

Kulturvielfalt in der Psychiatrie

Eine Analyse des Einflusses der Kultur von Assistenzärztinnen und -ärzten auf die Arbeits- und Patientenzufriedenheit

Bachelor Thesis

-2016-

Verfasserin

Sarah Zemp

Fachliche Betreuung

Dr. rer. nat. Stefanie Daniel

Praxispartner

Psychiatrische Dienste Thurgau

Abstract

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen ist im Zuge des Fachkräftemangels mit einem starken Mangel an Assistenzärztinnen und -ärzten konfrontiert und rekrutiert diese seit einiger Zeit vermehrt auch aus Drittstaaten. Mittels Hypothesentestung wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Kultur von Assistenzärztinnen und -ärzten und der Arbeits- und Patientenzufriedenheit besteht. Aus der Theorie gehen diese Zusammenhänge hervor. Die Analyse erfolgte anhand einer nicht-experimentellen Untersuchung mit 11 kulturell unterschiedlichen Assistenzärztinnen und -ärzten sowie 103 Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Die Befragung wurde mit zwei verschiedenen Online-Fragebögen sowie einem Paper-Pencil-Fragebogen durchgeführt. Die Effekte zwischen einzelnen Kulturdimensionen und Patientenzufriedenheit sowie zwischen einzelnen Kulturdimensionen und Arbeitszufriedenheit konnten repliziert werden. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeits- und Patientenzufriedenheit. Die vorliegende Bachelor-Arbeit umfasst 124'989 Zeichen (inklusive Leerzeichen und ohne Anhang).

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Zitate und sinngemäss übernommenen Passagen wurden unter Angabe der Quellen und nach den üblichen Regeln des wissenschaftlichen Zitierens gekennzeichnet.

.....
Ort, Datum

.....
Sarah Zemp

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Selbständigkeitserklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Danksagung	VI
1. Einleitende Worte	1
1.1. Ziel der Arbeit	2
1.2. Aufbau der Arbeit	2
2. Ausgangslage	3
2.1. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen	3
2.2. Fachkräftemangel in der Psychiatrie	4
2.3. Situation in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen	6
3. Theoretischer Hintergrund	7
3.1. Hofstede's Kulturdimensionen	7
3.1.1. <i>Dimension Machtdistanz</i>	8
3.1.2. <i>Dimension Individualismus versus Kollektivismus</i>	8
3.1.3. <i>Dimension Femininität versus Maskulinität</i>	9
3.1.4. <i>Dimension Vermeidung von Unsicherheit</i>	9
3.1.5. <i>Dimension Langzeit- versus Kurzzeitorientierung</i>	10
4. Stand der Forschung und Herleitung der Hypothesen	11
4.1. Einfluss der Kultur auf die Arbeitszufriedenheit	11
4.2. Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit	13
4.3. Einfluss der Kultur auf die Patientenzufriedenheit	14
5. Methodik und Vorgehen	15
5.1. Untersuchungsdesign und Strategie	15
5.2. Untersuchungssetting	16
5.3. Akquise und Vorgehen	17

5.4. Stichprobe	18
5.5. Methodenwahl und verwendete Instrumente	21
5.5.1. <i>Culture in the Workplace Questionnaire</i>	21
5.5.2. <i>Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit</i>	22
5.5.3. <i>Münsterlinger Patientenfragebogen</i>	23
5.5.4. <i>Übersicht der verwendeten Instrumente und Skalen</i>	23
5.6. Analysemethoden	24
5.6.1. <i>Korrelation</i>	25
5.6.2. <i>Regressionsanalyse (hierarchische Regression)</i>	25
5.7. Pretest	26
6. Ergebnisse	26
6.1. Deskriptive Ergebnisse	27
6.1.1. <i>Mittelwerte, Standardabweichungen, Interkorrelationen und Reliabilitätswerte</i>	27
6.1.2. <i>Deskriptive Kulturwerte und Arbeitszufriedenheit personalisiert</i>	29
6.1.3. <i>Berechnung der Teststärken</i>	32
6.2. Testung der Hypothesen	33
6.3. Zusammenfassung und Einordnung der beantworteten Hypothesen	36
7. Diskussion	38
7.1. Interpretation der Ergebnisse	38
7.2. Kritische Würdigung der Methodik	43
7.3. Implikationen für zukünftige Forschung	45
7.4. Implikationen für den Auftraggeber	46
7.5. Fazit	47
8. Literaturverzeichnis	48
Anhang	54
A: Abbildungsverzeichnis	54
B: Tabellenverzeichnis	54
C: Anschreiben zum Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit	55

D: Reminder zum Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit	55
E: Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit	56
F: Auszüge des Münsterlinger Patientenfragebogens	64
G: Überprüfung auf Normalverteilung	67

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelor-Arbeit motiviert und unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt an dieser Stelle Frau Dr. rer. nat. Stefanie Daniel. Du hast mich nicht nur moralisch unterstützt, durch kritische Fragen und wertvolle Hinweise hast Du einen grossen Teil zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen. Du hast mich ermutigt, über mich selbst hinauszuwachsen und hast mein Wissen in vielen Aspekten sehr erweitert. Vielen Dank für Deine Zeit und das Engagement.

Mein Dank gilt zudem der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, welche mir die Möglichkeit gegeben hat, in einem spannenden Feld zu forschen und neue Erkenntnisse zu gewinnen. Meine Vorgesetzten sowie alle Teilnehmenden haben einen massgeblichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet.

Nicht zuletzt gebührt mein Dank meiner Familie, welche mir auch in schwierigen Zeiten mit Rat und Tat zur Seite gestanden und in zahlreichen Stunden Korrektur gelesen hat. Danke für Eure Unterstützung.

1. Einleitende Worte

„Nur wer den fremdkulturellen Partner *und* sich selbst gut kennt, kann in allen [...] Kooperationssituationen erfolgreich sein“ (Thomas, Kinast & Schroll-Machl, 2005, S. 13).

Die Arbeits- und Organisationspsychologie beschäftigt sich vorwiegend mit der Beziehung zwischen Individuen und Organisationen (Peiró, 1989). Dabei wird jedoch häufig ausser Acht gelassen, dass Organisationen stets in einen kulturellen Umweltkontext eingebettet sind, mit welchem sie interagieren. Der demografische Wandel trägt entscheidend dazu bei, dass viele Länder, darunter die Schweiz oder auch Deutschland, an Vielfalt hinsichtlich der Staatsangehörigkeit, Kultur, Religionszugehörigkeit und Muttersprache ihrer Einwohner gewinnen (Rütten & Santel, 2011). Child (1981) hält fest, dass kulturelle Effekte mit den stärksten Einfluss auf Organisationen und Individuen besitzen. Kultur beeinflusst somit nicht nur die Organisationen sowie das organisationale Verhalten, vielmehr nimmt Kultur Einfluss auf Erwartungen, Einstellungen, Werte sowie zwischenmenschliche Beziehungen (Peiró, 1989). Wissenschaftler warnen immer wieder eindringlich davor, die Welt nur aus einer persönlichen Perspektive zu betrachten, da dies wiederholt zu Missverständnissen zwischen Vertretern unterschiedlicher Kulturen führen kann. Durch fehlende interkulturelle Kompetenz entsteht ein kultureller Bias, welcher Individuen in ihrer Kompetenz beschränkt, mit Mitgliedern anderer Kulturen zu interagieren (Domenig, 2007).

Durch die zunehmende kulturelle Durchmischung unserer Gesellschaft innerhalb unterschiedlichster Nationen verändert sich auch die Personalstruktur der Arbeitnehmenden. Dieser Aspekt gewinnt in seiner Aktualität durch den demografischen Wandel noch weiter an Bedeutung. Wunsch, Buchmann und Wedel (2014) prognostizieren, dass der Schweiz bis ins Jahr 2060 etwa 1,4 Millionen Fachkräfte fehlen werden. Dieser Herausforderung wird besonders im Gesundheitswesen schon heute durch zahlreiche Fachkräfte aus dem umliegenden sowie fernen Ausland begegnet. Schneider (2010) hält in diesem Zusammenhang fest, dass auch Psychiatrien vor einem Fachkräftemangel nicht verschont sind. Besonders herausfordernd gestaltet sich der Mangel an Assistenzärztinnen und -ärzten (Jäggi, 2012).

Mit diesen Herausforderungen ist auch die Psychiatrische Klinik Münsterlingen (PKM) konfrontiert. Dort werden Assistenzärztinnen und -ärzte nicht nur aus umliegenden Ländern der Europäischen Union (EU) rekrutiert, sondern auch aus Drittstaaten, weil die Gewinnung von Schweizer Assistenzärztinnen und -ärzten mangelnde bis keine Ergebnisse erzielt. Viele der Assistenzärztinnen und -ärzte entstammen somit einer der Schweiz eher fremden Kultur. Neben sprachlichen Hürden treten Assistenzärztinnen und -ärzte mit Patientinnen und Patienten in Kontakt, welche eine teilweise komplett fremde Kultur besitzen. Fraglich ist, ob und wie sich die Kultur der Assistenzärztinnen und -ärzte auf die Arbeits- und Patientenzufriedenheit auswirkt. Zahlreiche Literatur legt nahe, dass die Kultur einen entscheidenden Einfluss auf beide Aspekte nehmen kann (Child, 1981; Bosau, 2009; David, 2011). Aufgrund dieser Gegebenheiten hat sich deshalb folgende Fragestellung konfundiert:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Kultur von Assistenzärztinnen und -ärzten und der Arbeits- und Patientenzufriedenheit?

1.1. Ziel der Arbeit

Wie der oben aufgeführten Fragestellung zu entnehmen ist, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit in einer nicht-experimentellen Untersuchung in Erfahrung zu bringen, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Kultur von Assistenzärztinnen und -ärzten, deren Arbeitszufriedenheit und der Patientenzufriedenheit besteht. Die Arbeit gibt keine Auskunft darüber, inwiefern sich die Kultur der Assistenzärztinnen und -ärzte auf die therapeutische Gesprächsführung zwischen ihnen und den Patientinnen und Patienten auswirkt.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen als Anhaltspunkte über die aktuelle Arbeitszufriedenheit ihrer Assistenzärztinnen und -ärzte sowie die Patientenzufriedenheit dienen. Sie sollen aufzeigen, inwiefern kulturelle Aspekte darauf Einfluss nehmen können. Weiter soll herausgearbeitet werden, wie wichtig ein kultureller Fokus für zukünftige Veränderungen und Implikationen in Bezug auf die gesamte Belegschaft ist. Die gewonnenen Erkenntnisse können dazu verwendet werden, um Interventionen abzuleiten, beispielsweise, um die Patientenzufriedenheit zu verändern.

1.2. Aufbau der Arbeit

Im nachfolgenden Kapitel sollen nun zuerst ausführlich die Gegebenheiten des Fachkräftemangels herausgearbeitet werden, um noch einmal zu unterstreichen, welche Konsequenzen die Entwicklungen besonders für die Rekrutierung von Assistenzärztinnen und -ärzten in Psychiatrien bedeuten. Sodann werden in Kapitel 3 theoretische Konzepte zu Kultur vorgestellt. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand vorgestellt und aufgezeigt, inwiefern Zu-

sammenhänge zwischen Kultur, Arbeitszufriedenheit sowie Patientenzufriedenheit bestehen (vgl. Kap. 4). Zudem finden sich in ebendiesem Kapitel die dieser Arbeit zugrunde liegenden Hypothesen. Im Kapitel Methodik wird definiert, welche Instrumente für die Erhebung der Daten angewendet wurden. Neben weiteren Aspekten findet sich zudem eine genaue Beschreibung der Stichprobe. Im Anschluss werden die Ergebnisse präsentiert und abschliessend diskutiert (vgl. Kap. 6 und 7). Im nachfolgenden Kapitel soll nun beschrieben werden, welchen Beitrag der Fachkräftemangel zur ganzen Thematik leistet und welche Massnahmen aufgrund der gegebenen Entwicklungen ergriffen werden müssen.

2. Ausgangslage

Wie bereits erwähnt, ist in den Psychiatrien der Schweiz und Deutschland seit geraumer Zeit ein zunehmender Fachkräftemangel besonders im Berufsfeld der Assistenzärztinnen und -ärzte zu beobachten, wie Schneider, Falkai und Maier (2012) darlegen. Das Bundesamt für Statistik (2015) hält in seiner Publikation zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz bis zum Jahre 2045 fest, dass die Schweizer Wirtschaft auch in den kommenden Jahren robust bleibt und die Nachfrage an qualifizierten Arbeitskräften bestehen bleibt. Zugleich wird sich der Zustrom an ausländischem Fachpersonal aufgrund der verbesserten Konjunktur der Euroländer verringern. Das SECO (2014) verdeutlicht, dass dann von Fachkräftemangel gesprochen wird, wenn die Nachfrage nach Arbeitskräften mit spezifischen Qualifikationen das Angebot der vorherrschenden Bedingungen übersteigt. Neben der Quantität, also der Anzahl freier Stellen, ist mit dem Fachkräftemangel auch die Qualität angesprochen. Wird es in den kommenden Jahren möglich sein, genügend potentielle Arbeitnehmende mit den gewünschten Qualifikationen rekrutieren zu können oder nicht?

2.1. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Das SECO (2014) bringt zum Ausdruck, dass der Fachkräftemangel in verschiedenen Berufsfeldern unterschiedlich verbreitet ist. Wunsch et al. (2014) bekräftigen, dass die Schweiz den Bedarf an Fachkräften besonders im Gesundheitswesen bereits heute nur noch über Zuwanderung lösen kann. Dies steht jedoch in Konflikt mit der Tatsache, dass die Schweiz die Zuwanderung begrenzen will, beziehungsweise künftig sogar zu verringern gedenkt. Wunsch et al. (2014) prognostizieren, dass die Schweiz aufgrund des vergangenen Wirtschaftswachstums von zwei Prozent jährlich ihren zukünftigen Arbeitskräftebedarf ohne weitere Nettozuwanderung bereits im Jahr 2020 nicht mehr decken kann. Hochgerechnet bis ins Jahr 2060 würde dies einem Fachkräftemangel von 1,4 Millionen Beschäftigten entsprechen. Diese enorme

Lücke liesse sich gemäss Wunsch et al. (2014) durch technischen Fortschritt und Veränderung der Wirtschafts- und Ausbildungsstrukturen lediglich verringern, nicht aber beseitigen. Weiter wird veranschaulicht, dass allein durch die zunehmende Überalterung der Bevölkerung der Fachkräftemangel ansteigt, denn immer mehr Menschen erreichen ein höheres Alter und sind somit auf eine veränderte und teilweise längere gesundheitliche Betreuung angewiesen. Aufgrund globaler Entwicklungen und der daraus resultierenden Zuwanderung wird das Defizit an Fachkräften vergrössert, was wiederum zur Folge hat, dass Gesundheitspersonal aus unterschiedlichen Ländern einwandern muss, um den steigenden Bedarf zu decken. Wie wirken sich diese Gegebenheiten und Veränderungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten aus? Welche Folgen bringen diese Veränderungen in der Zufriedenheit des Fachpersonals – im vorliegenden Fall der Assistenzärztinnen und -ärzte der Psychiatrie mit sich?

2.2. Fachkräftemangel in der Psychiatrie

Weil die vorliegende Arbeit die Auswirkungen des Fachkräftemangels in einem psychiatrischen Setting untersucht, wird der Fokus nun entsprechend enger gefasst. Die Psychiatrie stellt einen spezifischen Bereich im Gesundheitswesen dar. Wörtlich übersetzt bedeutet Psychiatrie Seelenheilkunde und wird als Teilgebiet der Klinischen Medizin verstanden, welches nach Fröhlich (2010) „neben der Diagnose und nichtoperativen, stationären oder ambulanten medikamentösen Therapie sowie der Psychotherapie von Patienten mit psychischen Störungen Massnahmen der Prävention und Rehabilitation umfasst“ (S. 383).

Trotz zunehmender Arztzahlen herrscht in der Psychiatrie ein gravierender Mangel an medizinischen Fachkräften, wie Schneider et al. (2012) in ihrem Bericht *Psychiatrie 2020 plus* festhalten. Sie untermauern damit die Aussagen des SECO (2014) im vorliegenden Bericht. Seit einiger Zeit ist in Psychiatrischen Kliniken eine markant wachsende Nachfrage psychiatrisch- psychotherapeutischer Leistungen zu beobachten. Schneider et al. (2012) haben explizit die Stellensituationen in psychiatrisch- psychotherapeutischen Kliniken untersucht und erkannt, dass der Fachkräftemangel bei Assistenzärztinnen und -ärzten ausgeprägter ist als bei Fachärztinnen und -ärzten. Die Psychiatrie gehört zu den Fachgebieten mit dem höchsten Ärztemangel. Besonders dringlich werden Assistenzärztinnen und -ärzte gesucht. Fast 60 % aller vakanten Stellen entfallen auf sie. Die Dunkelziffer ist wohl noch grösser, da viele Kliniken in ihrer Not Kompensationsmassnahmen ergreifen und ärztliche Stellen mit Psychologinnen und Psychologen besetzen. Giacometti-Bickel et al. (2013) machen deutlich, dass der Schweiz bis im Jahr 2020 mehr als 1000 Assistenzärztinnen und -ärzte in Fachbereich Psychiatrie fehlen werden. Schon heute werden über 70 % der Assistenzärztinnen und -ärzte aus dem Ausland rekrutiert. Kliniken der Psychiatrie und Psychotherapie sehen einen Grund

des Mangels im schlechten Image psychiatrisch- psychotherapeutischer Kliniken. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte scheuen das Fachgebiet der Psychiatrie aus Gründen der schlechten Vereinbarung von Familie und Beruf, bedingt durch wechselnde Arbeitsschichten und lange Arbeitszeiten bei hoher psychischer Belastung sowie unterdurchschnittlich schlechter Bezahlung. Giger (2002) erklärt, dass durch die nun eingeführte Reduktion der Arbeitszeiten für Assistenzärztinnen und -ärzte ein noch grösserer Bedarf an ärztlichen Arbeitskräften nötig wird, um die zunehmenden Dienstleistungen besonders im stationären Bereich erbringen zu können. In Deutschland werden zur Steigerung der Attraktivität vieler Kliniken Not- und Bereitschaftsdienste speziell honoriert, um das Lohnniveau dem der Schweiz anpassen zu können. Dies führt dazu, dass die Attraktivität von Schweizer Kliniken besonders für Deutsche Fachkräfte hinfällig wird, was mit grossen Problemen verbunden ist, da besonders deutschschweizerische Psychiatrien fast 80 % ihrer ärztlichen Mitarbeitenden aus den umliegenden Ländern der EU rekrutieren.

Durch die zunehmende Schwierigkeit, deutsche Assistenzärztinnen und -ärzte rekrutieren zu können, wird gemäss Jäggi (2012) vermehrt auf Fachkräfte aus anderen EU-Ländern sowie Nicht-EU-Ländern zurückgegriffen. Jäggi (2012) beschreibt in ihrem Artikel, dass Psychiatrische Kliniken nicht mehr die beste aller Bewerbungen aussuchen können, sondern die weniger qualifizierten Bewerberinnen und Bewerber einstellen müssen. Ein weiterer Grund des zunehmenden Fachkräftemangels in der Psychiatrie ist, ähnlich der Allgemeinmedizin, eine überdurchschnittliche Frühpensionierung vieler Psychiater bei einer gleichzeitigen Zunahme psychiatrischer Fälle. Gemäss Leutwyler (2012) hat sich die Zahl der Facharztstitel vom Jahr 2007 bis ins Jahr 2011 von 204 auf 131 reduziert – 76 dieser 131 Schweizer Titel wurden von Fachkräften erworben, welche aus dem Ausland stammen. Bei den Assistenzärztinnen und -ärzten können lediglich 36 Prozent ein Schweizer Diplom vorweisen. Jäggi (2012) unterstreicht die Notlage durch die Zahl der Studienabgänger der grössten Medizinischen Fakultät der Schweiz, welche im Jahr 2012 eine Ausbildung zum Psychiater absolviert haben – es sind deren zwei.

Wenn sich in den kommenden Jahren keine markanten Veränderungen zeigen und beispielsweise mehr Studienplätze geschaffen werden, wird es zu einem gravierenden Versorgungsengpass kommen (Giacometti-Bickel et al., 2013). Im schlimmsten Fall müssen psychiatrische Angebote eingestellt werden. Eine weiterhin hochstehend qualifizierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist stark gefährdet. Es wird sogar postuliert, dass der steigende Bedarf an psychiatrischen Behandlungsangeboten schon bald nicht einmal mehr mit Assistenzärztinnen und -ärzten aus dem Ausland gedeckt werden kann. Wenn sich nun noch

die Gesetzeslage der Schweiz ändert und die Zuwanderung mittels Kontingenten gesteuert wird, wird die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, wie sie heute existiert, schon in naher Zukunft nicht mehr aufrechterhalten werden können. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betrachten, wie sich die derzeitige Situation in der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen gestaltet.

