

**Qualitätsmanagement im Krankenhaus –
Organisationsbindung von Mitarbeitern und
Zufriedenheit von Patienten**

Michael Bayer und Tobias Jaeck

Der Hallesche Graureiher 2006 – 5

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: institut@soziologie.uni-halle.de

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

ISSN 0945-7011

INHALTSVERZEICHNIS

1	<i>Einleitende Bemerkungen</i>	8
2	<i>Analysen und Befunde der Mitarbeiterstudie</i>	9
2.1	<i>Ausschöpfung und Verteilungen der Hintergrundvariablen</i>	9
2.2	<i>Das zentrale Untersuchungskonzept „Organisationsbindung“</i>	11
2.3	<i>Typen der Organisationsbindung</i>	12
2.3.1	Organisationsbindung und Arbeitsplatzperspektiven	14
2.3.2	Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen	15
2.3.3	Verhältnis zu den Vorgesetzten	17
2.4	<i>Das Untersuchungskonzept Berufsbindung</i>	17
2.5	<i>Vergleichsanalyse Organisations- und Berufsbindung</i>	21
2.6	<i>Verhältnis zu den Vorgesetzten und den Mitarbeitern in den einzelnen Bereichen</i>	26
2.7	<i>Berufsperspektiven im Bereichsvergleich</i>	27
2.8	<i>Erklärungsmodelle</i>	28
2.8.1	Erklärung der geringen oder fehlenden Organisationsbindung	28
2.8.2	Erklärung der Organisationsbindungen	31
2.9	<i>Zusammenfassung der Mitarbeiterstudie</i>	33
3	<i>Analysen und Befunde zur Patientenzufriedenheit</i>	34
3.1	<i>Warum Patientenzufriedenheit ?</i>	34
3.2	<i>Das Konzept der Patientenzufriedenheitsbefragung</i>	35
3.3	<i>Univariate Verteilungen</i>	38
3.3.1	Patientenzufriedenheit	38
3.3.2	Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Krankenhaus	41
3.3.3	Zufriedenheit mit dem Krankenhaus nach Stationen	42
3.3.4	Präferenzen während eines Krankenhausaufenthalts	43
3.3.5	Personelle Einflussfaktoren	45
3.3.5.1	<i>Einschätzung der Arbeit im ärztlichen Bereich</i>	45
3.3.5.2	<i>Einschätzung der Arbeit im Pflegebereich</i>	46
3.3.5.3	<i>Einschätzung der Arbeit im Funktionsbereich</i>	47
3.3.5.4	<i>Qualität in den drei Teilbereichen</i>	47
3.3.5.5	<i>Bereichsqualität nach Stationen</i>	48
3.3.6	Materielle Einflussfaktoren	49

3.3.6.1	<i>Beurteilung der Räumlichkeiten der Station</i>	49
3.3.6.2	<i>Raumqualität nach Stationen</i>	50
3.3.7	Individuelle Einflussfaktoren	52
3.3.7.1	<i>Untersuchung der Altersvariable</i>	52
3.3.7.2	<i>Alter nach Stationen</i>	53
3.4	<i>Bivariate Zusammenhänge</i>	53
3.5	<i>Lineare Regressionsanalysen</i>	55
3.5.1	Das Grundmodell	56
3.5.2	Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich	58
3.5.3	Zufriedenheit mit dem Pflegebereich	58
3.5.4	Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich	59
3.6	<i>Logistische Regression</i>	60
3.7	<i>Kurze Extrabetrachtung des Kinderkrankenhauses</i>	62
3.8	<i>Zusammenfassung der Patientenzufriedenheitsstudie</i>	64
4	Anhang	66
4.1	<i>Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara (Mitarbeiterfragebogen)</i>	68
4.2	<i>Befragung der Patienten des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara (Patientenfragebogen)</i>	76
5	Literatur	91

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Rücklaufquoten nach Bereichen.....	9
Tabelle 2:	Familienstand.....	10
Tabelle 3:	Konfessionelle Bindung.....	10
Tabelle 4:	Berufliche Qualifikation.....	10
Tabelle 5:	Mittelwerte der Organisationsbindung (Alle).....	12
Tabelle 6:	Clusterlösung der Faktoren.....	12
Tabelle 7:	Clusterprofile bezüglich „Commitment-Skalen“.....	13
Tabelle 8:	Bereichsverteilung der Clusterlösung.....	14
Tabelle 9:	Einschätzung Berufsperspektiven in ihrer Clusterspezifik.....	15
Tabelle 10:	Zufriedenheit mit den Kollegen in der Clusterspezifik.....	16

Tabelle 11: Einschätzung Kollegen in der Clusterspezifik.....	16
Tabelle 12: Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis in der Clusterspezifik.....	17
Tabelle 13: Berufsorientierungen in der Clusterspezifik	18
Tabelle 14: Faktorenlösung der Berufsorientierungen.....	19
Tabelle 15: Analyse der Faktorenlösung	20
Tabelle 16: Vergleich Organisationsbindung und Berufsbindung.....	21
Tabelle 17: Spezifika der Organisationsbindung	22
Tabelle 18: Organisationsbindung und Einkommen (Alle)	22
Tabelle 19: Organisationsbindung und Einkommen (Unverheiratete).....	23
Tabelle 20: Zusammenhang Organisationsbindung und Einkommen (Bereichsvergleich).....	23
Tabelle 21: Organisationsbindung im Bereichsvergleich.....	24
Tabelle 22: Organisationsbindung und Berufsbindung (Ärzterschaft).....	24
Tabelle 23: Organisationsbindung und Berufsbindung (Pfleger).....	25
Tabelle 24: Organisationsbindung und Berufsbindung (Verwaltung)	25
Tabelle 25: Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis im Bereichsvergleich	26
Tabelle 26: Kollegenverhältnis im Bereichsvergleich	27
Tabelle 27: Berufsperspektiven im Bereichsvergleich.....	28
Tabelle 28: Berufsperspektiven im Qualifikationsvergleich	28
Tabelle 29: Erklärungsmodell Clusterzugehörigkeit	29
Tabelle 30: Erklärung Zugehörigkeit CLUSTER 3	30
Tabelle 31: Erklärung „affektive Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte)	31
Tabelle 32: Erklärung „normative Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte)	32
Tabelle 33: Erklärung „kalkulatorische Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte).....	32
Tabelle 34: Zufriedenheit mit Seelsorge, Sozialdienst und Physiotherapie(im Zeitverlauf)	38
Tabelle 35: Zufriedenheit mit Ärzteschaft, Pflege- und Funktionsbereich (im Zeitverlauf).....	40
Tabelle 36: Korrelationsanalysen bezüglich der Krankenhauszufriedenheit (gesamt)	54
Tabelle 37: Korrelationsanalysen bezüglich der Krankenhauszufriedenheit (bereichsspezifisch)).	55
Tabelle 38: Lineare multivariate Regression mit Krankenhauszufriedenheit als abhängiger Variable	57

Tabelle 39: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im ärztlichen Bereich“ als abhängiger Variable.....	58
Tabelle 40: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im Pflegebereich“ als abhängiger Variable	59
Tabelle 41: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im Funktionsbereich“ als abhängiger Variable.....	59
Tabelle 42: Logistische multivariate Regression.....	60
Tabelle 43: Eintrittswahrscheinlichkeiten nach Stationen.....	61
Tabelle 44: Lineare Regression mit „Zufriedenheit mit dem Kinderkrankenhaus“ als abhängiger Variable	63
Tabelle A1: Clusterprofile.....	66
Tabelle A2: Unabhängige Variablen der linearen Regressionsmodelle.....	67

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Publikationen zur Patientenzufriedenheit im Zeitverlauf.....	34
Abbildung 2: Fragebogenrücklauf nach Stationen (2001 und 2005).....	35
Abbildung 3: Grundmodell zur Patientenzufriedenheit.....	37
Abbildung 4: Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich	39
Abbildung 5: Zufriedenheit mit dem Pflegebereich	40
Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich.....	41
Abbildung 7: Krankenhauszufriedenheit.....	42
Abbildung 8: Krankenhauszufriedenheit nach Stationen.....	43
Abbildung 9: Präferenzen während des Krankenhausaufenthaltes (am wichtigsten)	44
Abbildung 10: Präferenzen während des Krankenhausaufenthaltes (am unwichtigsten).....	44
Abbildung 11: Einschätzung ärztlicher Bereich.....	45
Abbildung 12: Einschätzung ärztlicher Bereich.....	46
Abbildung 13: Einschätzung Pflegebereich	46
Abbildung 14: Einschätzung Funktionsbereich	47
Abbildung 15: Einschätzung der Hauptbereiche (gesamt).....	48
Abbildung 16: Bereichsqualität nach Stationen	49
Abbildung 17: Raumqualität.....	50

Abbildung 18: Raumqualität nach Stationen.....	51
Abbildung 19: Zimmerart nach Stationen	52
Abbildung 20: Alter nach Stationen.....	53
Abbildung 21: Erweitertes Grundmodell der Patientenzufriedenheit.....	56
Abbildung 22: Gesamtmodell zur Patientenzufriedenheit	56
Abbildung 23: Logistische Funktion der Krankenhauszufriedenheit	62

1 Einleitende Bemerkungen

Der vorliegende Forschungsbericht beinhaltet Befunde und Analysen eines Projektes, welches sicherlich keine klassische Grundlagenforschung darstellt. Vielmehr ging es hierbei um den Versuch organisationelles Handeln durch die Anreicherung mit wissenschaftlichem Wissen (in diesem Fall konkret mit soziologischem Wissen) zu komplettieren. Hauptzweck war es also in einem konkreten Krankenhaus einen konkreten Beitrag zu leisten und nicht Aussagen zu formulieren, die für alle Krankenhäuser Gültigkeit beanspruchen. Das heißt jedoch nicht, dass nicht auch derartige Aussagen gemacht werden können, sondern nur, dass wir unsere Untersuchungen nicht im Sinne einer Fallstudie angelegt haben und verstanden wissen wollen.

Diese Vorgehensweise basiert auf der Überzeugung, dass Sozialwissenschaft nicht in einem Elfenbeinturm sitzt und sitzen darf. Dieser Elfenbeinturm wird oftmals abgesichert durch spezifische Kompetenzzuschreibungen, durch vermeintliche Objektivität und durch eine vielbeschworene Werturteilsfreiheit. Alle diese Dinge sind wichtig und richtig, entlasten den Sozialwissenschaftler jedoch nicht von der Aufgabe, dieses in der Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Bereichen und Sphären unter Beweis zu stellen. Ein entscheidendes Kriterium wissenschaftlichen Wissens ist mittlerweile nicht nur dessen Richtigkeit, sondern eben auch seine Nützlichkeit und Brauchbarkeit.¹ Wir wissen aber genauso gut, dass Wissen für die unterschiedlichsten Zwecke verwendet werden kann, und was für den Einen hilfreich ist, schadet vielleicht dem Anderen.

Hier muss man auch als Wissenschaftler Stellung beziehen und seine Forschungen im Hinblick auf Wertstandpunkte reflektieren. Ebenso wie eine Organisation Stellung beziehen muss über ihre Ziele und Werte. Die Wissenschaft kann sich in diese Entscheidungen und Stellungnahmen nicht einmischen, sie kann und muss diese jedoch im Blick behalten, um zu wissen an was sie mitarbeitet, nur dann handelt es sich tatsächlich um verantwortliche Wissenschaft. Diese Vorbemerkungen beinhalten insofern auch eine Begründung, warum wir dieses Forschungsprojekt durchgeführt haben: weil wir der Ansicht waren und sind, dass es sich um eine sinnvolle Forschung handelt.

Das Forschungsprojekt hatte zwei empirische Schwerpunkte, die jedoch auf der inhaltlichen Ebene ineinander greifen. Einerseits fand eine Replikationsstudie zur Patientenzufriedenheit statt (die Erststudie wurde 2001 durchgeführt) und andererseits führten wir eine Befragung der Mitarbeiter des Krankenhauses durch, die in ihrem Kern das Konzept von „Organisations- und Berufsbindung“ umsetzte. Im Jahr 2001 wurden parallel zur damaligen Patientenbefragung einige qualitative Interviews mit Mitarbeitern durchgeführt, die jedoch von ihrer Konzeption als Ergänzung der Patientenstudie angelegt waren und keinen eigenständigen Untersuchungsschwerpunkt bildeten (vgl. Bayer 2002).

¹ Die diesbezüglichen Überlegungen von Hannah Arendt (2000) zur Möglichkeit und Unmöglichkeit eines „archimedischen Punktes“ sind nach wie vor lesens- und bedenkenswert.

2 Analysen und Befunde der Mitarbeiterstudie

2.1 Ausschöpfung und Verteilungen der Hintergrundvariablen

Bevor in den folgenden Kapiteln detaillierte Analysen zu den zwei Untersuchungsschwerpunkten (1) Personen mit geringer Organisationsbindung und (2) Spezifika der Bereiche vorgestellt werden, werden in den unten stehenden Tabellen einige Rahmendaten der Untersuchungsgruppe(n) präsentiert. Die Befragung der Mitarbeiter war prinzipiell als eine Vollerhebung von insgesamt 1.028 Personen geplant.² Mit 258 ausgefüllten Fragebögen erzielten wir eine Ausschöpfung von ca. 25 Prozent, was als ausreichend gelten kann. Differenziert man diesen Rücklauf nach vier Gruppen: (1) Ärzteschaft, (2) Pflegende, (3) Verwaltung, Organisation, Funktionsbereiche und (4) Auszubildende (Pflege), dann zeigt sich die in der folgenden Abbildung dargestellte Verteilung.

Tabelle 1: Rücklaufquoten nach Bereichen³

	Anzahl in der GG	Anzahl in den Daten	Ausschöpfung
Ärzteschaft	148	44	30%
Pflegende	466	96	21%
Verwaltung und Funktionsdienste	297	65	22%
Auszubildende	117	43	37%

Für die inhaltlichen Analysen von Organisations- und Berufsbindung wird die Gruppe der Auszubildenden aus der Analyse ausgeschlossen, da nicht davon ausgegangen wurde, dass diese über bereits stabile Bindungen verfügen.⁴ Die Verteilung nach Geschlecht in den Daten (ca. 16% Männer) entspricht ungefähr der Verteilung über alle Mitarbeiter (ca. 20% Männer). In den folgenden Tabellen sind einige der soziodemographischen Verteilungen dargestellt, die bei den späteren Analysen Verwendung finden.

² Die genaueren Erhebungsmodalitäten sahen wie folgt aus: Die Mitarbeiter erhielten zusammen mit ihren Lohnabrechnungen Ende Oktober 2005 einen Fragebogen, den sie in der Poststelle des Krankenhauses abgeben konnten, wo er von Mitarbeitern des soziologischen Instituts abgeholt wurde.

³ Insgesamt konnten 10 Fragebögen keinem der Bereiche zugeordnet werden, da keine diesbezügliche Angabe im Fragebogen gemacht wurde. Die Rücklaufquoten innerhalb der dritten Gruppe variieren sehr stark, wobei die Gruppengröße der Subgruppen teilweise sehr klein ist, so dass u.a. aus Anonymitätsgründen nur mit den dargestellten Gruppen gearbeitet wird.

⁴ In durchgeführten Analysen mit dieser Gruppe zeigte sich, dass die Itemskala zur Organisationsbindung zu keiner vernünftigen Faktorenlösung führte, sich vielmehr eine bei weitem größere Anzahl an Faktoren als möglich zeigte.

Tabelle 2: Familienstand

	Anzahl	Prozent
Verheiratet	123	49,6
Ledig	108	43,5
Geschieden/verwitwet	17	6,9
N	248	100

Tabelle 3: Konfessionelle Bindung

	Anzahl	Prozent
Katholisch	72	29,3
Protestantisch	58	23,6
Andere	5	2,0
Keiner	111	45,1
N	246	100

Tabelle 4: Berufliche Qualifikation

	Anzahl	Prozent
In Ausbildung	43	17,4
Keine abgeschlossene Ausbildung	3	1,2
Facharbeiter	31	12,6
Fachschule	102	41,3
Hochschule	42	17
Promotion	26	10,5
N	247	100

2.2 Das zentrale Untersuchungskonzept „Organisationsbindung“

Im Zentrum der Mitarbeiterstudie stand das Konzept des organisationalen Commitments, welches auf Untersuchungen von Meyer und Allen (1984; 1990) zurückgeht⁵ und für den Einsatz in deutschsprachigen Untersuchungen von Felfe u.a. (2005) überarbeitet wurde. Hinter dem Konzept der Organisationsbindung stehen theoretische Überlegungen, in denen davon ausgegangen wird, dass es sich bei Organisationsbindung um ein mehrdimensionales Konzept handelt. Ausgehend von einer Itematterie sollten sich idealerweise drei Bindungsdimensionen identifizieren lassen, die als „affektive Bindung“, „kalkulatorische Bindung“ und „normative Bindung“ bezeichnet werden.

Neben der Organisationsbindung wird als ein zweites (ebenfalls mehrdimensionales) Konstrukt die Berufsbindung erfasst und in ihren Zusammenhängen mit der Bindung an die Organisation untersucht. Im Gegensatz zu Letzterer (in unserem Fall als Bindung an das Krankenhaus operationalisiert) drückt die Berufsbindung aus, in welchem Maße und wie die Personen eine Bindung zu ihrem (erlernten) Beruf besitzen. In den Analysen interessierten uns zwei Hauptfragen:

Gibt es Personen/Gruppen deren Bindung an die Organisation als gering bezeichnet werden kann?

Welche inhaltlich interessanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen lassen sich in Bezug auf Organisations- und Berufsbindung aufzeigen?

In einem ersten Schritt wurde untersucht, inwieweit sich in den erhobenen Daten die in der Literatur angeführte Dimensionsstruktur reproduziert. Dieser Test wurde mit dem Verfahren der Faktoranalyse durchgeführt und ergab, dass sich „Organisationsbindung“ in der exakt gleichen Struktur in unseren Daten wiederfindet. Dies stellt eine Bestätigung der Brauchbarkeit des Konzeptes dar und verleiht den folgenden Analysen eine gesicherte Ausgangsbasis. So konnten drei inhaltlich unterscheidbare Formen der Organisationsbindung gefunden werden, die sich inhaltlich folgendermaßen charakterisieren lassen:

Faktor 1 (affektive Bindung): Gekennzeichnet durch Akzeptanz und Identifikation mit den Werten und Zielen der Organisation; die Bereitschaft sich für die Organisation einzusetzen; der Wunsch in der Organisation zu verbleiben.

Faktor 2 (normative Bindung): Moralische Wertvorstellungen prägen die Bindung an die Organisation (Loyalität und Treue).

Faktor 3 (kalkulatorisch-rationale Bindung): Abwägen bisheriger Investitionen und zu erwartendem Nutzen.

Dies lässt sich in einer prägnanten Weise folgendermaßen notieren: Personen mit affektiver Bindung halten diese aufrecht, weil sie es wünschen und wollen, solche mit kalkulatorisch-

⁵ Die ersten Vorarbeiten finden sich bereits bei Becker (1960). Eine weitergehende Konzeption findet sich bei Meyer u.a. (2004)

rationaler Bindung, weil es vernünftig ist oder sie es aufgrund mangelnder Alternativen müssen. Personen mit einer normativer Bindung halten diese aufrecht, weil sie sich verpflichtet fühlen (vgl. Felfe u.a. 2005). Betrachtet man nunmehr die Ausprägung der drei zu unterscheidenden Bindungsarten über alle Befragten⁶, so zeigt sich folgende Mittelwertverteilung:

Tabelle 5: Mittelwerte der Organisationsbindung (Alle)⁷

	Mittelwert
Skala „affektives Commitment“	3,9
Skala „normatives Commitment“	2,7
Skala „kalkulatorisches Commitment“	3,4

Wie aus der Literatur bekannt zeigt sich die affektive Bindungskomponente insgesamt als die am stärksten ausgeprägte, während ein Verbleib aus rein normativer Bindung die geringste Verankerung besitzt.

2.3 Typen der Organisationsbindung

Zur Beantwortung der oben notierten Frage nach Personen/Gruppen, die eine relativ geringe Bindung an die Organisation haben, wurde eine sogenannte Clusteranalyse als Vorgehensweise für die genauere Untersuchung gewählt. Clusteranalysen, als ein typisches exploratives Verfahren, ermöglichen es, Befragten Gruppen zu identifizieren, die ein ähnliches Profil in Bezug auf ein zu untersuchendes Phänomen besitzen. Als statistisch gut begründbar ergab sich eine Lösung mit vier unterscheidbaren Clustern. Deren Profil im Hinblick auf die Faktoren der Organisationsbindung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6: Clusterlösung der Faktoren⁸

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
Faktor 1 (affektiv)	.30	.74	-1.47	.08	0
Faktor 2 (normativ)	1.20	-.39	-.03	-.74	0
Faktor 3 (kalkulatorisch)	.29	-1.02	-.59	.75	0
N	53	41	35	63	

⁶ Hier wie im Folgenden ohne Auszubildende.

⁷ Die Skala variiert hierbei von 1: gering bis 5: sehr stark.

⁸ Die Werte sind wie folgt zu lesen: positive Werte zeigen an, dass das Item positiv zur Charakterisierung des Clusters beiträgt. Werte, die am Nullpunkt liegen zeigen eine Neutralität an und negative Ausprägungen zeigen an, dass das Nichtvorhandensein dieses Items den Cluster inhaltlich prägt.

Für eine inhaltlich sinnvolle Beschreibung und Charakterisierung der ermittelten Cluster werden in der folgenden Tabelle die Mittelwerte der Clusterangehörigen über die Bindungsskalen aufgeführt.

Tabelle 7: Clusterprofile bezüglich „Commitment-Skalen“

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
Skala „affektives Commitment“	4,4 (+0,5)	4,2 (+0,3)	2,5 (-1,4)	3,9 (+/-0)	3,9
Skala „normatives Commitment“	4,1 (+1,4)	2,4 (-0,3)	2,0 (-0,7)	2,2 (-0,5)	2,7
Skala „kalkulatorisches Commitment“	4,2 (+0,8)	2,5 (-0,9)	2,6 (-0,8)	3,9 (+0,5)	3,4

Auf der Grundlage der Mittelwertverteilung lässt sich folgende Charakterisierung vornehmen (die natürlich nur orientierenden Charakter besitzt):

Cluster 1: Insgesamt hohe Bindungswerte auf allen drei Dimensionen mit besonderer Deutlichkeit (v.a. relativ) bei der normativen Bindungsdimension.

Cluster 2: Insgesamt sehr durchschnittliches Profil mit einer positiven Prägung im Bereich der affektiven Bindung.

Cluster 3: Insgesamt ein deutlich gering gebundenes Cluster mit stark negativer Abweichung bezüglich der affektiven Bindungsdimension.

Cluster 4: Insgesamt sehr durchschnittliches Profil mit einer positiven Ausprägung im Bereich der kalkulatorischen Bindung.

Die Vermutung liegt sicherlich nahe, dass das Ausmaß (und möglicherweise auch die Art) mit der Dauer der Organisationszugehörigkeit variiert. Dies lässt sich in den Daten jedoch nicht zeigen. Ebenso, und dies verweist auf die Besonderheiten eines konfessionellen Krankenhauses, könnte ein Zusammenhang zwischen Konfession bzw. Religiosität und (zumindest) der affektiven Bindung (also der Übereinstimmung mit Werten und Zielen der Organisation) angenommen werden, der sich jedoch ebenfalls nicht nachweisen lässt.

Derartige nicht vorhandenen, jedoch vermuteten Zusammenhänge sind sicherlich ebenso interessant wie die dann tatsächlich nachweisbaren Zusammenhänge. Was sich jedoch zeigen lässt ist, dass es eine spezifische Verteilung der Angehörigen der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche des Krankenhauses in den jeweiligen Clustern gibt.

Tabelle 8: Bereichsverteilung der Clusterlösung

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	N / %
Ärzeschaft	7,8	55,0	28,6	10,2	42 / 22,7
Pflegende	51,0	20,0	51,4	55,9	85 / 46,0
Med. Funktionsbereiche	15,7	12,5	5,7	13,5	23 / 12,4
Verwaltung / verwaltungsnahe Funktionsbereiche	25,5	12,5	14,3	20,3	35 / 18,9
N	51	40	35	59	185

Es zeigt sich deutlich, dass in Cluster 1 die Ärzteschaft stark unterrepräsentiert ist, während alle anderen Bereiche und hier insbesondere die Verwaltung überrepräsentiert sind. Da dieses Cluster über die höchsten Bindungen insgesamt verfügt ist dies ein erster Hinweis auf die Organisationsgebundenheit der Ärzteschaft, was im nächsten Abschnitt noch weiter ausgeführt werden wird. Cluster 2 hingegen ist v.a. durch die starke Überrepräsentanz von Ärztinnen und Ärzten geprägt, während sowohl Pflegende als auch Verwaltungsbereich unterrepräsentiert sind. Cluster 3, als dasjenige Cluster, welches oben durch durchgängige geringe Bindung gekennzeichnet wurde, zeigt Überrepräsentanzen bei Ärzten und Pflegenden. Cluster 4 gleicht in den Repräsentanzen wiederum Cluster 1.

