechseln. Nahezu die Hälfte der befragten MFAs (49,4%) berichteten, dass sie sich nicht noch einmal für den Beruf als MFA entscheiden würden und 45,7% der befragten MFAs würden die Ausbildung zur MFA nicht an potentielle Auszubildende empfehlen (Publikation 2).

Um diese (negativen) beruflichen Outcomes der MFAs vertiefend zu untersuchen, wurden die drei Dimensionen der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse der MFAs in logistischen Regressionen als unabhängige Variablen einbezogen (Publikation 3). Zusätzlich wurde ein Gesamtscore über die drei einbezogenen Dimensionen der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse berechnet, welcher Werte zwischen keinem angegebenen und maximal zwölf angegebenen Veränderungsbedürfnissen umfasst. Der Gesamtscore wurde für statistische Analysen in Terzile unterteilt: 0–4 angegebene Veränderungsbedürfnisse (Referenzkategorie), 5–7 Veränderungsbedürfnisse sowie 8–12 Veränderungsbedürfnisse. Zusammenfassend lässt sich für alle (separat berechneten) Regressionsmodelle feststellen, dass je mehr angegebene Veränderungsbedürfnisse der MFAs desto höher ist die Chance, dass eines der (negativen) berufsbezogenen Outcomes durch die MFAs bereits in Betracht gezogen wurde. Gleiches konnte auch für die drei Faktoren der Veränderungsbedürfnisse für alle beruflichen Outcomes beobachtet werden. Bezüglich der Intention des Berufswechsels sowie des Arbeitgeberwechsels zeigte der Faktor *Anerkennung durch Vorgesetzte* den stärksten Zusammenhang. Für die Outcomes, den Beruf als MFA nicht erneut zu wählen sowie die Ausbildung zur MFA nicht an potentielle Auszubildende zu empfehlen, zeigte sowohl der Faktor *Anerkennung durch Vorgesetzte* als auch der Faktor *Arbeitsbedingungen* starke Zusammenhänge. Auch der Faktor bzgl. der *aufgabenbezogenen Selbstständigkeit* erhöhte die Chance, dass die MFAs die (negativen) beruflichen Outcomes angaben, wobei dies bei der Unterlassung der Weiterempfehlung der MFA-Ausbildung nicht signifikant war. Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass die Chance des Personalmangels durch Berufswechsel groß ist, wenn die Arbeitsbedingungen von MFAs nicht verbessert werden und diese zufriedener in ihrem Beruf sind. Des Weiteren könnten ebenfalls die Auszubildendenzahlen sinken, sofern junge Menschen den Empfehlungen von erfahrenen MFAs folgen. Da insbesondere die Dimension *Anerkennung durch Vorgesetzte* starke Zusammenhänge mit den (negativen) Berufsentscheidungen der MFAs aufwies, wurden in einer qualitativen Befragung mit 21 Hausärzten die berufsbezogenen Interventionsbedürfnisse der MFAs sowie potentielle Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der MFAs diskutiert (Publikation 3). Die befragten Hausärzte konnten zu allen zuvor ermittelten 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnissen der MFAs ihre Einschätzung geben bzgl. der Berechtigung der Veränderungsbedürfnisse der MFAs, der aus

ihrer Sicht verantwortlichen Stelle diese Bedingungen zu verändern sowie potentieller Interventionen. Zusammenfassend ergaben sich unterschiedliche Sichtweisen auf die Verantwortlichkeit zur Umsetzung von Maßnahmen bzgl. der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse der MFAs vor allem im Hinblick auf das Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten für MFAs sowie der gewünschten Reduzierung der Dokumentationspflicht. Letzteres wurde von den befragten Hausärzten teilweise als gerechtfertigt angesehen, jedoch sind hier insbesondere rechtliche und abrechnungstechnische Anforderungen relevant und unumgänglich. Daher sind aus Sicht der Hausärzte andere Akteure des Gesundheitssystems, wie etwa die Gesundheitspolitik, für die Vereinfachung der Dokumentationspflichten verantwortlich. Im Zusammenhang mit den Weiterbildungsmöglichkeiten für MFAs sehen die Hausärzte ein ausreichendes bestehendes Angebot und ebenso ausreichende Unterstützung zur Wahrnehmung der Weiterbildungsmöglichkeiten ihrerseits (bspw. Anrechnung als Arbeitszeit, finanzielle Unterstützung), sodass die Verantwortung zur Wahrnehmung der Angebote aus ihrer Sicht bei den MFAs liegt. Ebenso wurde von den Hausärzten Weiterbildungen (z.B. VERAH®) als eine Möglichkeit diskutiert, um die Anerkennung und Vergütung von MFAs zu erhöhen. Zwar gaben die Hausärzte an, dass sie zwar letztlich für die (verbesserte) Entlohnung der MFAs verantwortlich seien, sich aber eine Unterstützung durch die Gesundheitspolitik bei der Refinanzierung der Entlohnung ihres Personals wünschen würden. Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs, für die die Hausärzte die Verantwortung bei sich selbst gesehen haben, bezogen sich vorwiegend auf die Verbesserung der eigenen Führungskompetenzen. Diesbezüglich ergab sich jedoch das Dilemma, dass aus Sicht der Ärzte Fortbildungen mit geringem Umfang nicht ausreichend sind, jedoch für intensivere und umfangreichere Fortbildungen die Zeit fehle.

3.2 Diskussion der Ergebnisse

3.2.1 Inhaltliche Diskussion

Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, im Einklang mit vorherigen Studien, eine grundsätzlich niedrige Arbeitszufriedenheit unter MFAs, was sich durch die hohe Prävalenz der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse der MFAs zeigte. Die Angabe mehrerer Veränderungsbedürfnisse könnte daher auf ein *Personal-Environmental-Mismatch* hinweisen. Die sogenannte *Personal-Environmental-Fit* Theorie beschreibt das (Mis)match zwischen den Merkmalen von Personen und ihrem Arbeitsumfeld [89]. Gegenübergestellt wird dabei, ob der Angestellte über die Ressourcen verfügt, die durch die Anforderungen der Tätigkeit an den Arbeitnehmer gestellt werden [89]. Ein *Personal-Environmental-Mismatch* kann nicht nur mit Burnout, sondern auch mit der Intention des Arbeitgeberwechsels oder der Berufsaufgabe assoziiert sein [90, 91]. Insbesondere die Zufriedenheit bezogen auf (finanzielle) Anerkennung sowie auf die bestehenden Arbeitsbedingungen wurde in vorangegangenen Studien von MFAs als eher gering beschrieben [29, 73]. Im Vergleich zu anderen abgefragten, für den MFA-Beruf spezifischen Veränderungsbedürfnissen, ist der Wunsch nach einer höheren finanziellen Anerkennung

