

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung der Universität Tübingen

**Umsetzbarkeit eines transsektoralen Behandlungspfades zur
Vermeidung von Problemkeimen – eine qualitative Studie**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Büchler, Pia Maria

2024

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Privatdozentin Dr. H. B. Sturm
2. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Peter

Tag der Disputation: 18.07.2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Gender-Hinweis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Transsektorales Arbeiten und Implementierung	1
1.2 Problemkeime MRSA und MSSA	3
1.3 Hintergrund zum Projekt STAUfrei	4
1.4 Forschungsfragen und Zielsetzung dieser Arbeit	10
2 Material und Methoden	11
2.1 Allgemeine Einführung – Studiendesign dieser Arbeit	11
2.2 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen	12
2.2.1 Rekrutierung, Formalien und Teilnehmende der Fokusgruppen	12
2.2.2 Erarbeitung der Leitfäden	14
2.2.3 Ablauf der Fokusgruppen	16
2.3 Analyse des Materials der Fokusgruppen	17
2.3.1 Transkription der Fokusgruppen	17
2.3.2 Analyseausrichtung	18
2.3.3 Kategoriensystem und Auswertung	19
2.4 Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse	23
3 Ergebnisse	25
3.1 Einführung in den Ergebnisteil	25
3.1.1 Nomenklatur der Zitationsangaben	25
3.1.2 Beschreibung der Teilnehmenden der Fokusgruppen	25
3.1.3 Kategoriensystem	27
3.2 Einzelne Arbeitsschritte im Projekt	29
3.2.1 Studieneinschluss und erste Maßnahmen in der Studienzentrale	29
3.2.2 Abstrich in der Praxis	30
3.2.3 Päckchen und Verschicken des Abstrichs	30
3.2.4 Befunde der Abstriche aus der Praxis	31
3.2.5 Aufklärungsgespräch Sanierung	32
3.2.6 Sanierung	32

3.2.7	Befunde der Abstriche aus dem Klinikum _____	34
3.2.8	Patientenmappe _____	34
3.2.9	Wundkontrolle, -dokumentation und Nachsorge _____	36
3.2.10	Abrechnung STAUfrei _____	36
3.2.11	Terminvereinbarung _____	36
3.3	Zeitmanagement _____	38
3.3.1	Zeitplanung _____	38
3.3.2	Zeitlicher Aufwand _____	40
3.4	Informationsangebot Klinik _____	41
3.4.1	Einführungsveranstaltung und Projektstart _____	41
3.4.2	Fallkonferenzen _____	44
3.5	Umgang mit Problemen _____	46
3.5.1	Praxisinterne Problemlösungen _____	46
3.5.2	Koordinationsstelle Studienzentrale und Ansprechpartner _____	47
3.5.3	Austausch zwischen den Praxen _____	49
3.6	Projektverlauf _____	50
3.6.1	Ärztlicher Aufgabenbereich, Delegation und Arbeit im Team _____	50
3.6.2	Beteiligung weiterer Berufsgruppen _____	52
3.6.3	Patientenmitarbeit und -äußerungen _____	52
3.6.4	Patientenzahl _____	55
3.6.5	Weiterer Projektverlauf allgemein und Ausblick _____	57
3.7	Projektplanung und Hürden aus Sicht des Studienpersonals _____	59
3.7.1	Studienteam, Studienplanung und Voraussetzungen _____	59
3.7.2	Bestehende Standards und Qualitätskontrolle _____	60
3.7.3	Überlagerung von Anforderungen _____	61
3.8	Teilnahme an Forschungsprojekten _____	61
3.8.1	Motivation und Meinungen zu Fokusgruppe _____	61
3.8.2	Motivation an STAUfrei teilzunehmen / Rekrutierung _____	62
3.8.3	Sensibilisierung und Veränderungen durch STAUfrei _____	63
3.8.4	Motivation für weitere Forschungsprojekte _____	64
3.9	Allgemeine sektorenübergreifende Kooperation _____	65
3.9.1	Delegation allgemein _____	65

3.9.2	Externe Koordinationsstelle – Case Manager	66
3.9.3	Schnittstelle Klinik - Praxis	68
3.9.4	Schnittstelle Hausarzt-Facharzt	69
3.9.5	Schnittstelle Praxis-Altersheim	70
3.10	Zusammenfassung der evaluierenden Faktoren	71
3.10.1	Positive Faktoren	71
3.10.2	Hindernisse	73
3.10.3	Lösungen	76
3.10.4	Unterstützungsbedarf	79
3.10.5	Akzeptanz	79
3.11	Handlungsempfehlungen	81
3.11.1	Studienplanung und -vorbereitung	82
3.11.2	Schulung des Personals	83
3.11.3	Materialien und Dokumentation	84
3.11.4	Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit	85
3.11.5	Zeitmanagement und Planung innerhalb des Projekts	86
4	Diskussion	88
4.1	Diskussion der Methodik	88
4.1.1	Erfüllung der Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse	88
4.1.2	Limitationen der Methodik	89
4.1.3	Übersicht COREQ-Checkliste	90
4.2	Diskussion der Ergebnisse	90
4.2.1	Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen	90
4.2.2	Vergleich mit anderen Arbeiten zu Implementierung und Arbeiten im transsektoralen Bereich	92
4.3	Fazit und Ausblick	100
5	Zusammenfassung	102
6	Literaturverzeichnis	VIII
7	Erklärung zum Eigenanteil	VIII
8	Veröffentlichungen	IX
9	Danksagung	X
10	Anhang	XI
10.1	Leitfaden Fokusgruppen	XI

10.2	Kategoriensystem mit Definitionen und Ankerbeispielen _____	XV
10.3	Übersicht der fördernden Faktoren für eine Implementierung _	XXVIII
10.4	Gegenüberstellung der Hindernisse und Lösungsvorschläge für eine Implementierung _____	XXIX
10.5	Erfüllung der COREQ-Checkliste_____	XXXII

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitstrahl des STAUfrei-Projekts nach Bauer et al.	5
Abbildung 2: Patientenpfade im Projekt STAUfrei nach Bauer et al.	7
Abbildung 3: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispielhaftes Vorgehen der induktiven Kategorienbildung nach Mayring	20
Tabelle 2: Beispiel Definition und Ankerbeispiel von Kategorien.....	21
Tabelle 3: Informationen zu den Teilnehmenden der Fokusgruppen mit den Interventionspraxen.....	25
Tabelle 4: Informationen zu den an den FG teilnehmenden Interventionspraxen	26
Tabelle 5: Kategoriensystem.....	28
Tabelle 6: Handlungsempfehlungen.....	81
Tabelle 7: Inhaltlich zusammenfassende Kategorien mit Kategoriendefinitionen und Ankerbeispielen (fett gedruckte Kategorien sind Hauptkategorien).....	XV
Tabelle 8: Evaluierende Faktoren mit Kategoriendefinitionen und Ankerbeispielen.....	XXVII
Tabelle 9: Fördernde Faktoren für eine Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades	XXVIII
Tabelle 10: Hindernisse und Lösungsvorschläge für eine Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades.....	XXIX

Abkürzungsverzeichnis

A	Arzt
BW	Baden-Württemberg
C	Coordinator (der Fokusgruppen)
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DMP	Disease-Management-Programm
FG	Fokusgruppe
HDH	Heidenheim
M/ MFA	Medizinische Fachangestellte
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin resistenter Staphylococcus aureus
MSSA	Methicillin sensibler Staphylococcus aureus
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
S	Studienpersonal des STAUfrei-Projekts
S. aureus	Staphylococcus aureus
STAUfrei	Staphylococcus aureus frei
UKT	Universitätsklinikum Tübingen

Gender-Hinweis

In dieser Arbeit wurden, wo möglich, genderneutrale Begriffe verwendet. Zur besseren Lesbarkeit des Fließtexts wurde sich gegen Beidnennungen entschieden. Bei Begriffen, welche nicht durch neutrale Formen ersetzt und zum Beispiel durch Umlaute nicht in Kurzform gebracht werden konnten, wurde sich für die Belassung im generischen Maskulinum entschieden. Dies soll ebenfalls der besseren Lesbarkeit des Textes dienen. Dabei berufen sich die entsprechenden Begriffe auf alle Geschlechter.

1 Einleitung

Der Bereich des Gesundheitswesens entwickelt sich ständig weiter, mit zunehmender Komplexität und Herausforderungen, die innovative Lösungen erfordern (Plsek und Greenhalgh 2001; Bessant et al. 2012; SM BW 2018). Herausforderungen, mit welchen das Gesundheitssystem heutzutage konfrontiert ist, sind unter anderem steigende Kosten und eine fragmentierte Leistungserbringung (Salmond und Echevarria 2017). Viele Jahre lang wurde die Gesundheitsversorgung innerhalb starrer Grenzen einzelner Sektoren abgewickelt (Richard 2020). Hiermit gemeint sind die unterschiedlichen Bereiche des Gesundheitssystems mit Aufteilung in Krankenhaus- oder ambulante Versorgung sowie Betreuung in Rehabilitationszentren (gi 2018). Diese Trennung führt aufgrund von Informationsverlusten und mangelnder Absprache zwischen den Sektoren zu Problemen bei der Patientenversorgung (Richard 2020). Von Seiten der deutschen Bundesregierung wird nun im Rahmen einer globalen Gesundheitsstrategie unter anderem auf sektorübergreifende Ansätze gesetzt, die die Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Sektoren beinhalten, um komplexe Probleme anzugehen und wirksame Lösungen umzusetzen (bmg 2020).

1.1 Transsektorales Arbeiten und Implementierung

Seit Jahren gibt es Bestrebungen des Gesetzgebers, die starren Grenzen zwischen Krankenhäusern und ambulanter medizinischer Versorgung aufzubrechen. Ein übergeordnetes Ziel ist es die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem eine nahtlose transsektorale Versorgung geschaffen wird. Die tatsächlichen Erfahrungen von Patienten und Leistungserbringern zeigen jedoch, dass es zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung weiterhin eine eindeutige Trennung gibt. Transsektorale Versorgung kann Unterbrechungen in der Patientenbehandlung verhindern und bietet so einen eindeutigen Vorteil. Im Idealfall orientiert sich die Versorgung an sektorübergreifenden Protokollen und Behandlungspfaden. (Behar et al. 2018)

Die Relevanz von sektorenübergreifendem Arbeiten im aktuellen politischen Kontext zeigt sich an der Einigung des Bunds und der Länder am 10. Juli 2023 auf die Eckpunkte für die Krankenhausreform in Deutschland und der daraus

folgenden Entwicklung sektorenübergreifender Versorger. Hier sollen sowohl stationäre wie auch ambulante fachärztliche oder hausärztliche Leistungen an einem Ort gebündelt werden. Dies unterstreicht das Ziel der guten Zusammenarbeit und Koordination zwischen diesen Fachbereichen, um eine umfassende und ganzheitliche Patientenversorgung sicherzustellen. (bmg 2023b)

Neben dem Blick auf transsektorales Arbeiten soll in dieser Promotionsarbeit die Implementierung eines Behandlungspfades in die Praxis untersucht werden. Bei der Implementierung handelt es sich um eine bewusste und systematische Einführung von Innovationen. Dabei wird das Ziel verfolgt diese in die praktische Tätigkeit, die organisatorische Funktionsweise oder die Struktur des Gesundheitssystems zu integrieren. (ZON 1997)

Implementierung wird, obwohl sie an Bedeutung gewinnt, weiterhin unzureichend verstanden und erforscht. Ihr Ziel ist es, die Wirksamkeit von Maßnahmen und Projekten zu erhöhen und gleichzeitig die Grundlage für weiterführende Entscheidungen zu schaffen. Als Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung nennen Peters et al. Akzeptanz, Anpassung, Angemessenheit, Durchführbarkeit, Nachhaltigkeit, Reichweite, Konformität und Umsetzungskosten. (Peters et al. 2014)

Zum Thema der Implementierung gibt es gerade in Bezug auf die Umsetzung von Leitlinien einige Studien und Ausführungen (Szecsenyi 2014; Grol und Buchan 2006). Es werden Hindernisse und fördernde Faktoren einer Implementierung gezielter Maßnahmen untersucht und in einigen Fällen auch Empfehlungen daraus abgeleitet (Gunkel 2012; Trietsch et al. 2014; Kramer 2012).

