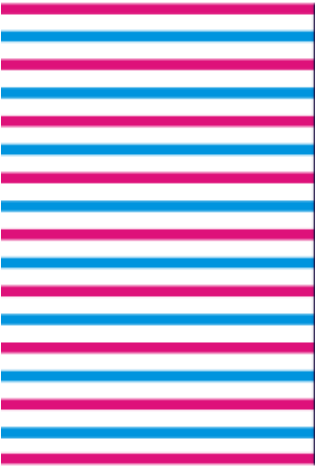


äzq Schriftenreihe

Band 38



**Barrieren und fördernde Faktoren der Implementierung
einer standardisierten Handlungsempfehlung zur
Vermeidung von Eingriffsverwechslungen
im Rahmen des WHO-Projekts
„Action on Patient Safety: High 5s“ in Deutschland**

Christina Gunkel, Diplom-Pflegewirtin (FH)



Impressum

Herausgeber:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung der
Bundesärztekammer und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Verantwortlich (i.S.d.P.)

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger
Leiter des ÄZQ
Tel: +49 (0)30 / 4005-2501/-2504
Fax: +49 (0)30 / 4005-2555
Email: mail@azq.de

Autorin:

Christina Gunkel, Diplom-Pflegewirtin (FH)

Anschrift des Herausgebers:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Straße des 17. Juni 106-108 (TiergartenTower)
D 10623 Berlin

Telefon: 030 4005-2500
Telefax: 030 4005-2555
E-Mail: mail@azq.de
Internet: <http://www.aezq.de>

Förderung des High 5s-Projekts:

Die Arbeit wurde im Rahmen des internationalen Projekts der Weltgesundheitsorganisation „Action on Patient Safety: High 5s“ erstellt. Das High 5s-Projekt wird durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert.

Gunkel C. Barrieren und fördernde Faktoren der Implementierung einer standardisierten Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen im Rahmen des WHO-Projekts „Action on Patient Safety: High 5s“ in Deutschland. Berlin: ÄZQ; 2012. (äzq Schriftenreihe; 38)
DOI 10.6101/azq/000058

© 2012

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Straße des 17. Juni 106-108 (TiergartenTower)
D 10623 Berlin

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers reproduziert werden. Der Herausgeber hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

**Barrieren und fördernde Faktoren
der Implementierung einer
standardisierten Handlungsempfehlung zur
Vermeidung von Eingriffsverwechslungen
im Rahmen des WHO-Projekts
„Action on Patient Safety: High 5s“
in Deutschland**

vorgelegt von
Christina Gunkel

Evangelische Hochschule Berlin

**Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
„Diplom-Pflegewirtin (FH)“
im Studium Pflege/Pflegemanagement**

Eingereicht am 14. Mai 2012

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Implementierung von neuen Prozessen und Verfahren der Patientenversorgung unterliegt zahlreichen hemmenden sowie fördernden Einflussfaktoren und erfordert ein komplexes Systemwissen. Im Rahmen des internationalen Projektes der Weltgesundheitsorganisation „Action on Patient Safety: High 5s“ wurde ein Standard Operating Protocol (SOP) zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in 16 Krankenhäusern in Deutschland implementiert, mit dem Ziel, die Machbarkeit einer Implementierung zu untersuchen und die Patientensicherheit nachweislich zu verbessern.

Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, die Barrieren und fördernden Faktoren der Implementierung zu identifizieren, ein besseres Verständnis über den Implementierungsprozess zu erlangen sowie Empfehlungen für die klinische Praxis darzulegen.

Methode

Für die empirische Untersuchung wurde eine standardisierte Online-Befragung der projektkoordinierenden Personen durchgeführt. Der Fragebogen bestand aus 101 Fragen, für die Erfassung der Barrieren und fördernden Faktoren der verschiedenen Implementierungsschritte und der Prozessschritte der SOP (präoperative Verifikation der Patientenidentität, Markierung des Eingriffsorts, Team-Time-Out). Drei Experten/innen wurden, ergänzend zu der Befragung, anhand von 16 Fragen leitfadenorientiert interviewt.

Ergebnisse

Elf Projektkrankenhäuser nahmen an der Befragung teil. Der Widerstand gegenüber Veränderungen, die Zustimmung der Mitarbeiter und Führungskräfte sowie unzureichende Ressourcen (Finanzierung/Zeit) sind tendenziell häufig benannte Barrieren während des Implementierungsprozesses. Umgangsfaktoren sind vorwiegend in verbesserter Kommunikation, Einbindung der Mitarbeiter und Führungskräfte sowie der Bereitstellung von Schulungsangeboten zu verzeichnen. Es bestehen verschiedene Barrieren und Umgangsfaktoren bei den Implementierungsschritten und bei der Umsetzung der SOP-Prozessschritte (anwenderbezogene und verfahrensbezogene Faktoren).

Schlussfolgerung

Die unterschiedlichen Barrieren und krankenhausindividuellen Gegebenheiten erfordern, für die Umsetzung der SOP, eine lokale Anpassung der Implementierungsstrategie. Für eine Anpassung sind Spezifika der einzelnen Implementierungsschritte und Prozessschritte der SOP zu berücksichtigen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung und Überblick.....	1
1.1 Die Implementierungsproblematik.....	2
1.2 Untersuchungsgegenstand – die SOP-Implementierung	3
1.3 Zielsetzung, Forschungsfrage und Aufbau der Arbeit	4
2 Eingriffsverwechslungen	6
2.1 Epidemiologie von Eingriffsverwechslungen	6
2.2 Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	8
2.2.1 Prozessorientiertes Qualitäts- und Risikomanagement	8
2.2.2 Instrumente zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	9
2.2.3 Spezielle Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	13
3 Implementierung von Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen	16
3.1 Implementierung als Teil des Innovationsprozesses	17
3.1.1 Der Innovationsprozess aus organisationaler Perspektive	18
3.1.2 Der Innovationsprozess aus individueller Perspektive	18
3.2 Determinanten der Implementierung.....	19
3.2.1 Fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung.....	20
3.2.2 Die Implementierungsstrategie.....	21
4 Action on Patient Safety: High 5s	25
4.1 High 5s-Evaluationskonzept	25
4.2 SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	25
5 Empirie und methodisches Vorgehen.....	28
5.1 Teilnehmende Krankenhäuser.....	29
5.2 Online-Befragung zu den Implementierungserfahrungen.....	30
5.2.1 Anpassung und Entwicklung des Fragebogens.....	30
5.2.2 Durchführung der Befragung.....	33
5.2.3 Auswertung der Befragung.....	33
5.3 Qualitative Experteninterviews.....	34
5.3.1 Stichprobenauswahl.....	34
5.3.2 Anpassung des Interviewleitfadens	35

5.3.3	Durchführung der Experteninterviews	36
5.3.4	Auswertung der Experteninterviews	37
6	Ergebnisse	38
6.1	Ist-Vorgehensweise der SOP-Implementierung	39
6.1.1	Implementierungsschritte	39
6.1.2	Durchführung von Schulungen	41
6.2	Ressourcen und fördernde Faktoren der Implementierung	42
6.3	Barrieren und Umgang mit Hindernissen	43
6.3.1	Barrieren und Umgang mit Hindernissen - Implementierungsschritte	43
6.3.2	Barrieren und Umgang mit Hindernissen – Prozessschritte.....	47
6.4	Empfehlungen für die Implementierung	49
7	Diskussion.....	50
7.1	Diskussion der methodischen Vorgehensweise	51
7.2	Diskussion der Ergebnisse	52
8	Empfehlungen und Ausblick	56
	Literaturverzeichnis	58
	Anhang.....	71
I	Entstehung von Eingriffsverwechslungen	72
II	Auswirkungen von Eingriffsverwechslungen	76
III	WHO Surgical Safety Checklist.....	78
IV	Theoretische Ansätze zur Implementierung – Übersicht	79
V	High 5s OP-Checkliste.....	80
VI	SOP-Prozessablauf zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	81
VII	Fragebogen für die standardisierte Online-Befragung zu den Implementierungserfahrungen	85
VIII	Chronologische Abbildung der Befragungsergebnisse zu den Implementierungserfahrungen	116
IX	Basisinformationen: Interview zu den Implementierungserfahrungen	134
X	Einverständniserklärung: Interview zu den Implementierungserfahrungen.....	135
XI	Telefoninterview – Leitfaden	136
XII	Experteninterviews – Auswertung nach Meuser und Nagel	138

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	5
Abbildung 2: Auszug der TOP 20 Schadensursachen	7
Abbildung 3: Einbettung der Elemente des Qualitäts- und Risikomanagements als Integriertes Managementsystem	9
Abbildung 4: Implementierungsmodell für Innovationen am Beispiel Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	21
Abbildung 5: Geschulte Personen im Rahmen der Implementierung	41
Abbildung 6: Fördernde Faktoren der Implementierung.....	42
Abbildung 7: Hindernisse bei der Implementierung der einzelnen SOP-Prozessschritte	48
Abbildung 8: Umgang mit Hindernissen – Prozessschritte.....	48
Abbildung 9: Empfehlungen für die Implementierung	57
Abbildung 10: Fehlerursachen im Krankenhaus	72
Abbildung 11: Dynamik der Unfallentstehung	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Checklisten in der Medizin	12
Tabelle 2: Phasen des individuellen Innovations-Entscheidungsprozesses nach Rogers	19
Tabelle 3: Fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung von Versorgungsinnovationen.....	20
Tabelle 4: Ist-Vorgehensweise der Implementierung	40
Tabelle 5: Barrieren und Faktoren des Umgangs/der Überwindung der Hindernisse - Implementierungsschritte	44
Tabelle 6: Fördernde und hemmende Faktoren der SOP-Implementierung.....	56
Tabelle 7: Aspekte für die Implementierung aus verschiedenen Theorien	79
Tabelle 8: Experteninterviews – Thematischer Vergleich und Konzeptualisierung.....	138

Abkürzungsverzeichnis

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Ecclesia	Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
GSK	High 5s-Getting Started Kit
High 5s	Action on Patient Safety: High 5s
IfPS	Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
JCI	Joint Commission International
KRM	Klinisches Risikomanagement
LTA	Lead Technical Agency
MERS	Medical Error-Reporting System
OP	Operation
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
QM	Qualitätsmanagement
UP	Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Person Surgery
SSSL	Safe Surgery Saves Lives
SOP	Standard Operating Protocol (standardisierte Handlungsempfehlung)
TTO	Team Time Out
WHO	World Health Organization

1 Einleitung und Überblick

Für die Patientenversorgung im Krankenhaus arbeiten verschiedene Personen mit unterschiedlichen Professionen sowie in fachspezifischen Arbeitsbereichen in komplexen Prozessstrukturen eng zusammen (vgl. Greiling 2007, S. 110). Insbesondere der operative Versorgungsbereich ist durch einen hohen Patientendurchlauf, die Zusammenarbeit in einem interdisziplinärem Team sowie die intensive Verwendung von technischen Geräten gekennzeichnet und wird in der Literatur auch als Hochrisikobereich bezeichnet (vgl. Dietrich/Childress 2004, S. 3). Eine Gefahr für den Patienten¹ in der operativen Versorgung ist das Risiko einer Eingriffsverwechslung (vgl. Kolpatzik 2010, S. 66). Eingriffsverwechslungen zählen zu den medizinischen Behandlungsfehlern und diese sind gegeben: „[...] bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff, der medizinisch nicht indiziert war, oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen wurde, sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs“ (Laum 2000 zit. in Thomeczek et al. 2004, S. 835). Unter Eingriffsverwechslungen versteht man eine Verwechslung bei operativen oder invasiven Eingriffen, mit einer Differenzierung in drei Arten:

- die Verwechslung der zu operierenden Körperstelle oder paarweise vorhandenen Körperteilen (Seitenverwechslung),
- die Durchführung der Operation am falschen Patienten und
- die Anwendung einer inkorrekten OP-Prozedur sind weitere Formen der Eingriffsverwechslung (vgl. Kolpatzik 2010, S. 67).

In einer zusammenfassenden Übersicht des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)² von internationalen Studien zum Auftreten von Eingriffsverwechslungen wird in Arbeiten aus den USA deren Häufigkeit zwischen 1 zu 130.000 Operationen und ca. 1 zu 52.000 Operationen eingeschätzt. Bei einer Übertragung der Zahlen auf Deutschland wird für das Jahr 2003 mit 12.600.000 Operationen von etwa 100 bis 240 Fällen mit einer Schadensfolge ausgegangen (vgl. APS 2007, S. 3). Eine Analyse zur Häufigkeit von Eingriffsverwechslungen in der Handchirurgie legt ein Vorkommen bei 1 zu ca.

¹ Die Ausführungen beziehen sich immer auf männliche und weibliche Geschlechter. Es wird auf eine Verwendung von Schrägstrichen (z.B. den Patienten/Patientinnen) aus Lesbarkeitsgründen verzichtet.

² Das APS ist ein gemeinnütziger Verein, der durch die Zusammenarbeit von und Kooperation mit Fachvertretern aus den Berufsverbänden der Gesundheitsberufe sowie Patientenorganisationen im Rahmen von Projektarbeit patientensicherheitsrelevante Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung erforscht, entwickelt und durch Öffentlichkeitsarbeit verbreitet (vgl. APS 2012).

27.700 dar, mit dem Vermerk, dass jeder fünfte Chirurg im Verlauf seiner Arbeitszeit mindestens einmal einen Verwechslungsfehler begeht (vgl. APS 2007, S. 3).

1.1 Die Implementierungsproblematik

Im Sinne der Patientensicherheit, die als *„[...]Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang der Heilbehandlung zu bewahren“* (Thomeczek et al. 2004, S. 837) bezeichnet wird, sind Eingriffsverwechslungen zu 100 % vermeidbar (vgl. Kolpatzik 2010, S. 66). Maßnahmen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen kommen im Rahmen des klinischen Risikomanagements (kRM) zur Anwendung (vgl. Schrewe 2010). Das kRM wird als *„[...]ein Präventionssystem, das Risiken bei der Patientenversorgung reduzieren soll und die Zielsetzung der ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit verfolgt [...]“* (Führung 2004 zit. in Kahla-Witzsch 2005, S. 15) beschrieben. Ein Instrument zur Vorbeugung von Eingriffsverwechslungen ist die sogenannte OP-Checkliste, bei deren Anwendung verschiedene sicherheitsrelevante Parameter systematisch und prozessadaptiert abgeprüft werden, um einen korrekten operativen Eingriff beim richtigen Patienten sicherzustellen (vgl. Bauer 2010, S. 11). Bisher werden diese Checklisten jedoch lediglich zu 44 % in den deutschen Kliniken (N = 448) systematisch umgesetzt (vgl. Lauterberg et al. 2012, S. 52). Die zurzeit bestehenden Bemühungen von Seiten des Gesetzgebers, eine Anwendung der OP-Checklisten verpflichtend in den deutschen OP-Sälen einzuführen, spiegeln die Forderungen der Gesellschaft für eine Verbesserung der Patientensicherheit wieder (vgl. Deutscher Bundestag 2012).

Demnach gilt es, die OP-Checklisten, als Versorgungsinnovation zur Prävention von Eingriffsverwechslungen, flächendeckend zu implementieren. Eine Innovation stellt den erstmaligen gezielten Gebrauch einer Neuerung dar, die durch eine schrittweise Annahme in die Routine dauerhaft zur Anwendung kommen kann (vgl. Gräser 1995, S. 146 f.). Die Implementierung, definiert als der *„[...]Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln bzw. Verhalten von Ärzten und anderen Leistungserbringern [...]“* (ÄZQ 2006, S. 53), wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst und kann durch schleppenden Erfolg oder Scheitern des Vorhabens problematisch verlaufen (Grol/Wensing 2005, S. 42; Klein/Sorra 1996, S. 1055). Eine Implementierung ist gescheitert, bei einer unregelmäßigen, uneinheitlichen oder unsorgfältigen Nutzung der Innovation (vgl. Klein/Sorra 1996, S. 1055). Das Wissen zum Management von Innovationen ist in Krankenhäusern noch unzureichend bekannt (vgl. Schultz et al. 2011, S. 27). Daher sind für eine dauerhafte Einführung der Verfahren in Krankenhäusern die Erkenntnisse

aus der Versorgungs- und Implementierungsforschung erforderlich, um eine erfolgreiche und barrieren-arme Implementierung zu gestalten.

1.2 Untersuchungsgegenstand – die SOP-Implementierung

Das internationale WHO-Projekt „Action on Patient Safety: High 5s“ (High 5s) wurde 2006 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert, mit dem Hintergrund, fünf Patientensicherheitsprobleme über fünf Jahre in fünf Ländern zu senken. Ziel des Projektes ist es, durch die Implementierung von standardisierten Handlungsempfehlungen (Standard Operating Protocols – SOPs)³ und deren Evaluierung zu einer nachweislichen Steigerung der Patientensicherheit beizutragen (vgl. High 5s 2012). Außerdem sollen durch den Austausch von Erfahrungen und dem voneinander Lernen in der Projektstätigkeit neue Erkenntnisse für eine nachhaltige Etablierung von Patientensicherheitslösungen in Krankenhäusern auf globaler Ebene erlangt werden. Die internationale Projektsteuerung obliegt dem WHO Collaborating Centre for Patient Safety, welches durch die Joint Commission International (JCI)⁴ besetzt ist (ebd.). Zurzeit nehmen acht Länder am Projekt teil, so sind neben Deutschland auch Australien, Frankreich, die Niederlande, Singapur, Trinidad und Tobago, Großbritannien sowie die USA zu verzeichnen (ebd.). Im Zeitraum von 2007 bis 2009 wurden die verschiedenen SOPs in internationaler Zusammenarbeit entwickelt sowie Evaluationsrichtlinien erarbeitet. Für Deutschland ist die Einführung folgender SOPs vorgesehen:

- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen
- Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergaben im Behandlungsprozess
- Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten.

Das Projekt wird in Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Für die Projektdurchführung bilden das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)⁵ und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V./Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn eine sogenannte Lead Technical Agency (LTA). Eine

³ Eine standardisierte Handlungsempfehlung wird auch als Standard Operating Protocol (SOP) bezeichnet. Darin sind schriftliche klare Vorgaben eines geforderten Handelns und Verhaltens für die einheitliche Gestaltung wiederkehrender Situationen und Aufgaben enthalten (vgl. Hinrich et al. 2011, S. 348).

⁴ Die JCI (eine Tochtergesellschaft der Joint Commission) trägt seit 1994 durch die Bereitstellung von Bildungs- und Beratungsleistungen sowie durch internationale Akkreditierung und Zertifizierung zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Sicherheit in Gesundheitseinrichtungen bei (vgl. JCI 2011).

⁵ Das ÄZQ ist eine wissenschaftliche Einrichtung, die durch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung getragen wird, um die Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen durch Management und Verbreitung von Wissen voranzutreiben. Ein Aufgabenschwerpunkt ist die Fehlervermeidung und Patientensicherheit (vgl. ÄZQ 2011).

LTA ist auf nationaler Ebene verantwortlich für die Mit- und Weiterentwicklung von SOPs, die Koordination von Projektaktivitäten, die Gewinnung von Projektkrankenhäusern und deren Unterstützung bei der Implementierung und Evaluierung der SOPs (vgl. High 5s 2012). Im Jahr 2010 wurde mit einer systematischen Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in 16 Krankenhäusern in Deutschland begonnen. Das Kernelement der SOP stellt eine OP-Checkliste dar (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 15 ff.). Für die Einführung wurde eine Implementierungsstrategie erarbeitet, welche eine empfohlene Soll-Vorgabe für eine schrittweise Anpassung der Prozessschritte impliziert (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 7 ff.). Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist die Ist-Vorgehensweise der Implementierung, mit Fokus auf die dafür erforderlichen Ressourcen, die möglicherweise aufgetretenen Barrieren und Umgangsfaktoren sowie fördernde Faktoren der Implementierung.

1.3 Zielsetzung, Forschungsfrage und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist der Implementationsforschung zuzuordnen, denn diese untersucht, unter dem Dach der Versorgungsforschung⁶, wie evidenzbasiertes⁷ medizinisches Wissen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bestmöglich in die Praxis überführt werden kann und an welche Faktoren (hemmende und fördernde) dieses Vorhaben geknüpft ist (vgl. Rubenstein/Pugh 2006, S. S59; Palinkas/Soydan 2012, S. 42). Ziel der Arbeit ist es, durch ein systematisches Vorgehen herauszufinden, wie die SOP tatsächlich implementiert wurde, welche Ressourcen benötigt, welche Faktoren fördernd waren und wie mit etwaigen Barrieren umgegangen wurde. Somit erschließen sich folgende zentralen Fragestellungen:

1. Wie verlief die Ist-Vorgehensweise der SOP-Implementierung?
2. Welche Ressourcen und fördernden Faktoren sind zu verzeichnen?
3. Welche Barrieren bei der Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sind aufgetreten und wie wurde mit diesen umgegangen?
4. Welche Empfehlungen für die Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen können gegeben werden?

Um die zentralen Forschungsfragen beantworten zu können, wird zunächst der Gegenstandsbereich theoretisch erfasst und dargelegt. Dabei wird der Versorgungs- bzw.

⁶ Die Versorgungsforschung untersucht in der Gesundheitsversorgung unter anderem die Wirksamkeit und Umsetzung von Versorgungskonzepten (vgl. Pfaff 2005, S. 13).

⁷ „Evidenzbasiert“ in Verbindung mit Medizin bedeutet, dass das Wissen auf zugrundeliegenden wissenschaftlichen Studien und auf systematisch gebündelten Informationen aus der klinischen Praxis beruht (vgl. DNEbM 2011).

Präventionsbereich – die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen – beschrieben. Weiterhin werden wissenschaftliche Erkenntnisse dargestellt, wie die Implementierung von Innovationen im Gesundheitswesen verlaufen kann und mit welchen Einflussfaktoren diese in Verbindung steht. Zuletzt wird die Soll-Vorgehensweise der Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen dargelegt. Eine Eingrenzung der Arbeit erfolgt dahingehend, dass keine ökonomischen Perspektiven sowie rechtliche Hintergründe beleuchtet werden. Zudem wird keine Bewertung vorgenommen, inwieweit die Implementierung gut oder schlecht verlief, denn die Arbeit zielt darauf ab das Erfahrungswissen der projektkoordinierenden Personen zu der Implementierung zu erfassen. Der Aufbau der Arbeit ist in der folgenden Abbildung dargelegt.

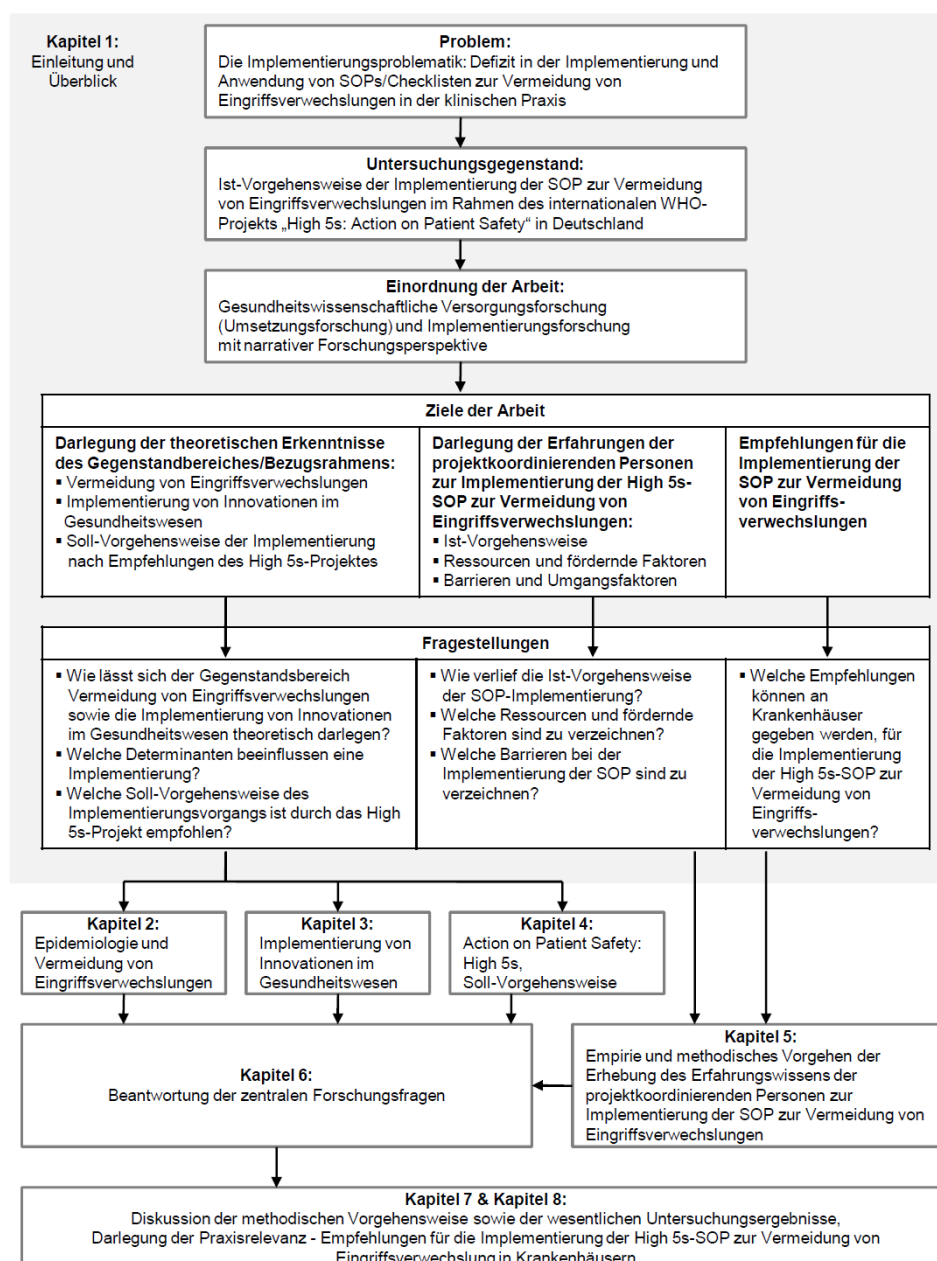


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit

2 Eingriffsverwechslungen

Eingriffsverwechslungen entstehen durch das Zusammenwirken von latenten Bedingungen und Fehlern sowie aktiven Fehlern in ungünstiger Systemkonstellation der Krankenhausorganisation (vgl. Reason 2009, S. 208). Latente oder auch versteckte Bedingungen treten infolge von Managemententscheidungen, komplexen Wechselwirkungen von Organisationsprozessen oder einer entwicklungsbedürftigen Fehlerkultur⁸ im Krankenhaus auf (vgl. Löber 2012, S. 140 ff.). Aktive Fehler (z.B. Aufmerksamkeitsfehler) beruhen auf den Individualfaktoren des klinischen Mitarbeiters und sind abhängig von den physiologischen und kognitiven Leistungsgrenzen in Verbindung mit den Faktoren des Arbeitsumfelds (ebd., 148 ff.). Ein solcher Fehler entsteht durch die aktive Einwirkung an der Schnittstelle zwischen Mensch und System und ist durch seine offenkundige Erscheinungsform in Verbindung mit einer unzureichenden Fehlerkultur häufig mit Sanktionen und Schuldzuweisungen verbunden (vgl. St. Pierre 2011, S. 46). Die Ursachen einer Eingriffsverwechslung sind systemischer Natur, weshalb zur Vermeidung eine systemische Herangehensweise erforderlich ist (vgl. Reason 2009, S. 207 ff.; Löber 2012, S. 138).⁹

2.1 Epidemiologie von Eingriffsverwechslungen

Um aufzeigen zu können, inwieweit Eingriffsverwechslungen in Deutschland im Verhältnis zu anderen medizinischen Behandlungsfehlern vorkommen, wird zunächst das Auftreten von Behandlungsfehlern dargestellt. Anhand einer Analyse der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH (Ecclesia) geht hervor, dass die Eingangszahlen der gemeldeten Arzthaftungsschäden im Zeitraum von 1982 (538 Schadensersatzansprüche) bis 2008 (9.748 Schadensersatzansprüche) kontinuierlich angestiegen sind (vgl. Petry 2009). Die Antragsentwicklung für Fallprüfungen zu Behandlungsfehlervorwürfen bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer¹⁰ zeigt eine ähnliche Datenlage. Deren statistische Erhebung¹¹ eruierte im Jahr 2008 eine

⁸ Eine Fehlerkultur beinhaltet die Thematisierung und den Umgang mit Fehlern in der Organisation und kann in ihrer negativen Erscheinungsform mit Tabuisierung und Schuldzuweisung (Naming, Blaming, Shaming) nachteilige Auswirkungen auf die Fehlervermeidung haben (vgl. Wolter 2009, S. 99 f.).

⁹ Weitere Informationen zu der Entstehung von Eingriffsverwechslungen sind ergänzend im Anhang aufgeführt.

¹⁰ Gutachterkommissionen erarbeiten zum Behandlungsfehlervorwurf einen Bescheid, ob ein Behandlungsfehler festgestellt werden kann oder nicht. Auf Grundlage dieses Gutachtens geben die Schlichtungsstellen einen Vorschlag für das weitere Verfahren mit der Haftungsfrage (vgl. Bundesärztekammer 2011, S. 6).

¹¹ Die Statistik beruht auf einer bundesweit einheitlichen Erfassung mit dem sogenannten Medical Error-Reporting System (MERS), welches Rückschlüsse auf die Anzahl von Behandlungsfehlern sowie deren Fachgebiet zulässt (vgl. Bundesärztekammer 2011, S. 11).

Anzahl von 10.967 Anträgen, welche zu ca. einem Viertel (23,8 %) begründet waren. Weiterführend zeigt diese Analyse auf, dass im Zeitraum von 2006 bis 2010 größtenteils (72 %) Anträge aus dem Krankenhausbereich eingegangen sind, wobei der Fehlerschwerpunkt eindeutig in der operativen Patientenversorgung auszumachen ist (vgl. Bundesärztekammer 2011a, S. 2 ff., 17). Eine tiefergehende Auswertung der Schadensursachen ist bei der Ecclesia gegeben. Diese erfasste von 1996 bis 2006 die Schadensmeldungen von 247 deutschen Krankenhäusern und wertete deren Ursachen aus (vgl. Petry 2009). In Abbildung 2 wird ein Auszug der Top 20 der Schadensursachen dargelegt.

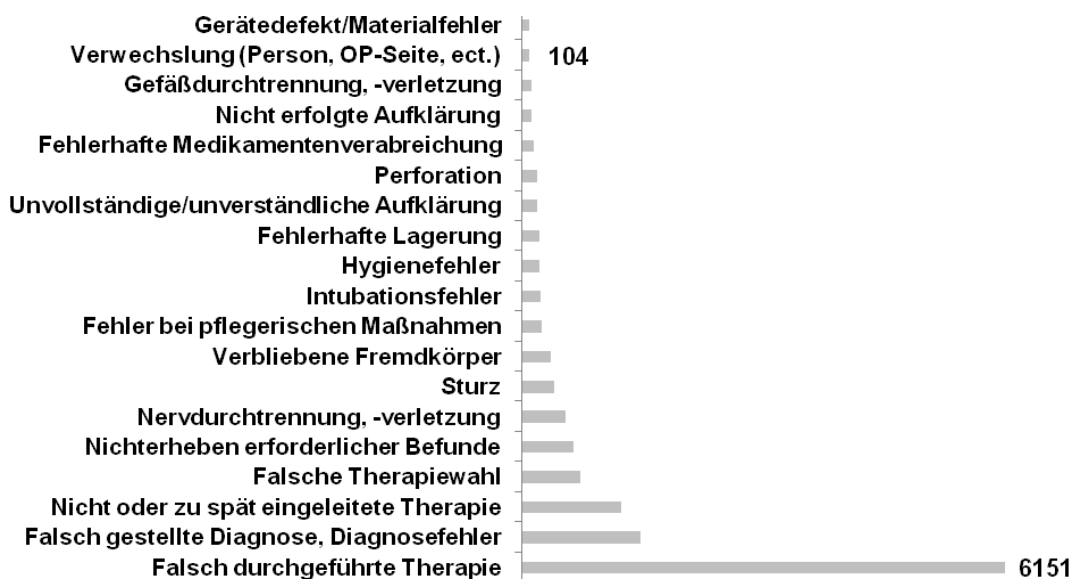


Abbildung 2: Auszug der TOP 20 Schadensursachen

(Quelle: Petry 2009)

In Relation zu der Anzahl der falsch durchgeführten Therapien (6.151 Fälle) oder den Behandlungsfehlervorwürfen insgesamt, ist das Vorkommen von Eingriffsverwechslungen relativ selten, jedoch ist die Auswirkung¹² einer Verwechslung für die betroffenen Patienten fatal. Kritisch anzumerken ist, dass die Datenerhebung der Ecclesia lediglich diejenigen Krankenhäuser erfasst, welche zu der Ecclesia-Versicherungsgruppe gehören. Ein umfassender Überblick über das Vorkommen von Eingriffsverwechslungen geht aus statistischen Erhebungen für Deutschland nicht hervor. Zudem merken Experten an, dass verfolgte sowie gutachterlich anerkannte Schäden lediglich die Spitze des Eisberges erkennen lassen und unbekannte Schäden eine weitaus größere Dunkelziffer darstellen (vgl. APS 2007, S. 3; Lauterberg/Mertens 2007, S. 59).

¹² Die Auswirkungen von Eingriffsverwechslungen für Patienten, die klinischen Mitarbeiter und für die Krankenhausorganisation sind als Zusatzinformationen im Anhang erläutert.

2.2 Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Für eine systemische Herangehensweise zur Vorbeugung von Eingriffsverwechslungen ist eine gezielte Prozessverbesserung richtungsweisend. Unter einem Prozess versteht man „[...] eine sich entwickelnde Verkettung von Ereignissen“ (Van de Ven 1992 zit. in Kahla-Witzsch 2009, S. 81) sowie eine „[...] zeitliche Abfolge von Tätigkeiten durch einen Ausführenden an einem Objekt mit einem bestimmten Ergebnis unter Regie eines Verantwortlichen“ (nach Bühner 1999 zit. in Kahla-Witzsch 2009, S. 81). Die Rolle der Prozessregie wird durch das Qualitäts- und Risikomanagement systematisch eingenommen, weshalb dies im Folgenden näher dargelegt wird (vgl. Sens 2004, S. 291 f.).

2.2.1 Prozessorientiertes Qualitäts- und Risikomanagement

Qualitätsmanagement wird in der internationalen Norm (DIN EN ISO 9000:2005) als „[...] aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der [...] angebotenen Dienstleistung zu verbessern“ (ÄZQ 2010, S. 8) definiert. Qualität bemisst im Sinne der Patientenorientierung die Erfüllung der Patientenanforderungen an die Gesundheitsdienstleistung (vgl. Kamiske/Brauer 2008, S. 137). Zu einer guten Behandlungsqualität zählt auch die Einhaltung eines entsprechenden Sicherheitsstandards, welcher damit verbunden ist, ohne unnötige Risiken behandelt zu werden. Unter Risikomanagement wird ein geplanter Umgang mit Risiken verstanden, der sich in Analyse, Bewertung und Kontrollierbarkeit von Risiken unterteilen lässt (vgl. Sens 2004, S. 291). Bezogen auf die Abstimmung der Prozesse zur Leistungserstellung¹³ im Krankenhaus sind Qualitäts- und Risikomanagement sich ergänzende Komponenten, mit einem gemeinsamen Ziel, der Patientensicherheit bzw. der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, wie in Abbildung 3 auf folgender Seite verdeutlicht wird (ebd.). Aus Sicht des Qualitätsmanagements werden Prozesse aufgrund von definierten Anforderungen (z.B. gesetzliche Vorgaben, Normen) und durch Ansprüche des Patienten gestaltet (ebd., S. 292). Die Qualität der Prozesse wird gemessen und evaluiert sowie stetig verbessert. Die Prozessergebnisse werden hinsichtlich der Zielerreichung (z.B. Patientenzufriedenheit) überprüft und ebenfalls kontinuierlich verbessert (ebd.). Aus der Perspektive des Risikomanagements werden risikoreiche Prozesskomponenten in der Leistungserstellung herausgearbeitet und bewertet (ebd.). Die identifizierten Risiken werden anhand von Kennzahlen überwacht und die analy-

¹³ Prozesse im Krankenhaus werden in Führungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse unterteilt. Führungsprozesse sind beispielsweise die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsabläufe, ein Kernprozess ist die operative Versorgung des Patienten und ein Unterstützungsprozess ist z.B. die Materialversorgung (vgl. Sens 2004, S. 291).

sierten Prozessleistungen hinsichtlich aufgetretener Risiken mit der zuvor festgelegten Risikostrategie abgeglichen (vgl. Sens 2004, S. 292).

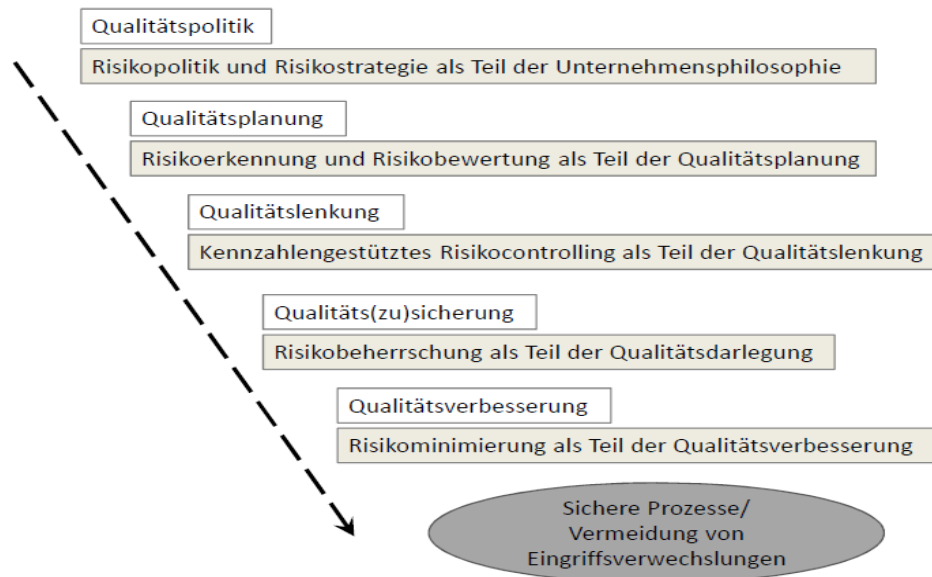


Abbildung 3: Einbettung der Elemente des Qualitäts- und Risikomanagements als Integriertes Managementsystem

Quelle: Modifizierte Darstellung nach Sens 2004, S. 292

In einer Risikostrategie wird festgelegt in welchem Ausmaß die bestehenden Risiken in der Organisation toleriert werden bzw. ab welchem Punkt verschiedene Maßnahmen zur Risikominderung eingeleitet werden müssen (vgl. Kühnel 2009, S. 14). Qualitäts- und Risikomanagement stehen eng in Verbindung mit dem Management von Prozessen. Denn durch eine zielgerichtete Optimierung der Abläufe in der Patientenversorgung kann auf aktuelle Veränderungen der Qualitätsverbesserung bzw. Risikominimierung reagiert werden (vgl. Sens 2004, S. 291).

2.2.2 Instrumente zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Im Rahmen des klinischen Risikomanagements gilt es zunächst, die Sicherheitslücken im System zu identifizieren (z.B. durch die Analyse von Beinahe-Zwischenfällen) und das Prozessrisiko zu erfassen (vgl. APS 2008, S. 13). Jeder Teilprozess trägt ein Risiko zur Fehlerentstehung in sich (vgl. Heller/Albrecht 2010, S. 101 f.). Folgen eine Reihe von Teilprozessen (am Beispiel der chirurgischen Patientenversorgung von der Patientenaufnahme über die Anamnese, Diagnostik bis zur präoperativen Vorbereitung, Anästhesie-Einleitung, Schnitt/Naht und Operationsausleitung) aufeinander, nimmt das Risiko kumulativ zu (ebd.). Bei einer Null-Fehler-Rate von 95 % des einzelnen Teilprozesses, kommt es bei einer Abfolge von 20 Teilprozessen zu einer Reduzierung der

Null-Fehler-Rate auf 35,8 %¹⁴ (vgl. Heller/Albrecht 2010, S. 101 f.) Es ist also die Wahrscheinlichkeit des Fehlerauftretens bei diesen 20 Teileinheiten eines Prozesses zu 64,2 % gegeben (ebd.). Für die Risikobeherrschung der prä- und perioperativen Versorgungsprozesse gibt es die Möglichkeit der Prozessstandardisierung. Durch Standardisierungsmaßnahmen soll der Prozessunsicherheit entgegen gewirkt werden. Dafür werden Regeln und Programme eingesetzt, welche bei der Prävention von Eingriffsverwechslungen in der Anwendung von sogenannten Standard Operating Procedures (SOP) und Checklisten liegen (St. Pierre et al. 2011, S. 257 ff.).

Standard Operating Procedures

SOPs bzw. standardisierte Verfahrensanweisungen wurden aus dem luftfahrtbetrieblichen Sicherheitsmanagement für die Anwendung in Krankenhäusern übernommen (vgl. Hinsch et al. 2011, S. 347). Sie enthalten Informationen darüber, wer, was, wann, wie und womit in einem komplexen Geschehen durchführen soll und tragen somit zur Prozessregulation und Verfahrenssicherheit bei (ebd., S. 348). Jede am medizinischen Verfahren beteiligte Person bekommt durch die SOP einen definierten Handlungsweg und auch bestimmte Kommunikationsvorgaben zugewiesen (ebd., S. 349). Für die Anwender hat die SOP somit eine Orientierungsfunktion, indem sie die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche innerhalb des Prozesses, also auch über verschiedene Schnittstellen¹⁵ hinweg, vorgibt (ebd.). Positiv bei der SOP-Einsatzbarkeit ist zum einen die berufsübergreifende Verwendungsmöglichkeit. Zum anderen ist durch die SOP eine erfolgreiche Handlungsmethode vorgegeben, so dass sich die Anwender voll auf die Aufgabenerfüllung konzentrieren können (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 258; Hinsch et al. 2011, S. 348 f.; Paula 2007, S. 34 ff.). Bei der Entwicklung einer SOP ist es von Bedeutung, dass die zukünftigen Anwender der Handlungsanweisung in hohem Maße bei der Erstellung beteiligt sind (vgl. Hinsch et al. 2011, S. 349). Nur diejenigen Personen, welche den Prozess umfassend kennen, können die Risiken identifizieren bzw. analysieren, Verbesserungen erarbeiten, Zuständigkeiten benennen und die SOP individuell auf den Prozess zuschneiden¹⁶ (ebd.). Bei einer Analyse des Prozesses wird

¹⁴ Die Gesamtfehlerwahrscheinlichkeit wird mit der mathematischen Vorgehensweise des Potenzierens berechnet. $P = 0,95^{20}$ ergibt $P = 0,358$ somit 35,8 %.

¹⁵ Schnittstellen im Prozess sind problembehaftet, da diese Übergangspunkte darstellen und die verschiedenen Mitarbeiter im Krankenhaus unterschiedliche Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche haben. Demnach ist die Koordination von Zeit, Personen und Informationen insbesondere an Schnittstellen eine Herausforderung für das Prozessmanagement (vgl. Mormann 2004, S. 114).

¹⁶ Diese Vorgehensweise kann auch im Rahmen einer QM-Arbeitsgruppe gestaltet werden. Demnach können sich berufsgruppenübergreifend Mitarbeiter zusammenfinden, um Vorschläge für die Prozessgestaltung unter Betreuung des Qualitätsmanagers zu erarbeiten (vgl. Kahla-Witzsch 2009, S. 67 ff.).

häufig für die Prozessvisualisierung ein Flussdiagramm¹⁷ entwickelt (vgl. Paula 2007, S. 35). Außerdem sollte eine SOP in einheitlicher Layout-Gestaltung (z.B. SOP Nr. 5 Version 2; Datum, Person, Freigabe der Erstellung, Freigabe der Änderung, Grund der Änderung) in die Verfahrensdokumentation des Krankenhauses integriert werden, um für alle Mitarbeiter zugänglich zu sein. Ziel ist es, dass alle am Prozess beteiligten Personen die Kenntnis über notwendige Handlungsschritte und deren Reihenfolge haben und diese dann auch umsetzen (ebd.).

Checklisten

Eine Checkliste strukturiert durch eine systematische und situationsbezogene Anordnung von Handlungsschritten den Prozess, indem diese Handlungsschritte durch den Anwender nacheinander abgeprüft/durchgeführt und dokumentiert werden (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 258 f.). Durch das Abarbeiten der Checklistenitems wird beispielsweise dem Auslassen, Vergessen oder Verwechseln von Prozessschritten vorgebeugt und somit die notwendigen patientensicherheitsspezifischen Handlungen vollständig ausgeführt (ebd.). Die Checklistenanwendung dient demnach unterstützend der Ausführung von Routineaufgaben, der Strukturierung einer Problemlösung und der Zusammenarbeit (ebd.). Checklisten können nach Winters et al. (2009, S. 2) in vier verschiedenen Arten vorkommen:

- *Statische parallele Checklisten*, bei deren Anwendung eine Person die Aufgaben zunächst liest und dann ausführt.
- *Statische sequentielle Checklisten mit Verifizierung*, bei der ein Anwender die Checklistenitems vorliest und eine weitere Person die Ausführung der Handlung bestätigt.
- *Statische sequentielle Checklisten mit Verifizierung und Bestätigung*, kommen vorwiegend bei der Zusammenarbeit im Team zur Anwendung. Eine Reihe von Aufgaben wird von einer Person vorgelesen und diejenige Person, welche für die Ausführung verantwortlich ist, bestätigt die Durchführung.
- *Dynamische Checklisten* kommen bei komplexen Entscheidungen zum Einsatz, indem durch eine Flussdiagrammabbildung eine sinnvolle Vorgehensweise aufgezeigt wird, welche zur Entscheidungsfindung beiträgt (ebd.).