nicht ausschließlich unter MFAs präsent. In einer Studie in deutschen Krankenhäusern haben ebenfalls 93% der befragten Pflegekräfte einen subjektiven Veränderungsbedarf in Bezug auf eine leistungsgerechte Bezahlung angegeben [92]. Eine weitere Studie unter deutschen Ärzten in Weiterbildung für Allgemeinmedizin zeigt, dass über die Hälfte der befragten Ärzte nicht mit ihrer Vergütung zufrieden sind [93]. Auch die befragten Hausärzte in der vorliegenden Dissertation gaben diesen Wunsch für sich selbst an und diskutierten die Verantwortlichkeit für diese Änderung sehr ausführlich. Einige der befragten Hausärzte erkannten das geringe Gehalt der MFAs an: lediglich 58,2% der MFAs der vorliegenden Studie gaben an, ein Bruttogehalt von mindestens 2.000€ zu erhalten (Bundesdurchschnitt 2.448,00€ [63]). Dies ist als gering zu bewerten wenn man als Vergleichsmaßstab das Brutto-Durchschnittsgehalt von Vollzeitangestellten im Dienstleistungssektor in Deutschland in Höhe von 3.975€ in 2020 heranzieht [94]. Dennoch argumentierten die befragten Ärzte, dass zunächst die Leistungsvergütung durch die Krankenversicherungen erhöht werden müsse, bevor die Hausärzte die Entlohnung ihrer Angestellten erhöhen könnten. In diesem Zusammenhang ist darzustellen, dass eine Vergütungsregelung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kürzlich überarbeitet wurde und zum 1. April 2020 in Kraft getreten ist. Insbesondere der „narrative Medizin“ (d.h. das Gespräch mit dem Patienten), eines der wichtigsten Gesundheitsangebote der befragten Hausärzte, wurde eine höhere Vergütung zugesprochen [95]. In diesem Kontext ist jedoch, insbesondere vor dem Hintergrund der neoklassischen Lohntheorie zu diskutieren, inwieweit die zusätzlichen Einnahmen zur Gewinnmaximierung der Ärzte oder zur tatsächlichen Erhöhung der Löhne der MFAs verwendet werden [96]. Schließlich gaben die befragten Ärzte auch an, dass sie aufgrund der eigenen Gewinnmaximierung nicht verpflichtet sind, ihren Gewinn an die MFAs weiterzugeben. Die neoklassische Lohntheorie geht von einem gewinnmaximierenden Handeln des Arbeitgebers und einer Nutzenmaximierung des Arbeitnehmers aus [96]. Daher ist eine Gewinnmaximierung lediglich so lange möglich, wie Arbeitnehmer für die gezahlten Gehälter rekrutiert werden können. Betrachtet man die Einnahmen und Kosten der Hausarztpraxen in Deutschland, so ergab sich zwischen 2011 und 2015 eine Einnahmensteigerung durch die gesetzliche Krankenversicherung um 7,5%, während gleichzeitig die Personalkosten der Praxen um 6,7% gestiegen sind [97]. Eine weitere Maßnahme, die das Veränderungsbedürfnis der MFAs in Bezug auf eine höhere finanzielle Anerkennung adressiert, betrifft steuerfreie Leistungen. Diese Leistungen können das Gehalt von MFA im deutschen Gesundheitswesen um bis zu 44€ pro Monat erhöhen (bspw. Zahlung von Bustickets, Tankgutscheinen etc.). Zusätzlich können (Geburtstags-)Geschenke im Wert von maximal 60€ steuerfrei angeboten werden. Darüber hinaus können Arbeitgeber Krankengeld zahlen, Arbeitskleidung bereitstellen oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen steuerfrei anbieten [98].

Dennoch wird vor allem neben der finanziellen Anerkennung die Unterstützung und Anerkennung durch die Vorgesetzten von den MFAs gewünscht. Die hohen Zustimmungangaben der vorliegenden Arbeit bzgl. des Bedürfnisses nach einer Fortbildung zur Mitarbeiterführung für Vorgesetzte weisen auf seitens der MFA wahrgenommenen mangelhaften Führungsqualitäten und geringe Anerkennung durch die Vorgesetzten hin (Publikation 1). Diese mangelhaften Führungsqualitäten beschreiben

MFAs bei Vorgesetzten, die den Arbeitsrhythmus der MFAs behindern sowie zwischenmenschlich unvorhersehbar und emotional agieren [31]. Studien zeigten bereits, dass fehlende Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte mit einem erhöhten Burnout-Risiko und geringerer Arbeitszufriedenheit assoziiert sind [99]. Zudem zeigte der Faktor Anerkennung durch Vorgesetzte starke Assoziationen mit einer Arbeitgeberwechselabsicht oder sogar der Intention den Beruf aufzugeben (Publikation 2). Diese individuellen Strategien, im Sinne eines Beruf- oder Arbeitgeberwechsels, lassen sich mit der besonderen Abhängigkeit der MFAs von ihren vorgesetzten Ärzten begründen. Da Arztpraxen in der Regel Kleinunternehmen sind, ist in der Praxis kein Betriebsrat bzw. Beschäftigtenvertretung vorgesehen. Zudem ist der Kündigungsschutz nicht so umfangreich, wie bspw. in Krankenhäusern, sodass MFAs sich bei der Person über ungünstige Arbeitsbedingungen beschweren müssten, von der sie beruflich und finanziell abhängig sind [36]. Die Arbeitgeberwechselabsicht ist unter MFAs (31%) (Publikation 2) etwa doppelt so hoch wie unter Pflegekräften in Deutschland (15%) [100, 101]. Während die Neubesetzung einer Arbeitsstelle mit Kosten für den Arbeitgeber verbunden ist (Einarbeitungszeit etc.), begünstigt die Berufsaufgabe jedoch den bereits bestehenden Personalmangel von MFAs [36]. Weniger Personal am Arbeitsplatz kann jedoch auch wieder mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit für die verbleibenden MFAs verbunden sein. Erhöhter psychosozialer Arbeitsstress kann sich negativ auf die Gesundheit der MFAs auswirken, was wiederum mit einer reduzierten Patientensicherheit und verringerten Versorgungsqualität assoziiert sein kann [102].

Daher wurde im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls untersucht, inwiefern MFAs mit ihrer Berufswahl zufrieden sind und ob sie die Ausbildung jungen, potentiellen Auszubildenden empfehlen würden. Fast die Hälfte der befragten MFAs der vorliegenden Untersuchung gab an, dass sie die Ausbildung zur MFA nicht weiterempfehlen würden (Publikation 2). Eine Studie unter Krankenpflegeschülern im ersten Jahr hat gezeigt, dass eine Krankenschwester zu kennen oder die Empfehlung von Freunden und Familie die wichtigsten Prädiktoren für die (nicht) Aufnahme einer Pflegeausbildung darstellen [103]. Damit weisen die Ergebnisse dieser Arbeit ebenfalls auf eine mögliche weitere Reduktion der auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden MFAs hin. Vertiefende Analysen haben gezeigt, dass berufsbezogene Veränderungsbedürfnisse der MFAs in Bezug auf Arbeitsbedingungen die stärksten Assoziationen mit dem beruflichen Outcome den Beruf nicht an Jüngere weiterzuempfehlen sowie den MFA-Beruf nicht erneut wählen zu wollen gezeigt (Publikation 2).

Um diesem möglichen Trend entgegenzuwirken, gaben die befragten Hausärzte an, dass die Attraktivität des MFA-Berufs und die Arbeitsbedingungen der beschäftigten MFAs verbessert werden müssen. In diesem Kontext sahen die befragten Hausärzte insbesondere die Verantwortung im Sinne einer verbesserten Mitarbeiterführung bei sich selbst. Jedoch fehlt den Ärzten laut eigenen Aussagen vor allem die Zeit für entsprechende Weiterbildung, da gute Führung über einen längeren Zeitraum geübt werden müsse (Publikation 3). Des Weiteren könnte die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der MFAs durch Weiterbildungen und Aufstiegschancen erzielt werden [104], was ihrem Wunsch nach mehr aufgabenbezogenen Selbstständigkeit und einem größeren Handlungsspielraum entspricht