2.3. Situation in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen

Die Gegebenheit in der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen (PKM) gestaltet sich genauso herausfordernd, wie bereits dargelegt worden ist. Obwohl sich die Klinik an der Grenze zu Deutschland befindet, verläuft die Rekrutierung von Assistenzärztinnen und -ärzten aus dem deutschen Raum genauso schleppend, wie in der Schweiz. Durch unerwartete Fluktuationen verschärft sich die Situation zusätzlich. Um eine hochstehende Versorgung aller Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können, sieht sich die Geschäftsleitung der PKM in ihrer Not seit einiger Zeit gezwungen, Assistenzärztinnen und -ärzte aus dem gesamten EU-Raum zu rekrutieren sowie aus Drittstaaten. Auch unter den aus dem EU-Raum rekrutierten Assistenzärztinnen und -ärzten stammen schon viele Bewerberinnen und Bewerber aus Drittstaaten.

Die Beschaffung von Personal aus dem Ausland, besonders aus Drittstaaten, birgt jedoch beträchtliche Hürden, da viele behördliche Aspekte geklärt werden müssen, welche sehr viel Zeit in Anspruch nehmen und in der PKM teilweise einen akuten Notstand an Assistenzärztinnen und -ärzten verursachen. Neben Herausforderungen bei der Rekrutierung von Personal aus dem Ausland treten weitere Schwierigkeiten in Erscheinung. Zum einen entstehen Sprachhürden zwischen Assistenzärztinnen und -ärzten und Patientinnen und Patienten, zum anderen können unterschiedliche kulturelle Werte und Normen die therapeutische Gesprächssituation beeinflussen. Gemäss Rütten und Santel (2011) ist es in einem Psychiatrischen Setting von besonderer Bedeutung, Kenntnisse unterschiedlichster kultureller Gegebenheiten und Hintergründe zu besitzen.

In der vorliegenden Arbeit soll deshalb ergründet werden, ob sich die zunehmende kulturelle Vielfalt auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie auf die Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte auswirken. Daraus lassen sich für die PKM im besten Fall Handlungsempfehlungen für eine zukünftige Beschäftigung von Assistenzärztinnen und -ärzte aus dem Ausland ableiten.

Im nächsten Kapitel soll nun erläutert werden, was unter dem Konstrukt Kultur überhaupt verstanden wird und wie sich der aktuelle Forschungsstand zur übergeordneten Fragestellung präsentiert.

3. Theoretischer Hintergrund

Im vorliegenden Kapitel wird die zentrale Kulturtheorie beschrieben. Für die vorliegende Arbeit ist die Theorie methodisch bedeutsam, da eines der zentralen Instrumente auf ebendieser begründet ist.

3.1. Hofstedes Kulturdimensionen

Fröhlich (2010) beschreibt Kultur als interkulturelle Aspekte „innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, die als ethnische, geografische und sprachliche Einheit verstanden wird“ (S. 296). Weiter bezieht sich das Konstrukt der Kultur auf die Gesamtheit aller Künste, Mythen, sozialen Normen, Werte und Gewohnheiten, eingeschlossen deren Entstehung und Auswirkungen. Jeder Aspekt weist je nach Kultur eine individuelle Ausprägung auf (Hofstede und Hofstede, 2010). Thomas et al. (2005) definieren Kultur als ein universelles Phänomen. Jeder Mensch lebt in einer spezifischen Kultur und entwickelt sich in dieser weiter. „Kultur strukturiert ein für die Bevölkerung spezifisches Handlungsfeld, das von geschaffenen und genutzten Objekten bis hin zu Institutionen, Ideen und Werten reicht“ (S. 22). Das Konstrukt manifestiert sich immer in einem für die Gesellschaft typischen Organisationssystem. Dieses System drückt sich in typischen Symbolen wie Mimik, Sprache, Kleidung oder Gestik aus und wird jeweils an die nächste Generation überliefert. Thomas (2003e) erklärt, dass dieses Organisationssystem Handlungsanreize schafft, jedoch auch Handlungsgrenzen festlegt. Ein Verständnis der eigenen Kultur erlaubt es Individuen, sich in ihrem Umfeld zurecht zu finden und führt dazu, dass individuelle Sichtweisen von Mitmenschen der gleichen Kultur mit grosser Wahrscheinlichkeit verstanden und akzeptiert werden.

In den vergangenen Jahren haben sich Forscher damit beschäftigt, bestimmte Verhaltensweisen auf kulturelle Muster zurückzuführen (Müller & Gelbrich, 2014). Besonders ausführlich beschäftigte sich Hofstede (1980) mit kulturellen Verhaltensweisen und versuchte diese auf spezifische Grunddimensionen zu reduzieren. Ziel der langjährigen Untersuchung von Hofstede (1980) war es, kulturelle Unterschiede zwischen Ländern und Nationen aber auch zwischen Organisationen erklären zu können. Grundlage der Untersuchung bildete der internationale Konzern IBM, in welchem 116'000 Mitarbeitende in 60 verschiedenen Ländern zur Sammlung von Daten befragt wurden. Der Fragebogen wurde dazu in 20 verschiedene Sprachen übersetzt. Anhand mehrerer explorativer Faktorenanalysen konnte Hofstede (1980) fünf Dimensionen manifestieren, welche nun in den nächsten Abschnitten vorgestellt werden.

3.1.1. *Dimension Machtdistanz*

Die erste Dimension, welche Hofstede (1980) entdeckte, war die der Machtdistanz. Sie bedeutet „das Ausmass, bis zu welchem die weniger mächtigen Mitglieder von Institutionen bzw. Organisationen eines Landes erwarten und akzeptieren, dass Macht ungleich verteilt ist“ (S. 57). Die Dimension Machtdistanz basiert somit auf einem Wertesystem von weniger mächtigen Mitgliedern. Je stärker die Ungleichheit empfunden wird und sie gleichzeitig als geeigneter Weg zur Organisation von Sozialwesen betrachtet wird, desto grösser ist die Machtdistanz. Gesellschaften mit grosser Machtdistanz lassen sich beschreiben als Individuen, welche ihren Vorgesetzten blind folgen, eher passiv sind und wenig bis gar nicht in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden (Hofstede, 1980). Diese Form der Machtdistanz ist besonders in asiatischen, afrikanischen und lateinamerikanischen Ländern aber auch in Frankreich, Belgien, Italien und Spanien verbreitet. Demgegenüber werden Personen bei einer geringen Machtdistanz in Entscheidungssituationen miteinbezogen, der Führungsstil ist eher partizipativ¹ geprägt und Vorgesetzte bringen ihren Beschäftigten ein grosses Mass an Vertrauen entgegen. Geringe Machtdistanz lässt sich vorwiegend in Amerika, England, Skandinavien, Deutschland und der Schweiz vorfinden.

3.1.2. *Dimension Individualismus versus Kollektivismus*

Individualismus und Kollektivismus bilden zwei Extremformen einer weiteren Dimension nach Hofstede (1980). Individualismus wird beschrieben als die Tendenz der Menschen, ihre eigenen Interessen zu verfolgen und manifestiert sich in der Akzeptanz eines leistungsbezogenen Lebensstils. Eigene Interessen müssen nötigenfalls mit jenen eines anderen Individuums in Einklang gebracht werden (Hofstede & Hofstede, 2011). Beschäftigte sollen als wirtschaftliche Menschen mit psychologischen und wirtschaftlichen Bedürfnissen handeln. In kollektivistischen Gesellschaften hingegen werden die Interessen der Gruppe dem Interesse des Individuums übergeordnet; es erfolgt eine starke Einbindung in die Gruppe. Harmonie und Solidarität haben Vorrang. Die Beziehung in kollektivistisch geprägten Unternehmungen ist familiär und emotional geprägt. Hofstede und Hofstede (2011) lassen deutlich werden, dass Individualismus besonders in wohlhabenden Ländern verbreitet ist, dazu zählen unter

¹ Der Begriff partizipativ beschreibt eine Form des Führungsstils, also inwiefern Vorgesetzte ihre Mitarbeitenden in Entscheidungen und Verwirklichung von Aufgaben miteinbeziehen. Je weniger Mitspracherecht Mitarbeitende in einer Organisation erhalten, desto weniger partizipativ lässt sich der Führungsstil beschreiben. Der Kommunikationsfluss verläuft mehrheitlich top-down (Schermerhorn, Hunt, Osborn & Uhl-Bien, 2010).

anderem Amerika, Australien aber auch Deutschland und die Schweiz. In ärmeren Regionen der Welt ist eher ein kollektivistischer Ansatz vorzufinden, wie beispielsweise in Japan, dem Kosovo, der Türkei, Slowenien oder Griechenland.

Gemäss Hofstede (1980) herrscht in vielen kollektivistischen Ländern eine grosse Machtdistanz. Das Gegenteil gilt für Länder mit geringer Machtdistanz; die beiden Dimensionen stehen also in einer negativen Korrelation zueinander.

3.1.3. Dimension Femininität versus Maskulinität

Je stärker eine Gesellschaft die Geschlechterrollen differenziert, also die Rollen von Frauen und Männern unterscheidet, desto wahrscheinlicher handelt es sich um eine maskuline Gesellschaft (Müller & Gelbrich, 2014). Zudem streben jene Gesellschaften nach Macht und Anerkennung. In einem organisationalen Kontext sind maskuline Kulturen dadurch geprägt, dass beispielsweise Konflikte durch einen fairen Kampf ausgetragen werden sollen (Hofstede 1980). Dies überträgt sich auch auf die Art der Geschäftsbeziehungen, welche durch Machtkämpfe ausgetragen werden. In Organisationen mit einer femininen Kultur werden Konflikte hingegen durch Kompromisse und Verhandlungen gelöst. Feminine Gesellschaften präferieren Werthaltungen wie Fürsorge und sind daran interessiert, soziale Beziehungen und Lebensbedingungen zu stärken. Nach Hofstede und Hofstede (2011) gelingt es feminin geprägten Ländern besser als maskulin geprägten Staaten, Chancengleichheit in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Wirtschaft und Politik zu schaffen. Als besonders feminin gelten Skandinavien, Portugal und Frankreich. Maskulinität wird vorwiegend mit England oder den USA assoziiert sowie der deutschsprachigen Schweiz, Deutschland oder Japan. Hofstede und Hofstede (2011) bekräftigen, dass im Falle dieser Dimension Länder keine mittleren Ausprägungen aufzeigen sondern sich mehr oder weniger stark durch einen der beiden Pole ausdrücken.

3.1.4. Dimension Vermeidung von Unsicherheit

Unsicherheitsvermeidung drückt nach Hofstede (1980) aus, inwiefern sich Individuen durch unstrukturierte oder unbekannte Situationen bedroht fühlen. Dieses Gefühl drückt sich beispielsweise in einem Bedürfnis nach geschriebenen und ungeschriebenen Regeln aus. Eine starke Neigung, Unsicherheit zu vermeiden, weisen gemäss Hofstede und Hofstede (2011) Länder wie Griechenland, Portugal, Japan, Serbien oder Frankreich auf. Mittlere Werte sind in Deutschland, der Schweiz oder China vorzufinden. Gesellschaften mit starker Unsicherheitsvermeidung erlassen zahlreiche Gesetze und Vorschriften, die beispielsweise Rechte und Pflichten festlegen (Hofstede, 1980). Gemäss Müller und Gelbrich (2014) sind klare unternehmenspolitische Leitlinien und Abläufe in Organisationen ein Indiz für eine ausgeprägte Unsicherheitsvermeidung. Zudem findet sich in solchen Gesellschaften eine erhöhte Zahl

psychisch Erkrankter sowie eine hohe Selbstmordrate und Anzahl Alkoholiker wieder. Rothlauf (2012) erklärt im Gegenzug, dass Gesellschaften mit geringer Unsicherheitsvermeidung zu mehr Offenheit und Risikobereitschaft tendieren und Regeln nur so weit als nötig vereinbart werden. Zudem stehen Entscheidungsprozesse im Mittelpunkt.

3.1.5. Dimension Langzeit- versus Kurzzeitorientierung

Unter Langzeitorientierung verstehen Hofstede und Hofstede (2011) das Verlangen von Gesellschaften, sich auf zukünftigen Erfolg hin auszurichten, beharrlich an Zielen festzuhalten und diese auch zu verfolgen. Kurzzeitorientierung umfasst das Bemühen, individuelle Ziele zu erwirken und nach Idealismus² zu streben. Kurzzeitorientierung ist also gegenwart- und vergangenheitsbezogen. Äusserst Langzeitorientiert sind China, Japan und Indien (Hofstede, 1980). Länder, wie England, Deutschland oder Spanien sind eher kurzzeitorientiert. Die Schweiz und Frankreich befinden sich im Mittelfeld. Kurz- und Langzeitorientierung lassen sich, wie alle Dimensionen von Hofstede (1980), prototypisch ausdrücken. Nach Hofstede und Hofstede (2011) entwickelt jede Kultur entsprechend der beschriebenen Dimensionen Organisationssysteme, Handlungsstandards sowie Handlungsgrenzen.

Die beschriebenen Dimensionen sowie die Arbeit von Hofstede (1980) finden in der Literatur regen Anklang und haben bereits zahlreichen weiteren Studien als solide Ausgangslage gedient. Hofstede (1980) konnte in nachfolgenden Untersuchungen darlegen, dass sein Modell der Kulturdimensionen Gültigkeit besitzt und kulturelle Unterschiede erklären kann. Alle fünf Dimensionen bilden die Grundlage für eines der in dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumente, welches in Kapitel 5.5.1 näher beschrieben wird. Das Konstrukt Kultur wird somit über die fünf beschriebenen Dimensionen operationalisiert. Fortan beziehen sich Aussagen und Argumentationen dieser Arbeit zum Thema Kultur auf die von Hofstede begründeten Dimensionen.

Im nächsten Kapitel wird nun auf den aktuellen Forschungsstand zum Einfluss von Kultur auf die Arbeits- und Patientenzufriedenheit fokussiert.

² Nach Fröhlich (2010) beschreibt Idealismus eine „Orientierung des Denkens und Handelns an einer von Idealvorstellungen geprägten Weltanschauung“ (S. 251).

4. Stand der Forschung und Herleitung der Hypothesen

Der aktuelle Forschungsstand belegt bereits einige Zusammenhänge, welche in der vorliegenden Arbeit untersucht werden sollen. Diese werden nachfolgend dargestellt.

4.1. Einfluss der Kultur auf die Arbeitszufriedenheit

Judge, Parker, Colber, Heller und Ilies (2001) beschreiben Arbeitszufriedenheit als das in der Arbeits- und Organisationspsychologie meist untersuchte Konstrukt. Bezüglich der Definition von Arbeitszufriedenheit bestehen in der Literatur viele unterschiedliche Definitionen. So bezeichnen beispielsweise Bruggemann, Grosskurth und Ulich (1975) Arbeitszufriedenheit als Zufriedenheit mit einem gegebenen organisationalen Arbeitsverhältnis. Arbeitszufriedenheit bezeichnet somit eine Einstellung, die das Arbeitsverhältnis mit allen Aspekten auf einer Beurteilungsdimension von zufrieden bis unzufrieden einordnen lässt. Jacquemin (2010) fasst Arbeitszufriedenheit als Einstellung einer Person zu ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsplatz zusammen,

die diese bewusst und unbewusst durch eine Vielzahl von Erfahrungen während der Arbeit und aufgrund der aus ihrem Arbeitseinsatz resultierenden Ergebnisse entwickelt. Diese Einstellungen beziehen sich dabei auf verschiedene Merkmale der Arbeit wie bspw. räumliche Begebenheiten, erlebte Autonomie oder aber soziale Kontakte mit Vorgesetzten und Kollegen und ergeben in Summe die Arbeitszufriedenheit des Mitarbeiters (S. 16).

Mitarbeitende einer Organisation werden zu einem immer wichtigeren Erfolgspotential, weshalb der subjektiven Bewertung von Arbeitszufriedenheit ein hoher Stellenwert zugesprochen werden muss (Schulte & Winck, 1985). Deshalb wird Arbeitszufriedenheit in der vorliegenden Arbeit in die Untersuchung miteinbezogen. Arbeitszufriedenheit geht mit Variablen wie der Arbeitsmotivation sowie Arbeitsleistung einher (Six und Eckes, 1991; Tellegen, 1985). Fischer (1991) hält fest, dass persönlichkeitspezifische Merkmale wie negativer und positiver Affekt³ einerseits sowie die Arbeitssituation und die spezifische Interaktion zwi-

³ Positiver Affekt beschreibt nach Watson und Tellegen (1985) das Ausmass, inwiefern ein Individuum positiv, enthusiastisch und aufmerksam ist. Hoher positiver Affekt zeichnet sich mitunter durch freudiges Engagement, Energie und Konzentration aus, ein niedriger positiver Affekt hingegen durch Lethargie und Traurigkeit. Negativer Affekt hingegen beschreibt, wie sehr ein Individuum negativ angespannt ist. Hoher negativer Affekt drückt sich durch Gefühlszustände wie Nervosität, Gereiztheit oder Angst aus. Ein niedriger negativer Affekt äussert sich durch Ausgeglichenheit und Ruhe.

schen beiden Faktorengruppen andererseits die Arbeitszufriedenheit massgeblich determinieren. Steel und Ovalle (1984) konnten in ihrer Metaanalyse zudem nachweisen, dass Arbeitszufriedenheit mit Kündigungsverhalten negativ korreliert. Scott und Taylor (1985) postulieren in ihrer Metaanalyse einen mässigen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Absentismus.

Überdies wurde analysiert, ob sich die Arbeitszufriedenheit aufgrund kultureller Einflüsse unterscheidet. Child (1981) weist darauf hin, dass kulturelle Effekte einen äusserst starken Einfluss auf die Bewertung von Arbeit nehmen. Smith und Misumi (1989) zeigen in ihrer Studie auf, dass sich Asiaten im Vergleich mit westlichen Mitarbeitenden als weniger zufrieden äussern. In einer Studie von Kirkman und Shapiro (2001) wurden zwei globale Unternehmungen miteinander verglichen. Dabei hat sich gezeigt, dass nicht die amerikanischen Mitarbeitenden die höchsten Zufriedenheitswerte aufweisen, sondern die Philippiner, gefolgt von den Mitarbeitenden aus Belgien und schliesslich den Finnen. Auch die Kulturdimensionen von Hofstede (1980) wurden zur Erklärung der Unterschiede hinsichtlich der differierenden Höhe der Arbeitszufriedenheit herangezogen. Hui und Yee (1999) postulieren, dass individualistische Kulturen eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Arbeit aufweisen, als kollektivistische Kulturen. Auch Bosau (2009) sowie Spector, Cooper und Sparks (2001) belegen, dass Individualismus hoch positiv mit Arbeitszufriedenheit zusammenhängt. Er belegt zudem, dass Kulturen, welche durch eine geringe Machtdistanz geprägt sind, zufriedener mit ihrer Arbeit sind, also Kulturen mit einer hohen Machtdistanz. Die beschriebene Wirkrichtung des Zusammenhangs von Machtdistanz gilt auch für die Dimensionen Unsicherheitsvermeidung und Langzeitorientierung. Lediglich für die Dimensionen Maskulinität liegen bis anhin unklare Ergebnisse zum Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit vor. Bosau (2009) konnte eine positive jedoch nicht signifikante Tendenz aufzeigen. Six und Felfe (2006) merken an, dass sich Unterschiede besonders dann erkennen lassen, wenn die untersuchten Nationen geographisch weit voneinander entfernt liegen. Nach Hofstede (1980) können sich jedoch auch zwischen Nachbarstaaten, wie beispielsweise der Schweiz und Deutschland oder Österreich, teilweise grosse Differenzen in ihren kulturellen Ausprägungen identifizieren lassen. Diese unterschiedlichen kulturellen Ausprägungen wirken sich auf die Bewertung der Arbeitszufriedenheit aus (Bosau, 2009; Spector et al., 2001). Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ergeben sich deshalb folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Zwischen den fünf Kulturdimensionen und der Arbeitszufriedenheit besteht ein Zusammenhang.

Hypothese 1a: Zwischen der Dimension Machtdistanz und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.

Hypothese 1b: Zwischen der Dimension Maskulinität und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.

Hypothese 1c: Zwischen der Dimension Unsicherheitsvermeidung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.

Hypothese 1d: Zwischen der Dimension Individualismus und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.

Hypothese 1e: Zwischen der Dimension Langzeitorientierung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.

