

Subjektive Zufriedenheit im Kontext
organisatorischen Wandels und beruflicher
Veränderungsprozesse am Beispiel eines
ostdeutschen Krankenhauses

Michael Bayer

Der Hallesche Graureiher 2002-1

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Forschungsberichte des Instituts für Soziologie

Emil-Abderhalden-Strasse 7
D-06108 Halle (Saale)
Postanschrift: 06099 Halle (Saale)

Telefon: 0345 /5524251
Telefax: 0345 /5527150
e-mail: info@soziologie.uni-halle.de

Druck: Druckerei der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

ISSN 0945-7011

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINFÜHRUNG IN DAS FORSCHUNGSPROJEKT - ZUFRIEDENHEITSPROBLEMATIK....	5
1.1	EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN	5
1.2	PROJEKTPHASE DER ERHEBUNGSVORBEREITUNG	9
2	ANALYSE DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT	14
2.1	INDIKATOREN ZUR ZUFRIEDENHEITSMESSUNG	14
2.2	SONDERFALL „GEBURTSHILFE“	15
2.3	STATIONSSPEZIFISCHE ANALYSE DER ANDEREN STATIONEN	22
2.4	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE FÜR DAS GESAMTE KRANKENHAUS (OHNE GEBURTSHILFE)	32
3	ZUFRIEDENHEITEN DER MITARBEITER IN ZEITEN DES WANDELS	34
3.1	VORGESCHICHTE ZUR MITARBEITER-ZUFRIEDENHEITSTUDIE	34
3.2	KONZEPTION, VORBEREITUNG UND DURCHFÜHRUNG DER THEMENZENTRIERTEN NARRATIVEN INTERVIEWS	35
3.3	IDENTIFIZIERBARE STRUKTUREN IN UND AUS DEN INTERVIEWS	36
3.4	SELBSTORGANISATION UND REGLEMENTIERUNG	38
3.5	REPRÄSENTATION VORHANDENER PARTIKULARINTERESSEN IM ORGANISATORISCHEN GESAMTKONTEXT	40
4	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER BEIDEN BEFRAGUNGEN	43
	Anhang A: Fragebogen Patientenzufriedenheit.....	46
	Anhang B: Themenzentrierung der narrativen Interviews	63
	Literatur	64
	Verzeichnis der veröffentlichten „Halleschen Graureiher“	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Erhebungsdimensionen	10
Fragebeispiel (Frage 10)	11
Ausschöpfungsstatistik nach Stationen differenziert	15
Zufriedenheitseinschätzung 1 (Mittelwerte: allgemein und bereichsspezifisch).....	16
Zufriedenheitseinschätzung 2 (Mittelwerte: allgemein und bereichsspezifisch).....	17
Dimensionen der Wichtigkeitseinschätzung (Geburtshilfestation).....	18
Mittelwertvergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der Erwartungsdimensionen	19
Spezifika der Geburtshilfe (Informiertheit und Praxis)	20
Kurzversion 16-PF-Test zu Persönlichkeitsfaktoren	21
Dimensionen der Wichtigkeitseinschätzung (Krankenhaus ohne Geburtshilfestation).....	22
Mittelwerte der Zufriedenheitsniveaus (nach Stationen aufgeschlüsselt).....	23
Rangfolge der Wichtigkeitseinschätzungen (reduzierte Version).....	24
Mittelwerte und prozentuale Verteilung spezifischer Faktoren.....	25
Indizes der Situationseinschätzung (pflegerischer u. ärztlicher Bereich).....	25
Regressionsanalyse: Pflegerischer Bereich	26
Regressionsanalyse: Ärztlicher Bereich	27
Zusammenhangsmodell der Analyseebenen	27
Zusammenhangsanalyse: Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich.....	28
Zusammenhangsanalyse: Zufriedenheit mit dem pflegerischen Bereich	28
Regressionsanalyse: Zufriedenheiten in der Stationspezifik	29
Inhaltliche Gruppierung der unabhängigen Faktoren	30
Gesamterklärungsmodell: Zufriedenheit mit dem ärztlichen und pflegerischen Bereich	31
Thematische Blöcke der Interviews.....	36

VORWORT

Der vorliegende Bericht, der Ergebnisse einer quantitativen, standardisierten und einer qualitativen Studie zusammenfassend präsentiert und analysiert, resultiert aus einem Forschungsprojekt, welches über ca. eineinhalb Jahre als Kooperation zwischen dem Institut für Soziologie der Martin-Luther-Universität und dem Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara sowohl evaluierende als auch beratende Funktionen hatte.

An dieser Stelle sei allen Teilnehmern und Mitarbeitern im Krankenhaus für ihr Engagement gedankt, insbesondere dem Kaufmännischen Direktor Dr. Brümmer und Hr. Bönisch, die durch ihr vorhandenes Vertrauen und ihre Informationsbereitschaft maßgeblich am Erfolg des Projektes beteiligt waren.

Die Befragungen sowie die hier präsentierten Befunde wären ohne das Engagement der beteiligten Studierenden nicht zustande gekommen. So sei an dieser Stelle Veronika Brestrich, Friedericke Jeschke, Thomas John, Christian Koll, Katja Pähle und Frank Tillmann herzlichst gedankt. Im Rahmen dieses Projektes wurden bereits zwei Diplomarbeiten verfasst (Koll 2001; Pähle 2001); eine weitere Abschlußarbeit, die den Bereich der qualitativen Mitarbeiterstudie vertiefen wird, ist in der Entstehungsphase. Auf die in diesen Qualifikationsarbeiten getätigten Recherchen und Analysen konnte für diesen Bericht zurückgegriffen werden.

1 Einführung in das Forschungsprojekt - Zufriedenheitsproblematik

1.1 Einführende Bemerkungen

Die Evaluation von Zufriedenheiten bzw. Zufriedenheitsurteilen in einem Krankenhaus durch die dort stationär aufgenommenen Patienten, stellt die soziologische empirische Sozialforschung aus mehreren Gründen vor eine Herausforderung. Einerseits ist ein modernes Krankenhaus eine hochkomplexe soziale Organisation¹, die eine Vielzahl an Professionen² beschäftigt, andererseits jedoch von Patienten „genutzt“ wird, deren Aufenthalt zeitlich begrenzt und zudem in der Regel nur bedingt freiwillig gewählt ist.³ Ein Krankenhaus besitzt Merkmale, die man unter Zuhilfenahme soziologischer Termini als Merkmale „totaler Institutionen“ begreifen kann ohne hierbei eine zu weit gehende Äquivalenz zu unterstellen.⁴

Ein für die Zufriedenheit des Patienten vermutetes Einflussmerkmal einer solchen Institution ist die eingeschränkte Freiheit oder zumindest die subjektiv wahrgenommene Freiheitseinschränkung während des Aufenthaltes. Das bezieht sich vor allem auf den „fremdbestimmten“ Tagesablauf, der vom Patienten - zumindest von Patienten im mittleren Alter – als problematische Situation aufgefasst werden kann. Das Außergewöhnliche dieser Situation als Patient macht die Untersuchung der retrospektiv erfragten Zufriedenheit mit dem Krankenhaus erfahrungsgemäß abhängig vom Lebensumfeld, aus welchem der Patient kommt und in das er nach dem Krankenhausaufenthalt meist wieder zurückkehrt.⁵ Dieser

¹ An dieser Stelle ist die Definition von Organisation, wie sie beispielsweise von Baraldi/Corsi/Esposito im Hinblick auf die Theorie sozialer Systeme bei Luhmann vorgenommen wird, zweifelsohne hilfreich: „Die Organisation ist derjenige Typ eines sozialen Systems, der sich [...] aufgrund von Anerkennungsregeln bildet, vor allem Mitgliedschaftsregeln, die durch Personalrekrutierung und Rollenspezifikation festgelegt werden können.“ [1997: 129]

² Pfadenhauer fasst die Kernelemente einer definitorischen Bestimmung zusammen und bezeichnet Professionen als diejenigen Berufsfelder, „in denen Ausbildungsvoraussetzungen, Ausbildungszeiten und Ausbildungsinhalte sowie deren Anwendung in der beruflichen Praxis bzw. bei der Fortschreibung des vorhandenen Sonderwissensbestandes von den Mitgliedern selber kontrolliert werden.“ [Pfadenhauer 1999: 278]. Hierdurch wird deutlich, dass es in den transformatorischen Prozessen in Ostdeutschland auf dieser Ebene zu erheblichen Eingriffen in vorhandene Wissensbestände und damit Wissensautonomien spezifischer Professionen kam, was zweifelsohne erhebliche Verwerfungen innerhalb der Berufsbilder und Berufsverständnisse zu Folge hatte.

³ Vgl. hierzu Rohde [1975].

⁴ Vgl. zum Begriff der „totalen Institutionen“ und deren Spezifika Goffman [1973]. Rohde [1967] macht deutlich, dass ein Krankenhaus, jenseits seiner Spezifika als totale Institution, als eine Art von Mehrzweck-Organisation begriffen werden kann.

⁵ So stellen Häder und Häder in ihren Untersuchungen zur ostdeutschen Transformation fest, dass es eine deutliche Abhängigkeit des individuellen Wohlbefindens von sozialen Faktoren gibt, also etwa zwischen dem gesundheitlichen Befinden und individuellen Lebenskontexten. „Es handelt sich bei der Gesundheit um einen Lebensbereich, der aus der Arbeit stammenden Einflüssen unterliegt.“ [Häder/Häder 1995: 230]

Zusammenhang begründet die breit angelegte Konzeption des Forschungs- und des Fragebogenkonzeptes, die in den weiteren Kapiteln ausführlich vorgestellt wird.⁶

Menschen erfahren Organisationen und Institutionen vor allem durch und über Personen, demzufolge ist die *Interaktions- und Kommunikationssituation* zwischen Patienten und Personal für die Wahrnehmung des Krankenhauses durch die Patienten eminent wichtig.⁷ Diese Interaktion ist durch das Faktum der Krankheit (oder des gesundheitlichen Anliegens allgemein) vorstrukturiert und als solches auf Seiten des Personals durch professionelle Interessen geprägt.⁸ Da für die meisten Behandlungen jedoch eine Mitarbeit des Patienten erforderlich ist, muss das professionelle medizinische System allein schon sprachlich einen Kommunikationsmodus im Umgang mit den Patienten finden, der tatsächliche Kommunikation und letztlich Mitarbeit ermöglicht und fördert.⁹

Dies hat direkt und indirekt Auswirkungen auf die Zufriedenheit des Patienten mit dem Krankenhaus und der dort absolvierten Behandlung. Zwar ist der Erfolg etwa eines chirurgischen Eingriffes meist direkt – auch für den Patienten – sichtbar; viele Krankheiten bzw. Behandlungen resultieren jedoch in einer Linderung oder Besserung einer gesundheitlichen Eigenwahrnehmung, die – und sei es altersbedingt – subjektiv als schlecht eingeschätzt wird.

Krankenhäuser als *wirtschaftliche Organisationen* sind auf Patienten angewiesen, um ihr Personal bezahlen und ihre Kosten decken zu können. Wie auch immer man die Kompetenz von Patienten bezüglich der Einschätzung von Krankenhausleistungen bewerten mag; letztlich hat die Patientenzufriedenheit Auswirkungen auf sein zukünftiges Verhalten, welches ihm – auf der Basis rechtlicher Möglichkeiten – zumindest prinzipiell die freie Krankenhauswahl

⁶ Für die Einführung und ausführliche Diskussion der Fragebogengenesse sei auf die Diplomarbeit von Hr. Koll [2001] verwiesen.

⁷ Diese Arzt-Patient-Beziehung oder allgemeiner: Professioneller-Patient-Beziehung ist immer bereits unter machttheoretischer Perspektive als eine asymmetrische aufzufassen. Turner zeigt auf, welche Spezifika der Profession für die Beziehung eine derartige Relevanz besitzen: „The specialized knowledge of the professional creates the basis for prestige and social distance between the expert and the client, since the client by definition is excluded from the esoteric knowledge of the professional association.“ [Turner 1995: 133].

⁸ Letztendlich geht es um vorhandene Komplementarität von Erwartungen in einer bereits vorstrukturierten Interaktionssituation [vgl. Meulemann 2001:55ff.].

⁹ Zwar ist Luhmann [1990] zuzustimmen, dass entsprechende Diagnose, Behandlung, Auskunft und Beratung Sache der Medizin ist und wahrscheinlich bleibt; die subjektive Zufriedenheit mit der Organisation rekurriert jedoch – vielleicht gerade deshalb – auf andere Codes als gesund/krank. Folgt man an dieser Stelle Foucault, dann zeigt sich vor allem die implizite Bezugnahme auf den Tod als relevantes Moment der Medizin. „Denn die Medizin hält dem modernen Menschen das hartnäckige und beruhigende Gesicht seiner Endlichkeit vor; in ihr wird der Tod ständig beschworen: erlitten und zugleich gebannt.“ [Foucault 1988: 208]

überlässt.¹⁰ Um als Krankenhaus genau einschätzen zu können, wo man im Vergleich zu direkten Konkurrenten steht, müssten natürlich Vergleichszufriedenheiten mit anderen Häusern erhoben werden. Da diese Ermittlung sowohl aus Aufwandsgründen als auch datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich war, fand in der vorliegenden Untersuchung eine Konzentration auf das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara statt. Es ist jedoch an dieser Stelle sinnvoll und wichtig eine weitere Erfahrung soziologischer Forschung wenigstens anzudeuten.

Menschen nehmen Alternativen nicht zu jedem Zeitpunkt als gleichwertig wahr: Sich beim ersten anstehenden Krankenhausaufenthalt für oder gegen ein spezifisches Krankenhaus zu entscheiden, konfrontiert den zukünftigen Patienten mit einer vollkommen anderen Situation als bei einer zweiten Entscheidung.¹¹ Wenn ein bestimmtes und sicherlich individuell variierendes Zufriedenheitsniveau in der subjektiven Wahrnehmung nicht unterschritten wurde, ist die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels sehr gering. Zudem ist eine Rückzug auf Bekanntes eine gleichzeitige Reduktion hoher Unsicherheit und nicht-kalkulierbarer Risiken.

In Bezug auf Qualitätsverbesserungen heißt dies nunmehr, dass sinnvollerweise Patienten in drei analytisch zu trennende Gruppen unterteilt werden können. Als erstes die Personen, die bereits seit längerem ein Krankenhaus bevorzugen, zweitens diejenigen die zum ersten Mal – im vorliegenden Fall das St. Elisabeth/St. Barbara – ein spezifisches Krankenhaus aufgesucht haben und drittens alle potentiellen Patienten. Für die letztere Gruppe ist vor allem interessant, wie Patienten, die sich neu für das Krankenhaus entschieden haben, ihre Entscheidung getroffen haben oder anders ausgedrückt: Über welche Filter laufen Informationen über das St. Elisabeth/St. Barbara Krankenhaus?¹²

Wie im Titel bereits angedeutet, umfasste das Forschungsprojekt neben der Ermittlung der Patientenzufriedenheit ebenso eine Exploration der Zufriedenheit des Krankenhauspersonals. Der Grund hierfür liegt in der Überprüfung organisationseigener normativer Ziele bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit. Diese besitzt zweifelsohne eine hohe Relevanz auf Basis der oben

¹⁰ Selbstredend ist für jedes Krankenhaus der weitere Kontext eines nationalen Gesundheitssystems von hoher Relevanz. Hierbei ist Hartmann zuzustimmen, wenn sie sagt: „Das Gesundheitssystem ist in seiner Trägerstruktur ein multidimensionaler Bereich, der sowohl staatliche und marktliche als auch gesellschaftliche und gemeinschaftliche Handlungslogiken einschließt.“ [Hartmann 2002: 199]. Die in den achtziger und neunziger Jahren durchgeführten Gesetzesänderungen machen jedoch, so Hartmann, einen fragmentierten und unübersichtlichen Eindruck.

¹¹ Bestimmte Entscheidungen werden, so Giddens, im Alltagsfluss in hohem Maße routinisiert [Giddens 1992: 111ff.].

¹² Die Befunde der Befragungen zeigen eindeutig, dass es nach wie vor der oder die Hausärztin ist, welche den entsprechenden Zugangsweg zum Krankenhaus bildet.

geschilderten Zentralität der Kommunikations- und Interaktionsbeziehung von Mitarbeitern und Patienten für die Herausbildung oder zumindest Verfestigung eines individuellen Zufriedenheitsprofils beim jeweiligen Patienten.

Aus der Perspektive des Soziologen wird an dieser Stelle ein nicht zu unterschätzender Einfluss der primär organisationsexternen Ereignisse des Jahres 1989/90 vermutet. Die gesamtstaatlichen Veränderungen wurden und werden in je spezifischer Weise in der Organisation umgesetzt bzw. in diese eingeschrieben. Es werden hierdurch relevante Momente der Mitarbeiterzufriedenheit berührt. Mit neuen rechtlichen Rahmenbedingungen kam natürlich auch eine neue Arbeitsbeschreibung für die im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter.¹³ Was dadurch zuerst einmal unberührt bleibt, ist das Selbstverständnis und die Selbstbeschreibung des jeweiligen Mitarbeiters, die wiederum eine hohe Handlungsrelevanz besitzen.¹⁴ Konkret heißt das, die Gründe weshalb jemand einen bestimmten Beruf gewählt hat bzw. ausübt, haben sich durch die staatlichen Veränderungen nicht zwingend mitverändert.