Im Rahmen dieser Arbeit werden die beiden Themenbereiche transsektorales Arbeiten und Implementierung eines Behandlungspfades miteinander verbunden. Dies soll am Beispiel des Großprojekts, in das sich diese Arbeit einfügt, erfolgen. Das Projekt konzentriert sich auf die Testung und Sanierung zweier Problemkeime, deren Bedeutung im Gesundheitssystem im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

1.2 Problemkeime MRSA und MSSA

Infektionskrankheiten stellen weltweit eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar (Becker et al. 2006). Unter den zahlreichen Krankheitserregern wird im Folgenden näher auf den Methicillin-sensiblen *Staphylococcus aureus* (MSSA) und Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) eingegangen, die aufgrund ihrer Auswirkungen auf Gesundheitssysteme große Aufmerksamkeit erregt haben (RKI 2000; Pearson et al. 2009). Deshalb wurden sie als Beispielkeime für diese Studie ausgewählt.

Staphylococcus aureus-Stämme, die gegen Methicillin und andere β -Lactam-Antibiotika resistent sind, sind zu einem ernstem globalen Gesundheitsproblem geworden (bmg 2023a). Sie werden mit einer Vielzahl von Infektionen in Verbindung gebracht, darunter Haut- und Weichteilinfektionen, Infektionen des Blutkreislaufs, Lungenentzündungen und Wundinfektionen beispielsweise im Bereich von Operationsgebieten und als Fremdkörperinfektionen (RKI 2000). Die Behandlung von MRSA-Infektionen ist aufgrund der begrenzten Behandlungsmöglichkeiten und der Möglichkeit schwerwiegender Komplikationen eine Herausforderung (Otto 2012).

Während MRSA große Aufmerksamkeit erregt, ist es wichtig, die klinischen Auswirkungen von Methicillin-sensiblen *Staphylococcus aureus* (MSSA) nicht zu übersehen (Jackson et al. 2020). MSSA-Stämme sind sensibel auf Methicillin, bleiben jedoch gefährliche Krankheitserreger, die eine Vielzahl von Infektionen verursachen (Jancin 2011).

Eine Studie von Eriksen et al. konnte zeigen, dass 14% der gesunden Testpersonen dauerhafte, 16% intermittierende, 53% vereinzelte und nur 16% keine Träger von *S. aureus* waren (Eriksen et al. 1995). Daraus ergibt sich die häufig zitierte Zahl von 20-30% der Bevölkerung, die mit dem Erreger *S. aureus* kolonisiert sind, wobei vor allem der Nasenvorhof und der Rachen prädisponierende Positionen für diese Besiedlung sind (Schrauder und Wendt 2016). In deutschen Krankenhäusern werden jährlich ungefähr 132.000 Fälle von MRSA registriert. Dies entspricht 18-20% aller auf *S. aureus* positiv getesteten Kulturen stationär behandelter Patienten. (Köck et al. 2011)

Sowohl MRSA als auch MSSA sind weltweit für eine erhebliche Belastung durch Healthcare-Associated Infections verantwortlich (Raza 2011). Diese Infektionen sind definiert über das Auftreten nach 48 Stunden oder mehr nach der Aufnahme oder innerhalb von 30 Tagen nach der Behandlung in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und anderen Gesundheitseinrichtungen (Haque et al. 2018). Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedlung stellen ein Aufenthalt in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen für chronisch kranke Patienten und Altersheime dar. Weiter Faktoren sind länger im Körper verweilende Materialien oder chronische Wunden, sowie vorhergehende antibiotische Behandlungen. (Köck et al. 2010) In den letzten Jahren ist aber auch das Auftreten ambulant erworbener MRSA-Infektionen zu einem Problem für die öffentliche Gesundheit geworden (David und Daum 2010). Diese Infektionen treten außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens und bei Menschen ohne Grunderkrankungen auf, welche zuvor nicht zur Risikopopulation für MRSA gezählt wurden (Linde und Lehn 2006). Community-acquired MRSA Stämme besitzen besondere genetische Eigenschaften und werden mit Haut- und Weichteilinfektionen sowie schweren invasiven Infektionen in Verbindung gebracht (Linde und Lehn 2006).

1.3 Hintergrund zum Projekt STAUFrei

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Projekts „Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von STaphylococcus Aureus Komplikationen bei elektiven Patienten“, kurz STAUFrei genannt. Das Projekt STAUFrei wurde vom Innovationsfond für vier Jahre gefördert. (Bauer et al. 2020)

Die Haupthypothese der Studie war, dass durch vorheriges ambulantes Screening auf MRSA oder MSSA und Sanierung der positiv getesteten Patienten die Besiedlung bei Aufnahme in das Krankenhaus zur Durchführung geplanter operativer Eingriffe minimiert werden kann. Daher stellte die Kolonisierungsrate für MRSA und MSSA bei Krankenhausaufnahme den primären Endpunkt der Studie STAUFrei dar. (Bauer et al. 2020)

Eine weitere Hypothese war, dass postoperative Infektionen durch MRSA nach elektiven Eingriffen, ebenso wie eine Rekolonisation mit MRSA durch eine prä- und postoperative ambulante Versorgung in den Praxen vermieden werden

können. Zusätzlich wurde die Zufriedenheit und Compliance von Patienten sowie die Kostenbilanz untersucht. (Bauer et al. 2020)

Ziel von STAUfrei war es durch die Implementierung eines transsektoralen Behandlungspfades mit ambulantem Screening, Sanierung und Nachversorgung Behandlungslücken zu schließen (Bauer et al. 2020). Durch die transsektorale Verbindung von Arztpraxen und Krankenhaus entstand ein neuer Ansatz der ärztlichen Behandlung (Bauer 2019). Das übergeordnete Ziel war eine potenziell bundesweite Implementierung (Bauer et al. 2020).

Zeitlicher Ablauf

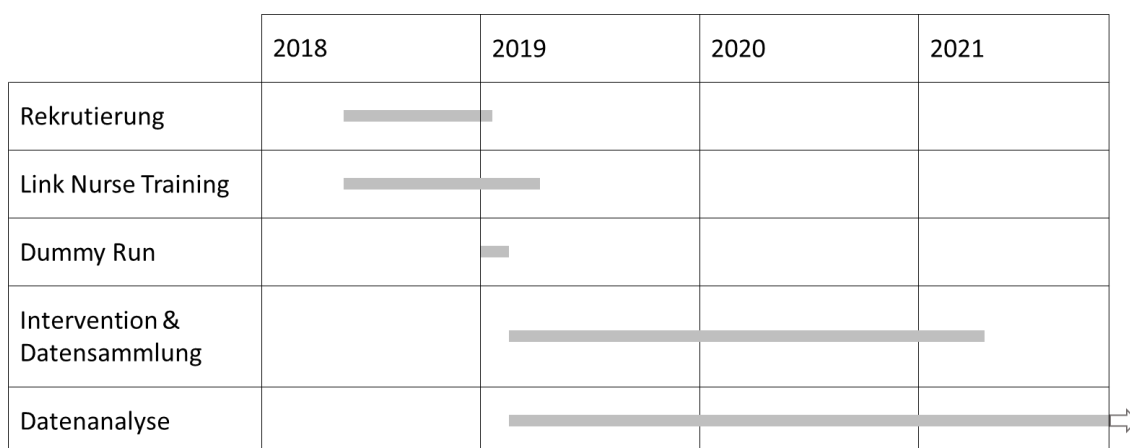


Abbildung 1: Zeitstrahl des STAUfrei-Projekts nach Bauer et al. (Bauer et al. 2020)

Abbildung 1 stellt den Zeitstrahl von STAUfrei dar. Das Projekt startete im Jahr 2018 mit der Rekrutierung der Praxen, für die 6 Monate eingeplant wurden. Parallel starteten die Trainings der Link Nurses, welche von einem einmonatigen Dummy Run, in dem die Abläufe getestet wurden, gefolgt waren. Link Nurses waren im Rahmen des Projekts speziell ausgebildete MFAs der niedergelassenen Arztpraxen. Die zentrale Phase der Intervention und Datensammlung wurde für 24 Monate angesetzt. Parallel dazu wurden die gesammelten Daten analysiert und dies im Anschluss fortgesetzt. (Bauer et al. 2020)

Für die genaue Einhaltung des Studienprotokolls zur Intervention waren die angebotenen Schulungen für MFAs und Ärzte der Interventionspraxen von Bedeutung. Diese fanden getrennt voneinander und beginnend 2018 als Einführungsveranstaltungen zur Informationsvermittlung über das Projekt statt. (Bauer et al. 2020; Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH 17.01.2019) Inhalte der

Schulungen waren Hintergrundinformationen zu MRSA und MSSA, deren Sanierung, Hygienemaßnahmen und der Behandlungspfad der STAUfrei-Studie (Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH 17.01.2019).

Ab Projektbeginn erfolgten monatliche Fallkonferenzen, die vom Studienteam des Klinikums Heidenheim (HDH) organisiert und gestaltet wurden (Bauer et al. 2020). Hier wurden aktuelle Themen, Fragen und Probleme besprochen sowie Tipps und Hilfestellungen gegeben (siehe 3.4.2). Weiterhin besuchte die leitende Study Nurse aus dem Klinikum HDH alle Interventionspraxen persönlich, um vor Ort die Abläufe zu demonstrieren und individuelle Probleme der Praxen lösen zu können (Bauer et al. 2020). Die Study Nurse ist als ausgebildete Sachverständige fester Bestandteil der Arbeit an Studien im Gesundheitssystem (Fiedler 2015). Fragen von Seiten der Patienten oder Praxen konnten per E-Mail oder über eine Studienhotline gestellt werden. Zudem sollten den Patienten die Link Nurses ihrer Praxen bei Unklarheiten zur Verfügung stehen. (Bauer et al. 2020)

Studiendesign und -setting

Die Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden, mussten über 18 Jahre alt sein und am Klinikum HDH einen geplanten, elektiven Eingriff erhalten. Die Studie erfolgte als kontrollierte, prospektive Kohortenstudie mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Für die beiden gewählten Erreger MRSA und MSSA wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt. Es wurde weder eine praxen- noch patientenbezogene Randomisierung durchgeführt. Stattdessen wurden die Arztpraxen zuvor den Interventions- oder Kontrollpraxen zugeteilt und die Patienten abhängig von ihrer Praxis einer der beiden Gruppen zugeordnet. Die Zuordnung der Praxen für die Intervention erfolgte auf Grundlage ihrer Mitwirkung im regionalen, vorbestehenden MRE-Netzwerk (multiresistente Erreger) in Heidenheim. Die Praxen der Kontrollgruppe waren kein Teil dieser Netzwerkstruktur. (Bauer et al. 2020)

Die Studie wurde am Klinikum HDH und in im Umkreis liegenden Arztpraxen durchgeführt. Beim Klinikum Heidenheim handelt es sich um ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, welches das Zentrum der medizinischen Versorgung in der Region Ostwürttemberg bildet (Kliniken Landkreis Heidenheim

gGmbH 2020). Zum Zeitpunkt der Studie wurden in Heidenheim 90% aller stationären Behandlungen im Klinikum durchgeführt (Bauer et al. 2020). Aus den genannten Gründen eigneten sich dieses Krankenhaus und der Landkreis besonders zur Durchführung einer Studie wie dieser.

