

Die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes

Dissertation
zur Erlangung der Würde eines Doktors der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
vorgelegt der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Freiburg in der Schweiz

von Kirstin von Trotha
aus Deutschland

Genehmigt von der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen
Fakultät am 27. Mai 2008 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. B. Helmig (erster Referent)
und
Herrn Prof. Dr. R. Grünig (zweiter Referent)

Freiburg i. Ü., 2008

Mit der Annahme einer Dissertation beabsichtigt die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Freiburg nicht, zu den darin enthaltenen wissenschaftlichen Meinungen des Verfassers Stellung zu nehmen (Fakultätsbeschluss vom 23. Januar 1990).

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	XI

1.	Einleitung	1
1.1.	Hintergrund und Problemstellung	1
1.2.	Aufbau der Arbeit und Gang der Untersuchung	5
2.	Grundlagen der Untersuchung	8
2.1.	Die Stellung und Entwicklung des Krankenhauswesens	8
2.1.1.	Definitionen und Erscheinungsformen von Krankenhäusern	8
2.1.2.	Wichtige Mechanismen und Entwicklungen im Krankenhauswesen	11
2.2.	Das novellierte Arbeitszeitgesetz und dessen Umsetzungsmöglichkeiten.....	15
2.2.1.	Entwicklung des Arbeitszeitgesetzes	15
2.2.2.	Regelungen und Begriffsabgrenzungen im neuen Arbeitszeitgesetz	18
2.2.3.	Umsetzungsmöglichkeiten des novellierten Arbeitszeitgesetzes - mögliche Arbeitszeitmodelle.....	21
2.3.	Theoretische Grundlagen der interessierenden Konstrukte.....	27
2.3.1.	Begriffsabgrenzung und Einordnung der Mitarbeiterzufriedenheit	27
2.3.1.1.	Begriffsabgrenzung der Mitarbeiterzufriedenheit	27
2.3.1.2.	Einordnung der Mitarbeiterzufriedenheit.....	30
2.3.2.	Begriffsabgrenzung und Einordnung der Hospital Performance Outcomes	31
2.3.2.1.	Begriffsabgrenzung der Hospital Performance Outcomes	31
2.3.2.2.	Einordnung der Hospital Performance Outcomes	34
2.3.2.2.1.	Der Zielansatz.....	34
2.3.2.2.2.	Der Systemansatz	35
2.3.2.2.3.	Der Marketingansatz	35
2.3.2.2.4.	Der Interessenpluralistische Ansatz	36
2.3.2.2.5.	Der Kontingenzansatz	36
2.3.2.2.6.	Eignung der Ansätze der Erfolgsfaktorenforschung	36

3.	Bestandsaufnahme.....	38
3.1.	Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus	38
3.1.1.	Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen	38
3.1.2.	Analyse der empirischen Forschungsbeiträge	40
3.2.	Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte	49
3.2.1.	Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen	49
3.2.2.	Analyse der empirischen Forschungsbeiträge	52
3.3.	Hospital Performance Outcomes	57
3.3.1.	Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen	57
3.3.2.	Analyse der empirischen Forschungsbeiträge	61
4.	Theoretischer Bezugsrahmen der Analyse der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst.....	67
4.1.	Theoretische Ansätze der Arbeitswissenschaft	68
4.2.	Theoretische verhaltenswissenschaftliche Ansätze	69
4.2.1.	Die Balancetheorie	73
4.2.2.	Das Emotional Contagion Konzept	75
4.2.3.	Die Equitytheorie	77
4.3.	Der Ansatz der Informationsökonomie	80
4.4.	Ansätze zur theoretischen Fundierung der Hospital Performance Outcomes	83
4.4.1.	Der sozialpsychologische Ansatz	85
4.4.2.	Der verhaltenswissenschaftliche Ansatz	86
5.	Entwicklung des Untersuchungsmodells und die Herleitung forschungsleitender Hypothesen	89
5.1.	Hypothesen zum Einfluss der Arbeitszeitorganisation	89
5.2.	Hypothesen zum Einfluss der Arbeitszeitorganisation auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte	92
5.3.	Hypothesen zum Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Hospital Performance Outcomes	98
5.4.	Hypothesen zum Einfluss des Merkmals „Trägerschaft“	103

6.	Konzeption der empirischen Untersuchung	105
6.1.	Grundlagen der empirischen Untersuchung	105
6.1.1.	Konzeption der empirischen Untersuchung	105
6.1.2.	Erhebungsdesign	107
6.1.2.1.	Auswahl der Erhebungsmethode	107
6.1.2.2.	Auswahl der Probandenstruktur und Ablauf der Befragung	108
6.1.2.3.	Konzeption der Fragebögen	114
6.2.	Vorbereitung Datenanalyse	115
7.	Empirische Untersuchung	118
7.1.	Befunde der deskriptiven Datenanalyse	118
7.1.1.	Untersuchung der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle sowie Bewertungen der verschiedenen Probandengruppen.....	118
7.1.2.	Untersuchung der Auswirkungen des Merkmals „Krankenhausträgerschaft“ ..	128
7.2.	Konzeptualisierung und Operationalisierung der Konstrukte	132
7.3.	Empirische Überprüfung der postulierten Forschungshypothesen	143
7.3.1.	Befunde der explikativen Datenanalyse	146
7.3.1.1.	Überprüfung der direkten Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle ..	146
7.3.1.2.	Überprüfung des Mediationseffektes	149
7.3.1.3.	Überprüfung der Einflussgrößen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte	152
7.3.1.4.	Überprüfung der gesamten Wirkungskette.....	157
8.	Abschlussbetrachtung und Ausblick	166
8.1.	Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsergebnisse	166
8.2.	Wissenschaftliche Bewertung	171
8.3.	Implikationen für die Praxis	173
8.3.1.	Implikationen für die Praxis des Krankenhausmanagements.....	173
8.3.2.	Implikationen für die Gesundheitspolitik.....	175
Anhang		177
Literaturverzeichnis		193

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Skizzierung der zu untersuchenden Fragestellung	5
Abb. 2:	Vorgehensweise der Untersuchung	7
Abb. 3:	Vereinfachte Darstellung des DRG-Entgeltsystems	12
Abb. 4:	Drei-Schicht-Modell	24
Abb. 5:	Nachtdienstmodell mit versetzten Diensten	25
Abb. 6:	Das C/D-Paradigma	31
Abb. 7:	Verschiedene Forschungsrichtungen, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst befassen	39
Abb. 8:	Überblick über die zentralen Arbeiten zum Konstrukt Mitarbeiterzufriedenheit ..	51
Abb. 9:	Einteilung der Ansätze der Erfolgsfaktorenforschung	58
Abb. 10:	Überblick der theoretischen Bezugspunkte der Untersuchung	67
Abb. 11:	Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit der täglichen Arbeitszeit ..	68
Abb. 12:	Überblick der Einstellungstheorien im Rahmen der verhaltenswissenschaftlichen Ansätze	72
Abb. 13:	Triadisches Beziehungssystem im Rahmen der Balancetheorie	74
Abb. 14:	Einflüsse der Arbeitszeitorganisation, die auf die Mitarbeiterzufriedenheit.....	97
Abb. 15:	Wirkungskette Mitarbeiterzufriedenheit und Hospital Performance Outcomes	98
Abb. 16:	Forschungsmodell der vorliegenden Untersuchung	104
Abb. 17:	Skizzierung der empirischen Erhebung	106
Abb. 18:	Erhebungsdesign der empirischen Untersuchung	109
Abb. 19:	Überblick Kontaktierung der Probandengruppen.....	111
Abb. 20:	Ablauf der Befragung und Stichprobengröße	113
Abb. 21:	Skizzierung der Dyadenbildung	116
Abb. 22:	Datenbasis des vorliegenden Forschungsmodells	117
Abb. 23:	Reflektive und formative Messmodelle	133
Abb. 24:	Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfungen auf Basis der gesamten Ärztedaten	147

Abb. 25:	Beziehung zwischen Prädiktor-, Mediatoren-, und Prognosevariablen.....	149
Abb. 26:	Überprüfung des Mediationseffektes	151
Abb. 27:	Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten Ärztedatensatzes.....	153
Abb. 28:	Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten Ärztedatensatzes unterschieden nach der Probandengruppe altes AZM versus neues AZM.....	156
Abb. 29:	Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten aggregierten Datensatzes auf Abteilungsebene	159
Abb. 30:	Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des aggregierten Datensatzes auf Abteilungsebene unterschieden nach der jeweiligen Probandengruppe (altes AZM versus neues AZM)	164

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Funktionen der Krankenhäuser in Deutschland	9
Tab. 2:	Beispiele der Abweichung vom ArbZG in den Tarifvereinbarungen	21
Tab. 3:	Einordnungskriterien für die Gruppe altes oder neues Arbeitszeitmodell	26
Tab. 4:	Ausgewählte Definitionen zum Konstrukt Mitarbeiterzufriedenheit	29
Tab. 5:	Ausgewählte Arbeiten, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen in krankenhausfremden Branchen beschäftigen	41
Tab. 6:	Arbeiten, die den Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte untersuchen.....	44
Tab. 7:	Beiträge, die sich mit dem Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte auseinandersetzen.....	44
Tab. 8:	Arbeiten, die sich mit dem Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung befassen.....	46
Tab. 9:	Arbeiten, die die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus auf die Performance untersuchen	47
Tab. 10:	Arbeiten, die den Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte untersuchen.....	48
Tab. 11:	Arbeiten, die sich mit den Einflussfaktoren der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte befassen	54

Tab. 12:	Arbeiten, die sich mit der Auswirkung der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit und -versorgung befassen	56
Tab. 13:	Arbeiten zur Hospital Performance	66
Tab. 14:	Überblick der begründeten Zusammenhänge auf Basis der theoretischen Bezugspunkte	88
Tab. 15:	Prozentuale und erwartete Verteilung der Stichprobe bezüglich der Trägerschaft nach prozentualem Anteil der Krankenhäuser	114
Tab. 16:	Unterteilung der auswertbaren Fragebögen in Art des Arbeitszeitmodells.....	115
Tab. 17:	Mittelwertberechnungen bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit und der Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte unterteilt nach der zugehörigen Probandengruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell.....	119
Tab. 18:	Mittelwertberechnungen bezüglich der Abstimmungsmöglichkeiten, der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte und der Möglichkeiten der Patientenversorgung unterteilt nach der zugehörigen Probandengruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell.....	120
Tab. 19:	Auswirkung der Zufriedenheit der Ärzte auf die Patientenzufriedenheit und den Erfolg des Krankenhauses	122
Tab. 20:	Zufriedenheit der Krankenhausärzte tatsächliche Aussagen der Ärzte und Einschätzungen der Manager	123
Tab. 21:	Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Probandengruppen im Hinblick auf Variablen der Patientenversorgung	124
Tab. 22:	Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Respondenten zum Ruf des Krankenhauses und der Patientenzufriedenheit	126
Tab. 23:	Einschätzung der Financial Performance des Krankenhauses	127
Tab. 24:	Zusammenhangsmaß der Merkmale Trägerschaft und Arbeitszeitmodell anhand des Chi-Quadrat-Tests und der Kontingenzanalyse	128
Tab. 25:	Bewertung verschiedener Variablen unterteilt nach dem Merkmal Krankenhausträgerschaft	130
Tab. 26:	Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Respondenten zur Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und dem Erfolg des Krankenhauses.....	131
Tab. 27:	Messansatz der Arbeitszeitzufriedenheit.....	134
Tab. 28:	Messansatz der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte	135
Tab. 29:	Die Indikatoren des Faktors „Arbeitsbelastung“	136

Tab. 30:	Messansatz der Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte	137
Tab. 31:	Die Indikatoren des Faktors „Abstimmungsmöglichkeiten“ zwischen den Krankenhausärzten	137
Tab. 32:	Messansatz der Patientenversorgung.....	138
Tab 33:	Die Indikatoren des Faktors „Patientenversorgung“	139
Tab. 34:	Messansatz der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte	140
Tab. 35:	Messansätze der Market Performance und der Financial Performance	141
Tab. 36:	Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfungen.....	170

Abkürzungsverzeichnis

(A)	altes Arbeitszeitmodell
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Abstimmungsmög.	Abstimmungsmöglichkeiten
AKB	Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Bayern
akt.	aktualisierte
AMOS	Analysis of Moment Structures
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ASA- Score	American Society of Anaesthesiology- Score
Aufl.	Auflage
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien
AZM	Arbeitszeitmodell
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
bearb.	bearbeitete
BGBI. I	Bundesgesetzblatt Teil I
Bd.	Band
BD	Bereitschaftsdienst
BFuP	Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis
BMJ	The British Medical Journal
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CC	Komplikationen und Komorbiditäten
C/D	Confirmation/Disconfirmation (-Paradigma)
D	Dienst
DB	Kombination Dienst/Bereitschaftsdienst
DBW	Die Betriebswirtschaft
DEA	Data Envelopment Analysis
d. h.	das heißt
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
Dt.	Deutscher
ed.	edition
EFQM	European Foundation for Quality Management
einf.	einfaches
EMAC	European Marketing Association Conference
erg.	ergänzte
erw.	erweiterte
et al.	et alii (und andere)
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
f&w	führen und wirtschaften im Krankenhaus
H.	Heft

HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
Hrsg.	Herausgeber
insb.	Insbesondere
Inst.	Institute
JfB	Journal für Betriebswirtschaft
Jg.	Jahrgang
JM	Journal of Marketing
KG NW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KU	krankenhaus-umschau
LASI	Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik
LISREL	Linear Structural Relations
Marketing ZFP	Marketing-Zeitschrift für Forschung und Praxis
MAV	Mitarbeitervertretung
MAZ	Mitarbeiterzufriedenheit
MB	Marburger Bund
MBZ	Marburger Bund Zeitung
Mrd.	Milliarde
(N)	neues Arbeitszeitmodell
N Engl J Med	The New England Journal of Medicine
neubearb.	neubearbeitete
No.	Number
n. s.	nicht signifikant
o. V.	ohne Verfasser
p.	page
Pat.	Patienten
PIMS	Profit Impact of Marketing Strategies
PLS	Partial Least Squares
pp.	pages
Pr.	Press
ROI	Return on Investment
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
St.abw.	Standardabweichung
Stat.	Statistischem
Tab.	Tabelle
TISS- Score	Therapeutic Intervention Scoring System- Score
TS	Trägerschaft
TVöD	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes
überarb.	überarbeitete
Univ.	Universität
Unters.	Untersuchung
usw.	und so weiter
u. a.	und andere
u. U.	unter Umständen
v.	von
Vers.	Versorgung
Vgl.	Vergleiche

Vol.	Volume
vollst.	vollständig
z. B.	zum Beispiel
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
zfbf	(Schmalenbachs) Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung
ZFP	Zeitschrift für Forschung & Praxis
ZögU	Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen
Zufr.	Zufriedenheit

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Problemstellung

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte um verbesserte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus wird auch die Fragestellung nach den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst zunehmend thematisiert. Auslöser der Debatte ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes, nach dem der Bereitschaftsdienst der Ärzte nicht mehr als Ruhezeit, sondern fortan als Arbeitszeit zu werten ist.¹ Dieses Urteil machte in Deutschland, wie in vielen anderen europäischen Ländern, eine Änderung des Arbeitszeitgesetzes notwendig, welches weitgehende Änderungen im Krankenhaussektor vorsieht.

Aufgrund der derzeitigen Wirtschaftslage, des für das Krankenhaus immer größer werdenden Drucks durch gedeckelte Budgets bei gleichzeitig steigenden Kosten, der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf krankheitsarten-spezifische Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) für die Krankenhausleistung sowie weiterer neuer Rahmenbedingungen wie das neue Arbeitszeitgesetz, ergibt sich ein zunehmender Wettbewerbsdruck innerhalb des Krankenhaussektors.² Dadurch wird das Management der Krankenhäuser mit neuen betriebswirtschaftlichen Herausforderungen konfrontiert.³ Dieser Strukturwandel führt dazu, dass die Krankenhäuser immer mehr den Charakter eines Wirtschaftsbetriebes erhalten und dadurch die Wettbewerbsfähigkeit, welche sich längst nicht mehr ausschließlich aus finanziellen Größen zusammensetzt, sondern immer häufiger durch Qualitätsfaktoren beeinflusst wird, einen besonderen Stellenwert einnimmt.⁴

Die Qualität wird im Dienstleistungsbereich im Allgemeinen, aber besonders im Gesundheitswesen in hohem Maße von den Mitarbeitern beeinflusst, da diese ihre Leistung direkt am Patienten erbringen.⁵ Folglich sind die Krankenhäuser gerade in Krisenzeiten auf motivierte

¹ Vgl. zugleich *Walger/Molitor* (2003b), S. 363.

² Vgl. zur Wettbewerbssituation und den ökonomischen Rahmenbedingungen u. a. *Neubauer/Zelle* (1996); *Schmutte* (1998); *Olandt* (1998); *Sturm* (2002); *Vera/Lüngen* (2002); *Frese et al.* (2004); *Weißflog et al.* (2005). Vgl. zum Wettbewerbsdruck generell in Nonprofit-Organisationen (NPO) *Helmig/Purtschert* (2006); *Helmig et al.* (2007) und *Helmig/Michalski* (2007).

³ Vgl. beispielsweise *Vera/Kuntz* (2007).

⁴ Vgl. dazu auch *Helmig/Graf* (2006a), S. 163 f.

⁵ Vgl. *Helmig/Dietrich* (2001), S. 320. Vgl. für den Dienstleistungsbereich im Allgemeinen auch *Ehrlich/Lange* (2006), S. 25 und für den Bereich der Nonprofit-Organisationen beispielsweise *Michalski/Helmig* (2006), S. 18 ff.

und engagierte Mitarbeiter angewiesen.⁶ Das Personal spielt aufgrund des Wettbewerbsdrucks längst eine ebenso große Rolle wie die originären medizinischen Leistungen.⁷

In den letzten Jahren haben die schlechten Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals und die dadurch resultierende Unzufriedenheit der Mitarbeiter, nicht zuletzt durch die medienwirksamen Ärztestreiks, eine enorme Aufmerksamkeit erfahren.⁸ Seit dem 1. Januar 2004 gilt ein neues Arbeitszeitgesetz (ArbZG), welches zum Ziel hat, die Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte zu verbessern und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu garantieren. Um eine möglichst problemlose Umsetzung des neuen ArbZG zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2006 zugestanden. Mit Ablauf der Frist wird das neue Gesetz jedoch nur in einigen Krankenhäusern umgesetzt. Die zögerliche Umsetzung resultiert einerseits aus dem erforderlichem zusätzlichen Personal- und Finanzbedarf, der sich bei einer Umsetzung ergibt, und andererseits aus der bestehenden Angst, bewährte Strukturen aufzugeben.

Vor diesem Hintergrund ist es nun von besonderer Relevanz die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle zu untersuchen. Dabei soll insbesondere die Fragestellung berücksichtigt werden, ob und in welchem Maße die Zufriedenheit der Ärzte durch verschiedene Arbeitszeitmodelle beeinflusst wird und diese sich wiederum auf das strategische Ziel der Wettbewerbsfähigkeit und somit der Performance des Krankenhauses auswirkt.

In der allgemeinen betriebswirtschaftlichen Forschung ist in der Vergangenheit vor allem in der angelsächsischen Literatur ein vermehrtes Interesse an Fragestellungen hinsichtlich Mitarbeiterzufriedenheit in Dienstleistungsunternehmen, wozu auch das Krankenhaus zählt, festzustellen.⁹ Speziell im Bereich des Krankenhausmanagement wurde in den letzten Jahren zwar bereits betriebswirtschaftliche Forschung betrieben, allerdings weist diese in einigen Bereichen und im Vergleich zur angelsächsischen Literatur Lücken auf.¹⁰ Betrachtet man die Publikationen in diesem Bereich, erkennt man, dass der Forschungsschwerpunkt der veröffentlichten Arbeiten vor allem auf dem Gebiet des Rechnungswesens und Controllings liegt.¹¹ So zeigen *Helmig/Tscheulin* (1998) auf, dass ein enormer Forschungsbedarf im Bereich des

⁶ Vgl. u. a. *Wenderlein* (2003a), S. 694.

⁷ Vgl. *Jux/Januschewski* (2000), S. 580; *Weißflog et al.* (2005), S. 860.

⁸ Vgl. *Nowak* (2006), S. 1520.

⁹ Vgl. z.B. *Babin/Boles* (1998); *Hartline/Maxham III/McKee* (2000); *Singh* (2000).

¹⁰ Vgl. *Helmig/Tscheulin* (1998), S. 84.

¹¹ Vgl. *Helmig/Tscheulin* (1998), S. 95.

Krankenhausmanagements, insbesondere auf dem Gebiet des Personalmanagements und des Marketings, vorliegt.¹²

Schließlich wurden die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst und die damit verbundenen interessierenden Variablen der Mitarbeiterzufriedenheit und der Hospital Performance Outcomes¹³ bisher nur in geringem Umfang im Bereich des Krankenhausmanagements untersucht. Die meisten existierenden Studien beziehen sich entweder auf Wirtschaftsunternehmen¹⁴ oder lediglich auf die Untersuchung der einzelnen Variablen. In sämtlichen Studien wurde bislang jedoch nicht untersucht, welchen Einfluss die Mitarbeiterzufriedenheit, ausgelöst durch das jeweilige Arbeitszeitmodell, auf die Hospital Performance Outcomes hat.

In der Literatur gibt es lediglich eine Studie, die den Zusammenhang zwischen alternativen Arbeitszeitmodellen und der Qualität der Patientenversorgung auf chirurgischen Intensivstationen im deutschsprachigen Raum empirisch untersucht. Dabei findet jedoch der Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit kaum Berücksichtigung.¹⁵ In dieser Studie weisen *Krings et al.* (1999) auch auf die weitgehend fehlenden Analysen zur optimalen Arbeitszeitorganisation, welche auf theoretischen und empirischen Erkenntnisse basieren, hin.¹⁶

In einer weiteren Studie des *Deutschen Krankenhausinstituts* (DKI), welche durch das Bundesgesundheitsministerium beauftragt wurde, ist die Untersuchung auf die finanzwirtschaftlichen Umsetzungsmöglichkeiten des neuen ArbZG aus Sicht der Krankenhäuser beschränkt.¹⁷

¹² Vgl. *Helmig/Tscheulin* (1998), S. 89 ff. Die Untersuchung der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst kann sowohl dem Bereich des Personalwesens als auch mit seinen Auswirkungen dem Bereich des Marketings im Rahmen des Krankenhausmanagements zugeordnet werden. Folglich ergibt sich nach *Helmig/Tscheulin* (1998) ein erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Fragestellung.

¹³ Die „Hospital Performance“ setzt sich in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an *Homburg/Pflesser* (2000) zusammen aus der Market Performance und der Financial Performance. Vgl. dazu auch Gliederungsabschnitt 2.3.2.1.

¹⁴ Die Lösungsansätze der Betriebswirtschaftslehre sind aufgrund unterschiedlich vorherrschender Rahmenbedingungen in Wirtschaftsbetrieben und Krankenhäusern, z.B. in Form von verschiedenen Zielsysteme, unterschiedliche Führungsgrundsätze (Aktionäre in Wirtschaftsbetrieben, Trägerschaft im Krankenhaus) etc., nicht ohne weiteres auf den Krankenhaussektor übertragbar. Vgl. *Helmig/Tscheulin* (1998), S. 95.

¹⁵ Vgl. *Krings et al.* (1999), S. 125 ff.

¹⁶ Vgl. *Krings et al.* (1999), S. 126. Laut Krings et al. basiert die öffentliche Diskussion um Arbeitszeiten auf den chronometrischen Aspekt, d. h. auf das Gesamtvolumen der Arbeitszeit. Die Aufteilung der Arbeitszeit wird jedoch weitgehend vernachlässigt. Vgl. *Krings et al.* (1999), S. 142 und zugleich *Neuberger* (1998), S. 231 ff.

¹⁷ Vgl. *Blum et al.* (2006).

Ebenso weisen *Laine et al.* (1993) darauf hin, dass Argumente, die zur Begründung von Arbeitszeitschutzgesetzen herangezogen werden, zwar plausibel sind, jedoch noch nie systematisch analysiert worden sind.¹⁸

Die Forderung, die Arbeitsstrukturen der Ärzte¹⁹ zu überprüfen, stellen auch *Deckard et al.* (1994) heraus. „The substantial proportion of physicians reporting scores high on the burnout dimensions, and the potential for management to intervene and improve the factors that foster burnout, suggest the need for organizations to examine the impact of their structures, policies, and procedures on physician stress and quality of worklife.“²⁰

Ferner konstatieren *Bruhn/Grund* (2000), dass der Mitarbeiterzufriedenheit in der Wissenschaft und Praxis ein zu geringer Stellenwert beigemessen wird. „Trotz Anerkennung der Abhängigkeit der Kundenzufriedenheit von den Leistungen der Mitarbeiter wird den unternehmensinternen Voraussetzungen der Leistungserstellung vergleichsweise wenig Beachtung geschenkt. [...]. Die Diskussion über die Zusammenhänge zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit wird derzeit in Wissenschaft und Praxis [...] ideologisch geführt. Bislang liegen nur sehr spärliche empirische Informationen über diese Zusammenhänge vor.“²¹

Die große Bedeutung des Einflusses der Mitarbeiter auf die Qualität der Leistungserstellung und damit letztendlich auf die Profitabilität und den langfristigen Erfolg des Hauses stellen auch *Homburg/Kebbel* (2001) in ihrer Arbeit heraus.²²

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit der Blickpunkt auf die nachfolgende Fragestellung gerichtet:

„Welche Auswirkungen haben die verschiedenen Arbeitszeitmodelle auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und inwiefern beeinflusst diese wiederum die Hospital Performance Outcomes?“

¹⁸ Vgl. *Laine et al.* (1993), S. 374.

¹⁹ Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen immer die männliche Form verwendet, auch wenn beiderlei Geschlechter gemeint sind.

²⁰ *Deckard et al.* (1994), S. 745.

²¹ *Bruhn* (1995), S. 400 und vgl. dazu auch *Bruhn/Grund* (2000), S. 935 ff.

²² Vgl. *Homburg/Kebbel* (2001), S. 43.

Die Fragestellung wird neben der methodischen und theoretischen Durchdringung auch anhand einer empirischen Analyse²³ bei Krankenhausärzten mit verschiedenen Arbeitszeitmodellen bearbeitet. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse sollen schließlich Handlungsempfehlungen hinsichtlich der konkreten Umsetzung und Gestaltung der Arbeitszeitmodelle nach dem neuen Arbeitszeitgesetz für die Praxis hergeleitet werden. Nachfolgende Abbildung skizziert die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung.

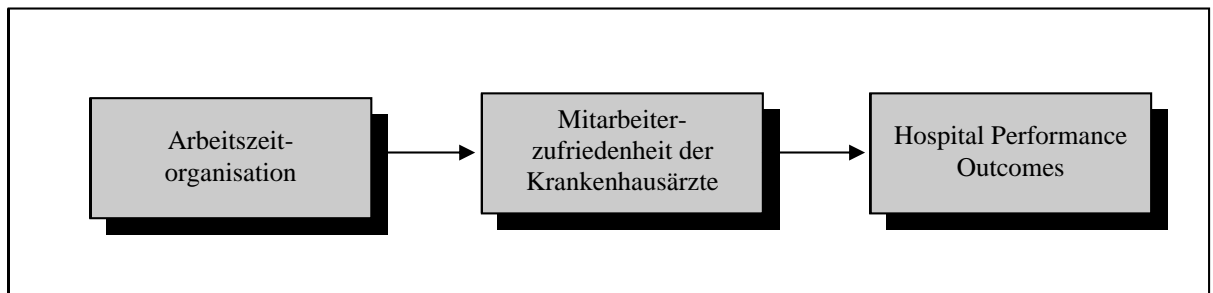


Abb. 1: Skizzierung der zu untersuchenden Fragestellung

1.2. Aufbau der Arbeit und Gang der Untersuchung

Zur Untersuchung der vorliegenden Fragestellung wird folgender Aufbau der Arbeit gewählt: Im anschließenden *zweiten Kapitel* wird auf die theoretischen Grundlagen eingegangen. Dazu wird zunächst die Bedeutung des Krankenhauswesens in Deutschland aufgezeigt und es werden elementare Begrifflichkeiten definiert. Anschließend werden die Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst auf Basis des neuen ArbZG dargelegt, bevor für die interessierenden theoretischen Konstrukte der vorliegenden Arbeit eine terminologische Abgrenzung erfolgt.

Im Anschluss daran wird im *dritten Kapitel* eine umfassende Bestandsaufnahme der bisherigen empirischen Forschungen vorgenommen. Dabei werden zunächst Arbeiten zu den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen betrachtet, bevor auf Arbeiten zur Mitarbeiterzufriedenheit von Krankenhausärzten und zur Hospital Performance Outcomes eingegangen wird. Für alle drei Forschungsbereiche werden zunächst die historischen Entwicklungen und die Identi-

²³ Gemäß *Homburg* (2007) lassen sich als empirische Forschung bzw. Analyse alle betriebswirtschaftlichen Forschungsprojekte bezeichnen, die zur Untersuchung ihrer Forschungshypothesen externe Daten sammeln, aufbereiten und auswerten. Vgl. dazu *Homburg* (2007), S. 28.

fikation der verschiedenen Forschungsrichtungen aufgezeigt. Aufbauend auf diesen Überlegungen werden die einzelnen Forschungsergebnisse diskutiert.

Im *vierten Kapitel* werden die zugrunde liegenden theoretischen Bezugspunkte dargestellt. Hierzu werden die Kernaussagen ausgewählter theoretischer Ansätze aufgezeigt und auf die vorliegende Untersuchung übertragen.

Innerhalb des *fünften Kapitels* werden die forschungsleitenden Hypothesen hergeleitet. Die Grundlage für diese Hypothesen bilden neben den theoretischen Bezugspunkten der Arbeit auch die Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme. Abschließend wird das Untersuchungsmodell für die Betrachtung der „*Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst*“ formuliert.

In *Kapitel sechs* wird die Konzeption der empirischen Untersuchung dargestellt. Dazu werden die Vorgehensweise, das Erhebungsdesign, die Konzeption der Fragebögen und der Ablauf der Befragung im Einzelnen aufgezeigt.

Die empirische Überprüfung der zuvor hergeleiteten Hypothesen steht im Mittelpunkt des *siebten Kapitels*. Zunächst wird auf Basis deskriptiver Analysen ein erster Eindruck über die Datenstruktur verschafft, bevor mit Hilfe explikativer Analysen die zuvor postulierten Forschungshypothesen überprüft werden.

Das letzte und abschließende *Kapitel acht* fasst die Untersuchungsergebnisse zusammen und leitet Implikationen für die Praxis des Krankenhausmanagements sowie die Gesundheitspolitik ab. Einen Überblick über den Gang der vorliegenden Arbeit gibt nachfolgende Abb. 2.

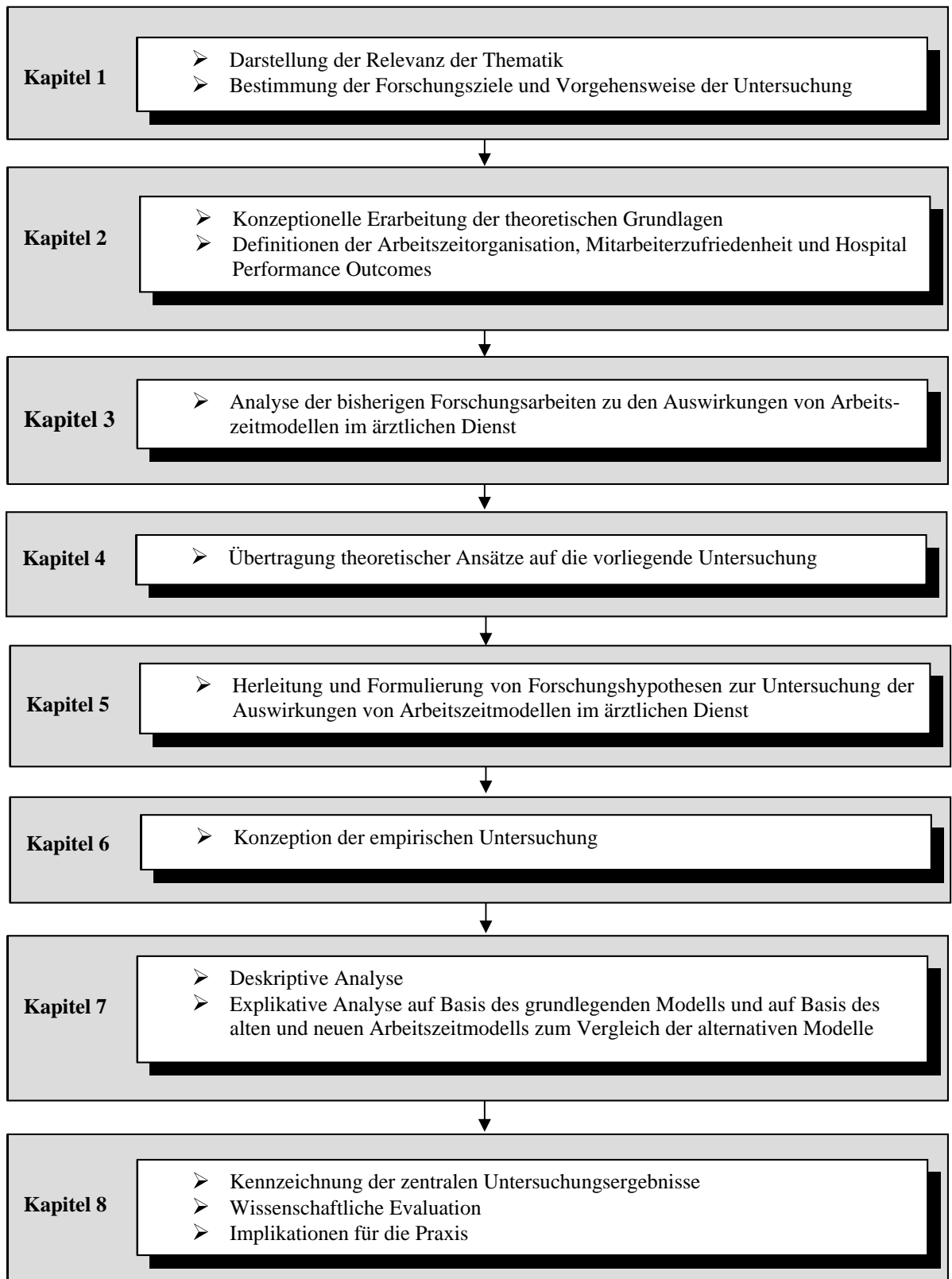


Abb. 2: Vorgehensweise der Untersuchung

2. Grundlagen der Untersuchung

Zum besseren Verständnis werden zunächst die Entwicklung und Problemfelder des Krankenhauswesens dargestellt. Anschließend werden die gesetzlichen Grundlagen des Arbeitszeitgesetzes und die damit verbundenen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst aufgezeigt, bevor auf die weiteren interessierenden Konstrukte eingegangen wird.

2.1. Die Stellung und Entwicklung des Krankenhauswesens

In Deutschland wird das Gesundheitswesen und folglich auch das Krankenhauswesen als eine öffentliche Aufgabe angesehen.²⁴ Die Krankenhäuser sind ein Teil des Gesundheitssystems und unterliegen somit unmittelbar der Gestaltung und den Änderungen des Systems. Demzufolge ist es von Bedeutung, die relevanten Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems aufzuzeigen.

2.1.1. Definitionen und Erscheinungsformen von Krankenhäusern

Im Rahmen des Gesundheitssystems verfolgt der Gesetzgeber grundsätzlich das Ziel, „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.“²⁵

In der Literatur werden die Begrifflichkeiten Krankenhaus, Klinik oder Spital teilweise synonym, teilweise aber auch unterschiedlich verwendet. Da der Begriff „Krankenhaus“ jedoch dominiert, wird dieser in der vorliegenden Arbeit verwendet. Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz sind alle Krankenhäuser definiert als eine Einrichtung, die durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden erkennen, heilen und lindern bzw. Geburtshilfe leisten.²⁶

Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V kann man die Einrichtungen nach den Kriterien der *ärztlich-pflegerischen Zielsetzung* in Krankenhäusern und der *Vorsorge- und Rehabilitations-*

²⁴ Vgl. Helmig (2005), S. 39, sowie zum grundlegenden Verständnis des deutschen Gesundheitswesens u. a. Alber (1992); Herder-Dorneich (1994); Oberender/Fibelkorn (1997); Beske (2001).

²⁵ Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (§ 1).

²⁶ KHG (§ 2 Absatz 1).

einrichtungen unterteilen.²⁷ Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Übergang zwischen den beiden Gruppen in vielen Fällen fließend ist, da die Krankenhäuser unterschiedlichste Funktionen wahrnehmen und somit auch keine exakte Einordnung nach obigen Kriterien möglich ist.²⁸ Die unterschiedlichen Funktionen, die die deutschen Krankenhäuser im Rahmen des Gesundheitswesens wahrnehmen können, zeigt nachfolgende Tabelle 1. Die deutschen Krankenhäuser erfüllen diese Funktionen, indem sie eigenverantwortlich wirtschaften.²⁹

Funktion	Beschreibung
Patientenversorgung	Elektive vor- und nachstationäre Versorgung von Patienten, Notfallversorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Hospizversorgung.
Lehre & Forschung	Aus-, Weiter- und Fortbildung, Entwicklung und Erprobung von Behandlungsmöglichkeiten und Diagnostik.
Interaktion im Gesundheitssystem	Beitrag in der koordinierten Behandlungskette von Patienten, Auftragnehmer und -geber von anderen medizinischen Leistungen, Bereitstellung von Versorgungskapazitäten.
Gesellschaftliche Bedeutung	Erfüllung von Teilen der vom Staat getragenen sozialpolitischen Aufgabe der Gesundheitsversorgung, regionalpolitische Bedeutung für die Standortattraktivität von Regionen bzw. Städten, Arbeitgeber, Auftraggeber.

Tab. 1: Funktionen der Krankenhäuser in Deutschland³⁰

Organisatorisch lassen sich die Krankenhäuser nach ihren Trägern unterteilen, von denen sie betrieben werden. Zu den *öffentlichen Trägern* gehören „Gebietskörperschaften wie Bund, Länder und Gemeinden sowie Zusammenschlüsse dieser Körperschaften, aber auch Sozialversicherungsträger, wie z.B. die Landesversicherungsanstalten“³¹. Sie realisieren die Gesundheitsversorgung als staatliche Aufgabe und halten in Deutschland einen Anteil an den Gesamtkrankenhäusern von 36 %.³² Die *freigemeinnützigen Träger* verfolgen zusätzlich ideelle Zwecke und werden von freien Gesellschaften wie z. B. kirchlichen, humanitären oder sozialen Einrichtungen sowie Kirchengemeinden und Stiftungen betrieben. Diese Gruppe

²⁷ Sozialgesetzbuch (SGB) V (§ 107 Absatz 1 und Absatz 2).

²⁸ Vgl. dazu *Helmig* (2005), S. 40.

²⁹ KHG (§ 1 Absatz 1).

³⁰ In Anlehnung an *Dietrich* (2005), S.53 f.

³¹ *Helmig* (2005), S. 41.

³² Statistisches Bundesamt Deutschland (2006). Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten haben derzeit einen Nachlauf von mehr als zwei Jahren. Folglich beziehen sich die angegebenen Werte auf das Jahr 2004. Dieser Wert erscheint als Anhaltsmaßstab als zufrieden stellend.

stellt mit 38 %³³ am Gesamtanteil aller Krankenhäuser die größte Gruppe der Träger dar. Die dritte Gruppe besteht aus Krankenhäusern in *privater Trägerschaft*, welche primär erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen und aus einzelnen Personen oder mehreren privaten Personen bestehen.³⁴ Sie haben einen Anteil an den insgesamt 2.166 Krankenhäusern von 26 %.³⁵

Hinsichtlich der Rechtsform sind den öffentlichen Trägern Firmen des *öffentlichen Rechts*³⁶ vorbehalten. Rechtsformen des *privaten Rechts*³⁷, stehen hingegen grundsätzlich allen Trägerformen offen.

Weiterhin können die Krankenhäuser auf Basis ihrer Versorgungsstufen beschrieben werden. Dabei können Krankenhäuser der *Ergänzungsversorgung*, der *Grund- und Regelversorgung*³⁸, sowie der *Zentral- und Maximalversorgung*³⁹ unterschieden werden, die auf Basis von Merkmalen wie „Anzahl Betten“ und „bettenführende Abteilungen“ eingestuft werden.

Die Bedeutung des deutschen Krankenhauswesens wird daran deutlich, dass mit ca. einem Drittel der größte Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Krankenhausbehandlungen aufgewendet wird.⁴⁰ Mit einer bereinigten Nettosumme von über 52 Mrd. Euro im Jahr 2001 und einer Anzahl von über 1,1 Millionen Beschäftigten stellt das Krankenhauswesen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor in der Bundesrepublik Deutschland dar.⁴¹

³³ Statistisches Bundesamt Deutschland (2006).

³⁴ Vgl. Köhler (1991), S. 56; Preuß (1996), S. 12.

³⁵ Statistisches Bundesamt Deutschland (2006).

³⁶ Rechtsformen des öffentlichen Rechts beinhalten die Rechtsformen Regiebetrieb und Eigenbetrieb ohne eigene, Körperschaft, Anstalt und Stiftung des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. Vgl. Dietrich (2005), S. 54.

³⁷ Rechtsformen des privaten Rechts sind beispielsweise eingetragene Vereine, Stiftungen des Privatrechts, gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung, bzw. die Aktiengesellschaft. Vgl. Dietrich (2005), S. 54.

³⁸ Als Unterscheidungsmerkmal der örtlichen Versorgungsstufen.

³⁹ Als Unterscheidungsmerkmal der überörtlichen Versorgungsstufen.

⁴⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003).

⁴¹ Vgl. Rolland/Rosenow (2004), S. 324 f.

2.1.2. Wichtige Mechanismen und Entwicklungen im Krankenhauswesen

Die Abstimmung und Koordination im Krankenhauswesen beruht, wie nachfolgend beschrieben, auf staatlichen Planungsmechanismen.⁴² Folglich ist die Gestaltung der Leistungsentwicklung der einzelnen Krankenhäuser nur in einem sehr begrenzten Handlungsraum möglich. Neben zahlreichen gesetzlichen Beschränkungen unterliegt beispielsweise die Krankenhausplanung der Hoheit der Bundesländer. Im Rahmen der Krankenhausplanung erstellen die Bundesländer einen so genannten Krankenhausbedarfsplan. Die Aufnahme eines Krankenhauses in diesen Bedarfsplan ermöglicht die Förderung von notwendigen Investitionen im Krankenhaus durch das Land. Aufgrund der allgemeinen Finanzierungsproblematik der öffentlichen Hand können viele notwendige Investitionen im Krankenhaus jedoch von Seiten des Landes nicht gefördert werden. Folglich muss in diesen Bereichen auf Eigenmittel oder Fremdfinanzierungen zurückgegriffen werden.⁴³

Zum anderen sichert der Krankenhausbedarfsplan den Versorgungsauftrag⁴⁴ des Plankrankenhauses, wodurch es zur stationären Versorgung nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist die Krankenkassen die Leistungen mit Pflegesätzen vergüten muss.⁴⁵ Die Kündigung des Versorgungsauftrages durch die Krankenkassen ist nur mit einer Genehmigung der Länder möglich.⁴⁶

Neben diesem beschriebenen begrenzten Handlungsspielraum ist für das Verständnis der vorliegenden Arbeit auch die Finanzierung der Krankenhausleistungen und der damit einhergehenden Wettbewerbssituation der Krankenhäuser von besonderer Bedeutung.

Die finanzwirtschaftliche Seite der Krankenhäuser wird durch die Umstellung des Entgeltsystems von Tagespauschalen auf ein Diagnosis Related Groups (DRG)-basiertes System geprägt.⁴⁷ Dieses seit dem Jahre 2003 vom Gesetzgeber einheitlich definierte und eingeführte Entgeltsystem, berücksichtigt die Finanzierung der stationären Leistungserbringung.⁴⁸ Dazu wurden alle abrechenbaren stationären Leistungen einheitlich definiert und bundesweite Fall-

⁴² Vgl. *Neubauer* (2004), S. 103 f.

⁴³ Vgl. dazu auch *Hahn/Polei* (2000).

⁴⁴ Durch den Versorgungsauftrag werden sowohl die bettenführenden Fachabteilungen als auch die Anzahl der Betten bestimmt.

⁴⁵ Vgl. SGB V § 108, 109.

⁴⁶ SGB V § 110.

⁴⁷ Vgl. *Fetter* (1991), S. 6 ff.; *Engelke* (2002), S. 1 f.; *Vera/Foit* (2005), S. 358.

⁴⁸ Die stationäre Leistungserbringung macht den eigentlichen Teil der Krankenhausleistung aus.

pauschalen festgelegt. Der jeweils realisierbare Preis für die erbrachte Leistung ergibt sich aus der Multiplikation des Relativgewichtes⁴⁹ der entsprechenden DRG und der jeweils geltenden Baserate⁵⁰ des Krankenhauses. Abb. 3 zeigt ein grob vereinfachtes Fallbeispiel zum besseren Verständnis.

Der 53jährige Patient Müller wird im Hospital mit einer Blinddarmentzündung behandelt.	
Das „Musterhospital“ hat im Jahr 2006 eine festgelegte Baserate von 2.500 €. Die zugehörige DRG „Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC (Komplikationen oder Komorbiditäten), Alter > 9 Jahre“ hat ein Relativgewicht von 0,685.	
Bewertungsrelation der DRG G23B	0,685
x	
Baserate des Musterhospitals	2.500 €
=	
realisierbarer Preis	1.712,50 €

Abb. 3: Vereinfachte Darstellung des DRG-Entgeltsystems⁵¹

Seit Einführung des DRG-Systems müssen sich somit die Krankenhäuser an der durchschnittlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aller deutschen Krankenhäuser messen. Allerdings trägt das DRG-Vergütungssystem als Fallpauschalensystem den unterschiedlichen Qualitäten in der Leistungserbringung keine Rechnung. Der betriebswirtschaftliche Anreiz dieses Sys-

⁴⁹ Die Relativgewichte sind ebenfalls bundesweit gültig und entsprechen den Kostenrelationen der Fallpauschalen. Vgl. dazu z.B. *Dietrich* (2005), S. 58.

⁵⁰ Die Baserates werden krankenhausindividuell verhandelt. Es wird jedoch im Rahmen der Konvergenzphase versucht, die Baserates und die damit einhergehenden krankenhausindividuellen Fallpauschalen schrittweise an landesweit einheitlich geltende Fallpauschalen anzugleichen. Dies bedeutet, dass die Universitätskliniken, die zurzeit eine der höchsten Baserates inne haben, in Zukunft niedrigere Baserates in Kauf nehmen müssen, während kleinere Krankenhäuser im Rahmen der Konvergenzphase ihre Baserate nach oben hin anpassen können. Dies bringt allerdings die Problematik mit sich, dass eine Universitätsklinik mit einer sehr großen Kostenstruktur zukünftig mit entsprechend weniger Geldern auskommen muss. Es wird ein zusätzlicher Wettbewerbsdruck entstehen. Vgl. hierzu auch *Tuschen/Trefz* (2004), S. 104.

⁵¹ Die Berechnung erfolgte auf Basis des Fallpauschalenkatalogs 2006 und ohne Berücksichtigung der oberen und unteren Verweildauer. Vgl. dazu *Saarländische Krankenhausesellschaft* (2006).

tems liegt vielmehr darin, Kosten zu senken oder die Fallzahlen zu steigern.⁵² Während vor Einführung des DRG-Vergütungssystems die Auslastung des Krankenhauses über die Verweildauern auf Basis tagesgleicher Pflegesätze beeinflusst werden konnte, müssen im DRG-Vergütungssystem bei sich verkürzenden Verweildauern immer mehr Patienten behandelt werden, um die aufgebauten Kapazitäten eines Krankenhauses halten zu können. Die dadurch bedingten höheren Fallzahlen steigern ebenfalls den Kostenerstattungsdruck bei den Krankenkassen. Diese können jedoch aufgrund der Globalbudgetvorgaben des SGB V keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung stellen. Um dieses nicht veränderbare Krankenkassenbudget erfolgt schließlich ein Wettbewerb der Krankenhäuser, die mit Forderungen der Mengen- und Leistungsausweitungen einhergehen. Diese Forderungen versuchen die Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen in den jährlichen Budgetverhandlungen durchzusetzen.⁵³ Dadurch kommt es im Bereich der stationären Versorgung zu einem intensiven Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern.

Möglichkeiten der zusätzlichen Erlöserzielung und der Auslastung von Kapazitäten erhalten die Krankenhäuser durch den ambulanten Bereich. Zu diesem Bereich zählte bislang insbesondere das ambulante Operieren, welches den Krankenhäusern ermöglicht, bestimmte Operationen⁵⁴ direkt mit den Krankenkassen abzurechnen. Die Vergütung dieser Leistung erfolgt außerhalb des Krankenhausbudgets und wird mit den Krankenkassen im Rahmen der integrierten Versorgung direkt verhandelt, wobei eine prozentuale Anrechnung der stationärsersetzenden Leistungen vorgenommen wird.⁵⁵ Die niedergelassenen Vertragsärzte haben ebenfalls die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Dabei steht ihnen die gleiche Vergütung wie den Krankenhäusern zur Verfügung. Somit ergibt sich ein direktes Konkurrenzverhältnis zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern.⁵⁶

Die Existenz der Krankenhäuser, welche auch als eigenverantwortlich wirtschaftende Unternehmen angesehen werden können, ist abhängig von ihrer Fähigkeit, sich möglichst erfolg-

⁵² Vgl. *Bernhanu et al.* (2004), S. 224; *Vera/Foit* (2005), S. 358.

⁵³ Vgl. *Neubauer* (2004), S. 105.

⁵⁴ Die Art der Operationen, die zu den ambulanten Operationen gezählt werden, werden durch die Verbände der Krankenkassen, der Krankenhäuser und Krankenhaussträger, sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestimmt.

⁵⁵ Vgl. SGB V § 120 Abs. 1.

⁵⁶ Oftmals sind in der Praxis die Krankenhäuser nicht in der Lage die ambulanten Operationen so kostengünstig wie die niedergelassenen Ärzte durchzuführen. Dies liegt häufig daran, dass das Krankenhaus sämtliche Versorgungsmöglichkeiten für den ambulanten Patient bereithält. Dadurch wird der ambulante Patient in der Regel wie ein stationärer Patient versorgt. Diese aufwendige Versorgung kann nicht mit dem Entgelt einer ambulanten Operation vergütet werden. Hier ist langfristig ein Umdenken in den Krankenhäusern notwendig.

reich in dem vorgegebenen Handlungsspielraum zu behaupten und damit ihre zukünftige Position unter zunehmendem Wettbewerb zu sichern.⁵⁷ Aufgrund dessen beginnen immer mehr Krankenhäuser sich als „Dienstleister im Wettbewerb [...] zu orientieren, zu deren Kernelementen eine Kundenorientierung und der Dienstleistungsgedanke zählen.“⁵⁸

Infolgedessen stehen in vielen Krankenhäusern sowohl die Verbesserung der Qualitätsindikatoren, über die rechtlichen Mindestanforderungen hinaus, und die damit einhergehende Stärkung der Wettbewerbsposition im Vordergrund.⁵⁹ Wie dargestellt, müssen Investitionen aufgrund der Mittelknappheit der öffentlichen Hand in der Regel aus Eigenmitteln finanziert werden. Um diese Investitionen finanzieren zu können müssen die Krankenhäuser Gewinne in ausreichender Höhe erwirtschaften.⁶⁰ Neben der Erwirtschaftung von Gewinnen und einer möglichst hohen Kapazitätsauslastung stehen ebenso die Kosteneinsparung und die effiziente Verwendung von Mitteln im Vordergrund.⁶¹ Da diese Problematik aufgrund der angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Hand sich nicht alsbald verändern wird, wird die Bewältigung der betriebswirtschaftlichen Probleme im Krankenhaus immer drängender.⁶²

⁵⁷ Vgl. Wille (2000), S. 768 ff.; Borges/Schmidt (2002), S. 101 ff.

⁵⁸ Dietrich (2005), S. 71.

⁵⁹ Vgl. Dietrich/Gropp (2005), S. 211 f.

⁶⁰ Vgl. Schmitz (2004), S. 192 f.

⁶¹ Vgl. Schmitz (2004), S. 195.

⁶² Vgl. Helmig/Tscheulin (1998), S. 84 und zugleich Helmig (2005), S. 54. Vgl. zu den betriebswirtschaftlichen Problemen im Krankenhaus auch Genzel/Siess (1999).

2.2. Das novellierte Arbeitszeitgesetz und dessen Umsetzungsmöglichkeiten

Zunächst erfolgt eine Darstellung des novellierten Arbeitszeitgesetzes, welches sich in der vorliegenden Arbeit auf die Arbeitszeitorganisation von Krankenhausärzten beschränkt. Im Anschluss werden zum besseren Verständnis der später präsentierten empirischen Untersuchung verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten anhand von Beispielen aufgezeigt.

2.2.1. Entwicklung des Arbeitszeitgesetzes

Die Arbeitszeit der Ärzte wurde bis zum 1. Juni 1994 für den öffentlichen Dienst im Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) sowie für die kirchlichen Krankenhäuser in den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) geregelt. Mit Erlass der Richtlinie 93/104/EG mussten die Arbeitszeiten der Ärzte mit in die nationale Arbeitszeitgesetzgebung einbezogen werden. Dies erfolgte mit In-Kraft-Treten eines Arbeitszeitgesetzes⁶³ (ArbZG) ab dem 1. Juni 1994, welches durch Gesetz vom 21. November 2000 und 23. Dezember 2003 geändert wurde. Somit gilt seit dem 1. Januar 2004 das neue ArbZG, welches unter anderem weitgehende Änderungen im Krankenhaussektor vorsieht. Die Notwendigkeit der Abänderung des Gesetzes ergab sich durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshof (EuGH) vom September 2003, nachdem der Bereitschaftsdienst nicht mehr als Ruhezeit, sondern fortan als Arbeitszeit zu werten ist.⁶⁴ Das Gesetz hat vor allem zum Ziel, einerseits eine sichere Patientenversorgung durch Vermeidung von übermüdeten Ärzten und zu hoher Arbeitsbelastung, und andererseits den Gesundheitsschutz für Krankenhausärzte, zu gewährleisten.⁶⁵ Immer häufiger fühlen sich die Arbeitnehmer in Krankenhäusern, unter ihnen insbesondere die Ärzte, überfordert durch überlange Arbeitszeiten, hohen Leistungsdruck durch immer kürzere Verweildauern der Patienten, Zunahme der Verwaltungsaufgaben und Dokumentationspflichten, Beeinträchtigung des Familien- und Soziallebens durch die Lage der Bereitschaftsdienste, unzureichende Koordination der Arbeitsabläufe sowie mangelnde Zusammenarbeit der Organisationseinheiten.⁶⁶ So zeigen *Volp/Grande* (2003) auf, dass „medical errors are often related to the design of systems and

⁶³ Das ArbZG vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170) wurde abgeändert durch das Gesetz vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1983) und schließlich zuletzt geändert durch das Gesetz vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3002). Es regelt im Krankenhaussektor Arbeitszeiten, Ruhepausen, Ruhezeiten sowie Nacht- und Schichtarbeit von Arbeitnehmern. Nicht erfasst vom ArbZG sind die Chefarzte. Vgl. dazu *Bracht et al.* (2003), S. 8.

⁶⁴ Vgl. *Marburger Bund Zeitung* (2003a) und vgl. zugleich *Walger/Molitor* (2003b), S. 363.

⁶⁵ Vgl. *Marburger Bund* (2004a).

⁶⁶ Vgl. *Bracht et al.* (2003), S. 10.

are not directly the fault of persons on the front lines.“⁶⁷ Die derzeitige Arbeitsorganisation der Ärzte steht häufig in einem großen Widerspruch zu einer sicheren, qualitativ-hochwertigen Patientenversorgung.⁶⁸

Um die Einführung des neuen ArbZG zu erleichtern, hat der Gesetzgeber für abweichende Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2006 zugebilligt.⁶⁹ Krankenhäuser, die eine 24-Stundenversorgung der Patienten garantieren müssen, stehen somit vor neuen organisatorischen Herausforderungen, um den Vorgaben des neuen Arbeitszeitgesetzes gerecht zu werden.⁷⁰ Die Schwierigkeiten ergeben sich nicht aus der Problematik, angemessene Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die den Anforderungen des neuen Arbeitszeitgesetzes entsprechen, sondern vielmehr daraus, dass mit den vorhandenen Mitarbeitern Organisationsformen gefunden werden müssen, die gleichzeitig den gesetzlichen Anforderungen, dem Anspruch einer optimalen Versorgung der Patienten und der Erfordernis der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs gerecht werden.⁷¹

Sowohl laut der Ärztevereinigung Marburger Bund, welche das EuGH-Urteil durch eins ihrer Mitglieder mit erstritten hat, als auch laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), welche dem neuen ArbZG sehr kritisch gegenüber steht, sind die verschiedenen Arbeitszeitmodelle nur zu realisieren, wenn eine entsprechende Anzahl an Mitarbeitern zur Verfügung steht.⁷²

⁶⁷ Volpp/Grande (2003), S. 851 und vgl. ebenso Steinbrook (2002), S. 1296.

⁶⁸ Vgl. Leung/Becker (1992), S. 1153 ff.; Gaba/Howard (2002), S. 1254 und Weinger/Ancoli-Israel (2002), S. 955 ff.

⁶⁹ Vgl. ArbZG § 25. Aufgrund der zusätzlichen finanziellen Belastung der Krankenhäuser und des hohem organisatorischen Aufwands, der mit der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle einhergeht, hat man die zunächst geltende Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005 um ein Jahr verlängert.

⁷⁰ Vgl. Rocke (2003), S. 844.

⁷¹ So müssen innerhalb der Gestaltung der Arbeitszeitmodelle sowohl unterschiedliche hierarchisch abgestufte Berufsgruppen als auch die Anforderungen einer optimalen Patientenversorgung Berücksichtigung finden. Um eine optimale Versorgung zu garantieren, ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst unumgänglich. Vgl. dazu Bauer (2000), S. 191.

⁷² Die Höhe des Personalmehrbedarfs wird von den Verbänden sehr unterschiedlich eingeschätzt. Laut DKG ergibt sich durch das neue ArbZG in den Kliniken ein zusätzlicher Personalmehrbedarf in Höhe von 61.000 Mitarbeitern (davon 27.000 Ärzte), wodurch Mehrkosten von 3,35 Mrd. € entstehen. Vgl. dazu Rocke (2003), S. 844; Bracht et al. (2003), S. 13; Kuhlmann (2003a), S. 554; Flöttmann/Schmidt (2003), S. 983. Der Marburger Bund schätzt hingegen den Personalmehrbedarf auf 40.000 Stellen (davon 15.000 Ärzte). Dadurch würden Mehrkosten in Höhe von 1 Mrd. € entstehen. Vgl. dazu Marburger Bund Zeitung (2003b); Marburger Bund (2003); Kuhlmann (2003b), S. 112. Allerdings ist bei den Berechnungen des zusätzlichen Personalbedarfs zu berücksichtigen, dass die finanziellen Auswirkungen nur unter Annahme konkreter Rahmenbedingungen (z. B. genaue Einteilung der Ärzte in BAT-Verdienstgruppen durch Alter, Familienstand, etc.) ermittelt werden können, denen in der Realität häufig Abweichungen gegenüber stehen. Folglich kann es zu unterschiedlichen Kosteneinschätzungen kommen. Vgl. dazu Bracht et al. (2003), S. 52. Um die entstehenden Mehrkosten zu decken, sieht der Bund eine Budgetaufstockung der Krankenhäuser um jährlich 100 Mill. € bis

Die benötigte Anzahl an zusätzlichem Personal erweist sich als problematisch, da es den Krankenhäusern trotz ihrer derzeitigen schwierigen finanziellen Lage gelingen muss, neue Stellen zu schaffen. Laut einer Studie der Kassenärztlichen Vereinigung ergibt sich zudem die Schwierigkeit, dass es zu wenige qualifizierte Fachärzte gibt, welche die neu geschaffenen Stellen besetzen können.⁷³ Der Arztberuf ist aufgrund der langen Arbeitszeiten bei gleichzeitig schlechter Bezahlung über die Jahre hinweg unattraktiv geworden.⁷⁴ Viele der Jungärzte arbeiten in anderen Bereichen wie z. B. Unternehmensberatungen oder Pharmaunternehmen, um bessere Arbeitszeitbedingungen als im Krankenhaus vorzufinden. Folglich kommt der Akquisition guter Mitarbeiter und deren Bindung an das eigene Krankenhaus, wobei vermutet wird, dass die Arbeitsbedingungen und die daraus resultierende Mitarbeiterzufriedenheit wesentliche Einflussgrößen sind, eine zentrale Rolle zu, um im Wettbewerb bestehen zu können.⁷⁵ Die Änderungen im ArbZG können als eine erste Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten angesehen werden. So betrachtet der Marburger Bund die „besseren Arbeitszeitregelungen [...] als einen zentralen Ansatz, um dem Ärztemangel zu begegnen.“⁷⁶

Es ist ersichtlich, dass durch die Einführung des neuen ArbZG ein zusätzlicher finanzwirtschaftlicher Druck auf den Krankenhäusern lastet. Um die Krankenhäuser bei der Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen zu unterstützen, wurde ihnen im Rahmen der Budgetverhandlungen durch die Krankenkassen eine Zulage für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gewährt. Diese sind jedoch zur gesetzeskonformen Umsetzung nicht ausreichend.⁷⁷ Somit wird die Fähigkeit der Krankenhäuser, sich im Rahmen des neuen ArbZG zu positionieren,

2009 vor. Vgl. dazu *Schröder* (2003), S. 422. Laut der Unternehmensberatung *Wedit Deloitte & Touche* ist bei der Kalkulation der Kosten jedoch zu berücksichtigen, dass den Mehrkosten auch Einspar- und Synergieeffekte durch eine bessere Organisation gegenüber stehen. Vgl. dazu *Walde/Willauer* (2000), S. 1006.

⁷³ Vgl. u. a. *Kopetsch* (2001) und zugleich *Ossen* (2002). Eine Studie der Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Bayern hat ergeben, dass alleine innerhalb Bayerns 600 Arztstellen in Krankenhäusern nicht besetzt werden können. Vgl. dazu o. V. (2002), S. 738.

⁷⁴ Vgl. *Heberle* (2002), S. 360 ff.; *Schmidt/Reif* (2002), S. 350 ff.; *Montgomery* (2003a) und vgl. zugleich *Montgomery* (2003b); *Beyer-Rehfeld* (2003), S. 682 f.

⁷⁵ Vgl. *Trill* (1997), S. 41; *Konrad et al.* (1999), S. 1176 ff.

⁷⁶ *Marburger Bund Zeitung* (2003c) und vgl. zugleich *Bartels* (2000), S. 992; *Eiff v.* (2003), S. 684 ff. Vgl. zum Ärztemangel allgemein u. a. *Flintrop* (2002); *DKG* (2003); *Blumenberg* (2003).

⁷⁷ So hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) den Bedarf an zusätzlichen Arztstellen für die rechtliche Erfüllung des ArbZG auf 18,7 Prozent geschätzt. Krankenhäusern, die neue Arbeitszeitmodelle einführen wird jedoch gerade einmal eine Erhöhung ihres Budgets um 0,2 Prozent zugesprochen. Vgl. dazu *Weißflog et al.* (2005), S. 860.

maßgeblich mit dazu beitragen, ihre zukünftige Position unter zunehmendem Wettbewerb zu sichern.⁷⁸

2.2.2. Regelungen und Begriffsabgrenzungen im neuen Arbeitszeitgesetz

Zum besseren Verständnis der weiteren Ausführungen werden nachfolgend die wichtigsten Regelungen und Begrifflichkeiten aufgezeigt.⁷⁹

Die *Arbeitszeit* ist im ArbZG definiert als die Zeit, in der ein Mitarbeiter für seinen Arbeitgeber tätig ist. Sie darf werktags nicht acht Stunden überschreiten, kann allerdings auf zehn Stunden ausgeweitet werden, wenn innerhalb von sechs Monaten im Durchschnitt werktäglich nicht acht Stunden überschritten werden.⁸⁰ Dieselbe Regelung gilt darüber hinaus auch für den Nachtdienst. Dieser kann jedoch nur auf zehn Stunden verlängert werden, wenn innerhalb eines Kalendermonats bzw. vier Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.⁸¹ Abweichend davon können Regelungen im Rahmen eines Tarifvertrages geschlossen werden, die nachfolgend genauer erläutert werden.

Des Weiteren unterscheidet man von der Arbeitszeit die Ruhezeit und die Ruhepausen. *Ruhezeit* beschreibt die arbeitsfreie Zeit zwischen zwei Arbeitstagen.⁸² Dem Arbeitnehmer muss grundsätzlich nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden gewährt werden. Innerhalb des Krankenhauses kann die Dauer der Ruhezeit um bis zu eine Stunde verkürzt werden, wenn innerhalb eines Monats die Verkürzung durch eine Verlängerung einer anderen Ruhezeit ausgeglichen wird. Eine weitere Ausnahme bei der Einhaltung der Mindestruhezeit in Krankenhäusern besteht darin, dass Verkürzungen der Ruhezeit, die durch Inanspruchnahme während einer Rufbereitschaft entstehen und nicht mehr als die Hälfte der Ruhezeit betragen, zu anderen Zeiten ausgeglichen werden können. Die *Ruhepause* hingegen ist während der Arbeitszeit zu gewähren. Das heißt, sie darf

⁷⁸ So gilt es nicht nur finanzielle Mittel für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle zur Verfügung zu stellen, sondern gleichzeitig die Arbeitszeitmodelle so zu strukturieren, dass eine bessere Patientenversorgung möglich ist.

⁷⁹ Vgl. zu den nachfolgenden Ausführungen z.B. Buschmann/Ulber (2007); Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union (2003).

⁸⁰ Vgl. ArbZG § 3.

⁸¹ Vgl. ArbZG § 6.

⁸² Vgl. Rischar (2001), S. 2.

weder an den Anfang der Arbeit noch an das Ende der Arbeit gelegt werden. Somit unterbricht die Ruhepause die Arbeitszeit und ist als Phase der Erholung anzusehen.⁸³

Weiterhin muss man die Begriffe Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst und Arbeitsbereitschaft unterscheiden. Während der Mitarbeiter in der *Rufbereitschaft* seinen Aufenthaltsort selber auswählen kann, muss der Mitarbeiter im *Bereitschaftsdienst* sich im Krankenhaus bzw. an seinem Arbeitsplatz aufhalten, damit er unmittelbar im Bedarfsfall seine Arbeit aufnehmen kann. Der Mitarbeiter mit Rufbereitschaft ist verpflichtet, seinem Arbeitgeber mitzuteilen, wo er sich aufhält, damit dieser ihn dort erreichen kann, falls er seine Arbeitsleistung benötigt. Die Rufbereitschaft darf nur in Zeiten angeordnet werden, in denen Arbeit anfallen kann, aber in der Regel davon auszugehen ist, dass die Zeiten ohne Arbeitsanfall sind.⁸⁴ Die *Bereitschaftsdienste* können in unterschiedliche Stufen eingeteilt werden, wobei die Stufe die effektive Arbeitszeit des diensthabenden Arztes widerspiegelt.⁸⁵ Ein grundlegend neuer Aspekt des ArbZG ist darin zu sehen, dass die gesamte Dauer des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit zu werten ist.⁸⁶

Die *Arbeitsbereitschaft* ist hingegen die Zeit, in der ein Mitarbeiter nicht die volle Arbeit leistet, sich aber am Arbeitsplatz aufhalten muss, um zu jeder Zeit aus eigenem Entschluss in das Geschehen eingreifen zu können.⁸⁷ Die Arbeitsbereitschaft wird vom Bereitschaftsdienst inso-

⁸³ Vgl. ArbZG § 5 und zugleich *Rischar* (2001), S. 7.

⁸⁴ Vgl. *Rischar* (2001), S. 27 ff.

⁸⁵ Bis zum Auslauf der Übergangsfrist am 31.12.2006 wurden die Dienste in Stufen A-D unterteilt. Die Stufe A beschreibt einen Bereitschaftsdienst, in dem die effektive Arbeitszeit des diensthabenden Arztes weniger als 10 % beträgt, während Stufe B eine effektive Arbeitszeit zwischen zehn und 25 % beinhaltet. Stufe C beinhaltet eine effektive Arbeitszeit während des Bereitschaftsdienstes zwischen 26 und 40 %, sowie Stufe D zwischen 41 und 49 %. Seit dem 01.01.2007 gibt es nur noch die Stufen eins, zwei und drei. In Abhängigkeit des Einstufungsgrades erfolgt die Bezahlung des Bereitschaftsdienstes. Grundsätzlich muss die Belastung im Bereitschaftsdienst jedoch ≤ 49 % sein, da es sich ansonsten nicht mehr um Bereitschaftsdienst, sondern um Volldienst handelt. Vgl. dazu *Rausch/Willauer* (2002), S. 308 und zugleich *Rocke/Litschen* (2002), S. 187.

⁸⁶ Diese Regelung ist insbesondere für die Inanspruchnahme von Ruhezeiten von Bedeutung. Während bislang Ruhezeiten nur im Verhältnis zu der tatsächlich geleisteten Arbeit während des Bereitschaftsdienstes genommen werden durften, ist fortan die gesamte Dauer des Bereitschaftsdienstes zur Berechnung der Ruhezeiten heranzuziehen. Hinsichtlich der Bezahlung des Bereitschaftsdienstes wird jedoch nur die effektive Arbeitszeit vergütet. Vgl. *Marquardt* (2003), S. 709. Bereits 2000 gab es ein Urteil des EuGH, dass als so genanntes SIMAP-Urteil bekannt wurde und welches besagt, dass im Sinne der Europäischen Arbeitszeitrichtlinien der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit zu werten ist. Das deutsche Arbeitsrecht ging hingegen bis vor kurzen von der Annahme aus, dass der Bereitschaftsdienst nicht in der Arbeitszeit verrichtet wird und somit nur bei tatsächlicher Inanspruchnahme der Arbeitsleistung als Arbeitszeit zu werten ist. Der Bundesgerichtshof bezog sich zur Rechtfertigung seiner Rechtsprechung auf den Tatbestand, dass das Urteil des EuGH sich lediglich auf Spanien beziehe. Seit dem EuGH-Urteil im September 2003, indem bestätigt wurde, dass die Regelung auch in Deutschland Anwendung finden muss, steht fest, dass der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit zu werten ist. Vgl. dazu *Rischar* (2001), S. 40 und zugleich *Marburger Bund Zeitung* (2003b).

⁸⁷ Vgl. ArbZG § 7.

fern unterschieden, als dass der Mitarbeiter während des Bereitschaftsdienstes die Möglichkeit hat, sich auszuruhen, auszuschlafen etc.

Weitergehende Möglichkeiten der Arbeitszeitorganisation sind nur auf Basis tariflicher Regelungen im Sinne von ArbZG § 7 möglich.⁸⁸ So kann im Rahmen eines Krankenhaus-Tarifvertrags abweichend von den aufgezeigten § 3 und § 5 des ArbZG vereinbart werden, dass die werktägliche Arbeitszeit auf über acht Stunden verlängert wird, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt. Ein entsprechender Ausgleich der zusätzlich geleisteten Arbeit muss nicht erfolgen, wenn sicher gestellt ist, dass der Gesundheitsschutz der Ärzte durch besondere Regelungen gewährt ist.⁸⁹ Wird die werktägliche Arbeitszeit allerdings auf über zwölf Stunden verlängert, muss im direkten Anschluss an den jeweiligen Dienst eine Ruhezeit von mindestens elf Stunden gewährt werden.⁹⁰ Die Arbeitszeit darf jedoch nur verlängert werden, wenn der Arbeitnehmer der Arbeitszeitverlängerung schriftlich zugestimmt hat. Die Einwilligung kann innerhalb von sechs Monaten schriftlich widerrufen werden.⁹¹

Je flexibler die tariflichen Regelungen sind, desto mehr Varianten der Arbeitszeitorganisation sind durchführbar. Einen Überblick über mögliche Abweichungen der im ArbZG festgelegten Arbeitszeitregelungen durch entsprechende Tarifverträge gibt nachfolgende Tabelle 2.

⁸⁸ Vgl. zur Verlängerung der Arbeitszeiten durch Betriebs-/Dienstvereinbarungen *Boemke/München* (2006), S. 488 ff. und *Litschen* (2001), S. 1356.

⁸⁹ Vgl. ArbZG § 7 Abs. 2a.

⁹⁰ Vgl. ArbZG § 7 Abs. 9.

⁹¹ Vgl. ArbZG § 7 Abs. 7.

Kommunale Krankenhäuser (3-Stufiges-Modell) ⁹²		
1.	Grundmodell	Die tägliche Arbeitszeit kann auf bis zu 13 Stunden (Stufe C+D) bzw. 16 Stunden (Stufe A+B) verlängert werden. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden darf im Ausgleichszeitraum nicht überschritten werden.
2.	Öffnungsmodell	Die tägliche Arbeitszeit kann auf bis zu 24 Stunden verlängert werden. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden darf im Ausgleichszeitraum nicht überschritten werden.
3.	Opt-out-Modell	Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit kann auf 54 bzw. 56 Stunden verlängert werden. Dazu muss eine individuelle Zustimmung des Arbeitnehmers erfolgen.
konfessionelle Krankenhäuser am Beispiel der Diakonie (3-Stufige-Regelung)		
1.		Die tägliche Arbeitszeit kann auf bis zu 16 Stunden verlängert werden, wenn mindestens 10 Stunden der überschreitenden Zeit als Bereitschaftsdienst geleistet werden.
2.		Aufgrund einer Dienstvereinbarung kann die tägliche Arbeitszeit auf 24 Stunden verlängert werden, wenn mindestens 10 Stunden der überschreitenden Zeit als Bereitschaftsdienst geleistet werden.
3.	Opt-out-Regelung	Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit kann auf 58 Stunden verlängert werden. Dazu muss eine individuelle Zustimmung des Arbeitnehmers erfolgen.

Tab. 2: Beispiele der Abweichung vom ArbZG in den Tarifvereinbarungen⁹³

2.2.3. Umsetzungsmöglichkeiten des novellierten Arbeitszeitgesetzes - mögliche Arbeitszeitmodelle

Es gibt bereits eine Vielzahl an Krankenhäusern, die sich mit ihren Organisationsstrukturen und Prozessen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auseinander gesetzt haben. Häufig besteht allerdings die Problematik, dass sich eine Veränderung der traditionellen Strukturen als schwierig erweist.⁹⁴ Entsprechend wichtig ist die Bereitschaft der Krankenhausmitarbeiter, sich mit neuen Aspekten auseinanderzusetzen.

⁹² So haben die Tarifpartner der *kommunalen Krankenhäuser* sich Ende 2005 auf den Tarifvertrag des öffentlichen Dienst (TVöD) geeinigt, welcher den BAT ablöst.

⁹³ In Anlehnung an *DKG* (2006). Vgl. ebenso *Finklenburg* (2006), S. 29 ff.

⁹⁴ Die notwendigen Veränderungen zur Einführung neuer Arbeitszeitmodelle führen in vielen Fällen bei Geschäftsführung, Führungskräften und Mitarbeitern zu Problemen aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen und Interessenlagen. Vgl. dazu *Bauer* (2000), S. 191 ff. So wird die Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes und die damit einhergehende Einführung neuer Arbeitszeitmodelle des Öfteren durch traditionelle Denkstrukturen und mangelnde Veränderungsbereitschaft seitens der Mitarbeiter erschwert. Jüngere Ärzte stehen einem organisa-

Bei der Einführung neuer Modelle ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass sich diese nicht auf einzelne Organisationseinheiten beschränken, sondern alle Organisationseinheiten berücksichtigt werden müssen, die miteinander arbeiten und zeitlich aufeinander abgestimmt werden müssen.⁹⁵

Mit Ablauf der Einführungsfrist des ArbZG zum 31.12.2006 ist die Arbeitszeitgestaltung in vielen Häusern im Umbruch. In den meisten Krankenhäusern existieren je nach Fachabteilungen unterschiedliche Modelle, die individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Abteilung zugeschnitten sind. Dies bedeutet, dass es weder für bestimmte Größenordnungen an Krankenhäusern noch für bestimmte Abteilungen allgemeingültige Lösungen für Arbeitszeitmodelle gibt, sondern vielmehr allgemeingültige Lösungsvorschläge an die jeweils individuellen Bedürfnisse angepasst werden müssen.

Die wohl derzeit bekanntesten Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus, die der neuen Rechtsprechung entsprechen, stellen die so genannten LASI- (Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik)⁹⁶ Modelle dar. Die Sammlung der LASI-Arbeitszeitmodelle umfasst zum einen theoretisch entwickelte, konkret zur Umsetzung vorgesehene und zum anderen bereits in den Krankenhäusern eingeführte Modelle. Die Modellsammlung zeichnet sich dadurch aus, dass explizit betrachtet wird, ob das jeweilige Modell den Anforderungen der oben aufgeführten Rechtsprechung entspricht. Schließlich werden die voraussichtlichen Kosten, die mit der Einführung des jeweiligen Modells verbunden sind, aufgezeigt.⁹⁷ Somit werden sowohl gesundheitliche Aspekte, die sich für den Mitarbeiter und Patienten vorteilhaft auswirken können, als auch sich ergebende finanzielle Nachteile berücksichtigt.

Nach Aussagen des LASI sind nur vier der von ihnen entwickelten Modelle mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs vereinbar. Vor diesem Hintergrund sollen nachfol-

torischen Wandel allerdings offener gegenüber als langjährig tätige Ärzte. Jedoch befürchten sie Einkommenseinbußen, die mit der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle entstehen können. Vgl. *Mühlbauer* (1999), S. 218; *Heberle* (2002), S. 362; *Schuster/De Meo* (2002), S. 995.

⁹⁵ So müssen beispielsweise die Arbeitszeiten aller „schneidenden Fächer“, wie Chirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie etc. mit denen der Anästhesie abgestimmt werden.

⁹⁶ Der LASI (Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik) ist eine länderübergreifende Fachgruppe, die sich aus den Bereichen der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung, den Gesundheits- und Sozialbehörden, einer Vielzahl an Fachverbänden sowie unterschiedlichen Beratungsinstitutionen zusammensetzt. Vgl. dazu *Bracht et al.* (2003), S. 6.

⁹⁷ Die zusätzlichen Kosten ergeben sich durch den jeweiligen Personalmehrbedarf. Sie sind abhängig vom jeweils umgesetzten Modell. So liegen laut *Walger/Molitor* (2003b) die Mehrkosten je nach Modell zwischen 800 Mio. Euro und 3,35 Mrd. Euro. Vgl. dazu *Walger/Molitor* (2003b), S. 365.

gend nur diese Modelle beispielhaft aufgezeigt werden.⁹⁸ Als Vergleichsmodell zu den vier neuen Modellen⁹⁹ dient das derzeit noch in vielen Krankenhäusern mit alten Arbeitszeitmodellen¹⁰⁰ dominierende *traditionelle Bereitschaftsdienstmodell*.

Das *traditionelle Bereitschaftsdienstmodell* sieht einen achtstündigen Tagdienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst von bis zu 16 Stunden vor. Der Tagdienst endet in der Regel gegen 16.00 Uhr, woran sich für den diensthabenden Arzt der Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Tag gegen 8.00 Uhr anschließt, so dass er 24 Stunden im Dienst ist.

Zu den LASI-Modellen, die zu den neuen Arbeitszeitmodellen gezählt werden, gehört unter anderem das „*Drei-Schicht-Modell*“. Dabei handelt es sich um ein Modell, dass bereits in Universitätskliniken und einigen ambulanten Notaufnahmen in Krankenhäusern der Grund- und Maximalversorgung eingeführt ist. In diesem Modell liegen die Früh-, Spät-, und Nachtschicht an fünf Tagen pro Woche hintereinander. Die Arbeitszeit beträgt innerhalb der drei Schichten jeweils achteinhalb Stunden inklusive einer halben Stunde Pause. Durch die achteinhalb Stunden kommt es zu einer zeitlichen Überlappung der Schichten, die zur Übergabe von einer zur anderen Schicht genutzt werden kann. Der Wochenenddienst kann schließlich über zwei 24-Stunden-Bereitschaftsdienste mit bis zu zehn Stunden Arbeitseinsatz gewährleistet werden. Aufgrund des nicht stattfindenden Bereitschaftsdiensts während der Woche (Montag bis Freitag), kann auch in der Nacht Vollarbeit geleistet werden. Laut DKG stellt dieses Modell allerdings die teuerste Lösung zur Umsetzung des neuen ArbZG dar.¹⁰¹ Einen Überblick der möglichen Organisation des Drei-Schicht-Modells gibt die folgende Abbildung.