4.2. Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit

Neben dem Einfluss der Kultur auf die Arbeitszufriedenheit soll auch ein möglicher Zusammenhang zwischen der Arbeits- und Patientenzufriedenheit untersucht werden. Wüthrich-Schneider (1998) definiert Patientenzufriedenheit als eine Reaktion auf medizinische Massnahmen unter verschiedenen Aspekten. Das Ausmass der Patientenunzufriedenheit lässt sich daran messen, wie Patientinnen und Patienten das Eintreten oder Ausbleiben eines erwünschten Ereignisses bewerten. Es wird zudem davon ausgegangen, dass Patientinnen und Patienten mit der Bewertung ihrer Zufriedenheit ausdrücken, inwiefern für sie erwartete und tatsächlich erhaltene Leistung übereinstimmen. Patientinnen und Patienten erwarten heute nicht nur eine hervorragende medizinische Leistung, sondern auch einen guten Service durch das Gesundheitspersonal (Schneider et al., 2010, Schwetje, 1999). Sie fordern verständlichere und angemessenere Informationen sowie eine verstärkte Berücksichtigung ihrer persönlichen Rechte.

Patientenzufriedenheit ist somit auch als subjektive Bewertungskomponente zu verstehen, welche gemäss Blum (1998) entscheidend durch personale Elemente beeinflusst wird. Die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens haben entscheidenden Einfluss darauf, wie sehr sich die Patientinnen und Patienten in einer Klinik aufgehoben und somit Zufriedenen fühlen (Stock-Homburg, 2012). In diesem Zusammenhang wird vermutet, dass auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nimmt. Unternehmen fokussieren sich seit einigen Jahren vermehrt auf die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeitenden, weil sich diese auf die Zufriedenheit von Kundinnen und Kunden auswirkt (Koop, 2004) Aus diesem Grund investieren Organisationen auch vermehrt in die systematische Messung und Steigerung der Arbeitszufriedenheit ihrer Beschäftigten. Es wird vermutet, dass

sich die Zufriedenheit der Mitarbeitenden indirekt über ihr Verhalten gegenüber ihren Patientinnen und Patienten auf deren Zufriedenheit impliziert.

Da Patientinnen und Patienten in einer Psychiatrischen Klinik in einem äusserst personenbezogenen Kontext therapiert werden, in welchen das therapeutische Gespräch im Mittelpunkt steht, wird angenommen, dass die Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nimmt (Möller, Laux und Deister, 2012). In einer umgekehrten Wirkrichtung konnte Ziesche (2008a) bestätigen, dass die Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten durch die Interaktion mit ihren Patientinnen und Patienten geformt wird. Aus diesen Erkenntnissen wird ein Zusammenhang zwischen Arbeits- und Patientenzufriedenheit angenommen und deshalb folgende Hypothese postuliert:

Hypothese 2: Zwischen der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte und der Patientenzufriedenheit besteht ein Zusammenhang.

4.3. Einfluss der Kultur auf die Patientenzufriedenheit

Nicht vernachlässigt sei der Aspekt des Einflusses von Kultur auf die Patientenzufriedenheit. In Kapitel 4.1 ist bereits erläutert worden, dass unterschiedliche Studien einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Kultur aufzeigen konnten. In Kapitel 4.2 wurde festgehalten, dass auch zwischen Arbeitszufriedenheit und Patientenzufriedenheit ein Zusammenhang besteht. Aus diesem Grund wird angenommen, dass auch zwischen Kultur und Patientenzufriedenheit ein Zusammenhang existiert. David (2011) bestätigt, dass Kultur einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nehmen kann. Es wird allerdings vermutet, dass der Zusammenhang indirekt besteht und über Arbeitszufriedenheit mediiert wird, da sowohl Patientenzufriedenheit als auch Kultur mit Arbeitszufriedenheit zusammenhängen. Weil in einem ersten Schritt aber überprüft werden möchte, ob ein direkter Zusammenhang zwischen Kultur und Patientenzufriedenheit besteht und erst in einem zweiten Schritt eine Mediation berechnet werden soll, werden die Hypothesen wie folgt formuliert.

Hypothese 3: Die fünf Kulturdimensionen hängen mit Patientenzufriedenheit zusammen.

Hypothese 3a: Die Dimension Machtdistanz hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.

Hypothese 3b: Die Dimension Individualismus hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.

Hypothese 3c: Die Dimension Unsicherheitsvermeidung hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.

Hypothese 3d: Die Dimension Maskulinität hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.

Hypothese 3e: Die Dimension Langzeitorientierung hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.

5. Methodik und Vorgehen

Nachdem der aktuelle Forschungsstand präsentiert und die daraus abgeleiteten zentralen Hypothesen dargestellt worden sind, werden im vorliegenden Kapitel das Untersuchungsdesign sowie die verwendeten Instrumente näher beschrieben, durch welche die Hypothesen getestet worden sind. Weiter findet sich eine ausführliche Erläuterung der Stichprobe sowie zum Ablauf der Datenerhebung und -auswertung.

5.1. Untersuchungsdesign und Strategie

Aufgrund der vorliegenden Fragestellung sowie der definierten Hypothesen ergibt sich das nachfolgend dargestellte Untersuchungsdesign (vgl. Abb. 1). Mit dieser Darstellung sollen die einzelnen Variablen aufgezeigt sowie die bereits vorgestellten Hypothesen eine Einordnung erfahren.

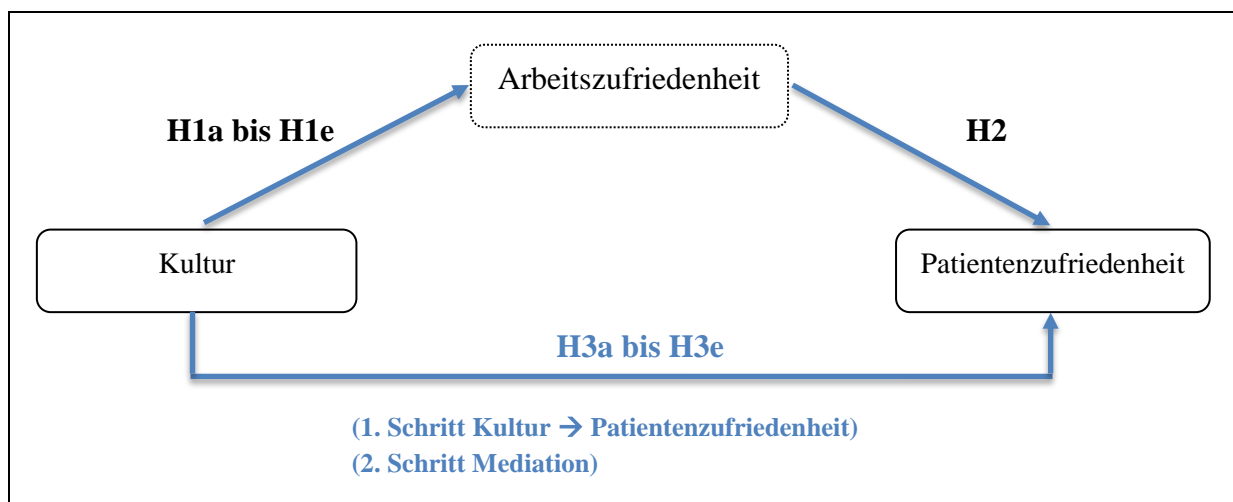


Abbildung 1: Untersuchungsdesign mit Zuordnung der entsprechenden Hypothesen

Die vorherrschende Untersuchungsstrategie ist nach Sonnentag (2006) eine nicht-experimentelle Untersuchung, da keine Manipulation von Variablen vorgenommen worden ist. Alle Variablen sind anhand von drei verschiedenen Fragebögen so erfasst worden, wie sie ohne Einflussnahme durch eine Untersuchungsperson auftreten. Sonnentag (2006) hält fest, dass mit dieser Form der Untersuchung Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge eher schwer er-

klärt werden können. Damit dies dennoch möglich war, sind zusätzlich Kovariaten erhoben worden, welche aus der Theorie hervorgehen. So können plausible Alternativerklärung möglichst ausgeschlossen werden (vgl. Kap. 5.5.2). Die Untersuchungsstrategie wurde gewählt, weil eine qualitative Befragung nicht alle Variablen in diesem Umfang hätte abdecken können und eine viel kleinere Stichprobe hätte miteinbezogen werden müssen.

Durch die vorliegende Untersuchungsstrategie können durch die Verwendung von standardisierten Fragebögen und Skalen objektive Daten gewonnen werden. Diese führen durch die Verwendung statistischer Verfahren zu aussagekräftigen Ergebnissen.

5.2. Untersuchungssetting

Die Untersuchung der Zusammenhänge wurde in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (PKM), welche dem Spitalverbund Thurgau angehört, vorgenommen. Die PKM zählt neben drei Externen Psychiatrischen Diensten (EPD) auch eine Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Tagesklinik sowie seit Anfang 2016 eine ambulante Erwachsenenpsychiatrie. Insgesamt sind 705 Personen in den Bereichen Hotellerie, Verwaltung, Ärztlicher und Psychologischer Dienst, Sozialdienst und Pflege tätig. Der Fokus der Untersuchung richtete sich auf die Assistenzärztinnen und -ärzte, welche auf dem Campus der PKM sowie im EPD in Münsterlingen und Romanshorn verortet waren. Überdies wurden die Patientinnen und Patienten, welche aus einer Station auf dem Campus Münsterlingen ausgetreten sind, befragt. De facto waren dies zum Erhebungszeitpunkt zwischen Januar und März 2016 18 Assistenzärztinnen und -ärzte sowie 424 Patientinnen und Patienten. Alle Personen sind in die Stichprobe miteinbezogen worden. Der Tabelle 1 ist zu entnehmen, auf welchen Stationen und an welchen Standorten die Assistenzärztinnen und -ärzte zum Erhebungszeitpunkt tätig waren. Ebenso ist ersichtlich, aus welchen Stationen die Patientinnen und Patienten in diesem Zeitraum ausgetreten sind. Zum Erhebungszeitpunkt waren nicht auf allen Stationen Assistenzärztinnen und -ärzte tätig (vgl. Tab. 1). Ob und wie viele Patientinnen und Patienten der effektiven Stichprobe von einer Station ausgetreten sind, auf welcher keine Assistenzärztinnen und -ärzte tätig waren, ist Kapitel 5.4 zu entnehmen. Um die Anonymität zu wahren wird aber nicht festgehalten, von welchen Stationen die Assistenzärztinnen und -ärzte der Stichprobe stammen, welche in die Auswertung einbezogen worden ist.

Tabelle 1: Standort, Name der Station und Anzahl der Assistenzärztinnen und -ärzte pro Station sowie Aufenthaltsort und Anzahl Austritte von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Standort	Anschrift Station (Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte in Klammern)	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Station
Campus PKM	Station für Akutpsychiatrie 1 (2)	91
	Station für Akutpsychiatrie 2 (1)	52
	Station für Sozialpsychiatrie (2)	29
	Station für frühe Psychosen (1)	9
Campus PKM	Station für Psychotherapie im höheren Lebensalter (1)	10
	Station für Akutpsychiatrie im höheren Lebensalter (2)	49
	Station für Psychotherapie im mittleren Lebensalter (-)	18
	Station für Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen (1)	22
	Station für somatoforme Störungen und transkulturelle Psychotherapie (1)	19
	Station für Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie (1)	16
	Station für Eltern-Kind-Behandlung (1)	4
	Station für Alkoholentzug und Therapie (1)	55
	Station für Drogenentzug und Therapie (1)	34
	Station für Forensische Psychiatrie 1 (-)	4
Station für Forensische Psychiatrie 2 (-)	12	
PD Münsterlingen	Haus B (1)	(Patientinnen und Patienten nicht in Stichprobe einbezogen, weil kein Fragebogen erhalten)
EPD Romanshorn	(2)	(Patientinnen und Patienten nicht in Stichprobe einbezogen, weil kein Fragebogen erhalten)

Bevor nun eine genaue Erläuterung der Stichprobe erfolgt, werden im nächsten Abschnitt zuerst das allgemeine Vorgehen sowie die Akquise der Teilnehmenden beschrieben.

5.3. Akquise und Vorgehen

Die Erhebung der Daten startete im Januar 2016 und endete im Februar 2016. Für die Befragungen zur Kultur sowie zur Arbeitszufriedenheit wurden die Teilnehmenden in einem ersten Schritt persönlich kontaktiert und genau über die Befragung und deren Zweck informiert.

Es wurde erklärt, dass die erste Befragung zu Kultur direkt über einen Link per Email von *ITAP International* zugänglich gemacht würde, weil der Fragebogen in Lizenz verwendet wurde und deshalb nicht selbst versendet werden konnte. Aufgrund der benötigten Emailadressen, welche an ITAP International zur Erhebung der Kultur übergeben werden mussten, wurden die Teilnehmer im persönlichen Kontakt um Erlaubnis gebeten. Den Link zum Kulturfragebogen (*Culture in the Workplace Questionnaire*) erhielten die Teilnehmenden dann direkt in einer Email einer Mitarbeitenden von ITAP International.

Auch der zweite Fragebogen zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit ist über einen Link per Email im gleichen Zeitraum zugänglich gemacht worden. Er wurde persönlich an die Stichprobe versendet. In dieser Email erhielten die Teilnehmenden noch einmal eine ausführliche Instruktion zur Bearbeitung der beiden Fragebögen, welche in Anhang C ersichtlich ist. Gesamthaft wurden für beide Fragebogen je 18 Stück versandt. In einem Abstand von jeweils zwei Wochen erfolgten für beide Befragungen jeweils drei Reminder (vgl. Anhang D). Da beide Fragebogen online bearbeitet werden konnten, sind die Antworten nach Abschluss der Befragung direkt auf dem Server gespeichert worden und mussten zur nachfolgenden Auswertung nur noch ins Auswertungsprogramm überführt werden.

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit startete ebenfalls im Januar 2016 und dauerte bis Ende März 2016. Alle Patientinnen und Patienten der PKM erhalten automatisch zwei Wochen nach Austritt aus der PKM den Münsterlinger Patientenfragebogen. Insgesamt waren dies 424 Patientinnen und Patienten. Auch hier erfolgte nach zwei Wochen ein Reminder. Die beantworteten Fragebogen wurden der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel zugestellt, welche für das Einlesen der Fragebogen verantwortlich ist. Diese Daten wurden anschliessend an das Qualitätsmanagement der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen sowie an die Autorin der vorliegenden Arbeit als SPSS-Datensatz übersandt.

5.4. Stichprobe

Bezüglich der Messung von Arbeitszufriedenheit haben sich 16 Assistenzärztinnen und -ärzte der PKM im Alter zwischen 26 und 46 Jahren ($M = 32.00$; $SD = 5.92$) an der Befragung beteiligt. Die Rücklaufquote betrug 88.8 %, was einer sehr guten Rücklaufquote entspricht (Zöfel, 2003). 13 Personen waren weiblich und drei männlich. Die Assistenzärztinnen und -ärzte hatten unterschiedliche Nationalitäten. Vertreten waren Individuen der Nationen Schweiz und Ungarn mit jeweils 12.5 %, Deutschland mit 25 %, Rumänien mit 19 % sowie China, Kosovo, Serbien, Tunesien und Griechenland mit jeweils 6.2 %. Die durchschnittliche Arbeitszeit der Probandinnen und Probanden beträgt 45.53 Stunden ($SD = 6.99$). 11 Personen leben nicht in der Schweiz, zwei Personen weniger als ein Jahr, eine Person zwischen 1 und 5 Jahren sowie

eine zwischen 6 und 10 Jahren. Nur eine Person lebt seit mehr als 15 Jahren in der Schweiz. 10 Personen, welche nicht in der Schweiz wohnhaft sind, leben in Deutschland und eine Person ist weder in der Schweiz noch in Deutschland wohnhaft. Eine Person lebt dort weniger als ein Jahr, vier Personen zwischen 1 und 5 Jahren. Zwei Assistenzärztinnen und -ärzte leben zwischen 6 und 10 Jahre in Deutschland und weitere vier Personen zwischen 11 und 15 Jahre. 93.7 % der Assistenzärztinnen und -ärzte sind im Ausland geboren, 18.8 % davon in Deutschland. Alle anderen Personen entstammen einem nicht-germanischen Geburtsland. Sieben Personen weisen eine deutsche Spracherfahrung zwischen 1 und 5 Jahren vor, eine weitere Person zwischen 11 und 15 Jahren und acht Personen eine Erfahrung von über 15 Jahren. 10 Assistenzärztinnen und -ärzte arbeiten weniger als ein Jahr in einer Schweizer Psychiatrie. Die restlichen sechs Personen arbeiten zwischen 1 und 5 Jahren in einer Psychiatrie in der Schweiz.

Von den beschriebenen Assistenzärztinnen und -ärzten haben 11 die zweite Befragung zu Kultur beantwortet, was einer ebenfalls sehr guten Rücklaufquote von 61.1 % entspricht (Zöfel, 2003). Die Stichprobe von 11 Personen wurde in die Endauswertung für die Ergebnisse miteinbezogen, da die Beantwortung beider Fragebogen dafür vorausgesetzt wurde. Die Stichprobe bestand aus acht weiblichen und drei männlichen Probandinnen und Probanden. Das Durchschnittsalter betrug 32.60 Jahre ($SD = 0.47$), die Altersspanne bewegte sich zwischen 26 und 46 Jahren. Sieben der 11 Probandinnen und Probanden leben nicht in der Schweiz. Zwei Personen leben weniger als ein Jahr in der Schweiz und eine weitere zwischen 1 und 5 Jahren. Eine Person ist seit über 15 Jahren in der Schweiz wohnhaft. Sechs Personen, welche nicht in der Schweiz leben, wohnen in Deutschland. Eine Person wohnt dort weniger als ein Jahr und eine weitere zwischen 1 und 5 Jahren. Vier Personen wohnen seit mehr als 5 Jahren in Deutschland, aber nur eine Person seit über 15 Jahren. Eine Person wohnt weder in der Schweiz noch in Deutschland. Sieben Assistenzärztinnen und -ärzte arbeiten weniger als ein Jahr in einer Schweizer Psychiatrie und vier Personen zwischen 1 und 5 Jahre. Die mittlere Arbeitszeit beträgt 45.68 Stunden pro Woche ($SD = 6.33$). Vertreten waren Individuen der Nationen, Serbien, Griechenland, Kosovo, Ungarn, Rumänien, Tunesien, China und Schweiz mit 9.1 % sowie Deutschland mit 27.2 %. Etwas mehr als die Hälfte (54.5 %) weisen Spracherfahrungen von über 15 Jahren vor, 9.1 % zwischen 11 und 15 Jahren und rund ein Drittel (36.4 %) eine Spracherfahrung zwischen 1 und 5 Jahren. Zwei Personen wurden in Deutschland und eine Person in der Schweiz geboren. Acht Personen entstammen einem nicht-germanischen Geburtsland. Vier Personen haben ihr Medizinstudium in Deutschland beendet und zwei Personen in der Schweiz. Die restlichen Probandinnen und Probanden haben ihr

Medizinstudium in Rumänien (zwei Personen), Serbien (zwei Personen) oder Tunesien (eine Person) absolviert. Zur Wahrung der Anonymität wurde nicht angegeben, von welchen Stationen die Assistenzärztinnen und -ärzte stammen, weil eine Identifizierung aufgrund der kleinen Stichprobe wahrscheinlich war. Die Teilnahme an den Befragungen war in beiden Fällen fakultativ. Es wurde keine Entschädigung entrichtet. Die Erlaubnis zur Durchführung der Befragungen wurde vorgängig durch die Leitung der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen schriftlich eingeholt.