Patientenpfade

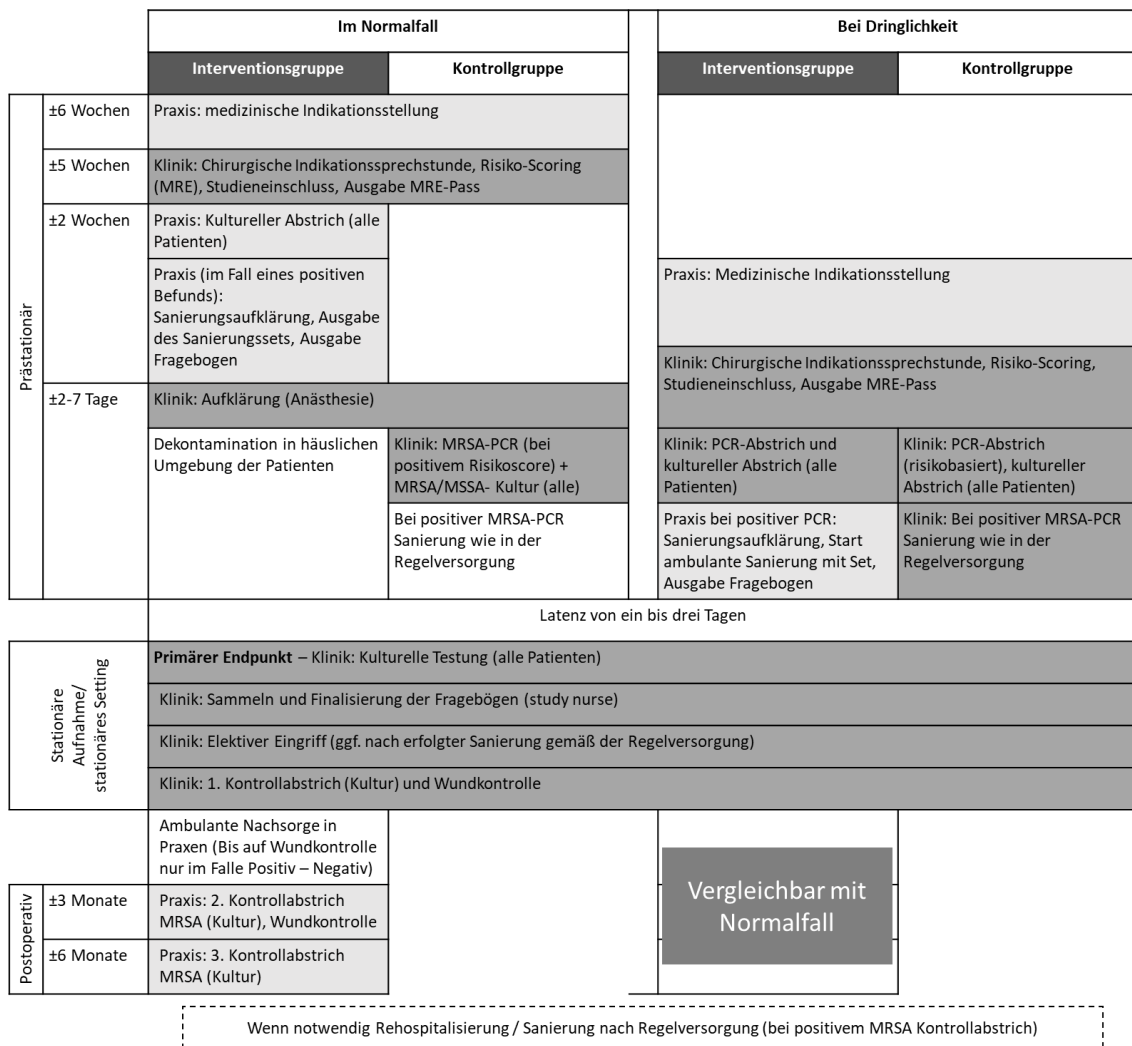


Abbildung 2: Patientenpfade im Projekt STAUFrei nach Bauer et al. (Bauer et al. 2020)

In Abbildung 2 werden die Patientenpfade im Rahmen des STAUFrei-Projekts schematisch dargestellt. Der Behandlungspfad teilt sich in je zwei Szenarien für die Kontroll- und Interventionsgruppe. Die linke Hälfte zeigt den Normalfall ohne bestehenden Zeitdruck. Rechts davon sind die Abläufe für den Dringlichkeitsfall, wenn die Zeit für den regulären Weg zu knapp wird, dargestellt. Im Folgenden

werden zunächst der Normalfall und anschließend die Anpassungen bei Dringlichkeit beschrieben.

Die Indikationsstellung für eine elektive Operation erfolgte in der Praxis und im Anschluss in der Klinik. Dort erfolgte der Studieneinschluss der Patienten durch die Studienzentrale und die Ausgabe der Patientenmappe, die den MRE-Pass, Studiendokumente und medizinische Informationen enthält. Weiterhin erfolgte ein Risikoscoring. (Bauer et al. 2020)

Ungefähr zwei Wochen vor dem geplanten OP-Termin wurden alle Patienten der Interventionsgruppe in ihren zuständigen Haus- oder fachärztlichen Praxen auf MRSA und MSSA abgestrichen. Die Abstrichentnahme erfolgte durch die Link Nurses. Der Abstrich wurde in für diesen Zweck vorbereitete Boxen verpackt und an das zentrale Labor der Mikrobiologie am Universitätsklinikum Tübingen gesendet, wo eine Kultur angelegt wurde. (Bauer et al. 2020)

Im Falle eines positiven Befunds auf MRSA oder MSSA erfolgte bei Patienten der Interventionsgruppe die Aufklärung zur Sanierung durch die Link Nurses sowie die Ausgabe des Sanierungssets und eines Fragebogens. Die Maßnahmen wurden daraufhin von den positiv getesteten Patienten über fünf Tage zu Hause eigenständig durchgeführt. Täglich anzuwenden waren eine antibakterielle Waschlotion, Desinfektionsmittel für alltägliche Gegenstände und die Wohnumgebung sowie dreimal täglich eine antiseptische Mundspüllösung. Außerdem wurde in Abhängigkeit vom Erregertyp dreimal täglich eine antibiotische Nasensalbe (MRSA) oder ein Nasengel (MSSA) angewandt. Wenn in Ausnahmefällen keine fünf Tage mehr für die Durchführung zur Verfügung standen, verblieben die Patienten dennoch in der Interventionsgruppe durch die Vorgabe „intention to treat“. Es sollte eine Latenz von ein bis drei Tagen bis zum Operationszeitpunkt bestehen. (Bauer et al. 2020)

Im Dringlichkeitsfall erfolgte die erste Abstrichentnahme aller Patienten direkt in der Klinik zusammen mit dem Studieneinschluss. Hierbei wurde sowohl eine PCR durchgeführt als auch eine Kultur angelegt. Dringlichkeit lag dann vor, wenn der Studieneinschluss weniger als zehn Tage vor der Operation lag. Die bei positivem Testergebnis notwendige Sanierungsaufklärung inklusive der weiter oben

beschriebenen Schritte erfolgte, wie zuvor in der Interventionsgruppe, in der Praxis. (Bauer et al. 2020)

In einem Zeitraum von zwei bis sieben Tagen vor Operationstermin erfolgte bei den Patienten der Kontrollgruppe in der Klinik ebenfalls die Abstrichentnahme zur Anlage einer Kultur sowie bei positivem Risikoscore eine PCR auf MRSA. Im Falle eines positiven Ergebnisses erfolgte vor der Operation im Krankenhaus eine Sanierung, die den bisherigen standardisierten Abläufen in der Regelversorgung entsprach. (Bauer et al. 2020)

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus stellte in allen Fällen den primären Endpunkt der STAUfrei-Studie dar. Hier wurden alle Patienten beider Gruppen erneut auf MRSA und MSSA kulturell getestet. In der Klinik wurden durch die Study Nurses die Fragebögen der Patienten eingesammelt. Im Anschluss an die Operation erfolgte in der Klinik eine Wundkontrolle und es wurde ein erster Kontrollabstrich zur kulturellen Anzucht abgenommen. Bei positivem Ergebnis in der Testung auf MRSA erfolgte im Anschluss eine erneute Sanierung nach den Standards der Regelversorgung. (Bauer et al. 2020)

Nach drei Monaten erfolgte in den Praxen der Interventionsgruppen ein Nachsorgetermin zur Wundkontrolle, der in der Patientenmappe dokumentiert wurde. Durch diese Kontrolle sollten postoperative Infektionen festgestellt werden. Bei Patienten, die innerhalb der Interventionsgruppen in der ersten Testung positiv und bei stationärer Aufnahme negativ auf MRSA getestet wurden, erfolgten nun weitere Nachsorgen mit jeweils zwei weiteren Kontrollabstrichen auf MRSA in den Praxen nach circa drei und sechs Monaten. (Bauer et al. 2020)

1.4 Forschungsfragen und Zielsetzung dieser Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit soll am Projekt STAUFrei gezeigt werden, ob und wie der transsektoraler Behandlungspfad im Versorgungsalltag umsetzbar ist. Hierfür werden die von den Mitarbeitenden der Interventionspraxen sowie dem Studienpersonal des UKT und des Klinikums HDH umgesetzten Abläufe während des Projekts im Rahmen einer qualitativen Studie untersucht.

Dabei stehen die folgenden übergeordneten Forschungsfragen im Mittelpunkt:

- Was sind fördernde Faktoren und was sind Hindernisse für eine Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades in die Praxis bzw. Regelversorgung?
- Welche Lösungen oder Lösungsvorschläge zur erfolgreichen Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades in die Praxis bzw. Regelversorgung gibt es?
- Wie werden die Interventionen im Rahmen des STAUFrei-Projekts und die daraus folgenden neuen Abläufe und Prozesse vom Personal akzeptiert?
- Was sind Kriterien für die Akzeptanz von transsektoralen Forschungsprojekten von Seiten des Personals?

Anhand der Ergebnisse der Auswertung erfolgt eine Ableitung von Empfehlungen, die der erfolgreichen Umsetzung zukünftiger Projekte im transsektoralen und interdisziplinär-interprofessionellen Bereich dienen sollen.

Aufbau dieser Arbeit

Zu Beginn werden in Kapitel 2 die verwendeten Materialien und Methoden anhand einer allgemeinen Einführung des Studiendesigns, Erläuterungen zur Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen sowie der Vorgehensweise bei der Analyse des Materials beschrieben. In Kapitel 3 werden Informationen zu den Teilnehmenden gegeben, das Kategoriensystem vorgestellt und abschließend die Ergebnisse dargestellt. In Kapitel 4 folgt die Diskussion der Methodik und im Anschluss die Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die initial gestellten Forschungsfragen und ein Vergleich mit dem aktuellen wissenschaftlichen Kontext. Abschließend wird die Arbeit in Kapitel 5 zusammengefasst.

2 Material und Methoden

2.1 Allgemeine Einführung – Studiendesign dieser Arbeit

Die Interventionen des STAUfrei-Projekts hatten bei Start dieser Arbeit bereits begonnen. Daher konnten im Verlauf Befragungen der Teilnehmenden aus den Interventionspraxen und des Studienpersonals anhand von Fokusgruppen durchgeführt werden. Fokusgruppen sind eine qualitative Forschungsmethode, bei der eine kleine Gruppe von Personen im Rahmen einer geführten Diskussion ihre Meinungen zu einem zuvor definierten Thema äußert (Schulz et al. 2012). Zum Projektstart waren drei bis vier Fokusgruppen (FG) mit Mitarbeitenden der Interventionspraxen mit acht bis zwölf Teilnehmenden geplant. Zudem sollten ein bis zwei FG mit vier bis sechs Teilnehmenden aus dem Studienpersonal der Klinik durchgeführt werden, da diese die Umsetzung der Projektinhalte in der Primärversorgung beobachten und für das Gesamtprojektmanagement verantwortlich sind. (Bauer et al. 2020)

Die FG wurden aufgenommen, transkribiert und die Daten im Anschluss mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert und bearbeitet. Für diese Studie wird als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet, da sie einen auf die Fragestellung bezogenen Ansatz verfolgt. Aus der übergreifenden Forschungsfrage werden textanalytische Fragen abgeleitet. Diese sind die Basis der Analyse und sorgen für zielgerichtete Ergebnisse. So wird die Kluft zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen überbrückt. Sie eignet sich daher gut für eine Vielzahl von Datenquellen und für die systematische und regelgeleitete Auswertung der daraus resultierenden Texte. (Mayring 2019) Das sich daraus ergebende Kategoriensystem soll dazu beitragen die Umsetzbarkeit der Interventionen in der täglichen Praxis aus Sicht der Anwendenden im ambulanten und stationären Bereich zu beleuchten.

Der Projektbeginn erfolgte vor Beginn dieser Arbeit. Die Projektplanung und das Projektteam standen bereits fest, sodass eine unvoreingenommene Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen sichergestellt waren. Expertise zur Durchführung dieser Arbeit konnte durch die Beobachtung einer anderen Fokusgruppe erlangt werden. Durch den Besuch von Workshops und Seminaren zum Thema wurden Auswertungsmethoden vertieft.