⁹⁸ Vgl. zu den Ausführungen auch *Blum et al.* (2006).

⁹⁹ Als „neues“ Modell bzw. „neues“ Arbeitszeitmodell werden im weiteren Verlauf der Arbeit Arbeitszeitmodelle beschrieben, die bereits der aktuellen Rechtsprechung entsprechen.

¹⁰⁰ Als „alte“ Arbeitszeitmodelle werden im weiteren Verlauf der Arbeit Arbeitszeitmodelle beschrieben, die im Rahmen der Übergangsregelung noch nicht der aktuellen Rechtsprechung entsprechen.

¹⁰¹ Wird davon ausgegangen, dass das Drei-Schicht-Modell flächendeckend eingeführt wird, schätzt die DKG entstehende jährliche Mehrkosten in Höhe von 3,35 Mrd. Euro. Es wäre ein Personalmehrbedarf von 61.000 Vollkräften notwendig. Vgl. u. a. *Walger/Molitor* (2003a), S. 842.

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8		
Dienst 1	D Arbeitszeit 8 Stunden 6.00 - 14.30 Uhr																											D	
Dienst 2										D Arbeitszeit 8 Stunden 14.00 - 22.30 Uhr																			
Dienst 3																			D Arbeitszeit 8 Stunden 22.00 - 6.30 Uhr										
Dienst 4			D Arbeitszeit 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																										

D = Dienst, weiße Felder = Frei

Abb. 4: *Drei-Schicht-Modell*¹⁰²

Ein weiteres Modell, das den Anforderungen der neuen gesetzlichen Regelungen entspricht, beschreibt das „*Nachtdienstmodell mit versetzten Diensten*“. Das Modell wurde in Anlehnung an die Arbeitszeitgestaltung einer chirurgischen Intensivstation einer Universitätsklinik entwickelt. Es sieht jeweils drei versetzte Tagdienste (z. B. zwischen 7.00 Uhr und 18.30 Uhr), einen Spätdienst (bis ca. 23.00 Uhr) sowie einen Nachtdienst mit eingebundenen Arbeitsbereitschaftszeiten (bis ca. 9.00 Uhr) vor. Der Vorteil dieses Modells liegt in der Möglichkeit, auch in den Abendstunden und am Wochenende bei Arbeitsanfall Vollarbeit zu leisten. Das Modell ist jedoch nur EuGH konform, wenn eine entsprechende Abweichungsbefugnis des Arbeitszeitgesetzes im Rahmen eines Tarifvertrages oder einer Betriebsvereinbarung besteht. Eine Veranschaulichung möglicher Arbeitszeitorganisation in diesem Bild gibt nachfolgende Abbildung.

¹⁰² Bracht et al. (2003), S. 30.

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Dienst 1	D		Arbeitszeit 8 Stunden 7.00 - 15.30 Uhr																		D								
Dienst 2		D		Arbeitszeit 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																		D							
Dienst 3					D		Arbeitszeit 8 Stunden 10.00 - 18.30 Uhr																						
Dienst 4							D		Arbeitszeit 8 Stunden 14.00 - 23.00 Uhr																				
Dienst 5																	D		Nachtdienst 11,5 Stunden 21.30 - 9.00 Uhr inkl. 3 Std. Arbeitsbereitschaft										

D = Dienst, weiße Felder = Frei

Abb. 5: Nachtdienstmodell mit versetzten Diensten¹⁰³

Ein weiteres Modell der neuen Arbeitszeitmodelle stellt das „Spätdienstmodell aufgrund betrieblicher Vereinbarungen“ dar. Nach einem längeren Frühdienst (bis ca. 17.00 Uhr) erfolgt ein zeitversetzter kürzerer Spätdienst (bis ca. 21.00 Uhr). Im Anschluss an den Spätdienst beginnt ein weiterer Arzt mit dem Bereitschaftsdienst bis ca. 6.00 Uhr am nächsten Morgen. Den Bereitschaftsdienst schließen drei Stunden regulärer Arbeitszeit bis ca. 9.00 Uhr an, in der Zeit für Übergaben und Visiten ist.¹⁰⁴

Abschließend ist das „Arbeitsbereitschaftsdienstmodell“ zu nennen, welches zwei versetzte Tagdienste (bis ca. 17.00 Uhr), sowie einen Spätdienst (bis ca. 22.00 Uhr) vorsieht. Der anschließende Nachtdienst wird komplett durch Arbeitsbereitschaft mit bis zu zwei Drittel an Arbeitseinsätzen geleistet. Um dieses Modell umzusetzen, ist ebenfalls eine entsprechende Abweichungsbefugnis im Rahmen eines Tarifvertrages oder einer Betriebsvereinbarung notwendig.¹⁰⁵

Da die Organisation der Arbeitszeit und das daraus resultierende Arbeitszeitmodell an die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Fachabteilung angepasst werden müssen, können für manche Krankenhäuser neben den aufgezeigten Modellarten sowohl Modellmodifikationen als auch andere Modellvarianten der Arbeitszeitorganisation sinnvoller oder sogar praxistaug-

¹⁰³ Bracht et al. (2003), S. 34.

¹⁰⁴ Vgl. Blum et al. (2006), S.20.

¹⁰⁵ Dazu muss im Tarifvertrag die Möglichkeit einer Opt-Out-Regelung gegeben sein.

licher sein. So wurden in der später aufgezeigten empirischen Untersuchung zusätzlich zu den beschriebenen Modellen auch krankenhausindividuelle Modelle der Arbeitszeitorganisation und deren Auswirkungen untersucht.

Um jedoch für die empirische Untersuchung eine systematische Einordnung der Arbeitszeitmodelle gewährleisten zu können, wurde in Anlehnung an das DKI nachfolgender Kriterienkatalog (Tab. 3) erarbeitet. Mit Hilfe des einheitlichen Kriterienkatalogs soll die jeweilige Arbeitszeitorganisation in die Gruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell eingeordnet werden, so dass im Rahmen der empirischen Untersuchung explizit auf die unterschiedlichen Auswirkungen der Arbeitszeitmodelle eingegangen werden kann.

Kriterien altes Arbeitszeitmodell	Kriterien neues Arbeitszeitmodell
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer des Tagdienstes über acht Stunden (ohne Pausen), da der Bereitschaftsdienst in der Regel an den Tagdienst anschließt 	<ul style="list-style-type: none"> • Weitgehend einheitliche Dauer des Tagdienstes von ca. acht Stunden (ohne Pausen) und Entkoppelung des Bereitschaftsdienstes vom Tagdienst
<ul style="list-style-type: none"> • Einen Tagdienst 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei oder mehr versetzte Tagdienste
<ul style="list-style-type: none"> • Früher Beginn des Bereitschaftsdienstes (ca. 16.00 Uhr) 	<ul style="list-style-type: none"> • Später Beginn des Bereitschaftsdienstes (ca. 20.00 Uhr)
<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Höchstarbeitszeit im Nacht- und Wochenenddienst von über zwölf Stunden (ohne Pausen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Höchstarbeitszeit im Nacht- und Wochenenddienst von ca. zwölf Stunden (ohne Pausen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig Vollarbeit in den Abendstunden
	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung der Betriebs- oder Servicezeiten

Tab. 3: Einordnungskriterien für die Gruppe altes oder neues Arbeitszeitmodell ¹⁰⁶

¹⁰⁶ In Anlehnung an Blum et al. (2006), S. 21.

2.3. Theoretische Grundlagen der interessierenden Konstrukte

Für die theoretische und empirische Durchdringung der zu untersuchenden Fragestellung „*Welche Auswirkungen haben die verschiedenen Arbeitszeitmodelle auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und inwiefern beeinflusst diese wiederum die Hospital Performance Outcomes?*“ ist es weiterhin notwendig, eine Begriffsabgrenzung für die weiteren interessierenden Konstrukte Mitarbeiterzufriedenheit und Hospital Performance vorzunehmen.

2.3.1. Begriffsabgrenzung und Einordnung der Mitarbeiterzufriedenheit

2.3.1.1. Begriffsabgrenzung der Mitarbeiterzufriedenheit

Bei der derzeitigen schwierigen finanziellen Lage der Krankenhäuser und dem gleichzeitig steigendem Wettbewerbsdruck wird der Wettbewerbsfähigkeit, die sich nicht nur aus finanziellen Kennzahlen, sondern auch aus Qualitätsfaktoren zusammensetzt, eine immer größere Rolle beigemessen. Die Qualität wird im Dienstleistungsbereich im Allgemeinen, aber im Speziellen im Gesundheitswesen in hohem Maße von den Mitarbeitern beeinflusst, da diese ihre Leistung direkt am Patienten erbringen.¹⁰⁷ So stellt *Stauss* (1999) fest: „Wesentliches Charakteristikum der Dienstleistungsproduktion ist der große Einfluss, den das Personal [...] auf die von den Kunden wahrgenommene Qualität der Leistung hat.“¹⁰⁸ Ebenso konstatieren *Bruhn/Grund* (2000): „Bei komplexen Dienstleistungen mit hohen Anteilen von Erfahrungsbzw. Vertrauensleistungen repräsentiert die Interaktion mit den Mitarbeitern u. U. sogar das einzige von den Kunden direkt beurteilbare Leistungselement.“¹⁰⁹ Aufgrund dessen ist auch das in jüngster Vergangenheit vermehrte Interesse in der betriebswirtschaftlichen Literatur an Mitarbeitern der Dienstleistungsbranche zu erklären.¹¹⁰

In der Marketingliteratur wird häufig postuliert, dass in Dienstleistungsunternehmen insbesondere die Zufriedenheit der Mitarbeiter eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Zu-

¹⁰⁷ Vgl. *Fröhlich* (1999), S. 879; *Helmig/Dietrich* (2001), S. 320 und vgl. zugleich *Eisenhofer/Reif* (2002), S. 700.

¹⁰⁸ *Stauss* (1999a), S. 259.

¹⁰⁹ Vgl. *Bruhn/Grund* (2000), S. 935.

¹¹⁰ Vgl. dazu z.B. *Babin/Boles*, 1998; *Berry/Parasuraman*, 1999; *Singh* (2000); *Hartline et al.* (2000); *Homburg/Stock* (2000; 2001a, b).

friedenheit der Kunden und folglich für den langfristigen Unternehmenserfolg darstellt.¹¹¹ Aus diesem Grund versucht die Marketingwissenschaft die gewonnenen Erkenntnisse des externen Dienstleistungsmarketings auf interne Dienstleistungen¹¹², welche die Mitarbeiter in Anspruch nehmen, zu übertragen. Folglich behandeln immer mehr Unternehmen ihre eigenen Mitarbeiter als so genannte „interne Kunden“. Diese Betrachtungsweise ist in der Betriebswirtschaftslehre auch dem „internen Marketing“¹¹³ zuzuordnen. *Bruhn* (1999) beschreibt das interne Marketing als „systematische Optimierung unternehmensinterner Prozesse mit Instrumenten des Marketing- und Personenmanagements zu absatzmarktorientierten Zwecken“¹¹⁴, während *Berry* (1984), und *Stauss* (1999) dem internen Marketing alle Instrumente zuordnen, die die Einstellungen und das Verhalten der Mitarbeiter beeinflussen.¹¹⁵ Somit kann das Konstrukt der Mitarbeiterzufriedenheit grundsätzlich dem Bereich des „internen Marketings“ zugeordnet werden.

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist in der Literatur durch eine Vielzahl an unterschiedlichen Begriffsdefinitionen geprägt¹¹⁶, wodurch sowohl die theoretische als auch die empirische Erforschung hinsichtlich der Entstehung von Mitarbeiterzufriedenheit und deren Auswirkung auf die Hospital Performance Outcomes erschwert wird. So stellt *Neuberger* (1974b) fest: „Die Vielzahl der Bedeutungen, die mit dem Begriff [...] verbunden werden, bringt die Gefahr mit sich, die empirische Erforschung der Bedingungen und Folgen der (Mitarbeiter)zufriedenheit unnötig zu erschweren.“¹¹⁷ *Neuberger/Allerbeck* (1978) berichten zu einem späteren Zeitpunkt über die „verwirrende Vielfalt von Ansätzen, die die Notwendigkeit einer Standortbestimmung verdeutlicht.“¹¹⁸ Einen Eindruck ausgewählter Definitionen aus dem Forschungsbereich der Psychologie und Betriebswirtschaft des Konstrukts „Mitarbeiterzufriedenheit“ vermittelt Tab. 4.

¹¹¹ Vgl. dazu z.B. *Hall/Mesure* (1993); *Bauer* (1994); *Heskett et al.* (1994); *Bruhn* (1995; 1998; 1999); *Töpfer* (1995; 1998); *Basse/Linke* (1997); *Müller* (1999); *Poser* (1999); *Meffert* (2000).

¹¹² Beispielsweise nennt *Schütz* (1993) als interne Dienstleistungen Weiterbildungsangebote, Zusatzleistungen und Vergünstigungen für den Mitarbeiter. Vgl. dazu *Schütz* (1993), S. 194.

¹¹³ Vgl. zum internen Marketing im Krankenhaus u. a. *MacStravic* (1985); *Compton et al.* (1987); *Eichhorn* (1997).

¹¹⁴ *Bruhn* (1999), S. 22 f. und vgl. zugleich (1995), S. 382 ff.

¹¹⁵ Vgl. *Berry* (1984), S. 272 ff.; *Stauss* (1999a), S. 264.

¹¹⁶ Einen Überblick gibt z. B. *Neuberger/Allerbeck* (1978), S. 11 ff. und zugleich *Neuberger* (1974b), S. 141. Allerdings wird bei *Neuberger/Allerbeck* (1978) nicht die Absicht verfolgt, eine systematische Gliederung der verschiedenen Ansätze wie bei *Neuberger* (1974b) darzulegen, sondern lediglich einen Eindruck über die Vielfältigkeit der verschiedenen Ansätze zu vermitteln.

¹¹⁷ *Neuberger* (1974b), S. 140.

¹¹⁸ *Neuberger/Allerbeck* (1978), S. 11.

Autoren (Jahr)	Definition
Mitarbeiterzufriedenheit als Einstellung zur Arbeit	
<i>Locke</i> (1969), S. 316	Job satisfaction is a “pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one’s job or facilitating the achievement of one’s job values.
<i>Neuberger</i> (1976), S. 10	Mitarbeiterzufriedenheit ist die „kognitiv-evaluative Einstellung zur Arbeitssituation“.
<i>Neuberger/Allerbeck</i> (1978), S. 9	Mitarbeiterzufriedenheit ist „als relativ überdauernde Einstellung einer Person zu verschiedenen Aspekten ihrer Arbeitssituation zu verstehen“.
<i>Tansuhaj et al.</i> (1988), S. 34	Job satisfaction includes “the feelings a worker has about his or her job...”
<i>Bettencourt/Brown</i> (1997), S. 42	„Job satisfaction refers to an employee’s overall evaluation of the job situation“.
<i>Garrido/Pérez/Antón</i> (2005), S. 1936	„Job satisfaction is the degree to which people like their jobs [...]“.
Mitarbeiterzufriedenheit als Ergebnis eines Soll/Ist Vergleichs	
<i>Bruggemann et al.</i> (1975), S. 132	„Wir gehen davon aus, dass sich situationsspezifische Bedürfnisse und Erwartungen herausbilden, wenn ein Arbeitender erfährt, inwiefern die Merkmale der Arbeitssituation seine allgemein gegebenen Bedürfnisse betreffen. Daraus ergibt sich ein Soll-Wert für konkrete Befriedigungsmöglichkeiten aus dem Arbeitsverhältnis. Die tatsächlichen Befriedigungsmöglichkeiten entsprechen dem Ist-Wert.“
<i>Rosenstiel v.</i> (1975a), S. 445	„Zufriedenheit muss als Prozess interpretiert werden. Sie tritt nicht auf gleiche objektive Ereignisse in gleicher Weise auf, da das Erreichen der Ziele zu neuen Adaptionsniveaus führt. „In einem theoretischen Konzept hohen Allgemeingrades stellt sich die Zufriedenheit dabei als Folge der wahrgenommenen Anpassung der personellen Situation an ein Idealkonzept dar,...“.
<i>Ament-Rambow</i> (2001), S. 264	Mitarbeiterzufriedenheit ist die bewusst vorgenommene Bewertung durch den Mitarbeiter von zufriedenheitsrelevanten Aspekten des Arbeitsverhältnisses, indem er die eigenen Erwartungen und Anforderungen, die er an seine Arbeit und Umgebung stellt, mit der tatsächlichen Erfüllung vergleicht.
Mitarbeiterzufriedenheit als Einstellung, die auf einem Soll/Ist Vergleich basiert	
<i>Stock-Homburg</i> (2007), S. 18	Mitarbeiterzufriedenheit wird definiert als „Einstellung in Bezug auf das Arbeitsumfeld, die sich aus dem abwägendem Vergleich zwischen dem erwarteten Arbeitsumfeld (Soll) und dem tatsächlich wahrgenommenen Arbeitsumfeld (Ist) ergibt“.

Tab. 4: Ausgewählte Definitionen zum Konstrukt Mitarbeiterzufriedenheit ¹¹⁹

¹¹⁹ In Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007), S.16 f.

Bei der Durchsicht der unterschiedlichen Begriffsdefinitionen lassen sich jedoch zwei grundsätzliche Ansätze der Mitarbeiterzufriedenheit unterscheiden. Zum einen wird die Mitarbeiterzufriedenheit als Einstellung zur Arbeit¹²⁰ definiert. Zum anderen wird sie als das Ergebnis eines Soll/Ist-Vergleichs beschrieben.¹²¹ Diese beiden Ansätze stehen allerdings nicht im Widerspruch, sie stellen vielmehr bei einem Zusammenschluss eine umfassende Erklärung des Konstruktes Mitarbeiterzufriedenheit dar. Im Sinne des Zusammenschlusses der beiden Ansätze wird im weiteren Verlauf der Arbeit die Mitarbeiterzufriedenheit in Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007) als Einstellung verstanden, die auf einem Soll/Ist-Vergleich basiert.¹²²

2.3.1.2. Einordnung der Mitarbeiterzufriedenheit

In der Zufriedenheitsforschung stellt das Prinzip des Soll/Ist-Vergleichs, welches in der Literatur auch als *Confirmation/Disconfirmation-Paradigma* (C/D-Paradigma) bezeichnet wird, einen der bekanntesten Erklärungsansätze der Mitarbeiterzufriedenheit dar.¹²³

Der Ansatz basiert auf der Annahme, dass die Mitarbeiterzufriedenheit (bzw. Mitarbeiterunzufriedenheit) das Ergebnis eines komplexen psychischen Soll/Ist-Vergleichs zwischen den Erwartungen des Mitarbeiters und den von ihm wahrgenommenen Leistungen darstellt.¹²⁴

Entspricht oder übertrifft das wahrgenommene Leistungsniveau (Ist) den Vergleichsstandard (Soll), kommt es zu einer „Bestätigung“ bzw. „Confirmation“, die zu Mitarbeiterzufriedenheit führt. Dabei ist die Zufriedenheit umso höher, je mehr die Ist-Leistung die Soll-Leistung übertrifft. Ist das wahrgenommene Leistungsniveau (Ist) jedoch niedriger als der Vergleichsstandard (Soll), kommt es zu einer „Disconfirmation“, welche zu einer Mitarbeiterunzufriedenheit führt.¹²⁵ Diese Unzufriedenheit kann eine Einstellungsänderung des Mitarbeiters, z. B. in Form einer Veränderung des Einsatzes (weniger Input des Mitarbeiters, z. B. in Form von

¹²⁰ Vgl. u. a. *Locke* (1969); *Bettencourt/ Brown* (1997).

¹²¹ Vgl. u. a. *Bruggemann et al.* (1975); *Rosenstiel v.* (1975a).

¹²² Vgl. *Homburg/Stock* (2001a), S. 790 und zugleich *Stock-Homburg* (2007), S.18. Siehe auch *Guion* (1992); *Temme/Tränkle* (1996).

¹²³ Vgl. beispielsweise *Churchill/Suprenant* (1982); *Homburg/Rudolph* (1998); *Weinberg/Terlutter* (2005); *Helmig/Graf* (2006a).

¹²⁴ Vgl. dazu z. B. *Babin/Griffin* (1998); *Tscheulin/Helmig* (2000a); *Homburg/Stock* (2001a); *Matiske/Mellewig* (2001); *Beyer* (2002); *Berthel* (2007). In der Literatur wird das C/D-Paradigma häufig zur Erklärung von Kundenzufriedenheit genutzt. Im Zusammenhang mit dem internen Marketing, in der der Mitarbeiter als interner Kunde angesehen und behandelt wird, kann jedoch das C/D-Paradigma der Kundenzufriedenheit auf die Mitarbeiterzufriedenheit übertragen werden.

¹²⁵ Vgl. *Tscheulin/Helmig* (2000a), S. 107.

weniger Arbeitsleistung, oder häufiges Fehlen etc.) hervorrufen. Zum besseren Verständnis wird das Konzept des C/D-Paradigmas in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht.

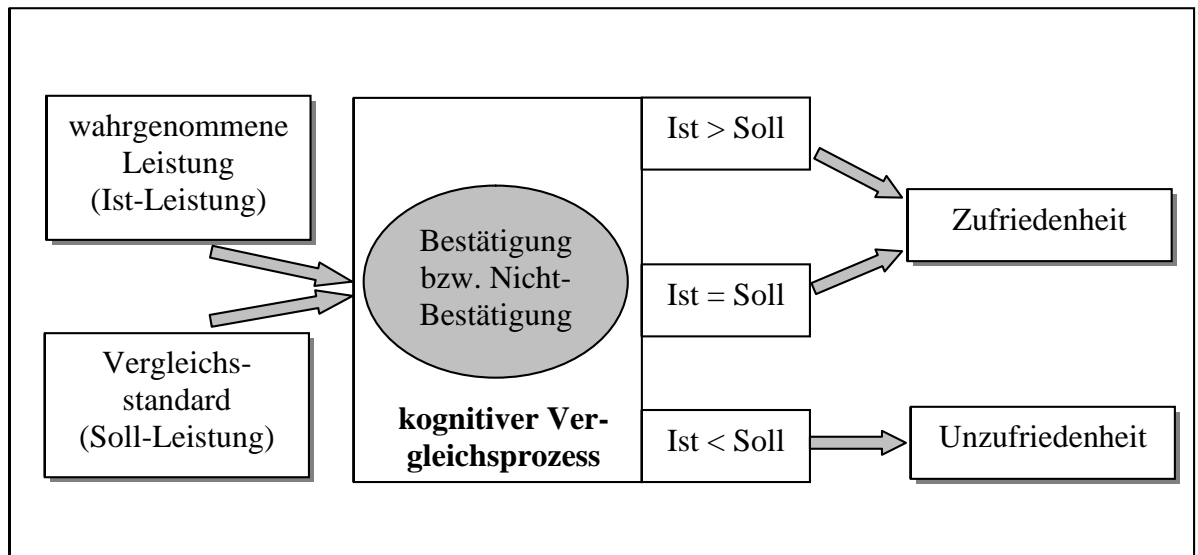


Abb. 6: Das C/D-Paradigma¹²⁶

2.3.2. Begriffsabgrenzung und Einordnung der Hospital Performance Outcomes

2.3.2.1. Begriffsabgrenzung der Hospital Performance Outcomes

Um im Wettbewerb langfristig bestehen zu können, verfolgen Wirtschaftsunternehmen grundsätzlich das primäre Ziel der Absicherung des Unternehmenserfolges.¹²⁷ So stellen *Bharadwaj et al.* (1993) fest: „The purpose of competitive strategy is to achieve a sustainable competitive advantage and thereby enhance a business’ performance.“¹²⁸ Lange Zeit lag das vorrangige und einzige Ziel der Krankenhäuser in der Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen,¹²⁹ während die Sicherung des Unternehmenserfolges kaum Berücksichtigung fand. Bedingt durch die veränderten Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor, haben die Kliniken in jüngster Vergangenheit immer mehr den Charakter eines Wirtschaftsbetriebes erhal-

¹²⁶ In Anlehnung an *Homburg et al.* (2005), S. 97.

¹²⁷ Vgl. u. a. *Porter* (1985); *Reutner* (1987); *Hahn/Hintze* (1998); *Jenner* (2000); *Matzler/Stahl* (2000); *McCracken* (2001);

¹²⁸ *Bharadwaj et al.* (1993), S. 83.

¹²⁹ Vgl. *Schlütermann* (1998), S. 434 ff.

ten.¹³⁰ Der Unternehmenserfolg gewinnt auch mit zunehmendem Wettbewerbsdruck in den Krankenhäusern an enormer Bedeutung, um langfristig im Wettbewerb bestehen zu können. So konstatiert *Helmig* (2001): „Die verschärften Wettbewerbsbedingungen auf dem Krankenhausmarkt zwingen die Kliniken, [...], nach wie vor dazu, nach Effizienzsteigerungen und Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen zu suchen.“¹³¹

Auch wenn seit den 80er Jahren im Rahmen der empirischen Erfolgsfaktorenforschung versucht wird, die Schlüsselfaktoren des Unternehmenserfolgs zu untersuchen, hat sich bislang kein einheitlicher Begriff des Unternehmenserfolgs etabliert.¹³² So wird der Erfolgsbegriff oftmals den Begriffen „Effektivität“ und „Effizienz“ gleichgesetzt.¹³³ In der angloamerikanischen Literatur finden äquivalent zum deutschsprachigen Erfolgsbegriff die Begriffe „performance“ (Leistung, Erfolg) bzw. „business performance“ (Unternehmensleistung, Unternehmenserfolg) „efficiency“ (Effizienz) und „outcome“ (Ergebnis) Verwendung.¹³⁴

Im Sinne der klassischen ökonomischen Tradition wird die Business Performance in der Literatur vielfach sehr einseitig als Nettogröße im Sinne einer wertmäßigen Differenz zwischen Mitteleinsatz und Ertrag verstanden.¹³⁵ So wird jedoch zunehmend die Erkenntnis unterstützt, dass diese enge Abgrenzung nicht die Komplexität des Unternehmenserfolgs in ausreichendem Maße beschreibt.¹³⁶ So streben Unternehmen neben den monetären Zielen, wie der Erwirtschaftung von Gewinnen, auch nicht monetäre Ziele an, wie etwa die Sicherung der Wettbewerbsposition, die Erreichung von Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit, ein gutes Image¹³⁷ etc. Demgemäß nimmt für Krankenhäuser, die im Wettbewerb bestehen wollen, ebenso die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit einen besonderen Stellenwert ein. Schließ-

¹³⁰ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.1.2.

¹³¹ *Helmig* (2001), S. 489 und vgl. zugleich *Helmig* (1994; 1997a).

¹³² Vgl. *Rehkugler* (1989), S. 627; *Helmig* (2005), S. 132; *Helmig/Graf* (2006b), S. 243 f.; *Graf* (2007), S. 13.

¹³³ So werden die unterschiedlichen Begriffsdefinitionen des Erfolgs von vielen Autoren synonym verwendet. *Göttgens* (1996) beschreibt beispielsweise die Begriffsunterschiede als lediglich terminologische oder semantische Feinheiten. Vgl. dazu *Göttgens* (1996), S. 30. Darüber hinaus gibt es jedoch auch Autoren, die die unterschiedlichen Begriffsdefinitionen nicht synonym verwenden. Vgl. dazu beispielsweise *Lingenfelder* (1990), S. 54. Alle Begriffsdefinitionen haben jedoch die gemeinsame Intention, relevante Einflüsse, die auf den Erfolg eines Unternehmens einwirken, herauszuarbeiten. Vgl. *Graf* (2007), S. 14.

¹³⁴ Vgl. z. B. *March/Sutton* (1997), S. 698; *Stiefel et al.* (1999), S. 67; *Knox et al.* (2001), S. 50.

¹³⁵ Vgl. *Porter/Millar* (1985), S. 149 ff.

¹³⁶ Vgl. *Raffée/Fritz* (1991), S. 1214; *Fritz* (1995), S. 217; *Jenner* (1999), S. 6 ff.; *Helmig* (2005), S. 151 f.

¹³⁷ Vgl. beispielsweise *Helmig/Michel* (2000); *Helmig/Graf* (2003). Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen und der daraus resultierenden eingeschränkten Möglichkeiten eines Krankenhauses Marketing zu betreiben, ist der Reputation und dem Image durch die Zufriedenheit der verschiedenen Anspruchsgruppen (Patienten, Mitarbeiter, Träger, Öffentlichkeit etc.) eine besondere Rolle beizumessen. Vgl. dazu *Tscheulin/Häberlein* (1997), S. 482 ff.; *Tscheulin/Helmig* (2000a), S. 109 und zugleich (2001), S. 401 ff. und *Helmig/Dietrich* (2001), S. 321.

lich sind Patienten und Mitarbeiter nicht nur Kunden, sondern beeinflussen als Multiplikatoren auch maßgeblich das Image des Krankenhauses.¹³⁸ Bislang wird jedoch das Marketing im Bereich der Nonprofitorganisationen, wozu auch das Krankenhaus gehört, unterschätzt.¹³⁹

Die in der Literatur häufig vorzufindende Reduktion des Erfolgsbegriffs auf finanzwirtschaftliche Größen, lässt sich durch das primäre Ziel der Unternehmen erklären, wirtschaftlich erfolgreich bzw. profitabel zu sein, um die Existenz des Unternehmens zu sichern.¹⁴⁰ Dieses reduzierte Erfolgsverständnis auf finanzwirtschaftliche Größen ist jedoch auf Krankenhäuser als nicht gewinnorientierte Unternehmen, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrags handeln, nicht übertragbar. Die Krankenhäuser sind vielmehr bestrebt, im Sinne eines eigenverantwortlich wirtschaftenden Unternehmens¹⁴¹, angemessene Gewinne zu erzielen oder zumindest Verluste zu vermeiden, um die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages langfristig zu gewährleisten.¹⁴² Somit kann die Sicherung des Unternehmensbestandes als hauptsächliches Ziel angesehen werden.¹⁴³

Die Sicherung des Unternehmensbestandes im Krankenhaus wird maßgeblich neben dem finanziellen Erfolg auch von der Leistung im Markt bestimmt. So gibt es zahlreiche Arbeiten, die aufzeigen, dass der Unternehmenserfolg neben der finanziellen Zielerreichung auch vom Markterfolg, wie z. B. der Qualität der Leistungen und der Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit, abhängt.¹⁴⁴ So zeigen *Homburg/Pflesser* (2000) in ihrer Arbeit auf, dass die Leistung im Markt notwendig für die finanzielle Zielerreichung ist: „We also assume that the performance in the market is a necessary antecedent of financial performance.“¹⁴⁵ Da dies ein gelungener Ansatz unter Berücksichtigung der verschiedenen Einflussdimensionen darstellt, soll in der vorliegenden Arbeit die „Hospital Performance Outcomes“ in Anlehnung an *Homburg/Pflesser* (2000) als Zusammenspiel der „Market Performance“ und der „Financial Performance“ verstanden werden.

¹³⁸ Vgl. *Helmig* (1997b), S. 112; *Helmig* (1998), S. 1 ff.

¹³⁹ Vgl. *Helmig* (2004a), S. 59 ff. Vgl. zum Marketing im Krankenhaus beispielsweise *Tscheulin/Helmig* (1997; 1998); *Helmig* (1998); *Tscheulin/Helmig* (1999a; 1999b; 2000b; 2001); *Graf/Helmig* (2003); *Tscheulin et al.* (2003).

¹⁴⁰ Beiträge, in denen der Erfolgsbegriff auf finanzwirtschaftliche Kennzahlen basiert vgl. z. B. *Ittner/Larcker* (1998); *Kamakura et al.* (2002); *Gurau/Ranchhold* (2002); *Rust et al.* (2004).

¹⁴¹ Vgl. KHG §1.

¹⁴² Vgl. *Dietrich* (2005), S. 89.

¹⁴³ Vgl. *Narver/Slater* (1990), S. 22.

¹⁴⁴ Vgl. u. a. *Fritz* (1992; 1995); *McDermott et al.* (1993); *Tscheulin et al.* (2001); *Rust et al.* (2002); *Stock* (2004); *Dietrich* (2005); *Helmig* (2005). Vgl. zu den Erfolgsfaktoren im NPO-Bereich beispielsweise *Helmig et al.* (2006a; 2006b).

¹⁴⁵ *Homburg/Pflesser* (2000), S. 452.

2.3.2.2. Einordnung der Hospital Performance Outcomes

Die Hospital Performance kann grundsätzlich der empirischen Erfolgsfaktorenforschung zugeordnet werden, welche zum Ziel hat, die wesentlichen, langfristig gültigen Determinanten (Schlüsselfaktoren) des Unternehmenserfolges empirisch zu ermitteln.¹⁴⁶ Dabei werden in der jüngsten Vergangenheit nicht mehr ausschließlich harte Faktoren der Managementlehre, sondern vielmehr auch die weichen Faktoren der Unternehmensführung betrachtet. Zu den weichen Faktoren gehören beispielsweise Erfolgsfaktoren wie die Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Organisationskultur.¹⁴⁷

Zu den in der Literatur bedeutungsvollsten Ansätzen der Erfolgsforschung zählen auf der Ebene der Gesamtorganisation vor allem der Zielansatz, der Systemansatz, der Marketingansatz, der Interessenpluralistische Ansatz und der Kontingenzansatz,¹⁴⁸ die im Folgenden kurz vorgestellt werden und im Hinblick auf ihre Eignung für ihre Verwendung in der vorliegenden Arbeit diskutiert werden.

2.3.2.2.1. Der Zielansatz

Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass Unternehmen zweckgerichtete Systeme sind, welche eindeutige und identifizierbare Ziele verfolgen. Der Erfolg wird als Grad der Zielerreichung definiert und kann somit auch als Effizienz im Sinne des Zielerreichungsgrads verstanden werden.¹⁴⁹ Der Erfolg bemisst sich auf Basis dieser Überlegung an der Erreichung einer Vielzahl von Unternehmenszielen. Infolgedessen gibt es viele Ansätze, die neben der finanzwirtschaftlichen Zielerreichung auch weitere Dimensionen in der Erfolgsbeurteilung berücksichtigen. Diese Differenzierung der Zielsysteme soll der Multidimensionalität des Erfolgsbegriffes Rechnung tragen und der Vielzahl der unternehmerischen Zielvorstellungen entsprechen. Da nicht alle Ziele in ein Erfolgsmaß einbezogen werden können,¹⁵⁰ muss eine Auswahl der wichtigsten Ziele erfolgen. Betrachtet man die Ergebnisse empirisch ermittelter Zielkataloge, wird ersichtlich, dass sich eine Vielzahl an Zielen den Dimensionen Effizienz

¹⁴⁶ Fritz (1990), S. 92.

¹⁴⁷ Vgl. Helmig (2005), S. 133; Albers/Hildebrandt (2006), S. 5 und Graf (2007), S. 15.

¹⁴⁸ Vgl. Fritz (1995), S. 218 f.; Staehle/Conrad (1999), S. 411 ff.; Helmig (2005), S. 160 ff.; Graf (2007), S. 50 ff.

¹⁴⁹ Vgl. Worpitz (1991), S.200 f.; Helmig (2005), S. 160.

¹⁵⁰ Vgl. dazu auch Helmig (2005), S. 160.

und Effektivität zuordnen lassen. Während die Effektivität die grundsätzliche Eignung einer Maßnahme zur Zielerreichung wiedergibt, setzt die Effizienz die Zweckmäßigkeit einer Zielerreichungsmaßnahme und den dazu erforderlichen Aufwand in Beziehung zueinander. Als ein geeigneter Effektivitätsindikator wird in der Literatur beispielsweise die Erzielung von Kundenzufriedenheit genannt. Daneben können aber auch andere Positionierungsziele, wie die Mitarbeiterzufriedenheit als Effektivitätsindikator herangezogen werden. Für die Effizienz werden gemeinhin finanzwirtschaftliche Kennzahlen als Indikatoren verwendet.¹⁵¹

2.3.2.2.2. Der Systemansatz

Im Rahmen des Systemansatzes wird der oben aufgeführte Zielansatz durch die Berücksichtigung der vielfältigen Beziehungen innerhalb und außerhalb des Systems „Unternehmen“ erweitert. Der Begriff „Erfolg“ berücksichtigt in diesem Ansatz neben der Erreichung unternehmerischer Ziele auch die „Fähigkeit Ressourcen zu erwerben [...], interne Systemstabilität zu erhalten [...] und erfolgreich mit der Umwelt zu interagieren.“¹⁵² Folglich wird in Abgrenzung zum Zielansatz nicht nur das Ausmaß der Zielerreichung, sondern auch das Zustandekommen des Ergebnisses mit einbezogen. Dabei werden sowohl die Beziehungen zwischen einem System und seiner Umwelt als auch die Prozesse, die im System ablaufen, sowie die Systemziele berücksichtigt. Demzufolge stellt der Unternehmenserfolg ein mehrdimensionales, abstraktes Konstrukt dar, welches sich weitestgehend einer direkten Messung entzieht.¹⁵³

2.3.2.2.3. Der Marketingansatz

Der Marketingansatz stellt eine spezielle Weiterentwicklung des systemtheoretischen Ansatzes dar. Nach dem Verständnis dieses Ansatzes wird die Kundenorientierung als zentrales Element in den Mittelpunkt gestellt. Der Ansatz wird auch als Führungskonzeption der Unternehmung verstanden.¹⁵⁴ Die Verwendung dieses Ansatzes bietet sich auch für den Bereich des Krankenhauswesens an, da dieser Ansatz die Orientierung des Krankenhausmanagements an den Patienten und Mitarbeitern widerspiegelt.

¹⁵¹ Vgl. *Helmig* (2005), S. 161.

¹⁵² *Parsons* (1960), S. 164.

¹⁵³ Vgl. *Bauer et al.* (1998), S. 985; *Staehe/Conrad* (1999), S. 413. Für detaillierte Ausführungen zur Messung des Unternehmenserfolgs mit Indikatoren auf Basis des Systemansatzes vgl. auch *Schanz* (1982), S. 52 ff.

¹⁵⁴ Vgl. beispielsweise *Helmig/Michel* (2000); *Helmig/Dietrich* (2001); *Helmig/Graf* (2003); *Helmig* (2003); *Helmig* (2004b); *Helmig et al.* (2004); *Helmig et al.* (2006); *Graf* (2007).

2.3.2.2.4. Der Interessenpluralistische Ansatz

In der Literatur wird dieser Ansatz auch als Interaktions-, Stakeholder-, Koalitions- oder Sozialansatz bezeichnet.¹⁵⁵ Der Ansatz basiert auf der Annahme, dass der Erfolg eines Menschen von dem Maß abhängt, in dem es ihm gelingt, sowohl die Mitglieder der *externen Koalition* (beispielsweise Patienten, niedergelassene Ärzte etc.) als auch der *internen Koalition* (z. B. die Mitarbeiter und das Management) zufrieden zu stellen.¹⁵⁶ Dieser Ansatz entspricht in manchen Teilen dem *konstitutiven Ansatz*, der besagt, dass Unternehmen Organisationen sind, die den Zweck erfüllen, die Bedürfnisse der Organisationsteilnehmer zu erfüllen.¹⁵⁷ Die beiden Ansätze können jedoch nicht als identisch angesehen werden.

2.3.2.2.5. Der Kontingenzansatz

Der Kontingenzansatz wird in der Literatur auch als *situativer Ansatz zur Erfolgsmessung* beschrieben. Innerhalb dieses Ansatzes ist der Unternehmenserfolg und die Relevanz der einzelnen Erfolgskriterien abhängig von der jeweiligen Situation, in der sich das Unternehmen befindet.¹⁵⁸ So dürfte vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes und dem damit, wie zuvor beschrieben, einhergehenden Wettbewerbsdruck ein Erfolgsfaktor in der Stärkung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit liegen. In einer anderen Phase können hingegen auch vollkommen unterschiedliche Erfolgsfaktoren eine Rolle spielen.

2.3.2.2.6. Eignung der Ansätze der Erfolgsfaktorenforschung

Außer den hier aufgezeigten Ansätzen, existieren noch zahlreiche andere, die jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung finden sollen, da sie sich entweder auf die zuvor aufgeführten Ansätze zurückführen lassen oder nicht auf der Ebene der Gesamtorganisation bzw. der verschiedenen Unternehmensdimensionen anwendbar sind.¹⁵⁹ In der Lite-

¹⁵⁵ Vgl. Fritz (1995), S.219; Helmig (2005), S.162.

¹⁵⁶ Vgl. Staehle/Conrad (1999), S. 415 f.

¹⁵⁷ Vgl. Jenner (1999), S. 239.

¹⁵⁸ Vgl. Bühner (1977), S. 51 ff.; Helmig (2005), S. 162.

¹⁵⁹ Vgl. Fritz (1995), S. 220; Helmig (2005), S. 163.

ratur ist neben den Vorzügen, die die jeweiligen Ansätze für die empirische Forschung aufweisen, vielfach auch heftige Kritik vorzufinden.¹⁶⁰

Die Hospital Performance ist als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen, in das sowohl die Interessen der Mitglieder der externen Koalition einfließen, als auch die Interessen der internen Koalition.¹⁶¹ In der vorliegenden Arbeit basiert der verwendete Erfolgsansatz, der wie zuvor aufgezeigt, auf dem Erfolgsverständnis von *Homburg/Pflessner* (2000) beruht, auf Komponenten des Ziel-, System-, Marketing-, Interessenpluralistischen- und des Kontingenzansatzes. Dadurch können zum einen die unterschiedlichen Dimensionen des Unternehmenserfolgs, d. h. der Markterfolg und der finanzielle Erfolg, die unterschiedlichen Interessen der Mitglieder und der Einfluss des Markterfolgs auf den finanziellen Erfolg Berücksichtigung finden, als auch die Schwächen der einzelnen Ansätze vermieden werden.¹⁶²

¹⁶⁰ Vgl. zu den Vorzügen und den Kritikpunkten der aufgezeigten Ansätze beispielsweise *Dietrich* (2005), S. 84 ff.; und zugleich *Bungard/Wiendieck* (1986), S. 288 f.; *Staehle/Conrad* (1999), S. 412 ff.

¹⁶¹ Vgl. dazu die Ausführungen des Interesspluralistischen Ansatzes, nachdem es sich bei den Mitgliedern der externen Koalition z. B. um Patienten handelt und bei der internen Koalition z. B. um die Ärzte und das Management.

¹⁶² Vgl. zur Vorgehensweise u. a. *Fritz* (1995), S. 220; *Helmig* (2005), S. 163.

3. Bestandsaufnahme

Im Folgenden wird eine Bestandsaufnahme¹⁶³ der bestehenden Forschungsarbeiten hinsichtlich der interessierenden Konstrukte dargelegt. Dazu werden zunächst vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung die unterschiedlichen Forschungsrichtungen bezüglich der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus, sowie der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und der Hospital Performance identifiziert. Im Anschluss daran werden die Inhalte der einzelnen empirischen Forschungsbeiträge erörtert.¹⁶⁴

3.1. Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus

3.1.1. Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen

In den USA beschäftigt man sich bereits seit den 1980er Jahren verstärkt mit möglichen Arbeitszeitmodellen der Krankenhausärzte und deren Auswirkungen. Ausgelöst wurde das große Interesse durch den so genannten Libby Zion Fall, welcher den Tod eines 18-jährigen Mädchens in einem New Yorker Krankenhaus im März 1984 beschreibt. Wie später festgestellt wurde, lag die Todesursache nicht am Versagen der Ärzte oder des Krankenhauses, sondern vielmehr am Versagen des Systems, welches Arbeitszeitmodelle zuließ, die eine enorme Überforderung der Ärzte mit sich brachten. Nach bekannt werden dieses Falles wurde nach Verbesserungsmöglichkeiten des amerikanischen Systems gesucht, woraus mehrere Studien hinsichtlich verschiedener Arbeitszeitmodelle entstanden sind.¹⁶⁵

Als eine der bekanntesten Forschungsrichtungen, die sich mit der wissenschaftlichen Erforschung von unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen und deren Auswirkungen beschäftigt, gilt

¹⁶³ Zur Erstellung des „*State-of-the-Art*“ wurden empirische Arbeiten aus den letzten 20 Jahren betrachtet. Dazu wurden sowohl einschlägige betriebswirtschaftliche Forschungszeitschriften, als auch medizinische Fachliteratur gesichtet. Aus dem deutschsprachigen Bereich gehören dazu: DBW, ZfB, zfbf, ZögU, BfuP, JfB, Die Unternehmung, f&w, KU, das Krankenhaus, Arbeit. Aus dem angelsächsischen Sprachraum wurden folgende Zeitschriften berücksichtigt: Management Science, Medical Care, N Engl J Med, Health Economics. Daneben wurden noch wichtige Beiträge aus anderen Publikationsorganen genutzt, welche jedoch nicht systematisch bezüglich der letzten 20 Jahre gesichtet wurden.

¹⁶⁴ Der alleinige Fokus auf die empirischen Arbeiten ist durch die von ihnen hervorgebrachten Erkenntnisse begründbar. Im Gegensatz zu den theoretischen Arbeiten implizieren die empirischen Beiträge aufgrund ihrer statistischen Überprüfbarkeit eine höhere praktische Anwendbarkeit. Vgl. dazu Huber (2005), S. 31. Zur Bedeutung der empirischen Forschung vgl. auch Franke (2000), S. 421 ff.

¹⁶⁵ Shannon (2003), S. 7 f. Das der Libby Zion Fall ausschlaggebend für Erneuerungen im amerikanischen System war, zeigen auch Baldwin et al. (2003), S. 1154 auf.

die Arbeitswissenschaft. Sie stellt eine interdisziplinäre Wissenschaft dar, in der die Arbeitsmedizin (Arbeitsphysiologie), die Sozialwissenschaften (Betriebssoziologie, Organisationssoziologie), die Pädagogik (Personalentwicklung), die Wirtschaftswissenschaften (Betriebswirtschaft, Personalentwicklung) und die Rechtswissenschaften (Arbeitsrecht) zusammenwirken. Die Begründer der Arbeitswissenschaft sind in *Taylor* und *Gilbreth* zu sehen, die sich erstmalig zu Beginn des 19. Jahrhunderts systematisch mit dem Arbeitsverhalten befassten.¹⁶⁶ Einen Überblick der verschiedenen Forschungsrichtungen gibt nachfolgende Abbildung.

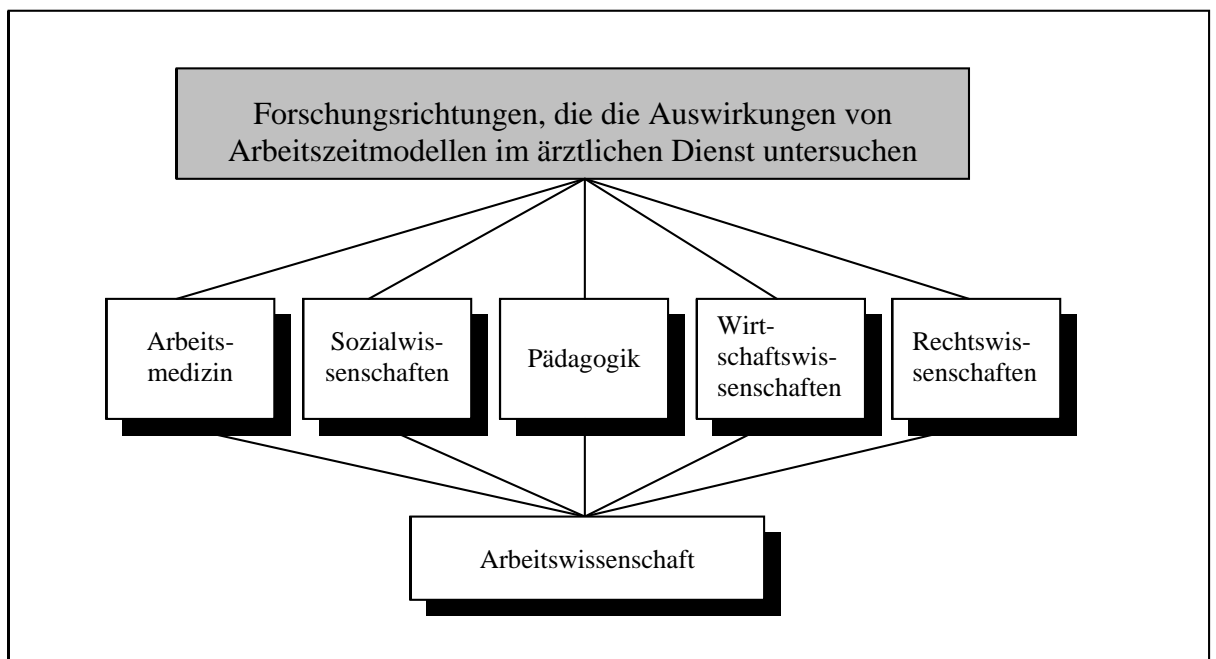


Abb. 7: Verschiedene Forschungsrichtungen, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst befassen

¹⁶⁶ Vgl. für detaillierte Ausführungen zur Arbeitswissenschaft u. a. *Peter* (1997).

3.1.2. Analyse der empirischen Forschungsbeiträge

In der Literatur sind zahlreiche Arbeiten aus dem Bereich der Arbeitswissenschaften zu finden, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen in krankenhausfremden Branchen auseinandersetzen. Hier konnte in verschiedenen Studien aufgezeigt werden, dass sich die Art der Arbeitszeitorganisation auf die Performance im Allgemeinen und die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters im Speziellen auswirkt. Anhand von Befragungen und Beobachtungen während der Arbeit überprüfen beispielsweise *Rosa et al.* (1989) und *Rosa* (1991) die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle auf die Performance der Mitarbeiter. Sie legen in ihrer Arbeit dar, dass Arbeitszeitmodelle mit Schichtdauern über acht Stunden eine geringere Produktivität und höhere Fehlerquoten mit sich bringen.¹⁶⁷ Die nachfolgende Tabelle zeigt wichtige ausgewählte Beiträge zu empirischen Untersuchungen aus krankenhausfremden Bereichen. Bei der Auswahl der nachfolgenden Beiträge wurde das Augenmerk auf solche Studien gelegt, die sich explizit mit acht und zwölf Stunden-Schichten auseinandersetzen, da diese Schichtdauern mit Arbeitszeitmodellen aus dem Krankenhausbereich vergleichbar sind und folglich am ehesten Rückschlüsse auf die zu untersuchenden Auswirkungen zulassen. Dabei können Schichten mit einer Dauer von acht Stunden mit Modellen des neuen ArbZG und Schichten mit einer Dauer von zwölf Stunden mit Modellen des alten ArbZG verglichen werden.¹⁶⁸ Darüber hinaus stellen die Arbeiten von *Rosa et al.* (1989) und *Rosa* (1991) zentrale Arbeiten zu den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeiten dar.

¹⁶⁷ Vgl. *Rosa et al.* (1989), S. 21 ff. und zugleich *Rosa* (1991), S. 111 ff.

¹⁶⁸ Vgl. dazu auch die Einordnungskriterien der verschiedenen Arbeitszeitmodelle in Tab. 3.

Autor	Branche	Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitmodellen auf die...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Rosa et al.</i> (1989)	Verschiedene Branchen	Leistungsfähigkeit	n = 52 Testpersonen im 8-h Schichtdienst; n = 55 Personen im 12-h Schichtdienst.	Tägliche Arbeitszeiten von > 8 h bringen eine geringere Produktivität, steigende Fehlerquoten und zunehmende Absentismen mit sich.
<i>Daniel</i> (1989)	Chemie	Gesundheit	n = 29	Im 12-h Schichtdienst ist die gesundheitliche Belastung höher als im 8-h Schichtdienst.
<i>Rosa</i> (1991)	Industriell/gewerbliche Produktion	Leistungsfähigkeit	n = 15 Personen, 674 Beobachtungen bzgl. Müdigkeitstest; n = 20 Personen, 571 Beobachtungen bzgl. vollständiger Testphase	Im 12-h Schichtdienst sind die Fehlerquoten höher und die Performance niedriger als im 8-h Schichtdienst.
<i>Baker et al.</i> (1994)	Industriell/gewerbliche Produktion	Leistungsfähigkeit	n = 102	Im 12-h Schichtdienst sind die Fehlerquoten höher als im 8-h Schichtdienst.
Autor	Branche	Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitmodellen auf die...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Müller-Seitz</i> (1996)	Verschiedene Branchen	Leistungsfähigkeit	keine Angabe	Leistungskurve schwankt während der Arbeitszeit.
<i>Macdonald/Bendak</i> (2000)	Produzierendes Gewerbe	Leistungsfähigkeit	n = 34	Im 12-h Schichtdienst sind die Fehlerquoten höher als im 8-h Schichtdienst.
<i>Mitchell/Williamson</i> (2000)	Energie	Gesundheit und Zufriedenheit	n = 27	Geringere gesundheitliche Belastung und höhere Zufriedenheit im 8-h Schichtdienst als im 12-h Schichtdienst.
<i>Yamada/Kameda</i> (2001)	Raumreinigung	Gesundheit	n = 205	Höhere gesundheitliche Belastung nach dem Wechsel von 8-h Schichtdienst in den 12-h Schichtdienst

Tab. 5: Ausgewählte Arbeiten, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen in krankenhaushausfremden Branchen beschäftigen¹⁶⁹

¹⁶⁹ Vgl. für eine detaillierte Auflistung beispielsweise Bendak (2003), S. 323 ff.

In der jüngeren Vergangenheit sind in der Literatur vermehrt Beiträge zu finden, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst auseinandergesetzt haben. Im Rahmen dieser Studien wird das Augenmerk auf die Auswirkungen der verschiedenen Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst auf die Arbeitsbelastung bzw. emotionale Erschöpfung, die Informations- und Abstimmungsmöglichkeiten, die Patientenversorgung, die Performance und die Zufriedenheit der Krankenhausärzte gerichtet.

So untersuchen *Cydulka et al.* (1994) und *Deckard et al.* (1994) in ihrer Arbeit die Auswirkung von Arbeitszeitorganisation auf das Stressniveau bzw. die emotionale Erschöpfung. *Cydulka et al.* (1994) stellen auf Basis von multivariaten Analysen heraus, dass die Art des Arbeitszeitmodells keinen Einfluss auf das empfundene Stressniveau hat.¹⁷⁰ *Deckard et al.* (1994) haben herausgefunden, dass das Arbeitspensum, welches maßgeblich durch das Arbeitszeitmodell mitbestimmt wird, ein wichtiges Einflusskriterium der emotionalen Erschöpfung der Ärzte darstellt.¹⁷¹

Smith et al. (1998) stellen fest, dass es einen Einfluss des Arbeitszeitmodells auf die Arbeitsbelastung gibt. Sie belegen, dass die Leistungsfähigkeit im Laufe der Arbeitsdauer schwankt.¹⁷²

Krings et al. (1999) untersuchen in ihrem Beitrag, ob ein Drei-Schicht-Modell einen anderen Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Ärzte hat als ein Zwei-Schicht-Modell. Dazu haben sie die Ärzte mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Die Arbeitsbelastung wird anhand verschiedener Items wie z. B. „häufiges Gefühl von Müdigkeit“, „Abnahme der Leistungsfähigkeit während des Dienstes“ gemessen. Sie können keinen Unterschied der Arbeitsbelastung zwischen den Modellen feststellen.¹⁷³ Die Arbeit berücksichtigt jedoch nur chirurgische Intensivstationen, die speziellen Arbeitsabläufen unterliegen und stellt somit kein Gesamtbild der Krankenhäuser dar.

Einer vergleichbaren Fragestellung gehen auch *Peter/Ulich* (2003) und *Schrem et al.* (2003) nach. Sie untersuchen die Auswirkungen von verschiedenen Arbeitszeitmodellen auf die Arbeitsbelastung der Ärzte. Sie können beide einen Einfluss der Arbeitszeitorganisation auf die

¹⁷⁰ Vgl. *Cydulka et al.* (1994), S. 243 ff.

¹⁷¹ Vgl. *Deckard et al.* (1994), S. 748 ff.

¹⁷² Vgl. *Smith et al.* (1998), S. 218 ff.

¹⁷³ Vgl. *Krings et al.* (1999), S. 130 ff. und zugleich *Krings* (1999), S. 54 f.

Arbeitsbelastung feststellen.¹⁷⁴ *Schrem et al.* (2003) unterscheiden in ihrer Untersuchung vier verschiedene Arten von Arbeitsbelastung: die administrative, die klinische und die wissenschaftliche Belastung sowie die Belastung durch Lehrtätigkeiten.¹⁷⁵ Diese Indikatoren können jedoch in der Regel nur in Universitätskliniken erhoben werden.

Rosta (2007) stellt im Rahmen ihrer bundesweiten Studie zu den Arbeitszeiten deutscher Krankenhausärzte eine hohe Arbeitsbelastung der Ärzte fest. Sie zeigt auf, dass die Arbeitsbelastung in Abhängigkeit des jeweiligen Arbeitszeitmodells variiert. Darüber hinaus legt Sie dar, dass die Gruppe der unter 35-jährigen Ärzte eine höhere Arbeitsbelastung empfindet als die Gruppe höheren Alters. Dies ist insofern erklärbar, als dass sich in dieser Gruppe der unter 35-jährigen die Assistenzärzte befinden, welche in der Regel sämtliche Bereitschaftsdienste während der Nacht und am Wochenende besetzen. *Rosta* (2007) fordert in ihrem Beitrag schließlich eine schnelle Umsetzung von Arbeitszeitreformen aufgrund der übermäßigen Arbeitsbelastung, welcher man durch die Umsetzung des neuen ArbZG gerecht werden kann.

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der Arbeiten, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen auf die Arbeitsbelastung der Ärzte befassen.

Autor	Untersuchung des Einflusses von Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitmodellen auf die ...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Cydulka et al.</i> (1994)	Arbeitsbelastung, insbesondere Stressniveau	n = 113 Ärzte im 3-Schichtmodell; n = 27 Ärzte im 2-Schichtmodell	Es besteht kein Einfluss.
<i>Deckard et al.</i> (1994)	Arbeitsbelastung, insbesondere emotionale Erschöpfung	n = 342 Ärzte aus 16 Krankenhäusern	Es besteht ein Einfluss.
<i>Smith et al.</i> (1998)	Arbeitsbelastung	keine Angabe	Es besteht ein Einfluss.
<i>Krings et al.</i> (1999)	Arbeitsbelastung	n = 45 Ärzte von 6 chirurgischen Intensivstationen im 3- und 2-Schichtmodell	Es besteht kein Einfluss. Es existiert kein Unterschied zwischen 2- und 3-Schicht-Modellen.
<i>Peter/Ulich</i> (2003)	Arbeitsbelastung	n = 2 Krankenhäuser/Schweiz	Es besteht ein Einfluss.

¹⁷⁴ Vgl. *Peter/Ulich* (2003), S. 557 ff.; *Schrem et al.* (2003).

¹⁷⁵ Vgl. *Schrem et al.* (2003), S. 5.

<i>Schrem et al.</i> (2003)	Arbeitsbelastung	n = 1.104 Ärzte (Chirurgie und Orthopädie in ganz Deutschland)	Es besteht ein Einfluss.
<i>Rosta (2007)</i>	Arbeitsbelastung	n = 1.907 Krankenhausärzte aus ganz Deutschland	Es besteht ein Einfluss.

Tab. 6: *Arbeiten, die den Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte untersuchen*

Des Weiteren sind in der Literatur Arbeiten vorzufinden, die die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen auf die Informations- und Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Ärzten untersuchen. *Maseizik et al.* (1999) und *Pistorius et al.* (1999) können in ihren Studien aufzeigen, dass die Organisation der Arbeitszeit die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Ärzten nicht beeinflusst. Dazu haben *Maseizik et al.* (1999) und *Pistorius et al.* (1999) die ärztlichen Mitarbeiter bezüglich der Höhe des Informationsverlustes, insbesondere im Rahmen von Dienstübergaben und der direkten Einschätzung der Abstimmungsmöglichkeiten befragt.¹⁷⁶

Autor	Untersuchung des Einflusses von Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitmodellen auf die ...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Maseizik et al.</i> (1999)	Abstimmungsmöglichkeiten, insbesondere bei der Übergabe	n = 42 Patienten einer chirurgischen Intensivstation	Es besteht kein Einfluss.
<i>Pistorius et al.</i> (1999)	Abstimmungsmöglichkeiten	n = 75 Patienten einer chirurgischen Intensivstation	Es besteht kein Einfluss.

Tab. 7: *Beiträge, die sich mit dem Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte auseinandersetzen*

Andere Beiträge gehen der Frage nach, ob die Arbeitszeitmodelle einen Einfluss auf die Möglichkeiten und die Qualität der Patientenversorgung haben.

¹⁷⁶ Vgl. *Maseizik et al.* (1999), S.57 ff; *Pistorius et al.* (1999), S.65 ff.

So zeigen *Laine et al. (1993)* und *Baldwin et al. (1997)* auf, dass die Qualität der Patientenversorgung abhängig von der Art des Arbeitszeitmodells ist.¹⁷⁷ *Laine et al. (1993)* konnten auf Basis multivariater Analysen feststellen, dass eine Verkürzung der täglichen Arbeitszeit einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung hat. Dazu führen sie einen Vergleich durch, der die Qualität der Patientenversorgung vor und nach Einführung einer Arbeitszeitbeschränkung für Ärzte betrachtet.¹⁷⁸

Bollschweiler et al. (1999) stellen in ihrer Arbeit heraus, dass eine Beschränkung der Arbeitszeit auf lediglich acht Stunden einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung hat. Dazu haben Sie verschiedene Parameter wie z. B. die Mortalitätsrate, die Beatmungstage, den Verlauf verschiedener Score Systeme¹⁷⁹ etc. erhoben. Diese Parameter sind jedoch nur für die Messung der Patientenversorgung auf Intensivstationen als sinnvoll zu erachten, da sie in anderen Bereichen kaum anwendbar sind. *Bollschweiler et al. (1999)* stellen heraus, dass die Patientenversorgung auch durch die Abstimmungsmöglichkeiten und die Arbeitsbelastung beeinflusst werden kann.¹⁸⁰

Krings et al. (1999) legen hingegen in ihrer Studie dar, dass es einen Unterschied der Patientenversorgung in Zwei- und Dreischichtmodellen gibt.¹⁸¹ Dazu führen sie eine Untersuchung in sechs chirurgischen Intensivstationen durch. Zur Messung der Qualität der Patientenversorgung haben sie die quantitative und qualitative personelle Ausstattung, die technische Ausstattung, den Schweregrad des Patientenfalls, das Alter der Patienten, die Arbeitsintensität während des Aufenthaltes und das jeweilige Schichtmodell herangezogen. Mit Hilfe einer multivariaten Analyse zeigen sie schließlich auf, dass die Qualität der Patientenversorgung in Zweischichtmodellen höher ist als in Dreischichtmodellen.¹⁸²

¹⁷⁷ Vgl. *Laine et al. (1993)*; *Baldwin et al. (1997)*.

¹⁷⁸ Vgl. *Laine et al. (1993)*, S. 376.

¹⁷⁹ Mit Hilfe von Score Systemen wird versucht, durch möglichst wenige Parameter eine Beurteilung des ganzen Krankheitsverlaufs zu ermöglichen. Die bekanntesten Scores stellen der ASA (American Society of Anaesthesiology)- Score und der TISS (Therapeutic Intervention Scoring System)- Score dar. Sie werden in der Regel nur von der Anästhesie und auf der Intensivstation verwendet. Vgl. dazu *Bollschweiler et al. (1999)*, S. 30.

¹⁸⁰ Vgl. *Bollschweiler et al. (1999)*, S. 32.

¹⁸¹ Vgl. *Krings et al. (1999)*.

¹⁸² Vgl. *Krings (1999)*, S. 52.

Autor	Untersuchung des Einflusses von Arbeitszeitor- ganisation bzw. Arbeits- zeitmodellen auf die ...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Laine et al.</i> (1993)	Patientenversorgung	1. Untersuchung n = 281 Patienten; n = 18 Kranken- hausärzte (USA); 2. Untersuchung n = 283 Patienten; n = 18 Kranken- hausärzte (USA)	Die Verkürzung der täglichen Arbeitszeit hat einen negativen Einfluss.
<i>Baldwin et al.</i> (1997)	Patientenversorgung	n = 252 Ärzte	Es besteht ein Einfluss.
<i>Bollschweiler</i> (1999)	Patientenversorgung	n = chirurgische Intensiv- stationen von 6 Krankenhäu- sern	Es besteht ein negativer Einfluss bei der Beschränkung der Arbeits- zeit auf acht Stunden.
<i>Krings et al.</i> (1999)	Patientenversorgung	n = 45 Ärzte von 6 chirurgi- schen Intensivstationen im 3- und 2-Schichtmodell	Es besteht ein Einfluss. In 2- Schichtmodellen höhere Qualität der Patientenversorgung als in 3-Schicht-Modellen.

Tab. 8: Arbeiten, die sich mit dem Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung befassen

Zudem sind Arbeiten vorzufinden, die die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen auf die Performance der Ärzte und die Performance des Krankenhauses untersuchen. So messen *Wesnes et al.* (1997) die Auswirkungen auf die Performance der Ärzte, welche auch als Leistungsfähigkeit bezeichnet wird und die Möglichkeiten der Patientenversorgung mit beeinflusst. Um eine Aussage über die Auswirkungen von langen Schichtdiensten an einem Stück machen zu können (was in der vorliegenden Untersuchung den alten Arbeitszeitmodellen entspricht), vergleichen sie die Leistungsfähigkeit der Ärzte an einem Montagmorgen nach einem Dienstwochenende und nach einem dienstfreien Wochenende. Auf Basis von Varianzanalysen zeigen sie einen negativen Zusammenhang zwischen den geleisteten Nachtdiensten und der Performance auf.¹⁸³ *Blum et al.* (2004; 2006) untersuchen hingegen die Auswirkungen auf die Performance der Krankenhäuser. Sie stellen fest, dass die Einführung des neuen ArbZG mit enormen finanziellen Belastungen für die Krankenhäuser einhergeht.¹⁸⁴

¹⁸³ Vgl. *Wesnes et al.* (1997), S. 495.

¹⁸⁴ Vgl. *Blum et al.* (2004; 2006).

Autor	Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitmodellen auf die ...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Wesnes et al.</i> (1997)	Performance der Ärzte	n = 10 Chirurgen	Eine schlechte Performance korreliert mit dem Maß der Arbeitszeit während der Nacht.
<i>Blum et al.</i> (2004; 2006)	finanzielle Performance des Krankenhauses	n = 52 Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland	Enorme finanzielle Belastung der Krankenhäuser durch Einführung des neuen ArbZG.

Tab. 9: Arbeiten, die die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus auf die Performance untersuchen

Schließlich existieren in der Literatur Beiträge, die auf den Zusammenhang zwischen der Arbeitszeitzufriedenheit und der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte eingehen. Dabei wird die Arbeitszeitzufriedenheit direkt durch das jeweilige Arbeitszeitmodell ausgelöst. So stellen *Krings et al.* (1999) fest, dass Ärzte in Zwei-Schicht-Modellen mehr Arbeitsfreude empfinden als Ärzte in Drei-Schicht-Modellen. Zur Beurteilung der Arbeitszeitpräferenzen in Abhängigkeit des Arbeitszeitmodells haben *Krings et al.* (1999) die generelle Frage der Freude herangezogen, die die Ärzte bei der Arbeit empfinden.¹⁸⁵ Allerdings bezieht sich ihre Untersuchung lediglich auf Ärzte der chirurgischen Intensivstation.

Kaiser (2002) zeigt auf Basis von Befragungen und deren statistischer Auswertung auf, dass die Arbeitszeitzufriedenheit, ausgelöst durch die jeweiligen Arbeitszeitmodelle einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte hat.¹⁸⁶ Darüber hinaus untersucht er ebenfalls den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Zufriedenheit der Ärzte. So nennt er insbesondere die physischen Rahmenbedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung) und die psychische Belastung (Übermüdung, Überlastung) sowie die Bezahlung als wesentliche Einflussfaktoren der Mitarbeiterzufriedenheit.¹⁸⁷

Baldwin et al. (2003) untersuchen die Auswirkungen von einer hohen Anzahl an Arbeitsstunden, die mit dem alten Arbeitszeitmodell vergleichbar sind, und welche in der Regel durch die Assistenzärzte geleistet werden müssen. Mit Hilfe von Clusteranalysen zeigen sie auf, dass

¹⁸⁵ Vgl. *Krings et al.* (1999), S. 132.

¹⁸⁶ Vgl. *Kaiser* (2002), S. 17 ff.

¹⁸⁷ Vgl. *Kaiser* (2002), S. 17 ff.

die Anzahl der Arbeitsstunden einen Einfluss auf das empfundene Stressniveau hat. Die hohe Anzahl der Arbeitsstunden trägt ebenfalls zu einem Schlafmangel und einer daraus resultierenden Übermüdung der Ärzte bei. Es wurde festgestellt, dass die Zufriedenheit der Ärzte durch eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden negativ beeinflusst wird.¹⁸⁸

Autor	Untersuchung des Einflusses von Arbeitszeitor- ganisation bzw. Arbeits- zeitmodellen auf die ...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Krings et al.</i> (1999)	Arbeitszeitzufriedenheit	n = 45 Ärzte von 6 chirurgischen Intensivstationen im 3- und 2-Schichtmodell	Es besteht ein direkter Einfluss. Ärzte in 2-Schicht-Modellen empfinden mehr Arbeitsfreude als Ärzte in 3-Schicht-Modellen.
<i>Kaiser</i> (2002)	Zufriedenheit der Ärzte	n = 3.068 Ärzte	Es besteht ein Einfluss. Eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden hat einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Ärzte. Ebenso haben die physischen Rahmenbedingungen, die psychische Belastung und die Bezahlung einen Einfluss auf die Zufriedenheit.
<i>Baldwin et al.</i> (2003)	Zufriedenheit der Ärzte	n = 3.604 Assistenzärzte	Es besteht ein Einfluss. Eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden hat einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Ärzte.

Tab. 10: Arbeiten, die den Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte untersuchen

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen auf, dass die Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitszeiten in den verschiedenen Forschungsrichtungen bereits auf breites Interesse gestoßen ist. Auch im Bereich des Gesundheits- und Krankenhauswesens ist die Erforschung der Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst auf zunehmende Beachtung gestoßen. Auf Basis der vorliegenden Forschungsbeiträge kann gefolgert werden, dass die Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst die Arbeitsbelastung bzw. emotionale Erschöpfung, die Informations- und Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Ärzten, die Patientenversorgung, die Performance und die Zufriedenheit der Krankenhausärzte zu beeinflussen scheinen. Bislang ist jedoch kein Beitrag vorzufinden, der sich explizit mit den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im Rahmen des neuen ArbZG auseinandersetzt. Folglich sollen im weiteren

¹⁸⁸ Vgl. *Baldwin et al.* (2003), S. 1156 ff.

Verlauf der Arbeit zum einen die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen, die dem neuen ArbZG entsprechen und zum anderen die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen, die dem neuen Gesetz nicht entsprechen, im Hinblick auf die in anderen Studien vorgefundenen Einflussfaktoren¹⁸⁹ untersucht werden.

3.2. Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte

3.2.1. Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen

Wie in Kapitel 2.3.1.1. bereits aufgezeigt wurde, stößt das Konstrukt der Mitarbeiterzufriedenheit in verschiedenen Forschungsrichtungen, insbesondere in der Psychologie und in der Betriebswirtschaftslehre, auf breites Interesse.¹⁹⁰

So befasst sich seit den 1950er Jahren die Psychologie, im Besonderen die Arbeits- und Organisationspsychologie mit der Mitarbeiterzufriedenheit. Der Schwerpunkt der Beiträge liegt dabei sowohl in der definitorischen Abgrenzung¹⁹¹ als auch in der Untersuchung der Einflussgrößen und Auswirkungen¹⁹² der Mitarbeiterzufriedenheit.

In den 1970er Jahren rückt die Differenzierung der verschiedenen Formen der Mitarbeiterzufriedenheit, in den Mittelpunkt der Forschung.¹⁹³ Ferner werden zu dieser Zeit die Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit zunehmend thematisiert.¹⁹⁴ Dabei stellen die Beiträge von *Neuberger* (1974a) und *Neuberger/Allerbeck* (1978) zentrale Arbeiten dar.

In den 1980er und 1990er Jahren findet das Konstrukt der Mitarbeiterzufriedenheit schwerpunktmäßig im Rahmen der Betriebswirtschaftslehre, insbesondere in der Marketing- und

¹⁸⁹ Die zuvor dargelegten Forschungsbeiträge zeigen die Arbeitsbelastung, die Abstimmungsmöglichkeiten, die Patientenversorgung, die Performance und die Zufriedenheit der Krankenhausärzte als Einflussfaktoren auf.

¹⁹⁰ Aufgrund des großen Interesses der unterschiedlichen Fachgebiete, ist in der Literatur eine Vielzahl an unterschiedlichen Begriffsdefinitionen der Mitarbeiterzufriedenheit vorzufinden. Vgl. zu den Begriffsdefinitionen die Ausführungen in Kapitel 2.3.1.1.

¹⁹¹ Vgl. u. a. *Bullock* (1953); *Morse* (1953).

¹⁹² Vgl. u. a. *Baxter et al.* (1953); *Doll/Gundarson* (1969).

¹⁹³ Vgl. u. a. *Brugemann* (1974; 1976); *Brugemann/Groskurth* (1977).

¹⁹⁴ Vgl. u. a. *Fischer/Lück* (1972); *Neuberger* (1974a; 1975; 1976; 1977); *Neuberger/Allerbeck* (1978).

Personalmanagementforschung Berücksichtigung.¹⁹⁵ Im Bereich des Personalwesens wird die Mitarbeiterzufriedenheit als Hinweis für arbeitnehmergerechte Arbeitsbedingungen verstanden. Im Bereich des Marketings wird hingegen die Mitarbeiterzufriedenheit als Voraussetzung für ein angemessenes Verhalten der Mitarbeiter gegenüber dem Kunden propagiert.¹⁹⁶ Im Rahmen der Psychologie werden zu dieser Zeit die Auswirkungen von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen vermehrt untersucht.¹⁹⁷

Seit 2000 stößt die Mitarbeiterzufriedenheit im Bereich der Psychologie auf verstärktes Interesse. Den Schwerpunkt bilden dabei solche Literaturbeiträge, die die Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Befindlichkeit der Mitarbeiter, auf ihre Verhaltensweisen und ihre Leistungen untersuchen.¹⁹⁸ Im Bereich der Betriebswirtschaftslehre nimmt die Kundenorientierung von Mitarbeitern einen zunehmenden Stellenwert ein.¹⁹⁹

Da die Studien hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit sehr umfangreich sind und von der Thematik an sich eine eigene Arbeit beanspruchen würden, soll hier in Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007) nur ein Überblick der einzelnen Forschungsrichtungen gegeben werden,²⁰⁰ bevor detailliert auf Arbeiten eingegangen wird, die sich explizit mit der Mitarbeiterzufriedenheit von Krankenhausärzten auseinander setzen.

¹⁹⁵ Vgl. für die Personalmanagementforschung u. a. *Töpfer/Zander* (1985); *Freund et al.* (2003) und für die Marketingforschung u. a. *Bagozzi* (1980a; b); *Behrman et al.* (1981).

¹⁹⁶ Vgl. u. a. *Bagozzi* (1980a; b); *Behrman/Perreault* (1982); *Schlesinger/Zornitsky* (1991); *Schneider* (1991); *Hoffmann/Ingram* (1992); *Grund* (1998).

¹⁹⁷ Vgl. u. a. *Organ/Lingl* (1995).

¹⁹⁸ Vgl. u. a. *Côté/Morgan* (2002); *Barling et al.* (2003); *Crossman/Abou-Zaki* (2003); *Fairbrother/Warn* (2003).

¹⁹⁹ Vgl. u. a. *Homburg/Stock* 2000; 2001a; 2001b; 2004; 2005); *Stock-Homburg* (2007).

²⁰⁰ Die Arbeit von *Stock-Homburg* (2007) liefert einen Überblick der gesamten Forschungsarbeiten hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit der letzten vier Jahrzehnte und geht detailliert auf den Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit ein. Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 13 ff.

Forschungs- gebiet			
	Psychologie	BWL, insb. Marketing	BWL, insb. Personalmanagement
Zeit ab 1970	Hackman/Lawer (1971); Yukl/Wexley (1971); Fischer/Lück (1972); Gannon/Hendrickson (1973); Gellermann (1973); Bruggemann (1974); Groskurth (1974); Neuberger (1974a; b); Brugemann et al. (1975); Neuberger (1975); Rosenstiel v. (1975a, b); Schuler (1975); Bruggemann (1976); Locke (1976); Neuberger (1976); Brugemann/Groskurth (1977); Neuberger (1977); Rosenstiel v. (1977a, b); Neuberger/Allerbeck (1978);	Churchill et al. (1974); Bagozzi (1978)	Gaugler/Martin (1979)
1980	Neuberger (1980); Bateman et al. (1983); Gebert (1983); Neuberger (1985 a; b); Schneider/Bowen (1985); Wiswede/Wiendieck (1985); Linn et al. (1986); Gawellek (1987); Arvey et al. (1989); Fischer (1989)	Bagozzi (1980a, b); Behrman et al. (1981); Parasuraman (1981); Behrman/Perreault (1982); Behrman/Perreault (1984); Linn et al. (1985); Dubinsky/Hartley (1986); Shore/Franks (1986); Johnston et al. (1988)	McStraviv (1985); Töpfer/Zander (1985); Hays/White (1987); Holemann (1988); Schulz/Schulz (1988); Orendi (1989)
1990	Bertram et al. (1990); Kravitz et al. (1990); Büssing (1991); Fischer (1991); Fischer/Eufinger (1991); Wiendieck (1994); Organ/Lingl (1995); Schmit/Allscheid (1995); Bates et al. (1998); Büssing et al. (1999); Weiss et al. (1999)	Johnston et al. (1990); Kelly (1990); Hoffmann/Ingram (1992); Brown/Peterson (1993); Suchman et al. (1993); Brown/Peterson (1994); Elfes et al. (1994); Heskett et al. (1994); Rogers et al. (1994); Livingstone et al. (1995); Hartline/Ferel (1996); Lammers (1996); Bettencourt/Brown (1997); Heskett et al. (1997); Netemeyer et al. (1997); Rich (1997); Ba- bin/Boles (1998); Bruhn (1998); Grund (1998); Lovemann (1998); Meyer/Opermann (1998); Herring- ton/Lomax (1999); Müller (1999); Schwetje (1999)	Regan III et al. (1991); Schlesinger/Zornitsky (1991); Schneider (1991); Tornow/Wiley (1991); Volkmann (1991); Wiley (1991); Lattmann (1992); Reynierse/Harker (1992); Brown/Mitchell (1993); Schnei- der/Bowen (1993); Martin (1994); Nagel (1994); Richter (1994); Töpfer (1995); Ryan et al. (1996); Davidson et al. (1997); Oechsler (1997); Raasch/Coy (1997); Phillips (1998); Olesch (1999); Williams et al. (1999)
2000	Judge et al. (2001); Rosenstiel v. (2001); Côté/Morgan (2002); Weiss (2002); Barling et al. (2003); Crossmann/Abou-Zaki (2003); Fairbrother/Warm (2003); Konradt et al. (2003); Korunka et al. (2003); Krause/Dunckel (2003); Oshagbemi/Hickson (2003); Thorsteinson (2003); Koop/Bungard (2004); Schleicher et al. (2004); Howell et al. (2005); Bowling et al. (2005); Niklas/Dormann (2005); Piccolo et al. (2005); Fischer (2006); Mount et al. (2006); Shipton et al. (2006) Rosenstiel v. (2007);	Homburg/Stock (2000); Weller et al. (2000); Holtz v. (2001); Homburg/Stock (2001a; b); Evans et al. (2002); Yilmaz (2002); Brashear et al. (2003); Yoon/Suh (2003); Homburg/Stock (2004); Gardi- ni/Vogel (2004); Müller (2004); Garrido et al. (2005); Homburg/Stock (2005); Neubert/Thomas (2005); Saura et al. (2005); Snipes et al. (2005); Christen et al. (2006); Gonzalez/Garazo (2006); Scupin (2006); Park/Deitz (2006); Stock-Homburg (2007)	Bernhardt et al. (2000); Eiff v. (2000); Ugboro/Obeng (2000); Weller et al. (2000); Knaese/Probst (2001); Matiaske/Mellewig (2001); Goris et al. (2002); Kaiser (2002); Kolb (2002); Allen et al. (2003); Freund et al. (2003); Hochwarter/Treadway (2003); Lund (2003); Wenderlein (2003b); Cruse (2004); Wirtz/Schwarz (2004); McCaughy/Bruning (2005); Amiot et al. (2006); Ehrlich/Lange (2006); Heywood/Wei (2006); Scott et al. (2006)

Abb. 8: Überblick über die zentralen Arbeiten zum Konstrukt Mitarbeiterzufriedenheit²⁰¹

²⁰¹ Vgl. Stock-Homburg (2007), S. 14. Der Überblick wurde auf Basis weiterer Literaturrecherchen vervollständigt.