Gerade für das Krankenhaus St. Elisabeth/St. Barbara mit seiner offenbar – so Ergebnisse der Beschreibungen durch Mitarbeiter – erfolgreichen Nischenfunktion in der DDR (nicht zuletzt aufgrund der kirchlichen Anbindung¹⁵), hatte der gesellschaftliche Umbruch starke Auswirkungen auf vorhandene Selbstbeschreibungen bzw. das Selbstverständnis der dort Tätigen. Über diese situationsspezifischen Merkmale hinaus, vollzieht sich im Gesundheitswesen seit mehreren Jahren ein stetiger Veränderungsprozess. Für das Krankenhaus bedeutet dies, dass alle Mitarbeiter von laufenden Veränderungsprozessen direkt oder indirekt betroffen sind und dass darüber hinaus Mitarbeiter, die bereits vor 1990 im St. Elisabeth/St. Barbara tätig waren, einer Art doppeltem Anpassungsdruck ausgesetzt waren und sind.

¹³ Vgl. Kuhlmeier u.a. [1995;1996].

¹⁴ Die entsprechende Komplexität und Vielschichtigkeit des Zusammenhangs von Selbstwahrnehmung, Kontextwahrnehmung und Wirklichkeitskonstruktionen fassen Hitzler u.a. treffend zusammen: „Die gesellschaftliche Wirklichkeit und ihr Schicksal ergibt sich [...] nicht allein aus den eingefahrenen und verbürgten Voraussetzungen, sondern auch aus den alltäglichen Auslegungen dieser Voraussetzungen durch die agierenden und reagierenden Akteure und deren daraus resultierenden Handlungsentwürfe und Handlungen.“ [Hitzler u.a. 1999: 13]. So ist es letztlich nicht ausreichend zu wissen, dass sich Personen auf den Systemumbruch 1989/90 beziehen, sondern vielmehr worauf sie sich eigentlich beziehen, wenn sie sich explizit darauf beziehen. Shoemaker konstatiert für derartige Rückerinnerungen systematische Fehlidentifikationen, so dass s.E. eher von Quasi-Erinnerungen gesprochen werden muss. [vgl. Shoemaker 1999]

¹⁵ Zur besonderen Situation von Kirchen in der DDR sei auf die Studie von Thumfart [2002: insb. 373ff.] verwiesen.

Diese Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Ausgangshypothesen führten zur gewählten Gesamtkonzeption einer standardisierten Erfragung der Patientenzufriedenheit und einer Befragung von Mitarbeitern in Intensivinterviews auf der Basis einer vorab konzipierten Themenzentrierung. Die dabei absolvierten Schritte innerhalb des Forschungsprojektes werden im folgenden Kapitel in aller gebotenen Kürze dargestellt.

1.2 Projektphase der Erhebungsvorbereitung

Die durch das Krankenhaus St. Elisabeth/St. Barbara an das Institut für Soziologie herantragene Anfrage bezüglich der Möglichkeit und Realisierbarkeit einer Befragung zur Patientenzufriedenheit, führte zuallererst zur Etablierung eines Arbeitskreises aus Mitarbeitern der universitären Forschungsgruppe und freiwilligen Mitarbeitern aus dem Krankenhaus selbst.

Die Zielvorgabe dieser Arbeitskreistreffen bestand in der Ausarbeitung eines Fragebogenkonzeptes unter fachprofessioneller Anleitung durch Soziologen des Instituts für Soziologie. Bevor einige Ergebnisse dieser Arbeitskreistreffen dargestellt werden, sollen zwei eher allgemeine Aspekte Erwähnung finden. Einerseits stellte sich diese Bündelung aus sowohl medizinisch bzw. organisationsspezifischer und soziologischer Kompetenz als äußerst fruchtbringend heraus; andererseits jedoch zeigte sich sehr frühzeitig, dass es sinnvoll wäre, nicht nur – wie es anfänglich angedacht war – die Patientenzufriedenheit zu erfragen, sondern ebenso die Mitarbeiterzufriedenheit zu untersuchen; zum einen als Interpretationshilfe für die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung und zum anderen als ein eigenständiger Untersuchungsschwerpunkt.

Die theoriegeleitete Konzeption eines Fragebogens zur Messung von Patientenzufriedenheit führt zunächst zur Einteilung von Einfluss- und Bedingungsfaktoren.¹⁶ Prinzipiell lassen sich diese in „individuelle“ und „äußere“ Faktoren unterteilen. Zu den letzteren zählen alle Faktoren, die den direkten Erfahrungsraum des Patienten im Krankenhaus ausbilden. Dazu gehören Merkmale der Behandlung und des Service, Interaktions- und Kommunikationskompetenzen (subjektiv wahrgenommen!) und andere organisationsspezifische Rahmenbedingungen. Diese Faktoren bilden letztlich den Kern des

¹⁶ Vgl. zu den folgenden Ausführungen Koll [2001:85ff.]. Dort ist ebenfalls grundlegende und weiterführende Literatur verzeichnet.

Erhebungskonzeptes in dieser und den meisten anderen Befragungen von Patientenzufriedenheit.

Die ebenfalls angesprochenen „individuellen“ Faktoren, wozu unter anderem alle Fragen zur sogenannten Soziodemographie zählen, werden in den meisten Zufriedenheitsbefragungen zur Kontrolle erhoben. Im vorliegenden Projekt war von Anfang an eine starke quantitative und qualitative Aufwertung dieses Bereiches vorgesehen, da vermutet wurde, dass ein nicht unerheblicher Teil der Varianz in den subjektiven Zufriedenheiten mit vorhandenen Erwartungen des Patienten an einen Krankenhausaufenthalt zusammenhängen.

Diese Erwartungen lassen sich wiederum in zwei Bereiche unterteilen: Zum einen organisationsspezifische und gesundheitsspezifische Erwartungen und zum anderen Erwartungen, die kontextübergreifender Natur sind und im Effekt dazu führen können, dass zwei Personen die exakt gleiche „Leistung“ unterschiedlich bewerten. Hierin zählen neben milieuabhängigen Erwartungen auch Persönlichkeitsmerkmale, hinter denen sich prinzipielle Einstellungs- und Bewertungsvarianzen verbergen.

Zusammengefasst lassen sich die entsprechenden Dimensionen folgendermaßen darstellen:

Erhebungsdimensionen

1. Äußere Faktoren – Krankenhausspezifische Faktoren

- 1.1 *Ärztliche Betreuung*
- 1.2 *Pflegerische Betreuung*
- 1.3 *Behandlung und Versorgung mit medizinischen Leistungen*
- 1.4 *Unterbringung und Hotelleistungen*

2. Individuelle Faktoren

- 2.1 *Fragen zur Persönlichkeit (Kurzversion des 16-PF-Tests)*
- 2.2 *Fragen zur Wohnlage und zum Wohnumfeld (Wohnungsart, Wohnungsgröße, Wohnumfeld etc.)*
- 2.3 *Fragen zur Berufstätigkeit und zum beruflichen und Bildungswegdegang*
- 2.4 *Fragen zum Familienstand, zur Familiengröße und dem verfügbaren Haushaltseinkommen*
- 2.5 *Fragen zu bereits vorhandenen Erfahrungen mit dem Krankenhaus*

Die äußeren Faktoren bergen eine Fülle an Einzelfragen, die jeweils spezifische Dimensionen des Verhältnisses Krankenhauspersonal – Patient untersuchen. Neben der Wichtigkeitseinschätzung im Hinblick auf unterscheidbare Bereiche – was für eine Relativierung des jeweiligen Zufriedenheitsurteils notwendig ist –, werden die drei Bereiche (1) Ärzte, (2) Pflegepersonal und (3) Funktionsbereiche in je spezifischen Fragekomplexen behandelt.

Im Gegensatz zu den meisten Patientenbefragungen wurde im vorliegenden Projekt bewusst mit unterschiedlichen Skalentypen und wechselnden positiv/negativ Formulierungen innerhalb des Fragebogens gearbeitet.¹⁷ Einerseits erforderten die jeweiligen Einzelfragen aus theoretischen Gründen unterschiedliche Antwortskalen, andererseits sollte damit verhindert werden, dass es bei langen Fragebatterien zu extremen Ausstrahlungseffekten des ersten Items kommt, was durch negativ formulierte Einzelitems kontrolliert werden sollte.

Zweifelsohne kann es dadurch möglicherweise zu Überforderungen bzw. Verringerung in der Antwortbereitschaft beim Befragten kommen; diese werden jedoch unseres Erachtens durch die entsprechend höhere Nachprüfbarkeit von eventuell rein repetitivem Antwortverhalten mehr als aufgewogen.

Das nachfolgende Beispiel, welches einen Ausschnitt aus dem Gesamtfragebogen darstellt, verdeutlicht diesen Aspekt.

Fragebeispiel (Frage 10)

	selten	häufig	immer	weiß nicht
a) Über organisatorische Dinge im Krankenhaus (z.B. Tagesablauf, Mahlzeiten, Besuchszeiten usw.) wurde ich durch das Pflegepersonal rechtzeitig und umfassend informiert...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Das Pflegepersonal wirkte abgelenkt und unkonzentriert...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Das Pflegepersonal wirkte gestresst und gehetzt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Das Pflegepersonal auf meiner Station arbeitete Hand in Hand...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während die Items a) und d) durch Ankreuzen der Kategorie „immer“ eine „positive“ Bewertung erfahren, müsste in b) und c) „selten“ angekreuzt werden, um die eigenen Erfahrungen als positiv zu kennzeichnen.

Ein weiterer methodisch und erhebungstechnisch relevanter Aspekt kann an diesem Beispiel verdeutlicht werden. Die angebotene Dreierskala „selten – häufig – immer“ verschiebt die Mittelkategorie („häufig“) sprachlich ins „positive“ und bietet keine „negative“

¹⁷ Zwar gibt es auch in anderen Befragungen keine Einheitlichkeit in Bezug auf die „richtige“ Skala. Im vorliegenden Projekt wurde diese Unentschiedenheit der allgemeinen Forschungslage zur Patientenzufriedenheit von Anfang an als wenig fruchtbar wahrgenommen. Entsprechend stellen die unterschiedlichen Skalen, die jeweils spezifische Ausprägungen haben, eher einen Tribut an die vermutete Kompetenz der Patienten dar als

Extremkategorie an (Bsp.: „nie“). Diese Entscheidung basiert sowohl auf theoretischen Überlegungen als auch auf Ergebnissen von Vorab-Interviews. In durchgeführten Face-to-face-Pretestinterviews wurde deutlich, dass Patienten im Regelfall mit einer relativ positiven Ausgangserwartung und positiven Vor-Urteilen in ein Krankenhaus kommen. Das heisst nunmehr in Bezug auf die Antwortskala, dass vor allem die Abweichungen von der „häufig“-Kategorie eine Abweichung von einer als „normal“ definierbaren Bewertung aufgefasst werden können.

Bevor die einzelnen Fragebogenbereiche ausführlich vorgestellt und besprochen werden, soll noch auf eine prinzipielle Problematik der Zufriedenheitsbefragung im Krankenhaus näher eingegangen werden: der Zeitpunkt der Befragung. Im Prinzip haben alle möglichen Zeitpunkte sowohl Vor- als auch Nachteile und ein optimaler Zeitpunkt kann weder theoretisch noch empirisch eindeutig bestimmt werden. Die in diesem Projekt getroffene Entscheidung, den Patienten bei ihrer Entlassung den Fragebogen auszuhändigen, den sie dann Zuhause ausfüllen und mittels eines beigelegten frankierten Rückumschlages an das Krankenhaus bzw. das Institut für Soziologie schicken können, stellt eine Kompromisslösung unter Einbezug zweier Überlegungen dar. Einerseits ist eine Befragung im Krankenhaus selbst durch die Außergewöhnlichkeit des Kontextes und die oftmals variierende Befragungsfähigkeit des Patienten als problematisch einzuschätzen; andererseits sollte die Befragung zeitlich in keinem großen Abstand vom Aufenthalt liegen, da es sonst zu den bekannten Verzerrungen kommt, mit denen Restrospektivbefragungen immer konfrontiert sind.¹⁸

So stellt der gewählte Zeitpunkt sicher, dass der (ehemalige) Patient den Krankenhausaufenthalt als eine oftmals oder meistens abgeschlossene Episode überblicken und bewerten kann.

Die Befragung selbst fand in der Zeit von Anfang Juli bis Ende August 2001 statt. Da die Daten mit Bezug auf die Station analysiert werden sollten, auf der sich der Patient zumindest bei der Entlassung befand, wurden die Fragebögen vorab mit einer Stationskennung versehen und der entsprechenden Station zugeeignet. Am Entlassungstag wurde der Fragebogen vom entlassenden Arzt ausgehändigt, was das Gewicht der Befragung aus der Sicht der Patienten – so die Annahme – steigert. Zudem sollten die entlassenden Ärzte eine Erstausswahl bezüglich

den Versuch Licht ins Dickicht der Fachdiskussionen zu bringen. Zu den entsprechenden Diskussionen sei auf einen bei ZUMA erschienenen Literatur-Bericht verwiesen [Neugebauer/Porst 2001].

¹⁸ Vgl. Blum [1998].

der wahrscheinlichen Fähigkeit zur selbständigen Bearbeitung des Fragebogens vornehmen, um gegebenenfalls den Fragebogen nicht auszuhändigen.

2 Analyse der Patientenzufriedenheit

2.1 Indikatoren zur Zufriedenheitsmessung

Der Fragebogen zur Zufriedenheitsmessung der Patienten wurde auf der Basis theoretischer Überlegungen vorab in Themenkomplexe eingeteilt, die für den Krankenhausbereich – wie oben bereits dargestellt – in vier Rubriken unterteilt sind: (A) Allgemeines, (B) Ärztlicher Bereich, (C) Pflegerischer Bereich und (D) Funktionsbereich. In der ersten Rubrik werden allgemeine Erwartungen, Wichtigkeitseinschätzungen und Zufriedenheitsbewertungen der folgenden drei Bereiche erhoben. Dies dient einerseits der Eichung und Bewertbarkeit der im Folgenden differenziert abgefragten Zufriedenheitsurteile und andererseits einer Konsistenzprüfung in den Antwortmustern.

Die hierbei und in den anderen Rubriken verwendeten Antwortskalen lassen sich zwei Gruppen zuordnen, die wiederum jeweils zwei Untergruppen beinhalten. Skalen mit einer geraden Anzahl an Antwortvorgaben und solche mit ungerader Anzahl. Die Tatsache, dass der Befragte bei einer geraden Anzahl an Antwortmöglichkeiten zu einer klaren Tendenzaussage „genötigt“ wird, spielt hierbei jedoch eine untergeordnete Rolle. Es besteht vielmehr ein prinzipieller Unterschied zwischen diesen beiden Skalenarten.

Vereinfacht könnte man sagen, dass eine Vierer-Skala eine Art erweiterter Ja/Nein Entscheidung ist, während bei einer Dreier- oder Fünfer-Skala aus inhaltlichen Gründen von einer vorhandenen Wahrnehmungsdifferenziertheit ausgegangen wird. Beide Skalenarten haben sowohl Vor- als auch Nachteile und müssen in der empirischen Verwendung inhaltlich, d.h. in Bezug auf die gestellte Frage, begründet werden.¹⁹

Die Feldzeit für die Befragung begann am 22. Juni und dauerte bis Ende August 2001 an. Auf den insgesamt 13 Stationen, die für die Befragung in Frage kamen, wurden insgesamt 1.200 Fragebögen vorgehalten, von denen bis zum Befragungsende 970 an Patienten ausgegeben wurden, was einer Quote von 79% entspricht.

Die Rücklaufquoten verwertbarer Fragebögen variieren zwischen den Stationen erheblich. Während Station 6 im Elisabeth Krankenhaus nur 22% Rücklauf aufweist, liegt dieser bei der Station 3B bei 56%. Über alle Stationen errechnet sich eine Ausschöpfungsquote von ca. 42%, was den Erwartungen entspricht. In der folgenden Tabelle sind alle entsprechenden Werte und Angaben für die differenzierte Analyse dargestellt.

Ausschöpfungsstatistik nach Stationen differenziert

Stationsnummer	an Station ausgegeben 22.06.	Noch vorh. 04.09.	an Pat. ausgehändigt	Fragebögen zurück	% Zurück	Quote ausgehändigte Bögen (%)
5	120	17	103	50	48,54	86
6	70	10	60	13	21,67	86
7	120	6	114	41	35,96	95
8	85	27	58	21	36,21	68
2A	100	0	100	49	49,00	100
2B	100	0	100	47	47,00	100
3A	80	0	80	34	42,50	100
3B	110	67	43	24	55,81	39
4A	80	60	20	8	40,00	25
4B	80	8	72	23	31,94	90
1D	110	0	110	53	48,18	100
2	45	21	24	9	37,50	53
3	100	14	86	42	48,84	86
Gesamt	1200	230	970	414	41,78	79

+ 9 Fragebögen „Tagesklinik“: + 1 nicht zuortbarer Fragebogen

Zu den hier aufgeführten Rückläufen kommen 9 weitere Fragebögen hinzu, die unter dem „label“: Tagesklinik auf Station 7 ausgegeben wurden. Des Weiteren wurde ein Fragebogen zurückgesendet, bei dem aufgrund einer fehlenden Seite keine Stationszuordnung vorgenommen werden konnte.