Die Stichprobe zur Messung der Patientenzufriedenheit umfasste 103 Teilnehmende in einem Alter zwischen 16 und 90 Jahren ($M = 51.64$; $SD = 18.25$). Von 95 Personen waren 47 Personen weiblich und 48 männlich. Acht Personen haben keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht. Die Rücklaufquote, auf Berechnungsbasis des ersten Quartals aller aus der PKM ausgetretenen Patientinnen und Patienten (424 Personen), beträgt 24.3 %. Der Rücklauf kann mit fast 25 % als gut bezeichnet werden (Zöfel, 2003). Von den 72 Patientinnen und Patienten, die Angaben zur Station gemacht haben, auf welcher sie verortet waren, stammen 22.3 % von der Station *Akutpsychiatrie 1*, je 6.9 % von den Stationen *Akutpsychiatrie 2*, *Sozialpsychiatrie*, *Drogenentzug und Therapie*, *Psychotherapie Alter* und der Station *Persönlichkeitsstörungen*. Je 5.5 % waren auf der Station *Frühe Psychosen* und *Akutpsychiatrie Alter*, 12.6 % auf der Station *Psychotherapie im mittleren Lebensalter*, 16.8 % auf der Station für *Alkoholentzug und Therapie* und je 1.4 % auf den Stationen *Transkulturelle Psychotherapie* und *Adoleszenzpsychotherapie*. Bis auf die Station *Psychotherapie im mittleren Lebensalter* waren auf allen genannten Stationen Assistenzärztinnen und -ärzte tätig. Die Patientinnen und Patienten hatten im Mittel etwa 1.99 Aufenthalte in der Klinik ($SD = 1.98$), wobei die Länge des Aufenthalts 3.11 Wochen betrug ($SD = 0.99$). Von den 80 Patientinnen und Patienten, welche sich zu ihrer Nationalität geäußert haben, waren 77.1 % Schweizer, jeweils 1.3 % waren Staatsangehörige des Fürstentum Lichtensteins, aus Grossbritannien, Österreich, der Niederlande, Serbien und Slowenien. Weitere 5.0 % der Patientinnen und Patienten besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft und jeweils 3.8 % jene von Mazedonien, der Türkei und 2.5 % von Italien. Alle Patientinnen und Patienten haben freiwillig an der Befragung teilgenommen. Auch hier stand keine Entschädigung in Aussicht. Die Erlaubnis zur Durchführung der Befragung sowie zur Verwendung der klinikeigenen Daten des *Münsterlinger Patientenfragebogens* wurde ebenfalls vorgängig bei der Klinikleitung eingeholt.

5.5. Methodenwahl und verwendete Instrumente

Auf die Verwendung möglichst valider Instrumente wurde Wert gelegt, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu unterstützen. Die gewählten Instrumente und Skalen erfassten die zu untersuchenden Variablen dabei in einem angemessenen Umfang. Sie werden in den nächsten Abschnitten vorgestellt.

5.5.1. *Culture in the Workplace Questionnaire*

Eines der gewählten Instrumente war der Culture in the Workplace Questionnaire (CWQ). Der Fragebogen wurde von Hofstede (2001) persönlich entwickelt und in der vorliegenden Untersuchung von ITAP International in Lizenz verwendet. Er basiert auf den von Hofstede (1980) manifestierten fünf Dimensionen, welche in Kapitel 3.2 bereits näher beschrieben worden sind. Das Konstrukt Kultur wird anhand der fünf Dimensionen nach Hofstede (1980) operationalisiert. Der Fragebogen kann auf Englisch, Chinesisch, Spanisch und Deutsch bearbeitet werden. Der CWQ beschreibt sich als sehr praxisnaher Fragebogen und umfasst 60 Items, welche die jeweiligen Ausprägungen der Teilnehmenden in den fünf beschriebenen Dimensionen auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 = *stimme gar nicht zu* bis 5 = *stimme voll zu*, messen. Ein Beispielitem ist: *Die besten Organisationen sind wie eine grosse Familie.*

Demografische Daten werden am Ende des Fragebogens erhoben. Erfragt wurden unter anderem die Berufsbezeichnung, das Alter sowie ein persönlicher Identifizierungscode. Bing und Krukenberg (2006) beschreiben den CWQ als ein Instrument, welches ein individuelles kulturelles Bild einer jeden Person zu ermitteln erlaubt. Der CWQ wurde bereits von vielen Personen aus unterschiedlichsten Kulturen aus der ganzen Welt bearbeitet. Bing und Krukenberg (2006) betonen, dass der Fragebogen besonders geeignet ist, um einerseits mehr über unterschiedliche oder auch ähnliche Einstellungen bezüglich Arbeit und Kommunikation zu erfahren. Andererseits vermittelt der CWQ Probandinnen und Probanden ein besseres Verständnis über ihre eigenen kulturgeprägten Verhaltensweisen und Werte. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Werte, welche mit dem CWQ gemessen werden, individuell sind. Zu behaupten, dass beispielsweise Teilnehmer aus den USA stark individualistisch sind, weil aus der IBM-Länderstudie von Hofstede (1980) hervorgeht, dass Amerikaner einen hohen Wert in der Dimension aufweisen, basiert auf keinerlei wissenschaftlicher Basis. Individuelle Werte, welche anhand des CWQ gemessen werden, weichen oft von den Länderwerten der IBM-Studie ab, da in jeder Nation unterschiedlich starke kulturelle Ausprägungen vorkommen können. Der Test zeichnet sich durch eine hohe Augenscheinvalidität aus. Zudem liefern Bing und Krukenberg (2006) Belege dafür, dass die fünf Dimensionen unabhängig voneinander sind.

Da der Fragebogen in Lizenz verwendet wurde, konnten weder Auszüge im Anhang publiziert werden, noch konnte eine Berechnung der Reliabilität erfolgen. Weitere Fragebogen von Hofstede (1980) finden für die vorliegende Untersuchung deshalb keine Verwendung, weil diese Instrumente Daten auf nationalem Niveau erfassen und gemäss Hofstede (1980) nicht für eine Messung auf individuellem Niveau zulässig sind.

5.5.2. Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit

Um sodann die Variable Arbeitszufriedenheit operationalisieren zu können, wurden Überlegungen angestellt, welche Skala eine ökonomische Messung zulassen würde. In Anlehnung an die Studie von Daniel und Sonnentag (2015) wurden fünf Items des Indexes von Brayfield und Rothe (1951) übernommen, welche das Ausmass erfassen, inwieweit Arbeitnehmende mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Diese Skala wurde gewählt, weil sie sehr kurz ist und gemäss Brayfield und Rothe (1951) eine hohe Reliabilität und darüber hinaus eine hohe Augenscheinvalidität aufweist. In der Tat beträgt Cronbach's Alpha für die ganze Skala .916. Die verwendeten Items besitzen eine fünfstufige Likertskala, welche von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft völlig zu* reichen. Die Items wurden von Daniel und Sonnentag (2015) bereits aus dem Englischen zuerst in die deutsche Sprache adaptiert und anschliessend noch einmal zurückübersetzt, um gewährleisten zu können, dass inhaltliche Aspekte korrekt übernommen wurden. Beispielitems lauten folgendermassen: *Ich fühle mich ganz zufrieden mit meiner derzeitigen Arbeit* oder *Ich finde für meine Arbeit wirklich Freude*.

Da, wie bereits erwähnt, der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang in einer nicht-experimentellen Untersuchung nur schwer erfasst werden kann, wurden im Fragebogen zusätzlich Kovariaten, wie aktueller *negativer* und *positiver Affekt* miterhoben. So können mögliche Alternativerklärungen abgewendet werden. Besonders positiver Affekt korreliert hoch positiv mit Arbeitszufriedenheit (Tellegen, 1985). Zur Operationalisierung wurde die *Positive and Negative Affect Schedule* von Watson, Clark und Tellegen (1988) verwendet. Beispielitems für positiven Affekt sind: *wach*, *entschlossen* und für negativen Affekt: *verwirrt* oder *ängstlich*.

Die Skala besteht aus 20 Items (jeweils 10 Items zu positivem und negativem Affekt) und weist eine fünfstufige Likertskala vor (1 = *gar nicht* bis 5 = *äusserst*). Die faktoriell begründeten Skalen sind gemäss Krohne, Egloff, Kohlmann und Tausch (1996) äusserst reliabel sowie unabhängig voneinander. Für die Skala *Negativer Affekt* beträgt die errechnete Reliabilität .877 und für die Skala *Positiver Affekt* .403. Auch in dieser Befragung wurden demografische Daten erhoben, wie beispielsweise die Anzahl Arbeitsstunden pro Woche, die Anzahl Berufsjahre in einer deutschsprachigen Psychiatrie oder auch die Nationalität der Eltern. Diese wei-

chen jedoch von jenen demografischen Daten, welche im CWQ erfasst wurden, ab. In beiden Fragebögen, dem hier beschriebenen sowie dem CWQ, wurden die teilnehmenden Assistenzärztinnen und -ärzte dazu aufgefordert, einen persönlichen Identifizierungscode einzugeben, um die Daten später bei der Auswertung zusammenführen zu können. Der Fragebogen wurde schliesslich im Online-Tool *Unipark* erstellt und ist in Anhang E vollständig ersichtlich.

5.5.3. *Münsterlinger Patientenfragebogen*

Im vorliegenden Abschnitt soll nun noch der Münsterlinger Patientenfragebogen näher erläutert werden (vgl. Anhang F). Um die Variable der Patientenzufriedenheit untersuchen zu können, wurde das bereits bestehende Instrument der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen verwendet – der Münsterlinger Patientenfragebogen (MüPF). Der MüPF wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Konstanz und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen zur Qualitätsentwicklung in der klinischen Psychotherapie entwickelt und anschliessend über mehrere Jahre gemeinsam mit der Université de Neuchâtel validiert und weiterentwickelt (Bäuerle, Radebold, Hirsch, Studer, & Schmid-Furstoss, 2000). Der Fragebogen ist gut validiert und verfügt über eine gute Reliabilität ($\alpha = ,896$). Er besteht aus 27 Items, welche über eine siebenstufige Likertskala verfügen (1 = *trifft überhaupt nicht zu* bis 7 = *trifft voll und ganz zu*). Aus den genannten Gründen fand er Anwendung für die vorliegende Untersuchung. Beispielsitems sind: *Das Wesen meiner Krankheit wurde mir erklärt* oder *Ich fühle mich vom Klinikpersonal respektvoll behandelt*.

Über mehrere Jahre wurde der Fragebogen weiterentwickelt und validiert. Anhand des Fragebogens lassen sich Daten vom Eintritt bis und mit Austritt der Patientinnen und Patienten erfassen. Zudem lassen sich die Zufriedenheit mit der Behandlung sowie verschiedene Aspekte zur Zufriedenheit mit der Hotellerie und ein Gesamturteil für die Psychiatrie beziehungsweise der Psychotherapie festhalten. Der Fragebogen darf von anderen Kliniken sowie Interessierten verwendet werden, unter der Bedingung, dass die Herkunft des Fragebogens genannt wird und ohne dass gemeinsame Items verändert werden. Es ist zudem erlaubt, dass klinikspezifische Fragen hinzugefügt werden dürfen.

5.5.4. *Übersicht der verwendeten Instrumente und Skalen*

Die Tabelle 2 soll noch einmal alle Fragebogen zusammenfassen und aufzeigen, welche Skalen in welchem Fragebogen Verwendung gefunden haben.

Tabelle 2: Zusammenfassung verwendeter Instrumente

Instrument	Konstrukt	Skalen (Anzahl Items in Klammern)	Quelle
Culture in the Workplace Questionnaire	Kultur	Machtdistanz (12) Femininität vs. Maskulinität (12) Langzeit- vs. Kurzzeitorientierung (12) Vermeidung von Unsicherheit (12) Individualismus vs. Kollektivismus (12)	Instrument von ITAP International, entwickelt von Hofstede (1980)
Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit	Arbeitszufriedenheit	Arbeitszufriedenheit (5) Positiver Affekt (10) Negativer Affekt (10)	Originalskala von Brayfield und Rothe (1951), deutsche Übersetzung von Daniel und Sonntag (2015)
Münsterlinger Patientenfragebogen	Patientenzufriedenheit	Zufriedenheit (3) Eintritt (2) Aufenthalt (19) Austritt (3)	Klinikinternes Instrument der PKM

5.6. Analysemethoden

Die Daten wurden im IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 22 ausgewertet. In einem ersten Schritt wurde eine deskriptive Auswertung vorgenommen. Die deskriptiven Ergebnisse wurden vorwiegend zur Beschreibung der Stichprobe verwendet (vgl. Kap. 5.4). Die Auswertung erfolgte anhand der Parameter Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). Danach wurden die Hypothesen überprüft (vgl. Kap. 6.2). Überdies wurden die Variablen Arbeitszufriedenheit, Patientenzufriedenheit sowie die fünf Kulturdimensionen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test einer Normalverteilungsprüfung unterzogen. Bei der Analyse hat sich gezeigt, dass lediglich die Dimensionen Unsicherheitsvermeidung und Maskulinität signifikante Abweichung von der Normalverteilung zeigen. Alle übrigen Skalen sind normalverteilt (vgl. Anhang G).

Zur Analyse der Hypothesen wurden einerseits hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt, andererseits wurde das SPSS-Makro PROCESS zur Überprüfung der Mediationshypothesen verwendet. Nachfolgend werden die verschiedenen Verfahren zur Analyse kurz vorgestellt.

5.6.1. Korrelation

Für eine erste Übersicht sowie im Rahmen einer deskriptiven Analyse wurden zu Beginn alle zentralen Variablen miteinander korreliert. Die Korrelation wurde mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet, da alle Variablen intervallskaliert sind (Zöfel, 2003). Cohen (1992) beschreibt einen Pearson-Korrelationskoeffizienten (r) von .10 als kleine, .30 als mittlere sowie .50 als grosse Effektstärke. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt (vgl. Kap. 6.1.1).

5.6.2. Regressionsanalyse (hierarchische Regression)

Die Hypothesen 1a bis 1e, Hypothese 2 sowie die Hypothesen 3a bis 3e, wurden im ersten Schritt mittels hierarchischer Regressionsanalyse überprüft. Mit Hilfe einer hierarchischen Regressionsanalyse lässt sich untersuchen, wie stark die Abhängigkeit einer abhängigen Variable von mehreren unabhängigen Variablen ist. Die Zusammenhänge lassen sich nicht nur quantitativ beschreiben und erklären, es ist möglich, unbekannte Werte der abhängigen Variablen zu schätzen. Aus den genannten Gründen wurde die hierarchische Regression angewendet (Bortz & Döring, 2006). Im vorliegenden Fall handelt es sich gemäss Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006) um eine Ursachenanalyse. Es wird untersucht, wie stark der Einfluss der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable ist. Bei einer hierarchischen Regressionsanalyse werden die Variablen nicht simultan in die Analyse miteinbezogen, sondern in einer bestimmten Reihenfolge. In einem ersten Schritt wurden jeweils die Kovariaten positiver und negativer Affekt einbezogen. In einem zweiten Schritt jeweils eine oder mehrere der zu untersuchenden Variablen.

So konnte überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen (UV's) sowie den abhängigen Variablen (AV's) besteht.

Zur Testung der Hypothesen 3a bis 3e wurde im zweiten Schritt eine Mediation berechnet. Dazu wurde das SPSS-Makro PROCESS von Hayes (2013a) verwendet, welches die Durchführung einer Mediationsanalyse ermöglicht. Damit lässt sich ein Bootstrapping durchführen, wobei die Stichprobe als Population behandelt wird (Baltes-Götz, 2015). Bootstrapping ist ein Analyseinstrument zur Schätzung von unbekanntem Grössen und ist eine Methode des Resampling (Efron & Tibshirani, 1993). Durch Ziehen und Zurücklegen werden zahlreiche Sekundärstichproben mit derselben Grösse der Originalstichprobe ermittelt. Es wird also eine viel grössere Stichprobe (mindestens 1000) simuliert. Dadurch entsteht eine empirische Stichprobenkennwertverteilung, woraus sich Konfidenzintervalle und Testentscheidungen konstruieren lassen, die nicht von einer Normalverteilung abhängig sind. Gemäss Preacher und Hayes (2008) macht ein Bootstrapping keine Annahmen über die Form der Stichproben-

verteilung, wie der Sobel Test und ist somit ein stabilerer Test. Die Bootstrap-Konfidenzintervalle kalkulieren Unregelmässigkeiten der Stichprobenverteilung von UV und Mediator besser ein. Deshalb sind genauere Schlüsse mit mehr Power gewährleistet. Das Bootstrapping wurde mit der Modellvorlage 4 sowie einem Konfidenzintervall von 95 % und einer Stichprobe von 5000 berechnet. Ob eine Mediationshypothese signifikant ist, wird durch die Angabe des indirekten Effekts geprüft (Hayes, 2013a). Die Bootstrap-Konfidenzintervalle dürfen nicht null enthalten. Dieses Kriterium bildet einen Beleg für den statistisch signifikanten positiven indirekten Effekt und somit für eine signifikante Mediation.

5.7. Pretest

In diesem Abschnitt soll nun kurz erläutert werden, welcher Fragebogen einen Pretest erfahren hat und welche Änderungen vorgenommen wurden.

Da der Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit eigenständig im Online Fragebogentool Unipark erfasst wurde, musste der Fragebogen vor der definitiven Nutzung im Feld von drei Bachelorstudierenden der Hochschule für Angewandte Psychologie auf ihre Praxistauglichkeit hin getestet werden. Dieser Schritt basiert auf Aussagen von Brake und Weber (2009), welche eine Überprüfung von Online-Fragebogen aufgrund technischer Aspekte befürworten. Die Studierenden bearbeiteten die Befragung zu Hause an ihren Electronic Devices, da ihnen der Link der Umfrage per Email zugesendet wurde. So konnte bereits überprüft werden, ob eine Versendung per Email funktionieren würde. Zudem konnte ermittelt werden, welchen zeitlichen Rahmen die Befragung in Anspruch nehmen würde. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug acht Minuten (vgl. Anhang B). Im Fokus standen neben technischen Aspekten auch die Verständlichkeit aller Instruktionen und Fragen sowie die Darstellung des Fragebogens. Verändert wurden die Anzahl Fragen pro Seite, welche im Anschluss an den Pretest in kleinere Abschnitte aufgeteilt wurden. Zudem wurde eine Verbesserung der Darstellung des Ranges im Bereich der Anstellungsdauer vorgenommen. Wo nötig, wurden Formulierungen für eine präzisere Verständlichkeit angepasst. Für den MüPF sowie den CWQ wurden keine Pretests durchgeführt, da beide Fragebogen schon lange im Feld verwendet werden und dadurch eine laufende Anpassung erfahren.

6. Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden nun die Ergebnisse vorgestellt. Zu Beginn werden einige deskriptive Ergebnisse präsentiert. Im Anschluss folgt die Überprüfung der Hypothesen.

6.1. Deskriptive Ergebnisse

In einem ersten Schritt werden die Werte der Interkorrelationen dargestellt sowie die Cronbach's Alpha Werte der verwendeten Skalen. Anschliessend wird auf die Ergebnisse zur optimalen Stichprobengrösse eingegangen.

6.1.1. Mittelwerte, Standardabweichungen, Interkorrelationen und Reliabilitätswerte

Tabelle 3 veranschaulicht die Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen der verwendeten Skalen (*Arbeitszufriedenheit, positiver und negativer Affekt, Patientenzufriedenheit, Machtdistanz, Individualismus, Maskulinität, Langzeitorientierung und Unsicherheitsvermeidung*). Auch die Cronbach's Alpha Werte werden der Vollständigkeit halber noch einmal aufgeführt.

Wie bereits erwähnt, konnte die Reliabilität für die fünf Dimensionen, mit welchen das Konstrukt Kultur operationalisiert worden ist, nicht ermittelt werden, weil der Fragebogen in Lizenz verwendet wurde. Überliefert wurden von ITAP International die Mittelwerte der fünf Dimensionen. Bis auf die Skala positiver Affekt zeigen die übrigen Skalen alle eine gute Reliabilität, da alle Cronbach's Alpha Werte mindestens ein Wert von .877 aufzeigen. Tabelle 3 ist weiter zu entnehmen, dass die Mittelwerte alle im mittleren bis oberen Bereich der Ausprägungen liegen. Besonders hoch ausgeprägt ist die Patientenzufriedenheit ($M = 5.45$; $SD = 1.83$). Die Werte der Arbeitszufriedenheit liegen knapp unter dem Wert 4 ($M = 3.73$; $SD = 1.07$). Mit einem Mittelwert von 50 bewegt sich die Ausprägung von Kultur im mittleren Bereich. Die Standardabweichungen sind teilweise sehr gross, besonders die der Dimension Unsicherheitsvermeidung ($SD = 16.65$). Auch die Standardabweichungen der Dimensionen Individualismus ($SD = 12.37$) und Machtdistanz ($SD = 11.58$) streuen teilweise stark. Bei den übrigen Skalen hingegen fallen die Ausprägungen der Standardabweichung eher tief aus.

Den Interkorrelationen ist zu entnehmen, dass Machtdistanz hoch negativ mit Arbeitszufriedenheit ($-.629^*$) und Patientenzufriedenheit ($-.771^{**}$) korreliert. Weiter zeigt sich, dass die Kulturdimension Individualismus mit der Skala Arbeitszufriedenheit positiv korreliert ($.668^*$). Zudem korrelieren die Kulturdimensionen Langzeitorientierung und Unsicherheitsvermeidung negativ miteinander. Positiver Affekt korreliert hoch positiv mit Arbeitszufriedenheit ($.804^{**}$). Zudem korreliert positiver Affekt positiv mit Individualismus ($.627^*$). Die Kovariate negativer Affekt korreliert hingegen mit keiner der verwendeten Skalen signifikant. Bezüglich der Mediationshypothesen sind keine Korrelationen ersichtlich, die eine mögliche Mediation manifestieren könnten. Es besteht zwar ein Effekt zwischen den Kulturdimensionen und Arbeitszufriedenheit sowie zwischen Machtdistanz und Patientenzufriedenheit, jedoch nicht zwischen Arbeitszufriedenheit und Patientenzufriedenheit.