3.2.2. Analyse der empirischen Forschungsbeiträge

Obwohl die Beiträge zur Mitarbeiterzufriedenheit in der Literatur sehr zahlreich sind, existieren nur einige wenige Arbeiten, die sich explizit mit der Gruppe der Krankenhausärzte und deren Zufriedenheit auseinandersetzen. Diese Arbeiten werden nachfolgend aufgezeigt und sind überwiegend in der angelsächsischen Literatur vorzufinden. Den Schwerpunkt der Beiträge bilden dabei empirische Untersuchungen, die sich mit den Einflussfaktoren auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auseinandersetzen.

So legen *Linn et al.* (1986) dar, dass demographische Faktoren der Ärzte, wie das Alter und die Anzahl der Kinder, einen Einfluss auf ihre Mitarbeiterzufriedenheit haben können. Des Weiteren stellen sie fest, dass die Mitarbeiterzufriedenheit negativ beeinflusst wird, wenn die Ärzte bei der Arbeit unter einem hohen Zeitdruck stehen.²⁰²

Shore/Franks (1986) untersuchen den Einfluss der Patientenbegegnung und der Zufriedenheit der Ärzte. Sie zeigen auf, dass sich eine positiv wahrgenommene Begegnung mit dem Patienten und dessen Versorgung positiv auf die Zufriedenheit der Ärzte auswirkt.²⁰³

Schulz/Schulz (1988) erforschen den Einfluss eines kooperativen Führungsstils des Krankenhausmanagements auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte. Zusätzlich wird die Autonomie der Klinik mit in die Untersuchung einbezogen. Die Autoren gehen davon aus, dass Privatkliniken eine größere Autonomie haben als öffentliche Krankenhäuser. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird hier anhand der Größen verfügbare Ressourcen, Status der Ärzte, berufliche Beziehungen und Gesamtzufriedenheit der Krankenhausärzte operationalisiert. *Schulz/Schulz* (1988) berichten von einem positiven Einfluss des kooperativen Führungsstils und der hohen Autonomie der Klinik auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte.²⁰⁴

Bertram et al. (1990) zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte auf. Sie konstatieren, dass eine hohe Arbeitsbelastung, psychologischer Stress und zeitlicher Druck sich negativ auf die Zufriedenheit der Ärzte

²⁰² Vgl. *Linn et al.* (1986), S. 832 ff.

²⁰³ Vgl. *Shore/Franks* (1986), S. 585 f.

²⁰⁴ Vgl. *Schulz/Schulz* (1988), S. 753 ff.

auswirken. Sie haben ebenso festgestellt, dass die Ärzte die Qualität der Patientenversorgung schlechter einschätzen, wenn eine hohe Arbeitsbelastung, psychologischer Stress und zeitlicher Druck vorliegen.²⁰⁵

Kravitz et al. (1990) untersuchen den Einfluss von der Qualität der Patientenversorgung, dem Entgelt, der Patienteninteraktion und der Arbeitsumgebung auf die Zufriedenheit der Ärzte. Sie zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen den Einflussfaktoren und der Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte auf.²⁰⁶

Raasch/Coy (1997) gehen ebenfalls auf die Einflüsse, die auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirken, ein. Sie zeigen in ihrer Veröffentlichung auf, dass die Arbeitsorganisation, die Bezahlung und die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten im Krankenhaus wesentliche Einflussfaktoren darstellen, die auf die Mitarbeiterzufriedenheit einwirken.²⁰⁷

Im Beitrag von *Bates et al.* (1998) werden Beziehung zu den Patienten, die Autonomie der Ärzte, die Ressourcen und die beruflichen Beziehungen als positive Einflussfaktoren für die Mitarbeiterzufriedenheit herausgearbeitet.²⁰⁸

Auch *Williams et al.* (1999) untersuchen ebenfalls die Einflüsse, die auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirken. Die Autoren können in ihrem Beitrag einen negativen Einfluss einer hoher Arbeitsbelastung und vieler Arbeitsstunden auf die Mitarbeiterzufriedenheit feststellen.²⁰⁹

Von Eiff (2000) zeigt mit Hilfe von Befragungen und deren statistischer Auswertung auf, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Führungsstil und der Motivation sowie der daraus resultierenden Zufriedenheit der Ärzte gibt. Er stellt heraus, dass der Führungsstil und die Kollegialität in Deutschland wesentlich schlechter sind als in anderen Ländern.²¹⁰

Cruse (2004) zeigt auf Basis von Varianzanalysen einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Mitarbeiterzufriedenheit auf. Sie stellen fest, dass die Krankenhausärz-

²⁰⁵ Vgl. *Bertram et al.* (1990), S. 462 ff.

²⁰⁶ Vgl. *Kravitz et al.* (1990), S. 504 ff.

²⁰⁷ Vgl. *Raasch/Coy* (1997), S. 342 ff.

²⁰⁸ Vgl. *Bates et al.* (1998), S. 612 ff.

²⁰⁹ Vgl. *Williams et al.* (1999), S. 1149.

²¹⁰ Vgl. *Eiff v.* (2000), S. 708 ff.

te aufgrund vieler Überstunden ohne Ausgleich einer höheren Arbeitsbelastung unterliegen als die Pflegekräfte.²¹¹

Tabelle 11 gibt einen Überblick über Arbeiten, die sich mit den Einflussfaktoren der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte befassen.

Autor	Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Linn et al.</i> (1986)	Zeitdruck	n = 211 Ärzte	Negativer Einfluss. Des Weiteren beeinflussen die demographischen Faktoren des Probanden die Mitarbeiterzufriedenheit.
<i>Shore/Franks</i> (1986)	Patientenbegegnung und -versorgung	n = 37 Allgemeinärzte, n = 50 Internisten, n = 44 Kinderärzte	Positiver Einfluss.
<i>Schulz/Schulz</i> (1988)	Handlungsweisen des Managements, Autonomie der Klinik	n = 144 Ärzte	Positiver Einfluss.
<i>Bertram et al.</i> (1990)	Hohe Arbeitsbelastung	n = 48 Ärzte	Negativer Einfluss.
<i>Kravitz et al.</i> (1990)	Qualität der Patientenversorgung, Entgelt, Patienteninteraktion und Arbeitsumgebung	n = 709 Ärzte	Positiver Einfluss. Sie sehen die Wirkung aller Faktoren zusammen als die Mitarbeiterzufriedenheit an.
<i>Raasch/Coy</i> (1997)	Arbeitsorganisation	n = 9 Ärzte, n = 119 Pflegekräfte	Positiver Einfluss.
<i>Bates et al.</i> (1998)	Beziehung zu den Patienten, Autonomie der Ärzte, Ressourcen, berufliche Beziehungen	n = 777 Ärzte	Positiver Einfluss aller Faktoren.
<i>Williams et al.</i> (1999)	Arbeitsbelastung, Einkommen, Arbeitsstunden, Kollegialität	n = 835 Ärzte, n = 2.325 Ärzte	Hohe Arbeitsbelastung, Viele Arbeitsstunden haben einen negativen Einfluss; Kollegialität untereinander, hohes Einkommen haben einen positiven Einfluss.
<i>Eiff v.</i> (2000)	Führungsstil und Motivation in deutschen Krankenhäusern	n = 3.500 Mitarbeiter	Positiver Einfluss zwischen dem Führungsstil und der Motivation, sowie der daraus resultierenden Zufriedenheit der Ärzte.
<i>Cruse</i> (2004)	Arbeitsbelastung, Anzahl Überstunden	n = 111 Ärzte, n = 416 Patienten	Positiver Einfluss. Ärzte machen mehr Überstunden ohne Ausgleich als die Pflegekräfte.

Tab. 11: Arbeiten, die sich mit den Einflussfaktoren der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte befassen

²¹¹ Vgl. *Cruse* (2004), S. 1050 f.

Darüber hinaus sind in der Literatur empirische Arbeiten vorzufinden, die sich mit den Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit und die Patientenversorgung befassen.

So untersuchen *Linn et al.* (1985) die Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit. Sie können in ihrer Arbeit einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit feststellen.²¹²

Lammers et al. (1996) befassen sich in ihrer Arbeit mit den Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Variable „Patientenversorgung“. Sie zeigen auf, dass die Zufriedenheit der Ärzte einen positiven Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung hat.²¹³

Ebenso untersucht *Cruse* (2004) die Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte. *Cruse* (2004) stellt auf Basis von Varianzanalysen in seiner Arbeit fest, dass die Mitarbeiterzufriedenheit einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten und der niedergelassenen Ärzte hat. Die Patientenzufriedenheit wurde daran gemessen, ob der Patient das Krankenhaus weiterempfehlen würde. Den Schwerpunkt legt *Cruse* (2004) jedoch in seiner Untersuchung auf die Kooperation zwischen Krankenhausärzten und den niedergelassenen Ärzten.²¹⁴

Auch *Koop/Bungard* (2004) untersuchen den Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus auf die Patientenzufriedenheit. Sie können keinen Einfluss feststellen und begründen dies mit den zu vielen intervenierenden Aspekten, die auf die Zufriedenheit einwirken.²¹⁵

Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Arbeiten, die sich mit den Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte auf die Patientenzufriedenheit und –versorgung im Krankenhaus befassen.

²¹² Vgl. *Linn et al.* (1985), S. 1174 ff.

²¹³ Vgl. *Lammers et al.* (1996), S. 463 ff.

²¹⁴ Vgl. *Cruse* (2004), S. 1048 ff.

²¹⁵ Vgl. *Koop/Bungard* (2004), S. 27 ff.

Autor	Untersuchung der Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die...	Datenherkunft	Wichtigste Ergebnisse
<i>Linn et al. (1985)</i>	Patientenzufriedenheit	n = 16 Lehrkrankenhäuser in den USA	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.
<i>Lammers (1996)</i>	Patientenversorgung	n = 228 Teamleitungen im Krankenhaus; n = 36 Qualitätsbeauftragte im Krankenhaus	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat einen positiven Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung.
<i>Cruse (2004)</i>	Patientenzufriedenheit	n = 560 Ärzte und Pflegekräfte, n = 1422 Patienten	Positiver Einfluss. Es besteht darüber hinaus ein positiver Einfluss auf die niedergelassenen Ärzte.
<i>Koop/Bungard (2004)</i>	Patientenzufriedenheit	k. A.	Es kann kein Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit festgestellt werden.

Tab 12: Arbeiten, die sich mit der Auswirkung der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit und -versorgung befassen

Die Ergebnisse der dargelegten empirischen Arbeiten unterstützen die Aussagen vieler Arbeiten aus dem nicht ärztlichen Bereich. So stellen beispielsweise die Arbeiten von *Wiley (1991)*, *Schmit/Allscheid (1995)*, *Bernhardt et al. (2000)* und *Stock-Homburg (2007)* einen positiven Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und der Kundenzufriedenheit, welche maßgeblich den Markterfolg mit beeinflusst, in anderen Branchen fest.²¹⁶ *Schneider et al. (1980)*, *Schneider/Bowen (1985)*, *Hartline/Ferrel (1996)* und *Yoon/Suh (2003)* zeigen sogar einen positiven Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und der von den Kunden wahrgenommenen Dienstleistungsqualität auf.²¹⁷

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen kann für den weiteren Verlauf der Arbeit gefolgert werden, dass die Mitarbeiterzufriedenheit einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Patientenversorgung hat. Da diese Faktoren im Krankenhaus einen wichtigen Stellenwert einnehmen, um langfristig auf dem Krankenhausmarkt bestehen zu können,²¹⁸

²¹⁶ Vgl. *Wiley (1991)*, *Schmit/Allscheid (1995)*, *Bernhardt et al. (2000)* und *Stock-Homburg (2007)*. Einen detaillierten Überblick über den Zusammenhang von Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit gibt beispielsweise *Stock-Homburg (2007)*, S. 39 ff.

²¹⁷ Vgl. *Schneider et al. (1980)*, *Schneider/Bowen (1985)*, *Hartline/Ferrel (1996)*, *Yoon/Suh (2003)*.

²¹⁸ Vgl. dazu auch die Ausführungen auf S. 16.

soll folglich im weiteren Verlauf der Arbeit der Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit in die folgende empirische Untersuchung mit aufgenommen werden.

3.3. Hospital Performance Outcomes

3.3.1. Historische Entwicklung und Identifizierung der zugehörigen Forschungsrichtungen

Seit den 1980er Jahren werden im Rahmen der empirischen Erfolgsfaktorenforschung²¹⁹, welche grundsätzlich dem Gebiet des strategischen Managements zugeordnet werden kann,²²⁰ die zentralen, übergeordneten Einflussgrößen des Unternehmenserfolges untersucht.²²¹ Dabei lassen sich laut *Fritz* (1990) grundsätzlich zwei Untersuchungsrichtungen unterscheiden.²²² Zum einen Forschungsarbeiten, die sich mit dem Misserfolg und dessen Zustandekommen auseinandersetzen und unter dem Begriff Insolvenz- oder Krisenforschung subsumiert werden können. Zum anderen solche Arbeiten, die sich mit dem positiven Erfolg der Unternehmen befassen.²²³ Studien, die dem letzteren Ansatz zugeordnet werden können, können als Erfolgsfaktorenstudien im engeren Sinne verstanden werden.²²⁴ Innerhalb dieser Forschungsrichtung hat sich das Konzept der kritischen bzw. strategischen Erfolgsfaktoren durchgesetzt. Das Konzept basiert auf der Annahme, „dass trotz der Mehrdimensionalität und Multikausalität des Unternehmenserfolges einige wenige Einflussfaktoren über Erfolg oder Misserfolg entscheiden“.²²⁵ Die Zielrichtung dieser Forschungsrichtung besteht dementsprechend in der Ermittlung der zentralen, langfristig für den Unternehmenserfolg gültigen Schlüsselfaktoren.²²⁶ Im Rahmen dieser Arbeiten werden nicht mehr ausschließlich „harte“, sondern auch vermehrt „weiche Faktoren“, als Einflussfaktoren einbezogen. Hierzu gehören im Krankenhausbereich beispielsweise Erfolgsfaktoren, wie die Qualität der Patientenversorgung und die Patientenzufriedenheit. Das Konzept der kritischen bzw. strategischen Erfolgsfaktoren soll auf

²¹⁹ Im Rahmen der empirischen Erfolgsfaktorenforschung sind zahlreiche Begriffsdefinitionen vorzufinden. Vgl. zu den unterschiedlichen Erfolgsdefinitionen die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.2.

²²⁰ Vgl. u. a. *Diller/Lücking* (1993), S. 1230.

²²¹ Vgl. u. a. *Rehkugler* (1989); *Fritz* (1993); *Hildebrandt* (2002); *Graf* (2007).

²²² Vgl. *Fritz* (1990), S. 92.

²²³ Vgl. *Fritz* (1990), S. 92.

²²⁴ Vgl. *Fritz* (1990), S. 92; *Helmig* (2005), S. 133 ebenso *Graf* (2007), S. 14.

²²⁵ *Hoffmann* (1986), S. 832. Vgl. auch *Helmig* (2005), S. 133.

²²⁶ Vgl. *Hildebrandt* (1986), S. 39.

Basis der in Gliederungsabschnitt 2.3.2.1. vorgenommenen Begriffsabgrenzung der Hospital Performance auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung finden.²²⁷

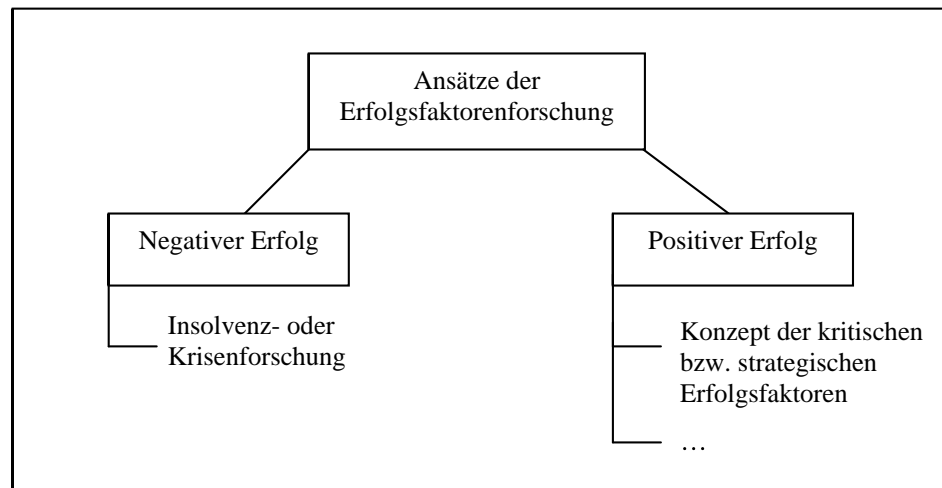


Abb. 9: Einteilung der Ansätze der Erfolgsfaktorenforschung²²⁸

Ins Blickfeld des Interesses kam die Erfolgsfaktorenforschung durch die Studie „In Search of Excellence“.²²⁹ In dieser Studie von *Peters/Waterman* (1982) wurden 62 renommierte amerikanische Firmen auf Grundlage von Pressemitteilungen, Geschäftsberichten und strukturierten Interviews hinsichtlich ihres Erfolgs untersucht.²³⁰ Die Studie wird als typisches Beispiel der qualitativen Erfolgsfaktorenforschung angesehen. Die qualitative Erfolgsfaktorenforschung versucht, im Gegensatz zur quantitativen Erfolgsfaktorenforschung, vorwiegend durch explorative Expertengespräche Merkmale unternehmerischen Handelns zu identifizieren, die den Erfolg von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Unternehmen bestimmen. Die Studie von *Peters/Waterman* (1982) hat zwar eine Vielzahl an Kritik²³¹ und Widerspruch²³² erfahren, ihre Bedeutung liegt jedoch vor allem in der Einbindung des Konzeptes der „kritischen Erfolgsfaktoren“ und der weichen Faktoren.²³³ In der jüngsten Vergangenheit werden entsprechend

²²⁷ Vgl. zur Begriffsabgrenzung Gliederungsabschnitt 2.3.2.1., in der die Hospital Business Performance als Zusammenspiel der Market Performance und der Financial Performance definiert wurde.

²²⁸ In Anlehnung an *Graf* (2007), S. 15.

²²⁹ Vgl. *Graf* (2007), S. 16.

²³⁰ Vgl. *Peters/Waterman* (1982).

²³¹ So kritisierte *Carrol* (1983) die Nichtberücksichtigung branchenspezifischer oder marktstruktureller Faktoren, *Johnson et al.* (1985) kritisierten die verwendeten Auswahl- und Erfolgsfaktoren, während *Frese* (1985) einwendet, dass lediglich eine Stichprobe ohne weitere Kontrollgruppe verwendet wurde. Vgl. *Frese* (1985), S. 605.

²³² Vgl. *Krulis-Randa* (1984), S. 367 ff.

²³³ Vgl. *Hoffmann* (1986), S. 832; *Graf* (2007), S. 17.

dem in Abschnitt 2.3.2. aufgezeigten Verständnis der Hospital Performance, in der Erfolgsfaktorenforschung vermehrt nicht mehr ausschließlich harte Variablen im Sinne der klassischen Managementlehre, sondern vielmehr auch weiche Variablen, wie z. B. die Qualität, die Patienten- und die Mitarbeiterzufriedenheit, herangezogen.²³⁴

In der Erfolgsfaktorenforschung werden neben den qualitativen Analysen auch quantitative Untersuchungen verwendet. Die quantitativen Studien nutzen standardisierte Erhebungsmethoden zur Generierung quantifizierbarer Daten, um diese statistisch auszuwerten.²³⁵

Als eines der bekanntesten Beispiele der quantitativen Erfolgsfaktorenforschung kann das sogenannte PIMS-Projekt (Profit Impact of Marketing Strategies) angesehen werden, welches in der Literatur auch häufig als Keimzelle der Erfolgsfaktorenforschung bezeichnet wird.²³⁶ Der Ursprung des PIMS-Projektes entstand 1960 und geht zurück auf die Initiative von General Electric, die auf der Suche nach allgemeingültigen Regeln für den Erfolg ihres Handelns innerhalb ihres eigenen Unternehmens waren.²³⁷ Basis des PIMS-Projektes, welches bis heute andauert, ist eine internationale, branchen-, märkte-, und produktübergreifende Datenbank,²³⁸ in der Erfahrungen zahlreicher Unternehmen erfasst werden. Auf Basis von derzeit ca. 450 Unternehmensdaten mit über 3.000 strategischen Geschäftseinheiten wird der Einfluss verschiedener Variablen auf die Business Performance des Unternehmens gemessen. Dabei konnten verschiedene Faktoren, wie z. B. der Marktanteil, aufgefunden werden, die den Return on Investment (ROI) positiv beeinflussen. In der Literatur sind jedoch auch viele Kritiker der PIMS-Forschung vorzufinden. Nach *Helmig* (2005) kann die Kritik dabei in methodisch-konzeptionelle und empirische Kritik unterteilt werden.²³⁹ So zielt die methodisch-konzeptionelle Kritik darauf ab, dass die Repräsentativität der Daten stark eingeschränkt sei und die verwendeten Analysemethoden nicht zielführend seien.²⁴⁰ Weitere Kritik kommt aus dem Bereich der Empirie, welche dem PIMS-Befund zahlreiche widersprechende Forschungsergebnisse entgegenbringt. So konnte der von der PIMS-Forschung unterstellte positiv-lineare Kausalzusammenhang zwischen Marktanteil und ROI in verschiedenen Branchen,

²³⁴ Vgl. *Helmig* (2005), S. 133; *Graf* (2007), S. 15.

²³⁵ Vgl. *Graf* (2007), S. 17.

²³⁶ Vgl. *Jacob* (1983); *Buzzell/Gale* (1989); *Fritz* (1997); *Kotler/Bliemel* (1999); *Farris/Moore* (2004); *Albers/Hildebrandt* (2006); *Becker* (2006).

²³⁷ Vgl. *Schoeffler et al.* (1974), S. 139.

²³⁸ Vgl. *Buzzell/Gale* (1989), S. 32 f.

²³⁹ Vgl. *Helmig* (2005), S. 136 f.

²⁴⁰ Vgl. *Kreilkamp* (1987), S. 398 ff; *Jacobson* (1988), S. 68 ff.

insbesondere für den Dienstleistungsbereich, widerlegt werden.²⁴¹ Darüber hinaus konnten auf Basis der PIMS-Datenbank Unternehmen identifiziert werden, die trotz ihres kleinen Marktanteils eine hohe Rentabilität aufweisen.²⁴² Es wurden jedoch auch Kritikpunkte an der PIMS-Forschung widerlegt, wie z. B. der positiv-lineare Zusammenhang.²⁴³

Es ist ersichtlich, dass die methodische und empirische Diskussion des Kausalzusammenhangs zwischen dem Marktanteil und dem ROI noch lange nicht abgeschlossen ist. Jedoch hat sich infolge der kritischen Diskussion der Ergebnisse der PIMS-Forschung das Forschungsinteresse auf andere Erfolgsfaktoren, insbesondere auf die Produkt- und Dienstleistungsqualität, verlagert.²⁴⁴ Gerade auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbsdruck im Krankenhauswesen kommt der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität im Krankenhausbereich eine besondere Bedeutung zu, weshalb nicht zuletzt auch die Ergebnisse der PIMS-Forschung für die in der vorliegenden Arbeit anzustellenden Überlegungen von Interesse sind. So wird die Dienstleistungsqualität bzw. die Qualität der Patientenversorgung, als ein maßgeblicher Einflussfaktor zum langfristigen Bestehen im Krankenhauswettbewerb angesehen.²⁴⁵ Auch wenn sich die PIMS-Forschung der vielfach geäußerten Kritik stellen muss, kann zusammenfassend gesagt werden, dass dieser Ansatz als Meilenstein in der betriebswirtschaftlichen Strategieforschung angesehen werden kann.²⁴⁶ Obschon sich nahezu alle Arbeiten der PIMS-Forschung auf die Industrie beziehen,²⁴⁷ stellt sie für die vorliegenden Arbeit wichtige Grundtatbestände zur Verfügung.

²⁴¹ Vgl. *Schwalbach* (1988), S. 535 ff.

²⁴² Vgl. *Woo* (1981), S. 7ff.

²⁴³ Vgl. *Marshall/Buzzell* (1990), S. 278. Vgl. für eine detaillierte und systematisierte Darstellung der Kritikpunkte auch *Haenecke* (2002).

²⁴⁴ Vgl. *Buzzell/Gale* (1989), S. 91.

²⁴⁵ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.2.1.

²⁴⁶ Vgl. *Göttgens* (1996), S. 80; *Helmig* (2005), S. 138; *Graf* (2007), S. 18.

²⁴⁷ Vgl. *Albach* (1987), S. 636 ff.; *Helmig* (2005), S. 134.

3.3.2. Analyse der empirischen Forschungsbeiträge

In der Literatur sind zahlreiche Beiträge zu finden, die die Einflussgrößen der Performance analysieren. Es gibt jedoch nur wenige Arbeiten, die explizit auf die Erfolgsgrößen im Krankenhauswesen eingehen.²⁴⁸ Im Folgenden sollen insbesondere Forschungsbeiträge aufgezeigt werden, die dem in Abschnitt 2.3.2. definierten Grundverständnis der Hospital Performance entsprechen bzw. Aussagen zur Messung der Hospital Performance Outcomes machen. Zunächst sollen jedoch wichtige Studien aus krankenhaushausfremden Bereichen dargestellt werden, bevor anschließend auf Arbeiten im Krankenhausbereich eingegangen wird.

Fritz (1995) stellt in seiner Arbeit den zentralen Unternehmenserfolg von Industrieunternehmen als Zielerreichungsgrad der Wettbewerbsfähigkeit, der Kundenzufriedenheit, der langfristigen Gewinnerzielung und der Sicherung des Unternehmensbestandes heraus.²⁴⁹

Ittner/Larcker (1999) prüfen den Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit, als zeitlich vorauseilender Indikator, und dem finanziellen Erfolg des Unternehmens. Sie können einen positiven Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und dem finanziellen Erfolg feststellen, wobei die Kundenzufriedenheit als ein Maß der wahrgenommenen Servicequalität definiert wird.²⁵⁰

Moormann/Rust (1999) definieren in ihrer Arbeit den Erfolg u. a. als finanziellen Erfolg und Erfolge in den Kundenbeziehungen.²⁵¹

Der positive Einfluss des Markterfolges auf den wirtschaftlichen Erfolg konnte bereits in verschiedenen Arbeiten im Dienstleistungsbereich und des produzierenden Gewerbes empirisch nachgewiesen werden.²⁵² *Stock-Homburg* (2007) definiert in ihrer Arbeit den wirtschaftlichen Erfolg als durchschnittliche Umsatzrendite der letzten drei Jahre im Vergleich zum Wettbewerb. Der Markterfolg wurde auf Basis dreier Indikatoren gemessen: Die Erreichung des an-

²⁴⁸ Vgl. *Helmig* (2005), S. 134.

²⁴⁹ Vgl. *Fritz* (1995), S. 230 ff.

²⁵⁰ Vgl. *Ittner/Larcker* (1999; 2003).

²⁵¹ Vgl. *Moormann/Rust* (1999), S. 189 f.

²⁵² Vgl. dazu beispielsweise die Arbeiten von *Homburg/Pflesser* (2000) und *Stock-Homburg* (2007) Zur Studie von *Homburg/Pflesser* (2000) siehe auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.2.1, sowie *Homburg/Pflesser* (2000), S. 456 ff.

gestrebten Marktanteils, die Erreichung des angestrebten Wachstums und die Gewinnung neuer Kunden.²⁵³

In der Literatur sind für den Bereich des Krankenhauswesens andere Erfolgsindikatoren als für den Industriebereich vorzufinden. So untersucht *Hebel* (1982) in seiner Arbeit den Mortalitätsindex als ein Maß der Hospital Business Performance während *Roos et al.* (1985) die Komplikationsrate als Indikator der Krankenhausperformance ansieht.²⁵⁴

Hinsichtlich der Analyse verschiedener Einflussfaktoren auf den Krankenhauserfolg untersuchen *Roter et al.* (1987) in ihrer Arbeit die Auswirkungen des emotionalen Verhaltens der Ärzte. Sie zeigen auf, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem emotionalen Verhalten des Arztes und der Zufriedenheit der Patienten sowie deren Wiederkehrtrate und folglich dem Markterfolg des Krankenhauses besteht.²⁵⁵

Naidu/Narayana (1991) können in ihrer Arbeit aufzeigen, dass Krankenhäuser mit einer hohen Marktorientierung, die sich unter anderem in der Patientenorientierung und der Qualitätsorientierung manifestiert, eine höhere Auslastung aufweisen und sich dadurch auf den Erfolg des Krankenhauses auswirken. Die Auslastung wurde als Erfolgsmaß des Krankenhauses herangezogen.²⁵⁶

Auch *Naegler* (1992) untersucht die Einflussfaktoren auf den Krankenhauserfolg. Anhand von Befragungen von Krankenhausmanagern kann er darlegen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Krankenhausorganisation und dem Grad der Zielerreichung gibt. Liegen sämtliche Entscheidungen alleine beim Krankenhausmanagement, wirkt sich dies negativ auf die Zufriedenheit, die Leistung der Mitarbeiter und schließlich die Performance des Krankenhauses aus.²⁵⁷

²⁵³ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 154 ff.

²⁵⁴ Vgl. *Hebel* (1982); *Roos et al.* (1985).

²⁵⁵ Vgl. *Roter et al.* (1987), S. 439 ff.

²⁵⁶ Vgl. *Naidu/Narayana* (1991), S. 26 f.

²⁵⁷ Vgl. *Naegler* (1992), S. 439 ff.

Nelson et al. (1992) untersuchen den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Qualität aus Sicht der Patienten und dem finanziellen Erfolg des Krankenhauses. Als Ergebnis können sie einen positiven Zusammenhang feststellen.²⁵⁸

Gruca/Nath (1994) definieren das Erfolgsmaß von Krankenhäusern als Kapitalrentabilität, Auslastung und Marktanteil. Sie stellen fest, dass traditionelle Marketingmaßnahmen einen positiven Einfluss auf die untersuchten Erfolgsmaße haben.²⁵⁹

Raju et al. (1995) können in ihrer Arbeit drei Erfolgsindikatoren von Krankenhäusern auf Basis einer Faktorenanalyse herausfiltern. Zum einen der finanzielle Erfolg, die Marktentwicklung und die interne Qualität. Die Messung der Erfolgsgrößen erfolgte anhand subjektiver Einschätzungen von Seiten des Krankenhausmanagements.²⁶⁰

Helmig/Dietrich (2001) untersuchen in ihrer Arbeit die Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen. Auf Basis einer von *Homburg/Garbe* (1999) durchgeführten empirischen Studie im Bereich der industriellen Dienstleistungen, in der drei Qualitätsdimensionen nachgewiesen wurden, untersuchen *Helmig/Dietrich* (2001) diese drei Qualitätsdimensionen im Rahmen der pädiatrischen ambulanten Krankenhausbehandlung. Sie unterscheiden die Dimensionen der Potential-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie weisen nach, dass ein positiver Einfluss der drei Qualitätsdimensionen auf das Vertrauen der Patienten und Patiententeiler vorliegt und insbesondere die Prozessqualität einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit, das Vertrauen und die Weiterempfehlungsabsicht der Patienten hat.²⁶¹ Folglich hat die Qualität einen Einfluss auf die Hospital Performance des Krankenhauses.

Die Effizienz in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern in Deutschland analysieren *Helmig/Lapsley* (2001) in ihrem Beitrag.²⁶² Sie legen mit Hilfe eines Messansatzes, welcher den Input und Output der Krankenhäuser berücksichtigt, dar, dass die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser scheinbar weniger Ressourcen verbrauchen und effizienter sind als private Kliniken.

²⁵⁸ Vgl. *Nelson et al.* (1992).

²⁵⁹ Vgl. *Gruca/Nath* (1994).

²⁶⁰ Vgl. *Raju et al.* (1995), S. 39.

²⁶¹ Vgl. *Helmig/Dietrich* (2001), S. 327 ff.

²⁶² Vgl. *Helmig/Lapsley* (2001), S. 263 ff.

Kumar et al. (2002) untersuchen in ihrer Arbeit, ob sich innerhalb des Krankenhauses die Verfolgung von marktorientierten oder effizienzorientierten Strategien höher auf die Gewinnmarge auswirkt. Sie stellen fest, dass die Art der gewählten Strategie keinen Einfluss auf die Gewinnmarge und somit auch keinen Einfluss auf die Performance des Krankenhauses hat.²⁶³

Wrenn (2002) kann in seiner Studie darlegen, dass die Marktorientierung einen großen Einfluss auf den Erfolg hat. Er verwendet in seiner Untersuchung die Indikatoren Auslastung und Leistungserfolg, die mittels einer Befragung von Krankenhausmanagern erhoben wurden, als Maßstab für den Krankenhauserfolg.²⁶⁴

Dietrich (2005) untersucht in seiner Studie den Einfluss von Qualität und Wirtschaftlichkeit auf den Erfolg des Krankenhauses. Auf Basis einer Befragung von Krankenhausmanagern kann er feststellen, dass die Qualität und die Wirtschaftlichkeit zwei wesentliche Determinanten des Krankenhauserfolges darstellen. Die Patientenzufriedenheit kann im Rahmen des Qualitätskonstruktes als wesentlicher Bestandteil des Erfolgs angesehen werden, ihre Bedeutung kann jedoch nicht als überdominant betrachtet werden.²⁶⁵

Helmig (2005) erforscht den ökonomischen Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern. Auf Basis einer Befragung deutscher Krankenhausmanager stellt er fest, dass die Patientenzufriedenheit neben der Qualität des Leistungsangebotes und des Images am häufigsten mit dem Begriff des Krankenhauserfolges in Verbindung gebracht wird.²⁶⁶ Das Ergebnis seiner Studie zeigt, dass wirtschaftliche Kennzahlen die höchsten Korrelationen mit dem Erfolg aufweisen. Der Erreichungsgrad marktpsychologischer Ziele, zu denen er die Kundenloyalität und Kundenzufriedenheit, die Patientenzufriedenheit, das Ansehen in der Öffentlichkeit, die Qualität des Leistungsangebotes und ein gutes Image zählt, hat einen großen Einfluss auf den Krankenhauserfolg. Weiterhin kann *Helmig* (2005) keinen nachweisbaren Einfluss des Erreichungsgrad von marktökonomischen Zielen, worunter er zum einen finanzielle Ziele, wie die Gewinnerzielung und Kosteneinsparungen versteht und zum anderen Dienstleistungsproduktionsziele,

²⁶³ Vgl. *Kumar et al.* (2002), S. 22 ff.

²⁶⁴ Vgl. *Wrenn* (2002), S. 8 f.

²⁶⁵ Vgl. *Dietrich* (2005), S. 268 f.

²⁶⁶ Vgl. *Helmig* (2005), S. 184.

worunter er u. a. die Kapazitätsauslastung, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Verweildauerverkürzung versteht, auf den Krankenhauserfolg feststellen.²⁶⁷

Jacobs et al. (2005) zeigen in ihrer Arbeit die Mortalitätsrate, die Wiederkehrerrate²⁶⁸ und die Wartezeit der Patienten bei Selektiveingriffen als Messindikatoren der Krankenhausperformance auf.²⁶⁹

Nachfolgende Tabelle gibt noch einmal einen Überblick zu den Arbeiten, die sich mit der Hospital Performance befassen. Dabei unterteilt die Tabelle die zuvor dargelegten Arbeiten in Beiträge, die sich mit den Einflussfaktoren des Krankenhauserfolges befassen sowie Beiträge, die die Messindikatoren der Erfolgsvariablen im Krankenhaus aufzeigen.

Autor	Untersuchung der Einflussfaktoren...auf den Erfolg des Krankenhauses	Wichtigste Ergebnisse
<i>Roter et al.</i> (1987)	emotionales Verhalten der Ärzte	Positiver Einfluss auf den Markterfolg.
<i>Naida/Narayana</i> (1991)	Marktorientierung	Positiver Einfluss.
<i>Naegler</i> (1992)	Krankenhausorganisation, insbesondere die Einbindung der Mitarbeiter in Entscheidungen	Positiver Einfluss. Wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit, die Leistung der Mitarbeiter und die Hospital Business Performance aus.
<i>Nelson et al.</i> (1992)	Patientenwahrnehmung der Qualität	Positiver Einfluss.
<i>Gruca/Nath</i> (1994)	traditionelle Marketingmaßnahmen	Positiver Einfluss.
<i>Helmig/Dietrich</i> (2001)	Potential-, Prozess- und Ergebnisqualität	Prozessqualität hat einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit, das Vertrauen und die Weiterempfehlungsabsicht der Patienten. Folglich hat die Qualität auch einen Einfluss auf die Business Performance.
<i>Helmig/Lapsley</i> (2001)	Effizienz der Krankenhäuser in Abhängigkeit ihrer Trägerschaft	Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind effizienter als private Krankenhäuser. Sie scheinen weniger Ressourcen als private Häuser zu verbrauchen.
<i>Kumar</i> (2002)	Marktorientierte und effizienzorientierte Strategien	Art der Strategie hat keinen Einfluss.
<i>Wrenn</i> (2002)	Marktorientierung	Positiver Einfluss.

²⁶⁷ Vgl. *Helmig* (2005), S. 205.

²⁶⁸ *Jacobs et al.* (2005) definieren Patienten als „Wiederkehrer“, die sich innerhalb von 28 Tagen mit dem gleichen Krankheitsbild erneut einer ärztlichen Behandlung unterziehen müssen.

²⁶⁹ Vgl. *Jacobs et al.* (2005), S. 1179 ff.

<i>Dietrich (2005)</i>	Qualität, Wirtschaftlichkeit	Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenzufriedenheit haben einen positiven Einfluss.
<i>Helmig (2005)</i>	marktpsychologische -, marktwirtschaftliche-, Wettbewerber orientierte-, unternehmenspolitische Ziele	Der Erreichungsgrad marktpsychologischer Ziele, zu denen er die Kundenloyalität und Kundenzufriedenheit, die Patientenzufriedenheit, das Ansehen in der Öffentlichkeit, die Qualität des Leistungsangebotes und ein gutes Image zählt, hat einen großen Einfluss auf den Krankenhauserfolg.
Autor	Operationalisierung von Messindikatoren für den...	Indikatoren
<i>Hebel (1982)</i>	Krankenhauserfolg	Indikator für Hospital Performance ist der Mortalitätsindex.
<i>Roos et al. (1985)</i>	Krankenhauserfolg	Indikator für Hospital Performance ist die Komplikationsrate.
<i>Naida/Narayana (1991)</i>	Krankenhauserfolg	Auslastung als Erfolgsmaßstab.
<i>Gruca/Nath (1994)</i>	Krankenhauserfolg	Krankenhauserfolg definiert als Kapitalrentabilität, Auslastung und Marktanteil.
<i>Raju et al. (1995)</i>	Krankenhauserfolg	Finanzieller Erfolg, die Marktentwicklung und die interne Qualität als Erfolgsindikatoren herausgestellt.
<i>Wrenn (2002)</i>	Krankenhauserfolg	Auslastung und Leistungserfolg als Erfolgsmaßstab.
<i>Dietrich (2005)</i>	Krankenhauserfolg	Qualität, Wirtschaftlichkeit stellen Determinanten des Erfolges dar. Patientenzufriedenheit ist ebenfalls Bestandteil des Erfolges.
<i>Jacobs et al. (2005)</i>	Krankenhauserfolg	Indikator für Hospital Performance ist der Mortalitätsrate, die Wiederkehrerrate, Wartezeit der Patienten vor Selektiveingriffen.

Tab. 13: Arbeiten zur Hospital Performance

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es bislang noch keine Arbeit gibt, die die Auswirkungen von alten und neuen Arbeitszeitmodellen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und die Hospital Business Performance, welche als Markterfolg und wirtschaftlicher Erfolg definiert wurde, betrachtet. Folglich untermauern die vorausgegangenen Ausführungen, dass die eingangs formulierten Forschungsziele in eine Forschungslücke hineinstoßen.

4. Theoretischer Bezugsrahmen der Analyse der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst

Wie die vorangegangenen Ausführungen aufgezeigt haben, ist eine umfassende empirische Analyse der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und die Hospital Performance Outcomes bislang noch nicht existent. Aus diesem Grund werden sowohl die bestehenden Erkenntnisse aus dem Krankenhausbereich als auch weitere Erklärungsansätze, die sich in verwandten Bereichen bewährt haben, herangezogen und auf die vorliegende Untersuchung übertragen.²⁷⁰ Zudem orientiert sich die vorliegende Arbeit am „contingency approach“ als methodologischem Prinzip, da eine einzige Theorie der komplexen Fragestellung nicht gerecht werden kann.²⁷¹ Aus diesem Grund sind bei der Analyse der „Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst“ verschiedene interessierende Konstrukte und Zusammenhänge zu berücksichtigen, die durch unterschiedliche Theorien zu erklären sind. Folglich werden zur theoretischen Begründung des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes Ansätze der Arbeitswissenschaft, insbesondere der Arbeitszeitforschung, ausgewählte verhaltenswissenschaftliche Theorien, die Informationsökonomie und die Erfolgstheorie, insbesondere die Markterfolgstheorie herangezogen. Einen Überblick der zugrunde gelegten theoretischen Bezugspunkte gibt nachfolgende Abbildung.

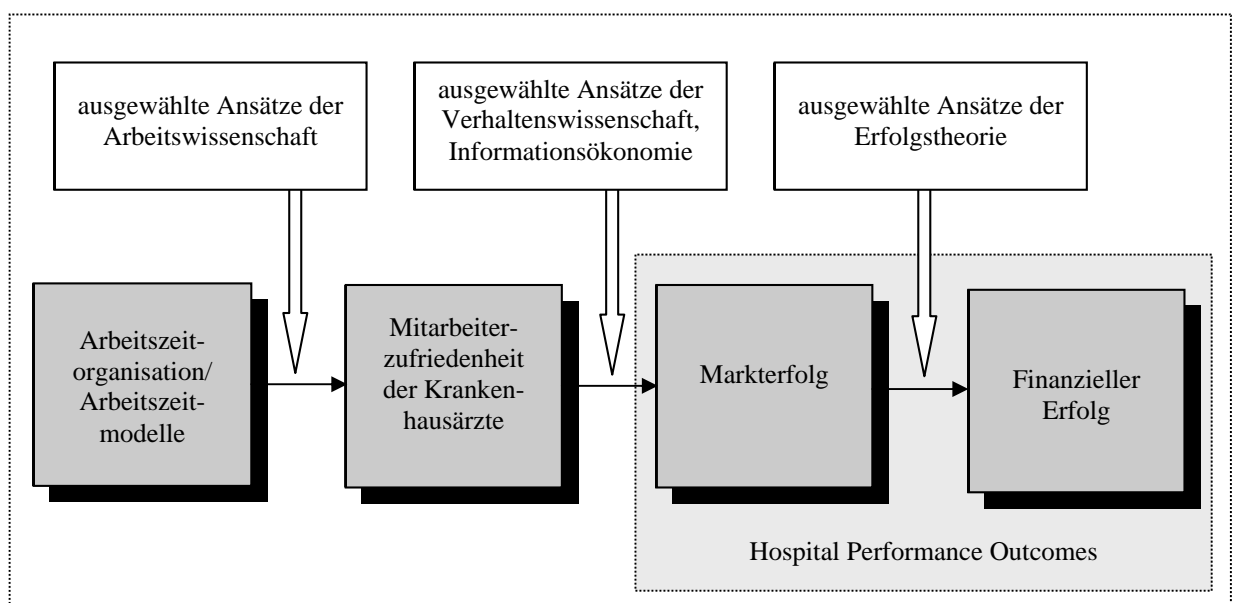


Abb. 10: Überblick der theoretischen Bezugspunkte der Untersuchung

²⁷⁰ Vgl. zum theorienpluralistischen Ansatz Fritz (1995), S. 26 ff; Huber (2005), S. 54.

²⁷¹ Vgl. Homburg (2000), S. 69 f.; Helmig (2005), S. 28; Huber (2005), S. 54 ff.

4.1. Theoretische Ansätze der Arbeitswissenschaft

In der Bestandsaufnahme²⁷² wurde bereits aufgezeigt, dass sich arbeitswissenschaftliche Studien damit befassen, wie sich verschiedene Arbeitszeitmodelle auswirken. Aus diesem Grunde werden zur theoretischen Begründung Studien der Arbeitswissenschaft, insbesondere der Arbeitszeitforschung, herangezogen.

Studien der industriellen Arbeitszeitforschung basieren auf der Annahme, dass die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters mit der Dauer seiner Arbeitszeit abnimmt und bei einer Überschreitung der täglichen Arbeitszeit von acht Stunden überproportionale Fehlerraten entstehen.²⁷³ Die Arbeitswissenschaft geht davon aus, dass die Leistungskurve eines Arbeitnehmers entsprechend Abb. 11 verläuft. Neben der sinkenden Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer bei zunehmender Arbeitszeit, basiert die Arbeitswissenschaft auf der Annahme, dass die Arbeitsbelastung mit der Dauer der Arbeitszeit zunimmt.

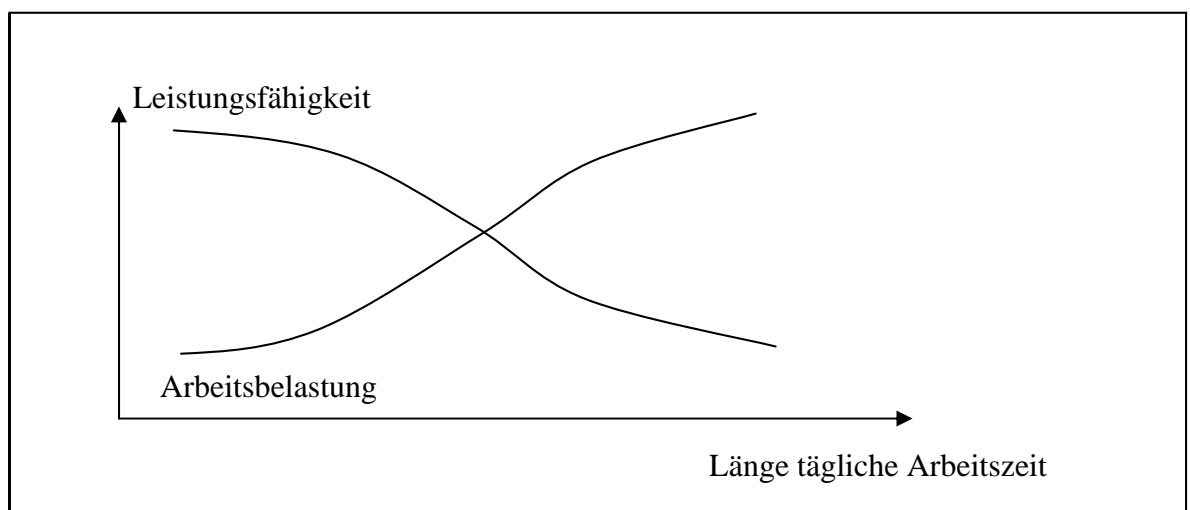


Abb. 11: Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit der täglichen Arbeitszeit ²⁷⁴

Im Rahmen der Diskussionen um Arbeitszeitverkürzungen und Job-Sharing konnte hinsichtlich unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle festgestellt werden, dass Modelle mit kürzeren Arbeitszeiten zusätzliche Schnittstellen mit zusätzlichen Informationsübergaben erfordern.²⁷⁵

²⁷² Vgl. Gliederungsabschnitt 3.

²⁷³ Vgl. Rosa (1991) und zugleich Rosa et al. (1989); Knauth (1997); Mitler et al. (1997) und vgl. dazu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 3.1.2.

²⁷⁴ In Anlehnung an Backes-Gellner (1999), S. 20.

²⁷⁵ Vgl. Meager/Buchan (1988), S.58; Haupt/Holters (1991), S. 448.

Diese zusätzlichen Informationsübergaben bergen jedoch auch die Gefahr von Informationsverlusten in sich.²⁷⁶

Darüber hinaus wurde aufgezeigt, dass eine wechselnde Betreuung der Kunden sich negativ auf den Erfolg der Dienstleistung auswirken kann, insbesondere wenn eine Vertrauensbeziehung Voraussetzung für den Erfolg ist.²⁷⁷

Die Arbeitswissenschaft liefert somit folgende Implikationen für die vorliegende Untersuchung: Bei lang andauernden Arbeitszeiten an einem Stück, wie es vor allem bei den alten Arbeitszeitmodellen der Fall ist, nimmt die Arbeitsbelastung der Ärzte zu. Aufgrund der zunehmenden Fehlerraten wird die Patientenversorgung beeinflusst. Da im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der möglichen Arbeitszeitlänge wesentlich weniger Schnittstellen in Form von Schichtübergaben vorzufinden sind als im neuen Arbeitszeitmodell, kann vermutet werden, dass die Informationsverluste im neuen Arbeitszeitmodell höher sind.

4.2. Theoretische verhaltenswissenschaftliche Ansätze

In Gliederungsabschnitt 2.3.1. wurde bereits aufgezeigt, dass in der vorliegenden Arbeit die Mitarbeiterzufriedenheit in Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007) als Einstellung verstanden wird, die auf einem Soll/Ist-Vergleich basiert.²⁷⁸ Folglich wird zur theoretischen Begründung der Auswirkungen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte in ausgewählten Einstellungstheorien ein Erklärungsansatz gesehen. Im Rahmen der Einstellungstheorie wird aufgezeigt, wie Einstellungen erworben und verändert werden können. Grundsätzlich kann man in der Einstellungstheorie drei unterschiedliche Arten unterscheiden, zum einen Theorien, die den Einstellungserwerb durch innerpsychische Kognitionen beschreiben, zum anderen Theorien, die den Einstellungserwerb auf Basis interpersoneller emotionaler Ausstrahlung darlegen und darüber hinaus Theorien, die den Einstellungserwerb durch den interpersonellen Austausch erklären.²⁷⁹

²⁷⁶ Vgl. *Backes-Gellner* (1999), S. 21 f.

²⁷⁷ Vgl. *Steiner* (1997), S. 161.

²⁷⁸ Vgl. dazu auch Gliederungsabschnitt 2.3.1. und *Stock-Homburg* (2007), S.18.

²⁷⁹ Vgl. *Stock-Homurg* (2007), S. 55.

Die erste Kategorie, die Theorien der innerpsychischen Kognitionen, befasst sich mit Bedingungen, die das innere psychische Gleichgewicht eines Menschen beeinflussen.²⁸⁰ Die bekannteste dieser Theorien stellt die Dissonanztheorie dar, welche auf Basis der Gleichgewichtsannahmen von *Festinger* (1957; 1978) sowie *Heider* (1944) entwickelt wurde.²⁸¹ Nach dieser Theorie streben Menschen nach Gleichgewicht durch Übereinstimmung der psychisch kognitiven Elemente innerhalb einer Person. Unter kognitiv psychischen Elementen werden in der Dissonanztheorie das Wissen, die Erfahrung und die Gedanken eines Menschen subsumiert. Da innerhalb dieser Theorie lediglich der Fokus auf die Bedingungen für das Gleichgewicht innerhalb einer Person und nicht mehrerer Personen gelegt wird, wird sie zur Erklärung des Einflusses zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und des Markterfolges, welcher mit der Patientenzufriedenheit bestimmt wird, nicht als geeignet angesehen. Folglich wird die Dissonanztheorie im weiteren Verlauf der Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

Die zweite Kategorie beinhaltet Einstellungstheorien, die sich mit der interpersonellen Ausstrahlung befassen. In diesen Theorien wird das Augenmerk im Gegensatz zu den Theorien der innerpsychischen Kognitionen auf Bedingungen für das Gleichgewicht zwischen zwei oder mehreren Personen gelegt. Die bedeutendsten Theorien dieser Art sind die Balancetheorie²⁸², die Kongruenztheorie²⁸³ und das Emotional Contagion Konzept.²⁸⁴ Laut der Balancetheorie liegt ein psychisches Gleichgewicht vor, wenn eine Person die gleiche Einstellung zu einem Objekt hat wie eine andere Person.²⁸⁵ Die Kongruenztheorie betrachtet ebenso Bedingungen für das psychische Gleichgewicht. Sie wendet das System der Balancetheorie auf mehrere Personen an.²⁸⁶ Das Emotional Contagion Konzept ist ein relativ junges theoretisches Konzept und erklärt die Einstellungsübertragungen zwischen Personen durch emotionale Ansteckung.²⁸⁷ Aufgrund des Erklärungsbeitrages der Ansätze hinsichtlich des direkten Zusammenhangs der Mitarbeiterzufriedenheit und der Patientenzufriedenheit, sowie die intensiven Nutzung der Balancetheorie und des Emotional Contagion Konzeptes in der Marketingforschung,²⁸⁸ werden diese Theorien in die vorliegende Arbeit weiter einbezogen.

²⁸⁰ Vgl. beispielsweise *Wiswede* (2007).

²⁸¹ Vgl. *Heider* (1944); *Festinger* (1957; 1978).

²⁸² Vgl. *Heider* (1944; 1958).

²⁸³ Vgl. *Tannenbaum* (1967).

²⁸⁴ Vgl. *Verbeke* (1997); *Hatfield et al.* (2003); *Stock/Hoyer* (2005).

²⁸⁵ Vgl. hierzu die detaillierten Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4.2.1.

²⁸⁶ Vgl. *Tannenbaum* (1967).

²⁸⁷ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 57 f. Vgl. hierzu ebenfalls die detaillierten Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4.2.2.

²⁸⁸ Einen Überblick hierzu gibt beispielsweise *Stock-Homburg* (2007), S. 59.

Die dritte Kategorie umfasst schließlich solche Theorien, in denen der Einstellungserwerb durch den interpersonellen Austausch, d. h. den Austausch mit anderen Personen erklärt wird. Diese Theorien basieren auf Erkenntnissen von *Homanns* (1960; 1961).²⁸⁹ Sie basieren auf der Annahme, dass das Verhalten einer Person im Rahmen einer Austauschbeziehung maßgeblich davon abhängt, ob und inwiefern sie von ihrem Interaktionspartner belohnt oder bestraft wird.²⁹⁰ Zu den Austauschtheorien zählen insbesondere die soziale Austauschtheorie, die Anreiz-Beitragstheorie und die Equitytheorie.²⁹¹

Die Soziale Austauschtheorie basiert auf der Annahme, dass Menschen ihre Ergebnisse innerhalb einer Interaktionsbeziehung zu Lasten des Austauschpartners maximieren wollen. Ein Mensch scheidet aus einer Austauschbeziehung aus, wenn er eine profitträchtigere Alternative besitzt.²⁹² Die Soziale Austauschtheorie ist beispielsweise zur Erklärung des Verbleibs eines in einer Organisation geeignet. Zur Begründung des Einflusses der Mitarbeiterzufriedenheit auf ihre Leistung gegenüber dem Kunden bzw. dem Patienten wird diese Theorie nicht als geeignet angesehen²⁹³ und demzufolge nicht weiter vertieft.

In der Anreiz-Beitragstheorie wird ein Streben der Austauschpartner nach Gleichgewicht in der Interaktionsbeziehung unterstellt. Die Theorie basiert auf der Annahme, dass eine begrenzte Verarbeitung und Generierung von Informationen, eine begrenzte Rationalität der Entscheidungsträger, unvollständige Informationen und ein begrenztes Engagement für das eigene Unternehmen vorliegen. Gleichgewicht liegt gemäß der Anreiz-Beitragstheorie vor, wenn die gebotenen Anreize, z. B. materieller Art, größer sind als die eigenen Beiträge. Abhängig davon, wie ein Interaktionspartner das Anreiz-Beitrags-Verhältnis wahrnimmt, wird er unterschiedliche Verhaltensweisen wählen.²⁹⁴ Bei Ungleichgewicht wird davon ausgegangen, dass die Person das Unternehmen verlassen wird. Es wird deutlich, dass die Anreiz-Beitrags-Theorie eher zur Erklärung des Einflusses der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Fluktuation geeignet ist,²⁹⁵ als zur Begründung des Einflusses der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Leistung der Mitarbeiter und die Qualität der Patientenversorgung. Dementsprechend wird diese Theorie in der vorliegenden Arbeit nicht weiter vertieft.

²⁸⁹ Vgl. *Homanns* (1960; 1961).

²⁹⁰ Vgl. *Stahle/Conrad* (1999), S. 310.

²⁹¹ Vgl. beispielsweise zur sozialen Austauschtheorie *Thibaut/Kelly* (1986), zur Anreiz-Beitragstheorie *March/Simon* (1958) und zur Equitytheorie *Adams* (1963; 1965) und *Wiswede* (2007).

²⁹² Vgl. für detaillierte Ausführungen *Wiswede* (2007).

²⁹³ Vgl. *Homburg-Stock* (2007), S. 61.

²⁹⁴ Vgl. *Stahle/Conrad* (1999), S. 432.

²⁹⁵ Vgl. dazu beispielsweise *Holtz v.* (2001).

Die dritte Theorie dieser Kategorie, die Equitytheorie, wurde aufbauend auf Überlegungen von *Homans* (1960; 1961) und der Dissonanztheorie entwickelt.²⁹⁶ Diese Theorie basiert auf der Annahme, dass Menschen im Rahmen ihrer Interaktionsbeziehungen versuchen, möglichst große Erträge in Relation zu ihrem Aufwand zu generieren. Während gemäß der Sozialen Austauschtheorie die Maximierung des eigenen Ertrages von Bedeutung ist, steht in der Equitytheorie die gleichmäßige Verteilung der Aufwands-Ertrags-Relation im Vordergrund.²⁹⁷ Folglich beeinflussen Gerechtigkeitsüberlegungen das Verhalten und die Leistungen des Mitarbeiters. Aufgrund dieses Erklärungsbeitrages wird die Equitytheorie im weiteren Verlauf der Arbeit als ein zentraler theoretischer Bezugspunkt mit einbezogen.²⁹⁸

Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick der Einstellungstheorien. Da für die Untersuchung der vorliegenden Fragestellung wie zuvor aufgezeigt nicht alle Einstellungstheorien geeignet sind,²⁹⁹ wird im Folgenden nur auf die für die Arbeit relevanten Theorien eingegangen.

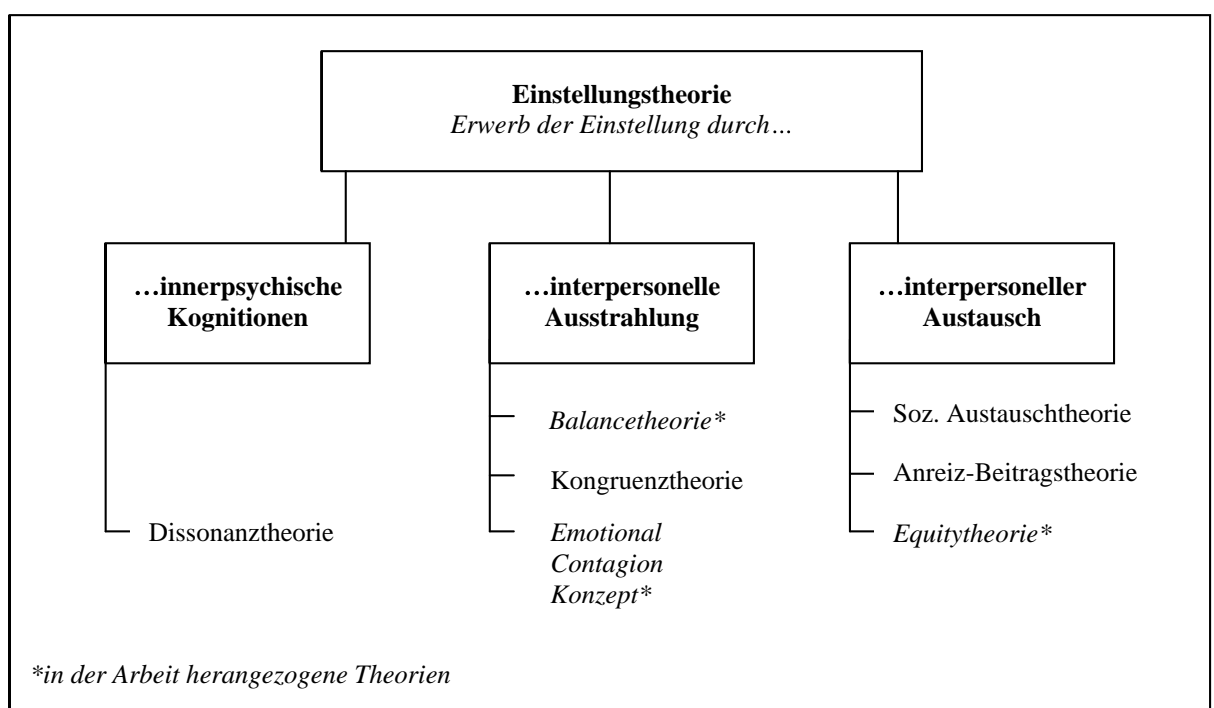


Abb. 12: Überblick der Einstellungstheorien im Rahmen der verhaltenswissenschaftlichen Ansätze³⁰⁰

²⁹⁶ Vgl. *Homans* (1960; 1961).

²⁹⁷ Vgl. *Staehe/Conrad* (1999), S. 311 f.

²⁹⁸ Vgl. zur Equitytheorie auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4.2.3.

²⁹⁹ Vgl. dazu die Ausführungen im Gliederungsabschnitt 4.2.

³⁰⁰ In Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007), S. 55.

4.2.1. Die Balancetheorie

Der Balancetheorie liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen nach einem inneren Gleichgewicht streben. Sie geht zurück auf ein von *Heider* (1958) entwickeltes Modell, dass die Beziehung von zwei Personen zu einem Bezugsobjekt betrachtet. Bei dem Bezugsobjekt kann es sich um einen Gegenstand, eine Sache oder eine Person handeln. Ein Gleichgewicht liegt im Modell vor, wenn beide Personen die gleiche Einstellung zum Bezugsobjekt haben.³⁰¹ Liegt ein Ungleichgewicht vor, kann es wieder angepasst werden, indem eine Person ihre Einstellung anpasst bzw. ändert. Dabei ist die Einstellungsänderung der einen Person in großem Maße von dem Einfluss der anderen Person abhängig.

Die Balancetheorie ist in der Psychologie auf breites Interesse gestoßen.³⁰² In der jüngsten Vergangenheit ist sie auch vermehrt in der Marketing- und Managementforschung vorzufinden.³⁰³ So wird in der Arbeit von *Stock-Homburg* (2007) die Balancetheorie herangezogen, um den Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Kundenzufriedenheit zu erklären.

In der vorliegenden Arbeit wird die Balancetheorie als theoretischer Bezugspunkt zur Erklärung des Einflusses der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit genutzt. Auf Basis der Balancetheorie wird folgendes triadisches Beziehungssystem betrachtet: die Krankenhausärzte, die Patienten und das Krankenhaus als Objekt. Dabei stellt das Krankenhaus sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten das gleiche Bezugsobjekt dar, da in der vorliegenden Arbeit jeweils die Gesamtzufriedenheiten herangezogen werden. Würden lediglich Einzelaspekte, wie z. B. die Zufriedenheit mit dem Arbeitsinhalt oder die Zufriedenheit mit dem Service herangezogen, könnte man davon ausgehen, dass sich die Krankenhausärzte und die Patienten nicht auf das gleiche Bezugsobjekt beziehen. Nachfolgende Abbildung veranschaulicht zum besseren Verständnis das Beziehungssystem.

³⁰¹ Vgl. *Heider* (1958).

³⁰² Vgl. *Horowitz et al.* (1951); *Jordan* (1953); *Triandis* (1975).

³⁰³ Vgl. *Kilduff/Krackhardt* (1994); *Phillips et al.* (1998); *Stock-Homburg* (2007).

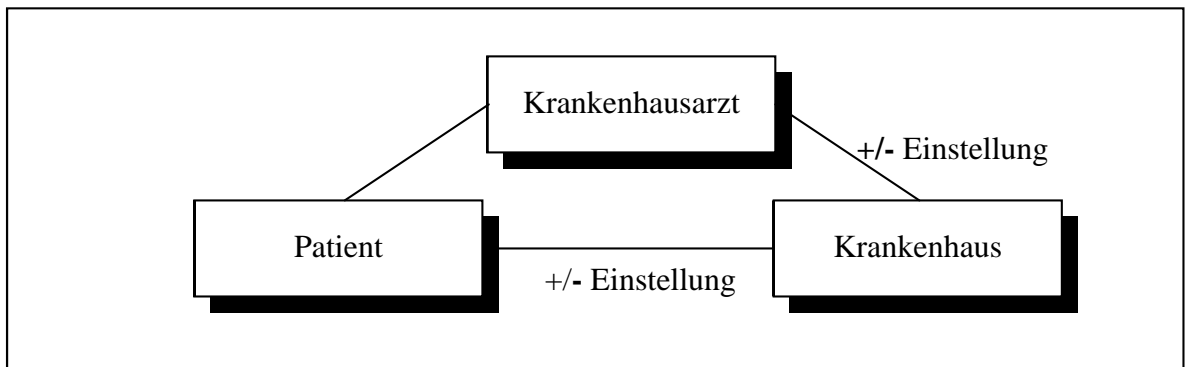


Abb. 13: Triadisches Beziehungssystem im Rahmen der Balancetheorie³⁰⁴

Wie bereits erwähnt, strebt in der Balancetheorie das Beziehungssystem nach Gleichgewicht. Dies bedeutet in der vorliegenden Arbeit, dass ein Gleichgewicht vorliegt, wenn die Einstellung des Patienten gegenüber dem Krankenhaus mit der Einstellung des Krankenhausarztes übereinstimmt. Beispielsweise ist das der Fall, wenn sowohl der Krankenhausarzt als auch der Patient eine hohe Zufriedenheit aufzeigen. Ein Ungleichgewicht ist hingegen vorzufinden, wenn der Arzt z. B. zufrieden und der Patient unzufrieden ist. Das Gleichgewicht kann insbesondere wieder erreicht werden, wenn der Patient seine Einstellung an die Einstellung des Krankenhausarztes anpasst, wovon in der vorliegenden Arbeit ausgegangen wird. Für diese Auffassung sprechen verschiedene Gründe, die nachfolgend aufgezeigt werden.

Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass eher die Patienten die Mitarbeiter als Orientierungsgröße für ihre Zufriedenheit in Bezug auf das Krankenhaus nutzen als umgekehrt. Diese Ansicht ist in einer Vielzahl von Arbeiten in der Marketingforschung vorzufinden, welche die Bedeutung der Mitarbeiter für die Wahrnehmung des Unternehmens von Seiten der Kunden untersuchen.³⁰⁵ Des Weiteren ist anzunehmen, dass der Krankenhausarzt einen größeren Einfluss auf die Patienteneinstellung hat, als umgekehrt. Diese Annahme wird in zahlreichen Studien, die sich mit der Beeinflussungsmöglichkeit der Kunden auseinandersetzen, bestätigt.³⁰⁶ Schließlich kann angeführt werden, dass die Einstellung des Arztes zum Krankenhaus in der Regel stabiler ist als die Einstellung des Patienten, da der Krankenhausarzt häufigere und intensivere Impulse durch das Krankenhaus erhält als die Patienten. Dieses Argument basiert auf Erkenntnissen der Einstellungsforschung, nach der die Stärke der Einstellung zu einem Bezugsobjekt abhängig von der Intensität des Kontaktes ist. Je stärker die

³⁰⁴ In Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007), S. 73.

³⁰⁵ Vgl. beispielsweise *Williams/Attaway* (1996); *Garg/Chan* (1997); *Hurley* (1998).

³⁰⁶ Vgl. *Gronroos* (1980); *Bowen/Schneider* (1985).

Einstellung ist, desto schwieriger ist auch die Einstellungsänderung.³⁰⁷ Folglich ist es einfacher, die Patienteneinstellung zu ändern als die Einstellung des Krankenhausarztes.

Die zuvor aufgeführten Gründe unterstützen die in der vorliegenden Arbeit vertretene Meinung, dass die Mitarbeiterzufriedenheit einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und somit auch auf den Markterfolg des Krankenhauses hat.

4.2.2. Das Emotional Contagion Konzept

Das Emotional Contagion Konzept entstammt der Sozialpsychologie und geht auf die Arbeit von *Hochschild* (1983) zurück.³⁰⁸ Das Konzept basiert auf der Annahme, dass Emotionen einer Person auf eine andere Person übertragen werden können. Dabei läuft die Übertragung der Emotionen vollkommen im Unterbewusstsein ab.³⁰⁹ Folglich können sowohl die Empfänger der Emotionen als auch deren Überträger diese weder steuern noch verhindern. Grundsätzlich unterscheidet man die rein emotionale Ansteckung und die einstellungsbezogene emotionale Ansteckung. Bei der rein emotionalen Ansteckung werden durch Gestiken und Mimiken emotionale Stimmungen zwischen zwei Personen übertragen, die jedoch nicht zu einer langfristigen Änderung der Einstellungen bei der „angesteckten“ Person führen. Die einstellungsbezogene emotionale Ansteckung führt hingegen zu einer Änderung von Einstellungen. Dabei kann es sich beispielsweise um die Übertragung von Affinitäten zu einem Objekt oder von optimistischen Denkweisen handeln.³¹⁰

In der Literatur sind in der jüngsten Vergangenheit vermehrt Arbeiten zum Emotional Contagion Konzept vorzufinden.³¹¹ So wird beispielsweise in den Arbeiten von *Pugh* (2001) und *Homburg/Stock* (2004) das Emotional Contagion Konzept zur Erklärung des positiven Einflusses der MitarbeiterEinstellung auf die Kundeneinstellung herangezogen.³¹²

³⁰⁷ Vgl. *Ajzen/Fishbein* (1977); *Obermiller* (1985).

³⁰⁸ Vgl. *Hochschild* (1983), S. 147.

³⁰⁹ Vgl. dazu beispielsweise *Zajonc* (1984).

³¹⁰ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 78.

³¹¹ Vgl. beispielsweise *Verbeke* (1997); *Howard/Gengler* (2001); *Pugh* (2001); *Homburg/Stock* (2004). Einen Überblick über die unterschiedlichen Ausprägungen in den unterschiedlichen Arbeiten hinsichtlich der emotionalen Ansteckung gibt beispielsweise *Stock-Homburg* (2007), S. 78 ff.

³¹² Vgl. *Pugh* (2001); *Homburg/Stock* (2004).

Ebenso nutzen *Stock/Hoyer* (2005) das Emotional Contagion Konzept, um den Einfluss der Mitarbeiter, die im Kundenkontakt stehen, auf die Kundenzufriedenheit zu erklären.³¹³

Der Ansatz leistet einen wichtigen Beitrag zur Begründung der Übertragung von Einstellungen zwischen Personen. Dazu wird die Einstellungsübertragung zwischen den Personen untersucht, der keine beobachtbaren Verhaltensweisen zwischengeschaltet sind. Zu dieser Betrachtungsweise sind jedoch auch Kritikpunkte in der Literatur vorzufinden.

So werden laut *Stock-Homburg* (2007) im Emotional Contagion Konzept die verwendeten Begrifflichkeiten nicht eindeutig voneinander abgegrenzt. Die Begriffe „emotion“, „affect“ und „attitude“ werden gleichzeitig verwendet ohne sie genau voneinander abzugrenzen.³¹⁴ Aus dem Zusammenhang kann laut *Stock-Homburg* (2007) lediglich vermutet werden, „dass Emotionen eher im Sinne von Stimmungen und Einstellungen primär als langfristige innerpsychische Disposition zu verstehen sind.“³¹⁵

Des Weiteren wird kritisiert, dass eine individuelle Resistenz gegen eine emotionale Einstellung vorliegen kann, welche im vorliegenden Konzept keine Berücksichtigung findet.³¹⁶

Die aufgezeigten Kritikpunkte werden vor allem dadurch erklärt, dass es sich beim Emotional Contagion Konzept um eine noch relativ neue Theorie handelt. Allerdings wird in dieser Theorie ein interessanter Erklärungsansatz der Einstellungsübertragung zwischen Personen gesehen. Somit wird das Emotional Contagion Konzept im Folgenden zur Erklärung der Übertragung der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit herangezogen. Es wird unterstellt, dass die Patienten ihre Einstellung zum Krankenhaus und ihre daraus resultierende Weiterempfehlungsabsicht durch eine emotionale Ansteckung der Krankenhausärzte erwerben. Da wie bereits erwähnt die Übertragung und Aufnahme von Emotionen im Unterbewusstsein abläuft³¹⁷, bedeutet dies, dass die Krankenhausärzte die Übertragung der Emotionen auf die Patienten nicht kontrollieren bzw. beeinflussen können. Folglich überträgt ein sehr zufriedener Krankenhausarzt seine positive Einstellung zum Krankenhaus über seine emotio-

³¹³ Vgl. *Stock/Hoyer* (2005).

³¹⁴ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 80.

³¹⁵ *Stock-Homburg* (2007), S. 80.

³¹⁶ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 81.

³¹⁷ Vgl. dazu *Zajonc* (1984).

nale Ausstrahlung auf die Einstellung der Patienten.³¹⁸ Eine hohe Unzufriedenheit der Krankenhausärzte führt hingegen zu einer negativen Ansteckung der Patienten.³¹⁹ Die positive Einstellung zum Krankenhaus zeigt sich beispielsweise in der Weiterempfehlungsabsicht durch die Patienten, die im weiteren Verlauf der Arbeit einen Indikator zur Messung des Markterfolgs darstellt.³²⁰

4.2.3. Die Equitytheorie

Die Equitytheorie ist auf *Adams* (1965) zurückzuführen und behandelt Austauschbeziehungen zwischen einzelnen Individuen.³²¹ Gemäß der Equitytheorie vergleicht eine Person ihr Aufwands-Ertrags-Verhältnis, welches auch als Input-Outcome-Verhältnis bezeichnet wird mit einem Input-Outcome-Verhältnis einer anderen Person. Eine Person wird als “...any individual for whom equity or inequity exists”³²² verstanden, während die zum Vergleich hingezogene Person als “...any individual or group used by a person as a referent”³²³ definiert wird. Als Input (Aufwand) werden nach *Adams* (1965) Erfahrungen, Kompetenzen sowie das persönliche Engagement verstanden. Der Outcome (Ertrag) wird unter anderem durch den Lohn, intrinsische Zufriedenheit mit der Arbeit etc. beschrieben.³²⁴ Gerechtigkeit liegt nach der Equitytheorie dann vor, wenn das Input-Outcome-Verhältnis der Interaktionspartner (A und B) übereinstimmt:

$$\frac{\text{Outcome A}}{\text{Input A}} = \frac{\text{Outcome B}}{\text{Input B}}$$

Ungerechtigkeit besteht hingegen, wenn die Input-Outcome-Verhältnisse zwischen den Austauschpartnern ungleich sind.³²⁵ Nach der Theorie der Ungerechtigkeit kann eine Person nicht nur Unrecht empfinden, wenn sie gegenüber der Vergleichsperson benachteiligt ist, sondern

³¹⁸ Vgl. zum positiven Einfluss zufriedener Mitarbeiter auf die Kunden u. a. *Ulrich et al.* (1991); *Bernhardt et al.* (2000); *Homburg/Stock* (2004); *Stock* (2005b).

³¹⁹ Vgl. zum negativen Einfluss unzufriedener Mitarbeiter auf die Kunden beispielsweise *Russo et al.* (1998); *Stock-Homburg* (2007).

³²⁰ Vgl. dazu Gliederungsabschnitt 7.2.

³²¹ Vgl. *Adams* (1965).

³²² Vgl. *Adams* (1965), S. 280.

³²³ Vgl. *Adams* (1963), S. 424.

³²⁴ Vgl. *Adams* (1965), S. 281 ff.

³²⁵ Vgl. *Adams* (1963), S. 424; *Homburg/Krohmer* (2006), S. 123.

auch wenn sie begünstigt ist.³²⁶ Gerechtigkeit kann im Falle von Ungerechtigkeit wieder folgendermaßen hergestellt werden:

- Je nachdem, ob die Ungerechtigkeit als Nachteil oder Vorteil wahrgenommen wird, kann der Input durch eine Steigerung oder eine Senkung der eigenen Aufwendungen variiert werden.³²⁷
- Durch eine gedankliche Einstellungsänderung (Veränderung der kognitiven Komponenten) hinsichtlich des Input oder Outcomes.³²⁸
- Durch einen Abbruch der Beziehung. Diese kann z. B. durch Kündigung der Arbeit, Absentismus beendet werden.³²⁹
- Im Rahmen einer Beeinflussung des Austauschpartners kann eine Beendigung der Austauschbeziehung angeraten werden.³³⁰

Die Equitytheorie findet in der Wissenschaft starkes Interesse und hat seit ihrer Entstehung unterschiedliche Weiterentwicklungen³³¹ erfahren. In der vorliegenden Arbeit wird die Equitytheorie schließlich genutzt, um den Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Leistung der Mitarbeiter und somit die Qualität der Patientenversorgung als Reaktion auf empfundene Un-/ Gerechtigkeit zu erklären. Nach *Adams* (1965) kann die Mitarbeiterzufriedenheit als Outcome des Mitarbeiters im Rahmen einer Austauschbeziehung zwischen Mitarbeiter und Unternehmen bezeichnet werden.³³² In der vorliegenden Arbeit wird in Anlehnung an verschiedene Arbeiten, die sich mit Gerechtigkeitswahrnehmungen im Anbieter-Kundenbereich befassen,³³³ die Verhaltensweisen und Leistungen des Krankenhausarztes als dessen Input verstanden, welche zugleich den Outcome des Krankenhauses darstellen. Der Outcome des

³²⁶ Vgl. *Adams* (1965), S. 281; sowie für die Theorie der Ungerechtigkeit beispielsweise *Schmitt/Marwell* (1972).

³²⁷ Vgl. *Adams* (1965), S. 283.

³²⁸ Vgl. *Adams* (1965), S. 291.

³²⁹ Vgl. *Adams* (1965), S. 292.

³³⁰ Vgl. *Adams* (1965), S. 292 f.

³³¹ Da diese Weiterentwicklungen nicht im direkten Bezug mit der vorliegenden Arbeit stehen, wird auf diese im weiteren Verlauf nicht weiter eingegangen. Vgl. zu den verschiedenen Weiterentwicklungen beispielsweise *Greenberg/Cohen* (1982); *Mikura* (1984); *Alexander/Ruderman* (1987); *Husemann et al.* (1987); *Blodgett et al.* (1997); *Homburg et al.* (2004).

³³² Vgl. *Adams* (1965), S. 281.

³³³ Vgl. beispielsweise *Lind/Taylor* (1988); *Koschate* (2002).

Arztes stellt hingegen gemäß *Adams* (1965) dessen Zufriedenheit dar,³³⁴ während die Aufwendungen des Krankenhauses zur Erreichung der Zufriedenheit der Krankenhausärzte den Input des Krankenhauses darstellen. Gerechtigkeit liegt in diesem Falle vor, wenn die Zufriedenheit des Krankenhausarztes und die Leistung des Arztes in angemessenem Verhältnis zueinander stehen und somit Input-Outcome Verhältnis des Arztes und des Krankenhauses übereinstimmen. Ungerechtigkeit liegt in dieser Austauschbeziehung hingegen vor, wenn beispielsweise die Mitarbeiterzufriedenheit relativ gering ist, der Krankenhausarzt sich jedoch sehr engagiert und eine gute Leistung und Versorgung der Patienten erbringt, so dass die Patienten zufrieden sind. Beim Krankenhaus wäre in diesem Falle der Nutzen aufgrund der Arztleistungen und der Patientenzufriedenheit größer, als der Aufwand zur Erreichung einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte. Somit würde das Input-Output Verhältnis des Krankenhausarztes und des Krankenhauses nicht mehr übereinstimmen. Gerechtigkeit kann nach der Equitytheorie in diesem Falle wieder hergestellt werden, indem der Krankenhausarzt seinen Input verringert oder seine Austauschbeziehung beendet. Im Hinblick auf die Erklärung des Einflusses der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf deren Leistungen und Verhaltensweisen wird in der vorliegenden Arbeit der Verringerung des Inputs besondere Beachtung geschenkt. Der Krankenhausarzt wird folglich bei geringer Mitarbeiterzufriedenheit seine Leistung entsprechend zurücknehmen.

Für die vorliegende Untersuchung liefert die Equitytheorie somit folgende Implikationen: Bei einer hohen Zufriedenheit des Krankenhausarztes wird der Arzt entsprechend positive Verhaltensweisen und gute Leistungen gegenüber den Patienten erbringen, um Gerechtigkeit zu erlangen. Bei vorliegender Unzufriedenheit wird der Krankenhausarzt hingegen weniger Leistung und keine guten Verhaltensweisen an den Tag legen. Folglich beeinflusst nach der Equitytheorie die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte positiv deren Leistungen und Verhaltensweisen gegenüber den Patienten und somit die Patientenzufriedenheit.

³³⁴ Vgl. *Adams* (1965), S. 281.