2.2 Sonderfall „Geburtshilfe“

In die Gesamterhebung der Patientenzufriedenheit war die im St. Barbara angesiedelte Geburtshilfestation einbezogen, deren Fragebogen jedoch zusätzliche Fragen enthielt, die sich auf vermutete spezifische Erwartungen der dortigen Patientinnen bezogen. Die Ausschöpfung (Station 1d) ist mit über 48% als sehr gut einzustufen. Dass diese Station im Folgenden einer getrennten Analyse unterzogen wird, ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass es sich hierbei um eine reine Frauenstation handelt, die in nicht unerheblichem Maße die Verteilung der Geschlechter in den sonstigen Rückläufen „verzerrt“. Da ein möglicher Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf die Untersuchungsinhalte nicht ausgeschlossen werden kann, schien diese Vorgehensweise gerechtfertigt.

¹⁹ Der Gesamtfragebogen ist in Anhang A abgedruckt.

Vergleicht man die beiden Gruppen Geburtshilfe versus Nicht-Geburtshilfe wird deutlich, dass sich die Gruppen neben den erwartbaren Differenzen, wie vor allem dem Altersdurchschnitt und dem subjektiv wahrgenommen allgemeinen Gesundheitszustand auch im Hinblick auf die allgemeine Zufriedenheit mit den Organisationsbereichen innerhalb des Krankenhauses unterscheiden. Eine erste Annäherung stellen die Daten der folgenden Tabelle dar.

Zufriedenheitseinschätzung 1 (Mittelwerte: allgemein und bereichsspezifisch)

	Alle (ohne Geburtshilfe)	Geburtshilfe
Alter	58,14	27,75
Einschätzung allg. Zustand ^a	3,55	4,62
Zufriedenheit ärztlicher Bereich ^b	4,58	4,15
Zufriedenheit pflegerischer Bereich ^b	4,50	3,62
Zufriedenheit Funktionsbereich ^b	4,44	3,93
Zufriedenheit Seelsorge ^b	3,96	3,40
Zufriedenheit Sozialdienst ^b	4,18	3,33
Zufriedenheit Physiotherapie ^b	4,03	3,97
N	371	53

^aSkala von „sehr schlecht“(1) bis „sehr gut“(5).

^bSkala von „sehr unzufrieden“(1) bis „sehr zufrieden“(5).

Wie erwartet, zeigt sich eine deutlich bessere Bewertung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes. Zudem sind die Patientinnen der Geburtshilfestation signifikant und durchgängig unzufriedener mit den sechs Bereichen des Krankenhauses. Der Unterschied in den Mittelwerten der Bewertungen ist für die Physiotherapie am geringsten und für den pflegerischen Bereich am höchsten. Um einen reinen Alterseffekt auszuschließen, ist es sinnvoll die erste Gruppe in zwei altersspezifische Gruppen zu unterteilen, wobei die Altersgrenze von 38 Jahren sich an den ältesten Patientinnen der Geburtshilfestation orientiert. Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwertvergleiche für die entsprechenden Gruppen.

Zufriedenheitseinschätzung 2 (Mittelwerte: allgemein und bereichsspezifisch)

	Älter als 38 (ohne Geburtshilfe)	Bis 38 Jahre (ohne Geburtshilfe)	Geburtshilfe
Alter	63,04	28,33	27,75
Einschätzung allg. Zustand ^a	3,45	4,08	4,62
Zufriedenheit ärztlicher Bereich ^b	4,62	4,38	4,15
Zufriedenheit pflegerischer Bereich ^b	4,52	4,51	3,62
Zufriedenheit Funktionsbereich ^b	4,49	4,26	3,93
Zufriedenheit Seelsorge ^b	3,96	4,13	3,40
Zufriedenheit Sozialdienst ^b	4,25	4,11	3,33
Zufriedenheit Physiotherapie ^b	4,02	4,33	3,97
N	301	49	53

^aSkala von „sehr schlecht“(1) bis „sehr gut“(5).

^bSkala von „sehr unzufrieden“(1) bis „sehr zufrieden“(5).

In der Tabelle ist deutlich zu sehen, dass es sich bei der unterschiedlichen Bewertung zumindest um keinen Alterseffekt handelt. Selbst wenn die Gruppe der übrigen unter 38-jährigen in Bezug auf das Geschlecht kontrolliert wird, ändert sich nichts an dem beobachteten Unterschied zwischen Geburtshilfepatientinnen und allen übrigen Patientengruppen.

Im Fragebogen wurde sowohl als Kontrollfrage als auch Grobstrukturierungsfrage eine Entscheidungsfrage bezüglich Vertrauen versus Nicht-Vertrauen in die behandelnden Ärzte bzw. das Pflegepersonal gestellt. Alle Personen, die bei mindestens einer der beiden Zuordnungen Nicht-Vertrauen signalisierten, wurden für die folgenden Analysen zu einer Gruppe zusammengefasst (Gruppe 1), die – wie gezeigt werden wird – im Kern aus Frauen besteht, die eine kritische Haltung bzw. ein überproportionales Maß an Unzufriedenheit vor allem mit dem Pflegepersonal signalisieren.

Untersucht man die beiden Gruppen (Gruppe 1 = 11 Personen; Gruppe 2 = 39 Personen) auf ihre soziodemographische Struktur, lassen sich folgende Unterschiede feststellen. Die erste Gruppe beinhaltet im Vergleich überproportional Frauen, die aus Westdeutschland kommen, einen Hochschulabschluss besitzen, ledig sind und über ein hohes Haushaltsnettoeinkommen verfügen.

Eingangs des Fragebogens wurden die Patientinnen nach ihren Wichtigkeitseinschätzungen bezüglich eines Krankenhausaufenthaltes gefragt. Insgesamt wurden Einschätzungen zu 14 verschiedenen Einzelmerkmalen vorgestellt, die jeweils als „sehr wichtig – wichtig – eher unwichtig – unwichtig“ bewertet werden sollten. Unterzieht man diese 14 Merkmale einem

statistischen Reduktionsverfahren, der sogenannten Faktorenanalyse, die darauf abzielt, dimensionale Ähnlichkeit zwischen Einzelmerkmalen auf ihre Zurückführbarkeit auf eine gemeinsamen latenten Faktor²⁰, zu überprüfen, lassen sich insgesamt 6 solcher latenter Faktoren extrahieren.

In der folgenden Tabelle sind die Eingangsmerkmale in ihrer statistischen Zuordnung zum jeweiligen Faktor dargestellt und die Faktoren inhaltlich interpretiert.

Dimensionen der Wichtigkeitseinschätzung (Geburtshilfestation)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
Infos über Behandlung immer vom selben Arzt						X
Entscheidungen gemeinsam mit Arzt treffen		X		X		
MA sollen Sorgen ernst nehmen				X		
KH-Aufenthalt möglichst kurz		X				
Möglichst kurze Behandlung/Untersuchungen		X				
Möglichst neue med-techn. Ausstattung			X			
Personal respektierte Intimsphäre		X				
Essensangebot	X					
Besuche durch Angehörige zu jeder Zeit				X		
Ansprechpartner für Privates	X					
Unterhaltung und Freizeit	X					
Kulturelles Angebot	X					
Christliches KH						
Personal hat mehr Zeit als üblich					X	
Varianzklärung	20,5	12,7	11,7	8,5	8,0	7,2
Inhaltliche Interpretation	Kontext-faktor	Effizienz-faktor	Technik/Ausstattungs-faktor	Sozialfaktor	Zuwendungs-faktor	Informations-faktor

Das heißt, die vierzehn abgefragten Wichtigkeitseinschätzungen lassen sich in der Analyse der Antwortmuster auf insgesamt sechs latente Dimensionen reduzieren, deren inhaltliche Bezeichnung in der obigen Tabelle ebenfalls aufgeführt ist.

²⁰ Ein bekanntes Beispiel der Anwendbarkeit dieses Verfahrens ist die Werteforschung. Materielle Wertvorstellungen lassen sich aus theoretischen Gründen nicht direkt auf der Einstellungsebene messen, sondern sind durch manifeste Einstellungen repräsentiert. Zwei vordergründig unterschiedliche Einzelmerkmale können jedoch denselben Wert repräsentieren. Vgl. hierzu mit Bezug auf Wertewandel im Ost-West-Vergleich Meulemann [1996].

Untersuchen wir nunmehr die oben identifizierten beiden Frauengruppen im Hinblick auf vorhandene Unterschiede in den Ausgangserwartungen ergibt sich folgende Verteilung (positive Werte bedeuten eine stärkere Wichtigkeit und negative Werte eine „unwichtig“ Einschätzung).

Mittelwertvergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der Erwartungsdimensionen

	Gruppe 1	Gruppe 2
Kontextfaktor	,06718	,02590
Effizienzfaktor	-,37711	,05790
Technik/Ausstattungsfaktor	,24707	-,10558
Sozialfaktor	,01626	-,00789
Zuwendungsfaktor	-,02323	,07015
Informationsfaktor	,08661	-,03903

Interpretiert man diese Befunde, so lässt sich sagen, dass die Gruppe der Frauen, die oben bereits als eingeschränkt zufrieden mit ihrem Aufenthalt auf der Station des Krankenhauses identifiziert wurden, sich in zwei der sechs Erwartungsfaktoren ebenfalls von der anderen Gruppe unterscheiden. So sehen diese Frauen die Effizienz und kurze Dauer des Aufenthaltes als relativ unwichtig an, während die andere Gruppe diesen Faktor eher als einen wichtigen wahrnimmt. Hingegen sehen Frauen der ersten Gruppe die technische und medizinische Ausstattung des Krankenhauses als einen sehr wichtigen Faktor an, der wiederum von der zweiten Gruppe als eher unwichtig eingestuft wird. Darüber hinaus ist ihnen (Gruppe 1) ein übersichtliches und ausreichendes Informationsangebot ebenfalls vergleichsweise wichtig, was wiederum von Gruppe 2 als weniger wichtig eingestuft wird.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es bereits hinsichtlich der Erwartungen an ein Krankenhaus spezifische Unterschiede zwischen denjenigen Personen gibt, die sich in der Retrospektivbewertung hinsichtlich der Zufriedenheit unterscheiden. Bezogen auf die Geburtshilfestation heißt dies nunmehr, dass die „Angebotsstruktur“ der Station eine relativ gute Passung zu den Erwartungen der Frauen der zweiten Gruppe besitzt, während dies für die erste Gruppe so nicht zutrifft.

Analysiert man die Fragen des Stationspezifischen Zusatzbogens zur Geburtshilfe, so lassen sich die Differenzen zwischen den Gruppen im Hinblick auf „enttäuschte“ Erwartungen zuspitzen. Die nachfolgende Tabelle fasst die entsprechenden Mittelwertvergleiche bzw. die signifikanten Differenzen zusammen. Hierbei werden die jeweiligen „ja“ Angaben zweier Fragen angeführt (Frage 1: Ausreichend informiert gefühlt?; Frage 2: Was trifft zu?).

Spezifika der Geburtshilfe (Informiertheit und Praxis)

	Gruppe 1	Gruppe 2
FRAGE OB AUSREICHEND INFORMIERT ÜBER...		
Angebote Elternschulung	12,5	20
Elternvorbereitungskurse	77,8	74,1
Geburtsnachsorge	37,5	71,4
Babyschwimmen	33,3	44,4
Stillkurse	0	22,3
Stillpraktiken	22,2	83,9
Säuglingspflege	66,7	90
FRAGE NACH DEM ZUTREFFEN VON...		
Kreissaal besichtigt	80	71
KH-Aufenthalt während Schwangerschaft	20	19,4
24-Stunden-Rooming-In	100	93,3
Neugeborenen-ITS	20	0
Hebamme bereits vor Entlassung	90	65,6

Prozenthäufigkeit von „ja“-Angaben

Die beiden Fragen zeigen in den Antwortmustern ein quasi spiegelbildliches Ergebnis für die beiden Gruppen. Fasst man die Werte inhaltlich zusammen, lässt sich folgendes konstatieren: Die erste Gruppe fühlt sich im Vergleich zur zweiten Gruppe schlechter informiert; zugleich haben die Frauen dieser ersten Gruppe häufiger die angebotenen Informations- und Praxismöglichkeiten genutzt und sind vergleichsweise besser auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet.

In den Fragebogen wurde eine von Brandstätter²¹ entwickelte Kurzversion des 16-PF-Testes integriert, der auf einem standardisierten Persönlichkeitstest beruht und durch Selbsteinstufung auf 12 Polaritätsprofilen insgesamt 6 Primärfaktoren zur Persönlichkeit erfasst. In der folgenden Tabelle sind die sechs Dimensionen der Faktoren dargestellt, die in der Analyse der Geburtshilfepatientinnen als ein kontrollierendes Element Verwendung fanden (Frage 28).

²¹ Brandstätter [1988].

Kurzversion 16-PF-Test zu Persönlichkeitsfaktoren

Emotionale Störbarkeit	Emotionale Widerstandsfähigkeit	FAK1
Soziale Anpassung	Selbstbehauptung	FAK2
Robustheit	Sensibilität	FAK3
Vertrauensbereitschaft	Skeptische Haltung	FAK4
Selbstvertrauen	Besorgtheit	FAK5
Innere Ruhe	Innere Gespanntheit	FAK6

Testet man nunmehr die Signifikanz der Verteilung der beiden Gruppen in Bezug auf diese Persönlichkeitseigenschaften zeigt sich nur der vierte Faktor (FAK4) als signifikant in der Verteilungsvarianz. Inhaltlich heißt dies, dass die Frauen mit den geringeren Zufriedenheitswerten auf der Dimension „Vertrauensbereitschaft versus skeptische Haltung“ in signifikantem Maße eine skeptischere Haltung besitzen.

Hierzu lässt sich zweierlei anmerken: Einerseits heißt das, dass dieser Unterschied in den Persönlichkeitsprofilen zwischen den Gruppen sich in der prinzipiellen Wahrnehmung der Krankenhaussituation niederschlägt; andererseits „erklären“ die entsprechenden Persönlichkeitsdifferenzen jedoch nur zu einem bestimmten Grade die Differenzen zwischen den beiden Gruppen.

In einer ersten Gesamtinterpretation kann gesagt werden, dass der „Schlüssel“ zur „Qualitätsverbesserung“ in Bezug auf die Gruppe der bisher relativ unzufriedenen Frauen der Geburtshilfestation im Bereich der sachorientierten Informationsweitergabe durch das Personal liegt. Nicht die soziale Zuwendung erscheint hier als Problem, sondern vielmehr die geburtsspezifischen Informationen, die jedoch sicherlich in der Erwartung dasjenige Maß übersteigen, was die andere Gruppe von den Betreuenden erwartet. Das heißt auf der anderen Seite vermutlich eben nicht, dass diese Frauen unterschiedlich behandelt werden, sondern vielmehr dass die vorhandenen Angebote zur Zufriedenheit der einen Gruppe ausreichen, während dies für die andere Gruppe nicht ausreichend ist. Im Hinblick auf die Unterschiede in der Persönlichkeitsdimension „Vertrauen versus Skepsis“ erhärten sich die Befunde insoweit, als dass diese Differenz sich auf der Verhaltens- und Einstellungsebene tatsächlich widerspiegelt.

2.3 Stationsspezifische Analyse der anderen Stationen

Die Analyse aller anderen Stationen folgt prinzipiell demselben Muster, obwohl die jeweilige Stationszugehörigkeit hierbei einen weiteren Analyseschwerpunkt bildet.

Äquivalent zur Dimensionsanalyse auf der Geburtshilfestation werden die Eingangserwartungen der Patienten im St. Elisabeth/St. Barbara Krankenhaus einer Faktorenanalyse unterzogen, deren inhaltlich interpretierbare Ergebnisse in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind.

Dimensionen der Wichtigkeitseinschätzung (Krankenhaus ohne Geburtshilfestation)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Infos über Behandlung immer vom selben Arzt			X	
Entscheidungen gemeinsam mit Arzt treffen			X	
MA sollen Sorgen ernst nehmen				
KH-Aufenthalt möglichst kurz				X
Möglichst kurze Behandlung/Untersuchungen				X
Möglichst neue med-techn. Ausstattung			X	
Personal respektierte Intimsphäre				
Essensangebot	X			
Besuche durch Angehörige zu jeder Zeit	X			
Ansprechpartner für Privates		X		
Unterhaltung und Freizeit	X			
Kulturelles Angebot	X			
Christliches KH		X		
Personal hat mehr Zeit als üblich		X		
Varianzklärung	15,6	14,4	14,2	11,1
Inhaltliche Interpretation	Kontextfaktor	Religiositätsfaktor	Professionalitätsfaktor	Effizienzfaktor

Zunächst zeigt sich, dass der Respekt vor der Intimsphäre keiner der vier Dimensionen eindeutig zugeordnet werden kann. Alle anderen Merkmale zeigen sich in den Ergebnissen als relativ eindeutig zuordbar. Der Kontext- und der Effizienzfaktor entsprechen dimensional und inhaltlich den Befunden der Geburtshilfestation, die beiden anderen Faktoren stellen keine vergleichbare Dimension dar.

Bevor die Erwartungsdimensionen in ihrer Erklärungskraft für unterschiedliche Zufriedenheitsniveaus herangezogen werden können, werden diese durchschnittlichen Zufriedenheitsniveaus nach Stationen getrennt in ihrer Mittelwertverteilung dargestellt und besprochen.