2.2 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen

2.2.1 Rekrutierung, Formalien und Teilnehmende der Fokusgruppen

Es wurden vier Fokusgruppen mit den Ärzten und Link Nurses aus den Interventionspraxen geplant und durchgeführt. Überlegt wurde, ob die Anwesenheit des Chefs der eigenen Praxis die Meinungsäußerung der Angestellten einschränken würde. Zugunsten des Austauschs und der interprofessionellen Darstellung von Praxisabläufen wurde beschlossen, die FG nicht nach Ärzten und medizinischen Fachangestellten getrennt durchzuführen. Allerdings wurde sich gegen die Mischung von Teilnehmenden aus Interventionspraxen und des Studienpersonals in einer gemeinsamen FG entschieden. So sollte die mögliche Beeinflussung der freien Meinungsäußerung durch Anwesenheit der bekannten, projektdurchführenden Personen vermieden werden.

Rekrutierung

Als Erstes wurde eine Einladung an alle am STAUfrei-Projekt teilnehmenden Ärzte und Link Nurses aus den Interventionspraxen über einen STAUfrei-E-Mail-Verteiler versendet. Nachfolgend wurde die Kommunikation auf Telefon und Fax ausgeweitet, um alle potenziell Teilnehmenden gleichermaßen zu erreichen. Zudem erfolgte eine telefonische Terminbestätigung. Die Teilnahme der Befragten an mehreren Fokusgruppen wurde zur Vermeidung einer Verzerrung der Ergebnisse ausgeschlossen. Als Aufwandsentschädigung erhielten alle Teilnehmenden der FG, ausgenommen der Befragenden des UKT, 100 €. Vor der Kontaktaufnahme bestand keine Beziehung zu den Teilnehmenden aus den Interventionspraxen.

Zur Vorbereitung der vierten FG wurden Praxen gezielt telefonisch kontaktiert, die laut einer Einweiserstatistik der Studie des Klinikums HDH überdurchschnittlich viele STAUfrei-Patienten betreuten. Ziel war es anhand der größeren Erfahrungswerte mit dem STAUfrei-Projekt einen höheren Erkenntnisgewinn zu erzielen.

Bei der Planung der Fokusgruppe mit Studienpersonal wurden die Teilnehmenden in Rücksprache mit dem Team am UKT ausgewählt. Dabei handelte es sich um Personen, die in der Planung und Umsetzung des STAUfrei-Projekts von Bedeutung waren. Vor Beginn der Rekrutierung bestand zu manchen

Teilnehmenden der FG ein erster Kontakt im Rahmen der Planung der Fokusgruppe mit den Interventionspraxen und ab Beginn dieser Doktorarbeit zum STAUfrei-Team am UKT.

Formalien

Den Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussionen wurde eine Teilnahmeinformation, eine Einverständnis- und eine Datenschutzerklärung ausgehändigt. Diese Dokumente wurden zuvor der Ethikkommission vorgelegt, deren Anmerkungen umgesetzt und die Studie von dieser freigegeben (Landesärztekammer Baden-Württemberg, Ethik-Kommission, Aktenzeichen F-2018-090#A1). Bei allen Terminen wurde eine Anwesenheitsliste geführt.

Anzahl der Teilnehmenden

Die Teilnehmendenzahl der ersten Fokusgruppe war aufgrund von kurzfristigen Absagen auf eine Befragte reduziert. Daraus ergab sich bei der Auswertung jedoch der Vorteil durch diese eher einem Interview gleichende FG den Einfluss der Gruppendynamik im Gesamtbild identifizieren zu können.

Im Ethikantrag des STAUfrei-Projekts wurde geplant drei bis vier Fokusgruppen mit einer Anzahl von acht bis zwölf Teilnehmenden durchzuführen. Diese Gruppengröße wird auch von Phillips und Schirmer empfohlen. Auf diesem Weg wird sichergestellt, dass verschiedene Aspekte und Meinungen abgebildet werden und ein offener Austausch aller Anwesenden aufgrund kleiner Gruppengrößen ermöglicht wird. (Phillips und Schirmer 2008) Außerdem wurde festgelegt, dass nach Feststellung einer Sättigung keine weiteren Fokusgruppen erfolgen sollten. Sättigung bedeutet, dass Aussagen im Vergleich zu vorausgehenden Fokusgruppen keinen Mehrwert liefern und sich Aspekte doppeln. Die Teilnehmendenzahl der Fokusgruppen zwei bis vier mit den Interventionspraxen lag bei zehn, neun und acht Personen und damit im angesetzten Rahmen. Nach der vierten Fokusgruppe mit den Interventionspraxen wurde eine inhaltliche Sättigung erreicht und von einer weiteren Gruppendiskussion mit Ärzten und Link-Nurses der Praxen abgesehen.

An der FG mit Studienpersonal, nahmen zwei Study Nurses und fünf Mitglieder des Studienteams teil.

2.2.2 Erarbeitung der Leitfäden

Zur Durchführung der Fokusgruppendifkussionen wurden zwei semistrukturierte Leitfäden, einer für die FG mit Interventionspraxen (10) und einer für die mit Studienpersonal (0) entwickelt. Die Fragen des Leitfadens wurden in möglichst offener Form verfasst, um einen hohen Informationsgewinn zu generieren. Die Erstellung des Leitfadens erfolgte in Absprache mit dem Team des UKT und wurde in der Forschungswerkstatt für Qualitative Methoden besprochen.

Für die Erstellung des Fokusgruppenleitfadens mit den Interventionspraxen, wurden die Protokolle bereits durchgeführter Fallkonferenzen gesichtet. Ziel war es, eine Übersicht über wichtige Themen zu bekommen und anzusprechende Problempunkte zu sammeln. Weiterhin wurden einzelne Elemente, die sich aus dem Patientenpfad ergaben, aufgegriffen.

Um personenbezogene Daten über die Teilnehmenden und deren Praxen zu erhalten, wurden Stichwortzettel mit Fragen aus dem Leitfaden an die Teilnehmenden verteilt. Wenn einzelne Fragen missverstanden wurden, erfolgte eine Anpassung bzw. Konkretisierung vor der jeweils nächsten Fokusgruppendifkussion.

Aus den Erkenntnissen und Inhalten der ersten Fokusgruppendifkussion wurden zusätzliche Fragen zum Themenbereich Forschung/Forschungspraxen, allgemeine sektorenübergreifende Kooperation und Möglichkeiten der Delegation von Aufgaben in den Leitfaden aufgenommen.

Im Anhang 10.1 befindet sich der Leitfaden. Hier aufgelistet sind die Hauptfragen des Leitfadens für die Fokusgruppen mit den Ärzten der Interventionspraxen und Link Nurses:

- Wie gelingt die Umsetzung der Projektinhalte im Praxisalltag?
- Was lief bisher gut? Was lief bisher nicht so gut?
- Waren das eher Einzelfälle oder trat dies vermehrt auf / prägte den Prozess durchweg?
- Wie beurteilen Sie die Abläufe praxisintern, zwischen Arzt und MFA?
- Und wie beurteilen Sie die Abläufe an den Schnittstellen zur Klinik?
- Haben Sie im Verlauf des Projekts schon Problemlösungen gefunden und durchgeführt, die die Umsetzbarkeit des Projekts erleichtern?

- Haben Sie Ideen, wie die Hauptprobleme umgangen bzw. verbessert werden könnten?
 - Was hat Ihnen besonders geholfen die Hindernisse zu überkommen?
 - Was war in der Findung einer Lösung eher hinderlich?
- Welchen Tipp würden Sie zukünftigen Praxen unbedingt mitgeben?
- Welchen Tipp würden Sie der Studienzentrale in Heidenheim unbedingt mitgeben?
- Was hat Sie motiviert am STAUfrei-Projekt teilzunehmen?
- Was hat Sie motiviert an dieser Fokusgruppe teilzunehmen?
- Besteht grundsätzliches Interesse an einer Teilnahme an einem solchen Netzwerk (Forschungspraxennetzwerk)? Für Praxis / für Sie persönlich?
- Patienten und Strukturdaten ohne viel Aufwand extrahierbar und auswertbar, Praxis als Datenquelle oder Praxis als aktiver Teilnehmende in Forschungsprojekten im Sinne Patientenrekrutierung und Umsetzung von Interventionen, Hintergrund Forschungspraxennetzwerk an Uni-Standorten in BW mit Projektstart 2020
- Unter welchen Voraussetzungen würden Sie in Zukunft erneut an einem Forschungsprojekt mitarbeiten?

Neben diesen Hauptfragen wurde die Notwendigkeit neuer Rollenverteilungen und die hierfür erforderliche Ebene, innerhalb der Praxis oder regional, beim Thema der Delegation diskutiert. Unter dem Themenkomplex der sektorenübergreifenden Kooperation wurde erfragt, inwieweit eine sektorübergreifende Struktur, wie bei STAUfrei, auf andere Themengebiete an Schnittstellen übertragen werden kann und für welche Patientengruppen ein solcher Bedarf bestände. Ein Beispiel von Delegation und interprofessioneller, sektorenübergreifender Kooperation wäre eine externe, regionale Koordinationsstelle (Case Manager), nach deren Nutzen, Aufgabenfeld und professionellen Anforderungen die Teilnehmenden befragt wurden.

Zur Formulierung der Fragen für den Leitfaden für die FG mit Studienpersonal wurden die Hauptthemen der FG der Interventionspraxen verwendet. Diese

wurden durch Themen aus den Protokollen der Treffen und Telefonkonferenzen des Lenkungsausschusses ergänzt. In diesem trafen sich monatlich Vertreter aller interdisziplinär am STAUfrei-Projekt beteiligten Parteien zu einer Telefonkonferenzen, in der Erfolge und Rückschläge besprochen wurden (Bauer et al. 2020). Zur Testung der Leitfäden wurden keine Pilotphase unternommen.

2.2.3 Ablauf der Fokusgruppen

Alle Termine der Fokusgruppen wurden im Zeitraum von Juli bis Dezember 2019 in Räumen am Klinikum HDH durchgeführt. Die Fokusgruppen mit den Interventionspraxen wurden von der Doktorandin der Humanmedizin mit Unterstützung des Projektteams, bestehend aus der Betreuerin der Arbeit und Senior Researcher des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen sowie einer weiteren wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Instituts, moderiert. Weitere Personen waren nicht anwesend. Die zweitgenannte Person hatte bereits Erfahrungen mit qualitativen Studien. Von diesem Vorwissen konnten die anderen beiden Moderatoren profitieren. Innerhalb der Fokusgruppen mit Studienpersonal wurden die beiden Mitarbeitenden des Instituts aufgrund ihres Einsatzes bei der Studienplanung mitbefragt.

Die Fokusgruppen mit den Interventionspraxen wurden mit Informationen zum Projekt, zu Namen und Profession der Befragenden, zu dieser Arbeit und deren Zielsetzung eingeleitet. Außer den Befragenden des UKT und den Teilnehmenden der Fokusgruppe waren keine anderen Personen anwesend.

Zur Datensammlung wurde ein Diktiergerät verwendet. Die FG mit Studienpersonal konnte aufgrund technischer Probleme nicht aufgezeichnet werden. Die Datensammlung erfolgte deshalb anhand von während der Befragung angefertigter Notizen, eines direkt im Anschluss festgehaltenen Gedächtnisprotokolls sowie ergänzender Anmerkungen der Teilnehmenden. Anhand der Notizen kann auch hier auf Originalzitate zurückgegriffen werden.

Die Pseudonymisierung der Teilnehmenden erfolgte anhand einer Teilnehmendenliste. Während der einzelnen Fokusgruppendifkussionen wurde die Sitzreihenfolge der Teilnehmenden mit ihren Pseudonymen festgehalten. Zudem wurde die anfängliche Sprechreihenfolge mitgeschrieben, um anschließend eine korrekte Transkription zu ermöglichen. Die Pseudonyme erhielten die

Teilnehmenden während der jeweiligen FG. Ärzte wurden mit A und MFAs mit M, gefolgt von einer Durchnummerierung der jeweiligen Teilnehmenden nach Termin der Fokusgruppe, abgekürzt. So erhielt die erste MFA mit Wortmeldung die Nummerierung 1. Die Befragenden des UKT erhielten im Rahmen der FG mit den Interventionspraxen zur Identifizierung ein C für Coordinator sowie über die verschiedenen FG gleichbleibende Nummern von 1 bis 3. In der FG mit Studienpersonal wurden die Befragten mit einem S abgekürzt.