4.3. Der Ansatz der Informationsökonomie

Die Informationsökonomie stellt einen Ansatz der Neuen Institutionenökonomie³³⁵ dar, welche in der Literatur weite Verbreitung gefunden hat.³³⁶ Sie basiert auf der Annahme, dass asymmetrische Informationen zwischen den Marktteilnehmern und Unsicherheiten im Markt vorliegen.³³⁷ Hinsichtlich der Unsicherheit werden zum einen die Ereignisunsicherheit und zum anderen die Marktunsicherheit unterschieden.³³⁸ Unter Ereignisunsicherheit wird verstanden, dass die Marktteilnehmer handeln ohne die zukünftige Entwicklung der Umwelt zu kennen. Dabei handelt es sich um Unsicherheiten, die außerhalb des ökonomischen Systems liegen, welche auch als exogene Unsicherheiten bezeichnet werden.

Marktunsicherheit beschreibt hingegen den Zustand, in dem Marktteilnehmer handeln ohne über Kenntnisse relevanter Daten anderer Marktteilnehmer zu verfügen. Das bedeutet, dass entweder die Anbieter nicht über alle Informationen der Nachfrager, wie z. B. Präferenzen, Bedürfnisse, verfügen, oder die Nachfrager nicht die Leistung beispielsweise hinsichtlich der Qualität beurteilen können. Die Unsicherheit liegt hier im ökonomischen System und wird folglich auch als endogene Unsicherheit bezeichnet.

Des Weiteren werden in der Informationsökonomie drei Arten an Leistungseigenschaften bzw. Güter unterschieden, die darauf abzielen zu typologisieren, wie hoch der Grad der Unsicherheit ist, d. h. wie gut die Leistung des Anbieters durch den Nachfrager eingeschätzt werden kann.³³⁹ Dazu werden zum einen die Suchgüter, welche vor der Nutzung vom Nachfrager geprüft werden können, unterschieden. Zum anderen die Erfahrungsgüter, welche erst bei ihrer Nutzung überprüft werden können. Und schließlich unterscheidet man die Vertrauensgüter, bei denen der Nachfrager weder vor noch nach der Inanspruchnahme die Qualität der Leistung beurteilen kann.³⁴⁰ Laut *Woratschek* (1996) weiß der Nachfrager insbesondere bei diesen Gütern nicht, ob der Anbieter über das erforderliche Know-how verfügt und sich an-

³³⁵ Vgl. für einen detaillierten Überblick aller Ansätze der Neuen Institutionenökonomie u. a. *Stock-Homburg* (2007), S. 82 ff.

³³⁶ Vgl. beispielsweise *Alchian* (1961); *Williamson* (1990); *Furubotn/Richter* (1991).

³³⁷ Vgl. *Homburg/Krohmer* (2006), S. 58.

³³⁸ Vgl. *Kaas* (1990), S. 451; *Weiber/Adler* (1995), S. 47.

³³⁹ Vgl. *Kaas/Busch* (1996), S. 243.

³⁴⁰ Vgl. zur Typologisierung auch *Darby/Karni* (1973), S. 69; *Nelson* (1974), S. 738 ff.; und zugleich *Kaas* (1990), S. 542; *Weiber/Adler* (1995), S. 54; *Fließ* (2004), S. 33; *Homburg/Krohmer* (2006), S. 59 f.

gemessen für die Leistungserbringung einsetzt.³⁴¹ Die erbrachten Dienstleistungen der Ärzte können als Vertrauensleistung angesehen werden.

Da bei Vertrauensleistungen eine Orientierung anhand des Leistungsergebnisses kaum möglich ist, müssen sich die Kunden anderweitig orientieren.³⁴² So nimmt der Mitarbeiter eine besondere Rolle ein. „Der Eindruck, den der Kunde von Mitarbeitern, [...] gewinnt, entscheidet darüber, ob ein Absatzvorgang zustande kommt. Insbesondere dem Verhalten und Auftreten der Mitarbeiter kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu.“³⁴³

In der Literatur werden Maßnahmen zur Überwindung der zuvor dargelegten Unsicherheiten diskutiert. Dabei sind insbesondere Maßnahmen zu nennen, die auf die Überwindung von Informationsasymmetrien der Marktteilnehmer abzielen. Die meist diskutierten Maßnahmen sind das so genannte Screening und Signaling,³⁴⁴ auf die nachfolgend eingegangen wird.

Das Screening dient laut *Kaas* (1990) der Informationsgewinnung und geht von der nicht informierten Seite aus.³⁴⁵ Da dies sowohl von Seiten des Anbieters als auch von Seiten des Nachfragers der Fall sein kann, unterscheidet man das Screening durch den Anbieter und das durch den Nachfrager.

Beim Screening durch den Anbieter wird versucht, Informationen über den Nachfrager zu gewinnen. Dies könnte im Krankenhaus beispielsweise durch eine Befragung der Patienten bezüglich ihrer Bedürfnisse erfolgen. Beim Screening durch den Nachfrager versucht der Nachfrager hingegen Informationen über die angebotenen Leistungen zu gewinnen. Im Rahmen dieser Screening Aktivitäten wird dem Vertrauen insbesondere im Dienstleistungsbe-
reich, wozu auch die Krankenhausleistungen zählen, eine besondere Relevanz beigemessen.³⁴⁶

Beim Signaling wird hingegen die Information von der informierten Seite zur uninformierten Seite hin übertragen. Dies bedeutet, dass die Informationsübertragung nur von einer Seite aus

³⁴¹ Vgl. *Woratschek* (1996), S.62.

³⁴² Vgl. *Hilke* (1989), S. 16.

³⁴³ *Engelhardt et al.* (1993), S. 419.

³⁴⁴ Vgl. *Bössmann* (2000), S. 360.

³⁴⁵ Vgl. *Kaas* (1990), S. 541.

³⁴⁶ Vgl. *Kaas* (1990), S. 545.

erfolgen kann.³⁴⁷ Man unterscheidet zum einen das Signaling durch den Nachfrager, wobei dieser Informationen abgibt, um die Leistungen genauer zu spezifizieren. Zum anderen unterscheidet man das Signaling durch den Anbieter, wobei der Anbieter Informationen an die Nachfrager abgibt, um sie von der angebotenen Leistung zu überzeugen. Dadurch wird schließlich versucht, das Image des Krankenhauses direkt zu beeinflussen. Laut *Zeithaml* (1984) sind vor allem Nachfrager von Vertrauensleistungen, wozu auch die Krankenhausleistungen zu zählen sind, auf Signale der Mitarbeiter des Anbieters angewiesen.³⁴⁸

Somit trägt das Signaling maßgeblich zur Überzeugung der angebotenen Leistung und folglich zur Bildung des Krankenhausimages und somit zur Beeinflussung des Markterfolges bei.³⁴⁹

³⁴⁷ Vgl. *Kaas* (1990), S. 541.

³⁴⁸ Vgl. *Zeithaml* (1984), S. 191.

³⁴⁹ Vgl. dazu auch *Homburg/Krohmer* (2006), S. 60.

4.4. Ansätze zur theoretischen Fundierung der Hospital Performance Outcomes

Zur theoretischen Begründung der Auswirkungen des Markterfolges auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses werden im Folgenden Ansätze der Markterfolgssforschung herangezogen.

Laut *Homburg/Krohmer* (2006) beziehen sich marktbezogene Erfolgsgrößen auf die Erreichung von Zielen, die den Erfolg eines Unternehmens auf der Basis von tatsächlichen Verhaltensweisen der Kunden abbilden.³⁵⁰ Im Allgemeinen gilt die Kundenzufriedenheit als eine Schlüsselgröße des langfristigen Unternehmenserfolgs.³⁵¹ Es konnte in verschiedenen Arbeiten aufgezeigt werden, dass die Kundenzufriedenheit zum einen psychische Determinanten der Kunden, wie z. B. die Kundeneinstellung, das Vertrauen der Kunden, und zum anderen die Verhaltensweisen der Kunden, wie z. B. die Weiterempfehlungsabsicht, das Wiederkaufverhalten, beeinflussen und dadurch einen positiven Einfluss auf den ökonomischen Erfolg des Unternehmens haben.³⁵²

Da der Markterfolg wie in Abschnitt 2.3.3. aufgezeigt, in Anlehnung an *Homburg/Pflesser* (1999) insbesondere auf weichen Faktoren wie z. B. der Patientenzufriedenheit und der Weiterempfehlungsabsicht der Patienten basiert, welche auch in der Kundenbindungstheorie vorzufinden sind, wird diese zur Erklärung des Einflusses auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses herangezogen. Auf Basis der Wirkungskette der Kundenbindung zeigen *Homburg/Bruhn* (2005) auf, dass eine hohe Kundenzufriedenheit und die daraus resultierende hohe Weiterempfehlungsabsicht mit einer Steigerung des ökonomischen Erfolgs einhergeht.³⁵³

Diese Wirkungskette wird in der Marketingliteratur mit Hilfe verschiedener Ansätze begründet. Hierzu werden insbesondere sozialpsychologische, interaktionsorientierte, verhaltenswissenschaftliche und transaktionskostenorientierte Ansätze unterschieden.

Der *sozialpsychologische Ansatz* basiert auf der Sozialen Austauschtheorie, welche einen der ersten Erklärungsansätze für die Kundenbindung darstellt. Wie in Abschnitt 4.2. bereits auf-

³⁵⁰ Vgl. *Homburg/Krohmer* (2006), S. 651.

³⁵¹ Vgl. *Weinberg/Terlutter* (2005), S. 51.

³⁵² Vgl. u. a. *Halstead/Page* (1992); *Anderson/Sullivan* (1993); *Zeithaml et al.* (1996); *Mittal et al.* (1999); *Homburg/Stock* (2006); *Stock-Homburg* (2007).

³⁵³ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 10.

gezeigt, ist die Soziale Austauschtheorie geeignet, um den Verbleib eines Kunden innerhalb einer Organisation zu erklären. Vor diesem Hintergrund wird der sozialpsychologische Ansatz in der vorliegenden Arbeit genutzt, um die Wiederkehr eines Patienten und auch die Weiterempfehlung des Krankenhauses, sowie den daraus resultierenden Einfluss auf die Financial Performance des Hauses, zu erklären.

Der *interaktionsorientierte Ansatz* basiert auf die Betrachtung einer Kunden-Lieferanten-Beziehung und kommt insbesondere im Industriegüterbereich zum Einsatz. Im Rahmen dieses Ansatzes können grundsätzlich Totalmodelle und Partialmodelle unterschieden werden. Die Totalmodelle sind bemüht, sämtliche Facetten der Geschäftsbeziehung abzubilden. Im Mittelpunkt dieser Ansätze steht die Analyse des Interaktionsprozesses, welcher verschiedene Gründe für eine langfristige Geschäftsbeziehung vermuten lässt.³⁵⁴ *Wilson/Mummalaneni* (1988) versuchen die Entstehung einer Kunden-Lieferanten-Beziehung anhand persönlicher und struktureller Bindungen zu erklären.³⁵⁵ *Han* (1992) identifiziert darüber hinaus weitere Faktoren, die die Dauer der Geschäftsbeziehung beeinflussen. Hier ist insbesondere der Grad der Technologie und der Grad der gegenseitigen Anpassung der Interaktionspartner zu nennen.³⁵⁶ Dahingegen betrachten die Partialmodelle nur bestimmte Beziehungsstrukturen oder deren Entstehung.³⁵⁷ Da diese Ansätze nach *Homburg/Bruhn* (2005) vor allem im Industriegüterbereich zur Erklärung der Kunden-Lieferanten Beziehung Verwendung finden,³⁵⁸ werden diese Ansätze zur Erklärung der Hospital Performance als nicht geeignet angesehen und im weiteren Verlauf der Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

Darüber hinaus ist der *verhaltenswissenschaftliche Ansatz* zu nennen. Da der finanzielle Erfolg des Krankenhauses unter anderem von dem Verhalten der Patienten, wie z. B. der Weiterempfehlungsabsicht, abhängt, ist dieser Ansatz in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse. Hier sind insbesondere die Lerntheorie und die Risikotheorie zu nennen, die im weiteren Verlauf der Arbeit als theoretischer Bezugspunkt herangezogen werden.

³⁵⁴ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 13.

³⁵⁵ Vgl. *Wilson/Mummalaneni* (1988).

³⁵⁶ Vgl. *Han* (1992).

³⁵⁷ Vgl. dazu beispielsweise *Dwyer et al.* (1987).

³⁵⁸ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 13.

Abschließend ist der *transaktionskostenorientierte Ansatz* zu erwähnen, der auf *Coase* (1937) zurückgeht.³⁵⁹ Hierbei erfolgt im Wesentlichen eine Abkehr von der klassischen mikroökonomischen Theorie der perfekten Märkte. Der Ansatz basiert auf der Annahme, dass Individuen opportunistisch und nicht rational handeln,³⁶⁰ und die Koordination von einer Geschäftsbeziehung mit so genannten Transaktionskosten verbunden sind. Als Transaktionskosten werden Kosten für die Anbahnung, Abwicklung, Kontrolle, Anpassung und Abwicklung von Verträgen und den Opportunitätskosten bezeichnet. In der Transaktionskostentheorie wird davon ausgegangen, dass diese Kosten mit steigender Unsicherheit, Spezifität und Transaktionshäufigkeit überproportional ansteigen.³⁶¹ Die Transaktionskosten sind jedoch schwierig zu quantifizieren.³⁶² Laut *Homburg/Krohmer* (2006) findet die Transaktionskostentheorie in der Marketingforschung primär im Zusammenhang mit der Gestaltung von Beziehungen zu Firmenkunden und im Zusammenhang der Vertriebswegegestaltung Anwendung.³⁶³ Vor diesem Hintergrund wird der transaktionsorientierte Ansatz als nicht geeignet angesehen, um den vorliegenden Wirkungsmechanismus im Krankenhaus theoretisch zu begründen.

Im Folgenden wird auf die für die vorliegende Arbeit relevanten Theorien detailliert eingegangen.³⁶⁴

4.4.1. Der sozialpsychologische Ansatz

In diesen Forschungsbereich kann man die Soziale Austauschtheorie und die Soziale Beziehungslehre einordnen. Die *Soziale Austauschtheorie* basiert auf der Arbeit von *Thibaut/Kelley* (1986),³⁶⁵ nach der der soziale Austausch als eine Situation beschrieben wird, in der das Verhalten einer Person verstärkt oder abgeschwächt werden kann und die beteiligten Personen versuchen, ihren Nutzen zu maximieren bzw. negative Effekte zu minimieren. Sie postulieren, dass die beteiligten Personen das wahrgenommene Ergebnis mit einem Vergleichsergebnis in Relation bringen. Liegt das Ergebnis über dem Vergleichsniveau, ergibt sich Zufriedenheit, liegt es hingegen unter dem Vergleichsniveau, kommt es zu Unzufriedenheit.³⁶⁶ Der Ver-

³⁵⁹ Vgl. *Coase* (1937).

³⁶⁰ Vgl. *Picot/Dietl* (1990).

³⁶¹ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 15.

³⁶² Vgl. *Schneider* (1994).

³⁶³ Vgl. *Homburg/Krohmer* (2006), S. 214.

³⁶⁴ Einen Überblick aller genannten Ansätze geben beispielsweise *Homburg/Bruhn* (2005), S. 12 ff.

³⁶⁵ Vgl. *Thibaut/Kelley* (1986).

³⁶⁶ Vgl. dazu auch die Ausführungen zum C/D-Paradigma in Abschnitt 2.3.2.

gleich mit einem alternativen Vergleichsniveau entscheidet jedoch erst darüber, ob die Geschäftsbeziehung abgebrochen oder weiter fortgeführt wird.³⁶⁷

Die *Soziale Beziehungslehre* kann als Weiterentwicklung der sozialen Austauschbeziehung angesehen werden. Zusätzlich zur Zufriedenheit und Qualität der Leistung können weitere Indikatoren auf die Fortführung der Geschäftsbeziehung einwirken. Hier ist insbesondere die Arbeit von *Rusbult* (1983) zu nennen, welcher in die soziale Austauschtheorie zusätzlich das Commitment integriert hat. Die Bindung an ein Unternehmen wird umso größer, je höher die Zufriedenheit ist und je unattraktiver ein Wechsel ist.³⁶⁸

Auf Basis dieser Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass sich die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Leistung auf die Fortführung der Geschäftsbeziehung bzw. auf die Weiterempfehlungsabsicht auswirken und folglich einen Einfluss auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses haben.

4.4.2. Der verhaltenswissenschaftliche Ansatz

Wie bereits dargelegt, wird der finanzielle Erfolg des Krankenhauses mit von der Patientenzufriedenheit und Patientenloyalität beeinflusst. Folglich werden zur Erklärung dieses Zusammenhangs in Anlehnung an die Marketingforschung zur Kundenbindung³⁶⁹ die Lerntheorie und die Risikotheorie, welche zu den verhaltenswissenschaftlichen Theorien gezählt werden können, aufgezeigt.

Aufgrund der Vielschichtigkeit und Komplexität des menschlichen Lernens existieren zahlreiche *Lerntheorien*.³⁷⁰ Das Lernen wird als ein Prozess bezeichnet, in dem die gemachten Erfahrungen zu einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung führen.³⁷¹ In der Literatur werden vier Arten des Lernens unterscheiden:³⁷²

- Die klassische Konditionierung,
- die instrumentelle bzw. operante Konditionierung,

³⁶⁷ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 12.

³⁶⁸ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 13.

³⁶⁹ Vgl. *Homburg/Bruhn* (2005), S. 13; *Homburg et al.* (2005), S. 102 ff.

³⁷⁰ Einen Überblick dieser Theorien gibt beispielsweise *Bower/Hilgard* (1984).

³⁷¹ Vgl. *Hanna/Wozniak* (2001), S. 137.

³⁷² Vgl. dazu beispielsweise *Sheth et al.* (1999), S. 310.

- das kognitive Lernen und
- das Modelllernen.

Für die theoretische Fundierung des Zusammenhangs zwischen dem Markterfolg und dem finanziellen Erfolg des Krankenhauses ist insbesondere die instrumentelle bzw. operante Konditionierung, welche auch als Lernen nach dem Verstärkerprinzip bezeichnet wird, von Bedeutung. Hier wird davon ausgegangen, dass nutzenbringende Verhaltensweisen der Vergangenheit beibehalten werden, während Verhaltensweisen die keinen Nutzen bringen abgestellt werden bzw. zu Verhaltensänderungen führen.³⁷³

Der enge Bezug der Lerntheorie zum Zusammenhang des Markterfolgs und des finanziellen Erfolgs kann wie folgt erklärt werden: Ist der Kunde mit der Leistung zufrieden, so wirkt sich diese Zufriedenheit als positive Verhaltensverstärkung aus und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, das Krankenhaus weiterzuempfehlen oder bei der nächsten Gelegenheit wieder dieses Krankenhaus zu nutzen.³⁷⁴ Dieser Markterfolg wirkt sich positiv auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses aus, da mehr Patienten das Krankenhaus aufsuchen werden und folglich mehr Einnahmen generiert werden können.

Im Rahmen der *Risikotheorie* wird davon ausgegangen, dass der Kunde versucht, sein subjektiv wahrgenommenes kaufspezifisches Risiko möglichst gering zu halten. Das empfundene Risiko entsteht aufgrund unvollständiger Informationen der Kunden, welches zu einer Abweichung zwischen ihren Erwartungen und den absehbaren Folgen ihrer Entscheidung führen kann.³⁷⁵ Grundsätzlich wird in der Literatur funktionelles, finanzielles, physisches, psychologisches und soziales Risiko unterschieden.³⁷⁶ Während sich die finanziellen Risiken auf den Verlust der eingesetzten Mittel konzentrieren, befasst sich das physische Risiko mit der Gefahr, Gesundheitsschäden durch ein Produkt zu tragen. Ein psychologisches Risiko bezeichnet die fehlende persönliche Identifikation mit dem Produkt. Ein soziales Risiko liegt vor, wenn das Produkt bestimmten Normen widerspricht.³⁷⁷ Durch die Wiederholung bekannter Kaufentscheidungen bzw. durch die Wiederwahl des gleichen Krankenhauses kann der Patient das

³⁷³ Vgl. u. a. Wilkie (1994), S. 270; Hanna/Wozniak (2001), S. 142.

³⁷⁴ Vgl. Homburg et al. (2005), S.103.

³⁷⁵ Vgl. Kroeber-Riel/Weinberg (2003), S. 251; Hoyer/McInnis (2007), S. 45 ff.

³⁷⁶ Vgl. Kuß/Diller (2001), S. 758.

³⁷⁷ Vgl. Homburg et al. (2005), S. 103 f.

Risiko einer potenziellen Unzufriedenheit senken. Diese Patientenbindung hat einen positiven Einfluss auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses.

Die zuvor dargelegten theoretischen Bezugspunkte leisten einen wesentlichen Beitrag zur Analyse der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst. Dazu wurden sowohl Ansätze der Arbeitswissenschaft, verhaltenswissenschaftliche Theorien, die Informationsökonomie und Ansätze der Markterfolgswissenschaft herangezogen. Nachfolgend werden zur Veranschaulichung die wichtigsten theoretischen Bezugspunkte der vorliegenden Untersuchung tabellarisch dargestellt.

Theorie	Begründeter Effekt
Arbeitswissenschaft	Eine lange Arbeitszeit hat eine negative Auswirkung auf die Arbeitsbelastung.
Arbeitswissenschaft	Eine lange Arbeitszeit hat eine negative Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit.
Arbeitswissenschaft	Eine lange Arbeitszeit hat eine positive Auswirkung auf die Informationsweitergabe.
Balancetheorie	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat eine positive Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit.
Emotional Contagion Konzept	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat eine positive Auswirkung auf die Weiterempfehlungsabsicht der Patienten und die Patientenzufriedenheit.
Equitytheorie	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat eine positive Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit.
Informationsökonomie	Die Mitarbeiterzufriedenheit hat eine positive Auswirkung auf das Image des Krankenhauses.
Ansätze der Markterfolgswissenschaft	Der Markterfolg hat eine positive Auswirkung auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses.

Tab. 14: Überblick der begründeten Zusammenhänge auf Basis der theoretischen Bezugspunkte

5. Entwicklung des Untersuchungsmodells und die Herleitung forschungsleitender Hypothesen

Die nachfolgende empirische Untersuchung der „*Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst*“ auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und die Hospital Business Performance Outcomes erfolgt auf Basis eines theoretisch fundierten Untersuchungsmodells. Dabei wird die zu untersuchende Fragestellung nicht isoliert vorgenommen. Vielmehr werden die interessierenden Konstrukte in eine Wirkungskette eingebunden.³⁷⁸ In den anschließenden Ausführungen werden die forschungsleitenden Hypothesen formuliert. Die Formulierung orientiert sich dabei an den in Abschnitt 3 dargelegten bestehenden Forschungsergebnissen und dem zuvor aufgezeigten theoretischen Bezugsrahmen.

5.1. Hypothesen zum Einfluss der Arbeitszeitorganisation

Ausgangspunkt der ersten theoretischen Überlegungen ist die Fragestellung, ob die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Krankenhausärzte mit der Arbeitszeit hat. Wie in Abschnitt 2.2.3. bereits aufgezeigt wurde, wird die Länge der Arbeitszeit und der damit zusammenhängenden Freizeitblöcke maßgeblich durch die Art des Arbeitszeitmodells mitbestimmt.³⁷⁹ So sind im alten Arbeitszeitmodell längere Arbeitszeiten in Verbindung mit längeren Freizeitblöcken an einem Stück vorzufinden, während im neuen Arbeitszeitmodell kürzere Arbeitszeiten an einem Stück verbunden mit vergleichsweise kurzen zusammenhängenden Freizeiten aufzufinden sind.³⁸⁰ So hat *Krings* (1999) in einer Studie die Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Arbeitszeit von Mitarbeitern der chirurgischen Intensivstation untersucht. Er konnte in seiner Studie darlegen, dass die Ärzte in Zweischichtmodellen eine höhere Freude an der Arbeit empfinden als Ärzte in Dreischichtmodellen.³⁸¹ Die Arbeitszeitorganisation der Intensivstation lässt sich jedoch nicht auf alle Krankenhausabteilungen übertragen. Darüber hinaus werden in der Studie von *Krings* (1999) nur Zwei- und Dreischichtmodelle betrachtet. Da jedoch, wie in Abschnitt 3 dargelegt, keine allgemeine Aussage für den Krankenhausbereich existiert, muss die erste Hypothese wie folgt lauten:

³⁷⁸ Vgl. dazu auch Abb. 1, welche die zu untersuchende Fragestellung vereinfacht darstellt.

³⁷⁹ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 2.2.3.

³⁸⁰ Vgl. *Krings* (1999), S. 55.

³⁸¹ Vgl. *Krings* (1999), S.55.

H₁: Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte.

Wie in Abschnitt 4.1.1. bereits aufgezeigt wurde, besteht in der Arbeitswissenschaft Einigkeit darüber, dass die Organisation der Arbeitszeit bzw. die Wahl des Arbeitszeitmodells die Arbeitsbelastung, die Abstimmungsmöglichkeiten untereinander und die daraus resultierenden Möglichkeiten der Patientenversorgung bestimmen. Dies ist insbesondere von Interesse, da sich das neue ArbZG u. a. zum Ziel gesetzt hat, eine Reduzierung der stressbedingten Belastung der Mitarbeiter sowie eine gesundheitsgerechte Arbeitszeitgestaltung und eine optimale Patientenversorgung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund basieren die Überlegungen hinsichtlich der Auswirkungen der verschiedenen Arbeitszeitmodelle auf Ansätzen der Arbeitswissenschaft, insbesondere der Arbeitszeitforschung. Da es sich bei den Studien der Arbeitswissenschaft hauptsächlich um krankenhausfremde Studien handelt, soll zunächst überprüft werden, ob die Annahmen für Arbeitszeitmodelle auf das Krankenhaus übertragbar sind.

Darüber hinaus liegen aufgrund empirischer Arbeiten bereits erste Erkenntnisse hinsichtlich des Einflusses eines Arbeitszeitmodells von Krankenhausärzten auf die Arbeitsbelastung und die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Ärzten vor.³⁸² So können *Krings et al.* (1999) in ihrer Studie für chirurgische Intensivstationen nicht die aufgestellte Vermutung bestätigen, dass täglich kürzere Arbeitszeiten an einem Stück, wie es im neuen Arbeitszeitmodell ebenfalls der Fall ist, die Arbeitsbelastung der Ärzte verringern.³⁸³ *Strotbek/Schlaudt* (2005) zeigen in ihrer Arbeit auf, dass die Mehrheit der Ärzte grundsätzlich im Krankenhaus Informationsverluste vermutet.³⁸⁴ *Maseizik et al.* (1999) und *Pistorius et al.* (1999) legen darüber hinaus in ihrer Studie für chirurgische Intensivstationen dar, dass bezüglich der Abstimmung zwischen den Ärzten, entgegen der Annahme der Arbeitswissenschaft, keine Informationsverluste von einer Schicht zur nächsten in Abhängigkeit von den verschiedenen Arbeitszeitmodellen festzustellen sind.³⁸⁵

Da sich diese Ergebnisse jedoch lediglich auf chirurgische Intensivstationen beziehen, können sie nicht auf sämtliche Abteilungen des Krankenhauses übertragen werden. Schließlich weist

³⁸² Vgl. dazu auch Abschnitt 3.1.2.

³⁸³ Vgl. *Krings* (1999), S. 54.

³⁸⁴ Vgl. *Strotbek/Schlaudt* (2005), S. 105.

³⁸⁵ Vgl. *Maseizik et al.* (1999), S. 61 f; *Pistorius et al.* (1999), S. 69 f.

Krings (1999) im Rahmen seiner Untersuchung ausdrücklich auf die besondere Arbeitssituation chirurgischer Intensivstationen hin.³⁸⁶ Da die nachfolgende Untersuchung jedoch den gesamten Krankenhausbereich analysiert, müssen folglich die nachfolgenden Hypothesen lauten:

H₂: Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte.

H₃: Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Abstimmung zwischen den Krankenhausärzten.

Schließlich wird das Arzt-Patienten Verhältnis laut Bollschweiler (1999) insbesondere durch das Vertrauen des Patienten in den behandelnden Arzt geprägt. Um dieses Vertrauensverhältnis im Krankenhaus zu fördern, ist man bemüht, dem Patienten stets einen behandelnden Arzt als Ansprechpartner zu geben. Dies hat oftmals die Folge, dass die Arbeitszeiten der zuständigen Ärzte sehr lang sind.³⁸⁷ So sind in der Literatur Kritiker vorzufinden, die konstatieren, dass sich dadurch ein eventueller Qualitätsverlust der Patientenversorgung ergibt.³⁸⁸ Laut Clade (1998) kann ein Arzt, der bereits einen langen Dienst hinter sich hat, nicht mehr seine volle Leistungsfähigkeit erbringen, wodurch gleichzeitig die Patientenversorgung beeinflusst würde.³⁸⁹ Da in der vorliegenden Arbeit die Möglichkeiten der Patientenversorgung für die gesamte Wirkungskette von Bedeutung sind, muss nachfolgende Hypothese überprüft werden:

H₄: Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Patientenversorgung.

Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeiten der Patientenversorgung neben der Arbeitszeitorganisation auch durch die Arbeitsbelastung und die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte beeinflusst werden. Dieser Zusammenhang lässt sich auf Basis der in Abschnitt 4.1.1. aufgezeigten theoretischen Ansätze der Arbeitswissen-

³⁸⁶ Vgl. Krings (1999), S. 54.

³⁸⁷ Vgl. Bollschweiler (1999), S. 27.

³⁸⁸ Vgl. z. B. Wesnes et al. (1997), S. 483 ff.

³⁸⁹ Vgl. Clade (1998). Vgl. dazu auch Wesnes et al. (1997), S. 483 ff.

schaft begründen. Arbeitswissenschaftlich konnte aufgezeigt werden, dass eine hohe Arbeitsbelastung viele Fehlerraten mit sich bringt. Folglich kann ein negativer Zusammenhang zwischen einer hohen Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte und der Patientenversorgung unterstellt werden.

Zur Sicherstellung einer guten Patientenversorgung ist es ebenfalls notwendig, allen behandelnden Ärzten ausreichend Informationen über die jeweiligen Patienten zur Verfügung zu stellen. Diese Informationsweitergabe muss insbesondere bei einer Schichtübergabe gewährleistet werden. So zeigen *Krings et al.* (1999) in ihrer Studie für chirurgische Intensivstationen auf, dass die Informationsverluste mit einer zunehmenden Zahl an Schnittstellen zunehmen und dadurch die Qualität der Patientenversorgung sinkt. Auch *Stock/Gaitanides* (2006) und *Stock* (2005a) zeigen in einer Studie für krankenhausfremde Branchen auf, dass eine gute interne Abstimmungsmöglichkeit einen Einfluss auf die Effektivität und Qualität der Leistung hat.³⁹⁰ Auf Basis dieser Überlegungen kann ein positiver Einfluss der guten Abstimmungsmöglichkeit zwischen den Krankenhausärzten auf die Patientenversorgung abgeleitet werden. Folglich müssen die nachfolgenden Hypothesen lauten:

- H₅: Eine hohe Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte wirkt sich negativ auf die Patientenversorgung aus.*
- H₆: Eine gute Abstimmungsmöglichkeit der Krankenhausärzte wirkt sich positiv auf die Patientenversorgung aus.*

5.2. Hypothesen zum Einfluss der Arbeitszeitorganisation auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte

Eine zentrale Fragestellung der Arbeit ist, ob und inwiefern die Arbeitszeitorganisation bzw. das Arbeitszeitmodell die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte beeinflusst. Bislang existieren offensichtlich noch keine gesicherten Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte. Aufbauend auf den vorangegangenen Ausführungen zum Einfluss der Arbeitszeitorganisation, müssen

³⁹⁰ Vgl. *Stock* (2005a), S. 972 ff.; *Stock/Gaitanides* (2006), S. 57.

die dort unterstellten Zusammenhänge, d. h. die Arbeitszeitzufriedenheit, die Arbeitsbelastung, die Abstimmungsmöglichkeiten und die Möglichkeiten der Patientenversorgung hinsichtlich ihres Einflusses auf die Mitarbeiterzufriedenheit überprüft werden.

Da die Arbeitszeitzufriedenheit auch als ein Einzelaspekt der Gesamtzufriedenheit angesehen werden kann,³⁹¹ kann davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitszeitzufriedenheit positiv auf die Gesamtzufriedenheit, d. h. auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt. Folglich muss die zu untersuchende Hypothese lauten:

H₇: Die Arbeitszeitzufriedenheit wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.

Glomb et al. (2004), Weller et al. (2000) und Grandey (2000) zeigen darüber hinaus für krankenhausfremde Branchen auf, dass die Arbeitsbelastung einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit hat.³⁹² Aufbauend auf diesen Überlegungen und den in Abschnitt 5.1. aufgestellten Wirkungszusammenhängen werden die nachfolgenden Hypothesen formuliert:

H₈: Eine hohe Arbeitsbelastung wirkt sich negativ auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.

H₉: Eine gute Abstimmungsmöglichkeit wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.

H₁₀: Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.

Da explizit auf die unterschiedlichen Auswirkungen des alten und neuen Arbeitszeitmodells eingegangen werden soll, werden schließlich die Auswirkungen der verschiedenen Arbeitszeitmodelle separiert betrachtet.

Bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells wird in der Praxis grundsätzlich versucht, die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter mit zu berücksichtigen, um eine hohe Akzep-

³⁹¹ Vgl. zur Messung von Einzelaspekten der Zufriedenheit u. a. Bagozzi (1978); Hoffmann/Ingram (1992).

³⁹² Vgl. Weller et al. (2000), S. 228 ff; Grandey (2000), S. 95 ff.; Glomb et al. (2004), S. 700.

tanz des neuen Modells bei den Mitarbeitern zu erreichen und schließlich eine erfolgreiche Modelleinführung zu gewährleisten. Durch die Einbindung der Mitarbeiter im Rahmen des neuen Arbeitszeitmodells kann davon ausgegangen werden, dass eine höhere Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte vorliegt, als im alten Arbeitszeitmodell. Diese höhere wahrgenommene Arbeitszeitzufriedenheit führt gemäß dem C/D-Paradigma³⁹³ zu einem positiven Effekt auf die Mitarbeiterzufriedenheit, da die wahrgenommene Ist-Leistung (Arbeitszeitzufriedenheit) durch die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Ärzte der Soll-Leistung entspricht, wodurch wiederum die Mitarbeiterzufriedenheit positiv beeinflusst wird. Im alten Arbeitszeitmodell entspricht die Ist-Leistung (Arbeitszeitzufriedenheit) hingegen nicht der erwarteten Soll-Leistung, wodurch Mitarbeiterunzufriedenheit entsteht.³⁹⁴ Folglich kann angenommen werden, dass sich die Arbeitszeitzufriedenheit positiver im neuen Arbeitszeitmodell auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt, als im alten Arbeitszeitmodell. Somit muss die nachfolgende Hypothese lauten:

H₁₁: Die Arbeitszeitzufriedenheit wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im alten Arbeitszeitmodell.

Wie bereits aufgezeigt, wird bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells in der Praxis darauf Wert gelegt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Krankenhausärzte mit berücksichtigt werden. Hierzu zählen auch die Reduzierung der hohen Arbeitsbelastung und der Informationsaustausch untereinander, die häufig von Seiten der Krankenhausärzte kritisiert werden. So wurde in Gliederungsabschnitt 4.1.1. auf Basis der Theorie der Arbeitswissenschaft dargelegt, dass die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte aufgrund der längeren Arbeitszeiten an einem Stück und der dadurch resultierenden höheren Belastung der Ärzte im alten Arbeitszeitmodell höher ist als im neuen Arbeitszeitmodell. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass im alten Arbeitszeitmodell eine höhere Arbeitsbelastung vorliegt als im neuen Arbeitszeitmodell. Gemäß dem C/D-Paradigma kann man folgern, dass die verstärkt wahrgenommene Arbeitsbelastung im alten Arbeitszeitmodell zu einem negativen Effekt auf die Mitarbeiterzufriedenheit führt, da die wahrgenommene Ist-Leistung (Arbeitsbelastung) nicht der erwarteten Soll-Leistung entspricht, wodurch wiederum die Mitarbeiterzufriedenheit negativ beeinflusst wird bzw. Unzufriedenheit entsteht.³⁹⁵ Dahingegen wird im neuen Arbeitszeitmo-

³⁹³ Vgl. dazu die Ausführungen zum C/D-Paradigma im Gliederungsabschnitt 2.3.1.2.

³⁹⁴ Vgl. Homburg et al. (2005), S. 96; Weinberg/Terlutter (2005), S. 51.

³⁹⁵ Vgl. dazu die Ausführungen zum C/D-Paradigma im Gliederungsabschnitt 2.3.1.2.

dell explizit auf die Bedürfnisse der Krankenhausärzte eingegangen, so dass zu erwarten ist, dass die Ist-Leistung im Bezug auf die Arbeitsbelastung der erwarteten Soll-Leistung entspricht bzw. sehr nahe kommt.

Darüber hinaus haben *Krings et al.* (1999) in ihrer Arbeit aufgezeigt, dass es im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der längeren Arbeitszeiten am Stück und der dadurch bedingten geringeren Schnittstellen, an denen es zu Informationsverlusten kommen könnte, weniger Abstimmungsprobleme gibt als im neuen Arbeitszeitmodell.³⁹⁶ Auf Basis der vorangegangenen Überlegungen und dem C/D-Paradigma³⁹⁷ ist zu folgern, dass die wahrgenommene Ist-Leistung bzgl. der Abstimmungsmöglichkeiten im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der geringeren Schnittstellen größer ist und sich folglich positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt.

Aufbauend auf diesen Überlegungen können folgende Implikationen für die vorliegende Untersuchung gefolgert werden:

H₁₂: Eine hohe Arbeitsbelastung wirkt sich im alten Arbeitszeitmodell negativer auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im neuen Arbeitszeitmodell.

H₁₃: Im alten Arbeitszeitmodell wirkt sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im neuen Arbeitszeitmodell.

Ebenso haben *Krings et al.* (1999)³⁹⁸ in ihrer Studie dargelegt, dass eine bessere Abstimmung zwischen den Ärzten erfolgen kann, wenn längere Arbeitszeiten an einem Stück erfolgen, wie es auch im alten Arbeitszeitmodell der Fall ist. Da bei jedem Schichtwechsel eine Abstimmung zwischen den Ärzten erfolgen muss, kann es bei jedem Wechsel auch zu Informationsverlusten kommen. Die Qualität der Patientenversorgung wird jedoch maßgeblich durch die Weitergabe von Informationen bzw. die Absprachen der Krankenhausärzte beeinflusst. Nur wenn eine gute Abstimmung möglich ist, können beispielsweise zeitaufwendige Doppelunter-

³⁹⁶ Vgl. *Krings et al.* (1999). *Krings et al.* (1999) haben in ihrer Studie acht und zwölf- Stundenschichten verglichen, die jedoch mit der Länge der alten und neuen Arbeitszeitmodelle vergleichbar sind. Vgl. dazu auch Tab. 3 in der vorliegenden Arbeit.

³⁹⁷ Vgl. dazu auch *Homburg et al.* (2005), S. 96 f.

³⁹⁸ Vgl. *Krings et al.* (1999) und die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.

suchungen unterbleiben, die Erfahrungen von Kollegen, die bereits lange im Krankenhaus arbeiten mit ins Behandlungsschema einfließen oder die Ansprache des Patienten auf die aktuelle Behandlung untereinander besprochen werden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der geringeren Schnittstellen geringere Informationsverluste gibt als im neuen Arbeitszeitmodell. Diese besseren Abstimmungsmöglichkeiten wirken sich wiederum positiv auf die Qualität der Patientenversorgung aus. Vor diesem Hintergrund muss die nachfolgende Hypothese lauten:

H₁₄: Im alten Arbeitszeitmodell wirken sich die guten Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten positiver auf die Patientenversorgung aus als im neuen Arbeitszeitmodell.

In der Literatur sind einige Arbeiten vorzufinden, die die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte als wesentlichen Einflussfaktor auf die Patientenversorgung darstellen.³⁹⁹ Ein wesentliches Ziel des neuen ArbZG ist es schließlich, die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte zu reduzieren. So zeigen *Krings et al.* (1999) in ihrer Studie auf, dass in Zwei-Schichtmodellen, die mit dem alten Arbeitszeitmodell vergleichbar sind, eine höhere Arbeitsbelastung in Verbindung mit einer höheren Fehlerrate bei der Patientenbehandlung vorzufinden ist, als in Drei-Schichtmodellen, die dem neuen Arbeitszeitmodell entsprechen.⁴⁰⁰ Dies lässt die Vermutung zu, dass die hohe Arbeitsbelastung im alten Arbeitszeitmodell eine höhere Fehlerrate in der Patientenbehandlung mit sich bringt und folglich einen negativen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Da im Rahmen einer Neuorganisation von Arbeitszeitmodellen in der Praxis ein besonderer Wert auf eine geringere Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte und eine gute Patientenversorgung gelegt wird, kann vermutet werden, dass der negative Effekt der Arbeitsbelastung auf die Patientenversorgung im neuen Arbeitszeitmodell geringer ist. Aufbauend auf diesen Überlegungen muss nachfolgende zu untersuchende Hypothese lauten:

H₁₅: Die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte hat im alten Arbeitszeitmodell einen negativeren Einfluss auf die Patientenversorgung als im neuen Arbeitszeitmodell.

Schließlich kann man davon ausgehen, dass das Ziel eines jeden Krankenhausarztes in der bestmöglichen Versorgung seiner Patienten liegt. Folglich kann man annehmen, dass die

³⁹⁹ Vgl. u. a. *Smith et al.* (1998); *Bollschweiler* (1999), *Krings et al.* (1999).

⁴⁰⁰ Vgl. dazu auch die Ausführungen zu *Krings et al.* (1999) in Gliederungsabschnitt 3.1.2.

Möglichkeiten der Patientenversorgung sich auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirken. So wird der Krankenhausarzt gemäß dem C/D-Paradigma⁴⁰¹ die erreichte Ist-Leistung (Patientenversorgung) mit der erwarteten Soll-Leistung verglichen. Stimmt die Ist-Leistung mit der Soll-Leistung überein, oder ist sie sogar größer, ist der Krankenhausarzt zufrieden. Da ein wesentliches Ziel des neuen ArbZG in der Erreichung einer optimalen Patientenversorgung liegt,⁴⁰² kann davon ausgegangen werden, dass diese im neuen Arbeitszeitmodell eher den Erwartungen des Krankenhausarztes und damit der Soll-Leistung entspricht, als im alten Arbeitszeitmodell und sich somit auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt. Folglich kann folgende Hypothese hergeleitet werden:

H₁₆: Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im alten Arbeitszeitmodell.

Die nachfolgende Abbildung zeigt zum besseren Verständnis noch einmal die unterstellten Wirkungszusammenhänge auf:

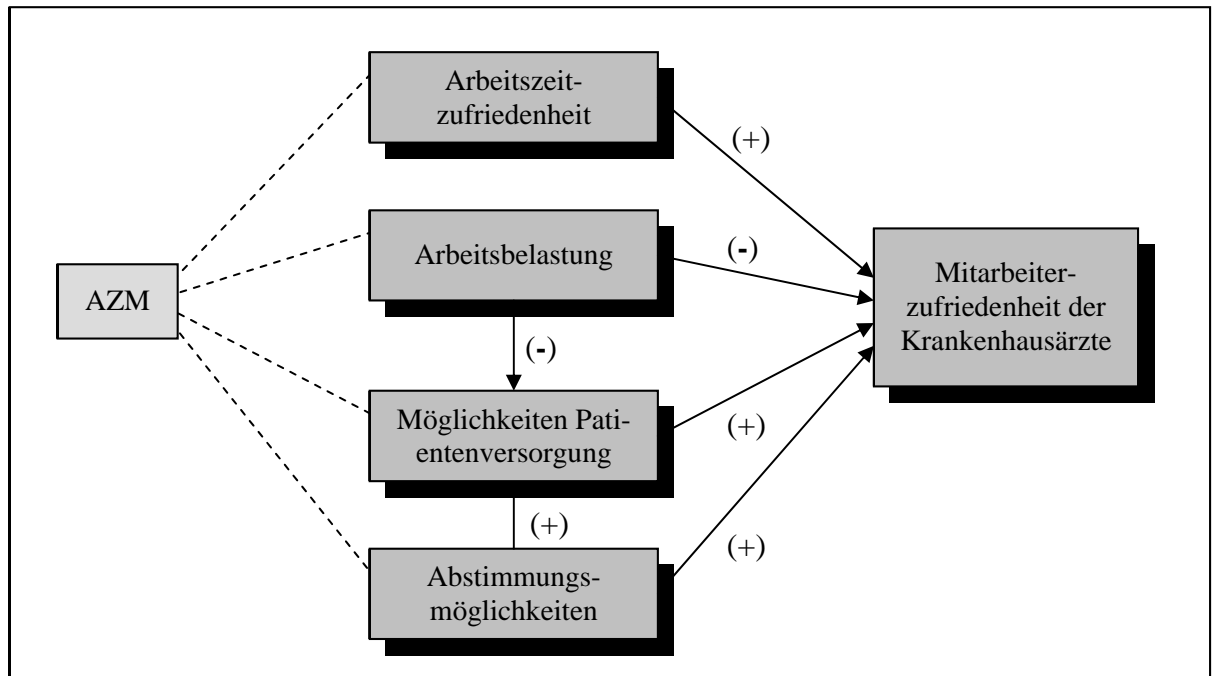


Abb. 14: Einflüsse der Arbeitszeitorganisation, die auf die Mitarbeiterzufriedenheit einwirken

⁴⁰¹ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.1.2.

⁴⁰² Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.2.

5.3. Hypothesen zum Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Hospital Performance Outcomes

Ein weiteres zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit besteht in der Untersuchung, ob die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte einen Einfluss auf die Hospital Performance Outcomes hat.

Auch hier wird, wie in Abb. 15 dargestellt, von einer Wirkungskette der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf den Markterfolg und den finanziellen Krankenhauserfolg ausgegangen. Der direkte Effekt der Mitarbeiterzufriedenheit auf den Markterfolg bedeutet, dass eine Veränderung der Zufriedenheit der Krankenhausärzte eine direkte Veränderung des Markterfolges mit sich bringt.

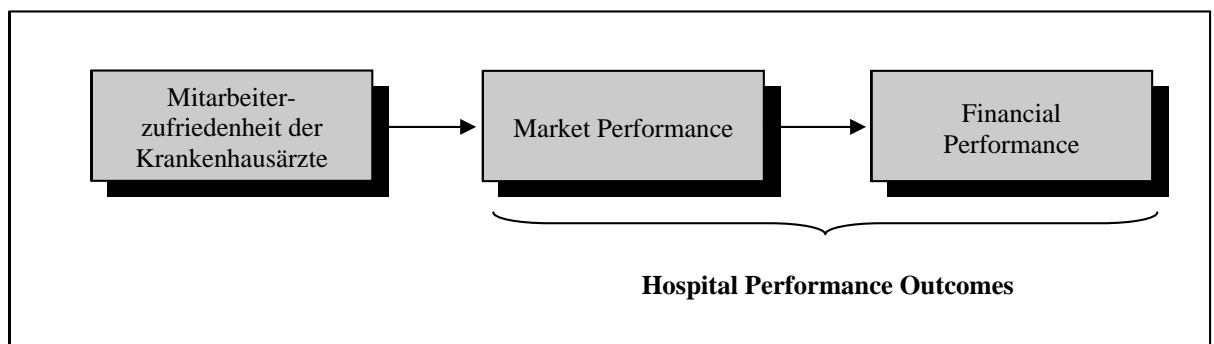


Abb. 15: Wirkungskette Mitarbeiterzufriedenheit und Hospital Performance Outcomes

Es wird von der Annahme ausgegangen, dass sich die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte positiv auf den Markterfolg des Krankenhauses auswirkt. Begründen lässt sich die unterstellte positive Kausalrichtung zum einen durch die zuvor diskutierten empirischen Beiträge, zum anderen durch die zuvor aufgezeigten theoretischen Überlegungen zum Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf den Markterfolg.

Auf Basis der vorangegangenen theoretischen Überlegungen wird ein positiver Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Patientenzufriedenheit unterstellt. Dieser Einfluss lässt sich, wie in Abschnitt 4.2.1. aufgezeigt, auf Grundlage der Balancetheorie erklären. Es wird davon ausgegangen, dass der Mitarbeiter den Patienten beeinflusst. Demzu-

folge wird der Patient seine Unzufriedenheit an die positive Einstellung des Krankenhausarztes anpassen, was wiederum zu einem Zuwachs an Patientenzufriedenheit führt.⁴⁰³

Der positive Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit kann auch in Bezug auf die in Abschnitt 4.2.3. dargelegte Equitytheorie angenommen werden. Gemäß der Equitytheorie kann bei einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit des Krankenhausarztes davon ausgegangen werden, dass der Arzt entsprechend positive Verhaltensweisen und gute Leistungen gegenüber den Patienten erbringen wird, um Gerechtigkeit im Interaktionsverhältnis zu erlangen.⁴⁰⁴

Schließlich wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte und der Weiterempfehlung des Krankenhauses durch die Patienten angenommen. So konstatiert *Schwing* (2005), dass eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit ein hohes Maß an Patientenweiterempfehlungen ermöglicht.⁴⁰⁵ Dieser unterstellte Zusammenhang kann durch das Emotional Contagion Konzept erklärt werden. Nach dem Emotional Contagion Konzept werden die Emotionen resultierend aus dem Patienten-Arzt Kontakt auf die Emotionen des Patienten übertragen. Diese Übertragung führt beim Patienten zu einer positiven Anpassung seiner Einstellung gegenüber dem Krankenhaus, welche sich in Form einer Weiterempfehlung widerspiegeln kann.⁴⁰⁶

Helmig (2005) zeigt in seiner Arbeit auf, dass unter anderem der Begriff Krankenhausimage bei den Krankenhausmanagern am häufigsten mit dem Begriff Erfolg in Verbindung gebracht wird.⁴⁰⁷ Auf Basis der Informationsökonomie wird ein positiver Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf das Image des Krankenhauses angenommen. Schließlich wird in der Informationsökonomie argumentiert, dass die Krankenhausärzte durch ihre Mitarbeiterzufriedenheit Informationen an die Patienten abgeben, um sie von der angebotenen Leistung und folglich dem Image des Krankenhauses zu überzeugen.⁴⁰⁸

Aufbauend auf diesen Überlegungen, kann gefolgert werden, dass sich die Mitarbeiterzufriedenheit positiv auf den Markterfolg auswirkt. Dieser hier unterstellte Zusammenhang wird

⁴⁰³ Vgl. dazu die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4.2.1., sowie *Stock-Homburg* (2007), S. 99.

⁴⁰⁴ Vgl. dazu die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4.2.3.

⁴⁰⁵ Vgl. *Schwing* (2005), S. 572.

⁴⁰⁶ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 4.2.2.

⁴⁰⁷ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 3.3.2.

⁴⁰⁸ Vgl. Abschnitt 4.3.

durch die Ergebnisse der empirischen Arbeit in krankenhausfremden Branchen von *Stock-Homburg* (2007) unterstützt. Im Vordergrund ihrer Untersuchung steht zwar der Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und der Kundenzufriedenheit, jedoch kann sie auf Basis der in der Arbeit aufgestellten Wirkungskette einen positiven Einfluss auf den Markterfolg feststellen.⁴⁰⁹ Es wird daher folgende Forschungshypothese aufgestellt:

H₁₇: Die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirkt sich positiv auf den Markterfolg des Krankenhauses aus.

Der Arztberuf ist in den letzten Jahren aufgrund der Arbeitsbedingungen unattraktiver geworden. Viele der Jungärzte arbeiten vermehrt in anderen Bereichen. Folglich stellt die Akquirierung guter Mitarbeiter und deren Bindung an das eigene Krankenhaus, wobei vermutet wird, dass die Arbeitsbedingungen und die daraus resultierende Mitarbeiterzufriedenheit wesentliche Einflussgrößen sind, eine zentrale Rolle dar, um im Wettbewerb bestehen zu können.⁴¹⁰ Die Änderungen im ArbZG können als eine erste Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten angesehen werden.⁴¹¹ Darüber hinaus wurde bereits aufgezeigt, dass bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells in der Praxis großer Wert auf die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Ärzte gelegt wird und folglich im neuen Arbeitszeitmodell eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit angenommen werden kann als im alten Arbeitszeitmodell. Ebenso wurde zuvor auf Basis der theoretischen Bezugspunkte argumentiert, dass die Mitarbeiterzufriedenheit einen positiven Einfluss auf den Markterfolg hat.⁴¹² Aufbauend auf diesen Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass im neuen Arbeitszeitmodell eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit besteht und diese somit auch einen stärkeren positiven Einfluss auf den Markterfolg hat. Demzufolge muss die nachfolgende Hypothese lauten:

H₁₈: Die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den Markterfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.

Darüber hinaus wird schließlich die Annahme getroffen, dass sich die Möglichkeiten der Patientenversorgung auch direkt auf den Markterfolg des Krankenhauses auswirken. Denn eine

⁴⁰⁹ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 162.

⁴¹⁰ Vgl. *Trill* (1997), S. 41.

⁴¹¹ *Marburger Bund Zeitung* (2003c) und vgl. zugleich *Bartels* (2000), S. 992; *Eiff v.* (2003), S. 684 ff.

⁴¹² Vgl. dazu die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 4, sowie die Darlegungen zu *H₁₇*.

gute Behandlung durch den Arzt wirkt sich direkt auf das Urteil der Patienten aus. So zeigen auch *Helmig/Dietrich* (2001) in ihrer Arbeit auf, dass die Qualität im Dienstleistungsbereich im Allgemeinen, aber besonders im Gesundheitswesen in hohem Maße von den Mitarbeitern beeinflusst wird, da diese ihre Leistung direkt am Patienten erbringen.⁴¹³ Auf Basis dieser Überlegungen muss die nachfolgende Hypothese lauten:

H₁₉: Gute Möglichkeiten der Patientenversorgung haben einen positiven Einfluss auf den Markterfolg des Krankenhauses.

Da ein wesentliches Ziel des neuen ArbZG in der optimalen Patientenversorgung liegt,⁴¹⁴ wird bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells bewusst versucht, auch vermehrt auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Dies geschieht zum Beispiel durch die Ausweitung der so genannten Servicezeiten. Während in vielen Krankenhäusern mit alten Arbeitszeitmodellen häufig die Regelarbeitszeit um 16.30 Uhr endet und danach lediglich noch ein gering besetzter Bereitschaftsdienst für Notfälle im Krankenhaus vorhanden ist, sind in einigen Krankenhäusern mit neuen Arbeitszeitmodellen die Servicezeiten beispielsweise für Sprechstunden, Röntgen etc. auf 20.00 Uhr durch den Schichtdienst ausgeweitet worden, um den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Aufbauend auf diesen Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass die Patientenversorgung im neuen Arbeitszeitmodell eher den individuellen Bedürfnissen der Patienten entspricht, welche jedoch nicht immer mit der optimalen Patientenversorgung aus medizinischer Sicht übereinstimmt, als im alten Arbeitszeitmodell. So wird der Patient gemäß dem C/D-Paradigma⁴¹⁵ die erreichte Ist-Leistung (Patientenversorgung) mit der erwarteten Soll-Leistung verglichen. Stimmt die Ist-Leistung mit der Soll-Leistung überein, oder ist sie sogar größer, ist der Patient zufrieden. Aufbauend auf den Annahmen des C/D-Paradigmas ist zu erwarten, dass sich die Patientenversorgung im neuen Arbeitszeitmodell positiver auswirkt als im alten Arbeitszeitmodell. Da die Patientenzufriedenheit wiederum ein maßgeblicher Indikator des Markterfolges darstellt, kann angenommen werden, dass diese im neuen Arbeitszeitmodell auch einen stärkeren Einfluss auf den Markterfolg hat als im alten Arbeitszeitmodell. Folglich muss die postulierte Forschungshypothese lauten:

⁴¹³ Vgl. *Helmig/Dietrich* (2001), S. 320.

⁴¹⁴ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.2.

⁴¹⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.1.2.

H₂₀: Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den Markterfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.

Der letzte zu untersuchende Effekt der vorliegenden Wirkungskette stellt den Einfluss des Markterfolges auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses dar. Es wurde bereits in den vorangegangenen Ausführungen aufgezeigt, dass in der Literatur einvernehmlich die Meinung vertreten wird, dass ein hoher Markterfolg mit einer Steigerung des finanziellen Erfolgs einhergeht.⁴¹⁶ So kann in den Arbeiten von *Becker* (1999), *Pflesser* (1999) und *Stock* (2004) für unterschiedliche Branchen des Dienstleistungsbereichs und des produzierenden Gewerbes ein positiver Einfluss des Markterfolgs, insbesondere ausgelöst durch die Kundenzufriedenheit und Loyalität, auf den finanziellen Erfolg des Unternehmens empirisch nachgewiesen werden.⁴¹⁷

Aufgrund der in Abschnitt 4.4. aufgezeigten theoretischen Bezugspunkte und der verschiedenen empirischen Ergebnisse der krankenhausfremden Branchen, kann man vor dem Hintergrund, dass der Krankenhausbereich ebenso dem Dienstleistungsbereich zuzuordnen ist, von einem positiven Einfluss des Markterfolges auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses ausgehen. Dieser hier unterstellte Wirkungszusammenhang wird ebenfalls durch die empirischen Arbeiten in krankenhausfremden Branchen von *Homburg/Pflesser* (2000); *Stock* (2004); *Homburg et al.* (2005) und *Stock-Homburg* (2007) unterstützt.⁴¹⁸

Darüber hinaus wurde bereits in den vorangehenden Ausführungen aufgezeigt, dass unter anderem die optimale Patientenversorgung und die daraus resultierende Patientenzufriedenheit bei der Organisation eines neuen Arbeitszeitmodells einen besonderen Stellenwert einnehmen. Je zufriedener die Patienten sind, desto eher empfehlen sie das Haus bzw. den jeweilig behandelnden Arzt weiter. Dies wirkt sich wiederum auf die Patientenzahl und die Auslastung des Krankenhauses, sowie den wirtschaftlichen Erfolg des Hauses aus. Aufbauend auf diesen Überlegungen kann angenommen werden, dass sich der Markterfolg im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den finanziellen Erfolg auswirkt als im alten Arbeitszeitmodell. Folglich müssen die nachfolgenden Hypothesen lauten:

⁴¹⁶ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 100.

⁴¹⁷ Vgl. *Becker* (1999); *Pflesser* (1999); *Stock* (2004).

⁴¹⁸ Vgl. *Homburg/Pflesser* (2000), S. 453 ff.; *Stock* (2004), S. 250 f.; *Homburg et al.* (2005), S. 389 f.; *Stock-Homburg* (2007), S. 160.

H₂₁: Der Markterfolg wirkt sich positiv auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses aus.

H₂₂: Der Markterfolg wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.

5.4. Hypothesen zum Einfluss des Merkmals „Trägerschaft“

Aufgrund des zunehmenden Ärztemangels in Deutschland werben immer mehr Privatkliniken bei den Ärzten mit optimalen Arbeitsbedingungen.⁴¹⁹ So hat der Marburger Bund in einer Studie bestätigt, dass in Deutschland die schlechtesten Arbeitsbedingungen überwiegend in Krankenhäusern mit christlicher Ausrichtung⁴²⁰ vorherrschen.⁴²¹ In der Praxis ist ebenso vermehrt festzustellen, dass sich junge Ärzte bewusst für bestimmte Trägerschaften als Arbeitgeber entscheiden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die jeweilige Zugehörigkeit der Krankenhausträgerschaft⁴²² sich ebenso auf die Wahl des Arbeitszeitmodells auswirkt und somit einen Einfluss auf die zuvor unterstellten Wirkungszusammenhänge hat. Folglich sind nachstehende Hypothesen für die vorliegende Untersuchung von Interesse:

H₂₃: Das Merkmal Trägerschaft hat einen Einfluss auf die Wahl des Arbeitszeitmodells.

H₂₄: Das Merkmal Trägerschaft hat einen Einfluss auf die grundlegenden Wirkungszusammenhänge zwischen der Wahl des jeweiligen Arbeitszeitmodells, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Hospital Performance Outcomes.

⁴¹⁹ So wurde beispielsweise in der Helios Kliniken Gruppe ein ganzes Bündel an Maßnahmen geschnürt, um die Attraktivität des Arztberufes in ihren Häusern zu steigern. Vgl. *De Meo/Schuster* (2002), S. 994 ff.

⁴²⁰ Diese Krankenhäuser werden hinsichtlich des Merkmals Trägerschaft in der Regel der Gruppe „freigemeinnützig“ zugeordnet.

⁴²¹ Vgl. *Marburger Bund* (2007).

⁴²² Vgl. zur Definition der verschiedenen Trägerschaften S. 9 f. Das Merkmal „Trägerschaft“ wurde nicht explizit im Fragebogen erhoben, konnte jedoch nachträglich durch die genaue Zuordnungsmöglichkeit der jeweiligen Fragebögen zum entsprechenden Krankenhaus ergänzt werden.

Nachfolgende Abb. 16 stellt die unterstellten Wirkungszusammenhänge des zugrunde gelegten Untersuchungsmodells im Überblick dar.

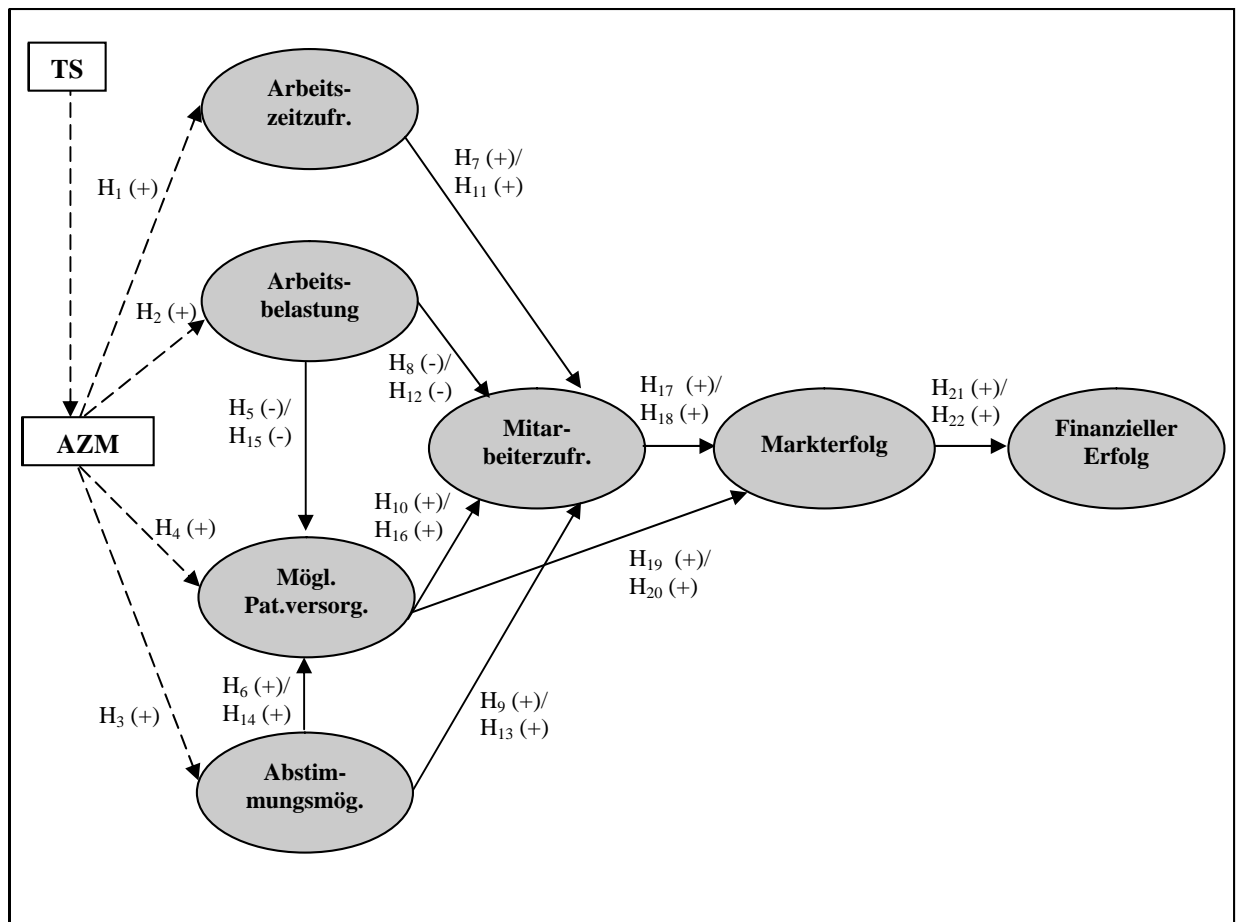


Abb. 16: Forschungsmodell der vorliegenden Untersuchung

6. Konzeption der empirischen Untersuchung

6.1. Grundlagen der empirischen Untersuchung

Zur Schaffung eines grundlegenden Verständnisses hinsichtlich der Untersuchung der hergeleiteten Forschungshypothesen werden in diesem Abschnitt zunächst die Grundlagen der empirischen Untersuchung dargestellt. Hierzu werden die Vorgehensweise, das Erhebungsdesign, die Konzeption der Fragebögen und der Ablauf der Befragung im Einzelnen aufgezeigt, bevor die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt werden.

6.1.1. Konzeption der empirischen Untersuchung

Die empirische Untersuchung erfordert eine streng methodische Vorgehensweise, welche sich grob in fünf sukzessiv aufeinander folgende Schritte untergliedern lässt.

Zunächst wurde mit Hilfe einer umfangreichen Literaturschau eine Bestandsaufnahme und Analyse der bestehenden Forschungsergebnisse⁴²³ zur vorliegenden Thematik, mit dem Ziel forschungsleitende Hypothesen zu generieren, durchgeführt. Auf Basis der postulierten Hypothesen konnten die zu berücksichtigenden theoretischen Konstrukte bestimmt und ein grober theoretischer Untersuchungsrahmen festgelegt werden. Dieser grobe theoretische Untersuchungsrahmen ermöglicht zum einen ein grundlegendes Verständnis für die einzelnen Facetten der nicht beobachtbaren Größen und zum anderen einen ersten Einblick in die der Konstrukte zugrunde liegenden Faktorenstrukturen.⁴²⁴ In einem zweiten Schritt konnte der theoretische Untersuchungsrahmen im Zuge von Expertengesprächen mit verschiedenen Berufsgruppen aus dem Krankenhaussektor (Geschäftsführer, Ärzte, Personalleitungen) weiter verfeinert werden.⁴²⁵ Aufbauend darauf erfolgte die Konzeption vorläufiger Fragebögen. Diese wurden in den jeweiligen Untersuchungsgruppen im Rahmen eines Pretests auf ihre Anwendbarkeit, unter anderem hinsichtlich der Kriterien Verständlichkeit, Redundanz der Fragen etc. überprüft.⁴²⁶ Schließlich erfolgte auf Basis dieser Ergebnisse die Konzeption standardisierter Fragebögen, mit welchen die Datenerhebung der Studie durchgeführt wurde. Nach

⁴²³ Vgl. hierzu Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit.

⁴²⁴ Vgl. *Homburg/Giering* (1996), S. 11.

⁴²⁵ Insgesamt wurden 14 Experten (Geschäftsführer, Personalleitungen und Ärzte) mündlich und zwei telefonisch befragt. Die Experten wurden aus dem Bereich Krankenhaus und Krankenhausberatung ausgewählt. Vgl. zu den durchgeführten Expertengesprächen Anhang E.

⁴²⁶ Vgl. z. B. *Zikmund* (2003) und zugleich *Hammann/Erichson* (2005).

Abschluss der Datenerhebung folgte die Datenanalyse mit dem Ziel der Beantwortung der forschungsleitenden Fragen.

Zum besseren Verständnis veranschaulicht nachfolgende Abbildung die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung.

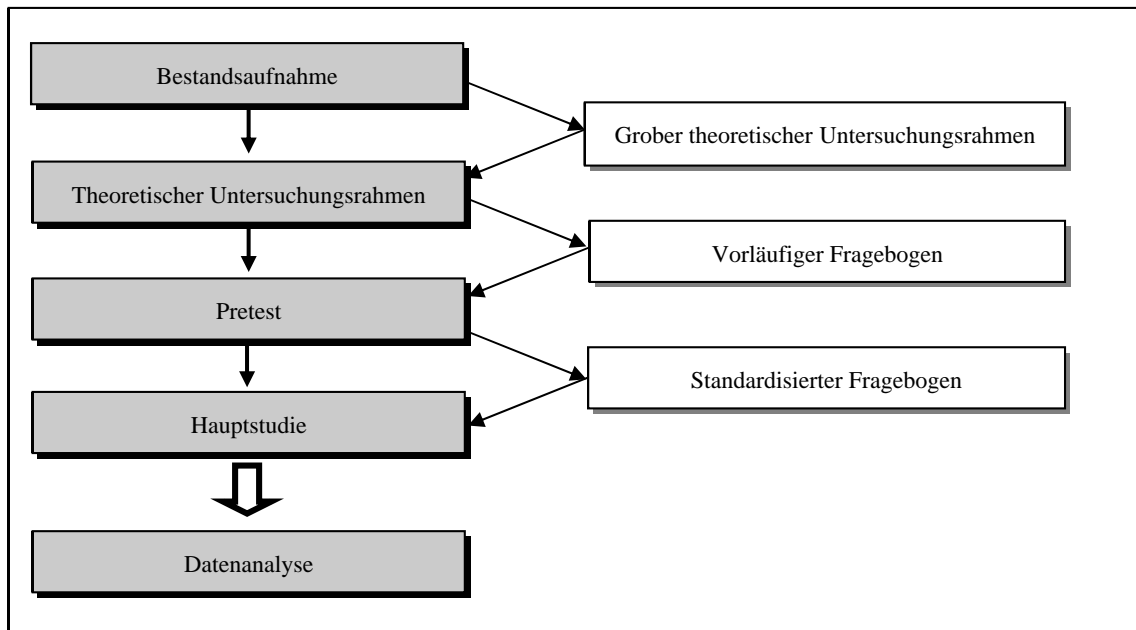


Abb. 17: Skizzierung der empirischen Erhebung⁴²⁷

⁴²⁷ In Anlehnung an Helmig (2005), S. 170 und Huber (2005), S. 112.

6.1.2. Erhebungsdesign

Die folgenden Ausführungen beschreiben die Auswahl der Erhebungsmethode, die Wahl der Probandenstruktur sowie die Konzeption der Fragebögen.

6.1.2.1. Auswahl der Erhebungsmethode

Zur Erhebung von empirischem Datenmaterial werden in der Literatur verschiedene methodische Möglichkeiten aufgezeigt.⁴²⁸ Bezüglich des formalen Charakters unterscheidet man grundsätzlich die qualitative und die quantitative Untersuchung.⁴²⁹ Mit Hilfe der qualitativen Untersuchung kann ein grundlegendes Verständnis für ein bestimmtes Forschungsfeld gewonnen werden.⁴³⁰ Die quantitative Untersuchung, welche auch in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung kommt, beschreibt hingegen die präzise Messung von Sachverhalten bzw. die Aufspürung allgemeingültiger Gesetzmäßigkeiten.⁴³¹ Der Ansatz ermöglicht, auf Basis einer großen Untersuchungszahl Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu ziehen. Für die in diesem Ansatz notwendige breite primär-statistische Datenbeschaffung wird in der vorliegenden Untersuchung die schriftliche Befragung mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens und geschlossener Frageformulierungen genutzt, welche durch alternative Erhebungsmethoden (z. B. telefonische Interviews, Face-to-Face-Befragung) nur mit einem extrem hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand möglich wäre.⁴³² Zudem scheint diese Art der Befragung am besten geeignet, da sowohl aufgrund der großen Aktualität der Thematik ein großes Interesse der Probanden, welche auf anderem Wege außer der schriftlichen Befragung (z. B. telefonisch) nicht gut erreichbar sind, vermutet werden kann, als auch eine gute systematische Anordnung der Fragen möglich ist.⁴³³

⁴²⁸ Einen Überblick der verschiedenen methodischen Ansätze zur Erhebung empirischer Daten gibt beispielsweise *Berekoven et al.* (2006), S. 95 ff.

⁴²⁹ Vgl. zum quantitativen und qualitativen Forschungsansatz beispielsweise *Tomczak* (1992). Vgl. ebenso *Helmig* (2005), S. 167 f.; *Riesenhuber* (2007), S. 5 ff.

⁴³⁰ Vgl. *Kepper* (1996), S. 15 f.; *Helmig* (2005), S. 167.

⁴³¹ Vgl. *Kepper* (1996), S. 8; *Helmig* (2005), S. 167.

⁴³² Vgl. dazu u. a. *Berekoven et al.* (2006) und zugleich *Stock-Homburg* (2007).

⁴³³ Vgl. (*Fritz*) 1995, S. 94 f. und zugleich *Helmig* (2005), S. 170.

6.1.2.2. Auswahl der Probandenstruktur und Ablauf der Befragung

Die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst sollen für das gesamte Krankenhauswesen in Deutschland empirisch untersucht werden. Da das neue ArbZG aufgrund der Vorgaben des Europäischen Gerichtshofes in allen Häusern, d. h. unabhängig von unterschiedlichen Rechtsformen und trägerspezifischen, größenbezogenen, fachspezifischen oder versorgungsgradspezifischen Merkmalen⁴³⁴ umgesetzt werden muss, werden keine Beschränkungen bzgl. der teilnehmenden Krankenhäuser gemacht.⁴³⁵

Um Wahrnehmungsverzerrungen der Probanden zu vermeiden, wird zudem in verschiedenen Teilbereichen der vorliegenden Untersuchung die Erhebung nicht nur auf eine Probandengruppe beschränkt. So werden neben der Gruppe der Krankenhausärzte auch die jeweiligen Patienten und die entsprechenden Krankenhausmanager mit in die Untersuchung einbezogen.⁴³⁶ Dieses triadische Erhebungsdesign ist insbesondere für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte, der Market Performance und der Financial Performance von Bedeutung, da die ausschließliche Befragung der Ärzte aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen als problematisch angesehen wird.⁴³⁷ Schließlich ist es für die Krankenhausärzte schwierig, Merkmale der Hospital Performance Outcomes, wie z. B. das Image des Krankenhauses oder den wirtschaftlichen Erfolg des Hauses, einzuschätzen. Folglich wurden für die drei Probandengruppen verschiedene Fragebögen entwickelt, welche im Vorfeld der Hauptstudie einem Pretest mit jeweils 20 Testpersonen unterzogen wurden, um etwaige Unklarheiten und Redundanzen hinsichtlich der Fragebogeninhalte zu beseitigen. Nachfolgende Abbildung veranschaulicht noch einmal das Erhebungsdesign der empirischen Untersuchung.

⁴³⁴ Vgl. zu den unterschiedlichen Ausprägungsmerkmalen auch Abschnitt 2.1.1.

⁴³⁵ Es können lediglich Ausgestaltungsunterschiede der verschiedenen Arbeitszeitmodelle aufgrund von trägerspezifischen Tarifverträgen bestehen, welche jedoch wiederum alle den rechtlichen Rahmenbedingungen des ArbZG unterliegen. Vor diesem Hintergrund scheint die Einbeziehung aller Krankenhäuser als gerechtfertigt. Vgl. zu den Abweichungsmöglichkeiten auch § 7 ArbZG.

⁴³⁶ Vgl. zum empirischen Erhebungsdesign auch Abb. 18. Um Wahrnehmungsverzerrungen zu vermeiden, ist es sinnvoll, wenn für einen Teil der Stichprobe Informationen von verschiedenen Probanden vorliegen. Vgl. dazu *Homburg* (2007), S. 43.

⁴³⁷ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 44 f. und vgl. auch ausführlich zu Wahrnehmungsverzerrungen im Kundenkontakt *Homburg/Stock* (2000).

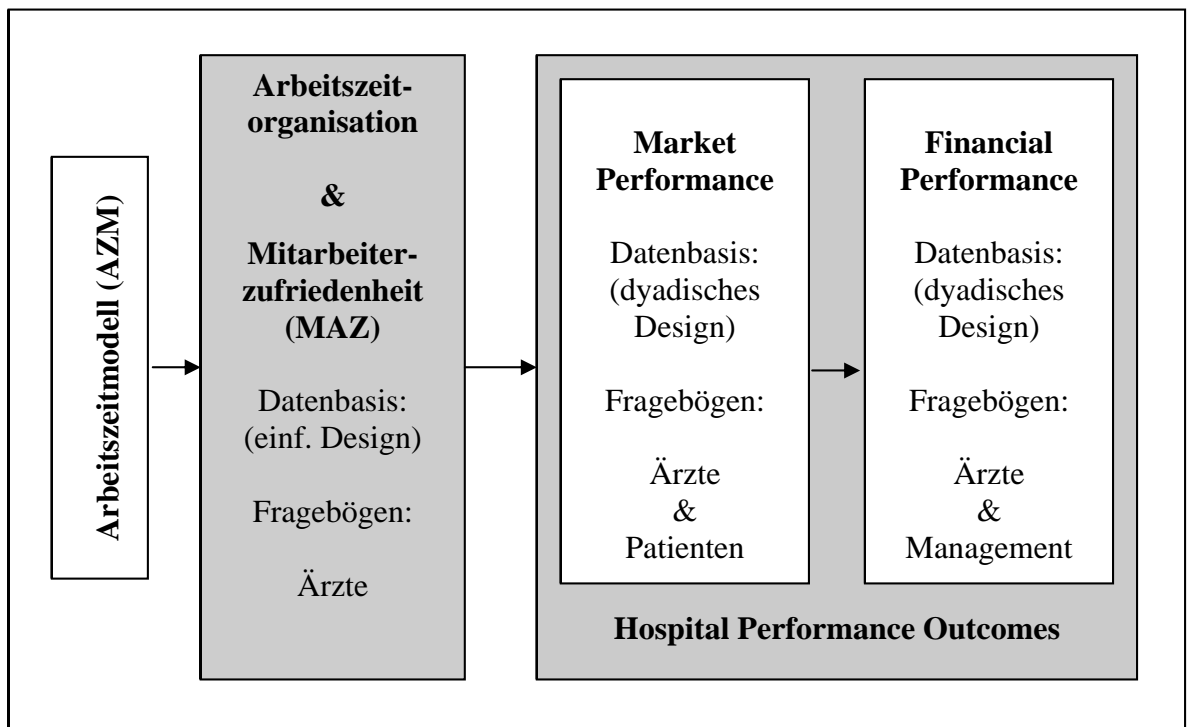


Abb. 18: Erhebungsdesign der empirischen Untersuchung

Zur Generierung der empirischen Datengrundlage im Rahmen der Hauptstudie wurden die teilnehmenden Krankenhäuser mit Hilfe einer öffentlich verfügbaren Datenbank identifiziert.⁴³⁸ Auf Basis dieser Datenbank, welche neben dem Adressverzeichnis der Krankenhäuser auch die entsprechenden Ansprechpartner der Geschäftsführungen beinhaltet, konnte auf Daten sämtlicher deutscher Krankenhäuser zurückgegriffen werden.⁴³⁹ Diese Daten wurden schließlich einer reinen Zufallsauswahl⁴⁴⁰ unterzogen, so dass 200 Krankenhäuser ausgewählt werden konnten.

Die eigentliche Erhebung der Daten wurde in vier Stufen untergliedert. Zu Beginn der **ersten Stufe** wurden im letzten Quartal 2005 die Geschäftsführungen der ausgewählten Krankenhäuser, mit der Bitte an der Studie teilzunehmen, angeschrieben. Dazu erhielten Sie ein personalisiertes Anschreiben mit einer Beschreibung des Forschungsprojektes und ein Antwortfax mit

⁴³⁸ Die Adressen und Ansprechpartner für die empirische Erhebung wurden dem Adressverzeichnis „Deutsches Krankenhaus Adressbuch“ entnommen. Vgl. dazu *Deutsches Krankenhaus Adressbuch* (2004).

⁴³⁹ Da die Anzahl der Krankenhäuser in der Datenbank mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes in etwa übereinstimmt, kann davon ausgegangen werden, dass mit Hilfe der Datenbank nahezu alle Krankenhäuser in Deutschland erfasst werden konnten. Vgl. dazu auch *Statistisches Bundesamt* (2006).