2.3.1 Organisationsbindung und Arbeitsplatzperspektiven

Eine geringe Bindung an die konkrete Organisation könnte, so zumindest eine nahliegende Vermutung, mit den subjektiv wahrgenommenen Berufs- und Arbeitsplatzcharakteristiken zu tun haben. So wäre die Hypothese zu prüfen, ob die geringe Bindung an die Organisation, die wir in Bezug auf Cluster 3 ermittelt haben, sich durch deutlich negativere Zukunftsaussichten erklären lässt.

Hierzu sind die entsprechenden Zusammenhänge als Mittelwertvergleiche aufgeführt.

Tabelle 9: Einschätzung Berufsperspektiven in ihrer Clusterspezifität⁹

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
a) Der Gedanke, meine Arbeitsstelle zu verlieren, macht mir Sorgen.	4,2	3,5	4,1	4,4	4,1
b) Die Vorstellung, meine Arbeitsstelle zu verlieren, belastet mich.	3,8	2,8	3,4	3,7	3,5
c) Der Gedanke, meine Arbeitsstelle zu verlieren, ängstigt mich	3,5	2,6	3,2	3,6	3,3
d) Meine Arbeitsstelle ist sicher.	3,2	3,7	3,0	3,0	3,2
e) Ich schätze meine Karriere als sicher ein.	3,2	3,7	2,8	2,8	3,1
f) Ich habe Gewissheit über Beförderungsmöglichkeiten in den nächsten Jahren.	2,4	2,7	1,7	2,0	2,2
g) Meiner Meinung nach behalte ich in naher Zukunft meine Arbeitsstelle.	4,3	4,7	4,1	4,2	4,3
h) Meiner Meinung nach werde ich langfristig an meinem jetzigen Arbeitsplatz beschäftigt.	3,8	4,1	3,0	3,6	3,7
i) Ich sehe der Einführung neuer Technologien mit Zuversicht entgegen.	4,7	4,9	4,3	4,6	4,7
j) Meine Arbeitsstelle ist mir in jeder Hinsicht sicher	3,1	3,3	2,3	2,4	2,8

Cluster 2 zeichnet sich durch eine deutlich "positivere" Wahrnehmung der Sicherheit der eigenen Arbeitsstelle sowie die Karrieremöglichkeiten der nächsten Zeit aus, als der Durchschnitt aller Befragter. Cluster 3 zeigt bei drei der Items Ausprägungen, die 0,5 oder mehr vom Mittelwert abweichen. Es lässt sich jedoch keine deutliche Aussage hieraus formulieren. Sicherlich ist die subjektiv wahrgenommene Berufs- und Arbeitsplatzperspektive der Angehörigen des dritten Clusters negativer als in den übrigen Clustern (dies kann als eine Bestätigung der Hypothese angenommen werden); insgesamt scheint dieses Konzept jedoch nicht die Besonderheiten des Clusters auszudrücken.

2.3.2 Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen

Betrachtet man hingegen die Zusammenhänge mit der Einschätzung der Kollegen, dann zeigt sich tatsächlich ein signifikanter Zusammenhang.

⁹ Grau schraffierte Flächen zeigen diejenigen Ausprägungen an, die 0,5 oder mehr negativ vom Mittelwert über alle Gruppen abweichen.

Tabelle 10: Zufriedenheit mit den Kollegen in der Clusterspezifität¹⁰

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen?	2,1 (-0,1)	1,8 (-0,4)	3,2 (+1,0)	2,8 (+0,6)	2,2

Wie deutlich ersichtlich ist die Zufriedenheit mit den Kollegen in Cluster 3 am geringsten, mit einer Abweichung vom Gesamtmittelwert von einer ganzen Note. Um diesen Befund zu erhärten ist in der folgenden Tabelle (Tab. 11) ein vertiefender Mittelwertvergleich für die differenzierteren Einschätzungen der Kollegen aufgeführt. Die Zahlen in der Klammer zeigen wiederum die Abweichung vom Mittelwert über alle.

In der letzten Zeile sind die durchschnittlichen Abweichungen vom Mittelwert aufgeführt. Hier zeigt sich, dass das Cluster 3 im Durchschnitt um eine halbe Note vom Mittelwert abweicht. Betrachtet man die einzelnen Rubriken, so zeigt sich insbesondere bei vier Items eine Abweichung von mehr als einer halben Note: „**zerstritten**“, „**sympathisch**“, „**guter Zusammenhalt**“ und „**faul**“. Verbalisiert heißt dies: Die Angehörigen des Clusters 3 empfinden ihre Kollegen überdurchschnittlich oft als **faul** und **zerstritten**; hingegen sehen sie diese unterdurchschnittlich als **sympathisch** an und sehen den **Zusammenhalt** auch nicht als gut an.

Tabelle 11: Einschätzung Kollegen in der Clusterspezifität¹¹

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
a) stur	1,9 (-0,1)	1,7 (-0,3)	2,3 (+0,3)	2,0 (+/-0)	2,0
b) hilfsbereit	4,1 (+/-0)	4,2 (+0,1)	3,8 (-0,3)	4,1 (+/-0)	4,1
c) zerstritten	2,0 (-0,1)	1,6 (-0,5)	2,9 (+0,8)	2,2 (+0,1)	2,1
d) sympathisch	3,9 (+0,1)	4,1 (+0,3)	3,2 (-0,6)	3,6 (-0,2)	3,8
e) unfähig	1,6 (-0,1)	1,6 (-0,1)	2,0 (+0,3)	1,7 (+/-0)	1,7
f) guter Zusammenhalt	3,8 (+0,3)	3,7 (+0,2)	2,8 (-0,7)	3,3 (-0,2)	3,5
g) faul	1,7 (+/-0)	1,6 (-0,1)	2,3 (+0,6)	1,7 (+/-0)	1,7
g) angenehm	3,8 (+/-0)	4,1 (+0,3)	3,3 (-0,5)	3,7 (-0,1)	3,8
Durchschnittliche Abweichung vom Mittel	0,09	0,24	0,49	0,08	

¹⁰ Die zugrundeliegende Antwortskala variiert hierbei von: 1 „sehr zufrieden“ bis 5 „sehr unzufrieden“.

¹¹ Die zugrundeliegende Antwortskala lautet: 1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“. In den Zellen findet sich die Abweichung vom Gesamtmittelwert (letzte Spalte) in den Klammernausdrücken.

2.3.3 Verhältnis zu den Vorgesetzten

Krankenhäuser besitzen wie alle derartigen Organisationen hierarchische Strukturierungen. Diese manifestieren sich dann auf der alltäglichen Handlungsebene in Verhältnisse von Vorgesetzten und Untergebenen, die sich auf unterschiedlichen Hierarchieebenen wiederfinden. Nachdem im vorigen Abschnitt das Verhältnis zu den Kollegen insgesamt analysiert und in seinen Zusammenhängen dargestellt wurde, ist dieser Abschnitt dem speziellen Verhältnis von Untergebenen zu ihren Vorgesetzten gewidmet.

Zur Messung dieser sozialen Beziehung wurde auf ein Standardkonzept zurück gegriffen: der deutschen „Leader-Member Exchange Skala“. Die dazugehörige Itematterie kann im Fragebogen (siehe Anhang) nachgelesen werden. Die insgesamt zwölf Items repräsentieren vier Subskalen: Zuneigung, Loyalität, fachlicher Respekt und wahrgenommenes Engagement. Die entsprechenden Verteilungen bezüglich der vier Cluster sowie über alle Befragten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 12: Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis in der Clusterspezifität¹²

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
Zuneigung	4,40	4,37	3,16	4,45	4,2
Loyalität	4,05	4,11	3,45	4,03	4,0
Fachlicher Respekt	5,49	5,54	4,20	5,25	5,2
Wahrgenommenes Engagement	5,14	4,55	3,49	3,97	4,3
Gesamtskala	4,77	4,64	3,57	4,43	4,4
Abweichung vom Mittel in der Gesamtskala	0,37	0,24	0,83	0,03	

Es zeigen sich deutliche Besonderheiten in Cluster 3: Bei allen Subskalen und der Gesamtskala liegen die Ausprägungen deutlich unter dem Mittelwert über alle Befragten. Als ein Kennwert ist die Abweichung vom Durchschnittswert der Gesamtskala angeführt (0,83). Das heißt inhaltlich, dass die Angehörigen des Cluster 3 den/die Vorgesetzte sowie das Verhältnis zu diesem/dieser deutlich schlechter einschätzen, als die Angehörigen der übrigen Gruppen.

2.4 Das Untersuchungskonzept *Berufsbindung*

Neben dem oben eingeführten Konzept der Organisationsbindung wurde als eine zweite Bindungsart die Berufsbindung in unserer Untersuchung erhoben. Da diese sowohl vom theoretischen Hintergrund, als auch von den zu ermittelnden Dimensionen dem Konzept der Organisationsbindung entspricht, wird hier auf eine entsprechende Wiederholung verzichtet. Der

¹² Die Antworten können hierbei zwischen 1 „stimme gar nicht zu“ und 7 „stimme völlig zu“ variieren.

Vollständigkeit halber wird in der folgenden Tabelle ein Mittelwertvergleich der Itematterie zu den Berufsorientierungen, differenziert nach Clusterzugehörigkeit vorgestellt.

Tabelle 13: Berufsorientierungen in der Clusterspezifik

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Beruf verbringen zu können	4,8	4,5	4,1	4,6	4,5
b) Ich bin stolz darauf, dass ich in diesem Beruf arbeite.	4,8	4,5	4,3	4,5	4,5
c) Meine jetzige Tätigkeit macht mir Spaß.	4,8	4,5	4,0	4,6	4,5
d) Ich würde mir wünschen, meine jetzige Tätigkeit auch in Zukunft auszuüben.	4,8	4,4	4,0	4,6	4,5
e) Zuviel in meinem Leben würde durcheinander geraten, wenn ich den Beruf jetzt wechseln würde.	4,5	3,4	3,1	4,0	3,9
f) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.	4,2	2,4	2,5	2,9	3,1
g) Ich habe schon zuviel in diesen Beruf investiert, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.	4,2	3,0	3,0	3,5	3,5
h) Ich werde weiterhin in meinem Beruf arbeiten, weil es keine Alternative für mich gibt.	3,5	2,2	2,3	3,0	2,8
i) Ich finde, dass man seinem Beruf treu bleiben sollte.	3,9	2,7	2,6	2,8	3,1
j) Ich habe schon zu viel in meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich investiert, um noch an eine Neuorientierung zu denken.	3,8	2,6	2,5	2,9	3,0
k) Ich glaube es wäre nicht richtig, meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich zu verlassen, auch wenn ich selbst Vorteile davon hätte.	3,6	2,4	2,2	2,4	2,7
l) Es ist für mich von großer Bedeutung, gerade diesen Beruf auszuüben.	4,2	4,0	3,5	3,9	3,9
m) Es wäre mit zu vielen Nachteilen verbunden, in meinem Beruf einen anderen Aufgaben- oder Tätigkeitsbereich zu übernehmen.	3,3	2,3	2,3	2,5	2,6
n) Mit meiner Tätigkeit kann ich mich identifizieren.	4,5	4,7	4,1	4,7	4,6
o) Ich denke, dass ich meine Wertvorstellungen in meiner Tätigkeit verwirklichen kann.	4,3	4,6	3,7	4,4	4,3
p) Es macht keinen guten Eindruck, den Beruf zu wechseln.	2,9	1,6	1,7	1,8	2,0

Im Gegensatz zu dem, was man in der entsprechenden Literatur findet, lässt sich mit unseren Daten keine stabile Drei-Faktoren-Lösung reproduzieren. Vielmehr zeigt sich, dass in den erhobenen Daten die Berufsorientierungen in zwei Dimensionen diskriminieren. Die entsprechende Faktorenlösung ist mit den Itemzuordnungen in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 14: Faktorenlösung der Berufsorientierungen¹³

	Faktor 1	Faktor 2
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Beruf verbringen zu können	,788	,179
b) Ich bin stolz darauf, dass ich in diesem Beruf arbeite.	,789	,161
c) Meine jetzige Tätigkeit macht mir Spaß.	,761	,070
d) Ich würde mir wünschen, meine jetzige Tätigkeit auch in Zukunft auszuüben.	,739	,228
e) Zuviel in meinem Leben würde durcheinander geraten, wenn ich den Beruf jetzt wechseln würde.	,186	,694
f) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.	,100	,647
g) Ich habe schon zuviel in diesen Beruf investiert, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.	,315	,687
h) Ich werde weiterhin in meinem Beruf arbeiten, weil es keine Alternative für mich gibt.	-,156	,632
i) Ich finde, dass man seinem Beruf treu bleiben sollte.	,318	,627
j) Ich habe schon zu viel in meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich investiert, um noch an eine Neuorientierung zu denken.	,150	,789
k) Ich glaube es wäre nicht richtig, meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich zu verlassen, auch wenn ich selbst Vorteile davon hätte.	,201	,707
l) Es ist für mich von großer Bedeutung, gerade diesen Beruf auszuüben.	,713	,287
m) Es wäre mit zu vielen Nachteilen verbunden, in meinem Beruf einen anderen Aufgaben- oder Tätigkeitsbereich zu übernehmen.	,179	,615
n) Mit meiner Tätigkeit kann ich mich identifizieren.	,803	,090
o) Ich denke, dass ich meine Wertvorstellungen in meiner Tätigkeit verwirklichen kann.	,731	,056
p) Es macht keinen guten Eindruck, den Beruf zu wechseln.	,081	,724

¹³ Die Graumarkierungen der Zellen zeigen die entsprechende Zuordnung zu den Faktoren an.

Der erste Faktor reproduziert exakt den affektiven Berufsbindungsfaktor, der in der Literatur notiert wird. Hingegen beinhaltet der zweite Faktor alle übrigen Items, die in den berichteten Untersuchungen in zwei getrennte Faktoren eingingen (kalkulatorisch und normativ).

Der Einfachheit halber (und weil es mit den vorhandenen Informationen praktisch unmöglich wäre) arbeiten wir mit der folgenden inhaltlichen Beschreibungen weiter:

FAKTOR 1: affektiv begründete Bindung an den eigenen Beruf.

FAKTOR 2: kalkulatorisch-normativ begründete Bindung an den eigenen Beruf (vorläufige Beschreibung). Betrachtet man in einem Mittelwertvergleich die Ausprägungen der kalkulatorischen und der normativen Items, dann wird deutlich, dass der eigene Beruf weniger unter normativen Gesichtspunkten wahrgenommen und beschrieben wird als unter affektiven und kalkulatorischen. Zum besseren Nachvollzug ist die entsprechende Verteilung in der folgenden Tabelle dargestellt.

Um diese Annahme plausibel zu machen ist in der folgenden Tabelle ein Mittelwert bezüglich der Itemzustimmungen aufgeführt.

Tabelle 15: Analyse der Faktorenlösung

	Affektiv	Kalku- latorisch	Normativ
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Beruf verbringen zu können	4,5		
b) Ich bin stolz darauf, dass ich in diesem Beruf arbeite.	4,5		
c) Meine jetzige Tätigkeit macht mir Spaß.	4,5		
d) Ich würde mir wünschen, meine jetzige Tätigkeit auch in Zukunft auszuüben.	4,5		
e) Zuviel in meinem Leben würde durcheinander geraten, wenn ich den Beruf jetzt wechseln würde.		3,9	
f) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.			3,1
g) Ich habe schon zuviel in diesen Beruf investiert, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.		3,5	
h) Ich werde weiterhin in meinem Beruf arbeiten, weil es keine Alternative für mich gibt.		2,8	
i) Ich finde, dass man seinem Beruf treu bleiben sollte.			3,1
j) Ich habe schon zu viel in meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich investiert, um noch an eine Neuorientierung zu denken.		3,0	

k) Ich glaube es wäre nicht richtig, meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich zu verlassen, auch wenn ich selbst Vorteile davon hätte.			2,7
l) Es ist für mich von großer Bedeutung, gerade diesen Beruf auszuüben.	3,9		
m) Es wäre mit zu vielen Nachteilen verbunden, in meinem Beruf einen anderen Aufgaben- oder Tätigkeitsbereich zu übernehmen.		2,6	
n) Mit meiner Tätigkeit kann ich mich identifizieren.	4,6		
o) Ich denke, dass ich meine Wertvorstellungen in meiner Tätigkeit verwirklichen kann.	4,3		
p) Es macht keinen guten Eindruck, den Beruf zu wechseln.			2,0
Mittelwert über alle Items	4,4	3,2	2,7

Deutlich ist, dass die Zustimmung zu affektiven Bindungsitems insgesamt am höchsten ist, was darauf hindeutet, dass es in den meisten Fällen eine hohe Übereinstimmung zwischen beruflichen Vorstellungen und Wünschen und dem tatsächlichen Beruf gibt. Es wird auch deutlich, dass die normativen Items die geringste durchschnittliche Zustimmung erhalten, was eben inhaltlich auch Sinn macht, da wir Berufsausübung aus Pflichtgefühl nicht als einen normalen Zustand in einer Gesellschaft erachten, in der „freie Berufswahl“ eine (bisher noch) wichtige Komponente des Arbeitsbereiches ist.

2.5 Vergleichsanalyse Organisations- und Berufsbindung

Ein interessanter Analyseaspekt ist der Vergleich zwischen der Bindung an die konkrete Organisation und die Bindung an den (gelernten) Beruf. In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte über alle Befragten aufgeführt.

Tabelle 16: Vergleich Organisationsbindung und Berufsbindung

	Affektive Bindung	Kalkulatorische Bindung	Normative Bindung
ORGANISATION	3,9	3,4	2,7
BERUF	4,4	3,2	2,7

Das Ergebnis fällt sicherlich erwartbar aus. Es zeigt sich, dass die affektive Bindung an der Beruf im Durchschnitt höher ist, als an die konkrete Organisation. Hingegen ist die kalkulatorische Bindung an die Organisation höher als an den Beruf, was ebenfalls den Erwartungen entspricht und die normative Bindung (Bindung aus Pflichtgefühl) ist in beiden Bereichen gleich gering.

Um die möglichen Zusammenhänge zu erhellen werden im Folgenden einige u.E. relevante Korrelationen vorgestellt; die erste Tabelle zeigt die Ergebnisse für alle Befragten und die zweite

Tabelle konzentriert sich auf diejenigen Personen, die ihr Berufsleben ausschließlich im untersuchten Krankenhaus verbracht haben.

Tabelle 17: Spezifika der Organisationsbindung¹⁴

ALLE BEFRAGTEN	Affektive Bindung (Organisation)	Kalkulatorische Bindung (Organisation)	Normative Bindung (Organisation)
Alter	,187*	,260**	,239**
Dauer Berufstätigkeit	,234**	,347**	,293**
Dauer Beschäftigung im Krankenhaus (EK)	,153*	,317**	,173*

IMMER EK	Affektive Bindung (Organisation)	Kalkulatorische Bindung (Organisation)	Normative Bindung (Organisation)
Alter	,290*	,258	,396**
Dauer Berufstätigkeit	,344*	,425**	,456**

Interessant ist, dass im Fall der immer schon im Untersuchungskrankenhaus Beschäftigten der Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit und der normativen Bindung am stärksten ist, während dies für alle Befragten (erwartungsgemäß) die kalkulatorische Bindung ist.

Diese Befunde führen uns zu der folgenden Hypothese: Je länger eine Person in einer Organisation verweilt, desto höher sind seine Opportunitätskosten oder anders formuliert: Je länger man in einen Arbeitsgeber „investiert“ desto größer wären die Verluste im Falle eines Wechsels. Betrachtet man nunmehr jedoch diesen Zusammenhang mit der Höhe des Einkommens, dann ergibt sich ein sehr erstaunliches Ergebnis:

Tabelle 18: Organisationsbindung und Einkommen (Alle)

ALLE BEFRAGTEN	Affektive Bindung (Organisation)	Kalkulatorische Bindung (Organisation)	Normative Bindung (Organisation)
Einkommen	,018	-,174*	-,091

¹⁴ Die grau schraffierten Zellen zeigen hochsignifikante Zusammenhänge; die Zelle(n), die davon noch einmal dunkler abgesetzt sind, zeigen den stärksten Zusammenhang der Tabelle.

Der einzige signifikante Zusammenhang besteht (erwartungsgemäß) zwischen der Höhe des (Haushalts-) Einkommens und der „kalkulatorischen Bindung an die Organisation“: Dieser Zusammenhang ist jedoch negativ. Verbalisiert heißt das: Je geringer das Einkommen, desto größer die kalkulatorische Bindung an das Krankenhaus. Zumindest lässt dieser Befund einen interessanten (und weitreichenden) Schluss zu: Mehr Geld / höheres Einkommen führt eben nicht dazu, dass Menschen ihre Bindungen nunmehr verstärkt über ökonomische Faktoren begründen.¹⁵

Da nach dem Haushaltseinkommen gefragt wurde wird zur Überprüfung der Richtung des Zusammenhangs dieselbe Korrelation nur mit den Nichtverheirateten dargestellt, da bei Verheirateten natürlich auch das Einkommen des Partners der Partnerin eingeht (bei Nichtverheirateten kann es natürlich auch einen Partner im Haushalt geben, jedoch ist der Anteil in dieser Gruppe belegbar kleiner).

Tabelle 19: Organisationsbindung und Einkommen (Unverheiratete)

UNVERHEIRATETE	Affektive Bindung (Organisation)	Kalkulatorische Bindung (Organisation)	Normative Bindung (Organisation)
Einkommen	,012	-,170	-,152

Es zeigt sich, dass die Richtung des Zusammenhangs (sowie die Höhe) tatsächlich relativ konstant bleibt.

Betrachtet man diesen Zusammenhang einmal differenziert nach den Bereichen (Ärzterschaft, Pflegende, Verwaltung) dann zeigen sich interessante Ergebnisse:

Tabelle 20: Zusammenhang Organisationsbindung und Einkommen (Bereichsvergleich)

EINKOMMEN	Affektive Bindung (Organisation)	Kalkulatorische Bindung (Organisation)	Normative Bindung (Organisation)
ÄRZTESCHAFT	,120	,050	,147
PFLEGENDE	,067	-,020	,033
VERWALTUNG	,188	-,407*	-,035

Im Bereich der Ärzteschaft sowie der Pflegenden gibt es tatsächlich nur geringe Zusammenhänge zwischen den beiden Aspekten (Organisationsbindung und Einkommen); im Bereich der

¹⁵ Natürlich hat diese Interpretation weitestgehend spekulativen Charakter, zumindest was die konkrete Datengrundlage anbelangt. Für genauere Aussagen würde das Individualeinkommen benötigt.

Verwaltung ist dieser Zusammenhang jedoch sehr stark und zwar (wie oben bereits für alle gezeigt) zwischen „kalkulatorischer Bindung“ und „Einkommen“.

Untersucht man diese Struktur genauer, dann lässt sich vermuten, dass es unterschiedliche Bereiche in einem Krankenhaus als Organisation gibt, die stärkere oder schwächere Bindungen aufweisen. Hierzu sind im Folgenden zwei Ausgangshypothesen formuliert.

HYPOTHESE 1: Die Ärzteschaft als eine klassische Profession liegt in ihrem Selbstverständnis immer schon quer zu organisationellen Prinzipien und müsste entsprechend die geringste durchschnittliche Bindung aufweisen.

HYPOTHESE 2: Die Verwaltung als Bereich, der am stärksten die konkrete Organisation als Organisation repräsentiert verfügt vermutlich über die höchste Bindung.