[73]. Die befragten Hausärzte berichteten jedoch, dass sie bei den (vor allem jüngeren) MFAs keine große Teilnahmebereitschaft für zusätzliche Fortbildungen erkennen würden. Die Teilnahme an Fortbildungen kann zum einen von der wahrgenommenen organisationalen Gerechtigkeit sowie den wahrgenommenen Vorteilen einer Fortbildung abhängen [105]. Die Humankapitaltheorie besagt, dass der wirtschaftliche und soziale Erfolg einer Person weitgehend durch die eigenen Talente und Fähigkeiten bestimmt wird, die wiederum durch Bildung (mit-)erzeugt und zu Kompetenzen und Fertigkeiten (weiter-)entwickelt werden [106]. Die Humankapitaltheorie basiert auf der Investitionshypothese, der zufolge Bildungsaktivitäten Investitionen sind, die einerseits kurzfristige Kosten verursachen (z. B. Ausbildungskosten, Zeitaufwand) und andererseits zukünftige Erträge oder Vorteile bringen (z. B. höheres Einkommen, bessere Berufsaussichten) [106]. Daher kann es wichtig sein, den potenziellen langfristigen Nutzen hervorzuheben, den die Weiterbildungen für die MFAs haben kann. Durch Fortbildung, wie bspw. zur VERAH[®], können MFAs ärztlich delegierbare Tätigkeiten (bspw. Hausbesuche) übernehmen und dementsprechend besser vergütet werden [73]. Darüber hinaus zeigen Studienergebnisse, dass ein erhöhtes Maß an Aufgabendelegation positiv mit der allgemeinen Arbeitszufriedenheit sowohl bei Hausärzten als auch bei ihren MFAs zusammenhängt [107]. Zudem wurde festgestellt, dass der Einsatz einer VERAH[®] in einer Praxis mit einer Reduzierung von Krankenhauseinweisungen, Facharztkonsultationen sowie Medikamentenkosten der Patienten verbunden ist und somit zur Entlastung des Gesundheitssystems führt [108]. Die befragten Hausärzte der vorliegenden Dissertation (Publikation 3) sowie aus vorangegangenen Studien [49] argumentierten jedoch, dass sie vor allem rechtliche Unsicherheiten bzgl. der Aufgabenübertragung haben und dass den MFAs die medizinischen Kenntnisse fehlen, die die Ärzte während ihres Medizinstudiums erworben haben. Eine Aufgabendelegation und Verantwortungsausweitung sahen sie deshalb vorwiegend im organisatorischen Bereich. Eine Möglichkeit wäre hier die Neuordnung oder Akademisierung des MFA-Berufs [104]. Während mit dem Studiengang *Physician Assistant* vor allem die Möglichkeit besteht, sich für die stationäre Versorgung auf einem Bachelorniveau ausbilden zu lassen, so ist dies laut Bundesministerium für Gesundheit nicht für den ambulanten Sektor beabsichtigt [109]. In diesem Kontext wurde auch der Wunsch der MFAs nach weniger Multitasking diskutiert. Dies zeigt, dass die MFAs ihre Aufgaben nicht in ihrer eigenen Routine abarbeiten können und regelmäßig durch Patienten, Kollegen oder die Vorgesetzten unterbrochen werden. Unterbrechungen kommen laut Aussagen der MFA häufig vor und werden von den MFAs als belastend wahrgenommen. Störungen und Unterbrechungen sind laut einer Studie unter Ärzten mit erhöhter Fehlerhäufigkeit assoziiert [110]. Für einige Aufgabenbereiche der MFAs, wie bspw. in Bezug auf die gewünschte Reduktion des Dokumentationsaufwands, könnten als kurzfristige Lösungen Vorlagen für Tabellen genutzt werden. Darüber hinaus können insbesondere digitale Dokumentationssoftware zu einer Aufwandsreduktion führen [111]. In Bezug auf die Rekrutierung neuer Auszubildenden wurden in den Pflegeberufen bereits Strategien entwickelt, welche ggf. auf die Rekrutierung von MFAs übertragen werden können. Dies umfasst vor allem Aufklärungsarbeit über den Beruf in Schulen, um negative Vorurteile auszuräumen und ein objektives Berufsbild zu vermitteln [112]. Zwar ist der

MFA-Beruf insbesondere für weibliche Auszubildende weiterhin attraktiv und die Auszubildendenzahlen sind hoch, jedoch brechen etwa 26% der MFAs ihre Ausbildung vorzeitig ab [56]. Die Vermittlung eines realistischen Berufsbilds könnte dem ggf. entgegenwirken. Die Verfügbarkeit von Fachkräften könnte ebenfalls dadurch erhöht werden, wenn die MFA-Profession ebenfalls für männliche Auszubildende attraktiver gestalten wäre. Zukünftige Forschung könnte sich mit den Berufswahlmotiven sowie potenziellen Barrieren für den Eintritt von Männern in den MFA-Beruf auseinandersetzen [113].

3.2.2 Methodische Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurden insgesamt 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse von MFAs auf Grundlage qualitativer Forschung untersucht, um eine spezifischere Erfassung der Bedürfnisse von MFAs zu erzielen. Die bislang etablierten Arbeitsstressinstrumente (bspw. ERI, JDC, etc.) erfragen vorwiegend psychosoziale Arbeitsbedingungen im Allgemeinen und Veränderungsbedürfnisse müssen im Nachhinein aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Eine hervorzuhebende Stärke der vorliegenden Dissertation liegt insbesondere darin, dass auf Grundlage der hier vorgestellten Ergebnisse die tatsächlichen Veränderungsbedürfnisse von MFAs erfasst und analysiert werden konnten. Eingeschlossen wurden dabei alle von den MFAs in einer qualitativen Studie genannten Veränderungsbedürfnissen [31], sowohl unspezifische Wünsche (bspw. höheres Gehalt) als auch spezifische Wünsche (bspw. Dokumentationsaufwand). Auch die Umsetzbarkeit bzw. zeitnahe Änderung der Arbeitsbedingungen wurde bei der Darstellung der Veränderungsbedürfnisse zunächst nicht mitberücksichtigt, um ein umfassendes Bild der Veränderungsbedürfnisse zu erfassen.

Zur Erfassung und Analyse der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse von MFAs wurde ein quantitatives Studiendesign gewählt (Publikation 1 & Publikation 2). Insgesamt konnten die Angaben von 887 MFAs in die quantitativen Studien einbezogen werden. Aufgrund von diversen Rekrutierungswegen, kann jedoch die exakte Rücklaufquote nicht berechnet werden. Dennoch ist die vorliegende Studienpopulation mit den Merkmalen der Studienpopulation aus anderen Studien [4] sowie mit der deutschen MFA-Population (laut Angaben des statistischen Bundesamts) zum Zeitpunkt der Befragung vergleichbar [114]. Da es sich hierbei jeweils um Querschnittsstudien handelt, können keine Rückschlüsse auf Kausalität gezogen werden. Kausalität ist jedoch für die Interpretation der Prävalenz der Veränderungsbedürfnisse nicht notwendig. Zudem beruht die quantitative Fragebogenerhebung auf Selbstangaben, sodass die subjektiven Bedürfnisse der MFAs erfasst werden konnten.

Die MFAs konnten für alle 20 berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse angeben, ob sie diesen Wunsch haben, dass sie in diesem Bereich keine Veränderung benötigen oder, dass dieser Wunsch bereits erfüllt wurde. Dies kann dazu führen, dass ggf. einige MFAs ihre gesamten Wünsche angegeben haben, während andere MFAs möglicherweise nur die Wünsche angegeben haben, die aus ihrer Sicht veränderbar wären. Darüber hinaus kann es

auch politisch motivierte Antworten gegeben haben, um die Chance zu erhöhen, dass bei möglichst vielen angegebenen Bedürfnissen zumindest ein Teil verbessert wird. Dies kann entweder zu Über- oder Unterschätzung der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse der MFAs geführt haben. Zudem konnte auf Grundlage einer qualitativen Befragung von MFAs ein MFA-spezifischer Fragebogen entwickelt werden, welcher die spezifischen Veränderungsbedürfnisse von MFAs erfasst. Limitierend ist zu erwähnen, dass zur Durchführung der explorativen Faktorenanalyse (EFA) eine Dichotomisierung der Antwortkategorien notwendig war, wodurch ein Informationsverlust möglich ist. Die im Rahmen dieser Dissertation berechnete EFA basiert auf einer tetrachorischen Matrix (nach Dichotomisierung), was demnach in der Literatur als geeigneter Ansatz beschrieben wird [115]. Letztendlich konnten durch die EFA drei Faktoren ermittelt werden, die in der zweiten Studie als Determinanten in die Analysen einbezogen wurden. Die Ergebnisvariablen der zweiten Studie bezüglich der Intention, entweder den Beruf zu verlassen oder den Arbeitgeber zu wechseln, wurden bereits in früheren Studien verwendet [28, 39] und werden als starke Prädiktoren für die tatsächliche Umsetzung identifiziert [116]. Die verbleibenden zwei Ergebnisvariablen in Bezug auf die Wiederwahl des MFA-Berufs sowie die Empfehlung der MFA-Ausbildung an potentielle Auszubildende wurden auf der Grundlage einer Studie zur Berufszufriedenheit von Pflegekräften [117] entsprechend für MFAs angepasst.