¹⁷ In einem Flussdiagramm werden Prozesse mit definierten Symbolen anhand einer sinnhaften Reihenfolge oder des chronologischen Ablaufs visualisiert. Der Betrachter kann in einer Übersicht erkennen, welche Prozessschritte gegeben sind, wie diese miteinander verknüpft sind und welche Informationen vorhanden sein müssen um das Prozessergebnis zu erreichen (vgl. Wilhelm 2007, S. 44).

Die Checklistenstruktur ist abhängig vom Kontext der Situation. Sie gibt ein standardisiertes Maß der zu erfüllenden Aufgaben vor und bildet für die Teamarbeit Informationen ab (vgl. Winters et al. 2009, S. 2). Problematisch bei der Anwendung von Checklisten sind die häufig auftretenden Widerstände durch die klinischen Mitarbeiter (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 259 f.). Insbesondere bei den Ärzten können Zweifel und Misstrauen bestehen, dass aufgrund der Checklistenanwendung tatsächlich Fehler vermieden werden (vgl. Winters et al. 2009, S. 2). Das Abprüfen von Checklistenitems kann auch als Zeichen für mangelnde Gedächtnisleistung der Anwender, also ein Eingeständnis von Schwäche, fehlverstanden werden und dies führt zu Ablehnung (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 260; Winters et al. 2009, S. 2). In Tabelle 1, einer Übersicht zu den Vor- und Nachteilen von Checklisten aus verschiedenen Studien, überwiegen trotz der Bedenken der klinischen Mitarbeiter die positiven Faktoren von Checklisten in der Medizin (vgl. Lessing et al. 2010, S. 182).

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Checklisten in der Medizin

Quelle: Hales et al. 2008; Verdaasdonk et al. 2009 zit. in Lessing et al. 2010, S. 182

Pro Checkliste	Contra Checkliste
▪ Fehler werden vermieden ▪ Prozesse werden verbessert ▪ Hilfsmittel, um Objektivierbarkeit und Reproduzierbarkeit herzustellen ▪ Adherence mit Best practices steigern ▪ Erinnerungshilfe ▪ Probleme werden erkannt und können geklärt werden ▪ Wahrnehmung und Einstellung zu sicherem Arbeiten wird verbessert ▪ Kommunikation im Team wird gestärkt ▪ Verantwortlichkeiten im Team werden klar geregelt	▪ Wenn jeder Prozess über Checklisten gesteuert wird, entsteht Checklistenmüdigkeit ▪ Zusätzliche Arbeitsbelastung ▪ Skepsis gegenüber Veränderungen in der üblichen Routine ▪ Mehr Zeit- und Arbeitsaufwand ▪ Finanzielle Investition

Um den Nachteilen der Checkliste entgegen zu wirken, ist es von Bedeutung, den Aufbau dieser auf die wichtigen Schwachstellen im Prozess zu beschränken (vgl. Lessing et al. 2010, S. 182). Bei Checklisten mit einem übersichtlichen und kurzen Design wird das Abprüfen und Dokumentieren der Items nicht als bürokratische Hürde angesehen (ebd.). Als weiterer Nachteil von Checklisten wird die Unhandlichkeit der Papierdokumentation in der Literatur beschrieben (vgl. St. Pierre 2011, S. 260). Durch die Integration dieser in elektronische Dokumentationssysteme der Krankenhäuser, kann dieser Aspekt behoben werden, jedoch sind die technischen und finanziellen Mittel für die elektronische Abbildung der Checklisten beschränkt (ebd.).

Neben der Prozessstandardisierung durch SOP-Anwendung und Checklistenutzung sind Qualifikation und Training der klinischen Mitarbeiter und die Nutzung weiterer Si-

cherheitssysteme, wie beispielsweise Patientenidentifikationsarmbänder¹⁸ oder die Verwendung von Reportingsystemen, bei der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen von Bedeutung. Dieses wird jedoch im Rahmen dieser Arbeit, aufgrund der Fokussierung auf die Implementierungsfaktoren einer SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslung, an dieser Stelle nur kurz benannt (vgl. St. Pierre 2011, S. 254; Weyh/Bauer 2011, S. 91; Hinsch et al. 2011, S. 348).

2.2.3 Spezielle Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Drei verschiedene Verfahren haben sich in den letzten Jahren auf internationaler und nationaler Ebene etabliert, welche auf eine systematische Prävention von Eingriffsverwechslungen durch das Abprüfen von bestimmten Sicherheitspunkten im Prozess mittels einer Checkliste abzielen. Dabei kommen die Prüfpunkte der präoperativen Verifikation der Patientenidentität, der Markierung des Eingriffsortes sowie die Durchführung eines sogenannten Team-Time-Out (TTO) in allen drei Verfahren prozessadaptiert zur Anwendung und werden deshalb im Allgemeinen erläutert (vgl. Stahel et al. 2009, S. 5 ff.; APS 2007, S. 9 ff.; WHO 2009, S. 101 ff.).

Die *präoperative Patientenverifikation* beinhaltet die Überprüfung der Patientenidentität. Dies erfolgt, indem der Patient den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum benennt und anhand dessen kontrolliert wird, ob eine Übereinstimmung mit den Angaben in den Patientenunterlagen (Befunde, Röntgenbilder, Einwilligungserklärung zum Eingriff) gegeben ist. Außerdem bestätigt der Patient die zu operierende Eingriffsstelle, indem er diese, um Missverständnissen vorzubeugen, nicht nur verbal benennt, sondern auch mit dem Finger auf die Operationsstelle zeigt (vgl. APS 2007, S. 9 ff.; WHO 2009, S. 11, 101 ff.).

Für die *Markierung des Eingriffsortes* wird präoperativ ebenfalls die Identität und die zu operierende Eingriffsstelle verifiziert und anschließend mit einem nicht abwaschbaren Markierungsstift durch ein unmissverständliches Zeichen gekennzeichnet. Man kann beispielsweise ein X oder einen Pfeil als Markierungszeichen verwenden. Wichtig ist, dass dieses Zeichen eindeutig von allen beteiligten Personen interpretiert wird (vgl. APS 2007, S. 13 ff.; WHO 2009, S. 11, 101).

Das *Team-Time-Out* ist eine Sicherheitsbarriere unmittelbar vor dem Hautschnitt und diese wird vorgenommen, indem alle Mitglieder des Operationsteams im Prozess inne-

¹⁸ Patientenarmbänder enthalten den Namen, Vornamen, das Geburtsdatum des Patienten sowie eine Identifikationsnummer, um eine sichere Patientenidentifikation insbesondere bei beispielsweise bewusstlosen Personen durchzuführen (vgl. Weyh/Bauer 2011, S. 91).

halten und patientensicherheitsrelevante Informationen zu dem bevorstehenden Eingriff gemeinsam besprechen. Neben einer weiteren Identitätsprüfung des Patienten und des korrekten Eingriffsorts werden schwierige Schritte der Operation benannt sowie das Vorhandensein benötigter Materialien (z.B. Röntgenbilder, Spezialgeräte) überprüft. Ziel des TTO ist es, dass alle Personen des OP-Teams die Möglichkeit haben, Aspekte der Operation aus ihrer Sicht anzusprechen und somit alle auf dem gleichen Informationsstand sind (vgl. Stahel et al. 2009, S. 5 ff.; APS 2007, S. 9 ff.; WHO 2009, S. 12, 101 ff.).

Die verschiedenen Sicherheitschecks sind als empfohlene Mindestvorgaben von den Fachorganisationen angedacht und können an lokale Gegebenheiten und Bedürfnisse im Krankenhaus angepasst und erweitert werden (vgl. APS 2007, S. 8; WHO 2009, S. 100). Die drei Verfahren, welche diese Checks implizieren, sind nachstehend dargestellt.

Das Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery

Seit 1998 beschäftigt sich die Organisation „The Joint Commission“¹⁹ mit der Ursachen- und Risikoanalyse von Fällen der Eingriffsverwechslung bei Operationen (vgl. The Joint Commission 2011, S. 1). Ein Expertenteam entwickelte, auf Grundlage dieser Analysen, das „Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery“ (UP), welches die Patientenidentifikation, die Markierung des Eingriffsortes und das Team-Time-Out prozessadaptiert abprüft (ebd.). Das UP wurde im Juli 2004 für alle akkreditierten Krankenhäuser nach The Joint Commission sowie für operativ-medizinische Einrichtungen in Kraft gesetzt (ebd.). Ziel des UP ist es zum einen, im Sinne der Früherkennung, Eingriffsverwechslungen zu vermeiden. Zum anderen soll es universell einsetzbar sein, also in allen Bereichen, wo operative Eingriffe durchgeführt werden, zur Anwendung kommen (vgl. Huges/Mulloy 2008, S. 3).

Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Eine Arbeitsgruppe des APS gestaltete die Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (publiziert im Jahr 2007), welche zusätzlich zu der präoperativen Verifikation, der Eingriffsortkennzeichnung und des TTO den sogenannten Saalcheck als Sicherheitsbarriere kurz vor Eintritt in den OP-Saal beinhaltet (vgl. APS 2007, S.

¹⁹ Ehemalig bekannt als die „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ (JCAHO), ist „The Joint Commission“ eine 1951 gegründete Non-Profit-Organisation, die in den Vereinigten Staaten Gesundheitsorganisationen zertifiziert und ihren Sitz in Oakbrook Terrace, Illinois hat.

17 f.). Der Saalcheck stellt sicher, dass auch bei kurzfristigen Änderungen im OP-Plan oder Ablaufänderungen der richtige Patient im für ihn vorgesehenen OP-Saal eintrifft (ebd.).

WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 – Safe Surgery Saves Lives

Seit 2007 arbeitet die WHO an der Initiative „Safe Surgery Saves Lives“ (SSSL) mit dem Ziel, die Patientensicherheit bei der operativen Versorgung zu steigern (vgl. WHO 2009, S. 4). Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus internationalen Experten, identifizierte wichtige Bereiche der sicheren operativen Versorgung und erarbeitete eine Reihe von Sicherheitsstandards für eine Anwendung in allen Ländern und operativen Einrichtungen (vgl. WHO 2012). Diese Standards sind in der „WHO Guideline for Safe Surgery“ (Leitlinie für sichere Chirurgie) zusammengefasst und werden durch die Anwendung der „WHO Surgical Safety Checklist“²⁰ von den klinischen Mitarbeitern zu drei Zeitpunkten im perioperativen Prozess abgeprüft. Das sogenannte „Sign In“, als Sicherheitsbarriere vor Einleitung der Narkose, beinhaltet die Patientenverifikation sowie die Überprüfung der korrekten Eingriffsmarkierung. Außerdem werden mögliche Komplikationen (z.B. hoher Blutverlust) erfasst, so dass entsprechende Maßnahmen im Vorfeld einer etwaigen Notfallsituation ergriffen werden können, z.B. die Vorbereitung von Blutkonserven. Vor dem ersten Hautschnitt wird, als zweite Sicherheitsbarriere der Checkliste, das Team Time Out durchgeführt. Das „Sign Out“ wird vorgenommen, um dem Vergessen von Fremdkörpern im OP-Gebiet sowie der Verwechslung von Histologie und Proben vorzubeugen. Besonderheiten der weiteren Versorgung des Patienten werden gemeinsam besprochen, bevor der Patient den OP-Saal verlässt (vgl. WHO 2009, S. 101 ff.). Die entwickelte Checkliste wurde im Zeitraum von Oktober 2007 bis September 2008 in acht Krankenhäusern verschiedener Städte in wirtschaftlich unterschiedlichen Regionen der Welt auf ihre Wirksamkeit getestet²¹. Die Ergebnisse zeigten eine Reduzierung der Sterblichkeitsrate von 1,5 % auf 0,8 % sowie den Rückgang der Komplikationsrate von 11 % auf 7 %, welche auf den Effekt der Checklistenanwendung zurückzuführen sind (vgl. Haynes et al. 2011, S. 491 ff.). Die Checkliste wird weltweit angewendet. Zurzeit sind 1.790 Organisationen zu verzeichnen, welche die Checkliste aktiv nutzen und 4.120 Organisationen, die durch eine Registrierung

²⁰ Die „WHO Surgical Safety Checklist“ ist im Anhang zur Veranschaulichung hinterlegt.

²¹ Die Grundgesamtheit der Studie besteht aus 7.688 Patienten. Bei 3.733 Patienten wurden vor Einführung der Checkliste und bei 3.955 Patienten wurden nach der Implementierung Daten der Mortalität und der Komplikationsrate erhoben und verglichen. Außerdem wurde ermittelt, mit welcher Intensität bestimmte Maßnahmen (z.B. Antibiotikagabe) im perioperativen Prozess vor und nach Einführung der Checkliste durchgeführt wurden.

auf der WHO-Homepage ihr Interesse bekundet haben, mit der Checkliste zu arbeiten (vgl. WHO 2012a).

Es besteht die Möglichkeit, die Checklisten der verschiedenen Verfahren in kombinierter Form anzuwenden, so dass eine eigens angepasste Checkliste verwendet werden kann (vgl. APS 2007, S. 8; WHO 2009, S. 100; High 5s-GSK 2010, S. 13 f.). Vorsicht ist jedoch geboten bei einer Überladung der Checkliste oder, wenn zu viele Prozesse durch eine Checkliste gestaltet werden, denn durch die dann bestehende „[...] Komplexität in Verbindung mit (gefühlter) Zeitverschwendung führt [...] zu Checklistenmüdigkeit“ (St. Pierre 2011, S. 260). Die Dokumentation an sich ist noch keine erfolgte Risikominimierung bzw. Qualitätssicherung, sondern lediglich die formale Grundlage dafür (vgl. Fixsen et al 2005, S. 6). Eine konsequente Umsetzung der Checklisten und die Ausführungssorgfalt der einzelnen Sicherheitschecks bei jedem Patienten stehen eng in Verbindung mit der vorherrschenden Akzeptanz der Anwender, deren Ausprägung von der Einbeziehung der Betroffenen und Gestaltung der Implementierung beeinflusst wird (vgl. APS 2010, S. 2).

Zusammenfassung Kapitel 2: Gegenstandsbereich Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

- Eingriffsverwechslungen kommen relativ selten vor, haben jedoch fatale Auswirkungen
- Eingriffsverwechslungen entstehen beispielsweise durch Organisationsmangel sowie unzureichender Kommunikation und sind systemische Fehler
- Für die Vermeidung sind das Qualitätsmanagement und das Risikomanagement sich bedingende Komponenten für eine sichere Prozessgestaltung
- Der Einsatz von verfahrensregelnden SOPs beinhaltet durch Klärung der Handlungsfelder, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten eine Orientierungsfunktion für die Anwender
- Die Anwendung von OP-Checklisten beinhaltet eine strukturierte Prüfung von sicherheitsrelevanten Aspekten des Prozesses über verschiedene Schnittstellen hinweg und verbessert die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit
- Checklisten werden von den Anwendern häufig als negative Erinnerungshilfe gesehen und stoßen aufgrund der zusätzlichen Dokumentationsarbeit auf Skepsis und Widerstand
- Verfahren zur Vermeidung von Checklisten beinhalten mindestens die Prüfschritte der präoperativen Patientenverifikation, der Markierung des Eingriffsorts und das Team-Time-Out

3 Implementierung von Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen

Eine Situation verbessert sich nur, wenn man diese verändert. Die Implementierung wird definiert, als die Umsetzung von bestimmten Aktivitäten oder eines Programmes. Man unterscheidet zwischen zwei Tätigkeitsbereichen, Interventionstätigkeiten und Implementierungsaktivitäten (vgl. Fixsen et al. 2005, S. 5). Die Intervention wird als

strategische Einwirkung auf eine Organisation beschrieben, wobei die Implementierung den Transfer von einem Zustand in einen durch eine Intervention veränderten, neuen, stabilen und wiederholbaren Zustand in Form des Erreichungsgrades beschreibt (vgl. Wagner 1995, S. 167 f.). In einem Literaturübersichtswerk von Fixsen und Autoren wurden die Erreichungsgrade (Ziel- und Ergebniserreichung) der Implementierung wie folgt beschrieben: *Paper implementation* beinhaltet die Einführung von neuen Richtlinien und Verfahren im Rahmen der Umsetzung einer Innovation. Diese geht jedoch noch nicht mit der Anwendung der Innovation in die Praxis einher. *Process implementation* impliziert die Übertragung von Verfahrensanweisungen in die Praxis, beispielsweise in Verbindung mit der Durchführung von Schulungen, mit dem Zweck der Adoption einer Innovation. In Unternehmen ist dieser Grad der Implementierung mit dem Trugschluss der programmatischen Veränderung verbunden. Es wird angenommen, dass die Veränderung einer formalen Struktur oder eines Systems gleichzeitig mit einer Veränderung des Verhaltens der Mitarbeiter einhergeht. *Performance implementation* bedeutet das Umsetzen von Verfahren und Prozessen, so dass der eigentliche Nutzen der Veränderung als funktionale Wirkung für die Zielpersonen eintritt. Für die Umsetzung sind nach den Autoren sorgfältige und durchdachte Strategien erforderlich, die in Kapitel 3.2.2 erläutert werden (vgl. Fixsen et al 2005, S. 6).

3.1 Implementierung als Teil des Innovationsprozesses

Die Einwirkung einer Innovation zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen als neuartige Verfahrensgestaltung zielt auf die Veränderung des Handelns der Mitarbeiter durch die Anwendung einer SOP in einem definierten Prozess ab. Somit ist diese Innovation den Prozessinnovationen zuzuordnen. Eine Prozessinnovation wird in der Literatur als eine Veränderung der organisationalen Prozesse, Systeme und Verfahren vor dem Hintergrund der Optimierung beschrieben (vgl. Wittmann et al. 2006, S. 12; Munck et al. 2011, S. 54). Kennzeichnend für die Implementierung von Prozessinnovationen ist das Erfordernis eines umfassenden und komplexen Systemwissens (vgl. Gopalakrishnan et al. 1999, S. 150 ff.). Eine weitere Differenzierung kann durch den Innovations- bzw. Neuheitsgrad vorgenommen werden, wobei radikale (hoher Neuheitsgrad) und inkrementelle (niedriger Neuheitsgrad) Innovationen unterschieden werden. Dabei spielt die Relation der Innovation zu den bestehenden Prozessen und Verfahrensabläufen eine Rolle, die in individueller Ausprägung erscheinen (vgl. Munck et al. 2011, S. 55). In den Krankenhäusern kommen beispielsweise schon Sicherheitskontrollpunkte in einem Prozess zur Anwendung, die aber nicht systematisch mit einer Checkliste abgeprüft werden. Eine Innovation kann als ein Ergebnis (die Neuheit) und als ein Prozess betrachtet werden (vgl. Rogers 1995, S. 5).

3.1.1 Der Innovationsprozess aus organisationaler Perspektive

Der Innovationsprozess, aus organisationsorientierter Sichtweise, beschreibt den Weg von der Entwicklung einer Neuheit/Idee/Erfindung bis hin zu der dauerhaften Nutzung dieser Neuerung in der alltäglichen Praxis. Die erste Phase ist die Invention, d.h. die Entwicklung einer Idee und einer Konzeption, wie diese zielgerichtet genutzt werden könnte. Die sogenannte Diffusion, als zweite Phase, beschreibt die Verbreitung der Innovation (vgl. Gräser 1995, S. 146 ff.). *„Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system“* (Rogers 1995, S. 5). In der Literatur wird die Diffusion auch als ungeplante und geplante Verbreitung einer Innovation beschrieben, während die Dissemination ausschließlich die zielgerichtete Ausweitung der Neuerung darstellt (vgl. Rogers 1995, S. 7). Die Demonstration, als Bestandteil der Diffusion, zielt auf die Überzeugung der Anwender ab, die Innovation alltäglich zu nutzen (vgl. Stier 1975, S. 139 ff.). Mit der Adoption, als dritter und letzter Prozessschritt, soll eine routinemäßige und dauerhafte Nutzung der Neuerung erreicht werden. Dieser Schritt beinhaltet, dass der Anwender eine Vertrautheit mit dem Gebrauch der Innovation entwickelt. Außerdem erfolgt die sogenannte Installation, indem die Organisation die Strukturen für die Innovation anpasst und Möglichkeiten für den Innovationsgebrauch schafft. Die Institutionalisierung, als letzter Bestandteil der Adoption, geht mit der vollständigen Integration der Innovation in die organisationalen Abläufe einher, womit diese den Status der Routine erreicht (ebd., S. 139 ff.). Rogers beschreibt den Prozessschritt der Adoption als eine Anwender-Entscheidung mit der bestmöglichen Herangehensweise die Innovation anzuwenden. Da Veränderungen durch die Tätigkeiten der Mitarbeiter der Abteilungen umgesetzt werden, wird eine personenorientierte Betrachtungsweise des Innovationsprozesses aufgeführt (vgl. Rogers 1995, S. 21).

3.1.2 Der Innovationsprozess aus individueller Perspektive

Der sogenannte Innovations-Entscheidungs-Prozess nach Rogers (Tabelle 2) beinhaltet, von dem ersten Bekanntwerden der Innovation, eine schrittweise Zustimmung oder Ablehnung der Implementierung der Innovation (vgl. Rogers 1995, S. 190). Die Stufe der Implementierung wird erst erreicht, wenn bestimmte Eigenschaften der Innovation vom Individuum wahrgenommen wurden. Die Eigenschaften einer erfolgreichen Innovation sind (vgl. Rogers 1995, S. 36; Grol/Wensing 2005, S. 48):

- Die Innovation hat mehr Vorteile als bestehende Routinen.
- Sie stimmt überein mit bestehenden Standards und Werten, die eine gute Versorgung ausmachen.

- Sie ist verständlich und die Einführung ist machbar.
- Es besteht die Möglichkeit diese vor Einführung in kleinem Rahmen zu testen.
- Die Ergebnisse der Innovation/des neuen Verfahrens sind erkennbar.

Tabelle 2: Phasen des individuellen Innovations-Entscheidungsprozesses nach Rogers

Quelle: Rogers 1995, S. 190

Stufen des Innovations-Entscheidungs-Prozesses	
I Knowledge Stage – Wissen	
1.	Erinnern einer Information
2.	Verstehen der Mitteilung/Botschaft
3.	Wissen oder Fähigkeit, um die Innovation effektiv übernehmen zu können
II Persuasion Stage – Überzeugung	
4.	Gefallen an der Innovation
5.	Diskussion des neuen Verhaltens mit anderen
6.	Akzeptanz der Nachricht über die Innovation
7.	Bildung einer positiven Vorstellung von der Mitteilung und der Innovation
8.	Unterstützung vom System für innovatives Verhalten
III Decision Stage – Entscheidung	
9.	Absicht, weitere Informationen über die Innovation zu suchen
10.	Absicht, die Innovation auszuprobieren
IV Implementation Stage – Umsetzung	
11.	Beschaffung weiterer Informationen über die Innovation zu suchen
12.	Regelmäßiges Nutzen der Innovation
13.	Kontinuierliche Routine-Anwendung der Innovation
V Confirmation Stage – Bestätigung/Aufrechterhaltung	
14.	Erkennen der Vorteile, die Innovation zu nutzen
15.	Einfügen der Innovation in die eigene tägliche Routine
16.	Forcieren der Innovation anderen gegenüber

Die Implementierung ist ein Prozess, bei dem bestimmte Organisationsmitglieder (Zielgruppe) dazu bewegt werden, die Innovation anzuwenden und wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst (vgl. Fleuren et al. 2004, S. 108). Im Folgenden werden die Einflussfaktoren der Implementierung erläutert.

3.2 Determinanten der Implementierung

Für die Entwicklung einer Implementierungsstrategie ist es erforderlich, die Einflussfaktoren der Implementierung der Innovationen zu identifizieren, um diese für eine erfolgreiche Umsetzung zu berücksichtigen (vgl. Fleuren et al. 2004, S. 108). Hindernisse der Innovation tragen zum Verständnis des Innovationsprozesses bei und weisen auf eingeschränkte Rahmenbedingungen hin (vgl. Wengenroth 2007, S. 1). Nach einer Überschau verschiedener Reviews²² wird die Darstellung der Determinanten nach Fleuren et. al in dieser Arbeit erläutert, da diese eine Einschätzung von Experten der beeinflussenden Determinanten in fördernde und hemmende Faktoren beinhaltet.

²² Die Übersichtsarbeiten, welche beeinflussende Faktoren der Implementierung thematisieren sind: 1. Review von Durlak/DuPre 2008; 2. Systematisches Review und Empfehlungen von Greenhalgh/Robert/Macfarlane/Bate/Kyriakidou 2004; 3. Literatursynthese von Fixen/Naom/Blase/Friedman/Wallace; 4. Review und Delphi-Studie von Fleuren/Wiefferink/Paulussen 2004.

3.2.1 Fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung

Determinanten, die einen Einfluss auf den Innovationsprozess haben, werden nach Fleuren et al. kategorisiert in Merkmale des sozio-politischen Kontextes, Organisationsmerkmale, Merkmale des Anwenders der Innovation sowie Eigenschaften der Innovation selbst. Außerdem ist ein Einfluss auf den Innovationsprozess durch die entwickelte Implementierungsstrategie gegeben (vgl. Fleuren et al. 2004, S. 108).

Tabelle 3: Fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung von Versorgungsinnovationen

Quelle: Fleuren et al. 2004, S. 110 f., 117 ff. (modifizierte Darstellung unter Einbeziehung von Jung 2011, S. 80)

Determinanten	Fördernd	Hemmend
Sozio-politischer Kontext		
1. Kooperation der Patienten mit der Innovation	Positiv	Negativ
2. Wahrnehmung der Vorteile der Innovation durch die Patienten	Vorteile bekannt	
3. Zweifel der Patienten an dem Fachwissen der Anwender		Vorhandene Zweifel
4. Finanzielle Belastung durch die Innovation für die Patienten		Zusätzliche Kosten
5. Unbehagen für die Patienten (physisch, emotional)		Unbehagen
6. Innovation passt in bestehende Regeln und Gesetze	Fügt sich ein	Fügt sich nicht ein
Organisation		
7. Entscheidungsprozesse (top-down, bottom-up, partizipativ)	Zentral und dezentral	
8. Grad der Formalisierung der Entscheidungsprozesse durch hierarchische Verfahren – hierarchische Struktur	Hohe Formalisierung	Niedrige Formalisierung
9. Verstärkung der Innovationsintegration durch das Management	Formale Verstärkung	Keine Verstärkung
10. Organisationsgröße (Mitarbeiteranzahl)	- kein Einfluss -	
11. Funktionale Struktur (aufgaben- vs. ergebnisorientiert)	Aufgabenorientiert	Ergebnisorientiert
12. Beziehungen zu anderen Organisationen	- Ohne Konsens -	
13. Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen	Gut	Schlecht
14. Personalfuktuation (hoch, mittel, niedrig)	Mittlere Fluktuation	Hohe Fluktuation
15. Personalkapazität in der Abteilung der Innovationsimplementierung	Vollständig	Unvollständig
16. Verfügbare Kompetenz bzgl. der Innovation	Hohe Kompetenz	Geringe Kompetenz
17. Logistik bzgl. der Innovation	Gut geregelt	Schlecht geregelt
18. Anzahl der potentiellen Nutzer der Innovation	Wenige	
Anwender/Fachkräfte		
19. Unterstützung durch Kollegen bei der Implementierung	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
20. Unterstützung durch andere Berufsgruppen	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
21. Unterstützung durch die Abteilungsleitung	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
22. Unterstützung durch das höhere Management	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
23. Ausmaß, in dem Kollegen die Innovation anwenden	Positive Vorbilder	Negative Vorbilder
24. Fähigkeiten, die Innovation zu implementieren	Ausreichend	Eingeschränkt
25. Wissen über die Implementierung der Innovation	Ausreichend	Eingeschränkt
26. Selbstwirksamkeit bzgl. der Innovationsimplementierung	Hoch	Gering
27. Wahrnehmung des eigenen Anteils an der Implementierung	Positiv	Negativ
28. Passung der Innovation in die Aufgabenorientierung	Fügt sich ein	Fügt sich nicht ein
29. Erwartungen an die Kooperation der Patienten	Hohe Erwartungen	Geringe Erwartungen
30. Erwartungen an die Zufriedenheit der Patienten	Hohe Erwartungen	Geringe Erwartungen
31. Arbeitsbezogene Belastungen		Belastung
32. Gegensätzliche Ziele bzgl. der Innovation	Nicht gegensätzlich	Gegensätzlich
33. Moralische Probleme mit der Innovation	Keine Probleme	Probleme
Innovation		
34. Klare Abläufe und Richtlinien der Innovation	Klar	Unklar
35. Kompatibilität mit bestehenden Abläufen	Kompatibel	Nicht kompatibel
36. Ausmaß, die Innovation ausprobieren zu können	Hoch	Gering
37. Relativer Nutzen	Hoch	Gering
38. Ausmaß der Sichtbarkeit/Beobachtung der Innovation	Hoch	Gering
39. Anreiz, die Innovation nutzen zu wollen	Hoch	Gering
40. Bedeutung für die Patienten	Zusätzlicher Wert	Kein zusätzlicher Wert
41. Risiken für die Patienten		Hohe Risiken
42. Anwendungshäufigkeit der Innovation	Häufige Nutzung	Begrenzte Nutzung
Unterstützende Ressourcen, Werkzeuge und Methoden		
43. Finanzielle Ressourcen zur Unterstützung der Implementierung	Viele	Wenige
44. Entschädigung für zusätzliche Aufwendungen	Vorhanden	Nicht vorhanden
45. Sonstige Ressourcen (technische Ausstattung, Materialien)	Viele	Wenige
46. Unterstützung durch die Verwaltung für die Anwender	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
47. Verfügbare Zeit für die Koordination der Implementierung	Viel	Wenig
48. Verantwortlicher Koordinator in der Organisation/Abteilung	Vorhanden	Nicht vorhanden
49. Beteiligung der Anwender an der Entwicklung der Innovation	Beteiligt	Nicht beteiligt
50. Meinungsführer, der die Absichten anderer beeinflusst	Vorhanden	Nicht vorhanden

Die in Tabelle 3 aufgelisteten Determinanten sind Ergebnis des Literaturreviews mit entsprechender Einordnung der Experteneinschätzung in fördernde und hemmende Beeinflussung der Implementierung im Rahmen einer Delphi-Befragung.²³ In der auf-

²³ Die Delphi-Methode ist ein spezielles Verfahren für die Erfassung von Gruppenmeinungen, mit dem Ziel, Prognosen zu erstellen oder ein komplexes Phänomen zu erfassen (vgl. Vögrimmer/Wübben 2003, S. 763).

geführten Tabelle 3 wurden lediglich die fördernden und hemmenden Einflussfaktoren dargestellt und die Angaben ohne Einfluss nicht abgebildet.

3.2.2 Die Implementierungsstrategie

Für die Darstellung einer Implementierungsstrategie wurden von Grol et al. verschiedene, teilweise verflochtene, Theorien der Implementierung (z.B. kognitive, pädagogische Theorien, Theorien sozialer Netzwerke, innovativer Organisationen und Prozessveränderung) hinzugezogen.²⁴ Diese Theorien erklären, unter welchen Umständen die Implementierung erfolgreich verlaufen kann (vgl. Grol et al. 2005, S. 16). Die Implementierungseffektivität wird als Qualität und Beständigkeit der Anwendung einer adoptierten Innovation durch bestimmte Mitarbeiter bezeichnet (vgl. Klein/Sorra 1996, S. 1056). Die Implementierungsstrategie, welche als Modell zur Implementierung von Veränderungen im Folgenden (Abbildung 4) dargestellt wird, ist zur Verdeutlichung um ein Beispiel der Implementierung einer SOP/OP-Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen ergänzt.

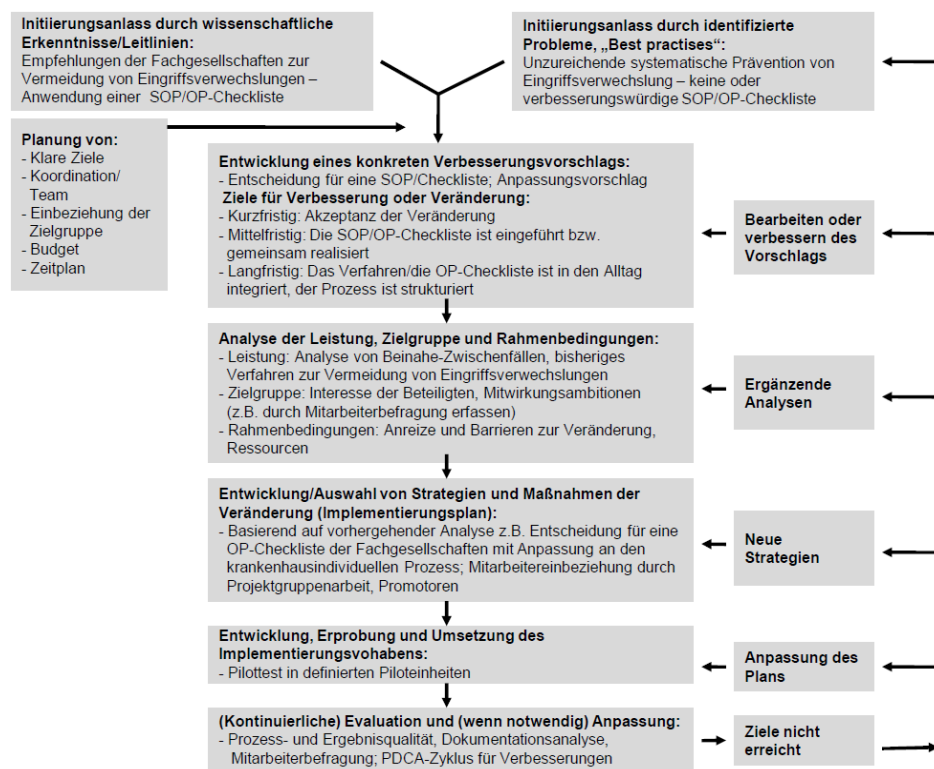


Abbildung 4: Implementierungsmodell für Innovationen am Beispiel Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Quelle: Grol/Wensing 2005, S. 45 (modifizierte Darstellung)

²⁴ Aus einer Übersicht nach Grol und Autoren zu den theoretischen Ansätzen, die eine Implementierung von Veränderungen (Einschränkung auf primäre Prozessveränderungen) tangieren, gehen Aspekte für den Implementierungsvorgang hervor. Diese wird im Anhang dargestellt.

Die *Initiierung eines Implementierungsprozesses* ist vorwiegend zwei Gründen zuzuschreiben. Zum Ersten initiiert das Bekanntwerden von neuen und besseren Versorgungsmethoden, beruhend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, deren Anwendung im Top-down-Verfahren (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 44 f.). Für die Verbreitung und Anwendung der WHO-Initiative SSSL bzw. deren Surgical Safety Checklist hat sich beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie eingesetzt (vgl. Rotmund 2008, S. 363 f.). Zum Zweiten kann die Initiierung durch die Unzufriedenheit der Mitarbeiter mit den gegebenen Abläufen erfolgen (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 44 f.). Demnach werden, im Rahmen des sogenannten Bottom-up-Ansatzes, diese Abläufe durch bessere Methoden (Best practices) verändert und optimiert. Grol und Wensing (2005, S. 45) führen für den Implementierungsvorgang zwei Perspektiven an. Aus Sicht der implementierenden Person oder Personengruppe ist es für eine erfolgreiche Implementierung notwendig, aufeinanderfolgende Schritte zu planen und zu leiten. Die Perspektive der Anwender der Innovation beinhaltet, durch verschiedene aufeinanderfolgende Schritte, die Integration des neuen Verfahrens in die bestehende verankerte Routine zu erreichen (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 44 ff.). Bei der *Planung des Implementierungsprozesses* ist der Umfang des Vorhabens zu berücksichtigen (ebd., S. 46). Die Formulierung des Gesamtziels für das Implementierungsprojekt beinhaltet Festlegungen über den Zweck des Vorhabens, den Einzelzielen sowie einer Definition der Zielerreichung (ebd.). Weiterhin führen die Autoren die Zusammenstellung eines Projektteams zur Implementierung im Rahmen der Planung an. Das Team sollte aus Mitgliedern mit Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen bestehen (ebd.). Die Zielgruppe der Implementierung sollte klar definiert sein sowie in alle Schritte des Projektes und in den Implementierungsprozess mit einbezogen werden, um entscheidende Informationen für das Vorgehen zu bekommen und auszutauschen. Die Erstellung eines realistischen Zeitplanes ist bei der Planung unerlässlich (ebd.). Bei der *Entwicklung eines konkreten Verbesserungsvorschlags* sind Aspekte der Innovationsentwicklung zu beachten. Die Verbesserung sollte den Erfordernissen der Zielgruppe entsprechen, leicht verfügbar sein, ein ansprechendes Design haben sowie die Eigenschaften erfolgreicher Innovationen (beschrieben in Kapitel 3.1.2) beinhalten (ebd., S.46 ff.). Für eine erfolgreiche Implementierung sind die *Analyse der Leistung, der Zielgruppe und der Rahmenbedingungen* als Kontext des Implementierungsvorganges notwendig, denn jeder Hintergrund und jede Zielgruppe ist einzigartig. Die Analyse geht verschiedenen Fragen nach (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 48 ff.):

- Ziele und Hintergrund: Wer braucht welche Veränderung, wo und aus welchem Grund?

- Abweichung von der bestehenden Versorgung: In welchem Ausmaß weicht die vorgeschlagene Verbesserung von der bestehenden Versorgung ab, wo ist die größte Abweichung und wo wird die Veränderung am meisten benötigt?
- Untergruppen²⁵ in der Zielgruppe: Es sind spezifische Untergruppen zu identifizieren, da diese eine unterschiedliche Stufe des Veränderungsprozesses einnehmen können. In welcher Phase der Implementierung sind die einzelnen Untergruppen?
- Welche hemmenden und fördernden Faktoren tangieren die Veränderung (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 48)?

Basierend auf der vorhergehenden Analyse erfolgt die *Entwicklung und Auswahl von Strategien und Maßnahmen der Veränderung (ebd.)*. Die verschiedenen Implementierungsphasen erfordern unterschiedliche Strategien und Interventionen. Interventionen sind beispielsweise Maßnahmen, die an die Fachkräfte gerichtet sind (Schulungen, Audits und Feedback, Erinnerungen/Ermahnungen), weiterhin finanzielle Interventionen, organisationale Interventionen (strukturierte Maßnahmen bezogen auf die organisationalen Veränderungen, z.B. Regelungen, Vorschriften) und die Thematisierung von Gesetzen und formalen Regeln (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 52 f.). Hausschild und Salomo (2011, S. 139) führen ein sogenanntes Promotorenmodell auf. Dies beschreibt die Rolleneinnahme von Personen in einem Innovationsprozess für die Überwindung der Hindernisse und eine aktive Förderung der Innovation (ebd.). Dabei werden verschiedene Promotoren differenziert. Der Fachpromotor, als Person mit Expertise zum speziellen Innovationsthema, kann Wissensbarrieren (Nicht-Wissen) argumentativ beheben (ebd.). Der Prozesspromotor trägt zur Überwindung von organisatorischen und verwaltungstechnischen Widerständen (Nicht-Dürfen) bei, indem er durch vermittelnde Information und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Prozess agiert und somit zu einem komplikationsarmen Prozessverlauf beiträgt (ebd., S. 139 f.). Der Machtpromotor, als Person der Managementebene, welcher Barrieren des Nicht-Wollens durch Anreize, formale Regelungen oder Sanktionen behebt und der zudem Ressourcen für das Vorhaben freischaltet. Der Beziehungspromotor zeichnet sich durch Kooperationen zu Schlüsselpersonen aus und kann durch Kontakte beispiels-

²⁵ Die verschiedenen Stufen des Innovations-Entscheidungs-Prozesses nach Rogers wurden unter Punkt 3.1.2 aus der Perspektive des Individuums beschrieben. Rogers klassifiziert die Untergruppen in der Zielgruppe nach dem Grad, wie schnell eine Person eine Innovation anwendet: die Innovatoren, als kleine Personengruppe die sich für Veränderungen einsetzt; weiterhin die Erstanwender, die in der Zielgruppe ein hohes Ansehen haben und Innovationen fördern (Meinungsführer); dann die frühe Mehrheit, die Innovationen nach einer gewissen Zeit übernimmt; zudem die späte Mehrheit, als Personengruppe die skeptisch gegenüber Veränderungen ist sowie sich durch die öffentliche Meinung beeinflussen lässt; zuletzt die Nachzügler, eine Personengruppe die sich konservativ bei Veränderungen verhält bis hin zu Widerstand (vgl. Rogers 1995, S. 263 ff.).

weise schwierig zu beschaffende Ressourcen organisieren (vgl. Hausschild/Salomo 2011, S. 140). Die *Entwicklung, Erprobung und Durchführung des Implementierungsvorhabens* beinhaltet die Klärung und Festlegung, wann, wo, wie (mit welchen benötigten Ressourcen) und durch wen, welche Implementierungstätigkeiten ausgeführt werden (Grol/Wensing 2005, S. 53). Der Implementierungsplan sollte in die bestehenden Strukturen und Kommunikationskanäle integriert werden, für den Kontakt zu der Zielgruppe sowie die Durchführung von Schulungen (ebd.). Die Erprobung sollte nach den Autoren mit einer begrenzten Anzahl von motivierten Personen/Teams/Institutionen unter Einbeziehung der Zielgruppe hinsichtlich der Eignung und Machbarkeit durchgeführt (ebd.). Dabei sollte ein Augenmerk auf die Organisationskultur gerichtet werden, denn eine klare Leitung, gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und eine Kultur des kontinuierlichen Lernens und der Verbesserung der Versorgung bilden die Voraussetzung für eine Veränderung (ebd.). Die *kontinuierliche Evaluation und eventuelle Anpassung* des Implementierungsvorhabens, als letzte Stufe des Implementierungsprozesses, geht mit der Prüfung der Zielerreichung einher (ebd., S. 54). Durch die Evaluation wird die Kenntnis erlangt, durch welche Aufwendungen welcher Grad der Veränderung erreicht wurde bzw. was getan werden muss, um erfolgreicher zu werden (ebd.). Für den Anpassungsvorgang kann der PDCA-Zyklus (Plan-Planen, Do-Ausführen, Check-Überprüfen, Act-Verbessern) nach Deming im Sinne einer ständigen Verbesserung herangezogen werden (vgl. Kamiske/Brauer 2008, S. 305; Grol/Wensing 2005, S. 53 f.). Die Evaluation ist demnach nicht als letzter Schritt des Implementierungsprozesses zu sehen, sondern als Instrument einer kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 54).

Zusammenfassung Kapitel 3: Gegenstandsbereich Implementierung von Innovationen

- Der Innovationsprozess erfordert die Integration der Innovation in den organisationalen Kontext sowie die Entscheidung der Anwender die Innovation zu nutzen
- Ziel der Implementierung ist die Veränderung des Handelns der Mitarbeiter durch die Anwendung der SOP/OP-Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in die alltägliche Praxis
- Die Implementierung erfolgt schrittweise und ist Teil des Innovationsprozesses, der aus organisationaler Perspektive von der Verbreitung einer Innovation bis zur vollständigen Integration der SOP/OP-Checkliste in die Abläufe verläuft sowie aus individueller Perspektive der Anwender, mit einem Entscheidungsprozess einhergeht, die Innovation alltäglich zu nutzen
- Durch zahlreiche Determinanten unterliegt die Implementierung einem fördernden oder hemmendem Einfluss, welcher bei einer systematischen Vorgehensweise durch eine Implementierungsstrategie für ein erfolgreiches Ergebnis beachtet werden sollten
- Die Implementierungsstrategie ist eine geplante, zielgerichtete, systematische Einführung von Innovationen/Verbesserungen, welche durch Koordination, Analyse und Einbeziehung der Anwender eine erfolgreiche Vorgehensweise der Implementierung darlegt, mit der Evaluation der Zielerreichung einhergeht und durch die fortlaufende, kontinuierliche Anpassung und Verbesserung gekennzeichnet ist

4 Action on Patient Safety: High 5s

Das High 5s-Projekt ist eine Feasibility-Studie²⁶, die darauf abzielt die SOP-Implementierung für eine flächendeckende Verbreitung zu erproben und die Wirksamkeit der SOP nachzuweisen (vgl. High 5s 2012). Um vergleichbare Daten zu erheben und die dafür notwendige einheitliche Vorgehensweise für alle Länder sicherzustellen, sind Richtlinien für die Evaluation in einem Konzept verankert (High 5s o.J.).

4.1 High 5s-Evaluationskonzept

Das Konzept beinhaltet die Leistungsmessung der Prozessstandardisierung, wobei Prozess- und Ergebnisindikatoren zum Einsatz kommen (beispielsweise die Anzahl der abgesetzten Operationsfälle aufgrund von Abweichungen bei Prüfschritten der Checkliste) (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 34 ff.). Die Checkliste wird als multifunktionales Instrument eingesetzt, d.h. sie wird gleichermaßen zur Verlaufsdokumentation sowie als Datenerhebungs- und Auswertungsinstrument genutzt (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 15). Sie ist mit einem Durchschlagspapier versehen, so dass nach erfolgter Dokumentation die Durchschlagskopie zur Datenauswertung²⁷ verwendet wird. Weiterhin wird betrachtet, in welcher Beziehung vorgefallene Beinahe-Zwischenfälle mit der SOP-Implementierung stehen (z.B. ob diese durch die Checklistenanwendung aufgefallen sind). Durch die methodische Vorgehensweise der Ereignisanalyse sollen die Fälle strukturiert analysiert und darauffolgend entsprechende Maßnahmen der Ursacheneliminierung eingeleitet werden (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 38). Der Implementierungsvorgang wird evaluiert, indem Erfahrungen der SOP-Implementierung durch eine standardisierte Befragung und Experteninterviews erfragt werden, mit dem Ziel zu erfahren, ob die entwickelte SOP wie vorgesehen eingeführt werden kann und mit welchen Rahmenbedingungen dies verbunden ist (ebd.).²⁸

4.2 SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Die SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beinhaltet die Soll-Anforderungen für drei wichtige Prozessschritte in der operativen Patientenversorgung im Krankenhaus. Der präoperative Verifikationsprozess, die Markierung des Ein-

²⁶ Eine Feasibility-Studie (Machbarkeitsstudie) bemisst die Durchführbarkeit von Projekten unter Berücksichtigung von notwendigen Voraussetzungen und möglichen Risiken (vgl. Bea et al. 2008, S. 87).

²⁷ Das Durchschlagspapier wird entweder durch das Projektkrankenhaus digitalisiert oder für die Datenverarbeitung und -evaluation in das Institut für Patientensicherheit nach Bonn versendet.

²⁸ Unveröffentlichte Dokumente des High 5s-Projekts (Evaluationskonzept, SOP, GSK) werden für die Nachvollziehbarkeit der Quellenabgabe in Form einer CD-Anlage der Diplomarbeit beigefügt.

griffsorts und das Team-Time-Out sollen im Rahmen der Anwendung einer OP-Checkliste durchgeführt werden²⁹, welche eine Kompatibilität mit der WHO-Surgical-Safety-Checklist der SSSL-Initiative aufweist. Der Anwendungsbereich der SOP ist in einem gewissen Handlungsrahmen festgelegt, welcher alle operativen Eingriffe bei stationären Patienten die im OP-Bereich des Projektkrankenhauses stattfinden umfasst. Weiterhin ist in der SOP eine systematische Implementierungsstrategie für die Durchführung der Implementierung empfohlen (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 4 ff.).

High 5s-Implementierungsstrategie

Die Implementierungsstrategie impliziert die einzelnen Schritte einer systematischen Einführung der SOP. Sie stellt eine empfohlene schrittweise Soll-Vorgehensweise dar.

Koordinierung der Implementierung

Für die Steuerung der SOP-Implementierung gilt es, eine Steuergruppe und ein Projektteam aufzubauen, wobei die Unterstützung der Führungsebene von großem Belang ist. In der Steuergruppe sollte eine Führungskraft für die Ressourcenbereitstellung und mögliche Hindernisbeseitigung für das Projekt zuständig sein. Zudem sind die Beteiligung von leitenden Mitarbeitern sowie die Benennung eines Projektkoordinators unerlässlich. Dessen Aufgaben sind die Teamorganisation, das zielgerichtete Projektmanagement, die Beobachtung der Implementierung und Datensammlung sowie die Kommunikation mit der Führungsebene, den Mitarbeitern und der LTA. Im Projektteam sollten nach Möglichkeit die betreffenden Vertreter der verschiedenen Fachdisziplinen, Hierarchien und Berufsgruppen involviert sein, um die Implementierung und Prozessgestaltung umzusetzen (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 7; High 5s-GSK 2010, S. 26 f.).

Projektarbeitsplan

Die Erstellung des Projektarbeitsplanes erfolgt in Zusammenarbeit der Projektteammitglieder. Dieser beinhaltet eine detaillierte Festlegung der durchzuführenden Aufgaben, des Zeitrahmens und des Erfüllungszeitpunkts einzelner Aufgaben, der Zuständigkeiten, der Verknüpfung und Abhängigkeit von Tätigkeiten sowie der entsprechenden Meilensteine³⁰ (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 27 ff.).

Risikobewertung des präoperativen Vorbereitungsprozesses

Für eine sichere Umgestaltung des Prozesses sollten die Risiken des einzuführenden Prozesses bewertet werden. Es ist eine Prozessbeschreibung in Form eines Flussdia-

²⁹ Die High 5s-Checkliste und ein Prozessbeispiel der Checklistenanwendung in Form eines Flussdiagrammes sind im Anhang hinterlegt.

³⁰ Meilensteine sind wichtige Ereignisse mit Fälligkeitstermin im zeitlichen Ablauf des Projektes, z.B. Abschluss des Pilottests (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 28 f.).

grammes empfohlen, um Prozessschritte oder Schnittstellen zu identifizieren, bei denen eine Anpassung des Prozesses an die geforderten SOP-Maßnahmen scheitern oder nachteilige Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben könnten. Die identifizierten risikoreichen Stellen der Prozessmodellierung werden hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkung bewertet und priorisiert, um mit präventiven Kontrollen oder Maßnahmen das Risiko der möglichen Fehlleistung des Prozesses zu minimieren (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 8).

Durchführung des Pilottests

Der Pilottest geht mit der Implementierung der SOP in einem begrenzten Rahmen einher, um eine intensive Überwachung des Implementierungsvorgangs zu ermöglichen und aus den gewonnenen Erkenntnissen (mögliche Hindernisse) weitere Anpassungen des Prozesses vornehmen zu können. Dabei gilt es, eine repräsentative Piloteinheit zu definieren, die beispielsweise aus einem OP-Saal, einer Station oder Abteilung, einer festgelegten Patientenpopulation oder einem bestimmten Zeitrahmen bestehen kann. Die Erfassung von Ausgangsdaten vor der Pilottestung wird empfohlen, um Abweichungen von bestehenden Prozessen in der Piloteinheit feststellen zu können. Weiterhin sollten die Mitarbeitervertreter der Piloteinheiten bei der Planung der Pilottestdurchführung einbezogen werden. Neben der Adaptierung der SOP-Prozessschritte an die Spezifika der Pilottesteinheit geht die Erprobung der SOP mit der Schulung der betreffenden Mitarbeiter einher. Bei der Implementierung ist es von Bedeutung, eine einheitliche, zeitgenaue und korrekte Umsetzung zu überprüfen sowie Auswirkungen auf sich gegenseitig beeinflussende Abläufe und auf die Patientenversorgung zu ermitteln. Die Auswertung der Pilottestung ist richtungsweisend für eine Ausweitung der SOP im Krankenhaus (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 8 f.).

Übertragung auf andere Bereiche

Für die Ausweitung der SOP in der Klinik wird eine sequentielle Vorgehensweise (sequentielle vs. gleichzeitige Übertragung der SOP) präferiert, um entsprechende Schulungsmaßnahmen durchzuführen und die Einführung intensiver zu überwachen (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 9).

Kommunikationsplan

Der Kommunikationsplan beinhaltet die Verbreitung der Informationen über die Projektteilnahme: die Beschreibung des Patientensicherheitsproblems, den konzeptuellen Verbesserungsvorschlag, Aufwendungen und Nutzen der Projektteilnahme sowie Anreize der Projektteilnahme für die Klinikmitarbeiter. Weiterhin sollen die Mitarbeiter über den Fortschritt des Projektes unterrichtet werden sowie nach erfolgter Pilottestung

Feedback zu den eruierten Daten und deren Auswertung erhalten. Alle am Projekt beteiligten Mitarbeiter sollten für ihren Beitrag Anerkennung erhalten (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 9).

Evaluationsstrategie

Die Evaluationsstrategie beinhaltet die systematische Einhaltung des Evaluationskonzeptes. Alle erhobenen Daten werden durch das WHO-Collaborating Centre analysiert und via der High 5s-Homepage (www.high5s.org) den Projektkoordinatoren der teilnehmenden Krankenhäuser rückgespiegelt (vgl. High 5s-SOP 2010 S. 9 f.).

Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses

Nach Erreichung der Vollimplementierung in einem Krankenhaus sollen durch eine fortlaufende Überwachung der Prozess- und Ergebnisparameter und Compliance-Audits (einmal pro Jahr) mögliche Verbesserungen identifiziert und demnach Maßnahmen eingeleitet werden. Anzeichen für eine Abweichung von den implementierten SOP-Schritten sollten auf ihre Kausalität untersucht werden, um diesen beispielsweise durch weitere Schulungsmaßnahmen oder erneute Anpassungen des Prozesses entgegenzuwirken (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 10).

Zusammenfassung Kapitel 4: Gegenstandsbereich Soll-Vorgehensweise der Implementierung im Rahmen des internationalen WHO-Projekts High 5s

- Das High 5s-Projekt prüft die Machbarkeit der SOP-Implementierung und deren Einflussfaktoren und nachweisliche Wirkung auf die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen im Rahmen eines Evaluationskonzeptes
- Für die Implementierung werden folgende Schritte empfohlen:
 - Koordinierung der SOP-Implementierung durch eine interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Steuergruppe sowie die Aufstellung eines Projektteams
 - Projektarbeitsplanung und Risikobewertung des neu zu implementierenden Prozesses
 - Durchführung eines Pilottests und systematische Übertragung der SOP auf weitere Bereiche
 - Kommunikationsplan zur Verbreitung der SOP und Feedbackmöglichkeit der Anwender
 - Evaluationsstrategie für eine nachweisliche Darlegung der Wirksamkeit der SOP
 - Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses um Verhaltensabweichungen der Anwender zu unterbinden

5 Empirie und methodisches Vorgehen

Um die tatsächliche Vorgehensweise der Implementierung, die erforderlichen Ressourcen sowie die vorgekommenen Barrieren und fördernden Faktoren zu erfassen, ist eine systematische Erhebungsmethode durch das Evaluationskonzept des High 5s-Projekts multinational vorgegeben (vgl. High 5s o.J., S. 7). Dabei liegt der Fokus auf den sub-

jektiven Erfahrungen der projektkoordinierenden Personen der teilnehmenden Krankenhäuser zu der Implementierung und eine narrative Forschungsperspektive ist gegeben (ebd.; Lamnek 2005, S. 224). Die Datenerhebung erfolgt über die Anwendung einer Mischform aus einem quantitativen (Online-Befragung)³¹ und einem qualitativen Erhebungsinstrument (Experteninterview) (vgl. High 5s 2011, S. 1; High 5s o. J., S. 7). Die standardisierte Online-Befragung dient zur Erfassung des Betriebswissens, welches die krankenhausindividuelle Implementierung der SOP und Entscheidungsabläufe beinhaltet und bildet aufgrund der narrativen Forschungssichtweise sowie der bedingten Vergleichbarkeit eine Tendenzbeschreibung ab (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 76; High 5s o.J., S. 7). Der Einsatz von Experteninterviews, als informatorische Interviewform, bezweckt ergänzend die Ermittlung des Kontextwissens der Experten zum Implementierungsvorgang (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 76; Lamnek 2005, S. 333). Mit der Kombination der beiden Erhebungsinstrumente wird zum einen durch die Online-Befragung eine größere Anzahl der befragten Personen erreicht. Zum anderen können durch die Interviews zusätzliche, tiefergehende und exemplarische Informationen abgebildet werden (vgl. Mayer 2008, S. 100; Meuser/Nagel 2005, S. 75 f.). Im weiteren Verlauf wird die Grundgesamtheit der empirischen Untersuchung vorgestellt und folgend auf die Erhebungsmethode der standardisierten Online-Befragung sowie die qualitativen Experteninterviews eingegangen.

5.1 Teilnehmende Krankenhäuser

Die Population dieser Untersuchung besteht aus 16 Projektkrankenhäusern mit 15 Projektkoordinatoren³² in Deutschland, welche vorwiegend im Jahr 2010 begonnen haben, die SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen zu implementieren. Ein Versorgungsstufen-Mix der Krankenhäuser ist gegeben, so dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung in der Stichprobe enthalten sind. Außerdem sind zwei Universitätskliniken zu verzeichnen. Insgesamt sind 118 OP-Säle in den Projektkrankenhäusern vorhanden, bei einem Minimum von zwei und einem Maximum von 30 OP-Sälen. Vor der Implementierung haben bereits neun Krankenhäuser mit einer OP-Checkliste gearbeitet. In sechs Krankenhäusern wird zurzeit eine Checklisten-Mischform mit den High 5s-Mindestkriterien

³¹ Für alle projektkoordinierenden Personen besteht die Möglichkeit, unabhängig von Ort und Zeit, über die High 5s-Website an der Befragung zu den Implementierungserfahrungen teilzunehmen. Dieses Angebot ist jedoch ausschließlich in englischer Sprache verfügbar, weshalb für die Teilnehmer in Deutschland eine deutschsprachige Befragung durchgeführt wird.

³² Für zwei Krankenhäuser ist eine projektkoordinierende Person zuständig, weshalb insgesamt 15 projektkoordinierende Personen zu verzeichnen sind.

(z.B. mit der Surgical Safety Checklist der WHO) angewendet und bei zehn Kliniken kommt die High 5s-Checkliste zum Einsatz.³³

5.2 Online-Befragung zu den Implementierungserfahrungen

Die standardisierte Befragung zu den Implementierungserfahrungen ist ein Teil des Evaluationskonzeptes des High 5s-Projektes und wurde im Rahmen der Erstellung der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Der englischsprachige, international einheitliche Fragebogen ist für alle High 5s-SOPs für die Erhebung der Implementierungserfahrungen vorgegeben. Dieser wurde um SOP-bezogene Spezifika der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen erweitert, um die fördernden Faktoren und Barrieren der Implementierung, der einzelnen Implementierungsschritte und auch der Prozessschritte der SOP zu ermitteln. Der Fragebogen wurde für die Durchführung der Befragung angepasst und weiterentwickelt.³⁴

5.2.1 Anpassung und Entwicklung des Fragebogens

Der internationale Fragebogen lag für die Bearbeitung in deutscher Sprache übersetzt vor. Der Fragebogen erfasst zunächst den Implementierungsstand der Krankenhäuser und folgt dann chronologisch den Schritten der Implementierungsstrategie, welche in der SOP empfohlen sind. Es besteht somit eine Gliederung des Fragebogens in folgende Abschnitte: Status der SOP-Implementierung; Koordinierung der SOP-Implementierung; Projektarbeitsplan; Pilottest; Übertragung auf andere Bereiche; Kommunikationsplan; Evaluationsstrategie; Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses.

Der Fragebogen ist in seiner Struktur komplex gestaltet und beinhaltet Filterfragen (Ja/Nein-Fragen), Fragen mit vorgegebener Einfachauswahl oder Mehrfachauswahl und Fragen mit freier Antwortmöglichkeit in Freitextfeldern. Die Freitextfelder ermöglichen die Angabe von krankenhausindividuellen Gegebenheiten. Jeder Abschnitt des Fragebogens wurde für die Anwendung in Deutschland auf inhaltliche Aspekte, die Reihung der Fragen und Ergänzungsbedarf überprüft. Die Änderungspunkte des Fragebogens wurden in gemeinsamer Abstimmung mit der LTA Deutschland erarbeitet und mit Zustimmung der internationalen Koordinierungsstelle (WHO Collaborating Centre for Patient Safety) in den Fragebogen eingebettet. Beispielsweise wurde im Abschnitt „Risikobewertung“ im internationalen Fragebogen als erste Frage angeführt:

³³ Die Angaben wurden aus den Ergebnissen der Strukturbefragung und der Baseline-Prozesserhebung, welche durch die LTA erhoben wurde, zusammengetragen. Eine zu zitierende Quellenangabe liegt nicht vor.

³⁴ Der Fragebogen ist im Anhang einzusehen.

„Haben Sie sich an den Risikobewertungsprozess, der in den SOP-Materialien beschrieben wird, gehalten?“. Diese Frage impliziert, dass jedes teilnehmende Krankenhaus auch eine Risikobewertung durchgeführt hat. Deshalb wurde in der deutschsprachigen Version eine Ergänzung vorgenommen und als erste Frage vorangestellt: „Haben Sie eine Risikobewertung durchgeführt?“, um mit einer eindeutigen Zuordnung der Krankenhäuser, mit und ohne Risikobewertung, den weiteren Fragenverlauf stimmig zu gestalten. Ein weiteres Beispiel für die Fragebogenanpassung ist das Adaptieren einer Antwortvorgabe in den nationalen Kontext. In dem Abschnitt „Kommunikationsplan“ besteht die Frage: „Wie erfuhren die Mitarbeiter von der Entscheidung und dem Engagement der Organisation, die SOP zu implementieren?“. Die Antwortmöglichkeit der Mehrfachauswahl „Information über Listserver“³⁵ wurde umbenannt in „Email-Verteiler“, um mögliche Unklarheiten bei den befragten Personen auszuschließen.

Neben der Überarbeitung des international vorgegebenen Fragebogenanteils wurde ergänzend ein SOP-bezogener Abschnitt entwickelt, der darauf abzielt die fördernden Faktoren und Barrieren bei der Implementierung der einzelnen Prozessschritte der OP-Checkliste (präoperative Verifikation, Markierung des Eingriffsorts, TTO) zu ermitteln. Entwürfe dieses Fragebogenabschnitts wurden in den regelmäßig stattfindenden Arbeitstreffen zwischen ÄZQ und APS/IfPS vorgestellt sowie gemeinsam besprochen und abgestimmt. Inhalte der Sitzungen waren beispielsweise die Gestaltung des Fragensigns, die inhaltliche Relevanz von Auswahlkriterien für Mehrfachantworten und die Eindeutigkeit von Formulierungen. Bestimmte Fragen wurden in den Fragebogen mit aufgenommen, da sie von Interesse für die LTA waren. Beispielsweise wurde die Frage, ob eine elektronische Checklistenabbildung als sinnvoll erachtet wird und welche Ressourcen dafür gegeben wären, aufgrund von Beiträgen der Projektkoordinatoren bei Workshop-Veranstaltungen ergänzt. Im Rahmen der Forschungsfragen dieser Arbeit wurden folgende Fragen inhaltlich, vorwiegend literaturbasiert, erarbeitet:

- Die Frage nach der Fluktuation in der Steuergruppe (Abschnitt Koordinierung der SOP-Implementierung, Nr. 2, 2a) wurde in den Fragebogen aufgenommen, da nach Fleuren et al. 2004 eine hohe Fluktuation als hemmender Faktor der Implementierung klassifiziert ist (Verweis auf Gliederungspunkt 3.2.1, Tabelle 3), der im Rahmen der Koordination in der Steuergruppe erfasst werden soll.
- Die anzukreuzenden Hindernisse bei der Frage, ob diese bei den jeweiligen Prozessschritten vorkommen, wurden aus der Literatur erarbeitet. Diese beinhalten die Barrieren des Nicht-Wissens, in Verbindung mit unzureichenden und unbe-

³⁵ LISTSERV® ist eine Mailinglisten-Management-Software (vgl. Listserv® 2010, S. 1).

kannten Regelungen zum Verfahren, des Nicht-Dürfens (unklare Verantwortlichkeiten) sowie die bei Checklistenanwendung häufig auftretenden Widerstände von Mitarbeitern (vgl. Mansfeld 2011, S. 27 ff.; St. Pierre et al. 2011, S. 259 f.).

- Die Frage nach dem Umgang mit diesen Hindernissen bzw. deren Mehrfachantwortmöglichkeiten sind aus den Interventionen des Implementierungsprozesses abgeleitet (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 52 f.) und wurden im Projektarbeitstreffen auf deren Relevanz für die einzelnen Prozessschritte diskutiert.
- Die Fragen zur Erhebung der Sachverhalte, wie z.B. die Schulungen zur Einführung der SOP verlaufen sind und welche Materialien genutzt wurden, sollen Aufschluss darüber geben, welche Schulungsvorgehensweise eine gute Strategie darstellt, um die SOP zu implementieren. Für die Erstellung der Fragen wurden die Empfehlungen der Berufsgruppeneinbeziehung des High 5s-Projekts sowie die von der LTA zur Verfügung gestellten Implementierungsmaterialien berücksichtigt und in den Arbeitstreffen diskutiert (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 3).

Für die Erfassung einer Einschätzung der befragten Personen zu den vorhandenen Barrieren oder fördernden Faktoren wurde eine Einschätzungsskala mit Ausprägungsdimensionen (trifft nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft eher zu – trifft zu) verwendet. Porst 2008 diskutiert in Zusammenhang mit einer solchen Skalenverwendung, ob gerade oder ungerade Ankreuzmöglichkeiten sich positiv oder nachteilig auf die Ergebnisse auswirken (vgl. Porst 2008, S. 81 ff.). Die Diskussion wird ohne eine empfohlene Vorgehensweise offen gelassen, jedoch kommen vier bis sieben Skalenpunkte bei sozialwissenschaftlichen Befragungen häufig zur Anwendung (ebd., S. 82, 93). Bei ungeraden Antwortmöglichkeiten besteht die Gefahr der Tendenz zur Mitte, so dass die befragte Person interpretieren könnte, dass sie mit dem Skalenmittelpunkt keine Aussage treffen muss (ebd., S. 78 ff.). Daher wurde eine vierstufige Skala gewählt, jedoch berücksichtigt, dass eine projektkoordinierende Person nicht immer eine Einschätzung vornehmen kann, weshalb die Skala um die Ankreuzmöglichkeit „weiß nicht“ ergänzt wurde (ebd., S. 82 f.). Die Items für die Erfassung der Hindernisse wurden als negative Aussagen formuliert, z.B. „Verfahren wird von den leitenden Personen unzureichend vorgelebt“. Bei der Erfragung der Maßnahmen zum Umgang mit den Hindernissen wurden die Mehrfachantwortangaben spiegelbildlich zu den vorhergehend erfragten Hindernismerkmalen angeordnet. Für die Abbildung der fördernden Faktoren wurden die Items als positive Aussagen dargelegt. Ziel der Verwendung einer sogenannten Ordinalskala ist es, die Ausprägungen in eine Reihenfolge zu bringen, um Ränge zu bilden (ebd., S. 71 f.).

5.2.2 Durchführung der Befragung

Der Fragebogen besteht aus 101 Fragen. Aufgrund seines Umfangs und der Komplexität wurde von einer schriftlichen Befragung abgesehen. In Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin der Informationsvermittlungsstelle des ÄZQ wurde der Fragebogen durch die Anwendung des „LimeSurvey“³⁶ in eine Online-Befragung abgebildet. Die Online-Abbildung ermöglichte, bei der Verwendung von Filterfragen, dass Bereiche des Fragebogens, die für befragte Personen nicht relevant sind, verborgen werden konnten. Außerdem wurde das Ausfüllen des Fragebogens durch die Programmierung von Fragen als Pflichtangaben gesteuert. Freitextfelder mit ergänzender Funktion waren mit der Angabe „optional“ gekennzeichnet, z.B.: „Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung des Team-Time-Out nach SOP (optional)“. Für die Beantwortung von Einschätzungsskalen wurde die Programmierung so vorgenommen, dass jeweils ein Kreuz pro Item vorhanden sein muss, um zur nächsten Frage zu kommen. Durch diese Steuerungsfunktionen konnte den Nachteilen von schriftlichen Befragungen, wie dem Auslassen von Fragen oder der unvollständigen Beantwortung, entgegen gewirkt werden (vgl. Mayer 2008, S. 100). Außerdem wurde der befragten Person der Fragebogen nur Stück für Stück angezeigt, um einer Beeinflussung der Beantwortung durch die Kenntnis der Fragenabfolge vorzubeugen (ebd.). In Vorbereitung auf die Befragung wurde für jede teilnehmende Person ein persönliches Passwort generiert. Die 15 Projektkoordinatoren der Krankenhäuser erhielten über ein Email-Anschreiben einen Link, um sich für die Online-Befragung in einem passwortgeschützten sicheren Rahmen anonym zu registrieren. Im Falle, dass Unterbrechungen die Beantwortung des Fragebogens stören sollten, war die Möglichkeit des Zwischenspeicherns und einer späteren Fortsetzung gegeben. Die Online-Abbildung wurde im Vorfeld auf ihre Funktion getestet. Der zeitliche Aufwand der Beantwortung des Fragebogens dauerte ca. 30 Minuten. Für die Durchführung der Befragung wurde ein Zeitfenster von ca. fünf Wochen festgelegt. Eine Erinnerung wurde eine Woche vor Fristende und zwei weitere Erinnerungen nach Ablauf der Frist über ein Email-Anschreiben versendet. Die Auswertung erfolgte mittels des Programmes Microsoft Excel.

5.2.3 Auswertung der Befragung

Durch die Exportierungsmöglichkeit der Antwortangaben des LimeSurvey®-Programmes lagen die Rohdaten für die Auswertung in einer Tabelle des Programmes Microsoft Excel vor. Die Excel-Tabelle hatte im Tabellenkopf die einzelnen Fragen

³⁶ „LimeSurvey“ ist ein freies Programm zur Erstellung von Online-Umfragen (vgl. LimeSurvey® 2012).

(Merkmale) und jeweils deren Antwortkategorie pro Spalte nebeneinander abgebildet. In den Zeilen waren die Antworten der projektkoordinierenden Personen der teilnehmenden Krankenhäuser untereinander angeordnet, entweder als dichotome Ausprägungen (Ja/Nein-Antwort), Freitextangabe oder als mehrkategoriale Skalenwerte (trifft nicht zu bis trifft zu) verzeichnet. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden die Häufigkeiten der absoluten Zahlen durch Summenbildung ausgezählt, in der Reihenfolge der Benennungshäufigkeit angeordnet und je nach Sinnhaftigkeit³⁷ mit der prozentualen Angabe versehen. Da der Fragebogen auf eine Darstellung von narrativen Daten abzielt und Merkmale in unterschiedlicher Anzahl abgefragt werden, ist eine Datenbündelung zu vergleichenden, präzisen Aussagen nicht möglich. Es wird deshalb der Anspruch auf eine Tendenzbeschreibung verfolgt.

5.3 Qualitative Experteninterviews

Die qualitativen Experteninterviews wurden ergänzend zu der Online-Befragung durchgeführt, um das Kontextwissen zu der Implementierung zu erfassen. Die projektkoordinierenden Personen, welche in den teilnehmenden Krankenhäusern die Verantwortung für die Implementierung tragen, gelten als Experten für den tatsächlichen Implementierungsvorgang und verfügen demnach über Hintergrundinformationen zum Untersuchungsgegenstand (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 73). Nach Meuser und Nagel sind Experten diejenigen Personen, welche Teil des Handlungsbereiches sind, das den Untersuchungsgegenstand kennzeichnet und sie verfügen durch die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten über ein spezielles Wissen (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 73). Experteninterviews unterscheiden sich dahingehend von anderen offenen Interviewverfahren, dass nicht die Interviewperson als Analysegegenstand fokussiert wird, sondern der organisatorische und einrichtungsbetreffende Kontext (ebd., S. 72). Ziel und Zweck der Experteninterviews ist es ein besseres Verständnis für die Implementierung zu erlangen, Hindernisse und Strategien der Überwindung zu erfahren sowie die notwendigen Ressourcen und fördernden Faktoren der Implementierung zu bestimmen.

5.3.1 Stichprobenauswahl

Für die Auswahl der Stichprobe ist nach Vorgabe des Projekts darauf zu achten, dass unterschiedliche Ressourcengegebenheiten der Projektkrankenhäuser vorliegen, um differenzierte Informationen zur Implementierung zu erhalten (vgl. High 5s 2011, S. 1). Außerdem sind im Sample drei Projektkoordinatoren oder strategisch wichtige Perso-

³⁷ Durch die Verwendung von Filterfragen ist die Population von elf Teilnehmern beispielsweise auf drei Teilnehmer reduziert. Die Angabe von absoluten Zahlen ist in diesem Fall anschaulicher und unmissverständlicher.

nen der Implementierung zu interviewen (ebd.). Bei der Stichprobenauswahl wurde außerdem berücksichtigt, dass die, für die Stichprobe in Frage kommenden, Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung eine Vollimplementierung aufwiesen, um eine umfassende Aussage zu der Implementierung zu erhalten. Bei acht Krankenhäusern, welche bei der Online-Befragung zu den Implementierungserfahrungen teilnahmen, war die Vollimplementierung zu verzeichnen. Von diesen acht Krankenhäusern wurden drei Kliniken mit einer unterschiedlichen Versorgungsstufe³⁸ ausgewählt, denen durch die differenzierten Leistungsdimensionen auch verschiedene Ressourcen für die Patientenversorgung und die Implementierung zur Verfügung standen (vgl. Fleßa 2010, S. 29 f.). Nach Lamnek geht eine heterogene Stichprobenauswahl mit der Kombination verschiedener relevanter Merkmale im Sample einher (vgl. Lamnek 2005, S. 192). Es wurde die Merkmalskombination der Checklistenform berücksichtigt, so dass zwei Krankenhäuser, welche eine High 5s-Checkliste implementiert hatten und eine weitere Klinik, welche eine Mischform eingeführt hatte, im Sample enthalten waren. Eine Vergleichbarkeit der Daten des Interviews war zum einen durch die Stichprobenauswahl gegeben, da alle Experten die SOP-Implementierung koordinierten und begleiteten. Zum anderen wurde versucht, eine Vergleichbarkeit durch die leitfadenorientierte Durchführung herzustellen (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 80).

5.3.2 Anpassung des Interviewleitfadens

Für die Durchführung von Experteninterviews ist eine leitfadenorientierte, offene Vorgehensweise in der Literatur empfohlen (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 77). Die Orientierung an einem offenen Leitfaden soll das Abweichen des Interviewverlaufes in andere Themengebiete verhindern, aber auch den Experten ausreichend Spielraum für die Darlegung der Sichtweise lassen (ebd.). Die Leitfadenorientierung wird nach Meuser und Nagel „[...] beidem gerecht, dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers an dem Experten wie auch dem Expertenstatus des Gegenübers“ (Meuser/Nagel 2005, S. 77). Der Interviewleitfaden für die Erhebung der Implementierungserfahrungen wurde im Rahmen des High 5s-Evaluationskonzeptes vorgegeben. Dieser lag für die Durchführung in englischer Sprache vor und wurde übersetzt. Der Leitfaden besteht vorwiegend aus offenen Fragen, die größtenteils beibehalten wurden. Eine Anpassung des Leitfadens erfolgte, indem die vorgegebenen Fragen inhaltlichen Themenkomplexen zugeordnet wurden. Die Zuordnung zielte auf eine Strukturierung des Interviewgesprächs ab und hatte einen Überleitungscharakter bei der Interviewdurchführung. Jede Frage des Leitfadens wurde, aus der Sichtweise der Befragten, auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit

³⁸ Jeweils ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung.

mit den LTA-Mitarbeitern besprochen. Um den Schwierigkeitsgrad der Beantwortung zu minimieren, wurden weitere Anpassungen vorgenommen, indem beispielsweise vorgegebene Fragen gebündelt wurden (vgl. Balzert et al. 2008, S. 61). Es wurden zu den Ressourcen folgende Fragen vorgegeben: „Welche Ressourcen konnten sie vorhersehen, die für die Implementierung und der nachhaltigen SOP-Durchführung benötigt wurden?“; „Welche Ressourcen wurden tatsächlich erforderlich zur Implementierung und nachhaltigen SOP-Durchführung?“; „Waren die Ressourcen leicht verfügbar?“; „Welche zusätzlichen Ressourcen wurden zur Implementierung und nachhaltigen SOP-Durchführung benötigt?“. Diese Fragen wurden für eine leichtere Beantwortung wie folgt formuliert: „Welche Ressourcen haben Sie für die Implementierung benötigt?“; „Waren die leicht verfügbar?“; „Welche Ressourcen waren dabei, die Sie ursprünglich nicht eingeplant hatten?“. Einigen Fragen wurden Beispiele hinzugefügt, um einer möglichen Verständnisproblematik oder Überforderung vorzubeugen zu können sowie eine spontane Fragenbeantwortung der Experten zu ermöglichen (vgl. Balzert et al. 2008, S. 61).

5.3.3 Durchführung der Experteninterviews

Für die Durchführung der Interviews wurde die Form des Telefoninterviews gewählt, da diese unabhängig von dem Ausführungsort und mit einer flexibleren Zeit/Erreichbarkeit einhergehen. Zudem sind durch die telefonische Befragung Vorteile, wie wegfallende Wegezeiten und -kosten oder ein geringerer Organisationsaufwand, gegeben (vgl. von Törne et al. 2000, S. 106). Per Telefon wurde die grundsätzliche Bereitschaft der Projektkoordinatoren zum Interview erfragt. Nach telefonischer Zusage erhielten die Interviewpersonen ein Email-Anschreiben mit der Anlage einer „Basisinformation: Interview zu den Implementierungserfahrungen“ und einer „Einverständniserklärung zum Interview“³⁹ mit der Bitte, die schriftliche Einwilligung per Fax zurück zu senden. Die Einverständniserklärung zum Interview beruht, unter Berücksichtigung von forschungsethischen Aspekten, auf dem Prinzip der informierten Zustimmung. Diese beinhaltet das Recht der Experten freiwillig an dem Interview teilzunehmen sowie die Darlegung von Ziel und Zweck der Durchführung. Zudem wurde die Anonymitätswahrung zugesichert, um eine nachteilige Auswirkung der Experten oder der Einrichtung auszuschließen (vgl. Gläser 2006, S. 49 ff.; DGP o.J.). Weiterhin wurden die Termine zur Interviewdurchführung telefonisch vereinbart. Zu den drei Interviewterminen wurden, in einem Büroraum des ÄZQ in ungestörter Atmosphäre, die Interviews durchgeführt. Nach kurzer Intervieweinleitung und nochmaliger mündlicher Bestätigung des Einverständ-

³⁹ Die Basisinformation und Einverständniserklärung zum Interview sind im Anhang hinterlegt.

nisses zur Tonaufnahme wurden anhand eines offenen Leitfadens die Telefoninterviews durchgeführt. Die Tonaufnahme des lautgestellten Telefons erfolgte mit dem Quick-Time-Player eines Laptops, der neben dem Telefon positioniert wurde.

5.3.4 Auswertung der Experteninterviews

Die Auswertung der Interviews wurde nach der Methode von Meuser und Nagel durchgeführt (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 83 ff.). Der Fokus liegt dabei auf Gemeinsamkeiten, welche auf der Suche nach thematisch bzw. inhaltlich übereinstimmenden Interviewabschnitten geordnet und generalisiert werden (ebd., S. 81). Die folgenden sechs Auswertungsschritte wurden nacheinander durchgeführt.

Transkription: Die Interviews wurden für die Auswertung transkribiert und anonymisiert. Bei der Transkription wurde auf die Hervorhebung von Betonung, Pausen, etc. verzichtet, da diese keinen Einfluss auf den Untersuchungsgegenstand haben (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 83). Aus forschungsethischen Gründen wurde für die Sicherstellung der Anonymitätswahrung eine erfahrene Person für das Anonymisierungsvorgehen hinzugezogen. Da es sich bei der Grundgesamtheit um eine überschaubare Population handelte und es bei den Sachverhalten des Interviews um sensible Angaben ging, wurden kritische Wortformulierungen mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des ÄZQ besprochen und entsprechende Details, welche eine Identifikation der befragten Personen oder deren Krankenhäuser ermöglichen könnten, unkenntlich gemacht.⁴⁰

Paraphrasieren: In chronologischer Reihenfolge des Interviewverlaufs wurden die ausgedrückten Sachverhalte der Experten protokollarisch auf den Inhalt bezogen, mit eigenen Worten in thematischen Einheiten für jede Transkription dargelegt, mit dem Ziel die Komplexität zu reduzieren (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 83 f.).

Thematisches Ordnen: Den Paraphrasierungen der einzelnen Transkriptionen wurden Überschriften zugeteilt, um darauffolgend die verschiedenen thematischen Einheiten für eine inhaltliche Übersicht ordnen zu können (ebd., S. 85 f.; Mayer 2008, S. 52).

Thematischer Vergleich: Thematisch vergleichbare Textabschnitte aller Transkriptionen wurden betrachtet, um herauszufinden ob in der jeweiligen Kategorie die Experten gemeinsamer Auffassung waren oder ob unterschiedliche Angaben zu einem Thema vorlagen (ebd., S. 86 ff.).

Konzeptualisierung: Die eruierten gemeinsamen Sachverhalte aus den verschiedenen Transkriptionen wurden in Kategorien klassifiziert. Dies erfolgte, indem die Expertenin-

⁴⁰ Bei der Unkenntlichmachung wurden namentliche Nennungen, einrichtungsbezogene Sachverhalte, zeitliche Angaben bei bestimmten Prozessschritten oder Angaben die einen Rückschluss auf den Projektstart ermöglichen anonymisiert und pseudonymisiert.

formationen gebündelt und allgemein geltend formuliert dargelegt wurden. Nach Meuser und Nagel ist das Ziel dieses Schrittes „[...] eine Systematisierung von Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen, Deutungsmustern“ (Meuser/Nagel 2005, S. 88). Dies wird in der Literatur auch als „Abstraktionsebene [...] der empirischen Generalisierung“ (ebd., S. 89) bezeichnet.

Theoretische Generalisierung: Die empirischen Erkenntnisse wurden der Theorie gegenübergestellt, mit dem Ziel, zu prüfen, ob „[...] die Konzepte 1. Inadäquat sind, 2. Falsifiziert sind, 3. dass sie passen“ (Meuser/Nagel 2005, S. 90). Bei der Anwendung wurde immer wieder auf den vorherigen Auswertungsschritt zurückgeblickt, um die vorgenommene Zuordnung und Verallgemeinerung auf weitere Passung zu prüfen (vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 90 f.).

6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Online-Befragung und der Interviewdurchführung deskriptiv dargestellt, mit dem Ziel, die zentralen Forschungsfragen zu beantworten. Dafür wird zunächst die Ist-Vorgehensweise der Implementierung beschrieben, dann wird aufgeführt, welche Ressourcen und fördernden Faktoren zu verzeichnen waren. Weiterhin wird beschrieben, welche Barrieren bei der Implementierung vorgekommen sind sowie, wie mit diesen umgegangen wurde und zuletzt werden Empfehlungen zur Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen dargelegt. Bei der Online-Befragung haben elf von 16 projektkoordinierende Personen der teilnehmenden Krankenhäuser mitgewirkt. Somit ist eine Rücklaufquote von 68,75 % gegeben. Bei acht Krankenhäusern (72,7 %) ist der Status der Vollimplementierung zu verzeichnen und bei drei Kliniken (27,3 %) liegt die Umsetzung der SOP-Implementierung in ein bis zwei Bereichen vor, mit einer zukünftig geplanten Ausweitung. Der Beweggrund einer Projektteilnahme wurde im Rahmen der Interviews von drei projektkoordinierenden Personen erfragt. Gründe für eine Projektteilnahme waren, die Patientensicherheit zu steigern sowie im Einzelnen der Impuls zu einer Verbesserung, ein Benchmark und Erfahrungsaustausch mit verschiedenen Krankenhäusern und die Entscheidung zur Projektteilnahme im Top-down-Verfahren (vgl. B1, Z. 9-11; B2, Z. 6,11 f.; B3, Z. 11 f.).⁴¹ Aus Sicht der projektkoordinierenden Personen wurden Vorteile der SOP-Implementierung dahingehend eingeschätzt, dass durch die internationale Projektaufhängung ein zusätzlicher Schub initiiert wird (vgl. B1, Z. 22 ff.) sowie,

⁴¹ Die Angaben B1, B2 und B3 beziehen sich auf die durchgeführten Interviews (B1 = Befragte Person 1, usw.). Für den Nachweis der dargelegten Äußerungen wurde die Zeilennummer der Transkription angegeben (Z. = Zeilennummer). Die Transkriptionen sind in Form einer CD-Anlage der Arbeit beigelegt.

dass ein Anstieg der Patientensicherheit nachgewiesen und systematische Fehler eliminiert werden (vgl. B2, Z. 20 f.). Außerdem wurde durch die Projektteilnahme erwartet, dass das Verfahren durch die systematische Einführung tatsächlich umgesetzt werden kann (vgl. B3, Z. 16 ff.).

6.1 Ist-Vorgehensweise der SOP-Implementierung

Die Kernaussagen für die Implementierung werden anhand der einzelnen Implementierungsschritte dargestellt. Darauf folgend werden die eng mit der Implementierung zusammenhängende Schulungsdurchführung erläutert sowie dargelegt, welche Implementierungsmaterialien vorwiegend zum Einsatz kamen.

6.1.1 Implementierungsschritte

Aus einer Übersicht (Tabelle 4) gehen die Kernaussagen der Implementierung hervor. Zusammenfassend lässt sich die Ist-Vorgehensweise der Implementierungsschritte wie folgt beschreiben: Die Koordinierung der Implementierung erfolgte vorwiegend durch eine interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzte Steuergruppe. Bei ca. der Hälfte der Krankenhäuser wurde ein Projektarbeitsplan erstellt. Eine Risikobewertung des neu zu implementierenden Prozesses ist vorwiegend nicht durchgeführt worden. Der Pilottest erfolgte bei sieben von elf Krankenhäusern in einer Abteilung (ein bis zwei Stationen und OP-Säle). Die Vorgehensweise bei der Übertragung auf andere Bereiche ist krankenhausindividuell zu betrachten. Es wurde eine gleichzeitige Implementierung der SOP in den verschiedenen Abteilungen in sieben Krankenhäusern vorgenommen, wenn beispielsweise schon SOP-Bestandteile im Vorfeld zur Anwendung kamen. Die SOP wurde größtenteils (ca. 91 %) in bestehende Abläufe integriert. Eine systematische Ankündigung der SOP-Implementierung und Feedbackmöglichkeiten für Mitarbeiter waren im Rahmen eines Kommunikationsplanes gegeben. Durch Stichproben, Rückmeldungen und eine Sicherheitskulturbefragung wurde die Implementierung hausintern evaluiert. Für die Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses wurde eine fortlaufende Prozessbeobachtung weitgehend durchgeführt. Eine elektronische Checkliste wird von den projektkoordinierenden Personen als sinnvoll erachtet. Eine Durchführung der Implementierungsschritte, die Erstellung des Projektarbeitsplanes, die Risikobewertung und der Pilottest erfolgten krankenhauspezifisch. Die Implementierungsschritte der Koordinierung der SOP-Implementierung, die Übertragung auf andere Bereiche, der Kommunikationsplan, die Evaluationsstrategie sowie die Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses wurden bei allen befragten Krankenhäusern erforderlich.

Tabelle 4: Ist-Vorgehensweise der Implementierung

Implementierungs-Schritt	N	Kernaussagen
1. Koordinierung der SOP-Implementierung:	11	▪ Zu > 50,0 % sind die Mitglieder der Steuergruppe aus den Bereichen Qualitätsmanagement (→ hauptsächliche Leitung der Implementierungsaktivitäten), OP (Management/Leitung, Mitarbeiter), verschiedenen Fachkliniken (Ärzte/Ärztinnen) und der Führungsebene (Klinikleitung, Pflegedirektion, Pflegedienstleitung) ▪ < 50,0 % ist die Steuergruppe durch die Führungsebene und den ärztlichen Mitarbeitern und Pflegenden aus dem Bereich der Anästhesie besetzt, bei einer Klinik gab es „in dem Sinne keine Steuergruppe“ ▪ 3 Krankenhäuser hatten eine Fluktuation in der Steuergruppe zu verzeichnen ▪ Durchschnittlich sind ca. fünf Personen mit der Steuerung der SOP-Implementierung beauftragt
2. Projektarbeitsplan	6	▪ > 50,0 % waren bei der Erarbeitung Personen der OP/Leitung und OP-Management, Qualitätsmanagement (Qualitätsmanager, QMB) und leitende Ärzte/Ärztinnen beteiligt
3. Risikobewertung	1	▪ Risikobewertung wurde in fünf Krankenhäusern als nicht erforderlich erachtet, bei zwei Kliniken wurde keine Risikobewertung durchgeführt, weil keine grundlegende Prozessveränderung gegeben war ▪ ein Krankenhaus führte eine Risikobewertung des neu zu implementierenden Prozesses durch und konnte potentielle Störungsbereiche, „Notfälle, Patienten von nicht chirurgischen Stationen“, ermitteln, sowie daraufhin Kontrollen implementieren: OP-Zahlen-Controlling und Checklisten-Controlling, Anweisung - nur Patienten mit Checkliste kommen in den OP-Trakt
4. Pilottest	7	▪ Pilottestung vorwiegend bei einer Abteilung (ein bis zwei Stationen und OP-Säle) ▪ Einfluss auf verwandte Abläufe vorwiegend positiv: Kommunikationsverbesserung, mehr Aufmerksamkeit der Mitarbeiter durch Beschäftigung mit der Thematik, Schnittstellenverantwortlichkeiten geklärt ▪ Einfluss auf die Patientenversorgung positiv: Verbesserte Kommunikation (Fragetechnik bei Verifikation), Verbessertes Sicherheitsgefühl der Patienten, Prozesskontrollpunkte
5. Übertragung auf andere Bereiche	11	▪ 7 Kliniken (63,6 %) implementierten die SOP gleichzeitig in den verschiedenen Abteilungen, aufgrund der interdisziplinären Bezugnahme der Standardisierung und da SOP-Bestandteile teilweise schon eingeführt waren ▪ In 10 Krankenhäusern (90,9 %) wurde die SOP in bestehende Systeme integriert
6. Kommunikationsplan	11	▪ > 50,0 % wurde die SOP-Implementierung in Abteilungs-, Projektbesprechungen, Klinikkonferenzen sowie über Newsletter/Krankenhauszeitung angekündigt ▪ Zu knapp 50,0 % geben Mitarbeiter Feedback zur SOP-Implementierung durch aktive Aufforderung durch projektkoordinierende Personen oder beispielsweise durch Rückkopplung an direkte Vorgesetzte
7. Evaluationsstrategie	11	▪ Hausinterne Evaluationskomponenten sind beispielsweise Stichproben, Rückmeldungen von Mitarbeitern und Sicherheitskulturbefragung
8. Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses	11	▪ Zu > 50,0 % fortlaufende Prozessbeobachtung durch das Einholen von Informationen von Mitarbeitern, Überwachung der Datenqualität und Projektsteuerungsmeetings (→ Audits wurden nicht durchgeführt) ▪ Kontrollen der Dokumentationsqualität erfolgten vorwiegend durch Sichtprüfung der Checklisten (54,5 %), Stichproben (27,3 %) ▪ 8 Krankenhäuser (72,7 %) halten einen Umstieg auf eine elektronische OP-Checkliste für sinnvoll

6.1.2 Durchführung von Schulungen

In zehn von elf Krankenhäusern wurde eine Kick-Off-Veranstaltung durchgeführt. Bei zwei Kliniken wurden die Prozessschritte der präoperativen Verifikation, der Markierung des Eingriffsorts und das Team-Time-Out separat geschult. Durchschnittlich wurden 9,5 Schulungen durchgeführt, bei mindestens einer und maximal 30 Schulungsveranstaltungen (Angaben von zehn Krankenhäusern). Der zeitliche Rahmen der Schulungen lag durchschnittlich bei ca. 45 Minuten, wobei mindestens 20 Minuten und maximal 120 Minuten Schulungsdauer zur SOP angegeben wurden. Bei den Schulungen kamen vorwiegend folgende Implementierungsmaterialien, welche vom High 5s-Projekt zur Verfügung gestellt wurden, zum Einsatz:

- DVD mit dem Film „Time-Out“ der Schweizer Stiftung Patientensicherheit,
- Präsentation zur SOP-Einführung,
- SOP-Kurzversion,
- High 5s-Poster sowie die
- Broschüre des APS „Aus Fehlern lernen“.

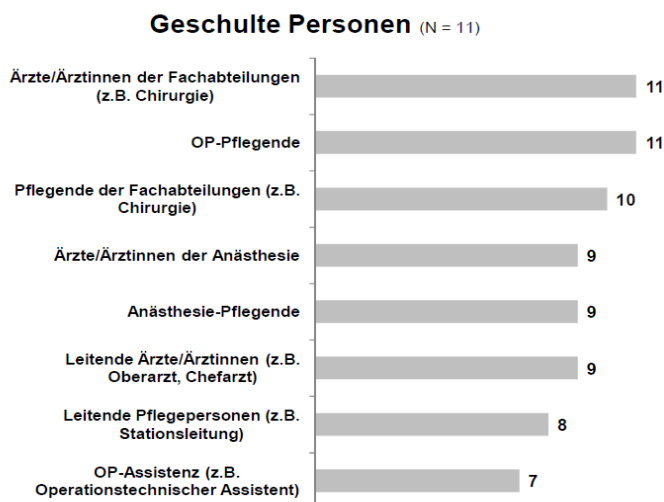


Abbildung 5: Geschulte Personen im Rahmen der Implementierung

Aus der Abbildung 5 geht hervor, dass die Schulungen vorwiegend interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend durchgeführt wurden. Dies wurde auch von den Befragungsteilnehmern für die Schulungsdurchführungen explizit empfohlen. Um spezifische Fragen und Belange zu erfassen, sollten zunächst Abteilungen und Berufsgruppen einzeln geschult werden.

6.2 Ressourcen und fördernde Faktoren der Implementierung

Für die Erfassung der notwendigen Ressourcen wurde im Rahmen der Interviews nach den geplanten personellen, materiellen und zeitlichen Ressourcen sowie nach ungeplanten Ressourcen gefragt. Die geplanten personellen Ressourcen waren in zwei befragten Kliniken vorhanden (vgl. B1, Z. 34-40) oder wurden bereitgestellt (vgl. B3, Z. 31). Im Einzelnen wurde lediglich die projektkoordinierende Person für die Implementierung eingeplant und zusätzlich durch Praktikanten unterstützt (vgl. B2, Z. 35-40). Die geplanten zeitlichen Ressourcen waren im Einzelfall mit Schwierigkeiten der Terminfindung der Steuergruppentreffen verbunden (vgl. B1, Z. 47 ff.). Außerdem wurden zeitliche Ressourcen intensiv für die Entwicklung eines Datenerhebungs- und Auswertungssystems in der Vorbereitungsphase erforderlich (vgl. B2, Z. 50-59, 94 f.). In einem der befragten Krankenhäuser wurden zeitliche Ressourcen problemlos bereitgestellt (vgl. B3, Z. 31). Mit Unterstützung durch das High 5s-Projekt verlief die Beschaffung von Checklisten ohne Besonderheiten (vgl. B2, Z. 88-91) und „[...]ausgesprochen gut“ (B1, Z. 69). Bei zwei Kliniken waren keine ungeplanten Ressourcen zu verzeichnen (vgl. B1, Z. 59; B3, Z. 36). Im Einzelfall wurde der Arbeitsaufwand in Zusammenhang mit der Datenerhebung und Kontrolle der Dokumentationsqualität unterschätzt, was durch den Einsatz von Praktikanten ausgeglichen wurde (vgl. B2, Z. 76-82).

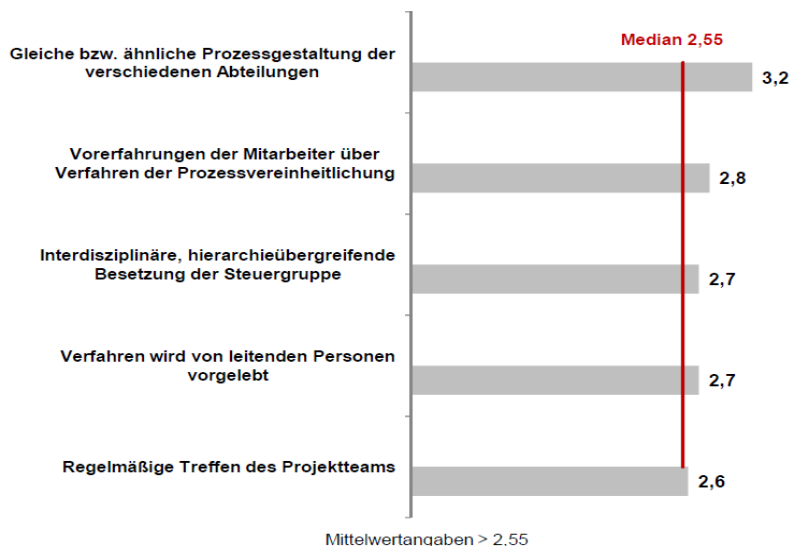


Abbildung 6: Fördernde Faktoren der Implementierung

Die fördernden Faktoren der Implementierung wurden im Rahmen der Online-Befragung anhand einer Einschätzungs-Skala (trifft nicht zu bis trifft zu) erhoben. Aus Abbildung 6 geht hervor, dass vorwiegend eine ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen, Vorerfahrung von Mitarbeitern mit Prozessvereinheitlichung (z.B. durch Anwendung von Behandlungspfaden, Expertenstandards), eine interdisziplinäre

linäre, hierarchieübergreifende Besetzung der Steuergruppe, die Vorbildfunktion von leitenden Personen sowie regelmäßige Projektteammeetings als fördernde Faktoren der Implementierung auszumachen sind.

Durch die Durchführung des Pilottests wurden fördernde Faktoren für den weiteren Implementierungsverlauf freigeschaltet. Aus Einzelaussagen der Online-Befragung geht hervor, dass eine positive Beeinflussung durch den Pilottest auf verwandte Abläufe durch eine Kommunikationsverbesserung, eine erhöhte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter durch die Beschäftigung mit der Thematik sowie die Klärung von Verantwortlichkeiten an Schnittstellen gegeben war. Die Patientenversorgung ist ebenfalls durch eine Kommunikationsverbesserung, insbesondere durch die Fragetechnik bei der Verifikation beeinflusst. Einflussgrößen stellen außerdem ein verbessertes Sicherheitsgefühl der Patienten⁴² sowie die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten durch Prozess-Kontroll-Punkte dar. Im Interview beschrieb eine projektkoordinierende Person, unabhängig von der Pilottestung, dass die Klärung von Verantwortlichkeiten mit einer Erleichterung für die Anwender einherging (vgl. B1, Z. 102-118).⁴³

6.3 Barrieren und Umgang mit Hindernissen

Die Barrieren der Implementierung und der Umgang mit diesen wurden aus zwei Perspektiven betrachtet. Zum einen wurden die Schwierigkeiten und Hindernisse, welche bei den einzelnen Implementierungsschritten vorkamen, betrachtet, zum anderen die Barrieren, welche bei der Umsetzung der verschiedenen Prozessschritte der Checkliste (präoperative Verifikation, Markierung des Eingriffsorts, TTO) zu verzeichnen waren. Beide Sichtweisen werden im Folgenden dargelegt.

6.3.1 Barrieren und Umgang mit Hindernissen - Implementierungsschritte

In Tabelle 5 sind die Barrieren sowie Faktoren des Umgangs, chronologisch den Implementierungsschritten folgend, anhand von absoluten Zahlen vollständig dargestellt. Dabei sind durch die Filterpfade des Fragebogendesigns unterschiedliche Teilnehmeranzahlen (N Gesamt) in den einzelnen Implementierungsschritten gegeben.

⁴² Nach Fleuren et al. (2004, S. 110 f., 117 ff.) und Tabelle 3 (Nr. 2) wird die Wahrnehmung der Vorteile der Innovation durch die Patienten als ein fördernder Faktor der Implementierung dargelegt.

⁴³ Die klaren Abläufe und Richtlinien einer Innovation und der relative Nutzen der SOP-Implementierung, welche die Erleichterung für die Anwender mit sich bringt, ist nach Fleuren et al. als fördernder Faktor bezeichnet (vgl. Fleuren et al. 2004, S. 110 f., 117 ff. & Tabelle 3 (Nr. 34, 37)).

Tabelle 5: Barrieren und Faktoren des Umgangs/der Überwindung der Hindernisse - Implementierungsschritte

Implementierungsschritt	N Gesamt	N	Hindernisse	N	Umgang mit Hindernissen
1. Koordinierung der SOP- Implementierung: Zusammenstellung der Steuergruppe	10	4 4 3 3 2 1	Kommunikation Widerstand gegenüber Veränderungen Zustimmung der Mitarbeiter Ressourcen (Finanzierung/Zeit) Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	5 5 4 4 2 2 2 1	Unterstützung durch die Führungsebene Einbeziehung der Mitarbeiter Verbesserte Kommunikation Bereitstellung von Weiterbildungs-/ Schulungsangeboten zur SOP Management von Veränderungsprozessen Verbesserte Sicherheitskultur Keine Herausforderungen (Freitext) Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
2. Projektarbeitsplan Erarbeitung des Projektarbeitsplanes	6	3 2 1 1 1 1	Ressourcen (Finanzierung/Zeit) Kommunikation Wissen darüber, wie bestehende Prozesse tatsächlich ablaufen Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen Einbindung der Mitarbeiter Terminabstimmungen (Freitext)	4 3 3 2	Kommunikation Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Führungskräfte Bereitstellung von Weiterbildungs-/ Schulungsangeboten zur SOP Persönlicher Einsatz (Freitext)
3. Risikobewertung Durchführung der Risikobewertung	1	1	Einbindung der Mitarbeiter	1	Kommunikation
4. Pilottest Durchführung des Pilottests	7	4 3 3 1	Widerstand gegenüber Veränderungen Zustimmung der Mitarbeiter Kommunikation Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	4 4 3 2 1 1 1	Einbindung der Mitarbeiter Kommunikation Unterstützung der Führungsebene Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP Anerkennung der Teilnahme Besonderes Engagement einer Einzelperson (Freitext) Ergänzung der Checkliste (Freitext)
5. Übertragung auf andere Bereiche Verbreitung der SOP im Krankenhaus	9	4 4 4 3 2 1 1	Zustimmung der Mitarbeiter Widerstand gegenüber Veränderungen Belastung durch die Datenerhebung Ressourcen (Finanzierung/Zeit) Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene Kommunikation	6 5 4 4 3 3 1 1	Kommunikation Einbindung der Mitarbeiter Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP Anerkennung der Teilnahme Unterstützung der Führungsebene Strategien zum Umgang mit Veränderungen Verbesserte Sicherheitskultur

Implementierungsschritt	N Gesamt	N	Hindernisse	N	Umgang mit Hindernissen
6. Kommunikationsplan Kommunikation bei der Verbreitung der SOP	11	4 3 2 2 1 1 1 1 1	Ressourcen (Finanzierung/Zeit) Unterstützung/Beratung durch die Führungsebene Bereitstellung unangemessener Informationen Keine Hindernisse/Herausforderungen (Freitext) Bereitstellung falscher Informationen Mangelnde Einsicht der Ärzte/erhebliche Widerstände (Freitext) Falsche Darstellung/Gerüchteküche (Freitext) Schlechte Erreichbarkeit der Führungsebene (Freitext)	4 4 3 2 2 1 1 1 1	Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte Zugang zu Kommunikationswegen/-mitteln des teilnehmenden Krankenhauses Regelmäßig stattfindende High 5s-Projektbesprechungen Unterstützung durch die Organisation/Fachbereichsleitung Nicht notwendig (Freitext) Direkte Klärung (Freitext) Persönlicher Einsatz (Freitext) Lange Wartezeiten akzeptiert (Freitext)
7. Evaluationsstrategie Umsetzung der Datensammlung zu den SOP-Indikatoren und/oder der Ereignisanalyse	6	4 2 2 2 1 1 1 1 1	Beeinflussung der Datensammlung durch die erhebenden Personen Ressourcen (Zeitmangel, Finanzierung) Zustimmung der Mitarbeiter Schwierigkeiten mit der Lesbarkeit und Verlust von Checklisten (Freitext) Ressourcen (Personalmangel) Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene Unterstützung durch die Organisation um Zugang zu den benötigten Daten zu bekommen Schlechte Dokumentationsmoral der Mitarbeiter (Freitext)	5 3 2 1 1 1 1 1 1	Verbesserte Kommunikation mit den Mitarbeitern, die bei der Datenerhebung beteiligt sind Einbindung der Mitarbeiter Unterstützung durch die Führungsebene bei der Evaluation Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zu der SOP-Evaluation Überstunden (Freitext) Direkte Ansprache der Mitarbeiter/Rückmeldung an Projektgruppe und Vorgesetzte (Freitext) Checklistenkontrolle vor Versand nach bestehenden Einlese-Fehlern

Aus der Übersicht geht hervor, dass in den verschiedenen Phasen der Implementierung unterschiedliche Barrieren und Umgangsfaktoren vorkommen.⁴⁴ Für eine Tendenzbeschreibung der Barrieren und Umgangsfaktoren der Implementierung insgesamt wurden die vorwiegend vorkommenden Ausprägungen betrachtet.⁴⁵ Tendenziell sind:

- der Widerstand gegenüber Veränderungen,
- die Zustimmung/Einbindung der Mitarbeiter und
- die Ressourcen (Finanzierung/Zeit) als Hindernisse auszumachen.

Der Umgang mit den vorkommenden Barrieren ist tendenziell vorwiegend mit

- verbesserter Kommunikation,
- der Einbindung der Mitarbeiter und der Führungskräfte
- sowie der Bereitstellung von Schulungsangeboten zu beschreiben.

Im Rahmen der Interviews wurde der Widerstand gegenüber Veränderungen wie folgt erläutert: Von zwei projektkoordinierenden Personen wurde ein Widerstand bei wenigen Mitarbeitern beschrieben (vgl. B1, Z. 271 ff., 280 f.; B3, Z. 44). Im Einzelfall war der Widerstand als erhebliches Hindernis der Implementierung gegeben (vgl. B2, Z. 125 f.). Von der projektkoordinierenden Person wurde dargelegt, dass verschiedene Entwicklungsstufen der Schwierigkeiten zu verzeichnen waren (vgl. B2, Z. 100). Vorerst bestehende Skepsis und die Hinterfragung der Sinnhaftigkeit des Verfahrens insbesondere bei ärztlichen Mitarbeitern einer Fachdisziplin. Zudem wurden Probleme mit einer Fachabteilung hervorgerufen und zuletzt führte dies zu ablauftechnischen Problemen im OP-Programm und automatisiertem Ankrenzverhalten bei der Checklisten-durchführung (vgl. B2, Z. 101-154). Ein Umgangsfaktor mit diesen Schwierigkeiten war durch den Nachweis einer offensichtlichen Wirksamkeit des Verfahrens gegeben. Durch die, von der Checklistenanwendung aufgedeckten, Beinahe-Ereignisse wurde der Skepsis entgegengewirkt (vgl. B2 Z. 121-124). Außerdem wurde durch direkte Ansprache, kontinuierliche Gesprächsführung, Nachschulungen und die Einbeziehung der Führungsebene reagiert und eine noch andauernde Lernkurve beschrieben (vgl. B2, Z. 163-168).

Eine weitere angegebene Schwierigkeit war die Dokumentationsqualität und das Datenmanagement im Rahmen der Evaluation, welche mit vermehrtem Zeit- und Arbeits-

⁴⁴ Dies ist anhand der unterschiedlich häufigen Nennungen sowie durch die angegebenen Einzelaussagen (Freitext) zu erkennen.

⁴⁵ Dafür wurden die Häufigkeit der Ankrenzmöglichkeiten einzelner Ausprägungen sowie die Häufigkeit der zutreffenden Angabe der Befragungsteilnehmer ermittelt.

aufwand sowie Steuerungsproblemen bei der Implementierung einhergingen. Die Dokumentationsqualität war „sehr unterschiedlich“ (B2, Z. 93) und deswegen wurde geprüft, ob die Checklisten für die Datenerhebung lesbar waren, wenn beispielsweise *„[...] ein Mitarbeiter ganz schnell ankreuzt und halt nur ein bisschen vom Kästchen trifft, oder weil er nicht fest genug aufdrückt weil die Unterlage nicht hart genug ist und man sieht den Strich nicht, oder weil er kreativ ist, er macht kein Kreuz, er macht Kringel [...]“* (B1, Z. 177-190). Dies kann zu Einlese-Fehlern der Checklisten führen und mit einer Fehlerquote bei der Auswertung einhergehen. Um diesen vorzubeugen werden die Checklisten mit schlechter Dokumentationsqualität für das elektronische Einlesen gekennzeichnet (vgl. B1, Z. 165-168). Weiterhin wurde beschrieben, dass die verspätete Auswertung zu Managementproblemen bei der Implementierung führte: *„...wenn ich jetzt nach langer Zeit mit irgendwelchen Auswertungen ankomme und sage hier, Mensch in 90 % [...] wurde Feld XY nicht ausgefüllt, was ist da los, habt ihr das falsch verstanden oder sowas, dann sagen die – wieso, nee das machen wir doch schon die ganze Zeit so – [...] da ist es dann schwierig in Diskussion zu gehen“* (B3, Z. 351-358). Im Einzelfall wurden die Daten zusätzlich zu der Projektauswertung selbst evaluiert. Vorteilhaft war dabei der direkte Datenzugang durch die Abteilungsleitung. Nachteilig war der zusätzliche Zeit- und Arbeitsaufwand (vgl. B2, Z. 76-95).

6.3.2 Barrieren und Umgang mit Hindernissen – Prozessschritte

Für eine Rangpositionierung der Hindernisse der einzelnen Prozessschritte wurden die Mittelwerte aus den Einschätzungen (trifft nicht zu bis trifft zu) dargestellt. Die folgende Abbildung (Abbildung 7) beinhaltet alle Hindernisse, welche im Mittel oberhalb des Median zu verzeichnen sind. Es geht hervor, dass der Widerstand von Mitarbeitern, insbesondere von Einzelpersonen (bei einem Mittel von $\approx 2,5$), der Implementierung bei allen Prozessschritten der OP-Checkliste deutlich als Hauptbarriere auszumachen ist. Bei dem Prozessschritt des TTO ist außerdem die Differenzierung des Widerstandes in einer Berufsgruppe und in einer Fachabteilung gegeben, welche knapp über dem Median angesiedelt sind. Weiterhin verdeutlicht die Abbildung, dass unterschiedliche Barrieren bei der Implementierung der einzelnen Prozessschritte zu verzeichnen sind. Bei der Implementierung des TTO sind die mangelnde Ernsthaftigkeit in der Durchführung sowie eine gefühlte Zeitverschwendung aus Sicht der durchführenden Personen als hemmende Faktoren für die Umsetzung der OP-Checkliste auszumachen. Zwei projektkoordinierende Personen beschrieben im Rahmen des Interviews, dass eine unzureichende Akzeptanz bei der Anwendung insbesondere bei dem Prozessschritt des TTO zu verzeichnen war (vgl. B2, Z. 316; B3, Z. 141).

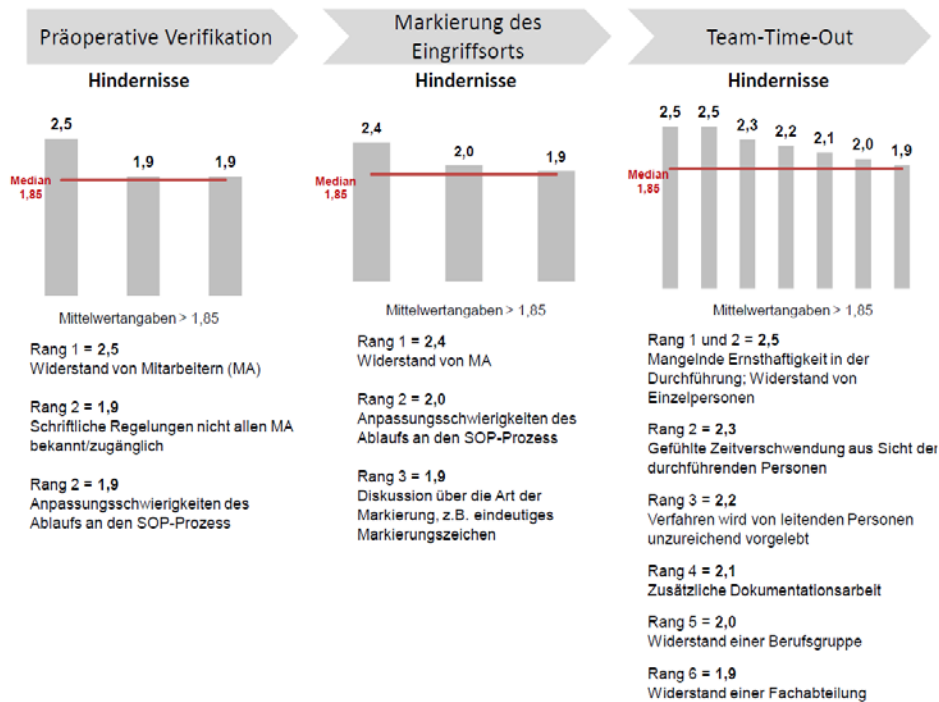


Abbildung 7: Hindernisse bei der Implementierung der einzelnen SOP-Prozessschritte

In Abbildung 8 werden die drei am häufigsten benannten Umgangs- und Lösungsinterventionen in absoluten Zahlen dargestellt. Den Hindernissen wurde vorwiegend mit schriftlichen Anweisungen zur korrekten Durchführung der Prozessschritte nach SOP sowie durch die Durchführung von Nachschulungen begegnet.

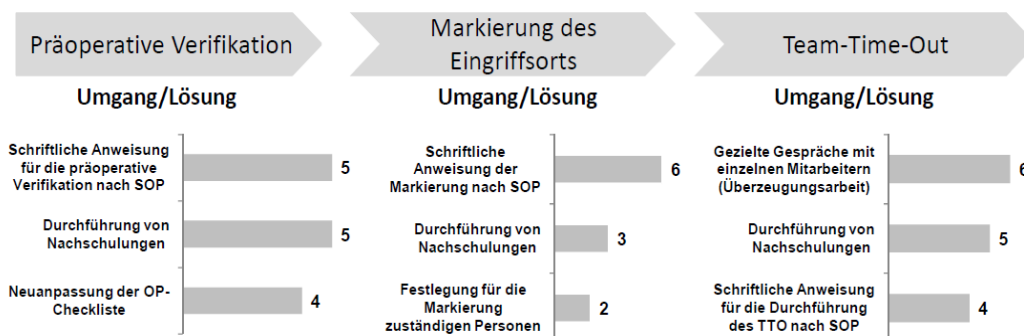


Abbildung 8: Umgang mit Hindernissen – Prozessschritte

Die unterschiedlichen Charakteristika der Barrieren bei der Implementierung der einzelnen Prozessschritte erfordern differenzierte Maßnahmen des Umgangs. Im Rahmen der Implementierung der präoperativen Verifikation wurde eine Neuanpassung der Checkliste erforderlich. Bei dem Prozessschritt der Eingriffsortmarkierung wurden die Verantwortlichkeiten der durchführenden Personen festgelegt. Mit den Barrieren bei der Implementierung des TTO wurden im Rahmen der Überzeugungsarbeit gezielte Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern umgegangen.

6.4 Empfehlungen für die Implementierung

Im Rahmen der Interviewdurchführung wurden die projektkoordinierenden Personen explizit nach Implementierungstipps befragt, welche für Krankenhäuser empfohlen werden können, die eine OP-Checkliste bzw. die SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen neu implementieren möchten. Für ein Implementierungsvorhaben ist die Erstellung einer Projekt- und Ressourcenplanung erforderlich (vgl. B1, Z. 261; B2, Z. 637). Zudem wird als wichtig erachtet, den Rückhalt und die Unterstützung der Führungsebene sowie der Leitungspersonen der betreffenden Bereiche zu sichern (vgl. B1, Z. 253-260; B3, Z. 214-220). Der neue Verfahrensablauf sollte für eine realistische Einschätzung der Ausführung im Vorfeld der Implementierung nicht nur theoretisch sondern auch physisch durchlaufen werden (vgl. B2, Z. 450-459). Für die Checklistenentwicklung und das Checklistendesign wird empfohlen, dass die Anwender in den Entwicklungsprozess einbezogen werden sollten. Zudem sollten mehrere Checklisten begutachtet werden und auf Strukturstimmigkeit und Missverständnisse kritisch geprüft sowie fachlich diskutiert werden (vgl. B2, Z. 465 ff., 478-483; B3, Z. 169 ff., 315-320). Weiterhin wurde im Rahmen der Interviews berichtet, dass eine verstärkte Aufmerksamkeit bei der Checklistendurchführung erreicht werden kann, wenn die Anwender eine Unterschrift auf der Checkliste leisten müssen. Die Dokumentation wird dadurch mit einer höheren Wertigkeit betrachtet (vgl. B2, Z. 509-523). Weiterhin sollte eine Verfahrensanweisung zur Checkliste entwickelt werden (vgl. B3, Z. 175 ff.). Für die Durchführung von Schulungen, welche in der Online-Befragung erhoben sowie ergänzend in den Interviews erläutert wurden, wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Um spezifische Fragen und Probleme zu erfassen, sollten die Abteilungen und Berufsgruppen zunächst getrennt eingewiesen werden. Weiterhin werden kürzere und häufigere Schulungen sowie eine zeitnahe Durchführung zu den Implementierungsaktivitäten empfohlen. Neben der Schaffung einer positiven Atmosphäre sollte bei der Mitarbeitereinbeziehung darauf geachtet werden, dass alle Berufsgruppen geschult werden, die Chefsärzte mit einbezogen werden und bei Notwendigkeit stärker verpflichtende Elemente zum Tragen kommen. Inhaltlich sollte bei den Schulungen, neben der Hervorhebung von Vorteilen und dem Anbringen von Praxisbeispielen, der Unterschied zwischen dem bisherigen und dem neuen Verfahren explizit dargelegt werden (vgl. B3, Z. 178-192). Es wird empfohlen, einen Film zum Team-Time-Out⁴⁶ zu zeigen und ein Rollenspiel dazu durchzuführen (vgl. B3, Z. 196-200). Es sollte dabei beachtet werden, dass durch den Film das Argument des hohen Zeitaufwands der Durchführung zwar abgewehrt

⁴⁶ In einem Film zur Durchführung des TTO wird veranschaulicht, dass in kürzester Zeit alle sicherheitsrelevanten Abfragen durchgeführt werden können.

wird, jedoch das Gefühl des Zeitverlustes bei Einzelpersonen dennoch vorhanden ist, was zu Ausweichverhalten führen kann (vgl. B1, Z. 292-301). Eine enge Begleitung der Schulungs- und Einführungsphase ist erforderlich, denn: *„[d]a muss immer wieder am Anfang erinnert werden und auch geguckt werden, was passiert wirklich, weil Sie haben verschiedene Berufsgruppen die beteiligt sind, natürlich Leute die Verweigerer sind [...] dass Sie die mit ins Boot bekommen. Wenn Sie das einreißen lassen in der ersten Phase, dass dann einer ausschert oder zwei ausscheren, dann streut das ganz schnell“* (B1, Z. 268-271, 282-285). Es sollten intensive Rückkopplungsgespräche geführt werden (vgl. B2, Z. 495) und: *„[g]ehen Sie davon aus, dass die Leute, die Menschen im OP kreativ sind und das bedeutet, in ihrer Kreativität werden sie Wege suchen, das Verfahren nicht so durchzuführen, wie sie sich das vorgestellt haben“* (B1, Z. 288-291). Für die Evaluation des Verfahrens sollten die Auswertungsmethode, die zu erhebenden Kennzahlen und eine zeitliche Regelung mit den Beteiligten abgesprochen werden, um eine zeitnahe Datenrückspiegelung zu ermöglichen (vgl. B3, Z. 205-209). Die Datenerhebung und -auswertung dient der direkten Nachvollziehbarkeit und ist mit einem zusätzlichen Arbeitsaufwand verbunden, der nicht unterschätzt werden sollte (vgl. B2, Z. 500-504).

Im Hinblick auf die zentralen Forschungsfragen wird deutlich, dass der Implementierungsverlauf eng mit den bestehenden organisationalen Strukturen/Abläufen, den zur Verfügung stehenden Mitteln und fördernden Faktoren, dem Engagement der Mitarbeiter und den projektkoordinierenden Personen in Verbindung steht. Im Folgenden gilt es zu diskutieren, ob anhand der empirischen Erhebung bestimmte Aussagen zu der Implementierung verallgemeinert sowie welche Schlussfolgerungen aus den dargelegten Ergebnissen gezogen werden können.

7 Diskussion

Die Implementierung von Prozessinnovationen im Krankenhaus erfordert für eine erfolgreiche systematische Etablierung ein komplexes Systemwissen (vgl. Gopalakrishnan et al. 1999, S. 150 ff.). Eine Analyse der fördernden und hemmenden Faktoren der Implementierung ist erforderlich, um mögliche Hindernisse zu verstehen sowie diese in der Implementierungsstrategie zu berücksichtigen. Im Rahmen der Feasibility-Studie des High 5s-Projektes wurde, für die Bemessung der Durchführung der Implementierung einer standardisierten Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, die Vorgehensweise der Implementierung, mit Fokus auf die Barrieren und fördernden Faktoren, untersucht. Im Folgenden werden die methodische Vorgehensweise kontrovers und kritisch betrachtet sowie die Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die dargelegten theoretischen Erkenntnisse interpretativ erläutert.

7.1 Diskussion der methodischen Vorgehensweise

Für die methodische Vorgehensweise wurde eine narrative Forschungsperspektive durch das High 5s-Projekt vorgegeben, mit dem Ziel, die Implementierungserfahrungen der projektkoordinierenden Personen von 16 teilnehmenden Krankenhäusern zu erfassen. Dafür wurde eine Online-Befragung durchgeführt sowie, ergänzend zu dieser Befragung, drei projektkoordinierende Personen per Telefon zu den Implementierungserfahrungen interviewt. Die Stichprobe der teilnehmenden Krankenhäuser wurde nicht als eine Zufallsstichprobe⁴⁷ bezeichnet, da die Kliniken freiwillig an dem Projekt teilnehmen. Durch die Freiwilligkeit wurde eine vermehrte Bereitschaft bzw. Motivation für die Etablierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und die Verbesserung der Patientensicherheit angenommen. Nicht alle 16 Projektkrankenhäuser haben an der Untersuchung mitgewirkt (Teilnahme von 11 Kliniken), weshalb eine Antwortverzerrung der Ergebnisse, in Bezug zu einer Gesamterhebung für Deutschland, nicht ausgeschlossen werden kann. Jedoch ist ein entsprechender Einblick durch eine Rücklaufquote von ca. 70 % gegeben. Weiterhin ist durch den unterschiedlichen Implementierungsstatus der Krankenhäuser eine Ergebnisverzerrung möglich, da der Status der Vollimplementierung lediglich bei 8 Krankenhäusern (ca. 73 %) zu verzeichnen war. Bestimmte Sachverhalte konnten bei drei Kliniken nicht umfassend beantwortet werden, da diese zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht zutreffend waren. Die Implementierung ist ein fortlaufender Prozess, welcher durch ständige Anpassung und Verbesserung gekennzeichnet ist (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 45). Zum einen wird dadurch die Grenze der verallgemeinernden Schlussfolgerungen auf die Grundgesamtheit deutlich. Zum anderen besteht, in Bezug auf die Reliabilität der Methode, das Charakteristikum einer Momentaufnahme der Untersuchung. Weiterhin wird das Fragebogendesign kritisch beleuchtet. Durch die verschiedenen Eigenheiten der einzelnen Implementierungsschritte⁴⁸ wurden Merkmale zu Hindernissen und Umgangsfaktoren unterschiedlich oft abgefragt. Zudem konnten die befragten Personen zu jedem Implementierungsschritt durch Freitextangaben weitere Anmerkungen äußern. Damit geht einher, dass im Rahmen der Befragungsauswertung die Daten zu den Barrieren und Umgangsfaktoren nicht gebündelt werden konnten. Die Befragungsergebnisse, für die Beschreibung der Barrieren und Umgangsfaktoren der Implementierung insgesamt, erfüllen deshalb den Anspruch einer Tendenzdarlegung.

⁴⁷ Eine Zufallsstichprobe ist dadurch gekennzeichnet, dass jedes Merkmal in gleicher Wahrscheinlichkeit im Sample vorkommen kann (vgl. Raab-Steiner/Benesch 2008, S. 17).

⁴⁸ Beispielsweise wurde die Barriere der „unzureichenden Ressourcen“ bei allen Implementierungsschritten erfragt. Die Barriere der „Beeinflussung der Datensammlung durch die erhebenden Personen“, konnte lediglich bei einem Implementierungsschritt abgefragt werden, da diese kennzeichnend für die Evaluationsstrategie ist.

Drei projektkoordinierende Personen, welche die Implementierung ca. ein bis zwei Jahre begleiteten, wurden ergänzend zu der Befragung interviewt (vgl. ÄZQ 2012, S. 5). Die einzelnen Interviewergebnisse sind durch die Leitfadenanwendung vergleichbar. Die Auswertung erfolgte durch die Anwendung der Methode nach Meuser und Nagel 2005, welches bezüglich der Validierung der Ergebnisse möglichst genau und transparent dargelegt wurde (vgl. Lamnek 2005, S. 157 f.). Eine Implementierung, welche eine Veränderung des Handelns der Mitarbeiter durch die Anwendung der SOP/OP-Checkliste in die alltägliche Praxis beinhaltet, ist ein komplexes Geschehen und unterliegt zahlreichen Einflussfaktoren (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 45; Fleuren et al. 2004, S. 110 f., 117 ff.). Die telefonische Befragung ging aufgrund der Komplexität der Thematik mit einem entsprechenden Schwierigkeitsgrad einher. Zudem äußerten sich die befragten Personen spontan zu den Sachverhalten. Es besteht demnach kein Anspruch auf eine allumfassende Darlegung der Barrieren und fördernden Faktoren der Implementierung, jedoch kann durch die Methodenkombination (Befragung und Interviews) ein Einblick sowie Rückschlüsse auf die tendenziell typisch vorkommenden Faktoren der Implementierung gegeben werden. Die Methodentriangulation trägt zu einer tiefergehenden Datenanalyse bei und kann die Validität der Ergebnisse positiv beeinflussen (vgl. Lamnek 2005, S. 158 f.).

7.2 Diskussion der Ergebnisse

Für die interpretative Betrachtung der empirischen Ergebnisse wird zunächst die Ist-Vorgehensweise der Implementierung in Bezug zur Soll-Vorgehensweise dargelegt. Die Soll-Vorgehensweise wurde im Rahmen der SOP des High 5s-Projektes für die teilnehmenden Krankenhäuser anhand von Implementierungsschritten empfohlen, welche unter Punkt 4.2 dargelegt sind. Die Koordinierung der SOP-Implementierung geht laut SOP mit der Bildung einer interdisziplinären und hierarchieübergreifenden Steuergruppe einher (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 7). Bei mehr als 50 % der teilnehmenden Krankenhäuser wurde dies umgesetzt, wobei die Führungsebene (45,5 %) sowie der Fachbereich der Anästhesie (18,2 %) vermehrt mit einbezogen werden sollten. Die Einbeziehung der Führungsebene wurde vom Projekt empfohlen, da diese insbesondere für die Ressourcenbereitstellung und mögliche Beseitigung von Hindernissen eine entscheidende Rolle spielt (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 26). Die tatsächliche Vorgehensweise der Implementierung spiegelt wieder, dass die Durchführung der verschiedenen Schritte stark in Verbindung mit den krankenhausindividuellen Prozessgegebenheiten steht. Beispielsweise wurde die Risikobewertung, welche eine Abschätzung für ein mögliches Scheitern des neu zu implementierenden Prozesses beinhaltet, lediglich in einem Krankenhaus durchgeführt (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 32). Bei fünf teil-

nehmenden Kliniken wurde diese als nicht erforderlich erachtet. In zwei Krankenhäusern wurde die Risikobewertung nicht durchgeführt, da keine grundlegende Prozessveränderung im Rahmen der SOP-Implementierung gegeben war. Die Durchführung eines Pilottests wurde im Rahmen der Implementierungsstrategie empfohlen, da durch das Ausprobieren in einem überschaubaren Rahmen neue Hindernisse oder Risikoaspekte identifiziert und diese im Vorfeld einer krankenhausweiten Anwendung bearbeitet werden könnten (vgl. High 5s-GSK 2010, S. 32). In sieben Kliniken (ca. 64 %) wurde ein Pilottest, bei einer Abteilung bzw. ein bis zwei Stationen und OP-Sälen, durchgeführt. Der Pilottest wurde nicht für notwendig erachtet, wenn beispielsweise das Verfahren zum Teil schon eingeführt war. Für die Übertragung der SOP auf andere Bereiche wurde die sequentielle Vorgehensweise nach SOP empfohlen, um eine intensive Begleitung der Einführungsphase und Prozessbeobachtung zu ermöglichen (vgl. High 5s-SOP 2010, S. 9). In sieben Kliniken (64 %) wurde die SOP, entgegen der Empfehlung, gleichzeitig in den Abteilungen implementiert. Gründe für diese Vorgehensweise waren aufgrund der interdisziplinären Bezugnahme des Verfahrens gegeben sowie dadurch, dass bereits SOP-Bestandteile im bestehenden Prozess vorhanden waren. Ein Einfluss der krankenhausindividuellen Gegebenheiten auf die Anwendung der Implementierungsschritte besteht somit zum einen durch die bestehenden Prozessabläufe in Verbindung mit der Stimmigkeit des zu implementierenden SOP-Prozesses (vgl. Rogers 1995, S. 36; Grol/Wensing 2005, S. 48). Zum anderen ist ein Einfluss durch den Neuheitsgrad der SOP gegeben (vgl. Munck et al. 2011, S. 55). Weiterhin zeigt die Ist-Vorgehensweise der Implementierung auf, dass keine universal anzuwendende Implementierungsstrategie auszumachen ist, sondern die Soll-Vorgaben einen Modellcharakter, im Sinne des Implementierungsmodells nach Grol und Wensing 2005, für die systematische Implementierung haben. Dies ist daran erkennbar, dass eine unterschiedlich häufige Anwendung der einzelnen Implementierungsschritte durch die Projektkrankenhäuser zu verzeichnen ist (Erstellung des Projektarbeitsplans, Risikobewertung, Pilottest, Ausweitung der SOP auf andere Bereiche). Es kann demnach eine Anpassung der Implementierungsstrategie an den organisationalen Kontext für jeden Implementierungsschritt empfohlen werden.

Im weiteren Verlauf werden die fördernden Faktoren der Implementierung betrachtet. Die SOP stellt eine Prozessinnovation dar, welche eine Veränderung des Prozesses und des Verfahrens beinhaltet und ein umfangreiches Systemwissen erfordert (vgl. Wittmann et al 2006, S. 12; Munck et al. 2011, S. 54; Gopalakrishnan et al. 1999, S. 150 ff.). Eine Erleichterung der Implementierung der Prozessinnovation bzw. der SOP ist demnach durch die gleiche bzw. ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen

Abteilungen gegeben. Weiterhin sind die Vorerfahrungen der Mitarbeiter mit Verfahren der Prozessvereinheitlichung (z.B. die Anwendung von Expertenstandards, Behandlungspfade) fördernd für die Implementierung der SOP, da die Mitarbeiter entsprechende Fähigkeiten erlangt haben, Standardisierungsverfahren zu akzeptieren und folglich umzusetzen (vgl. Rogers 1995, S. 21; Fleuren et al. 2004, S. 110 f., 117 ff.). Spekulativ ist anzuführen, dass der Innovations-Entscheidungsprozess nach Rogers von den Mitarbeitern möglicherweise bereits bei ähnlichen Standardisierungsverfahren erfolgte, was mit einer erhöhten Bereitschaft für die Anwendung ähnlicher Verfahren einhergehen könnte (vgl. Rogers 1995, S. 190). Zudem wurden, durch die Durchführung des Pilottests in einem Krankenhaus, fördernde Faktoren freigeschaltet. Beispielsweise die erhöhte Aufmerksamkeit der Mitarbeiter durch die Beschäftigung mit der Thematik, die Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten an Prozessschnittstellen als Erleichterung für die Anwender sowie ein verbessertes Sicherheitsgefühl der Patienten. Eine Pilottestdurchführung kann demnach als Anreiz für fördernde Faktoren wirken.

Die hemmenden Faktoren/Barrieren der Implementierung sind bei den Implementierungsschritten in dem Widerstand gegenüber Veränderungen, die Zustimmung/Einbindung der Mitarbeiter und in unzureichenden Ressourcen (Finanzierung/Zeit) tendenziell auszumachen. Die in der Literatur beschriebene Skepsis gegenüber Veränderungen sowie die häufig auftretenden Widerstände bei der Checklistenanwendung, können bei der Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen bestätigt werden (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 259 f.; Lessing et al. 2010, S. 182). Bei den drei verschiedenen Prozessschritten der zu implementierenden OP-Checkliste (präoperativen Verifikation, der Markierung des Eingriffsortes, Team-Time-Out) ist ebenfalls der Widerstand von Mitarbeitern zu verzeichnen. Somit ist der Widerstand auf das Verfahren insgesamt bezogen und nicht für einen Prozessschritt kennzeichnend. Eine weitere Barriere der Implementierungsschritte stellen die unzureichenden Ressourcen für die SOP-Implementierung dar. Zu diesen wird spekulativ angemerkt, dass Innovationsprojekte, welche einen erhöhten Personal-, Zeit- und Mittelbedarf beanspruchen sowie zusätzlich zum Tagesgeschäft verlaufen, mit einer erschwerten Ressourcenbeschaffung einhergehen können (vgl. Witt/Witt 2008, S. 205). Außerdem ist eine allgemeine bestehende Ressourcenknappheit bei Krankenhäusern durch gesundheitspolitische, wirtschaftliche und wettbewerbsbedingte Rahmenbedingungen gegeben (vgl. ter Haseborg/Zastrau 2007, S. 261). Bei der Datenerhebung ist die unterschiedliche Dokumentationsqualität als hemmender Faktor gegeben, denn das korrekte Ankreuzen der Anwender in das dafür vorgesehene Dokumentationsfeld

der Checkliste, ist für eine unproblematische elektronische Datenerfassung maßgeblich. Die Prüfung der Dokumentationsqualität stellt einen nicht zu unterschätzenden Arbeitsaufwand dar. Die Umgangsfaktoren mit den tendenziell zu verzeichnenden Barrieren bei der SOP-Implementierung sind eine verbesserte Kommunikation, der vermehrten Einbindung der Mitarbeiter und der Führungskräfte sowie die Bereitstellung von Schulungsangeboten. Dies sind vorwiegend Interventionen die an die Fachkräfte gerichtet sind (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 52 f.). Weiterhin ist zu verzeichnen, dass differenzierte Barrieren bei den Implementierungsschritten und bei der Umsetzung der Prozessschritte bestehen. Bei der Umsetzung der Prozessschritte sind hemmende Faktoren beispielsweise die Anpassungsschwierigkeiten des Ablaufs an den SOP-Prozess, die mangelnde Ernsthaftigkeit in der Durchführung des Team-Time-Outs und die gefühlte Zeitverschwendung aus Sicht der durchführenden Personen. Den Hindernissen bei der Implementierung der einzelnen Prozessschritte wurde mit der Neuanpassung der Checkliste, Nachschulungen, schriftlichen Anweisungen sowie gezielten Gesprächen im Sinne der Überzeugungsarbeit begegnet. Nach Grol und Wensing 2005 erfordern unterschiedliche Implementierungsphasen auch unterschiedliche Interventionen (vgl. Grol/Wensing 2005, S. 52 f.). Durch die duale Perspektive auf die Barrieren der Implementierung, zum einen durch die Betrachtung der Implementierungsschritte und zum anderen durch Untersuchung der Prozessschritte, ist die Aussage von Grol und Wensing auch bei der SOP-Implementierung zutreffend und zu erweitern. Hinzuzufügen ist die Empfehlung, dass die Barrieren der Implementierung einer Prozessinnovation auch aus einer Prozesssicht betrachtet werden sollten, um diese als begrenzte Rahmenbedingungen wahrzunehmen, zu verstehen sowie diese in der Implementierungsstrategie mit zu berücksichtigen. Die Barrieren der verschiedenen Prozessschritte können ebenfalls mit unterschiedlichen Interventionen (anwenderbezogen und verfahrenstechnische Maßnahmen) einhergehen.

Die allgemeinen Determinanten der Implementierung von Innovationen im Gesundheitswesen nach Fleuren et al. (2004, S. 110 f., 117 ff.) können für die Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen um folgende fördernde und hemmende Faktoren spezifiziert und erweitert werden. Die Darlegung erhebt keinen Vollständigkeitsanspruch der Einflussfaktoren der Implementierung, sondern stellt einen Einblick dar, welcher im Rahmen dieser Untersuchung aufgezeigt werden kann.

Tabelle 6: Fördernde und hemmende Faktoren der SOP-Implementierung

Determinanten	Fördernd	Hemmend
Sozio-politischer Kontext		
Wahrnehmung der Vorteile der SOP durch die Patienten	Verbessertes Sicherheitsgefühl der Patienten	
Organisation		
Prozessgegebenheiten der Organisation	Ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen	Abweichende Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen
Anwender/Fachkräfte		
Bereitschaft/Ambitionen der Mitarbeiter bei der Implementierung	Zustimmung, Kooperation, Akzeptanz	Hinterfragung der Sinnhaftigkeit, Skepsis, Widerstand
Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleitung	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	Viel Unterstützung	Wenig Unterstützung
Ausmaß, in dem Kollegen die SOP/Checkliste anwenden	Verfahren wird von leitenden Personen vorgelebt, positive Vorbilder	Verfahren wird von leitenden Personen unzureichend vorgelebt, Kritiker
Fähigkeiten, die SOP zu implementieren	Expertise, Vorerfahrungen der Mitarbeiter mit Verfahren der Prozessvereinheitlichung vorhanden	
Arbeitsbezogene Belastung		Zusätzliche Dokumentation, Belastung durch Datenerhebung, gefühlte Zeitverschwendung aus Sicht der Anwender des TTO
Innovation – SOP/OP-Checkliste		
Klare Abläufe und Richtlinien des neuen Verfahrens	Klare Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten	Unklare Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten
Kompatibilität mit bestehenden Abläufen	Gleiche bzw. ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen	Anpassungsschwierigkeiten des Prozesses bei einzelnen Prozessschritten
Ausmaß, die Checkliste ausprobieren zu können	Pilottestdurchführung; krankenhausindividuell	Keine Pilottestdurchführung; krankenhausindividuell
Sichtbarkeit der Checklistenwirkung	Risikoidentifizierung, Aufdeckung von Beinahe-Zwischenfällen	
Kommunikation bzgl. der einzuführenden SOP	Systematische Ankündigung, Feedbackmöglichkeit der Anwender	Unangemessene, falsche Informationsbereitstellung
Risiken für die Patienten	Risikominderung	
Unterstützende Ressourcen, Werkzeuge und Methoden		
Implementierungsmaterialien	Vorhanden	
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	Viele; unproblematische Bereitstellung	Wenige; schwierige Beschaffung
Koordination der Implementierung durch eine Steuergruppe	Interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Besetzung der Steuergruppe	
Projekt- und Ressourcenplanung	Vorhanden, realistische Einschätzung des Verfahrens im Vorfeld der Implementierung	
Projektteam	Regelmäßige Treffen	
Checklistenentwicklung, -design	Mitwirkung der Anwender; klare Formulierungen	Keine Mitwirkung der Anwender, missverständliche Formulierungen
Schulungsmaßnahmen	Alle betreffenden Berufsgruppen schulen; mehrere kurze Veranstaltungen; Zeitnah zur Implementierung; enge Begleitung der Einführungsphase	
Datenmanagement und Dokumentationsqualität	Direkter Datenzugang der leitenden Personen; Zeitnahe Datenrückspiegelung	Schlechte Lesbarkeit und Verlust von Checklisten; Verzögerte Datenrückspiegelung

8 Empfehlungen und Ausblick

Für die Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in Krankenhäusern ist zu verzeichnen, dass die High 5s-Soll-Empfehlungen für die Implementierung einen Modellcharakter aufweisen. Bei jedem Implementierungsschritt sind die krankenhausindividuellen Gegebenheiten und aufgetretenen Schwierigkeiten zu berücksichtigen. Deshalb ist die Implementierungsstrategie für jede Phase an den organisationalen Kontext anzupassen, um für eine erfolgreiche Umsetzung die Hindernisse zu überwinden. Die Durchführung des Pilottests kann als Anreiz für fördernde Faktoren wirken, beispielsweise indem ein positiver Einfluss auf verwandte Abläufe und die Patientenversorgung besteht. Die Implementierung der SOP ist aus zwei Per-

spektiven zu betrachten, zum einen die Sicht auf die Implementierungsschritte und zum anderen der Blick auf die Prozessschritte der SOP. Beide Sichtweisen zeigen unterschiedliche Barrieren (anwenderbezogene und verfahrensbezogene Hindernisse) auf, die wiederum differenzierte Maßnahmen des Umgangs erfordern. In der folgenden Abbildung werden die Empfehlungen der projektkoordinierenden Personen dargelegt, welche ergänzend zu der High 5s-Implementierungsstrategie für die Einführung der SOP von praktischer Relevanz sein können.

Empfehlungen für die Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen:

- Erstellung einer Projekt- und Ressourcenplanung
- Rückhalt/Unterstützung der Führungsebene und der Leitungspersonen der betreffenden Bereiche sichern
- Physisches Durchlaufen des neuen Verfahrens im Vorfeld der Implementierung für eine realistische Einschätzung der Umsetzbarkeit
- Checklistenentwicklung/-design:
 - Einbeziehung der Anwender bei der Entwicklung
 - Kritische Prüfung und fachliche Diskussion von mehreren Checklistenversionen auf Strukturstimmigkeit und möglichen Missverständnissen
 - Das Leisten einer Unterschrift der Anwender bei der Checklistendokumentation kann zu einer erhöhten Aufmerksamkeit auf das Verfahren führen und die Wertigkeit der Dokumentation nimmt zu
- Durchführung von Schulungen:
 - Für die Erfassung spezifischer Fragen und Probleme sollten Abteilungen und Berufsgruppen zunächst getrennt geschult werden
 - Kurze, häufige sowie zeitnah zur Implementierung stattfindende Schulungsveranstaltungen
 - Schulung aller betreffenden Berufsgruppen unter Einbeziehung der leitenden Ärzte
 - Bei Notwendigkeit stärker verpflichtende Elemente initiieren
 - Inhaltlich sollte, neben der Hervorhebung von Vorteilen und dem Anbringen von Praxisbeispielen, der Unterschied zwischen dem bisherigen und dem neuen Verfahren explizit dargelegt werden
 - Einen Film zu der Anwendung des Team-Time-Outs vorführen, sowie ein Rollenspiel durchführen
 - Eine enge Begleitung der Einführungsphase durch koordinierende Personen sowie intensive Rückkopplungsgespräche mit den Anwendern sind erforderlich
- Evaluation:
 - Die Auswertungsmethode, die zu erhebenden Kennzahlen sowie die zeitliche Regelung mit den Beteiligten abstimmen, um eine zeitnahe Datenrückspiegelung zu ermöglichen
 - Die Datenerhebung und -auswertung dient der direkten Nachvollziehbarkeit, ist jedoch mit einem Arbeitsaufwand verbunden, der nicht unterschätzt werden sollte

Abbildung 9: Empfehlungen für die Implementierung

Ein weiterführendes Forschungsvorhaben wäre die Untersuchung der Implementierung aus der Anwenderperspektive. Dafür könnten Anwender verschiedener Berufsgruppen, Fachdisziplinen und Hierarchien interviewt werden, um zusätzliche Erkenntnisse über die Implementierung zu erlangen. Im Rahmen des High 5s-Projekts ist eine Verlaufsbeobachtung der Implementierung vorgesehen, so dass ergänzende Implementierungserfahrungen zu dieser Untersuchung erhoben werden. Die identifizierten Barrieren und fördernden Faktoren der Implementierung tragen zum Verständnis des Implementierungsvorgangs bei, das einen weiteren Schritt für die Machbarkeit einer flächendeckenden nationalen und multinationalen Umsetzung des Verfahrens darstellt.

Literaturverzeichnis

[APS 2007] Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hrsg.): Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Praxistipps zur Umsetzung. Witten, 2007

[APS 2007a] Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hrsg.): Aus Fehlern lernen. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, 2008

[APS 2010] Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hrsg.): Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zu Checklisten in der Gesundheitsversorgung. 2010:

<http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/APS-Stellungnahme%20Checklisten.pdf> (Zugriff am 20.04.2012)

[APS 2012] Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hrsg.): Kurzportrait: <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/?q=kurzportrait> (Zugriff am 11.04.2012)

[ÄZQ 2006] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. 1. Auflage, Books on Demand, Norderstedt, 2006

[ÄZQ 2010] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. 3. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2009

[ÄZQ 2011] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Über uns. Aufgaben und Ziele. 2011: <http://www.aezq.de/aezq/uber/aufgaben-und-ziele> (Zugriff am 11.04.2012)

[ÄZQ 2012] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Newsletter, April 2012: <http://www.aezq.de/aezq/service/edocs/pdf/newsletter/aezq-nl-31-2012.pdf> (Zugriff am 05.05.2012)

[Balzert et al. 2008] Balzert, H/Schäfer, C/Schröder, M/Kern, U: Wissenschaftliches Arbeiten. Wissenschaft, Quellen, Artefakte, Organisation, Präsentation. W3L, Herdecke, Witten, 2008

[Barth Frazzetta 2009] Barth Frazzetta, C: Veränderungen im Krankenhaus: Mitarbeiter zu Mitstreitern machen. In: Deutsches Ärzteblatt, 2009, 106 (45), S. A2277-2278

[Bauer 2010] Bauer, H: Patientensicherheit: Cockpit und OP-Saal: Checklisten verbessern Sicherheit:

http://www.dgch.de/fileadmin/media/texte_pdf/servicemeldungen/Sicherheitschecklist_Artikel_Bauer.pdf (Zugriff am 05.05.2012)

[Bea et al. 2008] Bea, FX/Scheurer, S/Hesselmann, S: Projektmanagement. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2008

[BMG/BMJ 2012] BMG – Bundesministerium für Gesundheit/BMJ – Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Gemeinsame Pressemitteilung: Patientenrechte werden greifbar. 2012:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-01/patientenrechte-werden-greifbar.html> (Zugriff am 26.03.2012)

[Braun et al. 2011] Braun, B/Klinke, S/Müller, R/Rosenbrock R: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec), artec-paper, 173, Bremen, 2011

[Bundesärztekammer 2011] Bundesärztekammer: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern. Ein Wegweiser. Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, 2011

[Bundesärztekammer 2011a] Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Pressekonferenz der Bundesärztekammer. Präsentation. 2011:
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Statistische_Erhebung_der_Gutachterkommissionen_Praesentation.pdf (Zugriff am 09.03.2012)

[Busse 2006/2010] Busse, R: Leistungsmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. In: Busse, R/Schreyögg, J/ Tiemann, O: Management im Gesundheitswesen. 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2006/2010, S. 10-20

[Debatin 2008] Debatin JF: Krankenhäuser: Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. In: Schumpelick, V/Vogel, B (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Beiträge des Symposiums vom 27. Bis 30. September 2007 in Cadenabbia. Herder, Freiburg, Basel, Wien, 2008, S. 392-399

[Deutscher Bundestag 2012] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Patientensicherheit durch gesetzlich verpflichtende OP-Checklisten stärken. Petitionsausschuss, 2012
http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_01/2012_036/01.html (Zugriff am 05.05.2012)

[DGP o.J.] Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (Hrsg.): Ethikkodex zum Verhältnis zwischen Forschenden und Probanden:
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/EthikkodexDGP.pdf> (Zugriff am 04.05.2012)

[Dietrich/Childress 2004] Dietrich, R/Childress, TM: Introduction. In: Dietrich R/Childress, TM (Hrsg.): Group Interaction in High Risk Environments. Ashgate Publishing Company, Burlington, 2004, S. 1-5

[DNEbM 2011] Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (Hrsg.): Was ist EbM. Grundbegriffe der EbM. Definitionen. 2011:
<http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen> (Zugriff am 11.04.2012)

[Durlak/DuPre 2008] Durlak, JA/DuPre, EP: Implementations Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology. 2008, 41 (3-4), S. 327-350

[Fischlein/Pfänder 2008] Fischlein, J/Pfänder, T: Industrielles Klinikmanagement. FinanzBuch Verlag, München, 2008

[Fixsen et al. 2005] Fixsen, DL/Naoom, SF/Blase, KA/Friedman, RM/Wallace, F: Implementation Research: A Synthesis of the Literature. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 231, 2005

[Fleßa 2010] Fleßa, S: Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. 2. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2010

[Fleuren et al. 2004] Fleuren, M/Wiefferink, K/Paulussen, T: Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. International Journal for Quality in Health Care, 2004, 16 (2), 107-123

[Frankfurter Allgemeine Zeitung 2011] Frankfurter Allgemeine Zeitung (Hrsg.): Arzt vergisst Klemme in Bauch von Patientin. 2011:
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/holzminden-arzt-vergisst-klemme-in-bauch-von-patientin-1610436.html> (Zugriff am 28.03.2012)

[Gläser/Laudel 2006] Gläser, J/Laudel, G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006

[Gopalakrishnan et al. 1999] Gopalakrishnan, S/Bierly, P/Kessler, E: A Reexamination of Product and Process Innovations Using a Knowledge-based View. In: The Journal of High Technology Management Research, 10, 1999, S. 147-166

[Goyen 2006] Goyen, M: Von der Öffentlichkeitsarbeit zum Gesundheitsmarketing. In: Debatin, JF/Goyen, M/Schmitz, C (Hrsg.): Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation. ABW Wissenschaftsverlag, Berlin, 2006, S. 83-99

[Gräser 1995] Gräser, W: Das Management von Innovation – oder: Wie helfen wir den Ideen auf die Beine? In: Wagner, RH (Hrsg.): Praxis der Veränderung in Organisationen. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 1995, S. 143-163

[Greenhalgh et al. 2004] Greenhalgh, T/Robert, G/Macfarlane, F/Bate, P. & Kyriakidou, O: Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly, 2004, 82 (4), 581-629

[Greiling 2007] Greiling, M: Controlling und Steuerung klinischer Prozesse durch Geschäftsprozess-Vereinbarungen. In: Kölking (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft. Kohlhammer, Stuttgart, 2007, S. 103-132

[Gotsch 2011] Gotsch, M: Innovationsaktivitäten wissensintensiver Dienstleistungen. Die Markenmeldung als Indikator. Gabler Verlag/Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2012 (zugleich Dissertation Brandenburgische Technische Universität Cottbus 2011)

[Grol et al. 2005] Grol, R/Wensing, M/ Hulscher, M/Eccles, M (2005): Theories on implementation of change in healthcare. In: Grol, R/ Wensing, M/Eccles, M (Hrsg.): Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Elsevier, Edinburgh, 2005, S. 15-40

[Grol/Wensing 2005] Grol, R/Wensing, M: Effective implementation: a model. In: Grol, R/ Wensing, M/Eccles, M (Hrsg.): Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Elsevier, Edinburgh, 2005, S. 41-57

[Hausschild/Salomo 2011] Hausschild, J/Salomo, S: Innovationsmanagement. Verlag Franz Vahlen, München, 2011

[Haynes et al. 2009] Haynes, AB/Weiser, TG/Berry, WR/Lipsitz, SR/Breizat, A-HS/ Dellinger, EP/ Herbosa, T/ Joseph, S/ Kibatala, PL/ Lapitan, MCM/ Merry, AF/ Moorthy, K/ Reznick, RK/ Taylor, B/ Gawande, AA: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. In: The New England Journal of Medicine (NEJM) 2009, 360, S. 491-499

[Heller/Albrecht 2010] Heller, AR/Albrecht, DM: Patientensicherheit. In: Kuhlen, R/Rink, O/Zacher, J (Hrsg.): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Initiative Qualitätsmedizin e.V. & Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2010, S. 97-118

[High 5s o.J.] High 5s-Projekt (Hrsg.): High 5s Data Quality Management Program. Correct Site Surgery. Unveröffentlicht, o.J.

[High 5s-GSK 2010] High 5s-Projekt (Hrsg.): Getting Started Kit. Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Deutsche Version. Unveröffentlicht, 2010

[High 5s-SOP 2010] High 5s-Projekt (Hrsg.): Standard Operating Protocol. Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Deutsche Version. Unveröffentlicht, 2010

[High 5s 2011] High 5s-Projekt (Hrsg.): Standard Operating Protocol Implementation Evaluation. LTA Interview Form. Unveröffentlicht, 2011

[High 5s 2012] High 5s-Projekt (Hrsg.): Welcome to the High 5's Project Website: <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome> (Zugriff am 15.03.2012)

[Hinsch et al. 2011] Hinsch, M/Olthoff, J/Sommer, KJ: Luftfahrtbetriebliche Safety-Management-Systeme als Modell für die medizinische Qualitätsverbesserung. In: Das Krankenhaus, 2011 (4), S. 347-354

[Hoffmann/Rohe 2010] Hoffmann, B/Rohe, J: Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. In: Deutsches Ärzteblatt Int 2010, 107 (6), S. 92-99

[Huges, Mulloy 2008] Huges, RG/Mulloy, DF: Wrong-Site Surgery: A Preventable Medical Error. In: Huges, RG (Hrsg.): Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD, 2008, S.382-395

[JCI 2011] Joint Commission International (Hrsg.): About Joint Commission International, 2011:
<http://www.jointcommissioninternational.org/About-JCI/> (Zugriff am 11.04.2012)

[Jung 2011] Jung, S: Die Implementierung von Versorgungsinnovationen in Krankenhäusern: Theoretische Betrachtungen und Ergebnisse der Implementierungsstudie zum Modellprojekt „Case Management Psychoonkologie. 2004 bis 2006. Verlag im Internet, 2011 (zugleich Dissertation Universität Bielefeld 2011)

[Kahla-Witzsch 2005] Kahla-Witzsch, HA: Praxis des Klinischen Risikomanagement. In: Hellmann, W (Hrsg.): Krankenhausmanagement Professionell. Ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Augsburg, 2005

[Kahla-Witzsch 2009] Kahla-Witzsch, HA: Praxiswissen des Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung. 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, 2009

[Kamiske/Brauer 2008] Kamiske, GF/Brauer, JP: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 6. Auflage, Carl Hanser Verlag, München, 2008

[Klein/Sorra 1996] Klein, JK/Sorra, JS: The Challenge of Innovation Implementation. Academy of Management Review, 21 (4), S. 1055-1080

[Kolpatzik 2010] Kolpatzik K: Kein Fehler vor dem Schnitt. In: Borgwart J/Kolpatzik K (Hrsg.): Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen: Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 66-77

[KPMG 2009] KPMG (Hrsg.): Gesundheitsbarometer. 2009:
http://www.kpmg.de/docs/Gesundheitsbarometer_August_2009.pdf (Zugriff am 08.05.2012)

[Krüger-Brand 2011] Krüger-Brand, HE: Patientenrechtsgesetz: Bringt ein eigenes Gesetz tatsächlich Verbesserungen für die Praxis? In: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Heft 3, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2011, S. 111-112

[Kühnel 2009] Kühnel, R: Risikomanagementsysteme in kleinen und mittelständischen Unternehmen mit strategischen Controllinginstrumenten. Books on Demand GmbH, Norderstedt, 2009

[Lamnek 2005] Lamnek, S: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2005

[Lauterberg/Mertens 2007] Lauterberg, J/Mertens, A: Behandlungsfehler-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK. In: Madea, B/Dettmeyer, R (Hrsg.): Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007, S. 57-63

[Lauterberg et al. 2012] Lauterberg, J/Blum, K/Briner, M/Lessing, C: Abschlussbericht. Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern. Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (Hrsg.), Bonn, 2012:

<http://www.ifpsbonn.de/projekte-1/projekte/abschlussbericht.pdf> (Zugriff am 10.04.2012)

[Lessing et al. 2010] Lessing, C/Francois-Kettner, H/Jonitz, G/Bauer, H/Schrappe, M: Checklisten im OP – ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit? In: Perioperative Medizin 2, Elsevier, München, 2010, S. 179-186

[LimeSurvey® 2012] LimeSurvey® (Hrsg.): Features:

<http://www.limesurvey.org/ueber-limesurvey/features#> (Zugriff am 24.04.2012)

[Listserv® 2010] Listserv® (Hrsg.): Product Sheet. Mailinglisten-Management-

Software: <http://www.isoftware.com/resources/pdf/listserv-de.pdf> (Zugriff am 24.04.2012)

[Löber 2012] Löber, N: Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung. Gabler Verlag/Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2012 (zugleich Dissertation Universität Eichstätt-Ingolstadt 2011)

[Mayer 2008] Mayer HO: Quantitative Befragung – der standardisierte Fragebogen. Entwicklung Durchführung Auswertung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, 2008

[Mayer 2009] Mayer HO: Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, 2009

[Meuser/Nagel 2005] Meuser, M/Nagel, U: Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A/Littig, B/Menz, W (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, Wiesbaden, 2005, S. 71-93

[Mormann 2004] Mormann, J: Prozessoptimierung. In: Greiling, M (Hrsg.): Pfade durch das Klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen. Kohlhammer, Stuttgart, 2004, S. 102-126

[Munck et al. 2011] Munck, C/Tkotz, A/Quitt, A: Grundlagen des Innovations-Controllings. In: Gleich, R/Schimank, C: Innovations-Controlling. Haufe Medingruppe, Freiburg, Berlin, München, 2011, S.53-68

[Palinkas/Soydan 2012] Palinkas, LA/Soydan, H: Translation and Implementation of Evidence-Based Practice. Oxford University Press, 2012

[Paula 2007] Paula H: Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2007

[Petry 2009] Petry FM: Haftpflichtschäden in chirurgischen Abteilungen deutscher Krankenhäuser. Zahlen, Ursachen und Konsequenzen. Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC/Online). 2009:
http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=793fb2ce3abb0ef2c12575d300336357&form=Dokumente (Zugriff am 09.03.2012)

[Pfaff 2003] Pfaff, H: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H/Schrappe, M/Lauterbach, KW/Engelmann, U/Halber, M (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Huber, Bern, 2003, S. 13-23

[Porst 2008] Porst, R: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Verlag für Sozialwissenschaften/GWK Fachverlage, Wiesbaden, 2008

[Raab-Steiner/ Benesch 2008] Raab-Steiner, E/Benesch, M: Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Facultas, Wien, 2008

[Reason 2009] Reason, J: Human Error. Cambridge University Press, Cambridge, 1990

[Rogers 1995] Rogers, EM: Diffusion of Innovation. 4. Auflage, Free Press, New York, 1995

[Rothmund 2008] Rothmund, M: Safe Surgery Saves Lives 2008. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Hrsg.): Mitteilungen. 2008, 37 (4), S. 363-364

[Rubenstein/Pugh 2006] Rubenstein, LV/Pugh, J: Strategies for Promoting Organizational and Practice Change by Advancing Implementation Research. In: Journal of General Internal Medicine Volume 21, Issue S2, 2006, S. S58-S64

[Scherer/Pietsch 2007] Scherer, E/Pietsch, G: Organisation. Theorie. Gestaltung. Wandel. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, 2007

[Schrewe 2010] Schrewe, M: Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie. Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC/Online). 2010:
http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=0EF725530BD8A72EC12577BB00315648&form=Dokumente (Zugriff am 09.03.2012)

[Schultz et al. 2011] Schultz, C/Zippel-Schultz, B/Salomo, S/Gemünden, HG: Innovationen im Krankenhaus sind machbar! Innovationsmanagement als Erfolgsfaktor. Stuttgart, 2011

[Sens 2004] Sens B: Risiko- und Qualitätsmanagement – ein Widerspruch? In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 10/2004, S. 291-292

[Schnoor/Hokema 2010] Schnoor, J/Hokema, F: Krankenhäuser: Die Krise als Chance. In: Deutsches Ärzteblatt, 2011, 108 (1-2), S. 32-34

[Spiegel Online 2010] Spiegel Online (Hrsg.): Ärzte amputieren Frau falsches Bein. 2010:
<http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,704381,00.html> (Zugriff am 28.03.2012)

[Stahel et al. 2009] Stahel, PF/Mehler, PS/Clarke, TJ/Varnell, J: The 5th anniversary of the „Universal Protocol“: pitfalls and pearls revisited. Patient safety in Surgery, 3:14, 2009

[St. Pierre et al. 2011] St. Pierre, M/Hofinger, G/Buerschaper, C: Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2011

[Stier 1975] Stier, S: Psychology and Public Policy. In: Nagel, SS (Hrsg.): Policy Studies and the Social Sciences. D. C. Heath and Company, New Brunswick, New Jersey, 1975, S. 107-124

[ter Haseborg/Zastrau 2007] ter Haseborg, F/Zastrau, R: Neuere Aspekte des Marketings für Krankenhäuser. In: Kölking, H (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft. Kohlhammer, Stuttgart, 2007, S. 261-310

[The Joint Commission 2011] The Joint Commission (Hrsg.): Facts about the Universal Protocol:

<http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Universal%20Protocol%201%204%20111.PDF> (Zugriff am 14.12.2011)

[Thomeczek et al. 2004] Thomeczek, C/Bock, W/Conen, D/Ekkernkamp, A/Everz, D/Fischer, G/Gerlach, F/Gibis, B/Grams, E/Jonitz, G/Klakow-Franck, R/Oesingmann, U/Schirmer, HD/Smentkowski, U/Ziegler, M/Ollenschläger, G: Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“ In: Das Gesundheitswesen, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 2004, 66 (12), S. 833-840

[von Eiff 2007] von Eiff, W (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus (= Gesundheitswirtschaft. Krankenhaus-Management, Medizinrecht, Gesundheitsökonomie, Band 2). 2. erweiterte Auflage, WIKOM, Wegscheid, 2007

[von Törne et al. 2000] von Törne, I/Güther, B/Potthoff, P: Qualitative Erhebungsverfahren in der Pflegeforschung. In: Schaeffer, D/Wingenfeld, K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, München, 2000, S. 97-116

[Vorgriemer/Wübben 2008] Vorgriemer, D/Wübben, D: Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Auszug aus Wirtschaft und Statistik. SFG Servicecenter Fachverlage, Wiesbaden, 2003, S.763-774

[Wagner 1995] Wagner, RH: Strategien der Veränderung. In: Walter, RH (Hrsg.): Praxis der Veränderung in Organisationen. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 1995, S. 165-180

[Wengenroth 2007] Wengenroth, U: Innovationsprozesse in Wirtschaft und Gesellschaft – Vorbemerkungen. In: Hof, H/Wengenroth, U (Hrsg.): Innovationsforschung: Ansätze, Methoden, Grenzen und Perspektiven. Lit Verlag Dr. W. Hopf, Hamburg, 2007, S. 1-9

[Weyh/Bauer 2011] Weyh, G/Bauer, M: Risikomanagment. In: Welk, I/Bauer, M: OP-Management – Von der Theorie zur Praxis. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2011, S. 87-97

[WHO 2009] World Health Organization (WHO) (Hrsg.): WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization, 2009:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf (Zugriff am 20.02.2012)

[WHO 2012] World Health Organization (WHO) (Hrsg.): Background to Safe Surgery Saves Lives:
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/issue/en/index.html> (Zugriff am 20.02.2012)

[WHO 2012a] World Health Organization (WHO) (Hrsg.): Surgical Safety Web Map:
<http://maps.cga.harvard.edu:8080/Hospital/#> (Zugriff am 20.02.2012)

[Wilhelm (2007)] Wilhelm, R: Prozessorganisation. 2. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2007

[Winters et al. 2009] Winters, BD/Gurses, AP/Lehmann, H/Sexton, JB/Rampersad, CJ/Pronovost, P: Clinical review: Checklists – translating evidence into practice. Critical Care, 13:210, 2009:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc7792.pdf> (Zugriff am 01.04.2012)

[Witt/Witt 2008] Witt, J/Witt, T: Innovative Unternehmensführung. Kreatives Denken und Handeln der Mitarbeiter fördern. Symposion Publishing, Düsseldorf, 2008

[Wittmann 2006] Wittmann, R/Leimbeck, A/Tomp, E: Innovation erfolgreich steuern. Readline Wirtschaft, Heidelberg, 2006

[Wolter 2009] Wolter, B: Grundlagen des Risikomanagements. In: Roeder, N/Hensen, P: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 2009, S. 92-109

[Wyrwich 2003] Wyrwich, W: Das Berliner Modell: Prozessoptimierung und verbesserte Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter durch Nutzung tariflicher und gesetzlicher

Spielräume in der Arbeitszeitgestaltung. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Hrsg.): Zurück in die Zukunft. Kongressband 2003. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2003, S. 222-225

Anhang

I Entstehung von Eingriffsverwechslungen

Faktoren die eine Entstehung von Verwechslungen begünstigen werden im Folgenden exemplarisch anhand von einem Modell der Fehlerentstehung nach Reason erläutert. Zunächst wird durch das „integrative Fehlerentstehungsmodell“ aufgezeigt welche Faktoren zu einem Patientenschaden beitragen können. Weiterhin wird die „integrative Fehlerentstehungsperspektive“ abgebildet, die durch den systemischen Blickwinkel das Zusammenwirken der fehlerbegünstigenden Faktoren verdeutlicht.

Das integrative Fehlerentstehungsmodell – Fehlerursachen

Anhand einer literaturzusammenfassenden Darstellung zu theoretischen Fehlergrundlagen sowie Fehlern im Krankenhaus nach Löber werden die Entstehungsfaktoren von Eingriffsverwechslungen erläutert. Das Fehlerentstehungsmodell in Abbildung 10 bildet fehlerbegünstigende Ursachenfaktoren ab, indem es eine Verkettung von latenten Bedingungen und Fehlern sowie aktiven Fehlern als Grundlage für die Entstehung eines Patientenschadens ausmacht. Dabei finden neben den Faktoren des Individuums die systemischen Gegebenheiten in der Krankenhausorganisation besondere Beachtung (vgl. Löber 2012, S. 138 f.).

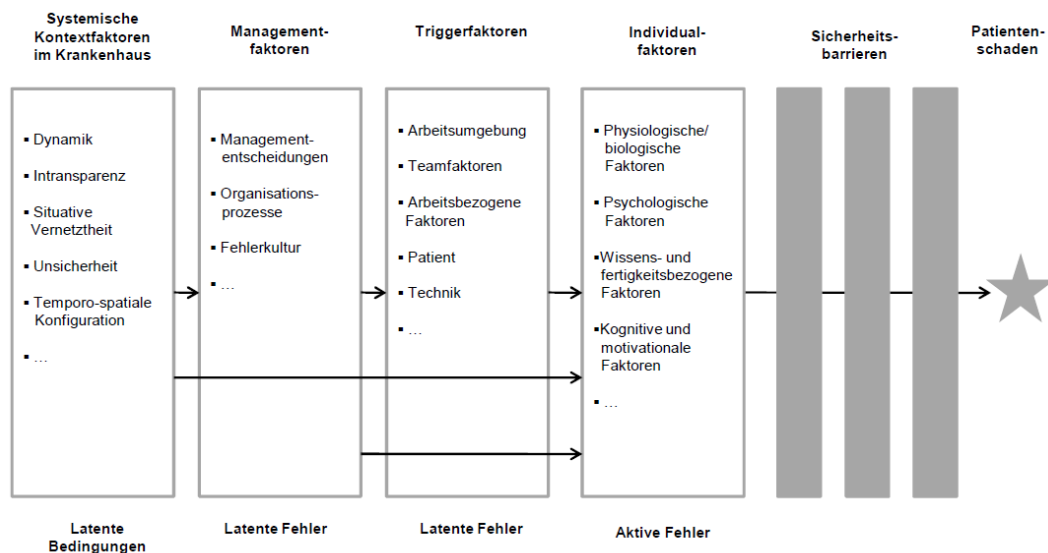


Abbildung 10: Fehlerursachen im Krankenhaus

(Quelle: Löber 2012, S.138)

Systemische Kontextfaktoren im Krankenhaus

Latente oder auch versteckte Bedingungen sind systemische Faktoren und Rahmenbedingungen, die Managemententscheidungen im Krankenhaus beeinflussen. Die

Krankenhausorganisation unterliegt institutionell der gesundheitspolitischen Gesetzgebung, dem ökonomischem Kontext und den dynamischen Innovationen durch medizinischen und technischen Fortschritt. Beispielsweise ist durch die DRG-Einführung⁴⁹ und den damit einhergehenden kürzeren Verweildauern der Patienten im Krankenhaus eine Leistungsverdichtung für die klinischen Mitarbeiter gegeben. Dies stellt unter Einbeziehung des bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege eine besondere Herausforderung an das Krankenhausmanagement dar (vgl. Wyrwich 2003, S. 223).

Die Krankenversorgung ist durch ein komplexes Zusammenspiel von mehreren Teilleistungen, verschiedenen Personen, unterschiedlichen Hierarchieebenen und Berufsgruppen unter der Berücksichtigung der Einbeziehung und der Individualität des Patienten im System der Krankenhausorganisation gekennzeichnet. Komplexe Interaktionen und eine bestehende Intransparenz können die Fehlerentstehung latent begünstigen. Es entstehen Wechselwirkungen von Handlungsabläufen, deren Zustandekommen für die Krankenhausmitarbeiter durch die Situationsbezogenheit unklar ist. Zudem besteht der Klinikalltag aus dynamischen Situationsveränderungen. Ein Beispiel ist eine rapide Verschlechterung des Patientenzustandes, eine Notfallsituation, bei der die Klinikmitarbeiter ad hoc in einer Stresssituation sind und in kürzester Zeit lebenswichtige Entscheidungen treffen müssen. Durch die Dynamik und Intransparenz im System Krankenhausbetrieb, kommt es zu einer enormen Unsicherheit bei den Arbeitsabläufen und Handlungen (vgl. Löber 2012, S. 141 f.; Heller/Albrecht 2010, S. 107).

Managementfaktoren

Latente Fehler ergeben sich durch getroffene Management- und Führungsentscheidungen, Organisationsprozesse und die vorherrschende Fehlerkultur. Bei Entscheidungen der Managementebene ist ein Spagat zwischen den unterschiedlichen, konkurrierenden Zielen der Organisation zu meistern. So steht dem Ziel einer sicheren und qualitativ guten Patientenversorgung das Ziel der Wirtschaftlichkeit (Profit) gegenüber (vgl. Reason 2009, S. 204). Bei Managemententscheidungen hinsichtlich der Organisationsprozesse muss bedacht werden, dass durch eine zu starke Aufspaltung in Teilprozesse die Intransparenz zunimmt. Beispielsweise trägt zur Entstehung von Eingriffsverwechslungen bei, dass der Operateur nicht der zuvor betreuende Arzt ist (vgl. Schnoor/Hokema 2011, S. A33; Schrewe 2010). Eine Fehlerkultur beinhaltet die The-

⁴⁹ DRGs (Diagnoses Related Groups) sind diagnosebezogene Fallpauschalen, deren Umsetzung auf eine effizientere Leistungserstellung sowie Leistungstransparenz abzielt und mit einer Strukturierung der Versorgungsprozesse im Krankenhaus einhergeht (vgl. Braun et al. 2011, S. 4).

matisierung und den Umgang mit Fehlern in der Organisation und kann in ihrer negativen Erscheinungsform mit Tabuisierung und Schuldzuweisung (Naming, Blaming, Shaming) nachteilige Auswirkungen auf Fehlervermeidung haben (vgl. Wolter 2009, S. 99 f.).

Triggerfaktoren

Auslösende Faktoren der Fehlerentstehung sind ungünstige Arbeitsbedingungen, z.B. durch knappe Personalbesetzung, lange Arbeitszeiten und Ausstattungsmängel am Arbeitsplatz. Eine konstruktive Zusammenarbeit und Kooperation im Team spielt eine entscheidende Rolle bei der richtigen Umsetzung von medizinischen Maßnahmen. Nicht nur die Information und Kommunikation weiterer Behandlungsschritte, sondern auch die Sensibilisierung auf mögliche Gefahrenquellen bei der Patientenversorgung werden beispielsweise in funktionierender Teamarbeit durch Hinterfragen bzw. Rückfragen geklärt. Der Patient, als externer Faktor bei der Leistungserstellung, trägt maßgeblich zu einem erfolgreichen Behandlungsergebnis bei. So kann es beispielsweise bei bewusstlosen, psychisch kranken oder ausländischen Patienten durch Kommunikationsschwierigkeiten zur Risikoerhöhung kommen (vgl. Löber 2012, S. 143 ff.). Der Faktor Technik in Zusammenhang mit der Unfallverhütung wird exemplarisch an einer Studie zu *„Arbeitsplatzbedingungen und Sicherheit am Arbeitsplatz OP“* (Matern et al. 2006, S. A3187 ff.) verdeutlicht. In Hinblick darauf wurden Chirurgen und OP-Pflegekräfte unter anderem zur Handhabung der OP-Tische befragt. Von 387 Chirurgen gaben 32,8 % an, dass Probleme mit OP-Tischen und Stufen *„[...] mehrfach zur Gefährdung der im OP befindlichen Personen geführt“* haben (Matern et al. 2006, S. A3189). Dieser Meinung waren auch 56 % von 183 OP-Pflegekräften. Latente Fehler sind somit auf Struktur- und Systemmängel sowie unzureichende Organisation des Miteinanders und der Abläufe zurückzuführen (vgl. Matern et al. 2006, S. A3187 ff.).

Individualfaktoren

Jeder Mensch hat seine individuelle Grenze, beispielsweise die Leistungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Bewusstseins für eine Situation, die Problemlösungsfähigkeit oder Reaktionsschnelligkeit. Humanfaktoren sind psychische, kognitive und soziale Eigenschaften des Menschen, die in Wechselwirkung mit den systemischen Arbeitsfaktoren stehen. So können z.B. durch Störungen Aufmerksamkeitsfehler passieren oder eine Situation wird durch unzureichende Expertise falsch beurteilt (vgl. St. Pierre et al. 2011, S. 6 ff.). Aktive Fehler sind dadurch gekennzeichnet, dass sie direkt an der Schnittstelle zwischen Klinikmitarbeiter und Patient ausge-

löst werden und somit häufig mit Schuldzuweisung und Sanktionen verbunden sind (ebd. 2011, S. 46).

Die integrative Fehlerentstehungsperspektive

Die Vielzahl der fehlerbegünstigenden Faktoren zeigt auf, wie breit der Nährboden für Gefahrenquellen im Krankenhaus ist. Die systemische Fehlerentstehungsperspektive legt dar, welche Bedingungen zu einer Unfallentstehung führen.

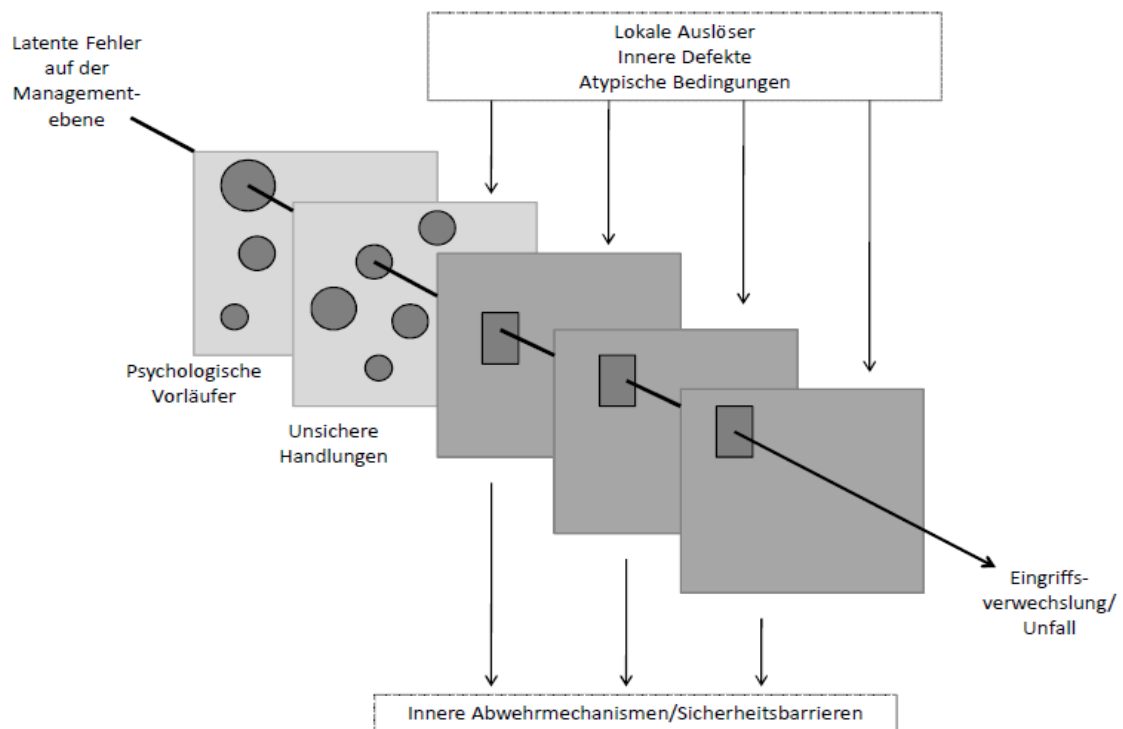


Abbildung 11: Dynamik der Unfallentstehung

Quelle: Modifiziert nach Reason (2009, S. 208)

Die integrative Fehlerentstehungsperspektive bzw. das „Schweizer-Käse-Modell“ (Abbildung 11) nach Reason bildet ab, dass aus einer latenten Gefahr erst dann ein unerwünschtes Ereignis wird, wenn die entsprechenden Sicherheitsbarrieren⁵⁰ Löcher aufweisen. Diese Löcher kommen durch unsichere Handlungen oder latentes Versagen zustande. Außerdem sind sie durch Beweglichkeit gekennzeichnet, d.h. sie verschieben sich, schließen sich, entstehen neu. In dem Fall, dass diese Löcher in ihrer Position übereinander liegen, kann aus dem Risiko, das sich durch die Löcher hindurch den

⁵⁰ Sicherheitsbarrieren können technisch (z.B. Alarmsysteme), menschlich (z.B. Qualifikation, Expertise) oder auch in Arbeitsabläufen und Anweisungen (z.B. Checklisten) gegeben sein (vgl. Löber 2011, S. 43).

Weg bahnt, ein Unfall bzw. eine Eingriffsverwechslung entstehen (vgl. Reason 2009, S. 207 ff.).

Kritisch ist anzumerken, dass die integrative Fehlerentstehungsperspektive lediglich einen deskriptiven Charakter aufweist. Das Wesen und die Intensität der Löcher, welche die Bedingungen für die Fehlerentstehung ausmachen, werden in dem Modell nicht dargestellt. Um dies zu analysieren, sind hinsichtlich der Entstehung von Eingriffsverwechslungen prospektive Untersuchungen im Rahmen des klinischen Risikomanagements oder retrospektive Ereignisanalysen der Fehlerentstehung erforderlich (vgl. Löber 2012, S. 46).

II Auswirkungen von Eingriffsverwechslungen

Um die Bedeutung von Behandlungsfehlern in Form von Eingriffsverwechslungen für die verschiedenen Beteiligten zu verdeutlichen, werden die Auswirkungen für die Patienten, für Ärzte und Pflegekräfte sowie für das Krankenhausunternehmen dargelegt.

Auswirkungen für den betroffenen Patienten

Ein falscher operativer Eingriff stellt eine Körperverletzung dar, da die Verwechslungsproblematik keine Aufklärung und Einwilligung des Patienten für die Operation impliziert. Zudem ist durch eine fehlerhafte Operation die eigentliche OP-Indikation nicht behandelt worden, was für den Patienten einen weiteren operativen Eingriff bedeutet. Dieser geht mit zusätzlichen Risiken der Anästhesie, Schmerzen, der Gefahr von Infektionen und Wundheilungsstörungen sowie weiteren Nachbehandlungen und Beeinträchtigung der Genesung einher. Der Schaden ist durch Irreversibilität gekennzeichnet und bedeutet für den Patienten auch eine psychische Belastung. Bei der Null-Fehler-Erwartung des Patienten kommt es zu einem Vertrauensbruch in die medizinische Leistungserstellung und Angst. Das traumatische Erleben einer Verwechslung kann mit Depressionen oder Flashbacks einhergehen (vgl. Löber 2012, S. 163 f.). Wenn ein rechtliches Verfahren eingeleitet wird, so ist dies verbunden mit einer langwierigen Dauer und der Beweislast, zu dieser die Erstellung weiterer medizinischer Gutachten gehört (vgl. Kr ger-Brand 2011, S. 111). Deswegen ist die Stärkung der Patientenrechte bei Behandlungsfehlerverfahren ein Teil der aktuellen Debatten für die Einführung und Inhalte des Patientenrechtsgesetzes (vgl. BMG/BMJ 2012, S. 4).

Auswirkungen für Ärzte und Pflegekräfte

Titel in den Medien, wie „Ärzte amputieren Frau falsches Bein“ (Spiegel Online 2010) oder „Arzt vergisst Klemme im Bauch von Patientin“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2011) deklarieren den Arzt als Täter und lassen die zahlreichen Ursachenfaktoren der Fehlerentstehung im Hintergrund verblassen. Nicht nur eine öffentliche Anklage ist für den Arzt belastend, sondern auch die nach Löber zusammenfassend dargestellten mit dem Behandlungsfehler verbundenen *„[...] Gefühle tiefer Trauer, Schuld, Enttäuschung und Ärger über das Verfehlen der mitunter eigenen hohen ethischen Behandlungsstandards, Angst vor juristischen Konsequenzen, Angst vor Zerstörung der eigenen Reputation und Anerkennung im Kollegenkreis, Beschämung und Betretenheit sind direkte emotionale und psychische Folgen [...]“* (Löber 2012, S. 170). Auch bei den Pflegekräften, welche möglicherweise unterstützend beteiligt waren, z.B. durch die Abdeckung der falschen Gliedmaße mit sterilen Tüchern, besteht ein ethischer Konflikt, denn in diesem Verantwortungsbereich ist der Fehler nicht aufgedeckt worden.

Auswirkungen für das Krankenhaus

Eine hohe Qualität in der Krankenversorgung ist in der heutigen Zeit des Wettbewerbs in der Krankenhauslandschaft ein elementares Erfolgskriterium (vgl. Debatin 2008, S. 392 f.). Wird eine Eingriffsverwechslung durch Medien öffentlich bekannt, so geht dies mit einem erheblichen Imageverlust einher, denn: *„[a] bad safety record can be attributed to operator carelessness or incompetence“* (Reason 2009, S. 204). Ein Krankenhaus ist in Verbindung mit Behandlungsfehlervorfällen, welche ein Zeichen für ein anfälliges Organisationsystem darstellen, dafür verantwortlich, die Sicherheitslücken aufzudecken und die Prozesse umzustrukturieren. Zu betonen sind hier auch die betriebswirtschaftlichen Effekte durch Kunden- oder Mitarbeiterabwanderung, mögliche Kooperationsverluste und juristische Folgen (vgl. Löber 2012, S. 173 ff.).

III WHO Surgical Safety Checklist



World Health Organization



Sicherheits-Checkliste Chirurgie
 „Safe surgery saves live“
 Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

- ☐ Patient bestätigt: seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff
- ☐ Eingriffsort markiert/nicht anwendbar
- ☐ Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen
- ☐ Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

Hat der Patient:

Allergie	☐	nein	☐	ja
Intubationsschwierigkeit/ Aspirationsrisiko	☐	nein	☐	ja (notwendige Instrumente und Personal sind vor- handen)
Risiko von Blutverlust > 500 ml (> 7 ml/kg bei Kindern)	☐	nein	☐	ja

2. Vor Hautschnitt (team time out)

- ☐ alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
- ☐ Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung

Vorhersehbare kritische Ereignisse

- ☐ Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
- ☐ Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme
- ☐ Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte

Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?

☐ ja	☐ nicht sinnvoll
-----------------------------	---

Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?

☐ ja	☐ nicht sinnvoll
-----------------------------	---

☐ andere Punkte

3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

Pflege bestätigt mündlich:

- ☐ Art des Eingriffs
- ☐ vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern etc., Nadeln
- ☐ Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe)
- ☐ evtl. Fehlfunktion von Geräten

Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

- ☐ wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift)
Für das Team

(Datum)

IV Theoretische Ansätze zur Implementierung – Übersicht

Tabelle 7: Aspekte für die Implementierung aus verschiedenen Theorien

Quelle: Grol et al. 2005, S. 36f unter Einbeziehung der Übersetzung von Jung 2011, S. 40

Theorien	Wichtige Aspekte für die Implementierung von Veränderungen
Bezug zur einzelnen Fachkraft	
Kognitive Theorie	Bei der Implementierung gilt es, individuelle Entscheidungsprozesse zu beachten. Jede einzelne Person benötigt ausreichend Informationen zur Unterstützung ihrer Entscheidung und zum Abschätzen von Vor- und Nachteilen in der Praxis.
Pädagogische Theorien	Implementierungsvorhaben sollten sich auf die Bedürfnisse der einzelnen Anwender beziehen. Die intrinsische Motivation ist entscheidend. Verhaltensänderungen beruhen auf der Basis von erfahrenen Problemen in der Praxis.
Einstellungstheorien/ Theorie des geplanten Verhaltens	Implementierung bedarf des Fokus auf Einstellungen gegenüber der Innovation, wahrgenommene soziale Normen, Selbstwirksamkeit und erlebte Kontrolle über das gewünschte Verhalten und die Veränderungsabsicht.
Motivationstheorien und Veränderungsphasen	Implementierung geschieht in unterschiedlichen (Motivations-) schritten. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Motivation zu Veränderungen, dies sollte bei der Analyse der Zielgruppe beachtet werden.
Bezug zu sozialen Interaktionen und zum sozialen Kontext	
Theorie sozialen Lernens	Verhaltensänderungen werden durch Demonstration, Beobachtung von Modellen oder Vorbildern, positives Feedback und Belohnung möglich.
Theorien sozialer Netzwerke und zum sozialen Einfluss	Für die Verbreitung und lokale Anpassung von Innovationen helfen die Unterstützung lokaler Netzwerke und Meinungsführer. Es ist wichtig die Innovatoren und Schlüsselpersonen eines sozialen Netzwerks zu kennen.
Theorien zum Einfluss der Patienten	Bei der Implementierung sollten Patienten ausreichend über eine optimale Versorgung informiert und in die Gestaltung der Versorgung und wesentliche Entscheidungen einbezogen werden.
Theorien zur professionellen Entwicklung und Sozialisation	Berufsgruppen entwickeln eine Wissensbasis und Standards, die das Verhalten eines einzelnen Experten beeinflussen. Professionelle Loyalität und Übereinstimmung beeinflussen die Implementierung. Die Pläne zur Innovation sollten durch die Fachkräfte verändert und angepasst werden können.
Führungstheorien	Führungskräfte und das (Top-) Management müssen in den Veränderungsprozess einbezogen werden und diesen unterstützen.
Bezug zum organisationalen und ökonomischen Kontext	
Theorie innovativer Organisationen	Bei der Implementierung sollten der Organisationstyp und Organisationsmerkmale berücksichtigt werden, des Weiteren sind dezentrale Entscheidungsprozesse insbesondere in Teams bedeutend.
Theorie des Qualitätsmanagements	Verbesserungen sind ein kontinuierlicher zyklischer Prozess. Veränderungspläne werden auf der Basis vorangegangener Erfahrungen angepasst. Interventionen sollten auf eine Verbesserung der Organisationskultur, Zusammenarbeit, Geschäftsprozesse und der Kundeninteressen zielen.
Theorie der Prozessveränderung	Veränderungen sollten sich auf multidisziplinäre Zusammenarbeit und Versorgungsprozesse beziehen und weniger auf individuelle Entscheidungen.
Theorie komplexer Systeme	Das System sollte als Ganzes betrachtet und vorhandene Verhaltensmuster im Veränderungsplan berücksichtigt werden.
Theorien zur Organisationskultur	Um Veränderungen in der klinischen Leistungserbringung zu erreichen, sind Veränderungen in der Organisationskultur, insbesondere mehr Teamarbeit, Flexibilität und Umweltorientierung, notwendig.
Ökonomische Theorien	Für eine erfolgreiche Implementierung sind eine angemessene Honorierung und (finanzielle) Anreize von Bedeutung.

V High 5s OP-Checkliste

High 5s OP-Checkliste
Stand: 21.09.2010

KH-LOGO

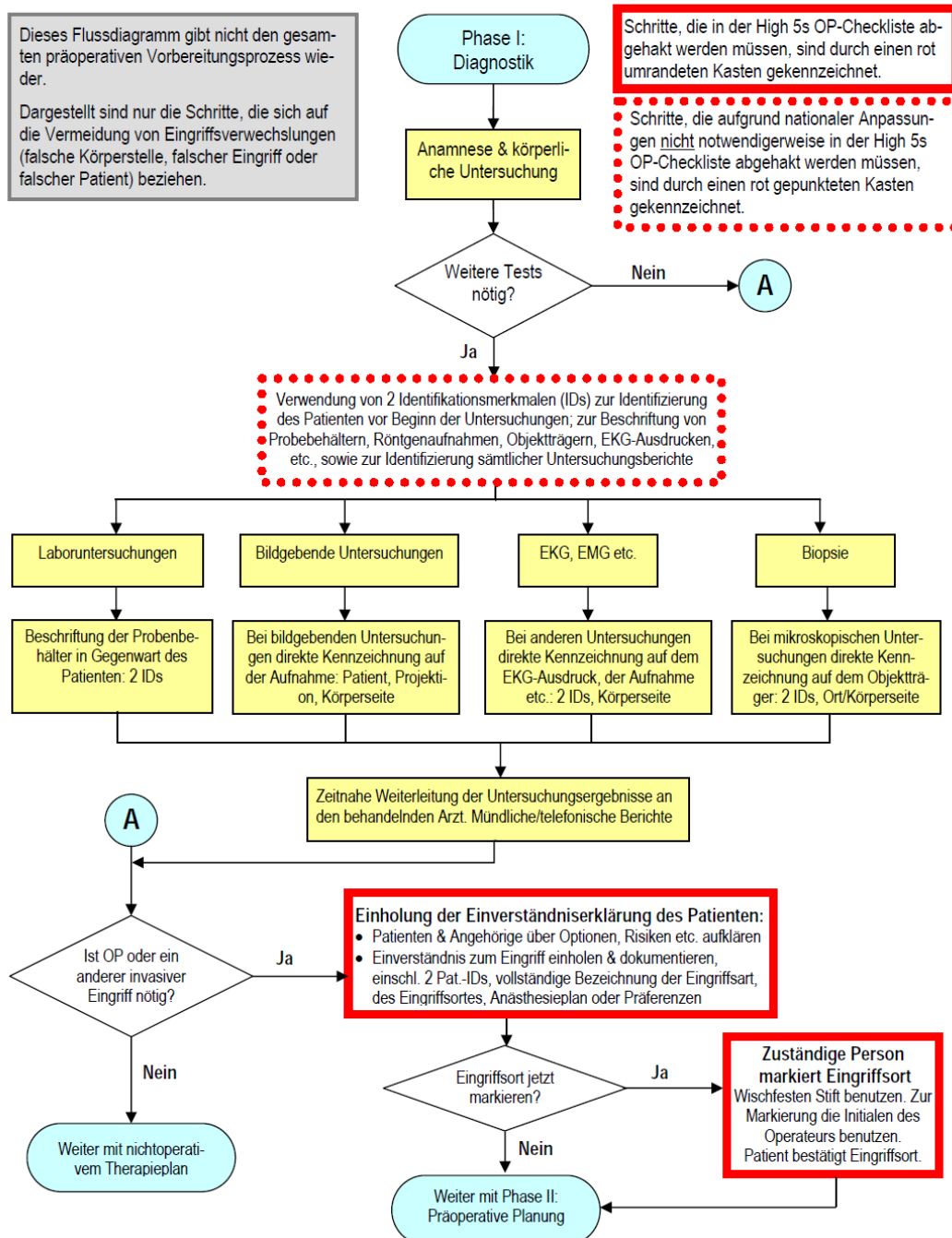
KH-ID / Abteilungs ID /
Ggf. fortlaufende Checklisten ID

Allgemeine Angaben		WER: (KH-intern) WANN: Bei Ansetzen der OP		
1 Für High 5s-Auswertung geeignet	☐ ja ☐ nein	Als nicht geeignet für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.		
1.1 Geschlechtszugehörigkeit des Pat.	☐ weiblich ☐ männlich	1.3 Monat / Jahr des Eingriffs		MM JJJJ
1.2 Ungeplanter Notfalleingriff?	☐			
Verifikation vor OP / OP-Vorbereitungen		WER: (KH-intern: Aufnehmender Arzt, Pflegepersonal, Anästhesieambulanz) WANN: Vor Eintreffen des Pat. in OP		
		keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
2 OP-Aufklärung, schriftliche OP-Einwilligung Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	☐	☐	☐	☐
3 OP-Plan Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Angaben zu Implantate und Spezialinstrumente	☐	☐	☐	☐
4 Markierung des Eingriffsortes ☐ Markierung SOP-gemäß ¹ durchgeführt ☐ nicht notwendig/möglich ☐ Patient verweigert	☐	☐	☐	☐
5 Prämedikationsvisite, schriftliche Anästhesie-Einwilligung Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	☐	☐	☐	☐
6 Befunde (EKG, Bildgebung, Biopsieberichte etc.) liegen vor Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	☐	☐	☐	☐
7 Vollständige Patientenakte liegt vor Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	☐	☐	☐	☐
8 Bei Eintritt in den OP-Bereich ▪ Prüfung Patientenidentität ▪ Prüfung Eingriffsart ▪ Prüfung Eingriffsort	☐	☐	☐	☐
9 Benötigte Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt	☐	☐	☐	☐
10 ☐ Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt				
11 ☐ OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)				
Team-Time-Out		WER: Vollständiges OP-Team, Initiierung durch (KH-intern) WANN: unmittelbar vor Inzision		
OP-Team bestätigt:		keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
12 Patientenidentität	☐	☐	☐	☐
13 Eingriff (siehe Einwilligungserklärung)	☐	☐	☐	☐
14 Eingriffsort durch Kontrolle der Markierung	☐	☐	☐	☐
15 Korrekte Lagerung	☐	☐	☐	☐
16 Befunde und Röntgenbilder korrekt beschriftet und einsehbar	☐	☐	☐	☐
17 Vorliegen der richtigen Implantate, Spezialinstrumente	☐	☐	☐	☐
18 ☐ Team-Time-Out SOP-gemäß ² durchgeführt				
19 ☐ Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt				
20 ☐ OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)				

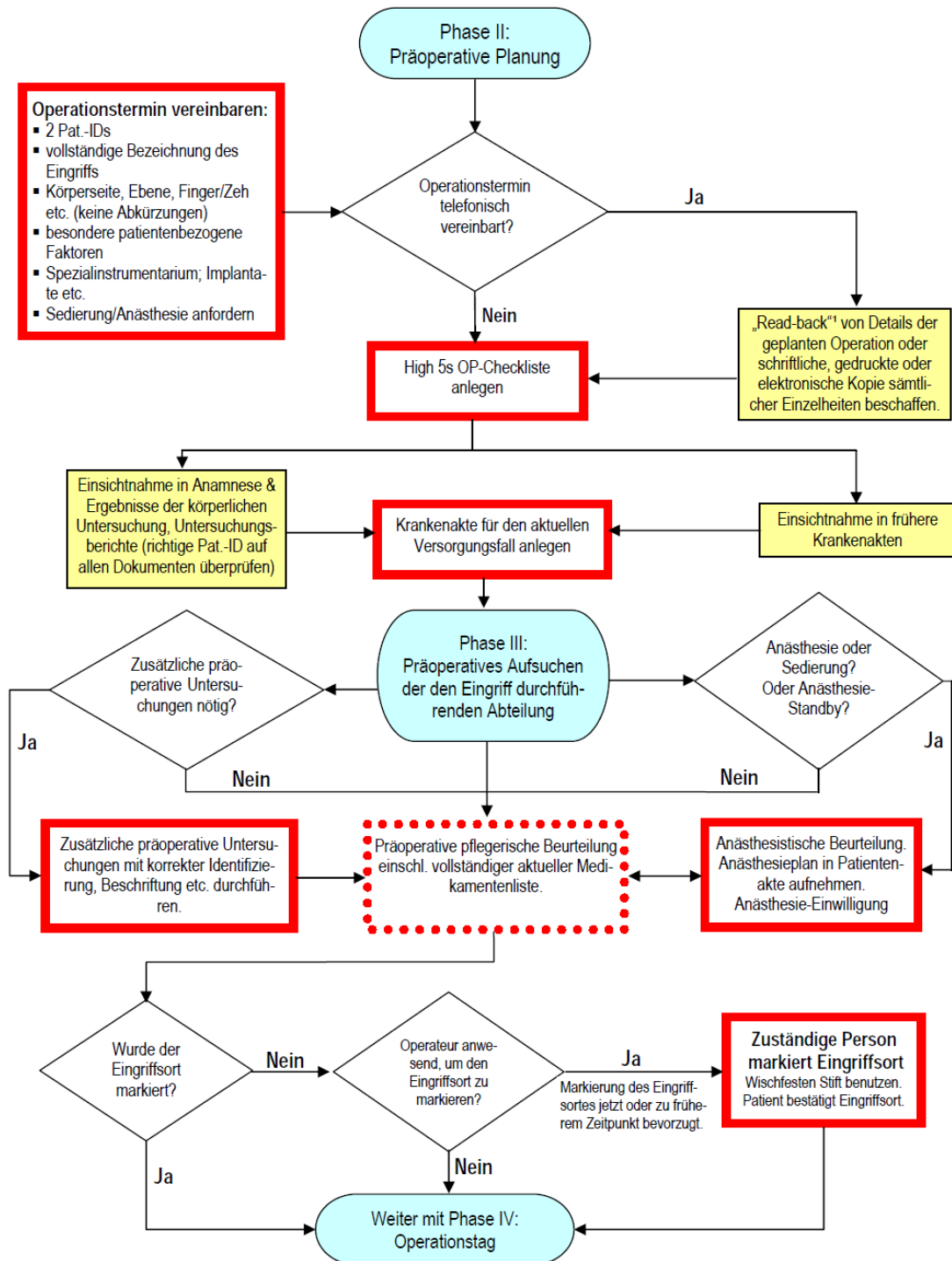
VI SOP-Prozessablauf zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Das folgende Flussdiagramm ist ein Bestandteil der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und stellt zur Veranschaulichung die präoperative Vorbereitungsphase dar (High 5s-SOP 2010, Anhang 1, S. 1-4).

Präoperative Vorbereitung bezüglich der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, Phase I:

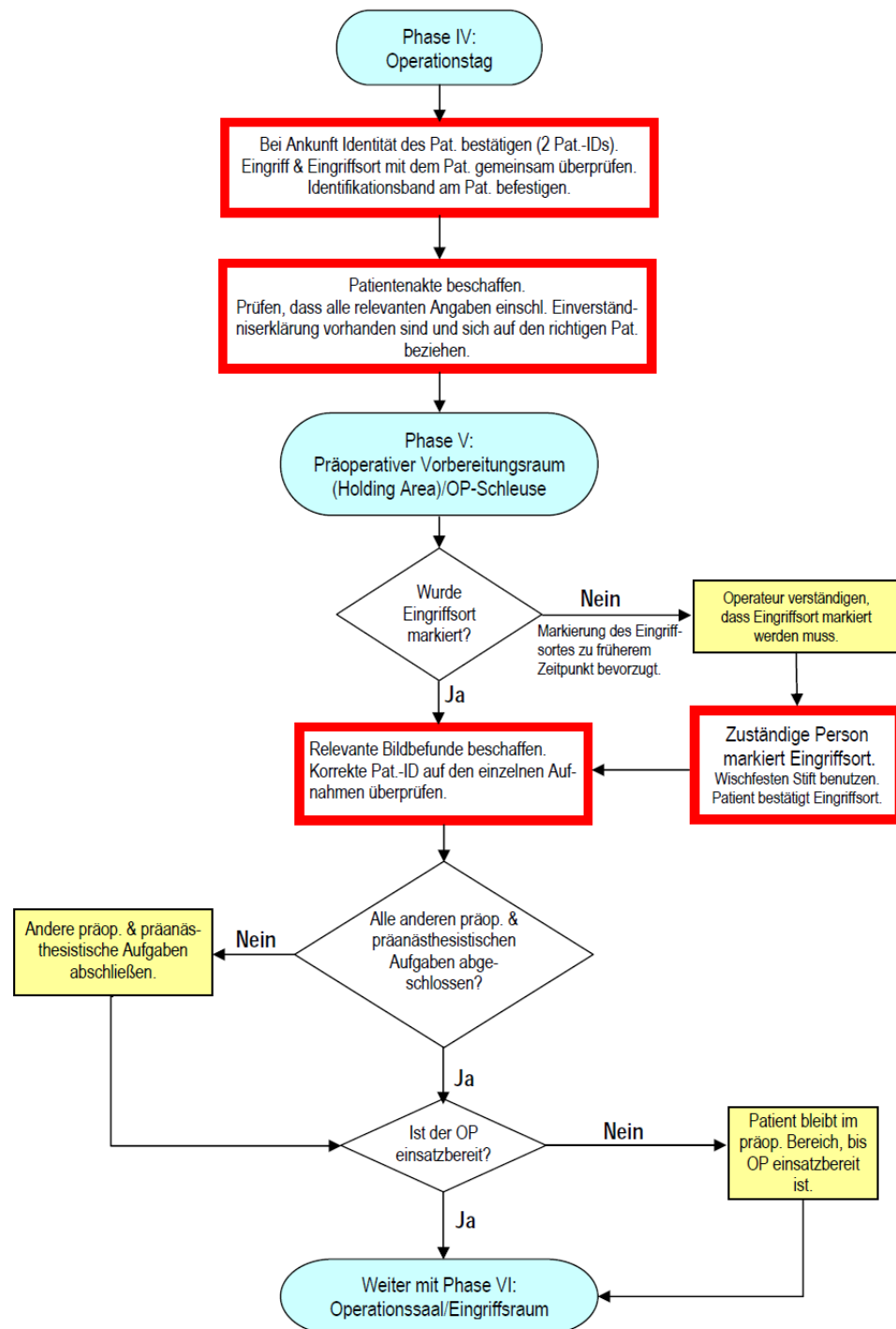


Präoperative Vorbereitung bezüglich der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, Phase II & III:

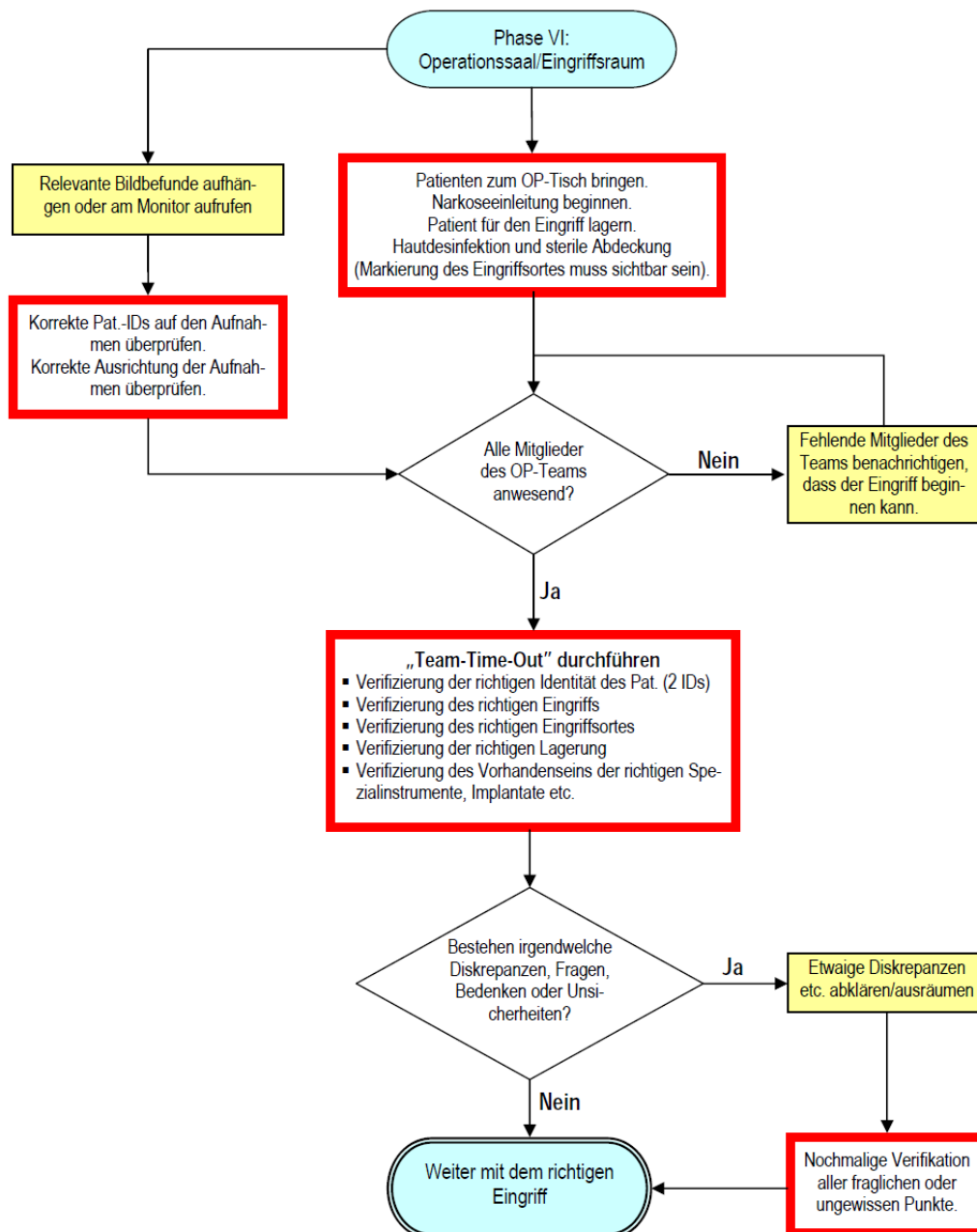


¹ „Read-back“: Gemeint ist die verbale Bestätigung der kritischen Informationen

Präoperative Vorbereitung bezüglich der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, Phase IV & V:



Präoperative Vorbereitung bezüglich der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, Phase VI:



VII Fragebogen für die standardisierte Online-Befragung zu den Implementierungserfahrungen

High 5s

High 5s-Befragung zu den Implementierungserfahrungen

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe High 5s-Koordinatoren,

die Implementierung der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in Ihrem Krankenhaus liegt nun schon eine Weile zurück. Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre angewendete Implementierungsstrategie herausfinden.

Weshalb wird diese Befragung durchgeführt?

Mit dieser Evaluationskomponente soll festgestellt werden, ob eine SOP in den Krankenhäusern der verschiedenen Länder wie vorgesehen umgesetzt werden kann.

Die Ziele sind:

- a) ein besseres Verständnis bezüglich der für die Implementierung und Einhaltung der SOPs benötigten Ressourcen zu entwickeln;
- b) Hindernisse für die Implementierung zu ermitteln und Strategien zur Überwindung dieser Hindernisse zu erarbeiten sowie
- c) die wahrgenommenen Auswirkungen der SOP auf die maßgeblichen Versorgungsprozesse, die Behandlungsergebnisse und die Patientensicherheit zu bestimmen.

Wie ist die Befragung aufgebaut?

Die international vorgegebenen Fragen folgen im Wesentlichen der Implementierungsstrategie der High 5s-SOP, welche aus den nachstehenden Abschnitten besteht:

- Koordinierung der SOP-Implementierung
- Projektarbeitsplan
- Risikobewertung
- Pilottest
- Übertragung auf andere Bereiche
- Kommunikationsplan
- Evaluationsstrategie
- Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses

Neben den international vorgegebenen Fragen, welche für die Erhebung der Implementierungserfahrung aller High 5s-SOPs angewendet werden, ist es aus unserer Sicht notwendig zu erfahren, welche Besonderheiten bei der Implementierung der SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen zu verzeichnen sind. Aus diesem Grund schließen sich einige Fragen zu den einzelnen Prozessschritten (Präoperative Verifikation, Markierung des Eingriffsortes, Team-Time-Out) sowie zu der Durchführung von Schulungen ergänzend zum internationalen Befragungsteil an.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Befragung in die Diplomarbeit der studentischen Mitarbeiterin einfließt. Selbstverständlich sichern wir Ihnen die Wahrung der Anonymität und den vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten zu.

Für die Bearbeitung des Fragebogens benötigen Sie ca. 30 Minuten. Vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Engagement.

Ihr High 5s-Team

Programmierung:

- Passagen mit *dieser Form der Markierung* sind Angaben für die Programmierung der Online-Version
- alle Items mit der Anmerkung „Sonstiges – bitte angeben“ enthalten zusätzlich zu der Mehrfachantwort ein Freitextfeld
- bei allen Fragen mit der Zusatzanmerkung „(optional)“ besteht eine freiwillige Antwortmöglichkeit; bei allen Fragen ohne diese Zusatzanmerkung ist eine Pflichtantwort gegeben
- die Überschrift jedes Themenkomplexes sollte nach Möglichkeit bei jedem Fenster, wie eine Kopfzeile, sichtbar für die befragten Personen sein

Status der SOP-Implementierung

Zu Beginn der Befragung möchten wir Näheres über den Status der SOP-Implementierung in Ihrem Haus erfahren:

1. Ist zu diesem Zeitpunkt eine Vollimplementierung im Krankenhaus erreicht? Dies bedeutet, dass das Krankenhaus umgesetzt hat, dass (a) alle erforderlichen Schritte in dem Prozess standardisiert werden, (b) diese an allen Orten, an denen die Prozessschritte sind, in Kraft gesetzt wurden und (c) der Prozess für die Population von Patienten, zu denen diese Schritte gelten (infrage kommende Grundgesamtheit) implementiert wurde.

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 2*

___Nein *Weiter mit 1a, 1b*

Filter durch 1. Nein

1a. Warum ist bisher noch kein Status der Vollimplementierung in Ihrem Krankenhaus erreicht? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 1b

- ___Unzureichende Unterstützung durch die Krankenhausleitung
- ___Unzureichende Unterstützung durch die Abteilungsleitung/en
- ___Unzureichende Unterstützung durch die Stationsleitung/en
- ___Unzureichende aktive Beteiligung der Mitarbeiter
- ___Widerstand der Mitarbeiter gegenüber Veränderungen
- ___Unzureichende Ressourcen
- ___Konkurrierende Prioritäten
- ___Fluktuation bei Mitarbeitern in Schlüsselfunktionen
- ___Tatsächliche oder wahrgenommene Belastung der Implementierung/Datenerhebung
- ___Sonstiges – bitte angeben: _____

Filter durch 1. Nein

1b. Wie ist der aktuelle Implementierungsstand?

Freitext und dann weiter mit 2

2. Weitere Anmerkungen zum Status der SOP Implementierung (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Koordination der SOP-Implementierung“

Koordination der SOP-Implementierung

1. Wer ist in der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums für die SOP-Implementierung?
Bitte machen Sie Angaben zu Funktion und Bereich (z.B. Chefarzt Chirurgie, Risikomanager, usw.).

Freitext und dann weiter mit 2

2. Gab es personelle Veränderungen in der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums?

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 2a, dann weiter mit 3*

___Nein *Weiter mit 3*

Filter durch 2. Ja

- 2a. Bitte erläutern Sie, z.B. Wer (Funktion/Bereich) hat die Steuergruppe/das Aufsichtsgremium verlassen? Wer (Funktion/Bereich) ist neu hinzugekommen?

Freitext

3. Wer leitet hauptsächlich die Implementierungsaktivitäten (z.B. QM-Beauftragter, leitender klinischer Mitarbeiter oder beide)? Bitte machen Sie Angaben zu Funktion und Bereich.

Freitext und dann weiter mit 4

4. Wie viele Personen wurden mit der Steuerung der SOP-Implementierung und Überprüfung (Planung, Testung und Einführung) beauftragt (= Projektteam)? Welche Berufsgruppen sind beteiligt (z.B. Chirurgie, Anästhesie, Pflegende, OP-Planung)?

Freitext und dann weiter mit 5

5. Ist für jede Berufsgruppe mindestens ein Vorbild oder „Vorkämpfer“ im Projektteam involviert? *Einfachauswahl und dann weiter mit 6*

___Ja *Weiter mit 6*

___Nein *Weiter mit 6*

6. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie bei der Zusammenstellung der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus: *Mehrfachantwort und dann weiter mit 7*

___Ressourcen (Finanzierung/Zeit)

___Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene

___Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter

___Zustimmung der Mitarbeiter

___Kommunikation

___Widerstand gegenüber Veränderungen

___Sonstiges – bitte angeben:

7. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern bzw. diese Hindernisse zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 8

- ☐ Unterstützung durch die Führungsebene
- ☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP
- ☐ Management von Veränderungsprozessen
- ☐ Einbeziehung der Mitarbeiter
- ☐ Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
- ☐ Verbesserte Sicherheitskultur
- ☐ Verbesserte Kommunikation
- ☐ Anerkennung der Teilnahme
- ☐ Sonstiges – bitte angeben:

8. Sonstige Anmerkungen zur Koordinierung der SOP Implementierung (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Projektarbeitsplan“

Projektarbeitsplan

1. Wurde ein Projektarbeitsplan erstellt?

Filterfrage

- ☐ Ja *Weiter mit 2, 3, 4 und 5*
- ☐ Nein *Weiter mit 1a und dann weiter mit 5 (5 = 2)*

Filter durch 1. Nein

- 1a. Warum wurde kein Projektarbeitsplan erstellt?

Freitext und dann weiter mit 5 (5 = 2)

Filter durch 1. Ja

2. Wer (Funktion/Bereich) hat aus der Steuergruppe für die SOP-Implementierung an der Erarbeitung des Arbeitsplans mitgewirkt?

Freitext und dann weiter mit 3

Filter durch 1. Ja

3. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie bei der Erarbeitung des Projektarbeitsplans gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 4

- ☐ Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
☐ Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren
☐ Wissen darüber, wie bestehende Prozesse tatsächlich ablaufen (Wirklichkeit im Vergleich zum Richtlinien- und Verfahrenshandbuch der Organisation)
☐ Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen
☐ Einbindung der Mitarbeiter
☐ Erfahrung bei der Erarbeitung eines Arbeitsplans
☐ Kommunikation
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Ja

4. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern bzw. diese Hindernisse bei der Erarbeitung des Projektarbeitsplanes zu überwinden?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5

- ☐ Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren
☐ Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen
☐ Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte
☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP
☐ Bereitstellung neuer Ressourcen
☐ Kommunikation
☐ Sonstiges – bitte angeben:

5. Sonstige Anmerkungen zur Erarbeitung des Projektarbeitsplanes (optional):

(5 = 2 bei Filter durch 1. Nein) Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Risikobewertung“

Risikobewertung

1. Haben Sie eine Risikobewertung durchgeführt?

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 2, 2a, 2b, 3, 4 und 5*

___Nein *Weiter mit 1a und dann weiter mit 5 (5 = 2)*

Filter durch 1. Nein

- 1a. Warum wurde keine Risikobewertung durchgeführt?

Freitext und dann weiter mit 5 (5 = 2)

Filter durch 1. Ja

2. Haben Sie sich an den Risikobewertungsprozess, der in den SOP-Materialien beschrieben wird, gehalten?

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 2a*

___Nein *Weiter mit 2I und dann weiter mit 2a*

Filter durch 2. Nein

- 2I. Warum haben Sie sich nicht an den beschriebenen Risikobewertungsprozess gehalten?

Freitext und dann weiter mit 2a

Filter durch 1. Ja

- 2a. Hat Ihnen der, von Ihnen angewendete Risikobewertungsprozess dabei geholfen, potentielle Bereiche zu ermitteln, in denen es möglicherweise zu Störungen oder zu Fehlleistungen kommen könnte?

Einfachauswahl mit Filter

___Ja *Weiter mit 2aI und dann weiter mit 2b*

___Nein *Weiter mit 2b*

Filter durch 2a. Ja

2aI. Bitte erläutern Sie inwieweit der von Ihnen angewendete Risikobewertungsprozess dabei geholfen hat potentielle Bereiche zu ermitteln, in denen es möglicherweise zu Störungen oder Fehlleistungen gekommen wäre. Welche Bereiche waren das? (optional):

Freitext und dann weiter mit 2b

Filter durch 1. Ja

2b. Wurden Kontrollen, Warnhinweise oder Schutzmaßnahmen implementiert, um Risiken in den identifizierten Bereichen, in denen es möglicherweise zu Störungen oder zu Fehlleistungen kommen könnte, zu minimieren?

Einfachauswahl mit Filter

___Ja *Weiter mit 2bI und dann weiter mit 3*

___Nein *Weiter mit 3*

Filter durch 2b. Ja

2bI. Bitte erläutern Sie die Kontrollen, Warnhinweise oder Schutzmaßnahmen, um Risiken in den identifizierten Bereichen, in denen es möglicherweise zu Störungen oder Fehlleistungen kommen könnte, zu minimieren (optional):

Freitext und dann weiter mit 3

Filter durch 1. Ja

3. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie bei der Risikobewertung gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 4

___Ressourcen (Finanzierung/Zeit)

___Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren

___Wissen darüber, wie bestehende Prozesse tatsächlich funktionieren (Wirklichkeit im Vergleich zum Richtlinien- und Verfahrenshandbuch der Organisation)

___Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen

___Einbindung der Mitarbeiter

___Erfahrung mit der Erarbeitung einer Risikobewertung

___Kommunikation

___Widerstand gegenüber Veränderungen (z.B. Mitarbeiter wollten sich nicht am Risikobewertungsprozess beteiligen bzw. den vorher bestehenden Prozess nicht ändern, keine Akzeptanz gegenüber Veränderungen, kein Wissen darüber oder keine Bestätigung von Problemen mit dem vorhergehenden Prozess)

___Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Ja

4. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern bzw. diese Hindernisse zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5

- ☐ Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren
☐ Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen
☐ Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte
☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten
☐ Bereitstellung neuer Ressourcen
☐ Kommunikation
☐ Sonstiges – bitte angeben:

5. Sonstige Anmerkungen zur Risikobewertung (optional):

(5 = 2 bei Filter durch 1. Nein) Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Pilottest“

Pilottest

1. Wurde ein Pilottest für die SOP durchgeführt?

Filterfrage

- ☐ Ja *Weiter mit 2, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2g*
☐ Nein *Weiter mit 1a, 1b und dann weiter mit 3 (3 = 2)*

Filter durch 1. Nein

- 1a. Warum wurde kein Pilottest durchgeführt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 1b

- ☐ Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
☐ Unzureichende Unterstützung durch die Organisation
☐ Pilottest wurde nicht für notwendig erachtet
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Nein

1b. Würden Sie im Nachhinein sagen, ein Pilottest wäre hilfreich gewesen?

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 1bI und dann weiter mit 3 (3 = 2)*

___Nein *Weiter mit 3 (3 = 2)*

Filter durch 1b. Ja

1bI. Bitte machen Sie nähere Angaben, inwiefern ein Pilottest hilfreich gewesen wäre:

Freitext und dann weiter mit 3 (3 = 2)

Filter durch 1. Ja

2. Welche Arten der Pilottest-Einheiten (OP-Säle, Stationen, Abteilungen) waren involviert?

Freitext und dann weiter mit 2a

Filter durch 1. Ja

2a. Wie viele Pilottest-Einheiten (OP-Säle, Stationen, Abteilungen) waren involviert?

Freitext und dann weiter mit 2b

Filter durch 1. Ja

2b. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie bei der SOP-Implementierung im Pilottest gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 2c

___Ressourcen (Finanzierung/Zeit)

___Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene

___Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter

___Zustimmung der Mitarbeiter

___Kommunikation

___Widerstand gegenüber Veränderungen

___Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Ja

- 2c. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern bzw. diese Hindernisse im Pilottest zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 2d

- ☐ Unterstützung der Führungsebene
- ☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP
- ☐ Management von Veränderungsprozessen z.B. gezielte Unterstützung den Übergang zu etwas Neuem zu konzipieren
- ☐ Einbindung der Mitarbeiter
- ☐ Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
- ☐ Verbesserte Sicherheitskultur
- ☐ Kommunikation
- ☐ Verbesserte Prozesse
- ☐ Anerkennung der Teilnahme
- ☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Ja

- 2d. Wie wurde sichergestellt, dass die Implementierung im Pilottest einheitlich, zeitgerecht und genau erfolgte? Wurden dafür spezielle Messungen vorgenommen?

Freitext und dann weiter mit 2e

Filter durch 1. Ja

- 2e. Hat die Implementierung der SOP im Pilottest Auswirkungen auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe gehabt (z.B. Einführung der präoperativen Eingriffsmarkierung geht mit dem gesteigerten Bewusstsein für Fragen der Sicherheit einher, der Pilottest bewirkt eine verbesserte Zusammenarbeit innerhalb des OP-Teams)?

Filterfrage

- ☐ Ja *Weiter mit 2eI*
- ☐ Nein *Weiter mit 2f*

Filter durch 2e. Ja

- 2eI. Waren die Auswirkungen der Implementierung der SOP im Pilottest auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe positiv oder negativ?

Filterfrage

- ☐ Positiv *Weiter mit 2eII. und dann weiter mit 2f*
- ☐ Negativ *Weiter mit 2eIII. und dann weiter mit 2f*

Filter durch 2eI. Positiv

2eII. Bitte erläutern Sie die positiven Auswirkungen der Implementierung der SOP im Pilottest auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe:

Freitext und dann weiter mit 2f

Filter durch 2eI. Negativ

2eIII. Bitte erläutern Sie die negativen Auswirkungen der Implementierung der SOP im Pilottest auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe:

Freitext und dann weiter mit 2f

Filter durch 1. Ja

2f. Hatte die Implementierung der SOP im Pilottest Auswirkungen auf die Patientenversorgung (z.B. verbesserte Interaktion zwischen Patienten und Mitarbeiter, durch die Beteiligung der Patienten an der eigenen Versorgung kommt es zu mehr Zufriedenheit)?

Filterfrage

___Ja *Weiter mit 2fI*

___Nein *Weiter mit 3*

Filter durch 2f. Ja

2fI. Waren die Auswirkungen der SOP-Implementierung im Pilottest auf die Patientenversorgung positiv oder negativ?

Filterfrage

___Positiv *Weiter mit 2fII*

___Negativ *Weiter mit 2fIII*

Filter durch 2fI. Positiv

2fII. Bitte erläutern Sie die positiven Auswirkungen der SOP-Implementierung im Pilottest auf die Patientenversorgung:

Freitext und dann weiter mit 3

Filter durch 2f. Negativ

2fIII. Bitte erläutern Sie die negativen Auswirkungen der SOP-Implementierung im Pilot-test auf die Patientenversorgung:

Freitext und dann weiter mit 3

3. Sonstige Anmerkungen zum Pilottest (optional):

(3 = 2 bei Filter durch 1. Nein) Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Übertragung auf andere Bereiche“

Übertragung auf andere Bereiche

1. Wenn bislang die SOP in mehr als einer Abteilung implementiert wurde, geschah dies in den verschiedenen Krankenhausabteilungen nacheinander oder gleichzeitig? Bitte auswählen:

Einfachauswahl und dann weiter mit 1a

____ Nacheinander *Weiter mit 1a*

____ Gleichzeitig *Weiter mit 1a*

1a. Erläuterungen zu der Vorgehensweise (nacheinander oder gleichzeitig) bei der Übertragung der SOP auf andere Bereiche (optional):

Freitext und dann weiter mit 2

2. Sind die SOP-Prozesse in die bestehenden Systeme integriert worden, oder werden diese zusätzlich durchgeführt?

Einfachauswahl und dann weiter mit 3

____ integriert *Weiter mit 3*

____ zusätzlich *Weiter mit 3*

3. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie bei dem Versuch, die SOP im Krankenhaus auszuweiten, gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 4

- ☐ Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
- ☐ Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene
- ☐ Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter
- ☐ Zustimmung der Mitarbeiter
- ☐ Kommunikation
- ☐ Widerstand gegenüber Veränderungen
- ☐ Belastung durch die Datenerfassung
- ☐ Sonstiges – bitte angeben:

4. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern bzw. diese Hindernisse zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5

- ☐ Unterstützung durch die Führungsebene
- ☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP
- ☐ Strategien zum Umgang mit Veränderungen
- ☐ Einbindung der Mitarbeiter
- ☐ Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
- ☐ Verbesserte Sicherheitskultur
- ☐ Kommunikation
- ☐ Anerkennung der Teilnahme
- ☐ Sonstiges – bitte angeben:

5. Sonstige Anmerkungen zu der Übertragung der SOP auf andere Bereiche (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Kommunikationsplan“

Kommunikationsplan

1. Wie erfahren die Mitarbeiter von der Entscheidung und dem Engagement der Organisation, die SOP zu implementieren? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 2

- ☐ Aushang in öffentlichen Bereichen
- ☐ Information über Newsletter (Krankenhauszeitung)
- ☐ Ankündigungen in Abteilungs-/Projektbesprechungen
- ☐ Ankündigungen auf Klinikkonferenzen bestimmter Fachbereiche
- ☐ E-Mail-Verteiler
- ☐ Brief an die Mitarbeiter
- ☐ Website des teilnehmenden Krankenhauses (öffentliche Homepage, Intranet)
- ☐ Sonstiges – bitte angeben:

2. Wie können die Mitarbeiter Feedback zur SOP-Implementierung geben?

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 3

- ☐ Aktive Aufforderung durch den High 5s-Projektkoordinator/-„Vorkämpfer“ i Haus
- ☐ Weiterleitung der E-Mail-Adresse/Telefonnummer des High 5s-Projektkoordinators/-„Vorkämpfers“ an das Personal
- ☐ Einladung der Mitarbeiter zu regelmäßig stattfindenden High 5s-Projektbesprechungen
- ☐ Sonstiges – bitte angeben (z.B. Mitarbeiterbefragungen, Feedbackbogen):

3. Welche Anerkennung erfahren Mitarbeiter, die sich aktiv an der Implementierung der SOP beteiligen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort mit Filter (nur wenn „Anerkennung durch die LTA“ angekreuzt ist, dann weiter mit 3a) und dann weiter mit 4

- ☐ Anerkennung über verschiedene Kommunikationswege des teilnehmenden Krankenhauses
☐ Anerkennung auf Besprechungen/Klinikkonferenzen/ usw.
☐ Aushänge in öffentlichen Bereichen
☐ Preisverleihungen für die Fachabteilungen/ das teilnehmende Krankenhaus
☐ Anerkennung durch die LTA *Weiter mit 3a und dann weiter mit 4*
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 3. Anerkennung durch die LTA ist angekreuzt

- 3a. Bitte erläutern Sie die Anerkennung, welche die Mitarbeiter durch die LTA erfahren:

Freitext und dann weiter mit 4

4. Auf welche Herausforderungen oder Hindernisse sind Sie, bei dem Versuch die SOP in dem Krankenhaus zu verbreiten, bezüglich der Kommunikation gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5

- ☐ Unterstützung/Beratung durch die Führungsebene
☐ Ressourcen (Finanzierung/Zeit)
☐ Bereitstellung falscher Informationen
☐ Bereitstellung unangemessener Informationen
☐ Sonstiges – bitte angeben:

5. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern/diese Hindernisse zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 6

- ☐ Unterstützung durch die Organisation/Fachbereichsleitung
☐ Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte
☐ Zugang zu Kommunikationswegen/-mitteln des teilnehmenden Krankenhauses
☐ Regelmäßig stattfindende High 5s-Projektbesprechungen
☐ Sonstiges – bitte angeben:

6. Sonstige Anmerkungen zum Kommunikationsplan (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Evaluationsstrategie“

Evaluationsstrategie

1. Sind Sie auf Probleme oder Hindernisse bei der Umsetzung der Datensammlung zu den SOP-Indikatoren und/oder der Ereignisanalyse gestoßen?

Filterfrage

- ☐ Ja *Weiter mit 1a, 1b und dann weiter mit 2*
☐ Nein *Weiter mit 2*
☐ Nicht zutreffend zu diesem Zeitpunkt/Implementierungsstand *Weiter mit 2*

Filter durch 1. Ja

- 1a. Auf welche Probleme oder Hindernisse bei der Umsetzung der Datensammlung zu den SOP-Indikatoren und/oder der Ereignisanalyse sind sie gestoßen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 1b

- ☐ Ressourcen (Personalmangel)
 - ☐ Ressourcen (Zeitmangel, Finanzierung)
 - ☐ Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene
 - ☐ Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter
 - ☐ Zustimmung der Mitarbeiter
 - ☐ Zugang zu Patientenakten, um eine rechtzeitige Datenerfassung zu gewährleisten
 - ☐ Zugang zum CIRS – Critical Incident Reporting System, um eine rechtzeitige Datenerfassung für die Ereignisanalyse zu gewährleisten
 - ☐ Interpretation der SOP-Indikatoren und/oder deren Methodik
 - ☐ Beeinflussung der Datensammlung durch die erhebenden Personen
 - ☐ Unterstützung durch die Organisation um Zugang zu den benötigten Daten zu bekommen
 - ☐ Sonstiges – bitte angeben: _____
- _____

Filter durch 1. Ja

- 1b. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern/diese Hindernisse zu überwinden? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 2

- ☐ Unterstützung durch die Führungsebene bei der Evaluation
 - ☐ Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zu der SOP-Evaluation
 - ☐ Einbindung der Mitarbeiter
 - ☐ Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit/Mitarbeiter)
 - ☐ Verbesserte Kommunikation mit den Mitarbeitern, die bei der Datenerhebung beteiligt sind
 - ☐ Unterstützung/Beratung durch die Organisation
 - ☐ Sonstiges – bitte angeben: _____
- _____
- _____

2. Welche zusätzlichen Schritte (wenn vorhanden) haben Sie neben den mit dem High 5s-Projekt zusammenhängenden Maßnahmen unternommen, um die Implementierung der SOP zu evaluieren?

Freitext und dann weiter mit 3

3. Sonstige Anmerkungen zur Evaluationsstrategie (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses“

Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses

1. Bitte beschreiben Sie den Prozess zur regelmäßigen und fortlaufenden Beobachtung wichtiger Aspekte und Tätigkeiten im Rahmen der SOP. Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort mit Filter (nur wenn „Audits“ angekreuzt ist, dann weiter mit 1a, 1b, 1c) und dann weiter mit 2

- ☐ Projektsteuerungsmeetings
☐ Audits *Weiter mit 1a, 1b, 1c und dann weiter mit 2*
☐ Überwachung der Datenqualität
☐ Einholung von Informationen von Mitarbeitern
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Audits ist angekreuzt

- 1a. Bitte beschreiben Sie den Prozess zur Durchführung der SOP-Compliance-Audits. Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 1b

- ☐ Direkte Beobachtung
☐ Überprüfung der Patientenakten (Chart review)
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Audits ist angekreuzt

- 1b. Wie gestaltete sich der zeitliche Rahmen/die Terminierung der Audits?

Mehrfachantwort und dann weiter mit 1c

- ☐ Begleitende, fortlaufende Beurteilung
☐ Retrospektives, monatliches Audit
☐ Retrospektives Audit mit anderem Zeitrahmen
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 1. Audits ist angekreuzt

- 1c. Bitte erläutern Sie die Stichprobenzusammensetzung/das Sampling für die durchgeführten Audits:

Freitext und dann weiter mit 2

2. Überprüfen Sie die Dokumentationsqualität der OP-Checkliste? Mit welcher Methode überprüfen Sie die Dokumentationsqualität? Bitte erläutern Sie:

Freitext und dann weiter mit 3

3. Würden Sie es für sinnvoll erachten, auf eine elektronische OP-Checkliste umzusteigen?

Einfachauswahl und dann weiter mit 3a

- ☐ Ja *Weiter mit 3a und dann weiter mit 4*
☐ Nein *Weiter mit 3a und dann weiter mit 4*

- 3a. Welche Ressourcen/technische Voraussetzungen sind für die Dateneingabe in die elektronische OP-Checkliste vorhanden? Bitte erläutern Sie:

Freitext und dann weiter mit 4

4. Welche Verbesserungsmöglichkeiten (z.B. Verbesserung von Prozessen im Zusammenhang mit der Umsetzung der SOP, Verbesserung der Qualität der erhobenen Daten, Verbesserung der gemeinsamen Nutzung von Daten) wurden ermittelt und wie wurde damit umgegangen?

Freitext und dann weiter mit 5

5. Gab es Hinweise für ein Abweichen von der beabsichtigten SOP bzw. den SOP-Prozessschritten?

Filterfrage

- ☐ Ja *Weiter mit 5a, 5b und dann weiter mit 6*
☐ Nein *Weiter mit 6*

Filter durch 5. Ja

- 5a. Wie wurden die Hinweise für ein Abweichen von der beabsichtigten SOP bzw. den SOP-Prozessen erkannt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5b

- ☐ Projektsteuerungsmeetings
☐ Audits
☐ Überwachung der Datenqualität
☐ Einholung von Informationen von Mitarbeitern
☐ Sonstiges – bitte angeben:

Filter durch 5. Ja

- 5b. Was wurde unternommen, um diesem Problem - der Abweichung vom beabsichtigten SOP-Prozess - entgegenzuwirken oder es zu lösen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus: *Mehrfachantwort und dann weiter mit 6*

- ☐ Kontakt zum High 5s-Projektkoordinator/-„Vorkämpfer“
☐ Regelmäßig stattfindende High 5s-Projektbesprechungen
☐ Fortlaufende Weiterbildungs-/Schulungsmöglichkeiten
☐ Sonstiges – bitte angeben:

6. Sonstige Anmerkungen zur Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses (optional):

Freitext und dann weiter mit Themenkomplex „SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen – Besonderheiten bei der Implementierung“

SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen – Besonderheiten bei der Implementierung

1. Sind weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenidentifikation gemeinsam mit/begleitend zu der Implementierung der SOP eingeführt worden?

Mehrfachauswahl und dann weiter mit 2

- ☐ Keine
☐ Patientenidentifikationsarmband
☐ Informationsbrief für Patienten
☐ Sonstige:

2. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung der **präoperativen Verifikation** nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?

Rating-Skala und dann weiter mit 2a (eine Ankreuzmöglichkeit pro Item/Zeile)

Hindernisse	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Schriftliche Regelungen für die präoperative Verifikation sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit Ausnahmen (z.B. bewusstlose oder nicht orientierte Patienten, Kinder) sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Verantwortlichkeiten, wer die präoperative Verifikation durchführt, sind unklar	☐	☐	☐	☐	☐
Widerstand von Mitarbeitern	☐	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	☐	☐	☐	☐	☐

- 2a. Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung der präoperativen Verifikation nach SOP (optional):

Freitext und dann weiter mit 2b

- 2b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung der präoperativen Verifikation nach SOP umgegangen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 3

- ☐ Schriftliche Anweisung für die präoperative Verifikation nach SOP
☐ Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung der präoperativen Verifikation nach SOP für die Mitarbeiter
☐ Schriftliche Anweisung über den Umgang mit Ausnahmen (z.B. bewusstlose oder nicht orientierte Patienten, Kinder)
☐ Durchführung von Nachschulungen
☐ Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP
☐ Zulassen von Abteilungsspezifika bei korrekter SOP-Umsetzung, z.B. unterschiedliche Zuständigkeiten oder der Zeitpunkt der Durchführung variiert
☐ Neuanpassung der OP-Checkliste
☐ Sonstiges – bitte angeben: _____

3. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung der **Markierung des Eingriffsorts** nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?

Rating-Skala und dann weiter mit 3a (eine Ankreuzmöglichkeit pro Item/Zeile)

Hindernisse	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Schriftliche Regelungen für die Durchführung der Markierung sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit Ausnahmen, z.B. bei Eingriffen, wo eine Markierung nicht möglich ist (Tätowierungsgefahr bei Frühgeborenen, Eingriffe an Zähnen und Schleimhäuten, etc.), sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit mangelnder Patienten-Compliance bei der Eingriffsmarkierung sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Verantwortlichkeiten, wer die Markierung vornimmt, sind unklar	☐	☐	☐	☐	☐
Widerstand von Mitarbeitern	☐	☐	☐	☐	☐
Diskussion über die Art der Markierung z.B. eindeutiges Markierungszeichen	☐	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	☐	☐	☐	☐	☐

- 3a. Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung der Markierung des Eingriffsortes nach SOP (optional):

Freitext und dann weiter mit 3b

3b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung der Markierung des Eingriffsortes nach SOP umgegangen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 4

- ☐ Schriftliche Anweisung für die Durchführung der Markierung nach SOP
- ☐ Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung der Eingriffs-
markierung nach SOP für die Mitarbeiter
- ☐ Schriftliche Anweisung über den Umgang mit Ausnahmen, z.B. bei Eingriffen wo
eine Markierung nicht möglich ist (Tätowierungsgefahr bei Frühgeborenen,
Eingriffe an Zähnen und Schleimhäuten, etc.)
- ☐ Schriftliche Anweisung über den Umgang mit mangelnder Patienten-Compliance
bei der Eingriffsmarkierung
- ☐ Festlegung der für die Markierung zuständigen Personen, z.B. in der Regel markiert
Der Operateur, an zweiter Stelle der in den Eingriff aufklärende Arzt, an dritter
Stelle ein erfahrener Arzt des Behandlungsteams
- ☐ Durchführung von Nachschulungen
- ☐ Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP
- ☐ Zulassen von Abteilungsspezifika bei korrekter SOP-Umsetzung, z.B. unterschied-
liche Zuständigkeiten oder der Zeitpunkt der Durchführung variiert
- ☐ Neuanpassung der OP-Checkliste
- ☐ Sonstiges – bitte angeben: _____

4. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung des **Team-Time-Out** nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?

Rating-Skala und dann weiter mit 4a (eine Ankreuzmöglichkeit pro Item/Zeile)

Hindernisse	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Schriftliche Regelungen für die Durchführung des Team-Time-Out sind unzureichend	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	☐	☐	☐	☐	☐
Zuständigkeit, wer die Initiierung des Team-Time-Out vornimmt, ist unklar	☐	☐	☐	☐	☐
Mangelnde Ernsthaftigkeit bei der Durchführung	☐	☐	☐	☐	☐
Gefühlte Zeitverschwendung aus Sicht der durchführenden Personen	☐	☐	☐	☐	☐
Zusätzliche Dokumentationsarbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von Einzelpersonen	☐	☐	☐	☐	☐
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von einer Berufsgruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von einer Fachabteilung	☐	☐	☐	☐	☐
Verfahren wird von leitenden Personen unzureichend vorgelebt	☐	☐	☐	☐	☐
Hierarchiebarrieren	☐	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	☐	☐	☐	☐	☐

- 4a. Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung des Team-Time-Out nach SOP (optional):

Freitext und dann weiter mit 4b

4b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung des Team-Time-Out nach SOP umgegangen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 5

- ☐ Schriftliche Anweisung für die Durchführung des Team-Time-Out nach SOP
 - ☐ Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung des Team-Time-Out nach SOP für die Mitarbeiter
 - ☐ Schriftliche Anweisung über die Zuständigkeit der Initiierung des Team-Time-Out
 - ☐ Durchführung von Nachschulungen
 - ☐ Gezielte Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern (Überzeugungsarbeit)
 - ☐ Zielvereinbarungsgespräche mit der Abteilungsleitung/Stationsleitung
 - ☐ Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP
 - ☐ Neuanpassung der OP-Checkliste
 - ☐ Sonstiges – bitte angeben: _____
- _____

5. Inwieweit treffen die folgenden Faktoren, welche einen förderlichen Einfluss bei der Implementierung der SOP hatten, für Ihr Krankenhaus zu?

Rating-Skala und dann weiter mit 5a (eine Ankreuzmöglichkeit pro Item/Zeile)

Fördernde Faktoren	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Kooperativer Führungsstil	☐	☐	☐	☐	☐
Hohe Mitarbeitermotivation	☐	☐	☐	☐	☐
Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter	☐	☐	☐	☐	☐
Vorerfahrungen der Mitarbeiter über Verfahren zur Prozessvereinheitlichung (z.B. durch Anwendung von Behandlungspfaden, Expertenstandards)	☐	☐	☐	☐	☐
Regelmäßige Treffen der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums	☐	☐	☐	☐	☐
Interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Besetzung der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums	☐	☐	☐	☐	☐
Regelmäßige Treffen des Projektteams	☐	☐	☐	☐	☐
Interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Besetzung des Projektteams	☐	☐	☐	☐	☐
Gleiche bzw. ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen	☐	☐	☐	☐	☐
Verfahren wird von leitenden Personen vorgelebt	☐	☐	☐	☐	☐

- 5a. Sonstige Anmerkungen zu den Faktoren, welche einen förderlichen Einfluss bei der Implementierung der verschiedenen SOP-Komponenten hatten (optional):

Freitext und dann weiter mit 6

6. Wurde eine Kick-Off-Veranstaltung durchgeführt?

Einfachauswahl und dann weiter mit 7

___Ja *Weiter mit 7*

___Nein *Weiter mit 7*

7. Wie wurden die Mitarbeiterschulungen durchgeführt?

Einfachauswahl und dann weiter mit 8

- ☐ Pflichtveranstaltung
☐ Freiwillige Veranstaltung
☐ Sowohl Pflichtveranstaltung als auch freiwillige Veranstaltung

8. Wie viele Schulungen wurden durchgeführt und in welchem zeitlichen Umfang fanden diese

statt? Bitte machen Sie Angaben zur Anzahl und durchschnittlichen Dauer der Schulungen:

Anzahl → Eingabe von numerischem Wert, Dauer → Eingabe von Zeitwert und dann weiter mit 9

Anzahl der Schulungen: n = ca. _____ *Weiter mit 9*

Durchschnittliche Dauer pro Schulung _:_ (hh:mm) *Weiter mit 9*

9. Welche Berufsgruppen wurden geschult?

Mehrfachantwort und dann weiter mit 10

- ☐ Ärzte/Ärztinnen der operierenden Fachabteilungen (z.B. Chirurgie, Urologie, Orthopädie)
☐ OP-Pflege
☐ OP-Assistenz (Chirurgisch-Technischer-Assistent/in, Operationstechnischer Assistent/in)
☐ Ärzte/Ärztinnen der Anästhesie
☐ Anästhesie-Pflege
☐ Pflegende der verschiedenen Fachabteilungen (z.B. Chirurgie, Urologie, Orthopädie)
☐ Leitende Ärzte/Ärztinnen (Oberarzt/Oberärztin, Chefarzt/Chefärztin)
☐ Leitende Pflegepersonen (Stationsleitung, Abteilungsleitung, Pflegedienstleitung)
☐ Medizinstudierende im Praktikum
☐ Gesundheits- und Krankenpflegestudierende/ -schüler

- 9a. Weitere Berufsgruppen/Personen, die geschult wurden, bitte angeben:

10. Wurden einzelne Prozessschritte der SOP separat (z.B. Durchführung einer separaten Schulung der OP-Mitarbeiter zum Team-Time-Out) geschult?

Filterfrage

- ___ Ja *Weiter mit 10a*
___ Nein *Weiter mit 11*

Filter durch 10. Ja

- 10a. Bei welchen Prozessschritten fand eine separate Schulung statt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit 11

- ___ Durchführung einer separaten Schulung zur präoperativen Verifikation
___ Durchführung einer separaten Schulung zur Eingriffsmarkierung
___ Durchführung einer separaten Schulung zum Team-Time-Out

11. Gibt es Faktoren, die Sie für die Durchführung von Schulungen zur SOP-Implementierung weiterempfehlen würden? Bitte erläutern Sie:

Freitext und dann weiter mit 12

12. Gibt es Aspekte der Vorgehensweise, die Sie bei der Durchführung von Schulungen zur SOP-Implementierung anders machen würden? Bitte erläutern Sie:

Freitext und dann weiter mit 13

13. Welche Implementierungshilfen kamen zum Einsatz? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Mehrfachantwort und dann weiter mit Themenkomplex „Abschließend“

- ☐ Infoflyer für Mitarbeiter
 - ☐ SOP-Kurzversion
 - ☐ Präsentation zur Einführung
 - ☐ High 5s-Poster
 - ☐ Sterilisationsgeeignete Time-Out-Schilder
 - ☐ DVD mit dem Film „Time-Out“ der Schweizer Stiftung Patientensicherheit
 - ☐ Poster des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) „Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen“
 - ☐ Broschüre des APS „Aus Fehlern lernen“
 - ☐ Sonstiges – bitte angeben (z.B. selbst erstellte Implementierungshilfen):
- _____
- _____

Abschließend

1. Bitte beschreiben Sie andere Erfahrungen, die Sie bezüglich der SOP-Implementierung gemacht haben und von denen Ihrer Meinung nach auch andere Organisationen, die eine Implementierung der SOP planen, profitieren könnten (optional)?

Freitext

VIII Chronologische Abbildung der Befragungsergebnisse zu den Implementierungserfahrungen

Rückmeldungen insgesamt: 11 von 16 Projektkoordinatoren/innen (68,75 % Rücklaufquote)

Implementierungsstatus

1. Ist zu diesem Zeitpunkt eine Vollimplementierung im Krankenhaus erreicht?			
	Ja	8	72,7%
	Nein	3	27,3%
		N = 11	100,0%

1a. Warum ist bisher noch kein Status der Vollimplementierung erreicht?		
Unzureichende Unterstützung durch die Abteilungsleitung/en	1	
Unzureichende aktive Beteiligung der Mitarbeiter	1	
Unzureichende Ressourcen	1	
Konkurrierende Prioritäten	1	
Unzureichende Unterstützung durch die Krankenhausleitung	0	
Unzureichende Unterstützung durch die Stationsleitung/en	0	
Widerstand der Mitarbeiter gegenüber Veränderungen	0	
Fluktuation bei Mitarbeitern in Schlüsselfunktionen	0	
Tatsächliche oder wahrgenommene Belastung der Implementierung/Datenerhebung	0	
	N = 2*	

*Anpassung von N = 3 auf N = 2, da 1 befragte Person durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfällt

1a. Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
# Implementierung war zunächst nur für einen Bereich vorgesehen	1	
Fehlende IT-Lösung	1	
Zähe Entscheidungsprozesse	1	
	N = 3	

1b. Wie ist der aktuelle Implementierungsstand? <i>Freitext</i>		
Die Implementierung in einem Bereich ist voll umgesetzt, Ausweitung geplant	1	
Circa 20 %	1	
Eine Vollimplementierung liegt in 2 Bereichen vor, Ausweitung geplant	1	
	N = 3	

2. Weitere Anmerkungen zum Status der SOP-Implementierung (optional): <i>Freitext</i>		
Die geforderten Standards wurden bereits vor dem High 5s-Projekt implementiert, durch das Projekt in einigen Punkten spezifiziert. Diese Spezifizierung (und Verbesserung) ist aber noch nicht klinikweit umgesetzt.	1	
	N = 1	

Koordinierung der SOP-Implementierung

1. Wer ist in der Steuergruppe für die SOP-Implementierung? *Freitext*

Qualitätsmanager/in, Qualitätsmanagementbeauftragte/er, Risikomanager/in	10	90,9%
OP-Management, OP-Leitung, OP-Mitarbeiter	8	72,7%
Verschiedene Fachabteilungen - Ärzte	8	72,7%
Führungsebene/Klinikleitung, Pflegedirektion, Pflegedienstleitung	5	45,5%
Fachbereich Anästhesie – Ärzte/Ärztinnen, Pflegende	2	18,2%
	N = 11	100,0%

2. Gab es personelle Veränderungen in der Steuergruppe?

Ja	3	27,3%
Nein	8	72,7%
	N = 11	100,0%

2a. Erläuterung der Veränderung in der Steuergruppe? *Freitext*

Oberarzt/-ärztin ausgeschieden, OP-Manager/in hinzugekommen	1	
Qualitätsmanager/in	1	
Krankenhausleitung, Klinikdirektion	1	
	N = 3	

3. Wer leitet hauptsächlich die Implementierungsaktivitäten? *Freitext*

Qualitätsmanager/in, QMB, Risikomanager/in	9	81,8%
Personen der Führungsebene	2	18,2%
OP-Manager/in	2	18,2%
Leitende Ärzte/Ärztinnen	2	18,2%
	N = 11	100,0%

4. Wie viele Personen wurden mit der Steuerung der SOP-Implementierung beauftragt? *Freitext*

N = 11

Mittelwert ca. 5 Pers.
Spannweite 1 bis mind. 9

5. Ist für jede Berufsgruppe mindestens ein „Vorkämpfer“ im Projektteam involviert?

Ja	4	36,4%
Nein	7	63,6%
	N = 11	100,0%

6. Herausforderungen/Hindernisse bei der Zusammenstellung der Steuergruppe:

Kommunikation	4	40,0%
Widerstand gegenüber Veränderungen	4	40,0%
Zustimmung der Mitarbeiter	3	30,0%
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	3	30,0%
Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter	2	20,0%
Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	1	10,0%
	N = 10*	100,0%

*Anpassung von N = 11 auf N = 10, da eine befragte Personen durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfallen

6. Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
Keine Herausforderungen	2	
# Es gab keine Steuergruppe	1	
Keine Einsicht in das Risikopotential	1	
High 5s-Checkliste inhaltlich ungenügend	1	
	N = 5	

7. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?		
Unterstützung durch die Führungsebene	5	62,5%
Einbeziehung der Mitarbeiter	5	62,5%
Verbesserte Kommunikation	4	50,0%
Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP	4	50,0%
Management von Veränderungsprozessen	2	25,0%
Verbesserte Sicherheitskultur	2	25,0%
Anerkennung der Teilnahme	2	25,0%
Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	1	12,5%
	N = 8*	100,0%

*Anpassung von N = 11 auf N = 8, da 3 befragte Personen durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfallen

7. Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
# Keine Herausforderungen	2	
# Es gab keine Steuergruppe	1	
Permanente Rückkopplung, wegen Widerständen Einbeziehung der Führungsebene	1	
Erweiterung der High 5s-Checkliste	1	
	N = 5	

Projektarbeitsplan

1. Wurde ein Projektarbeitsplan erstellt?		
Ja	6	54,5%
Nein	5	45,5%
	N = 11	100,0%

1a. Warum wurde kein Projektarbeitsplan erstellt? <i>Freitext</i>		
Projektarbeitsplan wurde als nicht erforderlich erachtet	2	40,0%
Projektarbeitsplan wurde top-down vorgegeben	1	20,0%
Kein strukturiertes Projektmanagement	1	20,0%
Keine Angabe	1	20,0%
	N = 5	100,0%

2. Wer hat aus der Steuergruppe bei der Erarbeitung des Arbeitsplans mitgewirkt? <i>Freitext</i>		
OP-Leitung/OP-Management	6	100,0%
Qualitätsmanager/in, Qualitätsmanagementbeauftragte/er	4	66,7%
Leitende Ärzte/Ärztinnen	4	66,7%
Praktikant/in	1	16,7%
	N = 6	100,0%

3. Herausforderungen/Hindernisse bei der Erarbeitung des Projektarbeitsplanes:			
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	3	50,0%	
Kommunikation	2	33,3%	
Wissen darüber, wie bestehende Prozesse tatsächlich ablaufen	1	16,7%	
Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen	1	16,7%	
Einbindung der Mitarbeiter	1	16,7%	
Sonstiges <i>Freitext</i> : Terminabstimmungen	1	16,7%	
Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren	0		
Erfahrung bei der Erarbeitung eines Arbeitsplans	0		
	N = 6	100,0%	

4. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?			
Kommunikation	4	66,7%	
Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte	3	50,0%	
Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP	3	50,0%	
Sonstiges <i>Freitext</i> : Persönlicher Einsatz	2	33,3%	
Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren	0		
Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen	0		
Bereitstellung neuer Ressourcen	0		
	N = 6	100,0%	

Risikobewertung

1. Haben Sie eine Risikobewertung durchgeführt?			
Ja	1	9,1%	
Nein	10	90,9%	
	N = 11	100,0%	

1a. Warum wurde keine Risikobewertung durchgeführt? <i>Freitext</i>			
Risikobewertung wurde als nicht erforderlich erachtet	5	50,0%	
Prozess wurde nicht grundlegend geändert	2	20,0%	
Erfordernis war nicht bekannt	1	10,0%	
Risikobewertung fand nur informell statt wegen knapper Zeitressource	1	10,0%	
Keine Angabe	1	10,0%	
	N = 10	100,0%	

2. Wurde sich an den Risikobewertungsprozess, wie in der SOP beschrieben, gehalten?		
Ja	1	
	N = 1	

2a. Hat Ihnen der, von Ihnen angewendete Risikobewertungsprozess dabei geholfen, potentielle Bereiche ermittelt, bei denen es zu Störungen oder Fehlleistungen gekommen wäre?		
Ja	1	
	N = 1	

2a1. Welche Bereiche waren das? <i>Freitext</i>		
Notfälle, Patienten von nicht chirurgischen Stationen	1	
	N = 1	

2b. Wurden Kontrollen, Warnhinweise oder Schutzmaßnahmen implementiert, um Risiken in den identifizierten Bereichen zu minimieren?		
Ja	1	
	N = 1	

2bl. Erläuterung der Kontrollen, Warnhinweise oder Schutzmaßnahmen: <i>Freitext</i>		
OP-Zahlen-Controlling, Checklisten-Controlling, Anweisung nur Patienten mit Checkliste kommen in den OP-Trakt	1	
	N = 1	

3. Herausforderungen/Hindernisse bei der Risikobewertung:		
Einbindung der Mitarbeiter	1	
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	0	
Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren	0	
Wissen darüber, wie bestehende Prozesse tatsächlich ablaufen	0	
Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen	0	
Erfahrung bei der Erarbeitung eines Arbeitsplans	0	
Kommunikation	0	
Widerstand gegenüber Veränderungen	0	
Sonstiges	0	
	N = 1	

4. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?		
Kommunikation	1	
Zugang zu bestehenden Protokollen/Verfahren	0	
Unterstützung/Anleitung durch die Führungsebene bei Entscheidungen	0	
Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte	0	
Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP	0	
Bereitstellung neuer Ressourcen	0	
Sonstiges	0	
	N = 1	

5. Sonstige Anmerkungen zur Risikobewertung (optional): <i>Freitext</i>		
Die vorgeschlagene Risikobewertung macht nur Sinn, bei einer Grundlegenden Änderung der Abläufe	1	
	N = 1	

Pilottest

1. Haben Sie einen Pilottest durchgeführt?			
Ja	7	63,6%	
Nein	4	36,4%	
	N = 11	100,0%	

1a. Warum wurde keine Risikobewertung durchgeführt?			
Pilottest wurde nicht für notwendig erachtet	3	75,0%	
Sonstiges <i>Freitext</i> : Verfahren war bereits eingeführt	1	25,0%	
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	0		
Unzureichende Unterstützung durch die Organisation	0		
	N = 4	100,0%	

1b. Würden Sie im Nachhinein sagen, ein Pilottest wäre hilfreich gewesen?			
	Ja	0	
	Nein	4	
		N = 4	

2. Welche Arten der Pilottesteinheiten waren involviert? <i>Freitext</i>			
	Abteilung	6	85,7%
	Station	3	42,9%
	OP-Saal	3	42,9%
		N = 7	100,0%

2a. Wie viele Pilottest-Einheiten waren involviert? <i>Freitext</i>		N = 7	
	Ein Krankenhaus	„Weiß nicht.“	
	Spannweite Abteilung	1 bis 1	
	Spannweite Station	1 bis 2	
	Spannweite OP-Saal	1 bis 2	

2b. Herausforderungen/Hindernisse im Pilottest:			
	Widerstand gegenüber Veränderungen	4	57,1%
	Zustimmung der Mitarbeiter	3	42,9%
	Kommunikation	3	42,9%
	Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	1	14,3%
	Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	0	
	Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter	0	
		N = 7	100,0%

2b. Sonstiges: <i>Freitext</i>			
	Kaum welche	1	
	Mangelndes Engagement einer Person mit Projektarbeitsauftrag	1	
	Einsicht in die Notwendigkeit, Bürokratie-Empfinden	1	
	Ergänzung der Checkliste	1	
		N = 4	

2c. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?			
	Einbindung der Mitarbeiter	4	57,1%
	Kommunikation	4	57,1%
	Unterstützung der Führungsebene	3	42,9%
	Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP	2	28,6%
	Anerkennung der Teilnahme	1	14,3%
	Sonstiges <i>Freitext</i> : Besonderes Engagement einer Einzelperson	1	14,3%
	Sonstiges <i>Freitext</i> : Ergänzung der Checkliste	1	14,3%
	Management von Veränderungsprozessen	0	
	Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	0	
	Verbesserte Sicherheitskultur	0	
	Verbesserte Prozesse	0	
		N = 7	100,0%

2c. Wie wurden sichergestellt, dass die Implementierung im Pilottest einheitlich, zeitgerecht und genau erfolgte? Wurden spezielle Messungen vorgenommen? <i>Freitext</i>		
Keine Messung	2	
Stichprobenanalyse	2	
Evaluation der Pilotphase	2	
Teamgespräche, Rückkopplung	2	
Nachschulung	1	
	N = 7	
2e. Hat die Implementierung der SOP im Pilottest Auswirkungen auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe gehabt?		
Ja	4	57,1%
Nein	3	42,9%
	N = 7	100,0%
2el. Waren die Auswirkungen auf verwandte oder sich gegenseitig beeinflussende Abläufe positiv oder negativ?		
Ja	3	
Nein	1	
	N = 4	
2ell. Die positiven Auswirkungen sind: <i>Freitext</i>		
Verbesserte Kommunikation	1	
Mehr Aufmerksamkeit der Mitarbeiter durch Beschäftigung mit der Thematik	1	
Klärung von Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen	1	
	N = 3	
2elll. Die negativen Auswirkungen sind: <i>Freitext</i>		
Zeitaufwand im OP	1	
	N = 1	
2e. Hat die Implementierung der SOP im Pilottest Auswirkungen auf die Patientenversorgung gehabt?		
Ja	4	
Nein	3	
	N = 7	
2e. Hat die Implementierung der SOP im Pilottest Auswirkungen auf die Patientenversorgung gehabt?		
Positiv	4	
Negativ	0	
	N = 4	

2ell. Die positiven Auswirkungen sind: <i>Freitext</i>		
Verbesserte Kommunikation/Erhöhte Vigilanz der Mitarbeiter z.B. gesteigertes Bewusstsein für sichere Fragetechnik bei der Patientenidentifikation	2	
Patienten haben verbessertes Sicherheitsgefühl	1	
Strukturierter Prozesse und Kontrollpunkte (Verbindlichkeit, klare Verantwortungsabgrenzung)	1	
	N = 4	

3. Sonstige Anmerkungen zum Pilottest (optional): <i>Freitext</i>		
Checklistenanpassung nach Pilottest	1	
Leichte Verbesserung der Sicherheitskultur	1	
	N = 2	

Übertragung auf andere Bereiche

1. Wenn bislang die SOP in mehr als einer Abteilung implementiert wurde, geschah dies in den verschiedenen Krankenhausabteilungen nacheinander oder gleichzeitig?			
	Nacheinander	4	36,4%
	Gleichzeitig	7	63,6%
		N = 11	100,0%

1a. Erläuterungen zu der Vorgehensweise nacheinander oder gleichzeitig (optional): <i>Freitext</i>			
	SOP-Bestandteile waren schon eingeführt	2	
	Wegen interdisziplinärem Bezug und Standardisierung gleichzeitig	2	
	Vorgehensweise nacheinander wegen Abteilungseigenarten	1	
	Gleichzeitige Einführung, Probleme bei einem OP-Saal	1	
	Ausweitung für weitere Abteilungen geplant	1	
		N = 7	

2. Sind die SOP-Prozesse in die bestehenden Systeme integriert worden, oder werden diese zusätzlich durchgeführt?			
	Integriert	10	90,9%
	Zusätzlich	1	9,1%
		N = 11	100,0%

3. Herausforderungen/Hindernisse bei der SOP-Ausweitung:			
	Zustimmung der Mitarbeiter	4	44,4%
	Widerstand gegenüber Veränderungen	4	44,4%
	Belastung durch die Datenerhebung	4	44,4%
	Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	3	33,3%
	Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter	2	22,2%
	Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	1	11,1%
	Kommunikation	1	11,1%
		N = 9*	100,0%

*Anpassung von N = 11 auf N = 9, da 2 befragte Personen durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfallen

3. Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
# Implementierung der OP-Checkliste vor Projektbeginn	1	
# Ausweitung in Zukunft geplant	1	
Freiwilligkeit nicht ausreichend	1	
Autonomie und Unterschiedlichkeit der Abteilungen	1	
	N = 4	

4. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?		
Kommunikation	6	66,6%
Einbindung der Mitarbeiter	5	55,5%
Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zur SOP	4	44,4%
Anerkennung der Teilnahme	3	33,3%
Unterstützung der Führungsebene	3	33,3%
Strategien zum Umgang mit Veränderungen	1	11,1%
Verbesserte Sicherheitskultur	1	11,1%
Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	0	
	N = 9*	100,0%

*Anpassung von N = 11 auf N = 9, da 2 befragte Personen durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfallen

4. Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
Ausweitung steht bevor, keine Aussage möglich	2	
Es ist nicht vollständig gelungen	1	
	N = 3	

Kommunikationsplan

1. Wie erfuhren die Mitarbeiter von der Entscheidung und dem Engagement der Organisation, die SOP zu implementieren?		
Ankündigungen in Abteilungs-/Projektbesprechungen	9	81,8%
Ankündigungen auf Klinikkonferenzen bestimmter Fachbereiche	8	72,7%
Information über Newsletter (Krankenhauszeitung)	6	54,5%
E-Mail-Verteiler	4	36,4%
Brief an die Mitarbeiter	2	18,2%
Aushang in öffentlichen Bereichen	1	9,1%
Website des teilnehmenden Krankenhauses (öffentliche Homepage, Intranet)	1	9,1%
	5	45,5%
Sonstiges	N = 11	100,0%

4: Sonstiges (optional): <i>Freitext</i>		
Präsentation bei verschiedenen Besprechungen (z.B. OP-Managementsitzung)	2	
Gezielte Einladungen zu Schulungen/Kick-Off-Veranstaltungen	1	
Informationsveranstaltung	1	
Veranstaltungen für die beteiligten Mitarbeitergruppen	N = 5	

2. Wie können Mitarbeiter Feedback zur SOP-Implementierung geben?		
Aktive Aufforderung durch den High 5s-Projekt Koordinator/-„Vorkämpfer“ im Haus	5	45,5%
Weiterleitung der E-Mail-Adresse/Telefonnummer des High 5s-Projekt Koordinators/-„Vorkämpfers“ an das Personal	3	27,3%
Einladung der Mitarbeiter zu regelmäßig stattfindenden High 5s-Projektbesprechungen	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Rückmeldung an Projektgruppe, direkte vorgesetzte Person/Führungsebene	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Evaluationsbogen/Interviews	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Rückkopplungsgespräche, Teambesprechung	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : CIRS (Critical Incident Reporting System)	1	9,1%
	N = 11	100,0%

3. Welche Anerkennung erfahren Mitarbeiter, die sich aktiv an der Implementierung an der SOP beteiligen?		
Anerkennung über verschiedene Kommunikationswege des teilnehmenden Krankenhauses	4	36,4%
Anerkennung durch die LTA	4	36,4%
Anerkennung auf Besprechungen/Klinikkonferenzen/usw.	3	27,3%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Keine Anerkennung	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Anerkennung durch Benennung in Besprechungen	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Anerkennung durch die Führungsebene	1	9,1%
Aushänge in öffentlichen Bereichen	0	
Preisverleihungen für die Fachabteilungen/das teilnehmende Krankenhaus	0	
	N = 11	100,0%

3a. Erläuterung der Anerkennung, welche die Mitarbeiter durch die LTA erfahren haben: <i>Freitext</i>		
Positive Rückmeldungen/Lob	3	
Einladung zu den Koordinierungstreffen	1	
	N = 4	

4. Herausforderungen/Hindernisse bei der SOP-Ausweitung bzgl. der Kommunikation:		
Ressourcen (Finanzierung/Zeit)	4	36,4%
Unterstützung/Beratung durch die Führungsebene	3	27,3%
Bereitstellung unangemessener Informationen	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Keine Hindernisse/Herausforderungen	2	18,2%
Bereitstellung falscher Informationen	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Mangelnde Einsicht der Ärzte/erhebliche Widerstände	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Falsche Darstellung/Gerüchteküche	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Schlechte Erreichbarkeit der Führungsebene	1	9,1%
	N = 11	100,0%

5. Wie wurden Herausforderungen/Hindernisse überwunden?		
Einbindung/Mitwirkungsmöglichkeit der Mitarbeiter/der Führungskräfte	4	36,4%
Zugang zu Kommunikationswegen/-mitteln des teilnehmenden Krankenhauses	4	36,4%
Regelmäßig stattfindende High 5s-Projektbesprechungen	3	27,3%
Unterstützung durch die Organisation/Fachbereichsleitung	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Nicht notwendig	2	18,2%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Direkte Klärung	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Persönlicher Einsatz	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Lange Wartezeiten akzeptiert	1	9,1%
	N = 11	100,0%

Evaluationsstrategie

1. Sind Sie auf Probleme oder Hindernisse bei der Umsetzung der Datensammlung zu den SOP-Indikatoren und/oder der Ereignisanalyse gestoßen?		
Ja	6	54,5%
Nein	2	18,2%
Nicht zutreffend zu diesem Zeitpunkt/Implementierungsstand	3	27,3%
	N = 11	100,0%

1a. Auf welche Probleme oder Hindernisse bei der Umsetzung der Datensammlung zu den SOP-Indikatoren und/oder der Ereignisanalyse sind sie gestoßen?		
Beeinflussung der Datensammlung durch die erhebenden Personen	4	66,7%
Ressourcen (Zeitmangel, Finanzierung)	2	33,3%
Zustimmung der Mitarbeiter	2	33,3%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Schwierigkeiten mit der Lesbarkeit und Verlust von Checklisten	2	33,3%
Ressourcen (Personalmangel)	1	16,6%
Zustimmung/Unterstützung durch die Führungsebene	1	16,6%
Unterstützung durch die Organisation um Zugang zu den benötigten Daten zu bekommen	1	16,6%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Schlechte Dokumentationsmoral der Mitarbeiter	1	16,6%
Zustimmung/Unterstützung durch die Abteilungsleiter	0	
Zugang zu Patientenakten, um eine rechtzeitige Datenerfassung zu gewährleisten	0	
Zugang zum CIRS – Critical Incident Reporting System, für rechtzeitige Datenerfassung für die Ereignisanalyse	0	
Interpretation der SOP-Indikatoren und/oder deren Methodik	0	
	N = 6	100,0%

1b. Wie ist es Ihnen gelungen, diese Herausforderungen zu meistern/diese Hindernisse zu überwinden?		
Verbesserte Kommunikation mit den Mitarbeitern die bei der Datenerhebung beteiligt sind	5	83,3%
Einbindung der Mitarbeiter	3	50,0%
Unterstützung durch die Führungsebene bei der Evaluation	2	33,3%
Bereitstellung von Weiterbildungs-/Schulungsangeboten zu der SOP-Evaluation	1	16,6%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Überstunden	1	16,6%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Direkte Ansprache der Mitarbeiter/Rückmeldung an Projektgruppe und Vorgesetzte	1	16,6%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Checklistenkontrolle vor Versand nach bestehenden Einlese-Fehlern	1	16,6%
Bereitstellung neuer Ressourcen (Finanzierung/Zeit/Mitarbeiter)	0	
Unterstützung/Beratung durch die Organisation	0	
	N = 6	100,0%

2. Welche zusätzlichen Schritte (wenn vorhanden) haben Sie neben den mit dem High 5s-Projekt zusammenhängenden Maßnahmen unternommen, um die Implementierung der SOP zu evaluieren? <i>Freitext</i>		
Stichproben	3	27,3%
keine	2	18,2%
Anzahl der Checklisten/Anzahl der durchgeführten OPs	2	18,2%
Rückmeldungen von Mitarbeitern, Evaluationsbögen	2	18,2%
Diskussionen bei den Treffen der Projektgruppe/Konferenzen	2	18,2%
Sicherheitskulturbefragung	1	9,1%
Hausinterne retrospektive Evaluation der Checklisten	1	9,1%
	N = 11	100,0%

Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses

1. Bitte beschreiben Sie den Prozess zur regelmäßigen und fortlaufenden Beobachtung wichtiger Aspekte und Tätigkeiten im Rahmen der SOP:		
Einholung von Informationen von Mitarbeitern	10	90,0%
Überwachung der Datenqualität	7	63,6%
Projektsteuerungsmeetings	6	54,5%
Audits	0	
Sonstiges	0	
N = 11	100,0%	

2. Überprüfen Sie die Dokumentationsqualität der OP-Checkliste? Mit welcher Methode überprüfen Sie die Dokumentationsqualität? <i>Freitext</i>		
Sichtkontrolle der Checklisten	6	54,5%
Stichproben Checklisten/Patientenakte	3	27,3%
Keine Prüfung	3	27,3%
Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrolle	1	9,1%
Stippvisite im OP-Bereich	1	9,1%
Digitalisieren der Checklisten vor Ort	1	9,1%
N = 11	100,0%	

3. Würden Sie es für sinnvoll erachten, auf eine elektronische OP-Checkliste umzusteigen?		
Ja	8	72,7%
Nein	3	27,3%
N = 11	100,0%	

3a. Welche Ressourcen/technische Voraussetzungen sind für die Dateneingabe in die elektronische OP-Checkliste vorhanden? <i>Freitext</i>		
KIS	5	45,5%
EDV-Zugang, Hardware im OP	3	27,3%
Vorkenntnisse mit EDV, EDV-Mitarbeiter	2	18,2%
Mobile Notebooks auf Stationen, einheitliche Software	1	9,1%
N = 11	100,0%	

4. Welche Verbesserungsmöglichkeiten (z.B. Verbesserung von Prozessen im Zusammenhang mit der Umsetzung der SOP) wurden ermittelt und wie wurde damit umgegangen? <i>Freitext</i>		
Verbesserung der Datenqualität (z.B. durch Korrekturen beim Ausfüllverhalten, Mitarbeiter ist zuständig für Datensammlung)	3	
Umstellung auf IT-Erfassung/Notwendigkeit verstärkt wahrgenommen	2	
Ständige Kontrolle und Motivation der Mitarbeiter	2	
Verbesserungsmöglichkeiten noch offen	2	
Verbesserung der Kommunikation, Prozessstabilität und Verantwortungsabgrenzung	1	
OP-Schleuse als sicherheitsrelevanter Knotenpunkt in den Prozess verankert	1	
Konsequente Ablehnung von Patienten mit unvollständiger Checkliste in die nächste Prozessebene	1	
Mehr Personalressourceneinsatz im Qualitätsmanagement	1	
N = 11		

5. Gab es Hinweise für ein Abweichen von der beabsichtigten SOP bzw. den Prozessschritten?			
	Ja	4	36,4%
	Nein	8	72,7%
		N = 11	100,0%

5a. Wie wurden die Hinweise für ein Abweichen von der beabsichtigten SOP bzw. den SOP-Prozessen erkannt?			
	Überwachung der Datenqualität	3	27,3%
	Projektsteuerungsmeetings	2	18,2%
	Einholung von Informationen von Mitarbeitern	2	18,2%
	Audits	0	
	Sonstiges	0	
		N = 11	100,0%

5b. Was wurde unternommen, um diesem Problem – der Abweichung vom beabsichtigten SOP Prozess – entgegenzuwirken oder es zu lösen?			
	Kontakt zum High 5s-Projektkoordinator/-„Vorkämpfer“	2	18,2%
	Regelmäßig stattfindende High 5s-Projektbesprechungen	2	18,2%
	Sonstiges <i>Freitext</i> : Individuelle Beratung und Absprache	2	18,2%
	Fortlaufende Weiterbildungs-/Schulungsmöglichkeiten	1	9,1%
	Sonstiges <i>Freitext</i> : Gespräche mit den verantwortlichen Führungskräften	1	9,1%
		N = 11	100,0%

6. Sonstige Anmerkungen zur Pflege und Verbesserung des neuen Prozesses (optional): <i>Freitext</i>		
Leider wellenförmige Bewegung, Stationen die super waren lassen nach, andere werden dafür besser. Ständige persönliche Ansprache ist notwendig	1	
	N = 1	

SOP-bezogene Analyse (Prozessschritte)

1. Sind weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenidentifikation gemeinsam mit/begleitend zu der Implementierung der SOP eingeführt worden?			
	keine	6	54,5%
	Patientenidentifikationsarmband	4	36,4%
	Sonstiges <i>Freitext</i> : Patientenidentifikationsarmbänder waren schon vor dem High 5s-Projekt implementiert	2	18,2%
	Informationsbrief für Patienten	1	9,1%
		N = 11	100,0%

2. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung der präoperativen Verifikation nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?	Mittelwert	Rang
Widerstand von Mitarbeitern	2,5	1
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	1,9	2
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	1,9	2
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit Ausnahmen (z.B. bewusstlose Patienten) sind unzureichend	1,7	3
Schriftliche Regelungen für die präoperative Verifikation sind unzureichend	1,5	4
Verantwortlichkeiten, wer die präoperative Verifikation durchführt, sind unklar	1,1	5
7 von 11 KH (63,6%) gaben Hindernisse bei der präoperativen Verifikation an		

2a. Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung der präoperativen Verifikation nach SOP (optional): Freitext		
Fehlendes Risikobewusstsein der Chirurgen	1	
	N = 1	

2b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung der präoperativen Verifikation nach SOP umgegangen?		
Schriftliche Anweisung für die präoperative Verifikation nach SOP	5	45,5%
Durchführung von Nachschulungen	5	45,5%
Neuanpassung der OP-Checkliste	4	36,4%
Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung der präoperativen Verifikation nach SOP für die Mitarbeiter	3	27,3%
Zulassen von Abteilungsspezifika bei korrekter SOP-Umsetzung	3	27,3%
Sonstiges Freitext: Kommunikation, Information	3	27,3%
Schriftliche Anweisung über den Umgang mit Ausnahmen	1	9,1%
Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP	1	9,1%
Sonstiges Freitext: Einbindung der Vorgesetzten	1	9,1%
Nicht notwendig	1	9,1%
	N = 11	100,0%

3. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung der Markierung des Eingriffsorts nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?	Mittelwert	Rang
Widerstand von Mitarbeitern	2,4	1
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	2,0	2
Diskussion über die Art der Markierung z.B. eindeutiges Markierungszeichen	1,9	3
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	1,7	4
Verantwortlichkeiten, wer die Markierung vornimmt, sind unklar	1,5	5
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit Ausnahmen, z.B. bei Eingriffen, wo eine Markierung nicht möglich ist	1,4	6
Schriftliche Regelungen für die Durchführung der Markierung sind unzureichend	1,3	7
Schriftliche Regelungen über den Umgang mit mangelnder Patienten-Compliance bei der Eingriffsmarkierung sind unzureichend	1,3	7
7 von 11 KH (63,6%) gaben Hindernisse bei der Markierung des Eingriffsortes an		

3a. Sonstige Anmerkungen zu den Hindernissen bei der Implementierung der Markierung des Eingriffsortes nach SOP (optional): <i>Freitext</i>		
Problem der Stifte, bei Markierung Tage vor der OP wird diese abgewaschen	1	
	N = 1	

3b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung der Markierung des Eingriffsortes nach SOP umgegangen?		
Schriftliche Anweisung für die Durchführung der Markierung nach SOP	6	60,0%
Durchführung von Nachschulungen	3	30,0%
Festlegung der für die Markierung zuständigen Personen	2	20,0%
Zulassen von Abteilungsspezifika bei korrekter SOP-Umsetzung	2	20,0%
Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung der Eingriffsmarkierung nach SOP für die Mitarbeiter	1	10,0%
Schriftliche Anweisung über den Umgang mit Ausnahmen	1	10,0%
Schriftliche Anweisung über den Umgang mit mangelnder Patienten-Compliance bei der Eingriffsmarkierung	1	10,0%
Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP	1	10,0%
	N = 10*	100,0%

*Anpassung von N = 11 auf N = 10, da 1 Nennung durch die Angabe # bei „Sonstiges“ entfällt

3b. Sonstige Anmerkungen zu dem Umgang mit den Hindernissen der Markierung des Eingriffsortes nach SOP (optional): <i>Freitext</i>		
Kommunikation	2	
Interventionen der Projektgruppenmitglieder/der Vorgesetzten	2	
# Nicht notwendig	1	
	N = 5	

4. Inwieweit treffen folgende Verzögerungen bzw. Hindernisse bei der Implementierung des Team-Time-Out nach SOP auf Ihr Krankenhaus zu?	Mittelwert	Rang
Mangelnde Ernsthaftigkeit bei der Durchführung	2,5	1
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von Einzelpersonen	2,5	1
Gefühlte Zeitverschwendung aus Sicht der durchführenden Personen	2,3	2
Verfahren wird von leitenden Personen unzureichend vorgelebt	2,2	3
Zusätzliche Dokumentationsarbeit	2,1	4
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von einer Berufsgruppe	2,0	5
Widerstand bei der Durchführung des Team-Time-Out von einer Fachabteilung	1,9	6
Hierarchiebarrieren	1,8	7
Schwierigkeiten bei der Anpassung des bisherigen Ablaufs an den geforderten SOP-Prozess	1,7	8
Schriftliche Regelungen sind nicht allen Mitarbeitern bekannt bzw. nicht frei zugänglich	1,4	9
Zuständigkeit, wer die Initiierung des Team-Time-Out vornimmt, ist unklar	1,4	9
Schriftliche Regelungen für die Durchführung des Team-Time-Out sind unzureichend	1,1	10
9 von 11 KH (81,8%) gaben Hindernisse bei dem Team-Time-Out an		

4b. Wie wird/wurde mit den Hindernissen bei der Implementierung des Team-Time Out nach SOP umgegangen?		
Gezielte Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern (Überzeugungsarbeit)	6	54,5%
Durchführung von Nachschulungen	5	45,5%
Schriftliche Anweisung für die Durchführung des Team-Time-Out	4	36,4%
Schriftliche Anweisung über die Zuständigkeit der Initiierung des Team-Time-Out	2	18,1%
Herausgabe eines Informationsschreibens zur Durchführung des Team-Time-Out nach SOP für die Mitarbeiter	1	9,1%
Sanktionsandrohung bei Nichtbefolgung der SOP	1	9,1%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Kommunikation	1	9,1%
Zielvereinbarungsgespräche mit der Abteilungsleitung/Stationsleitung	0	
Neuanpassung der OP-Checkliste	0	
	N = 11	100,0%

5. Inwieweit treffen die folgenden Faktoren, welche einen förderlichen Einfluss bei der Implementierung der SOP hatten, für Ihr Krankenhaus zu?	Mittelwert	Rang
Gleiche bzw. ähnliche Prozessgestaltung der verschiedenen Abteilungen	3,2	1
Vorerfahrungen der Mitarbeiter über Verfahren zur Prozessvereinheitlichung	2,8	2
Interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Besetzung der Steuergruppe	2,7	3
Verfahren wird von leitenden Personen vorgelebt	2,7	3
Regelmäßige Treffen des Projektteams	2,6	4
Kooperativer Führungsstil	2,5	5
Hohe Mitarbeitermotivation	2,5	5
Interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Besetzung des Projektteams	2,5	5
Regelmäßige Treffen der Steuergruppe/des Aufsichtsgremiums	2,2	6
Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter	2,0	7
<i>11 von 11 KH (100,0%) gaben fördernde Faktoren an</i>		

5a. Sonstige Anmerkungen zu den Faktoren, welche einen förderlichen Einfluss bei der Implementierung der verschiedenen SOP-Komponenten hatten (optional): <i>Freitext</i>		
Persönliche Erfahrungen einzelner Mitarbeiter, die kommuniziert wurden.	1	
	N = 1	

Schulungen

6. Wurde eine Kick-Off-Veranstaltung durchgeführt?		
Ja	10	90,9%
Nein	1	9,1%
	N = 11	100,0%

7. Wie wurden die Mitarbeiterschulungen durchgeführt?		
Pflichtveranstaltung	4	36,4%
Sowohl Pflichtveranstaltung als auch freiwillige Veranstaltung	4	36,4%
Freiwillige Veranstaltung	3	27,3%
	N = 11	100,0%

8. Anzahl der Schulungen:		N = 10
Mittelwert		9,5
Spannweite		1 bis 30

8. Durchschnittliche Dauer der Schulungen in Minuten:		N = 10	
	Mittelwert	44	
	Spannweite	20 bis 120	
9. Welche Berufsgruppen wurden geschult?			
Ärzte/Ärztinnen der operierenden Fachabteilungen (z.B. Chirurgie, Urologie)	11	100,0%	
OP-Pflege	11	100,0%	
Pflegende der verschiedenen Fachabteilungen (z.B. Chirurgie, Urologie)	10	90,9%	
Ärzte/Ärztinnen der Anästhesie	9	81,9%	
Anästhesie-Pflege	9	81,9%	
Leitende Ärzte/Ärztinnen (Oberarzt/Oberärztin, Chefarzt/Chefärztin)	9	81,9%	
Leitende Pflegepersonen (Abteilungs- und Stationsleitung, Pflegedienstleitung)	8	72,7%	
OP-Assistenz (Chirurgisch-Technischer-Assistent/in)	7	63,6%	
Gesundheits- und Krankenpflegestudierende/ -schüler	2	18,2%	
Weitere Berufsgruppen <i>Freitext</i> : Mitarbeiter der Patientenaufnahme/Ambulanz	2	18,2%	
Weitere Berufsgruppen <i>Freitext</i> : Stationsassistentinnen	1	9,1%	
Medizinstudierende im Praktikum	0		
	N = 11	100,0%	
10a. Welche Prozessschritte wurden separat geschult?			
Ja (Präoperative Verifikation, TTO)	2	18,2%	
Nein	9	81,9%	
	N = 11	100,0%	
11. Gibt es Faktoren, die Sie für die Durchführung von Schulungen zur SOP Implementierung weiterempfehlen würden? <i>Freitext</i>			
DVD mit dem Film „Time-Out“ der Schweizer Stiftung Patientensicherheit	2		
Praxisbeispiele anbringen	1		
Vorteile hervorheben	1		
Einbindung der Mitarbeiter durch persönliches Auftreten in jedem Bereich	1		
Abteilungen und Berufsgruppen getrennt schulen zur Vermeidung von Hierarchiegerangel	1		
Kürzere und häufigere Schulungen	1		
Zeitnah zur Implementierung schulen	1		
	N = 8		
12. Gibt es Faktoren, die Sie für die Durchführung von Schulungen zur SOP Implementierung weiterempfehlen würden? <i>Freitext</i>			
Stärker verpflichtende Elemente	2		
Stärkere Einbindung der leitenden Ärzte	2		
Schulung aller Berufsgruppen	1		
	N = 4		

13. Welche Implementierungshilfen kamen zum Einsatz?		
Präsentation zur Einführung	8	72,7%
DVD mit dem Film „Time-Out“ der Schweizer Stiftung Patientensicherheit	8	72,7%
SOP-Kurzversion	7	63,6%
High 5s-Poster	7	63,6%
Broschüre des APS „Aus Fehlern lernen“	7	63,6%
Infolyer für Mitarbeiter	6	54,5%
Sterilisationsgeeignete Time-Out-Schilder	5	45,5%
Poster des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) „Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen“	5	45,5%
Sonstiges <i>Freitext</i> : Verteilung der Verfahrensanweisung	2	18,2%
Mitarbeiterzeitung	1	9,1%
N = 11	11	100,0%

IX Basisinformationen: Interview zu den Implementierungserfahrungen



Basisinformationen: Interview zu den Implementierungserfahrungen

Zweck und Ziele des Interviews

Das internationale Evaluationskonzept des High 5s-Projekts wurde entwickelt um zu erfahren, ob eine SOP in den Krankenhäusern der verschiedenen Länder umgesetzt werden kann.

Das Interview ist ein Teil des Evaluationskonzepts und die Ziele sind:

- a) ein besseres Verständnis bezüglich der für die Implementierung und Einhaltung der SOP benötigten Ressourcen zu entwickeln;
- b) Hindernisse für die Implementierung der SOP zu ermitteln und Strategien zur Überwindung dieser Hindernisse zu erarbeiten sowie
- c) die wahrgenommenen Auswirkungen der SOP auf die maßgeblichen Versorgungsprozesse, die Behandlungsergebnisse und die Patientensicherheit zu bestimmen.

Durchführung

- Die Interviews werden ergänzend zu der Befragung der Implementierungserfahrungen in drei Projekt-Krankenhäusern telefonisch durchgeführt.
- Es wird jeweils der/die Projektkoordinator/Projektkoordinatorin des teilnehmenden Krankenhauses, als Experte/Expertin, zur Implementierung befragt.
- Das Interview wird, mit Ihrer Zustimmung, für die Transkription und Auswertung aufgezeichnet.

Auswertung und Aufbewahrung der Daten

- Die Daten aus dem Interview werden ab der Erhebung anonymisiert, d.h. Namen, Ortsangaben oder andere Details, die eine Identifikation der befragten Personen oder deren Krankenhäuser ermöglichen könnten, werden verändert und somit unkenntlich transkribiert.
- Die erhobenen Daten werden in einem passwortgeschützten Ordner im ÄZQ Berlin (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) aufbewahrt.
- Zugriff zu den Daten haben nur die autorisierten High 5s-Mitarbeiter.
- Die im High 5s-Projekt tätige Diplomandin der Evangelischen Hochschule Berlin verwendet die Daten in Ihrer Diplomarbeit unter Wahrung der Anonymität.
- Die Diplomarbeit wird nicht in der Hochschulbibliothek hinterlegt. Außerdem wird ein Sperrvermerk der Arbeit beigefügt:
„Die vorliegende Diplomarbeit beinhaltet interne vertrauliche Informationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Die Weitergabe des Inhaltes dieser Arbeit und eventuell beiliegender Zeichnungen und Daten im Gesamten oder in Teilen ist grundsätzlich untersagt. Es dürfen keinerlei Kopien oder Abschriften, auch in digitaler Form, gefertigt werden. Ausnahmen bedürfen der schriftlichen Genehmigung von Christina Gunkel und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin.“

Feedback/Berichterstattung

- Denjenigen Krankenhäusern, welche an den Evaluationskomponenten zu den Implementierungserfahrungen (Online-Befragung, Telefoninterviews) teilgenommen haben, wird die Diplomarbeit zur Verfügung gestellt.
- Die erhobenen und anonymisierten Daten aus dem Interview fließen in die internationale High 5s-Auswertung mit ein und werden zusammengefasst in englischer Sprache auf der High 5s-Homepage für alle Projektteilnehmer zur Verfügung gestellt.

X Einverständniserklärung: Interview zu den Implementierungserfahrungen



Einverständniserklärung: Interview zu den Implementierungserfahrungen

Die Teilnahme des Telefoninterviews ist freiwillig und ein Abbruch ist jederzeit ohne Angaben von Gründen möglich.

Das Interview dient folgendem Zweck:

- Evaluationskomponente im Rahmen des internationalen High 5s-Projektes sowie einer
- Analyse im Rahmen der Diplomarbeit von Christina Gunkel (Studiengang Pflege/Pflegemanagement, Evangelische Hochschule Berlin).

Verantwortlich für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung des Interviews ist Christina Gunkel. Die Auswertung wird von dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin betreut. Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten des Interviews streng vertraulich behandelt werden und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.

Der Interviewte erklärt sein Einverständnis mit der Tonaufzeichnung und wissenschaftlichen Auswertung des Interviews. Nach Ende des Tonmitschnitts können auf seinen Wunsch einzelne Abschnitte des Gesprächs gelöscht werden.

Zu Auswertungszwecken wird von der Aufnahme ein schriftliches Protokoll angefertigt. Angaben und Hinweise, die Rückschlüsse auf die Identität des Interviewpartners und der Einrichtung zulassen, werden im gesamten Protokoll unkenntlich gemacht.

Ausschnitte, aus denen die Person und die Einrichtung des Interviews nicht identifiziert werden kann, können aus dem Protokoll in der Diplomarbeit zitiert werden.

Der Interviewte kann diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Kontaktadresse für den Widerruf:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel: 030 / 4005-2501/-2504
Fax: 030 / 4005-2555
Email: High5s_Germany@azq.de

Mit den oben genannten Aspekten erkläre ich mich einverstanden.

Ich habe eine Ausfertigung der Erklärung erhalten.

Datum

Unterschrift Interviewte

24. Februar 2012

Datum

Unterschrift Interviewer

XI Telefoninterview – Leitfaden

High 5s Standard Operating Protocol Implementation Evaluation

Interviewleitfaden

Projektteilnahme

1. Warum hat sich Ihr Krankenhaus damals dazu entschlossen am High 5s-Projekt mitzumachen?
2. Was für Vorteile haben Sie als Projektkoordinator durch die SOP-Einführung für Ihr Haus erwartet?

Ressourcen

3. Welche Ressourcen haben Sie für die Implementierung benötigt? Waren die leicht verfügbar?
4. Welche Ressourcen waren dabei, die Sie ursprünglich nicht eingeplant hatten?

Schwierigkeiten

5. Welche Schwierigkeiten bei der Implementierung gab es und wie sind Sie mit den Schwierigkeiten umgegangen?

Wechselspiel zwischen Krankenhausorganisation und SOP-Implementierung

6. Wie wurden, aus Ihrer Sicht, durch die SOP-Implementierung die Organisationskultur/Organisationsfaktoren beeinflusst, z.B. in der Kommunikation, Hierarchie oder Zusammenarbeit? (Positive und negative?)
7. Wie wurde, nach Ihrer Einschätzung, durch Organisationsfaktoren oder –gegebenheiten die SOP-Implementierung beeinflusst? (positive, negative, z.B. Vorerfahrungen der Mitarbeiter, Besonderes Engagement der Mitarbeiter, Führungsstil)

Auswirkungen der SOP

8. Wie hat sich Ihrer Meinung nach die Patientensicherheit verändert (z.B. Sicherheitslücken im Prozess wurden aufgedeckt)?
9. Was hat aus Ihrer Sicht die SOP rückblickend für Folgen gehabt, an die Sie vorher gar nicht gedacht hatten?

Umgang mit Beinahe-Zwischenfällen

10. Haben Sie Ereignisanalysen durchgeführt oder vielleicht ansatzweise probiert eine durchzuführen?
- 10a. Wenn ja: Wie sind Sie da vorgegangen? (Bestimmte Methode angewendet?)



-
- 10b. Die Ereignisanalyse hat ja zum Ziel Empfehlungen zu generieren. Wie haben Sie die umgesetzt?

Implementierungstipps und SOP-Umsetzung

11. Wenn Sie sich vorstellen, ein anderes Krankenhaus müsste den Prozess implementieren. Welche Tipps können Sie geben (wichtige Erfahrungen die Sie gemacht haben bei der Implementierung)?
12. Was ist Ihr Eindruck von der SOP-Umsetzung? Können Sie positive und negative Aspekte nennen (keine Evaluation!)?

Zukünftig

13. Planen Sie die SOP nach Projektabschluss weiter durchzuführen?
14. Wie schätzen Sie die Nachhaltigkeit der SOP in Ihrem Krankenhaus ein?
15. Würden Sie die Implementierung dieser SOP anderen Krankenhäusern empfehlen? Warum/warum nicht? Wenn ja, welchen Rat würden Sie den anderen Krankenhäusern geben?

Abschließend:

16. Haben Sie von Ihrer Seite noch etwas hinzuzufügen, was vielleicht noch nicht ausreichend zur Sprache kam?

XII Experteninterviews – Auswertung nach Meuser und Nagel

Tabelle 8: Experteninterviews – Thematischer Vergleich und Konzeptualisierung

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B1: Impuls zur Verbesserung B2: Benchmark verschiedener Krankenhäuser und Erfahrungsaustausch B3: Top-down-Entscheidung	B2: Sicherheitslücke schließen B3: Patientensicherheit durch Projekt in den Mittelpunkt stellen	Grund der Projektteilnahme Die Gründe für eine Projektteilnahme sind die Patientensicherheit zu steigern sowie im Einzelnen der Impuls zur Verbesserung, Benchmark und Erfahrungsaustausch mit verschiedenen Krankenhäusern und die Entscheidung im Top-down-Verfahren (vgl. B1, Z. 9-11; B2, Z. 6,11 f.; B3, Z. 11 f.).
B1: Zusätzlicher Schub durch internationale Projektaufhängung B2: Nachweis des Anstiegs der Patientensicherheit; Eliminierung systematischer Fehler B3: Systematische Einführung der Checkliste um das Verfahren umsetzen zu können		Vorteile der Implementierung Aus Sicht der projektkoordinierenden Personen liegen die Vorteile durch die SOP-Implementierung darin: - durch die internationale Projektaufhängung einen zusätzlichen Schub zu bekommen, - den Anstieg der Patientensicherheit nachzuweisen und systemische Fehler zu eliminieren, sowie durch die systematische Einführung das Verfahren auch umsetzen zu können (vgl. B1, Z. 22 ff.; B2, Z. 20 f., 27 ff.; B3, Z. 16 ff.).
B1: Personengruppe mit den relevanten Personen für die Implementierung für die Projektsteuerung war vorhanden; Projektgruppe war mit Personen in Hauptfunktionen besetzt B2: Geplante personelle Ressource war der/die Projektkoordinator/in sowie der Einsatz von Praktikanten B3: Personelle Ressourcen wurden bereitgestellt.		Geplante Ressourcen – personelle Die geplanten personellen Ressourcen waren vorhanden (vgl. B1, Z. 34-40) oder wurden bereitgestellt (vgl. B3, Z. 31). Im Einzelnen wurde lediglich die projektkoordinierende Person für die Implementierung eingeplant und mit zusätzlichem Einsatz von Praktikanten für die Implementierung unterstützt (vgl. B2, Z. 35-40).
B3: -	B1: Mittel und Checklisten wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt B2: Nachdruck der Checklisten sowie Verteilung läuft ohne Besonderheiten	Geplante Ressourcen – Sachmittel/Checklisten Mit Unterstützung durch das High 5s-Projekt verlief die Checklistenbeschaffung ohne Besonderheiten (vgl. B2, Z. 88-91) und „ausgesprochen gut“ (B1, Zeile 69).

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B1: Schwierigkeiten bei der Terminfindung der Steuergruppe B2: Zeitressourcen wurden bei der Vorbereitung der Implementierung notwendig (Entwicklung eines Datenerfassungs- und Auswertungssystems) B3: Zeitliche Ressourcen wurden bereitgestellt.		Geplante Ressourcen – Zeit Die geplanten zeitlichen Ressourcen waren im Einzelnen: - mit Schwierigkeiten der Terminfindung der Steuergruppentreffen verbunden (vgl. B1, Z. 47 ff.) - wurden intensiv in der Vorbereitungsphase erforderlich für die Entwicklung eines Datenerhebungs- und Auswertungssystems (vgl. B2, Z. 50-59, 94 f.) - wurden bereitgestellt (vgl. B3, Z. 31).
B2: Arbeitsaufwand der Datenerhebung und Kontrolle der Dokumentationsqualität unterschätzt; Aufarbeitung durch Praktikanteneinsatz	B1: Keine ungeplanten Ressourcen B3: Keine ungeplanten Ressourcen	Ungeplante Ressourcen Es waren keine ungeplanten Ressourcen zu verzeichnen (vgl. B1, Z. 59; B3, Z. 36). Im Einzelfall wurde der Arbeitsaufwand mit der Datenerhebung und Kontrolle der Dokumentationsqualität unterschätzt, was durch den Einsatz von Praktikanten aufgearbeitet wird (vgl. B2, Z. 76-82).
B1: Prüfung der Dokumentationsqualität und Sortierung von Checklisten die bei dem Einlesen zu prüfen sind B2: Pro und Contra der eigenen Datenerhebung und –auswertung,	B1: Problematisch bei der Datenerhebung ist die Dokumentationsqualität mit möglicher Fehlerquote bei der Auswertung B2: Dokumentationsqualität der Checklisten ist sehr unterschiedlich	Dokumentationsqualität und Datenmanagement Die Dokumentationsqualität ist „sehr unterschiedlich“ (B2, Z. 93) und deswegen wird geprüft ob die Checklisten für die Datenerhebung lesbar sind, wenn beispielsweise „[...] ein Mitarbeiter ganz schnell ankreuzt und halt nur ein bisschen vom Kästchen trifft, oder weil er nicht fest genug aufdrückt weil die Unterlage nicht hart genug ist und man sieht den Strich nicht, oder weil er kreativ ist, er macht kein Kreuz, er macht Kringel [...]“ (B1, Z. 177-190) was zu Einlesefehlern der Checklisten und einer Fehlerquote bei der Auswertung führen kann. Im Einzelfall werden die Daten zusätzlich zu der Projektauswertung selbst evaluiert. Vorteilhaft ist dabei der direkte Datenzugang durch die Abteilungsleitung. Nachteilig ist der zusätzliche Zeit- und Arbeitsaufwand (vgl. B2, Z. 76-95).

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B3: Verspätete Auswertung führt zu Managementproblemen der Implementierung (Aussage zu Dokumentationsqualität nicht möglich)		Dokumentationsqualität und Datenmanagement II Die verspätete Auswertung führt zu Managementproblemen: <i>„...wenn ich jetzt nach langer Zeit mit irgendwelchen Auswertungen ankomme und sage hier, Mensch in 90% [...] wurde Feld XY nicht ausgefüllt, was ist da los, habt ihr das falsch verstanden oder so was, dann sagen die – wieso, nee das machen wir doch schon die ganze Zeit so – [...] da ist es dann schwierig in Diskussion zu gehen“</i> (vgl. B3, Z. 351-358).
B2: Skepsis und Hinterfragung der Sinnhaftigkeit des Verfahrens insbesondere bei ärztlichen Mitarbeitern einer Fachdisziplin, trotz Befürwortung des Verfahrens durch die Leitungsperson; Checklistenimplementierung als Aufhänger für Probleme mit einer Fachabteilung; Widerstand führte zu Ablaufproblemen im OP-Programm; Automatisiertes Ankreuzen	B1: Verweigerer sind nicht viele Personen B3: Keine Akzeptanzschwierigkeiten oder größeren Widerstand B2: Akzeptanzproblem bei flächendeckender Anwendung B3: Akzeptanz des Team-Time-Outs hinsichtlich der Ernsthaftigkeit der Durchführung muss überprüft werden	Schwierigkeiten bei der Implementierung – Widerstand Widerstand war bei wenigen Personen (vgl. B1, Z. 271 ff., 280 f.; B3, Z. 44) oder als erhebliches Hindernis der Implementierung gegeben. Erheblich vorkommend äußerte sich der Widerstand in verschiedenen Stufen, zunächst mit Skepsis und Hinterfragung der Sinnhaftigkeit des Verfahrens insbesondere bei ärztlichen Mitarbeitern einer Fachdisziplin, zudem wurden Probleme mit einer Fachabteilung hervorgerufen, zuletzt führte dies zu ablauftechnischen Problemen im OP-Programm und automatisiertem Ankreuzverhalten bei der Checklistendurchführung (vgl. B2, Z. 99-154). Einhergehend mit der SOP-Implementierung ist die Folge der unzureichenden Akzeptanz bei der Anwendung, insbesondere beim Team-Time-Out zu verzeichnen (vgl. B2, Z. 316; B3, Z. 141).
B2: Skepsis bei Kritikern wurde entgegengewirkt, durch die offensichtliche Wirksamkeit des Verfahrens bei einem Beinahe-Ereignis; Kontinuierliche Gesprächsführung; Nachschulungen Einbeziehung der Führungsebene	B1: - B3: -	Umgang mit Widerstand Durch die offensichtliche Wirksamkeit des Verfahrens durch ein Beinahe-Ereignis wurde der Skepsis entgegengewirkt (vgl. B2 Z. 121-124), außerdem durch kontinuierliche Gesprächsführung, Nachschulungen und der Einbeziehung der Führungsebene mit einer Lernkurve die noch andauert (vgl. B2, Z. 163-168).
	B1: Kein Kulturwandel, das Verfahren ist klarer gesteckt worden (Verantwortlichkeit) B3: Klarheit darüber, wer, was, wann macht unterstützend zum bestehenden Prozess	Einfluss der SOP-Implementierung auf die Organisationsgegebenheiten/Organisationskultur Ein Kulturwandel wurde durch die Implementierung nicht hervorgerufen sondern, den bestehenden Prozess unterstützend, Klarheit über das Verfahren und die Verantwortlichkeit geschaffen (vgl. B1, Z. 96-124; B3, Z. 92-96).

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B2: Breiteres Schulungsprogramm für die Implementierung veranschlagt; Kritische Hinterfragung von Abläufen und Zeitplan durch die Ergebnisse der Sicherheitskulturbefragung; Kommunikation mit Fokus auf die Einbeziehung der Führungsebene führt teilweise zu Problemen; Mitarbeiter nehmen den Einsatz für die Patientensicherheit wahr; Vorhandene Kultur ist durch Implementierung positiv in Bewegung gekommen; Beeinflussung von anderen Projekten (Patientenarmbänder)		Einfluss der SOP-Implementierung auf die Organisationsgegebenheiten/Organisationskultur II Im Einzelfall wurde jedoch beschrieben, dass die vorhandene Kultur durch die Implementierung positiv in Bewegung gekommen ist. Dies äußerte sich darin, dass ein breites Schulungsprogramm für die Implementierung veranschlagt wurde, die Mitarbeiter den verstärkten Einsatz für die Patientensicherheit wahrgenommen haben und auch andere Projekte (Einführung von Patientenarmbändern) beeinflusst wurden. Durch die Sicherheitskulturbefragung sind Abläufe und der Zeitplan kritisch hinterfragt wurden. Die Kommunikation mit Fokus auf die Einbeziehung der Führungsebene führte teilweise zu Problemen (vgl. B2, Z. 190-204, 214-220, 251-265).
B1: Die bestehende Verfahrensanweisung wurde lediglich modifiziert und erweitert, daher ist dies keine Implementierung einer Innovation (kein Einfluss). B2: Kommunikationsprobleme im Krankenhaus beeinflussen Schulungsteilnahme; Strukturelle Gegebenheiten hemmen teilweise die Umsetzung des Implementierungsplans B3: Kein Einfluss		Einfluss der Organisationsgegebenheiten/Organisationskultur auf die SOP-Implementierung Zwei projektkoordinierende Personen schildern keinen Einfluss der Organisationsgegebenheiten/Organisationskultur auf die Implementierung (vgl. B1, Z. 141-146; B3, Z. 103). Im Einzelfall ist dieser gegeben und äußert sich in der Beeinflussung von Kommunikationsproblemen des Krankenhauses auf die Schulungsteilnahme sowie dass durch strukturelle Gegebenheiten die Umsetzung des Implementierungsplans teilweise gehemmt wird (vgl. B2, Z. 229-247).
B1: Null-Fehler ist ein Idealzustand; Menschen handeln nicht immer nach dem Verfahren, Maschen im Sicherheitsnetz verkleinern B2: Sicherheitslücken können mit dem Verfahren identifiziert werden dadurch Risikoreduktion für Patienten	B1: Hoffte die Patientensicherheit verbessert wurde. B2: Kann nicht sicher beschrieben werden. Sicherheitsbewusstsein hat sich verbessert (insbesondere bei den Pflegepersonen) B3: Kann nicht eingeschätzt werden; Veränderung des Bewusstseins für die Patientensicherheit	Einfluss auf die Patientensicherheit Der Einfluss auf die Patientensicherheit kann nur eingeschränkt eingeschätzt werden (vgl. B1, Z. 193, B2, Z. 276, B3, Z. 115). Vorwiegend wird eine Verbesserung des Sicherheitsbewusstseins beschrieben (vgl. B2, Z. 321 f.; B3, Z. 113 f.). Im Einzelfall wird zum einen der Null-Fehler-Zustand als Ideal angesehen, weshalb es gilt das Sicherheitsnetz enger zu weben, denn „... man muss sich ganz, ganz klar darüber sein, dass jedes Verfahren wo sehr viele Menschen, unterschiedliche Menschen, beteiligt sind immer die Chance eröffnet dass die Menschen nicht entsprechend des Verfahrens handeln“ (B1, Z. 198-204). Zum anderen wird beschrieben, dass durch das Verfahren das Risiko für die Patienten reduziert wird (vgl. B2, Z. 293 f.).

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B1: Impuls führte zu stärkerer Durchdringung; Rückhalt der betreffenden Chefärzte/Chefärztinnen wurde erreicht B2: Die Durchführungsintensität bestimmter Tätigkeiten wird durch SOP-Anwendung offengelegt;	B2: Akzeptanzproblem bei flächendeckender Anwendung B3: Akzeptanz des Team-Time-Outs hinsichtlich der Ernsthaftigkeit der Durchführung muss überprüft werden	Auswirkungen/Folgen der SOP-Implementierung Einhergehend mit der SOP-Implementierung ist die Folge der unzureichenden Akzeptanz bei der Anwendung, insbesondere beim Team-Time-Out (vgl. B2, Z. 316; B3, Z. 141). Außerdem führte in Einzelfällen die SOP-Implementierung zu einem Impuls für eine stärkere Durchdringung und der Unterstützung durch Chefärzte/Chefärztinnen sowie eine Offenlegung der Durchführungsintensität bestimmter Tätigkeiten (vgl. B1, Z. 221 f.; B2, Z. 307-311).
B2: Ereignisanalyse wurde bei zwei Beinahe-Zwischenfällen ohne Schaden durchgeführt; Durch Gespräche, Ursachensuche in den Abläufen/beteiligten Personen wurde Organisationsmangel identifiziert; Daraufhin gezielte Gegenmaßnahme in den Prozess eingebaut	B1: Kein Ereignis vorgekommen, Analysemethode nach London-Protokoll war schon eingeführt. B3: Kein Ereignis	Ereignisanalyse bei Beinahe-Zwischenfall Im Einzelfall wurde von Beinahe-Ereignissen ohne Schaden berichtet, welche nicht nach einer bestimmten Methode sondern mit Hilfe von Gesprächen und Ursachensuche in den Abläufen/beteiligten Personen einen Organisationsmangel identifizierte woraufhin eine gezielte Gegenmaßnahme in den Prozess integriert wurde (vgl. B2, 337-344, 386-403, 407 f.).
B2: Verfahrensablauf im Vorfeld für eine realistische Einschätzung nicht nur theoretisch planen, sondern physisch durchlaufen B2: Die Wertigkeit der Dokumentation steigt, wenn Anwender eine Unterschrift auf der Checkliste leisten müssen, dadurch verstärkte Aufmerksamkeit in der Durchführung B3: Entwicklung einer Verfahrensanweisung zur Checklistenanwendung und Zuständigkeiten klären B1: Film zum Team-Time-Out dämmt Argument des Zeitaufwands ein, jedoch Gefühl des Zeitverlustes bei einzelnen Anwendern dennoch vorhanden und kann zu Ausweichverhalten führen B3: Bei Schulungen den unterschiedlichen Denkansatz des neuen Verfahrens explizit machen; Film zum Team-Time-Out und Rollenspiel anwenden	B1: Projektplan machen B2: Ressourcenplan machen B1: Rückhalt/Unterstützung durch die Führungsebene und Leitungspersonen der betreffenden Fachbereiche erforderlich B3: Krankenhausleitung und Chefärzte/Chefärztinnen sollten zu 100% dahinter stehen B2: Checklistenstruktur mit Anwendern diskutieren, Missverständliches ausräumen B3: Checklistenanpassung unter Beteiligung der Anwender; mehrere Checklisten anschauen und auf Passung prüfen	Implementierungstipps 1. Eine Projekt- und Ressourcenplanung erstellen (vgl. B1, Z. 261; B2, Z. 637) 2. Rückhalt/Unterstützung der Führungsebene und Leitungspersonen der betreffenden Bereiche sichern (vgl. B1, Z. 253-260; B3, Z. 214-220) 3. Verfahrensablauf für eine realistische Einschätzung der Realisierung im Vorfeld physisch durchlaufen (vgl. B2, Z. 450-459) 4. Checklistenentwicklung/-design - Anwender bei der Entwicklung einbinden und mehrere Checklisten einbeziehen und diese auf Strukturstimmigkeit und Missverständnisse kritisch prüfen/diskutieren (vgl. B2, Z. 465 ff., 478-483; B3, Z. 169 ff., 315-320) - Verstärkte Aufmerksamkeit in der Durchführung wird erreicht, wenn Anwender eine Unterschrift auf der Checkliste leisten müssen. Die Dokumentation gewinnt an Wertigkeit (vgl. B2, Z. 509-523)

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B1: Schulungen in der Einführungsphase sehr eng begleiten B2: Überzeugungsarbeit nicht unterschätzen; Intensive Rückkopplungsgespräche sind erforderlich B2: Eigene Datenerhebung- und Auswertung für direkte Nachvollziehbarkeit, jedoch hoher Arbeitsaufwand B3: Auswertungsmethode und Kennzahlen mit den Beteiligten abstimmen und für zeitnahe Datenrückspiegelung sorgen B1: Kreativität der Mitarbeiter beachten		Implementierungstipps II 4. Checklistenentwicklung/-design II - Verfahrensanweisung zu der Checkliste entwickeln (B3, Z. 175 ff.) 5. Schulungen - Den Unterschied zwischen bisherigem und neuem Verfahren explizit machen (vgl. B3, Z. 178-192) - Film zum Team-Time-Out zeigen und Rollenspiel anwenden (vgl. B3, Z. 196-200) - Film zum Team-Time-Out wehrt Argument des hohen Zeitaufwands ab, aber Gefühl des Zeitverlustes ist bei Einzelpersonen dennoch vorhanden und kann zu Ausweichverhalten führen (vgl. B1, Z. 292-301) - Enge Begleitung der Schulungs- und Einführungsphase erforderlich, denn: <i>„Da muss immer wieder am Anfang erinnert werden und auch geguckt werden was passiert wirklich, weil Sie haben verschiedene Berufsgruppen die beteiligt sind, natürlich Leute die Verweigerer sind [...] das Sie die mit ins Boot bekommen. Wenn Sie das einreißen lassen in der ersten Phase, dass dann einer ausscheret oder zwei ausscheren, dann streut das ganz schnell“</i> (B1, Z. 268-271, 282-285). 6. Intensive Rückkopplungsgespräche führen (vgl. B2, Z. 495) und <i>„Gehen Sie davon aus, dass die Leute, die Menschen im OP kreativ sind und das bedeutet, in ihrer Kreativität werden sie Wege suchen, das Verfahren nicht so durchzuführen, wie sie sich das vorgestellt haben“</i> (B1, Z. 288-291) 7. Datenauswertung - Datenerhebung- und Auswertung für direkte Nachvollziehbarkeit, jedoch mit Arbeitsaufwand verbunden (vgl. B2, Z. 500-504) Auswertungsmethode und Kennzahlen mit den Beteiligten absprechen für zeitnahe Datenrückspiegelung (vgl. B3, Z. 205-209)

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selektive Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B3: Teilweise sich überschneidende Checklisten vorhanden, die synchronisierte werden müssten B3: Verfahren ist etabliert, auch wenn dies nicht zu 100 % umgesetzt, wird durch Checklisten der Fokus auf die Patientensicherheit gelegt, was positiv ist	B1: Durchführung als Kurve beschrieben. Mit mehr Aufmerksamkeit steigt die Kurve an, mit weniger Erinnerung sinkt die Kurve B2: Lernkurve im Pflegebereich gut, Anreiz der ordentlichen Durchführung; durch Lernprozess automatisiertes Ankreuzen beheben; bei Einzelpersonen besteht Frage nach Sinnhaftigkeit	SOP-Umsetzung Die Kontinuität der SOP-Umsetzung wird als Lern- oder Ausführungskurve beschrieben. Mit mehr Aufmerksamkeit steigt die Ausführungskurve an, mit weniger Aufmerksamkeit/Erinnerung sinkt diese wieder (vgl. B1, Z. 315-320; B2, Z. 537). In Einzelfällen soll durch den Lernprozess automatisiertes Ankreuzen der Checkliste und die bestehende Frage nach der Sinnhaftigkeit von Einzelpersonen behoben werden (vgl. B2, Z. 533, 537-545). Weiterhin sind bei einem Krankenhaus sich teilweise überschneidende Checklisten vorhanden die noch synchronisiert werden müssen. Auch wenn die Checklisten nicht zu 100% ausgefüllt werden, so ist der Fokus auf die Patientensicherheit positiv (vgl. B3, Z. 238-246, 278-283).
B2: Nach Projektabschluss wird die Checkliste in die krankenhausesindividuelle Standarddokumentation überführt und in der Patientenakte abgeheftet.	B1: Checkliste wird beibehalten, Layout wird angepasst B2: Weitere Durchführung ist geplant, Checkliste wird vereinfacht und überarbeitet. B3: Checkliste wird beibehalten; eigene Auswertung überlegen	Nach Projektabschluss Die Experten/innen sind sich darüber einig, dass die Checkliste nach Projektabschluss weiter durchgeführt wird (vgl. B1, Z. 325; B2, Z. 553; B3, Z. 287). Die Checkliste wird dann layout-technisch überarbeitet und angepasst (B1, Z. 331 f.; B2, Z. 556 f.). Im Einzelfall wird die Checkliste nach Projektabschluss in die krankenhausesindividuelle Standarddokumentation überführt und in der Patientenakte abgeheftet (vgl. B2, Z. 567-576). Weiterhin wird im Einzelfall die Frage nach einem eigenen Auswertungssystem nach Projektabschluss aufkommen (vgl. B3, Z. 288 ff.).
B2: Gesagt ist nicht gehört, gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht einverstanden, nicht einverstanden ist nicht angewendet, angewendet ist noch lange nicht beibehalten. Die letzten beiden Stufen machen die momentane Arbeit aus. Abläufe weichen immer mal wieder ab, bei vorliegender Bereitschaft	B1: Gleiche Durchführungsintensität wird nach Projektabschluss weiter sein B3: Gleiche Durchführungsintensität nach Projektabschluss	Nachhaltigkeit der SOP Zwei Experten beschreiben, dass nach Projektabschluss die gleiche Durchführungsintensität bestehen wird (vgl. B1, Z. 343 ff.; B3, Z. 295-306). Im Einzelfall wird beschrieben: „<i>Gesagt ist nicht gehört, gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht einverstanden und nicht einverstanden ist nicht angewendet und angewendet ist noch lange nicht beibehalten. Die letzten beiden Stufen sind das, was mir im Moment auch die Arbeit ausmacht. [...] Es liegt die Bereitschaft in vielen Bereichen vor [...] auch die Checklisten-Einsicht ist da, aber der Schludrian in Abläufen kommt ganz schnell wieder.</i>“ (B2, Z. 596-606).

Thematischer Vergleich		Thema – Konzeptualisierung/selective Plausibilisierung
Paraphrasen - Unterschiede	Paraphrasen - Gemeinsamkeiten	
B1: Jedes Krankenhaus hat unter Beibehaltung von Mindestkriterien eine eigene Verfahrensanweisung erarbeitet, dies wird weiterempfohlen; englischsprachiges Original ist zu aufwändig	B2: wird weiterempfohlen, da SOP fordert Beschäftigung mit den eigenen Abläufen und Risikopotentiale; Sicherheitsgefühl der Anwender wird gestärkt B3: Weiterempfehlung da Reißleine gezogen werden kann, Patientensicherheit wird gestärkt	Weiterempfehlung der SOP Zwei Experten empfehlen die SOP weiter, da sie „<i>die Kultur anstößt und zur Diskussion darüber [...], man muss sich Gedanken machen über seine Abläufe und damit Risikopotentiale offenlegt [...], eine bessere Sicherheitsdokumentation gibt [...], man macht einen Gewinn dadurch</i>“ (B2, Z. 615-631). Zum Zweiten, weil „<i>die Patientensicherheit dadurch gestärkt wird und ich sozusagen an verschiedenen Stellen die Reißleine ziehen könnte wenn es denn zu einer Verwechslung kommt</i>“ (B3, Z. 310-313). Ein Experte empfiehlt die englischsprachige Original-SOP aufgrund des hohen Aufwands nicht weiter, jedoch ist die Entwicklung einer krankenhausespezifischen Verfahrensanweisung unter Berücksichtigung der High 5s- Mindestkriterien ratsam (vgl. B1, Z. 351-357, 381-385).

Bei der Ergebnisdarstellung der Interviews wurden Daten, welche für die High 5s-Projektevaluation erhoben wurden ohne Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit (z.B. Ereignisanalyse, Nachhaltigkeit und Weiterempfehlung der SOP), nicht berücksichtigt.