Tabelle 21: Organisationsbindung im Bereichsvergleich

	Ärzeschaft	Pflegende	Med. Funktionsbereiche	Verwaltung / verwaltungsnaher Funktionsbereiche
Affektive Bindung	3,66	3,85	3,98	4,11
Kalkulatorische Bindung	2,77	3,62	3,50	3,75
Normative Bindung	2,55	2,71	2,68	2,93

Es zeigt sich, dass die Ärzteschaft in allen drei Komponenten über die geringste Bindung verfügt, was die erste Hypothese bestätigt und dass die Verwaltung und die verwaltungsnahen Bereiche die höchsten Werte in allen Komponenten aufweisen, was eine Bestätigung der zweiten Hypothese darstellt. Um dieses Phänomen etwas genauer zu analysieren werden im Folgenden die Korrelationen zwischen den Komponenten der Organisationsbindung und den beiden Komponenten der Berufsbindung angeführt:

Tabelle 22: Organisationsbindung und Berufsbindung (Ärzeschaft)

ÄRZTESCHAFT	Affektive Bindung (Beruf)	Normativ-kalkulatorische Bindung (Beruf)
Affektive Bindung (Org.)	,358*	,286
Kalkulatorische Bindung (Org.)	,335*	,500**
Normative Bindung (Org.)	,209	,484**

Tabelle 23: Organisationsbindung und Berufsbindung (Pfleger)

PFLEGENDE	Affektive Bindung (Beruf)	Normativ- kalkulatorische Bindung (Beruf)
Affektive Bindung (Org.)	.497**	.313*
Kalkulatorische Bindung (Org.)	.264*	.540**
Normative Bindung (Org.)	.242*	.637**

Tabelle 24: Organisationsbindung und Berufsbindung (Verwaltung)

VERWALTUNG	Affektive Bindung (Beruf)	Normativ- kalkulatorische Bindung (Beruf)
Affektive Bindung (Org.)	,602**	,283
Kalkulatorische Bindung (Org.)	,068	,617**
Normative Bindung (Org.)	,243	,627**

Bei der Ärzteschaft korrelieren zwar die affektive Organisationsbindung und die affektive Berufsbindung, jedoch nur mäßig, während die beiden kalkulatorischen Komponenten eine starke Korrelation aufweisen. Geht man davon aus, dass kalkulatorische Bindungen an eine Organisation ja immer schon diese gewissermaßen „überschreiten“ (da eventuelle alternative Arbeitsorte in die Überlegungen einbezogen sind“), muss man einen starken Zusammenhang vermuten.

In der Pflegetabelle zeigen sich ähnliche Korrelationsverteilungen, die insgesamt stärker sind, was auf einen zwar vorhandenen, jedoch ei weitem geringer ausgeprägten Professionalisierungsgrad der Pflege im Vergleich zu den Ärzten schließen lässt.¹⁶

Die Korrelationen zwischen den jeweiligen Komponenten in der Darstellung für den Verwaltungsbereich sind derart hoch, dass man nicht mehr von tatsächlich unabhängigen Phänomenen sprechen kann (Korrelationen über ,600). Das heißt: die jeweiligen Organisations- und Berufsbindungen liegen bei den Befragten nicht in getrennter Dimensionalität vor, sondern drücken dasselbe aus. Jenseits der Organisationsbindung gibt es praktisch keine (davon getrennte) Berufsbindung.

¹⁶ Diese Interpretation geht auf folgende Überlegung zurück: Je höher der Professionalisierungsgrad eines Berufes, desto stärker ist die Hauptbindung an die Profession und desto geringer ist die Bindung an einen (als austauschbar verstandenen) konkreten Arbeitgeber.

2.6 Verhältnis zu den Vorgesetzten und den Mitarbeitern in den einzelnen Bereichen

Oben wurde das Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis in Bezug auf die identifizierten Bindungscluster analysiert; im Folgenden wird dieses Verhältnis in Bezug auf die einzelnen Bereiche untersucht. Die folgende Tabelle zeigt eine zusammenfassende Darstellung der entsprechenden Befunde.

Tabelle 25: Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis im Bereichsvergleich¹⁷

	Ärzt- schaft	Pflegende	Med. Funktions- bereiche	Verwaltung / verwaltungsnahe Funktionsbereiche	Mittel- wert
Zuneigung	3,8	4,2	4,3	4,6	4,2
Loyalität	3,9	3,6	4,1	4,4	4,0
Fachlicher Respekt	5,4	4,8	5,3	5,7	5,2
Engagement	4,1	4,1	4,7	4,8	4,3
Gesamtskala	4,3	4,2	4,6	4,9	4,4
Abweichung vom Mittel in der Gesamtskala	-0,1	-0,2	+0,2	+0,5	
höchster – geringster Wert	1,6	1,2	1,2	1,3	

In allen Bereichen des Krankenhauses zeigt sich, dass die Komponente „fachlicher Respekt“ die höchste Ausprägung hat, wobei die **Pflege** der einzige Bereich ist, bei dem diese Einschätzung unter dem Mittel über alle Bereiche bleibt.

In der **Ärzterschaft** erhält dieser Aspekt mit großem Abstand die höchste Einschätzung (1,3 Punkte zum nächsten Item „wahrgenommenes Engagement“). Insgesamt ist dieser Aspekt auch der einzige, bei dem die Ärzteschaft über den Gesamtmittelwerten liegt. Dieses Ergebnis ist so auch zu erwarten gewesen und zeigt deutlich, dass diese Berufsgruppe sich tatsächlich sehr stark über die fachliche Dimension definiert. Ein zusätzlicher Indikator hierfür ist die Spanne zwischen der höchsten Ausprägung und der geringsten, die in der letzten Zeile der Tabelle zu finden ist. Auch hier ist der entsprechende Wert für die Ärzteschaft am höchsten und weicht von Werten der übrigen Gruppen ab, die eng beieinander liegen. Zuneigung spielt bei Ärzten die geringste Rolle, was die Dominanz der Kategorie „fachlicher Respekt“ zusätzlich unterstreicht.

Jenseits des „fachlichen Respekts“ sind in unterschiedlicher Stärke und Ausprägung andere Komponenten im Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis ebenfalls relevant. Um die entsprechenden Ausprägungen der Tabelle beurteilen zu können soll als zusätzliche Information

¹⁷ Grau schraffierte Zellen zeigen eine Abweichung vom Mittel die größer als 0,3 ist.

das Mitarbeiter-Verhältnis mit einbezogen werden. Die folgende Tabelle zeigt einen entsprechenden bereichsspezifischen Mittelwertvergleich:

Tabelle 26: Kollegenverhältnis im Bereichsvergleich¹⁸

		Ärzteschaft	Pflegende	Med. Funktionsbereiche	Verwaltung / verwaltungsnaher Funktionsbereiche	Mittelwert
Negativ formulierte Items	stur	2,0	2,0	1,8	1,9	2,0
	zerstritten	1,9	2,5	2,0	1,7	2,1
	unfähig	1,5	1,9	1,6	1,5	1,7
	faul	1,6	2,0	1,8	1,4	1,7
Positiv formulierte Items	hilfsbereit	4,1	4,1	3,9	4,0	4,1
	sympathisch	3,9	3,6	3,5	3,9	3,8
	guter Zusammenhalt	3,3	3,3	3,4	4,0	3,5
	angenehm	3,9	3,6	3,7	4,1	3,8
Zufriedenheit Kollegen insgesamt		2,0	2,3	2,2	2,1	2,2
Zufriedenheit For- und Weiterbildung		2,5	2,8	2,6	2,8	2,7

Bei sechs der acht Einzelbeurteilungen der Kollegen weicht der **Pflegebereich** in einer inhaltlich negativen Richtung vom Durchschnitt ab; beim **medizinischen Funktionsbereich** ist das bei fünf Items der Fall und bei der **Ärzeschaft** und dem **Verwaltungsbereich** nur bei jeweils einem Aspekt.

Bei der Gesamtbeurteilung „Zufriedenheit mit den Kollegen ist die **Pflege** der einzige Bereich der einen geringere Durchschnittszufriedenheit aufweist als die anderen Bereiche.

2.7 Berufsperspektiven im Bereichsvergleich

Ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf „Arbeitsmotivation“ und „Zufriedenheit der Mitarbeiter“ ist die Frage, wie diese ihre berufliche Zukunft innerhalb des Krankenhauses und die Sicherheit ihrer Arbeitsstelle beurteilen. Die nachfolgende Tabelle zeigt einen entsprechenden Mittelwertvergleich über die einzelnen Bereiche.

¹⁸ Grau schraffierte Zellen zeigen inhaltlich negative Abweichungen vom Gesamtmittelwert.

Tabelle 27: Berufsperspektiven im Bereichsvergleich¹⁹

	Ärzteschaft	Pflegende	Med. Funktionsbereiche	Verwaltung / verwaltungsnaher Funktionsbereiche	Mittelwert
Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes	2,9	3,9	3,6	4,0	3,6
Zuversicht in Bezug auf Arbeit/Beruf	4,0	3,2	3,2	3,3	3,3

Die Pflege ist derjenige Bereich, der bei beiden Einschätzungen in inhaltlich negativer Weise vom Durchschnitt abweicht. Zusammen mit der Verwaltung herrscht eine größere Sorge bezüglich der Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes und eine geringere Zuversicht in Bezug auf die berufliche Zukunft. Auch hier bildet die Ärzteschaft diejenige Gruppe mit der geringsten Sorge und der größten Zuversicht hinsichtlich beruflicher Zukunftsaussichten. Betrachtet man diese Einschätzungen im Hinblick auf das Merkmal „Qualifikation/Berufsabschluss“ dann wird deutlich, wie sehr dieses klassische Merkmal meritokratischer Systeme die persönlichen Wahrnehmungen prägt:

Tabelle 28: Berufsperspektiven im Qualifikationsvergleich

	Keine abgeschl. Berufsausb.	Facharbeiter	Fachschule	Hochschule	Promotion
Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes	4,8	4,4	3,7	3,1	3,1
Zuversicht in Bezug auf Arbeit/Beruf	2,8	3,0	3,3	3,7	3,7

In der Signifikanzanalyse zeigt sich der zweite Zusammenhang „Zuversicht - Qualifikation“ zudem als hochsignifikant, was inhaltlich auch begründbar erscheint. So wird der Einfluss auf die Sicherheit des aktuellen Arbeitsplatzes durch den einzelnen geringer erachtet, als bezüglich des beruflichen Lebensverlaufs. Was jedoch sehr deutlich wird, ist der konsequente Zusammenhang zwischen der Qualifikation und dem subjektiven Sicherheitsempfinden bzw. der Zuversicht im Hinblick auf die eigene berufliche Zukunft.

2.8 Erklärungsmodelle

2.8.1 Erklärung der geringen oder fehlenden Organisationsbindung

Jenseits der Analyse von Zusammenhängen auf der Ebene einer beschreibenden Statistik ist das eigentliche Ziel einer soziologischen Analyse mit Hilfe schließender Verfahren bestimmte Zusammenhänge in ihrer Bedingtheit zu erklären. Unter Beibehaltung der im vorigen Kapitel

¹⁹ Die zu Grunde liegende Antwortskala variiert von 1 „sehr falsch“ bis 6 „sehr richtig“.

vorgenommen Unterteilung in (1) Analysen von Bindungsclustern und (2) Analyse von Bereichsspezifiken, soll zuerst der Versuch einer Erklärung der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Bindungscluster unternommen werden. In einem zweiten Schritt werden dann die Bindungsarten direkt in den Blick genommen und in ihren Entstehungsbedingungen untersucht.

Um eine Clusterzugehörigkeit zu untersuchen, die nicht dichotom ist (im Falle von 2 Clustern), ist für die Schätzung von Parametern das Verfahren einer multinomialen logistischen Regression sinnvoll. Mit diesem Verfahren schätzen wir dann bezüglich der einzelnen Parameter die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einem Cluster in direktem Vergleich mit der Möglichkeit der Zugehörigkeit zu einem der drei anderen Cluster.²⁰ Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Parameterschätzungen sowie die Varianzaufklärung durch das geschätzte Modell:

Tabelle 29: Erklärungsmodell Clusterzugehörigkeit²¹

	CLUSTER 1		CLUSTER 2		CLUSTER 3	
	B	Signifikanz	B	Signifikanz	B	Signifikanz
Sicherheit	,544	,064	,270	,408	-,643	,048
Affekt (Vorg.)	-,405	,069	,037	,887	-,381	,101
Loyalität (Vorg.)	-,076	,708	,289	,218	,331	,126
Respekt (Vorg.)	,417	,099	-,093	,749	-,466	,048
Engagement (Vorg.)	,641	,006	,718	,003	,101	,664
Berufsbindung (norm.-kalkul.)	1,351	,000	-1,948	,000	-,644	,044
Nicht Mitglied Ärzteschaft	,636	,621	-4,812	,000	-2,978	,023
Nicht Hochschule oder Promotion	,855	,405	,091	,091	2,057	,064
Nicht Fachschule	,391	,617	2,166	,031	1,912	,042
Nicht Mitglied Pflegende	-,531	,442	-,112	,898	-,605	,501
Nicht Mitglied Funktionsbereich	-,152	,871	-2,307	,039	-,739	,541
Nagelkerkes-R²	68,9					

²⁰ Mit einer einfachen logistischen Regression würden wir nur die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Cluster gegen die Nicht-Zugehörigkeit zu diesem Cluster schätzen.

²¹ Die grau schraffierten Zellen zeigen B-Werte, die auf dem 95%-Niveau signifikant sind.

Es bestätigt sich einiges, was bereits in den deskriptiven Analysen aufgezeigt wurde. So ist das Cluster 2 ein deutliches „Ärztecluster“ mit geringen kalkulatorisch-normativer Berufsbindung (was aufgrund der Kodierung eben heißt: mit hoher affektiver Berufsbindung).

Insgesamt zeigen sich die unabhängigen Variablen als aussagekräftig für eine Analyse der Gesamtclusterstruktur. Was jedoch von besonderem Interesse sein dürfte, ist die Zugehörigkeit zu Cluster 3, welches oben als dasjenige Cluster mit der geringsten Bindung an das Krankenhaus identifiziert wurde. In der folgenden Tabelle findet sich der Versuch einer Zugehörigkeitserklärung, die ausschließlich danach fragt, unter welchen Bedingungen jemand Mitglied dieser Gruppe von gering Gebundenen ist.

Tabelle 30: Erklärung Zugehörigkeit CLUSTER 3²²

	1.	2.	3.
RESPEKT	-0,487	-0,536	-0,364
IDENTIFIKATION MIT TÄTIGKEIT		-1,167	-1,179
WAHGENOMMENES ENGAGEMENT			-0,563
Nagelkerkes-R²	16,1	29,2	36,1

Das heißt, mittels dieser drei Variablen kann die Zugehörigkeit zu Cluster 3 zu ca. 36 Prozent erklärt (prognostiziert) werden. Damit ist selbstredend nichts über tatsächliche Kausalität ausgesagt. Wir wissen also nicht, ob das Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnis ursächlich für eine „innerliche Verabschiedung“ vom Krankenhaus verantwortlich ist. Insgesamt ist dies jedoch weniger eine Erklärung als vielmehr eine differenziertere Beschreibung des Faktums: Bindungslosigkeit. Das heißt, die Bindungslosigkeit drückt sich v.a. im Bereich des Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnisses aus, sowie in einer geringen Identifikation mit der eigenen Tätigkeit. Weder soziodemographische noch andere Merkmale erklären dieses Phänomen in ausreichendem Maße.

Eine Möglichkeit der vertiefenden und eventuell erhellenden Analyse liegt, so die Vermutung der Autoren, in den Konzepten von Organisationszynismus und Organisationskepsis. Zu diesen beiden Konzepten liegen erste Vorarbeiten von Stanley u.a. (2005) vor. Ob es sich um eine skeptische Haltung zur Organisation und insbesondere zu organisatorischem Wandel handelt oder ob man eher von einer sehr grundsätzlich zynischen Haltung zur Organisation ausgehen muss, ist sicherlich für die Organisation selbst von hohem Interesse. Wir können jedoch auf der Basis unserer Daten hierzu keine gesicherten Aussagen formulieren.

Festzuhalten bleibt, dass innerhalb des Krankenhauses eine Gruppe von nicht unerheblicher Größe (ca. 20 Prozent) identifiziert wurde, die über keine ausgeprägte Organisations- und Berufsbindung

²² Es sind nur diejenigen Variablen aufgeführt, die in der Regression signifikant waren.

verfügt. Diese geringe Bindung wirkt sich in vielfältiger Weise innerhalb des Arbeitslebens aus, wobei es sich, so zumindest ein Befund, v.a. im Verhältnis zum Vorgesetzten manifestiert. Ob die kausale Ursache auch hier zu suchen ist, kann nicht definitiv festgestellt werden; dieses Verhältnis ist jedoch ein möglicher Ansatzpunkt, um die Gesamtbindung zu erhöhen.

Ob und wie sich dieses Phänomen in der Folge entwickeln wird, kann ebenfalls nicht definitiv gesagt werden. Ob dieses Cluster tatsächlich auch als Gruppe (oder wenn man die Bereichsunterschiede einbezieht: als Gruppen) innerhalb des Hauses zu finden ist, wäre eine weitere wichtige Information, die es ermöglichen würde Aussagen darüber zu machen, ob wir es mit einem gruppenspezifischen Phänomen oder mit einem Phänomen zu tun haben, welches sich auf Einzelpersonen bezieht.

2.8.2 Erklärung der Organisationsbindungen

Um die jeweilige Ausprägung der Organisationsbindung (in ihren differenzierten Facetten) zu erklären, werden die entsprechenden Modelle vorgestellt. Da wir in den deskriptiven und explorativen Analysen drei unterscheidbare Bindungsarten finden konnten, werden diese getrennt analysiert. Hierzu werden vorab zwei Hypothesen formuliert, in die die Ergebnisse der deskriptiven Analysen Eingang finden.

HYPOTHESE 1: Wir gehen davon aus, dass die affektive Berufsbindung positiven Einfluss auf die affektive Organisationsbindung hat (dies wäre dann auch ein Indikator, dass das Krankenhaus mit seinen Werten und Zielen positiv mit den jeweiligen Berufsethiken und –bildern übereinstimmt).

HYPOTHESE 2: Auf Grund der oben dokumentierten Zusammenhangsanalysen gehen wir davon aus, dass die positionale Eigenschaft „Verwaltungsmitarbeiter“ ein guter Erklärungsindikator für eine höhere affektive Bindung an die Organisation ist.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Regressionsrechnung, die mit einem schrittweisen Verfahren in insgesamt sechs Schritten eine Varianzaufklärung von 36,9 Prozent erreichte.²³

Tabelle 31: Erklärung „affektive Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte)²⁴

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Affektive Berufsbindung	.415	.373	.416	.449	.429	.422
Sicherheit des Arbeitsplatzes		.246	.248	.221	.207	.310
Verwaltung (ja/nein) Basis: nicht Verwaltung			.215	.200	.199	.171
Religiosität				.195	.202	.215

²³ Beim schrittweisen Verfahren lassen sich sehr gut die Auswirkungen der unabhängigen Variablen aufeinander graphisch ablesen.

²⁴ Die Tabelle beinhaltet nur die signifikanten Erklärungsvariablen.

Fort- und Weiterbildung					- .191	- .162
Sorge um den eigenen Arbeitsplatz						.185
R²	17,2	23,1	27,5	31,1	34,7	36,9

Es zeigt sich, dass die höchste Erklärung in der entsprechenden Berufsbindung liegt, was durch die Zusammenhangsanalysen der beiden Bindungsarten so auch erwartet werden konnte. Ebenfalls konnte erwartet werden, dass das Merkmal „Mitglied Verwaltung“ eine entsprechende Varianzaufklärung zeigen würde. Interessant und sicherlich auch erwartbar ist, dass in diesem Erklärungsmodell der Faktor „Religiosität“ positiv mit der affektiven Verbundenheit korreliert.

Da die Faktorlösung für das Konzept „Berufsbindung“ keine statistisch stabile Trennung der normativen und kalkulatorischen Eingangsisems produzierte, nutzen wir für die Erklärungsmodelle der „normativen und kalkulatorischen Organisationsbindung“ den ursprünglichen Itempool für die Berufsbindung (außer die eindeutig als affektiv identifizierbaren Items). Dies ermöglicht zudem eine Überprüfung der inhaltlichen Beschreibung unserer Organisationsfaktoren. Als abhängige Variablen fungieren die extrahierten Faktoren der Organisationsbindung; die unabhängigen Variablen sind im Anhang (Tabelle A2) aufgeführt

Tabelle 32: Erklärung „normative Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte)

	1.	2.	3.
Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht...	.525	.388	.404
Es macht keinen guten Eindruck, den Beruf zu wechseln		.305	.306
GESCHLECHT Basis: Mann			- .175
R²	27,6	35	38

Tabelle 33: Erklärung „kalkulatorische Bindung an das Krankenhaus“ (beta-Werte)

	1.	2.	3.
MITGLIED ÄRZTESCHAFT Basis: kein Arzt	- .419	- .424	- .376
Zuviel würde sich ändern bei Verlassen.		.347	.321
DAUER BESCHÄFTIGUNG IM EK			.175
R²	17,6	29,6	32,4

Es zeigt sich einerseits deutlich, dass die Items der Batterie „Berufsbindung“ entsprechend ihrer inhaltlichen Zuordnung wirken. Beide Items im Erklärungsmodell „normative Bindung“ sind in der Instrumentenbeschreibung auch als normative Bindungsindikatoren notiert (selbiges gilt für das Modell „kalkulatorische Bindung“).

2.9 Zusammenfassung der Mitarbeiterstudie

Resümiert man die Befunde, die wir in den vorherigen Abschnitten präsentiert haben, so lässt sich Folgendes festhalten. Wir konnten auf der Basis des Konzeptes „Organisationsbindung“ feststellen, dass es innerhalb des Krankenhauses eine „Gruppe“ von Personen gibt (knapp 20 Prozent der Befragten), die über keine ausgeprägte Bindung an das Haus verfügen. Einerseits ist der Anteil nicht unerheblich, andererseits verfügen wir über keine Informationen, inwieweit es sich hierbei tatsächlich um eine Gruppe (mit stattfindender Kommunikation) handelt. Die Informationen, die wir im Rahmen unserer Studie sammelten zeigten sich als nicht hinreichend für eine Erklärung des Phänomens der geringen Organisationsbindung. Insofern sind alle entsprechenden Vermutungen zu einem nicht unerheblichen Teil spekulativ. Die Richtung, in die man dieses Phänomen weiter untersuchen müsste wird jedoch durch entsprechende Überlegungen der internationalen Organisationsforschung nahegelegt über die bereits kurz berichtet wurde. Insbesondere die Frage inwiefern es sich bei der entsprechenden Haltung um eine Form von Skepsis bzw. Zynismus bezüglich organisationellem Wandel handelt, könnte ein interessanter Ansatzpunkt sein, das Phänomen genauer in den Blick zu bekommen.

Der zweite Aspekt, den wir in der Analyse der Mitarbeiterstudie herausgearbeitet haben, ist die mögliche Erklärung der vorhandenen Organisationsbindung und die damit einhergehenden Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen des Krankenhauses. So zeigte sich deutlich, dass Ärzte über die geringste Bindung an das konkrete Krankenhaus, hingegen jedoch die höchste Bindung an den eigenen Beruf (die eigene Profession) verfügen. Am anderen Ende findet sich der Verwaltungsbereich, wo wir Mitarbeiter finden, deren Organisations- und Berufsbindung konzeptuell identisch sind. Anders formuliert heißt dies: die Verwaltungsangestellten haben jenseits ihrer Arbeit im konkreten Haus keine davon unabhängige Bindung an einen Beruf; tätig ein heißt hier immer: für jemand tätig sein.

Die Gruppe der Pflegenden, die sowohl in unseren Daten als auch im Krankenhaus die größte Gruppe darstellen, präsentieren sich in mehreren Dimensionen als Mittelgruppe. Einerseits besitzen sie eine größere Organisationsbindung als die Ärzteschaft, andererseits jedoch eine (noch) geringere Berufsbindung als diese. Interessant in Bezug auf diese Gruppe ist sicherlich, dass wir hier die deutlichsten Hinweise auf vorhandene Probleme zwischen den Mitarbeitern finden. So zeigte sich, dass innerhalb der Pflegegruppe die Einschätzungen der Kollegen am häufigsten negativ vom Durchschnitt abwichen.

Insgesamt bleibt ein zweigeteiltes Ergebnis festzuhalten. Auf der einen Seite haben wir ein Krankenhaus untersucht, in dem wir auf eine insgesamt hohe Bindung der Mitarbeiter an das

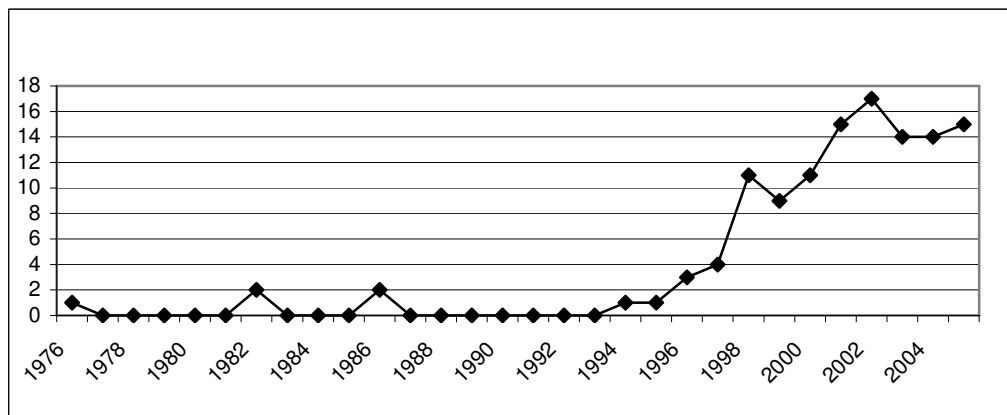
Haus trafen. Auf der anderen Seite zeigte sich uns die Gruppe der Mitarbeiter als sehr heterogen, bis hin zur Identifikation einer Gruppe, die als ungebunden gelten kann.