Sowohl in den quantitativen Studien als auch in der qualitativen Studie mit Vorgesetzten von MFAs, besteht die Gefahr eines Selektionsbias. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass besonders engagierte oder besonders unzufriedene MFAs und Hausärzte an den Studien teilgenommen haben. Insgesamt konnten 21 Hausärzte für die qualitativen Interviews rekrutiert werden. Es wurden lediglich Hausärzte einer Großstadt befragt, jedoch fand eine vorherige quantitative Untersuchung (Publikation 1) keine Assoziationen zwischen regionalen Merkmalen und der Prävalenz von psychosozialen Arbeitsstress, was auf ähnliche Probleme in städtischen und ländlichen Hausarztpraxen hinweisen könnte. Das Weiter wurden Hausärzte aus Einzel- und Gemeinschaftspraxen, männliche und weibliche Ärzte mit einem weiten Spektrum an Berufserfahrung sowie Praxen mit unterschiedlicher Anzahl angestellter MFAs befragt. So konnte ein sehr breit gefächertes Sample hinsichtlich verschiedener Charakteristika befragt werden, wodurch möglichst viele verschiedene Sichtweisen erhoben wurden. Im Rahmen qualitativer sowie quantitativer Forschung ist stets limitierend zu beachten, dass die Antworten der Hausärzte aufgrund sozialer Erwünschtheit erfolgen könnten und dass die Teilnahme an dem Interview für die Diskussion der eigenen Bedürfnisse genutzt wurde.

Die Durchführung der Interviews fand bis zur thematischen Sättigung statt, d.h. bis zu dem Zeitpunkt, an dem auch weitere Interviews keine neuen Themenbereiche mehr aufgezeigt hätten [118]. Während in quantitativer Forschung vor allem die Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt wird, ist das Ziel qualitativer Forschung die Erfassung eines möglichst breiten Spektrums subjektiver Sichtweisen zu einem Thema. Die vorliegenden Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet, welche eine systematische, generalisierende Auswertung und gute Vergleichbarkeit der einzelnen Interviewdaten

ermöglicht [119]. Um eine einseitige Ergebnisinterpretation zu vermeiden, wurde die Auswertung von zwei Personen ausgeführt, welche über Erfahrungen in der qualitativen Forschung und über ein gesundheitswissenschaftliches Studium verfügen [118]. Dennoch wäre die Einbeziehung eines Allgemeinmediziners in den Auswertungsprozess sinnvoll gewesen, um noch eine weitere Perspektive in die Analysen einzubeziehen.

3.2.3 Implikationen

Zusammenfassend aus den Ergebnissen der drei Studien und insbesondere durch die Diskussion mit den Hausärzten lassen sich Implikationen ableiten, die zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs beitragen sollen. Die fünf am häufigsten genannten Veränderungsbedürfnisse der MFAs wurden auch von den Hausärzten intensiv diskutiert. Daher werden im Folgenden Implikationen und Maßnahmen zur Veränderung dieser Arbeitsbedingungen aus Sicht der befragten Ärzte sowie aus der Literatur dargestellt.

Ich wünsche mir eine bessere Bezahlung für die geleistete Arbeit

Aus Sicht der befragten Hausärzte gibt es Maßnahmen, die kurzfristig umgesetzt werden können und zu einer besseren Entlohnung der MFAs führen können. Dies umfasst steuerfreie Anreize, wie etwa Tankgutscheine oder Jobtickets. Darüber hinaus können Vorgesetzte auch die Rechnungen für sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen übernehmen oder den Beschäftigten betriebliche Zusatzrenten finanzieren. Diese Zusatzzahlungen würden dennoch nicht das Grundgehalt der MFAs verbessern. Eine tatsächliche Erhöhung des MFA-Gehalts ergibt sich laut Tarifvertrag (nicht bindend) durch Berufserfahrung als auch durch Fortbildungen/das Qualifikationsniveau. Für MFAs werden sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung verschiedene Fortbildungen angeboten, die zu einer Erweiterung des Aufgabenspektrums und zur höheren Einstufung in der Gehaltstabelle führen (sollten). In der ambulanten Versorgung ist vor allem die Fortbildung als VERAH[®] verbreitet und wird seit 2015 mit einer Gebührenordnungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Ärzte geführt und mit einer pauschalen Vergütung honoriert [120]. Diese zusätzliche Vergütung sowie die Übernahme von Tätigkeiten des Hausarztes (in der Regel Hausbesuche) sollen zu einem höheren Gehalt der MFA beitragen. Obwohl Hausärzte, die bereits eine oder mehrere VERAH[®] angestellt haben, eine Arbeitserleichterung durch die VERAH[®] erleben, werden vorwiegend rechtliche, teilweise unbegründete Bedenken bzgl. der Aufgabendelegation von Ärzten als Hinderungsgrund zur Anstellung einer VERAH[®] angegeben [121]. Diesen Bedenken könnte entgegengewirkt werden, indem Informationsveranstaltungen oder Informationsbroschüren für Ärzte entwickelt und Angeboten werden, die vor allem über den rechtlichen Rahmen bzw. die Rechtssicherheit aufklären. Zusammenfassend kann jedoch nicht die individuelle Fort- und Weiterbildung von MFAs zur VERAH[®] als Grundlage für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs dienen, da die Ärzte nicht ausschließlich weitergebildete MFAs mit höheren Gehältern einstellen werden. Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen neoklassischen Lohntheorie [96] werden die Hausärzte jedoch das Gehalt

anpassen müssen, sofern sie keine (qualifizierten) MFAs mehr für das von ihnen gebotene Gehalt rekrutieren können.

Ich wünsche mir im Arbeitsalltag weniger Dokumentation

Zwar wünschten sich die befragten Hausärzte der vorliegenden Studie grundsätzlich auch weniger Dokumentationsaufwand, jedoch werden die aktuellen Dokumentationspflichten aus rechtlicher und abrechnungstechnischer Sicht als unumgänglich eingeschätzt. Maßnahmen zur Vereinfachung des Dokumentationsaufwands bezogen sich aus Sicht der befragten Hausärzte vor allem auf die Entwicklung von Dokumentationsvorlagen und einheitlichen Prozessen, die die Dokumentation routiniert ablaufen lassen. Hier ist insbesondere das problemorientierte Dokumentationsvorgehen nach dem SOAP-Schema zu nennen [122]. Dieses Schema wird in vier Bereiche unterteilt. Die Ergebnisse der Anamnese der Patientin, also das Subjektive Empfinden fällt unter den Bereich (S). Unter dem Bereich Objektive Daten (O) werden bspw. Befunde oder Untersuchungsergebnisse festgehalten. Die Diagnosestellung auf Grundlage generierter Ergebnisse wird unter dem Bereich Begutachtung bzw. Assessment (A) aufgezeichnet. Aufbauend auf diese Dokumentation können ebenfalls geplante Therapiemaßnahmen, wie Verordnungen oder Rezepte, unter dem Bereich Planung (P) dokumentiert werden [111]. Diese Strukturierung kann nicht nur den Dokumentationsaufwand reduzieren, sondern das strukturierte Vorgehen kann auch die Fehlerhäufigkeit reduzieren. Dokumentationsfehler können unter anderem durch Arbeitsstress verursacht werden, was wiederum mit einer verringerten Versorgungsqualität und Patientensicherheit assoziiert ist [24, 25]. Während das SOAP-Schema zunächst vorwiegend im englischen Sprachraum entwickelt und eingesetzt wurde [123], gilt es nun auch für den deutschsprachigen Raum als bewährtes Dokumentationsschema [124, 125]. Inwiefern Hausärzte dieses Instrument tatsächlich anwenden und ob es aus Sicht des Praxisteam zu einer Reduktion und Vereinfachung des Dokumentationsaufwands führt, sollte in weiteren Studien erforscht werden.