Tabelle 3: Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), Interkorrelationen und Reliabilitätswerte (Cronbach's Alpha) der zentralen Skalen.

Variable/ Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1) Arbeitszufriedenheit	3.74	1.07	.916								
(2) Patientenzufriedenheit	5.45	1.83	.503	.896							
(3) Machtdistanz	50.82	11.58	-.629*	-.771**	n.v.						
(4) Individualismus	42.82	12.37	.668*	.080	-.433	n.v.					
(5) Maskulinität	45.91	8.00	.299	.193	-.074	.451	n.v.				
(6) Unsicherheitsvermeidung	62.00	16.65	-.546	-.441	.534	-.509	-.255	n.v.			
(7) Langzeitorientierung	57.55	10.58	.354	.333	-.527	.540	.306	-.689*	n.v.		
(8) Positiver Affekt	3.54	0.798	.804**	.171	-.240	.627*	.260	-.385	.450	.403	
(9) Negativer Affekt	1.63	0.863	-.500	-.177	.360	-.212	-.181	.005	.035	-.164	.877

Anmerkungen. *N* = 103 (Skala Patientenzufriedenheit). Übrige Skalen *N* = 11.

p* < .05 (zweiseitig); *p* < .01 (zweiseitig).

M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Skala Patientenzufriedenheit 7 Pt. Likert Skalen: Werte 1 bis 7; Restliche Skalen 5 Pt. Likert Skalen: Werte von 1 bis 5.

Pearson Korrelation.

Cronbach's Alpha Werte entlang der Diagonalen (fett). Bei den Kulturdimensionen nicht vorhanden, da Fragebogen in Lizenz verwendet wurde (n.v.).

Die möglichen Zusammenhänge werden in Kapitel 6.2 mittels hierarchischer Regressionsanalyse aber noch näher analysiert.

6.1.2. Deskriptive Kulturwerte und Arbeitszufriedenheit personalisiert

Weil das Konstrukt Kultur im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht, werden ebendiese deskriptiven Werte genauer betrachtet. Die deskriptiven Ergebnisse sind für die Diskussion bereichernd. Sie erlauben ein Vergleich mit den regressionsanalytischen Berechnungen, welche in Kapitel 6.2 vorgestellt werden.

Es ist wichtig zu verstehen, dass die Werte, welche in den Abbildungen 2 bis 6 angezeigt werden, die Ausprägung einer bestimmten Person der Stichprobe widerspiegeln. Die Bezeichnung einer Person P1 bezeichnet dieselbe Person P1 der andern Abbildungen.

Bezüglich der Dimension Machtdistanz zeigt sich, dass 36.4 % (vier Personen) der Assistenzärztinnen und -ärzte eine Ausprägung unter 50 aufweisen (vgl. Abb. 2). Dies bedeutet, dass Unternehmungen präferiert werden, in welchen die Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten pragmatisch und voneinander abhängig sind. Es wird erwartet, dass Vorgesetzte in Entscheidungssituationen die Meinungen und Ansichten der Mitarbeitenden miteinbeziehen (ITAP International, 2016). Mehr als die Hälfte aller Assistenzärztinnen und -ärzte (63.6 %) weist eine moderate Ausprägung auf dieser Dimension auf. Eine moderate Ausprägung bedeutet, dass eine Unternehmung bevorzugt wird, in welcher eine klare hierarchische Struktur herrscht und alle Mitarbeitenden klar definierte Rollen besitzen (ITAP International, 2016). Die Spanne zwischen Minimum (28) und Maximum (69) ist gross (41).

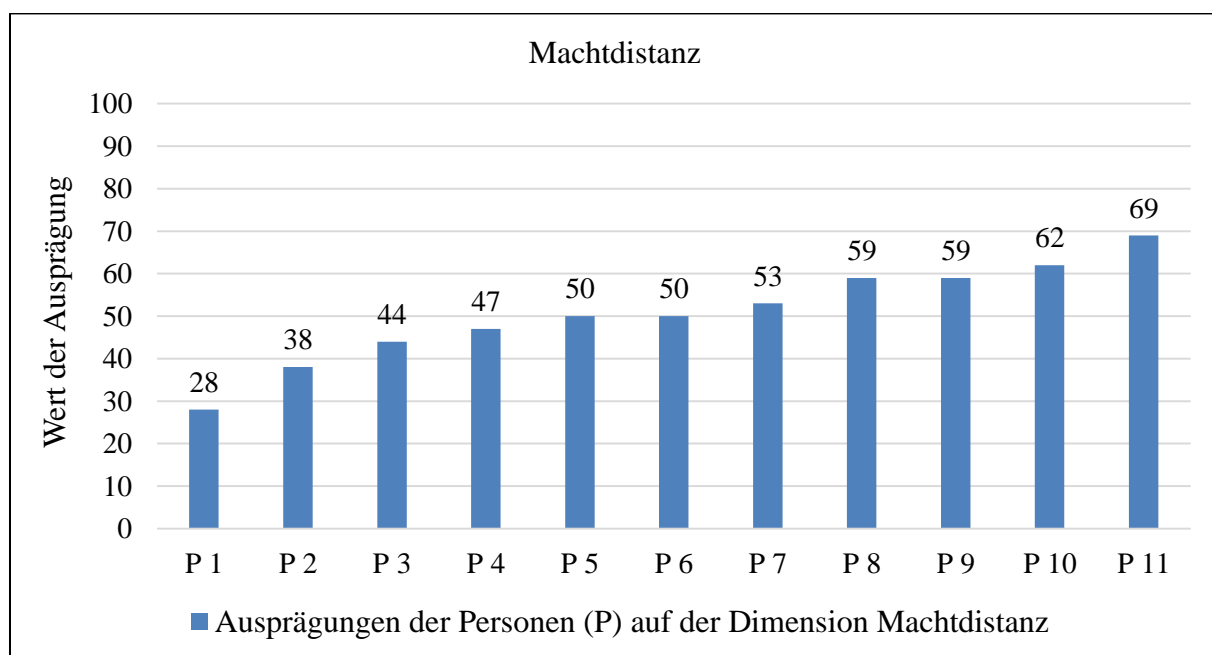


Abbildung 2: Ausprägungen auf der Dimension Machtdistanz aller Assistenzärztinnen und -ärzte

In Abbildung 3 ist ersichtlich, dass acht Personen (72.7 %) eine geringe bis mittlere Ausprägung auf der Dimension Individualismus erkennen lassen. Diese Personen sind somit eher kollektivistisch orientiert.

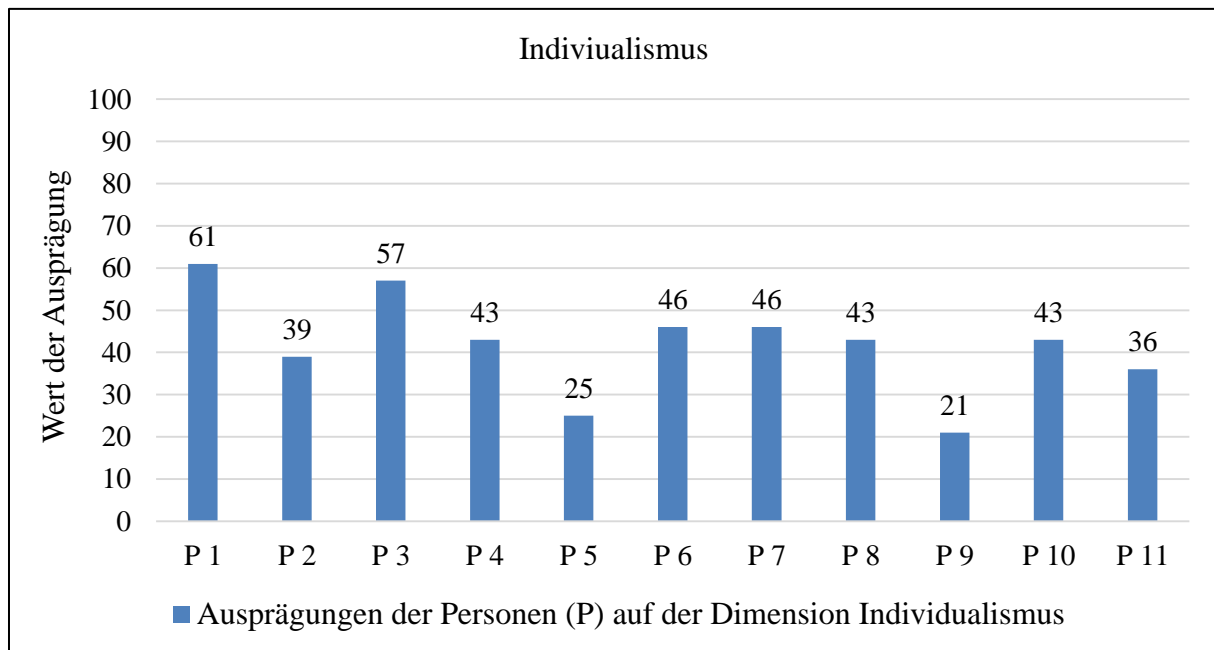


Abbildung 3: Ausprägungen auf der Dimension Individualismus aller Assistenzärztinnen und -ärzte

Je kleiner der Wert der Ausprägung, desto stärker ist die kollektivistische Orientierung. Dies bedeutet, dass der Support durch andere Teamkolleginnen und Kollegen geschätzt und bevorzugt in Gruppen gearbeitet wird (ITAP International, 2016). 27.3 % der Assistenzärztinnen und -ärzte haben einen Wert über 50. Sie sind also eher individualistisch orientiert. Dies bedeutet, dass eine Organisation präferiert wird, welche Individuen fördert und ermutigt, sich persönlich zu entfalten (ITAP International, 2016). Ähnlich wie bei der Dimension Machtdistanz ist auch hier der Unterschied zwischen Minimum mit einem Wert von 21 und dem maximalen Wert von 61 gross.

Abbildung 4 zeigt die Ausprägungen auf der Dimension Unsicherheitsvermeidung. Zwei Personen (18.2 %) zeigen einen Wert unter 50 und können somit beschrieben werden als Personen, welche keine Probleme mit unsicheren oder unklaren Situationen haben. Es werden Organisationen präferiert, welche Innovationen und kreative Lösungsansätze fördern (ITAP International, 2016).

Der Range zwischen Minimum (35) und Maximum (60) auf der Dimension Maskulinität ist hingegen kleiner (25), als bei den bereits beschriebenen Dimensionen (vgl. Abb. 5). Auf der Dimension Maskulinität zeigen 72.7 % (neun Personen) der Assistenzärztinnen und

-ärzte eine Ausprägung, die unter dem mittleren Wert von 50 liegt. Dies bedeutet, dass eine gute Lebensqualität fokussiert wird.

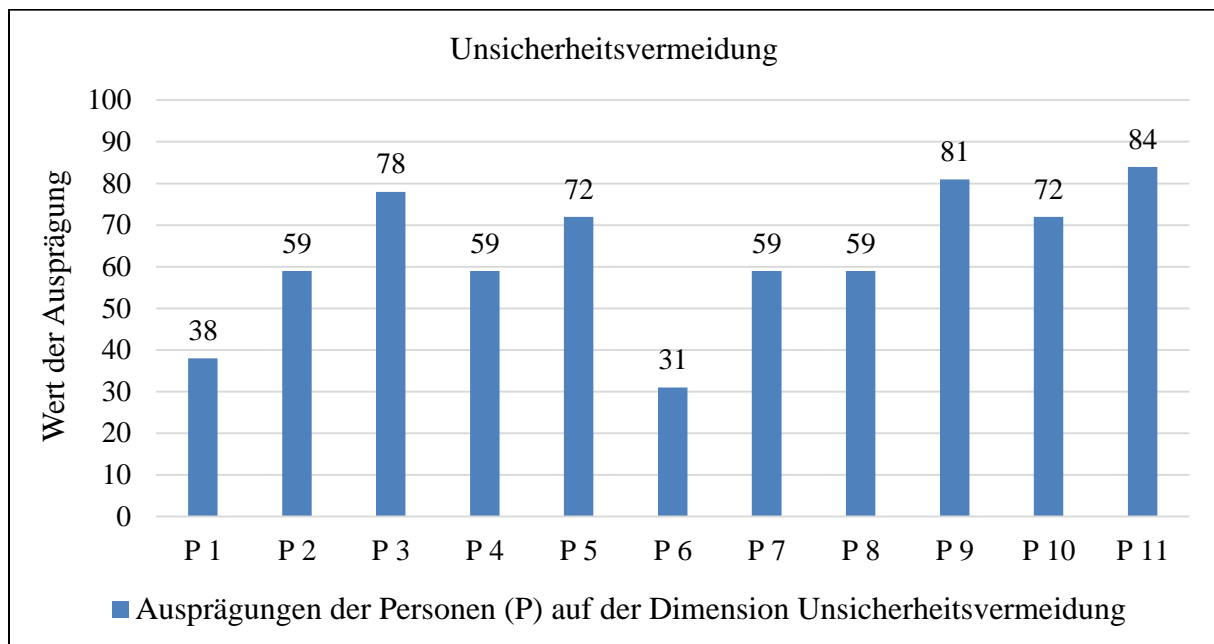


Abbildung 4: Ausprägungen auf der Dimension Unsicherheitsvermeidung aller Assistenzärztinnen und -ärzte

Die Arbeit soll durch das Stecken von Zielen sowie durch Support von anderen Kolleginnen und Kollegen erreicht werden (ITAP International, 2016). 27.3 % (drei Personen) haben einen Wert, der mittelmässig oder höher ausgeprägt ist.

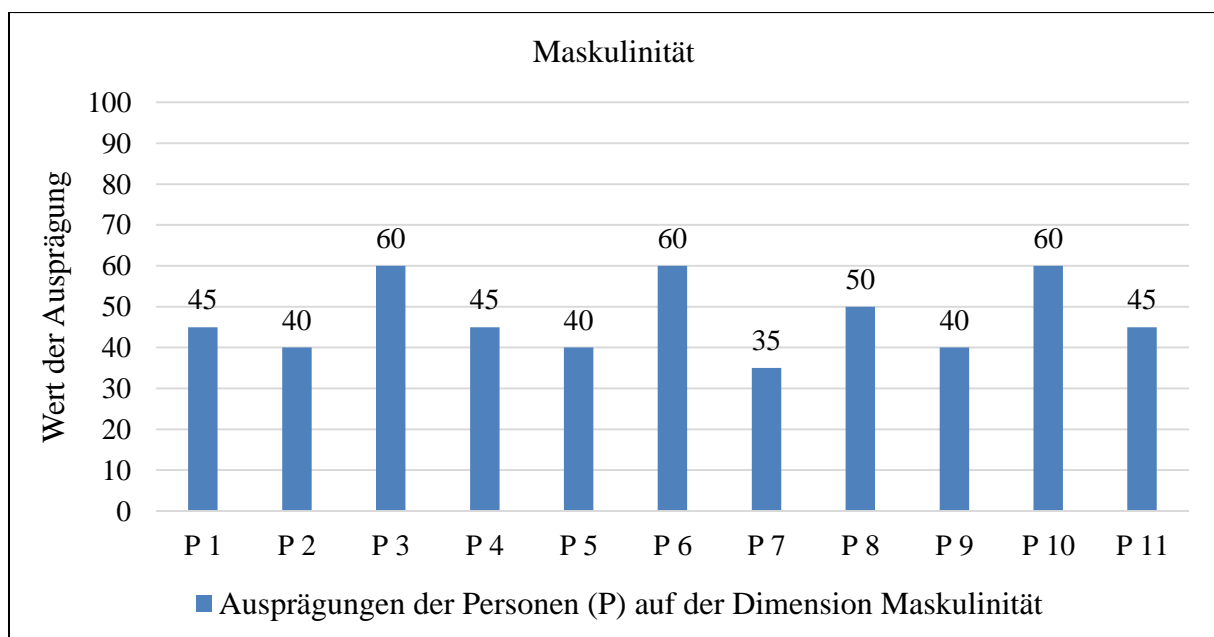


Abbildung 5: Ausprägungen auf der Dimension Maskulinität aller Assistenzärztinnen und -ärzte

Dies bedeutet gemäss ITAP International (2016), dass eine professionelle Arbeitserfüllung bevorzugt wird, welche durch klar gesteckte Ziele erreicht werden kann.

In Abbildung 6 zeigt sich, dass 18.2 % (zwei Personen) der Assistenzärztinnen und -ärzte auf der Dimension Langzeitorientierung einen Wert aufweisen, der kleiner als der mittlere Wert 50 ist. Sie sind also eher kurzzeitorientiert und präferieren Unternehmungen, welche sich auf das Tagesbusiness konzentrieren und nach quartalsmässigem Profit streben (ITAP International, 2016).

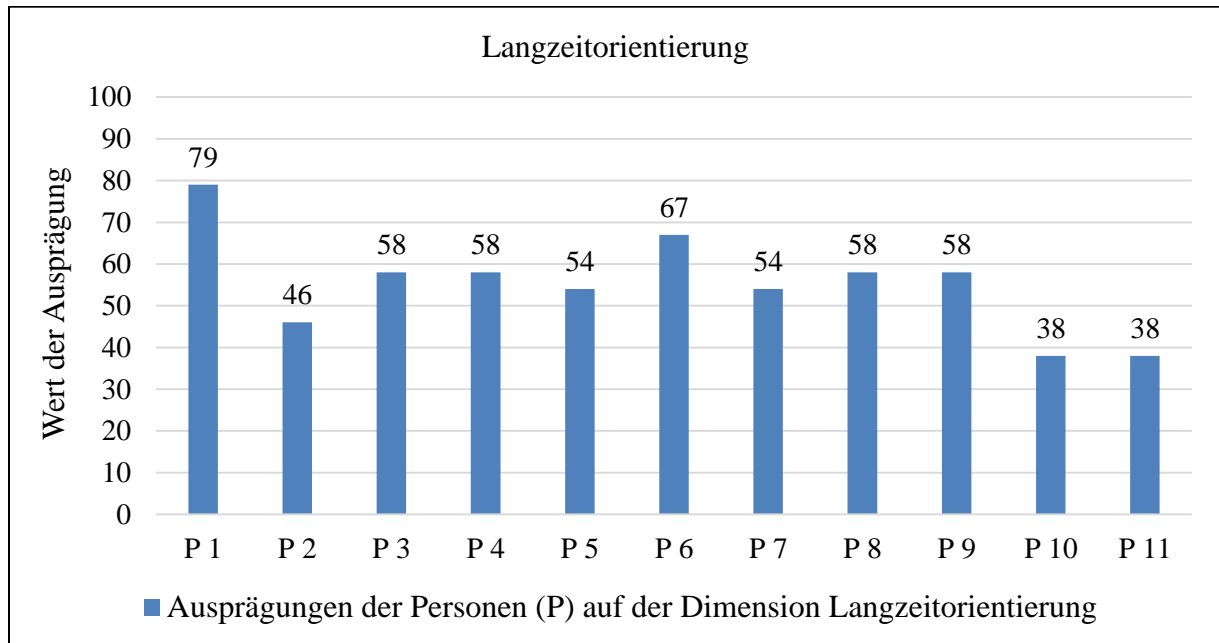


Abbildung 6: Ausprägungen auf der Dimension Langzeitorientierung aller Assistenzärztinnen und -ärzte

Neun Personen (81.8 %) zeigen eine Ausprägung die über dem Wert 50 liegt. Diese Personen sind somit eher langzeitorientiert. Das bedeutet, dass eine Unternehmung geschätzt wird, welche ihren Erfolg über einen längeren Zeithorizont verfolgt, Beharrlichkeit zeigt und daran arbeitet, eine starke Marktpositionierung zu erreichen (ITAP International, 2016). Der Range zwischen Minimum (38) und Maximum (79) ist mit einem Wert von 41 gleich gross wie bei der Dimension Maskulinität. Bevor die Ergebnisse der Hypothesentestung folgen, wird im nächsten Abschnitt die Teststärke berechnet.

6.1.3. Berechnung der Teststärken

Im vorliegenden Abschnitt soll nun berechnet werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die verwendeten Tests einen etwaigen Effekt aufdecken konnten. Die Teststärke basiert in diesem Fall nicht nur auf der Stichprobengrösse, sondern auch auf der Anzahl der Prädiktoren.