Mittelwerte der Zufriedenheitsniveaus (nach Stationen aufgeschlüsselt)

Station	Zufriedenheit ärztlicher Bereich		Zufriedenheit pflegerischer Bereich		Zufriedenheit Funktions- bereich		Zufriedenheit Seelsorge		Zufriedenheit Sozialdienst		Zufriedenheit Physiotherapie	
	M-Wert	N	M-Wert	N	M-Wert	N	M-Wert	N	M-Wert	N	M-Wert	N
2	5,00	9	4,89	9	5,00	8	3,00	7	3,00	7	4,67	3
3	4,71	42	4,46	41	4,43	35	3,62	8	4,08	12	4,20	15
5	4,33	45	4,35	43	4,54	39	3,94	16	4,11	18	3,74	19
6	4,75	12	4,92	12	4,40	10	4,50	2	4,00	2	4,40	5
7	4,54	37	4,47	36	4,39	28	4,07	15	4,21	14	4,10	10
8	4,57	21	4,48	21	4,44	16	3,67	6	4,00	4	3,33	3
2a	4,63	48	4,66	47	4,43	42	3,89	9	4,40	10	3,80	10
2b	4,60	45	4,54	46	4,42	36	3,86	7	4,14	7	3,50	6
3a	4,68	34	4,59	34	4,56	27	4,10	10	4,25	12	4,39	18
3b	4,67	24	4,67	21	4,56	18	4,00	5	4,00	7	3,40	5
4a	4,50	8	4,14	7	4,57	7	4,67	3	4,50	2	4,20	5
4b	4,19	21	3,95	20	3,84	19	3,86	7	4,11	9	4,00	9
Tages- klinik	4,56	9	4,57	7	5,00	4	5,00	7	5,00	3	5,00	2
Insge- samt	4,57	355	4,51	344	4,45	289	3,91	90	4,18	101	4,03	110

Skala von „sehr unzufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (5)

Trotz einer nicht vermeidbaren Visualisierungskomplexität lassen sich relativ deutliche Unterschiede und Stationsbesonderheiten herausarbeiten. Als eine Art „Problemstation“ in der Bewertung durch die Patienten kann Station 4b identifiziert werden. Der Schwerpunkt der Deskription liegt hierbei auf den ersten drei Kategorien („ärztlicher, pflegerischer und Funktionsbereich“), da die N-Werte der Antworthäufigkeit der drei anderen Kategorien keine gesicherten Schlüsse zulassen.

Station 4b zeigt in der Bewertung des ärztlichen, pflegerischen und Funktionsbereiches die relativ schlechtesten Zufriedenheitswerte, wobei die allgemeine Zufriedenheitsrangfolge (Ärzte – Pflegepersonal – Funktionsbereiche) reproduziert wird.

Reduziert man die Tabelle unter den Kriterien (1) Antworthäufigkeit (Kategorien 4-6) sowie (2) Stationen mit weniger als 20 zurück gesandten Fragebögen (Stationen 2, 6, 4a, Tagesklinik), und beschreibt die Mittelwertvergleiche über Rangindizes, ergibt sich die folgende vereinfachte tabellarische Darstellung.

Rangfolge der Wichtigkeitseinschätzungen (reduzierte Version)

Stationen	Zufriedenheit ärztlicher Bereich	Zufriedenheit pflegerischer Bereich	Zufriedenheit Funktionsbereich
3	1	7	5
5	8	8	3
7	7	6	8
8	6	5	4
2a	4	2	5
2b	5	4	7
3a	2	3	1
3b	3	1	1
4b	9	9	9
Spannweite [1 – 9]	0,52	0,72	0,72

Wenn man jedoch von den tatsächlichen statistischen Werten abstrahiert, muss man immer bedenken, dass in den tatsächlichen Ausprägungen ein durchgehend hohes Zufriedenheitsniveau konstatiert werden kann, und das unabhängig von der jeweiligen Station. In Bezug auf die Rangfolgentabelle heißt dies nunmehr, dass es sich eben nur um relative Positionen handelt. Zu diesem Zweck wurde die Spannbreite der gesamten Rangfolge in den Mittelwerten ebenfalls notiert. Beginnt man mit einer Besprechung der Ergebnisse an dieser Stelle, zeigt sich, dass die Mittelwerte der Bewertung der Ärzteschaft enger beieinander liegen als diejenige des Pflegepersonals oder der Funktionsbereiche. Oder anders formuliert: Über die Zufriedenheit mit der Ärzteschaft existiert eine eindeutigere Meinung als über die beiden anderen Bereiche.

Neben der durchgängig schlechteren Rangposition von Station 4b ist des weiteren die Unterschiedlichkeit in der Rangfolge der Bewertungen durch Patienten der Station 3 interessant. Während die Ärztebewertung relativ gesehen die beste ist, ergibt die Bewertung des Pflegepersonals eine schlechte Rangposition.

Um vorhandene Unterschiede in der Patientenstruktur als mögliche Erklärungsfaktoren in die Analyse einzuschließen, werden im Folgenden die entsprechenden Verteilungen tabellarisch aufgeführt.

Mittelwerte und prozentuale Verteilung spezifischer Faktoren

(nach Stationen aufgeschlüsselt)

Stationen	Aufenthaltsdauer (Tage)	Häufigkeit KH- Aufenthalt (letzten 3 Jahre)	Durchschnittsalter	Geschlechts- verteilung (% Frauen)
3	10,3	1,8	47,4	100,0%
5	10,0	2,6	67,6	40,4%
7	12,7	2,9	65,7	48,7%
8	10,1	1,8	59,1	61,1%
2a	12,3	3,1	56,5	46,9%
2b	8,5	2,6	54,4	56,5%
3a	13,0	2,2	52,0	44,1%
3b	14,1	3,5	63,3	36,4%
4b	10,8	2,2	59,5	43,5%
Insgesamt	11,1	2,5	58,1	54,1%

Hinter den bereichsspezifischen Zufriedenheitseinschätzungen steht eine Vielzahl an spezifischen Situationen, Konstellationen und Erfahrungsräumen. Um diese Spezifika in Bezug auf den ärztlichen, pflegerischen und Funktionsbereich zu untersuchen, wurde den Patienten eine je spezifische Fragenbatterie vorgelegt, die nach der Einschätzung sehr konkreter Vorkommnisse fragte.

Für den pflegerischen Bereich umfasste diese Liste insgesamt 19 und für den ärztlichen Bereich 18 Einzelitems, die im folgenden einer zweifachen Analyse unterzogen wurden. Mithilfe einer Faktoranalyse wurden „zusammengehörige“ Items identifiziert, die dann zur Bildung eines Index genutzt wurden.

Man erhält auf dieser Basis zwei Indizes für den pflegerischen und vier für den ärztlichen Bereich, die in der folgenden Tabelle inhaltlich beschrieben werden.

Indizes der Situationseinschätzung (pflegerischer u. ärztlicher Bereich)

Indizes zur Situationseinschätzung im pflegerischen Bereich	
Index 1	Zuwendung, Unterstützung, patientenbezogene-pflegerische Dienstleistungen
Index 2	fachliche Kompetenz und Arbeitsorganisation
Indizes zur Situationseinschätzung im ärztlichen Bereich	
Index 1	Zuwendung
Index 2	handlungsrelevante Informationen
Index 3	soziale Kompetenz
Index 4	Vertrauen in fachliche Kompetenz

Neben dieser konkreten Einschätzungsebene und der allgemeinen Zufriedenheitsbewertung der Bereiche, beinhaltet der Fragebogen eine „Zwischenebene“, die für den ärztlichen Bereich aus sieben Items und für den pflegerischen Bereich aus drei Items besteht (Frage 6 und Frage 9). So lassen sich einerseits Konsistenzen über die Abstraktionsebenen hinweg untersuchen und andererseits Problembereiche bis in die konkrete Ebene hinein identifizieren.

In der Regressionsanalyse, kontrolliert nach Alter und Geschlecht, können nunmehr die Items dieser Zwischenebene auf ihren Erklärungsgehalt der bereichsspezifischen Zufriedenheit hin untersucht werden. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Ergebnisse für den pflegerischen und den ärztlichen Bereich.

Regressionsanalyse: Pflegerischer Bereich

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit pflegerischem Bereich	
Unabhängige Variablen	Effekt und Signifikanz(beta-Werte)
Ausstattung mit Pflegepersonal (9a)	.183***
Arbeitsklima im Pflegebereich (9b)	.246 ***

alle anderen Variablen der Frage 6 sowie Alter und Geschlecht zeigten sich als nicht-signifikant

Interpretiert man diesen Befund, so zeigt sich, dass die Einschätzung des Arbeitsklimas sowie die Einschätzung der Ausstattung des Krankenhauses mit Pflegepersonal durch die Patienten hochsignifikant in Bezug auf ihre Zufriedenheit mit dem Pflegebereich ist. Anders formuliert: Wenn ich weiß, wie eine Person das Arbeitsklima einschätzt bzw. wie er oder sie die Ausstattung beurteilt, dann kann man mit einer gewissen Fehlerwahrscheinlichkeit prognostizieren, wie zufrieden er oder sie mit dem gesamten Pflegebereich ist. Eine weitere Formulierung, die im Hinblick auf „Qualitätsverbesserungen“ gelesen werden sollte, könnte dann heißen: Eine Veränderung des Arbeitsklimas im Pflegebereich würde die nachhaltigsten Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit dem Pflegebereich zeigen und dies unabhängig von Alter und Geschlecht der davon betroffenen Patienten.

Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Ergebnisse für den ärztlichen Bereich.

Regressionsanalyse: Ärztlicher Bereich

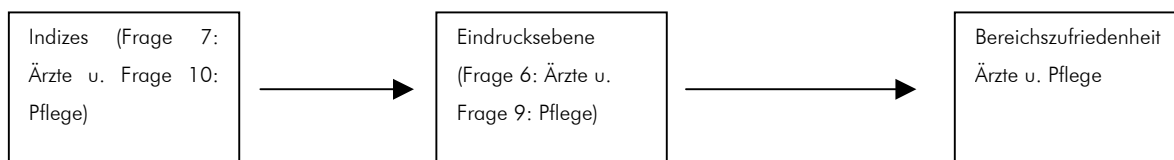
Abhängige Variable: Zufriedenheit mit ärztlichem Bereich	
Unabhängige Variablen	Effekt und Signifikanz(beta-Werte)
Ruf der Ärzte (6e)	.186***
Vorbereitung auf die Zeit nach KH-Aufenthalt (6f)	.228***

alle anderen Variablen der Frage 6 sowie Alter und Geschlecht zeigten sich als nicht-signifikant

Für die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich zeigen sich insgesamt zwei von sieben Einschätzungsitems als signifikant. Die Interpretation entspricht hierbei derjenigen des Pflegebereiches. Das heißt, die Bewertungen über den „Ruf der Ärzte“, die im Krankenhaus tätig sind, sowie die Beurteilung der Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erklären relativ gut die allgemeine Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich.

Die Indizes der Einschätzung und Bewertung ärztlicher und pflegerischer Handlungsabläufe als Repräsentanten der konkretesten Ebene, werden nunmehr im Gesamtmodell an den Anfang gesetzt. Somit ergibt sich ein Drei-Ebenen Modell für sowohl den ärztlichen als auch pflegerischen Bereich. In der folgenden Abbildung ist der Analyseablauf und die theoretisch vermuteten Zusammenhänge veranschaulicht.

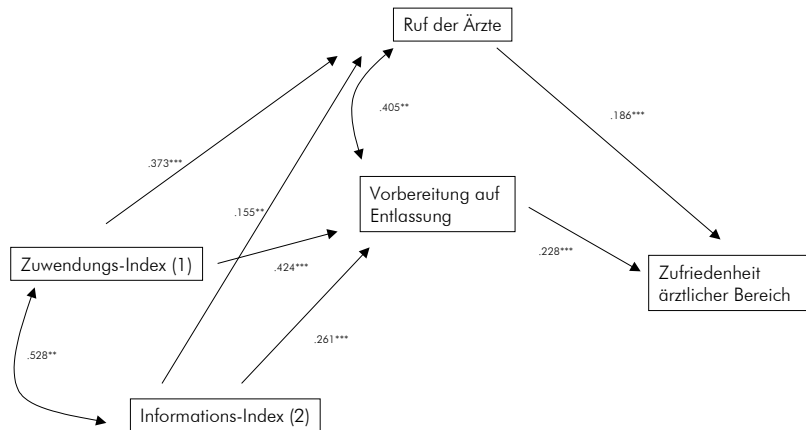
Zusammenhangsmodell der Analyseebenen



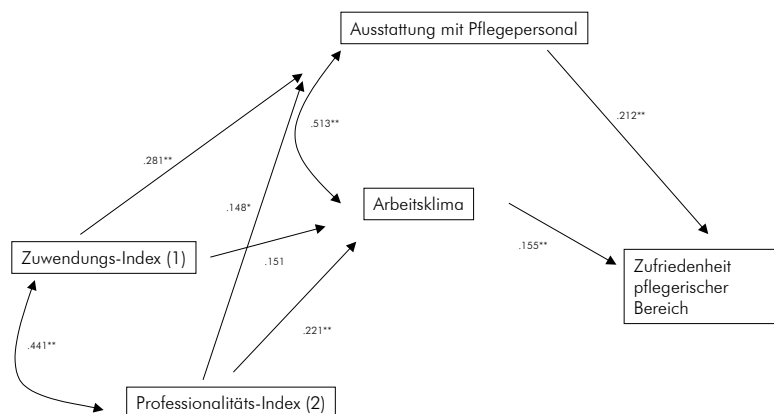
Entsprechend dieser modelltheoretischen Annahmen wird in den folgenden Abbildungen das Ergebnis pfadanalytischer Untersuchungen dargestellt und inhaltlich interpretiert. Eine derartige Analyse visualisiert vorhandene signifikante Einflussfaktoren, die letztlich die jeweilige bereichsspezifische Zufriedenheit erklären sollen.²²

²² Vgl. grundlegend zur Methodik der Pfadanalyse Li [1975].

Zusammenhangsanalyse: Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich



Zusammenhangsanalyse: Zufriedenheit mit dem pflegerischen Bereich



Was bedeuten diese Graphiken jedoch inhaltlich? Für den ärztlichen Bereich zeigt sich folgender signifikanter Zusammenhang. Sowohl der Zuwendungsindex als auch der Informationsindex zeigen starke Erklärungskraft in Bezug auf die Beurteilung des Rufes der im Krankenhaus tätigen Ärzte als auch die Beurteilung der Vorbereitung auf die Entlassung. Die beiden anderen Indizes im Bereich der Ärzteschaft waren hingegen nicht signifikant. Die Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte auf der konkreten Handlungsebene sind starke Indikatoren für die Beurteilung bestimmter Wahrnehmungen im Rahmen der Krankenhausstruktur. Die beiden Items: „Ruf der Ärzte“ und „Vorbereitung auf die Entlassung“

(im Sinne einer Vorbereitung auf die Zeit danach) zeigen als einzige der sieben Beurteilungssitems wiederum einen signifikanten Zusammenhang mit dem Zufriedenheitsurteil des Patienten in bezug auf den gesamten ärztlichen Bereich. Hingegen zeigen die Einschätzungen von sogenannten Hotelleistungen (Frage 21) durch die Patienten keinen signifikanten Erklärungswert bezüglich der Zufriedenheit.

Für den Pflegebereich ist die Interpretation der Ergebnisse eindeutiger. Der Zuwendungsindex, also diejenigen Items, die im Sinne einer Zuwendungsbeurteilung zusammengefasst wurden, zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Beurteilung der Ausstattung des Krankenhauses mit Pflegepersonal und der Professionalitätsindex zeigt einen entsprechend hohen Zusammenhang mit der Beurteilung des Arbeitsklimas auf der jeweiligen Station innerhalb des Pflegepersonals. „Ausstattung“ und „Arbeitsklima“ sind wiederum die signifikanten Einflussfaktoren bezüglich der Zufriedenheit mit dem pflegerischen Bereich insgesamt.

Für eine weitergehende Analyse der Zufriedenheiten mit dem ärztlichen und pflegerischen Bereich wird nunmehr an die bereits oben vorgenommenen stationsspezifischen Betrachtungen angeschlossen und diese in den Rahmen eines Erklärungsmodells integriert.

Um Signifikanzen bezüglich der Zufriedenheitsurteile zwischen einzelnen Stationen zu identifizieren, wurde der Zusammenhang zwischen Stationszugehörigkeit (auf der sich der oder die Patientin während des Krankenhausaufenthaltes vorwiegend befand) und Zufriedenheit mit dem ärztlichen bzw. pflegerischen Bereich analysiert. Die folgende Tabelle fasst die entsprechenden Ergebnisse für beide Bereiche zusammen.

Regressionsanalyse: Zufriedenheiten in der Stationsspezifik

	Zufriedenheit ärztlicher Bereich	Zufriedenheit pflegerischer Bereich
Station 4b	-.124**	-.156***
Station 5	-.119**	
erklärte Varianz	2,7%	2,4%

eingegangen sind alle Stationen, die an der Befragung teilgenommen haben außer die Geburtshilfe (Station 1d) sowie die Kinderstationen

Bei beiden Zufriedenheiten weicht Station 4b signifikant negativ ab, während für den ärztlichen Bereich Station 5 ebenfalls signifikant negativ abweicht. Letztlich zeigen die Ergebnisse dieser Tabelle die Signifikanz der Abweichung dieser beiden Stationen vom Mittelwert über alle Stationen. Für Station 4b und 5 konnte dieses Ergebnis auf der Basis der

oben vorgenommenen relativen Position im Mittelwertvergleich bereits vermutet werden und findet in der Regressionsanalyse statistische Bestätigung.