⁴⁴⁰ Bei einer reinen Zufallsauswahl hat jedes einzelne Element der Grundgesamtheit eine gleich große Chance mit in die Stichprobe aufgenommen zu werden und entspricht folglich den Anforderungen einer empirischen Untersuchung. Vgl. dazu auch *Ernst* (2004), S. 563.

dem Hinweis: „Wenn Sie grundsätzlich kein Interesse haben, an unserer Studie teilzunehmen, würden wir Sie bitten, folgendes Antwortfax binnen der nächsten zwei Wochen an uns zurückzusenden. Sollten wir nichts von Ihnen hören, erlauben wir uns, Sie in den nächsten Wochen zu kontaktieren, um genauere Details mit Ihnen zu besprechen.“⁴⁴¹ Um eine möglichst hohe Beteiligung der Krankenhäuser zu erreichen, wurde den Geschäftsführern im Falle ihrer Teilnahme eine kostenlose Vorabveröffentlichung in Form einer Kurzauswertung der Studie angeboten.⁴⁴²

Zwei Wochen nach dem Versand der Anschreiben wurden alle zuvor angeschriebenen Geschäftsführungen, die bis zu diesem Zeitpunkt dem Forschungsprojekt keine Absage mittels Antwortfax erteilt haben, telefonisch kontaktiert. Bei diesen Geschäftsführungen konnte davon ausgegangen werden, dass ein grundsätzliches Interesse an der Studie besteht. Im Rahmen der Telefongespräche wurden weitere Detailfragen von Seiten der Geschäftsführungen geklärt. Da es sich bei der empirischen Erhebung unter anderem um eine Mitarbeiterbefragung bei den Krankenhausärzten handelt, musste in einigen Häusern das Einverständnis bei der Mitarbeitervertretung (MAV) für die Teilnahme an der Studie eingeholt werden. Nach Abschluss dieser Nachfassaktion und der telefonischen Klärung von Detailfragen lagen zunächst Zusagen von 31 Krankenhäusern vor. Zu Beginn der Untersuchung wollten jedoch 17 der 31 Krankenhausgeschäftsführer die Untersuchung aufgrund der großen Brisanz⁴⁴³ des Themas und dem mit der Studie verbundenen hohen organisatorischen Aufwand⁴⁴⁴ auf einem späteren Zeitpunkt verschieben. Da aus zeitlichen Gründen jedoch mit der Datenanalyse begonnen werden musste und die Anzahl der Probanden nur indirekt im Zusammenhang mit der Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser steht, wurde die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser als ausreichend angesehen, zumal sich absolut gesehen bei den einzelnen Probandengruppen ein vollkommen ausreichender Datensatz ergibt.

Die Geschäftsführungen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben, wurden gebeten, sowohl weitere Personen aus ihrem Management als auch Abteilungen aus ihrem Hause zu benennen, die an der Studie teilnehmen.

⁴⁴¹ Anhang A.

⁴⁴² Vgl. dazu auch *Helmig* (2005), S. 172 und *Malhotra* (2007).

⁴⁴³ Während der empirischen Erhebung war die Thematik bereits ständig in den Medien vertreten. Manche Geschäftsführungen fürchteten mit einer Befragung Forderungen ihrer Ärzte loszutreten.

⁴⁴⁴ Manche Krankenhäuser sahen z. B. in der Einholung des Einverständnisses bei der MAV ein zu großes Hindernis.

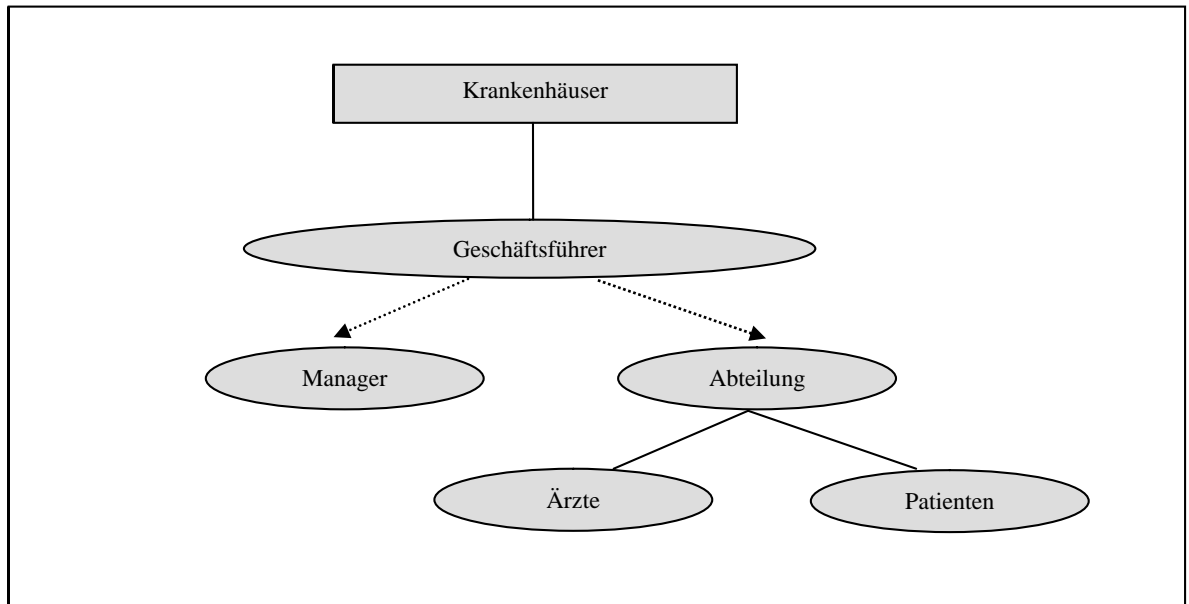


Abb. 19: Überblick Kontaktierung der Probandengruppen

In einer **zweiten Stufe** der Erhebung wurden die durch die Geschäftsführer identifizierten Personen aus dem Management des Krankenhauses befragt. Dazu wurden die benannten Personen schriftlich kontaktiert und um ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Neben einem personalisierten Anschreiben, welches das Forschungsprojekt beschreibt und auf das grundsätzliche Einverständnis der Geschäftsführer mit der Studie verweist, erhielten sie den entsprechenden Fragebogen.⁴⁴⁵ Um die Motivation zur Mitwirkung zu erhöhen, wurde den Managern ausdrücklich die Vertraulichkeit ihrer Angaben zugesagt. Zudem wurde dem Fragebogen ein frankierter Rückantwortumschlag beigelegt. Insgesamt konnten 116 auswertbare Fragebögen verzeichnet werden, was einer Rücklaufquote von 60,7 % entspricht. Diese sehr hohe Rücklaufquote erklärt sich insbesondere durch die direkte Ansprache der Probanden.

Schließlich wurden in einer **dritten Stufe** die Ärzte der Abteilungen befragt, die durch die Geschäftsführung benannt wurden. Dazu wurde die gleiche Vorgehensweise angewendet wie bei der Managementbefragung in Stufe 2. Auf diese Weise konnten 261 Fragebögen generiert werden, welches einer Rücklaufquote von 64,4 % entspricht. Diese Rücklaufquote kann als sehr zufrieden stellend angesehen werden und bestätigt gleichzeitig die Aktualität der Thematik.⁴⁴⁶

⁴⁴⁵ Vgl. Anhang B.

⁴⁴⁶ Vgl. Anhang C.

Abschließend wurden in der **vierten** und letzten **Stufe** die jeweiligen Patienten der teilnehmenden Krankenhausabteilungen befragt. Dazu wurde den Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes über die Pflegekräfte der Station ein Fragebogen mit einem Anschreiben ausgeteilt, welches das Forschungsprojekt beschreibt.⁴⁴⁷ Um die Patienten zur Teilnahme zu ermutigen, wurde den Patienten ausdrücklich die Vertraulichkeit ihrer Angaben zugesagt. Dazu wurde dem Fragebogen ein Rückantwortumschlag beigelegt, welcher verschlossen bei den Pflegekräften abgegeben werden konnte. Insgesamt konnten 289 auswertbare Fragebögen verzeichnet werden. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 44,46 %, die ebenfalls insgesamt als zufrieden stellend angesehen werden kann. Eine Erklärung für die geringere Rücklaufquote dieser Probandengruppe im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen könnte die Fragebogenausgabe durch die Stationsschwestern und der dadurch nicht erfolgten persönlichen Ansprache der Patienten sein. Die nachfolgende Abbildung 20 gibt noch einmal eine Übersicht der einzelnen Befragungsstufen und der jeweiligen Stichprobengrößen.

⁴⁴⁷ Vgl. Anhang D. Da das Krankenhaus aufgrund von datenschutztechnischen Gründen keine Angaben über die Patienten machen darf und folglich kein personalisiertes Anschreiben möglich war, erschien diese Vorgehensweise am praktikabelsten.

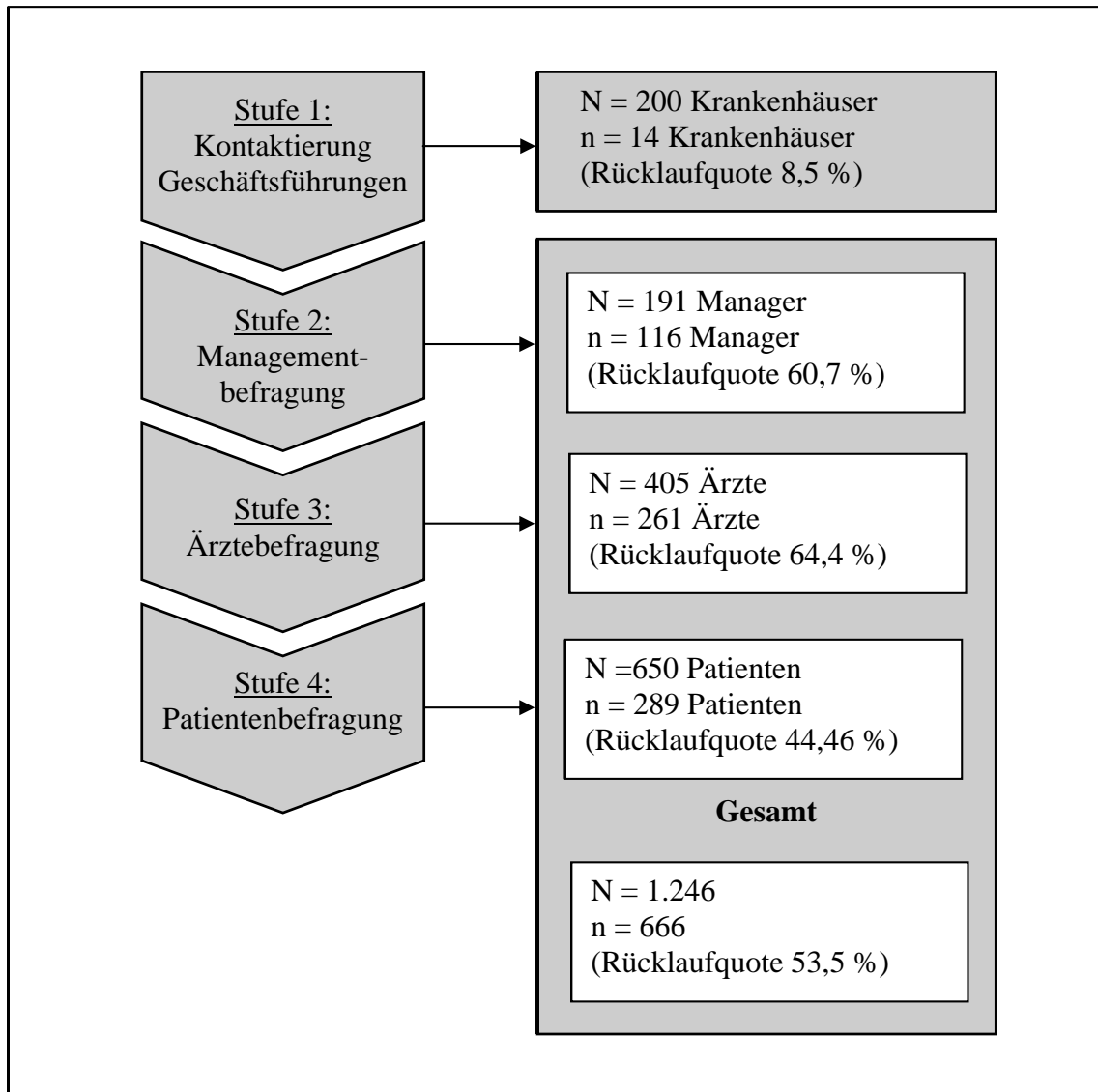


Abb. 20: Ablauf der Befragung und Stichprobengröße

Eine Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe kann auf Basis verschiedener Untersuchungsmerkmale erfolgen. Dazu werden Datenmerkmale⁴⁴⁸ der vorliegenden Untersuchung mit Daten des Statistischen Bundesamtes verglichen, welches sämtliche Merkmalsquoten deutscher Krankenhäuser veröffentlicht.⁴⁴⁹ Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten haben derzeit einen Nachlauf von mehr als zwei Jahren. Folglich können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur die Zahlen aus dem Jahr 2004 als Vergleichsmaßstab herangezogen werden. Die nachfolgende Tabelle 15 verdeutlicht die Repräsentativität der Stichprobe, indem die tatsächlichen Verteilungen innerhalb der gezogenen Stichprobe und die aufgrund sekun-

⁴⁴⁸ Das Merkmal „Trägerschaft“ wurde nicht explizit im Fragebogen erhoben, konnte jedoch nachträglich durch die genaue Zuordnungsmöglichkeit der jeweiligen Fragebögen zum entsprechenden Krankenhaus ergänzt werden.

⁴⁴⁹ Vgl. dazu *Statistisches Bundesamt Deutschland* (2006).

därstatistischer Daten erwarteten Verteilungen gegenübergestellt werden. Schließlich wird in der letzten Zeile das Ergebnis eines Chi-Quadrat-Anpassungstest zur Ermittlung statistisch signifikanter Unterschiede der tatsächlichen und erwarteten Verteilung aufgezeigt. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Nullhypothese, derzufolge kein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht, zurückgewiesen werden kann. Somit zeigt sich, dass die Verteilung in der Stichprobe und in der Grundgesamtheit hinsichtlich der Trägerschaft gleich verteilt ist. Folglich stellt die gezogene Stichprobe im Hinblick auf das Merkmal Trägerschaft ein repräsentatives Abbild aller deutschen Krankenhäuser dar.

Trägerschaft	Tatsächliche Verteilung in der Stichprobe	Erwartete Verteilung (gemäß Stat. Bundesamt)⁴⁵⁰
	Ist	Soll
öffentlich	35,71 %	36,01 %
freigemeinnützig	42,86 %	38,37 %
privat	21,43 %	25,62 %
Gesamt	100,00 %	100,00 %
Ergebnis Repräsentativitätstest Vergleich Grundgesamtheit/Stichprobe: Chi-Quadrat = 22,750; df = 4; p < 0,001		

Tab. 15: *Prozentuale und erwartete Verteilung der Stichprobe bezüglich der Trägerschaft nach prozentualem Anteil der Krankenhäuser*

6.1.2.3. Konzeption der Fragebögen

Es wurden drei verschiedene Fragebögen für die unterschiedlichen Probandengruppen (Ärzte, Patienten und das Krankenhausmanagement) konzipiert. Die inhaltliche Gestaltung der Fragebögen basiert bei allen Fragebögen auf den einzelnen in Gliederungsabschnitt fünf postulierten Forschungshypothesen. Während der Fragebogen für die Ärzte sämtliche aufgestellten Forschungshypothesen berücksichtigt, stehen in den Fragebögen für die Patienten und die Manager lediglich Teilaspekte der postulierten Hypothesen im Vordergrund. So wird im Rahmen der Patientenbefragung insbesondere auf die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung, das Image des Krankenhauses und die Weiterempfehlungsabsicht eingegangen. Bei den Krankenhausmanagern liegt der Schwerpunkt der Befragung hingegen auf

⁴⁵⁰ Vgl. *Statistisches Bundesamt* (2006).

der „Hospital Performance“. Die strukturelle Gestaltung der Fragebögen orientiert sich an bereits durchgeführten wissenschaftlichen Studien, welche sich als bewährt herausgestellt haben.⁴⁵¹

6.2. Vorbereitung Datenanalyse

Ein zentraler Aspekt der vorliegenden Untersuchung bezieht sich auf die Fragestellung, ob es Unterschiede in den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst in Abhängigkeit des jeweiligen Arbeitszeitmodells gibt. Um diese Fragestellung beantworten zu können, wurden im Vorfeld der Datenanalyse die auswertbaren Fragebögen aufgrund ihrer Angaben im Fragebogen in zwei Gruppen unterteilt.⁴⁵² Dies ist zum einen die Probandengruppe, welche Stellung zu Merkmalen von Arbeitszeitmodellen nimmt, die den Anforderungen des neuen ArbZG entsprechen⁴⁵³ und zum anderen die Probandengruppe, die Stellung zu Arbeitszeitmodellen nimmt, die den Anforderungen nicht entsprechen.⁴⁵⁴ Folglich enthält jede Gruppe Bewertungen der Manager, der Ärzte und der Patienten. Einen Überblick über die Unterteilung der auswertbaren Fragebögen verschafft nachfolgende Tabelle.

		Modellart		Gesamt
		altes Arbeitszeitmodell	neues Arbeitszeitmodell	
Probanden	Ärzte	120	141	261
	Patienten	147	142	289
	Management	57	59	116
Gesamt		324	342	666

Tab. 16: Unterteilung der auswertbaren Fragebögen in Art des Arbeitszeitmodells

Zudem wurden im Vorfeld der explikativen Datenanalyse für die spätere Untersuchung von zwei Variablen dyadische Datensätze gebildet, um möglichst Wahrnehmungsverzerrungen zu

⁴⁵¹ Vgl. u. a. *Homburg/Pflesser* (2000), S.459 f.; *Dietrich* (2005), S.275 ff.; *Helmig* (2005), S.267 ff. Vgl. auch die Fragebögen der vorliegenden Studie im Anhang A-D.

⁴⁵² Im Fragebogen wurde explizit darum gebeten, dass eigene Arbeitszeitmodell zu skizzieren. (Vgl. dazu auch Anhang C). Mit Hilfe dieser Angaben und zuvor gemachter Angaben durch die Geschäftsführungen, ob bereits Arbeitszeitmodelle nach dem neuen ArbZG angewendet werden und den in Abschnitt 2.2.3. aufgezeigten Einordnungskriterien, konnten die zwei Gruppen unterteilt werden.

⁴⁵³ Diese Probandengruppe wird in der vorliegenden Arbeit auch als „neues Arbeitszeitmodell“ bezeichnet.

⁴⁵⁴ Für diese Probandengruppe wird in der vorliegenden Arbeit auch die Begrifflichkeit „altes Arbeitszeitmodell“ verwendet.

vermeiden.⁴⁵⁵ Dazu wurden für die einzelnen Indikatoren der Variable Market Performance jeweils der Durchschnitt der Ärztebewertungen pro Abteilung und der Durchschnitt der jeweiligen Patientenbewertung pro Abteilung gebildet. Anschließend wurden die jeweiligen gemittelten Abteilungsdaten miteinander verbunden, indem der Mittelwert beider Datensätze gebildet wurde. Für die weitere Analyse wurde dieser Wert als Abteilungswert verwendet. Durch dieses Vorgehen ergaben sich 35 auswertbare dyadische Abteilungswerte.

Das gleiche Vorgehen wurde für die Indikatoren der Variable Financial Performance genutzt. Da die Krankenhausmanager der Häuser, bei denen mehrere Abteilungen an der vorliegenden Studie teilgenommen haben, zusätzlich gebeten wurden, Angaben je teilnehmender Abteilung zu machen, konnten die Daten der Manager und der Ärzte ebenfalls auf Abteilungsebene gemittelt werden, bevor sie miteinander verbunden wurden. Dieses Vorgehen ergab ebenfalls 35 auswertbare dyadische Abteilungswerte. Nachfolgende Abb. 21 veranschaulicht das Vorgehen zum besseren Verständnis.

Indikator xy Market Performance			
Krankenhausnr.		1	
Abteilungsnr.		1	
Wert Indik. xy Arzt 1		Wert Indik. xy Patient 1	
Wert Indik. xy Arzt 2		Wert Indik. xy Patient 2	
Wert Indik. xy Arzt 3		Wert Indik. xy Patient 3	
...		...	
...		...	
} Mittelwert der Werte Indikator xy der Ärzte der Abteilung 1		} Mittelwert der Werte Indikator xy der Ärzte der Patienten 1	
} Mittelwert der Werte Indikator xy der Ärzte und Patienten der Abteilung 1			
→ Wert für die Abteilung 1			

Indikator xy Financial Performance			
Krankenhausnr.		1	
Abteilungsnr.		1	
Wert Indik. xy Arzt 1		Wert Indik. xy Manager 1	
Wert Indik. xy Arzt 2		Wert Indik. xy Manager 2	
Wert Indik. xy Arzt 3		Wert Indik. xy Manager 3	
...		...	
...		...	
} Mittelwert der Werte Indikator xy der Ärzte der Abteilung 1		} Mittelwert der Werte Indikator xy der Manager der Abteilung 1	
} Mittelwert der Werte Indikator xy der Ärzte und Manger der Abteilung 1			
→ Wert für die Abteilung 1			

Abb. 21: Skizzierung der Dyadenbildung

Für einzelne Krankenhausabteilungen wurden keine Werte von Seiten der Manager zur Verfügung gestellt. Um hier dennoch Dyaden auf Abteilungsebene aus den Daten der Manager

⁴⁵⁵ Vgl. dazu Abschnitt 6.1.2.1.

und Ärzte bilden zu können, wurden die fehlenden Managerdaten durch den Mittelwert ihrer entsprechenden Probandengruppe⁴⁵⁶ ersetzt. Dabei wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass sich die Manager in ihrem Urteil genauso verhalten, wie der Durchschnitt ihrer jeweiligen Probandengruppe.⁴⁵⁷

Um schließlich in der nachfolgenden Untersuchung die gesamte Wirkungskette im Rahmen der explikativen Analyse untersuchen zu können, wurden auch die bei den Ärzten erhobenen Daten auf die Abteilungsebene aggregiert, indem ein Abteilungsmittelwert aus den vorliegenden Daten gebildet wurde.⁴⁵⁸ Abb. 22 veranschaulicht die Datenbasis im Rahmen des Forschungsmodells.

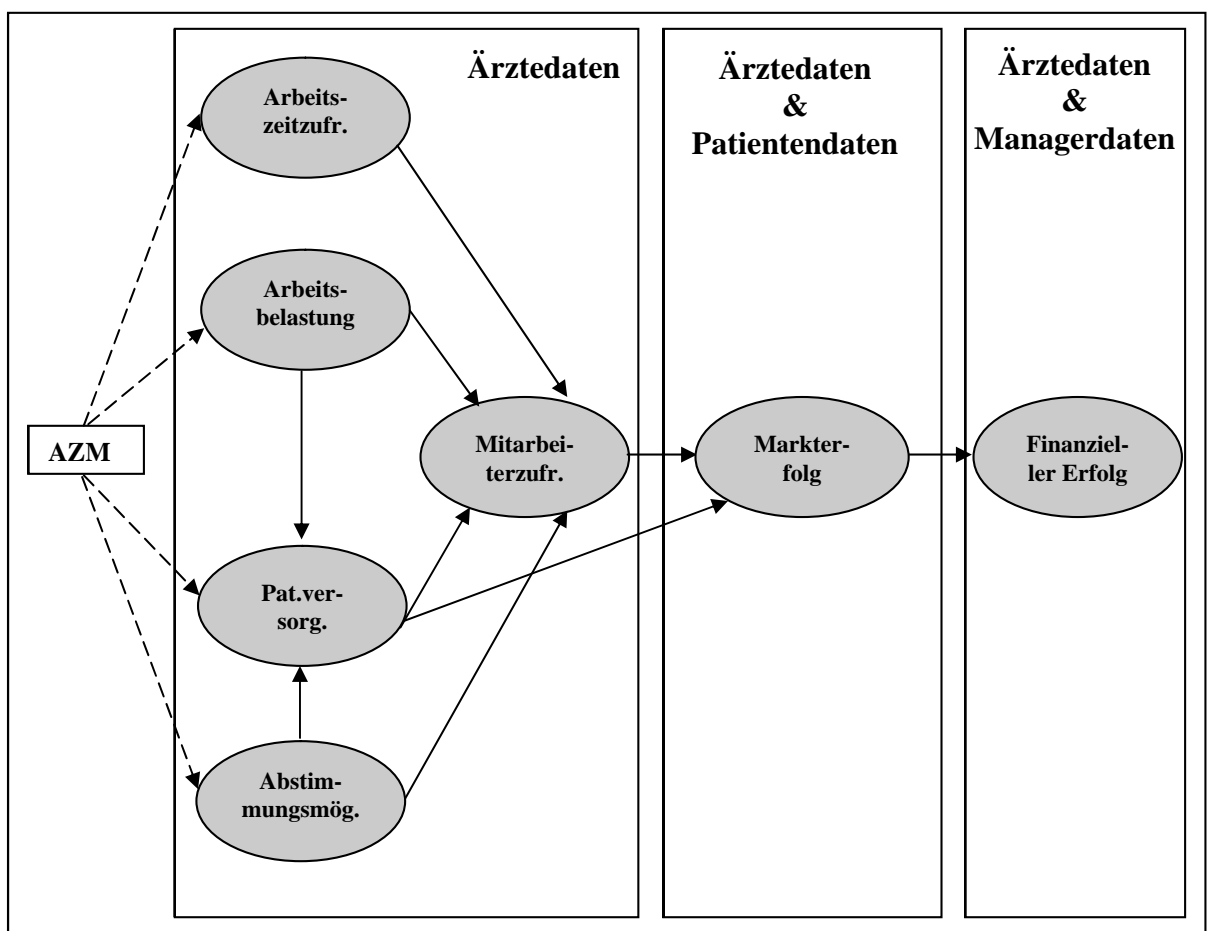


Abb. 22: Datenbasis des vorliegenden Forschungsmodells

⁴⁵⁶ Wie oben aufgezeigt wurden die Probanden in die Gruppen „altes Arbeitszeitmodell“ und „neues Arbeitszeitmodell“ unterteilt. Fehlende Werte werden durch die Mittelwerte der gleichen Probandengruppe, d. h. der Managerdaten des „alten“ oder „neuen“ Arbeitszeitmodells ersetzt.

⁴⁵⁷ Vgl. zu diesem Vorgehen Göthlich (2007), S. 124 f. Göthlich (2007) legt in seinem Beitrag das Mittelwertergänzungsverfahren als Verfahren zur Behandlung fehlender Daten in empirischen Untersuchungen dar.

⁴⁵⁸ Vgl. zu diesem Vorgehen auch Morgan/Piercy (1998); Herrington/Lomax (1999) und Stock-Homburg (2007), S. 126 f.

7. Empirische Untersuchung

Die zweite zentrale Zielsetzung der vorliegenden Arbeit besteht darin, den in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten theoriegestützten Untersuchungsrahmen zur Analyse der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst empirisch zu untersuchen.

7.1. Befunde der deskriptiven Datenanalyse

7.1.1. Untersuchung der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle sowie Bewertungen der verschiedenen Probandengruppen

Da die Auswirkungen von verschiedenen Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst im Zentrum des Interesses der Untersuchung stehen, soll im Folgenden zunächst auf Basis des Gesamtdatensatzes mit Hilfe deskriptiver Analysen untersucht werden, ob die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit, die Arbeitsbelastung, die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte und die Möglichkeiten der Patientenversorgung hat. Um einen ersten Eindruck der Datenstruktur zu erlangen, werden zunächst Mittelwertvergleiche bezüglich der relevanten Variablen durchgeführt. Darüber hinaus soll im Rahmen der deskriptiven Analyse untersucht werden, ob sich auch die Beurteilungen der einzelnen Probanden, d. h. der Krankenhausärzte, der Patienten und der Manager hinsichtlich bestimmter Indikatoren unterscheiden.

Hierzu wurden die verschiedenen Probanden zu den relevanten Variablen befragt. Zur Beantwortung der Fragen wurde ihnen eine 5-Punkte-Itemskala⁴⁵⁹ (mit den Ausprägungen 1 = trifft überhaupt nicht zu und 5 = trifft voll und ganz zu)⁴⁶⁰ zur Verfügung gestellt. Mit Hilfe dieser Skala konnten die Probanden ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den aufgestellten Thesen artikulieren.

⁴⁵⁹ Die 5-Punkte-Skala bietet die Möglichkeit, ein metrisches Skalenniveau zu generieren und höherwertige multivariate Analysemethoden zur Datenanalyse einzusetzen. Von einer 7-Punkte-Skala wird in der vorliegenden Untersuchung abgesehen, um die Probanden in ihrer Einschätzung nicht zu überfordern. Vgl. zu verschiedenen Skaleneinteilungen u. a. *Cox III* (1980), S. 415 ff.; *Helmig/Michel* (2000), S. 39; *Helmig* (2005), S.179 f.

⁴⁶⁰ In den Fragebögen der empirischen Untersuchung entsprechen die Skalen nicht den oben beschriebenen Ausprägungen, sondern werden dem deutschen Notensystem (1 = trifft voll und ganz zu; 5 = trifft überhaupt nicht zu) angepasst. Es wird davon ausgegangen, dass so insbesondere bei den älteren Patienten eine einfachere Beurteilung erfolgen kann. Die Daten wurden schließlich zur besseren Verarbeitung entsprechend der Kodierung von wissenschaftlichen, empirischen Untersuchungen umkodiert, so dass eine Reihung von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis hin 5 = trifft voll und ganz zu entsteht.

Die Ergebnisse der Mittelwertberechnungen, zum einen unterteilt nach der zugehörigen Probandengruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell und zum anderen unterteilt nach den verschiedenen Respondenten Krankenhausärzte, Patienten und Manager veranschaulichen nachfolgende Tabellen. Zusätzlich werden die Ergebnisse der Signifikanztests der Mittelwertunterschiede mittels des verteilungsfreien *Kruskal Wallis H-Test* dargestellt.

Variable	n	Gruppe Arbeitszeitmodell	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanztest (H-Test)
Mit meiner Arbeitssituation bin ich sehr zufrieden.	120	Ärzte altes AZM	3,21	0,859	p < 0,01
	140	Ärzte neues AZM	3,45	0,834	
Mit meinen Arbeitszeiten bin ich sehr zufrieden.	120	Ärzte altes AZM	2,82	1,130	p < 0,001
	141	Ärzte neues AZM	3,37	1,092	

Tab. 17: Mittelwertberechnungen bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit und der Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte unterteilt nach der zugehörigen Probandengruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell

Bei Betrachtung der Ergebnisse aus Tab. 17 kann man erkennen, dass ein signifikanter Unterschied in den Antworten der Ärzte des alten Arbeitszeitmodells zu den Antworten der Ärzte des neuen Arbeitszeitmodells besteht. Demnach beurteilen die Ärzte des neuen Arbeitszeitmodells ihre Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten mit einem Mittelwert von 3,37 statistisch signifikant besser als die Ärzte des alten Arbeitszeitmodells mit einem Mittelwert von 2,82. Dass sich die Bewertungen der Ärzte aus alten und neuen Arbeitszeitmodellen unterscheiden, bestätigt auch die direkte Frage nach der Mitarbeiterzufriedenheit. Diese wird von den Ärzten der neuen Arbeitszeitmodelle mit einem Mittelwert von 3,45 statistisch signifikant höher eingeschätzt als die der Ärzte des alten Arbeitszeitmodells mit einem Mittelwert von 3,21. Auf Basis dieses Ergebnisses kann die im Verlaufe der Arbeit aufgestellte und vertretene *Hypothese H₁*, nach der die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte hat, empirisch tendenziell bestätigt werden.

Variable	n	Gruppe Arbeitszeitmodell	Mittel- wert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
Es ist eine gute Abstimmung mit den Kollegen möglich.	116	Ärzte altes AZM	3,03	1,164	p < 0,01
	139	Ärzte neues AZM	3,40	1,074	
Vertretungssituationen können gut bewältigt werden.	120	Ärzte altes AZM	2,20	1,034	p < 0,01
	140	Ärzte neues AZM	2,55	1,127	
Die Arbeitszeiten sind anstrengend.	120	Ärzte altes AZM	3,93	0,837	p < 0,001
	139	Ärzte neues AZM	3,33	1,093	
Am Ende einer Schicht bin ich häufig müde oder unkonzentriert.	120	Ärzte altes AZM	3,72	1,012	p < 0,01
	139	Ärzte neues AZM	3,39	1,039	
Aufgrund der kurzen Ruhezeit bin ich während der Arbeit häufig müde oder unkonzentriert.	119	Ärzte altes AZM	3,06	1,092	p < 0,05
	136	Ärzte neues AZM	2,81	1,119	
Meine Arbeitszeiten beeinträchtigen meine Gesundheit	119	Ärzte altes AZM	3,19	1,1195	p < 0,01
	136	Ärzte neues AZM	2,82	1,224	
Ich habe umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen.	120	Ärzte altes AZM	2,40	0,864	p < 0,01
	141	Ärzte neues AZM	2,72	0,949	
Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt (Tag, Nacht etc.) sehr gut in meiner Abteilung behandelt werden.	119	Ärzte altes AZM	3,63	0,852	n. s.
	140	Ärzte neues AZM	3,55	1,108	
Auf die Qualität der Patientenversorgung wird sehr viel Wert gelegt.	119	Ärzte altes AZM	3,86	0,923	n. s.
	140	Ärzte neues AZM	3,78	0,914	

Tab. 18: Mittelwertberechnungen bezüglich der Abstimmungsmöglichkeiten, der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte und der Möglichkeiten der Patientenversorgung unterteilt nach der zugehörigen Probandengruppe „altes“ oder „neues“ Arbeitszeitmodell

Die Ergebnisse aus Tab. 18 generieren ebenfalls erste Erkenntnisse. So sind die Ärzte, die unter einem neuem Arbeitszeitmodell arbeiten der Meinung, dass eine bessere Abstimmung untereinander möglich ist. Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten der verschiedenen Probandengruppen. Des Weiteren empfinden die Ärzte, die unter einem alten Arbeitszeitmodell arbeiten, ihre Arbeitszeiten anstrengender, als die Ärzte, die unter einem neuen Arbeitszeitmodell arbeiten. Dass sich die Bewertungen der Ärzte, die unter alten und neuen Arbeitszeitmodellen arbeiten, unterscheiden, bestätigen auch die statistisch hoch signifikanten Werte des Kruskal-Wallis H-Tests ($p < 0,01$). Auf Basis dieser Ergebnisse kann die Hypothese H_2 , nach der die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf

die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte hat, sowie die *Hypothese H₃*, nach der die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Abstimmung zwischen den Krankenhausärzten hat, empirisch unterstützt werden. Darüber hinaus ist festzustellen, dass sich die Antworten der Ärzte, die unter alten und neuen Arbeitszeitmodellen arbeiten, bezüglich der Qualität der Patientenversorgung und der guten Versorgung des Patienten zu jedem Zeitpunkt statistisch nicht signifikant unterscheiden. Die zuvor in *Hypothese H₄* aufgestellte Vermutung, nach der die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung hat, kann auf Basis der aufgezeigten Ergebnisse nicht bestätigt werden. Da bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle in vielen Krankenhäusern insbesondere auch die Qualität der Patientenversorgung im Vordergrund steht, ist die Untersuchung des Faktors „Möglichkeiten der Patientenversorgung“ jedoch von besonderem Interesse. Folglich findet der Faktor in der weiteren empirischen Untersuchung weiterhin Berücksichtigung.

Des Weiteren wurden die Ärzte hinsichtlich der zuvor aufgestellten Hypothesen nach dem Einfluss ihrer Zufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit, welche in der vorliegenden Arbeit als ein Indikator des Markterfolges genutzt wird, und dem Einfluss auf den Erfolg des Krankenhauses befragt. So sind 85,8 % der Ärzte, die unter einem neuem Arbeitszeitmodell arbeiten, überzeugt, dass sich ihre eigene Zufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Hinsichtlich des Einflusses ihrer Zufriedenheit auf den Krankenhauserfolg sind 58,3 % der Ärzte, die unter einem alten Arbeitszeitmodell arbeiten und 56,0 % der Ärzte, die unter einem neuem Arbeitszeitmodell arbeiten, der Meinung, dass ihre Zufriedenheit einen Einfluss auf den Krankenhauserfolg hat. Damit wird die im Verlaufe der Arbeit aufgestellte und vertretene Hypothese untermauert, nach der die durch das jeweilige Arbeitszeitmodell ausgelöste Zufriedenheit der Ärzte einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und den Erfolg des Krankenhauses hat.

Zusammenhang	n	Gruppe Arbeitszeitmodell	% -Anteil der Probanden, die der Aussage zuge- stimmt haben (Anzahl absolut) ⁴⁶¹
Die Zufriedenheit der Ärzte wirkt sich auf die Patientenzufriedenheit aus.	120	Ärzte altes AZM	72,5 % (87)
	141	Ärzte neues AZM	85,8 % (121)
Die Zufriedenheit der Ärzte wirkt sich auf den Erfolg des KH aus.	120	Ärzte altes AZM	58,3 % (70)
	141	Ärzte neues AZM	56,0 % (79)

Tab. 19: *Auswirkung der Zufriedenheit der Ärzte auf die Patientenzufriedenheit und den Erfolg des Krankenhauses*

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurden neben den Ärzten auch die jeweiligen Manager und Patienten bezüglich bestimmter Kriterien untersucht. So wurden die Manager ebenfalls nach der Zufriedenheit der Ärzte mit den Arbeitszeiten und der Arbeitssituation befragt. Das Ergebnis veranschaulicht nachfolgende Tab. 20. Vergleicht man die beiden Probandengruppen, Krankenhausärzte und Manager, bezüglich ihrer subjektiven Einschätzung, zeigt sich, dass bei Betrachtung der Mittelwerte statistisch hoch signifikante Unterschiede im überwiegenden Teil der Antworten auszumachen ist.

Variable	Modell	n	Proband	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
ZF der Ärzte mit Ar- beitszeiten	altes AZM	120	Ärzte	2,82	1,130	n. s.
		50	Manager	2,68	0,957	
	neues AZM	141	Ärzte	3,37	1,092	p < 0,001
		57	Manager	2,58	1,117	
ZF der Ärzte mit der Arbeitssituation	altes AZM	120	Ärzte	3,21	0,859	p < 0,05
		54	Manager	2,87	0,848	
	neues AZM	140	Ärzte	3,45	0,834	p < 0,001
		59	Manager	3,03	0,742	
Das tägliche Arbeitspen- sum der Ärzte ist gut zu bewältigen.	altes AZM	120	Ärzte	2,44	1,067	p < 0,001
		50	Manager	3,16	1,095	
	neues AZM	141	Ärzte	3,19	0,999	n. s.
		59	Manager	3,15	0,805	

⁴⁶¹ Es wurden alle Probanden zu dieser Gruppe gezählt, die mit trifft eher zu bzw. trifft voll und ganz zu geantwortet haben.

Die Ärzte arbeiten unter einem sehr hohen Zeitdruck.	altes AZM	120	Ärzte	4,09	0,745	p < 0,001
		52	Manager	3,17	0,879	
	neues AZM	141	Ärzte	3,32	1,117	p < 0,05
		59	Manager	2,97	0,870	

Tab. 20: *Zufriedenheit der Krankenhausärzte tatsächliche Aussagen der Ärzte und Einschätzungen der Manager*

Die Manager schätzten sowohl im alten als auch im neuen Arbeitszeitmodell die Zufriedenheit der Ärzte mit der Arbeitszeit und deren Mitarbeiterzufriedenheit immer geringer ein als sie tatsächlich sind. Ebenso schätzen die Manager den Zeitdruck der Ärzte geringer ein als er tatsächlich von den Ärzten empfunden wird. Diese Ergebnisse sind insofern verständlich, da an die Geschäftsführung in der Regel nur die negativen Nachrichten von Seiten der Ärzte herangetragen werden und somit ihr Urteil bzgl. verschiedener Aspekte geringer ausfällt.

Eine Ausnahme bzgl. des statistisch hoch signifikanten Unterschieds der Antworten bilden die Ärzte und Manager der alten Arbeitszeitmodelle hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten (Signifikanz des H-Test: 0,447; $p > 0,10$). Dies weist auf eine gute Kenntnis der Manager hinsichtlich der Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte hin. Dieses Ergebnis ist durch die langjährige Anwendung des alten Arbeitszeitmodells im jeweiligen Krankenhaus zu erklären. Eine weitere Ausnahme der statistisch hoch signifikanten Antwortunterschiede bilden die Ärzte und Manager der neuen Arbeitszeitmodelle hinsichtlich der Bewältigung des Arbeitspensums. Hier besteht kein statistisch signifikanter Unterschied der Antworten (Signifikanz des H-Test: 0,725; $p > 0,10$). Dieses Resultat ist mit der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells zu begründen. Vor Einführung eines neuen Modells müssen in vielen Kliniken Belastungsanalysen erstellt werden, um festzustellen, zu welchen Zeitpunkten die Beanspruchung der Ärzte am größten ist.⁴⁶² Schließlich wird das neue Arbeitszeitmodell hinsichtlich Länge der Arbeitszeit, Besetzung usw. entsprechend dieser Belastung ausgerichtet. Dadurch ist auch die gute Kenntnis der Manager hinsichtlich des tatsächlichen Arbeitspensums der Krankenhausärzte zu erklären.

⁴⁶² Vgl. Herrmann et al. (2006), S. 376; Platzköster et al. (2006), S. 411 f.

Variable	Proband	n	Proband	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
Ruf Krankenhaus	Ärzte	110	altes AZM	3,86	0,684	p < 0,10
		134	neues AZM	4,04	0,709	
	Patienten	138	altes AZM	4,56	0,58	p < 0,05
		142	neues AZM	4,41	0,573	
	Manager	57	altes AZM	4,19	0,667	p < 0,10
		59	neues AZM	4,00	0,455	
Qualität Patientenversorgung	Ärzte	119	altes AZM	3,86	0,923	n. s.
		140	neues AZM	3,78	0,914	
	Patienten	139	altes AZM	4,47	0,755	p < 0,05
		140	neues AZM	4,37	0,616	
	Manager	57	altes AZM	3,55	0,506	n. s.
		59	neues AZM	3,23	0,650	
Zeit der Ärzte, um auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen	Ärzte	120	altes AZM	2,40	0,864	p < 0,01
		141	neues AZM	2,72	0,949	
	Patienten	146	altes AZM	4,46	0,762	p < 0,10
		142	neues AZM	4,37	0,626	
	Manager	49	altes AZM	3,55	1,022	p < 0,10
		57	neues AZM	3,23	0,846	
Gute Behandlungsergebnisse	Ärzte	118	altes AZM	3,97	0,554	p < 0,05
		135	neues AZM	3,78	0,607	
	Patienten	113	altes AZM	4,43	0,778	p < 0,10
		135	neues AZM	4,36	0,555	
	Manager	48	altes AZM	4,31	0,512	p < 0,10
		57	neues AZM	4,14	0,441	
Viele Patienten kommen aufgrund von Empfehlungen	Ärzte	120	altes AZM	4,01	0,865	p < 0,05
		141	neues AZM	3,72	1,184	
	Patienten	147	altes AZM	4,40	0,934	p < 0,10
		142	neues AZM	4,41	0,521	
	Manager	57	altes AZM	4,53	0,804	p < 0,001
		59	neues AZM	4,19	0,601	

Tab. 21: Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Probandengruppen im Hinblick auf Variablen der Patientenversorgung

Schließlich wurden die Ärzte, Patienten und Manager bezüglich verschiedener Aspekte der Market Performance befragt. Tab. 21 zeigt die Mittelwertberechnungen der verschiedenen Probanden unterschieden nach der jeweiligen Modellzugehörigkeit altes oder neues Arbeitszeitmodell sowie die Ergebnisse des *Kruskal Wallis H-Test* für Mittelwertvergleiche zur Ermittlung statistisch signifikanter Unterschiede der jeweiligen Probanden der verschiedenen

Arbeitszeitmodelle. Man kann erkennen, dass die Krankenhausärzte der verschiedenen Probandengruppen unter anderem die Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzugehen, die Behandlungsergebnisse und die Weiterempfehlung durch die Patienten unterschiedlich einschätzen. Die Patienten der verschiedenen Probandengruppen schätzen hingegen den Ruf des Krankenhauses und die Qualität der Patientenversorgung verschieden ein ($p < 0,05$). Bei den Managern ist hinsichtlich der Weiterempfehlung durch die Patienten ein statistisch signifikanter Unterschied der Antworten in Abhängigkeit der Probandengruppenzugehörigkeit vorzufinden ($p < 0,001$). Diese Ergebnisse lassen auf verschiedene Auswirkungen der Arbeitszeitorganisation in Abhängigkeit des jeweiligen Arbeitszeitmodells schließen.

Tab. 22 stellt hingegen die Ergebnisse der verschiedenen Respondenten innerhalb des gleichen Arbeitszeitmodells dar. Bei der Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich etwas überraschend, dass die Krankenhausärzte den Ruf des Krankenhauses und die Patientenzufriedenheit schlechter einschätzen als die entsprechenden Patienten ihrer Modellgruppe. Dies ist jedoch insofern verständlich, wenn man bedenkt, dass die Ärzte häufig über andere Vergleichsmaßstäbe⁴⁶³ verfügen als die Patienten. Folglich ist die simultane Einbeziehung von Ärzte- und Patientenurteilen bzgl. der Market Performance für die Überprüfung der gesamten Wirkungskette gemäß Kapitel 7.3.1.4. von besonderer Bedeutung. Entsprechende Resultate sind auch im Rahmen der Mittelwertvergleiche der Manager und Patienten zu erkennen. Die Manager schätzen den Ruf des Krankenhauses und die Patientenzufriedenheit geringer ein als sie von den Patienten eingeschätzt bzw. empfunden werden.

⁴⁶³ Andere Vergleichsmaßstäbe können beispielsweise aus vorhergehenden Arbeitsstellen resultieren.

Variable	Modell	n	Proband	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
Ruf des Krankenhauses	altes AZM	110	Ärzte	3,86	0,684	p < 0,001
		138	Patienten	4,56	0,580	
	altes AZM	57	Manager	4,19	0,667	p < 0,001
		138	Patienten	4,56	0,580	
	neues AZM	134	Ärzte	4,04	0,709	p < 0,001
		142	Patienten	4,41	0,573	
	neues AZM	59	Manager	4,00	0,455	p < 0,001
		142	Patienten	4,41	0,573	
Patientenzufriedenheit	altes AZM	120	Ärzte	3,24	0,917	p < 0,001
		147	Patienten	4,53	0,665	
	altes AZM	50	Manager	4,10	0,614	p < 0,001
		147	Patienten	4,53	0,665	
	neues AZM	139	Ärzte	3,37	0,927	p < 0,001
		142	Patienten	4,51	0,604	
	neues AZM	57	Manager	4,09	0,83	p < 0,01
		142	Patienten	4,53	0,604	

Tab. 22: Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Respondenten zum Ruf des Krankenhauses und der Patientenzufriedenheit

Abschließend werden die Krankenhausärzte und die Manager zu Aspekten der Financial Performance des Krankenhauses befragt. Die Ergebnisse veranschaulicht nachfolgende Tab. 23. Bemerkenswert sind insbesondere die unterschiedlichen Einschätzungen der Ärzte und Manager hinsichtlich der Standortkonkurrenz. Die Manager empfinden sowohl im alten Arbeitszeitmodell als auch im neuen Arbeitszeitmodell eine wesentlich höhere Standortkonkurrenz als die entsprechenden Ärzte.

Eine Ausnahme bzgl. des statistisch hoch signifikanten Unterschieds der Antworten bilden die Ärzte und Manager der alten Arbeitszeitmodelle hinsichtlich des wirtschaftlichen Erfolgs des Krankenhauses und der Steigerung der Fallzahlen seit Anfang 2004. Es besteht kein statistisch hoch signifikanter Unterschied in den Antworten (Signifikanz des H-Test beim wirtschaftlichen Erfolg: 0,114; $p > 0,10$; Signifikanz des H-Test bei den Fallzahlen: 0,220; $p > 0,10$). Dies weist auf eine gute Kenntnis der Krankenhausärzte der alten Arbeitszeitmodelle hinsichtlich dieser Indikatoren hin. Eine weitere Ausnahme der statistisch hoch signifikanten Antwortunterschiede bilden die Ärzte und Manager der neuen Arbeitszeitmodelle hinsichtlich

der Bettenauslastung. Hier besteht kein statistisch signifikanter Unterschied der Antworten (Signifikanz des H-Test: 0,137; $p > 0,10$). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse und des unterschiedlichen Antwortverhaltens der Respondenten der verschiedenen Probandengruppen erscheint eine Verbindung der Ärzte- und Managerantworten bzgl. der Financial Performance für die weiteren Untersuchungen sinnvoll.

Variable	Modell	n	Proband	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
Wirtschaftlicher Erfolg des Kranken- hauses	altes AZM	99	Ärzte	3,52	0,962	n. s.
		55	Manager	3,71	1,066	
	neues AZM	118	Ärzte	3,54	0,844	$p < 0,05$
		59	Manager	3,80	0,610	
Hohe Standortkon- kurrenz	altes AZM	113	Ärzte	3,60	1,161	$p < 0,001$
		57	Manager	4,28	0,648	
	neues AZM	128	Ärzte	2,77	0,990	$p < 0,001$
		59	Manager	4,20	0,805	
Steigerung der Fälle stationär & ambulant seit 2004	altes AZM	101	Ärzte	3,82	0,994	n. s.
		52	Manager	3,40	1,498	
	neues AZM	112	Ärzte	4,00	0,977	$p < 0,1$
		56	Manager	4,29	0,847	
Hohe Bettenauslas- tung	altes AZM	106	Ärzte	4,23	0,897	$p < 0,01$
		51	Manager	3,71	1,221	
	neues AZM	130	Ärzte	4,28	0,942	n. s.
		58	Manager	4,48	0,883	

Tab. 23: *Einschätzung der Financial Performance des Krankenhauses*

7.1.2. Untersuchung der Auswirkungen des Merkmals „Krankenhausträgerschaft“

Als Hypothese H_{23} und H_{24} wurde formuliert, dass das Merkmal „Krankenhausträgerschaft“ einen Einfluss auf die Wahl des Arbeitszeitmodells und die grundlegenden Wirkungszusammenhänge zwischen den Auswirkungen des jeweiligen Arbeitszeitmodells, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Hospital Performance hat. Zur Überprüfung dieser Hypothesen soll zunächst untersucht werden, ob zwischen dem Merkmal Krankenhausträgerschaft und Art des Arbeitszeitmodells ein Zusammenhang besteht. Hinsichtlich der Trägerschaften wurden in der vorliegenden Arbeit Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft unterschieden.⁴⁶⁴ Die Analyse des Zusammenhangs wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests und der Kontingenzanalyse auf Basis des gesamten Datensatzes durchgeführt. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Merkmal	Arbeitszeitmodell (Chi-Quadrat-Test/Kontingenzkoeffizient)
Trägerschaft	0,000/0,454

Tab. 24: Zusammenhangsmaß der Merkmale Trägerschaft und Arbeitszeitmodell anhand des Chi-Quadrat-Tests und der Kontingenzanalyse

Gemäß dem Chi-Quadrat-Test kann ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, der gemessen am Kontingenzkoeffizienten mit einem Wert von 0,454 als bedeutend einzustufen ist.⁴⁶⁵ Es kann davon ausgegangen werden, dass die Art der Krankenhausträgerschaft das jeweilige Arbeitszeitmodell mitbestimmt. Folglich kann Hypothese H_{23} , nach der das Merkmal Krankenhausträgerschaft die Wahl des Arbeitszeitmodells beeinflusst, empirisch unterstützt werden.

Darüber hinaus veranschaulicht nachfolgende Tab. 25 die Antwortergebnisse der Ärzte bezüglich der Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen unterteilt nach der jeweiligen Zugehörigkeit zur Krankenhausträgerschaft. Bei Betrachtung der Ergebnisse kann man erkennen, dass ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten der Ärzte in Abhängigkeit der ver-

⁴⁶⁴ Vgl. zu den verschiedenen Trägerschaften auch die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.1.1.

⁴⁶⁵ Vgl. Backhaus et al. (2006a), S. 244 ff.

schiedenen Krankenhausträgerschaften besteht. So beurteilen die Ärzte aus Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft ihre Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten mit einem Mittelwert von 3,21 statistisch signifikant besser als die Krankenhausärzte, die in Häusern mit freigemeinnütziger Trägerschaft arbeiten, mit einem Mittelwert von 2,84. Mit einem Mittelwert von 3,67 geben die Ärzte aus Krankenhäusern mit privater Trägerschaft die beste Bewertung hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten ab. Vorwiegend beurteilen die Ärzte aus Krankenhäusern mit privater Trägerschaft die verschiedenen Variablen statistisch signifikant besser, als die Ärzte aus Krankenhäusern mit öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft. Dass sich die Bewertungen der Ärzte aus Krankenhäusern mit verschiedenen Trägerschaften unterscheiden, bestätigen auch die statistisch signifikanten Werte des Kruskal-Wallis H-Tests. Auf Basis dieser Ergebnisse kann die Annahme unterstützt werden, dass die Krankenhausträgerschaft einen Einfluss auf die Auswirkungen des jeweiligen Arbeitszeitmodells hat. Dieses Ergebnis ist insofern auch erklärbar, als dass sich insbesondere Häuser in privater Trägerschaft im Gegensatz zu Häusern öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft schon lange vor Einführung des neuen ArbZG mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und einer Optimierung der Patientenversorgung zur Sicherung ihrer Wettbewerbsposition auseinander gesetzt haben.

Variable	n	Ärzte aus Krankenhäusern mit ... Trägerschaft	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanztest (H-Test)
Mit meinen Arbeitszeiten bin ich sehr zufrieden.	90	öffentlicher	3,21	1,137	p < 0,001
	125	freigemeinnütziger	2,84	1,125	
	46	privater	3,67	0,967	
Es ist eine gute Abstimmung mit den Kollegen möglich.	88	öffentlicher	3,36	1,052	p < 0,01
	121	freigemeinnütziger	3,02	1,125	
	46	privater	3,54	1,187	
Vertretungssituationen können gut bewältigt werden.	89	öffentlicher	2,64	1,131	p < 0,05
	125	freigemeinnütziger	2,18	0,995	
	46	privater	2,46	1,206	
Die Arbeitszeiten sind anstrengend.	88	öffentlicher	3,65	1,135	p < 0,001
	125	freigemeinnütziger	3,82	0,890	
	46	privater	2,96	0,893	

Am Ende einer Schicht bin ich häufig müde oder unkonzentriert.	88	öffentlicher	3,50	1,061	p < 0,01
	125	freigemeinnütziger	3,72	1,013	
	46	privater	3,15	0,965	
Aufgrund der kurzen Ruhezeit bin ich während der Arbeit häufig müde oder unkonzentriert.	86	öffentlicher	2,90	1,158	p < 0,05
	125	freigemeinnütziger	3,08	1,075	
	44	privater	2,55	1,044	
Meine Arbeitszeiten beeinträchtigen meine Gesundheit	88	öffentlicher	2,76	1,278	p < 0,001
	123	freigemeinnütziger	3,28	1,183	
	44	privater	2,66	1,055	
Ich habe umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen.	90	öffentlicher	2,58	0,960	p < 0,05
	125	freigemeinnütziger	2,44	0,902	
	46	privater	2,93	0,827	
Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt (Tag, Nacht etc.) sehr gut in meiner Abteilung behandelt werden.	89	öffentlicher	3,60	1,105	p < 0,05
	124	freigemeinnütziger	3,47	0,949	
	46	privater	3,89	0,849	
Auf die Qualität der Patientenversorgung wird sehr viel Wert gelegt.	88	öffentlicher	3,94	0,902	p < 0,01
	125	freigemeinnütziger	3,86	0,931	
	46	privater	3,46	0,836	

Tab. 25: Bewertung verschiedener Variablen unterteilt nach dem Merkmal Krankenhaus-trägerschaft

Tab. 26 zeigt die Ergebnisse der verschiedenen Respondenten unterteilt nach ihrer jeweiligen Zugehörigkeit zum Merkmal „Krankenhausträgerschaft hinsichtlich der Variablen Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und wirtschaftlichem Erfolg des Krankenhauses. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass sich lediglich die Manager bei der Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte in ihren Antworten statistisch signifikant unterscheiden ($p < 0,001$). Bei allen anderen Variablen ist kein statistisch signifikanter Unterschied der Antworten in Abhängigkeit der jeweiligen Trägerschaft festzustellen. Auf Basis dieser Ergebnisse kann die Annahme, dass die Krankenhausträgerschaft einen Einfluss auf die grundlegenden Wirkungszusammenhänge der vorliegenden Untersuchung hat, nicht empirisch unterstützt werden.

Variable	Proband	Trägerschaft	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanztest (H-Test)
Mitarbeiter- zufriedenheit	Ärzte	öffentlich	86	3,33	0,975	n. s.
		freigemeinnützig	125	3,28	0,819	
		privat	49	3,51	0,681	
	Manager	öffentlich	22	2,64	0,727	p < 0,001
		freigemeinnützig	72	2,89	0,797	
		privat	19	3,58	0,507	
Patienten- zufriedenheit	Ärzte	öffentlich	87	3,36	0,889	n. s.
		freigemeinnützig	123	3,21	0,96	
		privat	49	3,49	0,869	
	Patienten	öffentlich	73	4,48	0,684	n. s.
		freigemeinnützig	204	4,54	0,6638	
		privat	12	4,42	0,515	
Erfolg des Krankenhauses	Ärzte	öffentlich	68	3,59	0,796	n. s.
		freigemeinnützig	196	3,45	0,957	
		privat	43	3,63	0,900	
	Manager	öffentlich	22	3,27	0,631	n. s.
		freigemeinnützig	66	4,14	0,552	
		privat	19	4,89	0,315	

Tab. 26: Mittelwertvergleiche zwischen den verschiedenen Respondenten zur Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und dem Erfolg des Krankenhauses

Im Rahmen der empirischen Untersuchung soll jedoch das Hauptaugenmerk auf die Art des Arbeitszeitmodells und nicht auf das Merkmal „Trägerschaft“ gelegt werden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der deskriptiven Analyse, die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Krankenhausträgerschaft und den grundlegenden Wirkungszusammenhängen der vorliegenden Analyse aufweisen, findet das Merkmal „Trägerschaft“ in der folgenden explikativen Datenanalyse keine weitere Berücksichtigung.

7.2. Konzeptualisierung und Operationalisierung der Konstrukte

Die Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst werden über komplexe theoretische Konstrukte abgebildet, die es zu erfassen gilt. Unter einem theoretischen Konstrukt versteht man „...eine abstrakte Gesamtheit, die den „wahren“, nicht beobachtbaren Status bzw. die Natur eines Phänomens repräsentiert.“⁴⁶⁶ Die theoretischen Konstrukte, welche auch als latente (nicht beobachtbare) Variablen bezeichnet werden, können nicht direkt gemessen werden.⁴⁶⁷ Um diese Konstrukte empirisch fassbar und somit auch messbar zu machen, werden indirekte Messungen durchgeführt, bei denen Beziehungen zwischen beobachtbaren bzw. erfragbaren Variablen (auch Indikatorvariablen, Indikatoren oder Items genannt) und den interessierenden Konstrukten ermittelt werden.⁴⁶⁸ Die Gesamtheit der Indikatoren wird auch als Messinstrument bzw. Messskala bezeichnet, welches als formatives oder reflektives Messmodell spezifiziert werden kann.⁴⁶⁹ Abhängig davon, in welche Richtung die Beziehung zwischen Faktor und Indikator verläuft und ob die Indikatoren austauschbar sind, kann man reflektive und formative Indikatoren unterscheiden. Reflektive Indikatoren basieren auf der Annahme, dass die beobachtbaren Indikatoren das zugrunde liegende Konstrukt widerspiegeln.⁴⁷⁰ Die Indikatoren des Konstruktes sind beliebig austauschbar.⁴⁷¹ Dieser Annahme liegt die Theorie zugrunde, dass der Faktor seine zugeordneten Indikatoren verursacht und diese folglich als fehlerbehaftete Messungen des Faktors betrachtet werden können.⁴⁷² Bei formativen Indikatoren wird davon ausgegangen, dass die Indikatoren unterschiedliche Facetten des betrachteten Konstruktes abdecken. Dadurch sind keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen den Indikatoren zwingend notwendig.⁴⁷³ Das Konstrukt kann dann beispielsweise mit Hilfe einer Mittelwertbildung über alle Indikatoren erfasst werden. Abb. 23 gibt zur Veranschaulichung einen Überblick über reflektive und formative Messmodelle.

⁴⁶⁶ Helmig (2005), S. 165 und vgl. zugleich Bagozzi/Fornell (1982), S. 24.

⁴⁶⁷ Vgl. Bagozzi/Phillips (1982), S. 465; Backhaus et al. (2006a), S. 335 ff.

⁴⁶⁸ Vgl. Homburg/Baumgartner (1995), S. 1092; Homburg/Giering (1996), S. 6; Helmig (2005), S. 165.

⁴⁶⁹ Vgl. Diamantopoulos/Winklhofer (2001); Eberl (2006).

⁴⁷⁰ Vgl. Bagozzi (1994), S. 331; Fornell/Cha (1994), S. 58 f.

⁴⁷¹ Vgl. Jarvis et al. (2003), S. 203; Eberl (2006), S. 658.

⁴⁷² Vgl. Fornell/Cha (1994), S. 58 f.; Graf (2007), S. 182.

⁴⁷³ Vgl. Stock-Homburg (2007), S. 129; Huber (2005), S. 122; Eberl (2006), S. 655; Graf (2007), S. 182.

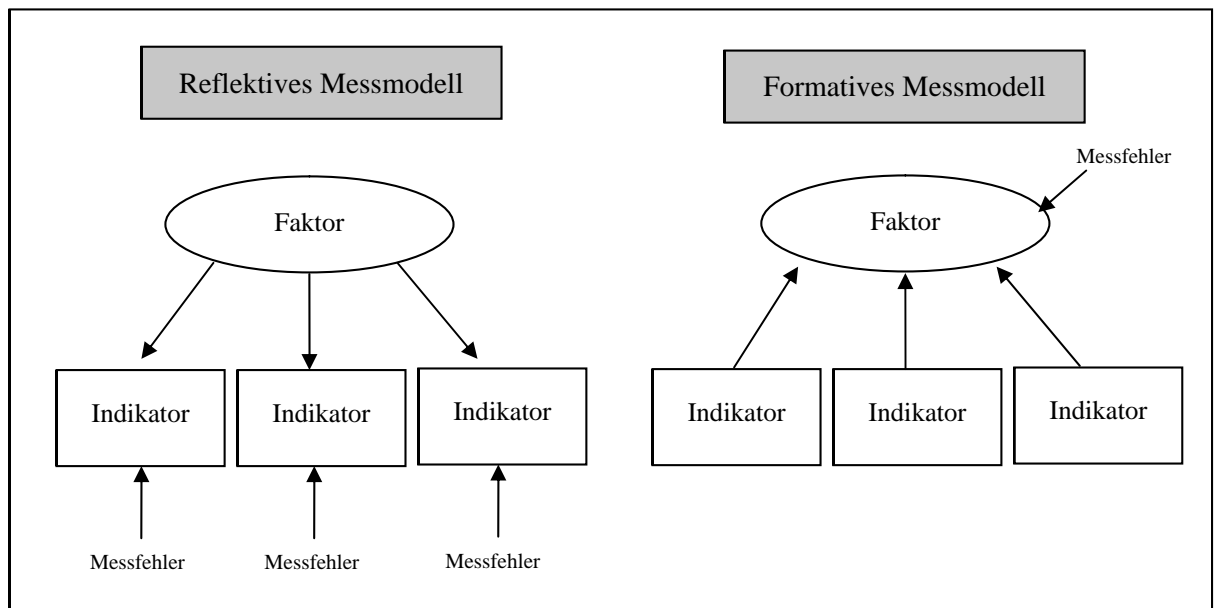


Abb. 23: Reflektive und formative Messmodelle⁴⁷⁴

Zur Konzeptualisierung und Operationalisierung der theoretischen Konstrukte wird in der vorliegenden Arbeit folgendes Vorgehen in Anlehnung an *Homburg/Giering* (1996) zu Grunde gelegt:⁴⁷⁵

Auf Basis der vorliegenden theoretischen Kenntnisse und durchgeführten Expertengesprächen⁴⁷⁶ kann eine hypothetische Komponentenstruktur der interessierenden Konstrukte vermutet werden. Vor diesem Hintergrund soll auf eine rein explorative Faktorenanalyse verzichtet werden. Anstatt dessen werden den Konstrukten entsprechende Indikatoren zugewiesen, um den interessierenden Erkenntnisgegenstand operationalisieren zu können. Handelt es sich um reflektive Messmodelle, werden die interessierenden Konstrukte mit der Hilfe der so genannten „Reabilitäts“⁴⁷⁷- und Validitätskriterien⁴⁷⁸ der ersten Generation⁴⁷⁹ überprüft.⁴⁸⁰ Werden hingegen formative Messmodelle unterstellt, wird auf eine Überprüfung der Konstrukte

⁴⁷⁴ In Anlehnung an *Burke Jarvis et al.* (2003), S. 201 und zugleich *Huber* (2005), S. 122.

⁴⁷⁵ Vgl. *Homburg/Giering* (1996), S. 8.

⁴⁷⁶ Vgl. zu den durchgeführten Expertengesprächen Anhang E.

⁴⁷⁷ Die Reliabilität beschreibt die formale Genauigkeit eines Messvorgangs. Je genauer ein Messinstrument die Merkmalsausprägung erfassen kann, desto höher ist die Reliabilität Vgl. *Cortina* (1993), S. 98; *Herrmann/Homburg* (2000), S. 23.

⁴⁷⁸ Ein Messinstrument wird als valide bezeichnet, wenn durch das Instrument der Sachverhalt gemessen wird, der gemessen werden soll und die Messung keine systematischen und zufälligen Fehler beinhaltet. Vgl. *Churchill* (1979), S. 65; *Malhotra/Birks* (2007), S. 307 ff.

⁴⁷⁹ Dazu gehören die explorative Faktorenanalyse, das Cronbachsche Alpha und die Item to Total-Korrelation.

⁴⁸⁰ Vgl. *Homburg* (2000), S. 67. Dieses Vorgehen findet sich beispielsweise im Bereich der Nonprofit-Organisationen bei *Brown* (2005) und *Graf* (2007).

mit der Hilfe der so genannten „Reabilitäts- und Validitätskriterien“⁴⁸¹ verzichtet.⁴⁸² Folglich findet der Ausschluss von Indikatoren aufgrund eines zu niedrigen Cronbachschen Alpha, wie es bei reflektiven Indikatoren durchgeführt wird, nicht statt. Die Bedeutung des Konstruktes wird somit durch die Auswahl der Indikatoren und nicht durch die statistische Validierung bestimmt.⁴⁸³ Aufbauend auf diesen Überlegungen erfolgt schließlich die Operationalisierung der Konstrukte:

Messansätze zur allgemeinen Zufriedenheitsmessung sind in der Literatur bereits auf breites Interesse gestoßen.⁴⁸⁴ So wurden in den 1970er Jahren eine Reihe von Messansätzen entwickelt.⁴⁸⁵ Diese allgemeinen Messansätze sind auch auf die Arbeitszeitzufriedenheit übertragbar. Bei der Zufriedenheitsmessung stellt sich grundsätzlich die Frage, ob diese direkt oder indirekt gemessen werden soll.⁴⁸⁶ Nach *Neuberger* (1974) liefert die einfachste Methode, die direkte Frage nach der Zufriedenheit, die besten Ergebnisse.⁴⁸⁷ In Anlehnung an *Neuberger* (1974) und *Hoppock* (1977)⁴⁸⁸ wird die Zufriedenheit der Krankenhausärzte mit ihren Arbeitszeiten wie folgt operationalisiert:

Items	Ankerpunkte der fünfstufigen Ratingskala
„Ich bin mit meinen Arbeitszeiten sehr zufrieden“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu

Tab. 27: Messansatz der Arbeitszeitzufriedenheit

Die Überprüfung des Messmodells bezüglich der Variable „Zufriedenheit der Krankenhausärzte mit ihren Arbeitszeiten“ hinsichtlich Reabilität und Validität entfällt, da aufgrund der direkten Fragestellung nach *Neuberger* (1974) nur ein Indikator vorliegt. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass dieser Indikator das Konstrukt zu 100 % erklärt und somit keine Gütebeurteilung vorgenommen werden muss.

⁴⁸¹ Dazu gehören die explorative Faktorenanalyse, das Cronbachsche Alpha und die Item to Total-Korrelation.

⁴⁸² Vgl. *Rossiter* (2002), S. 315.

⁴⁸³ Vgl. *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 25.

⁴⁸⁴ Vgl. u. a. *Neuberger* (1974a); *Rosenstiel v.* (1977a).

⁴⁸⁵ Vgl. u. a. *Smith et al.* (1969); *Fischer/Lück* (1972); *Neuberger* (1976).

⁴⁸⁶ Vgl. *Stauss* (1999b), S.13.

⁴⁸⁷ Vgl. *Neuberger* (1974b), S. 151.

⁴⁸⁸ Vgl. *Hoppock* (1977).

Die Variable „Arbeitsbelastung“ wird in Anlehnung an die Studie von *Krings et al.* (1999) anhand der durch die Krankenhausärzte subjektiv bewerteten Indikatoren „anstrengende Dienstzeiten“, „Nach einer Schicht bin ich häufig müde und unkonzentriert“, „Aufgrund der kurzen Ruhezeiten bin ich während der Arbeit häufig müde oder unkonzentriert“, „Arbeitszeiten beeinträchtigen meine Gesundheit“ operationalisiert.⁴⁸⁹ Nachfolgende Tabelle veranschaulicht noch einmal die Indikatoren mit ihren jeweiligen Ankerpunkten.

Items zur Messung der „Arbeitsbelastung“	Ankerpunkte der fünfstufigen Ratingskala
„Meine Dienstzeiten sind sehr anstrengend“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu
„Am Ende einer Schicht bin ich häufig müde und unkonzentriert“	
„Aufgrund der kurzen Ruhezeiten bin ich während der Arbeit häufig müde oder unkonzentriert“	
„Meine Arbeitszeiten beeinträchtigen meine Gesundheit“	

Tab. 28: Messansatz der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte

In Anlehnung an *Eberl* (2006)⁴⁹⁰ und *Christophersen/Grape* (2007)⁴⁹¹ werden die Indikatoren der Variable „Arbeitsbelastung“ der Krankenhausärzte als reflektive Indikatoren angesehen. Aufgrund der unterstellten reflektiven Art der exogenen Indikatoren wird zunächst als Koeffizient der durchgeführten Reliabilitätsanalyse das *Cronbachs*che Alpha herangezogen, welches ein Maß für die Interne-Konsistenz-Reliabilität der Indikatoren darstellt, die denselben Faktor messen.⁴⁹² Der Wertebereich des *Cronbachs*chen Alpha erstreckt sich zwischen Null und Eins. Je höher der Wert ist, desto höher ist die Reliabilität. In der Literatur ist es umstritten, ab welchem Wert von hinreichender Reliabilität ausgegangen werden kann. So sind beispielsweise *Malhotra/Birks* (2007) der Auffassung, dass ein Schwellenwert von $> 0,6$ ⁴⁹³ ausreicht, damit der ermittelte Alpha Wert als akzeptabel angesehen werden kann. Andere Autoren sind hingegen der Meinung, dass ein Mindestschwellenwert von 0,7 erreicht werden

⁴⁸⁹ Vgl. *Krings* (1999), S. 54.

⁴⁹⁰ Vgl. *Eberl* (2006), S.658.

⁴⁹¹ Vgl. *Christophersen/Grape* (2007), S. 110.

⁴⁹² Vgl. u. a. *Cronbach* (1951), S. 307; *Cortina* (1993), S. 98; *Peterson* (1994), S. 382; *Helmig* (2005), S. 199. Zur Berechnung des *Cronbachs*chen Alpha vgl. u. a. *Carmines/Zeller* (1991), S. 44 f.; *Stock-Homburg* (2007), S. 134.

⁴⁹³ Vgl. *Malhotra/Birks* (2007), S. 307 ff.

muss.⁴⁹⁴ In der vorliegenden Arbeit wird der strengere Schwellenwert von mindestens 0,7 herangezogen.

Bei einem zu geringen *Cronbachschen* Alpha wird die *Item-to-Total-Korrelation* als ein Eliminationskriterium der Indikatoren aus dem Messmodell verwendet.⁴⁹⁵ Die *Item-to-Total-Korrelation* ist definiert als die Korrelation zwischen dem einzelnen Indikator und der Summe aller dem Faktor zugeordneter Indikatoren.⁴⁹⁶ In der Literatur wird kein genauer Schwellenwert angegeben. Folglich soll in der vorliegenden Arbeit ein möglichst hoher Wert erreicht werden. Indikatoren, die eine zu niedrige *Item-to-Total-Korrelation* aufweisen, werden aus dem Messmodell entfernt, wodurch die Reliabilität des Faktors erhöht werden kann.⁴⁹⁷ Wenn ein extrahierter Faktor im Rahmen der Faktorenanalyse mindestens einen 50 % -igen Anteil der Varianz der Indikatoren erklärt, gilt er als valide.⁴⁹⁸

So zeigen die Ergebnisse in Tabelle 33, dass die gewählten Indikatoren den Faktor „Arbeitsbelastung“ mit hinreichender Güte abbilden. Für das *Cronbachsche* Alpha kann ein Wert von 0,867 ermittelt werden, welches über dem geforderten Wert von 0,7 liegt. Für den Anteil der erklärten Varianz kann ein Wert von 71,892 % ermittelt werden. Somit überschreitet das ermittelte Gütemaß den geforderten Wert von 50 % deutlich. Nachfolgende Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse des Faktors „Arbeitsbelastung“.

Faktor	Indikator	Bezeichnung der (reflektiven) Indikatoren	Cronbachs-Alpha	Anteil erklärter Varianz
Arbeitsbelastung	1	Anstrengende Dienstzeiten	0,867	71,892 %
	2	Müdigkeit und Unkonzentriertheit		
	3	Müdigkeit aufgrund kurzer Ruhezeiten		
	4	Beeinträchtigung Gesundheit		

Tab. 29: Die Indikatoren des Faktors „Arbeitsbelastung“

Ebenso wird die Variable „Abstimmungsmöglichkeiten“ in Anlehnung an die Studie von *Krings et al.* (1999) auf Basis der durch die Krankenhausärzte subjektiv bewerteten Indikato-

⁴⁹⁴ Vgl. *Nunnally/Bernstein* (1994).

⁴⁹⁵ Vgl. *Homburg/Giering* (1996), S. 8 f.

⁴⁹⁶ Vgl. *Nunnally/Bernstein* (1994).

⁴⁹⁷ Vgl. *Churchill* (1979), S. 68.

⁴⁹⁸ Vgl. *Homburg/Giering* (1996), S. 12; *Helmig* (2005), S. 200.

ren „Vertretungssituationen können gut bewältigt werden“, „Arbeitszeiten sind so gestaltet, dass eine gute Abstimmung möglich ist“ operationalisiert.⁴⁹⁹ Nachfolgende Tabelle veranschaulicht noch einmal die Indikatoren.

Items zur Messung der „Abstimmungsmöglichkeiten“	Ankerpunkte der fünfstufigen Ratingskala
„Vertretungssituationen können von der Organisation der Arbeitszeiten her gut bewältigt werden“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu
„Die Arbeitszeiten sind so gestaltet, dass eine gute Abstimmung (z. B. bei Übergaben) mit meinen Kollegen möglich ist“	

Tab. 30: Messansatz der Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte

Die Indikatoren der Variable „Abstimmungsmöglichkeiten“ der Krankenhausärzte werden in Anlehnung an *Christophersen/Grape* (2007) und *Eberl* (2006) den reflektiven Indikatoren zugeordnet.⁵⁰⁰ Im Rahmen der Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfung hat die Berechnung des *Cronbachs*chen Alpha mit 0,795 einen über dem geforderten Schwellenwert liegenden Wert erbracht. In der Faktorenanalyse kann ein Faktor extrahiert werden, der einen erklärten Varianzanteil von 83,936 % vorweist und folglich über dem geforderten Wert von 50 % liegt. Somit erfüllen die Indikatoren die geforderten Anspruchsniveaus, so dass kein Indikator eliminiert werden muss. Tabelle 31 gibt einen Überblick der Indikatoren des Faktors „Abstimmungsmöglichkeiten“.

Faktor	Indikator	Bezeichnung der (reflektiven) Indikatoren	Cronbachs-Alpha	Anteil erklärter Varianz
Abstimmungsmöglichkeiten	1	Vertretungssituationen	0,795	83,936 %
	2	gute Abstimmung		

Tab. 31: Die Indikatoren des Faktors „Abstimmungsmöglichkeiten“ zwischen den Krankenhausärzten

Hinsichtlich der Patientenversorgung sind in der Literatur verschiedene Messansätze vorzufinden. Es gibt zum einen Studien, die die Patientenversorgung als Ausmaß, in dem sich der Gesundheitszustand eines Patienten während eines Aufenthaltes im Krankenhaus verbessert

⁴⁹⁹ Vgl. *Krings* (1999), S. 54.

⁵⁰⁰ Vgl. *Christophersen/Grape* (2007), S. 110 und *Eberl* (2006), S.658.

hat, messen. So hat *Bollschweiler* (1999) beispielsweise den Verlauf von verschiedenen Score Systemen, die im Krankenhaus genutzt werden und u. a. den Krankheitsverlauf beschreiben, erhoben.⁵⁰¹ In der vorliegenden Untersuchung soll der Schwerpunkt der Untersuchung jedoch vielmehr auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung, die sich aufgrund der Arbeitszeitgestaltung ergeben, gelegt werden. Aufbauend auf diesen Überlegungen wurde die Patientenversorgung mit Hilfe von den drei Indikatoren „Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt sehr gut behandelt werden“, „Ich habe umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen“, „Auf die Qualität der Patientenversorgung wird sehr viel Wert gelegt“ operationalisiert. Nachfolgende Tabelle zeigt die Items mit den entsprechenden Ankerpunkten.

Items	Ankerpunkte der fünfstufigen Ratingskala
„Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt (Tag, Nacht, Werktage, Wochenende) sehr gut in meiner Abteilung behandelt werden“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu
„Ich habe umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse (z. B. Wünsche, Fragen etc.) der Patienten einzugehen“	
„Auf die Qualität der Patientenversorgung wird sehr viel Wert gelegt“	

Tab. 32: Messansatz der Patientenversorgung

Die Indikatoren der Variable „Möglichkeiten der Patientenversorgung“ werden in Anlehnung an *Eberl* (2006) und *Christophersen/Grape* (2007) als reflektive Indikatoren beschrieben.⁵⁰² Es kann ein *Cronbachsches* Alpha von 0,664 festgestellt werden. Die knappe Unterschreitung des geforderten Wertes von 0,7 wird hingenommen, um nicht inhaltlich wichtige Dimensionen dem bloßen Modellfit zu opfern.⁵⁰³ So fordert *Homburg* (2007) in seinem Beitrag die inhaltlich wichtigen Indikatoren zu identifizieren und auch beizubehalten, wenn sie nicht alle Anforderungen der Güteprüfung erfüllen.⁵⁰⁴ In der Literatur sind ebenfalls Arbeiten zu finden, in denen lediglich ein Schwellenwert von 0,6 gefordert wird.⁵⁰⁵ Vor diesem Hintergrund wird der vorliegende Wert als ausreichend angesehen. Darüber hinaus kann im Rahmen der Fakto-

⁵⁰¹ Vgl. *Bollschweiler* (1999), S. 29 ff.

⁵⁰² Vgl. *Christophersen/Grape* (2007), S. 110 und *Eberl* (2006), S.658.

⁵⁰³ Vgl. hierzu auch *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 6 f.

⁵⁰⁴ Vgl. *Homburg* (2007), S. 42. Vgl. ebenso *Hildebrandt/Temme* (2007), welche fordern, dass die Sicherung der Inhaltsvalidität in den Vordergrund gestellt werden sollte. Vgl. *Hildebrandt/Temme* (2007), S. 636.

⁵⁰⁵ Vgl. beispielsweise *Malhotra/Birks* (2007).

renanalyse ein Faktor mit 61,222 % erklärter Varianz identifiziert werden, womit der geforderte Schwellenwert von 50 % überschritten wird. Tabelle 33 veranschaulicht schließlich noch einmal die Ergebnisse.

