



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung (ATräK)

Modul 1

**Holger Pfaff¹, Antje Hammer¹, Oliver Ommen¹, Nicole Ernstmann¹, Christian Günster²,
Günther Heller²**

¹ Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln

² Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Forschungsbericht 05-2011

Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
der Universität zu Köln

ISSN: 2190-8257

Köln, Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund und Ziele des Gesamtprojekts	3
2 Systematische Literaturrecherche zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Qualität der Versorgung	4
3 Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von ärztlichen Direktoren	9
3.1 Untersuchungsmodell und Hypothesen	10
3.1.1 Hypothesen zum Einfluss der Trägerschaft.....	10
3.1.2 Hypothesen zum Einfluss des Trägerwechsels.....	11
3.1.3 Hypothesen zum Einfluss sozialer Organisationsmerkmale der Krankenhausorganisation.....	12
3.2 Methoden	14
3.2.1 Grundgesamtheit und Stichprobe.....	14
3.2.2 Messinstrument	15
3.2.3 Angewandte Statistische Methoden	22
3.3 Ergebnisse	22
3.3.1 Rücklauf und Datenqualität	22
3.3.2 Deskriptive Statistiken	27
3.3.3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Art der Trägerschaft und den Outcomes der Sicherheitskultur?	30
3.3.4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerschaft und der Arbeits- und Organisationssituation?	32
3.3.5 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und den Outcomes der Sicherheitskultur?.....	34
3.3.6 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und der wahrgenommenen Arbeits- und Organisationssituation?.....	36
3.3.7 Gibt es einen Zusammenhang zwischen sozialen Organisationsmerkmalen und den Outcomes der Sicherheitskultur?	39
3.3.8 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den sozialen Organisationsmerkmalen und der Arbeits- und Organisationssituation?	43
3.4 Diskussion	47
3.4.1 Ergebnisse zu den Effekten der Trägerschaft	48
3.4.2 Ergebnisse zu den Effekten des Trägerwechsels	50
3.4.3 Ergebnisse zu den Effekten der sozialen Organisationsmerkmale	52
3.5 Methodische Begrenzungen der Studie.....	54
3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	55
I. Literaturverzeichnis.....	57
II. Abbildungsverzeichnis	60
III. Tabellenverzeichnis	62
IV. Anhang	I

Executive Summary

Die deutschen Krankenhäuser sind einem hohen ökonomischen Druck ausgesetzt. Manche Krankenhäuser und manche Träger glauben, dass die Krankenhäuser diesen Druck besser bewältigen können, wenn sie in privater Trägerschaft sind. Seit Beginn der 1990er Jahre entwickelte sich daher insbesondere ein Wandel der Trägerschaft von nicht-privaten (öffentlichen und freigemeinnützigen) Trägern hin zu privaten Trägern. Ziel des von der Bundesärztekammer finanzierten Projektes „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ (ATräK) war es, den folgenden Fragen nachzugehen:

- a) Ob unterschiedliche Trägerstrukturen mit unterschiedlichen Versorgungsqualitäten und unterschiedlichen Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen einhergehen?
- b) Welche Folgen bringt ein Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger hinsichtlich der Versorgungsqualität und der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation mit sich?
- c) Ob es einen Zusammenhang zwischen Management und Organisation im Krankenhaus und der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen gibt?

Das Projekt wurde in zwei Teile aufgeteilt. Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) erhielt den Auftrag, eine repräsentative Befragung der ärztlichen Direktoren deutscher Krankenhäuser durchzuführen, um deren entscheidungsrelevante Sicht der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation in ihrem Krankenhaus zu erfassen. Es handelt sich hierbei um das Modul 1 des Projektes. Konkret ging es um die Klärung der Frage, ob es Hinweise dafür gibt, dass die Trägerstruktur bzw. der Trägerwechsel auf ausgewählte wahrgenommene Outcomes der Krankenhausorganisation Einfluss hat. Als wahrgenommene Outcomes dienten die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit, die wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens kritischer Ereignisse, die wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte und die wahrgenommene Qualität der Ablauforganisation.

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Trägerschaft bzw. Trägerwechsel und der Qualität der Krankenversorgung – gemessen an der Mortalität – ist das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) verantwortlich. Hierzu werden vom WIdO qualitätsgesicherte Routinedaten ausgewertet. Es handelt sich hierbei um das Modul 2 des Projektes. Die Ergebnisse werden in einem zweiten Teil des Abschlussberichts vorgestellt und sind nicht Gegenstand dieses Berichts.

Im Rahmen des ersten Projektmoduls führte das ZVFK eine standardisierte schriftliche Befragung von ärztlichen Direktoren aller deutschen Krankenhäuser mit mindestens einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung (N=1224) durch. Von den 1.224 angeschriebenen ärztlichen Direktoren haben 551 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 Prozent. Die Ergebnisse der durchgeführten Responderanalyse sprechen insgesamt für eine hohe Repräsentativität der Befragungsdaten hinsichtlich der Merkmale Trägerschaft, Bundesland-Zugehörigkeit und Bettenzahl.

Die Ergebnisse dieses Projektmoduls zeigen, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser die Sicherheits-, die Arbeits- und die Organisationssituation positiver einschätzen als

ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser. Zudem legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass sich ein Trägerwechsel kaum auf die wahrgenommene Patientensicherheit, das wahrgenommene Berichten von eingetretenen Ereignissen, die wahrgenommene Arbeitsintensität und die wahrgenommenen ablauforganisatorischen Probleme auswirkt. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass ärztliche Direktoren von Krankenhäusern, die ein hohes Maß an transformationaler Führung (veränderungsorientiertes Management), an Sozialkapital (Vertrauen, Einigkeit und gutes Betriebsklima) und offener Kommunikationskultur aufwiesen, eine bessere Patientensicherheit, ein häufigeres Berichten eingetretener Ereignisse sowie weniger ablauforganisatorische Probleme wahrnehmen als ärztliche Direktoren von Krankenhäusern mit geringer transformationaler Führung, geringem Sozialkapital und geringer Offenheit. Private Trägerschaft, Sozialkapital, transformationale Führung und offenes Kommunikationsklima scheinen demnach Faktoren zu sein, die eine positive Wahrnehmung und/oder Darstellung der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation im Krankenhaus durch den ärztlichen Direktor fördern.

Hierbei ergeben sich unter anderem folgende Schlussfolgerungen für die Krankenhauspraxis: Investitionen in das Sozialkapital, der Aufbau einer offenen Kommunikationskultur sowie die Schulung der Führungskräfte in transformationaler Führung lohnen sich aller Voraussicht nach für das Krankenhaus. Für die Wissenschaft können unter anderem die folgenden Erkenntnisse aus den Ergebnissen dieser Studie abgeleitet werden: In nachfolgenden Studien müsste genauer untersucht werden, warum sich die Thesen zum Trägerwechsel nicht bestätigen ließen. Weiterhin müsste man der Frage genauer nachgehen, weshalb Krankenhäuser in privater Trägerschaft in vielen Wahrnehmungsdimensionen besser abschneiden als solche in nicht-privater Trägerschaft. Und Drittens scheint es von hohem Nutzen zu sein, in Zukunft über einen Vergleich der guten Krankenhäuser mit den schlechten Krankenhäusern die Erfolgsfaktoren der guten Krankenhäuser aufzuspüren.

1 Hintergrund und Ziele des Gesamtprojekts

Im Verlauf des letzten Jahrhunderts haben sich die Krankenhäuser zu Dienstleistungsunternehmen entwickelt, in denen die Qualität der Versorgung, die Fähigkeiten des Managements und die Kompetenzen der Mitarbeiter ausschlaggebend für Gewinne und Verluste der Krankenhäuser sind (Bundesärztekammer 2007). Darüber hinaus sind die Entwicklungen in der deutschen Krankenhauslandschaft durch einen ansteigenden ökonomischen Druck geprägt. Hierauf reagieren manche Krankenhäuser mit einem Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger. Seit Beginn der 1990er Jahre treten solche Formen des Trägerwechsels immer häufiger auf. Dieser Sachverhalt ist in Deutschland insbesondere für allgemeine Krankenhäuser¹ bzw. Akutkrankenhäuser zu konstatieren. So stieg der Anteil von allgemeinen Krankenhäusern in privater Trägerschaft von 14,8 Prozent im Jahr 1991 auf 27,8 Prozent im Jahr 2006 an (Statistisches Bundesamt 2008a).

Ergebnisse internationaler Studien legen den Schluss nahe, dass private Träger (for-profit) effizienter arbeiten, jedoch eine niedrigere Versorgungsqualität haben als nicht-private Träger (not-for-profit) (Devereaux et al. 2004; Farsi 2004; McKay und Deily 2005; Wörz 2007). Eine Studie zeigt, dass ein Trägerwechsel – unabhängig von der Trägerschaft – mit einer generellen Verminderung der Qualität medizinischer Leistungserbringungen einhergeht (Farsi 2004). In Deutschland wurden die Auswirkungen der Trägerschaft bzw. eines Trägerwechsels, nicht zuletzt aufgrund des Mangels an aussagekräftigen Daten, bisher kaum überprüft.²

An diesem Defizit setzt die vorliegende, von der Bundesärztekammer finanzierte Studie „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ (ATräK) an. Ziel des Projektes ist es, den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Trägerwechsel auf der einen und der Qualität der Krankenversorgung auf der anderen Seite zu untersuchen. Ein weiteres Ziel ist die Klärung der Frage, inwiefern Trägerschaft bzw. Trägerwechsel mit den wahrgenommenen Outcomes der Krankenhausorganisation (z.B. allgemeine Patientensicherheit, Ablauforganisation) zusammenhängt. Schließlich soll untersucht werden, ob Organisationsmerkmale wie Sozialkapital und Art der Führung in Zusammenhang stehen mit den erwähnten perzipierten Outcomes.

¹ Allgemeine Krankenhäuser „sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden“ (Statistisches Bundesamt 2008a).

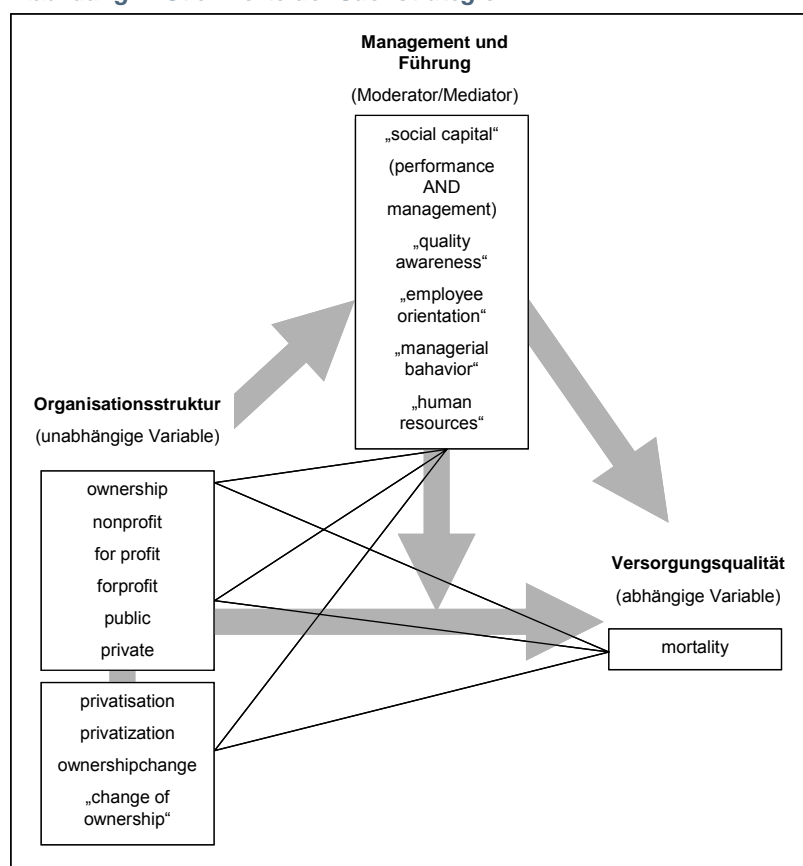
² Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003).

2 Systematische Literaturrecherche zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Qualität der Versorgung

Im Dezember 2007 wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel der Recherche war es, nationale und internationale Studien zum Trägerstatus und zum Trägerwechsel von Krankenhäusern und die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu finden.

Über die Metadatenbank DIMDI³ wurde anhand von Stichwortkomponenten, die die Dimensionen „Organisationsstruktur“, „Management und Führung“ sowie „Versorgungsqualität“ (Abbildung 1) inhaltlich abdecken, eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Abbildung 1: Stichworte der Suchstrategie



Die Kombination der Stichworte in der Literaturrecherche ergab insgesamt 8.310 Treffer. In den weiteren Arbeitsschritten wurden nur Publikationen einbezogen, die den Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) entsprachen:

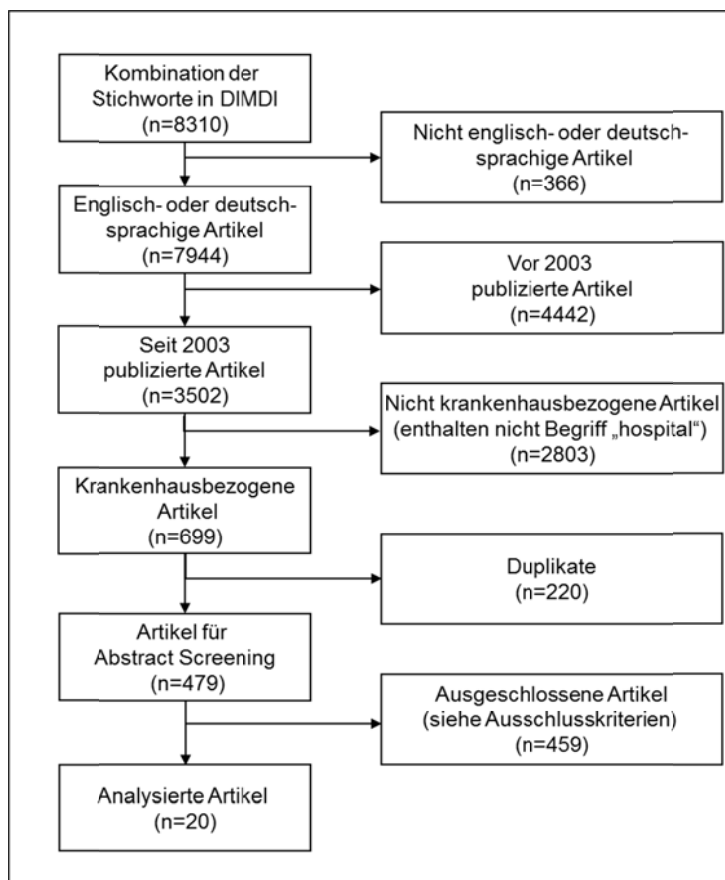
³ Ausgewählte Datenbank(en): Betanet, CCmed, Cochrane Library, EMBASE, HECLINET, Hogrefe-Verlagsdatenbank, Karger-Verlagsdatenbank, Kluwer-Verlagsdatenbank, Krause & Pachernegg Verlagsdatenbank, MEDIKAT, MEDLINE, PsycINFO, PSYINDEX, SciSearch, Social SciSearch, SOMED, Springer-Verlagsdatenbank, Thieme-Verlagsdatenbank.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche

Einschlusskriterien	
E1	Die Publikation untersucht den Zusammenhang zwischen dem Trägerstatus von Krankenhäusern und der Qualität der Versorgung.
E2	Die Publikation untersucht den Zusammenhang zwischen dem Trägerwechsel von Krankenhäusern und der Qualität der Versorgung.
E3	Die Publikation untersucht den Zusammenhang zwischen dem Trägerstatus/Trägerwechsel von Krankenhäusern und finanziellen Outcomes.
E4	Die Publikation berücksichtigt neben dem Trägerstatus/Trägerwechsel von Krankenhäusern auch Aspekte aus dem Bereich Management und Führung.
E5	Publikationssprachen: Deutsch, Englisch
E6	Publikationszeitraum: Januar 2003 bis Dezember 2007
Ausschlusskriterien	
A1	Es werden andere Einrichtungen als Krankenhäuser untersucht (z.B. Pflegeeinrichtungen).
A2	Der ambulante Sektor wird untersucht.
A3	Es werden nur einzelne Abteilungen eines Krankenhauses (z.B. Innere, Chirurgie oder Pädiatrie) analysiert.
A4	Publikationen, bei denen kein Volltext verfügbar ist.

Im nächsten Arbeitsschritt wurden die gefundenen Publikationen anhand der Titel und Abstracts von drei Mitarbeitern unabhängig voneinander gescreent. Die als relevant erachteten Abstracts wurden anschließend gemeinsam diskutiert. Auf diese Weise konnten letztlich 20 Artikel identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Für diese Artikel wurden die entsprechenden Volltexte beschafft. In Abbildung 2 ist die Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche dargestellt.

Abbildung 2: Profil der Suchstrategie



Die Analyse der 20 ausgewählten Artikel zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Trägerstatus oder Trägerwechsel auf der einen Seite und der Qualität der Versorgung häufig nur als sekundäre Fragestellung (Nebenfragestellung) analysiert wird. In den meisten Studien stehen vorwiegend Fragestellungen im Vordergrund, welche die Performance der Krankenhäuser betreffen. In diesen Studien werden überwiegend Krankenhäuser mit einem „not-for-profit-Status“ (nachfolgend NFP) und einem „for-profit-Status“ (nachfolgend FP) verglichen. Nur wenige Studien berücksichtigen Krankenhäuser mit einem „public-Status“ (nachfolgend PUB).

In lediglich fünf von 20 Publikationen wird Mortalität als eine abhängige Variable empirisch erfasst. In zwei dieser Artikel wird die Mortalität zur Berechnung eines Performance-Scores⁴ benutzt. Nur drei Artikel setzen die Trägerschaft bzw. den Trägerwechsel direkt mit der Mortalität in Beziehung (Tabelle 2).

⁴ Der Score wird genutzt, um Krankenhäuser in high- und low-performing hospitals zu unterteilen. Dazu werden die Krankenhäuser anhand von Merkmalen (z.B. Risk adjusted mortality rate und Kosten pro Fall) in Quartile unterteilt, wobei unteres und oberes Quartil in den Analysen miteinander verglichen werden.

Tabelle 2: Empirische Studien mit Bezug auf die Mortalität*

Autor und Erscheinungsjahr	T S	T W	Mortalität	Mortalität vs. TS oder TW (Zusammenhang)	Mortalität zur Berechnung eines Performance-Scores	Performance
Jiang et al. 2006	x		x		x	
McKay und Deily 2005	x		x		x	
Sloan et al. 2003	x		x	x		x
Milcent 2005	x		x	x		x
Farsi 2004	x	x	x	x		

*TS =Trägerschaft, *TW =Trägerwechsel

Die Analysen von Sloan et al. (2003) zeigten eine signifikant um 1,3 Prozentpunkte niedrigere 30-Tage-Mortalität und eine signifikant um 1,7 Prozentpunkte niedrigere Mortalität ein Jahr nach Aufnahme bei den NFP-Krankenhäusern im Vergleich zu den FP-Krankenhäusern. Es wurde jedoch kein Unterschied zwischen den PUB-Krankenhäusern und den FP-Krankenhäusern gefunden (Sloan 2003). Auch unter Berücksichtigung soziodemographischer und krankenhausspezifischer Faktoren zeigte sich bei den NFP-Krankenhäusern im Vergleich zu den FPs eine niedrigere 30-Tages- (RR=0,95) sowie eine niedrigere 1-Jahres-Mortalitätsrate (RR=0,96). Unterschiede zwischen den PUB-Krankenhäusern und den FP-Krankenhäusern wurden trotz Berücksichtigung dieser potentiellen Störgrößen nicht gefunden.

Milcent (2005) hingegen kommt unter Berücksichtigung von Faktoren wie Alter und Geschlecht zu dem Ergebnis, dass FP-Krankenhäuser die niedrigste Mortalitätsrate über die gesamte Stichprobe haben, aber die höchste bei Männern zwischen 70 und 80 Jahren. Es zeigten sich zudem deutliche Unterschiede in den Mortalitätsraten zwischen Männern und Frauen. Eine Ursache für die widersprüchlichen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Mortalität sieht Milcent in dem Einfluss nichtberücksichtigter Determinanten der Mortalität, wie beispielsweise Personalstruktur, Management und geographische Bedingungen eines Krankenhauses sowie sozioökonomische Unterschiede im Patientengut (Milcent 2005).

Wie stark die Richtung der entdeckten Zusammenhänge von den konkreten Bedingungen abhängt, zeigt die Studie von Farsi (2004). Bei der Betrachtung der beiden Diagnosen AMI (Acute myocardial infarction)⁵ und CHF (Congestive heart failure)⁶ kommt Farsi (2004) zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Inhouse-Mortalität in FP-Krankenhäusern bei AMI-Patienten höher, bei CHF-Patienten hingegen niedriger ist als in NFP-Krankenhäusern.

Die Heterogenität der Ergebnisse zeigt sich auch in einem systematischen Review, das zwischen 1980 und 2002 veröffentlichte Studien referiert. Die Recherchen von Vaillancourt Ro-

⁵ Herzinfarkt

⁶ Stauungsinsuffizienz

senau und Lindner (2003) ergaben, dass von insgesamt 69 Studien, bei denen die Qualität hinsichtlich der Trägerschaft verglichen wurde, 41 Studien (59%) eine höhere Qualität bei Krankenhäusern mit NFP-Status aufwiesen. 20 Studien (29%) zeigten keinen Unterschied zwischen den beiden Trägergruppen und acht Studien (12%) zeigten eine Überlegenheit der FP-Krankenhäuser (Vaillancourt Rosenau und Linder 2003).

In Bezug auf den Trägerwechsel kommt Farsi (2004) zu dem Ergebnis, dass ein Trägerwechsel in der Tendenz einen negativen Effekt auf die Qualität der Versorgung hat. Während bei den Wechslern zum FP-Status die AMI-Mortalitätsrate ansteigt, nimmt bei den Wechslern zum NFP-Status die Wahrscheinlichkeit zu, an CHF zu sterben. Dieses Ergebnis lässt zudem vermuten, dass der Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und Mortalität von der Art der untersuchten Krankheit und damit von der Art der indikationsabhängigen Behandlungsprozesse abhängt. Unabhängig davon weist Farsi darauf hin, dass bei der Betrachtung des Zusammenhangs von Trägerwechsel und Mortalität auch Faktoren berücksichtigt werden sollten, die bereits vor einem Trägerwechsel zu einer Verminderung der Versorgungsqualität geführt haben können. Entsprechend sollten Pre-Conversion-Effekte systematisch erfasst werden. Andernfalls kann man nicht ausschließen, dass die vorgefundenen Ergebnisse nicht auf den Trägerwechsel, sondern auf negative Faktoren zurückzuführen sind, die eventuell die Ursache für die Privatisierung waren (Farsi 2004).

3 Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von ärztlichen Direktoren

Die Durchführung und Auswertung des Projektes „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ (ATrÄK) erfolgte in zwei separaten Modulen (Tabelle 3). Die Aufgabe des ersten Moduls bestand in einer deutschlandweiten Befragung von ärztlichen Direktoren zum Thema „Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes“. Die Planung, Durchführung und Auswertung dieses Projektmoduls lag in der Verantwortung des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Im zweiten Modul wurde der Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Mortalität auf der Grundlage von Routinedaten untersucht. Planung, Durchführung und Auswertung dieses Projektmoduls lag in den Händen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Tabelle 3: Übersicht über die zwei Projektmodule

Module	Methode	Verantwortliches Institut
Modul 1: Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes – Ergebnisse der Befragung von ärztlichen Direktoren	Deutschlandweite Befragung von ärztlichen Direktoren	Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln
Modul 2: Trägerschaft und Mortalität – Qualitätsmessung mit Routinedaten	Analyse von Routinedatenanalyse	Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

Der vorliegende Bericht fokussiert die Ergebnisse des ersten Moduls. Die Ergebnisse des Moduls 2 werden in einem separaten Bericht dargestellt.

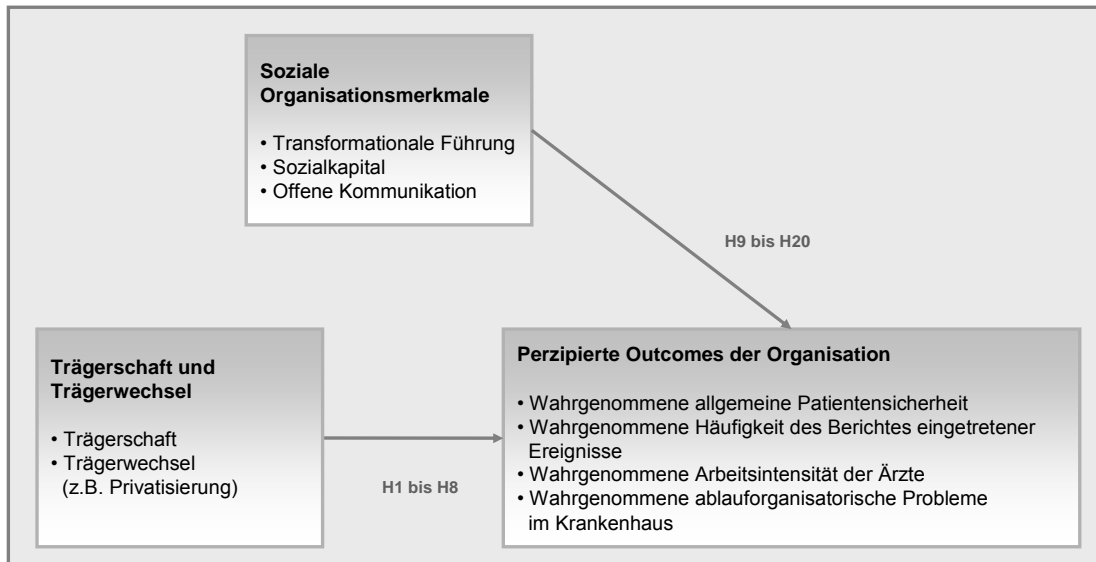
Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichtes stehen die Ergebnisse der Analysen der Befragungsdaten. Das Augenmerk liegt auf der Analyse des Zusammenhangs von Trägerstatus/Trägerwechsel und den perzipierten Outcomes der Krankenhausorganisation. In diesem Zusammenhang wird auch untersucht, inwieweit bestimmte soziale Organisationsmerkmale wie Sozialkapital im Zusammenhang mit den perzipierten Outcomes stehen.

Nachfolgend werden zunächst das Untersuchungsmodell und die Untersuchungshypothesen sowie die statistischen Analysemethoden beschrieben. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse vorgestellt und abschließend vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert.

3.1 Untersuchungsmodell und Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die Hypothesen, die im Modul 1 im Vordergrund stehen, dargestellt. Neben Trägerschaft und Trägerwechsel stellen die sozialen Organisationsmerkmale und die perzipierten Outcomes wesentliche Variablen des Untersuchungsmodells (Abbildung 3) dar.

Abbildung 3: Untersuchungsmodell



3.1.1 Hypothesen zum Einfluss der Trägerschaft

Die Unternehmensverfassung eines Krankenhauses bildet den Rahmen für die Entscheidungen und Handlungen des Krankenhausmanagements. Sie legt den Handlungsspielraum der Krankenhausführung fest und hat Einfluss darauf, wie flexibel, anfällig und stabil ein Krankenhaus ist. Im Rahmen der vorliegenden Analysen betrachten wir die Trägerschaft eines Krankenhauses als eine wesentliche Dimension der Unternehmensverfassung.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und perzipierten Outcomes der Sicherheitskultur

Guldenmund charakterisiert die Kultur einer Organisation als ein relativ stabiles, multidimensionales, hypothetisches Konstrukt, das sich auf der Grundlage von geteilten, kulturellen Normen in der Arbeitsumgebung auf Wahrnehmungen und Verhalten der Angestellten auswirkt (Guldenmund 2000). Dies gilt auch für einen Teilaspekt der Organisationskultur, wie z.B. die Sicherheitskultur. Sie hat einen wesentlichen Einfluss auf sicherheitsrelevante Prozesse und Strukturen im Krankenhaus und damit auf die Patientensicherheit. Angesichts der Tatsache, dass objektive Outcomes der Sicherheitskultur in der Praxis nur eingeschränkt zugänglich sind, spielen subjektive Sicherheitskultur-Outcomes in der Versorgungsforschung eine wichtige Rolle. Die subjektive Sichtweise der ärztlichen Direktoren ist zudem von besonderer Bedeutung, da sie wesentlich dafür verantwortlich ist, welche arbeits- und organisationsbezogenen Entscheidungen diese zentralen Entscheidungsträger im Arbeitsalltag treffen. Zwei wesentliche subjektive Outcome-Dimensionen der Sicherheitskultur sind in diesem

Zusammenhang die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit und die wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse (Sorra und Nieva 2004). Aus diesen Überlegungen ergeben sich die folgenden Untersuchungshypothesen:

Hypothese 1: Zwischen den ärztlichen Direktoren privater und nicht-privater Krankenhäuser gibt es hinsichtlich der wahrgenommenen allgemeinen Patientensicherheit Unterschiede.

Hypothese 2: Zwischen den ärztlichen Direktoren privater und nicht-privater Krankenhäuser gibt es hinsichtlich der wahrgenommenen Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse Unterschiede.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und der wahrgenommenen ärztlichen Arbeits- und Organisationssituation

Die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauses führt nicht nur zu einer hohen Belastung des Systems Krankenhaus, sondern auch zu einer hohen Arbeitsbelastung der Ärzte (Bundesärztekammer 2007). Neuere Studien zeigen, dass die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte hoch bis sehr hoch ist (Knesebeck et al. 2009; Schwartz und Angerer 2010). Da ärztliche Direktoren die Arbeitsbelastung im Krankenhaus günstig beeinflussen könnten und dies wiederum davon abhängt, ob sie Handlungsbedarf sehen, kommt ihrer Sicht der Belastungssituation besondere Bedeutung zu. Es stellt sich daher die Frage, wie die ärztlichen Direktoren die Arbeits- und Organisationssituation in ihrem Haus einschätzen. Ausgehend von diesen Überlegungen interessieren uns die folgenden Untersuchungshypothesen:

Hypothese 3: Zwischen den ärztlichen Direktoren privater und nicht-privater Krankenhäuser gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung der Höhe der ärztlichen Arbeitsintensität.

Hypothese 4: Zwischen den ärztlichen Direktoren privater und nicht-privater Krankenhäuser gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung des Ausmaßes an ablauforganisatorischen Problemen im Krankenhaus.

3.1.2 Hypothesen zum Einfluss des Trägerwechsels

Ein Wechsel der Unternehmensverfassung geht oft mit Problemen und Umstrukturierungsprozessen einher. Ein Wechsel der Trägerstruktur ist z.B. für das gesamte Krankenhaus mit einer hohen Anpassungsleistung verbunden, und zwar unabhängig davon, ob dieser Wechsel von den Beschäftigten begrüßt wird oder nicht.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und perzipierten Outcomes der Sicherheitskultur

Ausgehend von den beschriebenen Überlegungen ergeben sich die folgenden Untersuchungshypothesen zum Einfluss des Trägerwechsels auf Outcomes der Sicherheitskultur:

Hypothese 5: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser schätzen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse die allgemeine Patientensicherheit etwas geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser.

Hypothese 6: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser schätzen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse die Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse etwas geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser.

Hypothesen zum Zusammenhang von Trägerwechsel und der wahrgenommenen ärztlichen Arbeits- und Organisationssituation

Ein Trägerwechsel bleibt aufgrund der damit verbundenen Umstellungen und Anpassungsleistungen nicht ohne Einfluss auf die Arbeits- und Organisationssituation. Oft müssen aufgrund der Umstellungen entlastende Routinen aufgegeben werden. Dies kann die Arbeitsbelastung der Ärzte erhöhen. Umstellungen können auch dazu führen, dass man nicht mehr genau weiß, wer in der neuen Situation was zu tun hat und wer für was zuständig ist. Dies erhöht die Chance, dass es zu ablauforganisatorischen Problemen kommen kann. Dies führt zu folgenden Hypothesen:

Hypothese 7: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser nehmen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse eine höhere Arbeitsintensität bei den Ärzten wahr als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser.

Hypothese 8: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser nehmen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse mehr ablauforganisatorische Probleme wahr als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser.

3.1.3 Hypothesen zum Einfluss sozialer Organisationsmerkmale der Krankenhausorganisation

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen sozialen Organisationsmerkmalen und Outcomes der Sicherheitskultur

Eine Vielzahl von Studien berichtet, dass soziale Organisationsmerkmale, wie etwa das Vorhandensein eines transformationalen Führungsstils (im Sinne eines team- und veränderungsorientierten Führungsstils), ein hohes Maß an Sozialkapital (gegenseitiges Vertrauen und Unterstützungsbereitschaft) und ein hohes Maß an offener Kommunikation, einen Einfluss auf die Patientensicherheit haben (Ernstmann et al. 2009; McFadden et al. 2009; Zohar und Tenne-Gazit 2008). Das Fehlerkultur-Modell von Pfaff et al. (2004) legt einen kausalen Zusammenhang zwischen einem hohem Sozialkapital und offener Kommunikationskultur sowie zwischen offener Kommunikation und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit nahe: hohes Vertrauen führt zu einer offenen Kommunikationskultur, diese wiederum ist die Voraussetzung, um auch über fehlerhaftes Verhalten offen reden zu können und Maßnahmen für mehr Patientensicherheit einführen zu können (Pfaff et al. 2004a). Ausgehend von diesen Vorüberlegungen ergeben sich die folgenden sechs Untersuchungshypothesen:

Hypothese 9: Je mehr der ärztliche Direktor unter den leitenden Führungskräften des Krankenhauses einen transformationalen Führungsstil wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein.

Hypothese 10: Je mehr der ärztliche Direktor unter den leitenden Führungskräften des Krankenhauses einen transformationalen Führungsstil wahrnimmt, desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird.

Hypothese 11: Je mehr der ärztliche Direktor ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein.

Hypothese 12: Je mehr der ärztliche Direktor ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird.

Hypothese 13: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein.

Hypothese 14: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen sozialen Organisationsmerkmalen und der wahrgenommenen ärztlichen Arbeits- und Organisationssituation

Eine hohe Unterstützungsbereitschaft unter den Mitarbeitern und ein ausgeprägtes Vertrauensklima im Krankenhaus sind Kennzeichen eines hohen Sozialkapitals. Ein hohes Sozialkapital kann sich günstig auf die Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte und Pflegekräfte auswirken. So kann etwa ein gut ausgeprägtes Betriebsklima als eine Ressource betrachtet werden, die den Umgang mit Stress und Belastungen erleichtert (Ommen et al. 2009). Dasselbe dürfte für eine offene Kommunikationskultur gelten. Je offener kommuniziert wird, desto eher werden Probleme früh angesprochen und soziale Eskalationen mit ihren Folgeproblemen im Bereich der Arbeitskooperation und -organisation vermieden. Dies dürfte sich tendenziell positiv auf die Arbeitsbelastung und die Ablauforganisation auswirken. Unklar ist jedoch die Auswirkung eines transformationalen Führungsstils. Ein solcher Führungsstil stärkt einerseits den Teamgeist unter den Mitarbeitern, andererseits aber setzt er durch die Visionen und durch das Infragestellen des Hergebrachten die Mitarbeiter auch unter hohe Anforderungen. Die Auswirkung auf die Arbeitsintensität könnte daher moderat ausfallen. Die positive und die negative Wirkung dieses Führungsstils auf die Belastung der Mitarbeiter dürften sich gegenseitig aufheben. Auf die Ablauforganisation jedoch dürfte sich ein transformationaler Führungsstil positiv auswirken. Ausgehend von diesen Vorüberlegungen ergeben sich die folgenden sechs Untersuchungshypothesen:

Hypothese 15: Der Grad des transformationalen Führungsstils unter den leitenden Führungskräften hängt nicht mit der wahrgenommenen ärztlichen Arbeitsintensität zusammen.

Hypothese 16: Je mehr der ärztliche Direktor unter den leitenden Führungskräften des Krankenhauses einen transformationalen Führungsstil wahrnimmt, desto weniger ablauforganisatorische Probleme sieht er als gegeben an.

Hypothese 17: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto geringer schätzt er die Arbeitsbelastung der Ärzte ein.

Hypothese 18: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto besser funktioniert in seinen Augen die Ablauforganisation.

Hypothese 19: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto geringer schätzt er die Arbeitsbelastung der Ärzte ein.

Hypothese 20: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto weniger ablauforganisatorische Probleme sind in seinen Augen gegeben.

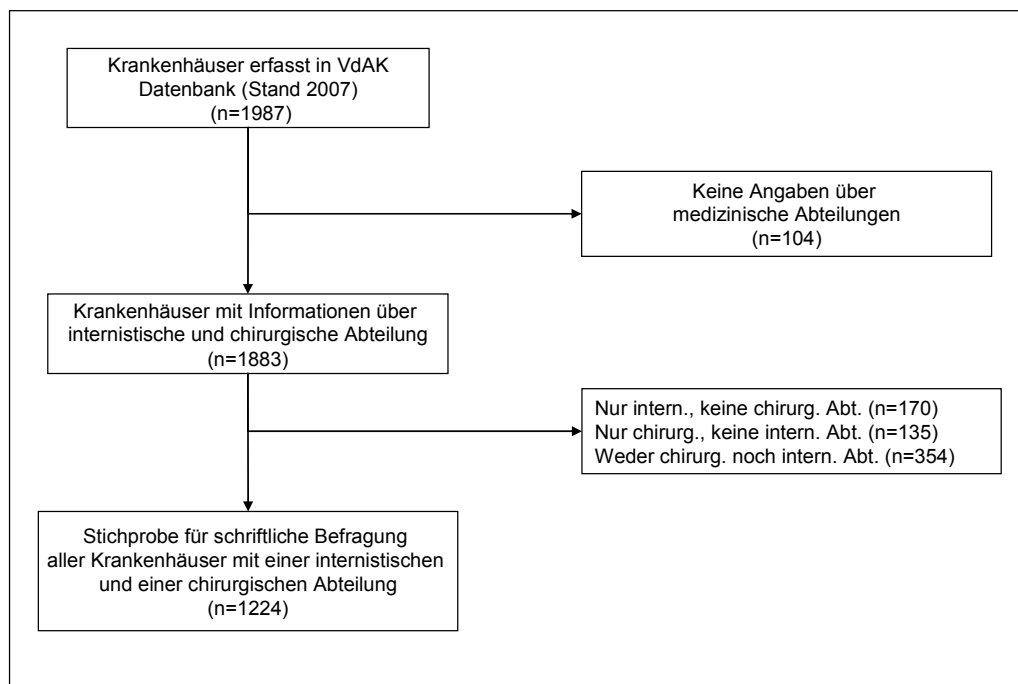
3.2 Methoden

3.2.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der untersuchten Krankenhäuser besteht aus 1.987 Krankenhäusern, die in der Adresdatenbank⁷ des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) des Jahres 2007 aufgeführt sind. Aus dieser Brutto-Grundgesamtheit wurden jene Krankenhäuser ausgeschlossen, a) über die keine Angaben zu den medizinischen Abteilungen des Krankenhauses zu finden waren, b) die nur eine internistische, aber keine chirurgische Abteilung vorweisen konnten, c) die nur eine chirurgische, aber keine internistische Abteilung hatten oder c) die weder über eine internistische, noch über eine chirurgische Abteilung verfügten. Dies betrifft insgesamt 763 Krankenhäuser. Die bereinigte Grundgesamtheit (Netto-Grundgesamtheit) besteht daher aus 1.224 Krankenhäusern. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Grundgesamtheit und die für die Befragung erfolgte Stichprobenziehungen.

⁷ Diese Adresdatenbank wurde für das Annahmeverfahren gesetzlicher Qualitätsberichte nach §137 SGB V verwendet.

Abbildung 4: Darstellung der Grundgesamtheit und Stichprobe



3.2.2 Messinstrument

Eine geeignete Herangehensweise, um die Unternehmens- und Managementstrategien eines Krankenhauses zu erfassen, ist die Methode der Befragung. Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum von Januar bis April 2008 nach eingehenden theoretischen Vorarbeiten ein Instrument zur Befragung von ärztlichen Direktoren an deutschen Krankenhäusern entwickelt. Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Expertentreffens⁸ diskutiert und anschließend mit Hilfe von zwei Think-Aloud-Interviews mit leitenden Ärzten im Rahmen eines kognitiven Pretest evaluiert. Nach Beendigung der Interviews wurde der Fragebogen abschließend überarbeitet und in die Endform gebracht.

Die schriftliche Befragung der ärztlichen Direktoren erfolgte in Anlehnung an die Total Design Methode nach Dillman (1978)⁹ mit insgesamt fünf Befragungswellen. Diese Methode sieht das mehrfache Anschreiben und Erinnern der Befragten vor, um eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erzielen (Petermann 2005; Freise 2003). Zusammen mit dem Fragebogen erhielten die Befragten einen portofreien Rückumschlag, einen Umschlag mit Fragebogennummer für den Fragebogen¹⁰, ein Anschreiben der Bundesärztekammer sowie ein Anschreiben des ZVFK, das u.a. Hinweise zur Durchführung der Studie und zum Datenschutz enthielt. Die Befragungsunterlagen der fünf Befragungswellen befinden sich in den Anhängen 2a-f.

⁸ Das Expertenteam setzt sich zusammen aus drei Experten der Inneren Medizin, einem Experten aus dem Bereich Qualitätsmanagement, einem Experten aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften und einem Experten für Routinedaten.

⁹ Der Einsatz der Total Design Methode hat sich in vielen Studien bewährt, um den Rücklauf von schriftlichen Befragungen zu steigern (vgl. zusammenfassend Petermann 2005; Freise 2003).

¹⁰ Prinzip der doppelten Umschlagtechnik zur Erhöhung des Grades der Anonymität.

Der eingesetzte Fragebogen besteht aus den sieben Fragebogenblöcken „Strategie, Führung und Organisation“, „Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte“, „Sicherheitskultur“, „Krankenhausleitung und Leitungsstruktur“, „Qualität, Leitlinien und Behandlungspfade“, „Trägerschaft/Rechtsform“ und „Strukturdaten des Krankenhauses“. Es wurden insgesamt 187 geschlossene und 18 offene Fragen eingesetzt. Darunter befinden sich 26 Filterfragen und insgesamt 20 Skalen. Der Fragebogen sowie eine Übersicht zu den eingesetzten Skalen und Items befinden sich in den Anhängen 1a und 1b.

Für die vorliegenden Analysen wurden die Befragungsdaten mit Daten des Statistischen Bundesamtes zur Trägerschaft, zur Bundesland-Zugehörigkeit und zur Bettenzahl für die Jahre 2003 bis 2007 ergänzt¹¹.

Nachfolgend werden die zentralen Variablen der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

Trägerschaft

Nach dem Statistischen Bundesamt lassen sich Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Trägerschaft wie folgt unterscheiden:

- „*Öffentliche Einrichtungen* können in öffentlich-rechtlicher oder in privatrechtlicher Form geführt werden.
 - Die in *öffentlich-rechtlicher* Form betriebenen Einrichtungen sind entweder rechtlich selbstständig (z.B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder rechtlich unselbstständig (z.B. Regie- oder Eigenbetrieb).
 - In *privatrechtlicher Form* (z.B. als GmbH) betriebene Einrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z.B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z.B. Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 v. H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.
- *Freigemeinnützige Einrichtungen* werden von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten.
- *Private Einrichtungen* bedürfen als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung“ (Statistisches Bundesamt 2009).

Für die Analysen der Auswirkung der Trägerschaft auf die Qualität der Versorgung wurden die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser zu den nicht-privaten Krankenhäusern wie folgt zusammengefasst:

- *Nicht-private Krankenhäuser* sind alle Krankenhäuser, die im Erhebungsjahr 2007 öffentlich oder freigemeinnützig waren. Diese Gruppe berücksichtigt keine Trä-

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2006; Statistisches Bundesamt 2007; Statistisches Bundesamt 2008b und Statistisches Bundesamt 2009.

gerwechsler und schließt ebenso Krankenhäuser ein, die in der Zeit von 2004 bis 2007 zu einem öffentlichen oder freigemeinnützigen Träger gewechselt haben.

- *Private Krankenhäuser* sind alle Krankenhäuser, die im Erhebungsjahr 2007 privat waren. Diese Gruppe berücksichtigt keine Trägerwechsler und schließt ebenso Krankenhäuser ein, die in der Zeit von 2004 bis 2007 zu einem privaten Träger gewechselt haben.

Trägerwechsel

Auf der Grundlage der Informationen über die Träger der Krankenhäuser in den Jahren 2003 bis 2007 wurde zwischen Wechsler und Nicht-Wechsler unterschieden. Zur eindeutigen Ermittlung der Krankenhäuser, die einen Trägerwechsel vorgenommen hatten, wurden nur Krankenhäuser eingeschlossen, für die eine Angabe zur Trägerschaft in allen fünf Berichtsjahren des Statistischen Bundesamtes vorlag. Als Trägerwechsler wurden alle Krankenhäuser angesehen, bei denen im Zeitraum von 2004 bis 2007 ein Wechsel der Trägerschaft von privat zu nicht-privat (Entprivatisierung) bzw. von nicht-privat zu privat (Privatisierung) stattgefunden hat. Die Nicht-Wechsler und die Wechsler konnten auf der Basis der Angaben des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2003 bis 2007 unterschieden werden. Danach ergibt sich folgendes Bild:

- *Nicht-private Krankenhäuser*. Dies sind alle öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser, die sich mindestens seit 2003 in nicht-privater Trägerschaft befinden. Diese Gruppe schließt auch Krankenhäuser mit ein, die in den Jahren von 2003 bis 2007 einen Trägerwechsel innerhalb nicht-privater Träger vollzogen hatten, z.B. einen Wechsel zwischen einem freigemeinnützigen und einem öffentlichen Träger oder innerhalb der freigemeinnützigen Träger.
- *Private Krankenhäuser*. Dies sind alle Krankenhäuser, die sich seit mindestens 2003 in privater Trägerschaft befinden.
- *Privatisierte Krankenhäuser*. Dies sind alle Krankenhäuser, die im Zeitraum von 2004 bis 2007 privatisiert wurden, d.h. einen Trägerwechsel von freigemeinnützig hin zu privat bzw. von öffentlich hin zu privat vollzogen haben. Zusätzlich können die Subgruppen der Krankenhäuser unterschieden werden, die 2004, 2005, 2006 oder 2007 privatisiert wurden.
- *Entprivatisierte Krankenhäuser*. Dies sind alle Krankenhäuser, die im Zeitraum von 2004 bis 2007 entprivatisiert wurden, d.h. einen Trägerwechsel von privat hin zu freigemeinnützig bzw. von privat hin zu öffentlich vollzogen haben.

Transformationale Führung

Bass (1999) versteht unter transformationaler Führung einen Führungsstil, bei dem die leitenden Führungskräfte inspirieren, intellektuelle Anreize bieten und hohe Aufmerksamkeit gegenüber den Mitarbeitern zeigen (Bass 1999). Die Skala „Transformationale Führung (Kurzform)“ besteht aus sechs Items und wurde im Rahmen einer Befragung zur betrieblichen Gesundheitsförderung in ITK-Unternehmen (Projekt PäKoNet), die am Institut durchgeführt wurde, neu entwickelt (Cronbachs Alpha=.83). Sie basiert auf der deutschen Adaption (Heinitz und Rowold 2007) des „Transformational Leadership Inventory (TLI)“ (Podsakoff et

al. 1990; Podsakoff et al. 1996). Für die Kurz-Skala „Transformationale Führung (Kurzform)“ (Tabelle 4) wurde aus jeder der sechs Dimensionen des TLI jenes Item mit der höchsten Faktorladung ausgesucht. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass jede der zentralen Dimensionen der transformationalen Führung¹² in der Kurzversion repräsentiert ist. Die Antwortkategorien basieren auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (nie=1, selten=2, manchmal=3, oft=4, immer=5). Die Antworten auf die sechs Fragen wurden in einem Summenscore zusammengefasst. Um einen relativen Skalenwert zu erhalten, wurde der Summenscore durch die Anzahl der Items (n=6) geteilt. Der niedrigste relative Skalenwert ist 1, der höchste relative Skalenwert ist 5. Ein hoher Skalenwert deutet hierbei auf einen häufig angewandten transformationalen Führungsstil hin.

Tabelle 4: Skala „**Transformationale Führung (Kurzform)**“

Wie verhalten sich ihre leitenden Führungskräfte (z.B. Geschäftsleitung, Chefärzte, Pflegedienstleitung) im Durchschnitt?

Die leitenden Führungskräfte ...

... inspirieren durch ihre Pläne für die Zukunft.

... entwickeln ein "Wir-Gefühl" und Teamgeist bei den Mitarbeitern ihrer Abteilung.

... zeigen offen, dass sie viel von ihren Mitarbeitern erwarten.

... haben Ideen, die die Mitarbeiter dazu bringen, einige ihrer eigenen Gedanken zu überdenken, die sie vorher nicht infrage gestellt haben.

... geben ihren Mitarbeitern immer eine positive Rückmeldung, wenn sie gute Leistungen erbringen.

... führen durch beispielhaftes Verhalten.

Sozialkapital

Die Skala „Sozialkapital“ (Tabelle 5) setzt sich aus insgesamt sechs Fragen zusammen, die den Grad der Betriebsgemeinschaft (Clan-Faktor) und die soziale Kohäsion des Krankenhauses aus Sicht des ärztlichen Direktors erfassen (Cronbachs Alpha=.88). Die Antwortkategorien basieren auf einer vier-stufigen Likert-Skala (stimme überhaupt nicht zu=1, stimme eher nicht zu=2, stimme eher zu=3, stimme voll und ganz zu=4). Aus den sechs Antworten wurde ein Summenscore gebildet, der durch die Anzahl der Items dividiert wurde (n=6), um eine relativierte Skala zu erhalten. Ein hoher Skalenwert deutet auf ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus hin.

¹² Identifying and Articulation a Vision, Providing an Appropriate Model, Fostering the Acceptance of Group Goals, High Performance Expectations, Providing Individualized Support und Intellectual Stimulation (Heinitz und Rowold 2007; Podsakoff et al. 1996).

Tabelle 5: Skala „Sozialkapital“

Wenn Sie nun an das Klima im Krankenhaus insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
In unserem Krankenhaus ...

... herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.

... haben wir Vertrauen zueinander.

... gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.

... ist das Betriebsklima gut.

... ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.

... vertreten wir viele Werte gemeinsam.

Offene Kommunikation

Die Skala „Offene Kommunikation“ (Tabelle 6) ist ein Maß für ein Klima, in dem Probleme offen und konstruktiv besprochen werden können (Pfaff et al. 2004a). Sie setzt sich aus insgesamt vier Fragen zusammen, welche die Zusammenarbeit und das Miteinander im Krankenhaus aus Sicht des ärztlichen Direktors erfassen (Cronbachs Alpha=.80). Die Antwortkategorien basieren auf einer vier-stufigen Likert-Skala (stimme überhaupt nicht zu=1, stimme eher nicht zu=2, stimme eher zu=3, stimme voll und ganz zu=4). Die Aussagen der ärztlichen Direktoren wurden durch die Bildung eines Summenscores aus den vier Fragen zusammengefasst. Dieser Wert wurde anschließend durch die Anzahl der Items dividiert (n=4). Der niedrigste relative Skalenwert ist 1, der höchste relative Skalenwert ist 4. Ein hoher Skalenwert deutet auf eine offene Kommunikation im Krankenhaus hin.

Tabelle 6: Skala „Offene Kommunikation“

Wenn Sie nun an die Zusammenarbeit und das Miteinander in diesem Krankenhaus denken, wie stark stimmen Sie dann folgenden Aussagen zu?

In unserem Krankenhaus ...

... werden Probleme offen angesprochen.

... ist konstruktive Kritik willkommen.

... können wir in Besprechungen Sachliches von Persönlichem gut trennen.

... werden die Mitarbeitenden in wichtige Entscheidungen einbezogen.

Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit

Die Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ (Tabelle 7) setzt sich aus insgesamt vier Fragen zusammen, welche die generelle Einschätzung der Patientensicherheit im Krankenhaus aus Sicht des ärztlichen Direktors erfasst (Cronbachs Alpha=.67). Die Fragen stammen aus dem „Hospital Survey on Patient Safety Culture“ (HSOPS) (Sorra und Nieva 2004), der für die Befragung von ärztlichen Direktoren in deutschen Krankenhäusern adaptiert wurde. Die Skala bildet die erste von insgesamt zwei Outcome-Dimensionen des Sicherheitskulturfragebogens. Die Antwortkategorien basieren auf einer fünf-stufigen Likert-

Skala (stimme überhaupt nicht=1, stimme nicht zu=2, teils-teils=3, stimme zu=4, stimme voll zu=5). Die Aussagen der ärztlichen Direktoren wurden – nach der Rekodierung negativ formulierter Items – durch die Bildung eines Summenscores aus den vier Fragen zusammengefasst und zur Bildung eines relativen Skalenwerts durch die Summe der Items (n=4) dividiert. Der niedrigste relative Skalenwert ist 1, der höchste relative Skalenwert ist 5. Ein hoher Skalenwert bedeutet, dass die ärztlichen Direktoren die Patientensicherheit im Krankenhaus als hoch einschätzen.

Tabelle 7: Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“

Abteilungen/Kliniken: Denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen bzw. Kliniken in diesem Krankenhaus.

Es ist pures Glück, dass innerhalb der Abteilungen/Kliniken keine schwerwiegenderen Fehler passieren.

Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.

Wir haben innerhalb der Abteilungen/Kliniken Probleme mit der Patientensicherheit.

Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Abteilungen/Kliniken eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.

Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse

Die Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ (Tabelle 8) setzt sich aus insgesamt drei Fragen zusammen, welche die Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse (z.B. Fehler) aus Sicht des ärztlichen Direktors im Krankenhaus erfassen (Cronbachs Alpha=.84). Die Fragen stammen ebenfalls aus dem HSOPS und bilden zusammen die zweite Outcome-Dimension des Sicherheitskulturfragebogens. Die Antwortkategorien basieren auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (nie=1, selten=2, gelegentlich=3, meistens=4, immer=5). Es wurde ein Summenscore gebildet, der anschließend durch die Anzahl der Items (n=3) dividiert wurde, um eine relativierte Skala zu erhalten. Ein hoher Skalenwert bedeutet, dass die ärztlichen Direktoren ein häufiges Berichten eingetretener Ereignisse wahrnehmen. Der niedrigste relative Skalenwert ist 1, der höchste relative Skalenwert ist 5.

Tabelle 8: Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“

Melden eingetretener Ereignisse: Wenn innerhalb der Abteilungen/Kliniken folgende Ereignisse (z. B. Fehler) passieren. Was ist Ihr Eindruck: Wie oft werden diese gemeldet?

Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, das bemerkt und korrigiert wird, bevor es sich auf den Patienten auswirkt - wie oft wird dies gemeldet?

Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, das den Patienten nicht schädigen kann - wie oft wird dies gemeldet?

Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, das den Patienten schädigen kann - wie oft wird dies gemeldet?

Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte

Die Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ (Tabelle 9) setzt sich aus insgesamt sechs Fragen zusammen, welche die allgemeine Arbeitsbelastung der Ärzte im Krankenhaus aus Sicht des ärztlichen Direktors erfassen (Cronbachs Alpha=.85). Antwortkategorien basieren auf einer vier-stufigen Likert-Skala (trifft nicht zu=1, trifft kaum zu=2, trifft eher zu=3, trifft voll und ganz zu=4). Aus den sechs Fragen wurde ein Summenscore gebildet, der durch die Anzahl der Items (n=6) dividiert wurde. Die so relativierten Werte können Werte zwischen 1 und 4 annehmen. Ein hoher relativer Skalenwert von 4 bedeutet, dass die ärztlichen Direktoren eine hohe Arbeitsbelastung der Ärzte wahrnehmen.

Tabelle 9: Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“

Was ist Ihre Meinung zur Situation der Ärzte in ihrem Krankenhaus?

Das von den Ärzten verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.

Oft sind die zu lösenden Aufgaben für die Ärzte sehr schwierig.

Es ist häufig sehr viel, was von den Ärzten an Arbeit geschafft werden muss.

In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass die Ärzte bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehen.

Die Arbeit der Ärzte erfordert große körperliche Anstrengungen.

Bei der Arbeit hier im Krankenhaus müssen die Ärzte zu viele Dinge auf einmal erledigen.

Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus

Die Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ (Tabelle 10) setzt sich aus insgesamt sechs Fragen zusammen, die das Ausmaß an organisatorischen Problemen hinsichtlich zentraler Prozesse im Krankenhaus aus Sicht des ärztlichen Direktors erfassen (Cronbachs Alpha=.83). Auf die Fragen konnte mit Hilfe einer vier-stufigen Likert-Skala geantwortet werden (stimme überhaupt nicht=1, stimme eher nicht zu=2, stimme eher zu=3, stimme voll und ganz zu=4). Die Antworten wurden in einem Summenscore zusammengefasst und durch die Anzahl der Items dividiert, so dass die Skala Werte zwischen 1 und 4 annehmen kann. Ein hoher Skalenwert bedeutet, dass die ärztlichen Direktoren viele Probleme wie Wartezeiten, Terminverschiebungen und schlechte Absprachen im Krankenhaus wahrnehmen.

Tabelle 10: Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zur Arbeitsorganisation in ihrem Krankenhaus zustimmen können.

Bei Patientenaufnahmen kommt es zu organisatorischen Problemen.

In den Kliniken/Fachabteilungen weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.

Bei den Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Wartezeiten.

Bei den Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es Terminverschiebungen.

Zwischen den Bettenstationen und den Funktionsdiensten gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.

Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.

3.2.3 Angewandte Statistische Methoden

Die ausgefüllten Fragebogen wurden mittels Teleform (einer Software zur Dateneingabe) eingescannt, qualitätsgesichert und anschließend mit dem Statistik-Programm SPSS 17.0¹³ ausgewertet. In den vorliegenden Analysen wurden alle bis zum 23. Oktober 2008 im ZVFK eingegangenen Fragebogen berücksichtigt.

Zur Überprüfung und Sicherstellung der Datenqualität wurden im Vorfeld der Hypothesenüberprüfung zunächst eine Responderanalyse hinsichtlich der Merkmale Trägerschaft, Bundesland-Zugehörigkeit und Bettenzahl durchgeführt. Anschließend wurden deskriptive Analysen zur Beschreibung der Häufigkeiten durchgeführt, um die Verteilung in den einzelnen Variablen zu überprüfen. Diese Analysen ermöglichen eine erste Beschreibung des Ist-Zustandes. Die Darstellung erfolgt anhand prozentualer Häufigkeiten für Einzelitems und anhand von Minimal-, Maximal- und Mittelwerten sowie Standardabweichungen für Skalen.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte anhand von Mittelwertvergleichen auf der Grundlage von T-Tests für unabhängige Stichproben. Die unabhängigen Variablen (Trägerschaft, Trägerwechsel sowie transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation) wurden dazu im Vorfeld dichotomisiert. Die Mittelwertunterschiede werden bis zu einem Fünf-Prozent-Niveau als signifikant ausgewiesen.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Rücklauf und Datenqualität

Rücklauf

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle bis zum 23. Oktober 2008 im ZVFK eingegangenen Fragebogen. Insgesamt wurde 1.224 Krankenhäusern ein Frage-

¹³ SPSS Version 16.0 bis Dezember 2008

bogen zugeschickt. Von den angeschriebenen ärztlichen Direktoren haben 551 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 Prozent (Tabelle 11).

Tabelle 11: Rücklaufquote

Angeschrieben	N	Rücklauf in n	Rücklaufquote in %
ärztliche Direktoren	1.224	551	45,02

Von 26 ärztlichen Direktoren haben wir die Rückmeldung erhalten, dass diese aus unterschiedlichen Gründen (überwiegend Zeit- und Ressourcenmangel) nicht an der Befragung teilnehmen können. Die Ablehnungsgründe sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Gründe für Ablehnung der Teilnahme an der Befragung

Gesamt	Ohne Begründung	Keine Zeit / Ressourcen	Generell kein Interesse	Sonstiges
26	6	12	2	6

Merkmalsverteilungen der befragten Krankenhäuser

Die Beschreibung der befragten Krankenhäuser erfolgt anhand der Darstellung für die Merkmale Trägerschaft, Bundesland-Zugehörigkeit und Bettenzahl. Die Verteilungen dieser Merkmale sind jeweils für die Netto-Grundgesamtheit (N=1.224) und die befragten Krankenhäuser (n=551) dargestellt. Die Werte bezüglich der Trägerschaft, der Bundesland-Zugehörigkeit und der Bettenzahlen basieren auf Angaben des Verzeichnisses der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Statistischen Bundesamtes in Deutschland für das Jahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2007). Die fehlenden Angaben in der Trägerschaft-, Bundesländer- und Bettenzahl-Statistik sind darauf zurückzuführen, dass die beiden Datengrundlagen für diese Zahlen (Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und Adressdatenbank des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)) unterschiedliche Erhebungszeiträume abdecken und unterschiedliche Erfassungsmethoden nutzten. Daher konnten nicht für alle 1.224 Krankenhäuser der Grundgesamtheit (VdAK-Statistik) die entsprechenden Daten des Statistischen Bundesamtes zugeordnet werden.

In Tabelle 13 ist der Trägerstatus der Krankenhäuser der Netto-Grundgesamtheit (N=1.224) und der befragten Krankenhäuser (n=551) dargestellt. Die Angaben basieren auf den Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2009). In der Netto-Grundgesamtheit wurden alle Krankenhäuser berücksichtigt, die über mindestens eine internistische und eine chirurgische Abteilung verfügen. Der Anteil der privaten Krankenhäuser ist in dieser eingeschränkten Grundgesamtheit (Netto-Grundgesamtheit) deutlich kleiner als in der nicht eingeschränkten Grundgesamtheit (Brutto-Grundgesamtheit). Darüber hinaus weisen die privaten Krankenhäuser in der Brutto-Grundgesamtheit eine geringere Bettenzahl

auf als die privaten Krankenhäuser in der Netto-Grundgesamtheit (Tabelle 32 im Anhang 3). Die Brutto-Grundgesamtheit unterscheidet sich von der Netto-Grundgesamtheit dadurch, dass sie auch Krankenhäuser enthält, die weder eine chirurgische noch eine internistische Abteilung haben oder die zwar eine chirurgische Abteilung haben, aber dafür keine internistische Abteilung oder umgekehrt. Unter diesen kleineren Krankenhäusern ist der Anteil der privaten Krankenhäuser höher, da die Privatisierung häufig spezialisierte Krankenhäuser betrifft. Beispielsweise beschreiben Schulten und Böhlke (2009), dass der Anteil der privaten Krankenhäuser bei etwa 30 Prozent liegt. Diese Berechnungen basieren auf den Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2008 (ebd.), beziehen sich auf N=2087 Krankenhäuser und schließen kleine private Praxiskliniken, Spezial- und Fachkliniken sowie Tageskliniken und Therapiezentren mit ein. Dies erklärt, warum der Anteil der privaten Krankenhäuser mit 14,7 Prozent in der Netto-Grundgesamtheit deutlich geringer ist als bei allen deutschen Krankenhäusern (Brutto-Grundgesamtheit).

Tabelle 13: Trägerschaft der Krankenhäuser in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungsstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)

Trägerschaft	Prozent		Gültige Prozente	
	Grundgesamtheit der Befragung	Befragte Krankenhäuser	Grundgesamtheit der Befragung	Befragte Krankenhäuser
	(N=1.224) 2007	(n=551) 2007	(N=1.224) 2007	(n=551) 2007
Öffentlich	40,7	41,6	43,0	43,7
Freigemeinnützig	40,1	42,8	42,4	45,0
Privat	13,9	10,7	14,7	11,3
Gesamt	94,7	95,1	100,0	100,0
Keine Angabe	5,3	4,9		

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

In Tabelle 14 ist die Verteilung der Krankenhäuser über die Bundesländer in der Netto-Grundgesamtheit (N=1.224) und der Stichprobe der befragten Krankenhäuser (n=551) dargestellt. Beide Verteilungen unterscheiden sich nur in wenigen Punkten. Die befragten Krankenhäuser können somit in Bezug auf das Merkmal Bundesländer als repräsentativ für die deutschen Krankenhäuser mit internistischen und chirurgischen Abteilungen angesehen werden. Auch hinsichtlich der Verteilung der befragten Krankenhäuser über die alten und neuen Bundesländer (Tabelle 15) ergaben sich kaum Unterschiede zur Netto-Grundgesamtheit.

Tabelle 14: Verteilung der Bundesländer in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungsstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)

Bundesländer	Prozent		Gültige Prozente	
	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007
Schleswig-Holstein	2,7	1,8	2,8	1,9
Hamburg	1,6	1,5	1,6	1,5
Niedersachsen	10,1	8,7	10,7	9,2
Bremen	0,8	0,4	0,9	0,4
Nordrhein-Westfalen	23,1	27,6	24,4	29,0
Hessen	6,5	6,0	6,8	6,3
Rheinland-Pfalz	5,3	5,4	5,6	5,7
Baden-Württemberg	10,9	11,1	11,6	11,6
Bayern	14,8	14,3	15,6	15,1
Saarland	1,8	1,6	1,9	1,7
Berlin	2,3	2,5	2,4	2,7
Brandenburg	3,0	3,3	3,2	3,4
Mecklenburg-Vorpommern	2,1	2,2	2,2	2,3
Sachsen	4,8	5,1	5,1	5,3
Sachsen-Anhalt	2,5	2,2	2,7	2,3
Thüringen	2,3	1,5	2,4	1,5
Gesamt	94,7	95,1	100,0	100,0
Keine Angabe	5,3	4,9		

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

Tabelle 15: Verteilung nach alten und neuen Bundesländern in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)

Bundesländer	Prozent		Gültige Prozente	
	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007
Neue Bundesländer	17,1	16,7	18,0	17,6
Alte Bundesländer	77,6	78,4	82,0	82,4
Gesamt	94,7	95,1	100,0	100,0
Keine Angabe	5,3	4,9		

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

Eine weitere Frage ist, ob sich die Stichprobe der befragten Krankenhäuser von der Netto-Grundgesamtheit in Bezug auf die Größe der Krankenhäuser, gemessen an der Zahl der Krankenhausbetten, unterscheidet. Die Tabelle 16 zeigt, dass dies nicht wesentlich der Fall ist. Auch nach diesem Kriterium ist die Stichprobe der befragten Krankenhäuser als repräsentativ für die Netto-Grundgesamtheit anzusehen.

Tabelle 16: Verteilung der Krankenhäuser hinsichtlich der Bettenzahlen in Prozent nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007

Bundesländer	Prozent		Gültige Prozente	
	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007	Grundgesamtheit der Befragung (N=1.224) 2007	Befragte Krankenhäuser (n=551) 2007
Unter 50 Betten	1,6	1,3	1,7	1,3
50 bis unter 200 Betten	29,9	30,1	31,6	31,7
200 bis unter 500 Betten	44,0	46,3	46,5	48,7
500 bis unter 1000 Betten	14,8	13,2	15,6	13,9
1000 Betten und mehr	4,3	4,2	4,6	4,4
Gesamt	94,7	95,1	100,0	100,0
Keine Angabe	5,3	4,9		

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein sehr guter Rücklauf von 45 Prozent erzielt werden konnte. Der Vergleich der Befragungsstichprobe mit der Netto-Grundgesamtheit der deutschen Krankenhäuser mit internistischen und chirurgischen Abteilungen ergab keine nennenswerten Abweichungen, wenn man die Kriterien Bundesland-Zugehörigkeit und Betriebsgröße (Bettenzahl) heranzog. Lediglich hinsichtlich des Kriteriums Trägerschaft zeigte sich, dass die privaten Krankenhäuser in der Befragungsstichprobe leicht unterrepräsentiert sind. Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass die Befragungsstichprobe ein Abbild der Netto-Grundgesamtheit darstellt und als repräsentativ eingeschätzt werden kann.

3.3.2 Deskriptive Statistiken

Nachfolgend werden die Untersuchungsvariablen dargestellt. Die Beschreibung der interessierenden Phänomene basiert auf den Daten des Statistischen Bundesamtes und den Befragungsdaten.

Trägerschaft im Jahr 2007

In den deskriptiven Auswertungen zur Trägerschaft wurden alle Krankenhäuser betrachtet, bei denen für das Jahr 2007 eine Information über die Trägerschaft beim Statistischen Bundesamt vorlag. Diese Information war in 4,9 Prozent (n=27) der Fälle nicht gegeben. Auf dieser Datenbasis zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 17): Der Anteil der nicht-privaten Träger (freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser) unter den befragten Krankenhäusern liegt bei 88,7 Prozent (n=465), der Anteil der privaten Träger liegt bei 11,3 Prozent (n=59).

Tabelle 17: Verteilung der Trägerschaft bei den befragten Krankenhäusern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Berichtsjahr 2007; ohne Berücksichtigung eines Trägerwechsels (n=551)

Trägerschaft	n	Prozent	Gültige Prozente
Nicht-privat	465	84,4	88,7
Privat	59	10,7	11,3
Gesamt	524	95,1	100,0
Keine Angabe	27	4,9	

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

Trägerwechsel für den Zeitraum 2003 bis 2007

Von einem Trägerwechsel sprechen wir, wenn in den Jahren von 2004 bis 2007 ein Wechsel von nicht-privater Trägerschaft zu privater Trägerschaft oder ein Wechsel von privater in nicht-private Trägerschaft stattgefunden hat. Dazu war es notwendig, nur Krankenhäuser zu betrachten, bei denen für jedes der Jahre 2003 bis 2007 eine Information über die Trägerschaft beim Statistischen Bundesamt vorlag. Diese Information war in 8,7 Prozent (n=48) der Fälle nicht gegeben. Auf dieser Datenbasis zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 18): Der Anteil der Krankenhäuser, die seit längerer Zeit in nicht-privater Trägerschaft sind (freigemeinnützi-

ge und öffentliche Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) liegt bei 88,9 Prozent (n=447), der Anteil der Krankenhäuser, die sich seit mindestens 2003 in privater Trägerschaft befinden (kein Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) liegt bei 6,4 Prozent (n=32). 4,4 Prozent (n=22) der Krankenhäuser wurden im Zeitraum 2004 bis 2007 privatisiert. Zwei Krankenhäuser wurden im Zeitraum 2004 bis 2007 entprivatisiert.

Tabelle 18: Zeitpunkt der Privatisierung bei den befragten Krankenhäusern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes der Berichtsjahre 2003 bis 2007 (n=551)

Privatisierungszeitpunkt*	n	Prozent	Gültige Prozente
Nicht-private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	447	81,1	88,9
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	32	5,8	6,4
Privatisierte Krankenhäuser (2004-2007 privatisiert)	22	4,0	4,4
davon 2004 privatisiert	3	0,5	0,6
davon 2005 privatisiert	7	1,3	1,4
davon 2006 privatisiert	4	0,7	0,8
davon 2007 privatisiert	8	1,5	1,6
Entprivatisierte Krankenhäuser (2004-2007 entprivatisiert)	2	0,4	0,4
Gesamt	503	91,3	100,0
Keine Angabe	48	8,7	

Eigene Berechnungen auf der Basis des Statistischen Bundesamtes (2009)

*TW=Trägerwechsel

Soziale Organisationsmerkmale

Im Rahmen der Befragung der ärztlichen Direktoren wurden das Ausmaß an transformationaler Führung, an wahrgenommenem Sozialkapital und an offener Kommunikation erfasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 zusammengefasst. Der Mittelwert der relativierten Skala „Transformationale Führung“ liegt bei 3,58 (SD=0,55). Da Antwortwerte von 1 (nie) bis 5 (immer) möglich waren, zeigt dies, dass die ärztlichen Direktoren ein mittleres bis hohes Maß an transformationaler Führung in ihren Häusern wahrnehmen. Bei der transformationalen Führung ist in deutschen Krankenhäusern damit noch „Luft nach oben“.

Der Mittelwert der relativierten Skala „Sozialkapital“ liegt bei 2,90 (SD=0,49). Da bei der relativierten Skala Werte zwischen 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) möglich sind, zeigt dieser Mittelwert an, dass die ärztlichen Direktoren ein mittelstarkes Sozialkapital in ihren Häusern wahrnehmen. Beim gegenseitigen Vertrauen, der gegenseitigen Unterstützungsbereitschaft und beim Betriebsklima sehen die befragten leitenden Ärzte so-

mit noch Verbesserungspotentiale. Das Sozialkapital ist aus ihrer Sicht gut, könnte aber noch besser sein.

Auch beim Thema offene Kommunikationskultur sehen die ärztlichen Direktoren noch etwas Verbesserungspotential. Der Mittelwert der Skala „Offene Kommunikation“ liegt bei 2,90 (SD=0,53). Es waren Werte von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) möglich.

Alles in allem zeigen die Ergebnisse zu den sozialen Organisationsmerkmalen, dass die ärztlichen Direktoren das soziale Fundament der deutschen Krankenhäuser zwar tendenziell positiv einschätzen, aber noch erhebliches Verbesserungspotential sehen. Spitzennoten werden hier nicht vergeben.

Tabelle 19: Skalen „Transformationale Führung“, „Sozialkapital“ und „Offene Kommunikation“

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Skala „Transformationale Führung“	539	1,17	5,00	3,58	0,55
Skala „Sozialkapital“	536	1,33	4,00	2,90	0,49
Skala „Offene Kommunikation“	548	1,00	4,00	2,90	0,53

Outcomes der Sicherheitskultur

In Tabelle 20 sind Minimum, Maximum, Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für die befragten Krankenhäuser dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ liegt bei 3,61 (SD=0,63). Da die Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) reichten, besagt dieser Mittelwert, dass die Patientensicherheit von den ärztlichen Direktoren als mäßig, aber nicht als hoch bis sehr hoch eingestuft wird.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ liegt – bei möglichen Antwortkategorien von 1 (nie) bis 5 (immer) – bei 3,33 (SD=0,78). Damit schätzen die ärztlichen Direktoren das Berichten kritischer Ereignisse in ihren Häusern als stark verbesserungswürdig ein, denn das Berichten wird nur als mittelstark ausgeprägt erlebt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die ärztlichen Direktoren die Patientensicherheit im Krankenhaus zwar generell als gegeben ansehen, aber hier wie beim Berichten eingetretener Ereignisse noch Luft nach oben attestieren.

Tabelle 20: Skalen zu den Outcomes der Sicherheitskultur

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“	544	1,00	5,00	3,61	0,63
Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“	545	1,00	5,00	3,33	0,78

Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte

Wie nehmen die ärztlichen Direktoren der deutschen Krankenhäuser die Arbeitsbelastung und das Ausmaß ablauforganisatorischer Probleme wahr? In Tabelle 21 sind Minimum, Maximum, Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Skalen „wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ liegt bei 3,16 (SD=0,50). Da Antwortkategorien von 1 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft voll und ganz zu) möglich waren, bedeutet dieser Mittelwert, dass die ärztlichen Direktoren eine relativ hohe Arbeitsbelastung bei ihren ärztlichen Kollegen wahrnehmen. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ liegt bei 2,21 (SD=0,51). Da die Antwortwerte von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) reichen, bedeutet dieser Mittelwert, dass die ärztlichen Direktoren durchaus Mängel in der Ablauforganisation wahrnehmen.

Tabelle 21: Skalen zur Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“	542	1,33	4,00	3,16	0,50
Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“	540	1,00	3,83	2,21	0,51

3.3.3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Art der Trägerschaft und den Outcomes der Sicherheitskultur?

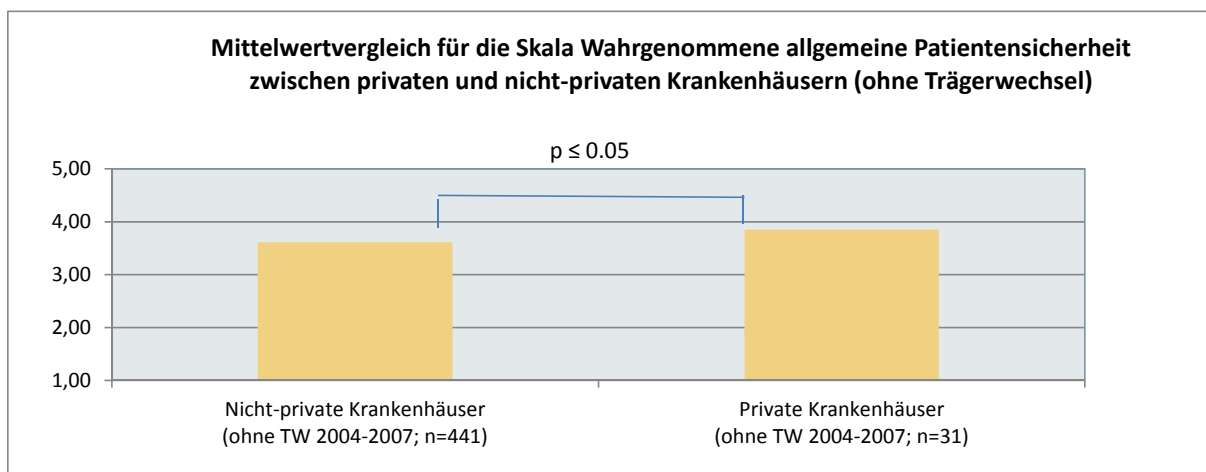
Die deskriptiven Ergebnisse haben gezeigt, dass die ärztlichen Direktoren die Patientensicherheit im Krankenhaus zwar als hoch einschätzen, aber noch Verbesserungspotential sehen. Beim Berichten eingetretener Ereignisse sehen die ärztlichen Direktoren noch mehr Verbesserungspotential. Die Einschätzungen der ärztlichen Direktoren variieren in diesen Punkten nicht unerheblich. Die Frage ist, ob die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser

zu anderen Einschätzungen in Bezug auf die Patientensicherheit und das Berichten kritischer Ereignisse kommen als die ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (Hypothesen 1 und 2).

Für die Analyse dieser Fragestellungen werden nachfolgend die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für die Gruppe der ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser und für die Gruppe der ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser verglichen. Die Krankenhäuser, die zwischen 2004 und 2007 einen Trägerwechsel durchführten, wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in Tabelle 22.

In der Abbildung 5 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ für beide Krankenhausgruppen dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ liegt für die nicht-privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=441) bei 3,61. Für die privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=31) liegt der Mittelwert bei 3,85. Der Unterschied zwischen den privaten und nicht-privaten Krankenhäusern ist signifikant. Die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit wird demnach von ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser signifikant besser eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus nicht-privaten Krankenhäusern.

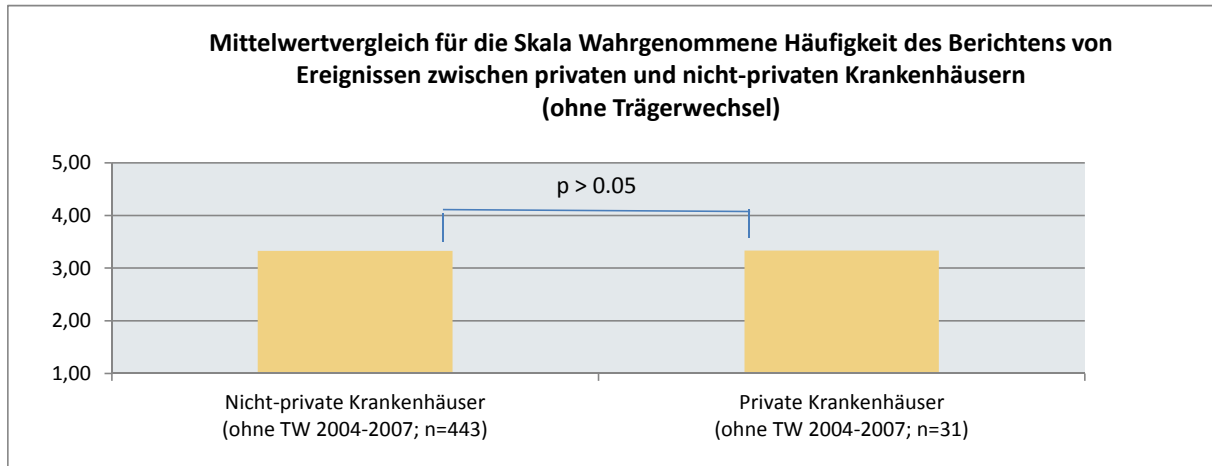
Abbildung 5: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=472)



In der Abbildung 6 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für Krankenhäuser in privater und nicht-privater Trägerschaft dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ liegt für die nicht-privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=443) bei 3,33. Für die privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=31) liegt der Mittelwert ebenfalls bei 3,33. Der Unterschied zwi-

schen den privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) ist nicht signifikant.

Abbildung 6: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=474)



3.3.4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerschaft und der Arbeits- und Organisationssituation?

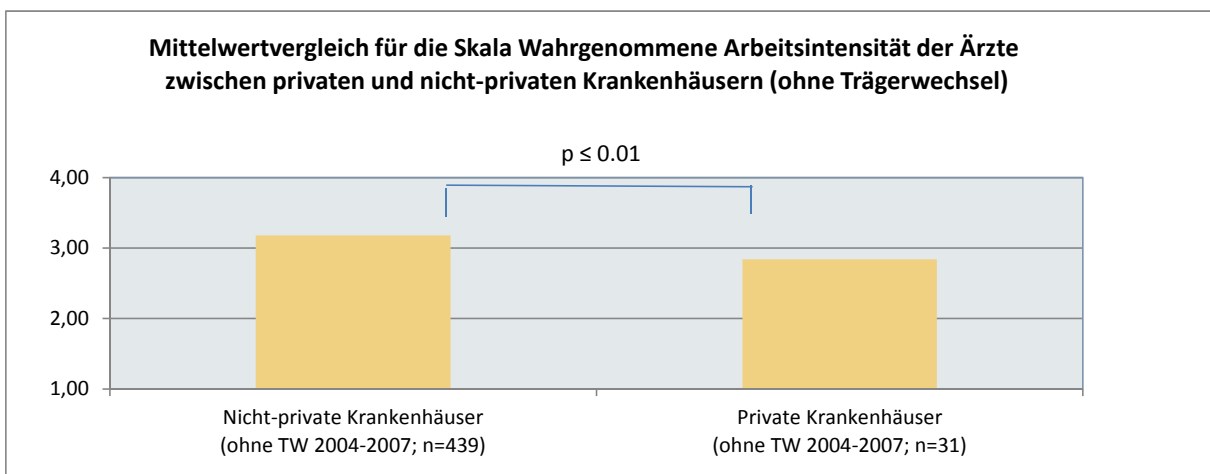
Die deskriptiven Ergebnisse verdeutlichen, dass die ärztlichen Direktoren sowohl privater als auch nicht-privater Krankenhäuser die Arbeitsbelastung der Ärzte im Krankenhaus generell als hoch einschätzen. Ferner sehen einige der befragten ärztlichen Direktoren durchaus Mängel im Bereich der krankenhausinternen Abläufe.

Im Rahmen der von uns aufgestellten Hypothesen (3 und 4) interessiert uns die Antwort auf die Frage, ob die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser die Arbeitsbelastungen ihrer Kollegen anders einschätzen als die ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser. Ebenso interessierte uns die Frage, ob die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser bezüglich des wahrgenommenen Ausmaßes an ablauforganisatorischen Problemen zu anderen Einschätzungen kommen als ihre Kollegen in nicht-privaten Krankenhäusern.

Für die Analyse dieser Fragestellungen werden im Folgenden die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ für die Gruppe der ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser und für die Gruppe der ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser verglichen. Die Krankenhäuser, die zwischen 2004 und 2007 einen Trägerwechsel durchführten, wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in Tabelle 23.

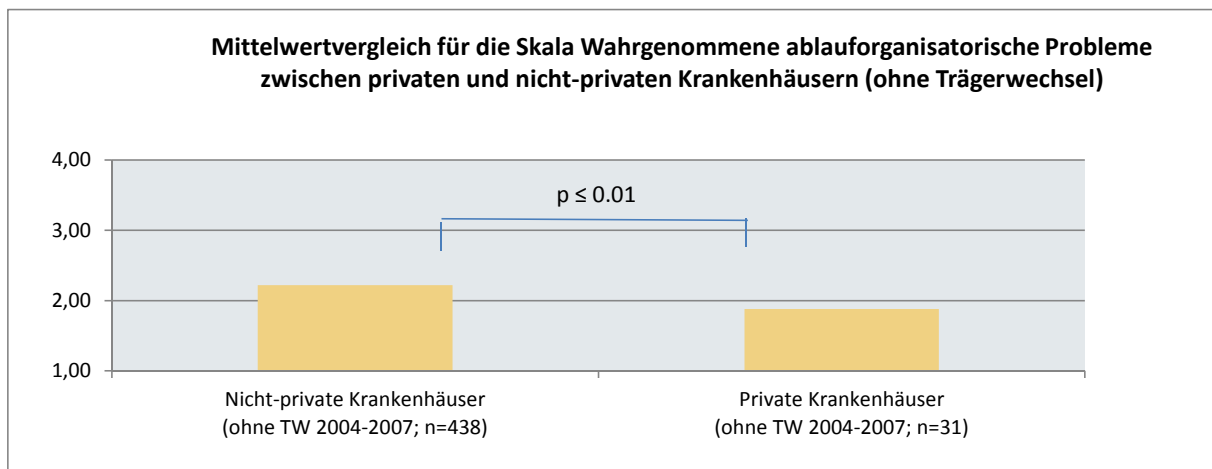
In der Abbildung 7 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ in Abhängigkeit vom Trägerstatus dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ liegt für die nicht-privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=439) bei 3,18. Für die privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=31) liegt der Mittelwert bei 2,84. Der Unterschied zwischen den privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) ist hoch signifikant. Die wahrgenommene Arbeitsintensität wird von ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) signifikant geringer eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007).

Abbildung 7: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=470)



In der Abbildung 8 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ in Abhängigkeit der Trägerschaft dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ liegt für die nicht-privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=438) bei 2,22. Für die privaten Krankenhäuser ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007 (n=31) liegt der Mittelwert bei 1,88. Der Unterschied zwischen den privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) ist hoch signifikant. Die wahrgenommenen ablauforganisatorischen Probleme im Krankenhaus werden von ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) signifikant geringer eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007).

Abbildung 8: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=469)



3.3.5 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und den Outcomes der Sicherheitskultur?

In der Privatisierungsdiskussion wird immer wieder die Frage gestellt, mit welchen Folgen ein Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger verbunden ist. Aus der Managementperspektive stehen insbesondere folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Schätzen ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser – aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse – die allgemeine Patientensicherheit geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (Hypothese 5)?
- Schätzen ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser – aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse – die Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse etwas geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (Hypothese 6)?

Für die Analyse dieser Fragestellungen werden nachfolgend die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ nicht-privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) den Mittelwerten der privatisierten Krankenhäuser gegenübergestellt. Zusätzlich zu den Analysen werden private Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) mit den kürzlich privatisierten Krankenhäusern bezüglich dieser Merkmale verglichen. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in den Tabellen 24 und 25.

In Abbildung 9 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ für die nicht-privaten und privatisierten Krankenhäuser dargestellt. Der Mittelwert der Skala liegt für privatisierte Krankenhäuser (n=22) bei 3,57 und für nicht-private Krankenhäuser (n=441) bei 3,61. Der Unterschied ist nicht signifikant. Auch der Vergleich zwischen den

privaten Krankenhäusern (n=31, Mittelwert=3,85) und den privatisierten Krankenhäusern ergab keinen signifikanten Unterschied (Abbildung 10).

Abbildung 9: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=463)

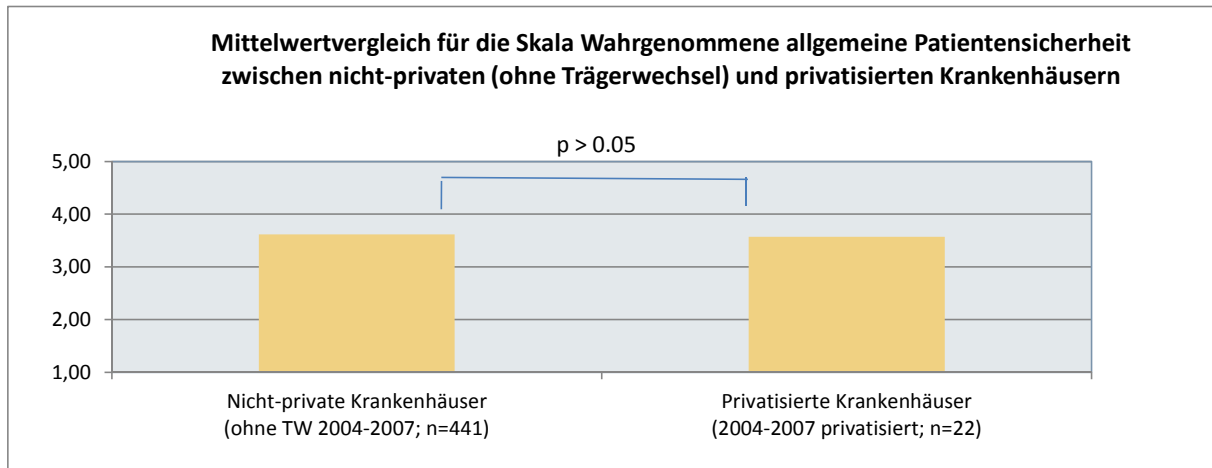
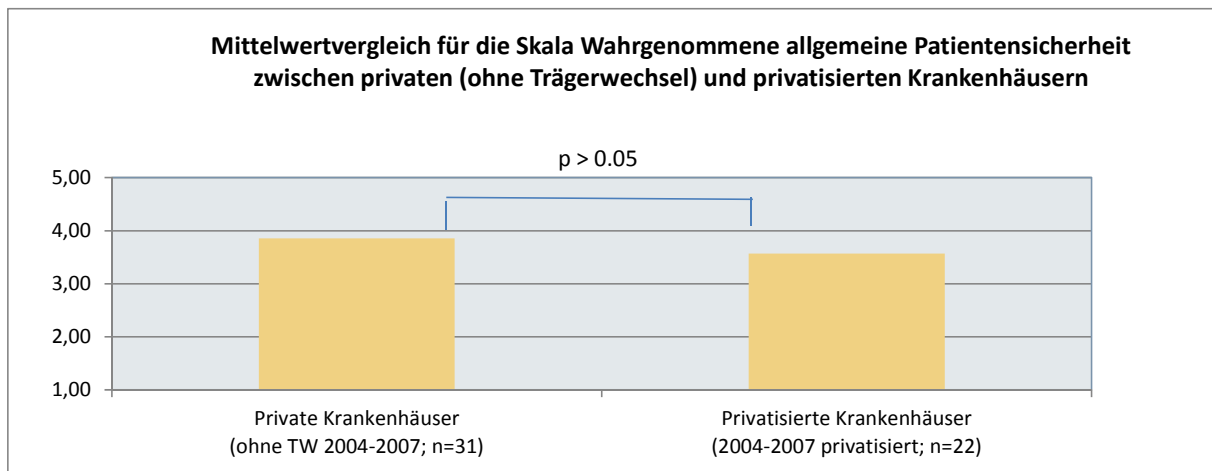


Abbildung 10: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)



In der Abbildung 11 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für die nicht-privaten und privatisierten Krankenhäuser dargestellt. Der Mittelwert der Skala liegt für privatisierte Krankenhäuser (n=22) bei 3,44 und für die nicht-privaten Krankenhäuser (n=443) bei 3,33. Der Mittelwertunterschied ist nicht signifikant. Es gibt damit keinen Unterschied zwischen der Einschätzung der ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser und privatisierter Krankenhäuser. Auch der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Einschätzungen ärztlicher Direktoren privater Krankenhäuser (n=31, Mittelwert=3,33) und ihren Kollegen aus privatisierten Krankenhäusern ist nicht signifikant (Abbildung 12).

Abbildung 11: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=465)

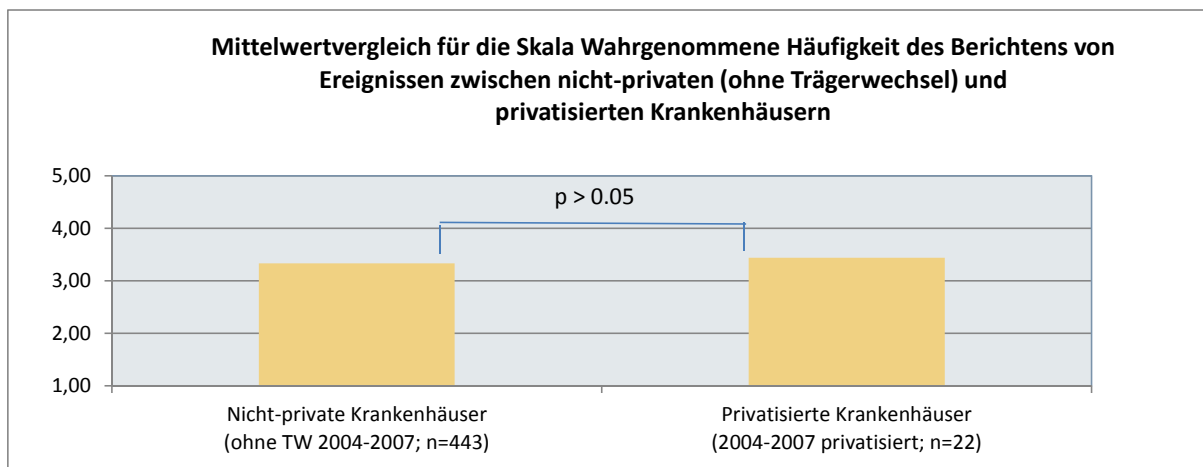
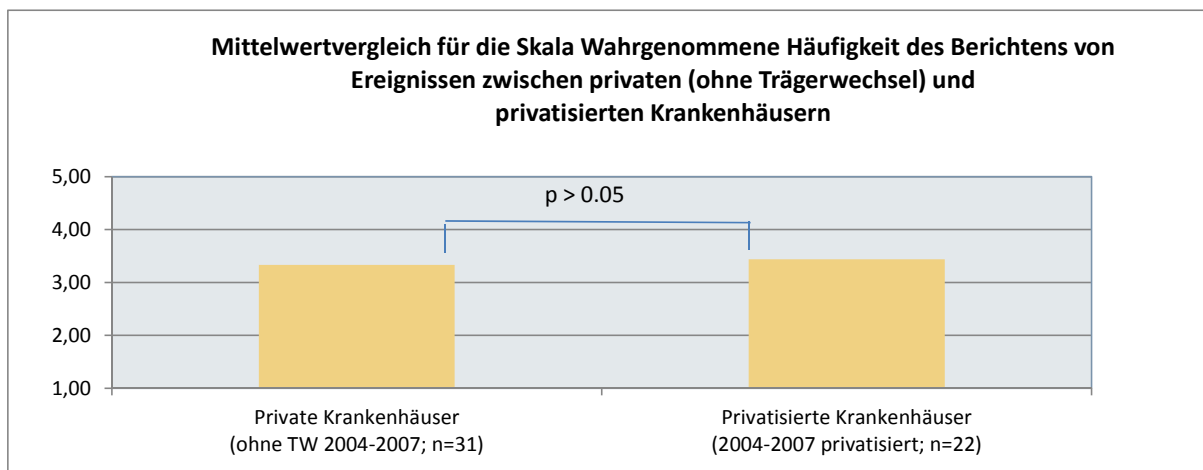


Abbildung 12: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)



3.3.6 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trägerwechsel und der wahrgenommenen Arbeits- und Organisationssituation?

In der Diskussion um die Privatisierung deutscher Krankenhäuser wird oft die Vermutung geäußert, dass ein Trägerwechsel zu einer Mehrbelastung der Ärzte und zu Problemen in der Arbeitsorganisation führt. Daher gingen wir in dieser Untersuchung folgenden Fragen nach:

- Nehmen ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser – aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse – eine höhere Arbeitsintensität bei den Ärzten wahr als ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (Hypothese 7)?
- Nehmen ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser – aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse – mehr ablauforganisatorische Probleme wahr als ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser (Hypothese 8)?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen werden nachfolgend die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme“ nicht-privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) den Mittelwerten der privatisierten Krankenhäuser gegenübergestellt. Zusätzlich zu den Analysen werden private Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) mit den kürzlich privatisierten Krankenhäusern bezüglich dieser Merkmale verglichen. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in den Tabellen 26 und 27.

In Abbildung 13 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ für die nicht-privaten und privatisierten Krankenhäuser dargestellt. Der Mittelwert der Skala liegt für privatisierte Krankenhäuser (n=22) bei 3,13 und für nicht-private Krankenhäuser (n=439) bei 3,18. Der Unterschied ist nicht signifikant. Es gibt damit keinen Unterschied zwischen der Einschätzung der ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser und privatisierter Krankenhäuser. Auch der Unterschied zwischen den privaten Krankenhäusern (n=31, Mittelwert=2,84) und den privatisierten Krankenhäusern (Mittelwert: 3,13) war nicht signifikant (Abbildung 14).

Abbildung 13: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=461)

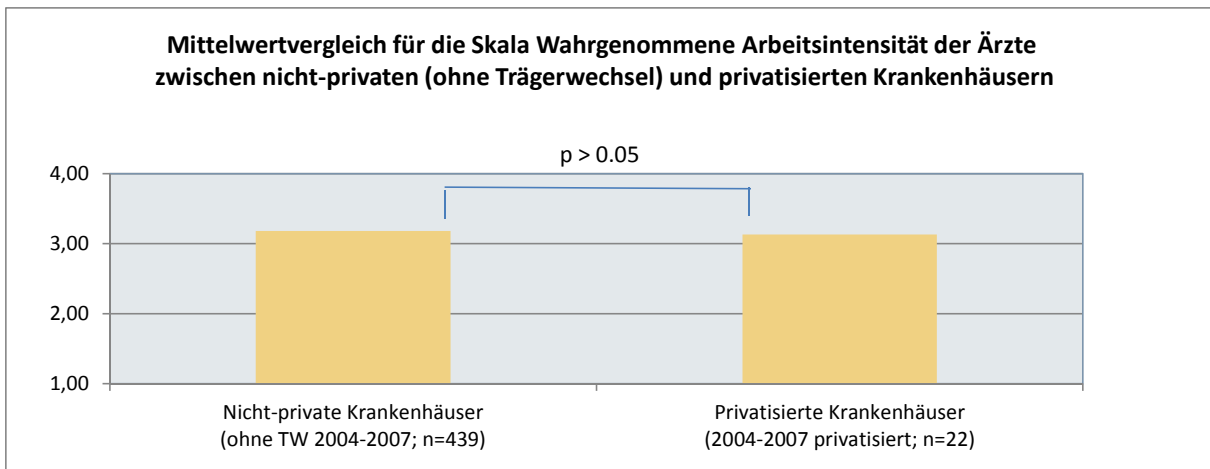
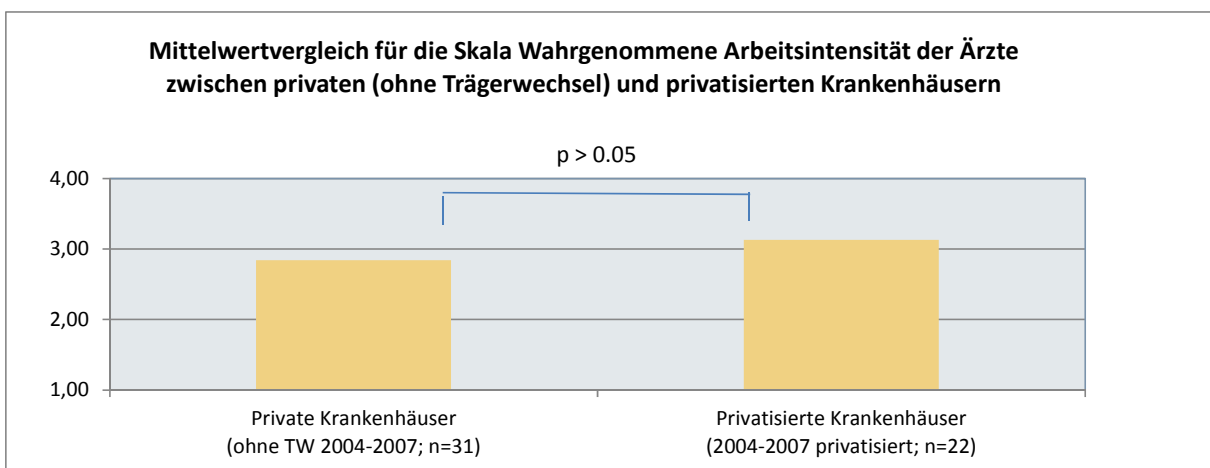


Abbildung 14: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)



In Abbildung 15 sind die Mittelwerte der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme“ für die nicht-privaten und privatisierten Krankenhäuser dargestellt. Der Mittelwert der Skala liegt für privatisierte Krankenhäuser (n=22) bei 2,18 und für nicht-private Krankenhäuser (n=438) bei 2,22. Es gibt damit keinen signifikanten Unterschied zwischen der Einschätzung der ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser und privatisierter Krankenhäuser. Der Vergleich der privaten Krankenhäuser (n=31, Mittelwert=1,88) mit den privatisierten Krankenhäusern ergab dagegen einen signifikanten Unterschied. Ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser (ohne Trägerwechsel im Zeitraum 2004 bis 2007) nehmen signifikant weniger ablauforganisatorische Probleme wahr als ihre Kollegen, die kürzlich privatisierte Krankenhäuser leiten.

Abbildung 15: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=461)

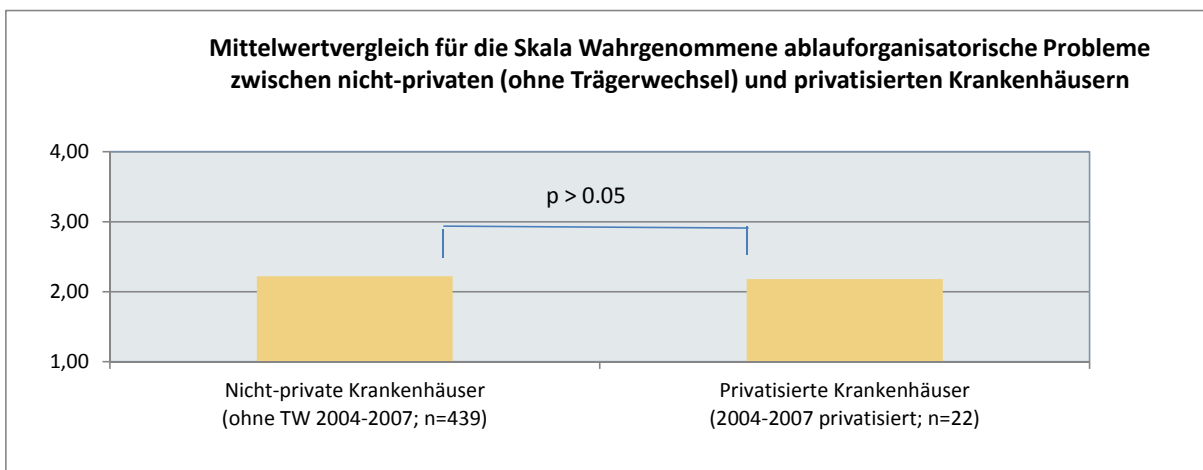
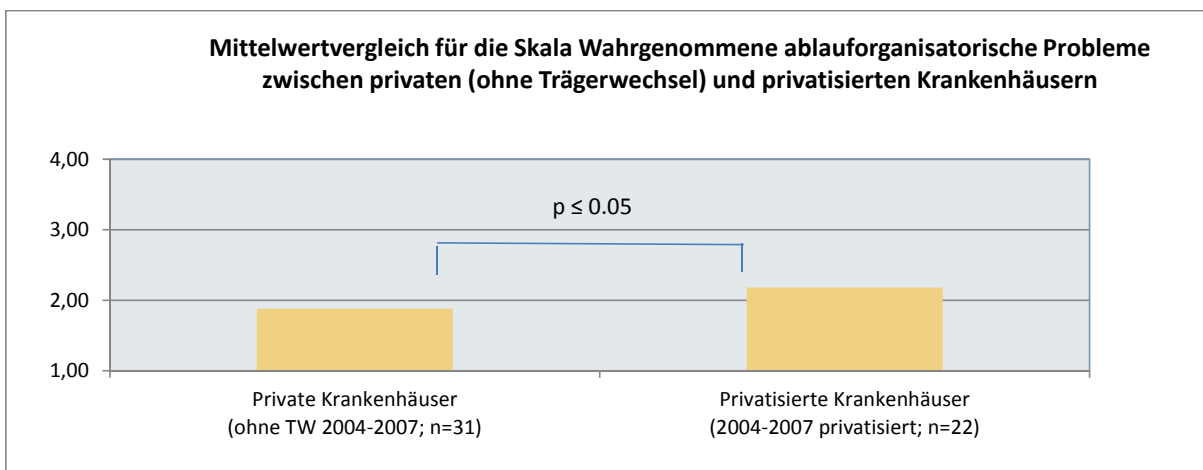


Abbildung 16: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)



3.3.7 Gibt es einen Zusammenhang zwischen sozialen Organisationsmerkmalen und den Outcomes der Sicherheitskultur?

In den folgenden Analysen soll der Frage nachgegangen werden, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den sozialen Organisationsmerkmalen und den Outcomes der Sicherheitskultur. Hierbei wird angenommen, dass Krankenhäuser mit einem stabilen sozialen Kern und einer transformationalen Führung die Patientensicherheit besser garantieren können als Krankenhäuser, die diesen stabilen sozialen Kern nicht aufweisen.

Für die Analyse dieser Fragestellung werden im Folgenden die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ in Abhängigkeit der dichotomisierten Variablen transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation dargestellt. Die Darstellungen erfolgen anhand von Graphiken. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in den Tabellen 28 und 29.

Transformationaler Führungsstil

In den Abbildungen 17 und 18 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für Krankenhäuser mit hoher und niedriger transformationaler Führung dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ liegt für Krankenhäuser mit geringer wahrgenommener transformationaler Führung (n=242) bei 3,36. Krankenhäuser mit hoher transformationaler Führung (n=290) haben einen Mittelwert von 3,83. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringer und hoher wahrgenommener transformationaler Führung ist hoch signifikant. Die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit hoher transformationaler Führung signifikant höher eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit geringer transformationaler Führung.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ liegt für Krankenhäuser mit geringer transformationaler Führung (n=243) bei 3,08. Krankenhäuser mit hoher transformationaler Führung (n=291) haben einen Mittelwert von 3,54. Dieser Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringer und hoher transformationaler Führung ist ebenfalls hoch signifikant. Das Berichten eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem häufig angewandten transformationalen Führungsstil signifikant häufiger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem selten angewandten transformationalen Führungsstil.

Abbildung 17: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=532)

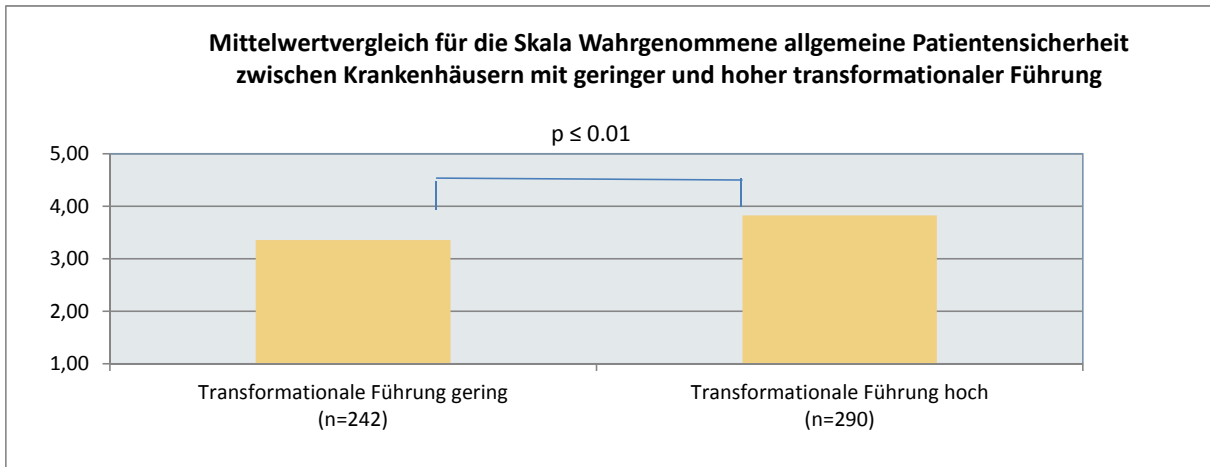
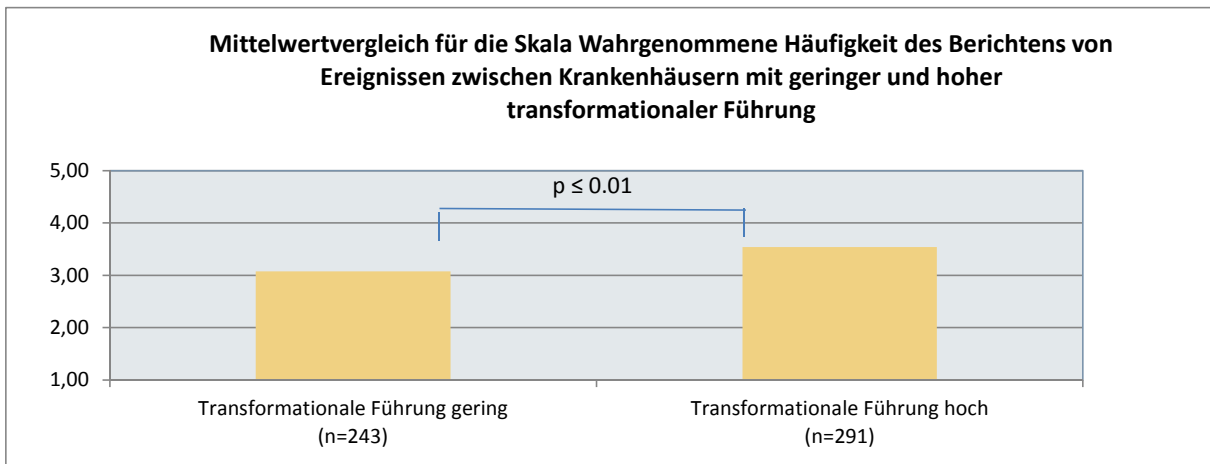


Abbildung 18: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=534)



Sozialkapital

In den Abbildungen 19 und 20 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für Krankenhäuser mit hohem und geringem Sozialkapital dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ liegt für Krankenhäuser mit geringem Sozialkapital (n=226) bei 3,36. Krankenhäuser mit hohem Sozialkapital (n=305) haben einen Mittelwert von 3,81. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringem und hohem Sozialkapital ist hoch signifikant. Die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus wird somit von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten sozialen Zusammenhalt signifikant höher eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten sozialen Zusammenhalt.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ liegt für Krankenhäuser mit geringem Sozialkapital (n=227) bei 3,07. Krankenhäuser mit hohem Sozialkapital (n=304) haben einen Mittelwert von 3,52. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringem und hohem Sozialkapital ist hoch signifikant. Das Berichten

eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten sozialen Zusammenhalt signifikant häufiger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten sozialen Zusammenhalt.

Abbildung 19: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=531)

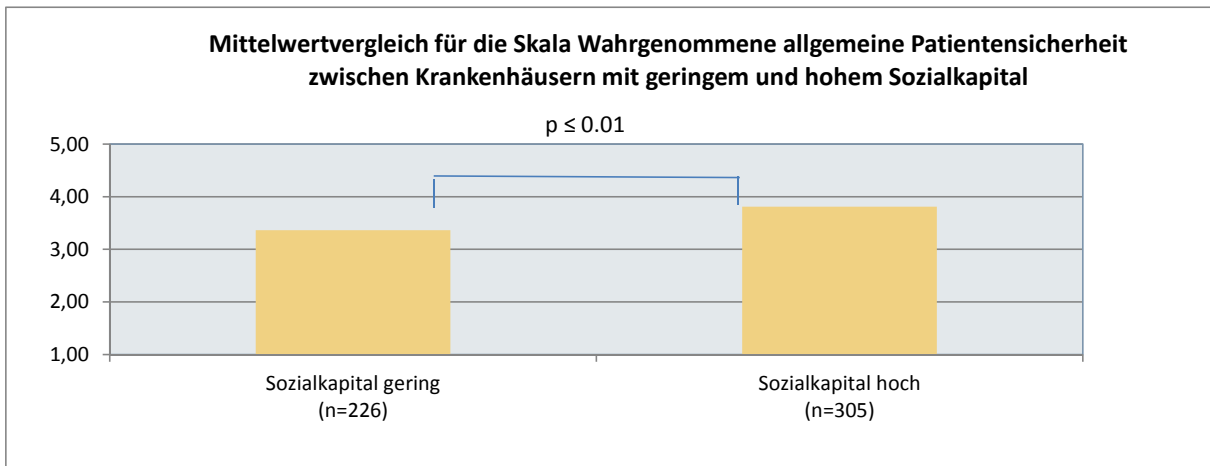
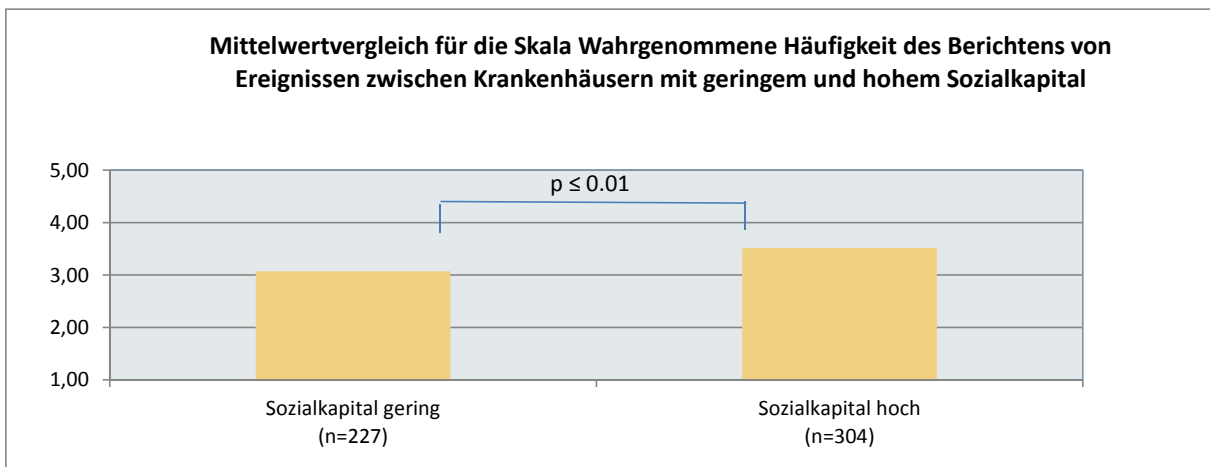


Abbildung 20: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=531)



Offene Kommunikation

In den Abbildungen 21 und 22 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ und „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ für Krankenhäuser mit hoher offener Kommunikation und für Krankenhäuser mit geringer offener Kommunikation dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ liegt für Krankenhäuser mit einem geringen Grad an offener Kommunikation (n=235) bei 3,37. Krankenhäuser mit einem hohen Grad an offener Kommunikation (n=306) haben einen Mittelwert von 3,81. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit einem geringen und hohen Grad an offener Kommunikation ist hoch signifikant. Die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kommunikation signifikant hö-

her eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ liegt für Krankenhäuser mit einem geringen Grad an offener Kommunikation (n=236) bei 3,07. Krankenhäuser mit einem hohen Grad an offener Kommunikation (n=307) haben einen Mittelwert von 3,53. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit einem geringen und hohen Grad an offener Kommunikation ist ebenfalls hoch signifikant. Das Berichten eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kommunikation signifikant häufiger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation.

Abbildung 21: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=541)

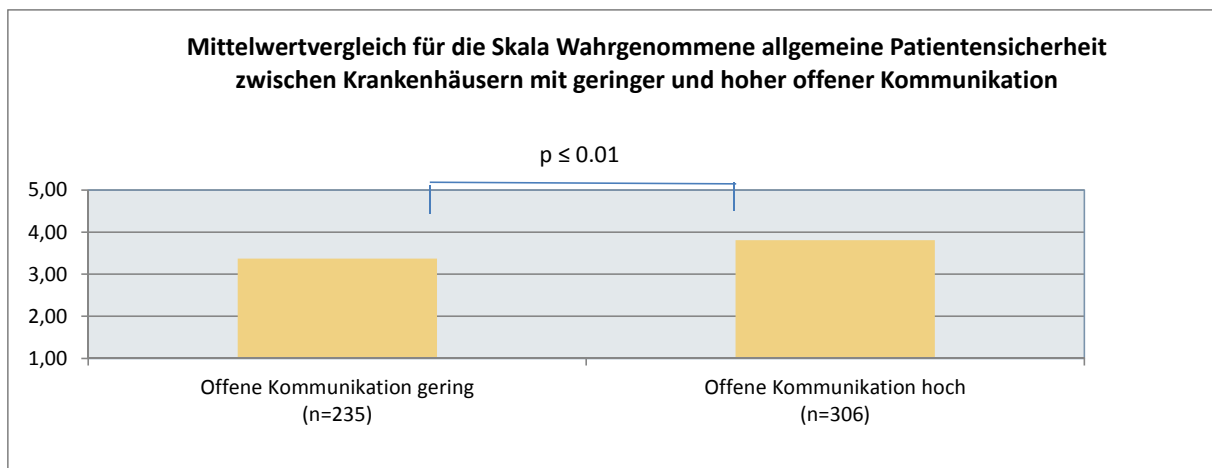
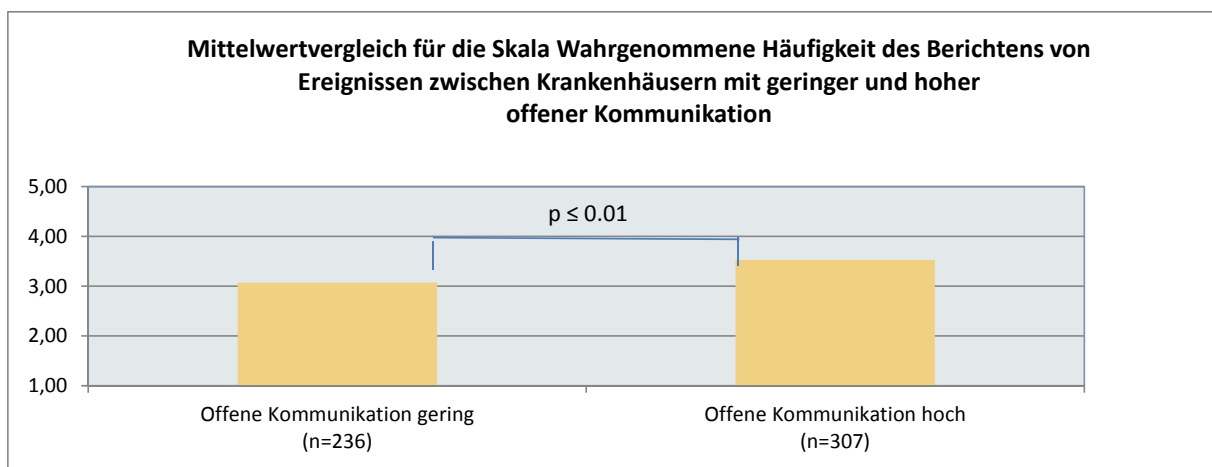


Abbildung 22: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=543)



3.3.8 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den sozialen Organisationsmerkmalen und der Arbeits- und Organisationssituation?

In den folgenden Analysen wird der Frage nachgegangen, ob sich die sozialen Merkmale eines Krankenhauses auf die Arbeits- und Organisationssituation auswirken können. Es wird angenommen, dass ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem guten sozialen Klima und guter sozialer Kohäsion eine geringere Arbeitsbelastung der Ärzte und weniger ablauforganisatorische Probleme wahrnehmen als ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit geringem Sozialkapital.

Für die Analyse dieser Fragestellungen werden im Folgenden die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ in Abhängigkeit der dichotomisierten Variablen transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation dargestellt. Die Darstellungen erfolgen anhand von Graphiken. Eine Übersicht über die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests befindet sich im Anhang 3 in den Tabellen 30 und 31.

Transformationaler Führungsstil

In den Abbildungen 23 und 24 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ für die Gruppe der ärztlichen Direktoren mit hoher und mit niedriger wahrgenommener transformationaler Führung dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ liegt für Krankenhäuser mit geringer transformationaler Führung (n=243) bei 3,16. Krankenhäuser mit hoher transformationaler Führung (n=287) haben ebenfalls einen Mittelwert von 3,16. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringer und hoher transformationaler Führung ist nicht signifikant. Dieser Null-Wirkung-Effekt war erwartet worden.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ liegt für Krankenhäuser mit geringer transformationaler Führung (n=241) bei 2,36. Krankenhäuser mit hoher transformationaler Führung (n=288) haben einen Mittelwert von 2,07. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringer und hoher transformationaler Führung ist hoch signifikant. Ablauforganisatorische Probleme werden von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem häufig angewandten transformationalen Führungsstil signifikant geringer wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem selten angewandten transformationalen Führungsstil.

Abbildung 23: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=530)

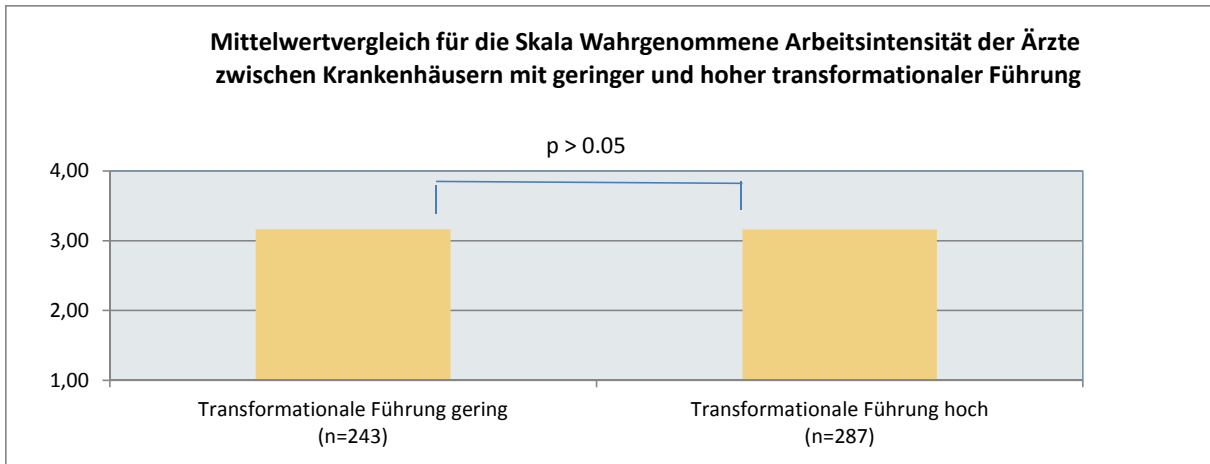
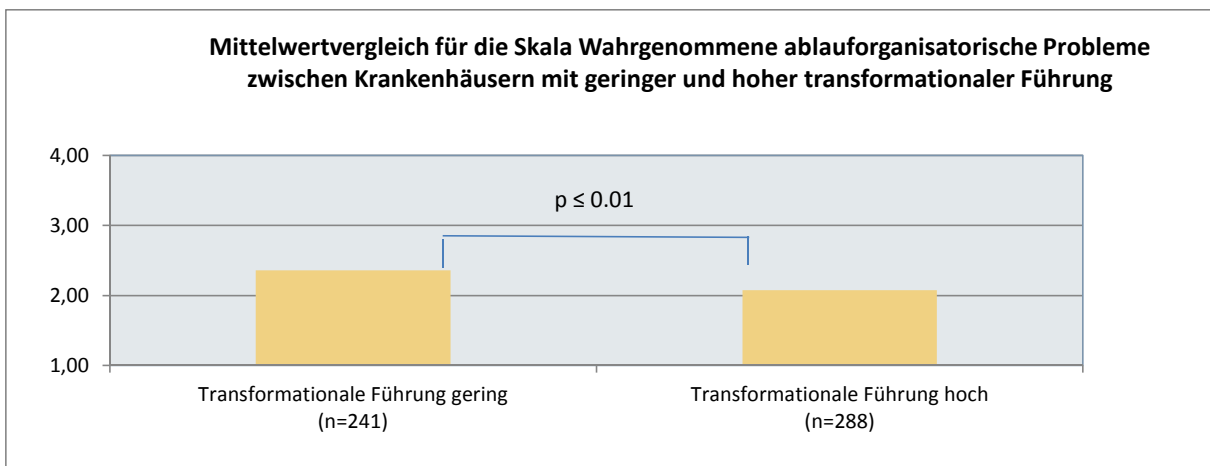


Abbildung 24: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=529)



Sozialkapital

In den Abbildungen 25 und 26 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ für die Gruppe der ärztlichen Direktoren mit hohem und mit geringem wahrgenommenen Sozialkapital dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ liegt für Krankenhäuser mit geringem Sozialkapital (n=229) bei 3,22. Krankenhäuser mit hohem Sozialkapital (n=300) haben einen Mittelwert von 3,13. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringem und hohem Sozialkapital ist signifikant. Die wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte im Krankenhaus wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten Betriebsklima signifikant geringer eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten Betriebsklima.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ liegt für Krankenhäuser mit geringem Sozialkapital (n=226) bei 2,41. Krankenhäuser mit hohem Sozialkapital (n=303) haben einen Mittelwert von 2,05. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit geringem und hohem Sozialkapital ist hoch signifikant. Ablauforganisa-

torische Probleme werden von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten Betriebsklima signifikant geringer wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten Betriebsklima.

Abbildung 25: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=529)

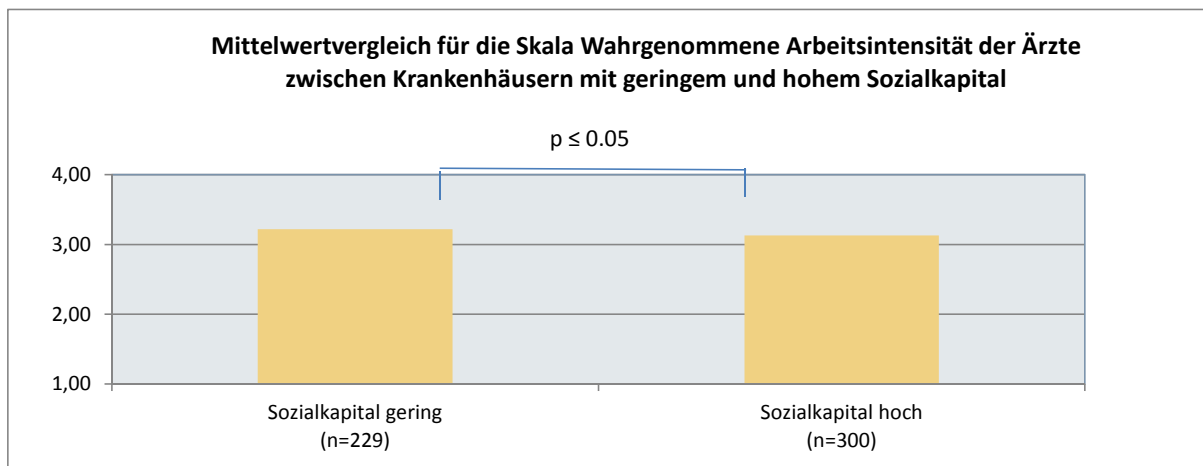
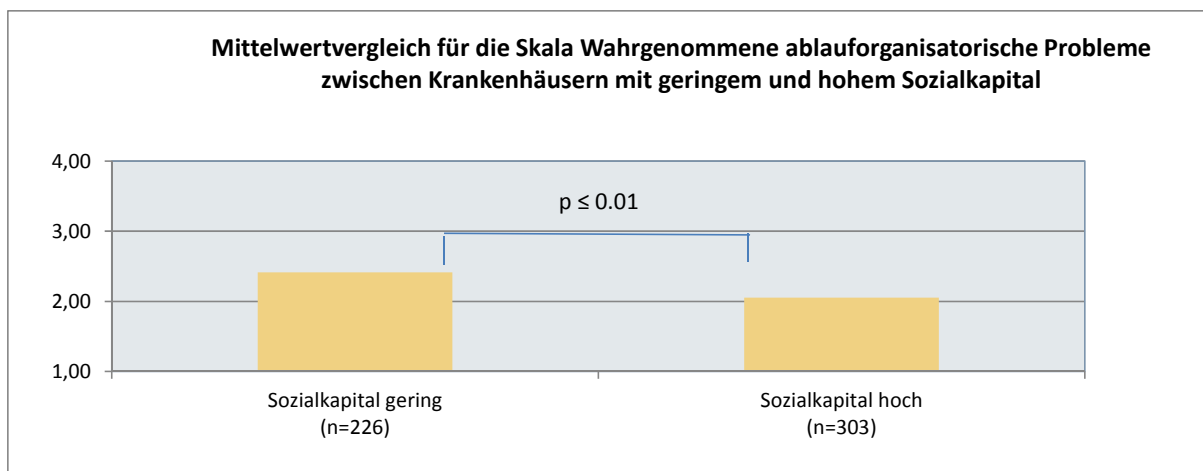


Abbildung 26: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=529)



Offene Kommunikation

In den Abbildungen 27 und 28 sind die Mittelwerte der Skalen „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ und „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ für die Gruppe der ärztlichen Direktoren mit einem hohen und einem niedrigen Grad an offener Kommunikation dargestellt. Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ liegt für Krankenhäuser mit einem geringen Grad an offener Kommunikation (n=237) bei 3,21. Krankenhäuser mit einem hohen Grad an offener Kommunikation (n=303) haben einen Mittelwert von 3,13. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit einem geringen und hohem Grad an offener Kommunikation ist nicht signifikant.

Der Mittelwert der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ liegt für Krankenhäuser mit einem geringen Grad an offener Kommunikation (n=235) bei 2,38. Krankenhäuser mit einem hohen Grad an offener Kommunikation (n=304) haben einen Mittelwert von 2,07. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern mit einem geringen und hohen Grad an offener Kommunikation ist hoch signifikant. Ablauforganisatorische Probleme werden von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kommunikation signifikant geringer wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation.

Abbildung 27: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=540)

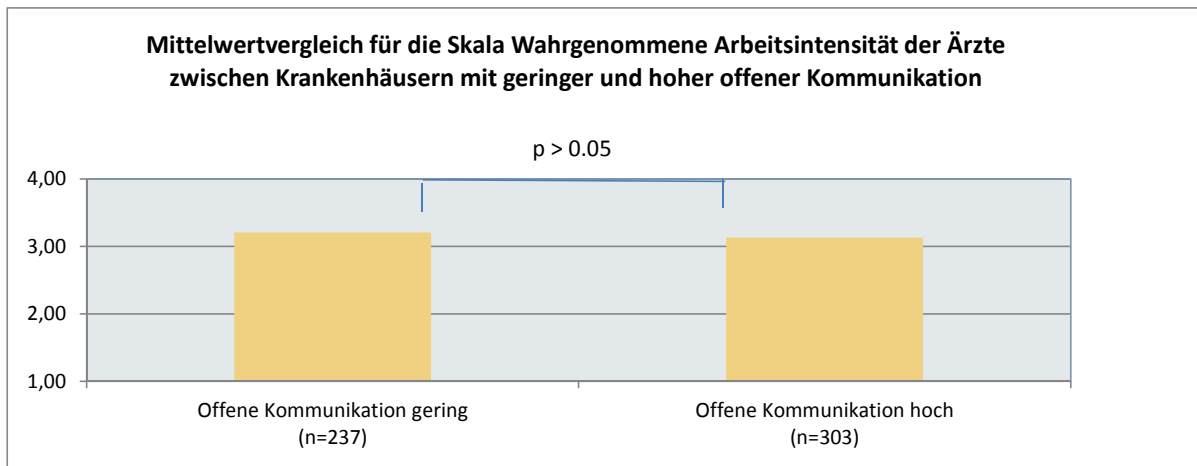
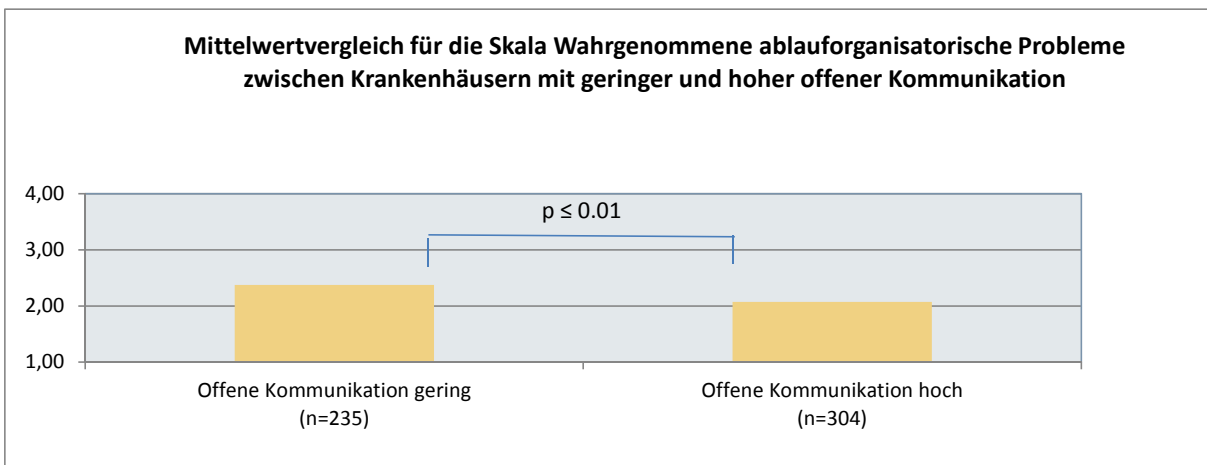


Abbildung 28: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=539)



3.4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Trägerwechsel auf der einen Seite und den perzipierten Outcomes (Outcomes der Sicherheitskultur sowie die Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte) auf der anderen Seite zu untersuchen. Weiterhin wurde untersucht, inwieweit sich die Organisationsmerkmale transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation auf diese perzipierten Outcomes auswirken.

Zur Gewinnung der Daten wurde im Zeitraum von April bis Oktober 2008 eine standardisierte Befragung von 1.224 ärztlichen Direktoren an deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Im Rahmen der Befragung wurden soziale Organisationsmerkmale und perzipierte Outcomes der Sicherheitskultur sowie der Arbeits- und Organisationssituation detailliert erhoben. Von den 1.224 angeschriebenen ärztlichen Direktoren haben 551 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 Prozent.

Die Ergebnisse der durchgeführten Responderanalyse sprechen insgesamt für eine hohe Repräsentativität der Befragungsdaten. Prüfkriterium hierfür war der Vergleich der Grundgesamtheit (N=1.224) mit den Befragungsdaten (n=551) hinsichtlich der Merkmale Trägerschaft, Bundesland-Zugehörigkeit und Krankenhausgröße (Bettenzahl).

Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die ärztlichen Direktoren schätzen die allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus generell als gut ein, sehen aber noch Verbesserungsbedarf. Dies gilt umso mehr für einen spezifischen Outcome der Sicherheitskultur: das Berichten von eingetretenen Ereignissen. Hier attestieren die ärztlichen Direktoren ihren Häusern einen eher nur befriedigenden Umgang mit der Materie.
2. Die Arbeits- und Organisationssituation in den Krankenhäusern ist aus Sicht der ärztlichen Direktoren tendenziell problematisch. Sie schätzen die Arbeitsbelastung der Ärzte im Krankenhaus als hoch ein. Ferner sehen sie Verbesserungspotential im Bereich der krankenhausesinternen organisatorischen Abläufe.
3. Die sozialen Organisationsmerkmale wie der Führungsstil, das Sozialkapital und eine offene Kommunikationskultur sind aus Sicht der ärztlichen Direktoren in den deutschen Krankenhäusern befriedigend bis gut ausgeprägt. Somit sehen die ärztlichen Direktoren in allen drei Bereichen noch Verbesserungspotential.

Nachfolgend werden die empirischen Ergebnisse der Tests der untersuchten Hypothesen zusammengefasst und diskutiert. Im Anschluss daran werden methodische Beschränkungen der Studie aufgeführt. Abschließend werden Überlegungen für weiterführende Forschungsmöglichkeiten skizziert.

3.4.1 Ergebnisse zu den Effekten der Trägerschaft

Zusammenhang von Trägerschaft und Outcomes der Sicherheitskultur

Die Hypothese, dass zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern Unterschiede hinsichtlich der von den ärztlichen Direktoren wahrgenommenen allgemeinen Patientensicherheit existieren (Hypothese 1), kann auf Basis unserer Daten bestätigt werden. Die allgemeine Patientensicherheit wird von ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser signifikant höher eingestuft als von ärztlichen Direktoren aus nicht-privaten Krankenhäusern.

Hingegen muss die Hypothese, dass es Unterschiede bezüglich der von den ärztlichen Direktoren wahrgenommenen Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern gibt (Hypothese 2), verworfen werden. Es zeigten sich zwischen beiden Krankenhausgruppen keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenhang von Trägerschaft und Arbeits- und Organisationssituation

Die Hypothese, dass es zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern Unterschiede hinsichtlich der von den ärztlichen Direktoren wahrgenommenen Arbeitsintensität der Ärzte gibt (Hypothese 3), kann auf Grundlage unserer Daten bestätigt werden. Die ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser schätzen die Arbeitsbelastung ihrer Ärzte signifikant höher ein als ihre Kollegen aus den privaten Krankenhäusern.

Auch die Hypothese 4, die besagt, dass es zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern Unterschiede hinsichtlich der von den ärztlichen Direktoren wahrgenommenen ablauforganisatorischen Problemen gibt, kann bestätigt werden. Die ärztlichen Direktoren nicht-privater Krankenhäuser schätzen die Ablauforganisation in ihren Krankenhäusern signifikant schlechter ein als ihre Kollegen aus den privaten Krankenhäusern.

Diskussion

Es war das Ziel der Befragung, die Sichtweise des ärztlichen Direktors als obersten ärztlichen Entscheidungsträger zu erfassen. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass diese Sicht der Dinge nach dem Thomas-Theorem die Grundlage für die Entscheidungen und Handlungen dieses wichtigen Managers bildet (Merton 1995).

Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation zeigen vor allem, dass die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser eine positivere Sicht bezüglich der allgemeinen Patientensicherheit wie auch der Arbeits- und Organisationssituation im Krankenhaus haben als ihre Kollegen in nicht privaten Krankenhäusern. Dieses Ergebnis kann auf mehrere Art und Weise gedeutet werden:

(1) Erstens ist es möglich, dass private Krankenhäuser tatsächlich ein höheres Maß an Patientensicherheit sowie eine bessere Arbeits- und Organisationssituation aufweisen als nicht-private Krankenhäuser (Fakt-These).

(2) Zweitens ist es denkbar, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser generell Dinge positiver sehen als ihre Kollegen aus nicht-privaten Krankenhäusern (Positive Sicht-These).

(3) Drittens ist es möglich, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser die Situationen in ihrem Hause bewusst etwas positiver darstellen als sie in Wirklichkeit ist (Beschönigungstendenz-These).

Berichtete Wahrnehmung der Krankenhaussituation = OS x SW x AD

OS = Objektive Situation

SW = Subjektive Wahrnehmung

AD = Außendarstellung

Analytisch betrachtet kann die berichtete Wahrnehmung der Krankenhaussituation durch die ärztlichen Direktoren in drei Komponenten aufgeteilt werden: erstens in einen objektiven Tatbestand (objektive Situation), zweitens in eine subjektive Wahrnehmung und Bewertung der objektiven Situation und drittens in eine Außendarstellung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der objektiven Situation. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Krankenhaussituation lässt sich wiederum in einen Eigenschaftsteil (trait) und einen Zustandsteil (state) aufteilen. Der Eigenschaftsteil der Wahrnehmung drückt aus, inwieweit die Wahrnehmung und Bewertung einer Person auf die Persönlichkeitseigenschaft, Dinge generell positiv oder negativ zu sehen, zurückzuführen ist. Ist der Eigenschaftsteil sehr hoch, so ist die vorhandene Wahrnehmung und Bewertung völlig persönlichkeitsbedingt. Der Zustandsteil der Wahrnehmung erfasst die konkrete Wahrnehmung eines gegebenen Zustands. Ist der Zustandsteil sehr hoch, so wird die Wahrnehmung nicht durch die Persönlichkeit bedingt, sondern durch den konkreten Zustand des zu bewertenden Gegenstands.

Die Möglichkeit, dass die Unterschiede in den Ergebnissen nur auf eine beschönigende Darstellung der Situation durch die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser zurückzuführen sind, kann nicht ausgeschlossen werden. Erste Ergebnisse der Auswertung der AOK-Routinedaten, die durch das WIdO durchgeführt wurden (siehe Teil II des Abschlussberichts: Modul 2), zeigen jedoch, dass die privaten Krankenhäuser nicht nur in den Augen der ärztlichen Direktoren eine bessere Patientensicherheit haben, sondern auch tatsächlich geringere Mortalitätsraten aufweisen als nicht-private Krankenhäuser. Dieses harte Faktum spricht dagegen, dass die ärztlichen Direktoren nur eine beschönigende Sicht ihrer Krankenhaussituation wiedergegeben haben. Ob die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Krankenhaussituation rein persönlichkeitsbedingt oder rein zustandsbedingt ist oder auf beiden Faktoren beruht, kann auf der Basis der durchgeführten Untersuchung nicht geklärt werden. Wir können nicht ausschließen, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser Dinge generell positiver sehen. Ein Grund dafür wäre z.B., dass bei der Personalauswahl implizit oder explizit auf diese Persönlichkeitseigenschaft stärker geachtet wird. Wir müssen davon ausgehen, dass die Wahrnehmung der Krankenhaussituation sowohl persönlichkeitsbedingt als auch zustandsbedingt ist und mithin immer auch einen wahren Kern hat. Welchen Anteil diese Komponenten an dem Zustandekommen der Angaben in der Befragung der ärztlichen

Direktoren haben, kann mit der durchgeführten Untersuchung nicht geklärt werden. Dies muss Aufgabe weiterer Forschung sein.

3.4.2 Ergebnisse zu den Effekten des Trägerwechsels

Zusammenhang von Trägerwechsel und Outcomes der Sicherheitskultur

Wir gingen bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Trägerwechsel und Outcomes der Sicherheitskultur zwei Hypothesen nach. Die erste Hypothese lautet: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser schätzen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse die allgemeine Patientensicherheit etwas geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser (Hypothese 5). Analog dazu lautet die zweite Hypothese: Ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser schätzen aufgrund wechselbedingter Anpassungsprozesse die Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse geringer ein als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser (Hypothese 6). Der Test dieser Hypothesen ergab, dass beide Hypothesen verworfen werden mussten. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den nicht-privatisierten und den privatisierten Krankenhäusern feststellen, und zwar sowohl hinsichtlich der wahrgenommenen allgemeinen Patientensicherheit als auch hinsichtlich der wahrgenommenen Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse.

Zusammenhang von Trägerwechsel und Arbeits- und Organisationssituation

Die Privatisierung eines Krankenhauses stellt einen Wandlungsprozess dar. Organisatorischer Wandel kann bestehende Routinen auflösen und mehr Anpassungsprozesse notwendig machen. Dadurch können die Anforderungen an die Organisation und die Mitarbeiter steigen. Wir gingen daher davon aus, dass ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser aufgrund der wechselbedingten Anpassungsprozesse eine höhere Arbeitsintensität bei ihren ärztlichen Mitarbeitern wahrnehmen als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser (Hypothese 7). Diese Hypothese musste jedoch auf der Basis unserer Daten verworfen werden. Die Analysen zeigten, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angaben der ärztlichen Direktoren nicht-privatisierter und privatisierter Krankenhäuser hinsichtlich der wahrgenommenen Arbeitsintensität der Mitarbeiter gab.

Wir gingen weiter der Frage nach, ob sich der Trägerwechsel auf das Ausmaß an wahrgenommenen ablauforganisatorischen Problemen auswirken kann (Hypothese 8). Es zeigte sich jedoch, dass ärztliche Direktoren privatisierter Krankenhäuser nicht mehr ablauforganisatorische Probleme wahrnehmen als ärztliche Direktoren nicht-privatisierter Krankenhäuser. Hypothese 8 muss daher auf der Basis unserer Daten ebenfalls verworfen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang das Zusatzergebnis, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der Wahrnehmung der ärztlichen Direktoren privatisierter Krankenhäuser und den Krankenhäusern, die mindestens seit fünf Jahren in privater Trägerschaft waren, gab. Ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern, die seit mindestens 2003 in privater

Hand sind, nehmen signifikant weniger ablauforganisatorische Probleme wahr als ihre Kollegen in neu privatisierten Krankenhäusern.

Diskussion

Der Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger (Privatisierung) kann das soziale System Krankenhaus in ein Ungleichgewicht bringen und damit zumindest vorübergehend Qualitäts- und Sicherheitsprobleme mit sich bringen (Farsi 2004). Unsere Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Trägerwechsel und perzipierten Outcomes ergab jedoch, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen privatisierten und nicht-privatisierten Krankenhäusern gibt. Der Vergleich der privatisierten Krankenhäuser mit den seit längerem privaten Krankenhäusern zeigte jedoch, dass private Krankenhäuser, die seit längerem in privater Trägerschaft sind, in den Augen ihrer ärztlichen Direktoren ihre ablauforganisatorischen Probleme besser im Griff haben als Krankenhäuser, die erst seit kurzem in privater Hand sind.

Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass eine Privatisierung – zumindest was die Wahrnehmung und Bewertung der ärztlichen Direktoren betrifft – in der Regel nicht mit einer Abnahme der wahrgenommenen allgemeinen Patientensicherheit und der Häufigkeit des Berichtens von Ereignissen sowie einer Zunahme der Arbeitsbelastung und der ablauforganisatorischen Probleme einhergeht. Der gefundene Unterschied in der Wahrnehmung ablauforganisatorischer Probleme zwischen alt-privaten und neu-privatisierten Krankenhäusern könnte – in Anlehnung an die oben dargestellten drei-Komponenten-These – auch darauf zurückzuführen sein, dass in neu-privatisierten Krankenhäusern nicht immer die ärztlichen Direktoren ausgetauscht werden. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die ärztlichen Direktoren in alt-privaten Krankenhäusern durch eine prinzipiell positivere Sichtweise auszeichnen als die in den neu-privatisierten Krankenhäusern, die noch aus der alten Welt kommen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist auch zu berücksichtigen, dass der Vergleich von privatisierten und nicht-privatisierten Krankenhäusern relativ anfällig gegenüber Effekten ist, die nicht beobachtet oder nicht berücksichtigt wurden (Milcent 2005; Farsi 2004). Hierbei ist insbesondere das Vorhandensein und der Einfluss möglicher „Pre-Conversion-Effekte“ zu beachten (Farsi 2004). Es handelt sich dabei z.B. um Organisationsmerkmale, die bereits vor der Privatisierung bestanden und wahrscheinlich mit dafür verantwortlich waren, dass das Krankenhaus privatisiert wurde (z.B. schlechter Managementstil). Da diese Pre-Conversion-Effekte in der Regel dazu führen, dass die privatisierten Krankenhäuser schlechter dastehen als die nicht-privatisierten und als die bereits seit langem privaten Krankenhäuser und dies hier kaum der Fall ist, kommt dieser Effekt hier zur Erklärung der Ergebnisse nicht unbedingt in Frage. In zukünftigen Studien sollten solche Pre-Conversion-Effekte bereits bei der Studienplanung berücksichtigt werden.

3.4.3 Ergebnisse zu den Effekten der sozialen Organisationsmerkmale

Zusammenhang zwischen sozialen Organisationsmerkmalen und Outcomes der Sicherheitskultur

Wir gehen davon aus, dass ein transformationaler Führungsstil, also ein teambezogener, veränderungsorientierter Führungsstil, die Patientensicherheit generell verbessert. Die beiden Hypothesen dazu lauten: Je mehr der ärztliche Direktor unter den leitenden Führungskräften des Krankenhauses einen transformationalen Führungsstil wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein (Hypothese 9) und desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird (Hypothese 10). Beide Hypothesen konnten durch unsere Daten bestätigt werden. Ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem häufig angewandten transformationalen Führungsstil schätzen die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit signifikant höher ein als ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem eher selten angewandten transformationalen Führungsstil. Auch das Berichten eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem häufig angewandten transformationalen Führungsstil signifikant eher als gegeben angesehen als von ärztlichen Direktoren, die aus Krankenhäusern mit einem selten angewandten transformationalen Führungsstil stammen.

Bezogen auf das Organisationsmerkmal Sozialkapital gehen wir davon aus, dass ein hohes Sozialkapital eine gute Grundlage für eine hohe Patientensicherheit darstellt. Basis für diese Überlegung ist das Fehlerkultur-Modell (Pfaff et al. 2004a). Die beiden Hypothesen dazu lauten: Je mehr der ärztliche Direktor ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein (Hypothese 11) und desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird (Hypothese 12). Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten Betriebsklima signifikant höher eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten Betriebsklima. Auch das Berichten eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten Betriebsklima signifikant häufiger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten Betriebsklima.

Ein offenes Kommunikationsklima ist eine wichtige Voraussetzung für das Besprechen von ärztlichen Fehlern. Wir gehen daher davon aus, dass ein offenes Kommunikationsklima die Patientensicherheit generell verbessert. Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto positiver schätzt er die allgemeine Patientensicherheit ein (Hypothese 13) und desto eher ist er der Meinung, dass im Krankenhaus häufig über eingetretene Ereignisse berichtet wird (Hypothese 14). Auch diese beiden Hypothesen konnten bestätigt werden. Ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kommunikation schätzten die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus signifikant höher ein als ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation. Das Berichten eingetretener Ereignisse wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kom-

munikation signifikant häufiger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation.

Zusammenhang zwischen den sozialen Organisationsmerkmalen und der ärztlichen Arbeits- und Organisationssituation

Die transformationale Führung hat aus unserer Sicht unterschiedliche Konsequenzen für die Arbeits- und Organisationssituation. Da sie fordernd und fördernd gegenüber den Mitarbeitern ist, gehen wir davon aus, dass der Gesamteffekt des transformationalen Führungsstils neutral ist, da sich die positiven und negativen Effekte gegenseitig aufheben. Die Hypothese 15 lautete daher: Der Grad des transformationalen Führungsstil unter den leitenden Führungskräften hängt nicht mit der wahrgenommenen ärztlichen Arbeitsintensität zusammen. In Bezug jedoch auf die Arbeitsorganisation sehen wir einen positiven Effekt dieses Führungsstils als möglich an. Die Hypothese 16 lautet daher: Je mehr der ärztliche Direktor unter den leitenden Führungskräften des Krankenhauses einen transformationalen Führungsstil ausmacht, desto weniger ablauforganisatorische Probleme sieht er als gegeben an. Hypothese 15 konnte durch unsere Daten bestätigt werden. Die Unterschiede zwischen beiden Krankenhausgruppen waren nicht signifikant. Auch die Hypothese 16 konnte bestätigt werden. Ablauforganisatorische Probleme werden von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem häufig angewandten transformationalen Führungsstil signifikant weniger wahrgenommen als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem selten angewandten transformationalen Führungsstil.

Im Hinblick auf das Organisationsmerkmal Sozialkapital gehen wir davon aus, dass ein hohes Sozialkapital belastungspräventiv wirkt und daher mit weniger ärztlicher Arbeitsbelastung einhergeht. Ebenfalls sehen wir Sozialkapital als einen Faktor, der helfen kann, die Arbeit besser aufeinander abzustimmen und gemeinsam zu organisieren. Daher lauten die beiden einschlägigen Hypothesen: Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein hohes Sozialkapital im Krankenhaus im Sinne eines guten Betriebs- und Vertrauensklimas wahrnimmt, desto geringer schätzt er die Arbeitsbelastung der Ärzte ein (Hypothese 17) und desto besser funktioniert in seinen Augen die Ablauforganisation (Hypothese 18). Beide Hypothesen konnten auf Basis unserer Daten bestätigt werden. Die Arbeitsintensität der Ärzte im Krankenhaus wird von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit hohem Sozialkapital signifikant weniger hoch eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit geringem Sozialkapital. Auch die wahrgenommenen ablauforganisatorischen Probleme werden von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem gut ausgeprägten Betriebsklima signifikant weniger hoch eingeschätzt als von ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem schlechten Betriebsklima.

Ein offenes Kommunikationsklima ist die Basis für ein präventives Verhalten im Team. Wir gehen daher davon aus, dass ein offenes Kommunikationsklima die Arbeitsbelastung der Ärzte senkt und die Zahl der ablauforganisatorischen Probleme vermindert. Je mehr der ärztliche Direktor im Krankenhaus ein offenes Kommunikationsklima wahrnimmt, desto geringer schätzt er die Arbeitsbelastung der Ärzte ein (Hypothese 19) und desto weniger ablauforganisatorische Probleme sind in seinen Augen gegeben (Hypothese 20). Die Hypothese 19

konnte durch unsere Daten nicht bestätigt werden. Die Unterschiede zwischen beiden Krankenhausgruppen waren nicht signifikant. Die Hypothese 20 konnte hingegen bestätigt werden. Die ärztlichen Direktoren aus Krankenhäusern mit einem hohen Grad an offener Kommunikation nehmen ablauforganisatorische Probleme signifikant weniger oft wahr als ärztliche Direktoren aus Krankenhäusern mit einem geringen Grad an offener Kommunikation.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die drei sozialen Organisationsmerkmale transformationaler Führungsstil, Sozialkapital und offene Kommunikation mit einer höheren wahrgenommenen Patientensicherheit, einem häufigeren Berichten von eingetretenen Ereignissen sowie geringeren ablauforganisatorischen Problemen im Krankenhaus einhergehen. Die abhängige Variable Arbeitsbelastung steht nur mit der Variable Sozialkapital in Zusammenhang: Ein hohes Sozialkapital geht mit wenig Arbeitsintensität einher. Ob es sich bei den gefundenen Zusammenhängen um kausale Zusammenhänge handelt, kann im Rahmen der vorliegenden Querschnittstudie nicht beantwortet werden. Hierzu wären Längsschnittstudien nötig, die die gegebenen Variablen im Zeitverlauf erfassen. Zu berücksichtigen ist ebenfalls das methodische Problem der „common method variance“. Durch die Messung der abhängigen und unabhängigen Variablen über dieselbe Messmethode (Befragung) kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der gemeinsamen Varianz zwischen abhängiger und unabhängiger Variable auf die gemeinsame Messmethode zurückzuführen ist. Ebenso kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich hier um Scheinzusammenhänge handelt. Dies wäre gegeben, wenn die gefundenen Zusammenhänge durch eine dritte Variable (Störgröße/Confounder) verursacht sind, die z.B. in der Person selbst liegt (z.B. „negative Brille“; Tendenz zur sozialen Erwünschtheit). Aus diesem Grunde müssten in weiterführenden Studien die Variablen über verschiedene Methoden erfasst werden und mögliche Störgrößen systematisch mit erfasst werden. Da die gefundenen Ergebnisse theoriekonform sind, so bestätigen sie z.B. das Fehlerkultur-Modell, spricht vieles dafür, dass man in den Krankenhäusern die sozialen Organisationsmerkmale nicht vernachlässigen sollte. Sie über systematische Organisationsentwicklung zu stärken, müsste ein Ziel eines modernen qualitätsorientierten Krankenhausmanagements sein.

3.5 Methodische Begrenzungen der Studie

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind folgende methodische Begrenzungen der Studie zu berücksichtigen:

Erstens handelt es sich bei der vorliegenden Studie zum Teil um eine Querschnittstudie und zum Teil um eine Längsschnittstudie. Das in diesem ersten Teil des Abschlussberichts nicht dargestellte Modul 2 (Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Krankenhausmortalität) stellt eine Längsschnittstudie dar. Bei den hier dargestellten Ergebnissen des Moduls 1 handelt es sich bei den Ergebnissen zum Trägerstatus und Trägerwechsel ebenfalls um eine Längsschnittstudie. Bei den Analysen, bei denen es um die Zusammenhänge zwischen so-

zialen Organisationsmerkmalen und den Outcomes der Sicherheitskultur bzw. der Arbeits- und Organisationssituation ging, haben wir es mit einer Querschnittstudie zu tun. Aufgrund des Querschnittsdesigns können bei diesen Analysen keine Aussagen über kausale Zusammenhänge getroffen werden. Weiterführende Untersuchungen dieser Zusammenhänge sollten deshalb im Längsschnittdesign erfolgen.

Zweitens ist anzumerken, dass im Rahmen der Befragung nicht die objektive Situation in deutschen Krankenhäusern erfasst wurde, sondern die subjektive Sicht der ärztlichen Direktoren. Die Befragungsdaten liefern eine Momentaufnahme der Krankenhaussituation in Deutschland aus der Sicht der ärztlichen Direktoren. Diese Sichtweise ist hochrelevant für krankenhauspolitische Entscheidungen, die der ärztliche Direktor tagtäglich im Top-Management des Krankenhauses treffen muss. Die Verknüpfung dieser subjektiven Daten mit den objektiven AOK-Daten zur Krankenhausmortalität ist ein erster Schritt in Richtung Relativierung der vorhandenen Daten. Bei der Verknüpfung der Trägerschaftsdaten mit den Mortalitätsdaten in Modul 2 kommt man völlig ohne subjektive Daten aus.

Drittens ist kritisch hervorzuheben, dass im Rahmen der Befragung eine Schlüsselperson, der ärztliche Direktor, und nicht mehrere Schlüsselpersonen befragt wurden. Ebenso kritisch ist anzumerken, dass Variablen wie z.B. das Sozialkapital erhoben wurden, deren Erfassung im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung ein „objektiveres“ Bild ergeben hätte. Dieses objektivere Bild zu schaffen, wäre jedoch zum einen extrem aufwendig geworden. Zum anderen war es das Ziel, die Sicht eines Entscheidungsträgers zu erfassen, weil diese Sicht, auch wenn sie objektiv falsch ist, entscheidungs- und handlungsrelevant ist. Aussagen über den objektiven Zustand der deutschen Krankenhäuser zu treffen, ist jedoch auf der Basis der gegebenen Daten nicht möglich und stellt eine Grenze dar.

Der vierte methodische Punkt, der bei der Interpretation der Daten zu beachten ist, besteht in der Tatsache, dass in der Stichprobe die privaten Krankenhäuser im Vergleich zur Netto-Grundgesamtheit leicht unterrepräsentiert sind. Zieht man die Kriterien Bundesland-Zugehörigkeit und Krankenhausgröße (Bettenzahlen) heran, so sind die Befragungsdaten als repräsentativ anzusehen.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser die Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation positiver einschätzen als ärztliche Direktoren nicht-privater Krankenhäuser. Weiter konnte gezeigt werden, dass ärztliche Direktoren von Krankenhäusern mit einer hohen Ausprägung der Organisationsmerkmale transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation eine bessere Patientensicherheit, ein häufigeres Berichten eingetretener Ereignisse sowie weniger ablauforganisatorische Probleme wahrnehmen als ärztliche Direktoren von Krankenhäusern mit einer geringen Ausprägung dieser Merkmale. Die Ergebnisse legen zudem den Schluss nahe, dass sich ein

Trägerwechsel anders als angenommen kaum auf die wahrgenommene Patientensicherheit, das wahrgenommene Berichten von eingetretenen Ereignissen, die wahrgenommene Arbeitsintensität und die wahrgenommenen ablauforganisatorischen Probleme auswirkt. Private Trägerschaft, Sozialkapital, transformationale Führung und offenes Kommunikationsklima scheinen nach diesen Ergebnissen Faktoren zu sein, die eine positive Wahrnehmung und/oder Darstellung der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation im Krankenhaus durch den ärztlichen Direktor fördern. Ob es sich hier um einen Darstellungseffekt, einen Wahrnehmungseffekt oder einen objektiven Kausaleffekt handelt oder ob alle drei Effektkomponenten eine Rolle spielen, kann auf der Basis der gegebenen Daten nicht beantwortet werden. Wir halten es für wahrscheinlich, dass alle drei Effektkomponenten eine Rolle spielen.

Die Schlussfolgerungen für die Krankenhauspraxis sind: Investitionen in das Sozialkapital, der Aufbau einer offenen Kommunikationskultur sowie die Schulung der Führungskräfte in transformationaler Führung lohnen sich aller Voraussicht nach für das Krankenhaus. Investitionen in alle drei Standbeine des sozialen Fundaments eines Krankenhauses können positive Effekte im Bereich der Patientensicherheit, der Arbeitsentlastung und der Ablauforganisation zeitigen.

Für die Wissenschaft ergeben sich aus der vorliegenden Studie vier Schlussfolgerungen. Die erste ist, dass es weiterer Untersuchungen zum Trägerwechsel bedarf. Es müsste genauer untersucht werden, warum sich die Thesen zum Trägerwechsel nicht bestätigen ließen. Dabei erscheint es notwendig, Faktoren zu identifizieren und zu erfassen, die vor dem Wechsel bereits gegeben waren und nach dem Wechsel weiter gegeben sind. Weiter müsste man zweitens der Frage genauer nachgehen, weshalb Krankenhäuser in privater Trägerschaft in vielen Wahrnehmungsdimensionen besser abschneiden als solche in nicht-privater Trägerschaft. Drittens scheint es von hohem Nutzen zu sein, in Zukunft über einen Vergleich der guten Krankenhäuser mit den schlechten Krankenhäusern die Erfolgsfaktoren der guten Krankenhäuser aufzuspüren. Dabei sollte geprüft werden, inwieweit die Prioritätensetzung im Top-Management in Bezug auf das Thema Qualität Einfluss auf die Qualitätsperformance eines Krankenhauses hat. Viertens schließlich wäre es gut, evidenzbasierte Krankenhausentwicklung zu betreiben und Maßnahmen zur Verbesserung der transformationalen Führung, des Sozialkapitals und der offenen Kommunikationskultur in randomisierten kontrollierten Experimenten zu testen.

I. Literaturverzeichnis

- Bass, B. M. (1-3-1999): Two decades of research and development in transformational leadership. in: *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 8, Seite 9-32
- Bundesärztekammer (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit. Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer
- Devereaux, P. J.; Heels-Ansdell, D.; Lacchetti, C.; Haines, T.; Burns, K. E.; Cook, D. J.; Ravindran, N.; Walter, S. D.; McDonald, H.; Stone, S. B.; Patel, R.; Bhandari, M.; Schunemann, H. J.; Choi, P. T.; Bayoumi, A. M.; Lavis, J. N.; Sullivan, T.; Stoddart, G. und Guyatt, G. H. (2004): Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. in: *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), Seite 1817-1824
- Dillman, D. A. (1978): *Mail and Telephone Survey. The total design method.* Wiley & Sons, New York
- Ernstmann, N.; Ommen, O.; Driller, E.; Kowalski, C.; Neumann, M.; Bartholomeyczik, S. und Pfaff, H. (2009): Social capital and risk management in nursing. in: *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (4), Seite 340-347
- Farsi, M. (2004): Changes in hospital quality after conversion in ownership status. in: *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4 (3), Seite 211-230
- Freise, D. (2003): *Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen.* Universität zu Köln
- Guldenmund, F. W. (2000): The nature of safety culture: a review of theory and research. in: *Safety Science*, 34 (1-3), Seite 215-257, URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VF9-40BGF24-D/2/fa1a6f4ab9b66bca47b05e0d27c13147>
- Heinitz, K. und Rowold, J. (2007): Gütekriterien einer deutschen Adaptation des Transformational Leadership Inventory (TLI) von Podsakoff. in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 51 (1), Seite 1-15
- Jiang, H. J.; Friedman, B. und Begun, J. W. (2006): Factors associated with high-quality/low-cost hospital performance. in: *Journal of Health Care Finance*, 32 (3), Seite 39-52
- Knesebeck, Ovd.; Blum, K.; Grosse, K. und Klein, J. (2009): Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung. Eine Befragung von Chirurgen und Gynäkologen zur psychosozialen Arbeitsbelastung. in: *Arzt und Krankenhaus*, 82 (7), Seite 210
- McFadden, K. L.; Henagan, S. C. und Gowen, C. R. (2009): The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. in: *Journal of Operations Management*, 27 (5), Seite 390-404 (Kapitel 33447)
- McKay, N. L. und Deily, M. E. (2005): Comparing high- and low-performing hospitals using risk-adjusted excess mortality and cost inefficiency. in: *Health Care Manage Review*, 30 (4), Seite 347-360
- Merton, R. K. (1995): The thomas theorem and the matthew effect? in: *Social Forces*, 74 (2), Seite 379-424
- Milcent, C. (2005): Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. in: *Health Economics*, 14 (11), Seite 1151-1168

- Ommen, O.; Driller, E.; Kohler, T.; Kowalski, C.; Ernstmann, N.; Neumann, M.; Steffen, P. und Pfaff, H. (2009): The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. in: BMC Health Services Research, 9, Seite 81
- Petermann, S. (2005): Rücklauf und systematische Verzerrungen bei postalischen Befragungen. Eine Analyse der Bürgerumfrage Halle 2003. in: ZUMA-Nachrichten, 57 (29), Seite 56-78
- Pfaff, H.; Freise, D.; Janßen, C.; Scheibler, F. und Koziejka, G. J. (2003): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Codebuch KPF_match. Köln
- Pfaff, H.; Ernstmann, N. und Von Pritzbuier, E. (2004a): Das Fehlerkultur-Modell - Warum gibt es im Krankenhaus keine Fehlerkultur? in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 9 (271), Seite 273
- Pfaff, H.; Pühlhofer, F.; Brinkmann, A.; Lütticke, J.; Nitzsche, A.; Steffen, P.; Stoll, A. und Richter, P. (2004b): Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE). Kompendium valider Kennzahlen. Kennzahlenhandbuch. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln (Forschungsbericht 4/2004), Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln, Seite 245
- Podsakoff, P. M.; MacKenzie, S. B. und Bommer, W. H. (1996): Transformational leader behaviors and substitutes for leadership as determinants of employee satisfaction, commitment, trust, and organizational citizenship behaviors. in: Journal of Management, 22 (2), Seite 259-298
- Podsakoff, P. M.; MacKenzie, S. B.; Moorman, R. H. und Fetter, R. (1990): Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. in: The Leadership Quarterly, 1 (2), Seite 107-142
- Schulten, T. und Böhlke, N. (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten. in: Böhlke, N.; Gerlinger, T.; Mosebach, K.; Schmucker, R. und Schulten, T. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, VSA Verlag, Hamburg, Seite 97-123
- Schwartz, FW. und Angerer, P. (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Sloan, F. A. P.; Trogon, J. G. M.; Curtis, L. H. P. und Schulman, K. A. M. (2003): Does the Ownership of the Admitting Hospital Make a Difference? Outcomes and Process of Care of Medicare Beneficiaries Admitted With Acute Myocardial Infarction. in: Medical Care, 41 (10), Seite 1193-1205
- Sorra, J. und Nieva, V. (2004): Hospital Survey on Patient Safety Culture. Report Number 04-0041, AHRQ Publication, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD., URL: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>
- Statistisches Bundesamt (2005): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2003. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2004. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2005. Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2008a): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008b): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2006. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2007. Wiesbaden
- Vaillancourt Rosenau, P. und Linder, S. H. (2003): Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. in: *Social Science Quarterly*, 84 (2), Seite 219-241, URL: <http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0038-4941>; <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eoh&AN=0664530&site=ehost-live>
- Wörz, M. (2007): Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerstrukturunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Berlin
- Zohar, D. und Tenne-Gazit, O. (2008): Transformational leadership and group interaction as climate antecedents: A social network analysis. in: *Journal of Applied Psychology*, 93 (4), Seite 744-757 (Kapitel 33477)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichworte der Suchstrategie	4
Abbildung 2: Profil der Suchstrategie	6
Abbildung 3: Untersuchungsmodell.....	10
Abbildung 4: Darstellung der Grundgesamtheit und Stichprobe	15
Abbildung 5: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=472)	31
Abbildung 6: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=474).....	32
Abbildung 7: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=470).....	33
Abbildung 8: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=469)	34
Abbildung 9: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=463)	35
Abbildung 10: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)	35
Abbildung 11: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=465).....	36
Abbildung 12: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)	36
Abbildung 13: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=461)	37
Abbildung 14: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)	37
Abbildung 15: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=461)	38
Abbildung 16: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme: Vergleich zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel) (n=53)	38
Abbildung 17: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=532).....	40
Abbildung 18: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=534).....	40
Abbildung 19: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=531).....	41
Abbildung 20: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=531).....	41

Abbildung 21: Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=541) ..	42
Abbildung 22: Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=543) ..	42
Abbildung 23: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=530) ..	44
Abbildung 24: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit hoher und geringer transformationaler Führung (n=529)	44
Abbildung 25: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=529) ..	45
Abbildung 26: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit hohem und geringem Sozialkapital (n=529) ..	45
Abbildung 27: Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=540) ..	46
Abbildung 28: Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus: Vergleich von Krankenhäusern mit einem hohen und geringen Grad an offener Kommunikation (n=539) ..	46

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche	5
Tabelle 2: Empirische Studien mit Bezug auf die Mortalität*	7
Tabelle 3: Übersicht über die zwei Projektmodule	9
Tabelle 4: Skala „Transformationale Führung (Kurzform)“	18
Tabelle 5: Skala „Sozialkapital“	19
Tabelle 6: Skala „Offene Kommunikation“	19
Tabelle 7: Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“	20
Tabelle 8: Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“	20
Tabelle 9: Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“	21
Tabelle 10: Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ ...	22
Tabelle 11: Rücklaufquote.....	23
Tabelle 12: Gründe für Ablehnung der Teilnahme an der Befragung	23
Tabelle 13: Trägerschaft der Krankenhäuser in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungsstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)	24
Tabelle 14: Verteilung der Bundesländer in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungsstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)	25
Tabelle 15: Verteilung nach alten und neuen Bundesländern in der Netto-Grundgesamtheit und in der Befragungsstichprobe in Prozent (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)	26
Tabelle 16: Verteilung der Krankenhäuser hinsichtlich der Bettenzahlen in Prozent nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007	26
Tabelle 17: Verteilung der Trägerschaft bei den befragten Krankenhäusern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Berichtsjahr 2007; ohne Berücksichtigung eines Trägerwechsels (n=551)	27
Tabelle 18: Zeitpunkt der Privatisierung bei den befragten Krankenhäusern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes der Berichtsjahre 2003 bis 2007 (n=551)	28
Tabelle 19: Skalen „Transformationale Führung“, „Sozialkapital“ und „Offene Kommunikation“	29
Tabelle 20: Skalen zu den Outcomes der Sicherheitskultur.....	30
Tabelle 21: Skalen zur Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte	30

IV. Anhang

Anhang 1a: Übersicht der verwendeten Skalen und Items

Name	Erläuterung	Quelle
I Strategie, Führung und Organisation		
Unternehmensstrategie	3 Einzelitems	Eigenentwicklung
Transformationale Führung	7 Einzelitems	Heinitz und Rowold 2007
Sozialkapital	Maß für das (werte- und vertrauensbasierte) Betriebsklima insgesamt	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
Offene Kommunikation	Maß für die Kultur, Probleme offen und konstruktiv anzusprechen	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
Wirtschaftliche Situation	8 Einzelitems	Eigenentwicklung
Kooperation im Krankenhaus	3 Einzelitems	Eigenentwicklung
II Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte		
Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte	Maß für die Arbeitsüberlastung	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus	Maß für die Effektivität der ablauforganisatorischen Probleme im Krankenhaus	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
Hektik	Maß für die Unruhe auf Station und den Zeitdruck des Personals	Patientenbefragung (Pfaff et al. 2003)
Externe Schnittstellen - integrierte Versorgung	Maß für die Güte der integrierten Versorgung	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
Integrierte Versorgung	7 Einzelitems	Eigenentwicklung
III Sicherheitskultur		
Erwartungen des Vorgesetzten/ dessen sicherheitsfördernde Aktivitäten	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (Sorra und Nieva 2004) in Zusammenarbeit mit ETH-Zürich
Organisationale Lernprozesse – kontinuierliche Verbesserung	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Teamarbeit in den Arbeitsbereichen	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Offene Kommunikation	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Rückmeldung und Kommunikation zu Fehlern	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Straffreier Ansatz bei Fehlern	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Staffing	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Unterstützung der Klinikleitung hinsichtlich der Patientensicherheit	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Teamarbeit zwischen den Arbeitsbereichen	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Übergabe und Verlegung im Krankenhaus	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Gesamte Wahrnehmung bezüglich Sicherheit	4 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Häufigkeiten von Ereignisberichten	3 Einzelitems	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Grad an Patientensicherheit	1 Einzelitem	Adaption des HSCOPS (s.o.)
Anzahl der gemeldeten Ereignisse	1 Einzelitem	Adaption des HSCOPS (s.o.)
IV Qualität, Leitlinien und Behandlungspfade		

Berichtssystem für kritische Ereignisse	1 Einzelitem	ETH-Zürich
Art des Qualitätsmanagementsystems	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Zertifizierung	2 Einzelitems	Eigenentwicklung
Leitlinien, Integrierte Versorgungszentren, Medizinische Versorgungszentren, Shared Decision Making	11 Einzelitems	Eigenentwicklung
Anteil klinischer Studien	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Institutionelle Risikokontrolle	Maß für die Beherrschbarkeit von Behandlungsrisiken im eigenen Haus	Mitarbeiterkennzahlenhandbuch (Pfaff et al. 2004b)
V Trägerschaft/Rechtsform		
Rechtsform	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Rechtsformwechsel	2 Einzelitems	Eigenentwicklung
Trägerschaft	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Trägerwechsel	7 Einzelitems	Eigenentwicklung
Krankenhausbetreiber/-besitzer	2 Einzelitems	Eigenentwicklung
Gewinnerzielung/Renditeziele	4 Einzelitems	Eigenentwicklung
Klinikverbund/Klinikkette	16 Einzelitems	Eigenentwicklung
Fusion und Kooperation	2 Einzelitems	Eigenentwicklung
VI Krankenhausleitung und Leitungsstruktur		
Art der Krankenhausleitung	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Zusammenarbeit der Krankenhausleitung	2 Einzelitems	Eigenentwicklung
Funktionen in der Krankenhausleitung	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Außenvertretungsrecht	1 Einzelitem	Eigenentwicklung
Besetzung von Chefarztposten	6 Einzelitems	Eigenentwicklung
Führungswechsel	4 Einzelitems	Eigenentwicklung
VII Strukturdaten des Krankenhauses		
allgemeine Strukturdaten	20 Einzelitems	Eigenentwicklung
externe Anbieter	1 Einzelitem	Eigenentwicklung

Anhang 1b: Fragebogen (inkl. Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens)

Hinweise zum Ausfüllen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie in die kleinen Kästchen ein Kreuz machen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dabei gilt:

- Die Fragen in der Reihenfolge ihrer Nummerierung beantworten.
- **In jeder Zeile nur ein Kästchen** ankreuzen.
- Beantworten Sie die Fragen **vollständig**. Geschätzte Angaben sind besser als keine!

Wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Angaben durch eine externe Vertrauensperson mit Routinedaten verknüpft und für die Zwecke dieser wissenschaftlichen Studie in anonymisierter Form ausgewertet werden. Die wissenschaftliche Auswertung und Veröffentlichung dieser Befragung erfolgen in Form von Zusammenfassungen (z. B. Durchschnittswerten) der Angaben von mindestens fünf Krankenhäusern in einer Auswertungseinheit. Es werden in keinem Fall Einzelauswertungen von Krankenhäusern durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie die Hinweise zum Datenschutz im beiliegenden Anschreiben.

Bitte achten Sie darauf, dass es bei der Beantwortung des Fragebogens um die Situation ihres Krankenhauses geht. Wenn Sie ärztlicher Leiter über mehrere Krankenhäuser sind, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen ausschließlich für das im Adressfeld (Umschlag) angegebene Krankenhaus.

I Strategie, Führung und Organisation					
1. Welche <u>Strategien</u> verfolgen Sie in ihrem Krankenhaus? Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?					
	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
In unserem Krankenhaus gibt es eine fokussierte Unternehmensstrategie, die klar kommuniziert und sehr zielstrebig verfolgt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unser Ziel ist es, im Krankenhaus eine möglichst breite Versorgung anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wir spezialisieren uns im Krankenhaus auf einzelne Fächer/Indikationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wie häufig setzen die <u>leitenden Führungskräfte</u> (z. B. Geschäftsleitung, Chefarzte, Pflegedienstleitung) in ihrem Krankenhaus folgendes Verhalten ein?					
Die leitenden Führungskräfte ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
... inspirieren durch ihre Pläne für die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entwickeln ein "Wir-Gefühl" und Teamgeist bei den Mitarbeitern ihrer Abteilung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zeigen offen, dass sie viel von ihren Mitarbeitern erwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... handeln auf eine Art und Weise, die die persönlichen Gefühle ihrer Mitarbeiter berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Ideen, die die Mitarbeiter dazu bringen, einige ihrer eigenen Gedanken zu überdenken, die sie vorher nicht infrage gestellt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geben ihren Mitarbeitern immer eine positive Rückmeldung, wenn sie gute Leistungen erbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führen durch beispielhaftes Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn Sie nun an das <u>Klima im Krankenhaus</u> insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?					
In unserem Krankenhaus ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
... herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... gibt es ein "Wir-Gefühl" unter den Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... kommen wir schlecht miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... gibt es ein Vertrauensverhältnis zwischen den Hierarchiestufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist der Umgang zwischen den Hierarchiestufen durch Respekt gekennzeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wenn Sie nun an die <u>Zusammenarbeit und das Miteinander</u> in diesem Krankenhaus denken, wie stark stimmen Sie dann folgenden Aussagen zu?					
In unserem Krankenhaus ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
... werden Probleme offen angesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist konstruktive Kritik willkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... können wir in Besprechungen Sachliches von Persönlichem gut trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... werden die Mitarbeiter in wichtige Entscheidungen einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Was ist Ihre Meinung zur <u>wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses</u>?					
Unser Krankenhaus ...	nein	ja, belastet uns gar nicht	ja, belastet uns mäßig	ja, belastet uns stark	ja, belastet uns sehr stark
... steht in einem harten regionalen Wettbewerb mit Häusern der gleichen Versorgungsstufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steht unter starkem Kostendruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steht unter starkem Qualitätsdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steht unter starkem Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steht unter starkem Innovationsdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schreibt rote Zahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist wirtschaftlich nicht im besten Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommt leicht an genügend Geld für notwendige Investitionen heran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9321241439

6. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen über die <u>Kooperation im Krankenhaus</u> zu? In diesem Krankenhaus ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
... funktioniert die Abstimmung untereinander besser als in anderen Häusern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... klappt die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der normalen Behandlung eines multimorbiden Patienten sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist die Zusammenarbeit bei unvorhergesehenen Notfällen optimal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Berufliche Situation der Ärzte				
7. Was ist Ihre Meinung zur <u>Situation der Ärzte</u> in ihrem Krankenhaus?	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das von den Ärzten verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft sind die zu lösenden Aufgaben für die Ärzte sehr schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist häufig sehr viel, was von den Ärzten an Arbeit geschafft werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass die Ärzte bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit der Ärzte erfordert große körperliche Anstrengungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit hier im Krankenhaus müssen die Ärzte zu viele Dinge auf einmal erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte sind in Sachen Notfallmanagement gut ausgebildet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zur <u>Arbeitsorganisation</u> in ihrem Krankenhaus zustimmen können.	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Bei Patientenaufnahmen kommt es zu organisatorischen Problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Kliniken/Fachabteilungen weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Wartezeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es Terminverschiebungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen den Bettenstationen und den Funktionsdiensten gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was ist Ihr Eindruck über die <u>Belastung der Ärzte</u> in diesem Krankenhaus?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Ärzte auf den Stationen haben mehr Arbeit, als sie bewältigen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Krankenhaus geht es relativ hektisch zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte auf den Stationen stehen unter Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte auf den Stationen wirken aus meiner Sicht oft angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was ist Ihr Eindruck von der <u>ambulant-stationären Zusammenarbeit</u> ?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Bei der ambulant-stationären Schnittstelle gibt es keine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ambulant-stationäre Zusammenarbeit (prä- und poststationär) ist wie aus einem Guss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Übermittlung aller prästationären Unterlagen bei Aufnahme klappt reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die stationäre Behandlung geht nahtlos in die ambulante beim Haus-/Facharzt über.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Krankenhaus legen wir großen Wert auf die Qualität der Entlassungsbriefe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Krankenhaus ist es üblich, dass bei Hochrisikopatienten der weiterbehandelnde Arzt auch telefonisch kontaktiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Was ist Ihr Eindruck von der <u>ambulant-stationären Zusammenarbeit</u> ?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
In diesem Krankenhaus ...					
... gibt es neben dem Entlassungsbrief weitere etablierte Kommunikationsstrukturen zum weiterbehandelnden Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... legen wir auch nach Entlassung des Patienten großen Wert auf eine gute patientenbezogene Kooperation mit dem weiterbehandelnden Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... gibt es für alle Indikationen ein standardisiertes Überleitungsmanagement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist das Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... wird in allen Abteilungen/Kliniken der Gesundheitszustand der Patienten auch nach Entlassung regelmäßig erfasst (z. B. durch Nachbefragung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III Sicherheitskultur (deutsche Version des "Hospital Survey of Patient Safety Cultur"; AHRQ)					
12. Bei der Beantwortung der folgenden Fragestellungen denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen bzw. Kliniken in diesem Krankenhaus. Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken unterstützen einander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abteilungen/Kliniken in diesem Krankenhaus verfügen über ausreichend Personal, um das Arbeitspensum zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein hohes Arbeitspensum erfüllt werden muss, arbeiten die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken als Team zusammen, um alles erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken nehmen Rücksicht aufeinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal innerhalb der Abteilungen/Kliniken macht mehr Überstunden, als für das Patientenwohl gut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bei der Beantwortung der folgenden Fragestellungen denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen bzw. Kliniken in diesem Krankenhaus. Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken sind aktiv, um die Patientensicherheit zu erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abteilungen/Kliniken setzen mehr Aushilfspersonal/Zeitarbeiter ein, als im Sinne des Patientenwohls vertretbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden in den einzelnen Abteilungen/Kliniken haben das Gefühl, dass ihnen ihre Fehler zur Last gelegt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Abteilungen/Kliniken dieses Krankenhauses haben Fehler zu positiven Veränderungen geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist pures Glück, dass innerhalb der Abteilungen/Kliniken keine schwerwiegenden Fehler passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Bereich innerhalb einer Abteilung/Klinik überlastet ist, helfen andere Bereiche dieser Abteilung/Klinik aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Ereignis (z. B. Fehler) gemeldet wird, entsteht der Eindruck, dass die betreffende Person kritisiert wird, während das Problem unbeachtet bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Abteilungen/Kliniken: Denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen bzw. Kliniken in diesem Krankenhaus.	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Wenn innerhalb der Abteilungen/Kliniken Veränderungen zur Erhöhung der Patientensicherheit umgesetzt werden, überprüfen die Mitarbeitenden deren Wirksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken arbeiten "am Limit" und versuchen, zu viel in zu kurzer Zeit zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden sind besorgt, dass von ihnen gemachte Fehler in ihrer Personalakte vermerkt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben innerhalb der Abteilungen/Kliniken Probleme mit der Patientensicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Abteilungen/Kliniken eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen der Abteilungen/Kliniken schaffen ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Abteilungen/Kliniken: Denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen bzw. Kliniken in diesem Krankenhaus.		stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Beim Austausch von Informationen innerhalb der Abteilungen/Kliniken entstehen häufig Probleme.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen der Abteilungen/Kliniken sind sich der Risiken im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung bewusst.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des Schichtwechsels innerhalb der Abteilungen/Kliniken gehen oft wichtige Patienteninformationen verloren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Patientenverlegungen innerhalb der Abteilungen/Kliniken gehen Informationen verloren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen der Abteilungen/Kliniken berücksichtigen die Patientensicherheit, wenn organisatorische Veränderungen besprochen werden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtwechsel sind für die Patienten innerhalb der Abteilungen/Kliniken problematisch.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen der Abteilungen/Kliniken scheinen sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für den Patienten stattgefunden hat.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bewerten Sie bitte den durchschnittlichen Grad an Patientensicherheit innerhalb der Abteilungen/Kliniken aus Ihrer Sicht.						
hervorragend		<input type="checkbox"/>	sehr gut	<input type="checkbox"/>	akzeptabel	<input type="checkbox"/>
				schlecht	<input type="checkbox"/>	ungenügend
					<input type="checkbox"/>	
17. Direkte Vorgesetzte: Geben Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über die direkten Vorgesetzten (alle Hierarchieebenen) in diesem Krankenhaus aus Ihrer Sicht zustimmen oder nicht.		stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Die direkten Vorgesetzten finden lobende Worte, wenn sie sehen, dass eine Aufgabe gemäß der bestehenden Richtlinien (Standards und Leitlinien) durchgeführt wurde.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die direkten Vorgesetzten nehmen Vorschläge des Personals zur Erhöhung der Patientensicherheit ernst.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobald Druck entsteht, verlangen die direkten Vorgesetzten ein schnelleres Arbeitstempo, selbst wenn dadurch Dinge abgekürzt oder ausgelassen werden müssen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die direkten Vorgesetzten übersehen Probleme im Bereich Patientensicherheit, die immer wieder auftreten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kommunikation: Denken Sie bitte an den Durchschnitt aller Abteilungen/Kliniken in diesem Krankenhaus.						
		nie	selten	gelegentlich	meistens	immer
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z. B. Fehlern) umgesetzt wurden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken äußern sich offen, wenn sie etwas bemerken, das sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken werden über Ereignisse (z. B. Fehler), die in diesen Abteilungen/Kliniken vorkommen, informiert.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken hinterfragen offen Entscheidungen oder Aktivitäten von vorgesetzten Personen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken diskutieren, wie das erneute Auftreten eines Ereignisses (z. B. eines Fehlers) vermieden werden kann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen/Kliniken trauen sich nicht, Fragen zu stellen, wenn sie den Eindruck haben, dass etwas nicht stimmt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Melden von Ereignissen: Wenn innerhalb der Abteilungen/Kliniken folgende Ereignisse (z. B. Fehler) passieren. Was ist Ihr Eindruck: Wie oft werden diese gemeldet?						
		nie	selten	gelegentlich	meistens	immer
Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, <u>das bemerkt und korrigiert wird, bevor es sich auf den Patienten auswirkt</u> - wie oft wird dies gemeldet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, <u>das den Patienten nicht schädigen kann</u> - wie oft wird dies gemeldet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Ereignis (z. B. ein Fehler) passiert, <u>das den Patienten schädigen könnte, es jedoch nicht tut</u> - wie oft wird dies gemeldet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2971241433

20. Das Krankenhaus insgesamt: Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie folgenden Aussagen über dieses Krankenhaus zustimmen oder nicht. Denken Sie an ihr Krankenhaus insgesamt.	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils - teils	stimme zu	stimme voll zu
Die Krankenhausleitung schafft ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die verschiedenen Abteilungen/Kliniken im Krankenhaus stimmen sich nicht gut miteinander ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Patientenverlegungen von einer Abteilung/Klinik zu einer anderen gehen Informationen verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine gute Kooperation zwischen den Abteilungen/Kliniken, die zusammenarbeiten müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Mitarbeitenden ist es oft unangenehm, mit Personal aus anderen Abteilungen/Kliniken zusammenzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Abteilungen/Kliniken entstehen häufig Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Handlungen der Krankenhausleitung zeigen, dass die Patientensicherheit höchste Priorität hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Krankenhausleitung scheint sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für den Patienten stattgefunden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die verschiedenen Abteilungen/Kliniken im Krankenhaus arbeiten gut zusammen, um die Patienten bestmöglich zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Qualität, Leitlinien und Behandlungspfade

21. Gibt es in diesem Krankenhaus ein <u>Berichtssystem für kritische Ereignisse</u> (z. B. Fehlermeldesystem, CIRIS)?			
Ja, in allen Abteilungen/Kliniken	Ja, in einigen Abteilungen/Kliniken	Nein, in keiner Abteilung/Klinik	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls "Nein", halten Sie es für sinnvoll, ein solches Berichtssystem einzurichten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

22. Welches <u>Qualitätsmanagementsystem</u> wenden sie in diesem Krankenhaus an? (Mehrfachnennungen)			
<input type="checkbox"/> EFQM	<input type="checkbox"/> KTQ®	<input type="checkbox"/> ProCum Cert	<input type="checkbox"/> JCIA
<input type="checkbox"/> ISO EN DIN 9001:200	<input type="checkbox"/> Sonstige QM-Systeme	<input type="checkbox"/> Wir wenden keines an.	
Ist das gesamte Krankenhaus zertifiziert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind einzelne Abteilungen/Kliniken zertifiziert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

23. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.	
Für wie viel Prozent der Behandlungsindikationen gibt es in diesem Krankenhaus Behandlungspfade?	ca. _____ Prozent
Wie viele nationale und internationale Leitlinien sind in den letzten 3 Jahren ungefähr in diesem Krankenhaus eingeführt worden?	ca. _____ (Anzahl)
Wie viele Leitlinien sind in den letzten 3 Jahren ungefähr auf die lokalen Strukturen und Prozesse in diesem Krankenhaus angepasst worden?	ca. _____ (Anzahl)
Wie viele Verträge zur Integrierten Versorgung gibt es ungefähr in diesem Krankenhaus?	ca. _____ (Anzahl)
Wie viele MVZ-Sitze (Medizinische Versorgungszentren) gehören diesem Krankenhaus?	ca. _____ (Anzahl)
Gibt es bei ihnen Arbeitsgruppen, die interne Leitlinien bzw. Behandlungspfade erarbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden bei ihnen Audits durchgeführt, durch die die Umsetzung von Leitlinien beurteilt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treten bei der Leitlinienimplementierung in diesem Krankenhaus auch mal Akzeptanzprobleme auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden in diesem Krankenhaus bei allen Indikationen die individuellen Patientenpräferenzen systematisch erfasst (z. B. durch Fragebogen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Setzen sie in diesem Krankenhaus Techniken zur Verbesserung der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient (Shared decision making) ein (z.B. Videos)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden in diesem Krankenhaus die Patienten bei den wichtigsten Indikationen hinsichtlich ihrer Krankheit geschult (Psychoedukation)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4480241430

24. Wie hoch ist ungefähr der Anteil der Patienten in diesem Krankenhaus, die an <u>klinischen Studien</u> teilnehmen?										
0%	1 - 10%	11 - 20%	21 - 30%	31 - 40%	41 - 50%	51 - 75%	76 - 100%	Weiß nicht		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25. Wie wird in diesem Krankenhaus mit <u>Behandlungsrisiken</u> umgegangen?							stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Hier im Krankenhaus wird nach kritischen Vorfällen alles getan, um die Ursachen zu erforschen.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Beinaheunfällen werden stets Konsequenzen gezogen.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jede Nosokomialinfektion wird bei uns gemeldet.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir arbeiten jeden Tag daran, die Sicherheit unserer Patienten zu verbessern.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Qualität unserer Dienstleistung ist sehr gut.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungs-Zwischenfälle haben wir im Griff.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V Trägerschaft / Rechtsform										
26. Welche <u>Rechtsform</u> hat dieses Krankenhaus?										
<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> gGmbH	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> gAG							
<input type="checkbox"/> Regiebetrieb	<input type="checkbox"/> Eigenbetrieb	<input type="checkbox"/> Zweckverband	<input type="checkbox"/> Anstalt							
<input type="checkbox"/> Stiftung	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____									
Hat seit dem 01.01.2003 ein Wechsel der Rechtsform stattgefunden?							<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Falls "Ja": Welche Rechtsform bestand vor dem Rechtsformwechsel? _____										
27. <u>Art der Trägerschaft</u> dieses Krankenhauses?										
Welche Art der Trägerschaft besteht derzeit in diesem Krankenhaus?				<input type="checkbox"/> öffentliche Trägerschaft	<input type="checkbox"/> freigemeinnützige Trägerschaft	<input type="checkbox"/> private Trägerschaft				
Hat seit dem 01.01.2003 ein Wechsel der Trägerschaft stattgefunden?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	➔ weiter mit Frage 30				
28. Falls "Ja": Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zum <u>Trägerwechsel</u>										
Welche Art der Trägerschaft bestand vor dem Trägerwechsel?				<input type="checkbox"/> öffentliche Trägerschaft	<input type="checkbox"/> freigemeinnützige Trägerschaft	<input type="checkbox"/> private Trägerschaft				
29. Was ist Ihr Eindruck?										
						sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	
Wie war die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses vor dem Trägerwechsel im Vergleich zu heute?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie war die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses vor dem Trägerwechsel im Vergleich zur direkten Konkurrenz?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie war die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses vor dem Trägerwechsel im Vergleich zu Krankenhäusern mit gleicher Versorgungsstufe?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. <u>Geplanter Trägerwechsel</u>										
Ist in den nächsten zwei Jahren ein Wechsel der Trägerschaft Ihres Krankenhauses geplant?							<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
31. Es gibt zunehmend Krankenhäuser, in denen die Betriebsführung an einen externen Krankenhaus-Betreiber (i.d.R. durch Managementverträge) übergeben wird, ohne dass der <u>Betreiber</u> der Besitzer ist. Wie ist das bei ihnen?										
Bei uns ist der Krankenhaus-Besitzer gleichzeitig der Krankenhaus-Betreiber							<input type="checkbox"/> Ja	➔ weiter mit Frage 33		<input type="checkbox"/> Nein
32. Falls "Nein": Beantworten Sie bitte die folgende Frage zum <u>Krankenhaus-Betreiber</u>										
Ist der Krankenhaus-Betreiber				<input type="checkbox"/> öffentlich	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig	<input type="checkbox"/> privat				

1886241437

33. Welche der folgenden Institutionen sind Besitzer dieses Krankenhauses und wie hoch ist ihr Anteil am Krankenhaus? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Bund bzw. Land:	_____ %	<input type="checkbox"/> Kommune:	_____ %
<input type="checkbox"/> Kreis:	_____ %	<input type="checkbox"/> nicht-kirchliche Wohlfahrtseinrichtung:	_____ %
<input type="checkbox"/> Kirche (Orden):	_____ %	<input type="checkbox"/> Kirche (Sonstiges):	_____ %
<input type="checkbox"/> private deutsche Krankenhauskette:	_____ %	<input type="checkbox"/> private ausländische Krankenhauskette:	_____ %
<input type="checkbox"/> Finanzinvestor:	_____ %	<input type="checkbox"/> Industrieunternehmen:	_____ %
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	_____ %		

34. Gewinnerzielung/Renditeziele

Wird in diesem Krankenhaus eine Gewinnerzielungsabsicht verfolgt? Ja Nein

Erfolgt in diesem Krankenhaus eine Gewinnentnahme? Ja Nein

Muss das Krankenhaus Renditeziele erfüllen? Ja Nein

Müssen die einzelnen Abteilungen/Kliniken in diesem Krankenhaus Renditeziele erfüllen? Ja Nein

35. Klinikverbund/Klinikette

Ist dieses Krankenhaus einem Klinikverbund oder einer Krankenhauskette (privater, öffentlicher oder kirchlicher Art) hierarchisch untergeordnet? Ja Nein → weiter mit Frage 39

**36. Falls "Ja":
Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zum/r Klinikverbund/Klinikette**

Wie viele Krankenhäuser, inklusive ihrem eigenen, sind dem/r Verbund/Kette untergeordnet? Anzahl: _____

37. Wie ist das Verhältnis zwischen ihrem Krankenhaus und dem übergeordneten Klinikverbund/Klinikette gestaltet?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Krankenhausleitung ist von der Leitung des/r Verbundes/Kette mit allen Kompetenzen und Entscheidungsspielräumen ausgestattet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Entscheidungen innerhalb des/r Verbundes/Kette erfolgen sehr straff und effizient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erreichte Zielvorgaben des/r Verbundes/Kette haben Konsequenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb des/r Verbundes/Kette bieten wir umfassende Schulungsprogramme für unsere Mitarbeiter an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir können innerhalb des/r Verbundes/Kette auf Ressourcen (z.B. Beratung) zurückgreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieses Krankenhaus kann innerhalb des/r Verbundes/Kette auf Vorarbeiten eines zentralen Qualitäts- und Risikomanagements zurückgreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir lernen von den anderen Krankenhäusern des/r Verbundes/Kette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir können innerhalb des/r Verbundes/Kette nur begrenzt autonom entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Bitte beantworten Sie die folgenden weiteren Fragen zum/r Klinikverbund/Klinikette

Innerhalb des/r Verbundes/Kette vergleichen wir uns offen untereinander mittels Kennzahlen (Finanzkennzahlen, Qualitätsindikatoren u.a.). Ja Nein

Innerhalb des/r Verbundes/Kette werden Best-Practice-Modelle erprobt. Ja Nein

Es gibt im Verbund/in der Kette Veranstaltungen, in denen die einzelnen Häuser sich offen vor allen anderen Häusern für ihre Zahlen rechtfertigen müssen. Ja Nein

Die Kennzahlen (Finanzkennzahlen, Qualitätsindikatoren u.a.) unseres Krankenhauses werden auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Ja Nein

Die Kennzahlen (Finanzkennzahlen, Qualitätsindikatoren u.a.) des/r Verbundes/Kette werden auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Ja Nein

Innerhalb des/r Verbundes/Kette ist es uns möglich, Akuteinrichtungen, Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen zu einem Komplettangebot zu bündeln (Komplettanbieter). Ja Nein

1677241435

39. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur <u>Fusionierung und Kooperation</u>.							
Hat seit dem 01.01.2003 eine Fusionierung mit einem bzw. mehreren Krankenhäusern stattgefunden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
Bestehen Kooperationen mit einem bzw. mehreren Krankenhäusern, die durch Kooperationsverträge abgesichert sind?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
VI Krankenhausleitung und Leitungsstruktur							
40. Die <u>Leitung des Krankenhauses</u> obliegt ...							
... mehr als drei Personen.	... einer Dreier-Spitze.	... einer Zweier-Spitze.	... einer Person.	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 42			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
41. Falls zwei oder mehr Personen das Krankenhaus leiten: Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zur <u>Zusammenarbeit</u>.							
Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Leitung des Krankenhauses zu?				stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
In der Leitung des Krankenhauses herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitglieder der Krankenhausleitung haben Vertrauen zueinander.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Welche <u>Funktionen</u> sind in der Leitung ihres Krankenhauses vertreten? (Mehrfachnennungen möglich)							
Ärztliche Leitung	Kaufmännische Leitung	Pflegedienstleitung	Sonstige				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
43. Wer hat in diesem Krankenhaus das <u>Außenvertretungsrecht</u>? (Mehrfachnennungen möglich)							
Ärztliche Leitung	Kaufmännische Leitung	Pflegedienstleitung	Sonstige				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
44. Wie wird in diesem Krankenhaus die <u>Besetzung von Chefarztposten</u> entschieden?							
Die Leitung des Krankenhauses entscheidet alleine, ohne die Meinung der Chefärzte anzuhören.	Die Leitung des Krankenhauses entscheidet alleine, nachdem sie die Meinung der Chefärzte angehört hat.	Die Leitung des Krankenhauses und die Chefärzte entscheiden gemeinsam.	Die Chefärzte entscheiden alleine, nachdem sie die Meinung der Leitung des Krankenhauses angehört haben.	Die Chefärzte entscheiden alleine, ohne die Meinung der Leitung des Krankenhauses anzuhören.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
45. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.							
Wie viele Hierarchieebenen gibt es zwischen dem Arzt mit dem niedrigsten Rang und Ihnen (bitte zählen Sie Ihre Ebene mit)?			Anzahl: _____				
Wie viele Ärzte werden in diesem Krankenhaus im Durchschnitt von einem Chefarzt direkt geführt?			Anzahl: _____				
Ist das Gehalt der Chefärzte abhängig vom wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Ist das Gehalt der Chefärzte abhängig vom wirtschaftlichen Erfolg der eigenen Abteilung/Klinik?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Dürfen die Chefärzte in diesem Krankenhaus privat liquidieren?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
46. <u>Wechsel der Führungspositionen</u>							
Hat seit dem 01.01.2003 ein Wechsel der Führungspositionen (ärztliche, kaufmännische oder Pflegedienstleitung) stattgefunden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 48			
47. Falls ein Führungswechsel stattgefunden hat: Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zur <u>Art des Führungswechsels</u>.							
In welchen Führungspositionen fand seit dem 01.01.2003 ein Wechsel statt? (Mehrfachnennungen möglich)							
Ärztliche Leitung	Kaufmännische Leitung	Pflegedienstleitung	Sonstige				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wie häufig hat seit dem 01.01.2003 ein Wechsel der Führungspositionen (ärztliche, kaufmännische oder Pflegedienstleitung zusammengezählt) insgesamt stattgefunden?			Anzahl: _____				
Hat der Wechsel der Führungspositionen im Zusammenhang mit einem Trägerwechsel dieses Krankenhauses stattgefunden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

8166241435

VII Strukturdaten des Krankenhauses			
48. Im Folgenden haben wir noch Fragen zu den <u>allgemeinen Strukturen</u> in diesem Krankenhaus.			
Wie groß ist die Anzahl der Beschäftigten insgesamt in diesem Krankenhaus?	ca. _____	(Anzahl)	
Wie groß ist in diesem Krankenhaus ungefähr der Anteil der ärztlichen Leiharbeiter (Leihärzte) an allen Beschäftigten?	ca. _____	Prozent	
Wie groß ist in diesem Krankenhaus ungefähr der Anteil der ärztlichen Arbeitskräfte (Ärzte) von Fremdfirmen an allen Beschäftigten?	ca. _____	Prozent	
Wie groß ist ungefähr der Anteil der ärztlichen Teilzeitbeschäftigten in diesem Krankenhaus?	ca. _____	Prozent	
Wie groß ist in diesem Krankenhaus ungefähr der Anteil der examinierten Pflegekräfte bezogen auf das gesamte Pflegepersonal (inkl. Hilfskräfte)?	ca. _____	Prozent	
Wie groß ist in diesem Krankenhaus ungefähr der Anteil der Fachärzte an allen Ärzten?	ca. _____	Prozent	
Wie groß ist die durchschnittliche Anzahl der Überstunden der Ärzte in diesem Krankenhaus pro Person und Monat?	ca. _____	(Anzahl)	
Wie groß ist die durchschnittliche Anzahl der ärztlichen Nachdienste pro Person und Monat?	ca. _____	(Anzahl)	
49. Weitere Fragen zu den <u>allgemeinen Strukturen</u> in diesem Krankenhaus.			
	Ja	Nein, aber in Planung	Nein
Ist dieses Krankenhaus ein Lehrkrankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in diesem Krankenhaus eine eigene Intensivstation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in diesem Krankenhaus ein systematisches Notfallmanagement für hausbedingte Notfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einheitliche schriftliche Standards zur Handhabung unerwarteter Patienteneignisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie in der Gynäkologie eine eigene 24-Stunden-Bereitschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie in der Chirurgie eine eigene 24-Stunden-Bereitschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie in der Inneren Medizin eine eigene 24-Stunden-Bereitschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in diesem Krankenhaus das Instrument der internen Leistungsverrechnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in diesem Krankenhaus eine Kostenträgerrechnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in diesem Krankenhaus eine erlösorientierte Budgetierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist dieses Krankenhaus einem Einkaufsverbund angeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist dieses Krankenhaus einem Informationstechnologie-Verbund (EDV-Verbund) angeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Welche der folgenden medizinisch und nichtmedizinisch relevanten Leistungen werden nicht von ihrem Krankenhaus selbst, sondern von <u>externen Anbietern</u> erbracht? (Mehrfachnennungen möglich)			
<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/> Apotheke
<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Anästhesie	<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> Pflege
<input type="checkbox"/> Hol- und Bringedienst	<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/> Blutspende/Blutbank	<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> einzelne Kliniken/Funktionsbereiche und zwar:	<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen und zwar:		

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen!

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den Umschlag mit Ihrer Fragebogennummer. Den Umschlag mit der Fragebogennummer stecken Sie anschließend in den vorbereiteten adressierten und frankierten Rückumschlag und geben diesen in die Post.

Anhang 2a: Anschreiben der Bundesärztekammer für die Befragung

Forschungsvorhaben zum Zusammenhang von Trägerschaft, Managementfaktoren und Qualität der Krankenversorgung

Sehr geehrte ärztliche Leiterin, sehr geehrter ärztlicher Leiter,

die Frage, ob die Form der Trägerschaft in Krankenhäusern Auswirkungen auf die Qualität der Krankenversorgung hat, wird in Deutschland kontrovers und nicht immer mit der gebotenen Sachlichkeit diskutiert. Vielfach geraten einzelne Träger in den Ruf, die großen Anforderungen an die Effizienz der erbrachten Leistungen auf Kosten der Qualität zu erwirtschaften. Eine Studie der Bundesärztekammer, die sich mit den Möglichkeiten der wissenschaftlichen Untersuchung dieser Fragestellung beschäftigt hat, konnte plausibel darlegen, dass Pauschalunterstellungen kaum mit differenzierten Betrachtungen der Versorgungslandschaft in Einklang zu bringen sind.

Die Bundesärztekammer hat daher angeregt, im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Frage nachzugehen, welche Einflussfaktoren, die möglicherweise auch in Zusammenhang mit der Trägerschaft einer Einrichtung stehen können, Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben. Das Projekt wird – unterstützt mit Mitteln der Förderinitiative – vom Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführt

In den nächsten Wochen wird das ZVFK unter der Leitung von Prof. Dr. Holger Pfaff die ärztlichen Direktorinnen und Direktoren an deutschen Krankenhäusern mit Grund- oder weiterreichendem Versorgungsgrad im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Befragung um eine Selbsteinschätzung der organisatorischen Rahmenbedingungen bitten.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Da die Repräsentativität und damit die Aussagekraft der Ergebnisse sehr stark von einer fundierten Datenbasis über alle Trägerformen abhängen, möchten wir Sie herzlich bitten, an dieser Befragung mitzuwirken.

Im Anschluss an die Befragung sollen die schriftlich-postalisch erhobenen Daten durch eine externe Vertrauensperson mit Routinedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) verknüpft werden. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt ausschließlich in Form von Zusammenfassungen (z.B. Durchschnittswerten) der Angaben von mindestens 5 Krankenhäusern in einer Auswertungseinheit. Somit wird gewährleistet, dass Ihre Antworten anonym bleiben. Die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, die Datenverarbeitung und die wissenschaftlichen Auswertungen erfolgen somit nach den Vorgaben des Datenschutzgesetzes.

Nach Abschluss der Studie sind die Projektnehmer verpflichtet, ihre Studienergebnisse in nationalen und internationalen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren zu veröffentlichen. Selbstverständlich werden Ihnen alle wissenschaftlichen Veröffentlichungen zugänglich gemacht.

Sollten Sie noch weitere Fragen zur Studie haben, können Sie sich gerne von 14.00-16.00 Uhr an Prof. Dr. Holger Pfaff und seine Mitarbeiter unter der Telefonnummer: 0221/4x8-97108 wenden.

Für Ihre Mitwirkungsbereitschaft möchten wir uns heute schon bedanken.

Anhang 2b: Anschreiben zur 1. Befragungswelle (mit Fragebogen)

Befragung zur Trägerschaft, Management und Kooperation in deutschen Krankenhäusern

Sehr geehrte ärztliche Leiterin, sehr geehrter ärztlicher Leiter,

das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) führt im Auftrag der Bundesärztekammer und in Kooperation mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) eine Studie zu den „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ durch.

Das Ziel der geplanten Untersuchung ist es, der kontrovers diskutierten Fragestellung nachzugehen, ob die Trägerschaft selbst oder ein Trägerwechsel Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung hat. In diesem Zusammenhang wollen wir insbesondere die Frage klären, inwiefern die Unternehmensstrategie und das Management in deutschen Krankenhäusern eine ebenso bedeutende Rolle in Bezug auf die Versorgungsqualität spielen. Der Fokus wird hierbei insbesondere auf das Qualitätsmanagement und die Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern gelegt.

Im Rahmen dieser Zielstellung ist es notwendig, Unternehmens- und Managementstrategien aller deutschen Krankenhäuser mit mindestens Grundversorgung durch eine Befragung zu erfassen, in Beziehung mit der Versorgungsqualität zu setzen und Erfolgsfaktoren einer guten Versorgung daraus abzuleiten. Um die spezifische Situation Ihres Krankenhauses mitberücksichtigen und analysieren zu können, benötigen wir Ihre Meinung.

Dazu führt das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) eine standardisierte Befragung der ärztlichen Leitung aller deutschen Krankenhäuser, die mindestens Grundversorgung aufweisen, durch. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Die erhobenen Daten werden in einem elektronischen Datensystem ohne Personenbezug erfasst und im Rahmen des Verbundprojektes zusammen mit Routinedaten für die Zwecke dieser wissenschaftlichen Studie in pseudonymisierter Form ausgewertet. Die Fragebogennummer auf der letzten Seite ist aus Gründen der Datenerfassung notwendig. Für diese Nummer gelten die allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Das heißt: Es erfolgt keine Verknüpfung der Angaben im Fragebogen mit Ihrem Namen oder Ihrer Institution.

Die Verwaltung der Adressen sowie die Verknüpfung der Befragungs- mit den Routinedaten erfolgen durch eine externe Vertrauensperson. Dadurch wird gewährleistet, dass die auswertenden Institutionen (ZVFK und WIdO) keine Rückschlüsse auf Personen oder Institutionen ziehen können.

Nach Beendigung der Studie werden alle Daten nach den derzeit gültigen Vorgaben des Datenschutzgesetzes entsprechend gespeichert und archiviert.

Die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, die Datenverarbeitung und die wissenschaftlichen Auswertungen liegen in der Verantwortung von Prof. Dr. Holger Pfaff und erfolgen nach den Richtlinien des Datenschutzgesetzes. Der höchst mögliche Grad der Anonymität Ihrer Daten wird durch die Verwendung der so genannten „doppelten Umschlagtechnik“ sowie die Einbindung einer Vertrauensperson gewährleistet.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zu datenschutzrechtlichen Aspekten, usw. haben, können Sie sich gerne wochentags von 14.00-16.00 Uhr an mich und meine Mitarbeiter unter der Telefonnummer 0221/478-97108 wenden.

Anhang 2c: Anschreiben zur 2. und 3. Befragungswelle (ohne Fragebogen) – Dankes- und Erinnerungsschreiben

Befragung zur Trägerschaft, Management und Kooperation in deutschen Krankenhäusern

Sehr geehrte ärztliche Leiterin, sehr geehrter ärztlicher Leiter,

höflichst möchten wir Sie an unseren Fragebogen „Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft“ erinnern, den Sie als Stellvertreter Ihres Krankenhauses von uns letzte Woche erhalten haben. Wir möchten Sie bitten, uns ein paar Minuten für die Befragung zu widmen. Wir können uns vorstellen, dass das Ausfüllen des Fragebogens eine zeitliche Belastung für Sie darstellt. Da die Repräsentativität und damit die Aussagekraft der Ergebnisse sehr stark von einer fundierten Datenbasis über alle Trägerformen abhängen, möchten wir auf Ihre Meinung nicht verzichten.

Falls Sie uns schon geantwortet haben, **bedanken** wir uns dafür. Bitte betrachten Sie in einem solchen Fall dieses Schreiben als gegenstandslos.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie haben, können Sie sich gerne wochentags von 14.00-16.00 Uhr an mich und meine Mitarbeiter unter der Telefonnummer: 0221/478-97108 wenden.

Anhang 2d: Anschreiben zur 4. Befragungswelle (mit Fragebogen)

Befragung zur Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft

Sehr geehrte ärztliche Leiterin, sehr geehrter ärztlicher Leiter,

die Bundesärztekammer und wir möchten Sie mit diesem Schreiben – trotz Ihrer Belastung - dafür gewinnen, sich die Zeit zu nehmen, an dieser wichtigen Befragung teilzunehmen. Das Ausfüllen des beigefügten Fragebogens „Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft“ kostet Sie nur ein paar Minuten Zeit. Sie liefern dafür aber einen wichtigen Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Trägerschaft, Management und Patientensicherheit.

Es haben schon erfreulich viele Ihrer Kollegen den Fragebogen beantwortet. Um ein vollständiges Bild der Situation in Deutschland zu bekommen, ist es jedoch nötig, dass möglichst viele ärztliche Leiter antworten. Durch eine Antwort haben Sie die Möglichkeit, die Besonderheiten ihrer Klinik darzustellen und so die Vielgestaltigkeit der deutschen Krankenhauslandschaft deutlich zu machen. Da die Repräsentativität und damit die Aussagekraft der Ergebnisse sehr stark von einer fundierten Datenbasis über alle Trägerformen abhängt, können und wollen wir daher auf Ihre Meinung nicht verzichten. Diesem Schreiben liegt ein weiteres Exemplar des Fragebogens bei. Falls Sie den letzten Fragebogen verlegt haben, können sie den beigefügten Fragebogen nutzen. Ferner haben wir einen adressierten und frankierten Rückumschlag beigelegt.

Als Gegenleistung und Dankeschön für die Teilnahme an der Befragung werden Ihnen nach Abschluss der Studie durch die Vertrauensperson (siehe Datenschutzhinweise) eine zentrale Publikation sowie die Zusammenfassung des Endberichtes (executive summary) zugesandt.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zu datenschutzrechtlichen und ökonomischen Aspekten haben, können Sie sich gerne wochentags von 14.00-16.00 Uhr an mich und meine Mitarbeiter unter der Telefonnummer 0221/478-97108 wenden.

Anhang 2e: Anschreiben zur 5. Befragungswelle (mit Fragebogen)

Befragung zur Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft

Sehr geehrte ärztliche Leiterin, sehr geehrter ärztlicher Leiter,

die Bundesärztekammer und wir möchten Sie mit diesem Schreiben – trotz Ihrer Belastung - dafür gewinnen, sich die Zeit zu nehmen, an dieser wichtigen Befragung teilzunehmen. Das Ausfüllen des beigefügten Fragebogens „Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft“ kostet Sie nur ein paar Minuten Zeit. Sie liefern dafür aber einen wichtigen Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Trägerschaft, Management und Patientensicherheit.

Es haben schon erfreulich viele Ihrer Kollegen den Fragebogen beantwortet. Das zeigt uns, dass der Zusammenhang zwischen Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft derzeit eine bedeutende Thematik ist. Um ein vollständiges Bild der Situation in Deutschland zu bekommen, ist es jedoch nötig, dass möglichst viele ärztliche Leiter antworten. Durch eine Antwort haben Sie die Möglichkeit, die Besonderheiten ihrer Klinik darzustellen und so die Vielgestaltigkeit der deutschen Krankenhauslandschaft deutlich zu machen. Da die Repräsentativität und damit die Aussagekraft der Ergebnisse sehr stark von einer fundierten Datenbasis über alle Trägerformen abhängt, können und wollen wir daher auf Ihre Meinung nicht verzichten.

Diesem Schreiben liegt ein weiteres Exemplar des Fragebogens bei. Falls Sie den letzten Fragebogen verlegt oder nicht erhalten haben, können sie den beigefügten Fragebogen nutzen. Ferner haben wir einen adressierten und frankierten Rückumschlag beigelegt.

Als Gegenleistung und Dankeschön für die Teilnahme an der Befragung werden Ihnen nach Abschluss der Studie durch die Vertrauensperson (siehe Datenschutzhinweise) eine zentrale Publikation sowie die Zusammenfassung des Endberichtes (executive summary) zugesandt.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zu datenschutzrechtlichen und ökonomischen Aspekten haben, können Sie sich gerne wochentags von 14.00-16.00 Uhr an mich und meine Mitarbeiter unter der Telefonnummer 0221/478-97108 wenden.

Anhang 2f: Informationsschreiben zum Datenschutz, das zusätzlich zu den Anschreiben in der 4. und 5. Befragungswelle versandt wurde

Befragung zur Führung, Sicherheitskultur und Trägerschaft

Informationen zum Hintergrund sowie zur Datenerhebung, zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) führt im Auftrag der Bundesärztekammer und in Kooperation mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) eine Studie zu den „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ durch.

Das Ziel der geplanten Untersuchung ist es, der kontrovers diskutierten Fragestellung nachzugehen, ob die Trägerschaft selbst oder ein Trägerwechsel Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung hat. In diesem Zusammenhang wollen wir insbesondere die Frage klären, inwiefern die Unternehmensstrategie und das Management in deutschen Krankenhäusern eine ebenso bedeutende Rolle in Bezug auf die Versorgungsqualität spielen. Der Fokus wird hierbei insbesondere auf das Qualitätsmanagement und die Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern gelegt.

Im Rahmen dieser Zielstellung ist es notwendig, Unternehmens- und Managementstrategien aller deutschen Krankenhäuser mit mindestens Grundversorgung durch eine Befragung zu erfassen, in Beziehung mit der Versorgungsqualität zu setzen und Erfolgsfaktoren einer guten Versorgung daraus abzuleiten. Um die spezifische Situation Ihres Krankenhauses mitberücksichtigen und analysieren zu können, benötigen wir Ihre Meinung.

Hierzu führt das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) eine standardisierte Befragung der ärztlichen Leitung aller deutschen Krankenhäuser, die mindestens Grundversorgung aufweisen, durch. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Die erhobenen Daten werden in einem elektronischen Datensystem ohne Personenbezug erfasst und im Rahmen des Verbundprojektes zusammen mit Routinedaten für die Zwecke dieser wissenschaftlichen Studie in pseudonymisierter Form ausgewertet. Die Fragebogennummer auf der letzten Seite ist aus Gründen der Datenerfassung notwendig. Für diese Nummer gelten die allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Das heißt: Es erfolgt keine Verknüpfung der Angaben im Fragebogen mit Ihrem Namen oder Ihrer Institution.

Die Verwaltung der Adressen sowie die Verknüpfung der Befragungs- mit den Routinedaten erfolgen durch eine externe Vertrauensperson. Dadurch wird gewährleistet, dass die auswertenden Institutionen (ZVFK und WIdO) keine Rückschlüsse auf Personen oder Institutionen ziehen können.

Nach Beendigung der Studie werden alle Daten nach den derzeit gültigen Vorgaben des Datenschutzgesetzes entsprechend gespeichert und archiviert.

Die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, die Datenverarbeitung und die wissenschaftlichen Auswertungen liegen in der Verantwortung von Prof. Dr. Holger Pfaff und erfolgen nach den Richtlinien des Datenschutzgesetzes. Der höchst mögliche Grad der Anonymität Ihrer Daten wird durch die Verwendung der so genannten „doppelten Umschlagtechnik“ sowie die Einbindung einer Vertrauensperson gewährleistet.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zu datenschutzrechtlichen Aspekten, usw. haben, können Sie sich gerne wochentags von 14.00-16.00 Uhr an Herrn Prof. Pfaff und seine Mitarbeiter unter der Telefonnummer 0221/478-97108 wenden.

Anhang 3: Tabellen

Tabelle 22: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit und wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse im Krankenhaus zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	441	1,00	5,00	3,61*	0,64	0,40
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	2,00	5,00	3,85*	0,56	0,32
Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	443	1,00	5,00	3,33	0,78	0,61
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	2,00	5,00	3,33	0,80	0,64

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 23: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte und wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Arbeitsintensität						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	439	1,67	4,00	3,18**	0,47	0,22
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	1,33	4,00	2,84**	0,65	0,42
Ablauforganisatorische Probleme						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	438	1,00	3,83	2,22**	0,51	0,26
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	1,17	2,67	1,88**	0,36	0,13

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 24: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit und wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse im Krankenhaus zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	441	1,00	5,00	3,61	0,64	0,40
Privatisierte Krankenhäuser	22	2,25	4,75	3,57	0,57	0,32
Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	443	1,00	5,00	3,33	0,78	0,61
Privatisierte Krankenhäuser	22	2,00	4,33	3,44	0,72	0,52

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 25: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit und wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse im Krankenhaus zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit						
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	2,00	5,00	3,85	0,56	0,32
Privatisierte Krankenhäuser	22	2,25	4,75	3,57	0,57	0,32
Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse						
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	2,00	5,00	3,33	0,80	0,64
Privatisierte Krankenhäuser	22	2,00	4,33	3,44	0,72	0,52

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 26: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte und wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus zwischen nicht-privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Arbeitsintensität						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	439	1,67	4,00	3,18	0,47	0,22
Privatisierte Krankenhäuser	22	1,50	4,00	3,13	0,63	0,39
Ablauforganisatorische Probleme						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	438	1,00	3,83	2,22	0,51	0,26
Privatisierte Krankenhäuser	22	1,33	3,50	2,18	0,58	0,34

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 27: Mittelwertvergleich der Skalen wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte und wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus zwischen privaten und privatisierten Krankenhäusern (ohne Trägerwechsel)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Arbeitsintensität						
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	1,33	4,00	2,84	0,65	0,42
Privatisierte Krankenhäuser	22	1,50	4,00	3,13	0,63	0,39
Ablauforganisatorische Probleme						
Private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	31	1,17	2,67	1,88*	0,36	0,13
Privatisierte Krankenhäuser	22	1,33	3,50	2,18*	0,58	0,34

Mittelwertunterschied ist signifikant: *= $p \leq 0.05$, **= $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 28: Mittelwertvergleich der Skala „Wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit“ in Abhängigkeit von Merkmalen der Krankenhausorganisation

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
Transformationale Führung						
Transformationale Führung gering	242	1,00	4,75	3,36**	0,66	0,43
Transformationale Führung hoch	290	1,75	5,00	3,83**	0,53	0,28
Sozialkapital / Trägerschaft						
Sozialkapital gering	226	1,00	5,00	3,36**	0,65	0,42
Sozialkapital hoch	305	2,00	5,00	3,81**	0,55	0,31
Offene Kommunikation						
Offene Kommunikation gering	235	1,00	5,00	3,37**	0,65	0,43
Offene Kommunikation hoch	306	1,75	5,00	3,81**	0,54	0,30

Mittelwertunterschied ist signifikant: * = $p \leq 0.05$, ** = $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 29: Mittelwertvergleich der Skala „Wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens eingetretener Ereignisse“ in Abhängigkeit von Merkmalen der Krankenhausorganisation

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
Transformationale Führung						
Transformationale Führung gering	243	1,00	5,00	3,08**	0,81	0,65
Transformationale Führung hoch	291	1,33	5,00	3,54**	0,71	0,50
Sozialkapital						
Sozialkapital gering	227	1,00	4,67	3,07**	0,81	0,66
Sozialkapital hoch	304	1,00	5,00	3,52**	0,72	0,51
Offene Kommunikation						
Offene Kommunikation gering	236	1,00	4,67	3,07**	0,77	0,59
Offene Kommunikation hoch	307	1,33	5,00	3,53**	0,74	0,54

Mittelwertunterschied ist signifikant: * = $p \leq 0.05$, ** = $p \leq 0.01$;

TW =Trägerwechsel

Tabelle 30: Mittelwertvergleich der Skala „Wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte“ in Abhängigkeit von Merkmalen der Krankenhausorganisation

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Transformationale Führung						
Transformationale Führung gering	243	1,33	4,00	3,16	0,47	0,22
Transformationale Führung hoch	287	1,50	4,00	3,16	0,51	0,26
Sozialkapital						
Sozialkapital gering	229	1,33	4,00	3,22*	0,49	0,24
Sozialkapital hoch	300	1,50	4,00	3,13*	0,50	0,25
Offene Kommunikation						
Offene Kommunikation gering	237	1,67	4,00	3,21	0,45	0,21
Offene Kommunikation hoch	303	1,33	4,00	3,13	0,52	0,27

Mittelwertunterschied ist signifikant: * = $p \leq 0.05$, ** = $p \leq 0.01$;

TW = Trägerwechsel

Tabelle 31: Mittelwertvergleich der Skala „Wahrgenommene ablauforganisatorische Probleme im Krankenhaus“ in Abhängigkeit von Merkmalen der Krankenhausorganisation

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung	Varianz
Transformationale Führung						
Transformationale Führung gering	241	1,00	3,83	2,36**	0,53	0,28
Transformationale Führung hoch	288	1,00	3,33	2,07**	0,46	0,21
Sozialkapital						
Sozialkapital gering	226	1,17	3,83	2,41**	0,50	0,25
Sozialkapital hoch	303	1,00	3,83	2,05**	0,47	0,22
Offene Kommunikation						
Offene Kommunikation gering	235	1,17	3,83	2,38**	0,51	0,26
Offene Kommunikation hoch	304	1,00	3,83	2,07**	0,48	0,23

Mittelwertunterschied ist signifikant: * = $p \leq 0.05$, ** = $p \leq 0.01$;

TW = Trägerwechsel

Tabelle 32: Bettenzahlen in Abhängigkeit der Trägerschaft der Krankenhäuser in der Brutto- und Netto-Grundgesamtheit der Befragung für das Jahr 2007 (Angaben auf Basis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007)

Merkmal #	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Varianz
Bruttogrundgesamtheit (alle Krankenhäuser im Verzeichnis des Statistischen Bundesamtes (2009))						
Nicht private Krankenhäuser (ohne TW 2004-2007)	1401	4	4423	301,27	299,44	89663,78
Privatisierte Krankenhäuser	574	1	1427	137,80	190,11	36139,92
Nettogrundgesamtheit (alle in die Befragung eingeschlossen Krankenhäuser)						
Nicht private Krankenhäuser	170	13	1427	318,35	273,31	74700,06
Private Krankenhäuser	989	18	4423	363,91	325,02	105638,68