3 Analysen und Befunde zur Patientenzufriedenheit

3.1 Warum Patientenzufriedenheit ?

Das besondere an einem Konzept der Patientenzufriedenheit ist, dass die Qualitätsstandards von Krankenhäusern, Praxen oder auch Altenpflegeheimen nicht mehr nur durch Expertenteams, sondern auch durch die „unprofessionellen“ Kunden, die Patienten, bewertet werden. Es handelt sich also um eine Form von Kundenzufriedenheitsmessung die sich in wirtschaftlichen Bereichen schon lange durchgesetzt hat. Patienten wurden lange Zeit gar nicht als Kunde wahrgenommen, sondern viel mehr als Ware. Der neue, kritische Patient im ökonomisierten Zeitalter hat freie Arzt- und auch Krankenhauswahl; somit müssen sich auch Krankenhäuser zunehmend mit Marktmechanismen auseinandersetzen und sich damit in einem Feld der Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern platzieren²⁵. Das der Diskurs um Patientenzufriedenheit ein zwar junger, jedoch mit zunehmender Bedeutung ist, zeigt sich unter anderem an den Publikationszahlen der letzten 30 Jahre die sich mit diesem Thema befassen (Abb.1²⁶).

Abbildung 1: Publikationen zur Patientenzufriedenheit im Zeitverlauf



²⁵ So lassen sich zum Beispiel immer mehr Krankenhäuser von Firmen zertifizieren.

Die Möglichkeiten sich von anderen Häusern abzuheben sind jedoch vielseitig, so hat zum Beispiel das EK seine Geburtsstation von Studenten der Hochschule für Kunst und Design gestalten lassen.

²⁶ Quelle: Opac GBV, Opac Deutsche Bücherei

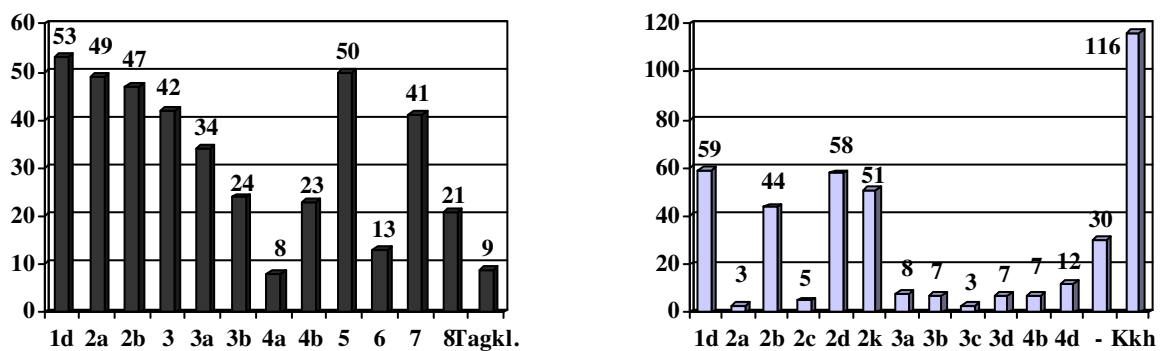
Im Folgenden wird am Beispiel des Krankenhauses St. Elisabeth & St. Barbara in Halle/Saale ein Modell zur Patientenzufriedenheit entwickelt.

3.2 Das Konzept der Patientenzufriedenheitsbefragung.

Seit 2001 wurden im Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara²⁷ zahlreiche Studien durchgeführt, von denen sich zwei, 2001²⁸ und 2005²⁹, mit der quantitativen Analyse von Patientenzufriedenheit beschäftigten. Der bereits 2001 eingesetzte Fragebogen umfasste ca. 40 Fragen und wurde für die Replikationsbefragung 2005 nur geringfügig modifiziert, damit eine Vergleichbarkeit der beiden Studien gewährleistet werden konnte.

Beide Studien hatten eine Feldzeit von etwa 3 Monaten. Bei der Erstbefragung (2001) wurden 424 ausgefüllte Fragebögen zurückgeschickt und im Jahr 2005, unter Einbezug des neuen Kinderkrankenhauses, insgesamt 404 Fragebögen (Abb. 2).

Abbildung 2: Fragebogenrücklauf nach Stationen (2001 und 2005)



Da Anonymität gerade bei Patientenbefragungen eine wichtige Rolle spielt, musste auf viele rücklaufquotensteigernde Maßnahmen verzichtet werden, so wurden etwa die für postalische Umfragen eigentlich üblichen „Follow-Up“ Kontakte bei dieser Befragung nicht verwendet³⁰.

Der Versuch die gemessene Patientenzufriedenheit zu erklären, stellt in jedem Fall eine besondere Herausforderung dar. Nicht zuletzt, da es sich bei den Beziehungen zwischen Arzt und Patient, um so genannte asymmetrische Beziehungen handelt, in der die Teilnehmer über unterschiedliche Machtressourcen verfügen. Dies gilt auch für die anderen Beziehungen im Krankenhaus, die größtenteils hierarchisch strukturiert sind.

Der Fall des Krankenhauspatienten zeichnet sich noch durch eine weitere Besonderheit aus: die Probanden können weitestgehend als Insassen³¹ totaler Institutionen betrachtet werden.

²⁷ Im Folgenden wird für das Krankenhaus lediglich das Kürzel EK verwendet werden.

²⁸ Wird immer in dunkelgrau dargestellt.

²⁹ Wird immer in hellgrau dargestellt.

³⁰ Siehe „tailored design method“ von Don Dillman (2000).

Das heißt, es handelt sich um Personen die aus ihren üblichen sozialen Kontexten mehr oder weniger freiwillig³² gerissen werden. Sie werden in einen neuen Kontext eingegliedert, der ihre Individualität in vielerlei Hinsicht stark beschneidet. Das bisherige Individuum (der Alltagsmensch) wird jetzt in erster Linie zum Patient, wie alle anderen „Insassen“ auch. Er muss sich den besonderen Gegebenheiten und Anforderungen einer Institution unterwerfen. Dazu gehören u.a. die Nachtruhe, bestimmte Essenszeiten oder Besuchszeiten, die nur in geringem Variationsrahmen von ihm mitbeeinflusst werden können, letzten Endes jedoch als „fremdbestimmter Tagesablauf“ bezeichnet werden können³³.

Wir haben es also mit Probanden zu tun, die sich in jeglicher Hinsicht in einer besonderen Situation befinden, man könnte auch von einer psychisch (nicht krankheits- sondern eben situationsbedingt), als auch physisch (krankheitsbedingt) angespannten Situation sprechen.

Um Patientenzufriedenheit erklären zu können, müssen die entsprechenden Einflussfaktoren gefunden und untersucht werden. Diese können in 3 Kategorien unterteilt werden.

1. Personalfaktoren

Personelle Faktoren messen den Einfluss, den das im Krankenhaus arbeitende Personal auf die Zufriedenheit des Patienten hat. Das beinhaltet unter anderem die Kommunikation zwischen Patient und Personal aber auch die interpersonelle Kommunikation zwischen den Mitarbeitern unterschiedlicher Bereiche des Krankenhauses³⁴. Personalfaktoren sind zum Beispiel der Ruf der Ärzte, die Ausstattung mit Ärzten und Pflegepersonal, das Arbeitsklima und die Beurteilung der Arbeitsqualität durch den Patienten.

2. Materielle Faktoren

Materielle Faktoren beziehen sich vor allem auf die Ausstattung des Krankenhauses. Das beinhaltet nicht nur die technisch-medizinischen Geräte, die sich größtenteils der Einschätzung durch den Patienten entziehen, sondern auch die Ausstattung und Großzügigkeit der Patientenzimmer, Anzahl der Betten und die Qualität der Mahlzeiten, sowie Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung (Cafeteria etc.).

3. Individuelle Faktoren

Individuelle Faktoren sind für jeden Patienten – wie der Begriff sagt – unterschiedlich, sie machen sozusagen den einzelnen Patienten aus und beinhalten alles, was in der Soziologie unter dem

³¹ Goffman (1973).

³² So könnten wir zum Beispiel unterscheiden, zwischen Unfällen, schweren Krankheiten usw. und Schönheitsoperationen oder auch Schwangerschaften.

³³ Vgl. Bayer (2002: S. 5)

³⁴ In dieser Studie wird das Krankenhaus in 3 Teilbereiche untergliedert, den ärztlichen, den pflegerischen und den Funktionsbereich.

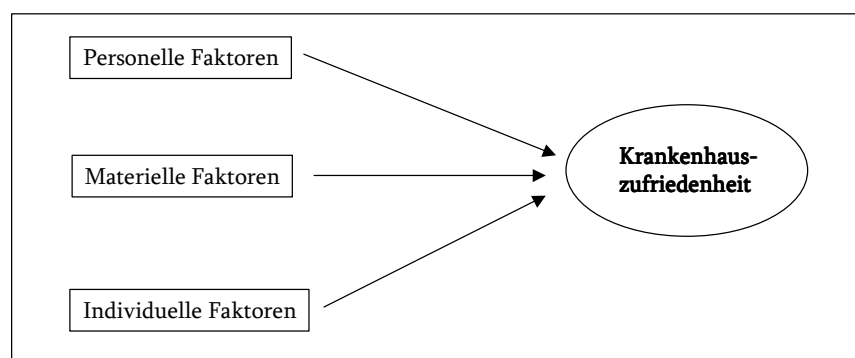
Begriff der „Soziodemographie“ erfasst wird. Individuelle Faktoren sind zum Beispiel das Alter, das Geschlecht oder auch persönliche Lebenserfahrungen.

Aus der Perspektive des Krankenhauses ist bei diesen Faktoren vor allem entscheidend, ob und in welcher Weise sie beeinflussbar sind. Im Hinblick auf die oben formulierten Faktoren lässt sich sagen, dass die ersten beiden Bereiche (personelle und materielle) in unterschiedlicher Ausprägung durch das Krankenhaus beeinflussbar scheinen. Personelle Faktoren können durch finanziellen Aufwand, beispielsweise durch Veränderung in der Personaldichte, verändert werden. Hinsichtlich der Kommunikation, Informationsverwertung und Motivation ist die Veränderbarkeit jedoch bereits schwieriger und eben nicht direkt durch finanzielle Mittel zu erzeugen. Für eine Modifizierung bzw. Verbesserung von materiellen Faktoren, bedarf es vor allem finanzieller Mittel. Auf die Faktoren der dritten Gruppe (individuelle) kann von Seiten des Krankenhauses kein direkter Einfluss genommen werden.³⁵

Die meisten Studien zur Zufriedenheit von Patienten beschäftigen sich mit den Faktoren der ersten Kategorie (personelle). Im Verlaufe der Analysen soll deshalb – neben anderem – ein Fokus auf die Untersuchung der Einflüsse individueller Faktoren gelegt werden. Ziel soll es sein, ein Modell zu entwickeln, welches die Einflüsse der drei Faktoren simultan untersuchen kann. Da es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung um eine asymmetrische Beziehung handelt, besteht die Möglichkeit, dass der Patient sich der Profession so anvertraut, dass er für die Zeit des Krankenhausaufenthalts seine individuellen Bedürfnisse in den Hintergrund stellt, was zu einer Minimierung des Einflusses der individuellen Faktoren führen müsste. Des Weiteren gehört es gerade zu den Eigenschaften von „totalen Institutionen“ die individuellen Einflüsse ihrer „Insassen“ zu minimieren, um damit eine bessere Kontrolle bzw. – in unserem Fall – eine bessere Behandlung ermöglichen zu können.

Das Grundmodell der Erklärung von Patientenzufriedenheit stellt sich wie folgt dar.

Abbildung 3: Grundmodell zur Patientenzufriedenheit



³⁵ Man könnte jedoch argumentieren, dass die Zeit im Krankenhaus natürlich ein Bestandteil der eigenen Lebenserfahrung werden kann und zumindest in bestimmten Fällen auch wird.

3.3 Univariate Verteilungen

Im Folgenden werden die Konzepte der beiden Befragungswellen der Jahre 2001 und 2005 miteinander verglichen.³⁶ Im diesem Teil soll es vor allem um die Beschreibung der erhobenen Daten gehen, ohne bereits theoretische Überlegungen und entsprechende Zusammenhangsanalysen einzuführen, was späteren Abschnitten vorbehalten ist. Darüber hinaus soll gezeigt werden, inwieweit die oben erwähnten Faktoren durch die erhobenen Variablen operationalisiert werden können.

3.3.1 Patientenzufriedenheit

Die Variable Patientenzufriedenheit wurde in 6 Bereichen erhoben.

(1) Ärztlicher Bereich; (2) Pflegerischer Bereich; (3) Funktionsbereich; (4) Seelsorge; (5) Sozialdienst; (6) Physiotherapie.

Auf die Frage, wie zufrieden waren sie mit den einzelnen Bereichen des Krankenhauses, konnten die Patienten auf einer 5er Skala (1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden) ihrer Meinung Ausdruck verleihen.³⁷

Die letzten drei Teilbereiche (Seelsorge, Sozialdienst und Physiotherapie) konnten von den wenigsten Patienten eingeschätzt werden, da nur ein geringer Teil von ihnen mit diesen Bereichen in Kontakt kam. Im Jahr 2001 wurden Seelsorge, Sozialdienst und Physiotherapie durchschnittlich von 28,5 Prozent und 2005 nur noch von 24 Prozent der Befragten bewertet. Die Daten werden deshalb nicht in die weiteren Analysen mit einbezogen, sollen hier jedoch kurz erwähnt und beschrieben werden.

Tabelle 34: Zufriedenheit mit Seelsorge, Sozialdienst und Physiotherapie (im Zeitverlauf)

	2001	2005
Seelsorge	3,9	3,9
Sozialdienst	4,1	4,1
Physiotherapie	4,0	4,22

In Tabelle sehen wir einen Mittelwertvergleich der drei Aufgabenbereiche, wobei ersichtlich wird, dass sich die Einschätzung der Patienten im Prinzip nicht verändert hat. Nur im Bereich „Physiotherapie“ ist der Durchschnittswert um 0,22 Punkte gestiegen. Im Verhältnis zu den andern Werten ist dieser Anstieg als nicht unerheblich zu beurteilen. Da die Variable eine Spannweite, mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 5 aufweist, können die

³⁶ Die Daten von 2001 werden in dunkelgrau und die aktuellen Daten von 2005 in hellgrau dargestellt.

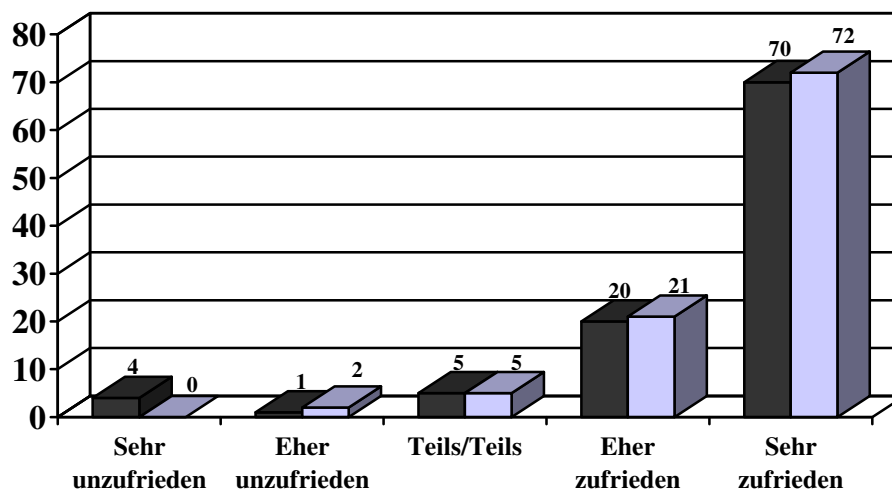
³⁷ Siehe Fragebogen Frage 5.

Mittelwerte alle als überdurchschnittlich bezeichnet werden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Zufriedenheit mit den drei Bereichen nicht nur gleich (hoch) geblieben ist, sondern sich teilweise noch gesteigert hat.

Der ärztliche, pflegerische und funktionelle Bereich wird im Folgenden etwas genauer betrachtet.

In der folgenden Abbildung sehen wir die Verteilung der Variable „Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich“ in Form eines Balkendiagramms. Auf den ersten Blick wird auch hier deutlich, dass keine besondere Veränderung zwischen den zwei Wellen ersichtlich ist. Einige Aspekte sind jedoch von Bedeutung: So hat im Jahr 2005 kein Patient den Bereich mit sehr unzufrieden bewertet, während dies 2001 noch immerhin 4 Prozent waren, was in absoluten Zahlen ca. 15 Patienten entsprach. Weiterhin konnte sich die Spitzenkategorie um 2 Prozent steigern.

Abbildung 4: Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich



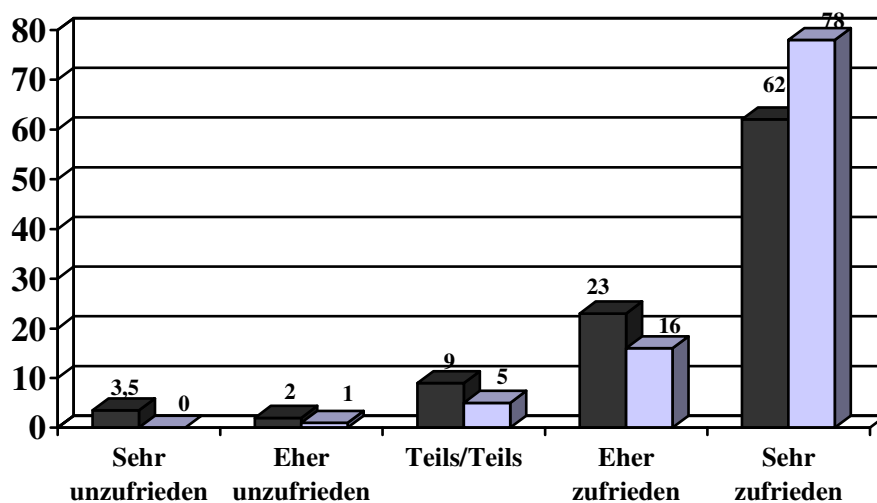
Vergleichen wir die Mittelwerte in der nächsten Tabelle, so lassen sich diese Veränderungen in einem Anstieg von 0,14 Punkten ausdrücken. Zusammenfassend also auch in diesem Bereich ein leichter Anstieg und eine Verbesserung des Durchschnittes über alle.

Tabelle 35: Zufriedenheit mit Ärzteschaft, Pflege- und Funktionsbereich (im Zeitverlauf)

	2001	2005
Ärztlicher Bereich	4,5	4,64
Pflegebereich	4,38	4,71
Funktionsbereich	4,37	4,53

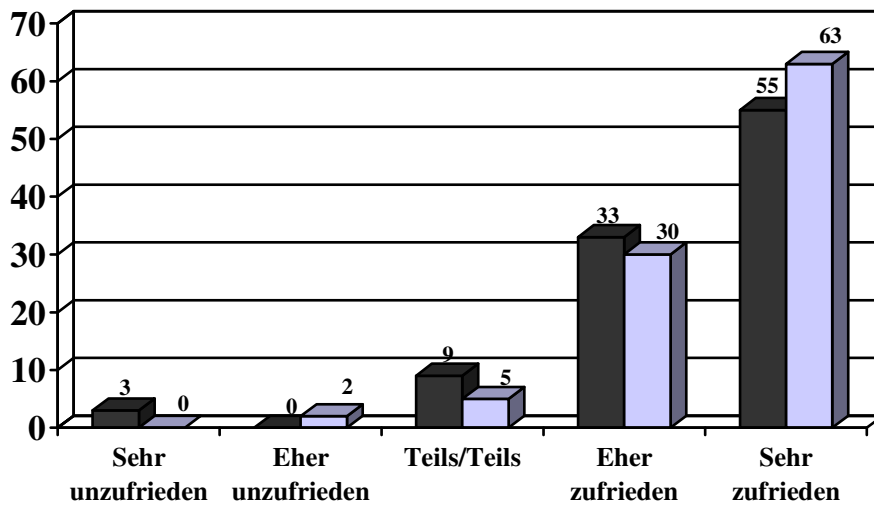
Der Unterschied zwischen den Daten der beiden Erhebungswellen ist im pflegerischen Bereich, wie in der nächsten Abbildung aufgezeigt, deutlicher. Die höchste Bewertungskategorie zeigt einen Anstieg um 16 Prozent, wobei sich eine deutliche Verlagerung von der mittleren zu den oberen Bewertungskategorien zeigt. Wie bereits bei der Bewertung des ärztlichen Bereiches, findet sich auch in der Bewertung der Pflege im Jahr 2005 keine Besetzung der untersten Kategorie.

Abbildung 5: Zufriedenheit mit dem Pflegebereich



In der Analyse der Mittelwerte findet sich diese Veränderung in Form einer Steigerung der durchschnittlichen Zufriedenheit um immerhin 0,33 Punkte.

Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich



Mit dem Funktionsbereich verhält es sich ähnlich, wie in der Abbildung oben ersichtlich wird. Wie bei den anderen beiden Bereichen findet sich eine Zunahme in den oberen Kategorien und eine Abnahme in den unteren. Die durchschnittliche Zufriedenheit steigt um 0,16 Punkte.

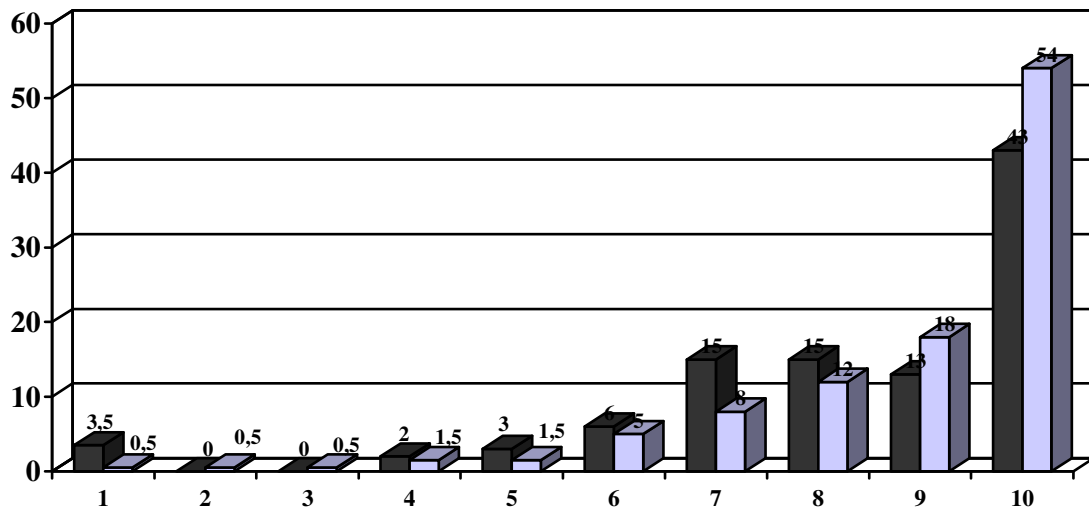
An dieser Stelle sollte man erwähnen, dass die Durchschnittswerte in den einzelnen Bereichen als außerordentlich hoch bezeichnet werden können, sich also dem Maximalwert somit immer mehr annähern. Eine weitere, wenn auch kleine Steigerung ist auf diesem Niveau somit sehr unwahrscheinlich und nur noch durch sehr hohen Aufwand zu realisieren.

3.3.2 Zufriedenheit der Patienten mit dem gesamten Krankenhaus

Um die Einflüsse auf die Zufriedenheit insgesamt besser analysieren zu können, wurde aus den eben beschriebenen 3 Zufriedenheitsvariablen, eine Zufriedenheitsskala gebildet, welche die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus insgesamt messen soll. Damit die folgenden Befunde verstehbar sind, soll an dieser Stelle kurz die entsprechende Skala in ihrer Konstruktion vorgestellt werden. Es handelt sich hierbei um eine sogenannte Summenskala, in der sich die Ausprägungen der drei Variablen (Zufriedenheit mit ärztlichem, pflegerischem und funktionellem Bereich) in addierter Form wiederfinden. Diese Skala hat damit eine (theoretische) Spannweite von 3-15. Die unterste Kategorie hieße entsprechend, dass alle drei Zufriedenheiten mit 1 („sehr unzufrieden“), die oberste hingegen, dass alle drei Bereiche mit „sehr zufrieden“ bewertet wurden.