Nutzt man nunmehr die bereits durchgeführten Analysen und Differenzierungen für einen Erklärungsansatz bereichsspezifischer Zufriedenheiten lassen sich die vermuteten Einflussfaktoren zu folgenden inhaltlichen Blöcken zusammenfassen.

Inhaltliche Gruppierung der unabhängigen Faktoren

Block 1: Raumfaktoren und Erfahrung mit dem Krankenhaus	Stationszugehörigkeit; Zimmergröße; bereits Erfahrung mit dem EK/BK
Block 2: Soziodemographie und Persönlichkeitsfaktoren	Alter; Geschlecht; Bildung; Haushaltseinkommen; 16-PF-Test
Block 3: Erwartungen und Rahmenbedingungen des Aufenthaltes	Beurteilung der bereichsspezifischen Wichtigkeiten (Frage 6 und Frage 9) sowie Eingangserwartungen

Die Variablen dieser drei Blöcke werden nunmehr auf ihre Erklärungskraft und ihre Signifikanz bezüglich der Zufriedenheitseinschätzung mit dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich für das Krankenhaus getestet. Die Erklärungsmodelle und die signifikanten Variablen sind in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt. Aufgrund geringer absoluter Rücklaufzahlen wurden für dieses Gesamterklärungsmodell die Stationen 2, 6, 4a sowie die Tagesklinik aus der Analyse ausgeschlossen.

Gesamterklärungsmodell: Zufriedenheit mit dem ärztlichen und pflegerischen Bereich

	ärztlicher Bereich	pflegerischer Bereich
Block I		
Station 5		
Station 7		
Station 8		
Station 2a		
Station 2b		
Station 3a		
Station 3b		
Station 4b		-.146**
Zimmergröße		
Erfahrung mit dem EK/BK (ja/nein)		
Block II		
Alter		
Geschlecht		
Realschule u.ä.		
Abitur u.ä.		
Personengewichtetes Haushaltseinkommen		
PF-Faktor 1: Störbarkeit vs. Widerstandsfähigkeit		
PF-Faktor 2: Anpassung vs. Selbstbehauptung		-.151**
PF-Faktor 3: Robustheit vs. Sensibilität		
PF-Faktor 4: Vertrauensbereitschaft vs. Skepsis		
PF-Faktor 5: Selbstvertrauen vs. Besorgtheit		
PF-Faktor 6: Innere Ruhe vs. Innere Gespanntheit		
Block III		
EW-Faktor 1		
EW-Faktor 2		
EW-Faktor 3		
EW-Faktor 4		
Ruf der Ärzte	.172**	
Vorbereitung auf Entlassung	.215***	
Ausstattung mit Pflegepersonal		.149**
Arbeitsklima		.243***
Varianzerklärung	10,5%	17,8%

alle Items ohne Wertrepräsentanz in der Tabelle zeigen keine signifikante Erklärung in Bezug auf die beiden bereichsspezifischen Zufriedenheiten

Interpretiert man die Befunde inhaltlich heißt dies einerseits, dass selbst unter Kontrolle aller vermutbaren Einflussfaktoren, die Beurteilung der „Vorbereitung auf die Entlassung“ und der „Ruf der Ärzte“ sowie das „Arbeitsklima“ bzw. die „Ausstattung mit Pflegepersonal“ im Pflegebereich die stärksten Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit diesen beiden Bereichen zeigen. Im Bereich der Beurteilung der Pflegenden sind es diejenigen Patienten und Patientinnen, die in der Persönlichkeitsstruktur sozial selbstbehaupteter sind, die mit dem pflegerischen Bereich unzufriedener sind als diejenigen, welche man als sozial angepasst bezeichnen kann. Zudem ist die Zugehörigkeit zur Station 4b auch im Gesamterklärungsmodell ein signifikanter Indikator für Zufriedenheitsvariation.

2.4 Zusammenfassende Diskussion der empirischen Ergebnisse für das gesamte Krankenhaus (ohne Geburtshilfe)

Diskutiert man die Ergebnisse bis zu diesem Punkt, so zeigen sich Ansätze einer möglichen Intervention zur Verbesserung bzw. Sicherung vorhandener Zufriedenheitsniveaus. Wie bereits an anderer Stelle angeführt, sei noch einmal darauf verwiesen, dass die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ein hohes Niveau hat, welches jedoch – und hier setzt die Gesamtanalyse an – auf der Basis spezifischer Rahmenbedingungen und divergierender Einschätzungen eine signifikante Variation aufweist.

Es konnte gezeigt werden, dass die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich im Schnitt über alle Stationen höher liegt, als die entsprechende Zufriedenheit mit dem pflegerischen Bereich. Zieht man nunmehr die Wichtigkeitseinschätzungen dieser Bereiche heran, so zeigt sich, dass der ärztliche Bereich eine etwas höhere Wichtigkeit in der Einschätzung über alle Personen hat. Unterteilt man die Wichtigkeitseinschätzungen in drei Gruppen (nur Ärzte – Ärzte/Pflege gleich wichtig – nur Pflege), zeigt sich, dass 19% ausschließlich den ärztlichen Bereich als wichtig erachten, 78% Pflege und Ärzteschaft als gleich wichtig und nur 3% ausschließlich die Pflege als wichtig bezeichnen. Das heißt im Hinblick auf die relativ bessere Bewertung des ärztlichen Bereiches, dass hiermit auch der wichtigere Bereich (in der subjektiven Wahrnehmung durch die Patienten) ausgezeichnet wurde.

Dass sich die Faktoren der Eingangserwartungen als nicht signifikant in Bezug auf die bereichsspezifischen Zufriedenheiten auswirken, verdeutlicht auf der einen Seite, dass es über Krankenhäuser keine diskriminierenden Erwartungsunterschiede gibt oder anders formuliert, dass die Patientin oder der Patient seine Zufriedenheit mit dem jeweiligen Krankenhaus vor allem durch dort gemachte Erfahrungen generiert. Dies zeigt auf der anderen Seite, dass es sehr wohl möglich ist, die Zufriedenheit des oder der Patientin zu verändern.

Dass die Zufriedenheit mit der Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt durch die Ärztin oder den Arzt eine hohe Erklärungskraft für die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich insgesamt hat, legt den Schluss nahe, dass die Patienten ihren jeweiligen Aufenthalt im Krankenhaus als eine temporäre Episode wahrnehmen und dementsprechend die Leistungen des Krankenhauses (in diesem Fall der Ärzteschaft) vor allem und zuvorderst in Bezug auf die Anschlussfähigkeit an die Zeit davor und danach beurteilen.

Die Erklärbarkeit der Zufriedenheit mit dem pflegerischen Bereich vor allem durch die Einschätzung des Arbeitsklimas auf der jeweiligen Station macht gerade im Hinblick auf die

fehlende Signifikanz der Einschätzung der Fachkunde des Pflegepersonals deutlich, dass professionelle Arbeitsweise durch die Patienten tatsächlich honoriert bzw. zuallererst einmal beobachtet wird. Es zeigt sich jedoch, dass diese professionelle Organisation des Arbeitsalltags auf einer Pflegestation immer um den Preis einer Reduktion von Zufriedenheit bei Patienten „erkauft“ wird, die in ihrer Persönlichkeit vor allem auf Selbstbehauptung und damit auf eine Art von sozialer Autonomie bestehen. Wie bereits oben angeführt wurde, ist ein Krankenhaus jedoch gerade durch Formen temporärer Entmündigung gekennzeichnet, so dass im Hinblick auf die Personengruppe mit einer starken Präferenz für Handlungsautonomie, Krankenhäuser immer problematische Aufenthaltsorte bleiben werden.

In der semantischen Dimension muss insgesamt festgehalten werden, dass man bezüglich der Patientenzufriedenheit von keinem Problem oder einer problematischen Situation oder gar einer problematischen Entwicklung sprechen kann. Es zeigt sich jedoch zugleich, dass die entscheidenden Faktoren für mögliche Variationen dieser Zufriedenheit in hohem Maße in den Interaktionen zwischen dem Personal und den Patienten anzusiedeln sind.

Wenn es jedoch keine tatsächlichen Anhaltspunkte für sinkende und/oder bereits niedrige Patientenzufriedenheiten gibt, dann ist im weiteren die Frage zu behandeln, wie es zu einer derartigen Wahrnehmung durch die Mitarbeiter des Krankenhauses kommt? Um diese Frage möglicherweise beantworten zu können, werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse und Auswertungen der narrativen Interviews mit Mitarbeitern des Krankenhauses vorgestellt und besprochen.

3 Zufriedenheiten der Mitarbeiter in Zeiten des Wandels

3.1 Vorgeschichte zur Mitarbeiter-Zufriedenheitsstudie

Der Grund für die Konzeption und Durchführung einer qualitativen Mitarbeiterbefragung lag sowohl methodisch im Interesse an einer explorativen Sammlung von Informationen²³, die für eine Bewertung und Einordnung der Ergebnisse der standardisierten Patientenbefragung genutzt werden sollten, als auch in einem inhaltlichen Zusammenhang, der in einem der geführten Interviews treffend artikuliert wurde: *„Wenn der Mitarbeiter zufrieden ist, sind auch die Patienten zufrieden“*. Das unterstellt zuerst einmal einen derartigen Zusammenhang, der jedoch auf der Basis der oben bereits vorgestellten und besprochenen Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsstudie als wahrscheinlich angenommen werden kann, und das gerade, weil die Interaktionen zwischen Personal und Patient bzw. innerhalb des Personals einen derart hohen Erklärungswert für die Zufriedenheit der Patientin oder des Patienten besitzen.

Die methodischen Grundlagen einer qualitativen Befragung unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von den Methoden standardisierter quantitativer Befragungen.²⁴ Vor allem und zuvorderst spielt jedoch das jeweilige Forschungsinteresse an einer bestimmten Informations- oder Datenqualität eine ausschlaggebende Rolle in der Entscheidung für eine der beiden Zugangsformen zu sozialen Phänomenen. Dass ein Interesse an entsprechend qualitativ zu erhebenden Informationen im Rahmen des Projektes entstand, resultierte nicht zuletzt aus den oben angesprochenen Arbeitstreffen zwischen Mitarbeitern des Krankenhauses und Universitätsmitarbeitern.

Die teilweise sehr scharf formulierte Abneigung gegen die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung unter Patienten durch die Mitarbeiter des Krankenhauses basierte hierbei – so der Eindruck der Universitätsmitarbeiter – auf zwei Problemfeldern. Zum Einen sahen sich viele Mitarbeiter durch die Fokussierung auf Patienten in eine Situation gedrängt, die sie subjektiv als eine Verdoppelung von Anforderungsdruck interpretierten. Anders formuliert: Sie hatten ganz konkret das Gefühl, dass die Krankenhausleitung die Ergebnisse der Patientenbefragung für eine Verstärkung des Anforderungsdrucks auf die Mitarbeiter zu verwenden gedachte und die Mitarbeiter selbst eine – weiterhin – vernachlässigte Gruppe

²³ Bock kommt zu der treffenden Charakterisierung: *„Eine explorative Studie geht [...] weitgehend induktiv vor, leitet Erklärungen aus dem Untersuchungsmaterial ab, im Gegensatz zum deduktiven Vorgehen, wo bereits vermutete Gesetzmäßigkeiten an den erhobenen Daten geprüft werden.“* [Bock 1992: 91].

²⁴ Hierzu sei auf die hervorragende Einführung in die Theorie und Praxis des verstehenden Interviews von Jean-Claude Kaufmann verwiesen [1999].

innerhalb des Krankenhauses bleiben würde. Darüber hinaus empfanden die Mitarbeiter die Befragung selbst als einen – weiteren – Hinweis auf die autoritäre Durchsetzung von Entscheidungen, deren Legitimität sie zumindest anzweifelten.

3.2 Konzeption, Vorbereitung und Durchführung der themenzentrierten narrativen Interviews

Die Technik oder Methode des qualitativen Interviews resultiert aus einer Vielzahl an wissenschaftlichen Vorarbeiten einerseits und methodischen Reflexionen andererseits. Die prinzipielle Idee hinter dem nur grob strukturierten Interview als einer Form von themenzentriertem Gespräch, ist der Versuch Wahrnehmungsstrukturen des Befragten tatsächlich zu ermitteln und Präferenzstrukturen aufzudecken.²⁵ Während standardisierte Interviews bzw. Befragungen auf der Basis bereits unterstellter Ähnlichkeiten in der Grundstruktur der Befragten bezüglich des Untersuchungsphänomens, vorhandene Unterschiede und Variationen in den Einstellungs- und Orientierungsmustern zu extrahieren suchen, also meist hypothesentestend konzipiert sind, treten qualitative Verfahren hinter diese unterstellten Ähnlichkeiten zurück, um Grundtypen in Bezug auf das zu untersuchende soziale Phänomen zu identifizieren und zu vergleichen. In gewisser Weise wird hierbei davon ausgegangen, dass sich allgemeine Muster immer bereits in den konkreten Fällen finden lassen.²⁶

Aus Vorarbeiten, die vor allem auf Forschungen des amerikanischen Soziologen Anselm Strauss²⁷ basieren, ging es im konkreten Fall der Mitarbeiter des Krankenhauses St. Elisabeth / St. Barbara darum, hypothesensuchend Informationen bzw. Daten zu möglichen Problemfeldern innerhalb der sozialen Organisation zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurden Mitarbeiter unter dem Prinzip des größtmöglichen Kontrastes für die Interviews ausgewählt. Die zugrunde gelegten Kriterien waren: (1) Beschäftigungsbeginn im Krankenhaus vor 1990/nach 1990; (2) Arbeitsbereich (Ärztenschaft, Pflegebereich, Funktions- und Verwaltungsbereich); (3) Hierarchieebenen.

²⁵ In dieser Hinsicht kann an Heinze angeschlossen werden, der qualitative Sozialforschung unter anderem dann für angebracht hält, „wenn der Gegenstand komplex, unübersichtlich, teilweise oder ganz unbekannt ist oder auch, wenn er zwar einfach erscheint, aber vermutlich komplexer ist...“ [Heinze 2001: 27].

²⁶ Die interpretierenden Sozialwissenschaftler müssen jedoch, wie Soeffner betont, immer darüber reflektieren, „wie weit ihre eigenen Mythen sich auf eben jene des Alltags stützen, sich aus ihnen herleiten oder [...] ob und wie weit sie sich überhaupt strukturell oder formal-analytisch von quasi-mythologischem Denken unterscheiden.“ [Soeffner 1999: 43].

²⁷ Strauss [1994] und Strauss/Corbin [1996].

Insgesamt konnten 16 Interviews erfolgreich durchgeführt werden, die in ausreichender Weise die unterlegten Samplekriterien abdeckten. Die Interviewlänge belief sich durchschnittlich auf ca. 1 Stunde und die meisten Interviewpartner legten eine oftmals vorhandene Unsicherheit und in manchen Fällen Abneigung gegen eine Mitarbeiterbefragung relativ schnell ab.

Die Themenblöcke, die in Form eines Themenkataloges zur Gesprächszentrierung dienen, umfassen inhaltlich fünf Bereiche, die in der folgenden Tabelle abgebildet sind.

Thematische Blöcke der Interviews

Themenblöcke	Inhaltliche Beschreibung der Blöcke
1. Beruflicher Alltag	Berufsbild, Alltagseindrücke, Tätigkeiten etc.
2. Rahmenbedingungen der Arbeit	Räumliche u. materielle Ausstattung etc.
3. Interaktionsstrukturen	Zusammenarbeit, Zusammenhalt und Kommunikation zwischen den Mitarbeitern
4. Verarbeitungsmodalitäten beruflicher Besonderheiten	Leiderfahrungen, Umgang mit dem Tod etc.
5. Evaluation	Selbstbeschreibung des Krankenhauses etc.

Während im reinen Leitfadeninterview eine Vielzahl an Fragen systematisch mit dem Befragten abgearbeitet wird, wurde in der hier gewählten Form eines themenzentrierten Interviews dem Befragten ein relativ großer Freiraum bezüglich des Verlaufs und der Reihenfolge der Themen zugestanden. So konnte einerseits evaluiert werden, welche Wichtigkeiten in Bezug auf die Arbeit im Krankenhaus beim jeweiligen Befragten tatsächlich existieren und andererseits, welche Relevanz er oder sie den einzelnen Blöcken zuordnet.

3.3 Identifizierbare Strukturen in und aus den Interviews

Die geringe Anzahl an notwendigen Interviews im Rahmen der Mitarbeiterbefragung und die vorhandene Kooperation mit Personen im Krankenhaus, die an der Erstellung der Auswahlliste mitarbeiteten, birgt ohne Zweifel die Gefahr einer Deanonymisierung in der Analyse. Aus diesem Grund werden alle Interviews in toto besprochen und analysiert und die Beispiele aus den jeweiligen Interviews mit keinerlei Identifikatoren versehen.

Die Interpretation von narrativen Interviews basiert letztlich auf der Methodik der sogenannten „sample Sättigung“. Hierbei wird davon ausgegangen, dass nach einer bestimmten Anzahl an Interviews keine „neuen“ oder „andersartigen“ Phänomene zur Sprache kommen würden. Je nach sozialem Phänomen kann dies mehr oder weniger Interviews erfordern. Im

vorliegenden Fall konnten spezifische Strukturen und die relevanten Muster im Rahmen des vorhandenen Datenmaterials ausreichend abgesichert werden.

Insgesamt lassen sich in den Interviews Ähnlichkeiten und gruppierbare Unterschiede in folgenden zentralen Thematiken feststellen.