Zur Auswertung der Fokusgruppendifkussionen mit den Interventionspraxen wurden keine Notizen erstellt, um sich während des Gespräches voll auf die Aussagen der Teilnehmenden konzentrieren und an wichtigen Stellen nachhaken zu können. Die Dauer der vier Sitzungen der Fokusgruppen mit den Interventionspraxen betrug FG 1: 0:39:40, FG 2: 1:17:12, FG 3: 1:34:45 und FG 4: 1:48:40 (h:mm:ss).

Nach dem Ende der jeweiligen Fokusgruppe bestand kein Kontakt mehr zu den Mitarbeitenden der Interventionspraxen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe mit Studienpersonal machten innerhalb einer Woche nach der Fokusgruppe teilweise Anmerkungen zu dem erstellten Gesprächsprotokoll. Weitere Rückmeldungen fanden nicht statt. Dies soll eine neutrale Auswertung ermöglichen.

2.3 Analyse des Materials der Fokusgruppen

2.3.1 Transkription der Fokusgruppen

Die Transkription der Aufnahmen erfolgte eigenhändig im Rahmen dieser Arbeit und in kurzem zeitlichem Abstand zu den Fokusgruppen. Die Aufnahme wurde mittels dem Programm Dragon NaturallySpeaking in Word diktiert, um durch das Nachsprechen und anschließende Korrekturhören, die Diskussion möglichst exakt festzuhalten.

Durch die Teilnehmendenanzahl der FG kam es zu einer Überlagerung von mehreren Redebeiträgen zur gleichen Zeit. Dadurch waren einzelne aufgezeichnete Passagen nur schwer verständlich. Diese wurden wiederholt angehört und das Programm Audacity genutzt, um die Sprechgeschwindigkeit zu reduzieren und so Gesprächsanteile besser zu verstehen.

Im Folgenden sind die Transkriptionsregeln dargestellt:

- Bei nicht verständlichen Textpassagen wurde dies in Klammern vermerkt, sowie der Grund für die Verständnisschwierigkeiten
- Unsicherheiten beim Verständnis einzelner Wörter oder Sprecher wurden rot markiert und mit Zeitangaben versehen
- Pausen wurden als solche im Transkript vermerkt
- Mehrfaches Bejahen oder Verneinen aus der Runde, Gelächter oder andere Formen nichtsprachlicher Kommunikation wurden in Klammern beschrieben und in der Sprechabfolge eingefügt
- Betonungen wurden als solche nicht markiert
- Nennung von Ortsnamen oder Personen, die nicht an den FG beteiligt waren und nicht zum Studienpersonal gehörten, wurden mit einem X unkenntlich gemacht
- Namen von Personen des Studienpersonals, welche von den Teilnehmenden der FG im Gespräch genannt wurden, wurden mit dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens abgekürzt
- Die Aussagen der Teilnehmenden wurden weitestgehend im Dialekt belassen, um keine Veränderung des Inhaltes vorzunehmen
- Eindeutige Äußerungen im Dialekt wurden ins Hochdeutsche gesetzt. Beispielsweise wurde „wo“ in „der“, „die“ oder „das“ verändert
- Auch „hmm“ wurde mit transkribiert, wenn es für den Satzfluss sinnvoll war

Dadurch konnte eine Balance zwischen einer detailgenauen Darstellung des Gesprochenen und einer guten Lesbarkeit des Transkriptes erreicht werden (Dresing und Pehl 2015). Der Fokus wurde auf die detailgenaue Darstellung gelegt, um den Inhalt des Gespräches nicht zu verfälschen und diesen für die nachfolgende Analyse möglichst umfangreich darzustellen.

2.3.2 Analyseausrichtung

Zu Beginn wurde die induktive Inhaltsanalyse nach Mayring als Analyserichtung gewählt. Diese Form ermöglicht es, große Mengen an Daten auf ihre bedeutsamen Aussagen hin zu reduzieren (Mayring 2015). Diese werden in Kategorien zusammengefasst, welche aus dem Material gebildet werden.

Als weitere Möglichkeit der Auswertung existiert die deduktive Kategorienbildung. Bei dieser wird das Kategoriensystem vor der Textanalyse festgelegt, um so bestimmte Strukturen des Materials erkennen zu können (Mayring 2015). Diese Vorgehensweise der Analyse wurde zusätzlich genutzt, um die Forschungsfragen umfassend beantworten zu können.

2.3.3 Kategoriensystem und Auswertung

Im Rahmen dieser Arbeit erfolgte zunächst ein erster Textdurchlauf (initiierende Textarbeit), wobei auch erste Notizen angefertigt wurden.

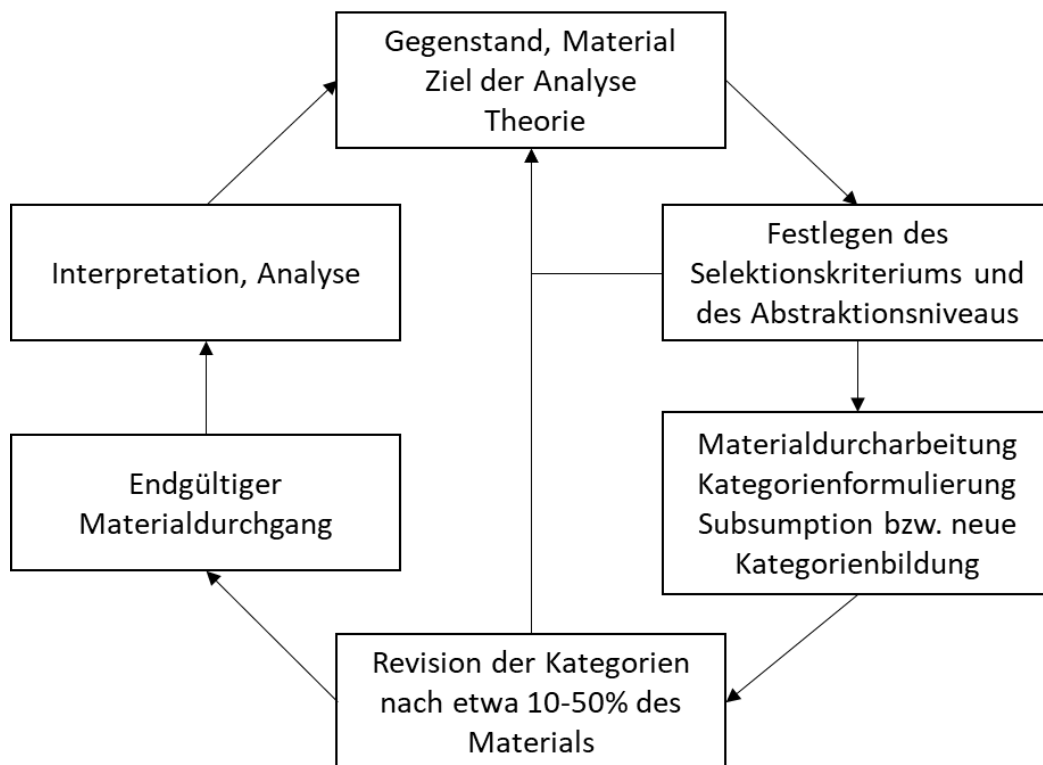


Abbildung 3: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (Mayring 2015)

Die weiteren Schritte sind in Abbildung 3 dargestellt, welche den Prozess der induktiven Kategorienbildung abbildet. Dieses Schema bildete die Grundlage der Vorgehensweise in dieser Arbeit.

Den Ausgang bildet das zur Verfügung stehende Material, das Ziel der Analyse sowie die Theorie. Beginnend wird nun ein Selektionskriterium im Sinne eines Themas gefunden und das Abstraktionsniveau der Kategorien bestimmt. Dieser Schritt soll unter anderem dazu führen, dass Inhalte, die thematisch abweichen und nicht zielführend sind, ausgeklammert werden. Es folgt ein erster Materialdurchgang mit Formulierung von Kategorien und einer Unterordnung dieser

beziehungsweise der Bildung neuer Kategorien. Nachdem circa 10-50% des gesamten Materials durchgearbeitet wurden, erfolgt eine Überprüfung der vorherigen Schritte auf Basis der daraus entstandenen Kategorien. Anschließend wird das Material endgültig bearbeitet. Es folgt der Schritt der Interpretation und Analyse. So soll das initial angedachte Ziel erreicht und die Theorie überprüft werden. (Mayring 2015)

Als Auswertungseinheit wird jeweils ein Fokusgruppentranskript bezeichnet. Die Reihenfolge, in der die Auswertungseinheiten aufbereitet wurden, entsprach dem zeitlichen Ablauf der Fokusgruppentermine. Das Abstraktionsniveau wurde so gewählt, dass die einzelnen Arbeitsschritte im Projektablauf und der Verlauf des Projekts abgebildet werden konnten.

Tabelle 1: Beispielhaftes Vorgehen der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (Mayring 2015)

Arbeits-schritt	Beschreibung nach Mayring (Mayring 2015)	Beispiel
Ur-sprüng-licher Text		M5: „Und dann hatten wir einmal noch das Problem, dass der Patient während der Sanierung eben den Termin verschoben gekriegt hat. Also die hat den OP-Termin gehabt und da war dann am 2. Tag der Sanierung und da hieß es nene erst in 3 Wochen. Also das war so ein bisschen irreführend für den Patienten. Und für mich dann in dem Fall auch, weil ich dann auch nicht wusste wie in dem Fall weiter. Klar dann telefoniert, aber das war dann so bissle.“ (2.37)
Z1: Para-phrasieren	Einzelne Textabschnitte, sogenannte Kodieinheiten werden in einer grammatikalischen Kurzform, ohne wiederholende oder schmückende Satzteile zusammenfassend wiedergegeben. Wichtig ist die Vereinheitlichung der Sprachebene vor allem bei Gruppendiskussionen, wie sie hierdurch erfolgt.	Problem mit OP-Termin eines Patienten, da am 2. Tag Sanierung verschoben. Irreführend für Patienten und berichtende MFA. Unklar wie weiter vorzugehen, daher telefoniert.
Z2: Genera-lisieren	Ziel ist es die gebildeten Paraphrasen auf ein definiertes Abstraktionsniveau zu generalisieren. Bei Unsicherheiten besteht ab dieser Stufe die Möglichkeit Vorwissen und Annahmen heranzuziehen.	Veränderung des Zeitplans durch Änderung OP-Termin
Z3: Erstes Redu-zieren	In diesem Schritt werden Paraphrasen der Fokusgruppentranskripte, deren Inhalt die gleiche Bedeutung innerhalb der Auswertungseinheit hat, gestrichen. Ebenso wird mit Paraphrasen verfahren, die nun nicht mehr als inhaltlich notwendig verstanden werden. Durch diese Selektion, bleiben nur Paraphrasen mit wesentlichem Inhalt übrig.	
Z4: Zweites Redu-zieren	Im letzten Schritt werden Paraphrasen ähnlichen Themas und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase gebündelt. Unterschiedliche Aussagen zum selben Thema werden ebenfalls zu einer Paraphrase zusammengefasst. Dieser letzte Schritt wird auch als Konstruktion oder Integration bezeichnet.	Zeitplanung

Tabelle 2: Beispiel Definition und Ankerbeispiel von Kategorien

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
Sanierung	Diese Kategorie fungiert als Überkategorie für den Prozess der Sanierung und gliedert sich in die folgenden Unterkategorien.	
Sanierungsset	Informationen speziell die Bestandteile des Sanierungssets betreffend. Ebenfalls Bedenken bezüglich der Verträglichkeit der Sanierungsmittel und Unklarheiten im Umgang mit diesen.	„Die Patientensanierungspakete, die sind auch sehr verständlich finde ich, also ist echt idiotensicher gemacht, das kann glaube ich jeder. Finde ich toll.“ (Fokusgruppe 3, Position 45)
Organisatorische Schwierigkeiten bei dem Sanierungsprozess	Nennung zusätzlicher Schwierigkeiten im Sanierungsprozess, die Bestandteile des Sanierungssets ausgenommen.	„Das Einzige, was sie nicht machen, also haben sie bisher alle nicht gemacht, war die Bettwäsche jeden Tag wechseln. Das haben sie gesagt machen sie nicht. Die Frau steigt ihnen da aufs Dach. Hat aber beides mal, also war beides mal erfolgreich trotzdem. Aber Bettwäsche wechseln will keiner.“ (Fokusgruppe 2, Position 108)

Zur induktiven Kategorienbildung wurden die ersten beiden Auswertungseinheiten paraphrasiert. Anschließend erfolgten Generalisierung und Reduktion der gebildeten Paraphrasen. In Tabelle 1 werden diese Schritte nach Mayring anhand eines Beispiels näher beleuchtet (Mayring 2015).