Aufgrund der geringen Besetzung wurden die unteren vier Kategorien zu einer Kategorie zusammengefasst, was dazu führt, dass die Skala letztlich aus 10 Kategorien besteht. Die folgende Abbildung zeigt die entsprechende empirische Verteilung.

Abbildung 7: Krankenhauszufriedenheit



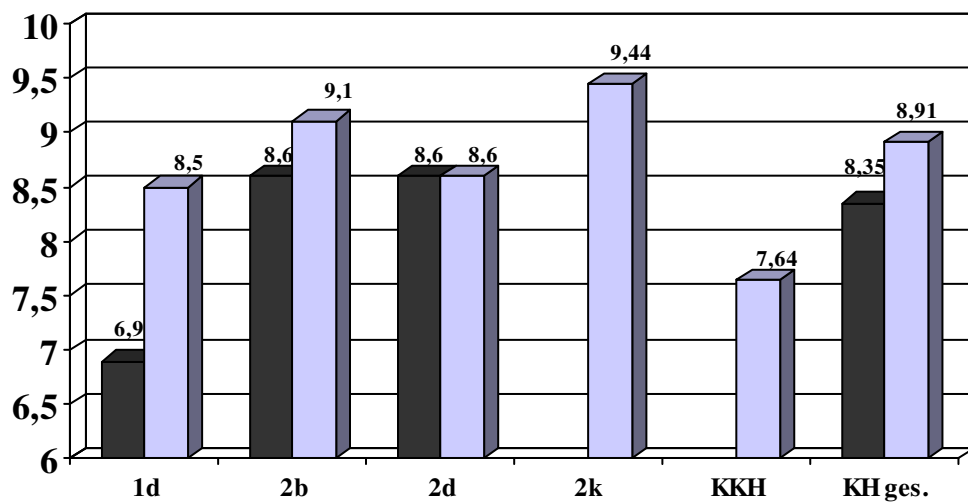
Wie bereits die Ausgangsvariablen, ist die neue Variable „Krankenhauszufriedenheit“ sehr stark linksschief verteilt. Das bedeutet in dieser Verteilung, dass sich ca. 50 Prozent aller Antworten in der letzten (obersten) Kategorie befinden.

Die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus insgesamt ist also wie zu erwarten sehr hoch. Im Vergleich zum Jahr 2001 stellen wir fest, dass die mit allen Bereichen „sehr zufriedenen“ Patienten sogar um über 10 Prozent zugenommen haben. Diese Variable wird im Grundmodell als abhängige Variable verwendet.

3.3.3 Zufriedenheit mit dem Krankenhaus nach Stationen

Vergleicht man die Mittelwerte der Skala über die Stationen hinweg, dann lässt sich zeigen, ob die Zufriedenheit zwischen den Stationen variiert und welche Stationen sich in den letzten 4 Jahren am meisten steigern konnten.

Abbildung 8: Krankenhauszufriedenheit nach Stationen



Am deutlichsten hat sich die Zufriedenheit auf der Geburtsstation (1d) verbessert. Zeigte sie sich im Jahr 2001 noch als diejenige Station mit den unzufriedensten Patienten (6,9), so zeigt sie im Jahr 2005 mit 8,5 eine durchschnittliche Zufriedenheit, die nur knapp unter dem Gesamtdurchschnitt liegt. Die Station 2b konnte sich um einen halben Punkt steigern, was exakt die Steigerung über alle Stationen bedeutet. Auf Grund der geringen Rückläufe auf einigen Stationen, können nur signifikante Aussagen über die in der obigen Abbildung aufgeführten Stationen getroffen werden. Für die Station mit den zufriedensten Patienten (9,44 von 10), die Kurzzeitchirurgie (2k), gibt es keine Vergleichskategorie, da diese Station im Jahr 2001 noch nicht existiert hat.

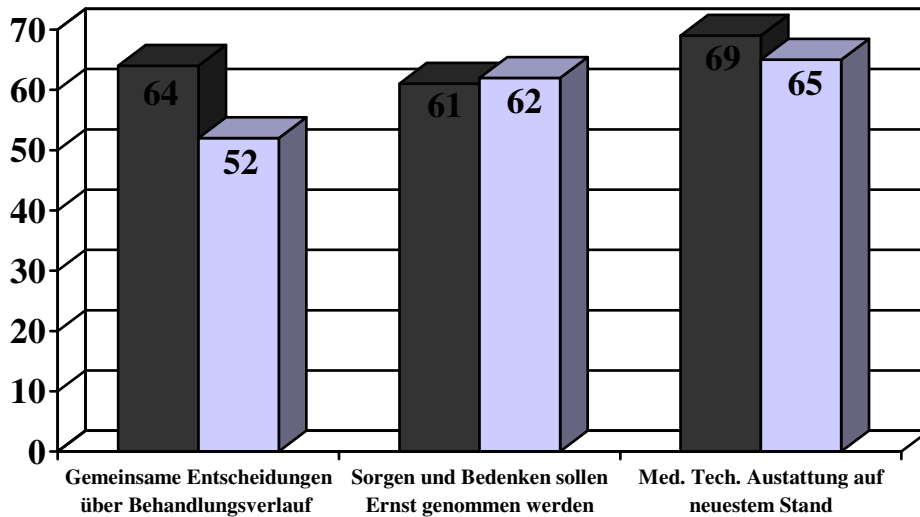
3.3.4 Präferenzen während eines Krankenhausaufenthalts

Zu Beginn der Befragung wurden die Patienten gebeten anzugeben, was ihnen während eines Krankenhausaufenthalts besonders wichtig bzw. unwichtig ist. In der Frage sollten die Befragten für insgesamt zehn Aspekte diese Einschätzung vornehmen³⁸.

Die folgenden Abbildungen stellen die entsprechenden Befunde dar.

³⁸ Fragebogen. Frage 1

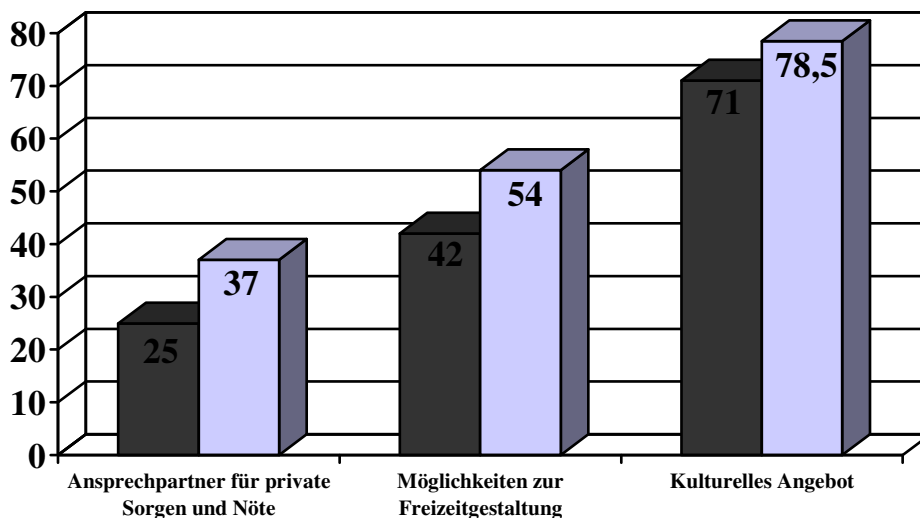
Abbildung 9: Präferenzen während des Krankenhausaufenthaltes (am wichtigsten)



Die Abbildung zeigt diejenigen Aspekte, die den Patienten in beiden Erhebungswellen am wichtigsten waren. Die Aspekte selbst haben sich nicht verändert; was sich verändert hat ist ausschließlich die Reihenfolge in der Wichtigkeit. Während „Sorgen und Bedenken“ an Wichtigkeit verloren hat nimmt der Aspekt „gemeinsame Entscheidungen“ um 12 Prozent zu.

In beiden Befragungen war es für die Befragten am wichtigsten, dass die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist. In der folgenden Abbildung sind diejenigen Kategorien aufgeführt, die von den Patienten als am unwichtigsten eingestuft wurden.

Abbildung 10: Präferenzen während des Krankenhausaufenthaltes (am unwichtigsten)



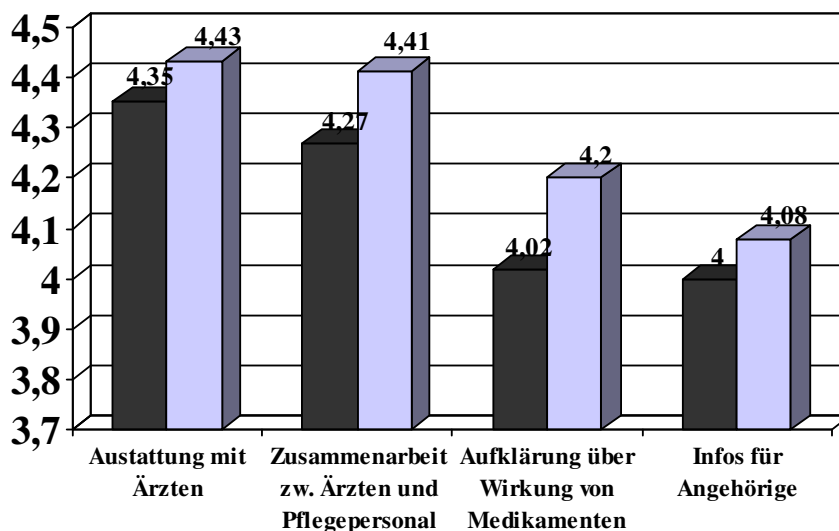
Auffallend an allen drei Kategorien, dass sie alle nichts bzw. nur sehr wenig mit dem Gesundheitszustand des Patienten direkt zu tun haben. Dies wäre ein Hinweis darauf, dass es den Patienten – was so auch erwartbar ist – im Kern um ihren Gesundheitszustand geht und das darüber hinausgehende Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes bzw. eines Krankenhauses nur dann von Relevanz sind, wenn sie mit diesem Kerninteresse in Beziehung stehen.

3.3.5 Personelle Einflussfaktoren

3.3.5.1 *Einschätzung der Arbeit im ärztlichen Bereich*

Um die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich erfassen zu können, wurden die Patienten gebeten insgesamt sieben verschiedene Aspekte bezüglich dieser Gruppe auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) zu bewerten³⁹.

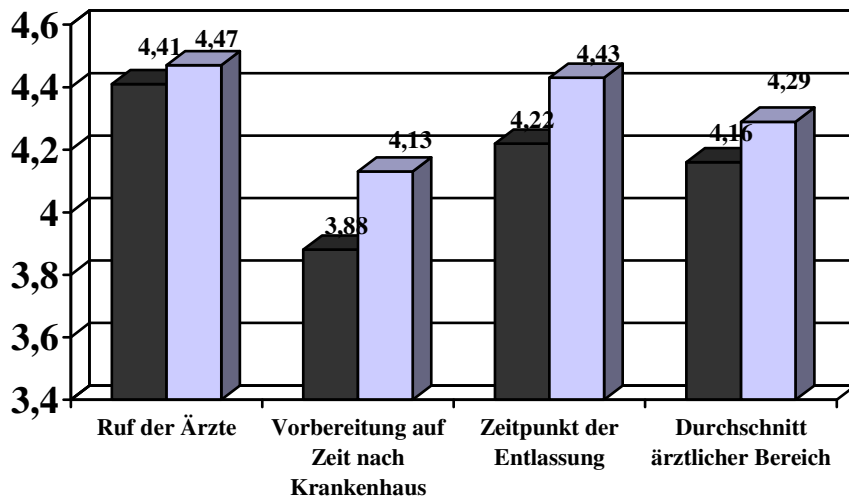
Abbildung 11: *Einschätzung ärztlicher Bereich*



Wie schon bei der Patientenzufriedenheit bezogen auf das gesamte Krankenhaus, sind die Bewertungen in diesem Bereich als „sehr gut“ zu bezeichnen und haben sich zudem im Zeitverlauf noch gesteigert. In der Abbildung oben sehen wir die ersten vier Items mit ihren Mittelwerten und Steigerungen gegenüber der Erhebung des Jahres 2001. Die folgende Abbildung zeigt die übrigen drei Items sowie den Durchschnitt über alle Items. Es zeigt sich hierbei eine durchgehende Steigerung im Zeitverlauf.

³⁹ Fragebogen, Frage 6

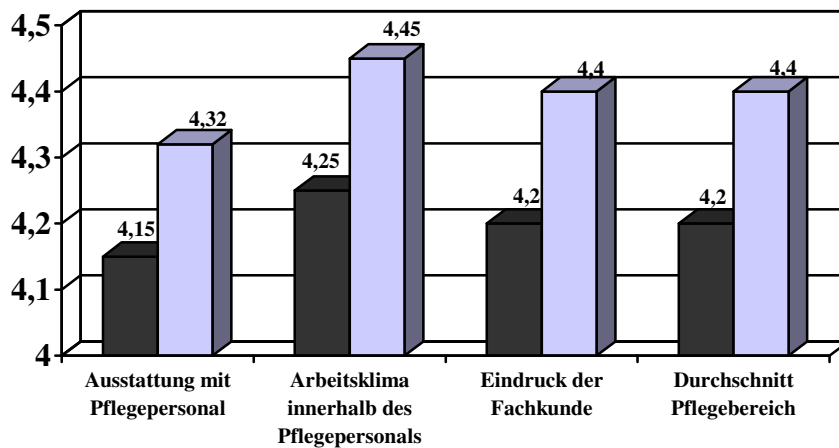
Abbildung 12: Einschätzung ärztlicher Bereich



3.3.5.2 Einschätzung der Arbeit im Pflegebereich

Der Pflegebereich ist der Teil des EK der in den Zufriedenheitsbewertungen die deutlichsten Steigerungen zeigt.⁴⁰ Er konnte sich in allen abgefragten Aspekten signifikant steigern und liegt im Gesamtdurchschnitt vor den beiden anderen Teilbereichen (Ärzterschaft und Funktionsbereich) des Krankenhauses.

Abbildung 13: Einschätzung Pflegebereich

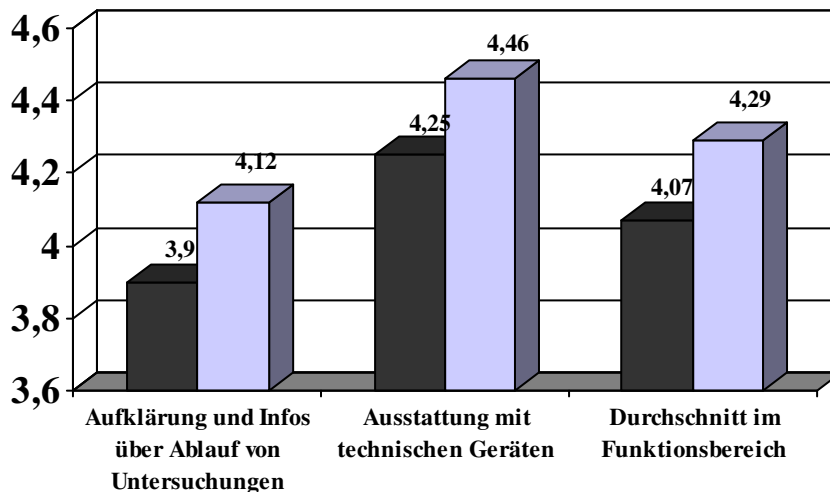


⁴⁰ Siehe Patientenfragebogen Frage 8.

3.3.5.3 *Einschätzung der Arbeit im Funktionsbereich*

Auch im Funktionsbereich konnten deutliche Verbesserungen erzielt werden⁴¹, seine Einflüsse lassen sich sowohl den personellen (Aufklärung) als auch den materiellen Faktoren (Ausstattung) zuordnen.

Abbildung 14: *Einschätzung Funktionsbereich*

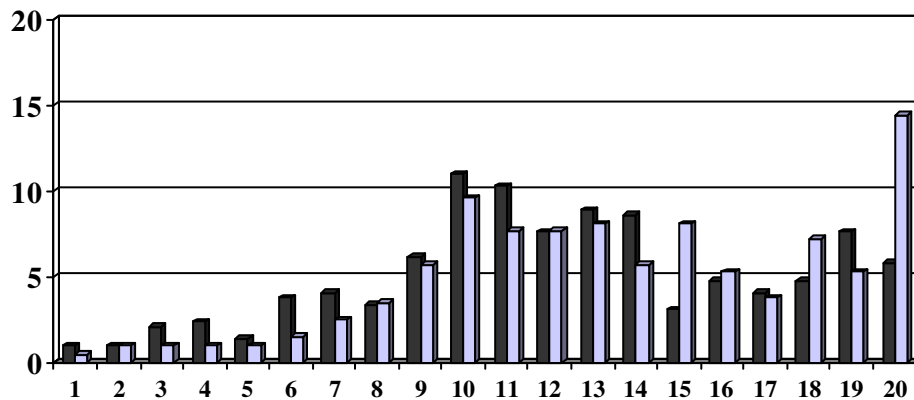


3.3.5.4 *Qualität in den drei Teilbereichen*

Um den Einfluss aller drei Bereiche insgesamt erfassen zu können, wird aus den eben betrachteten Einschätzungen, eine neue Variable – in entsprechender Weise wie oben – gebildet. Auf Grund der vielen Items die die Grundlage der Summenskala bilden, hat diese Variable, welche im Folgenden als „Bereichsqualität“ bezeichnet wird, eine relative hohe Spannweite, mit einem Minimum bei 1 und einem Maximum bei 20.

⁴¹ Siehe Patientenfragebogen Frage 14.

Abbildung 15: Einschätzung der Hauptbereiche (gesamt)



In der Abbildung wird deutlich, wie stark sich die Qualitätseinschätzung im oberen Bereich verstärkt hat. Der Anteil der Patienten, welche die Arbeit in allen 3 Hauptbereichen als „sehr gut“ einschätzen, hat sich mehr als verdoppelt.

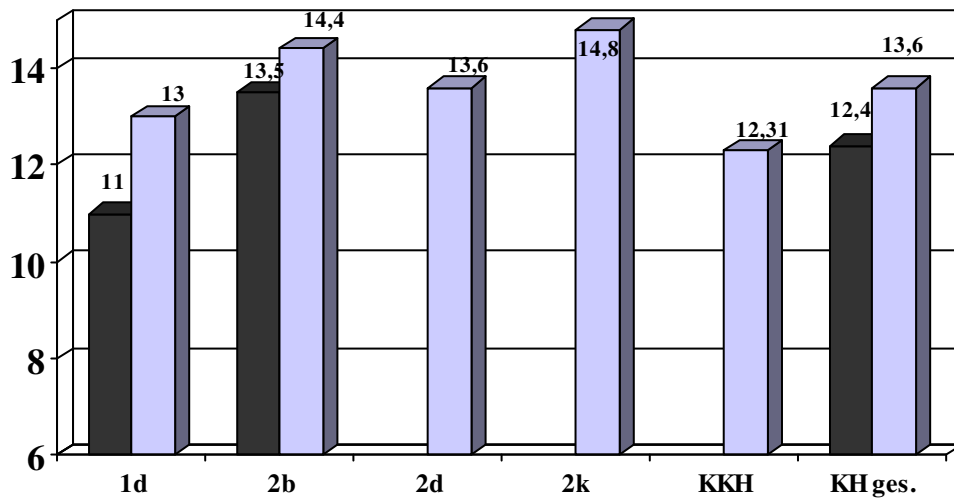
Die Variable „Bereichsqualität“ beinhaltet hierbei die Arbeit der Ärzte, Schwestern und des Funktionspersonals. Weiterhin beurteilt sie die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern, sowie möglichen (durch die Patienten subjektiv eingeschätzten) Personalmangel. Sie soll als Hauptindikator für die personellen Einflussfaktoren gelten. Hierbei wird die folgende Hypothese einer Überprüfung unterzogen:

Hypothese 1: Je höher die Einschätzung der Bereichsqualität, desto höher ist die Patientenzufriedenheit.

3.3.5.5 Bereichsqualität nach Stationen

Vergleicht man die Bereichsqualität innerhalb der Stationen, ist es möglich erste Rückschlüsse bezüglich des Einflusses auf die abhängige Variable zu ziehen (H1).

Abbildung 16: Bereichsqualität nach Stationen



Es fällt auf, dass die Stationen, die hier eine geringe Ausprägung zeigen, bei der Krankenhauszufriedenheit ebenfalls (1d, KKH) niedrigere Werte aufweisen (vgl. die entsprechende Abbildung oben).

Ebenso bedeuten höhere Ausprägungen, einen höheren Wert bei der Krankenhauszufriedenheit (2k). Im Zeitvergleich zeigt die Geburtsstation (1d) den größten Anstieg, ebenso steigert sich der Krankenhausdurchschnitt wie oben aufgezeigt wurde. Das Kinderkrankenhaus (bzw. die entsprechende Klinik) liegt leicht unter dem Durchschnitt (12,3 von 20 Punkten).

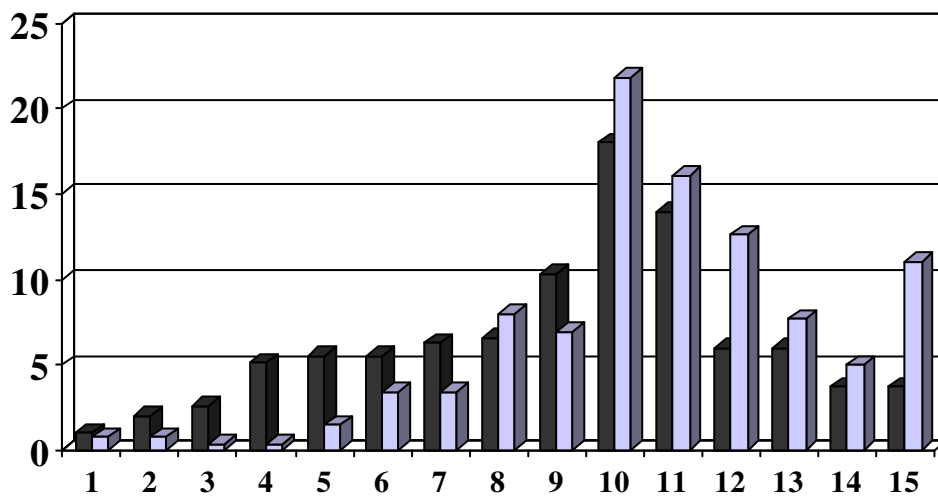
3.3.6 Materielle Einflussfaktoren

3.3.6.1 Beurteilung der Räumlichkeiten der Station

Bei der Beurteilung der Räumlichkeiten wurden die Patienten gebeten, verschiedene Aspekte der Station mit Schulnoten von 1-5 zu bewerten.⁴²

⁴² Siehe Patientenfragebogen Frage 23.

Abbildung 17: Raumqualität



Außer dem eigenen Zimmer, werden die anderen Räume der Station, das Essen, die Hygiene, die Organisation und die Möglichkeiten für Privatsphäre bewertet. Zusammengefasst ergeben diese Items eine Variable, die wir als „Raumqualität“ bezeichnen und deren Verteilung in der Abbildung oben abgetragen ist.

Diese Skala ist im Gegensatz zu den meist linksschiefen Verteilungen, die wir bisher gesehen haben relativ normalverteilt. Jedoch zeigt sich auch hier im Zeitvergleich, dass es zu einer deutlichen Steigerung in den oberen Kategorien und einer entsprechenden Verringerung in der Besetzung der unteren Kategorien kommt. Ein weiterer materieller Faktor könnte durch die Zimmerart gegeben sein, in welcher die Patienten während ihres Aufenthalts untergebracht waren.

In dieser Befragung (2005) waren die Patienten zu 44 Prozent auf 3- oder 4-Bettzimmer verteilt, 56 Prozent waren in 1- oder 2-Bettzimmern untergebracht. Für eine entsprechende Auswertung werden diese beiden Gruppen verwendet, dadurch kann festgestellt werden, ob die Patienten in den kleineren Zimmern im Durchschnitt zufriedener sind. Für die materiellen Faktoren werden 2 Hypothesen zur Überprüfung gestellt.

H2: Je besser die Raumqualität eines Krankenhauses, desto höher ist die Patientenzufriedenheit mit dem Krankenhaus und den Teilbereichen.