1. Problembenennung bzw. Problematisierung von Phänomenen wird vom Befragten entweder ohne oder aufgrund von thematischen Fragen vorgenommen.
2. Die Veränderungen im Krankenhaus werden entweder als unausweichlicher Bestandteil von Veränderungen im Gesundheitswesen insgesamt gesehen oder als zumindest spezifisch in ihrer Wirkung und Auftretensform im eigenen Krankenhaus bewertet.
3. Fast durchgehende Problemwahrnehmung unter dem Stichwort der „Unterschiedlichkeit in der Fern- und Nahwahrnehmung“. Das heißt, was auf der eigenen Station oder im eigenen Bereich als prinzipiell „noch“ unproblematisch erscheint, ist aus anderen Bereichen des Krankenhauses bereits als sehr problematisch bekannt.

Es macht einen prinzipiellen Unterschied, ob ein Befragter selbständig ein bestimmtes Phänomen problematisiert bzw. ob ein Befragter bestimmte Dinge als Probleme klassifiziert. In dieser Hinsicht und unter diesem Fokus sind es zwei qualitativ unterscheidbare Problemfelder, welche die Befragten mit der einen oder anderen Präferenz ansteuerten.

Eindeutig explizierbar ist eine „Unzufriedenheit“ bezüglich der Veränderungen seit 1990 bzw. der Veränderungsergebnisse im Krankenhaus und der durch die Befragten wahrgenommenen Anforderungen an die eigene Arbeit.

„Da sagen wir manchmal, wenn wir uns so von alten Zeiten unterhalten, wie haben wir das früher gemacht? Wir haben's geschafft.“

Hier zeigt sich ein typisches Transformationsmuster, welches nicht nur in Krankenhäusern, sondern in vielen Organisationen und bei vielen in diesen Organisationen Beschäftigten vorhanden ist.²⁸ Auf der einen Seite wird durch die Befragten darauf hingewiesen, dass eine viel größere und umfangreichere Arbeitsbelastung durch sie ja bereits in früheren Zeiten bewältigt wurde (und zwar in „wir“-Form) und auf der anderen Seite wird damit signalisiert, dass aktuelle Probleme und organisatorische Engpässe entsprechend nicht durch sie

²⁸ Die „Zweckwelt“ des DDR-Krankenhauses könnte man in phänomenologischer Perspektive in Anlehnung an Benita Luckmann auch als „kleine soziale Lebenswelt“ bezeichnen [vgl. Honer 1999: 64].

hervorgerufen werden und sie sich einer Lösung vorhandener Probleme aber auch nicht verweigern würden.

3.4 Selbstorganisation und Reglementierung

Das St. Elisabeth ebenso wie das St. Barbara Krankenhaus hatte vor 1990 in der Wahrnehmung der dort Beschäftigten eine eindeutige Nischenposition.²⁹ Einerseits stellte es als konfessionell gebundenes Krankenhaus eine Art von Parvenü dar und konnte andererseits bei den Mitarbeitern eine hohe Identifikation mit dem Haus erzeugen.

Die 1989/90er Zäsur konfrontierte die bereits im Krankenhaus Beschäftigten mit einer Vielzahl an sowohl privaten als auch beruflichen Umstellungen und Anforderungen.³⁰ Um die beruflichen und arbeitsorganisatorischen Anforderungen sichtbar und greifbar zu machen, ist es an dieser Stelle hilfreich, die diesbezüglichen Selbstbeschreibungen aus den Interviews heranzuziehen. So wird auf der einen Seite darauf verwiesen, dass die Arbeitsanforderungen höher geworden seien, auf der anderen Seite kristallisiert sich jedoch heraus, dass das eigentliche Problem in der subjektiven Wahrnehmung und in den Deutungsmustern nicht höhere Anforderungen sind, sondern die Andersartigkeit des Arbeitsanforderungsraumes.³¹

Fasst man die entsprechenden Interviewpassagen in ihrem Argumentationspotential begrifflich zusammen, kann die subjektive Wahrnehmung der Veränderungen folgendermaßen zugespitzt werden: *„Von der Selbstorganisation zur empfundenen Reglementierung“*. Mit anderen Worten: die subjektive Unzufriedenheit bezieht sich letztlich nicht auf Arbeitsinhalte, sondern auf wahrgenommene Autonomiespielräume.

Organisationen mit relativ hohen Autonomiespielräumen und einer ausgeprägten Selbstorganisation sind nicht zwingend egalitärer in ihrer inneren Struktur; es sind jedoch oftmals nicht-formelle Kriterien, die zur Herausbildung und Reproduktion nicht-formeller, jedoch oftmals ebenso hierarchischer Strukturen führen. Das bedeutet in der Konsequenz

²⁹ Zitat: „...wir ham ja irgendwie, hier in diesem Krankenhaus zumindest sowieso auf ner friedlichen Insel gelebt.“

³⁰ Diese Prozesse haben Auswirkungen auf vorhandene soziale Identitäten, wie Trommsdorff prognostizierend anmerkt: „In dieser Zeit tiefgreifender sozialer Umbrüche wird es eine Vielzahl von sozialen Beziehungen geben, die plötzlich irrelevant oder gar negativ bewertet werden. Dies bringt erhebliche Probleme der Selbstbeurteilung und Bewertung mit sich und führt zu tiefen Verunsicherungen.“ [Trommsdorff 1995: 140].

³¹ Hierbei darf nicht vergessen werden, dass der gesamtgesellschaftliche Systemumbruch in Ostdeutschland zu einer massiven „Störung“ sogenannter Normalbiographien in beruflicher Hinsicht führte. Eine entsprechende lebensweltliche Einbettung der Mitarbeiter führt vermutlich weiterhin zu derartigen Bezugnahmen auf berufsbiographische Planungen, welche noch im Kontext der DDR erfolgten. Zur Thematik des regulativen Charakter von Normalbiographien vgl. Kulicki [1996].

nunmehr, dass Mitarbeiter im Rahmen vorhandener informeller Hierarchien ebenso Auf- bzw. Abstiege und demzufolge relative Positionen einnehmen können. Ändert sich nunmehr sowohl die formale Rahmenstruktur und insbesondere die formale Hierarchie als auch die sie konstituierenden Kriterien, werden nicht-formale Qualifikationen und nicht-formale Positionen mit hoher Wahrscheinlichkeit entwertet.

Parallel dazu bzw. vorgelagert findet eine Phase von Diskontinuierung statt, die desto dramatischer ist je höher die Identifikation mit dem sich rapide verändernden System war. Die Nischenfunktion des St. Elisabeth/St. Barbara Krankenhauses erzeugte bei den Mitarbeitern eine hohe Identifikation vor 1989/1990. Aus der Perspektive beruflicher Zufriedenheit, die nachgewiesenermaßen einen hohen Beitrag zu allgemeiner (Lebens-) Zufriedenheit darstellt³², findet der dafür relevante Systemwechsel oder Systemumbruch quasi innerorganisatorisch statt.

Bei Organisationen mit dezidierter Nischenfunktion erzeugt der gesamtgesellschaftliche Systemwechsel einen Öffnungsdruck bzw. – aus der rechtlichen Perspektive – einen Öffnungszwang. Die vergleichsweise geringe Differenziertheit der DDR-Gesellschaft und der DDR-Institutionen konfrontiert die Beschäftigten im untersuchten Krankenhaus mit einer wiederum doppelten Anforderung. Einerseits wird die Arbeitsstätte als Organisation durch eine vollkommen neuartige Handlungs- und Entscheidungslogik gerahmt (Verwaltungshandeln und Finanzlogik), in die hinein spezifische Handlungslogiken eingelassen sind (pflegerisches und ärztliches Handeln). Andererseits wird von den Beschäftigten erwartet, dass bestimmte Orientierungen bzw. Handlungsformen, die jenseits dieser offiziellen Handlungslogiken liegen, in andere Lebensbereiche (zurück-)verlagert werden.³³

Kombiniert man diese Beschreibung mit dem Befund einer hohen Identifikation vor 1989/90, kann mit einer gewissen Plausibilität vermutet werden, dass im Verlauf der neunziger Jahre transformationsbedingt Frustrationen und Unsicherheiten bei den entsprechenden Mitarbeitern entstanden sein müssen.

Eine Möglichkeit der Reduktion von Unsicherheit ist der Rückzug auf – vermeintlich – sichere Strukturen. Dies wären im vorliegenden Fall beispielsweise informelle Netzwerke, die die

³² Vgl. Häder/Häder [1995].

³³ Vgl. zur Thematik von institutionellen Logiken [Lepsius 1997].

Möglichkeit des Verbleibs in einer Art verlagerter Nische suggerieren.³⁴ Die damit verbundenen Formen des Rückzuges in nunmehr verkleinerte Nischen – beispielsweise der Stationskontext – setzt eine räumlich andere „wir-die (Anderen)“ Differenz und schafft gleichzeitig die Möglichkeit einer Konservierung vorhandener informeller Statusunterschiede, die sich in den Interviews anhand unterschiedlicher Differenzkriterien ablesen lassen.³⁵

Je nach angewendetem Unterscheidungskriterium werden andere Personen exkludiert bzw. in die eigene Gruppe inkludiert.³⁶ Eine Personengruppe bleibt jedoch in allen Argumentationen des pflegerischen Personals immer (dr)außen: die „Verwaltung“. Mit diesem Begriff wird einerseits die Führungsgruppe („Direktorium“) benannt; andererseits bezeichnet dieser Begriff alle diejenigen Personen, deren Arbeit weder einer pflegerischen noch einer ärztlichen Handlungslogik unterliegt. Die Wahrnehmung einer Differenz zwischen einem selbst und einem Vertreter dieser Gruppe ist als solche nicht unbedingt problematisch. Wenn es jedoch – wie in diesem Fall – zu einer Überlagerung mehrerer Prozesse kommt, kann es im Ergebnis zu einer „Trennungsdynamik“ kommen.

3.5 Repräsentation vorhandener Partikularinteressen im organisatorischen Gesamtkontext

Die Äußerungen und Anmerkungen, die durch Mitglieder des Pflegebereiches – im Unterschied zu den Aussagen der Ärztinnen und Ärzte – gemacht wurden, deuten mit einer gewissen Plausibilität auf einen, subjektiv als sehr dominant wahrgenommenen „Durchgriff“ der Verwaltungs- und Finanzlogik bis in Details der Arbeitsgestaltung auf den Stationen hin.

Selbstredend kann eine Tätigkeit wie diejenige, welche durch Pflegekräfte im Krankenhaus erbracht wird, nicht bis in die kleinsten Ablaufdetails geplant werden; das heißt andererseits, dass die Tätigkeit selbst nur durch „Gebote“ und nicht durch „Verbote“ eine strukturelle Rahmung erfahren darf. Die hierfür notwendigen „Gebotsregeln“ sind Ergebnis des institutionalisierten Konfliktes zwischen den oben skizzierten drei Handlungslogiken. In der formalen Organisation des Krankenhauses findet diese Konfliktabstimmung bzw. temporäre

³⁴ Die Spezifik der Reaktion auf kontextuelle Veränderungen variiert zweifelsohne in Abhängigkeit von individuellen und sozialisatorischen Merkmalen. So merken Becker und Strauss beispielhaft an: „Während die Unternehmenslustigen begierig die neuen Möglichkeiten ergreifen und versuchen, das beste daraus zu machen, halten andere an ihrem Platz fest, so lange es irgend geht.“ [Becker/Strauss 1972: 369].

³⁵ Interviewzitat: „...der alte Stamm ... die halten wirklich zusammen, das ist das Schöne...“. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Interviews in vielerlei Hinsicht Gemeinsamkeiten mit den von Elias und Scotson extrahierten Befunden in ihrer Etablierte/Außenseiter Studie in einer englischen Kleinstadt [Elias/Scotson 1990].

³⁶ Interviewzitat: „Es gibt aber auch viele Leute, die nach ner gewissen Zeit sagen, ich kann nicht mehr, ich mach jetzt krank ...“.

Konfliktlösung in den hierfür vorgesehenen Gremien statt.³⁷ Auf der obersten Ebene ist dies das – in den neunziger Jahren neu etablierte – Direktorium, in dem die obersten „Repräsentanten“ des ärztlichen, pflegerischen und Verwaltungsbereiches derartige Lösungen aushandeln.

Zwei Aspekte sind in diesem Kontext von besonderer Wichtigkeit. Zum Einen müssen alle drei Bereiche in einer bereichskonformen Weise Repräsentation erfahren. Das heißt, die je spezifischen Bereichsinteressen müssen von den Repräsentanten (Verwaltungsdirektor, ärztliche Direktoren, Pflegedienstleitung) eingebracht und vertreten werden. Zum Anderen müssen die Ergebnisse in die jeweilige Bereichslogik rückübersetzt werden.³⁸ Das meint nichts anderes, als dass beispielsweise finanzielle Restriktionen im jeweiligen Bereich interessensspezifisch „abgearbeitet“ werden müssen. So entscheiden die Ärzte selbst, ob Gerät X oder Gerät Y angeschafft wird, wenn für nur ein Gerät Mittel vorhanden sind. Und so muss der Pflegebereich selbst entscheiden, ob bestimmte Pflegetätigkeiten wichtiger sind als andere. Nur wenn die finanzielle Gesamtrahmung des Kontextes „Krankenhaus“ den einzelnen Bereichen größtmögliche Entscheidungs- und Umsetzungsautonomie einräumt, können die Ärzte und die Pflegekräfte ihre spezifische Berufsvorstellung im alltäglichen Handlungsablauf zumindest teilweise umsetzen. Beide Berufsbilder beinhalten zweifelsohne einen nicht unerheblichen Anteil von Autonomievorstellung in Entscheidungssituationen.³⁹ So müssen Krankenschwestern und –pfleger selbst einschätzen, ob in einer bestimmten Situation der Arzt gerufen wird oder nicht; sie müssen ständig Neuordnungen vorhandener Bearbeitungs-Reihenfolgen vornehmen usw.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Übersetzung der Aushandlungen der oberen Führungsebene nicht bereits dort erfolgen kann – zumindest nicht für den Pflegebereich –, sondern auf einer Ebene erfolgen sollte, die stärker in diesem Bereich verankert ist (möglicherweise auch personell).

³⁷ Diese Interaktion unterschiedlicher Handlungslogiken findet im weiteren Gesundheitssystem und den darin handelnden kollektiven Akteuren seine Entsprechung. „Dadurch, daß wichtige sekundäre Organisationen in rechtlich geregelten Verhandlungsbeziehungen stehen und infolge des Finanzierungsmodus für den überwiegenden Teil der Gesundheitsleistungen durch eine monetäre Klammer verbunden sind, erreicht das deutsche Gesundheitssystem einen hohen Grad interner interaktiver Vernetzung, obwohl die Beziehungen zwischen verschiedenen korporativen Akteuren durchaus spannungsgeladen und durch Interessengegensätze gekennzeichnet sind.“ [Mayntz/Rosewitz 1988: 154].

³⁸ So merkt einer der Interviewten an, dass er „eben Arzt und nicht Geschäftsmann“ sein möchte.

³⁹ Zur Problematik vorhandener Rollenkonflikte zwischen bürokratischen und professionellen Orientierungen bei Krankenschwestern sei auf die grundlegenden Anmerkungen von Corwin [1972] verwiesen.

Der Pflegebereich hat in vielerlei Hinsicht im Kontext der beschriebenen drei Funktionslogiken die „schwächste“ Verhandlungsposition. Die finanziellen Restriktionen und die damit verknüpfte Finanzlogik des Verwaltungsbereiches macht diesen Bereich zweifelsohne zum Hauptakteur innerhalb der Gesamtplanung. Die Ärzteschaft besitzt auf der Basis von krankenhausesübergreifenden Status- und Kompetenzzuschreibungen eine starke Verhandlungsposition, die in der konkreten Konfliktsituation wahrscheinlich auch zu Lasten pflegerischer Autonomiespielräume realisiert wird.

Das St. Elisabeth / St. Barbara hat jedoch als konfessionell gebundenes Krankenhaus ein tatsächlich vorhandenes und in den Interviews beschriebenes Interesse an der „Andersartigkeit“ im Vergleich zu anderen Krankenhäusern. Diese Differenzierung bzw. Abgrenzung findet jedoch im Regelfall im und durch den pflegerischen Bereich statt. Insoweit – wobei die folgenden Überlegungen als Skizzierung eines relativ plausiblen Szenarios gelesen werden können – kann unterstellt werden, dass gerade in diesem Krankenhaus ein hohes Interesse an dem „Funktionieren“ des pflegerischen Bereiches im Sinne der Selbstbeschreibung vorhanden ist.

So steht im Zuge der Transformation in den neunziger Jahren der Pflegebereich auch unter einem Anforderungsdruck bezüglich seiner Kapazität der Erzeugung des „gewollten“ Eigenprofils dieses Krankenhauses durch die oberste Führungsebene. Hier bekommen die in den Interviews beschriebenen und subjektiv als solche wahrgenommenen „Durchgriffe“ von „oben bis ganz nach unten“ ihre intentionale Plausibilität. Damit wird jedoch die dilemmatische Situation, in der sich das Krankenhaus befindet, in seinem vollen Ausmaß deutlich.

Alle beteiligten Gruppen haben wahrscheinlich das inhaltlich gleiche Interesse, nämlich die Erhaltung einer Nischenfunktion bzw. Nischenposition des Krankenhauses, wenn auch aus unterscheidbaren Gründen und vor allem mit unterschiedlichen Bezügen.