Bei einigen Kategorien ist eine Kongruenz mit den zuvor gestellten Fragen und Vorüberlegungen des Leitfadens sichtbar. Grund hierfür ist, dass der Inhalt des Gesprächsabschnittes durch die Fragestellungen in eine thematische Richtung gelenkt wurde.

Durch den oben beschriebenen Prozess sind inhaltlich zusammenfassende Kategorien entstanden. Diese wurden neu gebildeten Hauptkategorien zugeordnet. Bei den im ersten Schritt gebildeten Kategorien handelt es sich somit um Unterkategorien. Diese wurden auf einer detaillierten Ebene gebildet, um möglichst alle Einzelschritte des Projektablaufes analysieren und anschließend beurteilen zu können. Der konkrete Aufbau des Kategoriensystems wird im Ergebnisteil näher beschrieben.

Zudem wurde jede Kategorie definiert und dieser ein Ankerbeispiel zugeordnet, wie anhand von Tabelle 2 verdeutlicht wird. Eine Übersicht aller Kategorien mit Definitionen und Ankerbeispielen befindet sich im Anhang 10.2.

Im Anschluss wurde mit der Codierung des Materials anhand der gebildeten Kategorien begonnen. Hierfür wurde das Programm MAXQDA Plus 2020 verwendet. Eine Textpassage des Transkriptes wurde bis zu ihrem Ende oder Nennung eines neuen Aspektes als Bereich markiert und dann einer der Kategorien

zugeordnet. Während des ersten Materialdurchlaufes mussten die Kategorien zum Teil angepasst werden. Dabei wurde im Verlauf eine weitere Kategorie gebildet. Die gebildeten Kategorien wurden mehrfach im Team besprochen und im Sinne der Forschungsfrage geprüft.

Um die Forschungsfragen adäquat zu beantworten, wurde das Kategoriensystem nach der Kodierung von ca. 50% des Materials um deduktive Kategorien erweitert. Diese Art der Analyse wurde gewählt, um gezielter auf die Fragestellungen eingehen zu können. Hierfür wurden in MAXQDA auf Grundlage des Fokusgruppenleitfadens weitere Kategorien gebildet: fördernde Faktoren und Hindernisse für eine Implementierung, Verbesserungsvorschläge & Lösungen sowie Unterstützungsbedarf und Akzeptanz der Praxismitarbeitenden. Diese wurden unter der Hauptkategorie „evaluierende Faktoren“ zusammengeführt. Die Bezeichnung dieser Hauptkategorie soll die begutachtende und zum Teil bewertende Funktion der beinhalteten Kategorien unterstreichen. Die evaluative Inhaltsanalyse konnte valide durchgeführt werden, da die Leitung, Transkription und Auswertung der Fokusgruppen in einer Hand lagen. So konnten die Aussagen leichter ihrer Bedeutung zugeordnet und Fehlinterpretationen vermieden werden.

Bei der anschließenden Auswertung wurde mit dem Code-Relations-Browser in MAXQDA 2020 gearbeitet. Damit war es möglich die Unterkategorien der verschiedenen inhaltlich zusammenfassenden Hauptkategorien hinsichtlich der Überschneidungen mit den evaluierenden Faktoren zu untersuchen. Über diese Art der Auswertung schreiben Rädiker und Kuckartz Folgendes: „Nach Zusammenhängen zwischen den Kategorien zu suchen und nicht nur die Kategorien und ihre Subkategorien zu beschreiben, gehört sicherlich zu den interessantesten Aspekten jeder Forschungsarbeit.“ (Rädiker und Kuckartz 2019, 168) Dies bedingt, dass sich die evaluierenden Faktoren mit mindestens einer weiteren Kategorie überschneiden. Die Erweiterung einer inhaltlich zusammenfassenden um eine evaluative Vorgehensweise war hier Gewinn bringend, da die anschließende Auswertung der Überschneidungen half, die Forschungsfragen zu beantworten.

Für die Analyse des Protokolls der FG mit Studienpersonal wurde gemischt deduktiv-induktiv vorgegangen. Zunächst wurde der Text anhand der zuvor gebildeten Kategorien codiert. Da dieses Kategoriensystem nicht alle Aspekte des Protokolls abdeckte, wurde es in induktiver Vorgehensweise erweitert. Das Bearbeitungsprinzip blieb dabei erhalten.

2.4 Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse

Aufgrund des vielfältigen Charakters von qualitativer Forschung sind Qualitätskriterien für die Bewertung qualitativer Studien unerlässlich. Von Strübing et al. unterstreichen die Notwendigkeit von Qualitätskriterien, auch wenn es in diesem Bereich keine allgemeingültigen Gütekriterien gibt. (Strübing et al. 2018)

Diese Arbeit soll im Anschluss auf die folgenden übergeordneten Qualitätsmerkmale, wie bei Mey und Ruppel beschrieben, untersucht werden. Nach diesen können zur Bewertung der Qualität qualitativer Arbeiten die Punkte Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite als höhergestellte Kriterien herangezogen werden (Mey und Ruppel 2018).

Transparenz

Bei einer Vielzahl von Entscheidungen innerhalb qualitativer Forschung und der Notwendigkeit von Verfeinerungen und Weiterentwicklungen bei der Anwendung einer Methode, ist es notwendig, den gesamten Forschungsprozess zu dokumentieren, um so Transparenz zu schaffen. Dokumentiert werden sollen die Forschungsfrage, die Begründung für die Auswahl der Methode, deren Anpassung innerhalb der Studie und die exakte Umsetzung der Arbeit, einschließlich Informationen zur Stichprobe. Außerdem muss der Prozess der Datenauswertung und -interpretation erläutert werden. (Mey und Ruppel 2018)

Intersubjektivität

Die Auswertung soll klar erläutert und mit alternativen Interpretationen verglichen werden. Dies beinhaltet eine Selbstreflexion bezüglich der eigenen Rolle und soll den Einfluss von persönlichen Perspektiven darlegen. (Mey und Ruppel 2018)

Reichweite

Angesichts der begrenzten Fallzahlen ist es bei qualitativen Arbeiten wichtig, den beabsichtigten und erreichbaren Grad der Verallgemeinerung auszuführen. Statt statistischer Repräsentativitätskriterien, soll die Arbeit hinsichtlich der 'theoretischen Relevanz' oder 'theoretischen Repräsentanz' untersucht werden. So können Überlegungen zur praktischen Bedeutung der Arbeit effektiv kontextualisiert werden. (Mey und Ruppel 2018)

Weiterhin wird die COREQ-Checkliste (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) mit ihren 32 Kriterien als Hilfe für eine umfassende Darstellung und Dokumentation bedeutender Aspekte der Studie verwendet (Tong et al. 2007).

3 Ergebnisse

3.1 Einführung in den Ergebnisteil

3.1.1 Nomenklatur der Zitationsangaben

Zur nachvollziehbaren Zuordnung der Zitate aus den Fokusgruppen zu der jeweiligen Stelle im MAXQDA-Dokument wurde folgendes Schema angewandt. Eine Zitation bildet sich aus dem Sprechenden in pseudonymisierter Form, wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, der Nummer der Fokusgruppe (1-5) und der Stelle im MAXQDA Dokument. Zum Beispiel bedeutet M21.4.259, dass eine MFA mit dem Pseudonym 21 innerhalb der vierten Fokusgruppe an Stelle 259 in MAXQDA eine Aussage getätigt hat.

3.1.2 Beschreibung der Teilnehmenden der Fokusgruppen

Es wurden vier Fokusgruppen mit den Interventionspraxen durchgeführt. Die personenbezogenen Daten über die Teilnehmenden und deren Praxen kamen durch die Beantwortung der Fragen zustande, die zuvor an die Teilnehmenden verteilt wurden und finden sich in Tabelle 3 und Tabelle 4 wieder.

Tabelle 3: Informationen zu den Teilnehmenden der Fokusgruppen mit den Interventionspraxen

Teilnehmende	28		
Geschlecht	Männlich	Weiblich	
	3	25	
Beruf	Arzt	MFA	Auszubildender
	5	19	4
Alter	18-57 Jahre		

Von den insgesamt 28 Teilnehmenden waren 25 weiblich und drei männlich. Die Altersspanne der Teilnehmenden, die diese Angabe machten, reichte von 18-57 Jahre. An den Fokusgruppen der Interventionspraxen nahmen insgesamt fünf Ärzte und 23 medizinische Fachangestellte, von denen vier Auszubildende waren, teil.

Tabelle 4: Informationen zu den an den FG teilnehmenden Interventionspraxen

Praxen	Allgemeinmedizinisch		Andere Fachrichtung	
	12		2	
Praxisform	Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis	
	11		3	
Lage	Ländlich	Städtisch	Beides	Keine Angabe
	8	4	1	1
Mitarbeitende pro Praxis	Ärzte		MFA	Auszubildende
	1-6		3-10	5 (eine Praxis)
Geschultes Personal	Ärzte		MFA	
	1-2		2-10	

Die Teilnehmenden stammten aus insgesamt 14 verschiedenen Interventionspraxen. Bei zwölf der Praxen handelte es sich um allgemeinmedizinische Arztpraxen, wobei auch andere Fachrichtungen in einigen der Praxen vertreten waren. Die Fachrichtungen der anderen beiden Praxen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt. Bei elf von 14 Praxen handelte es sich um Einzelpraxen. Die anderen drei Praxen waren Teil einer Gemeinschaftspraxis oder an mehreren Standorten vertreten. Acht der 14 Praxen liegen nach Angabe der Befragten im ländlichen Raum, vier im städtischen Umfeld, eine Praxis gab beides an und eine machte keine Angabe. Die Anzahl der beschäftigten Mitarbeitenden der Praxen lag zwischen einem und sechs Ärzten, drei bis zehn MFAs und in einer der Praxen fünf Auszubildenden. Aus zwei der Praxen gab es nur eine allgemeine Information zur Anzahl der Beschäftigten, weswegen diese in die oben genannte Spanne nicht einbezogen wurde.

Die Anzahl der geschulten Ärzte pro Praxis lag bei maximal zwei. Es wurden zwischen zwei und zehn MFAs geschult. Dabei war festzustellen, dass in Arztpraxen, in denen viel Personal geschult wurde, die aktive Durchführung des Projekts von deutlich weniger Mitarbeitenden (ein bis drei) getragen wurde. Die maximale Anzahl an Teilnehmenden aus der gleichen Praxis innerhalb einer Fokusgruppe lag bei drei.

Weiterhin wurde eine FG mit Studienpersonal durchgeführt. Hieran teilgenommen haben zwei Study Nurses und fünf Mitglieder des Studienteams.

3.1.3 Kategoriensystem

Das Kategoriensystem bildet die Basis der Auswertung. Anhand der inhaltlich zusammenfassenden Kategorien erfolgt die Darstellung der Ergebnisse. Für jede Unterkategorie werden die Aussagen mit Überschneidung zu den evaluierenden Faktoren und damit Faktoren mit Einfluss auf die Umsetzbarkeit des Projekts dargestellt. In Tabelle 5 ist das Kategoriensystem abgebildet. Erklärungen und Informationen zum Inhalt der einzelnen Haupt- und Unterkategorien folgen in den jeweiligen Kapiteln. Die Ankerbeispiele und Definitionen zu den einzelnen Kategorien finden sich im Anhang 10.2. Abschließend finden sich in 3.10 eine Zusammenfassung sowie anhand der zuvor gesammelten Ergebnisse abgeleitete Handlungsempfehlungen in 3.11.