Ich wünsche mir mehr Anerkennung für meine Arbeit von der Gesellschaft

Die von MFAs wahrgenommene geringe Anerkennung, d.h. Wertschätzung und freundliche Reaktion auf eine erbrachte Handlung, durch die Gesellschaft, aber auch durch Vorgesetzte, geht aus diversen Studien hervor [73, 126]. Ein Ansatzpunkt zur Verbesserung der Anerkennung der geleisteten Arbeit von der Gesellschaft könnte die Außendarstellung des Arbeitsalltags der MFAs sein. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit könnten bspw. Social-Media-Kanäle genutzt werden, um auf die Relevanz der MFAs in der medizinischen Versorgung aufmerksam zu machen. In kurzen Imagefilmen könnte somit über den Arbeitsalltag berichtet sowie auf die abwechslungsreiche Tätigkeit der MFAs hingewiesen werden. Darüber hinaus kann die öffentliche Wahrnehmung der MFAs gestärkt werden, indem die Ärzte ihre Angestellten verstärkt in die Patientenkommunikation einbinden sowie gegenüber Patienten wertschätzend über und mit den MFAs sprechen. Ein wichtiger Aspekt

der Anerkennung bezieht sich darauf, dass Ärzte ihre Angestellten im Arbeitsalltag vor Patienten schützen, die sich den MFAs gegenüber unangemessen verhalten und keinen respektlosen Umgang mit ihren Angestellten dulden. Diese Botschaft kann ebenfalls durch Poster in den Praxisräumen vermittelt werden, welche vom Verband medizinischer Fachberufe (VMF) im Rahmen der Aktion „MFA am Limit“ erstellt wurden [127]. Diese Poster weisen vor allem die Patienten darauf hin, freundlich und respektvoll mit den MFAs zu kommunizieren. Ein weiterer Aspekt der öffentlichen Anerkennung bezieht sich auf die in Folge der CoV-2-Pandemie erstmaligen Auszahlung des Corona-Sonderbonus, welcher zunächst lediglich an Pflegefachkräfte ausgezahlt wurde [128]. Da dieser Bonus erst auf Forderung des VMF für MFAs in Betracht gezogen wird, lässt sich daraus ableiten, dass auch hier ist die Sichtbarkeit und Anerkennung von MFAs im Vergleich zum Pflegepersonal in der Öffentlichkeit deutlich geringer ist. Eine erhöhte gesamtgesellschaftliche Anerkennung des MFA-Berufs könnte nicht nur zu einer höheren Zufriedenheit der beschäftigten MFAs führen, sondern auch zur Aufrechterhaltung der Attraktivität der MFA-Ausbildung. Zukünftige Forschung könnte darauf ausgerichtet werden, ob die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit positiv auf die von den MFAs wahrgenommene Anerkennung durch die Gesellschaft erhöht. Insbesondere könnte thematisiert werden, ob die öffentliche Darstellung von MFAs, die „am Limit“ [127] arbeiten müssen, wiederum förderlich für die Rekrutierung von Auszubildenden für den MFA-Beruf ist.

Ich wünsche mir für die Ärzte Fortbildungen zur Mitarbeiterführung

Der Wunsch nach Fortbildungen zur Mitarbeiterführung für die Ärzte impliziert die Unzufriedenheit mit der Führungsqualität sowie Unterstützung und Anerkennung durch ihre Vorgesetzten. Zwar gaben die befragten Hausärzte an, dass sie Interesse an der Verbesserung ihrer Führungskompetenz haben, jedoch aufgrund ihrer beschränkten Zeit nicht an umfangreichen Fortbildungen teilnehmen können. Eine andere Möglichkeit besteht darin, bereits in das Medizinstudium ein von der Bundesärztekammer entwickeltes Curriculum „Ärztliche Führung“ zu integrieren. Die Absolvierung dieses Curriculums ist bislang jedoch nicht verpflichtend und erreicht somit nicht alle Medizinstudierenden oder Ärzte. Da in Deutschland Ärzte dazu verpflichtend sind, Fortbildungen im Umfang von mindestens 250 Fortbildungspunkten zu besuchen, könnte die Teilnahme an diesem Curriculum einen Teil der geforderten Fortbildungspunkte erbringen. Nicht nur im Rahmen der Fortbildung, sondern für alle Ärzte zugänglich, könnten Führungsinstrumente, wie bspw. Vorlagen für das Mitarbeitergespräch, die Ärzte bei ihren Führungsaufgaben unterstützen. Mit diesen Instrumenten können Ziele, die Delegation von Aufgaben sowie konstruktives Feedback festgehalten werden und auch den MFAs die Möglichkeit zur Einbringung eigener Wünsche eröffnet werden [129, 130]. Zudem könnten Balint-Gruppen, wie sie bereits vorwiegend von Psychotherapeuten genutzt werden, etabliert werden, um einen Austausch zwischen Ärzten zu ermöglichen.

Ich würde gerne auf Multitasking während der Arbeit verzichten

Die theoretische Notwendigkeit von Multitasking, was hier vor allem als schnelles Wechseln zwischen zwei oder mehreren Tätigkeiten zu verstehen ist, begründet sich in den vielfältigen Aufgaben, die die MFAs zu bewältigen haben. In den Interviews wurde insbesondere der Empfangsbereich als Arbeitsbereich genannt, der durch Arbeitsstress charakterisiert ist und daher Optimierungspotential bietet. Kleine Erleichterungen könnten entstehen, wenn die Patienten ihre Krankenversicherungskarte lediglich am Empfang abgeben und im Wartezimmer Platz nehmen. So entstehen keine Schlangen und die MFA kann den Patienten in Ruhe aufnehmen. Ein zusätzlicher Raum und auch ggf. eine zusätzliche Angestellte für die Annahme von Telefongesprächen könnte zu mehr Ruhe und weniger Unterbrechungen für die MFAs führen. Je nach Praxisform, könnte eine geänderte Tagesstruktur zu Entlastung führen. Zunächst kann der Tag mit Laboruntersuchungen starten und anschließend eine Akutprechstunde. Diese muss nicht bereits früh morgens beginnen, da diese erkrankten Patienten an diesem Tag nicht mehr zur Arbeit gehen werden und der Termin vor Arbeitsbeginn wahrgenommen werden muss. Die befragten Hausärzte gaben an, dass sie oftmals mehrere MFAs mit derselben Aufgabe beschäftigten, anstatt sie nur einer MFA zu übertragen. Außerdem könnten Arbeitsplatzrotationen angeboten werden, damit die MFAs sowohl auf einem stressigeren Platz tätig sind (Anmeldung) als auch – wenn Abwechslung nötig ist - auf einem ruhigeren Arbeitsplatz (Labor). Dies soll nicht nur eine Überbelastung vermeiden, sondern auch für mehr Verständnis unter den MFAs sorgen, wenn alle jeden Arbeitsplatz kennen. Eine weitere Idee richtet sich vorwiegend an Inhaber einer Einzelpraxis. Da zum Ende des Kalenderquartals die Regelleistungsvolumina bereits erschöpft sind, wird die Schließung der Praxis etwa in den letzten zwei Wochen eines Kalenderquartals vorgeschlagen. Dadurch haben alle MFAs mindestens acht Wochen Urlaub im Jahr und das restliche Jahr über fehlt keine MFA in der Praxis (d.h. lediglich krankheitsbedingt). Für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten ist dieses Vorgehen jedoch als sehr kritisch zu betrachten, wenn alle Arztpraxen so vorgehen würden. Die Wirksamkeit der hier vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reduktion der Arbeitsbelastung der MFAs sollte in zukünftigen Interventionsstudien erforscht werden.