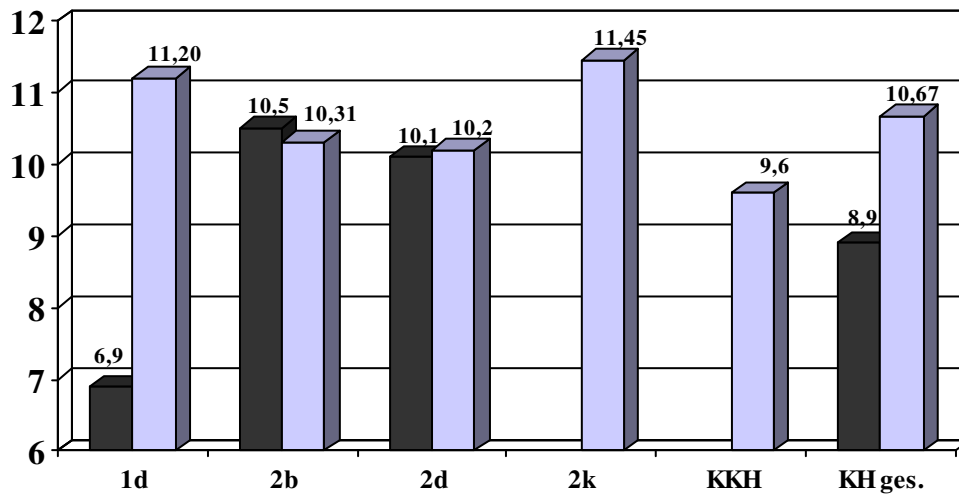
H3: Patienten, die während ihres Aufenthalts ihr Zimmer mit keinem oder nur einem Patienten teilen, sind durchschnittlich etwas zufriedener mit dem Krankenhaus und seinen Teilbereichen, als Patienten in Mehrbettzimmern.

3.3.6.2 Raumqualität nach Stationen

Vergleicht man die Raumqualität über die Stationen, zeigt sich insbesondere in der Bewertung der Station 1d eine sehr deutliche Steigerung. Die Qualitätsbewertung auf dieser Station hat sich fast

verdoppelt, von dem mit Abstand schlechtesten Wert von 6,9 Punkten, auf einen deutlich überdurchschnittlichen Wert von 11,2 Punkten.

Abbildung 18: Raumqualität nach Stationen

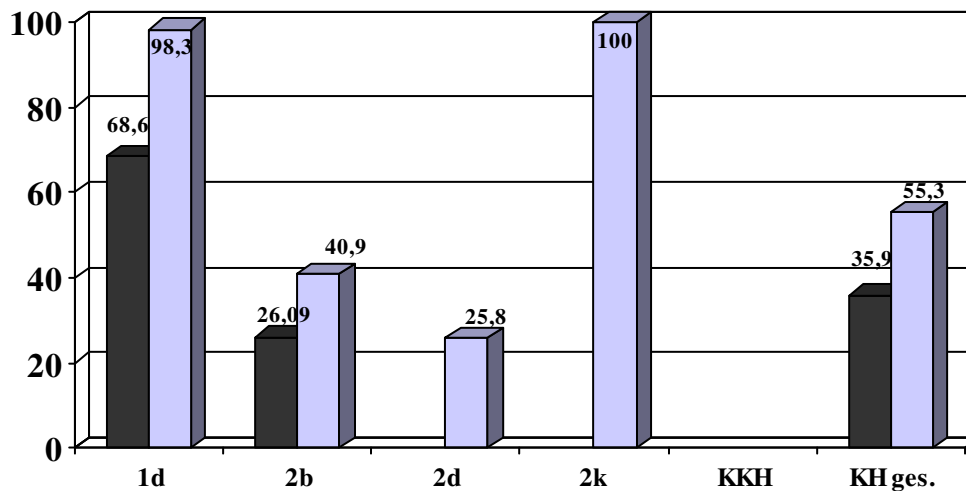


Betrachtet man die Verteilung der Krankenhauszufriedenheit nach Stationen, könnte man vermuten, dass die Raumqualität nicht unerheblich die Krankenhauszufriedenheit beeinflusst (H2), die bei Station 1d auch am deutlichsten gestiegen ist. Einen weiteren Indikator für den möglichen Einfluss der Raumqualität kann man bei Betrachtung der Station 2k erkennen, die sowohl bei der Krankenhauszufriedenheit als auch bei der Raumqualität mit dem höchsten Wert aufwarten kann. Das gleiche gilt für die Betrachtung des Kinderkrankenhauses in umgekehrter Weise. Die Raumqualität insgesamt ist relativ deutlich gestiegen, es ist jedoch offensichtlich, dass ein Großteil der Verbesserung durch den starken Anstieg der Geburtsstation erklärt wird.

Bei der Zimmerart nach Stationen lassen sich ähnliche Beobachtungen anstellen.⁴³ Die Station 2k verfügt laut Stichprobe ausschließlich über 1- und 2-Bettzimmer. Wie wir bereits wissen, ist die Zufriedenheit auf dieser Station am höchsten; also können wir auch hier einen Einfluss vermuten (H3). Auf Station 1d sind ebenfalls nur 1- und 2-Bettzimmer vorhanden, was allerdings nicht mit der Zufriedenheit einhergeht, die auf dieser Station eher unterdurchschnittlich ist. Daraus kann man schließen, dass auf Station 1d eine andere Variable einen starken Einfluss ausübt.

⁴³ Siehe Patientenfragebogen Frage 19.

Abbildung 19: Zimmerart nach Stationen



Im Zeitverlauf, seit 2001, lässt sich ein leichter Trend in Richtung 1- und 2-Bettzimmer beobachten, was sicherlich mit den seit der ersten Befragungswelle vorgenommenen baulichen Veränderungen des Krankenhauses (inklusive der Übersiedelung von Stationen des Barbara Krankenhauses in das Elisabeth Krankenhaus) zusammenhängt. Ein Vergleich der Zimmerart des Kinderkrankenhauses (KKH) mit den anderen Stationen ist nicht möglich, da hier andere Kategorien, wie zum Beispiel das Mutter-Kind-Zimmer, verwendet werden.

3.3.7 Individuelle Einflussfaktoren

3.3.7.1 Untersuchung der Altersvariable

In diesem Abschnitt wenden wir uns der Darstellung des Einflusses des Alters auf die Zufriedenheit zu. Wir vermuten hierbei, dass ältere Patienten geringere Ansprüche an ein Krankenhaus stellen, als jüngere Patienten. Dies könnte vor allem mit einer stark differierenden Sozialisation sowie den damit zusammenhängenden materiellen Rahmenbedingungen der Sozialisationsphase zusammenhängen. Während ältere Patienten die Ausstattung in einem heutigen Krankenhaus, auch in der Veränderung eher als positiver bewerten⁴⁴, inklusive der Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten, wird dies von jüngeren Patienten möglicherweise eher als Standard wahrgenommen.⁴⁵

Ein anderer Aspekt zielt auf die möglichen altersspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung von Ärzten als einer Berufsgruppe ab, die sich dem Patienten aus altruistischen Motiven zuwenden und deren einziges Interesse im Heilen liegt. Diese Vorstellung wird bei den jüngeren

⁴⁴ Integriertes Bad im Zimmer, Telefon am Bett, Eigener Fernseher etc.

⁴⁵ Hier wäre es sicherlich interessant einen Ost-West-Vergleich durchzuführen. Zeigt sich in einem Krankenhaus in Ostdeutschland sicherlich ein entsprechender Gesamttrend, so könnte die Wahrnehmung in einem westdeutschen Krankenhaus davon möglicherweise abweichen.

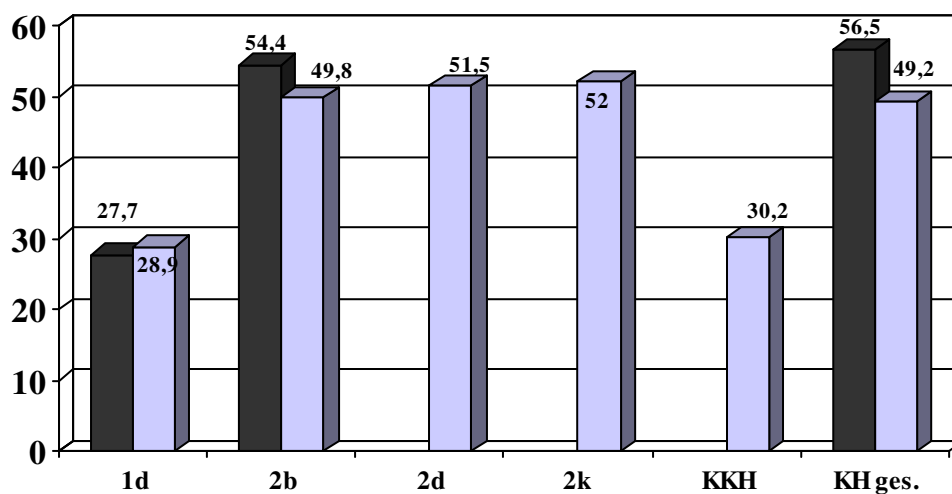
Kohorten zumindest durch einen kritischeren Impetus flankiert, so dass Ärzte eher auf der Basis ihres Handelns beurteilt werden und keine Unangreifbarkeit besitzen. Die entsprechenden Einflüsse sollen mit Hilfe des Alters operationalisiert werden, aus der sich eine vierte Hypothese formulieren lässt.

H4: Je älter ein Patient, desto zufriedener ist er mit dem Krankenhaus und den Teilbereichen.

3.3.7.2 *Alter nach Stationen*

Ein Vergleich des Alters über die Stationen unterstützt die Vermutung in **H4**. Die Kurzzeitchirurgie (2k) hat im Durchschnitt nicht nur die ältesten Patienten sondern, wie schon oft bemerkt, auch die höchste Zufriedenheit.

Abbildung 20: *Alter nach Stationen*



Auf der Station 1d sowie im KKH ist die Verteilung spiegelbildlich; beide Stationen verfügen über die „jüngsten“ Patienten⁴⁶ und haben außerdem die geringste Zufriedenheit. Sollte es also einen Alterseffekt in den erklärenden Modellen geben, würde er sich bei den beiden Stationen sehr deutlich negativ auf die Zufriedenheit auswirken, da die Befragten im Durchschnitt ca. 20 Jahre jünger sind. Der gesunkene Altersdurchschnitt über alle Patienten spielt für die fortlaufende Analyse keine Rolle.

3.4 *Bivariate Zusammenhänge*

Mit Hilfe der Mittelwertvergleiche über die Stationen konnten bereits einige Vermutungen bezüglich der Zusammenhänge angestellt werden, die im Folgenden empirisch überprüft werden sollen. Dabei werden die Korrelationen zwischen den Einflussfaktoren und der abhängigen Variable Krankenhauszufriedenheit gemessen.

⁴⁶ Um die Patientenzufriedenheit des KKH festzustellen wurden die Eltern der Kinder befragt, die im Gegensatz zum Krankenhausdurchschnitt bei den Patienten erwartungsgemäß ebenfalls jünger sind.

Tabelle 36: Korrelationsanalysen bezüglich der Krankenhauszufriedenheit (gesamt)⁴⁷

		vs. Krankenhauszufriedenheit	
Faktor 1 (H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen	Pearsons r	0,636**
Faktor 2 (H2)	Raumqualität	Pearsons r	0,536**
Faktor 2 (H3)	Zimmerart	Eta	0,143**
Faktor 3 (H4)	Alter	Pearsons r	0,244**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Wie in der Tabelle ersichtlich, können alle vermuteten Einflüsse, durch hochsignifikante⁴⁸ Korrelationen bestätigt werden.

Damit lässt sich jedoch noch nichts über Ursache und Wirkung sagen, auch können keine „je - desto“ Aussagen getroffen werden. Hier bildet erneut die Variable Zimmerart eine Ausnahme: die Maßzahl Eta ist kein symmetrisches Maß, sie bestimmt eine abhängige Variable, in diesem Fall Krankenhauszufriedenheit und misst den Einfluss der unabhängigen Variablen, in diesem Fall also die Zimmerart. Da ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen ist, kann die Hypothese 3 im bivariaten Fall bereits als bestätigt angesehen werden. In der folgenden Tabelle sehen wir die Korrelationen zwischen den gleichen unabhängigen Variablen und den Zufriedenheiten mit den Teilbereichen. Diese können entsprechend gelesen und interpretiert werden.

⁴⁷ Für die Berechnungen wird der Korrelationskoeffizient Pearson's r verwendet da alle Variablen intervallskaliert sind, und ein linearer Zusammenhang unterstellt wird. Ausnahme bildet die Dummyvariable Zimmerart die nur 2 Ausprägungen kennt, für sie wird die Maßzahl Eta verwendet welche den Zusammenhang von nominal- und intervallskalierten Variablen misst.

⁴⁸ Der Korrelationskoeffizient Pearson's r kann Werte von -1 (perfekt negativer Zusammenhang) bis +1 (perfekt positiver Zusammenhang) einnehmen. Der Wert 0 würde bedeuten, dass kein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht. Von einem bivariaten Zusammenhang kann man ab einem Wert von über 0,1 ausgehen, weshalb Werte von über 0,5 als außerordentlich hoch bezeichnet werden können. In diesem Fall sind alle Korrelationen positiv ausgefallen, es bestehen also ausschließlich positive Zusammenhänge zwischen den Variablen.

Tabelle 37: Korrelationsanalysen bezüglich der Krankenhauszufriedenheit (bereichsspezifisch)

vs. Zufriedenheit mit dem ...		Ärztlichem Bereich		Pflege-Bereich	Funktions-Bereich
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen	Pearsons r	0,551* *	0,491**	0,433**
Faktor 2(H2)	Raumqualität	Pearsons r	0,397* *	0,477**	0,421**
Faktor 2(H3)	Zimmerart	Eta	0,100	0,099	0,151*
Faktor 3(H4)	Alter	Pearsons r	0,215* *	0,173**	0,237**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die

Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

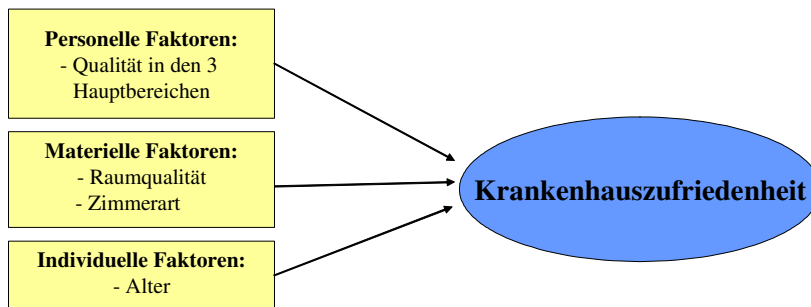
Auch bezüglich der Teilbereiche erhalten wir hohe Korrelationen für fast alle Einflussfaktoren. Es fällt auf, dass die Faktoren über die Teilbereiche unterschiedlich hoch korrelieren.

Die Bereichsqualität zum Beispiel korreliert mit der Zufriedenheit im ärztlichen Bereich höher, als mit den beiden anderen Bereichen. Personelle Faktoren könnten also stärker mit diesem Bereich zusammenhängen, während die Raumqualität höhere Zusammenhänge mit Pflege- und Funktionsbereich aufweist. Die Zimmerart, soviel kann jetzt schon gesagt werden, hat keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheiten mit dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, sie zeigt jedoch einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich. Sie wirkt also nur im Gesamtkontext der Krankenhauszufriedenheit und auf den Funktionsbereich. Das ist sicherlich auch plausibel, da dieser materielle Faktor kaum mit der Bewertung der ersten beiden Bereiche inhaltlich in Verbindung gebracht werden kann. Die Hypothese H3 kann für diese Bereiche bereits als widerlegt verworfen werden, allerdings nur im Fall eines bivariaten Zusammenhangs, was noch keine Schlüsse im Hinblick auf mögliche multivariate Zusammenhänge zulässt.

3.5 Lineare Regressionsanalysen

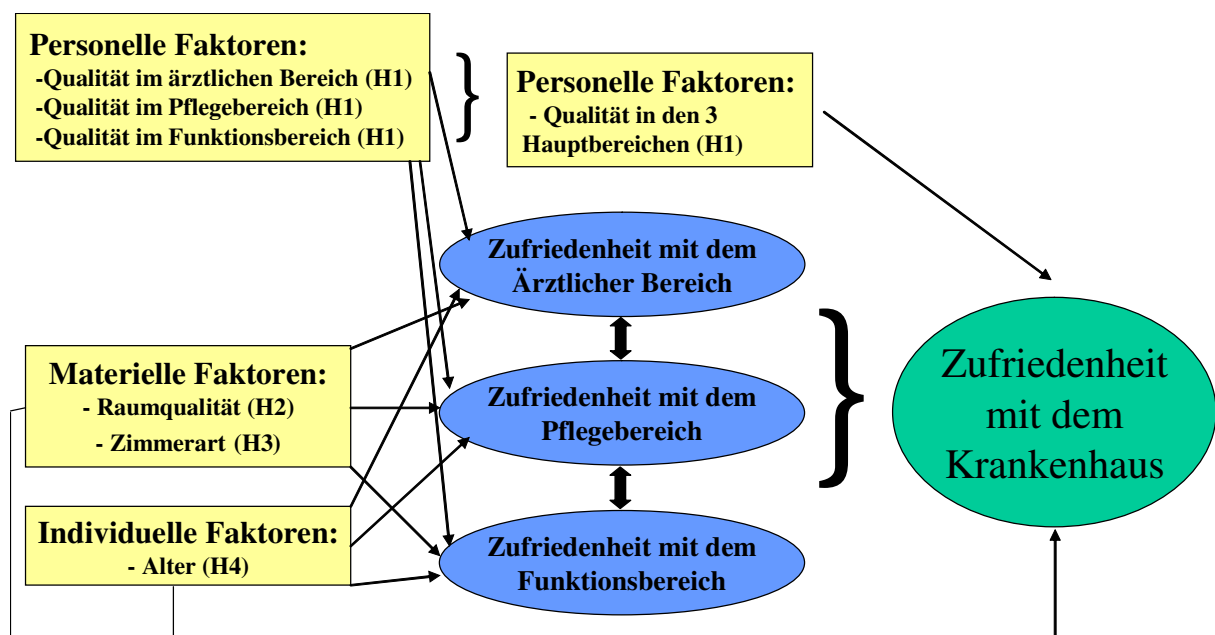
Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse kann das oben vorgestellte Grundmodell inhaltlich folgendermaßen spezifiziert werden.

Abbildung 21: Erweitertes Grundmodell der Patientenzufriedenheit



Außer der Zufriedenheit mit dem Krankenhaus, sollen allerdings auch die Zufriedenheiten in den Teilbereichen mit ihren Einflüssen untersucht werden. Alle zu untersuchenden Einflüsse lassen sich somit in einem Gesamtmodell darstellen.

Abbildung 22: Gesamtmodell zur Patientenzufriedenheit



Ob sich die vermuteten Zusammenhänge in eben diesen Richtungen als richtig erweisen, muss anhand multivariater Regressionsanalysen überprüft werden.

3.5.1 Das Grundmodell

Das erweiterte Grundmodell soll die Einflüsse aller ermittelten Faktoren auf die gesamte Krankenhauszufriedenheit messen. Die Ergebnisse der linearen multivariaten Regression lassen sich in Gleichung 1 und der nachfolgenden Tabelle wie folgt zusammenfassen.

Die sogenannten „beta-Werte“, die als standardisierte Steigungskoeffizienten bezeichnet werden, zeigen wie stark die exogenen Variablen auf die endogene Variable wirken. Überträgt man dies auf unser Modell kann man sehen, dass eine Veränderung in der Bereichsqualität sich wesentlich stärker auf die Zufriedenheit auswirkt, als eine in der Raumqualität.

Gleichung 1:

$$Kz_{uf_i} = 2,8 \cdot 0,0164 \cdot B_i + 0,127 \cdot R_i + 0,506 \cdot Z_i + 0,03 \cdot A_i$$

Tabelle 38: Lineare multivariate Regression mit Krankenhauszufriedenheit als abhängiger Variable

Krankenhauszufriedenheit (Kzuf)		Beta	b	Sig.	Konst.	R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,475	,164	**	2,8	0,513
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	,225	,127	**		
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	,161	,506	**		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	,312	,030	**		

Die Einflussstärken, auf Zufriedenheit mit dem Krankenhaus, können somit in einer Rangfolge dargestellt werden,

1. Bereichsqualität, 2. Alter, 3. Raumqualität und 4. Zimmerart .

Mit Hilfe der Steigungskoeffizienten „b“ lässt sich genau berechnen, um wieviele Punkte die abhängige Variable steigt bzw. sinkt, wenn sich die entsprechende unabhängige Variable um einen Punkt verändert.

Im diesem Fall, würde die Krankenhauszufriedenheit zum Beispiel um ca. 0,5 Punkte steigen wenn die Patienten in 1- oder 2-Bettzimmern liegen, da „Z“ dann den Wert 1 annimmt. Patienten in anderen Zimmern sind somit durchschnittlich einen halben Punkt unzufriedener. (→ Gleichung 1). Auf Grund der geringen Varianz in der abhängigen Variable „Krankenhauszufriedenheit“, ist dies nicht unerheblich.

Ein Patient von Station 2k ist im Durchschnitt 25 Jahre älter als die Patientinnen von 1d, somit ist er auch um 0,75 Punkte zufriedener. Bedenkt man zudem, dass alle Patienten auf 2k auch in 1- oder 2-Bettzimmern untergebracht sind, so lässt sich die hohe Zufriedenheit auf der Station schon teilweise erklären. Wie die entsprechenden Abbildungen oben weiterhin zeigen, kann die Kurzzeitchirurgie auch bezüglich der Bereichs- und Raumqualität überdurchschnittliche Werte aufweisen; die hohe Zufriedenheit lässt sich mit Hilfe der Regression also plausibel nachvollziehen. Die Konstante zeigt den Wert an, den man erwarten kann, wenn alle unabhängigen Variablen den Wert 0 annehmen, also den schlechtmöglichsten Fall. Dieser kann in diesem Modell allein aufgrund des Alters allerdings empirisch nicht auftreten. Der Indikator „R²“ bezeichnet die sogenannte Anpassungsgüte des Modells, mit anderen Worten wird in R² festgehalten wie viel Prozent der Varianz durch das Modell erklärt werden. R² kann Werte

zwischen 0 und 1 annehmen. Dieses Modell erklärt also 51,3 Prozent der Varianz der Variablen „Krankenhauszufriedenheit“, was als außerordentlich hoch bezeichnet werden kann. Weiß man also um die Ausprägungen der unabhängigen Variablen, macht man bei der Vorhersage der Krankenhauszufriedenheit im EK ca. 51 Prozent weniger Fehler.

Im Folgenden sind die Regressionen mit den Teilbereichen in gleicher Weise dargestellt und können entsprechend interpretiert werden. Aus diesem Grund wird nur auf Besonderheiten der spezifischen Modelle eingegangen.

3.5.2 Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich

Gleichung 2:

$$Kz_{uf_i} = 2,9 \cdot 0,081 \cdot B_i + 0,21 \cdot Z_i + 0,011 \cdot A_i$$

Tabelle 39: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im ärztlichen Bereich“ als abhängiger Variable

Zufriedenheit mit dem ärztlichen Bereich (ÄBzuf)		Beta	b	Sig.	Konst.	R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,561	,081	**	2,9	0,375
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	n.s.	n.s.			
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	,158	,210	*		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	,281	,011	**		

Die Zufriedenheit mit den Ärzten wird zum größten Teil durch die Bereichsqualität, also die personellen Faktoren erklärt. Die Raumqualität hat hingegen keinen signifikanten Einfluss im multivariaten Modell. Die materiellen Faktoren, die hauptsächlich durch diese repräsentiert werden, beeinflussen also nicht die Zufriedenheit mit den Ärzten, mit Ausnahme der Zimmerart, welche einen geringen aber vorhandenen Einfluss zeigt. Das Alter ist der zweitstärkste Einflussfaktor, was durch die oben ausgeführten Anmerkungen hierzu am ehesten inhaltlich erklärt werden kann.

3.5.3 Zufriedenheit mit dem Pflegebereich

Die Bereichsqualität erklärt auch hier den größten Teil der Varianz, wenn auch bei weitem nicht soviel wie im ärztlichen Bereich. Die Raumqualität spielt in der Pflege eine wichtige Rolle und ist der zweitstärkste Einflussfaktor. Die Zimmerart allerdings hat keinen Einfluss auf Pflegebereichszufriedenheit. Das erscheint plausibel, da Fragen der Hygiene, der Ausstattung und der Organisation den Pflegebereich direkt betreffen, nicht jedoch die Art des Zimmers.