Die Hauptkategorien „Sonstiges“ und „Redebeteiligung der einzelnen Teilnehmenden“ werden im Ergebnisteil aus den folgenden Gründen nicht weiter behandelt:

- Die Hauptkategorie „Sonstiges“ enthält die Unterkategorien „Personenbezogene Daten und Praxisinformationen“ und „Anderweitige Äußerungen“. Die gesammelten Informationen aus erstgenannten sind unter 3.1.2 zur Beschreibung der Teilnehmenden zu finden.
- In der Kategorie „Anderweitige Äußerungen“ sind die Redebeiträge enthalten, die keinen Projektbezug- oder Bezug zum Leitfaden haben. Sie werden nicht weiter erläutert werden, da sie nicht zur Klärung der Forschungsfrage beitragen.
- Die Kategorie „Redebeteiligung der einzelnen Teilnehmenden“ wurde vom Programm MAXQDA Plus 2020 automatisch bei Import der Fokusgruppentranskripte gebildet.

Tabelle 5: Kategoriensystem

Inhaltlich zusammenfassende Kategorien	Einzelne Arbeitsschritte im Projekt	Studieneinschluss und erste Maßnahmen in der Studienzentrale	
		Abstrich in der Praxis	
		Päckchen und Verschicken des Abstrichs	
		Befunde der Abstriche	aus der Praxis
			aus dem Klinikum
		Aufklärungsgespräch Sanierung	
		Sanierung	Sanierungsset
			Organisatorische Schwierigkeiten bei dem Sanierungsprozess
		Patientenmappe	
		Wundkontrolle, -dokumentation und Nachsorge	
	Abrechnung STAUfrei		
	Terminvereinbarung		
	Zeitmanagement	Zeitplanung	
		Zeitlicher Aufwand	
	Informationsangebot Klinik	Einführungsveranstaltung und Projektstart	
		Fallkonferenzen	
	Umgang mit Problemen	Praxisinterne Problemlösungen	
		Koordinationsstelle Studienzentrale und Ansprechpartner	
		Austausch zwischen den Praxen	
	Projektverlauf	Ärztlicher Aufgabenbereich, Delegation und Arbeit im Team	
Beteiligung weiterer Berufsgruppen			
Patientenmitarbeit und -äußerungen			
Patientenzahl			
	Weiterer Projektverlauf allgemein und Ausblick		
Projektplanung und Hürden aus Sicht des Studienpersonals	Studienteam, Studienplanung und Voraussetzungen		
	Bestehende Standards und Qualitätskontrolle		
	Überlagerung von Anforderungen		
Teilnahme an Forschungsprojekten	Motivation und Meinungen zu Fokusgruppe		
	Motivation an STAUfrei teilzunehmen / Rekrutierung		
	Sensibilisierung und Veränderungen durch STAUfrei		
	Motivation für weitere Forschungsprojekte		
Allgemeine sektorenübergreifende Kooperation	Delegation allgemein		
	Externe Koordinationsstelle-Case Manager		
	Schnittstelle Klinik - Praxis		
	Schnittstelle Hausarzt-Facharzt		
	Schnittstelle Praxis-Altersheim		
Sonstiges	Personenbezogene Daten und Praxisinformationen		
	Anderweitige Äußerungen		
	Redebeteiligung der einzelnen Teilnehmenden		
Evaluierende Faktoren	Positive Faktoren Faktoren, die eine Implementierung fördern		
	Hindernisse Faktoren, die eine Implementierung erschweren und sich negativ auf die Akzeptanz auswirken		
	Lösungen Zum Teil schon durchgeführte Lösungen und Verbesserungsvorschläge		
	Unterstützungsbedarf Probleme gelöst in Fallkonferenz oder z.B. per Anruf in Studienzentrale		
	Akzeptanz Akzeptanz des Projekts von ärztlicher Seite und den Link Nurses		

3.2 Einzelne Arbeitsschritte im Projekt

3.2.1 Studieneinschluss und erste Maßnahmen in der Studienzentrale

Von Seiten der Praxen wurde die Verlagerung der Formalitäten inklusive Studienaufklärung in das Klinikum als Erleichterung wahrgenommen (C1, M4.2.170-174)¹. Die Rückmeldung der Patienten zur Aufklärung sei gut (M5.2.38) und erleichtere den Praxismitarbeitenden die weitere Umsetzung (M1.1.117). Auf der anderen Seite gab es einzelne Rückmeldungen über Patienten, die sich nicht gut aufgeklärt gefühlt hätten (M16.4.104). So sei das Verstehen der Aufklärungsinhalte abhängig vom Alter des Patienten (M8, M11.3.101 u. 102).

Problematisch war der Studieneinschluss von Patienten, die kurz vor dem OP-Termin im Urlaub waren, da die Sanierung bei einem positiven Ergebnis nicht möglich gewesen wäre (M7.2.42). Kritisiert wurde, dass dies bereits im Krankenhaus hätte besprochen werden müssen (M7.2.44) und z.T. bei Einschluss in die Studie bereits bekannt war. Zudem würde eine solche Situation zur Verunsicherung des Patienten führen (M11.3.88).

Bemängelt wurde die fehlende Rückmeldung an die Praxen, welche Patienten über die Studie informiert worden waren. Mit diesem Wissen könnten z.B. noch ungeschlüssige Patienten weitere Informationen von ihrem Hausarzt erhalten und dieser seinen Einfluss nutzen (C3, M1.1.123-125 u. 129).

Die telefonische Anmeldung neuer Patienten durch die Studienzentrale wurde von den Praxen als positiv bewertet, weil dadurch eine bessere Planung möglich war (3.252-257). Wenn kein Anruf vor Erscheinen der Patienten in der Praxis erfolgte, wurde dies als negativ angesehen (M8.3.232).

In der FG mit Studienpersonal wurde geäußert, dass die Rekrutierung von neuen Patienten immer zu Stoßzeiten erfolge. Daher mussten die Kapazitäten erweitert und eine zusätzliche Study Nurse eingestellt werden. (5.35)

¹(C1, M4.2.170-174) bedeutet, dass ein Mitglied des Forschungsteams am UKT (C) mit dem Pseudonym 1 und eine MFA (M) mit dem Pseudonym 4 innerhalb der zweiten Fokusgruppe nacheinander mehrfach über die Stellen 170-174 in MAXQDA eine Aussage getroffen haben. Die Sprecher werden chronologisch nach ihrer jeweils ersten Aussage genannt.

3.2.2 Abstrich in der Praxis

Der Abstrich sei Aufgabe der Link Nurses (M4.2.157).

„Die Abstrichentnahme ist auch gut finde ich, einfach zu handhaben.“ (M9.3.45)
Zudem sei „der Abstrich [...] ja schnell gemacht“ (M8.3.111) und „gut erklärt, wie man den Abstrich jetzt nehmen muss“ (M15.3.170).

Dies stand allerdings im Widerspruch zur Aussage einer Praxismitarbeitenden, dass die ersten durchgeführten Abstriche eine Herausforderung waren. Es sei nicht klar gewesen, wie tief mit dem Abstrichstäbchen in die Nase gefahren werden müsse und die Abstrichentnahme für die Patienten sei unangenehm gewesen. (M16.4.785)

Es wurde der Wunsch geäußert in den Schulungen die Ausführung der Abstrichentnahme erklärt zu bekommen (M8.3.537). Eine mögliche Lösung wäre im Rahmen der Schulungen zu Beginn des Projekts „einen Abstrich durchzuführen zur Übung“ (M10.3.588).

3.2.3 Päckchen und Verschicken des Abstrichs

Den Aussagen einer Praxis zufolge wurde dieser Arbeitsschritt von den Link Nurses übernommen (M4.2.157). Es bestände bei diesem Schritt kein Problem (3.171-175), was auch daran liege, dass es „ja wie bei Standardproben [ist], die man woanders auch hinschickt.“ (C3.4.186)

Zu den Päckchen selbst äußerte eine Befragte, es sei „nicht aufwendig [...] zu verpacken“ (M1.1.250). Dies steht im Gegensatz zu der Beschwerde aus einer anderen Fokusgruppe: „...ich bin kein Bastler...“ (M18.4.166) Zudem sei alles unnötig eingepackt (M1.1.250) und es dauere die Päckchen zu beschriften und zu adressieren (M16.4.172). Als Lösung wurde vorgeschlagen, die Schachteln schon mit Anschrift an die Praxen auszuteilen. Wobei eine der Teilnehmenden darauf hinwies, dass dies laut Studienzentrale zu deutlich höheren Kosten geführt hätte (M23.4.174). Eine praxisintern durchgeführte Lösung war das gemeinsame Vorbereiten der Pakete (4.615-620).

Unsicherheit bestand bei der Beschriftung der Abstrichröhrchen und der Etikettierung. Da auf keinem der Wege bisher eine Beschwerde von Seiten der Mikrobiologie aus Tübingen folgte, stellten die Unterschiede kein Problem dar. (4.178-184, 189-192 u. 196-207)

Unterschiede zwischen den Praxen bestanden darin, auf welchem Weg das Päckchen zur Post beziehungsweise in den Briefkasten gelangte und damit im zeitlichen und organisatorischen Aufwand (2.162, 164 u. 166, M1.1.223 u. 233). Dies könnte ggf. zu Verzögerungen wegen der Öffnungszeiten der Post führen (M21.4.628). Allerdings wurde die Abgabe bei der Post durch die Praxis als sicherer als die Übergabe durch den Patienten betrachtet (A1.2.166). Das Format war mancherorts problematisch, da es nicht durch den Briefkastenschlitz passte (M18.4.622). Ein Lösungsvorschlag war, neben einem neuen Format (C3, M1.1.241-244), die Abstriche mit den normalen Proben mitzugeben (M1.1.240).²

3.2.4 Befunde der Abstriche aus der Praxis

Dieser Kategorie wurden alle Aussagen, die die Praxen zum Erhalt der Befunde aus dem UKT Tübingen abgaben, zugeordnet. Unterschiede bestanden in der Geschwindigkeit des Eintreffens der Befunde und den Wartezeiten. Verzögerungen führten zu Problemen im weiteren Prozess (M23.4.220). Eine Lösung hierfür war eine konstante, großzügigere Zeitplanung seitens der Praxen (M21, M22.4.224-228). Außerdem wurde zur Lösung der Ausbau von Kommunikationswegen wie Fax (M8. 3.183 u. 212) oder Telefon an der Schnittstelle zur Mikrobiologie in Tübingen (M4.2.225) gewünscht.

Ein weiterer Punkt betraf die Kennzeichnung der Befunde. Die ausschließliche Beschriftung dieser mit der Patienten-ID erschwerte die Zuordnung. Durch das Hinzufügen von Namen oder Geburtsdatum könnte diese verbessert werden. Eine Praxis nutzte eine Excel-Tabelle zur Identifikation. Dies könne bei steigenden Zahlen unübersichtlich werden und sei zeitaufwendig. (1.71-94)

Aus Berichten des Studienpersonals seien die Befunde für die Praxen zu umfangreich und damit schwierig verständlich gewesen. Diese wurden daher im Verlauf gekürzt und klare Handlungsempfehlungen formuliert. (5.63)

² Da die Abstriche im Gegensatz zu regulären Proben allerdings durch die Mikrobiologie in Tübingen bearbeitet werden, wird die Umsetzung dieses Vorschlags als schwierig eingeschätzt.

3.2.5 Aufklärungsgespräch Sanierung

Die Link Nurses der Praxen übernahmen häufig die Aufklärungsgespräche zur Sanierung (u.a. M4.2.157). Die den Sanierungssets beiliegende Beschreibung wurde zur Veranschaulichung und Festigung genutzt (M8.3.418). Ebenso wurde gemeinsam mit dem Patienten das Sanierungsset geöffnet (M21.4.442), besprochen und vorgeführt (M21.4.445).

Schwierig war die Aufklärung von älteren Personen, sowie solchen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen (M18.4.451).

Unterschiede ergaben sich vor allem in der Zeit, die in den Praxen für das Aufklärungsgespräch zur Sanierung investiert wurde. Dieser Aspekt wird unter der Kategorie „Zeitlicher Aufwand“ besprochen (siehe 3.3.2).