Faktor	Indikator	Bezeichnung der (reflektiven) Indikatoren	Cronbachs-Alpha	Anteil erklärter Varianz
Patientenversorgung	1	Umfassend Zeit um auf Bedürfnisse der Patienten einzugehen	0,664	61,222 %
	2	Qualität der Patientenversorgung		
	3	Gute Behandlung zu jedem Zeitpunkt		

Tab 33: Die Indikatoren des Faktors „Patientenversorgung“

In der Literatur sind zahlreiche empirische Studien zur Mitarbeiterzufriedenheit⁵⁰⁶ vorzufinden. Folglich liegen bereits Erkenntnisse hinsichtlich der Messung der Mitarbeiterzufriedenheit vor. In der jüngsten Vergangenheit ist die Zufriedenheitsmessung insbesondere in der Marketingforschung auf großes Interesse gestoßen.⁵⁰⁷ Wie bereits in Abschnitt 2.3.1. dargelegt, soll in der vorliegenden Arbeit die Mitarbeiterzufriedenheit als Gesamtzufriedenheit erfasst werden.⁵⁰⁸ So wurde die Mitarbeiterzufriedenheit in Gliederungsabschnitt 2.3.1. in Anlehnung an *Stock-Homburg* (2007) als Einstellung, die auf einem Soll-Ist-Vergleich basiert, definiert.⁵⁰⁹ Einer der bekanntesten Messansätze der Zufriedenheitsforschung, auf den auch viele weiter entwickelte Messansätze zurückgehen, stellt der Ansatz nach *Neuberger* (1974a; 1974b) dar.⁵¹⁰ Nach *Neuberger* (1974b) liefert auch hier die einfachste Methode, die direkte Frage nach der Zufriedenheit, die besten Ergebnisse.⁵¹¹ Auch wenn *Stock-Homburg* (2007) einen Messansatz mit sechs Indikatoren gewählt hat,⁵¹² soll im Folgenden der Messansatz von *Neuberger* (1974a; 1974b) Verwendung finden, da dieser als einfach und sehr zuverlässig angesehen wird. So zeigen beispielsweise *Williams et al.* (1999) auf, dass die Frage nach der allgemeinen Job-Zufriedenheit ein gutes Maß zur Messung der Mitarbeiterzufriedenheit darstellt.⁵¹³ Eine solche Vorgehensweise der direkten Frage nach der Ausprägung des interessie-

⁵⁰⁶ Vgl. dazu u. a. *Neuberger* (1974a; 1974b); *Rosenstiel v.* (1977a); *Müller* (1999); *Homburg/Stock* (2000; 2001a).

⁵⁰⁷ Vgl. z. B. *Bagozzi* (1978); *Johnston et al.* (1988).

⁵⁰⁸ Vgl. dazu u. a. *Good et al.* (1988); *Babin/Boles* (1998).

⁵⁰⁹ Vgl. dazu die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.3.1.

⁵¹⁰ Vgl. *Neuberger* (1974a; 1974b).

⁵¹¹ Vgl. *Neuberger* (1974b), S. 151.

⁵¹² Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 150.

⁵¹³ Vgl. *Williams et al.* (1999).

renden Konstruktes ist in der jüngsten Vergangenheit sowohl in wissenschaftlichen Studien der Betriebswirtschaft als auch im Bereich von Nonprofit-Organisationen vermehrt vorzufinden.⁵¹⁴ Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Mitarbeiterzufriedenheit in Anlehnung an *Neuberger* (1974a; 1974b) gemessen:

Items	Ankerpunkte der fünfstufigen Ratingskala
„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer momentanen Arbeitssituation?“	sehr zufrieden- sehr unzufrieden

Tab. 34: Messansatz der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte

Da das Konstrukt der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte mit Hilfe einer direkten Frage und eines einzigen Indikators gemessen wird, wird folglich keine Gütebeurteilung durchgeführt. Der alleinige Indikator bildet die Mitarbeiterzufriedenheit zu 100 % ab.

Für den Krankenhauserfolg sind in der Literatur verschiedene Messindikatoren vorzufinden. So zeigt *Helmig* (2005) in seiner Arbeit auf, dass zur Operationalisierung der Variablen Erfolg, die direkte Frage nach dem Erfolg des Krankenhauses die einfachste Methode darstellt.⁵¹⁵ Ebenso konstatiert *Graf* (2007) in seiner Arbeit, dass insbesondere bei Nonprofit-Organisationen die direkte Frage nach dem globalen Erfolg eine geeignete Möglichkeit darstellt, um die Multidimensionalität des Konstruktes zu erfassen.⁵¹⁶ *Dietrich* (2005) hat in seiner Arbeit die direkte Frage nach der Wirtschaftlichkeit und der Auslastung des Krankenhauses zur Operationalisierung des Erfolges genutzt.⁵¹⁷ In der Praxis stellen hingegen die Patientenfallzahlen einen Messindikator zur Erfolgsmessung dar.

Die Hospital Performance Outcomes wurden in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an *Homburg/Pflessner* (2000) als Zusammenwirken des Markterfolges und des finanziellen Erfolges definiert.⁵¹⁸ In Anlehnung an das von *Homburg/Pflessner* (2000) entwickelte Performance Outcomes Modell für krankenhausfremde Bereiche und bereits in der Literatur existierenden Messindikatoren für den Krankenhausbereich, wird in der vorliegenden Arbeit der Markter-

⁵¹⁴ Vgl. *Stauss* (1999a), S. 13; *Vázquez et al.* (2002), S. 1031 ff.; *Helmig* (2005), S. 198.

⁵¹⁵ Vgl. *Helmig* (2005), S. 198.

⁵¹⁶ Vgl. *Graf* (2007), S. 158.

⁵¹⁷ Vgl. *Dietrich* (2005), S. 162 f.

⁵¹⁸ Vgl. Ausführungen im Gliederungsabschnitt 2.3.3.

folg durch die Indikatoren „Image“, „Weiterempfehlung“ und „Patientenzufriedenheit“ und der finanzielle Erfolg mit Hilfe der Indikatoren „wirtschaftlicher Erfolg“, „Bettenauslastung“, „Fallzahlsteigerung“ operationalisiert.⁵¹⁹ Nachfolgende Tabelle veranschaulicht noch einmal die Messindikatoren der Hospital Performance Outcomes.

Hospital Performance Outcomes	Items zur Messung der Market Performance (Krankenhausärzte & Patienten)	
	„guter Ruf des Krankenhauses“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu
	„Weiterempfehlung durch die Patienten“	
	„Patientenzufriedenheit“	
	Items zur Messung der Financial Performance (Krankenhausärzte & Manager)	
	„Krankenhaus ist wirtschaftlich sehr erfolgreich“	Trifft voll und ganz zu- Trifft überhaupt nicht zu
	„Hohe Bettenauslastung“	
	„Steigerung der Fallzahlen stationär und ambulant seit Anfang 2004“	

Tab. 35: Messansätze der Market Performance und der Financial Performance

Alle Items der Market und Financial Performance werden jeweils auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den Ankerpunkten „trifft voll und ganz zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ gemessen. Zur Vermeidung von Wahrnehmungsverzerrungen wird die Market Performance, bzw. der Markterfolg sowohl bei den Patienten als auch bei den Krankenhausärzten gemessen, während die Financial Performance, bzw. der finanzielle Erfolg des Krankenhauses auf Basis der Urteile der Krankenhausärzte und der Manager untersucht wird.⁵²⁰

Nach Albers/Hildebrandt (2006) sind exogene Indikatoren in Erfolgsstudien als formative Indikatoren anzusehen, da sie als eine Art Treiber, die den Erfolg eines Unternehmens beein-

⁵¹⁹ Dazu wurden die von Homburg/Pflessner (2000) entwickelten Indikatoren für den allgemeinen Dienstleistungsbereich auf den Krankenhausbereich übertragen.

⁵²⁰ Vgl. zur Vermeidung von Wahrnehmungsverzerrungen auch Kapitel 6.1.2.2.

flussen, aufgefasst werden können.⁵²¹ Folglich wird aufgrund der unterstellten formativen Art der exogenen Variablen auf die Überprüfung der Konstrukte Market Performance und Financial Performance hinsichtlich Reliabilität und Validität verzichtet. Demzufolge wird auch ein Ausschluss von Indikatoren mit einem nicht ausreichenden *Cronbachs*chen Alpha-Wert, wie es für reflektive Indikatoren durchgeführt wird, nicht durchgeführt. Somit wird der Bedeutungsinhalt des Konstruktes durch die Auswahl der Indikatoren bestimmt und nicht über die statistische Bemessung.⁵²²

⁵²¹ Vgl. *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 25.

⁵²² Vgl. *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 25.

7.3. Empirische Überprüfung der postulierten Forschungshypothesen

Aufbauend auf den vorangegangenen Ausführungen und der deskriptiven Analyse erfolgt schließlich die empirische Überprüfung der zuvor aufgestellten Forschungshypothesen mit Hilfe der explikativen Datenanalyse.

Die Bedeutung der empirischen Forschung ist in der Betriebswirtschaft im letzten Jahrzehnt stark gestiegen.⁵²³ So hat der Anteil der veröffentlichten empirischen Arbeiten von 1990 bis 2001 in den Zeitschriften DBW, ZfB und ZfbF kontinuierlich zugenommen.⁵²⁴ Inhaltlich stammen dabei die meisten empirischen Studien aus den Bereichen Marketing, Finanzierung sowie Organisation und Personalwesen.⁵²⁵ Zur Untersuchung komplexer Konstrukte wird in jüngster Vergangenheit in der empirischen Forschung vermehrt die Kausalanalyse angewendet.⁵²⁶ So stellen *Scholderer et al.* (2006) fest, dass die Anwendung von Strukturgleichungsmodellen in der betriebswirtschaftlichen Forschung zur quasi Standardanwendung geworden ist,⁵²⁷ nicht zuletzt durch die Benutzerfreundlichkeit der Softwareprogramme⁵²⁸ wie z. B. LISREL⁵²⁹ oder AMOS⁵³⁰. Diese Untersuchungsmethoden gehören zu den kovarianzbasierten Verfahren und beruhen auf dem Ansatz des bestmöglichen Fit der empirischen und geschätzten Kovarianzmatrix.⁵³¹

Jedoch sind laut *Homburg/Klarmann* (2006) in letzter Zeit auch vermehrt kritische Stimmen zur Nutzung der Kausalanalyse in der betriebswirtschaftlichen Forschung laut geworden.⁵³² Sie konzedieren, dass „Anwendungen der Kausalanalyse in der betriebswirtschaftlichen Forschung häufig unübersehbare Defizite aufweisen.“⁵³³ So sind laut *Christophersen/Grape* (2007) in der Literatur viele Studien vorzufinden, in den Verfahren wie LISREL oder AMOS zur Anwendung kommen, die Fehlspezifikationen hinsichtlich der Messmodellannahmen

⁵²³ Vgl. *Homburg* (2007), S. 33.

⁵²⁴ Vgl. *Krafft et al.* (2003).

⁵²⁵ Vgl. *Krafft et al.* (2003); *Hauschildt* (2003); *Homburg* (2007).

⁵²⁶ Die Kausalanalyse kann zu den strukturüberprüfenden Verfahren gezählt werden. Sie deckt Zusammenhänge auf, die auf theoretische Überlegungen (Hypothesen) zurückgehen.

⁵²⁷ Vgl. *Scholderer et al.* (2006), S. 640 und ebenso *Fassott* (2006), S. 67 ff.

⁵²⁸ Vgl. *Backhaus et al.* (2006b), S. 712.

⁵²⁹ Vgl. dazu beispielsweise grundlegend *Homburg* (1989), S. 1 ff.; *Fritz* (1995), S. 116 ff. Vgl. zu weiteren Ausführungen des LISREL-Programms *Jöreskog/Sörbom* (1982) und zugleich (2001).

⁵³⁰ Vgl. *Arbuckle* (2006), S. 1 ff.

⁵³¹ Vgl. *Christophersen/Grape* (2007), S. 108.

⁵³² Vgl. *Homburg/Klarmann* (2006), S. 728. Vgl. ebenso *Diller* (2007), S. 611 ff.

⁵³³ *Homburg/Klarmann* (2006), S. 738.

aufweisen.⁵³⁴ *Diller* (2006) stellt in seinem Beitrag fest: „Es scheint freilich- insbesondere unter dem Eindruck vieler zurückgewiesener Beiträge in Review-Verfahren für Zeitschriften oder Tagungen- so, dass nicht wenige Autoren den Versuchungen der modelltheoretisch messerscharfen und auswertungsanalytisch stringenten Untersuchungsanlage von Kausalanalysen erliegen, ohne zu erkennen, dass schon ihr entwickeltes Modell fehl spezifiziert, dem Untersuchungsgegenstand nicht angemessen ist oder keinen echten Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft erbringt.“⁵³⁵ *Jarvis et al.* (2003) zeigen bei einer Durchsicht hochrangiger internationaler Marketingzeitschriften auf, dass fast ein Drittel der publizierten Messmodelle fehlerbehaftet sind.⁵³⁶ Beinahe alle Fehlspezifikationen gehen dabei auf Konstrukte zurück, die aus messtheoretischer Sicht formative Modelle sein müssten, aber als reflektive Messmodelle operationalisiert wurden.⁵³⁷ Als wesentliche Ursache nennt *Fassott* (2006), dass in den Verfahren zur Analyse von Strukturgleichungsmodellen wie LISREL und AMOS standardmäßig reflektive Messmodelle unterstellt werden, da sie zur Untersuchung formativer Zusammenhänge eher als ungeeignet angesehen werden.⁵³⁸ Diese Problematik zeigen auch *Eggert/Fassott* (2003) in einer Untersuchung von 30 Beiträgen der Marketing ZFP, in denen Strukturgleichungsmodelle verwendet wurden, auf. Sie legen dar, dass in keinen der Beiträge die Wahl des Messmodells überhaupt thematisiert wird, sondern vielmehr ein reflektives Modell standardmäßig vorausgesetzt wird und in vielen Fällen die verwendeten Indikatoren die etablierten Gütekriterien nicht erfüllen, was schließlich zu unnötigen Eliminierungen von Indikatoren führt.⁵³⁹ So zeigen *Herrmann et al.* (2006) auf, dass die Nutzung des kovarianzbaasierten Verfahrens in gemischten Modellen,⁵⁴⁰ wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall ist, überhaupt nur möglich ist, wenn allen formativen Konstrukten mindestens zwei Pfade nachfolgen.⁵⁴¹ Darüber hinaus wird in verschiedenen Untersuchungen hinsichtlich der Folgen fehlerhafter Messmodelle aufgezeigt, dass die Ergebnisse stark verzerrt werden können und es folglich zu falschen Interpretationen und Schlussfolgerungen bezüglich der postulierten Hypothesen kommt, wenn für ein formatives Messmodell fälschlicherweise ein reflektives Messmodell vorausgesetzt wird.⁵⁴² Ferner hängt die Qualität der Kausalanalyse neben der

⁵³⁴ Vgl. *Christophersen/Grape* (2007), S. 115 und ebenso *Albers/Götz* (2006), S. 670.

⁵³⁵ *Diller* (2006), S. 611.

⁵³⁶ In der Studie wurden sämtliche Jahrgänge von 1977 bis 2000 des *Journal of Marketing*, *Journal of Marketing Research*, *Journal of Consumer Research* und *Marketing Science* untersucht. Vgl. *Jarvis et al.* (2003).

⁵³⁷ Vgl. *Jarvis et al.* (2003), S. 211 f.

⁵³⁸ Vgl. *Fassott* (2006), S. 68 ff. Vgl. ebenso *Eberl* (2006), S. 663; *Herrmann et al.* (2006), S. 35; *Christophersen/Grape* (2007), S. 108 ff.

⁵³⁹ Vgl. *Eggert/Fassott* (2003), S. 6 ff.

⁵⁴⁰ In der vorliegenden Arbeit werden Untersuchungsmodell reflektive und formative Indikatoren verwendet.

⁵⁴¹ Vgl. *Herrmann et al.* (2006), S. 53.

⁵⁴² Vgl. beispielsweise *Law/Wong* (1999); *Jarvis et al.* (2003) und *MacKenzie et al.* (2005).

Spezifikation des Messmodells maßgeblich vom Umfang der Stichprobe ab.⁵⁴³ So wird in der Literatur für kovarianzbasierte Verfahren eine Stichprobengröße von mindestens 200 Probanden empfohlen.⁵⁴⁴ Da in der vorliegenden Untersuchung die insgesamt 666 Datensätze der Ärzte, Patienten und Krankenhausmanager zu 35 Abteilungsdatensätze aggregiert wurden, könnte die Stichprobengröße bei der Verwendung der Kausalanalyse zu Problemen führen.⁵⁴⁵

Parallel zu den zuvor aufgezeigten kovarianzbasierten Verfahren existiert in der Literatur mit Partial Least Squares (PLS) ein weiterer Ansatz, um kausale Wirkungszusammenhänge messen zu können. In diesem Verfahren, welches auf varianzbasierte Schätzverfahren basiert, wird versucht, die restriktiven Annahmen des kovarianzbasierten Verfahrens zu vermeiden. Ein wesentlicher Vorteil des Verfahrens wird darin gesehen, dass sowohl reflektive als auch formative Messmodelle zugrunde gelegt werden können.⁵⁴⁶ Da die Schätzung im PLS Verfahren auf Regressionsgleichungen beruht, kann dieses Verfahren auch kleinere Stichproben als bei den kovarianzbasierten Verfahren verwenden.⁵⁴⁷ Doch auch der Anwendungsbereich von PLS ist begrenzt. So unterliegt ein Datensatz häufig einer unbeobachtbaren Heterogenität, die zurzeit aus Ermangelung entsprechender Software in PLS nicht berücksichtigt werden kann.⁵⁴⁸ So räumen *Albers/Hildebrandt* (2006) im Rahmen der Diskussion um die Verwendung der richtigen Methode ein, dass man zur Regressionsanalyse zurückkehren sollte, wenn man möglichst präzise Prognosen treffen möchte und im Messmodell auch formative Indikatoren verwendet werden, wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall ist.⁵⁴⁹ Die Verwendung der Regressionsanalyse ermöglicht nach *Panten/Boßow-Thies* (2007) außerdem die Berücksichtigung von Heterogenität und eventuellen Nichtlinearitäten.⁵⁵⁰

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Schwierigkeiten mit den kausalanalytischen Methoden, wie z. B. LISREL oder AMOS, sowie der PLS kommen in der vorliegenden Arbeit jeweils einfache, linear-additive Regressionsanalysen zur Anwendung.⁵⁵¹ Diese Vorgehensweise der ausschließlichen Verwendung von Regressionsanalysen gegenüber den anderen Me-

⁵⁴³ Vgl. *Diller* (2007), S. 615.

⁵⁴⁴ Vgl. *Herrmann et al.* (2006), S. 54.

⁵⁴⁵ Vgl. dazu auch *Burns* (1993) und *Backhaus et al.* (2006b).

⁵⁴⁶ Vgl. *Panten/Boßow-Thies* (2007), S. 312.

⁵⁴⁷ Vgl. *Herrmann et al.* (2006), S. 39.

⁵⁴⁸ Vgl. *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 33; *Herrmann et al.* (2006), S. 63; *Christophersen/Grape* (2007), S. 108. Vgl. für einen Überblick der verfügbaren Softwareprogramme beispielsweise *Kreis/Temme* (2005).

⁵⁴⁹ Vgl. *Albers/Hildebrandt* (2006), S. 29.

⁵⁵⁰ Vgl. *Panten/Boßow-Thies* (2007), S.324.

⁵⁵¹ Vgl. zu diesem Vorgehen beispielsweise auch *Homburg/Garbe* (1999); *Helmig* (2005) und *Graf* (2007).

thoden lässt sich ebenso mit einer Aussage von *Stauss* (1999) begründen, welcher in einem State-of-the-Art Beitrag zum Thema Kundenzufriedenheit zu folgender Feststellung kommt: „Das hier offensichtliche Forschungsfeld ist so komplex, dass es kaum in einer Gesamtmodellbetrachtung bewältigbar erscheint. Ein beträchtlicher Erkenntnisgewinn ist aber bereits von Partialbetrachtungen zu erwarten, in denen jeweils eine Variable in ihrem Einfluss auf die Zufriedenheit – unter Konstanthaltung aller anderen – untersucht wird.“⁵⁵² Demzufolge wird in der vorliegenden Arbeit durch die Verwendung von Partialbetrachtungen ein höherer Erkenntnisgewinn erwartet.

7.3.1. Befunde der explikativen Datenanalyse

Aufbauend auf den vorangegangenen Überlegungen erfolgt schließlich die Überprüfung der zuvor aufgestellten Forschungshypothesen.

7.3.1.1. Überprüfung der direkten Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle

Zur Überprüfung der zuvor aufgestellten Hypothesen H_1 , H_2 , H_3 , und H_4 erfolgt zunächst eine Partialbetrachtung der direkten Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen auf Basis des Gesamtdatensatzes der 261 Krankenhausärzte.⁵⁵³ Um die Frage nach den unterschiedlichen Auswirkungen in Abhängigkeit des vorliegenden Arbeitszeitmodells überprüfen zu können, wird in die Regressionsanalyse eine Variable Arbeitszeitmodell als erklärende Variable mit einbezogen. Diese wird in Form einer Dummy-Variablen mit den Werten eins für das alte Arbeitszeitmodell, und zwei für das neue Arbeitszeitmodell kodiert.⁵⁵⁴ Dadurch können der Zusammenhang zwischen dem Arbeitszeitmodell und den jeweiligen abhängigen Variablen untersucht werden. Nachfolgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenprüfung.

⁵⁵² *Stauss* (1999), S. 9.

⁵⁵³ Die aggregierten Abteilungswerte kommen hier noch nicht zur Anwendung, um eine Überprüfung der Hypothesen auf Basis des gesamten Datensatzes der Krankenhausärzte zu ermöglichen.

⁵⁵⁴ Vgl. zu diesem Vorgehen *Brosius* (2006), S. 573 ff.

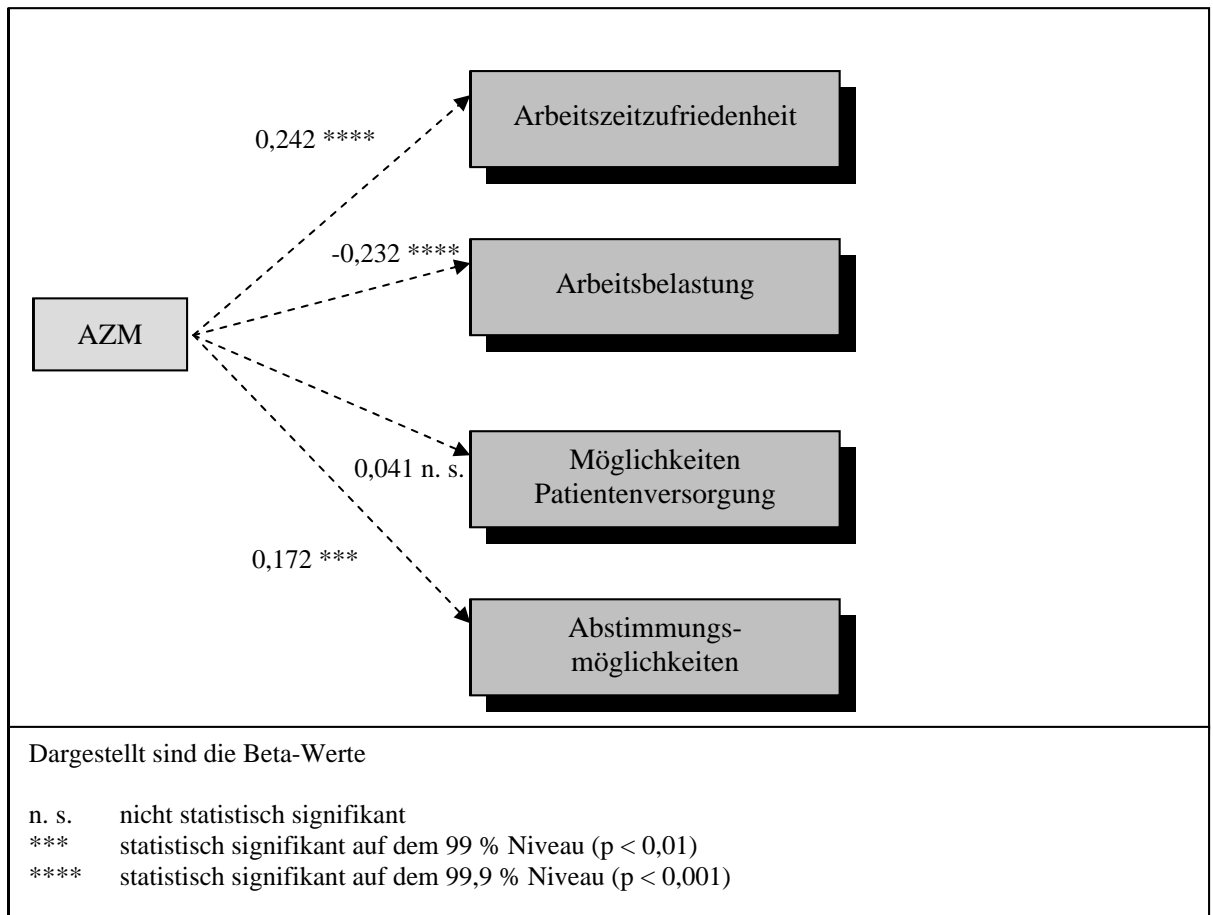


Abb. 24: Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfungen auf Basis der gesamten Ärztedaten

Im Ergebnis zeigt sich, dass die meisten der zuvor postulierten Forschungshypothesen unterstützt werden können. So kann Hypothese H_1 , nach der die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte hat, bestätigt werden. Es kann ein statistisch hoch signifikanter Einfluss auf dem 99,9 % Niveau (Beta-Wert von 0,242) des Arbeitszeitmodells auf die Arbeitszeitzufriedenheit aufgezeigt werden. Darüber hinaus ist ein standardisierter Regressionskoeffizient von 0,552 zu verzeichnen. Folglich steigt die Zufriedenheit der Ärzte mit den Arbeitszeiten im neuen Arbeitszeitmodell um 0,552 Einheiten an. Dieses Ergebnis bestätigt die Resultate der zuvor durchgeführten deskriptiven Analysen.

Hypothese H_2 , welche postuliert, dass die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells einen Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte hat, kann ebenfalls bestätigt werden.

Der ermittelte Beta Wert im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse ist mit -0,232 statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau. Der ermittelte standardisierte Regressionskoeffizient von -0,463 lässt auf eine geringere Arbeitsbelastung im neuen Arbeitszeitmodell schließen, welche auch im Rahmen der deskriptiven Ergebnisse zu erkennen ist.

Darüber hinaus wird durch die Hypothese H_3 der Einfluss eines bestimmten Arbeitszeitmodells auf die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten untersucht. Der ermittelte Beta Wert im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse ist mit 0,172 statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau. Somit kann auch die Hypothese H_3 bestätigt werden. Der ermittelte standardisierte Regressionskoeffizient für die erklärende Variable „Arbeitszeitmodell“ beträgt 0,345. Folglich verändert sich die abhängige Variable „Abstimmungsmöglichkeiten“ um 0,345 Einheiten, wenn sich die erklärende Variable „Arbeitszeitmodell“ um eine Einheit verändert. Da die erklärende Variable und die abhängige Variable in unterschiedlichen Dimensionen gemessen werden,⁵⁵⁵ entspricht eine Steigerung der Variablen „Arbeitszeitmodell“ um eine Einheit inhaltlich dem Wechsel vom alten ins neue Arbeitszeitmodell.⁵⁵⁶ Ein solcher Übergang ist begleitet mit einem Anstieg bzw. einer Verbesserung der Abstimmungsmöglichkeiten um 0,345 Einheiten. Dieses Ergebnis stimmt ebenfalls mit den Aussagen der deskriptiven Analyse überein.

Hypothese H_4 , in der ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitszeitmodell und der Patientenversorgung postuliert wird, muss hingegen verworfen werden. Es kann kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahl des Arbeitszeitmodells und der Patientenversorgung nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis ist insofern erklärbar, als dass bei der Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells zwar der Patientenversorgung ein hoher Stellenwert beigemessen wird, jedoch diese nicht direkt durch die Wahl des Arbeitszeitmodells beeinflusst wird. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Patientenversorgung vielmehr indirekt durch die Auswirkungen des jeweiligen Arbeitszeitmodells, wie z. B. den Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Ärzten und der Arbeitsbelastung der Ärzte, beeinflusst wird. Dann würde man von einem so genannten Mediationseffekt sprechen, der nachfolgend statistisch untersucht werden soll.

⁵⁵⁵ Die erklärende Variable „Arbeitszeitmodell“ wird mit Hilfe einer Dummy-Variable (0 = altes Arbeitszeitmodell; 1 = neues Arbeitszeitmodell) gemessen, während die abhängige Variable „Abstimmungsmöglichkeiten“ auf Basis einer Intervallskala mit den Ausprägungen 1-5 gemessen wird.

⁵⁵⁶ Vgl. Brosius (2006), S. 574 f.

7.3.1.2. Überprüfung des Mediationseffektes

Von einem Mediationseffekt kann gesprochen werden, wenn eine Prädiktorvariable zuerst einen Effekt auf die Mediatorvariable ausübt und diese wiederum die Prognosevariable beeinflusst.⁵⁵⁷ So definieren *Baron/Kenny* (1986) einen Mediatoreffekt wie folgt: „A mediator variable presents a significant pathway of influence through which a focal IV has an effect on the DV.“⁵⁵⁸ Dabei kann der Einfluss der Prädiktorvariable vollständig oder auch nur teilweise auf die Mediatorvariable übertragen werden.⁵⁵⁹ Bezüglich der zuvor vermuteten Wirkungszusammenhänge würde dies bedeuten, dass das Arbeitszeitmodell, als Prädiktorvariable, über die Arbeitsbelastung der Ärzte und die Abstimmungsmöglichkeiten (Mediatorvariablen), eine Auswirkung auf die Patientenversorgung (Prognosevariable) hat. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht zum besseren Verständnis den vermuteten Wirkungszusammenhang. Dabei sind die Prädiktorvariable mit (X), die Mediatoren mit (M) und die Prognosevariable mit (Y) beschrieben.

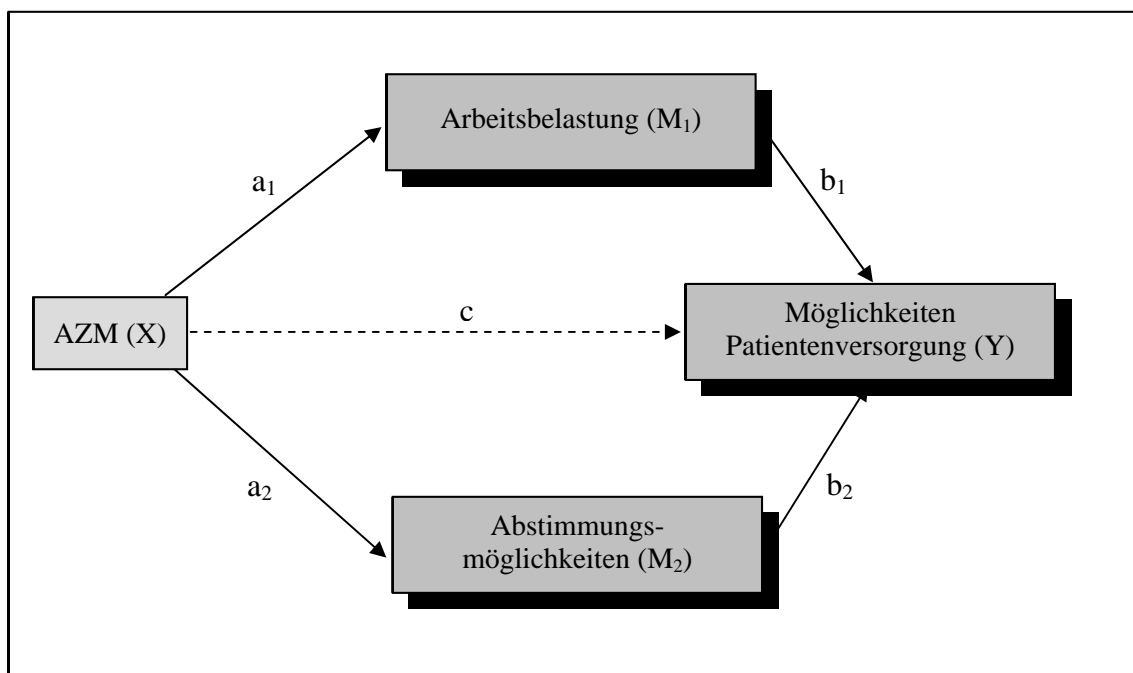


Abb. 25: Beziehung zwischen Prädiktor-, Mediatoren-, und Prognosevariablen⁵⁶⁰

⁵⁵⁷ Vgl. Müller (2007), S. 253; Rack/Christophersen (2007), S. 19.

⁵⁵⁸ Müller (2007), S. 253.

⁵⁵⁹ Vgl. Homburg (2007), S. 48.

⁵⁶⁰ In Anlehnung an James/Brett (1984), S. 316; Baron/Kenny (1986), S. 1176.

Eine der bekanntesten Methoden zur Untersuchung von Mediationsbeziehungen stellen die Causal-steps-Methoden dar. Sie sind unter anderem zurückzuführen auf die Arbeit von *Baron/Kenny* (1986) und finden sowohl in der Psychologie und in den Wirtschaftswissenschaften Anwendung.⁵⁶¹ Zur Untersuchung des Mediationseffektes wird zunächst auf Basis einer einfachen Regression untersucht, ob eine statistisch signifikante Beziehung zwischen dem Arbeitszeitmodell (Prädiktorvariable X) und den Möglichkeiten der Patientenversorgung (Prognosevariable Y) besteht. Wie zuvor bereits aufgezeigt, kann kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahl des Arbeitszeitmodells und der Patientenversorgung nachgewiesen werden. Zur weiteren Überprüfung eines Mediationseffektes wird gemäß dem schematischen Vorgehen der Causal-steps-Methoden durch einfache Regressionen überprüft, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahl des Arbeitszeitmodells und den beiden Mediatoren M_1 und M_2 vorliegt. Dabei konnte sowohl für den Zusammenhang zwischen der Wahl des Arbeitszeitmodell und der Arbeitsbelastung (Pfad a_1) ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang auf dem 99,9 % Niveau, als auch für den Zusammenhang zwischen der Wahl des Arbeitszeitmodell und den Abstimmungsmöglichkeiten (Pfad a_2) auf dem 99 % Niveau nachgewiesen werden. Nachfolgende Abbildung veranschaulicht noch einmal die empirischen Ergebnisse.

⁵⁶¹ Vgl. *Müller* (2007), S. 254.

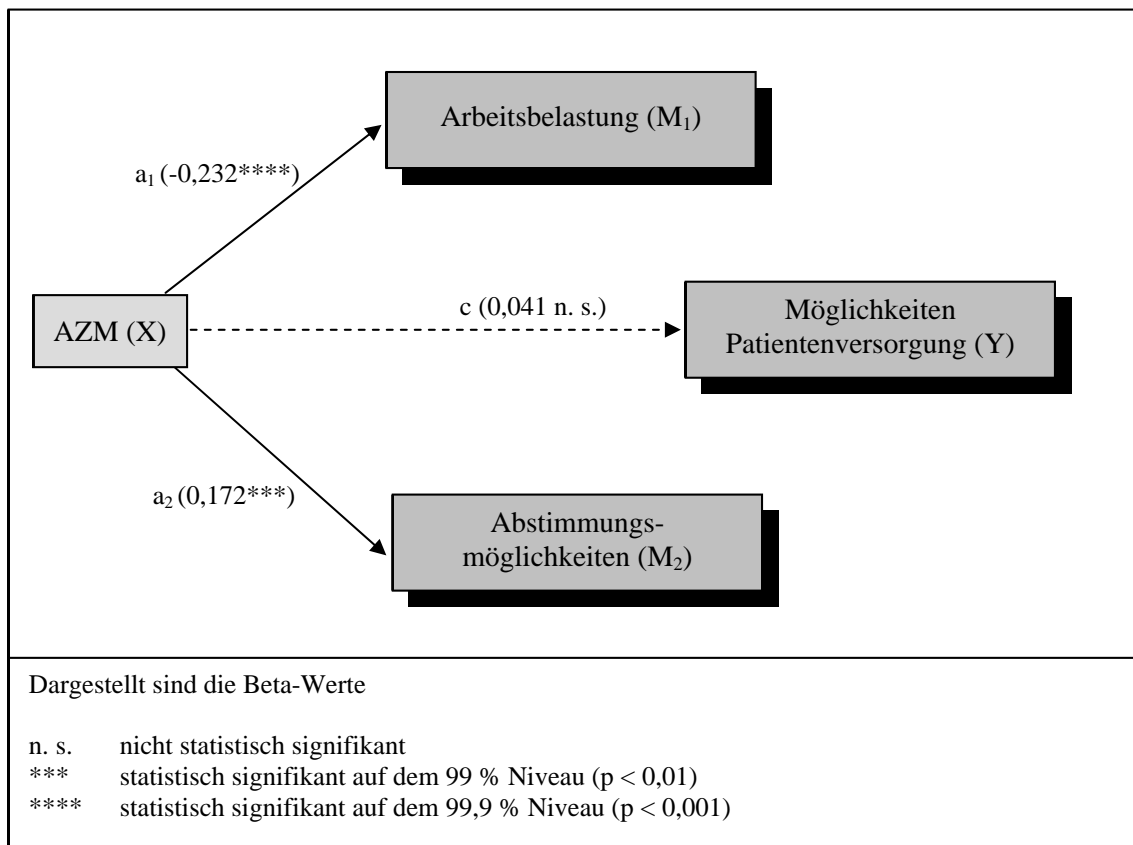


Abb. 26: Überprüfung des Mediationseffektes

Anschließend wird zur weiteren Überprüfung des Mediationseffektes eine multiple Regression von der Prädiktorvariable (X) und der jeweiligen Mediatorvariablen (M₁ und M₂) auf die Prognosevariable (Y) durchgeführt. Damit ein Mediationseffekt vorliegt, muss die Bedingung erfüllt sein, dass der jeweilige Koeffizient für den Pfad b_1 und b_2 signifikant sein muss.⁵⁶² Mit Hilfe der multiplen Regression kann für die Prädiktorvariable (X) „Wahl des Arbeitszeitmodells“ kein statistisch signifikanter Einfluss (Beta-Wert von -0,014 n. s.) auf die Patientenversorgung nachgewiesen werden, während für die Mediatorvariable (M₁) „Arbeitsbelastung“ hingegen ein statistisch hoch signifikanter Einfluss (Beta-Wert von -0,305) auf dem 99,9 % Niveau nachgewiesen werden kann. Ebenso kann auf Basis einer zweiten multiplen Regression zur Untersuchung des vermuteten weiteren Mediationseffektes für die Prädiktorvariable (X) „Wahl des Arbeitszeitmodells“ kein statistisch signifikanter Einfluss (Beta-Wert von -0,039 n. s.) auf die Patientenversorgung nachgewiesen werden, wohingegen für die Mediatorvariable (M₂) „Abstimmungsmöglichkeiten“ ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang

⁵⁶² Vgl. zu dem Vorgehen beispielsweise Baron/Kenny (1986), S. 1176 f.; Müller (2007), S. 254 f.

(Beta-Wert von 0,424) auf dem 99,9 % Niveau nachgewiesen werden kann. Somit ist die zuvor geforderte Bedingung erfüllt. In beiden Fällen kann folglich ein Mediationseffekt bestätigt werden. Dabei kann bei beiden Mediationseffekten von einer vollständigen Mediation ausgegangen werden, da bei der multiplen Regression der Pfad c, das heißt der Einfluss der Variable „Wahl des Arbeitszeitmodells“ auf die „Patientenversorgung“, statistisch nicht signifikant ist und beide Beta-Werte annähernd null sind.⁵⁶³

7.3.1.3. Überprüfung der Einflussgrößen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte

Zur Überprüfung der Hypothesen H_5 bis H_{10} erfolgt eine Partialbetrachtung der Einflussgrößen auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte. Diese Betrachtung erfolgt wie in Abb. 19 aufgezeigt auf Basis der Daten der Krankenhausärzte, wozu der Gesamtdatensatz von 261 Krankenhausärzten genutzt wird.⁵⁶⁴ Im Ergebnis zeigt sich, dass alle zuvor aufgestellten Forschungshypothesen (H_5 , H_6 , H_7 , H_8 , H_9 und H_{10}) bestätigt werden können. Abb. 27 zeigt, dass der für die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte ermittelte Beta-Wert im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse mit 0,560 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) am höchsten ausfällt und somit den stärksten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit ausübt. Einen ebenso positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit haben die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten mit einem Beta-Wert von 0,532 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau). Den relativ gesehen niedrigsten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte üben die Möglichkeiten der Patientenversorgung aus, während die Arbeitsbelastung logischerweise einen negativen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit bewirkt.

Darüber hinaus kann Hypothese H_5 , nach der sich eine hohe Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte negativ auf die Patientenversorgung auswirkt mit einem Beta-Wert von -0,302 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) bestätigt werden. Ebenso kann für Hypothese H_6 , die einen positiven Einfluss der Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte auf die Patientenversorgung postuliert, mit Hilfe der durchgeführten Regressionsanalysen ein

⁵⁶³ Die Beta-Werte liegen wie zuvor aufgezeigt bei 0,014 und 0,039. Vgl. zu der Untersuchung von Mediationseffekten Müller (2007), S. 254 f.

⁵⁶⁴ In den nachfolgenden Untersuchungen der gesamten Wirkungskette kommt der auf Abteilungsebene aggregierte Datensatz zur Anwendung.

Beta-Wert von 0,417 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) nachgewiesen werden. Somit kann auch Hypothese H_6 unterstützt werden.

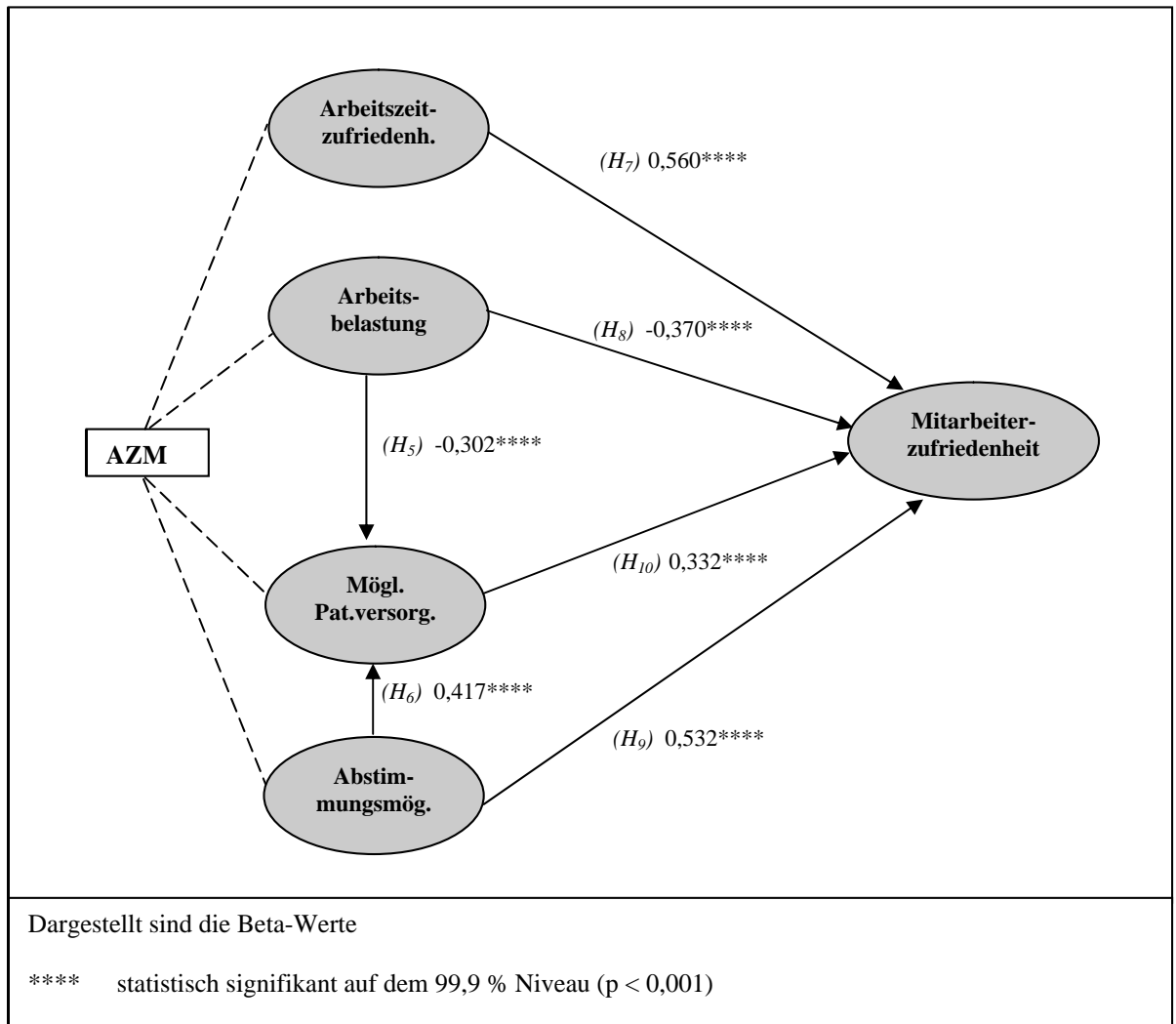


Abb. 27: Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten Ärztedatensatzes

Darüber hinaus werden die Einflüsse auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte in Abhängigkeit der Zugehörigkeit der befragten Ärzte zur jeweiligen Probandengruppe (altes oder neues Arbeitszeitmodell) untersucht. Abb. 28 zeigt die einzelnen Ergebnisse der verschiedenen Probandengruppen auf. Es kann in beiden Modellen der stärkste Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit durch die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte nachgewiesen werden. Der ermittelte Beta-Wert im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse fällt mit 0,499 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) für das alte Arbeitszeitmodell

und mit 0,592 für das neue Arbeitszeitmodell (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) am höchsten aus. Auf Basis dieses Ergebnisses kann darüber hinaus die Hypothese H_{11} , nach der sich die Arbeitszeitzufriedenheit im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im alten Arbeitszeitmodell bestätigt werden. Der ermittelte Beta-Wert fällt für das neue Arbeitszeitmodell höher aus als für das alte Modell und hat somit einen stärkeren Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit.

Schließlich weisen neben der Arbeitszeitzufriedenheit auch die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten einen hohen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit auf. Es kann ein Beta-Wert von 0,446 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) für das alte Arbeitszeitmodell und ein Wert von 0,586 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) für das neue Arbeitszeitmodell nachgewiesen werden. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann die Hypothese H_{13} , nach der sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der geringeren Übergaben und der geringeren Möglichkeiten von Informationsverlusten positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im neuen Arbeitszeitmodell, nicht unterstützt werden. Der ermittelte Beta-Wert für das alte Arbeitszeitmodell von 0,446 fällt gegenüber dem Beta-Wert von 0,586 für das neue Arbeitszeitmodell geringer aus und hat somit einen geringeren Einfluss. Dieses Ergebnis ist jedoch insofern erklärbar, als dass bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells den Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten ein hoher Stellenwert beigegeben wird, da davon ausgegangen wird, dass sich eine gute Abstimmung zwischen den Ärzten positiv auf die Patientenversorgung und langfristig auch Ressourcen sparend für das Krankenhaus auswirkt. Um eine gute Abstimmung zwischen den Ärzten gewährleisten zu können, wird folglich bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells immer häufiger darauf geachtet, dass jeder Dienst eine Übergabezeit, in der Abstimmungen zwischen den Ärzten getroffen werden können, enthält. Bislang finden diese Übergabezeiten in vielen alten Arbeitszeitmodellen keine Berücksichtigung. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass die Dienstübergaben in der Freizeit der Ärzte durchgeführt werden, wodurch die Abstimmung zwischen den Ärzten in vielen Fällen sehr kurz gehalten wird. Folglich wirkt sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit zwischen den Ärzten im neuen Arbeitszeitmodell positiver aus, als im alten Arbeitszeitmodell.

Darüber hinaus sind ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen der beiden Probandengruppen hinsichtlich des Einflusses der Patientenversorgung auf die Mitarbeiterzu-

friedenheit der Krankenhausärzte zu verzeichnen. Während im neuen Arbeitszeitmodell ein starker Einfluss der Möglichkeiten der Patientenversorgung auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte mit einem ermittelten Beta-Wert von 0,412 (statistisch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) nachgewiesen werden kann, wird im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse für das alte Arbeitszeitmodell lediglich ein Beta-Wert von 0,227 (statistisch signifikant auf dem 95 % Niveau) ermittelt. Somit kann die zuvor aufgestellte Hypothese H_{16} bestätigt werden.

Außerdem kann Hypothese H_{12} unterstützt werden, nach der sich eine hohe Arbeitsbelastung im alten Arbeitszeitmodell stärker negativ auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im neuen Arbeitszeitmodell. Mit einem Beta-Wert von -0,346 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) hat die Arbeitsbelastung einen stärker negativen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit, als die des neuen Arbeitszeitmodells.

Des Weiteren sind Unterschiede hinsichtlich des Einflusses auf die Patientenversorgung festzustellen. Im alten Arbeitszeitmodell kann ein negativer Einfluss der Arbeitsbelastung auf die Patientenversorgung mit einem Beta-Wert von -0,345 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) ermittelt werden, während im neuen Arbeitszeitmodell ein negativer Einfluss mit einem Beta-Wert von -0,263 (statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau) nachgewiesen werden kann. Folglich kann Hypothese H_{15} , die einen geringeren negativen Einfluss der Arbeitsbelastung auf die Patientenversorgung im neuen Arbeitszeitmodell postuliert, bestätigt werden. Eine weitere Einflussgröße auf die Patientenversorgung kann in den Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten gesehen werden. So kann Hypothese H_{14} , nach der sich die guten Abstimmungsmöglichkeiten im alten Arbeitszeitmodell positiver auf die Patientenversorgung als im neuen Modell auswirken, auf Basis der vorliegenden Ergebnisse nicht unterstützt werden. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch begründen, dass bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells in vielen Krankenhäusern darauf geachtet wird, dass eine Übergabezeit zwischen jedem Dienst, in der Abstimmungen getroffen werden können, eingerichtet wird. Bislang finden diese Übergabezeiten in vielen alten Arbeitszeitmodellen keine Berücksichtigung, so dass die Abstimmung erschwert ist. Der zuvor aufgeführte geringere Informationsverlust im alten Arbeitszeitmodell, durch den eine positivere Auswirkung der Abstimmungsmöglichkeiten auf die Patientenversorgung begründet wurde, wird folglich durch eine bessere Abstimmungsmöglichkeit durch zusätzlich eingerichtete Übergabezeiten im neuen Arbeitszeitmodell kompensiert.

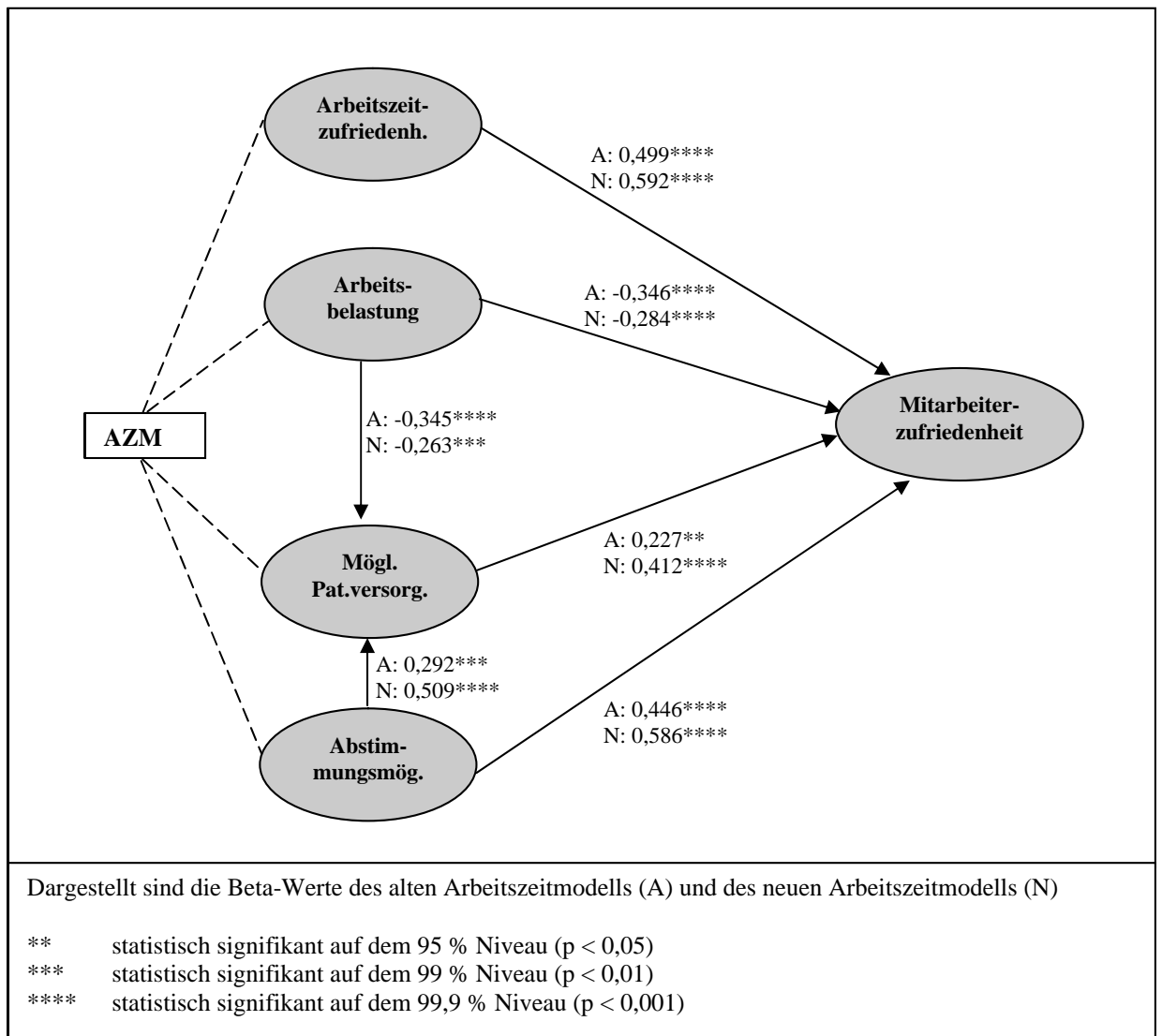


Abb. 28: Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten Ärztedatensatzes unterschieden nach der Probandengruppe altes AZM versus neues AZM

7.3.1.4. Überprüfung der gesamten Wirkungskette

Nach der solchermäßen vorgenommenen Partialbetrachtung ist der nächste Schritt zur Überprüfung des aufgezeigten Forschungsmodells die Untersuchung der gesamten Wirkungskette. Um Wahrnehmungsverzerrungen zu verhindern, kommen in der nachfolgenden Untersuchung auch dyadische Datensätze zur Anwendung. Die Betrachtung erfolgt, wie in Abb. 18 aufgezeigt, auf Basis der Daten der Krankenhausärzte, der jeweiligen Patienten und der Krankenhausmanager. Dazu wird der gesamte Datensatz von 261 Krankenhausärzten, 289 Patienten und 116 Managern zunächst auf Abteilungsebene aggregiert, bevor er anschließend nach Zugehörigkeit zum alten oder neuen Arbeitszeitmodell unterteilt wird.⁵⁶⁵ Folglich wird die gesamte Wirkungskette zunächst auf Basis der gesamten aggregierten Abteilungsdaten untersucht, bevor eine differenzierte Betrachtung der aggregierten Daten, unterteilt nach Zugehörigkeit zum alten oder neuen Arbeitszeitmodell, vorgenommen wird.

Die Ergebnisse in Abb. 29 zeigen, dass alle zuvor auf Basis des Gesamtdatensatzes der Krankenhausärzte überprüften Forschungshypothesen (H_5 , H_6 , H_7 , H_8 , H_9 und H_{10}) auch auf Basis des gesamten aggregierten Abteilungs-Datensatzes bestätigt werden können. Im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalysen kann aufgezeigt werden, dass die Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten, die Arbeitszeitzufriedenheit und die Arbeitsbelastung den stärksten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit haben (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau). Die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte weisen wieder einen starken Einfluss auf die Patientenversorgung auf (Beta-Wert von 0,519 statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau), während die Arbeitsbelastung einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung aufzeigt (Beta-Wert -0,387 statistisch signifikant auf dem 95 % Niveau).

Die zuvor postulierte Forschungshypothese H_{17} , nach der die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte einen positiven Einfluss auf den Markterfolg des Krankenhauses hat, kann durch den ermittelten Beta-Wert von 0,470 (statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau) bestätigt werden. Ebenso kann Hypothese H_{19} , die einen positiven Zusammenhang zwischen der Patientenversorgung und dem Markterfolg des Krankenhauses postuliert, unterstützt werden. Der ermittelte Beta-Wert liegt bei 0,476 und ist statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau.

⁵⁶⁵ Vgl. dazu auch Gliederungsabschnitt 5.2.2.

Gegenüber den zuvor angestellten theoretischen Überlegungen zeigt sich, dass sich der Markterfolg negativ auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses auswirkt. Somit muss die Hypothese H_{21} , nach der der Markterfolg einen positiven Einfluss auf den finanziellen Erfolg hat, verworfen werden. Es konnte ein Beta-Wert von -0,553 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) ermittelt werden. Dieses Ergebnis ist jedoch insofern erklärbar, als dass die Erreichung des Markterfolges, d. h. eine hohe Patientenzufriedenheit, ein guter Ruf des Hauses sowie die Weiterempfehlung durch die Patienten, mit enormen Kosten verbunden sind. Das Krankenhaus gewinnt in der heutigen Zeit immer mehr den Charakter eines Dienstleistungsunternehmens, welches mit anderen Häusern konkurriert. Nur bei einer entsprechend guten und intensiven ärztlichen Betreuung und Pflege sowie einem entsprechenden Serviceangebot ist eine hohe Patientenzufriedenheit zu erlangen. Diese durch die Politik geforderten qualitativ hochwertigen Leistungen gehen mit entsprechenden Kosten für das Krankenhaus einher. Denn nicht alle Leistungen sind auf Basis des DRG-Systems kostendeckend abgebildet, so dass das Krankenhaus viele Bereiche aus Eigenmitteln finanzieren muss. Der finanzwirtschaftliche Druck ist in den Krankenhäusern in den letzten Jahren enorm gestiegen.⁵⁶⁶ Die dadurch entstehende große Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern ist jedoch politisch gewollt, da zukünftig in Deutschland die Anzahl der bestehenden Kliniken gesenkt werden soll. Nur das Krankenhaus, welches langfristig in der Lage ist, die Patienten an sein Haus zu binden, wird die nächsten Jahre im Wettbewerb bestehen können. Die Erreichung eines hohen Markterfolges ist folglich zum langfristigen Überleben des Krankenhauses notwendig, muss jedoch auf lange Sicht finanzwirtschaftlich vertretbar sein. Vor diesem Hintergrund wirkt sich die strategische Zielverfolgung „Steigerung des Markterfolges“ zunächst negativ auf den finanziellen Erfolg aus, ist jedoch zwingend notwendig um überhaupt langfristig im Wettbewerb bestehen zu können.

⁵⁶⁶ Vgl. beispielsweise *Schmutte* (1998); *Sturm* (2002).

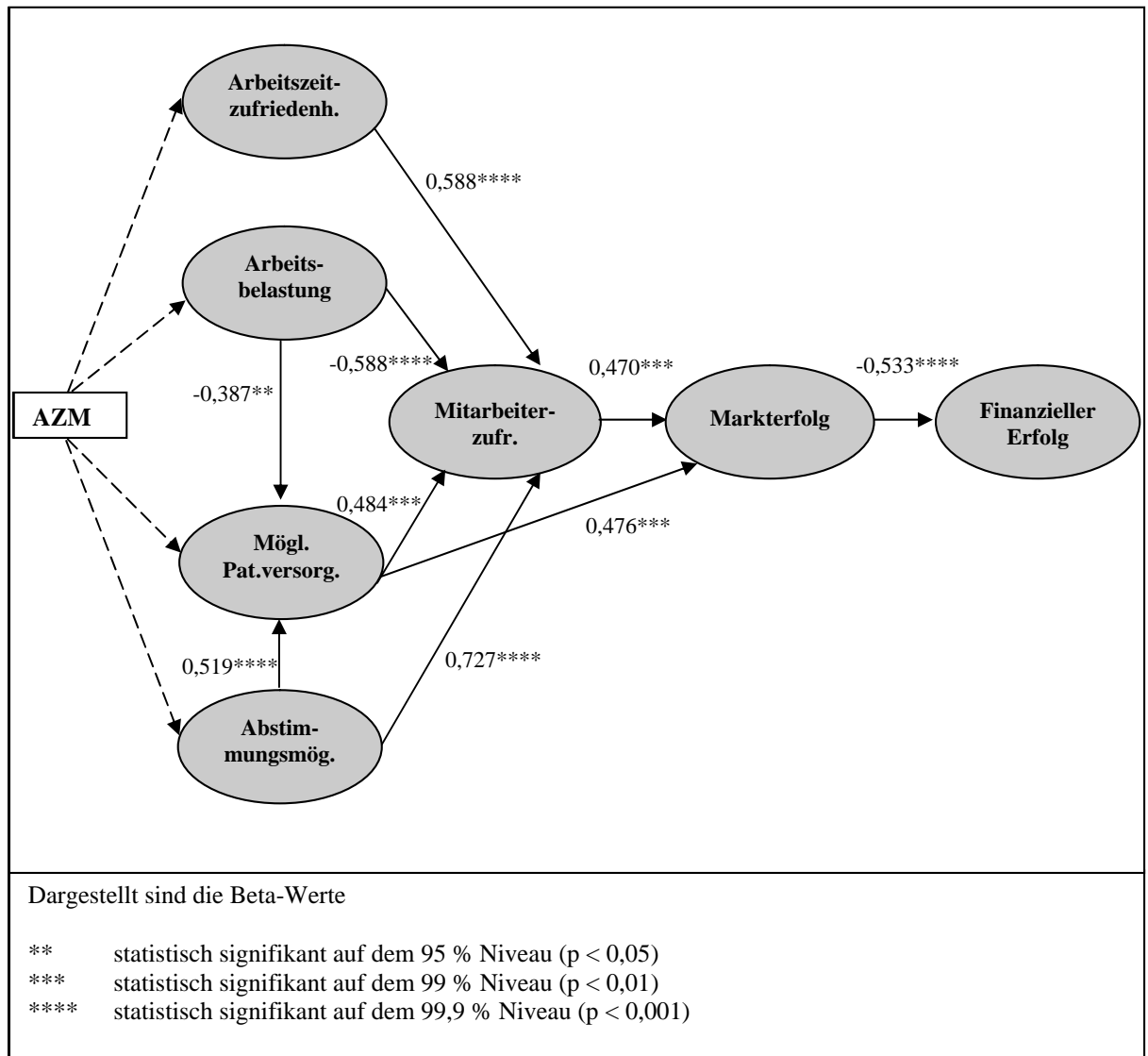


Abb. 29: Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des gesamten aggregierten Datensatzes auf Abteilungsebene

Um abschließend Aussagen treffen zu können, ob sich die Auswirkungen in den beiden Probandengruppen unterscheiden, erfolgt schließlich eine differenzierte Betrachtungsweise der gesamten Wirkungskette für das alte und das neue Arbeitszeitmodell. So zeigt Abb. 30 die Ergebnisse Hypothesenüberprüfung auf Basis des aggregierten Abteilungs-Datensatzes unterteilt für das alte und neue Arbeitszeitmodell auf. Bei Betrachtung der gesamten Wirkungskette zeigen sich im Ergebnis unterschiedliche Auswirkungen in Abhängigkeit der Zugehörigkeit zum Arbeitszeitmodell. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der gesamten Wirkungskette im alten Arbeitszeitmodell betrachtet, bevor anschließend auf die Resultate des neuen Arbeitszeitmodells eingegangen wird.

So kann im alten Arbeitszeitmodell nur ein Einfluss der Abstimmungsmöglichkeiten (Beta-Wert von 0,523 statistisch signifikant auf dem 95 % Niveau), der Arbeitsbelastung (Beta-Wert von -0,404 statistisch signifikant auf dem 90 % Niveau) und der Arbeitszeitzufriedenheit (Beta-Wert von 0,392 statistisch signifikant auf dem 90 % Niveau) auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte nachgewiesen werden. Darüber hinaus muss ein Einfluss der Abstimmungsmöglichkeiten und der Arbeitsbelastung auf die Patientenversorgung verworfen werden. Ebenso kann der Einfluss der Patientenversorgung auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Market Performance auf Basis der vorliegenden Ergebnisse in der gesamten Wirkungskette nicht untermauert werden. Während darüber hinaus im alten Arbeitszeitmodell für die Mitarbeiterzufriedenheit kein Einfluss auf die Market Performance festgestellt werden kann, kann im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse ein negativer Zusammenhang zwischen der Market Performance und der Financial Performance aufgezeigt werden (Beta-Wert von -0,510 statistisch signifikant auf dem 95 % Niveau). Diese Ergebnisse sind insofern erklärbar, als dass im Rahmen des alten Arbeitszeitmodells in vielen Krankenhäusern kein besonderes Augenmerk auf die theoretisch postulierten Zusammenhänge gelegt wird. So wird insbesondere den Möglichkeiten der Patientenversorgung häufig kein großer Stellenwert beigemessen, da man davon ausgeht, dass die Patienten bislang ausreichend versorgt wurden und in vielen Häusern eine Angst vorherrscht, bestehende Strukturen aufzubrechen. Langfristig wird es jedoch auch für Krankenhäuser mit alten Arbeitszeitmodellen von besonderer Bedeutung sein, sich mit den oben genannten Aspekten auseinanderzusetzen, um langfristig im hart umkämpften Gesundheitsmarkt bestehen zu können.

Indessen zeigen die Ergebnisse des neuen Arbeitszeitmodells statistisch hoch signifikante Zusammenhänge auf. Den größten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit weist die Abstimmungsmöglichkeit zwischen den Ärzten auf. So kann für das neue Arbeitszeitmodell ein Beta-Wert von 0,892 (statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau) festgestellt werden. Einen weiteren statistisch hoch signifikanten positiven Zusammenhang weist die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Mitarbeiterzufriedenheit auf (Beta-Wert von 0,737 statistisch hoch signifikant auf dem 99,9 % Niveau). Darüber hinaus kann im neuen Arbeitszeitmodell ein negativer Einfluss der Arbeitsbelastung auf die Mitarbeiterzufriedenheit mit einem Beta-Wert von -0,692 (statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau) ermittelt werden. Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse kann ein Einfluss der Abstimmungsmöglichkeiten und der Arbeitsbelastung auf die Patientenversorgung untermauert werden. Des Weiteren kann ein starker positiver Einfluss der Patientenversorgung auf die Mitarbeiterzufriedenheit

(Beta-Wert von 0,695 statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau) sowie auf die Market Performance (Beta-Wert von 0,689 statistisch signifikant auf dem 99 % Niveau) bestätigt werden. Im neuen Arbeitszeitmodell kann schließlich ein starker positiver Zusammenhang der Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auf die Market Performance des Krankenhauses festgestellt werden. Ein positiver Einfluss der Market Performance auf die Financial Performance des Krankenhauses kann entgegen der theoretischen Annahmen nicht bestätigt werden. Es kann vielmehr ein starker negativer Einfluss festgestellt werden (Beta-Wert von -0,523 statistisch signifikant auf dem 95 % Niveau). Dieses Ergebnis lässt sich dadurch begründen, dass die Erreichung des Markterfolges, d. h. eine hohe Patientenzufriedenheit, ein guter Ruf des Hauses sowie die Weiterempfehlung durch die Patienten, mit enormen Kosten verbunden sind, die nicht im Rahmen der DRG's abgebildet und vergütet werden. Denn nur bei einer entsprechend guten und intensiven ärztlichen Betreuung und Pflege sowie einem großen Serviceangebot ist eine hohe Patientenzufriedenheit zu erlangen. Da die Erreichung eines hohen Markterfolges jedoch zum langfristigen Bestehen im Wettbewerb eines Krankenhauses zwingend notwendig ist und Kosten verursacht, wirkt sich die strategische Zielverfolgung „Steigerung des Markterfolges“ zunächst negativ auf den finanziellen Erfolg aus.

Schließlich kann man konstatieren, dass unterschiedliche Auswirkungen in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zum Arbeitszeitmodell zu verzeichnen sind. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann die Hypothese H_{11} , nach der sich die Arbeitszeitzufriedenheit im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im alten Arbeitszeitmodell, auf Basis des aggregierten Abteilungs-Datensatzes bestätigt werden. Hypothese H_{12} , nach der sich eine hohe Arbeitsbelastung im alten Arbeitszeitmodell negativer auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im neuen Arbeitszeitmodell, kann nicht bestätigt werden. Hypothese H_{13} , nach der sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit im alten Arbeitszeitmodell aufgrund der geringeren Übergaben und der geringeren Möglichkeiten von Informationsverlusten positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte auswirkt als im neuen Arbeitszeitmodell, kann hingegen auf Basis des aggregierten Abteilungs-Datensatzes nicht unterstützt werden. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch begründen, dass bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells in vielen Krankenhäusern eine Übergabezeit zwischen jedem Dienst, in der Abstimmungen zwischen den Krankenhausärzten getroffen werden können, eingerichtet wird. Bisher finden diese Übergabezeiten in vielen alten Arbeitszeitmodellen keine Berücksichtigung, so dass die Abstimmung erschwert ist oder sogar in der Freizeit der Ärzte stattfinden muss. Der zuvor aufgeführte ge-

ringere Informationsverlust im alten Arbeitszeitmodell, durch den eine positivere Auswirkung der Abstimmungsmöglichkeiten auf die Mitarbeiterzufriedenheit begründet wurde, wird folglich durch eine bessere Abstimmungsmöglichkeit durch zusätzlich eingerichtete Übergabezeiten im neuen Arbeitszeitmodell kompensiert. Die zuvor postulierte Forschungshypothese H_{15} , nach der die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte im alten Arbeitszeitmodell einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung als im neuen Arbeitszeitmodell hat, muss auf Basis des aggregierten Abteilungs-Datensatzes für die gesamte Wirkungskette verworfen werden. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte und der Möglichkeiten der Patientenversorgung im alten Arbeitszeitmodell festgestellt werden, wohingegen im neuen Arbeitszeitmodell ein statistisch signifikanter Zusammenhang vorzufinden war. Es fällt in diesem Zusammenhang auf, dass im Rahmen der Untersuchung des gesamten Ärztedatensatzes ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte und sich auch die Arbeitsbelastung negativer im alten Arbeitszeitmodell auf die Patientenversorgung auswirkt, als im neuen Arbeitszeitmodell.⁵⁶⁷ Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Arbeitsbelastung und der Patientenversorgung liegen also im gesamten Ärztedatensatz und im aggregierten Abteilungsdatensatz Heterogenitäten vor. Insgesamt wird die Auffassung vertreten, dass für die Nichtbestätigung dieser Hypothese eher empirische Mechanismen verantwortlich sind. Ein solcher Effekt wäre möglicherweise bei einer größeren Stichprobe auf Abteilungsebene nicht aufgetreten.⁵⁶⁸ Hypothese H_{14} , die im alten Arbeitszeitmodell eine positivere Auswirkung der Abstimmungsmöglichkeiten zwischen den Krankenhausärzten auf die Patientenversorgung als im neuen Arbeitszeitmodell postuliert, kann nicht bestätigt werden. Darüber hinaus zeigt sich im Ergebnis, dass die zuvor aufgestellten Hypothesen H_{16} , H_{18} und H_{20} unterstützt werden können. Hypothese H_{22} hingegen, die einen stärkeren positiven Einfluss des Markterfolges auf den finanziellen Erfolg im neuen Arbeitszeitmodell als im alten Arbeitszeitmodell postuliert, kann nicht unterstützt werden. Vielmehr hat der Markterfolg einen negativen Einfluss auf den finanziellen Erfolg, welcher sogar im neuen Arbeitszeitmodell noch stärker vorzufinden ist als im alten Arbeitszeitmodell. Dieses Ergebnis ist jedoch insofern erklärbar, als dass in Krankenhäusern mit neuen Arbeitszeitmodellen in der Regel bei der Einführung der neuen Modelle der Optimierung der Patientenzufriedenheit und der Patientenversorgung ein besonderer Stellenwert beigemessen wird. Diese Optimierung ist jedoch gleichzeitig mit enormen Kosten verbunden, die auf Basis des DRG-Systems häufig nicht kostendeckend abgebildet werden, so dass das Krankenhaus viele

⁵⁶⁷ Vgl. dazu auch die Ergebnisse in Gliederungsabschnitt 7.2.2.2.

⁵⁶⁸ Vgl. dazu auch *Stock-Homburg* (2007), S. 184.

Bereiche aus Eigenmitteln finanzieren muss. Der ansteigende finanzwirtschaftliche Druck⁵⁶⁹ und die dadurch entstehende große Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern ist jedoch politisch gewollt, da zukünftig in Deutschland die Anzahl der bestehenden Kliniken gesenkt werden soll. Nur das Krankenhaus, welches langfristig in der Lage ist, die Patienten an sein Haus zu binden, wird die nächsten Jahre im Wettbewerb bestehen können. Vor diesem Hintergrund wirkt sich die strategische Zielverfolgung „Steigerung des Markterfolges“ zunächst negativ auf den finanziellen Erfolg aus, ist jedoch zwingend notwendig um überhaupt langfristig im Wettbewerb bestehen zu können.

Nachfolgende Abbildung 30 gibt noch einmal einen Überblick der Ergebnisse auf Basis des aggregierten Datensatzes auf Abteilungsebene, welcher nach der jeweiligen Probandengruppe altes oder neues Arbeitszeitmodell unterteilt wurde.

⁵⁶⁹ Vgl. beispielsweise *Schmutte* (1998); *Sturm* (2002).

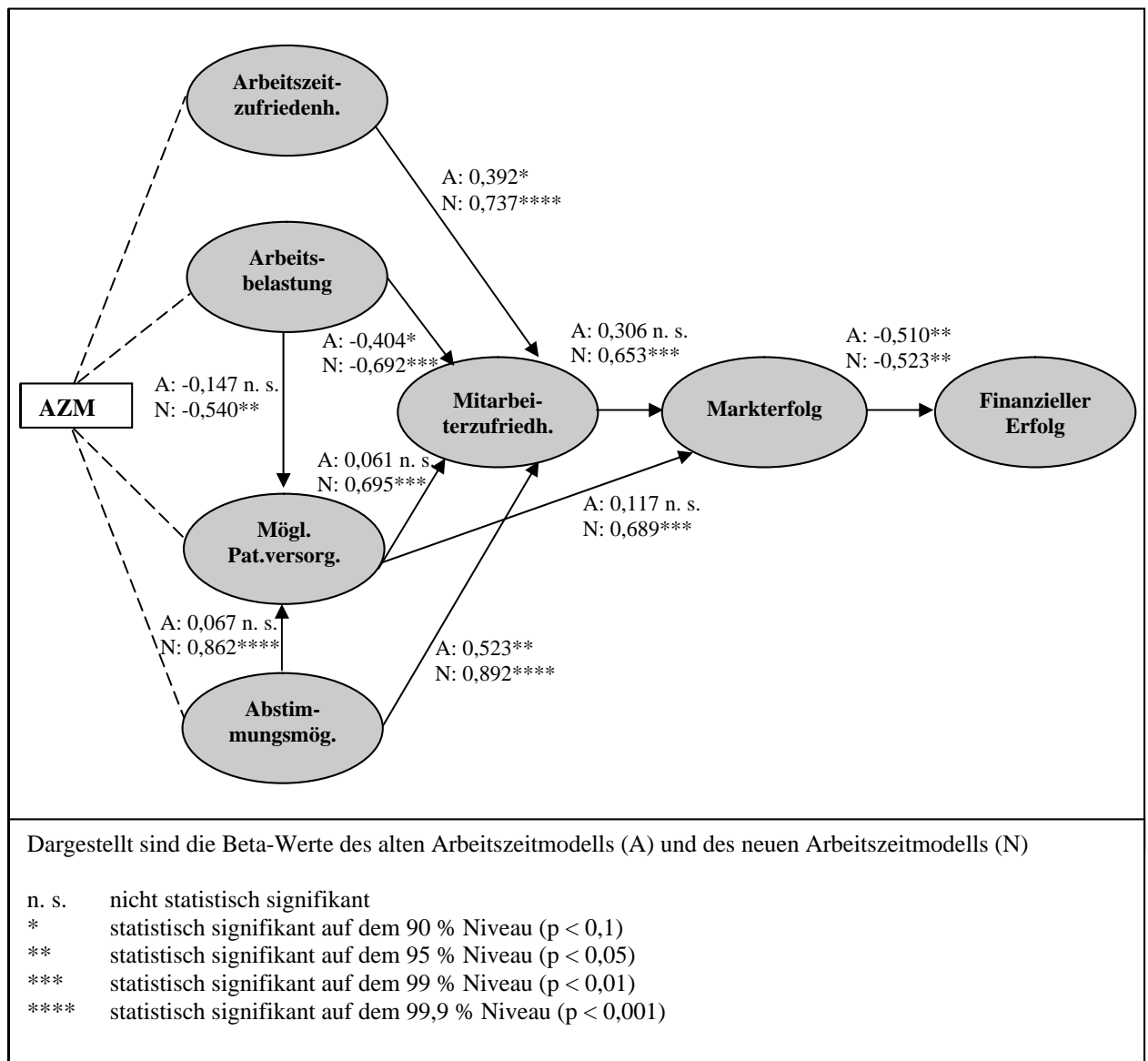


Abb. 30: Ergebnisse der regressionsanalytisch durchgeführten Hypothesenüberprüfung auf Basis des aggregierten Datensatzes auf Abteilungsebene unterschieden nach der jeweiligen Probandengruppe (altes AZM versus neues AZM)

Die unterschiedlichen Ergebnisse der gesamten Wirkungskette für das alte und neue Arbeitszeitmodell sind im Hinblick auf die Umstrukturierungen, die ein neues Arbeitszeitmodell mit sich bringt, erklärbar. So ist neben der Gewährung des Gesundheitsschutzes der Krankenhausärzte ein Ziel des neuen ArbZG, die optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Einführung neuer Arbeitszeitmodelle wird in der Praxis in vielen Krankenhäusern zum Anlass genommen, ein Modell zu entwickeln, welches ebenfalls die Zufriedenheit der Mitarbeiter steigert. Denn nur ein Modell, welches durch die Mitarbeiter akzeptiert wird, kann auf lange Sicht erfolgreich sein. Dazu wird vielfach in der Praxis mit den betroffenen Ärzten über verschiedene Einflussfaktoren wie z. B. ihre Belastung diskutiert. Dies könnte auch zur Folge haben, dass den Ärzten bestimmte Einflussfaktoren erst bewusst werden, welches im alten Arbeitszeitmodell in der Regel nicht der Fall ist. Somit kann gefolgert werden, dass die auf-

gezeigten Einflussfaktoren in einer neuen Arbeitszeitorganisation explizit Berücksichtigung finden. Gegenüber den Ergebnissen des neuen Arbeitszeitmodells ist im alten Arbeitszeitmodell ein geringerer oder in manchen Fällen sogar gar kein Zusammenhang zwischen den Einflussgrößen vorzufinden. Dies ist insofern erklärbar, als dass die vorherrschenden Bedingungen als normal erachtet werden, da man keine direkte Vergleichsmöglichkeit zu einer anderen Arbeitszeitorganisation hat. Abschließend kann man konstatieren, dass die Auswirkungen der verschiedenen Einflussgrößen abhängig von der Zugehörigkeit zur jeweiligen Probandengruppe altes oder neues Arbeitszeitmodell sind.

8. Abschlussbetrachtung und Ausblick

8.1. Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst untersucht. Ausgangspunkt war die Einführung eines neuen ArbZG und die sich dadurch ändernde Arbeitszeitorganisation in deutschen Krankenhäusern. Obwohl die Forschung im Krankenhausbereich zunehmend an Bedeutung gewinnt, konnte mit Hilfe eines State-of-the-Art ein Forschungsdefizit bezüglich der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes aufgezeigt werden. Folglich wurde der Untersuchung folgende Forschungsfrage zugrunde gelegt:

„Welche Auswirkungen haben die verschiedenen Arbeitszeitmodelle auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte und inwiefern beeinflusst diese wiederum die Hospital Performance Outcomes?“

Dazu wurde zunächst auf Basis von theoretischen Überlegungen und bestehenden empirischen Untersuchungen ein Untersuchungsmodell entwickelt, welches zur Konkretisierung der Forschungsziele beitrug. Zur Überprüfung der postulierten Forschungshypothesen wurden die interessierenden Konstrukte unter Zugrundelegung bestehender Messansätze operationalisiert. Diese generierten Messansätze wurden unter Verwendung statistischer Verfahren auf ihre Güte hin überprüft.

Zur Untersuchung der vorliegenden Forschungsfrage wurden im Vorfeld der Datenanalyse die auswertbaren Fragebögen in zwei Probandengruppen unterteilt.⁵⁷⁰ Zum einen die Probandengruppe, welche Stellung zu Merkmalen von Arbeitszeitmodellen nimmt, die den Anforderungen des neuen ArbZG entsprechen,⁵⁷¹ und zum anderen die Probandengruppe, die Stellung zu Arbeitszeitmodellen nimmt, die den Anforderungen des neuen ArbZG nicht entsprechen.⁵⁷² Anschließend erfolgte zunächst die Überprüfung der aufgestellten Forschungshypothesen anhand deskriptiver Analysen, um einen ersten Eindruck der Datenstruktur zu erlangen.