Während es auf der Führungsebene um den Erhalt eines spezifischen Profils des Krankenhauses im Kontext anderer Krankenhäuser und im Kontext finanzieller Restriktionen geht, handelt es sich im Pflegebereich vor allem um den Erhalt und die Konservierung eines spezifischen Verständnisses der Möglichkeiten von Berufsbild-Umsetzungen.

4 Zusammenfassende Diskussion der beiden Befragungen

Wie bereits an einigen Stellen angedeutet, sind die Ausprägungen der Patientenzufriedenheit in ihrer absoluten Höhe als positiv einzuschätzen. So zeigen sich über alle Bereiche und in fast allen Subeinheiten des Krankenhauses Zufriedenheitswerte, die inhaltlich zwischen „gut“ und „sehr gut“ liegen. Untersucht man die Zufriedenheitseinschätzung im Hinblick auf bereits vorhandene Erfahrungen mit dem St. Elisabeth / St. Barbara Krankenhaus, so zeigen sich keine Signifikanzen. Somit kann mit einer gewissen Plausibilität nicht von einer de facto „Verschlechterung“ der Patientenzufriedenheit ausgegangen werden. Anders ausgedrückt heißt das: Es gibt keinen expliziten Trend zu einer geringeren Zufriedenheit mit dem Krankenhaus.

Auf der Basis durchschnittlich hoher Zufriedenheitswerte und bereichsspezifisch geringer Varianzen in den Urteilen, wirken sich erwartungsgemäß wenige Indikatoren varianzerklärend aus. Zieht man an dieser Stelle die im ersten Teil vorgestellten Erhebungsdimensionen heran, lassen sich folgende Aussagen formulieren. Aus dem Komplex der individuellen Faktoren sind es vor allem die Persönlichkeitsfaktoren, die zu einer Erklärung der Zufriedenheit mit dem Krankenhaus beitragen. Inhaltlich lässt sich festhalten, dass es bestimmte Persönlichkeitstypen gibt, die sich mehr oder minder gut mit dem spezifischen Kontext Krankenhaus und den dort vorgefundenen Verhältnissen arrangieren.

Die Krankenhausspezifischen Faktoren tragen in stärkerem Maße zur Erklärung von Zufriedenheitsvarianz bei. Interessant ist hierbei jedoch, dass die Einschätzung der Hotelleistungen keine signifikante Erklärung für Zufriedenheitsurteile darstellt. Bezüglich des Pflegebereiches, der in den absoluten Einschätzungen ein geringeres Zufriedenheitsniveau zeigte als der ärztliche Bereich, ist es vor allem und zuvorderst die Wahrnehmung und Einschätzung des Arbeitsklimas im vom Patienten wahrgenommenen stationären Kontext, welche den höchsten Erklärungswert für Varianzen in den Zufriedenheiten beinhaltet. Dieser Befund verknüpft in direkter Weise die Ergebnisse der Patientenbefragung und die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung. Genau an dieser Stelle bekommt der Satz: *„wenn der Mitarbeiter zufrieden ist, sind auch die Patienten zufrieden“*, seinen faktischen Beschreibungsgehalt.

Das Arbeitsklima auf den Stationen beinhaltet drei analytisch trennbare Beziehungskonstellationen. Neben den beiden Interaktionszusammenhängen Patient-Arzt und Patient-Pflegepersonal ist es vor allem die Interaktion und Kommunikation zwischen dem Personal. Die ersten beiden Beziehungslinien zeichnen sich im Vergleich zu letzterem vor

allem durch ihre temporäre Flüchtigkeit aus. Das heißt nichts anderes, als dass mit gutem Grund von einer Vorgelagertheit des letzten Verhältnisses ausgegangen werden kann. So kann der Zusammenhangsatz folgendermaßen erweitert bzw. spezifiziert werden: *Wenn die Mitarbeiter sich aufgrund des Arbeitsklimas in ihrem jeweiligen Arbeitskontext wohl fühlen, dann hat das positive Auswirkungen auf das Verhältnis des Personals im Umgang mit dem Patienten, was wiederum die Zufriedenheit des Patienten im Hinblick auf seinen Aufenthalt im Krankenhaus erhöht oder ihn in seiner positiven Ausgangserwartung bestärkt.*

Gerade das Pflegepersonal hat zeitlich und inhaltlich den breitesten Kontakt mit dem Patienten. Das legt die Vermutung nahe, dass die Wahrnehmung innerhalb des Krankenhauses über eine Verringerung der Patientenzufriedenheit durch diesen Kommunikationsfilter „erzeugt“ wurde und wird. Zugespitzt könnte man sagen, dass das Pflegepersonal die Aussagen über eine sich in der Tendenz verringernde Patientenzufriedenheit als einen Hinweis auf die eigene Situation zu nutzen versteht.

Der umgekehrte Schluss, dass das Pflegepersonal die vom Patienten geäußerten Unzufriedenheiten ihnen gegenüber, durch den Hinweis auf die eigene anforderungsreiche Situation quasi zu delegitimieren versteht, würde in der Konsequenz jedoch geringere durchschnittliche Zufriedenheiten erwarten lassen. So erscheint eher die Interpretation plausibel, dass das (Pflege-)Personal in der direkten Interaktion die eigene Situationswahrnehmung kommuniziert.

Dies würde zudem verstehbar machen, warum es von Seiten des Pflegepersonals (und teilweise durch die Ärzteschaft) massive Vorbehalte gegen eine Patientenbefragung im Vorfeld gab. Selbstredend stand das Untersuchungsprojekt unter Motivverdacht, da die Initiative aus dem Bereich der Verwaltung kam. Dies allein erklärt jedoch nicht die Vehemenz des Widerstandes.

In der oben beschriebenen dilemmatischen Situation der beteiligten Akteure nutzen alle Beteiligten die ihnen zur Verfügung stehenden Legitimationsfelder. So kann das Pflegepersonal vor allem auf den ausgezeichneten Zugang zu den Patienten zugreifen, während die Verwaltung hauserterne Restriktionen zur Legitimation eigener Entscheidungen heranziehen kann und die Ärzteschaft unter Rückgriff auf den medizinischen Diskurs Entscheidungsbegründungen erstellt.

So zeigt sich als Anforderung für das Krankenhaus die Überprüfung bisheriger Institutionalisierung von Konfliktlösungen und eine Überarbeitung der vorhandenen

Mechanismen der Rückübersetzung von Direktoriumsentscheidungen in die jeweiligen Bereichskontexte. Nur wenn die Mitarbeiter auf den sogenannten ausführenden Ebenen den Entscheidungen aus ihrem eigenen Berufsbild heraus Legitimation verleihen können, findet mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine (Wieder-)Anbindung an den Arbeitskontext Krankenhaus statt.

Die Situation konfligierender Interessen kann als solche nicht aufgelöst werden; es können immer nur temporäre Lösungen gefunden werden. Entscheidend ist es, dass alle Beteiligten und Betroffenen die jeweiligen Konfliktlösungen nicht im Vorfeld immer schon als vorentschieden wahrnehmen. In welcher konkreten Form die hier gefundene dilemmatische Situation geregelt werden sollte, hängt in hohem Maße von hausinternen Möglichkeiten ab. Eines kann allerdings festgehalten werden: Die vorhandenen Autonomiespielräume im Pflegebereich, erscheinen in der Wahrnehmung der dort Beschäftigten als zu gering. Wer mehr Autonomiespielraum einfordert, hat jedoch – und das ist zweifelsohne ein Ansatz für Einbindungskapazitäten – die Bereitschaft zur berufskonformen Nutzung dieser Autonomiespielräume.

Anhang A: Fragebogen Patientenzufriedenheit

A: ALLGEMEINES

1. Als erstes würden wir gern von Ihnen wissen, was Ihnen allgemein während eines Krankenhausaufenthaltes wichtig ist.

	sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	unwichtig
a) Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf sollten immer vom gleichen Arzt gegeben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ärzte sollten gemeinsam mit mir die Entscheidungen über die weitergehende Behandlung treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Meine Sorgen und Bedenken sollten von den Mitarbeitern des Krankenhauses ernst genommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mein Krankenhausaufenthalt sollte so kurz wie möglich gehalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen sollten in kurzer Zeit durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses sollte immer auf dem neuesten Stand sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Meine Intimsphäre sollte von den Mitarbeitern respektiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Das Essensangebot im Krankenhaus sollte schmackhaft, reichhaltig und abwechslungsreich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Meine Angehörigen sollten mich jederzeit besuchen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Für meine privaten Sorgen und Nöte sollte ein Ansprechpartner vorhanden sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Die Möglichkeiten zur Unterhaltung und Freizeitgestaltung sollten vielseitig sein (z.B. Ausleihmöglichkeiten von Büchern und Zeitschriften).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ein Krankenhaus sollte ein kulturelles Angebot für Patienten bereithalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Im Nachfolgenden möchten wir gern von Ihnen wissen, was Sie speziell von einem Aufenthalt in diesem Krankenhaus erwarten.

	sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	unwichtig
a) Man sollte merken, dass dies ein christliches Krankenhaus ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gerade in diesem Krankenhaus sollten sich die Mitarbeiter über das normale Maß hinaus Zeit für die Patienten nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ein Krankenhaus besteht aus unterschiedlichen Bereichen, mit denen Sie als Patient zu tun haben (ärztlicher Bereich, pflegerischer und Funktionsbereich wie z.B. Röntgen, Labor, EKG, Physiotherapie). Welchen Bereich würden Sie für sich als den oder die wichtigsten bezeichnen?
(Hier können Sie auch mehrere ankreuzen!)

- a) ärztlicher Bereich
- b) pflegerischer Bereich
- c) Funktionsbereich
- weiß nicht

4. Wußten Sie, dass das Krankenhaus über die folgenden Einrichtungen verfügt und haben sie diese genutzt?

	war mir bekannt	habe ich genutzt
a) Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie zufrieden waren Sie mit den einzelnen Bereichen?

	Sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
a) ärztlicher Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pflegerischer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Funktionsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: ÄRZTLICHER BEREICH

6. Zunächst möchten wir wissen, welchen Eindruck Sie speziell vom ärztlichen Bereich und dem ärztlichen Personal während Ihres Krankenhausaufenthaltes gewonnen haben. *[Bitte geben Sie für die folgenden Fragen und Aussagen an, welche Meinung Sie dazu haben!]*

	sehr schlecht	schlecht	teils/teils	gut	sehr gut
a) Ich hatte den Eindruck, die Ausstattung des Krankenhauses mit Ärzten / Ärztinnen war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen, Schwestern und Pflegern klappte...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen usw. von Medikamenten durch den behandelnden Arzt / Ärztin war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Informationsmöglichkeiten für meine Angehörigen über meinen Gesundheitszustand durch die Ärzte / Ärztinnen waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Der Ruf der Ärzte / Ärztinnen in diesem Krankenhaus ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Im Hinblick auf meinen Gesundheitszustand war der Zeitpunkt meiner Entlassung aus dem Krankenhaus, den die Ärzte / Ärztinnen gewählt haben,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kreuzen Sie bei folgenden Aussagen bitte an, was auf Ihren Krankenhausaufenthalt eher zutrifft. (Wenn Sie mit dem erfragten Ereignis keine persönliche Erfahrungen gemacht haben, kreuzen Sie bitte die „weiß nicht“-Kategorie an.)

	selten	häufig	immer	weiß nicht
a) Die Ärzte / Ärztinnen haben sich für mich Zeit genommen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meine Wünsche und Vorstellungen wurden von den Ärzten / Ärztinnen berücksichtigt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bei Fragen war ein Arzt / eine Ärztin für mich zu sprechen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Ärzte / Ärztinnen haben mich umfassend und verständlich über den Krankenhausaufenthalt, meine Krankheit und die Behandlung informiert / aufgeklärt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung Frage 7)	selten	häufig	immer	weiß nicht
e) Ich hatte den Eindruck, die Abstimmung und Zusammenarbeit unter den Ärzten / Ärztinnen funktionierte reibungslos...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich wusste, welcher Arzt / Ärztin für mich zuständig war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Die Ärzte / Ärztinnen haben mich höflich und respektvoll behandelt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Die Ärzte / Ärztinnen machten einen unkonzentrierten und abgelenkten Eindruck, wenn sie sich mit mir beschäftigt haben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Während der Visiten wurde auf meine Fragen, Wünsche oder Bedürfnisse eingegangen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Die Ärzte / Ärztinnen waren mir gegenüber einfühlsam und taktvoll...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) In Entscheidungen über meine Behandlung wurde ich vom behandelnden Arzt / Ärztin mit einbezogen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Es fiel mir schwer, etwas zu verstehen, wenn der Arzt / Ärztin mir etwas erklärte...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ich hatte den Eindruck, die Ärzte / Ärztinnen waren fachlich und medizinisch auf dem neuesten Stand...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Über die Medikamente, die ich nehmen musste bzw. die mir der Arzt / Ärztin verordnete, wusste ich Bescheid...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Über den aktuellen Stand der Behandlung wurde ich vom Arzt / Ärztin auf dem Laufenden gehalten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Angehörige hatten die Möglichkeit, mit dem behandelnden Arzt / Ärztin zu sprechen und sich über meinen Gesundheitszustand zu informieren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ich hatte das Gefühl, in guten Händen zu sein...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Die Gründe für verschiedene Untersuchungen waren für mich nachvollziehbar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Ich hatte das Gefühl, die Ärzte / Ärztinnen haben alles Erdenkliche getan, um meinen Gesundheitszustand zu bessern...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Mir wurden Alternativen zur Behandlung durch den Arzt / Ärztin aufgezeigt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Lesen Sie bitte die folgenden Aussagen durch und kreuzen Sie an, welcher Sie eher zustimmen.

- a) Die Ärzte / Ärztinnen waren immer bemüht, mir ein positives Gefühl zu vermitteln. **ODER** Der Umgang mit den Ärzten / Ärztinnen hinterließ bei mir oft kein gutes Gefühl.
-
- b) Ich hatte ein gutes Vertrauensverhältnis zum Pflegepersonal. **ODER** Das Pflegepersonal war nicht sehr vertrauenswürdig.
-

C: PFLEGERISCHER BEREICH

9. Jetzt möchten wir gern wissen, welchen Eindruck Sie vom Pflegedienst während Ihres Krankenhausaufenthaltes gewonnen haben. *[Bitte kreuzen Sie an, welche Meinung Sie zu den folgenden Aussagen haben!]*

- | | sehr
schlecht | schlecht | teils/teils | gut | sehr gut |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ich hatte den Eindruck, die Ausstattung des Krankenhauses mit Pflegepersonal (Krankenschwestern und -pflegern) war... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Das Arbeitsklima innerhalb des Pflegepersonals war... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mein Eindruck von der Fachkunde des Pflegepersonals ist... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Kreuzen Sie bei folgenden Aussagen bitte an, was auf Ihren Krankenhausaufenthalt eher zutrifft. (Wenn Sie mit dem erfragten Ereignis keine persönliche Erfahrungen gemacht haben, kreuzen Sie bitte die „weiß nicht“-Kategorie an.)

- | | selten | häufig | immer | weiß
nicht |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Über organisatorische Dinge im Krankenhaus (z.B. Tagesablauf, Mahlzeiten, Besuchszeiten usw.) wurde ich durch das Pflegepersonal rechtzeitig und umfassend informiert... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Das Pflegepersonal wirkte abgelenkt und unkonzentriert... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Das Pflegepersonal wirkte gestresst und gehetzt... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Das Pflegepersonal auf meiner Station arbeitete Hand in Hand... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<i>(Fortsetzung Frage 10)</i>	selten	häufig	immer	weiß nicht
e) Das Pflegepersonal stimmte seine Arbeit und seine Aufgaben aufeinander ab...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Es traten Missverständnisse innerhalb des Pflegepersonals auf...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Das Pflegepersonal war einfühlsam und taktvoll...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich wurde durch das Pflegepersonal höflich und zuvorkommend behandelt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Das Pflegepersonal hat sich Zeit für mich genommen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Beschwerden wurden vom Pflegepersonal ernst genommen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Das Pflegepersonal ist so gut es ging auf meine Bedürfnisse und Wünsche eingegangen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ich konnte Vertrauen in das Pflegepersonal haben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ich fühlte mich vom Pflegepersonal auf dieser Station gut umsorgt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ich fühlte mich beim Pflegepersonal auf dieser Station geborgen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Meine Intimsphäre wurde durch das Pflegepersonal respektiert...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Bei Fragen war das Pflegepersonal für mich ansprechbar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Bei Fragen und Problemen hat das Pflegepersonal schnell und umsichtig reagiert...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Für eine individuelle Betreuung fehlte dem Pflegepersonal die Zeit...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Es gab lange Wartezeiten (z.B. beim Verbandswechsel, bei der Verabreichung von Injektionen oder bei der Essensausgabe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Ich hatte den Eindruck, das Pflegepersonal ist gut ausgebildet...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. War für Ihre Betreuung und Pflege pro Schicht hauptsächlich eine bestimmte Pflegekraft zuständig?

- ja
- nein
- weiß nicht

12. Falls ja, fanden Sie das gut?

- | | |
|------------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |
| weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

13. Falls nein, würden Sie es sich wünschen?

- | | |
|------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |
| weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

D: FUNKTIONSBEREICHE

Schließlich interessiert uns, wie es Ihnen in den Funktionsbereichen während des Krankenhausaufenthaltes ergangen ist, sofern Sie damit zu tun hatten. Damit sind EKG, Röntgen, CT (Computertomographie), Laboruntersuchungen usw. gemeint. [Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen bei Ihnen zutreffen.]

14. Ich hatte mit den Funktionsbereichen während meines Krankenhausaufenthaltes zu tun.

- | | | |
|------------|--------------------------|-----------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> | |
| nein | <input type="checkbox"/> | (Bitte weiter mit Frage 18) |
| weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

15. Ich hatte den Eindruck, bei mir wurden zu viele technische Untersuchungen durchgeführt.

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| nein, eher genau richtig | <input type="checkbox"/> |
| nein, eher zu wenige | <input type="checkbox"/> |
| weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

16. Bitte bewerten Sie die folgenden Aspekte.

	mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut
a) Die Aufklärung und Information über den Ablauf der Untersuchungen durch das Personal war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ausstattung des Krankenhauses mit technischen Geräten war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Kreuzen Sie bitte für folgende Aussagen an, was nach Ihren Erfahrungen eher zutrifft.

(Wenn Sie in dem betreffenden Bereich keine persönlichen Erfahrungen gemacht haben, kreuzen Sie bitte die „weiß nicht“-Kategorie an.)

	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
a) Das Personal verstand es, mir die Angst vor den Geräten und Vorgängen (z.B. beim CT, beim Blut abnehmen oder Ähnlichem) zu nehmen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Zusammenarbeit und Absprache der Mitarbeiter im Funktionsbereich mit dem Pflegepersonal verlief reibungslos...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beim Gang zu den diagnostischen Untersuchungen musste ich unterwegs nach dem Weg fragen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Vor den diagnostischen Untersuchungen musste ich durchschnittlich warten...

	bis 5 Min.	bis 15 Min.	bis 30 Min.	mehr als 30 Min.	weiß nicht
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linksherzmessplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Entsprachen die Besuchszeiten Ihren Wünschen?

- ja
- nein
- weiß nicht

20. Die Einweisung in dieses Krankenhaus erfolgte...

- a) durch den Hausarzt
- b) durch den Facharzt
- c) durch den Notarzt/Rettungsdienst
- d) auf Empfehlung von Verwandten/Bekannten
- e) auf ausdrücklichen persönlichen Wunsch

21. Bitte geben Sie Ihre Beurteilung zu den folgenden Aspekten.

	mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut
a) Wie beurteilen Sie die Raumausstattung Ihres Zimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie beurteilen Sie die übrigen Räume Ihrer Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Krankenzimmer und auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wie beurteilen Sie das Essen hinsichtlich Auswahl und Reichhaltigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wie beurteilen Sie die Organisation in den für Sie überblickbaren Bereichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten zur Wahrung Ihrer Privatsphäre vor Mitpatienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Lagen Sie hauptsächlich in einem...

- a) Einzelzimmer (Bitte weiter mit Frage 26)
- b) Zweibettzimmer
- c) Dreibettzimmer
- d) Vierbettzimmer

23. Wie war während Ihres Aufenthaltes Ihr Verhältnis zu anderen Mitpatienten?

- a) sehr schlecht
- b) schlecht
- c) teils/teils
- d) gut
- e) sehr gut

24. Empfinden Sie die Häufigkeit, mit der andere Patienten Besuch empfangen haben, als...

- a) störend
- b) teils / teils
- c) nicht störend

25. Empfinden Sie Lärmbelästigungen, die von Ihren Mitpatienten ausgingen, als...

- a) störend
- b) teils / teils
- c) nicht störend

26. Was hat Ihnen in diesem Krankenhaus am wenigsten gefallen?

27. Was hat Ihnen in diesem Krankenhaus am besten gefallen?

E: FRAGEN ZUM LEBENSUMFELD

28. Nachfolgend möchten wir gern wissen, wie Sie sich selbst einschätzen und beschreiben. Auch wenn es Ihnen schwer fällt, sich zwischen den entgegengesetzten Eigenschaften zu entscheiden, sollten Sie in jeder Zeile nur einen Wert ankreuzen. Damit geben Sie an, welche der beiden Eigenschaften eher zutrifft und in welchem Ausmaß.

Wenn Sie z.B. meinen zwar eher lebhaft als ruhig zu sein aber nicht extrem lebhaft, würden Sie folgendermaßen ankreuzen.

Beispiel: Ich bin eher... 4 3 2 1 0 1 2 3 4

Ruhig	<table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">☒</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	☒	□	□	lebhaft
□	□	□	□	□	□	☒	□	□			

		4	3	2	1	0	1	2	3	4	
a)	leicht zu beunruhigen	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									seelisch stabil
b)	anpassungsbereit	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									eigenwillig
c)	dickfellig	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									feinfühlig
d)	gutgläubig	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									misstrauisch
e)	mit mir zufrieden	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									an mir zweifelnd
f)	ausgeglichen	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									reizbar
g)	angespannt	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									gelassen
h)	zartbesaitet	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									derb
i)	ängstlich-besorgt	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □									unbeschwert

k)	auf Selbstbehauptung bedacht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zur Unterordnung bereit
l)	kritisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nachsichtig
m)	seelisch widerstandsfähig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	seelisch wenig belastbar

29. Wie würden Sie Ihre *allgemeine* gesundheitliche Verfassung einschätzen, wenn Sie einmal von Ihrem Krankenhausaufenthalt und der hinter Ihnen liegenden Behandlung absehen?

- a) sehr schlecht
- b) eher schlecht
- c) teils/teils
- d) eher gut
- e) sehr gut

30. Würden Sie bitte angeben, in welchem Jahr Sie geboren sind?

Bitte Jahr angeben: 19__

31. Sind Sie ...

- a) ein Mann
- b) eine Frau

32. Was ist Ihr Familienstand?

- a) Ich bin verheiratet und lebe mit meinem(r) Ehepartner(in) zusammen
- b) Ich bin verheiratet und lebe von meinem(r) Ehepartner(in) getrennt
- c) Ich bin ledig
- d) Ich bin geschieden

e) Ich bin verwitwet

33. Bitte geben Sie die Postleitzahl des Wohnortes an, wo Sie zu Hause sind.

--	--	--	--	--	--

34. Welcher Konfession gehören Sie an?

a) keiner

b) katholisch

c) evangelisch

d) andere

35. Wie oft gehen Sie im allgemeinen in die Kirche?

a) mehr als einmal in der Woche

b) einmal in der Woche

c) ein- bis dreimal im Monat

d) mehrmals im Jahr

e) seltener

f) nie

36. Was trifft auf Ihre Wohnung zu? Ist sie ...

a) eine Mietwohnung

b) ein gemietetes Einfamilienhaus

c) ein eigenes Einfamilienhaus

d) eine Eigentumswohnung

e) in einem Seniorenheim

37. Wieviel Quadratmeter Wohnfläche hat Ihre Wohnung insgesamt (einschließlich Küche, Bad, Korridor, Balkon)?

ca. _____ m²

38. Wieviele Personen (einschließlich Kinder) leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen? Rechnen Sie bitte jeden dazu, der normalerweise im Haushalt wohnt, auch wenn er zur Zeit abwesend ist, z.B. im Krankenhaus oder im Urlaub.

Die Anzahl bitte hier eintragen: _____

Wieviele davon sind unter 18 Jahre alt?: _____ Personen

39. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- a) noch in der Schulausbildung
- b) Schule ohne Abschluss beendet
- c) Volks- bzw. Hauptschulabschluss
- d) Realschulabschluss
- e) polytechnische Oberschule 8. bzw. 9. Klasse nach 1965
- f) polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- g) Fachschulreife bzw. fachgebundene Hochschulreife
- h) Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule)
- i) einen anderen Abschluss

40. Sind Sie ...

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- a) vollzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr
- b) teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 35 Stunden
- c) in Kurzarbeit
- d) Schüler, Student
- e) Auszubildender
- f) Rentner/Pensionär
- g) im Altersübergang/Vorruhestand
- h) zur Zeit arbeitslos
- i) beschäftigt im Rahmen eines ABM-Projektes
- j) Wehr- bzw. Zivildienstleistender, freiwilliges soziales/ökologisches Jahr
- k) Hausfrau/-mann
- l) zur Zeit im Erziehungsurlaub
- m) aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

41. Welche höchste berufliche Qualifikation besitzen Sie?

- a) noch in der beruflichen Ausbildung/Lehre
- b) keine abgeschlossene Berufsausbildung
- c) Teilfacharbeiter
- d) Facharbeiter
- e) Fachschulabschluss
- f) Hochschulabschluss
- g) Promotion

42. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

- a) ungelernter/angelernter Arbeiter
- b) Teilfacharbeiter
- c) Facharbeiter in der Landwirtschaft
- d) Facharbeiter in der Produktion
- e) Facharbeiter, aber nicht in der Produktion oder der Landwirtschaft
- f) Vorarbeiter
- g) Meister
- h) Meister im Angestelltenverhältnis
- i) Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Schreibkraft)
- j) Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)
- k) Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. Prokurist, Abteilungsleiter)
- l) Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer)
- m) Beamter im einfachen oder mittleren Dienst
- n) Beamter im höheren oder gehobenen Dienst
- o) Selbständiger ohne oder mit bis zu 10 Mitarbeitern
- p) Selbständiger mit 11 und mehr Mitarbeitern
- q) mithelfender Familienangehöriger eines Selbständigen
- r) freiberuflich erwerbstätig

43. Wie hoch ist DAS MONATLICHE Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder zusammen? (Wir meinen dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie auch bitte die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.)

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Einkommensgruppe an, zu der Ihr Haushalt gehört.

- | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 800 DM | <input type="checkbox"/> 2.201 bis 2.400 DM | <input type="checkbox"/> 3.801 bis 4.000 DM |
| <input type="checkbox"/> 801 bis 1.000 DM | <input type="checkbox"/> 2.401 bis 2.600 DM | <input type="checkbox"/> 4.001 bis 4.200 DM |
| <input type="checkbox"/> 1.001 bis 1.200 DM | <input type="checkbox"/> 2.601 bis 2.800 DM | <input type="checkbox"/> 4.201 bis 4.500 DM |
| <input type="checkbox"/> 1.201 bis 1.400 DM | <input type="checkbox"/> 2.801 bis 3.000 DM | <input type="checkbox"/> 4.501 bis 5.000 DM |
| <input type="checkbox"/> 1.401 bis 1.600 DM | <input type="checkbox"/> 3.001 bis 3.200 DM | <input type="checkbox"/> 5.001 bis 5.500 DM |
| <input type="checkbox"/> 1.601 bis 1.800 DM | <input type="checkbox"/> 3.201 bis 3.400 DM | <input type="checkbox"/> 5.501 bis 6.000 DM |
| <input type="checkbox"/> 1.801 bis 2.000 DM | <input type="checkbox"/> 3.401 bis 3.600 DM | <input type="checkbox"/> 6.001 bis 7.000 DM |
| <input type="checkbox"/> 2.001 bis 2.200 DM | <input type="checkbox"/> 3.601 bis 3.800 DM | <input type="checkbox"/> mehr als 7.000 DM |

44. Wie lange dauerte Ihr letzter Aufenthalt im Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara?

_____ Tage

45. Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre in einem Krankenhaus gelegen?
(einschließlich Ihres letzten Aufenthalts)

_____ mal

46. Und wie oft davon handelte es sich dabei um das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara?
(einschließlich Ihres letzten Aufenthalts)

_____ mal

47. Wo befand sich am 30.6.1990 Ihr Hauptwohnsitz?

- a) in den neuen Bundesländern
- b) in den alten Bundesländern
- c) außerhalb von Deutschland

Anhang B: Themenzentrierung der narrativen Interviews

1. Einstieg

1.1 Wie erleben Sie Ihren beruflichen Alltag (Berufsbild, Alltagseindrücke, Tätigkeiten)?

2. Technisch-räumliche Ausstattung

2.1 Wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit?

2.2 Konkretionen: räumliche Situation im Arbeitsbereich; materielle bzw. technische Voraussetzungen

3. Interaktion

3.1 Wie nehmen Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Arbeitsbereich wahr?

3.2 Wie funktioniert darüber hinaus die Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitergruppen?

3.3 Wie würden Sie das Verhältnis zu vorgesetzten und nachgeordneten Mitarbeitern charakterisieren?

3.4 Wie schätzen Sie den Zusammenhalt unter den Kollegen ein?

3.5 Bei längerer Tätigkeit: War das schon immer so?

4. Individualebene

4.1 Was sehen Sie als besondere Anforderungen an Ihren Beruf an? Wie gehen Sie damit um?

4.2 Wie verarbeiten Sie Leiderfahrungen persönlich?

4.3 Bereichsspezifisch: Was meinen Sie, liegt das eher daran, dass Sie kaum direkten Patientenkontakt haben oder eher an Ihren beruflichen Arbeitsinhalten?

4.4 Können Sie in den letzten zehn Jahren Veränderungen im Haus feststellen? Wenn ja, welche wären das?

4.5 Welche Defizite können Sie im Krankenhaus benennen, und welche Lösungen wären für Sie denkbar?

4.6 Welche Stärken können Sie im Krankenhaus benennen?

Literatur

- Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (1997). GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Becker, Howard S.; Strauss, Anselm L. (1972). Karriere, Persönlichkeit und sekundäre Sozialisation. In: Luckmann, Thomas; Sprondel, Michael (Hg.). Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Blum, K. (1998). Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Weinheim/München: Juventa.
- Bock, Marlene (1992). Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte „Tiefeninterview“. In: Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H.P. (Hg.). Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brandstätter, H. (1988). Sechzehn Persönlichkeits-Adjektivskalen (16 PA) anstelle des 16 PF. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, Bd. XXXV, Heft 3/1988: 370-391.
- Corwin, Ronald G. (1972). Krankenschwestern im Rollenkonflikt. In: Luckmann, Thomas; Sprondel, Michael (Hg.). Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Elias, Norbert; Scotson, John L. (1990). Etablierte und Außenseiter. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1988). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Giddens, Anthony (1992). Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt/New York: Campus.
- Goffman, Erving (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Häder, Michael; Häder, Sabine (1995). Turbulenzen im Transformationsprozeß. Die individuelle Bewältigung des sozialen Wandels in Ostdeutschland 1990-1992. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hartmann, Anja K. (2002). Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Heinze, Thomas (2001). Qualitative Sozialforschung – Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München/Wien: R. Oldenbourg.
- Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schrör, Norbert (1999). Das Arbeitsfeld einer hermeneutischen Wissenssoziologie. In: Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schrör, Norbert (Hg.). Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: UVK.
- Honer, Anne (1999). Bausteine zu einer lebensweltorientierten Wissenssoziologie. In: Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schrör, Norbert (Hg.). Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: UVK.
- Kaufmann, Jean-Claude (1999). Das verstehende Interview: Theorie und Praxis. Konstanz: UVK.

- Koll, Christian (2001). Die Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit aus sozialwissenschaftlicher bzw. soziologischer Perspektive. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Kuhlmei, Adelheid; Kleinstück, Birgit; Bansemir, Gerd; Neukirch, Edelgard (1996). Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen. In: Nickel, Hildegard M.; Kühl, Jürgen; Schenk, Sabine (Hg.). Erwerbsarbeit und Beschäftigung im Umbruch. Opladen: Leske+Budrich.
- Kuhlmei, Adelheid; Kleinstück, Birgit; Bansemir, Gerd (1995). Kranken- und Pflegeberufe auf dem Weg in das westliche Gesundheitssystem. In: Lutz, Burkart; Schröder, Harry (Hg.). Entwicklungsperspektiven von Arbeit im Transformationsprozeß. München: Rainer Hampp Verlag.
- Kulicki, Bernhard (1996). Lebensverläufe und Selbstbilder – Die Normalbiographie als psychologisches Regulativ. Opladen: Leske + Budrich.
- Lepsius, M. Rainer (1997). Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien. In: Göhler, Gerhard (Hg.). Institutionenwandel. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Li, Ching Chun (1975). Path Analysis: A Primer. Pacific Grove, Cal.: Boxwood.
- Luhmann, Niklas (1990). Der medizinische Code. In: ders. Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd (1988). Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz, Renate u.a. Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/New York: Campus.
- Meulemann, Heiner (2001). Soziologie von Anfang an. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meulemann, Heiner (1996). Werte und Wertewandel. Zur Identität einer geteilten und wieder vereinten Nation. Weinheim/München: Juventa.
- Neugebauer, Birgit; Porst, Rolf (2001). Patientenzufriedenheit – Ein Literaturbericht. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7.
- Pähle, Katja (2001). Die Wiedergeburt der Klinik – Eine Betrachtung der Institution des Krankenhauses aus Sicht der Arbeiten von Michel Foucault. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Pfadenhauer, Michaela (1999). Rollenkompetenz. Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schrör, Norbert (Hg.). Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: UVK.
- Rohde, Johann Jürgen (1975). Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In: Ritter-Röhr, D. (Hg.). Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S. 167-210.
- Rohde, Johann Jürgen (1967). Probleme des Arztberufes im Krankenhaus. In: Mitscherlich, Alexander u.a. (Hg.). Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin: Kiepenheuer & Witsch.
- Shoemaker, Sydney (1999). Personen und ihre Vergangenheit. In: Quante, Michael (Hg.). Personale Identität. Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh.

- Soeffner, Hans-Georg (1999). Verstehende Soziologie und sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In: Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schrör, Norbert (Hg.). Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: UVK.
- Strauss, Anselm (1994). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliete (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Thumfart, Alexander (2002). Die politische Integration Ostdeutschlands. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Trommsdorff, Gisela (1995). Identitätsprozesse im kulturellen Kontext und im sozialen Wandel. In: Sahner, Heinz (Hg.). Transformationsprozesse in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Turner, Bryan S. (1995). Medical Power and Social Knowledge. London: SAGE Publications.