4 Fazit und Ausblick

Ziel dieser Studie war es, anhand der Teilstudien die berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse von MFAs zu analysieren sowie Interventionen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs mit Hausärzten zu diskutieren. Die Prävalenzen der berufsbezogenen Veränderungsbedürfnisse sind grundsätzlich als hoch einzuschätzen und weder mit soziodemografischen noch mit praxisbezogenen Determinanten assoziiert. Dies Veränderungsbedürfnisse ließen sich in drei unabhängige Faktoren gruppieren: Arbeitsbedingungen, Anerkennung durch den Vorgesetzten sowie aufgabenbezogene Selbstständigkeit. Arbeitsbedingungen und Anerkennung durch Vorgesetzte zeigten starke Zusammenhänge mit negativen beruflichen Outcomes. Angesichts des bereits bestehenden Personalmangels von MFAs sind Maßnahmen zu entwickeln, die den MFA-Beruf attraktiver gestalten, um ausreichend Nachwuchsgewinnung im Beruf der Medizinischen Fachangestellten zu ermöglichen. Die befragten Hausärzte gaben an, dass sie die Verantwortung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der MFAs zwar letztlich bei sich selbst sehen, jedoch auf die Unterstützung der Gesundheitspolitik angewiesen sind. Dies gilt insbesondere bzgl. der verbesserten Entlohnung der MFAs, wofür sich die Hausärzte Unterstützung bei der Refinanzierung der Entlohnung ihres Personals von der Gesundheitspolitik wünschen würden. In diesem Zusammenhang wurden Fortbildungen (z.B. als VERAH®) als eine Möglichkeit diskutiert, die Anerkennung und Vergütung von MFAs zu erhöhen. Insbesondere kann hier auch der Handlungsspielraum sowie der Verantwortungsbereich vergrößert werden. Während einige Ärzte bereits die Vorteile von speziell fortgebildeten MFAs bestätigt haben [121], könnten (rechtliche) Unsicherheiten bzgl. der Delegation von Aufgaben an MFAs durch Informationsveranstaltungen und -material genommen werden. Eine besonders große Eigenverantwortung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs sahen die befragten Hausärzte in der von den MFAs gewünschten Verbesserung der eigenen Führungsfähigkeiten. Dennoch waren die wenigsten der befragten Hausärzte bereit, ausreichend Zeit in das Führungstraining zu investieren und die bestehenden Angebote wahrzunehmen. Eine Möglichkeit könnte daher eine stärkere Integration der Ausbildung von Führungskompetenzen in das Medizinstudium sein. Des Weiteren könnten die Kurse zu Führungskompetenzen mit (höheren) Fortbildungspunkten belegt werden, um die Teilnahmeattraktivität zu steigern.

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von MFAs und zur Überprüfung der Praktikabilität der im Rahmen dieser Studie entwickelten und mit Hausärzten diskutierten Maßnahmen ist die Durchführung einer partizipativen Interventionsstudie mit Arztpraxen sowie eine anschließende Evaluation erforderlich. Gemeinsam mit allen Beschäftigten könnten Interventionen entwickelt werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Praxen abgestimmt sind. Die Fürsorge für die beschäftigten MFAs ist nicht nur durch den Gesetzgeber verpflichtend, sondern fördert die Attraktivität des MFA-Berufs und sichert den Ärzten ausreichend qualifiziertes Personal.

5 Literaturverzeichnis

1. Paris MJ, Hoge MA. Burnout in the mental health workforce: A review. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2010;37:519–28.
2. Hornung S, Weigl M, Glaser J, Angerer P. Is It So Bad or Am I So Tired?: Cross-Lagged Relationships Between Job Stressors and Emotional Exhaustion of Hospital Physicians. *J Pers Psychol.* 2013;12:124–31.
3. von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J. Psychosocial Stress Among Hospital Doctors in Surgical Fields: Results of a Nationwide Survey in Germany. *Dtsch Aerzteblatt Online.* 2010;107:248–53.
4. Viehmann A, Kersting C, Thielmann A, Weltermann B. Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PLoS ONE.* 2017;12:e0176658. doi:10.1371/journal.pone.0176658.
5. Backé E-M, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health.* 2012;85:67–79. doi:10.1007/s00420-011-0643-6.
6. Bonde J. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* 2008;65:438–45.
7. Siegrist J. Die ärztliche Rolle im Wandel. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2012;55:1100–5.
8. Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. *DMW - Dtsch Med Wochenschr.* 2008;133:26–9.
9. Dragano N. Arbeitsstress als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. *Aktuel Kardiol.* 2018;7:368–72. doi:10.1055/a-0638-7463.
10. Roschker NS. *Psychische Gesundheit als Tabuthema in der Arbeitswelt.* Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013.
11. Slesina W, Bohley S. Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Schott T, Hornberg C, editors. *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft.* 1st ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. 619–33.
12. Nitzsche A, Driller E, Kowalski C, Pfaff H. Organisationskrankheit Burnout. In: Badura B, Walter U, Hehlmann T, editors. *Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation.* 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010. p. 388–399.
13. Robert-Koch-Institut. *Gesundheit in Deutschland; 2015 S. 516.* Berlin; 2015.
14. Hassard J, Teoh K, Visokaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *J Occup Health Psychol.* 2018;23:1–17.
15. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014.
16. Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsa E, Aromaa A, Lönnqvist J. Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders.* 2011;134:365–72.
17. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Patten SB, Vos T, Whiteford HA. The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE.* 2013;8:e69637.

18. Wege N, Angerer P. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger [Mental disorders and work ability – implications for the health care]. *Psychiatrie*. 2013;10:71–81.
19. Michie S, Williams S. Reducing work related psychosocial ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*. 2008;60:3–9.
20. Scheurer D, McKEan S, Miller J, Wetterneck T. US physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med*. 2009;4:560–8.
21. Laubach, W.,Fischbeck, S.: Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German university hospital. *Int J Public Health*. 2007;52:54–9.
22. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang W, Edwards S. Rates of medication errors among depressed and burn out residents: prospective cohort study. *BMJ Open*. 2008;336:488–91.
23. Hiemisch A, Kiess W, Brähler E. Psychische Arbeitsbelastungen an einer Universitätskinderklinik: Ergebnisse einer Umfrage zum Belastungserleben und der resultierenden Mitarbeitergesundheit. *Klin. Pädiatr*. 2012;85:67–79.
24. Mambrey V, Vu-Eickmann P, Angerer P, Loerbroks A. Associations between Psychosocial Working Conditions and Quality of Care (i.e., Slips and Lapses, and Perceived Social Interactions with Patients) - A Cross-Sectional Study among Medical Assistants. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9693.
25. Vu-Eickmann P, Li J, Müller A, Angerer P, Loerbroks A. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91:643–54.
26. Vu-Eickmann P, Loerbroks A. [Psychosocial Working Conditions and Quality of Care: Results of a Qualitative Study Among Physician Assistants (MFAs)]. *Gesundheitsw*. 2018;80:1084-1087.
27. Fischer N., Degen C., Li J., Loerbroks A., Müller A, [Nachname nicht vorhanden], Angerer P. Associations of psychosocial working conditions and working time characteristics with somatic complaints in German resident physicians. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89:583–92.
28. Hasselhorn HM, Conway PM, Widerszal-Bazyl M, Simon M, Tackenberg P, Schmidt S, Camerino D. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—Results from the longitudinal European nurses' early exit study. *SJWEH Suppl*. 2008;6:75-82.
29. Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J, Miksch A, Ose D, Campbell SM, Goetz K. Practice assistants in primary care in Germany—Associations with organizational attributes on job satisfaction. *BMC Family Pract*. 2013;14:110.
30. Goetz K, Campbell S, Broge B, Brodowski M, Steinhäuser J, Wensing M, et al. Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2013;30:411–7.
31. Vu-Eickmann P, Loerbroks A. [Psychosocial working conditions of physician assistants: results from a qualitative study on occupational stress, resources, possible approaches to prevention and intervention needs]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2017;126:43–51.
32. Anderson A, Proudfoot JG, Harris M. Medical Assistants: A Primary Care Workforce Solution? *Australian Family Physician*. 2009;38:623–6.
33. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Stock C, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsbl*. 2015;58:398–407.

34. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2012;86:114–9.
35. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf*. 2011;20:508e514.
36. Kathmann T, Dingeldey I. Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?: Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten 2013;No. 4. Bremen: Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen.
37. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Sermeus W, for the RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:143–53.
38. Montgomery A, Spânu F, Panagopoulou E. Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout Research*. 2015;2:71–9.
39. Li J, Shang L, Galatsch M, Siegrist J, Müller BH, Hasselhorn HM. Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: A cross-national prospective study of eight countries. *Int. J. Health Serv*. 2013;43:519–36.
40. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27–41.
41. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York: McGraw-hill education ltd; 2005.
42. Afentakis A, Böhm K. *Beschäftigte im Gesundheitswesen*. Berlin; 2009; <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3224/22OnfW4sdzhPDB6iX6.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
43. Schwäbe N. Arzthelferin – ein Berufsbild im Wandel. *Z Allg Med*. 2003;79:553–8.
44. Mettin G. *Arbeitsmarkt - Weiterbildung - professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt- und Zahnarzthelferinnen*. In: Meifort B, Becker W, Csongär G, et al., editors. *Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau*. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung; 1999. p. 29–38.
45. Bristrup R. Medizinische Fachangestellte: Lerninhalte werden den modernen Erfordernissen angepasst. *Dtsch Arztebl Int*. 2005;102:A-2990.
46. Bundesministerium für Gesundheit. *Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006*; 22. November 2005.
47. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Z Für Allg*. 85;2009:403–5.
48. Günther H-J, Bader C, Erlenberg RM, Hagl C, Schirmacher B, Schuster A. Von AGnES bis PA — *Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick?* *MMW - Fortschritte der Medizin* volume. 2019;116:21–30.
49. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation?: Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. *BMC Family Practice*. 2017;18.
50. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Physician Assistant: Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen*. Berlin; 2017.

51. Statistisches Bundesamt. Tabelle: Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsverhältnis, Altersgruppen, Berufe im Gesundheitswesen; 2021.
52. Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen; 2021.
53. Höhne A., Jedlitschka K., Hobler D., M L. General Practitioner-Centred Health-Care in Germany. The General Practitioner as Gatekeeper. *Gesundheitsw.* 2009;71:414–22.
54. Zentner A., Velasco Garrido M., R B. Do Primary Care Physicians Acting as Gatekeepers really Improve Health Outcomes and Decrease Costs?: A Systematic Review of the Concept Gatekeeping. *Gesundheitsw.* 2010;72:e38-e44.
55. Hansen H., Pohontsch N.J., Bole L., Schäfer I., M S. Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients - an exploratory focus group study in urban and rural regions of northern Germany. *BMC Fam Pract.* 2017. doi:10.1186/s12875-017-0637-x.
56. Statistisches Bundesamt. Bildung und Kultur: Berufliche Bildung; 2020; https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/_inhalt.html (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
57. Bundesinstitut für Berufsbildung. Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge 2018 bis 2020 nach Regionen und geschlechtsspezifischen Anteilen der Auszubildenden: KIdB 2010: Berufsuntergruppen; 09.12.2020; <https://www.bibb.de/de/124971.php> (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
58. Bundesagentur für Arbeit. Ausgewählte Merkmale zur Engpassanalyse mit dem Anforderungsniveau 2 (Fachkraft) nach der KIdB 2010; 2019.
59. Bundesärztekammer. Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen. Berlin; 08.12.2020; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Gehaltstarifvertrag-MFA-2021-2023.pdf (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
60. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-B) vom 1. August 2006 (in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 15 vom 18. April 2018); eingerichtet und mit ergänzenden Hinweisen durch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft; 2018.
61. Ärzteblatt. MFA-Gehälter: Unterschiede zwischen Klinik und Arztpraxis. *Ärzteblatt.* 30. November 2020; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118882/MFA-Gehaelter-Unterschiede-zwischen-Klinik-und-Arztpraxis> (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
62. Bundesministerium für Gesundheit. Neuer Pflegemindestlohn: Spahn: „Die Pflege verdient eine bessere Bezahlung“; 29.01.2020; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/neuer-pflegemindestlohn.html> (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
63. Bundesagentur für Arbeit. Entgeltatlas: Arzthelfer/in. <https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/beruf/8918>. Accessed 16 Sep 2021.
64. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285.
65. Siegrist J. A Theoretical Model in the Context of Economic Globalization. In: Siegrist J, Wahrendorf M, editors. *Work Stress and Health in a Globalized Economy: Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being.* Cham: Springer; 2016. doi:10.1007/978-3-319-32937-6_1.

66. van Ham I, Verhoeven A, Groenier KH, Groothoff JW, Haan J de. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* 2006;12:174–80. doi:10.1080/13814780600994376.
67. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2017;67:e227-e237. doi:10.3399/bjgp17X689929.
68. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste J-Y, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 2016;17:133. doi:10.1186/s12875-016-x.
69. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med.* 2017;74:301–10. doi:10.1136/oemed-2016-104015.
70. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009;374.
71. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Nurs Pract.* 2016;22:538–45. doi:10.1111/ijn.12455.
72. Goetz K, Campbell S, Steinhaeuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Fam Pract.* 2011;12:137.
73. Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, et al. [Dedicated but Poorly paid!: Study on Health Care Assistants' Views on their Profession]. *Z Allg Med.* 2014;90:445–50.
74. Mergenthal K, Gütthlin C. [Predictors of job satisfaction among health care assistants]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2021;167:78–85.
75. Tsarouha E, Preiser C, Weltermann B, Junne F, Seifried-Dübon T, Stuber F, et al. Work-Related Psychosocial Demands and Resources in General Practice Teams in Germany. A Team-Based Ethnography. *International Journal of Environmental and Public Health* 2020. doi:10.3390/ijerph17197114.
76. Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012: psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund; 2012; https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
77. Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occup Environ Med.* 2008;65:364–6.
78. Klein J, Frie KG, Blum K, Knesebeck O von dem. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:109.
79. Baethge A, Müller A, Rigotti T. Nursing performance under high workload: a diary study on the moderating role of selection, optimization and compensation strategies. *J. Adv Nurs.* 2016;72:545–57.
80. Dreher A, Pietrowsky R, Loerbroks A. Pandemic-related attitudes, stressors and work outcomes among medical assistants during the SARS-CoV-2 (“Coronavirus”) pandemic in Germany: A cross-sectional Study. *PLoS ONE.* 2021;16:e0245473.
81. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;2272–81. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X.

82. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177:195–205.
83. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34:4–12. doi:10.1002/chp.21211.
84. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol.* 2007;1:105. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105.
85. Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14:135. doi:10.1186/1471-2458-14-135.
86. Wirtz MA. Dorsch: Lexikon der Psychologie. 18th ed. Bern: Hogrefe AG; 2017.
87. Schwartz FW. Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates. *Gesundheitsw.* 2001;63:127–32.
88. Bomball J, Schwanke A, Stöver M, Schmitt S, Görres S. Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten—Einstellungen von Schüler/Innen zur Möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs. Ergebnisbericht. Bremen; 2010.
89. Edwards JR, Caplan RD, Harrison RV. Person-environment fit theory: conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress.* Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 28–67.
90. Merez D, Andysz A. Relationship between Person-Organization fit and objective and subjective health status (Person-Organization fit and health). *Int J Occup Med Environ Health.* 2012;25:166–77.
91. Andela M, van der Doef M. A comprehensive assessment of the person– environment fit dimensions and their relationships with work-related outcomes. *J Career Dev.* 2018.
92. Raspe M, Koch P, Zilezinski M, Schulte K, Bitzinger D, Gaiser U, et al. Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsbl.* 2020;63:113–21.
93. Roos M, Blauth E, Steinhaeuser J, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F. Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen.* 2011;105:81–8.
94. Statistisches Bundesamt. Verdienste und Verdienstunterschiede: Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste; 2021.
95. Kassenärztliche Bundesvereinigung. EBM-Reform: Übersicht der Auswirkungen je Fachgruppe; 01.01.2020; https://www.kbv.de/media/sp/EBM-Reform__bersicht_Fachgruppen.pdf (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
96. Vercherand J. *The Neoclassical Model of the Labour Market.* London: Palgrave Macmillan; 2014.
97. Eversmann T. Thema: Ärzteteinkommen, eine unendliche Geschichte, oder wie die Medien das Winter- oder Sommerloch füllen! *Diabetologe.* 2018;14:206–8.
98. Carl G. Gute Arzthelferinnen an die Praxis binden. *Pneumonews.* 2018;10:58–9.
99. Hämmig O. Health and well-being at work: the key role of supervisor support. *SSM - Population Health.* 2017;3.
100. Simon M, Müller B, Hasselhorn H. Leaving the organization or the profession—A multilevel analysis of nurses' intentions. *J. Adv. Nurs.* 2010;66:616–26.

101. Rahnfeld M, Wendsche J, Ihle A, Müller SR, Kliegel M. Uncovering the care setting–turnover intention relationship of geriatric nurses. *Eur. J. Ageing*. 2016;13:159–69.
102. Hall L, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor D. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS ONE*. 2016;11:e0159015.
103. Haron Y, Reicher S, Riba S. Factors Influencing Nursing Career Choices and Choice of Study Program. *Health Mark. Q.* 2014;31:167–77.
104. Esslinger AS, Heyden B, Salinger F, Anli-Berk S. Magnetkräfte in deutschen Gesundheitseinrichtungen. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Schulte V, editors. *Internationalisierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. p. 199–225.
105. Kang D. Perceived Organisational Justice as a Predictor of Employees' Motivation to Participate in Training. *Research and Practice in Human Resource Management*. 2007;15:89–107.
106. Schultz TW. *Human Capital: Policy Issues and Research Opportunities*. Chicago: NBER; 1972.
107. Riisgaard H, Søndergaard J, Much M, Le V J, Ledder L, Pedersen LB, Nexøe J. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2017;17.
108. Senft JD, Wensing M, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019. doi:10.1136/bmjopen-2019-033325.
109. Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Drucksache 19-15835 03.01.2020. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
110. Loerbroks A., Weigl M, Li J., Angerer P. Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. *BMC Public Health*. 2016;16.
111. Richter M, Fleßa S, Chenot J-F, Weckmann G, Haase A. Dokumentation in der Hausarztpraxis – eine qualitative Studie: Documentation in Family Practice – a Qualitative Study. *Z Allg Med*. 2018;94:223–8.
112. Mann D, Kuttner SP, Wesirow JG, Bachmann L, Körner AM, Grabbe Y, et al. Applaus allein reicht nicht – wie können Pflegeberufe attraktiver werden? *Wirtschaftsdienst*. 2021;12:950–2.
113. Kada O, Brunner E. Men Who Care: Eine Mixed Methods Studie über die Situation von Männern in der Altenpflege. *GeroPsych*. 2009;22:101–10.
114. Statistisches Bundesamt. Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2015. Wiesbaden; 2017; [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html#:~:text=Insgesamt%20waren%20zum%2031.,\(%2B%20%2C%20%25\)%20gestiegen/zuletzt%20gepr%252Fft%20am%2027.01.2022](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html#:~:text=Insgesamt%20waren%20zum%2031.,(%2B%20%2C%20%25)%20gestiegen/zuletzt%20gepr%252Fft%20am%2027.01.2022)).
115. Gadermann AM, Guhn M, Zumbo BD. Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: a conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2012;17.
116. Alexander JA, Lichtenstein R, Oh HJ, Ullman E. A Causal Model of Voluntary Turnover Among Nursing Personnel in Long-Term Psychiatric Settings. *Res. Nurs. Health*. 1998;21:415–27.

117. Mills A, Blaesing S. A Lesson from the Last Nursing Shortage: The Influence of Work Values on Career Satisfaction with Nursing. *J. Nurs. Adm.* 2000;30:309–15.
118. Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 4th ed. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2011.
119. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12th ed. Weinheim: Beltz; 2015.
120. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). 2016. http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf. Accessed 8 Sep 2021.
121. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE*. 2016;11:e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248.
122. Fischer G, Breyer M, Gerlach FM, Rohde-Kampmann RR. Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien. *ZEFQ*. 2001;95:435–42.
123. Weed LL. *Medical records, medical education and patient care: the problem oriented record as a basic tool*. Chicago: Year Book Medical Publ.; 1971.
124. Chenot J-F, Meißner W. Dokumentation in der Hausarztpraxis. *Allgemeinmedizin up2date*. 2021;02:359–71.
125. Chenot J-F, Detmer J. Dokumentation in der Hausarztpraxis. In: Chenot J-F, Scherer M, editors. *Allgemeinmedizin*. Amsterdam: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2021. p. 89–94.
126. Goetz K, Berger S, Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J. How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care? – a questionnaire survey. *BMC Fam Pract*. 2015;16:166.
127. Verband medizinische Fachberufe e.V. MFA am Limit. 2021. <https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-am-limit>.
128. Ärzteblatt. Coronasonderbonus für medizinische Fachangestellte gefordert. *Ärzteblatt*. 05.11.2021; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128821/Coronasonderbonus-fuer-medizinische-Fachangestellte-gefordert> (zuletzt geprüft am 27.01.2022).
129. Welk I. *Mitarbeitergespräche in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015.
130. Endrejat PC, Meinecke AL. Kommunikation in Mitarbeitergesprächen. In: Endrejat PC, Meinecke AL, editors. *Kommunikation in Veränderungsprozessen: Psychologische Grundlagen für die Arbeit mit Individuen und Gruppen*. Wiesbaden: Springer; 2021. p. 29–32.

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. sc. hum. Adrian Loerbroks für die Betreuung und Begleitung meiner Promotion sowie der Unterstützung bei der Erstellung der Publikationen bedanken. Vielen Dank für die freundschaftliche und professionelle Zusammenarbeit sowie die vielen hilfreichen Anmerkungen und die Möglichkeit, dass ich meine wissenschaftlichen Fähigkeiten weiterentwickeln konnte.

Des Weiteren möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Peter Angerer danken, dass ich an seinem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltwissenschaften arbeiten und promovieren durfte. Einen herzlichen Dank auch an alle Kolleginnen und Kollegen am Institut, die immer mit Rat und Tat zur Seite standen. Ein weiterer Dank gilt meinem Zweitbetreuer Herrn Prof. Dr. Andreas Müller, für die Unterstützung bei der Verfassung und Überarbeitung der Publikationen. Auch allen anderen Ko-Autoren danke ich sehr für die Einbringungen ihrer Expertisen.

Ein ganz besonderer Dank gilt allen Medizinischen Fachangestellten und Hausärztinnen sowie Hausärzten, die an den Studien der vorliegenden Dissertation teilgenommen haben. Durch Ihre Unterstützung und Teilnahme ist die Erstellung der Studien erst möglich gewesen. In diesem Rahmen möchte ich auch Frau Dr. Patricia Vu-Eickmann danken, auf deren Vorarbeiten zu psychosozialen Arbeitsbedingungen von MFAs die vorliegende Dissertation aufbaut.

Ein großes Dankeschön gilt meinen Eltern Anja und Herbert Scharf, die mir eine wissenschaftliche Karriere ermöglicht haben und mich bei all meinen Entscheidungen unterstützen. Darüber hinaus möchte ich meiner Familie sowie den Freunden, die bereits Familie geworden sind, danken. Vielen Dank für das Interesse an meiner wissenschaftlichen Tätigkeit und die Unterstützung in jeder Phase der Promotion.