Der Einfluss des Alters ist zwar vorhanden, scheint in der Pflege aber eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Gleichung 3:

$$Kz_{uf_i} = 3,16 \cdot 0,046 \cdot B_i + 0,061 \cdot R_i + 0,006 \cdot A_i$$

Tabelle 40: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im Pflegebereich“ als abhängiger Variable

Zufriedenheit mit dem Pflegebereich (PBzuf)		Beta	b	Sig.	Konst.	R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,352	,046	0,00	3,16	0,348
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	,278	,061	0,00		
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	n.s.	n.s.	n.s.		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	,157	,006	*		

3.5.4 Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich

In diesem Bereich sind, wie bei der Krankenhauszufriedenheit insgesamt, alle Einflussfaktoren signifikant. Die Einflussstärken der unabhängigen Variablen B, R und A variieren nur unmerklich. Die Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich wird also durch alle Faktoren stark beeinflusst. Die materiellen Faktoren die außer durch R auch durch Z vertreten sind, erklären jedoch – nicht ganz überraschend – den größten Teil der Varianz.

Der starke Einfluss des Alters, kann mittels der oben bereits skizzierten Vermutung einer Zunahme von kritischeren Patienten (in Altersabhängigkeit) plausibilisiert werden.

Gleichung 4:

$$FBz_{uf_i} = 2,68 \cdot 0,04 \cdot B_i + 0,062 \cdot R_i + 0,244 \cdot Z_i + 0,011 \cdot A_i$$

Tabelle 41: Lineare multivariate Regression mit „Zufriedenheit im Funktionsbereich“ als abhängiger Variable

Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich (FBzuf)		Beta	b	Sig.	Konst.	R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,277	,04	0,00	2,68	0,326
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	,268	,062	0,00		
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	,185	,244	*		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	,272	,011	0,00		

3.6 Logistische Regression

Das logistische Regressionsmodell dient der Entwicklung eines Abhängigkeitsmodells mit einer dichotomen abhängigen Variable Y, das heißt einer Variable mit 2 möglichen sich gegenseitig ausschließenden Ausprägungen, z.B. „Patient ist mit allen Bereichen des Krankenhauses sehr zufrieden“ (Kzuf (Y) =1) und das entsprechende Gegenereignis „Patient ist nicht mit allen Bereichen des Krankenhauses sehr zufrieden“ (Kzuf (Y) =0). Untersucht wird nun der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit des Ereignisses. Im Gegensatz zur linearen Regression ist es möglich eine genaue Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Ereignisses $P(Kzuf=1)$ und des Gegenereignisses $1 - P(Kzuf=1)$ zu berechnen, wenn die Ausprägungen der unabhängigen Variablen bekannt sind. Betrachtet man die Ausprägung der abhängigen Variablen im Fall des EK (Abb. XY), fällt einem auf, dass die oberste Kategorie ca. 50 Prozent aller Fälle in sich vereinigt, während sich die restliche Hälfte auf die anderen Kategorien verteilt. Sollte eine derartige Verteilung der abhängigen Variablen vorliegen ist es möglich sie wie oben schon angedeutet zu dichotomisieren.⁴⁹ Die Besonderheit einer logistischen Regression ist die Unterstellung eines nicht-linearen Zusammenhangs. Auf das Untersuchungskrankenhaus übertragen, wird damit eine Art Sättigungseffekt ausgedrückt. Das bedeutet eine Veränderung der unabhängigen Einflussfaktoren in den Extrembereichen führt nicht mehr zu wesentlichen Veränderungen der Eintrittswahrscheinlichkeit von $P(Kzuf=1)$; diese nähert sich nur langsam einem Maximalwert an, während Steigerungen in den mittleren Bereichen zu starken Erhöhungen der Eintrittswahrscheinlichkeiten führen. In der unten stehenden Abbildung ist die logistische Funktion der Krankenhauszufriedenheit (Gleichung 8), dargestellt. Die allgemeine logistische Regressionsgleichung, für den Zwei-Variablen-Fall, ist in Gleichung 5 dargestellt.

$$\text{Gleichung 5: } P_i = \frac{e^{a+b \cdot x_i}}{1 + e^{a+b \cdot x_i}} = \frac{1}{1 + e^{-(a+b \cdot x_i)}}$$

Alle Ergebnisse der logistischen Regression sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 42: Logistische multivariate Regression

Krankenhauszufriedenheit (Kzuf)		B	Sig.	Konst.	Nagelkerkes Pseudo-R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,258	**	-9,141	0,462
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	,230	*		
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	,982	*		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	,049	**		

⁴⁹ Kzuf = 1, wenn der Patient mit allen 3 Teilbereichen sehr zufrieden ist. Kzuf = 0, wenn der Patient auch nur in einem Teilbereich nicht sehr zufrieden war.

Aus dieser Tabelle ergibt sich die logistische Regressionsgleichung für die Patientenzufriedenheit im EK (Gleichung 6). Sie ähnelt der Linearen Regressionsgleichung, wobei jedoch ihre Ergebnisse, wie schon erwähnt, exakte Wahrscheinlichkeiten darstellen. Will man die Wahrscheinlichkeit für $P(Kzuf = 1)$ auf der Kurzzeitchirurgie berechnen, so müsste man in Gleichung 6, die Mittelwerte für B, R, Z und A der Station 2k einsetzen. Die entsprechende Berechnung ist in Gleichung 7 dargestellt.

Gleichung 6:

$$P_i(Kzuf=1) = \frac{1}{1 + e^{-(-9,141 + 0,258B_i + 0,23R_i + 0,982Z_i + 0,049A_i)}}$$

Gleichung 7:

$$(1) P_{2k}(Kzuf = 1) = \frac{1}{1 + e^{-(-9,141 + 0,258 \cdot B_{2k} + 0,23 \cdot R_{2k} + 0,982 \cdot Z_{2k} + 0,049 \cdot A_{2k})}}$$

$$(2) P_{2k}(Kzuf = 1) = \frac{1}{1 + e^{-(-9,141 + 0,258 \cdot 14,8 + 0,23 \cdot 11,45 + 0,982 \cdot 1 + 0,049 \cdot 52)}}$$

$$(3) P_{2k}(Kzuf = 1) = 0,6979 \approx \underline{\underline{69,8\%}}$$

Das Ergebnis kann wie folgt interpretiert werden: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient der auf der Station 2k behandelt wurde, mit allen Teilbereichen sehr zufrieden ist, liegt bei ca. 70%. Auf gleiche Weise lassen sich Eintrittswahrscheinlichkeiten für die anderen Stationen und das EK insgesamt berechnen, wie in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 43: Eintrittswahrscheinlichkeiten nach Stationen

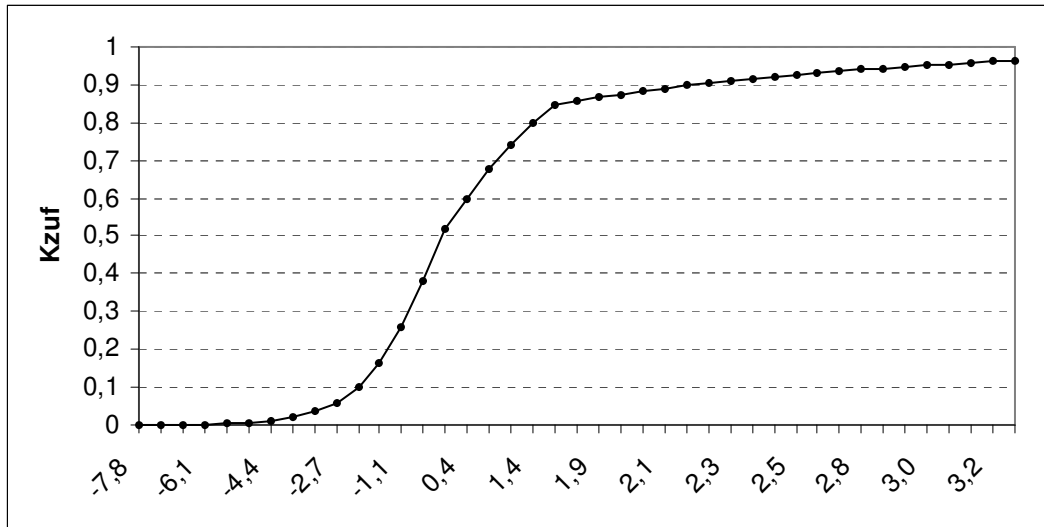
Station	1d	2b	2d	2k	EK
Eintrittswahrscheinlichkeit $P(Kzuf = 1)$	30,5%	44,5%	36,8%	69,8%	44,6%

Es ist erstaunlich, wie stark die Eintrittswahrscheinlichkeiten bei, scheinbar nur geringen positiven Veränderungen der unabhängigen Variablen, steigen. In der folgenden Abbildung zeigt sich jedoch deutlich, dass diese sich dem Maximalwert 1 annähern. Die Eintrittswahrscheinlichkeiten können insgesamt als sehr hoch angesehen werden. Die Wahrscheinlichkeit, bei gegebenen Umständen einen sehr zufriedenen Patienten zu entlassen, liegt im Gesamtkrankenhaus immerhin bei fast 50 Prozent.

Gleichung 8: Logistische Funktion

$$P_i(Kzuf) = f(x) = \frac{1}{1 + e^{-(-9,141 + 0,258 \cdot B_i + 0,23 \cdot R_i + 0,982 \cdot Z_i + 0,049 \cdot A_i)}}$$

Abbildung 23: Logistische Funktion der Krankenhauszufriedenheit



Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die logistische Regression ein wichtige alternative Analysemethode zur linearen Regression darstellt, im Falle des EK war es möglich, beide Methoden adäquat einzusetzen. Auf Grund der Nicht-Linearität der Patientenzufriedenheit und des Sättigungseffektes ist die logistische Methode aber diejenige, die als der empirischen Wirklichkeit angemessenere aufgefasst werden kann. Allerdings kommt man, in diesem Fall, mit beiden Methoden zu den gleichen Zusammenhangshypothesen und -befunden. Im linearen Fall steigt die Patientenzufriedenheit durch die Verbesserung der beeinflussbaren Faktoren und im binär logistischen Modell die Wahrscheinlichkeit einen sehr zufriedenen Patienten entlassen zu können.

3.7 Kurze Extrabetrachtung des Kinderkrankenhauses

In den besprochenen Mittelwertvergleichen ließ sich bereits erkennen, dass das Kinderkrankenhaus (KKH) bezüglich der Patientenzufriedenheit sich von den übrigen Bereichen des Krankenhauses unterschied.⁵⁰ Die Einschätzung der Qualität in den drei Teilbereichen und der Raumqualität liegen deutlich unter dem Durchschnitt des EK. Hier könnte der Alterseffekt sicherlich eine Rolle spielen, da die befragten Eltern (bzw. der befragte Elternteil) durchschnittlich 20 Jahre jünger als der Durchschnitt des übrigen Krankenhauses sind.

Die Befunde für das KKH können jedoch nur bedingt mit den übrigen Befunden verglichen werden. Der Alterseffekt kann lediglich vermutet, jedoch nicht bewiesen werden, da es kaum bzw. nur eine sehr geringe Varianz im Alter der Befragten (Eltern) gibt. Es könnte also nur vermutet werden, dass auf Grund des niedrigen Altersniveaus die Zufriedenheit etwas niedriger ausfällt (kritischer Patient). Ein weiterer Faktor der die Vergleichbarkeit erschwert sind die

⁵⁰ Man sollte jedoch im Folgenden immer im Blick behalten, dass in diesem Fall nicht die Patienten selbst, sondern die Eltern der Patienten befragt wurden.

unterschiedlichen Erhebungsmethoden der beiden Untersuchungen. Um die Aussagen für das EK verallgemeinern zu können, muss untersucht werden, ob die unterschiedliche Befragungsmethode einen Effekt auf die Patientenzufriedenheit ausübt. Verbindet man beide Datensätze miteinander ist es möglich, eine Variable zu konstruieren, die den Wert = 1 annimmt, wenn es sich um Befragte des Kinderkrankenhauses handelt und den Wert = 0 für alle anderen Patienten. Fügt man diese Variable in die Regression ein, stellt man fest, dass sie keinen signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit ausübt. Somit scheint es möglich, den Effekt den die differierende Erhebungsmethode ausüben könnte, zu vernachlässigen.

Sind damit also die Voraussetzungen für eine Vergleichbarkeit der beiden Studien gegeben, muss letztlich festgehalten werden, dass die Patientenzufriedenheit im Kinderkrankenhaus tatsächlich deutlich unter dem Durchschnitt liegt.

Um die formulierten Zusammenhangshypothesen einer Überprüfung zu unterziehen, wird eine lineare Regression mit Krankenzufriedenheit im Kinderkrankenhaus als abhängiger Variablen durchgeführt, deren Ergebnisse in der folgenden Tabelle aufgeführt sind.

Tabelle 44: Lineare Regression mit „Zufriedenheit mit dem Kinderkrankenhaus“ als abhängiger Variable

Zufriedenheit mit dem Kinderkrankenhaus (Kkhzuf)		Beta	B	Sig.	Konst.	R ²
Faktor 1(H1)	Qualität in den 3 Hauptbereichen (B)	,764	,338	0,00	3,725	0,577
Faktor 2(H2)	Raumqualität (R)	n.s.	n.s.	n.s.		
Faktor 2(H3)	Zimmerart (Z)	n.s.	n.s.	n.s.		
Faktor 3(H4)	Alter (A)	n.s.	n.s.	n.s.		

Alle Hypothesen, außer H1, erweisen sich beim KKH als nicht signifikant, was einerseits an der geringen Fallzahl liegt (N=107), andererseits jedoch auch theoretisch begründet werden kann.

Der einzige tatsächliche Einfluss zeigt sich im personellen Faktor, der 57 Prozent der Varianz in der abhängigen Variablen erklärt. Es erscheint plausibel, dass Eltern, von denen 70 Prozent nicht im Krankenhaus untergebracht sind, die Bedeutung der Räumlichkeiten für die Genesung ihres Kindes eher als gering einschätzen und sie dementsprechend bei der Bewertung ihrer Zufriedenheit außen vorlassen.

Ebenso einleuchtend scheint es zu sein, dass Eltern vor allem Wert auf die Qualität der Arbeit legen, also beispielsweise darauf achten, wie ihr Kind behandelt wird, ob es umsorgt und gut gepflegt wird usw. Diese Elemente werden durch die Variable Qualität in den 3 Teilbereichen vertreten, die mit einer Ausprägung von 12,4 Punkten den schlechtesten Wert des Krankenhauses einnimmt und somit einen Großteil des niedrigeren Niveaus erklären kann.

Der Fragebogen beinhaltete außerdem einen Bereich, in dem geäußert werden konnte, was einem gefallen bzw. missfallen hat und nicht durch Fragen des Fragebogens abgedeckt war. Antworten, die auf diese Weise erworben werden, bezeichnet man als so genannte „Kummerkastenantworten“.

Die Kritik der Eltern traf unter anderem die Raumqualität des KKH, dabei vor allem die Ausstattung (mehr Farbe, zuwenig Bilder, kaputt Spielzeug), die Sicherheit (keine kindersicheren Steckdosen) und die Hygiene (unangenehme Gerüche im Badezimmer) der Zimmer.

Ein weiterer noch wesentlich häufiger geäußelter Kritikpunkt betraf den Personalbereich. Von fast allen sich äussernden Eltern wurde der empfundene Zeitmangel kritisiert. Die Gründe liegen aus Sicht der Eltern eindeutig an zu wenig Personal, die Schwestern werden teilweise als zu wenig bemüht, unmotiviert, gehetzt und deutlich überfordert beschrieben⁵¹. Der Personalmangel betrifft laut der Befragten aber auch den ärztlichen Bereich.

Das KKH liegt zwar deutlich unter dem Durchschnitt des Krankenhauses, kann aber dennoch mit 7,5 von 10 Zufriedenheitspunkten einen relativ guten Wert aufweisen. Die Gründe für die geringere Zufriedenheit konnten mit Hilfe des Erklärungsmodells und der „Patienten“-aussagen relativ genau umrissen werden und können zumindest teilweise als Anlaufschwierigkeiten betrachtet werden. Die Probleme, die den Bereich der personellen Faktoren betreffen, sollten jedoch ernster genommen und gezielt beseitigt werden, da sie wie das Modell gezeigt hat den stärksten Erklärungsfaktor des KKH stellen.

3.8 Zusammenfassung der Patientenzufriedenheitsstudie

Der wohl entscheidende Punkt, der Studie ist die Feststellung, dass die individuellen unbeeinflussbaren Faktoren nur einen geringen Teil der Patientenzufriedenheit erklären, während vor allem Personelle und Materielle Einflussfaktoren für die Zufriedenheit verantwortlich sind. Es hat also nur einen geringen, bzw. nicht messbaren, Einfluss ob der Patient private Probleme hat oder arbeitslos ist. Das Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara hat die Zufriedenheit seiner Patienten zumindest zu einem großen Teil selber in der Hand. Der Effekt des Alters, der sich als relativ stark herausgestellt hat, kann allerdings nicht beeinflusst werden. Ein Generationseffekt wie der des Alters, nimmt jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit im Laufe der Zeit immer mehr ab. Außerdem beeinflusst er zwar die Zufriedenheit der Patienten, kann aber natürlich nicht als Gütekriterium angesehen werden.

Die Wandlung der integrativen Wochenstation 1d, vom Sorgenkind zur Vorzeigestation kann als positives Beispiel dafür gesehen werden, wie stark sich die Veränderung der materiellen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken kann. Wie die Abbildungen 8,16 und 18 gezeigt haben konnte die Station 1d ihre Bewertungen in einigen Bereichen fast

⁵¹ Eine Mutter schreibt zum Beispiel, dass ihr Kind dreimal keine Flasche bekommen hat, obwohl die Milchküche die Auslieferung bestätigt hat. (Kommunikations- und Personalproblem)

verdoppeln. Den größten Zuwachs konnten die Räumlichkeiten verbuchen, die wie sich in den Regressionen gezeigt hat⁵², die Zufriedenheit mit dem Pflege- und Funktionsbereich und somit auch die Krankenzufriedenheit in starkem Maße positiv beeinflussen. Der stärkste Einflussfaktor war, wie gezeigt wurde, die Qualität der Arbeit in den drei Hauptbereichen des Krankenhauses, sie konnte in den letzten 4 Jahren deutlich verbessert werden und hat somit den größten Teil zu dieser erneuten Niveaushiftung nach oben beigetragen.

Ingesamt betrachtet kann die Studie als Erfolg für das Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara angesehen werden dessen Ziel es war, die Zufriedenheit seiner Patienten weiter zu verbessern. Erfolgreich war diese ebenfalls für das Institut für Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, welches die Entwicklung eines funktionsfähigen Erklärungsmodells für Patientenzufriedenheit zum Ziel hatte. Beide Ziele konnten, wie im Laufe des Berichtes deutlich geworden ist, erfolgreich umgesetzt werden. Das Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara konnte sich ausnahmslos in allen Bereichen verbessern⁵³. Die erneute Niveaushiftung der Zufriedenheit nach oben, ist auf Grund des außerordentlich hohen Ausgangsniveaus definitiv als Erfolg der Krankenhauspolitik in den letzten 4 Jahren zu werten.

⁵² Vgl. Gleichungen 3 & 4

⁵³ Diese Aussage kann natürlich nur für die Bereiche gelten in denen auch Vergleichswerte vorgelegt haben. Ausgenommen davon sind zum Beispiel das KKH die Station 2k usw.

4 Anhang

Tabelle A1: Clusterprofile

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Mittelwert
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Krankenhaus verbringen zu können.	4,7	4,2	2,7	4,5	4,2
b) Es wäre mit zu vielen Nachteilen für mich verbunden, wenn ich momentan dieses Krankenhaus verlassen würde.	4,5	3,0	2,9	4,6	3,9
c) Ich fühle mich emotional nicht sonderlich mit diesem Krankenhaus verbunden.	1,4	1,3	3,2	1,7	1,8
d) Ich bin stolz darauf diesem Krankenhaus anzugehören.	4,1	3,9	2,3	3,9	3,7
e) Zu vieles in meinem Leben würde sich verändern, wenn ich dieses Krankenhaus jetzt verlassen würde.	4,1	2,8	2,7	4,2	3,6
f) Ich glaube, dass ich momentan zu wenige Chancen habe, um einen Wechsel der Organisation ernsthaft in Erwägung zu ziehen.	3,9	1,8	2,7	3,8	3,2
g) Ich habe schon zu viel Kraft und Energie in dieses Krankenhaus gesteckt, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.	4,1	2,2	2,1	3,0	3,0
h) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich dieses Krankenhaus verlassen würde.	4,4	2,5	2,4	2,9	3,1
i) Selbst wenn es für mich vorteilhaft wäre, fände ich es nicht richtig, dieses Krankenhaus zu verlassen.	3,9	2,5	1,5	2,2	2,6
j) Ich würde mich irgendwie schuldig fühlen, wenn ich dieses Krankenhaus jetzt verlassen würde.	3,6	2,2	1,7	1,7	2,3
k) Ich empfinde ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit zu meinem Krankenhaus.	4,3	4,0	2,1	3,4	3,6
l) Ich denke, dass meine Wertvorstellungen zu denen des Krankenhauses passen.	4,4	4,3	2,7	3,6	3,8
m) Es macht keinen guten Eindruck, häufiger die Organisation zu wechseln.	4,3	2,4	2,8	2,6	3,1
n) Ich würde das Krankenhaus jetzt nicht verlassen, weil ich mich einigen Leuten darin verpflichtet fühle.	4,1	2,4	1,7	1,8	2,5

Tabelle A2: Unabhängige Variablen der linearen Regressionsmodelle

e) Zuviel in meinem Leben würde durcheinander geraten, wenn ich den Beruf jetzt wechseln würde.
f) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.
g) Ich habe schon zuviel in diesen Beruf investiert, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.
h) Ich werde weiterhin in meinem Beruf arbeiten, weil es keine Alternative für mich gibt.
i) Ich finde, dass man seinem Beruf treu bleiben sollte.
j) Ich habe schon zu viel in meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich investiert, um noch an eine Neuorientierung zu denken.
k) Ich glaube es wäre nicht richtig, meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich zu verlassen, auch wenn ich selbst Vorteile davon hätte.
ALTER
DAUER BESCHÄTIGUNG IM EK
DAUER BESCHÄFTIGUNG IM BERUF
EINKOMMEN
SORGE UM DEN EIGENEN ARBEITSPLATZ
SICHERHEIT DES EIGENEN ARBEITSPLATZES
MITGLIED ÄRZTESCHAFT
MITGLIED PFLEGENDE
MITGLIED VERWALTUNG
GESCHLECHT
RELIGIOSITÄT
ZUNEIGUNG
LOYALITÄT
FACHLICHER RESPEKT
WAHRGENOMMENES ENGAGEMENT
GESAMTWAHRNEHMUNG VORGESETZTE/R
TERITÄRE QUALIFIKATION
FACHSCHULQUALIFIKATION

4.1 Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara (Mitarbeiterfragebogen)

1. In welcher Dienstart sind Sie derzeit im Krankenhaus beschäftigt?

a) Ärzte	
b) Pflege	
c) Medizinisch-technischer Dienst	
d) Funktionsdienst	
e) Wirtschafts- und Versorgungsdienst	
f) Technischer Dienst	
g) Verwaltung	

2. Sind Sie

a) Vollzeitbeschäftigt	
b) Teilzeitbeschäftigt	

3. Anhand der folgenden Aussagen möchten wir erfahren, wie sehr Sie sich dem Krankenhaus für das Sie arbeiten, verbunden fühlen. Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind. Verwenden Sie folgende Abstufungen von 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft vollständig zu.

	1 trifft nicht zu	2	3	4	5 trifft voll- ständig zu
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Krankenhaus verbringen zu können.					
b) Es wäre mit zu vielen Nachteilen für mich verbunden, wenn ich momentan dieses Krankenhaus verlassen würde.					
c) Ich fühle mich emotional nicht sonderlich mit diesem Krankenhaus verbunden.					
d) Ich bin stolz darauf diesem Krankenhaus anzugehören.					
e) Zu vieles in meinem Leben würde sich verändern, wenn ich dieses Krankenhaus jetzt verlassen würde.					
f) Ich glaube, dass ich momentan zu wenige Chancen habe, um einen Wechsel der Organisation ernsthaft in Erwägung zu ziehen.					
g) Ich habe schon zu viel Kraft und Energie in dieses Krankenhaus gesteckt, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.					

h) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich dieses Krankenhaus verlassen würde.					
i) Selbst wenn es für mich vorteilhaft wäre, fände ich es nicht richtig, dieses Krankenhaus zu verlassen.					
j) Ich würde mich irgendwie schuldig fühlen, wenn ich dieses Krankenhaus jetzt verlassen würde.					
k) Ich empfinde ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit zu meinem Krankenhaus.					
l) Ich denke, dass meine Wertvorstellungen zu denen des Krankenhauses passen.					
m) Es macht keinen guten Eindruck, häufiger die Organisation zu wechseln.					
n) Ich würde das Krankenhaus jetzt nicht verlassen, weil ich mich einigen Leuten darin verpflichtet fühle.					