Nach Eid, Gollwitzer und Schmitt (2013) ist ein signifikantes Ergebnis bei kleinen Stichproben umso wahrscheinlicher, je kleiner ein Effekt ist. Deshalb wurde mit dem Programm GPower eine Post-hoc-Poweranalyse⁴ durchgeführt. Für den Test zur Messung von Arbeitszufriedenheit hat sich eine Wahrscheinlichkeit von 97.0 % ergeben, mit der der Test bei einer Stichprobengrösse von $N = 11$ einen vorhandenen Effekt aufdecken kann. Beim MüPF besteht mit einer Stichprobe von $N = 103$ eine Wahrscheinlichkeit von 99.8 %, dass der Test einen vorhandenen Effekt aufdeckt. Für den CWQ wurde keine Power berechnet, weil für den Test kein Bestimmtheitsmass berechnet wurde. Weil beide Tests, der Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit und der MüPF, eine grosse Power vorweisen, darf bei gefundenen Effekten von Zusammenhängen gesprochen werden.

6.2. Testung der Hypothesen

Im vorliegenden Kapitel folgen nun die Ergebnisse der getesteten Hypothesen. Die verwendeten Analyseverfahren wurden in Kapitel 5.6 bereits beschrieben und werden in Folge nicht mehr erläutert.

Die statistische Analyse der Hypothese 1a (*Zwischen der Dimension Machtdistanz und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang*) sowie Hypothese 1b (*Zwischen der Dimension Maskulinität und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang*) hat ergeben, dass über die Kovariaten positiver und negativer Affekt hinaus ein Zusammenhang besteht (vgl. Tab. 4).

Während der Zusammenhang zwischen Machtdistanz und Arbeitszufriedenheit hoch negativ ausfällt, besteht zwischen Maskulinität und Arbeitszufriedenheit ein positiver Zusammenhang. Allgemein erklären die Variablen Machtdistanz und Maskulinität einen höchst signifikanten Anteil der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte ($\Delta R^2 = .994$, $F = 231.258$, $p < .001$). Die Hypothesen 1a sowie 1b werden angenommen.

Auch die Überprüfung der Hypothesen 1c (*Zwischen der Dimension Unsicherheitsvermeidung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang*) und Hypothese 1e (*Zwischen der Dimension Langzeitorientierung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang*) ergab höchst sig-

⁴ Im Programm GPower selbst wurde die Testfamilie F-Test angewählt sowie der Test Linear multiple Regression: Fixed model, R^2 deviation from zero (Post hoc: Compute achieved power – given α , sample size and effect size). Es wurde ein Alpha Fehler (α -Fehler) von .05 festgelegt. Die Effektgrösse (f^2) wurde im Programm selbst auf Basis des jeweiligen R^2 berechnet (Eid et al, 2013). Weiter wurden je nach Test (MüPF und Arbeitszufriedenheit) die Stichprobe sowie die Anzahl der Prädiktoren angepasst.

nifikante Ergebnisse (vgl. Tab. 4). Die statistische Analyse hat ergeben, dass in beiden Fällen über die Kovariaten hinaus ein negativer Zusammenhang besteht ($\Delta R^2 = .994$, $F = 231.25$, $p < .001$). Die Hypothesen 1d und 1e werden angenommen. Nach Cohen (1992) fällt die aufgeklärte Varianz über alle Dimensionen sehr hoch aus.

Tabelle 4: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Kulturdimensionen auf die Variable Arbeitszufriedenheit

Kovariate/ Prädiktor	Kriterium: Arbeitszufriedenheit	
	β	t
Positiver Affekt	.703	21.197***
Negativer Affekt	-.182	-6.080**
Machtdistanz	-.446	-12.284**
Maskulinität	.092	3.115*
Unsicherheitsvermeidung	-.302	-8.217**
Langzeitorientierung	-.450	-11.431**
Individualismus	.043	1.112
R^2		.998
F		231.258***
ΔR^2		.994

Anmerkungen. $N = 11$.

β = standardisierter Regressionskoeffizient Beta; t = Quotienten aus den berechneten Koeffizienten und deren Standardfehler; F = F-Statistik; R^2 = Bestimmtheitsmass; ΔR^2 = Korrigiertes R^2 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Lediglich die Analyse der Hypothese 1d (*Zwischen der Dimension Individualismus und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang*) hat ergeben, dass kein Zusammenhang zwischen Individualismus und Arbeitszufriedenheit existiert ($\beta = .042$, $t = 1.112$, n.s.). Die Variable Individualismus erklärt keinen signifikanten Anteil der Varianz an der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte. Deshalb wird Hypothese 1d abgelehnt.

Die mehrheitlich signifikanten Ergebnisse der überprüften Hypothesen bilden eine wichtige Grundlage für die Mediationshypothesen. Bei vier der fünf UV's besteht ein Zusammenhang mit dem Mediator Arbeitszufriedenheit.

Die statistische Überprüfung der Hypothese 2 (*Zwischen der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte und der Patientenzufriedenheit besteht ein Zusammenhang*) hat ergeben, dass zwischen der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte und der Patientenzufriedenheit über die Kovariaten hinaus ein Effekt vorhanden ist ($\beta = 1.446$, $t = 2.501$, $p < .05$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt. Allerdings ist das getestete Re-

gressionsmodell statistisch nicht signifikant ($\Delta R^2 = .285$, $F = 2.328$, *n.s.*). Somit ist davon auszugehen, dass noch andere Variablen, welche nicht in die Untersuchung miteinbezogen worden sind, einen Einfluss auf den Zusammenhang haben. Hypothese 2 wird angenommen. Bezüglich der zu testenden Mediationshypothesen besteht somit ein Zusammenhang zwischen Mediator (Arbeitszufriedenheit) und AV (Patientenzufriedenheit).

Tabelle 5: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Arbeitszufriedenheit auf die Variable Patientenzufriedenheit

Kovariate/ Prädiktor	Kriterium: Patientenzufriedenheit	
	β	t
Positiver Affekt	-.928	1.828
Negativer Affekt	.395	1.132
Arbeitszufriedenheit	1.446	2.501*
R^2		.499
F		2.328 <i>n.s.</i>
ΔR^2		.285

Anmerkungen. $N = 11$ und $N = 103$.

β = standardisierter Regressionskoeffizient Beta; t = Quotienten aus den berechneten Koeffizienten und deren Standardfehler; F = F-Statistik; R^2 = Bestimmtheitsmass; ΔR^2 = Korrigiertes R^2 ; * $p < .05$.

Für die Analyse der Mediationshypothesen ist in einem ersten Schritt der direkte Zusammenhang zwischen den fünf Kulturdimensionen und Patientenzufriedenheit getestet worden (Hypothese 3). Die statistische Überprüfung hat ergeben, dass bis auf den negativen Zusammenhang zwischen Machtdistanz und Patientenzufriedenheit keine weiteren Zusammenhänge bestehen ($\beta = -1.079$, $t = 3.393$, $p < .05$). Das überprüfte Regressionsmodell ist insgesamt aber nicht statistisch signifikant ($\Delta R^2 = .526$, $F = 2.585$, *n.s.*). Die übrigen Dimensionen Individualismus, Maskulinität, Unsicherheitsvermeidung und Langzeitorientierung zeigen keine Zusammenhänge. Die entsprechenden Ergebnisse sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Aufgrund der beschriebenen Ergebnisse ist nur für die Mediationshypothese 3a (*Die Dimension Machtdistanz hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert*) eine vollständige Voraussetzung für das Bootstrapping gegeben. Alle anderen Mediationshypothesen (3b bis 3e) zeigen keinen Zusammenhang zwischen UV und AV. Dennoch wurden im zweiten Schritt alle fünf Hypothesen mittels Bootstrapping getestet. Hayes (2009) legitimiert die Anwendung des Bootstrapping auch wenn kein direkter Effekt zwischen UV und AV existiert. Gerade bei kleinen Stichproben kann es zu fehlenden Effekten kommen. Zudem wird der totale direkte Effekt beschrieben als die Summe aller Effekte

zwischen UV und Mediator sowie Mediator und AV. Wenn diese positiv und negativ ausfallen, heben sich die Effekte gegenseitig auf, sodass ein totaler direkter Effekt von Null zustande kommt. Beide Möglichkeiten wurden für die vorliegende Untersuchung in Betracht bezogen, weshalb das Bootstrapping angewendet wurde. Bei jeder der fünf Analysen wurden positiver und negativer Affekt als Kovariaten miteinbezogen. Aus der Überprüfung geht hervor, dass keine der Mediationshypothesen einen signifikanten indirekten Effekt aufweist.

Tabelle 6: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Kulturdimensionen auf die Variable Patientenzufriedenheit

Kovariate/ Prädiktor	Kriterium: Patientenzufriedenheit	
	β	t
Positiver Affekt	.311	1.070
Negativer Affekt	.206	.786
Machtdistanz	-1.079	-3.393*
Maskulinität	.408	1.579
Unsicherheitsvermeidung	-.157	-.488
Langzeitorientierung	-.258	-.747
Individualismus	-.663	-1.972
R^2		.858
F		2.585 n.s.
ΔR^2		.526

Anmerkungen. $N = 11$.

β = standardisierter Regressionskoeffizient Beta; t = Quotienten aus den berechneten Koeffizienten und deren Standardfehler; F = F-Statistik; R^2 = Bestimmtheitsmass; ΔR^2 = Korrigiertes R^2 ; * $p < .05$.

Die Mediation zwischen Machtdistanz und Patientenzufriedenheit über den Mediator Arbeitszufriedenheit konnte nicht bestätigt werden $-.18, 95\% [-1.99, 1.66]$. Auch die Mediationen zwischen den UV's Individualismus $.28, 95\% [-3.34, 3.39]$, Unsicherheitsvermeidung $-.26, 95\% [-1.10, .75]$, Maskulinität $.07, 95\% [-.60, 1.15]$, Langzeitorientierung $.05, 95\% [-1.43, 1.20]$ auf die AV Patientenzufriedenheit über den Mediator Arbeitszufriedenheit haben keinen signifikanten indirekten Effekt ergeben.

Die Hypothesen 3a bis 3e müssen somit abgelehnt werden. Zur Übersicht werden die geprüften Hypothesen im nächsten Kapitel noch einmal aufgeführt.

6.3. Zusammenfassung und Einordnung der beantworteten Hypothesen

Nachfolgend werden die Hypothesen und ihre Ergebnisse zusammengefasst (vgl. Tab. 7). Aus Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass fünf der getesteten Hypothesen bestätigt worden sind. Die restlichen Hypothesen wurden abgelehnt.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse aller getesteten Hypothesen

Nr.	Hypothese	Ergebnis
H1	Zwischen den fünf Kulturdimensionen und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Vgl. Ergebnisse H1a bis H1e
H1a	Zwischen der Dimension Machtdistanz und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt
H1b	Zwischen der Dimension Maskulinität und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt
H1c	Zwischen der Dimension Unsicherheitsvermeidung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt
H1d	Zwischen der Dimension Individualismus und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Hypothese abgelehnt
H1e	Zwischen der Dimension Langzeitorientierung und der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt
H2	Zwischen der Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte und der Patientenzufriedenheit besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt
H3	Zwischen den fünf Kulturdimensionen und der Patientenzufriedenheit besteht ein Zusammenhang.	Hypothese bestätigt für die Dimension Machtdistanz, abgelehnt für die übrigen Dimensionen
H3a	Die Dimension Machtdistanz hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.	Hypothese abgelehnt

Fortsetzung

H3b	Die Dimension Individualismus hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.	Hypothese abgelehnt
H3c	Die Dimension Unsicherheitsvermeidung hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.	Hypothese abgelehnt
H3d	Die Dimension Maskulinität hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.	Hypothese abgelehnt
H3e	Die Dimension Langzeitorientierung hängt mit Patientenzufriedenheit zusammen und wird über Arbeitszufriedenheit mediiert.	Hypothese abgelehnt

Es hat sich gezeigt, dass zwischen den Dimensionen Machtdistanz, Unsicherheitsvermeidung, Langzeitorientierung sowie Maskulinität und Arbeitszufriedenheit ein Zusammenhang besteht. Auch zwischen der Dimension Machtdistanz und Patientenzufriedenheit besteht ein Zusammenhang. Dasselbe gilt für den Zusammenhang zwischen Arbeits- und Patientenzufriedenheit. Was sich nicht gezeigt hat ist, dass der Zusammenhang zwischen den Kulturdimensionen und Patientenzufriedenheit über die Arbeitszufriedenheit mediiert wird. Die Interpretation der Ergebnisse folgt im nächsten Kapitel.

7. Diskussion

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert sowie die übergeordnete Forschungsfrage beantwortet. Dabei wird Raum gelassen für Interpretationen der Autorin der vorliegenden Arbeit. Da die Hypothesen äquivalent zur Fragestellung sind, werden die Ergebnisse in einem gemeinsamen Kapitel interpretiert. Das methodische Vorgehen wird in einem eigenen Abschnitt ebenfalls noch einmal kritisch beleuchtet. Nicht zuletzt erfolgen Implikationen für den Praxispartner.

7.1. Interpretation der Ergebnisse

Bevor die Ergebnisse diskutiert werden, soll zu Beginn noch einmal die übergeordnete Fragestellung aufgeführt werden:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Kultur von Assistenzärztinnen und -ärzten und der Arbeits- und Patientenzufriedenheit?

Das Ziel der vorliegenden Bachelor-Arbeit war es, die übergeordnete Fragestellung beantworten zu können. Gemäss dem aktuellen Wissensstand wurde eine solche Untersuchung bis anhin nicht durchgeführt. Nach Bosau (2009) sowie Spector et al., (2001) wurde der Zusammenhang zwischen Kultur und Arbeitszufriedenheit bereits in unterschiedlichen Studien untersucht und belegt. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten ebendiesen Zusammenhang wiedergeben. Lediglich die Dimension Individualismus zeigte keinen signifikanten Effekt. Aus der Literatur geht jedoch eindeutig hervor, dass zwischen Arbeitszufriedenheit und Individualismus ein positiver Zusammenhang besteht (Vgl. Kap. 4.1). Ein Grund für den fehlenden Effekt liegt möglicherweise im Zusammenhang zwischen Individualismus und positivem Affekt. Es wird angenommen, dass die Variable Individualismus so stark mit positivem Affekt zusammenhängt, dass sich bei der Hypothesenprüfung mittels Regressionsanalyse über die Kovariate hinaus kein Effekt hat zeigen können. Diese Vermutung wird gestützt durch die bestehende positive Korrelation in Tabelle 3. Nach Eid et al. (2013) kann zudem die zu kleine Stichprobe der Assistenzärztinnen und -ärzte für den fehlenden Effekt verantwortlich sein. Trotz grosser Teststärke ist es möglich, dass vorhandene Zusammenhänge bei einer zu kleinen Stichprobe nicht gefunden werden können. Für einen fehlenden Effekt können zudem weitere Kovariaten verantwortlich sein. Six und Felfe (2006) zeigen auf, dass sich besonders die Kovariaten Arbeitsinhalt sowie die auftretenden Arbeitsbelastungen signifikant auf die Höhe der Arbeitszufriedenheit auswirken.

Zwischen den übrigen Kulturdimensionen und Arbeitszufriedenheit besteht ein Zusammenhang. Genauer weisen die Dimensionen Machtdistanz, Unsicherheitsvermeidung und Langzeitorientierung einen negativen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit auf. Die Ergebnisse sind kongruent zu jenen von Bosau (2009), welche in Kapitel 4.1 beschrieben worden sind. Der negative Zusammenhang zwischen Machtdistanz und Arbeitszufriedenheit bedeutet, dass je stärker die hierarchische Struktur in einer Organisation erlebt wird und je weniger Spielraum die Assistenzärztinnen und -ärzte für eigene Entscheidungen erhalten, desto geringer fällt die Arbeitszufriedenheit aus. Etwas mehr als die Hälfte der Assistenzärztinnen und -ärzte präferiert jedoch Unternehmungen mit Machtdistanz (vgl. Kap. 6.1.2). Gleichzeitig ist die Arbeitszufriedenheit hoch (vgl. Tab. 3). Die deskriptiven Ergebnisse stehen somit im Widerspruch zu den Ergebnissen der hierarchischen Regressionsanalyse. Ganter (2009) wie auch Child (1983) und Bosau (2009) bekräftigen, dass Arbeitszufriedenheit in hohem Masse

kulturabhängig ist. Die Assistenzärztinnen und -ärzte mit einer hohen Ausprägung in Machtdistanz stammen aus Ländern, welche tendenziell eine hohe Machtdistanz aufweisen (Hofstede, 2001). Mitarbeitende aus Nationen mit hoher Machtdistanz sind mit ihrer Arbeit aber weniger zufrieden, als Mitarbeitende aus Ländern mit einer niedrigen Machtdistanz (Bosau, 2009). Ihre Werte, Einstellungen sowie das organisationale Verhalten sind von ihrer Kultur, in welche sie geboren wurden, beeinflusst (Child, 1983). Je besser sich Mitarbeitende aus dem Ausland aber in einem fremden Land assimilieren, desto höher fällt ihre Arbeitszufriedenheit aus (Ganter, 2009). Dies ist eine mögliche Erklärung, um die widersprüchlichen Ergebnisse zu begründen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Assistenzärztinnen und -ärzte an ihre neue kulturelle Umgebung angepasst haben (Ganter, 2009). Ihre persönlichen kulturellen Präferenzen bestehen jedoch weiterhin, was sich in den deskriptiven Werten der fünf Dimension ausdrückt. Eine weitere Begründung für die widersprüchlichen Ergebnisse liefert Bosau (2009). Er hat untersucht, ob sich die Zustimmungstendenz positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt und hat einen signifikanten Effekt gefunden. Demnach ist es möglich, dass die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte verfälscht sind und somit positiver ausfallen, als sie es tatsächlich sind. Eine dritte Erklärung findet sich im Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit. Dieser konnte lediglich in Deutsch bearbeitet werden. Es besteht die Möglichkeit, dass aufgrund der teilweise geringen Spracherfahrung der Assistenzärztinnen und -ärzte eine Sprachbarriere bestanden hat (vgl. Kap. 5.4). Aufgrund dessen könnten die Ergebnisse der Arbeitszufriedenheit verfälscht sein.

Eine grosse Mehrheit der Assistenzärztinnen und -ärzte ist zudem langzeitorientiert. Assistenzärztinnen und -ärzte, welche langzeitorientiert sind, bevorzugen Unternehmungen, die sich auf ihren Erfolg über einen längeren Zeithorizont konzentrieren sowie sich für eine starke Position am Markt einbringen (ITAP International, 2016). Gemäss der Ergebnisse der Hypothesenprüfung ist die Arbeitszufriedenheit aber umso geringer, je stärker diese Orientierung ausgeprägt ist. Im Falle der Dimension Unsicherheitsvermeidung ist das Ergebnis der Hypothese wie folgt zu interpretieren. Wenn die Assistenzärztinnen und -ärzte die Möglichkeit erhalten innovativ sein zu dürfen und eigene Lösungen einbringen können, dann wirkt sich dies positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus. Sind Prozesse hingegen klar vorgegeben, der Führungsstil ist restriktiv und der Weg der Aufgabenerfüllung eindeutig vorgegeben, dann wirkt sich dies negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus (ITAP International, 2016). Gemäss deskriptiver Ergebnisbeschreibung ist bei mehr als dreiviertel der Assistenzärztinnen und -ärzte die Dimension Unsicherheitsvermeidung moderat bis stark ausgeprägt (vgl. Abb. 4). Somit stehen auch diese Ergebnisse im Widerspruch zueinander. Eine Erklärung für die beschriebe-

nen Ergebnisse findet sich in der Stichprobe selbst. Die Assistenzärztinnen und -ärzte sind jung und haben ihr Studium erst vor kurzen beendet. Zudem stammen sie aus einem fremden Land. Sie sprechen die deutsche Sprache teilweise nur begrenzt und beherrschen wenig bis kein Schweizerdeutsch (vgl. Kap. 5.4). Die Unsicherheit ist gross, weil sie nur geringe Berufserfahrung besitzen und sich in einer fremden Kultur zu Recht finden müssen (vgl. Kap. 6.1.2). Fehler wollen möglichst vermieden werden, da diese in einem Psychiatrischen Setting besonders folgenschwer sein können (Häfner, 2001). Es wird angenommen, dass Vorgaben und klare Regeln, wie die Arbeit ausgeführt werden soll, den Berufsalltag erleichtern. Auch eine klare Hierarchie sowie die Gewissheit, dass die PKM an einem langfristigen Erfolg interessiert ist, erleichtert womöglich die Orientierung im neuen Berufsfeld und vermittelt Sicherheit. Damit können die deskriptiven Ergebnisse aus Kapitel 6.1.2 gestützt werden. Die Unsicherheitsvermeidung, Langzeitorientierung sowie auch die Machtdistanz werden positiv erlebt, was zu einer hohen Arbeitszufriedenheit führt. Überdies kann wiederholt die Begründung aufgeführt werden, dass sich die Assistenzärztinnen und -ärzte an die neuen Werte und Einstellungen sowie das organisationale Verhalten angepasst, diese aber (noch) nicht verinnerlicht haben (Ganter, 2009).

Bezüglich der Dimension Maskulinität besteht ein positiver Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit. Die vermutete Tendenz von Bosau (2009) konnte somit belegt werden. Demnach steigt die Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte, wenn sie eine professionelle Aufgabenerfüllung schätzen und auf die Erreichung von beruflichen Zielen wertlegen (ITAP International, 2016). Die Work-Domain-Balance ist dabei zweitrangig. Eine Mehrheit der Assistenzärztinnen und -ärzten weist aber eine eher geringe Ausprägung in dieser Dimension auf (vgl. Kap. 6.2.1). Sie sind also feminin geprägt. Eine gute Lebensqualität sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind also bedeutsamer. Es wird angenommen, dass die PKM diese Anforderungen erfüllt und die Arbeitszufriedenheit deshalb hoch ausfällt. Zudem kann es gemäss Hofstede (1980) an der PKM selbst liegen (vgl. Kap. 3.1.3). Die Psychiatrie ist eine Organisation, in welcher Menschen therapiert werden (Möller et al., 2001). Eine enge Zusammenarbeit und eine gute Kommunikation zwischen allen Berufsgruppen sind notwendig, um die Patientinnen und Patienten optimal betreuen zu können. Eine maskuline Orientierung wäre in einem solchen Berufsfeld hinderlich, weil beispielsweise Konflikte nicht durch Verhandlungen gelöst würden, sondern durch Machtkämpfe. Besonders Organisationen des Gesundheitswesens sind eher feminin geprägt und somit auch die Mitarbeitenden (Hofstede 1980). So kann die geringe Ausprägung der Assistenzärztinnen und -ärzte auf der Dimension Maskulinität mit der hohen Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht werden.

Mit Blick auf die Fragestellung wird deutlich, dass die Kultur der Assistenzärztinnen und -ärzte ihre persönliche Arbeitszufriedenheit beeinflusst. Die Arbeitszufriedenheit ist beispielsweise davon abhängig, wie schnell und gut sich die Assistenzärztinnen und -ärzte assimilieren (Ganter, 2009). Sollte die Arbeitszufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte gemessen werden, ist wichtig, dass die Ergebnisse stets mit einem kulturellen Fokus betrachtet werden. Auch wenn Massnahmen zur Veränderung der Arbeitszufriedenheit vorgenommen werden, sollte beachtet werden, dass diese womöglich aufgrund kultureller Unterschiede nicht überall gleichwirksam sind.

Das Ergebnis zum Zusammenhang zwischen Arbeits- und Patientenzufriedenheit ist hypothesenkonform und deckt sich mit der Literatur (vgl. Kap. 4.2). Allerdings war das überprüfte Modell gesamthaft nicht signifikant. Dies ist ein Indiz dafür, dass der Zusammenhang über weitere Variablen beeinflusst wird. Blum (1998) beschreibt, dass auf die Patientenzufriedenheit unterschiedliche Faktoren einwirken. Beispielhaft sollen personale Elemente, wie die Anzahl der Beschäftigten, deren Qualifikation oder auch das Verhalten der Mitarbeitenden erwähnt werden. Auch finanzielle Aspekte oder die Infrastruktur der Klinik beeinflussen die Patientenzufriedenheit. Weiter werden organisationale Elemente wie Organisationsplanung und -aufbau der gesamten Klinik genannt.

Für die übergeordnete Fragestellung bedeutet dies, dass, wenn die Assistenzärztinnen und -ärzte mit ihrer Arbeit eher unzufrieden sind, sich dies auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auswirken kann. Wenn die Patientinnen und Patienten die Klinik in einem unzufriedenen Zustand verlassen, kann sich das in einer negativen Bewertung der Klinik niederschlagen (Schneider et al., 2010). Das wäre gravierend, weil Gesundheitsorganisationen wie die PKM gewinnorientiert arbeiten und im schlimmsten Fall mit Einnahmebussen rechnen müssten.

Die überprüften Mediationshypothesen mussten aufgrund von fehlenden Effekten alle verworfen werden. Obwohl das Bootstrapping eine grössere Stichprobe simuliert und diese als Population behandelt, konnte mit der zu geringen Stichprobe der Assistenzärztinnen und -ärzte kein Effekt identifiziert werden (Hayes, 2003a, Eid et al., 2013). Der Zusammenhang zwischen Kultur und Patientenzufriedenheit wird also nicht über Arbeitszufriedenheit mediiert. Es wird somit angenommen, dass sich die Kultur der Assistenzärztinnen und -ärzte direkt auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Bezüglich des direkten Zusammenhangs zwischen Kultur und Patientenzufriedenheit hat sich lediglich ein Effekt mit Machtdistanz gezeigt. Zwischen den Dimensionen Unsicherheitsvermeidung, Langzeitorientierung, Maskulinität sowie Individualismus und Patientenzufriedenheit konnte kein direkter Effekt eruiert werden. Auch

im vorliegenden Fall wird angenommen, dass die zu kleine Stichprobe der Assistenzärztinnen und -ärzte fehlende Effekte herbeigeführt hat (Eid et al., 2013). Die Annahme begründet sich in der Tatsache, dass David (2011) einen Zusammenhang zwischen Kultur und Patientenzufriedenheit postuliert. Der Effekt zwischen Machtdistanz und Patientenzufriedenheit lässt zudem vermuten, dass auch zwischen den übrigen Kulturdimensionen und Patientenzufriedenheit ein Zusammenhang bestehen könnte.

Im Rahmen der Fragestellung lässt sich das Ergebnis zum negativen Effekt zwischen Machtdistanz und Patientenzufriedenheit folgendermassen interpretieren: Je stärker sich die Assistenzärztinnen und -ärzte mit ihren Rollen identifizieren und den Patientinnen und Patienten gegenüber signalisieren, dass zwischen ihnen eine Hierarchie besteht und sie sich somit von den Patientinnen und Patienten distanzieren, desto unzufriedener sind die Patientinnen und Patienten. Jäggi (2012) unterstreicht, dass die Mehrheit der Assistenzärztinnen und -ärzte aus dem Ausland auf die Arzt-Patienten-Hierarchie besteht. Assistenzärztinnen und -ärzte aus der Schweiz bevorzugen hingegen eher eine Kommunikation auf Augenhöhe mit ihren Patientinnen und Patienten. Wenn aber die Höhe der Patientenzufriedenheit aus Tabelle 3 hinzugezogen wird, muss der Effekt für die PKM relativiert werden. Es wird vermutet, dass die Patientinnen und Patienten der PKM verständliche und angemessene Informationen erhalten und auch ihre persönlichen Rechte Beachtung finden. Dies wirkt sich gemäss Schneider et al. (2010) positiv auf die Patientenzufriedenheit aus. Zudem spricht das Ergebnis ein weiteres Mal dafür, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte sich angepasst haben könnten (Ganter, 2009). Die Vermutungen und Begründungen der Ergebnisse können letzten Endes nicht mit absoluter Bestimmtheit geklärt werden. Sie müssten in Untersuchungen, welche an die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit anknüpfen, überprüft werden. Bevor mögliche Anschlussuntersuchungen aufgezeigt werden, muss vorgängig die Methodik kritisch betrachtet werden.

7.2. Kritische Würdigung der Methodik

Bei der Wahl der Methodik sowie bei der Planung der ganzen Erhebung wurde mit grösster Sorgfalt vorgegangen. Dennoch gibt es Punkte, die kritisch beleuchtet werden müssen und bei einer möglichen Replikation dieser Arbeit Beachtung finden sollten.

Bei einer Folgeuntersuchung sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass eine grössere Stichprobe an Assistenzärztinnen und -ärzten miteinbezogen werden kann. Nach Eid et al. (2013) wäre im Hinblick auf die Robustheit der Regressionsanalysen eine Stichprobe von mehr als 30 Personen wünschenswert. Es würde sich durchaus anbieten, eine klinikübergreifende Untersuchung durchzuführen, um die Stichprobe so gross wie möglich zu halten. Bei einer grösseren Stichprobe wäre es möglich, die Arbeitszufriedenheit über die verschiedenen

Kulturen deskriptiv darzustellen. So könnten direkte Vergleiche zwischen der Arbeitszufriedenheit und den deskriptiv beschriebenen Kulturwerten erfolgen. Dies war in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, da die Anonymität gefährdet gewesen wäre. Bezüglich der Anonymität wäre es für die vorliegende Arbeit überdies vorteilhafter gewesen, wenn die Teilnehmenden auf ihre Anonymität verzichtet hätten. So hätte ein direkter Vergleich zwischen der Arbeitszufriedenheit der einzelnen Personen und deren Ausprägungen auf den Kulturdimensionen erfolgen können. Für die Diskussion hätte ein solcher Vergleich einen ungemeinen Mehrwert bieten können, da gezielte Rückschlüsse und Abgleichungen mit den nationalen Kulturwerten, welche Hofstede 1980 in der IBM-Studie begründet hat, möglich gewesen wären.

Weiter ist hervorzuheben, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Akquise anders hätten informiert werden sollen. Es ist davon auszugehen, dass dann mehr Assistenzärztinnen und -ärzte beide Fragebogen bearbeitet hätten. In einer nächsten Untersuchung wäre es sinnvoll, wenn die Links zu den beiden Fragebogen in einer gemeinsamen Email versendet würden. Dies hätte die Stichprobe womöglich vergrössern können.

Die verwendeten Instrumente haben der Untersuchung einen grossen Dienst erwiesen. Dies lässt sich besonders an der Teststärke erkennen. Der CWQ, welcher in Lizenz verwendet wurde, hat durch die Bearbeitung in vier Sprachen dazu beigetragen, dass eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund sprachlicher Hürden möglichst vermieden wurde. Um die Reliabilität der Skalen belegen zu können, wäre es vorteilhaft gewesen, wenn der vollständige Fragebogen vorgelegen hätte. Am Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit sind demografische Items zu kritisieren. Beispielsweise wurde die Dauer der Wohnhaftigkeit in der Schweiz und Deutschland in Klassen erfasst. Dasselbe gilt für die Berufserfahrung in Schweizer und Deutschen Psychiatrien. In einer nächsten Untersuchung sollten diese als offene Frage gestaltet werden, da die Ergebnisse dann als Kovariaten verwendet werden könnten. Überdies ist die Reliabilität der Skala zum positiven Affekt sehr tief ausgefallen (vgl. Tab. 3). Das Ergebnis überrascht, da aus der Literatur hervorgeht, dass die Skala sehr reliabel ist (Watson et al. 1988; Krohne et al., 1996). Eine Begründung für die tiefe Reliabilität fehlt weitgehend. In einer weiterführenden Untersuchung sollten schwache Items dieser Skala entfernt werden, um die Reliabilität zu erhöhen oder aber die Skala sollte erst gar nicht verwendet werden.

Bezüglich der statistischen Verfahren könnte in einer nächsten Untersuchung auf die Verwendung von Regressionsanalysen verzichtet werden, sofern ein Bootstrapping durchgeführt wird. Das PROCESS-Makro von Hayes (2003a) ersetzt die Regressionsanalyse, da ebendiese automatisch durchgeführt wird. Eine grössere Stichprobe würde zudem eher zu

signifikanten Ergebnissen führen, sofern ein Effekt vorhanden ist.

In einer nächsten Untersuchung wäre es zudem sinnvoll, explorative Analysen durchzuführen. So können nicht aufgetretene Effekte ohne Hypothesen weiter untersucht werden. Für die explorativen Analysen wäre eine theoretische Begründung somit nicht zwingend notwendig. Lediglich methodisch hätte diese aufgegriffen werden müssen. Ungeachtet der kritischen Würdigung der Methodik können die Ergebnisse einen grossen Geltungsbereich beanspruchen.

7.3. Implikationen für zukünftige Forschung

Trotz umfangreicher Ergebnisse gibt es Ideen, welche in Folgeuntersuchungen analysiert werden könnten. In der vorliegenden Arbeit wurde nicht untersucht, wie sich die Kultur der Assistenzärztinnen und -ärzte direkt auf die Gesprächssituation mit Patientinnen und Patienten auswirkt. In einer nachfolgenden Analyse wäre es somit interessant, Arzt-Patient-Dyaden zu untersuchen, um noch detailliertere Ergebnisse zu erhalten. Dies könnte mit einer qualitativen Erhebung umgesetzt werden. Zudem wäre es interessant, Patientinnen und Patienten in einer spezifischen Patientenzufriedenheitsbefragung direkt zu der in dieser Arbeit behandelten Thematik zu befragen.

In Kapitel 7.1 wurde beschrieben, dass sich die Assistenzärztinnen und -ärzte am Anfang ihrer beruflichen Karriere unsicher fühlen und deshalb eine grosse Unsicherheitsvermeidung sowie Machtdistanz präferieren. Dieser Aspekt könnte in einer nachfolgenden Untersuchung näher beleuchtet werden. Es wäre spannend zu erfahren, ob diese Zusammenhänge so wirklich bestehen. Weiter könnte analysiert werden, welche der aufgeführten Kovariaten nach Six und Felfe (2006) sowie Blum (1998) tatsächlich einen Einfluss auf die hier untersuchten Zusammenhänge hat.

Überdies könnte in einer weiterführenden Erhebung bei den Assistenzärztinnen und -ärzten abgeholt werden, ob und wie sie sich in der PKM eingelebt haben. In einer qualitativen Befragung könnte ermittelt werden, welche kulturellen Hürden sie aus ihrer Sicht zu überwinden haben. Es könnten Ideen erfragt werden, welche eine noch schnellere und wirkungsvollere Assimilation in die Schweizer Kultur erlauben. Aufgrund dieser Ergebnisse könnte die PKM systematische Maßnahmen ergreifen. Weiter könnten Anregungen bei den Patientinnen und Patienten eingeholt werden, welche sie bezüglich der ausländischen Assistenzärztinnen und -ärzte implizieren würden. Aus ebendiesen Ergebnissen liessen sich in einem weiterführenden Prozess neue Items entwickeln, welche beispielsweise in den MüpF eingefügt werden könnten.

7.4. Implikationen für den Auftraggeber

Aus den gewonnenen Ergebnissen lassen sich neben Anregungen für die künftige Forschung auch interessante Implikationen für den Praxispartner ableiten.

Weil die Belegschaft der PKM und besonders die der Assistenzärztinnen und -ärzte multikulturell zusammengesetzt ist, müssen künftige Massnahmen und Veränderungen stets mit einem kulturellen Fokus betrachtet werden. Es ist wichtig, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte darin unterstützt werden, die Kultur der Schweiz zu verstehen und zu verinnerlichen. Dies kann einen entscheidenden Effekt auf die Arbeitszufriedenheit ausrichten (Six & Felfe, 2006). Wenn die Mitarbeitenden zufrieden mit ihrer Arbeit sind, wirkt sich dies positiv auf das Commitment zur Klinik aus (Judge et al., 2001; Jacquemin, 2010). Zudem hat die Arbeitszufriedenheit einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.

Für eine möglichst hochstehende Patientenzufriedenheit ist es wichtig, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte ihren Schweizer Patientinnen und Patienten im kulturellen Verständnis so nahe wie möglich sind (Blum, 1998). Beispielsweise sollte den ausländischen Assistenzärztinnen und -ärzten nahe gebracht werden, dass in der Schweiz keine steile Arzt-Patienten-Hierarchie gelebt wird (Jäggi, 2012). Eine Kommunikation auf Augenhöhe mit Patientinnen und Patienten sollte betont und gefördert werden. Dies kann durch eine gezielte Unterstützung zur Integration der Assistenzärztinnen und -ärzte erreicht werden. Die PKM hat diese Zeichen bereits erkannt und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Sie unterstützt die Assistenzärztinnen und -ärzte mit interaktiven Kursen offensiv, damit diese die Werte und Normen der Schweizer Staatsbürger kennenlernen und verstehen. Einen weiteren wichtigen Beitrag würden intensive Sprachkurse in Schweizerdeutsch leisten. Hochdeutsch ist dem Schweizer Dialekt zwar ähnlich, aber auch hier entstehen häufig Missverständnisse. Durch eine kontinuierliche Überprüfung der Bedürfnisse der Assistenzärztinnen und -ärzte würden sich Massnahmen treffen lassen. Durch die Ermittlung der Arbeitszufriedenheit mit einem entsprechenden Instrument liesse sich feststellen, ob die Massnahmen Wirkung zeigen. Dabei muss zu jeder Zeit bedacht werden, dass kulturelle Effekte auftreten können. Implizierte Massnahmen können bei Assistenzärztinnen und -ärzten unterschiedlicher Herkunft unterschiedlich wirkungsvoll sein.

Eine weiterführende Idee wäre zudem die Erarbeitung eines kulturbasierten Retention-Managements. Das Commitment zur Organisation ist letztendlich vom psychologischen Vertrag abhängig. Damit sind gegenseitige Erwartungen und Verpflichtungen des Arbeitgebers und -nehmers verbunden. Besonders die kulturell bedingt unterschiedlichen Erwartungen der Assistenzärztinnen und -ärzte gilt es gezielt zu erfassen. Aus den Erwartungen lassen sich

Massnahmen ableiten, um die Assistenzärztinnen und -ärzte möglichst lange an die Klinik zu binden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird sich in den nächsten Jahren tendenziell verschärfen und zu einem weiteren Engpass an Assistenzärztinnen und -ärzten führen (Giaccometti-Bickel et al., 2013). Neben der Schwierigkeit, Schweizer Assistenzärztinnen und -ärzte rekrutieren zu können, wird die Bereitschaft der Deutschen Assistenzärztinnen und -ärzte zunehmend sinken, in der Schweiz zu arbeiten (Jäggi, 2012). Parallel zum Assistenzärztinnen und -ärztemangel wird die Schweizer Bevölkerung in den nächsten Jahren wachsen (SECO, 2014). Der Bedarf an psychotherapeutisch-psychiatrischen Leistungen wird steigen (Giger, 2002). Deshalb müssen wirkungsvolle Konzepte entwickelt werden, die es Assistenzärztinnen und -ärzten aus dem Ausland erleichtert, sich an ihrem Arbeitsplatz in der Schweiz zu assimilieren. Nicht zuletzt ist dafür ein intensiver Austausch mit Bund und Kanton erforderlich.

7.5. Fazit

Die übergeordnete Fragestellung kann aufgrund der Ergebnisse beantwortet werden. Die vorliegende Bachelor-Arbeit konnte neue und interessante Erkenntnisse liefern. Die Ergebnisse sind umfassend und sollen zugleich Anstoss für weitere Untersuchungen im beschriebenen Forschungsfeld geben. Aus den Ergebnissen haben sich Implikationen für die PKM ableiten lassen. Sie sollen einen neuen Blickwinkel aufzeigen und als Anregung für künftige Veränderungen in Bezug auf die Assistenzärztinnen und -ärzte geben. Die Rekrutierung von Assistenzärztinnen und -ärzten aus dem Ausland birgt viele Vorteile. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen jedoch, dass die Schwierigkeiten und Herausforderungen bewusst und stets mit einem kultursensiblen Blick angegangen werden müssen.

8. Literaturverzeichnis

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analyseverfahren. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Baltes-Götz, B. (2015). *Mediator- und Moderatoranalyse per multipler Regression mit SPSS*. Verfügbar unter: <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/medmodreg/medmodreg.pdf> [16.04.2016].
- Bing, J.W. & Krukenberg, J. (2006). [Statement on Development and Statistical Analysis of the Culture in the Workplace Questionnaire]. Unveröffentlichter Bericht.
- Blum, K. (1998). *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen*. München: Juventa.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für die Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bosau, Ch. (2009). *Arbeitszufriedenheitsmessung im interkulturellen Vergleich*. Köln: Universität, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.
- Brake, A. & Weber, S. M. (2009). Internetbasierte Befragung. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 413-434). Wiesbaden: VS Verlag.
- Brayfield, A. H. & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35, 307-311.
- Bruggemann, A., Grosskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesamt für Statistik Schweiz (2015). *Zukünftige Bevölkerungsentwicklung*. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03.html> [01.01.2016].
- Bäuerle, P., Radebold, H., Hirsch, D., Studer, K. & Schmid-Furstoss, U. (2000). *Klinische Psychologie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Child, J. (1983). Culture, contingency and capitalism in the cross-national study of organisations. In L.L. Cummings & B.M. Staw (Eds.), *Research in organizational behaviour*. (S. 303-356). Greenwich: Jai Press.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

- Daniel, S. & Sonnentag, S. (2015). Crossing the borders. The relationship between boundary management, work-family enrichment and job satisfaction. *The International Journal of Human Resource Management*, 27 (4), 407-426.
- David, D. M. (2011). Zur Notwendigkeit der transkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen. In E. Van Keuk, C. Ghaderi, L. Joksimovic & D. M David (Hrsg.), *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (S. 34-31). Stuttgart: Kohlhammer.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 165-190). Bern: Hans Huber.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2013). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, L. (1991). *Arbeitszufriedenheit*. Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.
- Fröhlich, W. D. (2010). *Wörterbuch Psychologie*. München: dtv.
- Ganter, G. (2009). *Arbeitszufriedenheit von Expatriates. Auslandsentsendungen nach China und Korea professionell gestalten*. Wiesbaden: Gabler.
- Giacometti-Bickel, G., Landolt, K., Bernath, Ch., Seifritz, E., Haug, A. & Rössler, W. (2013). In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 94 (8), 302-305.
- Giger, M. (2002). Ärztemangel in der Psychiatrie. Behebung durch Schaffung von Spitalärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83 (24), 1203.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 7, 408-420.
- Hayes, A. F. (2013a). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: Guilford Press.
- Hofstede, G. (1980). *Couture's Consequences. International Differences in Work Related Values*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Hofstede, G. (2001). *Couture's consequences. Comparing Values, Behaviours, Institutions and Organisations across Nations*. California: Sage Publications.
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2011). *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. München: DTV.

- Hui, C.H. & Yee, C. (1999). The impact of psychological collectivism and workgroup atmosphere on Chinese employees' job satisfaction. *Applied Psychology. An international Review*, 48, 175-185.
- Häfner, H. (2001). *Psychiatrie als Beruf*. München: Urban und Vogel.
- ITAP International (2016). *Culture in the Workplace Questionnaire*. Verfügbar unter: <http://www.itapintl.com/index.php/tools/for-individuals/cwq-overview> [10.05.2016].
- Jacquemin, A. (2010). *Was hat den stärksten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von Call-Center Agenten. Dissertation der Universität St. Gallen Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften (HSG) zur Erlangung der Würde eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Judge, T.A., Parker, S., Colber, A.E., Heller, D. & Ilies, R. (2001). Job satisfaction: A cross-cultural review. In N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil & C. Viswesvaran (Hrsg.), *Handbook of Industrial Work and Organisational Psychology, Organisational Psychology* (S. 25-52). London: Sage Publications.
- Jäggi, S. (2012). Ärztemangel. Nehmen, wen man kriegen kann. *Die Zeit*, 43, 1.
- Kirkman, B.L. & Shapiro, D.L. (2001). The impact of cultural values on job satisfaction and organizational commitment in self-managing work teams. The mediation role of employee resistance. *Academy of Management Journal*, 44, 557-569.
- Koop, B. (2004). Commitment, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit. Eine integrierte Betrachtung. In: W. Bungard, B. Koop & C. Liebig (Hrsg.), *Psychologie und Wirtschaft leben. Aktuelle Themen der Wirtschaftspsychologie in Forschung und Praxis* (S. 305-311).
- Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“. *Diagnostica*, 42 (2), 139-156.
- Leutwyler, S. (2012). Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Bestand und Entwicklungen bis 2011. (Obsan Bulletin Nr. 39). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.

- Müller, K. (2006). *Kulturelle Einflüsse auf die Arbeitszufriedenheit. Eine multinationale Untersuchung*. Taunusstein: Driesen.
- Müller, S & Gelbrich, K. (2014). *Interkulturelle Kommunikation*. München: Vahlen.
- Peiró, J.M. (1986). Kulturvergleichende Untersuchungen. In S. Greif, H. Holling & N. Nicholson (Hrsg.). *Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 285-291). München: Psychologie Verlags Union.
- Preacher, K.J. & Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research Methods*, 40, 879-891.
- Rothlauf, J. (2012). *Interkulturelles Management. Mit Beispielen aus Vietnam, China, Japan, Russland und den Golfstaaten*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Rütten, A. & Santel, B. (2011). Zuwanderungsrealität und demografischer Wandel. In E. Van Keuk, C. Ghaderi, L. Joksimovic & D. M David (Hrsg.). *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (S. 34-31). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., Osborn R. N. & Uhl-Bien, M. (2010). *Organizational Behavior*. Courier/Kendallville: John Wiley & Sons, Inc.
- Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2012). *Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. Heidelberg: Springer.
- Schneider, F. (2010). Psychiatrie und Psychotherapie ohne Ärzte. Die aktuelle Perspektive. *Nervenarzt*, 2, 243-250.
- Schulte, W & Winck, P. (1985). *Innovationsmanagement*. Essen: Frase.
- Schwetje, T. (1999). *Kundenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit bei Dienstleistungen. Operationalisierung und Erklärung der Beziehung am Beispiel des Handels*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Scott, K.D. & Taylor, G. St. (1985). An examination of conflicting findings on the relationship between job satisfaction and absentism. A meta-analysis. *Academy of Management Journal*, 28 (3), 599-612.
- Six, B. & Eckes, A. (1991). Der Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung-Resultate einer metaanalytischen Studie. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit* (S. 21-46). Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.

- Six, B. & Felfe, J. (2006). Arbeitszufriedenheit im interkulturellen Vergleich. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (S. 243-272). Göttingen: Hogrefe.
- Smith, P.B. & Misumi, J. (1989). Japanese Management. A sun rising in the West. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Hrsg.). *International review of industrial and organizational psychology* (Band 4). Chichester: Wiley.
- Sonnentag, S. (2006). *Abschlussarbeiten und Dissertationen in der angewandten psychologischen Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Spector, E.P. Cooper, C.L. & Sparks, K. (2001). An international study of the psychometric properties of the Hofstede Values Survey Module 1994: A comparison of individual and country/province level results. *Applied Psychology: An International Review*, 50 (2), 269-281.
- Staatssekretariat für Wirtschaft. (2014). *Fachkräftemangel in der Schweiz. Ein Indikatoren-system zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern*. Basel: B,S,S., Volkswirtschaftliche Beratung AG.
- Steel, R.P. & Ovalle, N.K. (1984). A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioural intentions and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 69 (4), &73-686.
- Stock-Homburg, R. (2012). *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit –direkte, indirekte und moderierende Effekte*. (2. Veränderte Auflage). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Efron, B. & Tibshirani, R.J. (1993). *An Introduction to the Bootstrap*. New York: Chapman & Hall/CRC.
- Thomas, A. (2003e). *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A., Kinast, E. U. & Schroll-Machl, S. (2005). *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kooperation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 489-505.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Wunsch, C., Buchmann, M. & Wedel, S. (2014). *Arbeits- und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060*. Basel: Universität, Abteilung Arbeitsökonomie Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät.

Wüthrich-Schneider, E. (2000). Patientenzufriedenheit. Wie verstehen. *Schweizer Ärztezeitung*, 81 (20), 104ff.

Ziesche, A. (2008a). *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Massnahmen zur Verbesserung*. Bremen: Salzwasser Verlag.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson.

Anhang

A: Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Abbildung 3: Untersuchungsdesign mit Zuordnung der entsprechenden Hypothesen (eigene Darstellung)
- Abbildung 2: Ausprägungen auf der Dimension Machtdistanz aller Assistenzärztinnen und -ärzte (eigene Darstellung)
- Abbildung 3: Ausprägungen auf der Dimension Individualismus aller Assistenzärztinnen und -ärzte (eigene Darstellung)
- Abbildung 4: Ausprägungen auf der Dimension Unsicherheitsvermeidung aller Assistenzärztinnen und -ärzte (eigene Darstellung)
- Abbildung 5: Ausprägungen auf der Dimension Maskulinität aller Assistenzärztinnen und -ärzte (eigene Darstellung)
- Abbildung 6: Ausprägungen auf der Dimension Langzeitorientierung aller Assistenzärztinnen und -ärzte (eigene Darstellung)

B: Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Tabelle 1: Standort, Name der Station und Anzahl der Assistenzärztinnen und -ärzte pro Station sowie Aufenthaltsort und Anzahl Austritte von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung (eigene Darstellung)
- Tabelle 2: Zusammenfassung verwendeter Instrumente (eigene Darstellung)
- Tabelle 3: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Interkorrelationen und Reliabilitätswerte (Cronbach's Alpha) der zentralen Skalen (eigene Darstellung)
- Tabelle 4: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Kulturdimensionen auf die Variable Arbeitszufriedenheit (eigene Darstellung)
- Tabelle 5: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Arbeitszufriedenheit auf die Variable Patientenzufriedenheit (eigene Darstellung)
- Tabelle 6: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Tendenz der Kulturdimensionen auf die Variable Patientenzufriedenheit (eigene Darstellung)
- Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse aller getesteten Hypothesen (eigene Darstellung)

C: Anschreiben zum Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit

Sehr geehrter Assistenzarzt, Sehr geehrte Assistenzärztin

Bitte klicken Sie auf den untenstehenden blauen Link, um meine zweite und zugleich letzte Befragung beantworten zu können. In dieser Befragung möchte ich Ihre persönliche Arbeitszufriedenheit messen.

Sie dürfen beide erhaltenen Befragungen (diese Befragung und den Fragebogen zu Kultur, welchen Sie von TWIST erhalten haben) in einer freien Minute Ihrer Arbeitszeit bearbeiten, dies habe ich mit Herrn Dammann besprochen.

Die Befragung dauert circa 5 – 10 Minuten. Bitte tragen Sie auch in dieser Befragung Ihren Identifizierungscode ein, welchen Sie schon in der Befragung zu Kultur (Firma TWIST) benutzt haben.

Ohne diesen Code ist es mir nicht möglich, die Daten auszuwerten. Alle Ihre Angaben sind anonym und werden auch nicht an Drittpersonen weitergegeben.

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen bis zum **12. Februar 2016**.

http://ww2.unipark.de/uc/Arbeitszufriedenheit_Assistenzaezte/Innen/

Herzlichen Dank für Ihren Beitrag und freundliche Grüsse

Sarah Zemp

Psychiatrische Dienste Thurgau
Sarah Zemp
Wissenschaftliche Assistentin
Seeblickstrasse 3, Postfach 154
8596 Münsterlingen

D: Reminder zum Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit

Sehr geehrter Assistenzarzt, Sehr geehrte Assistenzärztin

Ich habe Sie heute versucht, telefonisch zu kontaktieren, um Sie noch einmal **dringend** an meine Befragungen zu erinnern.

Bitte klicken Sie auf den untenstehenden blauen Link, um meine Befragung beantworten zu können. In dieser Befragung möchte ich Ihre persönliche Arbeitszufriedenheit messen.

Nächste Woche erhalten Sie noch einmal einen Reminder meiner zweiten Befragung von der Firma TWIST Consulting zum Thema Kultur. Auch in dieser Mail wird ein Link enthalten sein, welcher Sie zur Befragung leiten wird.

Sie dürfen beide erhaltenen Befragungen (diese Befragung und den Fragebogen zu Kultur, welchen Sie von TWIST erhalten) in einer freien Minute Ihrer Arbeitszeit bearbeiten, dies habe ich mit Herrn Dammann besprochen.

Die Befragung dauert circa 5 – 10 Minuten. Bitte tragen Sie auch in dieser Befragung Ihren Identifizierungscode ein, welchen Sie schon in der Befragung zu Kultur (Firma TWIST) benutzt haben.

Ohne diesen Code ist es mir nicht möglich, die Daten auszuwerten. Alle Ihre Angaben sind anonym und werden auch nicht an Drittpersonen weitergegeben.

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen **so schnell wie möglich**.

http://ww2.unipark.de/uc/Arbeitszufriedenheit_Assistenzaezte/Innen/


Bei allen, welche sich schon an der Umfrage beteiligt haben, möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Ihre Unterstützung ist mir sehr wichtig.

Herzlichen Dank und freundliche Grüsse

Sarah Zemp

Psychiatrische Dienste Thurgau
Sarah Zemp
Wissenschaftliche Assistentin
Seeblickstrasse 3, Postfach 154
8596 Münsterlingen

E: Online-Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit


**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie**

8%

Sehr geehrte Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Wie bereits angekündigt, nehmen Sie gerade an der zweiten und zugleich letzten Befragung meiner Studie teil. Mit diesem Fragebogen möchte ich Ihre persönliche Arbeitszufriedenheit erfassen. Ich habe mit Herrn Dammann Rücksprache gehalten und es ist Ihnen erlaubt, meine Befragung in einer ruhigen Minute Ihrer Arbeitszeit zu beantworten.


Bitte nehmen Sie sich 5-10 Minuten Zeit, um die Fragen zu beantworten. Beantworten Sie die Fragen ehrlich und spontan, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Umfrage ist anonym. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Drittpersonen weitergegeben.

Auch in dieser Umfrage werden Sie dazu aufgefordert, einen Identifizierungscode einzugeben. Bitte verwenden Sie denselben Code, wie schon in der Befragung zu Kultur. Anbei noch einmal das Beispiel zur Generierung Ihres persönlichen Codes:

Name Ihrer Mutter: Lucy Miller; Geburtsjahr Ihrer Mutter: 1950, Station auf welcher Sie tätig sind: Station A2 (Station für Akutpsychiatrie 2)
Ihr Code: LM1950A2

Dieser Code ist wichtig, da nur damit ermittelt werden kann, welche Daten der Fragebogen zusammengehören. Bitte verwenden Sie unbedingt in beiden Befragungen den gleichen Code. Es ist nicht möglich, die Antworten anhand des Codes einer bestimmten Person zuzuordnen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung, ich freue mich auf die spannenden Ergebnisse.


**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie**

15%

Ich fühle mich ganz zufrieden mit meiner derzeitigen Arbeit.
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.

Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmässig zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An den meisten Tagen gehe ich relativ enthusiastisch an meine Arbeit heran.
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.

Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmässig zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeder Tag bei der Arbeit erscheint als ob er nie enden würde.
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.


Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmässig zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich finde für meine Arbeit wirklich Freude.
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.

Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmässig zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich betrachte meine Arbeit eher als unangenehm.
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.

Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmässig zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie**

23%

Nachfolgend finden Sie nun Zustandswörter, die beschreiben, wie man sich fühlen kann.
Bitte geben Sie für jedes Wort an, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

bekümmert
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

verärgert
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort an.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

aktiv
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.


gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

schuldig
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

erschrocken
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

31%

interessiert
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

feindselig
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

gereizt
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.


gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

freudig erregt
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

beschämt
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigermassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

38%

nervös
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

stark
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

durcheinander
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.


gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

angeregt
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ängstlich
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

46%

stolz
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

aufmerksam
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

begeistert
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wach
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

entschlossen
Bitte wählen Sie die für Sie passende Antwort.

gar nicht	ein bisschen	einigemassen	erheblich	äusserst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Weiter](#)



54%

Bitte nennen Sie Ihr Geschlecht.

- weiblich
 männlich

Bitte nennen Sie Ihr Alter.**Bitte wählen Sie Ihren Zivilstand.**

- Ledig
 Verheiratet
 Geschieden
 Verwitwet

Bitte nennen Sie das Land, in welchem Sie geboren worden sind.Beispiel: *Deutschland*.**Bitte nennen Sie Ihre Nationalität.**Beispiel: *Italiener/in*.**Bitte nennen Sie die Nationalität Ihrer Mutter.**Beispiel: *Serbin*.**Bitte nennen Sie die Nationalität Ihres Vaters.**Beispiel: *Österreicher*.**Bitte tragen Sie hier Ihren Code, welchen Sie auch im Kulturfragebogen verwendet haben, ein.**

Beispiel: Name Ihrer Mutter: Lucy Miller, Geburtsjahr Ihrer Mutter: 1950, Station auf welcher Sie tätig sind: Station A2 (Station für Akutpsychiatrie 2)

Ihr Code: LM1950A2

n | w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

62%

Wie lange haben Sie vor Ihrem Arbeitsbeginn in der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen bereits in der Schweiz gelebt?

▼

Wie lange haben Sie vor Ihrem Arbeitsbeginn in der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen bereits in einem deutschsprachigen Raum gelebt?
(Gemeint sind Österreich, Deutschland oder Lichtenstein)

▼

Wie viele Jahre Spracherfahrung in Deutsch haben Sie?

▼

Weiter

n | w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

69%

Haben Sie eine Schul- oder Hochschulausbildung im deutschsprachigen Raum absolviert?

Ja
 Nein


Weiter

n | w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

77%

Bitte geben Sie an, in welchem Land Sie Ihre Schul- oder Hochschulausbildung gemacht haben.
Beispiel Spanien oder Griechenland

Weiter

 **Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie**

85%

In welchem Land haben Sie Ihr Medizinstudium beendet?
Zum Beispiel Deutschland oder Türkei


Wie lange arbeiten Sie bereits in der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen?

- weniger als 1 Jahr
- 1 - 5 Jahre
- 6 - 10 Jahre
- 11 - 15 Jahre
- länger als 15 Jahre

Wie viele Stunden pro Wochen arbeiten Sie?
Zum Beispiel 42,5

Wie viele Jahre haben Sie davor in einer anderen deutschsprachigen Klinik gearbeitet?

- gar nicht
- weniger als 1 Jahr
- 1 - 5 Jahre
- 6 - 10 Jahre
- 11 - 15 Jahre
- mehr als 15 Jahre

 **Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie**

92%

Sie haben nun noch die Gelegenheit, allfällige Anmerkungen mitzuteilen.

Sie sind nun am Ende der Befragung angelangt.
Herzlichen Dank für Ihren Beitrag.

F: Auszüge des Münsterlinger Patientenfragebogens**MüPF**₂₇

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Ihr Wohlergehen und Ihre Zufriedenheit liegen uns am Herzen. Um unser Angebot noch besser auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abstimmen zu können, führen wir diese Befragung durch.

Wir bitten Sie, im folgenden Fragebogen zu beantworten, wie Sie Ihren Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik erlebt haben. Ihre Meinung ist uns wichtig, daher gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Da jedoch nur eine hohe Anzahl an Rückmeldungen zu aussagekräftigen Ergebnissen führen, bitten wir Sie, sich an der Befragung zu beteiligen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen und senden Sie den ausgefüllten Bogen **möglichst rasch an das Auswertungsinstitut**. Ein adressierter und frankierter Rückumschlag liegt bei.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. Dipl. Psych. Gerhard Dammann
Spitaldirektor

AUFNAHME / EINTRITT	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
1 Ich konnte meine Situation im Aufnahmegespräch ausreichend darlegen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2 Nach dem Eintritt wurde mir das weitere Vorgehen erklärt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
AUFENTHALT	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
3 Das Wesen meiner Krankheit wurde mir erklärt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4 Ich wurde mit vielen Fragen über meinen Zustand allein gelassen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5 Bei der Therapieplanung konnte ich Einfluss nehmen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

AUSTRITT	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
22 Meine Nachbetreuung war ungenügend organisiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23 Die Vorbereitung auf die Entlassung entsprach meinen Bedürfnissen (z.B. rechtzeitige Mitteilung des Entlassungstermins/ ausführliches Abschlussgespräch/ Empfehlungen für die Zeit nach der Entlassung).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24 Verglichen mit der Zeit, als ich in die Klinik eingetreten bin, ist mein Zustand jetzt	<input type="checkbox"/> sehr viel besser <input type="checkbox"/> viel besser <input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter <input type="checkbox"/> viel schlechter <input type="checkbox"/> sehr viel schlechter <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen	

GESAMTURTEIL

Wenn Sie nun an Ihren Aufenthalt in der Klinik zurückdenken: Was fanden Sie besonders gut/positiv?



Was hat sie an der Klinik gestört?



Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben

WIR DANKEN IHNEN GANZ HERZLICH FÜR IHRE WERTVOLLE MITARBEIT

G: Überprüfung auf Normalverteilung

Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe

		Arbeitszufriedenheit	Patientenzufriedenheit	Individualismus	Machtdistanz	Unsicherheitsvermeidung	Maskulinität	Langzeitorientierung
H		11	74	11	11	11	11	11
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	18,7273	32,6757	42,82	50,82	62,00	45,91	57,55
	Standardabweichung	4,71362	8,22477	12,376	11,583	16,655	8,006	10,586
Extremste Differenzen	Absolut	,175	,151	,142	,124	,247	,272	,210
	Positiv	,153	,128	,126	,076	,136	,272	,210
	Negativ	-,175	-,151	-,142	-,124	-,247	-,143	-,187
Teststatistik		,175	,151	,142	,124	,247	,272	,210
Asymp. Sig. (2-seitig)		,200 ^{c,d}	,000 ^c	,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}	,060 ^c	,022 ^c	,189 ^c

a. Die Testverteilung ist normal.

b. Aus Daten berechnet.

c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

d. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.