⁵⁷⁰ Im Fragebogen wurde explizit darum gebeten, dass eigene Arbeitszeitmodell zu skizzieren. (Vgl. dazu auch Anhang C). Mit Hilfe dieser Angaben und zuvor gemachter Angaben durch die Geschäftsführungen, ob bereits Arbeitszeitmodelle nach dem neuen ArbZG angewendet werden und den in Abschnitt 2.2.3. aufgeführten Einordnungskriterien, konnten die zwei Gruppen unterteilt werden.

⁵⁷¹ Diese Probandengruppe wird in der vorliegenden Arbeit auch als „neues Arbeitszeitmodell“ bezeichnet.

⁵⁷² Für diese Probandengruppe wird in der vorliegenden Arbeit auch die Begrifflichkeit „altes Arbeitszeitmodell“ verwendet.

Im Rahmen der deskriptiven Analysen, bei denen insbesondere Varianzanalysen und Kruskal-Wallis H-Tests zum Einsatz kamen, konnte aufgezeigt werden, dass die Ärzte, Patienten und Manager der alten und neuen Arbeitszeitmodelle die verschiedenen Wirkungszusammenhänge unterschiedlich bewerten. So schätzen sowohl die Krankenhausärzte als auch die Manager den Ruf des Krankenhauses und die Patientenzufriedenheit geringer ein als sie durch die Patienten tatsächlich angegeben werden. Ebenso schätzen die Manager der beiden Probandengruppen die Zufriedenheit der Krankenhausärzte geringer ein, als sie tatsächlich durch die Ärzte bewertet wird. Darüber hinaus konnte im Rahmen der deskriptiven Analyse dargelegt werden, dass in Abhängigkeit zur Zugehörigkeit der jeweiligen Probandengruppe altes oder neues Arbeitszeitmodell unterschiedliche Auswirkungen der Arbeitszeitorganisation vorliegen. So wurde nachgewiesen, dass die Krankenhausärzte im neuen Arbeitszeitmodell sowohl die Mitarbeiterzufriedenheit als auch die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten signifikant höher bewerten als die Ärzte des alten Arbeitszeitmodells.

Schließlich erfolgte eine explikative Analyse zur Überprüfung des aufgestellten Forschungsmodells, bei der linear-additive Regressionsanalysen zur Anwendung kamen. Die nachfolgend durchgeführten empirischen Analysen basierten auf zwei verschiedenen Datensätzen. Zur Erklärung des Einflusses der Arbeitszeitorganisation erfolgte eine Partialbetrachtung auf Basis des gesamten Ärztedatensatzes, der insgesamt 261 Probanden umfasste. Zur Untersuchung der gesamten Wirkungskette wurde ein auf Abteilungsebene aggregierter Datensatz verwendet, der dyadische Daten beinhaltet und insgesamt auf 666 Probanden basierte, die auf 35 Abteilungen aggregiert wurden.

Im Rahmen der Partialbetrachtung der gesamten Ärztedaten konnte aufgezeigt werden, dass die Arbeitszeitorganisation einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit, die Arbeitsbelastung und die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte hat. Dahingegen konnte nicht die Annahme untermauert werden, dass die Arbeitszeitorganisation einen Einfluss auf die Patientenversorgung hat. Auf Basis des aggregierten Datensatzes sind folgende zentrale Ergebnisse zu konstatieren:

- Es kann aufgezeigt werden, dass für das alte und neue Arbeitszeitmodell verschiedene Auswirkungen vorzufinden sind.

- Die Abstimmungsmöglichkeiten und die Arbeitszeitzufriedenheit haben in beiden Probandengruppen den stärksten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit.
- Während die Mitarbeiterzufriedenheit im neuen Arbeitszeitmodell einen hoch signifikanten Einfluss auf den Markterfolg hat, ist im alten Arbeitszeitmodell kein Einfluss nachzuweisen.
- Ein positiver Einfluss des Markterfolges auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses kann nicht untermauert werden. Es wird entgegen allen theoretischen Annahmen ein signifikanter negativer Einfluss auf den finanziellen Erfolg festgestellt.

Darüber hinaus wurde das Merkmal „Krankenhausträgerschaft als Kontrollvariable hinzugezogen. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Krankenhausträgerschaft einen Einfluss auf die Wahl des Arbeitszeitmodells hat. Ein Einfluss des Merkmals „Trägerschaft“ auf die grundlegenden Wirkungszusammenhänge, wie die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes, konnte hingegen nicht nachgewiesen werden. Folglich ist in den jeweiligen Arbeitszeitmodellen ein zentraler Einfluss auf die grundlegenden Wirkungszusammenhänge zu sehen und nicht in der Art der Trägerschaft.

Einen Überblick über alle postulierten und überprüften Forschungshypothesen gibt nachfolgende Tab. 36.

H _i	Gegenstand der Hypothese	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis der Partialbetrachtung der Ärztedaten)	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis des aggregierten Abt.-Datensatzes)
H ₁	<i>Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Arbeitszeitzufriedenheit der Krankenhausärzte.</i>	<i>bestätigt</i>	
H ₂	<i>Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte.</i>	<i>bestätigt</i>	
H ₃	<i>Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Abstimmung zwischen den Krankenhausärzten.</i>	<i>bestätigt</i>	
H ₄	<i>Die Wahl eines bestimmten Arbeitszeitmodells hat einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung.</i>	<i>verworfen</i>	
H ₅	<i>Eine hohe Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte wirkt sich negativ auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung aus.</i>	<i>bestätigt</i>	<i>bestätigt</i>
H ₆	<i>Eine gute Abstimmungsmöglichkeit der Krankenhausärzte wirkt sich positiv auf die Möglichkeiten der Patientenversorgung aus.</i>	<i>bestätigt</i>	<i>bestätigt</i>

H _i	Gegenstand der Hypothese	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis der Partialbetrachtung der Ärztedaten)	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis des aggregierten Abt.-Datensatzes)
H ₇	Die Arbeitszeitzufriedenheit wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.	bestätigt	bestätigt
H ₈	Eine hohe Arbeitsbelastung wirkt sich negativ auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.	bestätigt	bestätigt
H ₉	Eine gute Abstimmungsmöglichkeit wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.	bestätigt	bestätigt
H ₁₀	Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus.	bestätigt	bestätigt
H ₁₁	Die Arbeitszeitzufriedenheit wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im alten Arbeitszeitmodell.	bestätigt	bestätigt
H ₁₂	Eine hohe Arbeitsbelastung wirkt sich im alten Arbeitszeitmodell negativer auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im neuen Arbeitszeitmodell.	bestätigt	verworfen
H ₁₃	Im alten Arbeitszeitmodell wirkt sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im neuen Arbeitszeitmodell.	verworfen	verworfen
H ₁₄	Im alten Arbeitszeitmodell wirken sich eine gute Abstimmungsmöglichkeit zwischen den Krankenhausärzten positiver auf die Patientenversorgung aus als im neuen Arbeitszeitmodell.	verworfen	verworfen
H ₁₅	Die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte hat im alten Arbeitszeitmodell einen negativeren Einfluss auf die Patientenversorgung als im neuen Arbeitszeitmodell.	bestätigt	verworfen
H ₁₆	Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte aus als im alten Arbeitszeitmodell.	bestätigt	bestätigt
H ₁₇	Die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirkt sich positiv auf den Markterfolg des Krankenhauses aus.		bestätigt
H ₁₈	Die Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhausärzte wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den Markterfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.		bestätigt
H ₁₉	Gute Möglichkeiten der Patientenversorgung haben einen positiven Einfluss auf den Markterfolg des Krankenhauses.		bestätigt
H ₂₀	Eine gute Möglichkeit der Patientenversorgung wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den Markterfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.		bestätigt
H ₂₁	Der Markterfolg wirkt sich positiv auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses aus.		verworfen

H _i	Gegenstand der Hypothese	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis der Partialbetrachtung der Ärztedaten)	Ergebnis der Überprüfung (auf Basis des aggregierten Abt.-Datensatzes)
H ₂₂	<i>Der Markterfolg wirkt sich im neuen Arbeitszeitmodell positiver auf den finanziellen Erfolg des Krankenhauses aus als im alten Arbeitszeitmodell.</i>		<i>verworfen</i>
H ₂₃	<i>Das Merkmal Trägerschaft hat einen Einfluss auf die Wahl des Arbeitszeitmodells.⁵⁷³</i>		<i>bestätigt</i>
H ₂₄	<i>Das Merkmal Trägerschaft hat einen Einfluss auf die grundlegenden Wirkungszusammenhänge zwischen der Wahl des jeweiligen Arbeitszeitmodells, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Hospital Performance.⁵⁷⁴</i>		<i>verworfen</i>

Tab. 36: Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfungen

⁵⁷³ Vgl. zur Untersuchung dieser Hypothese die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 7.2.1.2.

⁵⁷⁴ Vgl. zur Untersuchung dieser Hypothese die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 7.2.1.2.

8.2. Wissenschaftliche Bewertung

Aufbauend auf den dargestellten Forschungsergebnissen erfolgt eine wissenschaftliche Bewertung der Arbeit hinsichtlich inhaltlicher, theoretischer und methodischer Aspekte. Anschließend werden die Grenzen der vorliegenden Untersuchung dargestellt und Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung aufgezeigt.

Aus inhaltlicher Sicht geht die vorliegende Untersuchung in mehrfacher Hinsicht über die bestehenden wissenschaftlichen Arbeiten hinaus, da sie erstmalig die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst empirisch untersucht und dabei besonderes Augenmerk auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes legt. Darüber hinaus existieren bislang keine Untersuchungen, die explizit die unterschiedlichen Auswirkungen des alten und neuen Arbeitszeitmodells betrachten.

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die im Rahmen der Untersuchung betrachteten Konstrukte nicht isoliert betrachtet werden, sondern vielmehr in eine Wirkungskette eingebunden werden.

Insgesamt kann folglich konstatiert werden, dass die vorliegende Arbeit den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst erweitert.

In theoretischer Hinsicht sind insbesondere folgende Aspekte aufzuzeigen. Während bestehende Arbeiten die Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle auf Basis einzelner Theorien diskutieren, grenzt sich die vorliegende Arbeit durch ihre Theorienvielfalt ab. Die abgeleiteten postulierten Forschungshypothesen basieren folglich auf einem breiten theoretischen Fundament. Neben der Darstellung der jeweiligen Theorien findet eine Übertragung auf den relevanten Sachverhalt der Arbeit statt. Durch bestehende Forschungskennntnisse und Erfahrungen aus verwandten Forschungsbereichen erfolgt schließlich eine empirische Untermauerung der aufgezeigten Theorie. Die postulierten Forschungshypothesen sind damit auf ein theoriegeleitetes Vorgehen gestützt.

In methodischer Hinsicht ist insbesondere zu erwähnen, dass in der vorliegenden Arbeit ein triadischer Datensatz,⁵⁷⁵ der für die empirische Untersuchung in jeweils zwei dyadische Datensätze aufgeteilt wurde, Verwendung findet. So fordert auch *Stock-Homburg* (2007) in ihrer Arbeit die vermehrte Verwendung dyadischer Datensätze und weist darauf hin, dass dadurch die Stringenz der empirischen Forschung deutlich erhöht werden kann.⁵⁷⁶

Die vorliegende Arbeit unterliegt allerdings verschiedenen Restriktionen, die jedoch Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsaktivitäten bilden. Eine erste Restriktion dieser Arbeit liegt darin, dass lediglich alte und neue Arbeitszeitmodelle untersucht werden. Diese Untergliederung ist insbesondere vor dem Hintergrund der Aktualität des Themas nach Einführung des neuen ArbZG und den damit einhergehenden Umsetzungsproblemen von Bedeutung. Die Bedeutsamkeit der vorliegenden Untersuchung wird durch die hohe Medienaufmerksamkeit, die Ärztestreiks und die aktuelle politische Diskussion bestätigt. Über diese Untersuchung hinaus wäre es für Wissenschaft und Praxis von Interesse, weitere unterschiedliche Modellvarianten zu untersuchen.

Eine weitere Restriktion der vorliegenden Untersuchung liegt in der nationalen Betrachtungsweise, da die verwendete Datenbasis ausschließlich aus deutschen Krankenhäusern besteht. Diese Einschränkung resultiert aus der Zugrundelegung des deutschen ArbZG. Eine interessante Fragestellung für zukünftige Forschungen wäre es daher, ob die in dieser Arbeit vorgefundenen Zusammenhänge auf andere Länder übertragbar sind.

Schließlich wird für die empirische Untersuchung eine statistische Untersuchung in Form einer zeitpunktbezogenen Betrachtung vorgenommen. Einen weiteren interessanten Ansatzpunkt zukünftiger Forschung stellt die explizite Berücksichtigung einer zeitraumbezogenen Betrachtungsweise, beispielsweise durch eine Untersuchung vor und nach Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells, dar.

⁵⁷⁵ So finden Daten der Krankenhausmanager, Krankenhausärzte und Patienten Eingang in die empirische Untersuchung.

⁵⁷⁶ Vgl. *Stock-Homburg* (2007), S. 189.

8.3. Implikationen für die Praxis

Die primäre Zielsetzung dieser Arbeit liegt in der wissenschaftlichen Untersuchung der Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst. Darüber hinaus ist jedoch auch die Ableitung von praxisbezogenen Handlungsempfehlungen aus den wissenschaftlichen Ergebnissen von Interesse. In den letzten Jahren hat die Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus, nicht zuletzt durch die medienwirksamen Ärztestreiks, eine enorme Aufmerksamkeit erfahren.⁵⁷⁷ Vor dem Hintergrund der hohen Unzufriedenheit der Ärzteschaft, der durch die Medien kritisierten Qualität der Patientenversorgung und der schwierigen finanzwirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser wird von Seiten der Politik versucht, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Einführung neuer Arbeitszeitmodelle zu erleichtern und zu fördern. So wurde unter anderem die Übergangsregelung zur Einführung neuer Arbeitszeitmodelle verlängert. In der Praxis sind jedoch für viele Tarifverträge bis kurz vor Ablauf der Übergangsfrist keine Einigungen hinsichtlich der tarifspezifischen Ausgestaltung der Arbeitszeitorganisation vorzufinden. Dies resultiert insbesondere aus der großen Unsicherheit, die in vielen Krankenhäusern hinsichtlich der Arbeitszeitorganisation vorzufinden ist. Vor diesem Hintergrund, nimmt die Ableitung von praxisbezogenen Handlungsempfehlungen für das Krankenhausmanagement und die Gesundheitspolitik einen besonderen Stellenwert ein.

8.3.1. Implikationen für die Praxis des Krankenhausmanagements

Aus den im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Befragungen von Krankenhausärzten, Patienten und Managern lassen sich eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Praxis des Krankenhausmanagements ableiten. Zunächst kann auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit festgestellt werden, dass die Arbeitszeitorganisation einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes hat. Somit wird ersichtlich, dass die Auseinandersetzung der Krankenhäuser mit dieser Thematik von besonderer Bedeutung ist, da sie dadurch die Möglichkeit haben, bestimmte Aspekte positiv zu beeinflussen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass es zukünftig immer schwieriger sein wird, offene Arztstellen neu zu besetzen,⁵⁷⁸ für das Krankenhausmanagement von besonderer Bedeutung. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass die Arbeitszeitzufriedenheit der

⁵⁷⁷ Vgl. Nowak (2006), S. 1520.

⁵⁷⁸ Es wird erwartet, dass zukünftig immer mehr Ärzte in andere Branchen abwandern. Vgl. dazu die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.2.1. und vgl. u. a. Kopetsch (2001) und zugleich Ossen (2002).

Krankenhausärzte und die Abstimmungsmöglichkeiten untereinander den stärksten positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der Krankenhausärzte aufweisen. Folglich kann der Versuch über diese Faktoren die Mitarbeiterzufriedenheit zu beeinflussen, welche sich wiederum auf den Markterfolg des Krankenhauses auswirkt, als sinnvoll erachtet werden.

Schließlich wird durch die Arbeit aufgezeigt, dass der Markterfolg entgegen der theoretischen Annahmen einen negativen Einfluss auf die Financial Performance des Krankenhauses hat. Dieses Ergebnis ist insofern erklärbar, als dass die hohen geforderten Ansprüche an die Patientenversorgung mit sehr hohen Kosten verbunden sind, welche gleichzeitig von Seiten der Krankenkassen nicht immer kostendeckend vergütet werden. Da der Markterfolg jedoch für das langfristige Überleben des Krankenhauses von besonderer Bedeutung ist, sollten sich die qualitativ hochwertigen, medizinischen Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Finanzierbarkeit befinden. Um dies zu erreichen, sollten sich die Krankenhäuser auf bestimmte Kernbereiche hoch spezialisieren und im Verbundsystem arbeiten. Darüber hinaus sollten die Krankenhausmanager auf die durch den Markterfolg verursachten Kosten ein besonderes Augenmerk richten.

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen zudem auf, dass die Einflussgrößen in Abhängigkeit der Arbeitszeitorganisation sehr unterschiedliche Auswirkungen haben. So ist für sämtliche Einflussfaktoren im neuen Arbeitszeitmodell ein stärkerer Einfluss zu verzeichnen als im alten Arbeitszeitmodell. Infolgedessen ist in der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells eine Chance zu sehen, durch die man die Einflussfaktoren, wie die Arbeitszeitzufriedenheit, die Arbeitsbelastung und die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte, bewusst beeinflussen kann und dadurch die Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeiter an das Krankenhaus unterstützen kann.

Ferner wird aufgezeigt, dass die Mitarbeiterzufriedenheit im neuen Arbeitszeitmodell einen sehr starken Einfluss auf den Markterfolg hat. Vor diesem Hintergrund ist es als sinnvoll zu erachten, die Mitarbeiter bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells frühzeitig mit in die Ausgestaltung der Arbeitszeitorganisation einzubinden, um die Wünsche und Bedürfnisse der Ärzte zu berücksichtigen. Folglich sollte ein neues Arbeitszeitmodell nicht alleine durch die Verwaltung vorgegeben werden, sondern vielmehr in Zusammenarbeit mit den Ärzten entwickelt werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, eine Analyse der Art der Tätigkeiten und

der Arbeitsbelastung durch die Krankenhausärzte erstellen zu lassen.⁵⁷⁹ Dadurch können die Krankenhausmanager einen Einblick in die Arbeitsabläufe, insbesondere aber in die Arbeitsbelastung und die Abstimmungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte erlangen. Durch eine anschließende gemeinsame Erarbeitung eines neuen Arbeitszeitmodells können die oben zuvor aufgezeigten Faktoren direkt beeinflusst werden, wodurch gleichzeitig die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden kann.

Da die Abwanderung der Ärzte in krankenhaushusfremde Bereiche immer stärker wird, ist ein zufriedener und motivierter Mitarbeiter von besonderer Bedeutung.

8.3.2. Implikationen für die Gesundheitspolitik

Aus Basis der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Befragungen von Krankenhausärzten, Patienten und Managern lassen sich ebenfalls Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik ableiten. Im Rahmen der empirischen Erhebung wurde ersichtlich, dass viele Krankenhäuser bis kurz vor Ablauf der Übergangsfrist zur Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells sich noch nicht mit der Thematik auseinander gesetzt haben. Dies resultiert insbesondere aus der großen Unsicherheit, die in vielen Krankenhäusern hinsichtlich der Arbeitszeitorganisation vorherrscht, welche nicht zuletzt durch die Gesundheitspolitik verursacht wurde. Schließlich sind viele Krankenhäuser aufgrund vergangener Erfahrungen davon ausgegangen, dass das neue Arbeitszeitgesetz letztendlich nicht umgesetzt werden muss. Hier sollte es zukünftig von besonderer Bedeutung sein, für die Krankenhäuser ein größeres Vertrauensverhältnis zur Gesundheitspolitik zu schaffen.

Darüber hinaus wird durch die Arbeit aufgezeigt, dass der Markterfolg entgegen der theoretischen Annahmen einen negativen Einfluss auf die Financial Performance des Krankenhauses hat. Dieses Ergebnis ist insofern erklärbar, als dass die hohen geforderten Ansprüche an die Patientenversorgung mit sehr hohen Kosten verbunden sind, welche gleichzeitig von Seiten der Krankenkassen nicht immer kostendeckend vergütet werden. Da der Markterfolg jedoch für das langfristige Überleben des Krankenhauses von besonderer Bedeutung ist, müsste auch auf politischer Ebene die Finanzierung der hoch qualifizierten, medizinischen Leistungen neu überdacht werden.

⁵⁷⁹ Vgl. Herrmann et al. (2006), S. 376.

Schließlich ist ersichtlich, dass ebenfalls durch die Einführung des neuen ArbZG ein zusätzlicher finanzwirtschaftlicher Druck auf den Krankenhäusern lastet. Um die Krankenhäuser bei der Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen zu unterstützen, wurde ihnen im Rahmen der Budgetverhandlungen durch die Krankenkassen eine Zulage für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gewährt. Diese sind jedoch zur gesetzeskonformen Umsetzung nicht ausreichend, so dass die Finanzierung der Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen von Seiten der Gesundheitspolitik auch hier erneut überdacht werden müsste.⁵⁸⁰

⁵⁸⁰ So hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) den Bedarf an zusätzlichen Arztstellen für die rechtliche Erfüllung des ArbZG auf 18,7 Prozent geschätzt. Krankenhäusern, die neue Arbeitszeitmodelle einführen wird jedoch gerade einmal eine Erhöhung ihres Budgets um 0,2 Prozent zugesprochen. Vgl. dazu *Weißflog et al.* (2005), S. 860. Vgl. ebenso die Ausführungen in Gliederungsabschnitt 2.2.1.

Anhang

Anhang A: Anschreiben an die Krankenhausgeschäftsführungen zur ersten Kontaktaufnahme	178
Anhang B: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Krankenhausmanager	180
Anhang C: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Krankenhausärzte	183
Anhang D: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Patienten	188
Anhang E: Verzeichnis der durchgeführten Expertengespräche	192

Anhang A: Anschreiben an die Krankenhausgeschäftsführungen zur ersten Kontaktaufnahme

UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE
UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

Professor Dr. Bernd Helmig
Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer

Lehrstuhl für Nonprofit-Management & Marketing
Boulevard de Pérolles 90
CH-1700 Fribourg

Frau
Erika Mustermann
Musterhospital
Musterstrasse 1

12345 Musterhausen



Forschungsprojekt

Sehr geehrte Frau Mustermann,

an der Universität Freiburg Schweiz wird zurzeit eine Untersuchung zu den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst durchgeführt.

Ziel dieser Studie ist es festzustellen, ob und inwieweit das jeweilige **Arbeitszeitmodell einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Profitabilität des Krankenhauses** hat. Dabei kommt es uns speziell auf Ihre und die in Ihrem Hause vertretene Meinung an.

Die Untersuchung dient ausschließlich akademischen und nicht etwa kommerziellen Zwecken und wird mit Hilfe von Fragebögen schriftlich durchgeführt.

Wir sind uns bewusst, dass Ihre Zeit außerordentlich begrenzt ist. Wir wären Ihnen jedoch sehr dankbar, wenn Sie sich bereit erklären, unsere Untersuchung zu unterstützen. Als Gegenleistung würden Sie natürlich eine Vorabveröffentlichung in Form einer Kurzauswertung der Studie erhalten.

Wenn Sie grundsätzlich kein Interesse haben an unserer Studie teilzunehmen, würden wir Sie bitten, folgendes Antwortfax binnen der nächsten zwei Wochen an uns zurückzusenden. Sollten wir nichts von Ihnen hören, erlauben wir uns Sie in den nächsten Wochen zu kontaktieren, um genauere Details mit Ihnen zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen

(Professor Dr. Bernd Helmig)

(Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer)

ANTWORTFAX

Lehrstuhl für Nonprofit-Management & Marketing
Boulevard de Pérolles 90
CH-1700 Fribourg

Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer

FAX (0049) 241 xxx

Betr.: Untersuchung der **Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle** im ärztlichen
Dienst auf die **Mitarbeiterzufriedenheit** und die **Profitabilität des Krankenhauses**.

☐ Ich habe **kein Interesse**, an Ihrer Studie teilzunehmen und
möchte **nicht weiter** von Ihnen kontaktiert werden.

Vor- und Zuname:

Name Ihres Krankenhauses:

Strasse:

PLZ/Ort:

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift

Anhang B: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Krankenhausmanager

UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE
UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

Professor Dr. Bernd Helmig
Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer

Lehrstuhl für Nonprofit-Management & Marketing
Boulevard de Pérolles 90
CH-1700 Fribourg

Frau
Erika Mustermann
Musterhospital
Musterstrasse 1

12345 Musterhausen



Forschungsprojekt

Sehr geehrte Frau Mustermann,

an der Universität Fribourg Schweiz wird zurzeit eine Untersuchung zu den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst durchgeführt.

Ziel dieser Studie ist es festzustellen, ob und inwieweit das jeweilige Arbeitszeitmodell einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Profitabilität des Krankenhauses hat.

Ihr Krankenhaus hat sich dankenswerterweise bereit erklärt, an dieser Studie teilzunehmen. Die Untersuchung dient ausschließlich akademischen und nicht etwa kommerziellen Zwecken und wird mit Hilfe von Fragebögen schriftlich durchgeführt.

Es kommt uns speziell auf Ihre Meinung an. Wir möchten Sie daher bitten, den vorliegenden Fragebogen zu beantworten und diesen im beiliegenden verschlossenen Umschlag an uns zurückzugeben. Eine vertrauliche Behandlung Ihrer Informationen wird Ihnen ausdrücklich zugesichert.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

(Professor Dr. Bernd Helmig)

(Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer)

Fragebogen zur Profitabilität des Krankenhauses

I. Wie erfolgreich ist Ihr Krankenhaus?

Bitte wählen Sie aus der folgenden Skala eine Aussage aus, die dem Erfolg Ihres Krankenhauses am ehesten entspricht und kreuzen diese an.

sehr erfolgreich	erfolgreich	weder noch	erfolglos	sehr erfolglos	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

II. Ihre Erfahrungen in Ihrem Krankenhaus

Nachfolgend finden Sie eine ganze Reihe von Aussagen zur Situation in Ihrem Krankenhaus.

Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, inwieweit diese Ihrer Meinung nach zutrifft. Gehen Sie dabei von Ihren persönlichen Erfahrungen aus. Zur Beurteilung der Aussage bewerten Sie diese bitte entsprechend der folgenden Skala von 1 bis 5. Möchten Sie keine Aussage machen, bewerten Sie mit der 0:

Meiner Meinung nach...					
trifft das voll und ganz zu	trifft das eher zu	weder noch	trifft das eher nicht zu	trifft das überhaupt nicht zu	keine Angabe
Bewertung...					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Je stärker also Ihre Zustimmung zu der jeweiligen Aussage ist, desto besser ist die „Note“, die Sie dieser Aussage zuordnen. Den Wert, der Ihrer Meinung nach am besten passt, tragen Sie dann bitte in das Kästchen neben der Aussage ein.

Krankenhaus allgemein und Patientenversorgung

1. Unser Krankenhaus hat einen sehr guten Ruf.		6. Die Patienten können so behandelt werden, dass Sie sehr zufrieden sind.	
2. Den Patienten wird in unserem Haus ein sehr hohes Maß an Service geboten.		7. Die Patienten beschweren sich häufig.	
3. Auf die Qualität der Patientenversorgung wird in unserem Haus sehr viel Wert gelegt.		8. Die Behandlungsergebnisse unseres Krankenhauses sind sehr gut.	
4. Die fachliche Qualifikation unserer Ärzte ist sehr gut.		9. Alles in allem ist die Versorgung der Patienten sehr gut.	
5. Die Ärzte haben umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse (z.B. Wünsche, Fragen etc.) der Patienten einzugehen.			

Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte

10. Unsere Ärzte sind mit ihrer momentanen Arbeitssituation sehr zufrieden.		14. Unsere Ärzte sind mit ihren Arbeitszeiten sehr zufrieden.	
11. Das tägliche Arbeitspensum der Ärzte ist in der vorgesehenen Arbeitszeit gut zu bewältigen.		15. Unsere Ärzte arbeiten in der Regel länger als 8 Stunden an einem Stück.	
12. Unsere Ärzte beschweren sich häufig über die hohe Arbeitsbelastung.		16. Die Zufriedenheit unserer Ärzte wirkt sich auf ihre Leistung aus.	
13. Unsere Ärzte fallen häufig krankheitsbedingt aus.		17. Die Zufriedenheit unserer Ärzte wirkt sich auf die Zufriedenheit der Patienten aus.	

18. Unser Krankenhaus verzeichnet eine hohe Fluktuationsrate der Ärzte.	
19. Unsere Ärzte arbeiten unter einem sehr hohen Zeitdruck.	

20. Die Zufriedenheit unserer Ärzte wirkt sich auf den Erfolg des Krankenhauses aus.	
--	--

Profitabilität des Krankenhauses

21. Das Krankenhaus ist wirtschaftlich sehr erfolgreich.	
22. Die Zahl der stationären Fälle ist insgesamt seit Anfang 2004 gestiegen.	
23. Die Zahl der ambulanten Fälle ist insgesamt seit Anfang 2004 gestiegen.	
24. Die Zahl der Fälle insgesamt (stationär + ambulant) ist seit Anfang 2004 gestiegen.	
25. Die Bettenauslastung liegt in der Regel über 75 %.	
26. Wir müssen in naher Zukunft die Bettenzahl unseres Hauses reduzieren.	

27. Die Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern an unserem Standort ist sehr groß.	
28. Unsere Ärzte machen viele Überstunden.	
29. Die Personalkosten unseres Hauses sind seit Anfang 2004 gestiegen.	
30. Das Krankenhaus muss voraussichtlich im nächsten halben Jahr keine betriebsbedingte Kündigung aussprechen.	
31. Viele unserer Patienten kommen aufgrund von Empfehlungen oder eigener guter Erfahrungen in unser Krankenhaus.	

Sonstige Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

In welchem Bereich sind Sie tätig? ☐ Geschäftsführung ☐ Controlling

☐ Personalabteilung ☐ Buchhaltung ☐ Sonstiges

Seit wie vielen Jahren haben Sie Ihre jetzige Funktion inne?

☐ 0-5 Jahre ☐ 6-10 Jahre ☐ 11-15 Jahre ☐ 16 Jahre und mehr

Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus?

☐ weniger als 200 ☐ 200-350 ☐ 351-600 ☐ mehr als 600

Wird bei Ihnen im Krankenhaus bereits das neue Arbeitszeitgesetz im Sinne des Europäischen Gerichtshofurteils vom September 2003 (z.B. Bereitschaftsdienst ist als Arbeitszeit zu werten etc.) vollständig umgesetzt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise ☐ keine Angabe

Wenn Ja, in ☐ allen Abteilungen ☐ einzelnen Abteilungen

Arbeitet der ärztliche Dienst in Ihrem Hause durchschnittlich mehr als 48 Stunden in der Woche?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anhang C: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Krankenhausärzte

UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE
UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

Professor Dr. Bernd Helmig
Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer

Lehrstuhl für Nonprofit-Management & Marketing
Boulevard de Pérolles 90
CH-1700 Fribourg



Forschungsprojekt

Sehr geehrte Frau Dr. Mustermann,

an der Universität Fribourg Schweiz wird zurzeit eine Untersuchung zu den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst durchgeführt.

Ziel dieser Studie ist es festzustellen, ob und inwieweit das jeweilige **Arbeitszeitmodell einen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Profitabilität des Krankenhauses** hat.

Ihr Krankenhaus hat sich dankenswerterweise bereit erklärt, an dieser Studie teilzunehmen. Die Untersuchung dient ausschließlich akademischen und nicht etwa kommerziellen Zwecken und wird mit Hilfe von Fragebögen schriftlich durchgeführt.

Es kommt uns speziell auf Ihre Meinung an. Wir möchten Sie daher bitten, den vorliegenden Fragebogen zu beantworten und diesen im beiliegenden verschlossenen Umschlag **direkt an Frau Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer zurückzuschicken**. Eine vertrauliche Behandlung Ihrer Informationen wird Ihnen ausdrücklich zugesichert.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

(Professor Dr. Bernd Helmig)

(Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer)

Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit der Ärzte

I. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer momentanen Arbeitssituation?

Bitte wählen Sie aus der folgenden Skala eine Aussage aus, die ihrer Zufriedenheit am ehesten entspricht und kreuzen diese an.

sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

II. Ihre Erfahrungen an Ihrem Arbeitsplatz

Nachfolgend finden Sie eine ganze Reihe von Aussagen zur Situation in Ihrem Krankenhaus.

Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, inwieweit diese Ihrer Meinung nach zutrifft. Gehen Sie dabei von Ihren persönlichen Erfahrungen aus. Zur Beurteilung der Aussage bewerten Sie diese bitte entsprechend der folgenden Skala von 1 bis 5. Möchten Sie keine Aussage machen, bewerten Sie mit der 0:

Meiner Meinung nach...					keine Angabe
trifft das voll und ganz zu	trifft das eher zu	weder noch	trifft das eher nicht zu	trifft das überhaupt nicht zu	
Bewertung...					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Je stärker also Ihre Zustimmung zu der jeweiligen Aussage ist, desto besser ist die „Note“, die Sie der Aussage zuordnen. Tragen Sie bitte den Wert in die Kästchen neben der Aussage ein, der Ihrer Meinung nach am besten passt.

Zu den Arbeitszeiten und der Arbeitsorganisation

1. Ich bin mit meinen Arbeitszeiten sehr zufrieden.		11. Ich kann meine Tätigkeit so ausüben, wie ich es von meinem Berufsbild her erwarte.	
2. Die anstehenden Aufgaben sind in der regulären Arbeitszeit gut zu erfüllen.		12. Die Arbeitszeiten sind so gestaltet, dass eine gute Abstimmung (z.B. bei Übergaben) mit meinen Kollegen möglich ist.	
3. Die Pausen können eingehalten werden.		13. Am Ende einer Schicht bin ich häufig müde oder unkonzentriert.	
4. Ich muss viele Überstunden leisten.		14. Meine Dienstzeiten sind sehr anstrengend.	
5. Das tägliche Arbeitspensum ist gut zu bewältigen.		15. Ich arbeite häufig unter einem hohen Zeitdruck.	
6. Meine Tätigkeit ist gut mit meinem Privatleben vereinbar.		16. Die geleistete Arbeitszeit entspricht der dokumentierten Arbeitszeit.	
7. Persönliche Wünsche werden bei der Einteilung der Dienste mit berücksichtigt.		17. Aufgrund der kurzen Ruhezeit bin ich während der Arbeit häufig müde oder unkonzentriert.	
8. Die Urlaubsregelungen entsprechen meinen Bedürfnissen.		18. Meine Arbeitszeiten beeinträchtigen meine Gesundheit.	
9. Vertretungssituationen (Krankheit, Urlaub) können von der Organisation der Arbeitszeiten her gut bewältigt werden.		19. Alles in allem bin ich mit meinen Arbeitszeiten sehr zufrieden.	
10. Es finden häufige Wechsel des Personals statt (Personalfuktuation).			

Zur Patientenversorgung

20. Die Patienten können so behandelt werden, dass sie sehr zufrieden sind.	
21. Den Patienten wird ein sehr hohes Maß an Service geboten.	
22. Auf die Qualität der Patientenversorgung wird sehr viel Wert gelegt.	
23. Die fachliche Qualifikation unserer Ärzte ist sehr gut.	
24. Ich habe umfassend Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse (z.B. Wünsche, Fragen etc.) der Patienten einzugehen.	

25. Die Patienten beschweren sich häufig.	
26. Die Behandlungsergebnisse meiner Abteilung sind sehr gut.	
27. Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt (Tag, Nacht, Werktage, Wochenende) sehr gut in meiner Abteilung behandelt werden.	
28. Alles in allem bin ich mit der Patientenversorgung sehr zufrieden.	

Zur Profitabilität des Krankenhauses

29. Das Krankenhaus hat einen sehr guten Ruf.	
30. Das Krankenhaus ist wirtschaftlich sehr erfolgreich.	
31. Die Zahl der stationären Fälle ist in meiner Abteilung seit Anfang 2004 gestiegen.	
32. Die Zahl der ambulanten Fälle ist in meiner Abteilung seit Anfang 2004 gestiegen.	
33. Die Zahl der Fälle insgesamt (stationär + ambulant) ist in meiner Abteilung seit Anfang 2004 gestiegen.	
34. Die Bettenauslastung liegt in meiner Abteilung in der Regel über 75 %.	
35. Wir müssen in naher Zukunft die Bettenzahl in meiner Abteilung reduzieren.	
36. Die Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern an unserem Standort ist sehr groß.	
37. Das Krankenhaus kann mir eine sichere Anstellung bieten (d.h. eine betriebsbedingte Kündigung ist unwahrscheinlich).	

38. Auch aus anderen Gründen muss ich nicht mit einer Kündigung rechnen.	
39. Im Falle einer Krankheit kann ich mich guten Gewissens auskurieren.	
40. Strukturelle Veränderungen (z.B. Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes) werden in Zusammenarbeit mit der Klinikleitung und den Mitarbeitern diskutiert.	
41. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter finden eine angemessene Berücksichtigung.	
42. Seit Anfang 2004 ist zusätzliches Personal in meiner Abteilung eingestellt worden.	
43. Die Personalbesetzung (Anzahl der Mitarbeiter) ist in meiner Abteilung sehr zufriedenstellend.	
44. Viele unserer Patienten kommen aufgrund von Empfehlungen oder eigener guten Erfahrungen in unser Krankenhaus.	
45. Alles in allem bin ich mit meiner Klinik zufrieden.	

Sonstiges

46. Aus heutiger Sicht gesehen, würde ich einem Bekannten zum jetzigen Zeitpunkt empfehlen, in meinem Krankenhaus die gleiche Tätigkeit auszuüben.	
47. Meine Zufriedenheit hat einen Einfluss auf meine Leistung.	

48. Meine Zufriedenheit wirkt sich auf die Zufriedenheit der Patienten aus.	
49. Meine Zufriedenheit hat einen indirekten Einfluss auf die Business Performance des Krankenhauses.	

Noch ein paar Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Welche Stellung haben Sie innerhalb der Klinik?

☐ Famulatur/ PJ ☐ Assistenzarzt ☐ Oberarzt
☐ Chefarzt ☐ sonstiges, und zwar _____

Seit wie vielen Jahren sind Sie in der Klinik beschäftigt?

☐ 0-3 Jahre ☐ 3-5 Jahre ☐ 6-10 Jahre
☐ 11-15 Jahre ☐ 16 Jahre und mehr

Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus?

☐ weniger als 200 ☐ 200-350 ☐ 351-600 ☐ mehr als 600

Beschreiben Sie bitte Ihre familiäre Situation (Mehrfachnennungen möglich):

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden
☐ verwitwet ☐ Kinder ☐ keine Kinder

III. Beschreiben Sie bitte Ihre Arbeitszeit:

Ihre durchschnittliche tägliche Arbeitszeit (abzüglich Ruhepausen) an Werktagen beträgt in der Regel:

☐ bis zu 8 Stunden ☐ bis zu 12 Stunden ☐ mehr als 12 Stunden

Ihre durchschnittliche tägliche Arbeitszeit (abzüglich Ruhepausen) am Wochenende und an Feiertagen beträgt in der Regel:

☐ bis zu 8 Stunden ☐ bis zu 12 Stunden ☐ mehr als 12 Stunden

Ihre durchschnittliche Arbeitszeit (abzüglich Ruhepausen) im Rahmen des Bereitschaftsdienstes beträgt in der Regel:

☐ bis zu 8 Stunden ☐ bis zu 12 Stunden ☐ bis zu 16 Stunden
☐ bis zu 24 Stunden ☐ mehr als 24 Stunden

Ihre durchschnittliche tägliche Ruhezeit (arbeitsfreie Zeit zwischen zwei Arbeitstagen) an Werktagen beträgt in der Regel:

☐ bis zu 8 Stunden ☐ bis zu 10 Stunden ☐ bis zu 12 Stunden

Ihre durchschnittliche tägliche Ruhezeit (arbeitsfreie Zeit zwischen zwei Arbeitstagen) am Wochenende und an Feiertagen beträgt in der Regel:

☐ bis zu 8 Stunden ☐ bis zu 10 Stunden ☐ bis zu 12 Stunden

Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt in der Regel mehr als 48 Stunden?

☐ Ja ☐ Nein

Wie viele unterschiedliche Schichten wechseln sich in der Regel an einem Tag (inkl. Nachtdienst) in Ihrer Abteilung ab?

Werktags

Wochenende und Feiertage

☐ 4 Schichten
☐ 3 Schichten
☐ 2 Schichten
☐ 1 Schicht

☐ 4 Schichten
☐ 3 Schichten
☐ 2 Schichten
☐ 1 Schicht

Wird in Ihrer Abteilung bereits das neue Arbeitszeitgesetz im Sinne des Europäischen Gerichtshofurteils vom September 2003 (z.B. Bereitschaftsdienst ist als Arbeitszeit zu werten etc.) vollständig umgesetzt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise ☐ keine Angabe

Bitte beschreiben Sie mit Hilfe der folgenden Abbildung Ihren aktuellen Dienstplan und Ihre aktuelle Personalbesetzung in Ihrer Abteilung. Sollten Anzahl, Dauer, Lage oder Besetzung der Dienste variieren, nehmen Sie bitte die häufigste Variante.

Tragen Sie dazu bitte die Uhrzeit des Dienstbeginns und des Dienstenendes der jeweiligen Schicht ein und vermerken unter der Personalbesetzung die Anzahl der in der jeweiligen Schicht arbeitenden Ärzte. Vermerken Sie bitte anschließend die Art der jeweiligen Schicht (z.B. Vollarbeit, Bereitschaftsdienst etc.).

Werktags	Dienstzeit		Personalbesetzung	Dienststart*
	Beginn	Ende		
Dienst/Schicht 1				
Dienst/Schicht 2				
Dienst/Schicht 3				
Dienst/Schicht 4				
Dienst/Schicht 5				

Wochenende	Dienstzeit		Personalbesetzung	Dienststart*
	Beginn	Ende		
Dienst/Schicht 1				
Dienst/Schicht 2				
Dienst/Schicht 3				
Dienst/Schicht 4				
Dienst/Schicht 5				

*V = Vollarbeit; BD/ Stufe = Bereitschaftsdienst/ der Stufe

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!!

Anhang D: Anschreiben und Fragebogen für die teilnehmenden Patienten

UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE
UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

Professor Dr. Bernd Helmig
Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer

Lehrstuhl für Nonprofit-Management & Marketing
Boulevard de Pérolles 90
CH-1700 Fribourg



Forschungsprojekt

Sehr geehrte Damen und Herren,

an der Universität Fribourg Schweiz wird zurzeit eine Untersuchung zu den Auswirkungen verschiedener Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst durchgeführt.

Ziel dieser Studie ist es festzustellen, ob und inwieweit die Arbeitszeit der Krankenhausärzte einen Einfluss auf die **Zufriedenheit der Patienten** hat.

Ihr Krankenhaus hat sich dankenswerterweise bereit erklärt, an dieser Studie teilzunehmen. Die Untersuchung dient ausschließlich akademischen und nicht etwa kommerziellen Zwecken und wird mit Hilfe von Fragebögen schriftlich durchgeführt.

Es kommt uns speziell auf Ihre Meinung an. Wir möchten Sie daher bitten, den vorliegenden Fragebogen zu beantworten und diesen auf Ihrer Station abzugeben. Die Stationsschwestern werden den ausgefüllten Fragebogen an uns weiterleiten. Eine vertrauliche Behandlung Ihrer Informationen wird Ihnen ausdrücklich zugesichert.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

(Professor Dr. Bernd Helmig)

(Dipl.-Kff. Kirstin Baltzer)

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen zur Situation in Ihrem Krankenhaus.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese Ihrer Meinung nach zutrifft. Gehen Sie dabei von Ihren persönlichen Erfahrungen aus. Zur Beurteilung bewerten Sie diese bitte entsprechend der folgenden Skala von 1 (trifft voll und ganz zu) bis 5 (trifft überhaupt nicht zu). Möchten Sie keine Aussage machen, bewerten Sie die Frage bitte mit der 0 (keine Angabe):

Betreuung durch die Ärzte:

1. Die Betreuung durch die Ärzte war sehr gut.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

2. Die Ärzte haben sich umfassend für mich Zeit genommen (z.B. während der Visite).

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

3. Die Ärzte waren sehr freundlich.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

4. Die Ärzte haben mich sehr gut über meinen Krankheits- und Behandlungsverlauf informiert.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

5. Die Ärzte sind auf meine individuellen Bedürfnisse (z.B. Wünsche, Fragen etc.) eingegangen.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

6. Auf die Qualität der Patientenversorgung wird hier im Krankenhaus viel Wert gelegt.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

7. Da die Ärzte sehr viel zu tun haben, hatten Sie nicht viel Zeit für mich.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

8. Die Wartezeiten vor den einzelnen Untersuchungen waren sehr lang.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

9. Mein behandelnder Arzt macht einen übermüdeten Eindruck.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

10. Alle Ärzte waren in den unterschiedlichen Arbeitsschichten (z.B. Dienst in der Woche und am Wochenende) gleich gut über meinen Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf informiert.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

11. Ich hatte genügend Zeit und Möglichkeiten, um mit den Ärzten über meine Krankheit zu sprechen.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

12. Ich bin mit meinem Behandlungsergebnis sehr zufrieden.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

13. Die fachliche Qualifikation meines Arztes ist sehr gut.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

14. Alles in allem bin ich mit meiner Betreuung durch die Ärzte sehr zufrieden.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Krankenhaus allgemein

15. Das Krankenhaus hat einen guten Ruf.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

16. Ich fühle mich hier im Krankenhaus gut aufgehoben.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

17. Ich bin mit dem Service im Krankenhaus sehr zufrieden.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

18. Aus heutiger Sicht gesehen, würde ich einem Bekannten zum jetzigen Zeitpunkt empfehlen, sich in diesem Krankenhaus behandeln zu lassen.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

19. Alles in allem bin ich mit dem Krankenhaus sehr zufrieden.

Trifft voll und ganz zu				Trifft überhaupt nicht zu	keine Angabe
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Einige Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Alter:

☐ bis 25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55
☐ 56-65 ☐ 65-76 ☐ älter als 76

Auf welcher Station sind Sie?

☐ Chirurgie ☐ Innere ☐ Gynäkologie ☐ HNO/ Augen
☐ Neurologie ☐ Kardiologie ☐ Orthopädie ☐ sonstiges

Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus?

☐ weniger als 3 Tage ☐ 3-5 Tage
☐ 6-14 Tage ☐ mehr als 14 Tage

Von welchem Arzt wurden sie hauptsächlich behandelt?

☐ Chefarzt ☐ Oberarzt ☐ Assistenzarzt ☐ keine Angabe

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang E: Verzeichnis der durchgeführten Expertengespräche

Name	Funktion und Institution	Ort	Datum	Dauer (ca.)
Herr G. Hamel	Geschäftsführer, Luisenhospital Aachen	Aachen	14.05.2004	30 min
Herr M. Plum	Leiter Controlling, Geschäftsführer Service GmbH Luisenhospital Aachen	Aachen	14.05.2004	20 min
Frau A. Vondenhoff	Personalleitung, Luisenhospital Aachen	Aachen	14.05.2004	20 min
Herr D. Jumpertz	Geschäftsführer, TOP Köln Beratungs- und Planungsgesellschaft für Krankenhäuser	Köln	06.10.2004	30 min
Herr Schellhoff	Geschäftsführer, Bethlehem Krankenhaus Stolberg	Stolberg	19.10.2004	30 min
Herr H. Kniepen	Personalleitung, Caritas Trägergesellschaft West	Düren	09.11.2004	45 min
Herr M. Pankonin	Assistenzarzt Anästhesie, Uniklinikum Bonn	Bonn	10.11.2004	20 min
Herr F. Meyer	Assistenzarzt Chirurgie, Uniklinikum Bonn	Bonn	10.11.2004	20 min
Herr Dr. A. Freese	Oberarzt Chirurgische Klinik, Luisenhospital Aachen	Aachen	10.11.2004	20 min
Herr T. Korth	Geschäftsführer, St. Antonius-Krankenhaus Schleiden	Schleiden	18.01.2005	45 min
Herr Dr. M. Gatzen	Chefarzt Innere Medizin, Marienhospital Aachen	Aachen	19.01.2005	20 min
Herr PD Dr. A. Katzer	Oberarzt, Endo-Klinik Hamburg	Hamburg	26.01.2005	30 min
Herr Dr. F.-J. Knust	Chefarzt Pädiatrie & Medizincontrolling, Evangelisches Krankenhaus Bethanien Iserlohn	Telefoninterview	18.07.2005	10 min
Herr Dr. G. Illerhaus	Assistenzarzt Innere Medizin, Uniklinikum Freiburg	Telefoninterview	18.07.2005	10 min
Frau I. Klug	Personalleitung, Evangelisches Jung-Stilling Krankenhaus Siegen	Siegen	27.07.2005	30 min
Herr H. G. Irle	Geschäftsführer, Evangelisches Jung-Stilling Krankenhaus Siegen	Siegen	27.07.2005	30 min

Literaturverzeichnis

- Adams J.* (1963): Toward an Understanding in Inequity, in: *Journal of Abnormal Social Psychology*, 67, pp. 422-436.
- Adams J.* (1965): Inequity in Social Exchange, in: *Verkowitz L.* (Hrsg.): *Advances in Experimental Social Psychology*, New York.
- Ajzen I./Fishbein M.* (1977): Attitudes Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research, in: *Psychological Bulletin*, 48, pp. 888-918.
- Albach H.* (1987): Investitionspolitik erfolgreicher Unternehmen, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 57. Jg. (1987), H. 7, S. 636-661.
- Alber J.* (1992): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*, Frankfurt.
- Albers S./Götz O.* (2006): Messmodelle mit Konstrukten zweiter Ordnung in der betriebswirtschaftlichen Forschung, in: *Die Betriebswirtschaft*, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 669-677.
- Albers S./Hildebrandt L.* (2006): Methodische Probleme der Erfolgsfaktorenforschung – Messfehler, formative versus reflektive Indikatoren und die Wahl des Strukturgleichungsmodell, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 58, 2, S. 2-33.
- Alchian A.* (1961): *Some Economics of Property Rights*, Santa Monica/CA.
- Alexander S./Rudermann M.* (1987): The Role of Procedural and Distributive Justice in Organizational Behavior, in: *Social Justice Research*, 1, 1, pp. 177-198.
- Allen D./Shore L./Griffeth R.* (2003): The Role of Perceived Organizational Support and Supportive Human Resource Practices in the Turnover Process, in *Journal of Management*, 29, 1, pp. 99-119.
- Ament-Rambow C.* (2001): Sind Ihre Mitarbeiter zufrieden? Befragung als Instrument/ Basis der Mitarbeiterzufriedenheit, in: *krankenhaus-umschau*, 4/2001, S. 264-270.
- Amiot C./Terry D./Jimmieson N.* (2006): A Longitudinal Investigation of Coping Processes During a Merger: Implications for Job Satisfaction and Organizational Identification, in: *Journal of Management*, 32, 4, pp. 552-574.
- Anderson E. W./Sullivan M. W.* (1993): The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms, in: *Marketing Science*, Vol. 12, No. 2, pp. 125-143.
- Arbuckle J. L.* (2006): *Amos 6.0 user's guide*, Chicago 2006.
- Arvey R. D./Bouchard T. J./Segal N./Abraham L. M.* (1989): Job satisfaction: Environmental and genetic components, in: *Journal of Applied Psychology*, 74, pp. 187-192.

- Babin B. J./Boles J. S. (1998): Employee Behavior in a Service Environment: A Model and test of Potential Differences Between Men and Woman, in: Journal of Marketing, Vol. 62, 1998, pp. 77-91.*
- Babin B. J./Griffin M. (1998): The Nature of Satisfaction: An Updated Examination and Analysis, in: Journal of Business Research, Vol. 41, No. 2, pp. 127-136.*
- Backes-Gellner U. (1999): Arbeitszeitmodelle in der Industrie- eine Alternative auch für Krankenhäuser?, in: Backes-Gellner U./Hölscher A. (Hrsg.): Schichtmodelle für das Krankenhaus. Arbeitszeitregelungen und ärztliche Effektivität auf chirurgischen Intensivstationen, krankenhaus-umschau Sonderheft, 10/1999, S. 17-25.*
- Backhaus K./Erichson B./Plinke W./Weiber R. (2006a): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung, 11. Aufl., Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York.*
- Backhaus K./Bleischmidt B./Eisenbeiß M. (2006b): Der Stichprobeneinfluss bei Kausalanalysen, in: Die Betriebswirtschaft, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 711-726.*
- Bagozzi R. P. (1978): Salesforce Performance and Satisfaction as Function of Individual Difference, Interpersonal, and Situational Factors, in: Journal of Marketing, Vol. 15, 1978, pp. 517-531.*
- Bagozzi R. P. (1980a): Performance and Satisfaction in an Industrial Sales Force: An Examination of their Antecedents and Simultaneity, in: Journal of Marketing, Vol. 44, 1980, pp. 65-77.*
- Bagozzi R. P. (1980b): The Nature and Causes of Self-Esteem, Performance, and Satisfaction in the Sale Force: A Structural Equation Approach, in: Journal of Business, 53 (July), pp. 315-331.*
- Bagozzi R. P. (1994): Structural Equation Models in Marketing Research: Basic Principles, in: Bagozzi R. P. (Hrsg.): Principles of Marketing Research, New York, S. 317-385.*
- Bagozzi R./Fornell C. (1982): Theoretical Concepts, Measurements, and Meaning, in: Fornell C. (Hrsg.): A Second Generation of Multivariate Analysis, Band 2, New York, pp. 24-38.*
- Baker K./Olson J./Morisseau D. (1994): Work practices, fatigue, and nuclear power plant safety performance, in: Human Factors, 36, pp. 244-257.*
- Baldwin D. C./Daugherty S. R./Tsai R./Scotti M. J. (2003): A National Survey of Residents' Self-Reported Work Hours: Thinking Beyond Specialty, in: Academic Medicine, Vol. 78, No.11, November 2003, pp. 1154-1163.*
- Baldwin P. J./Newton R. W./Buckley G./Roberts M. A./Dodd M. (1997): Senior House Officers in Medicine: Postal Survey of Training and Work Experience, in: The British Medical Journal, Vol. 34, pp. 740-743.*

- Barling J./Kelloway E./Iverson R.* (2003): High-Quality Work, Job Satisfaction, and Occupational Injuries, in: *Journal of Applied Psychology*, 88, 2, S. 276-284.
- Baron R. M./ Kenny D. A.* (1986): The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp. 1173-1182.
- Bartels F.* (2000): Ein alltagstaugliches Modell. Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung der Arbeitszeitgesetzgebung im ärztlichen Dienst, in: *krankenhaus-umschau*, 11/2000, S. 990-995.
- Basse H./Linke M.* (1997): Mehr Kundenorientierung und Arbeitszufriedenheit, in: *Personalwirtschaft*, 24. Jg., Sonderheft 10, 1997, S. 22-25.
- Bateman T. S./Organ D. W.* (1983): Job satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee "citizenship", in: *Academy of Management Journal*, 26, pp. 587-595.
- Bates A. S./Harris L. E./Tierney W. M./Wolinsky F. D.* (1998): Dimensions and Correlates of Physician Work Satisfaction in a Midwestern City, in: *Medical Care*, Vol. 36, No. 4, pp. 610-617.
- Bauer E.* (1994): Analyse von externen und internen Kundenerwartungen, in: *Mehdorn H./Töpfer A.* (Hrsg.): *TQM-Konzepte in der Unternehmenspraxis*, Luchterhand Verlag, Neuwied, Kriftel, Berlin, S. 109-136.
- Bauer F.* (2000): Probleme der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus, in: *Arbeit*, Heft 3, Jg.9 (2000), S. 191-203.
- Bauer H. H./Huber F./Betz J.* (1998): Erfolgsgrößen im Automobilhandel. Ergebnisse einer kausalanalytischen Studie, *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 68. Jg. (1998), H. 9, S. 979-1008.
- Baxter B./Tafée A./Hughes J.* (1953): A Training Evaluation Study, in: *Personal Psychology*, 6, pp. 403-417.
- Becker J.* (1999): *Marktorientierte Unternehmensführung. Messung- Determinanten- Erfolgsauswirkungen*, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Becker J.* (2006): *Marketing-Konzeption: Grundlagen des ziel-strategischen und operativen Marketing-Managements*, 8. überarb. und erw. Aufl., München 2006.
- Behrman D./Biogness W./Perreault W.* (1981): Sources of Job Related Ambiguity and their Consequences upon Salespersons' Job Satisfaction and Performance, in: *Management Science*, 27, 11 (November), pp. 1246-1260.
- Behrman D./Perreault W.* (1982): Measuring the Performance of Industrial Salespersons, in: *Journal of Business Research*, Vol. 10, No. 3, pp. 355-370.

- Behrman D./Perreault W.* (1984): Role Stress Model of the Performance and Satisfaction of Industrial Salespersons, in: *Journal of Marketing*, Vol. 48, 1984, pp. 9-21.
- Bendak S.* (2003): 12-h workdays: current knowledge and future directions, in: *Work & Stress*, October-December 2003, Vol. 17, No. 4, pp. 321-336.
- Berekoven L./Eckert W./Ellenrieder P.* (2006): *Marktforschung – Methodische Grundlagen und praktische Anwendung*, 11. überarb. Aufl., Wiesbaden 2006.
- Bernhanu S./Henke K.-D./Mackenthum B.* (2004): Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung freigemeinnütziger Krankenhäuser, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 27, 2004, Heft 3, S. 223-237.
- Bernhardt K./Donthu N./Kennet P.* (2000): A Longitudinal Analysis of Satisfaction and Profitability, in: *Journal of Business Research*, Vol. 47, No. 2, S. 161- 171.
- Berry L. L.* (1984): The Employee as Customer, in: *Lovelock C. H.* (Hrsg.): *Service Marketing*, Englewood Cliffs, S. 271-278.
- Berry L. L./Parasuraman A.* (1999): Dienstleistungsmarketing fängt beim Mitarbeiter an, in: *Bruhn M.* (Hrsg.): *Internes Marketing. Integration der Kunden- und Mitarbeiterorientierung. Grundlagen – Implementierung - Praxisbeispiele*, 2. Auflage, Wiesbaden 1999, S. 69-92.
- Berthel J.* (2007): *Personalmanagement: Grundzüge Personalarbeit*, 8. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart 2000.
- Bertram D. A./Hershey C. O./Opila D. A./Quirin O.* (1990): A Measure of Physician Mental Work Load in Internal Medicine Ambulatory Care Clinics, in: *Medical Care*, Vol. 28, No. 5, pp. 458-467.
- Beske F.* (2001): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur-Leistung-Weiterentwicklung*, 3. völlig neu bearb. und erw. Aufl., Nachdruck Dt. Ärzte-Verl., Köln.
- Bettencourt L./Brown S.* (1997): Contact Employees: Relationship Among Workplace Fairness, Job Satisfaction and Prosocial Service Behaviors, in: *Journal of Retailing*, 73, 1, pp. 39-61.
- Beyer-Rehfeld A.* (2003): Das schwere Führen in diesen Zeiten. Die wichtigste Ressourceverunsichert, gestresst, auf dem Sprung, in: *krankenhaus-umschau*, 8/2003, S.682-683.
- Bharadwaj S. G./Varadarajan P. R./Fahy J.* (1993): Sustainable Competitive Advantage in Service Industries: A Conceptual Model and Research Propositions, in: *Journal of Marketing*, Vol. 57, 1993, pp. 83-99.
- Blodgett J./Hill D./Tax S.* (1997): The Effects of Distributive, Procedural, and Interactional Justice on Postcomplaint Behavior, in: *Journal of Retailing*, 73, 2, pp. 185-210.

- Blum K./Müller U./Offermanns M.* (2004): Neue Arbeitszeitorganisation im Krankenhaus, in: das Krankenhaus, 4/2004, S. 261-265.
- Blum K./Müller U./Offermanns M.* (2006): Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. – Abschlussbericht-, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf.
- Blumenberg D.* (2003): Ärztemangel in Niedersachsen-Umfrage des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Landesverband Niedersachsen, in: Arzt und Krankenhaus, 3, S. 90-91.
- Boemke S./München F.* (2006): Verlängerung der Arbeitszeiten durch Betriebs-/ Dienstvereinbarungen, in: das Krankenhaus, 6/2006, S. 488-495.
- Bössmann E.* (2000): Informationsökonomie, in: *Woll A.* (Hrsg.): Wirtschaftslexikon, 9. Auflage, München.
- Bollschweiler E.* (1999): Einfluß des Arbeitszeitmodells auf die Qualität der Patientenversorgung: Univariate Ergebnisse einer prospektiven Multicenter-Studie auf der Intensivstation, in: *Backes-Gellner U./Hölscher A.* (Hrsg.): Schichtmodelle für das Krankenhaus. Arbeitszeitregelungen und ärztliche Effektivität auf chirurgischen Intensivstationen, kuz-Sonderheft, 10/1999, S. 27-42.
- Borges P./Schmidt R.* (2002): Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus, in: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 54. Jg. (2002), S. 101-117.
- Bowell W./Boudreau J./Tichy J.* (2005): The Relationship Between Employee Job Change and Job Satisfaction: The Honeymoon-Hangover Effect, in: Journal of Applied Psychology, 90, 5, pp. 882-892.
- Bowen D./Schneider B.* (1985): Boundary Spanning Role Employees and the Service Encounter: Some Guidelines for Management and Research, in: *Czepiel J./Solomon M./Surprenant C.* (Hrsg.): The Service Encounter: Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses, Lexington/MA.
- Bower G./Hildgard E.* (1984): Theories of Learning, 3. Auflage, Englewood Cliffs.
- Bowling N./Beehr T./Wagner S./Libkuman T.* (2005): Adaption-Level Theory, Opponent Process Theory, and Dispositions: An Integrated Approach to the Stability of Job Satisfaction, in: Journal of Applied Psychology, 90, 6, pp. 1044-1053.
- Bracht A./Drückler S./Gottschalk P./Hoffmann U./Höfer U./Naujoks R./Rommelfanger A.M./Schick K./Schuster L.* (2003): Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik. Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern. Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes, 2003, Hamburg.
- Brashear T./Boles J./Bellenger D./Brooks C.* (2003): An Empirical Test of Trust-Building Processes and Outcomes in Sales Manager-Salesperson Relationships, in: Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 31, No. 2, pp. 189-200.
- Brosius F.* (2006): SPSS 14, mitp-Verlag, Bonn.

- Brown K./Mitchell T.* (1993): Organizational Obstacles: Links with Financial Performance, Customer-Satisfaction, and Job Satisfaction in a Service Environment, in: *Human Relations*, 46, 6, pp. 725-757.
- Brown S./Peterson R.* (1993): Antecedents and Consequences of salesperson Job satisfaction: Meta-Analysis and Assessment of Causal Effects, in: *Journal of Marketing Research*, 30 (February), pp. 63-77.
- Brown S./Peterson R.* (1994): The Effect of Effort on Sales Performance and Job Satisfaction, in: *Journal of Marketing*, Vol. 58, 1994, pp. 70-80.
- Brown W. A.* (2005): Exploring the Association Between Board and Organizational Performance in Nonprofit Organizations, in: *Nonprofit Management & Leadership*, Vol. 15, Issue 3, pp. 317-339.
- Bruggemann A.* (1974): Zur Unterscheidung verschiedener Formen von "Arbeitszufriedenheit", in: *Arbeit und Leistung*, 28, 11, S. 281-284.
- Bruggemann A.* (1976): Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 30, 3, S. 71-74.
- Bruggemann A./Groskurth P.* (1977): Probleme der Arbeitszufriedenheit, Übersichtsreferat des Rationalisierungs-Kuratoriums der Deutschen Wirtschaft e. V., Frankfurt/Main.
- Bruggemann A./Groskurth P./Ulich E.* (1975): *Arbeitszufriedenheit*, Bern.
- Bruhn M.* (1995): Internes Marketing als Baustein der Kundenorientierung, in: *Die Unternehmung*, 49. Jg. (1995), Heft 6, S.381-402.
- Bruhn M.* (1998): Stolpersteine auf dem Weg zum zufriedenen Kunden: Kundenzufriedenheit und interne Strukturen, *Gablers Magazin*, 32. Jg., Nr. 4, S. 26-28.
- Bruhn M.* (1999): Internes Marketing als Forschungsgebiet der Marketingwissenschaft, in: *Bruhn M.* (Hrsg.): *Internes Marketing: Integration der Kunden- und Mitarbeiterorientierung; Grundlagen-Implementierung-Praxisbeispiele*, 2. Auflage, Wiesbaden, 1999, S.15-44.
- Bruhn M./Grund M.* (2000): Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung, in: *Herrmann A./Homburg C.* (Hrsg.): *Marktforschung. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele*, 2. aktualisierte Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Bühner R.* (1977): Messung des Erfolgs von Organisationen unter Berücksichtigung situativer Einflussfaktoren, in: *Management International Review*, Vol. 17, No. 3, 1977, pp. 51-59.
- Büssing A.* (1991): Struktur und Dynamik von Arbeitszufriedenheit: Konzeptuelle und methodische Überlegungen zu einer Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit, in: *Fischer L.* (Hrsg.): *Arbeitszufriedenheit*, Stuttgart.

- Büssing A./Bissels T./Fuchs V./Perrar K. (1999): A Dynamic Model of Work Satisfaction: Qualitative Approaches, in: Human Relations, 52, 8, pp. 999-1028.*
- Bullock R. (1953): Position, Function and Job Satisfaction in the Social System of a Modern Hospital, Nursing Research, 2, pp. 1-12.*
- Bungard W./Wiendieck G. (1986): Zur Effizienz von Qualitätszirkeln, in: Bungard W./Wiendieck G. (Hrsg.): Qualitätszirkel als Instrument zeitgemäßer Betriebsführung, Landsberg/Lech, 1986, S. 281-305.*
- Burke Jarvis C./Mackenzie S. B./Podsakoff P. M. (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research, in: Journal of Consumer Research, Vol. 30, September 2003, pp. 199-218.*
- Burns W. (1993): Covariance Structure Modeling: Their Treatment in Simulation Studies and the Marketing Literature, Vortrag Marketing Science Conference, St. Louis.*
- Buschmann R./Ulber J. (2007): Arbeitszeitgesetz: Basiskommentar, 5. Auflage, Bund-Verlag GmbH, Frankfurt am Main.*
- Buzzell R. D./Gale B. T. (1989): Das PIMS-Programm, Strategien und Unternehmenserfolg, Gabler-Verlag, Wiesbaden.*
- Carmines E. G./Zeller R. A. (1991): Reliability and Validity Assessment, 15 ed., Newbury Park 1991.*
- Carrol D. T. (1983): Boards that Make a Difference: A New Design for Leadership in Non-profit and Public Organizations, 2. Aufl., San Francisco.*
- Christen M./Iyer G./Soberman D. (2006): Job satisfaction, Job Performance, and Effort: A Reexamination Using Agency Theory, in Journal of Marketing, Vol. 70, 2006, pp. 137-150.*
- Christophersen T./Grape C. (2007): Die Erfassung latenter Konstrukte mit Hilfe formativer und reflektiver Messmodelle, in: Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J. (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 103-118.*
- Churchill G. (1979): A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs, in: Journal of Marketing Research, 16 (February), pp. 64-73.*
- Churchill G./Ford N./Walker O. (1974): Measuring the Job Satisfaction of Industrial Salesmen, in: Journal of Marketing Research, 19, pp. 491-504.*
- Churchill G./Surprenant C. F. (1982): An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction, in: Journal of Marketing Research, 19, No. 4, pp. 491-504.*
- Clade H. (1998): Krankenhausärzte: Noch immer gilt die "Kuli-Ordnung", in: Deutsches Ärzteblatt, 95 (1998) 17, A-997.*

- Coase R.* (1937): The Nature of the Firm, in: *Economica*, Vol. 4, pp. 386-405.
- Compton F. F./George W. R./Gronroos C./Karvinen M.* (1987): Internal Marketing, in: *Czepiel J. A./Congram C. A./Shanahan J.* (Hrsg.): *The Service Challenge: Integration for Competitive Advantage*, American Marketing Association, Chicago 1987, pp. 7-12.
- Cortina J.* (1993): What is coefficient alpha? An examination of theory and applications, in: *Journal of Applied Psychology*, 78, 1, pp. 98-104.
- Côté S./Morgan L.* (2002): A Longitudinal Analysis of the Association Between Emotion Regulation, Job Satisfaction, and Intentions to Quit, in: *Journal of Organizational Behavior*, 23, 8, pp. 947-963.
- Cox III E.P.* (1980): The Optimal Number of Response Alternatives for a Scale: A Review, in: *Journal of Marketing Research*, 17 (November), 1980, pp. 407-422.
- Cronbach L.* (1951): Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests, in: *Psychometrika*, Vol. 16, pp. 297-334.
- Crossman A./Abou-Zaki B.* (2003): Job Satisfaction and Employee Performance of Lebanese Banking Staff, in: *Journal of Managerial Psychology*, 18, 4, pp. 368-377.
- Cruse N.* (2004): Ärzte überlastet und unzufrieden, in: *krankenhaus-umschau*, 12/2004, S. 1048-1051.
- Cydulka R. K./Emerman C. L./Shade B. S./Kubincanek J.* (1994): Stress Levels in EMS Personnel: A Longitudinal Study with Workschedule Modification, in: *Academic Emergency Medicine*, May/ June 1994, Vol. 1, No. 3, pp. 240-246.
- Daniel J.* (1989): Some psychophysiological and sociopsychological aspects of 12-hour shift work, in: *Ergonomia*, 12, pp. 131-135.
- Darby M./Karni E.* (1973): Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, in: *Journal of Law and Economics*, 16, pp. 67-88.
- Davidson H./Folcarelli P. H./Crawford S./Duprat L. J./Clifford J. C.* (1997): The Effects of Health Care Reforms on Job Satisfaction and Voluntary Turnover Among Hospital-Based Nurses, in: *Medical Care*, Vol. 35, No. 6, pp. 634-645.
- Deckard G./Meterko M./Field D.* (1994): Physician Burnout: An Examination of Personal, Professional, and Organizational Relationships, in: *Medical Care*, Vol. 32, No. 2, pp. 745-754.
- De Meo F./Schuster A.* (2002): Als Arbeitgeber attraktiver werden. Maßnahmen und erste Erfahrungen in der Helios Kliniken Gruppe, in: *krankenhaus-umschau*, 11/2002, S. 994-997.
- Diamantopoulos A./Winklhofer H. M.* (2001): Index Construction with Formative Indicators: An Alternative to Scale Development, in: *Journal of Marketing Research*, 38, pp. 269-277.

- Dietrich M.* (2005): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erfolg von Krankenhäusern. Analyse der Relevanz marktorientierter Ansätze im Krankenhausmanagement, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden 2005.
- Dietrich M./Gropp O.* (2005): Qualitätsinformationen von Krankenhäusern. Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 28, H. 3, 2005, S. 211-233.
- Diller H.* (2006): Probleme der Handhabung von Strukturgleichungsmodellen in der betriebswirtschaftlichen Forschung, in: Die Betriebswirtschaft, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 611-617.
- Diller H./Lücking J.* (1993): Die Resonanz der Erfolgsfaktorenforschung beim Management von Großunternehmen, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 63. Jg. (2003), H. 12, 1993, S. 1229-1249.
- DKG* (2003): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung.
- DKG* (2006): Umsetzungsstand des Arbeitszeitgesetzes.
- Doll R./Gunderson E.* (1969): Occupational Group as a Moderator of the Job Satisfaction-Job Performance Relationship, in: Journal of Applied Psychology, 53, pp. 359-361.
- Dubinsky A./Hartley S.* (1986): A Path-Analytic Study of a Model of Salesperson Performance, in: Academy of Marketing Science, Vol. 14, No. 1, pp. 36-46.
- Dwyer F. R./Schurr P. H./Oh S.* (1987): Developing Buyer-Seller Relationships, in: Journal of Marketing, Vol. 51, 1987, pp. 11-27.
- Eberl M.* (2006): Formative und reflektive Konstrukte und die Wahl des Strukturgleichungsverfahrens, in: Die Betriebswirtschaft, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 651-668.
- Eggert A./Fassott G.* (2003): Zur Verwendung formativer und reflektiver Indikatoren in Strukturgleichungsmodellen: Ergebnisse einer Metaanalyse und Anwendungsempfehlungen, Kaiserslauterer Schriftenreihe Marketing Nr. 20.
- Ehrlich C./Lange Y.* (2006): Zufrieden statt motiviert, in: Personalmanagement, Heft 4/2006, S. 24-28.
- Eichhorn S.* (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Eiff v. W.* (2000): Personalmanagement in deutschen Krankenhäusern. Führungsdefizite behindern Organisation und Mitarbeiterengagement, in: das Krankenhaus, 9/2000, S. 708-712.
- Eiff v. W.* (2003): Der Kampf ums Personal hat begonnen. Personalmanagement wird zum Erfolgsfaktor im Krankenhaus, in: krankenhaushausumschau, 8/2003, S. 684-686.

- Eisenhofer J./Reif M.* (2002): Personal-Erfolgsfaktor Nummer 1. Konzepte zur Personalauswahl und -entwicklung in einer Klinikgruppe, in: *krankenhaus-umschau*, 9/2002, S. 700-702.
- Elfes K./Schaaf-Engels S./Wagner W./Paschke F.* (1994): Was erwarten Patienten, Mitarbeiter und Öffentlichkeit vom Krankenhaus. Entwicklung eines Qualitätssicherungs-Konzeptes im St.-Josefs-Hospital Uerdingen/Krefeld, in: *krankenhaus-umschau*, 5/94, S.331-332.
- Engelhardt W./Kleinaltenkamp M./Reckenfelderbäumer M.* (1993): Leistungsbündel als Absatzobjekte: Ein Ansatz zur Überwindung der Dichotomie von Sach- und Dienstleistungen, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 45, 5, S. 395-426.
- Engelke H.* (2002): Gesetzliche Rahmenbedingungen und Budgetkalkulation, in: *Mohr F./Kröger J.* (Hrsg.): *Praktiker-Handbuch Krankenhaus. Praktische Anleitung zur Handhabung des DRG-Systems und Umsetzung der Gesundheitsreform*, 1. Aufl., 4. Ergänzung Mai 2003, Kulmbach.
- Ernst C.* (2004): Zufallsauswahl, reine, in: *Tscheulin D. K./Helmig B.* (Hrsg.): *Gabler Lexikon Marktforschung*, Wiesbaden 2004.
- Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union* (2003): Amtsblatt der Europäischen Union. Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, 18.11.2003, LE299/9.
- Evans K./Schlacter J./Schultz R./Gremier D./Pass M./Wolfe W.* (2002): Salesperson and Sales Manager Perceptions of Salesperson Job Characteristics and Job Outcomes: A Perceptual Congruence Approach, in: *Journal of Marketing Theory & Practice*, 10, Fall, pp. 30-44.
- Fairbrother K./Warn J.* (2003): Workplace Dimensions, Stress and Job Satisfaction, in: *Journal of Managerial Psychology*, 18, 1, pp. 8-22.
- Farris P. W./Moore M. J.* (2004): *Profit Impact Marketing Strategy: Retrospect and Prospect*, Cambridge.
- Fassott G.* (2006): Operationalisierung latenter Variablen in Strukturgleichungsmodellen: Eine Standortbestimmung, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 58, 2, S. 67-88.
- Festinger L.* (1957): *Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston.
- Festinger L.* (1978): Theorie der kognitiven Dissonanz, in: *Irle M./Möntmann V.* (Hrsg.): *Theorie der kognitiven Dissonanz*, Berlin.
- Fetter R. B.* (1991): Diagnosis Related Groups – Understanding Hospital Performance, in: *Interfaces*, 21 Jg. (1991), S. 6-26.
- Finklenburg J.* (2006): Der neue Tarifvertrag TVöD: Mehr Flexibilität und Produktivität. Die Prozessabläufe müssen den Arbeitszeitmodellen angepasst werden, in: *f&w*, 1/2006, 23. Jahrg., S. 29-33.

- Fischer L.* (1989): Strukturen der Arbeitszufriedenheit. Zur Analyse individueller Bezugssysteme, Göttingen.
- Fischer L.* (1991): Arbeitszufriedenheit, Verlag für Angewandte Psychologie, Stuttgart.
- Fischer L.* (2006): Arbeitszufriedenheit: Konzept und empirische Befunde, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl., Hogrefe Verlag, Göttingen u. a.
- Fischer L./Eufinger A.* (1991): Zur Differenzierung von Formen der Arbeitszufriedenheit mit unterschiedlichen Messverfahren, in: *Fischer L.* (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit, Stuttgart.
- Fischer L./Lück H.* (1972): Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit, in: Psychologie und Praxis, 16, S. 64-73.
- Fließ S.* (2004): Qualitätsmanagement bei Vertrauensgütern, in: Marketing ZFP, 26. Jg., Spezialausgabe „Dienstleistungsmarketing“, S. 33-44.
- Flintrop J.* (2002): Ärztliche Arbeitskraft im Krankenhaus: Ein zunehmend knappes Gut, in: Deutsches Ärzteblatt, 99, A 1411.
- Flöttmann C./Schmidt M.* (2003): Finanzkrise der Krankenhäuser spitzt sich zu, in: das Krankenhaus, 12/2003, S. 983-985.
- Fornell C./Cha, J.* (1994): Partial Least Squares, in: *Bagozzi, R.* (Hrsg.): Advanced Methods of Marketing Research, pp. 52-78, Cambridge.
- Franke N.* (2000): Marketingwissenschaft: Eine empirische Positionsbestimmung, in: *Backhaus K./Mühlfeld K.H.* (Hrsg.): Deutschsprachige Marketingforschung-Bestandsaufnahme und Perspektiven, Stuttgart 2000, S. 409-439.
- Frese E.* (1985): Exzellente Unternehmungen – Konfuse Theorien. Kritisches zur Studie von Peters und Waterman, in: Betriebswirtschaft, 45. Jg., H. 5, S. 604-606.
- Frese E./Heberer M./Hurlebaus T./Lehmann P.* (2004): „Diagnosis Related Groups“ (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 56, S. 369-381.
- Freund F./Knoblauch R./Eisele D.* (2003): Praxisorientierte Personalwirtschaftslehre, 6. neu bearb. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart u. a.
- Fritz W.* (1990): Marketing- ein Schlüsselfaktor des Unternehmenserfolges?, in: Marketing ZFP, 12. Jg., H. 2, 1990, S. 91-110.
- Fritz W.* (1992): Marketing-Management und Unternehmenserfolg. Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Stuttgart.
- Fritz W.* (1993): Marktorientierte Unternehmensführung und Unternehmenserfolg, in: Marketing ZFP, 15. Jg., S. 237-246.

- Fritz W.* (1995): Marketing-Management und Unternehmenserfolg. Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, 2. überarb. und erw. Aufl., Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Fritz W.* (1997): Produktqualität, Marktanteil und Unternehmenserfolg, in: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, H. 4, 1997, S. 455-469.
- Fröhlich E.* (1999): Flexibilisieren: Zeiten und Entgelte. Richtungswechsel in den Tarifsystemen, in: krankenhaus-umschau, 11/1999, S. 879-882.
- Furubotn E./Richter R.* (1991): The New Institutional Economics, Tübingen.
- Gaba D. M./Howard S. K.* (2002): Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 347, No. 16, October, 17, 2002, pp. 1249-1255.
- Gannon M./Hendrickson D.* (1973): Career Orientation and Job Satisfaction Among Working Wives, in: Journal of Applied Psychology, 57, pp. 339-340.
- Gardini M. A./Vogel S.* (2004): Einflussfaktoren von Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung in Professional Service Firms-eine empirische Untersuchung am Beispiel von IT-Professionals der IBM Schweiz, in: *Gardini M. A./Dahlhoff H. D.* (Hrsg.): Management internationaler Dienstleistungen: Kontext, Konzepte, Erfahrungen, 1. Aufl., Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 393-414.
- Garg R./Chan K.* (1997): Service Orientation and Small Business Marketing, in: Journal of Professional Services Marketing, 15, 2, pp. 131-143.
- Garrido M./Pérez P./Antón C.* (2005): Determinants of Sales Manager Job Satisfaction: An Analysis of Spanish Industrial Firms, in: International Journal of Human Resource Management, 16, 10, pp. 1934-1954.
- Gaugler E./Martin A.* (1979): Fluktuation und krankheitsbedingte Fehlzeiten als Indikatoren für Arbeitszufriedenheit, in: *Wunderer R.* (Hrsg.): Humane Personal- und Organisationsentwicklung, Berlin.
- Gawellek U.* (1987): Erkenntnisstand, Probleme und praktischer Nutzen der Arbeitszufriedenheitsforschung, Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris.
- Gebert D.* (1983): Arbeitszufriedenheit messen: So weiterwursteln wie bisher?, in: Organisationsentwicklung, 4, 2, S. 35-46.
- Gellermann S. W.* (1973): Motivation und Leistung, 3. Aufl., Düsseldorf.
- Genzel H./Siess M. A.* (1999): Ärztliche Leistungs- und Organisationsstrukturen im modernen Krankenhaus. Zu den zukünftigen Herausforderungen für das ärztliche Krankenhausmanagement aus medizinischer, rechtlicher und ökonomischer Sicht, in: Medizinrecht 1999, H. 1, S. 1-12.
- Glomb T. M./Rotundo M./Kammeyer-Mueller J. D.* (2004): Emotional Labor Demands and Compensating Wage Differentials, in: Journal of Applied Psychology, 89, 4, pp. 700-714.

- Göthlich S. E.* (2007): Zum Umgang mit fehlenden Daten in großzahligen empirischen Untersuchungen, in: *Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J.* (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung, 2. Auflage, Gabler-Verlag Wiesbaden, S. 119-134.
- Göttgens O.* (1996): Erfolgsfaktoren in stagnierenden und schrumpfenden Märkten: Instrumente einer erfolgreichen Unternehmenspolitik, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Gonzales J./Garazo T.* (2006): Structural Relationships Between Organizational Service Orientation, Contact Employee Job satisfaction and Citizenship Behavior, in: *International Journal of Service Industry Management*, 17, 1, pp. 23-50.
- Good L./Sisler G./Gentry J.* (1988): Antecedents of Turnover Intentions Among Retail Management Personnel, in: *Journal of Retailing*, 64 (fall), pp. 295-314.
- Goris J./Pettit J./Vaught B.* (2002): Organizational Communication: Is it a Moderator of the Relationship Between Job Congruence and Job Performance/Satisfaction?, in: *International Journal of Management*, 19, 4, pp. 664-673.
- Graf A.* (2007): Erfolg von Wirtschaftsverbänden. Am Beispiel der Schweiz, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Graf A./Helmig B.* (2003): Die optimale Gestaltung einer Krankenhaus-Homepage aus der Sicht niedergelassener Ärzte, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 26, H. 2, S. 160-175.
- Grandey A. A.* (2000): Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor, in: *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, pp. 95-100.
- Greenberg J./Cohen R.* (1982): *Equity and Justice in Social Behavior*, New York.
- Gronroos C.* (1980): Designing a Long Range Marketing Strategy for Services, in: *Long Range Planning*, 13, 2, pp. 36-42.
- Groskurth P.* (1974): Arbeitszufriedenheit als normatives Problem, in: *Arbeit und Leistung*, 28, S. 285-288.
- Gruca T. S./Nath D.* (1994): The Impact of Marketing on Hospital Performance With Case-Mix-Adjusted Outputs, in: *Medical Care*, Vol. 31, No. 6, pp. 525-532.
- Grund M.* (1998): Interaktionsbeziehungen im Dienstleistungsmarketing. Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und Bindung von Kunden und Mitarbeitern, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Guion R. M.* (1992): Agenda for Research and Action, in: *Cranny C. J./Smith P. C./Stone E. F.* (Hrsg.): *Job satisfaction. How People Feel About Their Jobs and How It Affects Their Performance*, New York, pp. 257-281.

- Gurau C./Ranchhold A. (2002):* Measuring customer satisfaction: A platform for calculating, predicting and increasing customer Profitability, in: *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, Vol. 10, No. 3, pp. 203-219.
- Hackman J./Lawler E. (1971):* Employee Reaction to Job Characteristics, in : *Journal of Applied Psychology*, 55 (June), pp. 259-286.
- Haenecke H. (2002):* Methodenorientierte Systematisierung der Kritik an der Erfolgsfaktorenforschung, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 72. Jg. (2002), H. 2, S. 165-183.
- Hahn D./Hintze M. (1998):* Konzepte wertorientierter Unternehmensführung, in: *Handlbauer G./Matzler K./Sauerwein E./Stumpf M. (Hrsg.):* Perspektiven im strategischen Management, Berlin, New York, S. 59-92.
- Hahn F./Polei G. (2000):* Investitionsstau und knappe Fördermittel –was geschieht wenn die Länder nicht mehr zahlen, in: *das Krankenhaus*, H. 3/2000, S. 188-195.
- Hall S./Mesure D. (1993):* Implementing Internal Customer Satisfaction Measurement within a Market Research Agency, in: *The many faces of quality now and in the future: 46. ESOMAR Marketing Research Congress*, Davos 11.September-15., Amsterdam 1993, S. 297-309.
- Halstead D./Page T. J. (1992):* The Effects of satisfaction and Complaining Behavior on Consumer Repurchase Intentions, in: *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 5, pp. 1-11.
- Hammann, P./Erichson, B. (2005):* Marktforschung, 5. Aufl., Fischer Verlag, Stuttgart.
- Han S. L. (1992):* Antecedents of Buyer-Seller Long-Term Relationships: An Exploratory Model of Structural Bonding and Social Bonding, Working Paper, Institute for the Study of Business Markets, Pennsylvania State University, Pennsylvania.
- Hanna N./Wozniak R. (2001):* Consumer Behavior. An Applied Approach, New York.
- Hartline M. D./Ferrel O. (1996):* The Management of Customer-Contact Service Employees: An Empirical Investigation, in: *Journal of Marketing*, Vol. 60, 1996, pp. 52-70.
- Hartline M. D./Maxham III J. G./McKee D. O. (2000):* Corridors of Influence in the dissemination of Customer-Oriented Strategy to Customer Contact Service Employees, in: *Journal of Marketing*, Vol. 64, 2000, pp. 35-50.
- Hatfield E./Caccioppo J./Rapson R. (2003):* Emotional Contagion, Cambridge Univ. Pr. u. a., Cambridge.
- Haupt R./Holters U. (1991):* Job-Sharing in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, (1991), 9, S. 446-450.
- Hauschildt J. (2003):* Zum Stellenwert der empirischen betriebswirtschaftlichen Forschung, in: *Schwaiger M./Harhoff D. (Hrsg.):* Empirie und Betriebswirtschaft: Entwicklungen und Perspektiven, Stuttgart, S. 3-24.

- Hays R. D./White K.* (1987): Professional Satisfaction and Client Outcomes, in: *Medical Care*, March 1987, Vol. 25, No. 3, pp. 259-262
- Hebel J. R.* (1982): Assessment of hospital performance by use of death rates: A recent case history, in: *The Journal of American Medical Association*, Vol. 248, pp. 3131-3145.
- Heberle J.* (2002): Gemeinsam gegen den Ärztemangel und für bessere stationäre Arbeitsbedingungen der Mediziner, in: *das Krankenhaus*, 5/2002, S. 360-365.
- Heider F.* (1944): Social and Phenomenal Causality, in: *Psychological Review*, 51, pp. 358-374.
- Heider F.* (1958): *The Psychology of Interpersonal Relationships*, New York.
- Helmig B.* (1994): Outsourcing- Ein Mittel zur Ausschöpfung von kostensenkungspotentialen, in: *f&w*, 5/1994, 11. Jg., S. 380-386.
- Helmig B.* (1997a): Der transaktionskostentheoretische Ansatz zur Make-or-Buy-Entscheidungsfindung im Krankenhaus, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 20, H. 1, S. 1-17.
- Helmig B.* (1997b): Patientenzufriedenheit messen und managen. Ein Leitfaden für das Tageschäft, in: *f&w*, 2/1997, 14. Jg., S. 112-120.
- Helmig B.* (1998): Patientenzufriedenheit im Krankenhaus-Meßergebnisse sinnvoll auswerten und umsetzen, in: *Hindringer B./Rothballer W./Thomann H. J.* (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*, 9. Ergänzungslieferung, Oktober, Band 3, Artikel, 16110, Verlag TÜV Rheinland, Loseblattsammlung, Köln, S. 1-23.
- Helmig B.* (2001): Performance-Messung und internes Benchmarking in Krankenhauskonzernen mittels Data Envelopment Analysis (DEA), in: *das Krankenhaus*, 6/2001, S. 489-496.
- Helmig B.* (2003): Indirekte Kundenbeziehungen im Dienstleistungsbereich – dargestellt am Beispiel von Patienteneltern-Krankenhausbeziehungen, in: *Die Unternehmung*, 57. Jg., H. 1, S. 63-84.
- Helmig B.* (2004a): Wird das Potenzial von Marketing im NPO-Management unterschätzt?, in: *Witt D./Purtschert R./Schauer R.* (Hrsg.): *Funktionen und Leistungen von Nonprofit-Organisationen*, 6. Internationales Colloquium der NPO-Forscher Technische Universität München, 25. und 26. März 2004, Wiesbaden, S. 59-86.
- Helmig B.* (2004b): NPO-Management, in: *Gabler-Wirtschaftslexikon*, 16. vollst. überarb. und akt. Aufl., Wiesbaden, S. 2186-2188.
- Helmig B.* (2005): *Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern*, Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin.
- Helmig B./Dietrich M.* (2001): Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen, in: *Die Betriebswirtschaft*, 61. Jg. (2001), H. 3, S. 319-334.

- Helmig B./Graf A.* (2003): Messung und Management von Images in NPO, in: VM – Verbandsmanagement, 29. Jg., H. 2, S. 36-41.
- Helmig B./Graf A.* (2006a): Die Bedeutung des Kundenmanagements im Krankenhaussektor, in: *Busse R./Gericke C./Schreyögg J.* (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Berlin, S. 163-176.
- Helmig B./Graf A.* (2006b): Erfolgsfaktoren von Verbänden - dargestellt am Beispiel schweizerischer Wirtschaftsverbände, in: *Schmidt-Trenz H.-J./Stober R.* (Hrsg.): Jahrbuch für Recht und Ökonomik des Dritten Sektors 2005/2006 (RÖDS) – der Dritte Sektor im 21. Jahrhundert – Auslauf- oder Zukunftsmodell?, Baden-Baden, S. 241-270.
- Helmig B./Jegers M./Lapsley I.* (2004): Challenges in Managing Non-Profit Organisations: A Research Overview, in: *Voluntas – International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 15, Issue 2, pp. 101-116.
- Helmig B./Jegers M./Lapsley I./Hyndman N.* (2006): On the Challenges of Managing the Third Sector, *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Beiheft 34.
- Helmig B./Lapsley I.* (2001): On the efficiency of public, welfare and private hospitals in Germany over time: a sectoral data envelopment analysis study, in: *Health Services Management Research*, Vol. 14, pp. 263-274.
- Helmig B./Michalski S.* (2007): Wie viel Markt braucht eine Nonprofit-Organisation?, in: *Die Unternehmung*, 61. Jg. (2007), Nr. 4, S. 309-324.
- Helmig B./Michel M.* (2000): Determinanten der Wahl hochwertiger Seniorenwohnanlagen-Eine empirische Untersuchung, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 23, H. 1, 2000, S. 34-46.
- Helmig B./Purtschert R.* (2006): Nonprofit-Management, 2. Auflage, Wiesbaden.
- Helmig B./Purtschert R./Beccarelli C.* (2006a): Erfolgsfaktoren im Nonprofit-Management, in: *Helmig B./Purtschert R.* (Hrsg.): Nonprofit-Management, 2. akt. und erw. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 351-359.
- Helmig B./Purtschert R./Beccarelli C.* (2006b): Nonprofit but Management, in: *Helmig B./Purtschert R.* (Hrsg.): Nonprofit-Management, 2. akt. und erw. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 1-20.
- Helmig B./Purtschert R./Schauer R./Witt D.* (2007): Nonprofit-Organisationen und Märkte, Wiesbaden.
- Helmig B./Tscheulin D. K.* (1998): Krankenhausmanagement in der deutschsprachigen betriebswirtschaftlichen Forschung im internationalen Vergleich, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 68. Jg. (1998), H. 1, S. 83-110.
- Herder-Dorneich P.* (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesen, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden, 1994.

- Herrington G./Lomax W. (1999): Do Satisfied Employees Make Customer Satisfied? An Investigation into the Relationship Between Service Employee Job Satisfaction and Customer Perceived Service Quality. Paper presented on the EMAC, Berlin.*
- Herrmann A./Homburg C. (2000): Marketingforschung: Ziele, Vorgehensweise und Methoden, in: Herrmann A./Homburg C. (Hrsg.): Marktforschung: Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, 2. Auflage, Wiesbaden 2000, S. 13-32.*
- Herrmann A./Huber F./Kressmann F. (2006): Varianz- und kovarianzbasierte Strukturgleichungsmodelle-Ein Leitfaden zu deren Spezifikation, Schätzung und Beurteilung, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 58, 2, S. 34-66.*
- Herrmann L./Jelenski J./Fuchtmann G. (2006): 10 Erfolgsfaktoren für die Einführung rechtskonformer Bereitschaftsdienste. Projektmanagement am Beispiel des Caritas-Verbundprojektes CAT, in: das Krankenhaus, 5/2006, S. 373-377.*
- Heskett J. L./Jones T. O./Loveman G. W./Sasser W. E. Jr./Schlesinger L. A. (1994): Putting the Service-Profit Chain to Work, in: Harvard Business Review, March-April 1994, pp. 164-174.*
- Heskett J. L./Sasser W./Schlesinger L. (1997): The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value, New York.*
- Heywood J./Wei X. (2006): Performance Pay and Job satisfaction, in: Journal of Industrial Relations, 48, 4, pp. 523-540.*
- Hildebrandt L. (1986): Erfolgsfaktorenforschung im Handel, in: Trommsdorff V. (Hrsg.): Handelsforschung 1986, Band 1, S. 37-52.*
- Hildebrandt L. (2002): Die Erfolgsfaktorenforschung – Entwicklungsrichtlinien aus Sicht des Marketing, in: Reese M./Söllner A./Utzig P. (Hrsg.): Relationship Marketing, Berlin u. a., S. 201-223.*
- Hildebrandt L./Temme D. (2006): Probleme der Validierung mit Strukturgleichungsmodellen, in: Die Betriebswirtschaft, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 618-639.*
- Hilke W. (1989): Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-Marketing, in: Hilke W. (Hrsg.): Dienstleistungs-Marketing, Wiesbaden.*
- Hochschild A. R. (1983): The Managed Heart, Los Angeles.*
- Hochwarter W./Treadway D. (2003): The Interactive Effects of Negative and Positive Affect on the Politics Perceptions – Job Satisfaction Relationship, in: Journal of Management, 29, 4, pp. 551-567.*
- Hoffmann F. (1986): Kritische Erfolgsfaktoren – Erfahrungen in großen und mittelständischen Unternehmen, in: Forschung, 38, 10, S. 831-843.*
- Hoffmann K./Ingram T. (1992): Service Provider Job Satisfaction and Customer-Oriented Performance, in: Journal of Services Marketing, 6, 2 (Spring), pp. 68-78.*

- Holemann W.* (1988): Arbeitserwartungen und Arbeitszufriedenheit von Führungskräften, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 40, 1, S. 81-92.
- Holtz v. R.* (2001): Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit bei Mitarbeiter-Kunden-Kontakten, 2. Aufl., FGM-Verlag, München.
- Homburg C.* (1989): Exploratorische Ansätze der Kausalanalyse als Instrument der Marketingplanung, Lang Verlag, Frankfurt am Main u. a.
- Homburg C.* (2000): Kundennähe von Industriegüterunternehmen: Konzeption-Erfolgsauswirkungen-Determinanten, 3. akt. Aufl., Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Homburg C.* (2007): Betriebswirtschaftslehre als empirische Wissenschaft-Bestandsaufnahme und Empfehlungen, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Sonderheft 56, 2007, S. 27-60.
- Homburg C./Baumgartner H.* (1995): Die Kausalanalyse als Instrument der Marketingforschung. Eine Bestandsaufnahme, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 65. Jg. (1995), H. 10, S. 1091-1108.
- Homburg C./Becker A./Hentschel F.* (2005): Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, in: *Bruhn M./Homburg C.* (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, 5. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 93-123.
- Homburg C./Bruhn M.* (2005): Kundenbindungsmanagement- Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Problemstellungen, in: *Bruhn M./Homburg C.* (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 3-37.
- Homburg C./Garbe B.* (1999): Towards an Improved Understanding of Industrial Services: Quality Dimensions and Their Impact on Buyer-Seller Relationships, in: Journal of Business-to-Business Marketing, Vol. 6, No. 2, pp. 39-71.
- Homburg C./Giering A.* (1996): Konzeptualisierung und Operationalisierung komplexer Konstrukte. Ein Leitfaden für die Marketingforschung, in: Marketing ZFP, 18, 1, S. 5-24.
- Homburg C./Kebbel P.* (2001): Involvement als Determinante der Qualitätswahrnehmung von Dienstleistungen, in: Die Betriebswirtschaft, 61. Jg. (2001), H. 1, S. 42-59.
- Homburg C./Klarmann M.* (2006): Die Kausalanalyse in der empirischen betriebswirtschaftlichen Forschung-Problemfelder und Anwendungsempfehlungen, in: Die Betriebswirtschaft, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 727-748.
- Homburg C./Krohmer H.* (2006): Marketingmanagement. Strategie-Instrumente-Umsetzung-Unternehmensführung, 2. überarb. und erw. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Homburg C./Kühlborn S./Stock R.* (2005): Systemanbieterstrategien im Industriegütermarketing: Eine Untersuchung der Erfolgsfaktoren, in: Die Unternehmung, 59. Jg. (2005), Nr. 6, S. 385-405.

- Homburg C./Pfleßer C.* (2000): A Multiple –Layer Model of Market-Oriented Organizational Culture: Measurement Issues and Performance Outcomes, in: *Journal of Marketing Research*, 37 (November), pp. 449-462.
- Homburg C./Rudolph B.* (1998): Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, in: *Simon H./ Homburg C.* (Hrsg.): *Kundenzufriedenheit: Konzepte-Methoden-Erfahrungen*, 3. akt. und erw. Auflage, Wiesbaden, S. 33-35.
- Homburg C./Stock R.* (2000): Der kundenorientierte Mitarbeiter. Bewerten, Begeistern, Bewegen, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Homburg C./Stock R.* (2001a): Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit: Eine dyadische Analyse, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 71. Jg. (2000), H. 7, S. 789-806.
- Homburg C./Stock R.* (2001b): Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit: Bestandsaufnahme und Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens, in: *Die Unternehmung*: 55 Jg. (2001), Nr. 6, S. 377-400.
- Homburg C./Sieben F./Stock R.* (2004): Einflussgrößen des Kundenrückgewinnungserfolgs: Theoretische Betrachtung und empirische Befunde, in: *Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 26, 1, S. 25-41.
- Homburg C./Stock R.* (2004): The Link Between Salespeople's Job Satisfaction and Customer Satisfaction in a Business-to-Business Context: A Dyadic Analysis, in: *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 32, No. 2, pp. 144-158.
- Homburg C./Stock R.* (2005): Exploring the Conditions Under Which Salesperson Work Satisfaction Can Lead to Customer Satisfaction, in: *Psychology & Marketing*, 22, 5, pp. 393-420.
- Homburg C./Stock R.* (2006): Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, in: *Homburg C.* (Hrsg.): *Kundenzufriedenheit. Konzepte-Methoden-Erfahrungen*, 6. überarb. und erw. Aufl., Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 17-52.
- Hoppock R.* (1977): *Job satisfaction*, Reprint, Arno Press New York.
- Horowitz M./Oyons J./Perlmutter H.* (1951): Induction of Forces in Discussion Groups, in: *Human Relations*, 4, pp. 57-76.
- Howard D./Gengler C.* (2001): Emotional Contagion Effects of Product Attitudes, in: *Journal of Consumer Research*, 28 (September), pp. 189-201.
- Hoyer W. D./McInnis D. J.* (2007): *Consumer Behavior*, 4. Auflage, Houghton Mifflin, Boston.
- Huber J.-A.* (2005): *Co-Branding als Strategieoption der Markenpolitik. Kaufverhalten bei Co-Brand-Produkten und negative Rückwirkungseffekte auf die Muttermarken*, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden 2005.

- Hurley R.* (1998): Customer Service Behavior in Retail Settings: A Study of the Effect of Service Provider Personality, in: *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 3, No. 1, pp. 34-47.
- Husemann R./Hatfield J./Miles E.* (1987): A New Perspective on Equity Theory: The Equity Sensitivity Construct, in: *Academy of Management Review*, 12, pp. 222-234.
- Ittner C. D./Larcker D. F.* (1998): Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications, in *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 10, pp. 205-238.
- Ittner C. D./Larcker D. F.* (1999): Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications, in: *Journal of Accounting Research*, Vol. 10, p. 205-238.
- Ittner C. D./Larcker D. F.* (2003): Coming up Short on Nonfinancial Performance Measurement, in: *Harvard Business Review*, November 2003, pp. 88-95.
- Jacob H.* (1983): Das PIMS-Programm, in: *Das Wirtschaftsstudium*, 12, H. 6, S. 262-266.
- Jacobs R./Goddard M./Smith P.* (2005): How Robust Are Hospital Ranks Based on Composite Performance Measures?, in: *Medical Care*, Vol. 43, No. 12, pp. 1177-1184.
- Jacobson R.* (1988): Distinguishing Among Competition Theories of the Market Share Effect, in: *Journal of Marketing*, Vol. 52, 1988, S. 68-80.
- James L. R./Brett J. M.* (1984): Mediators, Moderators and Tests of Mediation, in: *Journal of Applied Psychology*, 69, pp. 307-321.
- Jarvis C. B./Mackenzie S. B./Podsakoff P. M.* (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research, in: *Journal of Consumer Research*, Vol. 30 (2003), No. 3, pp. 199-218.
- Jenner T.* (1999): *Determinanten des Unternehmenserfolges*, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1999.
- Jenner T.* (2000): Zur Messung des Unternehmenserfolges, in: *Das Wirtschaftsstudium*, 3/00, S. 326-331.
- Johnson B. W./Natarajan A./Rappaport A.* (1985): Shareholder Returns and Corporate Excellence, in: *The Journal of Business Strategy*, Vol. 6, Fall, pp. 633-642.
- Johnston M./Futrell C./Parasuraman A./Sager J.* (1988): Performance and Job Satisfaction Effects on Salesperson Turnover: A Replication and Extension, in: *Journal of Business Research*, 16 (March), pp. 67-83.
- Johnston M./Parasuraman A./Futrell C./Black W.* (1990): A Longitudinal Assessment of the Impact of Selected Organizational Influences on Salespeople's Organizational Commitment During Early Employment, in: *Journal of Marketing Research*, 27 (August), pp. 333-344.

- Jordon N.* (1953): Behavioral Forces that are a Function of Attitudes and a Cognitive Organization, in: Human Realtions, pp. 273-287.
- Jöreskog K./Sörbom D.* (1982): Recent Developments in Structural Equation Modeling, in: Journal of Marketing Research, 19 (November), pp. 404-416.
- Jöreskog K./Sörbom D.* (2001): LISREL 8: User's Reference Guide, 2. akt. Aufl., Scientific Software International Inc., Chicago.
- Judge T. A./Thoresen C. J./Bono J. E./Patton G. K.* (2001): The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review, in: Psychological Bulletin, 127, pp. 376-407.
- Jux L./Januschewski H.* (2000): Kundenbindung erhöhen, Image verbessern. Auf dem Weg vom Krankenhaus zum Gesundheitsdienstleister, in: krankenhaushaus-umschau, 7/2000, S. 580-582.
- Kaas K.* (1990): Marketing als Bewältigung von Informations- und Unsicherheitsproblemen im Markt, in: Die Betriebswirtschaft, 50 Jg. (1990), H. 4, S. 539-548.
- Kaas K./Busch A.* (1996): Inspektions-, Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften von Produkten. Theoretische Konzeption und empirische Validierung, in: Marketing-ZFP, 4, 4, S. 243-252.
- Kaiser R. H.* (2002): Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Kamakura W. A./Mittal V./de Rosa F./Mazzon J. A.* (2002): Assessing the Service-Profit Chain, in: Marketing Science, Vol. 21, Summer 2002, pp. 294-317.
- Kelly S.* (1990): Customer Orientation of Bank Employees and Culture, in: Journal of Bank Marketing, 8, 8, pp. 25-30.
- Kepper G.* (1996): Qualitative Marktforschung: Methoden, Einsatzmöglichkeiten und Beurteilungskriterien, 2. überarb. Aufl., Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Kilduff M./Krackhardt D.* (1994): Bringing the Individual Back: A Structural Analysis of the Internal Market for Reputation in Organizations, in: Academy of Management, 37, 1, pp. 87-108.
- Knaese B./Probst G.* (2001): Wissensorientiertes Management der Mitarbeiterfluktuation. Eine Methode zur Reduzierung personeller Wissensrisiken, in: Zeitschrift für Organisation, 70 Jg. (2001), Heft 1, S. 35-41.
- Knauth P.* (1997): Changing Schedules: Shiftwork, in: Chronobiology International, 14 (1997), pp. 159-171.

- Knox K. J./Blankmeyer E. C./Stutzman J. R.* (2001): Organizational Structure, Performance, Quality and Administrative Compensation in Texas Nursing Facilities, in: *Quarterly Journal of Business and Economics*, Vol. 40, No. 1, pp. 467-477.
- Köhler D.* (1991): Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflege-satzverhandlungen, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden.
- Kolb M.* (2002): Personalmanagement, 3. neubearb. Aufl., Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin.
- Koop B./Bungard W.* (2004): Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit im Krankenhaus, in: *Wirtschaftspsychologie*, Heft 4, 2004, S. 27-30.
- Kotler P./Bliemel F.* (1999): Marketing Management: Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Aufl., Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1999.
- Konrad T. R./Williams E. S./Linzer M./McMurray J./Pathman D. E./Gerrity M./Schwartz M. D./Scheckler W. E./Van Kirk J./Rhodes E./Douglas J.* (1999): Measuring Physician Job Satisfaction in a Changing Workplace and a Challenging Environment, in: *Medical Care*, Vol. 37, No. 11, pp. 1174-1182.
- Konradt U./Hertel G./Schmook R.* (2003): Quality of Management by Objectives, Task-Related Stressors as Predictors of Stress and Job satisfaction Among Teleworkers, in: *Journal of Work & Organizational Psychology*, 12, 1, pp. 61-80.
- Kopetsch T.* (2001): Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus ? -Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlen-Entwicklung, in: *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (Hrsg.), Köln 2001.
- Korunka C./Scharitzer D./Sonnek A.* (2003): Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit in öffentlichen Organisationen: Eine Längsschnittstudie bei der Einführung von New Public Management, in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 47, 4, S. 208-221.
- Koschate N.* (2002): Kundenzufriedenheit und Preisverhalten: Theoretische und empirische experimentelle Analysen, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Krafft M./Haase K./Siegel A.* (2003): Statistisch-ökonomische BWL-Forschung: Entwicklung, Status Quo und Perspektiven, in: *Schwaiger M./Harhoff D.* (Hrsg.): Empirie und Betriebswirtschaft: Entwicklungen und Perspektiven, Stuttgart, S. 83-104.
- Krause A./Dunckel H.* (2003): Arbeitsgestaltung und Kundenzufriedenheit: Auswirkungen der Einführung teilautonomer Gruppenarbeit auf die Kundenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsleistung, in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 47, 4, S. 182-193.
- Kravitz R. L./Linn L. S./Shapiro M. F.* (1990): Physician Satisfaction Under the Ontario Health Insurance Plan, in: *Medical Care*, Vol. 28, No. 6, pp. 502-512.
- Kreilkamp E.* (1987): Strategisches Management und Marketing: Markt und Wettbewerbsanalyse, strategische Frühaufklärung, Portfolio Management, de Gruyter Verlag, Berlin u. a.

- Kreis/Temme* (2005): Der PLS-Ansatz zur Schätzung von Strukturgleichungsmodellen mit latenten Variablen: ein Softwareüberblick, in: *Bieml F./Eggert A./Fassot G./Henseler J.* (Hrsg.): Handbuch PLS-Pfadmodellierung. Methoden: Anwendung-Praxisbeispiel, S. 193-210.
- Krings A.* (1999): Empirische Auswirkungen alternaiver Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Intensivmedizin: Ergebnisse einer multivariaten Analyse der Qualität der Patientenversorgung und einer Ärztebefragung, in: *Backes-Gellner U./Hölscher A.* (Hrsg.): Schichtmodelle für das Krankenhaus. Arbeitszeitregelungen und ärztliche Effektivität auf chirurgischen Intensivstationen, *krankenhaus-umschau Sonderheft*, 10/1999, S. 43-56.
- Krings A./Backes-Gellner U./Bollschweiler E./Hölscher A. H.* (1999): Alternative Arbeitszeitmodelle und die Qualität der Patientenversorgung- eine empirische Studie auf chirurgischen Intensivstationen, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Krankenhausmanagement* Ergänzungsheft, 5/99, S. 128-146.
- Kroeber-Riel W./Weinberg P.* (2003): Konsumentenverhalten, 8. akt. und erg. Auflage, Vahlen Verlag, München.
- Krulis-Randa J. S.* (1984): Reflexionen über die Unternehmenskultur, in: *Die Unternehmung*, 38. Jg., H. 4, S. 358-372.
- Kuhlmann J.-M.* (2003a): EuGH war gestern, morgen gilt das ArbZG. Die Änderungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) werden höchstwahrscheinlich Anfang 2004 in Kraft treten, in: *f&w*, 6/2003, 20. Jg., S. 552-554.
- Kuhlmann J.-M.* (2003b): Aufschub für alle? Mittelfristig zeichnet sich die Anwendung des EuGH-Urteils zur Arbeitszeit ab, in *f&w*, 2/2003, 20. Jg., S. 112-113.
- Kuß A./Diller H.* (2001): Kaufrisiko, in: *Diller H.* (Hrsg.): *Vahlens Großes Marketinglexikon*, 2. Auflage, München, S. 757-758.
- Kumar K./Subramanian R./Strandholm K.* (2002): Market and Efficiency-Based Strategic Responses to Environmental Change in the Health Care Industry, in: *Health Care Management Review*, 2002, Vol. 27 (3), pp. 21-31.
- Lammers J. C./Cretin S./Gilman S./Calingo E.* (1996): Total Quality Management in Hospitals, in: *Medical Care*, Vol. 34, pp. 463-478.
- Laine Ch./Goldmann L./Soukup J. R./Hayes J. G.* (1993): The Impact of a Regulation Restricting Medical House Staff Working Hours on the Quality of Patient Care, in: *The Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 374-378.
- Lattmann C.* (1992): Menschengerechte Arbeitsgestaltung, in: *Lattmann C./Staffelbach B.* (Hrsg.): *Die Personalfunktion im Spannungsfeld von Humanität und wirtschaftlicher Realität*, Physica-Verlag, Heidelberg.
- Law K./Wong C.-S.* (1999): Multidimensional Constructs in Structural Equation Analysis: An Illustration Using Job Perception and Job Satisfaction Constructs, in: *Journal of Management*, 25, pp. 143-160.

- Leung L./Becker C. E.* (1992): Sleep deprivation and house staff performance: update 1984-1991, in: *Journal of Occupational Medicine*, Vol. 34, pp. 1153-1160.
- Lind E./Taylor T.* (1988): *The Social Psychology of Procedural Justice*, New York.
- Lingenfelder M.* (1990): Die Marketingorientierung von Vertriebsleitern als strategischer Erfolgsfaktor – Eine theoretische Analyse und empirische Bestandsaufnahme in der Markenartikelindustrie, Duncker & Humblot Verlag, Berlin.
- Linn L. S./Brook R. H./Clark V. A./Davies A. R./Fink A./Kosecoff J.* (1985): Physician and Patient Satisfaction as Factors Related to the Organization of Internal Medicine Group Practices, in: *Medical Care*, Vol. 23, No. 10, pp. 1171-1178.
- Linn L. S./Yager J./Cope D. W./Leake B.* (1986): Factors Associated With Life Satisfaction Among Practicing Internists, in: *Medical Care*, Vol. 24, No. 9, pp. 830-837.
- Litschen K.* (2001): Die Zukunft des Bereitschaftsdienstes im öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesen. Das SIMAP-Urteil des EuGH-ein stumpfes Schwert, in: *Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht*, Heft 24/2001, S. 1355-1358.
- Livingstone L./Roberts J./Chonko L.* (1995): Perceptions of Internal and External Equity as Predictors of Outside Salespeople's Job satisfaction, in: *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 15, 2, pp. 33-46.
- Locke E.* (1969): What is Job Satisfaction?, in: *Organizational Behavior and Human Performance*, 4 (April), pp. 309-336.
- Locke E.* (1976): The Nature and Causes of Job Satisfaction, in: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Chicago.
- Lovemann* (1998): Employee Satisfaction, Customer Loyalty and Financial Performance, in: *Journal of Service Research*, 1, 1, pp. 18-31.
- Lund D.* (2003): Organizational Culture and Job Satisfaction, in: *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18, 3, pp. 219-227.
- Macdonald W./Bendak S.* (2000): Effects of workload and 8- versus 12-h workday duration on test battery performance, in: *International Journal of Industrial Ergonomics*, 26, pp. 399-416.
- MacKenzie S./Podsakoff P./Ahearne M.* (1998): Some Possible Antecedents and Consequences of In-Role and Extra-Role Salesperson Performance, in: *Journal of Marketing*, Vol. 62, 1998, pp. 87-98.
- MacKenzie S./Podsakoff P./Jarvis C. B.* (2005): The Problem of Measurement Model Misspecification in Behavioral and Organizational Research and Some Recommended Solutions, in: *Journal of Applied Psychology*, 90, pp. 710-730.
- MacStraviv R. S.* (1985): Internal Marketing for Hospitals, in: *Health Marketing Quarterly*, Vol. 3, No. 2-3, pp. 47-54.

- Malhotra, N. K.* (2007): Marketing Research, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Malhotra N. K./Birks D.F.* (2007): Marketing Research: an applied approach, 3. Aufl., Prentice Hall, Harlow.
- March J./Simon H.* (1958): Organisation und Individuum: Menschliches Verhalten in Organisationen, Wiesbaden.
- March J. G./Sutton R. I.* (1997): Organizational Performance as a Dependent Variable, in Organization Science, Vol. 8, No. 6, November-December 1997, pp. 698-706.
- Marshall C. T./Buzell R. D.* (1990): PIMS and the FTC Line-of-business Data: A Comparison, in: Strategic Management Journal, Vol. 11, Issue 4, pp. 269-282.
- Martin A.* (1994): Personalforschung, Oldenbourg Verlag, München u. a .
- Marquardt B.* (2003): Rechtsprechung. Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit, in: das Krankenhaus, 9/2003, S. 709-710.
- Maseizik T./Wagner R./Fuchs K.H./Thiede A.* (1999): Informationsverluste bei der Übergabe auf der Intensivstation im Dreischichtmodell, in: *Backes-Gellner U./Hölscher A.* (Hrsg.): Schichtmodelle für das Krankenhaus. Arbeitszeitregelungen und ärztliche Effektivität auf chirurgischen Intensivstationen, krankenhaus-umschau Sonderheft, 10/1999, S. 57-64.
- Matiaske W./Mellewig T.* (2001): Arbeitszufriedenheit: Quo vadis? Eine Längsschnitt-Untersuchung zu Determinanten und zur Dynamik von Arbeitszufriedenheit, in: Die Betriebswirtschaft, 61 Jg. (2001), H. 1, S. 7-24.
- Matzler K./Stahl H. K.* (2000): Kundenzufriedenheit und Unternehmenswertsteigerung, in: Die Betriebswirtschaft, 60 Jg. (2000), H. 5, S. 626-641.
- McCaughey D./Bruning N.* (2005): Enhancing Opportunities for Expatriate Job Satisfaction: HR Strategies for Foreign Assignment Success, in: Human Resource Planning, 28, 4, pp. 21-29.
- McCracken M./McIllwain T./Fottler M.* (2001): Measuring organizational performance in the hospital industry: an exploratory comparison of objective and subjective methods, in: Health Service Management Research, 2001, pp. 211-219.
- McDermott D. R./Franzak F. J./Little M. W.* (1993): Does Marketing Relate to Hospital Profitability?, in: Journal of Health Care Marketing, Summer 1993, pp. 18-25.
- Meffert H.* (2000): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, 9. überarb. und erw. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Meyer A./Opperamnn K.* (1998): Bedeutung und Gestaltung des Internen Marketing, in: *Meyer A.* (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Bd.1, Stuttgart, S. 991-1009.

- Michalski S./Helmig B.* (2006): Die Dienstleistungsorientierung systematisch steigern. Organisationen im Public- und Nonprofit-Sektor sind mit spezifischen Herausforderungen im Dienstleistungsmanagement konfrontiert, in: *io new management*, Nr. 10, 2006, S. 18-21.
- Mikura G.* (1984): Justice and Fairness in Interpersonal Relations, in: *Tajfel H. (Hrsg.): The Social Dimension*, pp. 204-227, Cambridge.
- Mitchell R. J./Williamson A. M.* (2000): Evaluation of an 8 hour versus a 12 hour shift roster on employees at a power station, in: *Applied Ergonomics*, 31, pp. 83-93.
- Mitler M. M./Miller J. C./Lipsitz J. J./Walsh J. K./Wylie C. D.* (1997): The Sleep of Long-Haul Truck Drivers, in: *The New England Journal of Medicine*, 337 (1997), pp. 755-761.
- Mittal V./Kumar P./Tsiros M.* (1999): Attribute-Level Performance, satisfaction, and Behavioral Intentions over Time. A Consumption-System Approach, in: *Journal of Marketing*, Vol. 63, 1999, pp. 88-101.
- Morgan N./Piercy N.* (1998): Interactions Between Marketing and Quality at the SBU Level: Influences and Outcomes, in: *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 26, No. 3, pp. 190-208.
- Moormann C./Rust R. T.* (1999): The Role of Marketing, in: *Journal of Marketing*, Vol. 63, Special Issue 1999, pp. 180-197.
- Morse N.* (1953): *Satisfactions in the White-Collar Job*, Survey Research Center, Inst. for Social Research, Univ. of Michigan.
- Mount M./Ilies R./Johnson E.* (2006): Relationship of Personality Traits and Counterproductive Work Behaviors: The Mediating Effect of Job Satisfaction, in: *Personnel Psychology*, 59, 3, pp. 591-622.
- Mühlbauer B. H.* (1999): Personal flexibel einsetzen. Arbeitszeit- und Organisationsmodelle im Krankenhaus- Modellprojekt in NRW, in: *krankenhaus-umschau*, 4/1999, S. 214-218.
- Müller D.* (2007): Moderatoren und Mediatoren in Regressionen, in: *Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J. (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung*, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 245-260.
- Müller S.* (1999): Integration von Kunden- und Mitarbeiterorientierung, in: *Bruhn M. (Hrsg.): Internes Marketing: Integration der Kunden- und Mitarbeiterorientierung; Grundlagen-Implementierung-Praxisbeispiele*, 2. Auflage, Wiesbaden, Gabler-Verlag, 1999.
- Müller-Seitz P.* (1996): *Erfolgsfaktor Arbeitszeit*, München.
- Naegler H.* (1992): Krankenhaus-Management. Struktur und Organisation. Ergebnis einer empirischen Untersuchung, in: *f&w*, 6/92, 9. Jg., S. 438-448.
- Nagel A.* (1998): Mitarbeiterorientierung als Erfolgsfaktor, in: *Personalwirtschaft*, 5/98, S. 55-57.

- Naidu G. M./Narayana C. L.* (1991) : How Marketing Oriented Are Hospitals in a Declining Market ?, in: *Journal of Hospital Marketing*, Vol. 11, No. 1, pp. 23-30.
- Narver J. C./Slater S. F.* (1990): The Effect of a Market Orientation on Business Profitability, in: *Journal of Marketing*, Vol. 54, October 1990, pp. 20-35.
- Nelson E./Rose R./Rust R./Zahorik A.* (1992): Do Patient Perception of Quality Relate to Hospital Financial Performance?, in: *Journal of Health Care Marketing*, 12 (December), pp. 6-13.
- Nelson Ph.* (1974): Advertising as Information, in: *Journal of Political Economy*, 82, pp. 729-753.
- Netemeyer R./ Boles J./McKee D./McMurrian R.* (1997): An Investigation into the Antecedents of Organisational Citizenship Behaviors in a Personal Selling Context, in: *Journal of Marketing*, Vol. 61, 1997, pp. 85-98.
- Neubauer G.* (2004): Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen, in: *Klauber J./Robra B.-P./Schellschmidt H.* (Hrsg.): *Krankenhausreport 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1*, Stuttgart, S. 101-119.
- Neubauer G./Zelle B.* (1996): Unternehmensverbindungen und Internationalisierungstendenzen privater Krankenhäuser im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes, in: *Die Betriebswirtschaft*, 56 Jg. (1996), H. 3, S. 339-349.
- Neuberger O.* (1974a): *Messung der Arbeitszufriedenheit*, Verlag W. Kohlhammer, Poeschel Verlag, Stuttgart u. a.
- Neuberger O.* (1974b): *Theorien der Arbeitszufriedenheit*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart u. a.
- Neuberger O.* (1975): Messung der Zufriedenheit mit Aspekten der Arbeitssituation. Ergebnisse und Überprüfung eines Fragebogens, in: *Problem und Entscheidung*, 13, 1, S. 1-64.
- Neuberger O.* (1976): Der Arbeitsbeschreibungs-Bogen. Ein Verfahren zur Messung der Arbeitszufriedenheit, in: *Problem und Entscheidung*, 15, S. 1-169.
- Neuberger O.* (1977): Motivation und Zufriedenheit, in: *Mayer A.* (Hrsg.): *Organisationspsychologie*, Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Neuberger O.* (1980): Arbeitszufriedenheit und Organisationsklima, in: *Neubauer R./Rosenstiel v. L.* (Hrsg.): *Handbuch der angewandten Psychologie*, München.
- Neuberger O.* (1985a): Arbeitszufriedenheit: Kraft durch Freude oder Euphorie im Unglück?, in: *Die Betriebswirtschaft*, 45 Jg. (1985), H. 2, S. 184-203.
- Neuberger O.* (1985b): *Arbeit. Begriff-Gestaltung-Motivation-Zufriedenheit*, Enke Verlag, Stuttgart.
- Neuberger O.* (1998): *Personalwesen*, Enke Verlag, Stuttgart.

- Neuberger O./Allerbeck M.* (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem «Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)». Verlag Hans Huber, Bern u. a.
- Neubert R./Thomas M.* (2005): Das Arbeitszeitmodell „Vertrauensarbeitszeit“ in der Praxis. Empirische Erkenntnisse zur Motivation, zur wahrgenommenen Arbeitseffizienz und zur Arbeitszeitmodell-Zufriedenheit, in: Zeitschrift für Organisation, Heft 4, 2005 (74), S. 211-216.
- Niklas C./Dormann C.* (2005): The Impact of State Affect on Job Satisfaction, in: European Journal of Work and Organizational Psychology, 14, 4, pp. 367-388.
- Nowak D.* (2006): Doctors on Strike – The Crisis in German Health Care Delivery, in: The New England Journal of Medicine, 355, 15, October 12, 2006, pp. 1520-1522.
- Nunnally J. C./Bernstein I. H.* (1994): Psychometric Theory, 3. ed., McGraw-Hill, New York u. a.
- Oberender P./Fibelkorn A.* (1997): Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen, Verlag PCO, Bayreuth.
- Obermiller C.* (1985): Varieties of Mere Exposure: The Effects of Processing Style and Repetition on Affective Response, in: Journal of Consumer Research, 12, 1, pp. 17-31.
- Oechsler W.* (1997): Personal und Arbeit: Einführung in die Personalwirtschaft unter Einbeziehung des Arbeitsrechts, Oldenbourg Verlag, München.
- Olandt H.* (1998): Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern-Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Olesch G.* (1999): Analyse der internen Kundenbedürfnisse und Schlussfolgerung für die Personalarbeit, in: Personal, Heft 6/1999, S. 298-300.
- Orendi B.* (1989): Zur Situation des Pflegepersonals in der Schweiz- Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, in: das Krankenhaus, 8/1989, S. 437-441.
- Organ D./Lingl A.* (1995): Personality, Satisfaction, and Organizational Citizenship Behaviour, in: Journal of Social Psychology, 135, 3, pp. 339-350.
- Oshagbemi T./Hickson C.* (2003): Some Aspects of Overall Job satisfaction: A Binominal Logit Model, in: Journal of Managerial Psychology, 66, 6, pp. 357-368.
- Ossen P.* (2002): Brennpunkt Personal. Personalmanagement zwischen Deckelung und Flexibilisierung, in: das Krankenhaus, 12/2002, S. 1035-1036.
- o. V.* (2002): Personalmangel nimmt zu. AKB-Umfrage in den bayerischen Krankenhäusern, in: krankenhaus-umschau, 9/2002, S. 738.

- Panten G./Boßow-Thies S.* (2007): Analyse kausaler Wirkungszusammenhänge mit Hilfe von Partial Least Squares (PLS), in: *Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J.* (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 311-326.
- Parasuraman A.* (1981): Role Clarity and Job Satisfaction in Purchasing: in: *Journal of Purchasing and Materials Management*, 17, Fall, pp. 2-7.
- Park J./Deitz G.* (2006): The Effect of Working Relationship Quality on Salesperson Performance and Job satisfaction: Adaptive Selling Behavior in Korean Automobile Sales Representatives, in: *Journal of Business Research*, Vol. 59, No. 2, pp. 204-213.
- Parsons T.* (1960): Structure and Process in modern society, New York.
- Peter G.* (1997): Theorie und Praxis der Arbeitsforschung, Campus-Verlag, Frankfurt am Main.
- Peter S./Ulich E.* (2003): Verbesserung der Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten im Spital. Schweizer Modellprojekt beweist: Mitarbeiter können die Arbeitszeit senken, die Ärzte von Administration entlasten und die Zufriedenheit steigern, in: *f&w*, 6/2003, 20. Jg., S. 556-560 und zugleich im Internet unter URL: <http://www.iafob.com> vom 02.03.2004.
- Peters T. J./Waterman R. H.* (1982): In Search of Excellence – Learning America's Best-Run Companies, New York u. a.
- Peterson R.* (1994): A Meta-Analysis of Cronbach's Coefficient Alpha, in: *Journal of Consumer Research*, Vol. 21, pp. 381-391.
- Pflessner C.* (1999): Marktorientierte Unternehmenskultur. Konzeption und Untersuchung eines Mehrebenenmodells, Deutscher Universitäts-Verlag u. a., Wiesbaden.
- Phillips J.* (1998): Effects of Realistic Job Previews on Multiple Organizational Outcomes: A Meta-Analysis, in: *Academy of Management Journal*, 41, 6, pp. 673-690.
- Phillips J./Liu B./Castello T.* (1998): A Balance Theory Perspective of Triadic Supply Chain Relationships, in: *Journal of Marketing Theory and Practice*, 6, pp. 78-91.
- Piccolo R./Judge T./Takahashi K./Watanabe N./Locke E.* (2005): Core Self-Evaluations in Japan: Relative Effects on Job Satisfaction, Life Satisfaction, and Happiness, in: *Journal of Organizational Behavior*, 26, pp. 965-984.
- Picot A./Dietl H.* (1990): Transaktionskostentheorie, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 19. Jg., Nr. 4, S. 178-184.
- Pistorius G./Oehrlein R./Feifel G.* (1999): Arbeitszeitmodelle und Produktionseffizienz im Krankenhaus: Ergebnisse und Besonderheiten der Einzeluntersuchungen Homburg/Saar, in: *Backes-Gellner U./Hölscher A.* (Hrsg.): Schichtmodelle für das Krankenhaus. Arbeitszeitregelungen und ärztliche Effektivität auf chirurgischen Intensivstationen, *krankenhaus-umschau Sonderheft*, 10/1999, S. 65-71.

- Platzköster C./Rossbach C./Borges P./Görzel U.* (2006): Bremen reformiert Personaleinsatz und Arbeitszeit der Ärzte. Modellprojekt des Landes und der Gebera, in: *f&w*, 4/2006, 23. Jg., S. 408-414.
- Porter M. E./Millar V. E.* (1985): How Information Gives You Advantage, in: *Harvard Business Review*, Vol. 63, No. 4, 1985, pp. 609-620.
- Poser M.* (1999): Kunde und Lieferant zugleich. Konzept der internen Kundenorientierung, in: *krankenhaus-umschau*, 8/1999, S. 562-565.
- Preuß O. F.* (1996): Kosten- und Deckungsbeitragsmanagement im Krankenhaus unter Berücksichtigung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Pugh D.* (2001): Service with a Smile: Emotional Contagion in the Service Encounter, in: *Academy of Management Journal*, 44, 5, pp. 1018-1027.
- Raasch C./Coy P.* (1997): Mitarbeiterbefragungen steigern die Arbeitsqualität, in *f&w*, 4/97, 14. Jahrgang, S. 342-344.
- Rack O./Christophersen T.* (2007): Das Experiment in der wissenschaftlichen Forschung, in: *Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J.* (Hrsg.): *Methodik der empirischen Forschung*, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 17-32.
- Raffée H./Fritz W.* (1991). Die Führungskonzeption erfolgreicher und weniger erfolgreicher Industrieunternehmen im Vergleich, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 61. Jg. (1991), H. 11, 1991, S. 1211-1226.
- Raju P. S./Lonial S. C./Gupta Y. P.* (1995) : Market Orientation and Performance in the Hospital Industry, in : *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 15. No. 4, pp. 34-41.
- Rausch R./Willauer M.* (2002): Arbeitszeiten: Vertretbare Lösungen finden. Notwendige Veränderungen in der Dienstplan- und Bereitschaftsdienstorganisation, in: *krankenhaus-umschau*, 4/2002, S. 305-308.
- Regan III J./Stanger J. /Powers P.* (1991): Measuring employee satisfaction, in: *Business & Health*, November 1991, pp. 78-80.
- Rehkugler H.* (1989): Erfolgsfaktoren in mittelständischen Unternehmen, in: *das Wirtschaftsstudium*, 18. Jg., H. 11, S. 626-632.
- Reutner F.* (1987): Determinanten des Unternehmenserfolges, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 57. Jg. (1987), H. 8, S. 747-762.
- Reynierse J./Harker J.* (1992): Employee and Customer Perceptions of Service in Banks: Teller and Customer Service representative Ratings, in: *Human Resource Planning*, 15, 4, pp. 31-46.

- Rich G.* (1997): The Sales Manager as Role Model: Effect on Trust, Job Satisfaction, and Performance of Salespeople, in: *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 25, No. 4, pp. 319-328.
- Richter M.* (1994): Personalführung, Stuttgart.
- Riesenhuber F.* (2007): Großzahlige empirische Forschung, in: *Albers S./Klapper D./Konradt U./Walter A./Wolf J.* (Hrsg.): *Methodik der empirischen Forschung*, 2. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 1-16.
- Rischar K.* (2001): Flexible Arbeitszeitmodelle in der betrieblichen Praxis, 1. Auflage, Verlagsgruppe Jehle Rehm GmbH München und Berlin.
- Rocke B.* (2003): DKG fordert flexible Lösungen bei der Änderung des Arbeitszeitgesetzes, in: *das Krankenhaus*, 11/2003, S. 844.
- Rocke B./Litschen K.* (2002): Bereitschaftsdienst bleibt Ruhezeit: EU-Richtlinie zur Arbeitszeit hat keine unmittelbare Wirkung, in: *das Krankenhaus*, 3/2002, S. 184-190.
- Rogers J./Clow K./Kash T.* (1994): Increasing Job Satisfaction of service Personnel, in: *Journal of Services Marketing*, 8, 1, pp. 14-26.
- Rolland S./Rosenow C.* (2004): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2001, in: *Klauber J./Robra B.-P./Schellschmidt H.* (Hrsg.): *Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1*, Stuttgart, S. 232-342
- Roos L. L./Cageorge S. M./Austen E./Lohr K. N.* (1985): Using computers to identify complications after surgery, in: *American Journal of Public Health*, 75, pp. 1288-1297.
- Rosa R. R.* (1991): Performance, alertness, and sleep after 3-5 years of 12 h shifts: a follow-up study, in: *Work & Stress*, 1991, Vol. 5, No. 2, pp. 107-116.
- Rosa R. R./Colligan M. J./Lewis P.* (1989): Extended workdays: effects of 8-hours and 12-hours rotating shift schedules on performance, subjective alertness and sleep patterns, and psychosocial variables, in: *Work & Stress*, 3, pp. 21-32.
- Rosenstiel v. L.* (1975a): Die motivationalen Grundlagen des Verhaltens in Organisationen-Leistung und Zufriedenheit, Duncker & Humblot Verlag, Berlin.
- Rosenstiel v. L.* (1975b): Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 29, S. 72-78.
- Rosenstiel v. L.* (1977a): Messung der Arbeitszufriedenheit, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 29, S.72-78.
- Rosenstiel v. L.* (1977b): Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit: Zur Frage der Korrelation und Kausalität, in: *Gohl J.* (Hrsg.): *Arbeit im Konflikt. Probleme der Humanisierungsdebatte*, München.

- Rosenstiel v. L.* (2001): Motivation im Betrieb, 10. überarb. und erw. Aufl., Rosenberger Fachverlag, Leonberg.
- Rosenstiel v. L.* (2007): Grundlagen der Organisationspsychologie: Basiswissen und Anwendungshinweise, 6. überarb. und erw. Aufl., Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Rossiter J. R.* (2002): The C-OAR-SE Procedure for Scale Development in Marketing, in: International Journal of Research in Marketing, Vol. 19, (2002), No. 4, pp. 305-335.
- Rosta J.* (2007): Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 36, S. 2135-2141.
- Roter D. L./Hall J. A./Katz N. R.* (1987): Relations Between Physicians' Behaviours and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impression, in: Medical Care, Vol. 25, No. 5, pp. 437-451.
- Russo J./Meloy M./Medvec.V.* (1998): Predecisional Disortion of Product Information, in: Journal of Marketing Research, 35, 4, pp. 438-452.
- Rust R. T./Lemon K. N./Zeithaml V. A.* (2004): Return on Marketing: Using Customer Equity to Focus Marketing Strategy, in Journal of Marketing, Vol. 68, 2004, pp. 109-127.
- Rust R. T./Moorman C./Dickson P. R.* (2002): Getting Return on Quality: Revenue Expansion, Cost Reduction, or Both?, in: Journal of Marketing, Vol. 66, 2002, pp. 7-24.
- Ryan C./Schmit M./Johnson R.* (1996): Attitudes and Effectives: Examination at an Organizational Level, in: Personnel Psychology, 49, 4, pp. 853-881.
- Saura I./Contrí G./Taulet A./Velázquez B.* (2005) : Relationships Among Customer Orientation, Service Orientation and Job Satisfaction in Financial Services, in: International Journal of Service Industry Management, 16, 5, pp. 497-525.
- Schanz G.* (1982): Organisationsgestaltung: Struktur und Verhalten, Vahlen Verlag, München.
- Schleicher D. J./Greguras G. J./Watt J. D.* (2004): Reexamining the Job Satisfaction-Performance Relationship: The Complexity of Attitudes, in: Journal of Applied Psychology, 89, 1, pp. 165-177.
- Schlesinger/Zornitsky* (1991): Service Quality and Profits: Can You have Your Cake and Eat it too?, in: Human Resource Planning, 14, 2, S. 151-158.
- Schlütermann J.* (1998): Strategische Positionierung von Krankenhäusern im Spannungsfeld zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 21, H. 4, S. 432- 449.
- Schmidt H./Reif M.* (2002): Sag mir, wo die Ärzte sind... Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern- jedes zweite Haus ist auf der Suche, in: krankenhaushausumschau, 5/2002, S. 350-352.

- Schmitt D./Marwell G.* (1972): Withdrawal and Reward Allocation as Response to Inequity, in: *Journal of Experimental Social Psychology*, 8, 3, pp. 207-221.
- Schmit M./Allscheid S.* (1995): Employee Attitudes and Customer Satisfaction: Making Theoretical and Empirical Connections, *Personnel Psychology*, 48, pp. 521-536.
- Schmitz R.-M.* (2004): Aus eigener Kraft. Innenfinanzierung von Krankenhausinvestitionen, in: *Krankenhaus Umschau*, 73. Jg., H. 2, 2004, S. 192-195.
- Schmutte A. M.* (1998): Total Quality Management im Krankenhaus, Wiesbaden 1998.
- Schneider B.* (1991): Service Quality and Profits: Can You have Your Cake and Eat it too?, in: *Human Resource Planning*, 14, 2, pp. 151-158.
- Schneider B./Bowen D.* (1985): Employee and Customer Perceptions of Service in Banks: Replication and Extension, *Journal of Applied Psychology*, 70, 3, pp. 423-433.
- Schneider B./Bowen D.* (1993): The Service Organization: Climate is Crucial, in: *Organizational Dynamics*, 21, pp. 52-65.
- Schneider B./Parkington J./Buxton V.* (1980): Employee and Customer Perceptions of Service in Banks, in: *Administrative Science Quarterly*, 25, pp. 252-267.
- Schoeffler S./Buzzell R. D./Heany D. F.* (1974): Impact of Strategic Planning on Profit Performance, in: *Harvard Business Review*, Vol. 52, Issue 2, pp. 137-145.
- Scholderer J./Balderjahn I./Paulssen M.* (2006): Kausalität, Linearität, Reliabilität: Drei Dinge, die Sie nie über Strukturgleichungsmodelle wissen wollten, in: *Die Betriebswirtschaft*, 66. Jg. (2006), H. 6, S. 640-650.
- Schröder K. T.* (2003): EuGH-Urteil. GMG sieht Aufstockung bis 2009 auf 700 Millionen Euro vor, in: *f&w*, 5/2003, 20. Jg., S. 422-424.
- Schütz P.* (1993): Marketing interner Dienstleister- Marketing ohne Markt?, in: *Thelen E. M./Mairamhof G. B.* (Hrsg.): *Dienstleistungsmarketing*, Frankfurt am Main, S. 193-201.
- Schuler R.* (1975): Role Perceptions, Satisfaction, and Performance: A Partial Reconciliation, in: *Journal of Applied Psychology*, 60, pp. 683-687.
- Schulz R./Schulz C.* (1988): Management, Practices, Physican Autonomy, and Satisfaction. Evidence from Mental Health Institutions in the Federal Republic of Germany, in: *Medical Care*, Vol. 26, No. 8, pp. 750-763.
- Schuster A./De Meo F.* (2002): Als Arbeitgeber attraktiver werden. Maßnahmen und erste Erfahrungen in der HELIOS Kliniken Gruppe, in: *krankenhaus-umschau*, 11/2002, S. 994-997.
- Schwalbach J.* (1988): Marktanteil und Unternehmensgewinn, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 58. Jg. (1998), H. 4, S. 535-549.

- Schwetje T.* (1999): Kundenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit bei Dienstleistungen: Operationalisierung und Erklärung der Beziehungen am Beispiel des Handels, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Schwing C.* (2005): „Empathisch um die Patienten kümmern.“ Zufriedene Mitarbeiter generieren zufriedene Patienten, in: Krankenhaus Umschau, 7/2005, S. 570-573.
- Scott A./Gravelle H./Simoens S./Bojke C./Sibbald B.* (2006) : Job Satisfaction and Quitting Intentions : A Structural Model of British General Practitioners, in : British Journal of Industrial Relations, 44, 3, pp. 519-540.
- Scupin Y.* (2006): Call-Center-Management und Mitarbeiterzufriedenheit, 1. Aufl., Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Shannon J.* (2003): A case study of resident work hour legislation: Libby Zion and the State of New York, in: A Primer on Resident Work Hours, 4. Auflage, pp. 7-9, American Medical Student Association und zugleich im Internet unter URL: <http://www.amsa.org/hp/rwhprimer2.pdf> vom 31.03.2004.
- Sheth J./Mittal/Newman B.* (1999): Customer Behavior. Consumer Behavior and Beyond, Dryden, New York u. a.
- Shipton H./West M./Parkes C./Dawson J./Patterson M.* (2006): When Promoting Positive Feelings Pays: Aggregate Job Satisfaction, Work Design Features, and Innovation in Manufacturing Organizations, in: European Journal of Work & Organizational Psychology, 15, 4, pp. 404-430.
- Shore B. E./Franks P.* (1986): Physician Satisfaction With Patient Encounters, in: Medical Care, 1986, Vol. 24, No. 7, pp. 580-589.
- Singh J.* (2000): Performance Productivity and Quality of frontline Employees in Service Organizations, in: Journal of Marketing, Vol. 64, 2000, pp. 15-34.
- Smith L./Folkard S./Tucker P./Macdonald I.* (1998): Work Shift Duration: A Review Comparing Eight Hour and 12 Hour Shift systems, in: Occupational and Environmental Medicine, 55, pp. 217-229.
- Smith P./Kendall L./Hullin C.* (1969): The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement, Rand McNally, Chicago.
- Snipes R./Oswald S./LaTour M./Armenakis A.* (2005): The Effects of Specific Job Satisfaction Facets on Customer Perceptions of Service Quality: An Employee-Level Analysis, in: Journal of Business Research, Vol. 58, No. 10, pp. 1330-1339.
- Staehle W. H./Conrad P.* (1999): Management, 8. überarb. Auflage, Vahlen Verlag, München.
- Stauss B.* (1999a): Internes Marketing als personalorientierte Qualitätspolitik, in: Bruhn M. (Hrsg.): Internes Marketing: Integration der Kunden- und Mitarbeiterorientierung; Grundlagen-Implementierung-Praxisbeispiele, 2. Auflage, 1999, Gabler-Verlag, Wiesbaden.

- Stauss, B.* (1999b): Kundenzufriedenheit, in: *Marketing- Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 21. Jg., H. 1, S. 5-24.
- Steinbrook R.* (2002): The debate over residents' work hours, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 347, No. 16, October 17, 2002, pp. 1296-1302.
- Steiner P.* (1997): *Messung und Bewertung öffentlicher Leistungen- Der Krankenhausoutput.* Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels.
- Stiefel L./Rubenstein R./Schwartz A. E.* (1999): Using Adjusted Performance Measures for Evaluating Resource Use, in: *Public Budgeting & Finance*, Fall 1999, pp. 67-87.
- Stock R.* (2004): Erfolgsauswirkungen der marktorientierten Gestaltung des Personalmanagements, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 56, 5, S. 237-258.
- Stock R.* (2005a): Erfolgsfaktoren von Teams: Eine Analyse direkter und indirekter Effekte, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 75 Jg. (2005), H. 10, S. 971-1004.
- Stock R.* (2005b): Kundenorientierte Personalführung als Schlüssel zur Kundenbindung, in: *Bruhn M./Homburg C. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement*, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 620-653.
- Stock R./Gaitanides M.* (2006): Einflussgrößen des Teamerfolgs: Analyse der Interorganisationalität als Moderator, in: *Die Unternehmung*, 60. Jg. (2006), Nr. 4, S. 265-279.
- Stock R./Hoyer W. D.* (2005): An Attitude-Behavior Model of Salespeople' s Customer Orientation, in : *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 33, No. 4, pp. 536-552.
- Stock-Homburg R.* (2007): *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. Direkte, indirekte und moderierende Effekte*, 3. Auflage, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Strotbeck J./Schlaudt H.-P.* (2005): Weicher faktor-harte Wirkung. Studie zur Arzt-Arzt Kommunikation: Informationen gehen verloren, in: *krankenhaus-umschau*, 2/2005, S. 104-106.
- Sturm H.* (2002): *Krankenhausreformen und Personalwirtschaft. Voraussetzungen und Auswirkungen der Ökonomisierung im Krankenhauswesen*, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Suchman A. L./Roter D./Green M./Lipkin M.* (1993): Physician Satisfaction With Primary Care Office Visits, in: *Medical Care*, Vol. 31, No. 12, pp. 1083-1092.
- Tannenbaum P.* (1967): The Congruity Principle Revisited: Studies in the Reduction, Induction and Generalization of Persuasion, in: *Berkowitz L. (Hrsg.): Advances in Experimental Social Psychology*, New York.
- Tansuhaj P./Randall D./McCullough J.* (1988): A Services Marketing Management Model: Integrating Internal and External Marketing Functions, in: *Journal of Services Marketing*, 2, 1, pp. 31-38.

- Temme G./Tränkle U.* (1996): Arbeitseemotionen. Ein vernachlässigter Aspekt in der Arbeitszufriedenheitsforschung, in: *Arbeit*, Heft 3, Jg. 5 (1996), S. 275-297.
- Thibaut J. W./Kelly H. H.* (1986): *The Social Psychology Groups*, New York.
- Thorsteinson T.* (2003): Job Attitudes of Part-time vs. Full-time Workers: A Meta-Analytic Review, in: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 2, pp. 151-177.
- Töpfer A./Zander E.* (1985): *Mitarbeiter-Befragungen: Ein Handbuch*, Campus-Verlag, Frankfurt am Main.
- Töpfer A.* (1995): Kunden-Zufriedenheit durch Mitarbeiter-Zufriedenheit, in: *Personalwirtschaft*, H. 8, 1995, S. 10-15.
- Töpfer A.* (1998): Zufriedene Mitarbeiter = zufriedene Kunden, in: *Zentes J.* (Hrsg.): *Mitarbeiterzufriedenheit = Kundenzufriedenheit. Eine Wechselbeziehung ?* 6. CPC Trend Forum, Heilbronn.
- Tomczak T.* (1992): Forschungsmethoden in der Marketingwissenschaft. Ein Plädoyer für den qualitativen Forschungsansatz, in: *Marketing ZFP*, Heft 2, II. Quartal 1992, S. 77-78.
- Tornow W./Wiley J.* (1991): Service Quality and Management Practices: A Look at Employee Attitudes, Customer Satisfaction, and Bottom-Line Consequences, in: *Human Resource Planning*, 14, 2, pp. 105-115.
- Triandis H. C.* (1975): *Einstellungen und Einstellungsänderungen*, Beltz Verlag, Weinheim.
- Trill R.* (1997): Personalführung im Krankenhaus, in: *Personalwirtschaft*, 24. Jg., H. 6, 1997, S. 41-43.
- Tscheulin D. K./Häberlein U.* (1997): Einflussfaktoren des Images von Krankenhäusern, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Band 20, H. 4, S. 447-487.
- Tscheulin D. K./Helmig B.* (1997): Krankenhauswerbung – wie würden potentielle Patienten reagieren?, in: *Krankenhaus Umschau*, 66. Jg., H. 9, S. 714-716.
- Tscheulin D. K./Helmig B.* (1998): The Optimal Design of Hospital Advertising by Means of Conjoint Measurement, in: *Journal of Advertising Research*, Vol. 38, No. 3, May/June, S. 35-46.
- Tscheulin D. K./Helmig B.* (1999): Tue Gutes und sprich darüber, in: *medical economics*, 1. Jg., H. 1, S. 108-111.
- Tscheulin D. K./Helmig B.* (2000a): Patientenzufriedenheitsmessungen im Krankenhaus, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft-Ergänzungsheft*, 4/2000, S. 105-121.
- Tscheulin D. K./Helmig B.* (2000b): Krankenhausmarketing-Dienstleistungsmarketing, in: *Eichhorn P./Seelos H.-J./Schulenberg von der J.-M.* (Hrsg.): *Management im Krankenhaus*, Urban & Fischer, München, S. 206-235.

- Tscheulin D. K./Helmig B.* (2001): Krankenhausmarketing, in: *Tscheulin D. K./Helmig B.* (Hrsg.): Branchenspezifisches Marketing, Grundlagen-Besonderheiten-Gemeinsamkeiten, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 401-428.
- Tscheulin D. K./Helmig B./Moog R.* (2001): Die Ermittlung entscheidungsrelevanter Variablen bei der Wahl von Geburtskliniken als Basis eines effizienten Krankenhaus-Marketing, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 24, H. 4, 2001, S. 451-468.
- Tscheulin D. K./Helmig B./Dietrich M./Philipp U. J.* (2003): Dienstleistungsmarketing im Gesundheitswesen, in: *Zenger C. A./Jung T.* (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, Bern, S. 329-341.
- Tuschen K. H./Trefz U.* (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- Ugboro I./Obeng K.* (2000): The Management Leadership, Employee Empowerment, Job Satisfaction, and Customer Satisfaction in TQM Organizations: An Empirical Study, in Journal of Quality Management, 5, 2, pp. 247-272.
- Ulrich D./Halbrook R./Meder D./Stuchlik M./Thorpe S.* (1991): Employee and Customer Attachment: Synergies for Competitive Advantage, in: Human Resource Planning, 14, 6, pp. 617-636.
- Vázquez R./Álvarez L. I./Santos M. L.* (2002): Market orientation and social services in private non-profit Organisations: in: European Journal of Marketing, Vol. 36, 2002, pp. 1022-1046.
- Vera A./Lüngen M.* (2002): Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und die Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, (2002), 31. Jg. , S. 638-643..
- Vera A./Foit K.* (2005): Modulare Krankenhausorganisation und Effizienz, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 75. Jg. (2005), H. 4, S. 357-382.
- Vera A./Kuntz L.* (2007): Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 59, 3, S. 173-197.
- Verbecke W.* (1997): Individual Differences in Emotional Contagion of Salesperson: Its Effect on Performance and Burnout, in: Psychology and Marketing, 14, 6, pp. 617-636.
- Volkman H.-R.* (1991): Bedingungen der Arbeits(un)zufriedenheit im Krankenpflegedienst, in: krankenhaus-umschau, 10/91, S. 786-796.
- Volpp K. G. M. Grande D.* (2003): Residents' Suggestions for Reducing Errors in Teaching Hospitals, in: The New England Journal of Medicine, 348, 9, February 27, 2003, pp. 851-855.

- Walde W./Willauer M. (2000): Organisation von Bereitschaftsdiensten. Risikomindernde Prozesse der Qualitätssicherung in Gang setzen, in: *krankenhaus-umschau*, 11/200, S. 1006.
- Walger M./Molitor M. (2003a): Die geplante Änderung des Arbeitszeitgesetzes und ihre Konsequenzen, in: *das Krankenhaus*, 11/2003, S. 841-845.
- Walger M./Molitor M. (2003b): Bereitschaftsdienst und Arbeitszeit: Der aktuelle Stand der rechtlichen und politischen Diskussion, in: *das Krankenhaus*, 5/2003, S. 363-366.
- Weiber R./Adler J. (1995): Informationsökonomisch begründete Typologisierung von Kaufprozessen, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 47, 1, S. 43-65.
- Weinberg P./Terlutter R. (2005): Verhaltenswissenschaftliche Aspekte der Kundenbindung, in: Bruhn M./Homburg C. (Hrsg.): *Handbuch Kundenbindungsmanagement*, 5. überarb. und erw. Auflage, Gabler-Verlag, Wiesbaden, S. 41-65.
- Weinger M. B./Ancoli-Israel S. (2002): Sleep deprivation and clinical performance, in: *The Journal of American Medical Association*, Vol. 287, pp. 955-957.
- Weiss H. M. (2002): Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs, and affective experiences, in: *Human Resource Management Review*, Vol.12, Issue 2, pp. 173-194.
- Weiss H. M./Nicholas J. P./Daus C. (1999): An examination of the joint effects of affective experiences and job beliefs on job satisfaction and variations in affective experiences, in: *Human Resource Management Review*, Vol. 78, Issue 1, pp. 1-24.
- Weißflog D./Schüpbach H./Zehender M. (2005): Der Ansatz der Universitätsklinik Freiburg zur Neugestaltung ärztlicher Arbeitszeiten. Die Projektgruppe für innovative Arbeitszeiten (PRIMA), in: *das Krankenhaus*, 10/2005, S. 859-864.
- Weller I./Matiaske W./Habich J. (2000): Mobbing, Arbeitszufriedenheit und Absentismus, in: *Zeitschrift für Organisation*, 69. Jg., Heft 4, S. 226-233.
- Wenderlein F. (2003a): Wenn Mitarbeiter zu oft fehlen. Vorgesetztenverhalten beeinflusst Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten, in: *krankenhaus-umschau*, 8/2003, S. 694-696.
- Wenderlein F. (2003b): Identifikation, betriebliche Zufriedenheit und Fehlzeiten in der Pflege, in: *f&w*, 4/2003, 20. Jg., S. 386-388.
- Wesnes K. A./Walker M. B./Walker L. G./Heys S. D./White L./Warren R./Eremin O. (1997): Cognitive performance and mood after a weekend on call in a surgical unit, in: *British Journal of surgery*, 84, pp. 493-495.
- Wiendick G. (1994): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, Berlin.
- Wiley J. (1991): Customer Satisfaction: A Supportive Work Environment and Its Financial Cost, in: *Human Resource Planning*, 14, 2, pp. 117-127.

- Wilkie W. L.* (1994): *Consumer Behavior*, 3. Auflage, New York.
- Wille E.* (2000): Gesundheitspolitische Visionen und Konsequenzen für das Krankenhausmanagement, in: *Eichhorn P./Seelos H.-J./Graf von Schulenburg J.-M.* (Hrsg.): *Krankenhausmanagement*, München, S. 751-772.
- Williams E. S./Konrad T. R./Linzer M./McMurray J./Pathman D. E./Gerrity M./Schwartz M. D./Scheckler W. E./van Kirk J./Rhodes E./Douglas J.* (1999): Refining the Measurement of Physican Job Satisfaction. Results From the Physican Worklife Survey, in: *Medical Care*, Vol. 37, No. 11, pp. 1140-1154.
- Williams M./Attaway S.* (1996): Exploring Salespersons' Customer Orientation as a Mediator of Organizational Culture's Influence on Buyer-Seller Relationships, in: *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 16, 4, pp. 33-52.
- Williamson O.* (1990): *Die Ökonomischen Institutionen des Kapitalismus – Unternehmen, Märkte, Kooperationen*, Mohr Verlag, Tübingen.
- Wilson D. T./Mummalaneni V.* (1998): *Modeling and Measuring Buyer-Seller Relationships*, University Park, Pa.
- Wirtz B. W./Schwarz J.* (2004): Determinanten der Arbeitszufriedenheit in der Internetökonomie, in: *Die Unternehmung*, 58. Jg., Heft 1, S. 75-89.
- Wiswede G.* (2007): *Einführung in die Wirtschaftspsychologie*, 4. überarb. und erw. Aufl., Reinhardt Verlag, München.
- Wiswede G./Wiendick* (1985): Arbeitszufriedenheit – Trugbild oder Realität?, in: *Schuler H./Stehle W.* (Hrsg.): *Organisationspsychologie und Unternehmenspraxis*, Stuttgart, S. 45-52.
- Woo C. Y. Y.* (1981): Market Share Leadership: Does It Always Pay Off?, in: *Academy of Management Proceedings*, pp. 7-11.
- Woratschek H.* (1996): Die Typologie von Dienstleistungen aus Informationsökonomischer Sicht, in: *Der Markt*, 35, 136, S. 59-71.
- Worpitz H.* (1991): *Wissenschaftliche Unternehmensführung ? Führungsmethoden-Führungsmodelle-Führungspraxis*, 1. Aufl., Frankfurter Allgemeine Zeitungs-Verlag-Bereich Wirtschaftsbücher, Frankfurt am Main.
- Wrenn B.* (2002): Contribution to Hospital Performance: Market Orientation vs. marketing Effort and Lack of Competition, in: *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, Vol. 14, No. 1, pp. 3-13.
- Yamada Y./Kameda M.* (2001): Excessive fatigue and weight gain among cleanroom workers after changing from 8-hour to a 12-hour shift, in: *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 27, pp. 318-326.

- Yilmaz C.* (2002): Salesperson Performance and Job Attitudes Revisited: An Extended Model and Effects of Potential Moderators, in: *European Journal of Marketing*, Vol. 36, 2002, pp. 1389-1426.
- Yoon M./Suh J.* (2003): Organizational Citizenship Behaviors and Service Quality as External Effectiveness of Contact Employees, in: *Journal of Business Research*, Vol. 56, No. 8, pp. 597-611.
- Yukl G./Wexley N.* (1971): *Readings in Organizational and Industrial Psychology*, Oxford Univ. Press, New York.
- Zajonc R.* (1984): Feeling and Thinking: Preferences Need no Inferences, in: *American Psychologist*, 35, pp. 151-175.
- Zeithaml V. A.* (1984): How Consumers Evaluation Processes Differ Between Goods and Services, in: *Lovelock C.* (Hrsg.): *Services Marketing*, Englewood Cliffs/NJ, pp. 186-190.
- Zeithaml V. A./Berry L. L./Parasuraman A.* (1996): The Behavioral Consequences of Service Quality, in: *Journal of Marketing*, Vol. 60, 1996, pp. 31-46.
- Zikmund W. G.* (2003): *Business Research Methods*, 7 ed., Ohio: South-Western, Mason.

Verzeichnis der zitierten Rechtsquellen

- Arbeitszeitgesetz zur Vereinheitlichung und Flexibilisierung des Arbeitszeitrechts vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Artikel 5 Fünftes Gesetz zur Änderung des SGB III und anderer Gesetze vom 22.12.2005 (BGBl. I S. 3676).
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. IS. 1009) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S.886), zuletzt geändert durch das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünftes Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S.1311, 1320).
- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), in der Fassung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S.2477), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657).

Sonstige Quellen

- Beyer H.-T.* (2002): Vernetzung von Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit, unter URL: http://www.phil.uni-erlangen.de/economics/bwl/lehrbuch/hast_kap4/kausalk/kausalk.pdf vom 04.03.2004.
- Deutsches Krankenhaus Adressbuch* (2004):, 42. Ausgabe 2004, Rombach Druck + Verlags-haus GmbH & Co. KG, 2004 Freiburg i. Br.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2003): Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung 2002, zahlen, Fakten, Informationen, im Internet unter URL: <http://daris.kbv.de/daris.asp> vom 10.11.2007.
- Marburger Bund* (2003): Tarifverhandlungen zu Arbeitszeiten in Kliniken unnötig belastet. Marburger Bund warnt vor Panikmache bei Änderung des Arbeitszeitgesetzes, in: zur Sache, Presseinformation des Marburger Bundes, Nr. 36 vom 23.10.2003, im Internet unter URL: <http://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressestelle/mitteilungen/zs2003/3603.html> vom 22.12.2003.
- Marburger Bund* (2007): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Marburger Bund 2007. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte -MB Tarif-Vertrag/kirchl. Träger-, im Internet unter URL: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfrage/mb-umfrage_2007/Ergebnisbericht-Kirche.pdf vom 10.11.2007.
- Marburger Bund Zeitung* (2003a): Arbeitszeitgesetz. Wichtiges Etappenziel erreicht! Neues Arbeitszeitgesetz gilt ab 1. Januar 2004, Ausgabe 18/2003, 23. Dezember 2003, im Internet unter URL: http://www.marburger-bund.de/mbz/2003/18/01_titel.htm vom 22.12.2003.
- Marburger Bund Zeitung* (2003b): Interview Dr. Norbert Jaeger: „Ich habe gehofft und gebangt“. Die MBZ im Gespräch mit dem Arzt, der das EuGH-Urteil „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ erstritt, in: Marburger Bund Zeitung, Ausgabe 18/2003, 23. Dezember 2003, im Internet unter URL: <http://www.marburger-bund.de/mbz/2003/18/05.htm> vom 22.12.03.
- Marburger Bund Zeitung* (2003c): MB-Personalrätekonferenz. „Der Marburger Bund muss hart bleiben!“ MB-Personalräte diskutieren Arbeitszeitfrage/Wichtiger Informationsaustausch, in: Marburger Bund Zeitung, Ausgabe 18/2003, 23. Dezember 2003, im Internet unter URL: <http://www.marburger-bund.de/mbz/2003/18/06.htm> vom 22.12.03.
- Montgomery F. U.* (2003a): Europäischer Gerichtshof (EuGH): Bereitschaftsdienst auch in Deutschland Arbeitszeit. EuGH-Urteil: Historischer Sieg für Klinikärzte. Bundesregierung muss unverzüglich handeln! in: zur Sache, Presseinformation des Marburger Bundes, Nr. 30 vom 10.09.2003 und zugleich im Internet unter URL: <http://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressestelle/mitteilungen/zs2003/3003.html> vom 22.12.2003.
- Montgomery F. U.* (2003b): Zur Sache. Jetzt geht's ums Geld!, in: Marburger Bund Zeitung, Ausgabe 14/2003, 10. Oktober 2003 und zugleich im Internet unter URL: http://www.marburger-bund.de/mbz/2003/14/03_zs.htm vom 22.12.03.
- Müller S.* (2004): Mitarbeiterzufriedenheit im interkulturellen Vergleich: Selbstverwirklichung für Deutsche und US-Amerikaner wichtiger als Vergütung, im Internet unter URL: <http://www.marketingverein.de> vom 02.03.2004.
- Saarländische Krankenhausgesellschaft* (2006): Fallpauschalenkatalog 2006, im Internet unter URL: <http://www.skgev.de/service/b-download.htm> vom 25.11.2006.

Schrem H./Martens S./Kleine M./Mahlke L./Hagl C./Herrmann H./Bauer H. (2003): Erste Ergebnisse der Umfrage zur aktuellen Arbeitssituation in den operativen Fächern im Zeitalter des Arbeitszeitgesetzes, im Internet unter URL: <http://212.227.253.141/webdozent/webportal/dgfc/upload/64/ArbeitszeitAuswertung.Doc> vom 02.03.2004.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2006): Krankenhäuser 2004, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2004.