4. In der vorherigen Frage haben wir danach gefragt, wie sehr Sie sich dem Krankenhaus, für das Sie arbeiten, verbunden fühlen. In dieser Frage möchten wir gerne wissen, wie sehr Sie sich Ihrem Beruf, bzw. Ihrer Tätigkeit verbunden fühlen. Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die Aussagen für Sie sind. Verwenden Sie folgende Abstufungen von 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft vollständig zu.

	1 trifft nicht zu	2	3	4	5 trifft völlig zu
a) Ich wäre sehr froh, mein weiteres Arbeitsleben in diesem Beruf verbringen zu können					
b) Ich bin stolz darauf, dass ich in diesem Beruf arbeite.					
c) Meine jetzige Tätigkeit macht mir Spaß.					
d) Ich würde mir wünschen, meine jetzige Tätigkeit auch in Zukunft auszuüben.					
e) Zuviel in meinem Leben würde durcheinander geraten, wenn ich den Beruf jetzt wechseln würde.					
f) Viele Leute, die mir wichtig sind, würden es nicht verstehen oder wären enttäuscht, wenn ich meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich wechseln würde.					
g) Ich habe schon zuviel in diesen Beruf investiert, um jetzt noch an einen Wechsel zu denken.					
h) Ich werde weiterhin in meinem Beruf arbeiten, weil es keine Alternative für mich gibt.					

i) Ich finde, dass man seinem Beruf treu bleiben sollte.						
j) Ich habe schon zu viel in meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich investiert, um noch an eine Neuorientierung zu denken.						
k) Ich glaube es wäre nicht richtig, meinen jetzigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich zu verlassen, auch wenn ich selbst Vorteile davon hätte.						
l) Es ist für mich von großer Bedeutung, gerade diesen Beruf auszuüben.						
m) Es wäre mit zu vielen Nachteilen verbunden, in meinem Beruf einen anderen Aufgaben- oder Tätigkeitsbereich zu übernehmen.						
n) Mit meiner Tätigkeit kann ich mich identifizieren.						
o) Ich denke, dass ich meine Wertvorstellungen in meiner Tätigkeit verwirklichen kann.						
p) Es macht keinen guten Eindruck, den Beruf zu wechseln.						

5. Im Folgenden werden Fragen zu Ihrem bzw. Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten gestellt. Geben Sie bitte bei jeder Frage die für Sie passende Zahl an. Folgen Sie dem ersten Impuls. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, keine guten und schlechten. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

	1 stimme gar nicht zu	2	3	4	5	6	7 stimme völlig zu
a) Mein/e Vorgesetzte/r ist ein Mensch, den man gern zum Freund hätte.							
b) Ich mag meine/n Vorgesetzte/n als Mensch sehr.							
c) Es macht viel Spaß, mit meiner/m Vorgesetzten zu arbeiten.							
d) Mein/e Vorgesetzte/r würde mich gegenüber anderen im Krankenhaus verteidigen, wenn ich einen wirklichen Fehler gemacht hätte.							
e) Mein/e Vorgesetzte/r verteidigt meine Handlungen gegenüber einer/m Höhergestellten, auch wenn er/sie kein vollständiges Wissen über die fragliche Angelegenheit hat.							

f) Mein/e Vorgesetzte/r würde mich verteidigen, wenn ich von anderen angegriffen							
g) Ich schätze die beruflichen Fähigkeiten meiner/s Vorgesetzten..							
h) Ich respektiere das Wissen und die Kompetenz meiner/s Vorgesetzten bezüglich seiner/ihrer Tätigkeit.							
i) Ich bin vom Wissen, das mein/e Vorgesetzte/r bezüglich seiner/ihrer Arbeit hat, beeindruckt.							
j) Ich tue für meinen Vorgesetzten mehr, als ich nach meiner Arbeitsbeschreibung müsste.							
k) Um die Ziele meines Vorgesetzten bei der Arbeit zu erreichen, bin ich bereit, mich mehr als gewöhnlich anzustrengen.							
l) Es macht mir nichts aus, meinem Vorgesetzten zuliebe sehr hart zu arbeiten.							

6. Bitte nehmen Sie im Folgenden Stellung zu Ihren Kollegen. Äußern Sie dabei Ihre ganz persönliche Meinung. Gemeint sind die Kollegen, mit denen Sie unmittelbar zusammenarbeiten und arbeitsbezogenen Kontakt haben (es ist uns klar, dass Sie hier nur ein Durchschnittsurteil angeben können)

	1 trifft nicht zu	2	3	4	5 trifft völlig zu
a) stur					
b) hilfsbereit					
c) zerstritten					
d) sympathisch					
e) unfähig					
f) guter Zusammenhalt					
g) faul					
g) angenehm					

7. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen.

Sehr zufrieden	
Eher zufrieden	
Teils/teils	
Eher unzufrieden	
Sehr unzufrieden	

8. Wie zufrieden sind Sie mit dem derzeitigen Angebot an Fort- und Weiterbildung?

Sehr zufrieden	
Eher zufrieden	
Teils/teils	
Eher unzufrieden	
Sehr unzufrieden	

9. Bitte geben Sie bei den folgenden Lebensbereichen jeweils an, wie wichtig dieser für Sie ist. 1 bedeutet hierbei „unwichtig“ und 7 „sehr wichtig“. Mit den Zahlen dazwischen können Sie ihre Einschätzung abstufen.

	1 unwichtig	2	3	4	5	6	7 sehr wichtig
a) Eigene Familie und Kinder							
b) Beruf und Arbeit							
c) Freizeit und Erholung							
d) Freunde und Bekannte							
e) Verwandtschaft							
f) Religion und Kirche							
g) Politik und öffentliches Leben							
h) Nachbarschaft							

10. Würden Sie bitte angeben, in welchem Jahr Sie geboren sind? Bitte in gut lesbarer Druckschrift ausfüllen.

Beispiel:

1	9	6	1
---	---	---	---

--	--	--	--

11. Seit wann sind Sie berufstätig?

--	--	--	--

12. Seit wann sind Sie in diesem Krankenhaus beschäftigt (das Jahr ihres Eintritts)?

--	--	--	--

13. Sind Sie

a) ein Mann	
b) eine Frau	

14. Was ist Ihr Familienstand?

a)	Ich bin verheiratet	
c)	Ich bin ledig	
d)	Ich bin geschieden	
e)	Ich bin verwitwet	

15. Welcher Konfession gehören Sie an?

a)	Katholisch	
b)	Evangelisch	
c)	Andere	
d)	Keiner	

16. Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind? Wo würden Sie Ihre eigenen Ansichten auf der folgenden Skala einstufen?

1 nicht religiös	2	3	4	5	6	7	8	9	10 sehr religiös

17. 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	

18. 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.

	bis 400 EUR		1.101 bis 1.200 EUR		1.901 bis 2.000 EUR
	401 bis 500 EUR		1.201 bis 1.300 EUR		2.001 bis 2.100 EUR
	501 bis 600 EUR		1.301 bis 1.400 EUR		2.101 bis 2.300 EUR
	601 bis 700 EUR		1.401 bis 1.500 EUR		2.301 bis 2.500 EUR
	701 bis 800 EUR		1.501 bis 1.600 EUR		2.501 bis 2.700 EUR
	801 bis 900 EUR		1.601 bis 1.700 EUR		2.701 bis 3.000 EUR
	901 bis 1.000 EUR		1.701 bis 1.800 EUR		3.001 bis 3.500 EUR
	1.001 bis 1.100 EUR		1.801 bis 1.900 EUR		mehr als 3.500 EUR

4.2 Befragung der Patienten des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara (Patientenfragebogen)

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

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				
b)	Gerade in diesem Krankenhaus sollten sich die Mitarbeiter über das normale Maß hinaus Zeit für die Patienten nehmen				

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		
b)	Sozialdienst		
c)	Physiotherapie		

5. Wie zufrieden waren Sie mit den einzelnen Bereichen?

		sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/ teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
a)	Ärztlicher Bereich					
b)	Pflegerischer Bereich					
c)	Funktionsbereich					
d)	Seelsorge					
e)	Sozialdienst					
f)	Physiotherapie					

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...					
b)	Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen, Schwestern und Pflegern klappte...					
c)	Die Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen usw. von Medikamenten durch den behandelnden Arzt / Ärztin war...					
d)	Die Informationsmöglichkeiten für meine Angehörigen über meinen Gesundheitszustand durch die Ärzte / Ärztinnen waren...					
e)	Der Ruf der Ärzte / Ärztinnen in diesem Krankenhaus ist...					
f)	Die Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt war...					
g)	Im Hinblick auf meinen Gesundheitszustand war der Zeitpunkt meiner Entlassung aus dem Krankenhaus, den die Ärzte / Ärztinnen gewählt haben,...					

7. 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.

8. 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...					
b)	Das Arbeitsklima innerhalb des Pflegepersonals war...					
c)	Mein Eindruck von der Fachkunde des Pflegepersonals ist...					

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

Ja	
Nein	
weiß nicht	

→ weiter mit Frage 10

→ weiter mit Frage 11

10. Falls ja, fanden Sie das gut?

Ja	
Nein	
weiß nicht	

11. Falls nein, würden Sie es sich wünschen?

Ja	
Nein	
weiß nicht	

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.]

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

Ja	
Nein	
weiß nicht	

→ weiter mit Frage 17

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

Ja	
nein, eher genau richtig	
nein, eher zu wenige	
weiß nicht	

14. 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...					
b)	Die Ausstattung des Krankenhauses mit technischen Geräten war...					

15. 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...			
b)	Die Zusammenarbeit und Absprache der Mitarbeiter im Funktionsbereich mit dem Pflegepersonal verlief reibungslos...			
c)	Beim Gang zu den diagnostischen Untersuchungen musste ich unterwegs nach dem Weg fragen...			

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

	bis 5 Min.	bis 15 Min.	bis 30 Min.	mehr als 30 Min.	weiß nicht
EKG					
Endoskopie					
Linksherzmessplatz					
Röntgen					
Ultraschall					

17. Entsprachen die Besuchszeiten Ihren Wünschen?

ja	
nein	
weiß nicht	

18. Die Einweisung in dieses Krankenhaus erfolgte...

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

19. Lagen Sie hauptsächlich in einem...

Einzelzimmer	
Zweibettzimmer	
Dreibettzimmer	
Vierbettzimmer	

→ weiter mit Frage 23

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

a)	sehr schlecht	
b)	Schlecht	
c)	teils/teils	
d)	Gut	
e)	sehr gut	

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

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

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

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

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

	mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut
Wie beurteilen Sie die Raumausstattung Ihres Zimmers?					
Wie beurteilen Sie die übrigen Räume Ihrer Station?					
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Krankenzimmer und auf der Station?					
Wie beurteilen Sie das Essen hinsichtlich Auswahl und Reichhaltigkeit?					
Wie beurteilen Sie die Organisation in den für Sie überblickbaren Bereichen?					
Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten zur Wahrung Ihrer Privatsphäre vor Mitpatienten?					

24.

25. 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.

		4	3	2	1	0	1	2	3	4	
a)	leicht zu beunruhigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seelisch stabil
b)	Anpassungsbereit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	eigenwillig
c)	Dickfellig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	feinfühlig
d)	Gutgläubig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	misstrauisch
e)	mit mir zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	an mir zweifelnd
f)	Ausgeglichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reizbar
g)	Angespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gelassen
h)	Zartbesaitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	derb
i)	Ängstlich-besorgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unbeschwert
k)	auf Selbstbehauptung bedacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zur Unterordnung bereit
l)	kritisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nachsichtig
m)	Seelisch widerstandsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seelisch wenig belastbar

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

a)	sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
b)	eher schlecht	<input type="checkbox"/>
c)	teils/teils	<input type="checkbox"/>
d)	eher gut	<input type="checkbox"/>
e)	Sehr gut	<input type="checkbox"/>

27. Bitte geben sie an, in wie weit sie den folgenden Aussagen zustimmen bzw. diese ablehnen. Wenn sie einer Aussage voll zustimmen, würden sie die 1 ankreuzen, wenn sie überhaupt nicht zustimmen die 6. Die Kästchen dazwischen können sie nutzen um ihre Meinung abzustufen.

Es fällt mir schwer neue Kontakte zu knüpfen.	1	2	3	4	5	6
Ich gewöhne mich überall schnell ein.						
Ich fühle mich fast überall zu Hause.						
Von Zeit zu Zeit brauche ich einen Tapetenwechsel.						
Es würde mir schwer fallen meine gewohnte Umgebung zu verlassen.						
Es fällt mir leicht, mich an neuen Orten einzuleben.						
Ich mag es nicht in "Schubladen" gesteckt zu werden. (Arbeitslose, Mütter etc.)						
Ich möchte nicht einer von bzw. unter vielen sein.						
Ich möchte als Individuum wahrgenommen werden.						
Es fällt mir leicht, mich anderen Regeln unterzuordnen.						
Es würde mir schwer fallen, mich fremdbest. Tagesabläufen unterzuordnen.						
Ich lasse mir gerne Verantwortung abnehmen.						
Ich lasse mir gerne helfen.						
Es macht mir nichts aus, meine eigenen Bedürfnisse hinter die anderer zu stellen.						
Es fällt mir schwer neue Kontakte zu knüpfen.						

28. Würden sie bitte angeben inwieweit sie folgenden Personen, Gruppen und Institutionen vertrauen bzw. dies nicht tun. Wieviel Vertrauen haben sie in ...

	Sehr viel	Viel	Wenig	Sehr wenig	Gar keins
Freunde					
Verwandte					
Mitmenschen					
Kollegen					
Ärzte					
Pflegepersonal					
Technik					
Wissenschaft					
Krankenhäuser					
Kirche					

29. Würden Sie bitte angeben, in welchem Jahr Sie geboren sind? Bitte kreuzen sie als erstes das Jahrzehnt und als zweites das Jahr an:

Beispiel: Wenn sie 1965 geboren wären, würden sie wie folgt ankreuzen.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jahrzehnt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jahrzehnt										
Jahr										

30. Sind Sie ...

a)	ein Mann	
b)	eine Frau	

31. 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	

32. Welcher Konfession gehören Sie an?

a)	Keiner	
b)	Katholisch	
c)	Evangelisch	
d)	Andere	

33. Wie viele 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.]

	1	2	3	4	5	6	mehr als 6
Anzahl							
Davon unter 18							

34. 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	

35. 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	

36. 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	

37. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

ungelernter/angelernter Arbeiter	
Teilfacharbeiter	
Facharbeiter in der Landwirtschaft	
Facharbeiter in der Produktion	
Facharbeiter, aber nicht in der Produktion oder der Landwirtschaft	
Vorarbeiter	
Meister	
Meister im Angestelltenverhältnis	
Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Schreibkraft)	
Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)	
Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion	
Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer)	
Beamter im einfachen oder mittleren Dienst	
Beamter im höheren oder gehobenen Dienst	
Selbständiger ohne oder mit bis zu 10 Mitarbeitern	

Selbständiger mit 11 und mehr Mitarbeitern	
mithelfender Familienangehöriger eines Selbständigen	
freiberuflich erwerbstätig	

38. 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 400 EUR	<input type="checkbox"/>	1.101 bis 1.200 EUR	<input type="checkbox"/>	1.901 bis 2.000 EUR
<input type="checkbox"/>	401 bis 500 EUR	<input type="checkbox"/>	1.201 bis 1.300 EUR	<input type="checkbox"/>	2.001 bis 2.100 EUR
<input type="checkbox"/>	501 bis 600 EUR	<input type="checkbox"/>	1.301 bis 1.400 EUR	<input type="checkbox"/>	2.101 bis 2.300 EUR
<input type="checkbox"/>	601 bis 700 EUR	<input type="checkbox"/>	1.401 bis 1.500 EUR	<input type="checkbox"/>	2.301 bis 2.500 EUR
<input type="checkbox"/>	701 bis 800 EUR	<input type="checkbox"/>	1.501 bis 1.600 EUR	<input type="checkbox"/>	2.501 bis 2.700 EUR
<input type="checkbox"/>	801 bis 900 EUR	<input type="checkbox"/>	1.601 bis 1.700 EUR	<input type="checkbox"/>	2.701 bis 3.000 EUR
<input type="checkbox"/>	901 bis 1.000 EUR	<input type="checkbox"/>	1.701 bis 1.800 EUR	<input type="checkbox"/>	3.001 bis 3.500 EUR
<input type="checkbox"/>	1.001 bis 1.100 EUR	<input type="checkbox"/>	1.801 bis 1.900 EUR	<input type="checkbox"/>	mehr als 3.500 EUR

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

[einschließlich ihres jetzigen Aufenthalts]

kürzer als 1 Woche	ca. 1 Woche	ca. 2 Wochen	länger als 2 Wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hatten sie die Möglichkeit sich auf ihren Krankenhausaufenthalt vorzubereiten. (längerfristig geplanter Aufenthalt)

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

Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre in einem Krankenhaus gelegen?

[einschließlich Ihres jetzigen Aufenthalts]

1mal	2mal	3mal	4mal	5mal	6mal	7mal	8mal	9mal	mehr

41. . Und wie oft davon handelte es sich dabei um das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara-?

[einschließlich Ihres jetzigen Aufenthalts]

1mal	2mal	3mal	4mal	5mal	6mal	7mal	8mal	9mal	mehr

5 Literatur

- Arendt, Hannah (2000). *In der Gegenwart*. Zürich: Piper.
- Bayer, Michael (2002). Subjektive Zufriedenheit im Kontext organisatorischen Wandels und beruflicher Veränderungsprozesse am Beispiel eines ostdeutschen Krankenhauses. *Der Hallesche Graureiher 2002-1*. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Becker, Howard S. (1960). Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*, Vol. 66, No. 1: 32-40.
- Felfe, J.; Six, B.; Schmook, R.; Knorz, C. (2005). Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf/der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB). In: A. Glöckner-Rist (Hg.). ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. ZIS Version 9.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Goffman, Erving (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Meyer, J.P.; Allen, N.J. (1984). Testing the side bet theory of organisational commitment: Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69: 372-378.
- Meyer, J.P.; Allen, N.J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63: 1-18.
- Meyer, J.P.; Becker, T.E.; Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology*, 89: 991-1007.
- Stanley, D.J.; Meyer, J.P.; Topolnytsky, L. (2005). Employee Cynism and Resistance to Organizational Change. *Journal of Buisness and Psychology*, 19: 429-459.

VERÖFFENTLICHTE "HALLESCHER GRAUREIHER" AB 2000, STAND: SEPTEMBER 2006

Unsere aktuelle Publikationsliste finden Sie im Internet unter:

<http://www.sociologie.uni-halle.de/publikationen/index.html>

- Petermann, Sören, 2000: *Bürgerumfrage Halle 1999*. Der Hallesche Graureiher 2000-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Stange, Constanze, 2000: *Kunst - Erwerbsarbeit - Geschlecht. Zur Ungleichheit von Künstlerinnen und Künstlern in Sachsen-Anhalt*. Der Hallesche Graureiher 2000-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Sahner, Heinz, 2000: *Zehn Jahre nach der Wiedervereinigung: Über Diskrepanzen - Unterschiede zwischen dem was ist, und dem, was darüber berichtet wird*. Der Hallesche Graureiher 2000-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: *Stadtforschung und Statistik 2/00*
- Sahner, Heinz, 2000: *Großwohnsiedlungen der Stadt Halle, Heide-Nord im Vergleich*. Der Hallesche Graureiher 2000-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Henning, Jörg, 2001: *Transformationsprobleme nach der Wende am Beispiel der Stadtwerke Halle GmbH*. Der Hallesche Graureiher 2001-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Petermann, Sören, 2001: *Soziale Vernetzung städtischer und ländlicher Bevölkerungen am Beispiel der Stadt Halle. Abschlussbericht und Codebuch*. Der Hallesche Graureiher 2001-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Bayer, Michael, 2002: *Subjektive Zufriedenheit im Kontext organisatorischen Wandels und beruflicher Veränderungsprozesse am Beispiel eines ostdeutschen Krankenhauses*. Der Hallesche Graureiher 2002-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Petermann, Sören, 2002: *Bürgerumfrage Halle 2001*. Der Hallesche Graureiher 2002-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Thumfart, Alexander, 2002: *Führungsgruppen und die politische Integration Ostdeutschlands*. Der Hallesche Graureiher 2002-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

- Sahner, Heinz, 2002: *Halle im Spiegel der Statistik und im Urteil der Bürger. Ausgewählte Daten aus dem Einwohner- und Statistikamt der Stadt Halle und aus den Bürgerumfragen 1993 bis 2001 des Instituts für Soziologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*. Der Hallesche Graureiher 2002-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2002: *Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse: Transformationsprozesse in Ostdeutschland. Das Land Sachsen-Anhalt im Vergleich*. Der Hallesche Graureiher 2002-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Birkel, Christoph, 2003: *Die polizeiliche Kriminalstatistik und ihre Alternativen. Datenquellen zur Entwicklung der Gewaltkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland*. Der Hallesche Graureiher 2003-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2003: *Sozialstruktur und Lebenslagen*. Der Hallesche Graureiher 2003-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Erscheint in: Oscar Gabriel/Everhard Holtmann (Hrsg.), 3. neubearb. Auflage, Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland, Oldenbourg Verlag, München und Wien
- Eisentraut, Roswitha; Reschke, Steffen, 2003: *ESF-geförderte Existenzgründungen in Sachsen-Anhalt*. Der Hallesche Graureiher 2003-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Bayer, Michael; Kühnel, Martin, 2003: *Die Flutkatastrophe 2002 – Helfer und Hilfen aus Sicht der Betroffenen*. Der Hallesche Graureiher 2003-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Birkel, Christoph; Thome, Helmut, 2004: *Die Entwicklung der Gewaltkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland, England/Wales und Schweden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts*. Der Hallesche Graureiher 2004-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Schnitzer, Anna, 2004: *Zum Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft. Betrachtungen eines sozialen Ereignisses*. Der Hallesche Graureiher 2004-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Petermann, Sören; Täfler, Susanne, 2004: *Bürgerumfrage Halle 2003*. Der Hallesche Graureiher 2004-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2004: *Empirische Sozialforschung: Von der Schwierigkeit die Wahrheit zu sagen. Illustriert mit Beispielen aus der Transformationsforschung und der Stadtsoziologie (Halle/Saale)*. Der Hallesche Graureiher 2004-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Abschiedsvorlesung, gehalten an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am 5. Mai 2004)

- Huber, Joseph, 2004: *Reform der Geldschöpfung. Wiederherstellung des staatlichen Geldregals und der Seigniorage durch Vollgeld*. Der Hallesche Graureiher 2004-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Birkel, Christoph, 2004: Zur langfristigen Entwicklung von Einkommensgleichheit, Armut und Umverteilungseffizienz in Westdeutschland, dem Vereinigten Königreich und Schweden. Der Hallesche Graureiher 2004-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Huber, Joseph, 2005: Technological Environmental Innovations. Der Hallesche Graureiher 2005-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2005: Alter als soziale Konstruktion. Altersprobleme heute: Ursachen und Konsequenzen. Der Hallesche Graureiher 2005-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Heuer, Jan; Hils, Sylvia; Richter, Anika; Schröder, Brunhild; Sackmann, Reinhold, 2005: Der außergerichtliche Einigungsversuch im Verbraucherinsolvenzverfahren. Inkasso-Unternehmen als Datenquelle für Verschuldungsuntersuchungen. Der Hallesche Graureiher 2005-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Thome, Helmut; Birkel, Christoph, 2005: Basisindikatoren der ökonomischen Entwicklung in Deutschland, Großbritannien, Schweden, USA – 1950 bis 2000. Der Hallesche Graureiher 2005-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sackmann, Reinhold, 2006: Graffiti zwischen Kunst und Ärgernis. Empirische Studien zu einem städtischen Problem. Der Hallesche Graureiher 2006-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Schroth, Andreas, 2006: Silberhöhe-Entwicklung einer Großwohnsiedlung im innerstädtischen Vergleich. Der Hallesche Graureiher 2006-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Petermann, Sören; Susanne Täfler, 2006: Bürgerumfrage Halle 2005. Der Hallesche Graureiher 2006-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Kreckel, Reinhard, 2006: Soziologie der sozialen Ungleichheit im globalen Kontext. Der Hallesche Graureiher 2006-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg