



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

Projektleiter:

Prof. Dr. Holger Pfaff
PD Dr. Günther Heller

Zentrum für Versorgungsforschung Köln
Wissenschaftliches Institut der AOK

Operative Projektleitung:

Dr. Oliver Ommen, MPH

Zentrum für Versorgungsforschung Köln

Projektdurchführung und Ansprechpartnerin:

Antje Hammer

Zentrum für Versorgungsforschung Köln
antje.hammer@uk-koeln.de

Projektlaufzeit:

11/2007 bis 04/2009 (verlängert bis März 2010)

Hintergrund

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.

Ziele des Projektes

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:

- Ob unterschiedliche Trägerstrukturen mit unterschiedlichen Versorgungsqualitäten und unterschiedlichen Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen einhergehen?
- 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?
- Ob es einen Zusammenhang zwischen Management und Organisation im Krankenhaus und der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen gibt?

Stand der Forschung

Im Vorfeld der Befragung wurde eine systematische Literaturrecherche zum Stand der Forschung durchgeführt. Aufgrund verschiedener methodischer Ansätze zur Messung der Versorgungsqualität sind die Ergebnisse in den empirischen Studien zum Trägerstatus sehr heterogen. So kann etwa die Berücksichtigung von unbeobachteten Determinanten (Personalstruktur, Management und geographische Bedingungen, sozioökonomische Unterschiede, Tracer) zu abweichenden Ergebnissen führen. Hinsichtlich des Trägerwechsels zeigte sich in der Literatur – unabhängig von der Trägerschaft – eine generelle Verminderung der Qualität medizinischer Leistungserbringung.

Vorgehen/Verfahren

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. Im Modul 2 wurde vom Wissenschaftlichen Institut der AOK der Zusammenhang zwischen Trägerschaft bzw. Trägerwechsel und Versorgungsqualität untersucht. Dazu wurden zum Einen Ergebnisse der Kliniken aus dem Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V herangezogen. Zum Anderen wurden auf der Grundlage von GKV-Routinedaten mit der im Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) entwickelten Methodik Qualitätsindikatoren abgeleitet und Ergebnisse der Kliniken ermittelt. Schließlich wurden globale Mortalitätsindikatoren (Charlson-Score und Elixhauser-Score) für die Untersuchung aufbereitet.

Nachfolgend werden das Vorgehen und die Ergebnisse der beiden Module vorgestellt.

Modul 1: Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von ärztlichen Direktoren

(Holger Pfaff, Antje Hammer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommen)

Ziel der Untersuchung im Modul 1 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.

Methode

Zur Gewinnung der Daten wurde im Zeitraum von April bis Oktober 2008 eine standardisierte Befragung von 1.224 ärztlichen Direktoren an deutschen Krankenhäusern mit Grund- bis Maximalversorgung durchgeführt. Im Rahmen der Befragung wurden soziale Organisationsmerkmale und perzipierte Outcomes der Sicherheitskultur sowie der Arbeits- und Organisationssituation detailliert erhoben.

Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle bis zum 23. Oktober 2008 im ZVFK eingegangenen Fragebogen. 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 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.

1. Ergebnisse zu den Effekten der Trägerschaft

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).

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 Eigenschaftsanteil sehr hoch, so ist die vorhandene Wahrnehmung und Bewertung völlig persönlichkeitsbedingt. Der Zustandsteil der Wahrnehmung erfasst die konkrete Wahrnehmung eines gegebenen Zustands. Ist der Zustandsanteil 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 Krankenhausituation 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.

2. Ergebnisse zu den Effekten des Trägerwechsels

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 Krankenhäuser 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 3-Komponenten-These – auch darauf zurückzuführen sein, dass in neu-privatisierten Krankenhäuser 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. Ergebnisse zu den Effekten der sozialen Organisationsmerkmale

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.

Schlussfolgerungen

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 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.

Modul 2: Analyse der Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung mit Routinedaten

(Günther Heller, Christian Günster)

Ziel der Untersuchung im Modul 2 war es, den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Trägerwechsel auf der einen und der Qualität der Krankenversorgung auf der anderen Seite zu untersuchen.

Methoden

Zur Gewinnung von Qualitätsergebnissen wurden Indikatorensets folgender Verfahren der Qualitätsmessung angewendet:

- I) uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene BQS-Qualitätsindikatoren des Jahres 2006
- II) QSR-Qualitätsindikatoren
- III) Globale Mortalitätsindikatoren (Charlson-Score und Elixhauser-Score)

Für die QSR-Qualitätsindikatoren (II) und die Globalen Mortalitätsindikatoren (III) wurde dabei auf Abrechnungsdaten aus dem Verfahren nach § 301 SGB V von AOK-versicherten Krankenhauspatienten mit Entlassdatum der Jahre 2002 bis 2006 zurückgegriffen. Diese Daten enthalten detaillierte Informationen über Alter und Geschlecht des Patienten, Behandlungsanlass, Begleiterkrankungen, durchgeführte Prozeduren und Operationen, den Entlassungsgrund wie auch die Abrechnungsnummer des behandelnden Krankenhauses. Zu diesen Angaben wurden über anonymisierte individuelle Verknüpfung Versicherten- und Überlebensstatus innerhalb von 30, 90 und 365 Tage nach Aufnahme hinzugespielt. Bei den uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlenen BQS-Qualitätsindikatoren (I) wurde der gesetzliche Qualitätsbericht mit Daten des Jahres 2006 als Quelle genutzt. Ergänzt wurden einrichtungsbezogene strukturelle Angaben, die ebenfalls den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V entnommen wurden. Neben der Klinikgröße (Bettenzahl) wurde die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte wie auch die Gesamtzahl der Pflegekräfte genutzt. Bei den Indikatorensets nach I) und II) ist die Qualitätsmessung auf verschiedene definierte Leistungsbereiche beschränkt. Neben der Tatsache, dass damit nur ein geringer Teil der stationären Versorgung abgebildet wird, existiert das Problem, dass zahlreiche mitunter sehr unterschiedliche und im Ergebnis z. T. widersprüchliche Kennzahlen für Qualität zur Verfügung stehen. Darum wurden die Kennzahlen aus I) und II) zu jeweils einer Index-Kennzahl zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Analysen zur Versorgungsqualität von Kliniken in privater und nicht privater Trägerschaft auf Basis der globalen Mortalitätsscores lassen sich in Stichpunkten wie folgt zusammenfassen:

- Bereits privatisierte Kliniken schneiden in zwei der drei Messmethoden merklich günstiger ab als nicht privatisierte Kliniken, wenn alle Krankenhäuser analysiert werden.
- Dieses Ergebnis zeigt sich für Charlson-Score-basierte Analysen bzw. für Analysen auf Basis von Alter und Geschlecht ausgeprägter als für Analysen auf Basis der Elixhauser-Scores.
- Dieser Zusammenhang schwächt sich deutlich ab, wenn nur Kliniken der Akutversorgung analysiert werden.
- Dabei zeigt sich für die Akutkliniken eine Zunahme des Unterschieds zwischen Kliniken in privater und nicht privater Trägerschaft mit längerer Nachbeobachtungszeit.
- Es zeigt sich, dass die befragten Kliniken bezüglich der Ergebnisse der globalen Mortalitäts-Scores eine selektive Stichprobe aller Akutkliniken darstellen.
- Eine Trendanalyse ergibt keine Hinweise auf einen kausalen Effekt der Trägerschaft im Beobachtungszeitraum und spricht daher für eine Selektionshypothese.
- Es zeigt sich ein deutlicher, wenngleich nicht monotoner Zusammenhang zur Klinikgröße für die diagnosebasierten Analysen. Dabei schneiden mittelgroße bis große Kliniken ≥ 500 Betten und kleine Kliniken < 200 Betten merklich günstiger ab.
- Kliniken in privater Trägerschaft weisen in eben diesen mittelgroßen bis großen Kliniken wie auch in den kleinen Kliniken bessere Ergebnisse auf. In den Kliniken mittlerer Größe sind keine relevanten Unterschiede erkennbar.
- Für 90-Tage- und 1-Jahres-SMR auf Basis von Alter und Geschlecht zeigt sich dagegen eine stetige Zunahme der Sterblichkeit mit der Größe der Klinik.

Schlussfolgerungen

In der Summe zeigen zwei von drei Qualitätsmessmethoden Hinweise auf eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung in Kliniken mit privater Trägerschaft. Auch wenn plausible inhaltliche Erklärungen für eine kausale Interpretation dieses Phänomens aus der Perspektive von privaten Klinikträgern vorliegen, liegen verschiedene Hinweise darauf vor, dass Selektionseffekte zur Erklärung dieses Phänomens überwiegen. Nach Privatisierungen war kein Trend in Richtung einer Qualitätsverbesserung erkennbar, die Unterschiede bestanden – soweit erkennbar – schon vor der Privatisierung. Darüber hinaus zeigte sich für Akutkliniken eine Zunahme der gemessenen Unterschiede mit der Dauer des (dann überwiegend poststationären) Follow-up.

Für alle drei Messmethoden zeigte sich ein weitaus stärkerer Zusammenhang von Versorgungsqualität und Klinikgröße als der einer privaten vs. nicht privaten Trägerschaft zur Qualität der Versorgung.

Vorabveröffentlichung

Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Günster C, Heller G. 2010. Arbeitsbelastung in Krankenhäusern: Die Sicht ärztlicher Direktoren; die Beurteilung der Arbeits- und Organisationssituation fällt erstaunlich negativ und selbstkritisch aus. Deutsches Ärzteblatt; 107(16):A-752-A-753.

Heller, G. 2010. Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung. Pages 255-271 in J. Klauber, M. Geraedts, and J. Friedrich, eds. Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenversorgung in der Krise? Schattauer, Stuttgart.

Weitere geplante Veröffentlichungen

Veröffentlichung der Forschungsberichte Modul 1 und Modul 2

Antje Hammer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommen, Markus Wirtz, Tanja Mansa, Yvonne Pfeiffer, Holger Pfaff. Psychometric properties of the Hospital Survey of Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M): eingereicht in BMC Health Services Research

Antje Hammer, Oliver Ommen, Kathrin Heinitz, Jens Rowold, Holger Pfaff. Transformational leadership and overall perceptions of safety: eingereicht in BMJ Quality and Safety

Antje Hammer, Oliver Ommen, Julia Röttger, Nicole Ernstmann, Thomas Groß, Holger Pfaff: The Relationship Between Transformational Leadership and Social Capital in Hospitals – A Survey of 1224 Medical Directors of All German Hospitals: Einreichung geplant in Journal of Public Health Management and Practice

Tristan Gloede, Antje Hammer, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann, Holger Pfaff: The Relationship between Social Capital and Internal Coordination in German Hospitals (in Arbeit)

Kongressbeiträge (2009/2010)

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, J. Röttger, Y. Pfeiffer, R. Manser, T. Wehner, G. Heller, C. Günster, und H. Pfaff. 2009. Zur Messung von Sicherheitskultur: Ergebnisse einer Befragung von Ärztlichen Direktoren deutscher Krankenhäuser. Das Gesundheitswesen 71[8/9], 534.

Heller, G., S. Rasch, A. Hammer, O. Ommen, C. Wagner, C. Günster, und H. Pfaff. 2009. Qualität der Versorgung in privaten und nicht-privaten Krankenhäusern. Korrelation oder Kausalität. Das Gesundheitswesen 71[8/9], 535.

Pfaff, H., A. Hammer, N. Ernstmann, und O. Ommen. 2010. Medical directors' evaluation of physician workload, organizational problems and organizational climate in hospitals: The results of a survey of 551 German hospitals. Annual Research Meeting 2010

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. Sozialkapital und klinisches Risikomanagement. Monitor Versorgungsforschung Sonderausgabe - Hauptprogramm / Abstractband:75.

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. The impact of social capital on clinical risk management. Annual Research Meeting 2010

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. The impact of social capital on the overall perception of safety. ISQUA Conference 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, C. Günster, G. Heller, und H. Pfaff. 2010. Transformationale Führung und die allgemeine Wahrnehmung der Patientensicherheit. Monitor Versorgungsforschung Sonderausgabe - Hauptprogramm / Abstractband:61.

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. Measuring safety culture in German hospital: Psychometric properties of a questionnaire for medical directors. ISQUA Conference 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. Psychometric properties of the German version of the Hospital SOPS for leaders (medical directors). SOPS User Group Meeting 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. The impact of social capital on patient safety. Annual Research Meeting 2010

Ommen, O., A. Hammer, N. Ernstmann, G. Heller, C. Günster, und H. Pfaff. 2010. Arbeits- und Organisationssituation in deutschen Krankenhäusern – Die Sicht Ärztlicher Direktoren. Zeitschrift für Medizinische Psychologie Sonderheft 2010:51.