3.2.6 Sanierung

3.2.6.1 Sanierungsset

„Die Patientensanierungspakete, die sind auch sehr verständlich finde ich, also ist echt idiotensicher gemacht, das kann glaube ich jeder. Finde ich toll.“ (3.45) Positiv bewertet wurden das beigelegte Infoheft und die gut verständliche Beschriftung der im Set enthaltenen Flaschen (M21.4.259). Bemängelt wurden einzelne Inhalte des Sets und deren Praktikabilität im Prozess der Sanierung beispielsweise die Größe der Zahnbürste (4.417) oder des Kammes (4.285-286 u. 291). Zu speziellen Fragen, wie beispielsweise zum Umgang mit Zahnprothesen, fanden sich im Begleitheft keine Erklärungen, weshalb Praxen hierfür eigene Lösungen entwickelten. (M16.4.418 u. 420)

In einer Fokusgruppe wurden Bedenken bezüglich Patienten mit Neurodermitis geäußert. Das erhöhte Risiko für die Infektion bei Vorhandensein einer Hautkrankheit müsse in diesem Fall vom Arzt gegen das Risiko einer Hautreizung durch die verwendeten Mittel abgewogen werden (4.229-305). Allgemein seien die Inhalte des Sets für die Patienten hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen unbedenklich (M18 u. C3.4.307-308). Bisher sei lediglich Hauttrockenheit zurückgemeldet worden (C1.4.299).

3.2.6.2 Organisatorische Schwierigkeiten bei dem Sanierungsprozess

Es bestanden Unklarheiten darüber, was, auch in Hinblick auf die Reinfektionsrate (C3.4.277), mit den Partnern von positiv Getesteten und zu Sanierenden geschehen soll und welche Verhaltensregeln hier gelten würden. Die Lösung dieses Problems erfolgte durch das Studienpersonal im Klinikum. Patienten sollten sich „so verhalten, wie wenn der Partner Grippe hätte.“ (M20.4.323). Unsicherheit bestand auch bei Patienten mit kleinen Kindern (M18.4.268) und Tierhaltern (4.269) sowie bei der Ausübung des Berufs (M16.4.276).

Das Ausmaß an gegebenenfalls notwendigen Einschränkungen im Privat- und Freizeitleben während des Sanierungsprozesses war unklar und erforderte Einzellösungen in den Interventionspraxen (M19.4.313). Dies bezog sich auch auf den Umgang mit Alltagsgegenständen wie Lockenwicklern (M16.4.269) und teuren Kosmetika (A1.2.117). Diese könnten von den Patienten nicht einfach entsorgt werden (M16.4.269), was zudem von Praxisseite auch nicht überprüft werden könne (A2, A1.2.116-117). Ein Lösungsvorschlag von Seiten der Praxis war die Gegenstände zu säubern und bis nach der Wunddokumentation wegzupacken (M16.4.269) oder sie in die Reinigung zu geben (M18.4.296).

Ein schwieriger Punkt war das tägliche Wechseln der Bettwäsche, welches trotz Vorgabe im Prozess der Sanierung von den Patienten am wenigsten umgesetzt wurde (2.108). Auch das tägliche Waschen der Haare bereite Frauen Probleme (M8.3.107 u. 2.115). Da sei vonseiten der Link Nurses Überzeugungsarbeit gefragt (M8.3.109).

Ein weiteres Problem gab es bei der Durchführung der Sanierung immobiler Patienten. Bei fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige stellte die Beauftragung einer Sozialstation eine Lösung dar, erwies sich aufgrund von Personalmangel allerdings als schwierig (M20.4.331 u. 333).

Zusammenfassend müssten derartige Fragen in jeder Praxis gesammelt und in den Fallkonferenzen und mit dem Studienpersonal besprochen werden. Ziel sei es einen Standard für öfter auftretende Probleme zu entwickeln. (C3.4.314). Zu diesem Thema bestand noch Unterstützungsbedarf bei Detailfragen.

3.2.7 Befunde der Abstriche aus dem Klinikum

Problematisch war die fehlende Übermittlung der Ergebnisse dieser Abstriche an die Praxis, fehlende Einträge in die Patientenmappen (4.658-663) sowie ein unregelmäßiger Vermerk in den Arztbriefen (2.144, 149 u. 150). Grund hierfür sei das Ausstehen der Befunde bei Entlassung (M16.4.664). Die Patienten würden eine Rückmeldung vom Klinikum über ihren Befund nur bei Handlungsbedarf im Sinne eines positiven MRSA-Ergebnisses oder telefonische Nachfrage erhalten (5.58). Dabei sei die Übermittlung der Ergebnisse ein wichtiger Bestandteil für die Compliance und Motivation der Patienten (A2.2.139) und Praxismitarbeitenden (M16.4.864). Die Rückmeldung spiele für Letztere eine Rolle hinsichtlich des Aufklärungsgesprächs zur Sanierung, um je nach Befund den Schwerpunkt anpassen zu können. (M4.2.138 u. 5.59). Diese könne beispielsweise auch in Verbindung mit einer Zwischenauswertung der Patientenfragebögen erfolgen (5.60). Weitere Lösungsvorschläge waren eine Übermittlung der Befunde per Fax oder Anruf an die Praxis (4.858-862). Aufgrund von Abläufen und Kosten wäre eine Übermittlung der Befunde aus Tübingen an die Praxen, wenn sie ursprünglich von der Klinik angefordert wurden, nicht umsetzbar (5.62).

3.2.8 Patientenmappe

Die Patientenmappe wurde während der Fokusgruppen häufig diskutiert. Kritisiert wurde, dass die Patientenmappe in den einführenden Schulungen noch nicht gezeigt und erklärt werden konnte, da sie viel später entstand (M16.4.947 u. 949). Gerade zu Beginn des Projekts hätte die Mappe für Unsicherheiten gesorgt (M1.1.27). Unterstützung und die Lösung von Problemen erfolgte in diesem Fall unter anderem durch die Fallkonferenzen. Es wurde der Wunsch geäußert ein Musterexemplar einmal in Ruhe von vorne bis hinten anschauen zu können, wobei die Zeit hierzu im normalen Praxisalltag fehle (M8.3.764 u. 769). Die Teilnehmende würde die Mappe auch mit nach Hause nehmen, um sie in ihrer Freizeit ganz durchlesen zu können (M8.3.771). Different waren die Meinungen zum Inhalt und Aufbau der Mappen von „wirklich sehr übersichtlich“ (M14.3.167) bis „unübersichtlich“ (M22.4.47). Als Lösungen wurden eine Übersichtsseite (M5.2.188), Trennung von Informationen und Bögen zum Ausfüllen (M4.2.193) sowie eine klare Markierung der Unterlagen für Praxis,

Patient und Krankenhaus zur Vermeidung von Verwechslungen vorgeschlagen (3.316-326). Bei der Markierung müsse darauf geachtet werden, dass die Seiten lesbar gefaxt werden könnten (A5, M8.3.312-313). Weiter wurde über eine mögliche Neuordnung der Mappe mit den Befunden am Anfang gesprochen (M1.1.214). Zudem wurde die Mappe als zu umfangreich gesehen (2.189). Sie wurde daher nach Angabe der FG mit Studienpersonal mehrfach überarbeitet, wodurch eine bessere Übersichtlichkeit geschaffen werden sollte (5.50 u. 53). Diese Anpassungen sorgten für Verwirrung in den Interventionspraxen (M16.4.64). Kritisiert wurde zudem der Aufbau des Fragebogens und die Art der Fragen v.a. die nach dem Verdienst (M16.4.117). Problematisch war auch, dass nicht alle Praxen ihre Patienten auf die Fragebögen hingewiesen haben (4.488-494).

Die Kontrolle, ob die Patientenmappe ausgefüllt wurde, erfolge in der Studienzentrale (M16, M21.4.123 u. 125). Beim Ausfüllen wurde seitens der Praxis auf die Eigenständigkeit der Patienten und eine verständliche Kennzeichnung innerhalb der Mappe gesetzt (M19.4.508). Bemerkt wurde allerdings, dass die Mappe von den Patienten und auch im Krankenhaus oft nicht ausgefüllt werden würde. „Die [Patienten] wissen gar nicht was sie da ausfüllen sollen“ (M21.4.103). Der Grund für unausgefüllte Seiten sei nach Angabe der Studienzentrale der häufige und bevorzugt telefonische Kontakt, über welchen einiges geklärt werden würde. (5.52)

Unterschiedlich waren die Angaben in den Interventionspraxen hinsichtlich der Zuverlässigkeit, mit der die Patienten ihre Mappen mitbringen (M1.1.209 u. M2.2.50). Das Vergessen der Mappe ergab ein Problem, das zu unterschiedlichen Lösungen und Lösungsvorschlägen führte. Unter anderem wurde ein vorliegendes Musterexemplar bei Fehlen der patienteneigenen Mappe genutzt (M4.2.55). Dass bei Vergessen der Patientenmappe ein neuer Termin vereinbart werden musste, führte zu Unmut bei einem Patienten (M5, M4.2.204-205). Als Lösung diskutiert wurden verschiedene Größenformate (M1.1.207 u. M6.2.178). Zusammenfassend wurde in der FG mit Studienpersonal festgehalten, dass der ursprüngliche Gedanke, dass der Patient mit der Mappe alle essenziellen Informationen immer bei sich trägt, damit weitgehend umgesetzt wurde (S3.5.55).

3.2.9 Wundkontrolle, -dokumentation und Nachsorge

Nach Angaben einer FG wurde dieser Arbeitsschritt in Zusammenarbeit mit den Ärzten durchgeführt (M21.4.383). Die Termine zur Nachsorge stellten eine Schwierigkeit dar, weil Patienten nicht erschienen oder viele Patienten nach ihrem Krankenhausaufenthalt direkt in die Reha entlassen wurden. Hierdurch war eine zeitgerechte Wunddokumentation nicht möglich (M4.2.61). In der Reha erfolgte keine Wunddokumentation. (4.393-399)

In einer FG bestanden Unklarheiten zum Ablauf der Nachsorge unter anderem darin, wann ein weiterer Abstrich entnommen werden müsse. So war eine Befragte der Meinung nur dann abstreichen zu müssen, wenn die Wunde bei der ersten Wundkontrolle eigenartig aussehe, während andere angaben, dass nur bei positivem MRSA Erstbefund ein Kontrollabstrich vorzunehmen sei. (4.679-696) Anderen Aussagen zufolge seien diese Abläufe klar (1.194-204).

3.2.10 Abrechnung STAufrei

„...also es hat geklappt mit dem ganzen Abrechnen...“ (M16.4.31)

Dieses Zitat steht im Gegensatz zu einer anderen Aussage, dass der Chef viele Fragen zur Abrechnung gehabt habe. Unsicherheit bestand darüber für welches Aufklärungsgespräch die Abrechnungsziffer gelte (M4.2.64) sowie wer dokumentiert und abrechnet, wenn der Abstrich aus Zeitmangel im Krankenhaus erfolge (A1.2.66). Aus diesen Fragen zur Abrechnung ergab sich ein Unterstützungsbedarf, der zum Beispiel durch die Fallkonferenzen gedeckt wurde (M11.3.545).

Kritisiert wurde, dass die Informationen zum Abrechnen bereits zuvor, beispielsweise innerhalb der Einführungsveranstaltungen, hätten mitgeteilt werden sollen (M11.3.545 u. M4.2.96). Den Ärzten seien vor der Abrechnung über einen E-Mail-Verteiler die Ziffern ausgerichtet worden (A1.2.97).

3.2.11 Terminvereinbarung

Von einigen Teilnehmenden wurde die Koordination der Terminvereinbarung und Einhaltung seitens der Patienten als positiv bewertet (M1.1.41). Durch konkrete Terminvereinbarung bleibe mehr Raum für ausführlichere Erklärungen und das normale Programm könne weiterlaufen (M11.3.471). Gesondert musste bei

Patienten, die selbst nur eingeschränkt mobil und aufnahmefähig waren, geplant werden, da bei diesen Gesprächen Angehörige dabei sein sollten (M1.1.145).

Patienten würden aber auch ohne festen Termin erscheinen (M22.4.461). Dies wurde von den Praxen unterschiedlich aufgenommen.

M21: „Da springt eine einfach nur kurz raus und macht das schnell.“ (4.463)

Für andere stellte das spontane Erscheinen eine Herausforderung dar (M8.3.398). Ein möglicher Lösungsvorschlag besteht darin, den Anruf der Studienzentrale zur Anmeldung des Patienten direkt mit der Terminvereinbarung zu verbinden und so für eine verbesserte Planung zu sorgen (M5.2.36).

Die Eigenverantwortung der Patienten, die in den meisten Fällen ohne zusätzlichen Aufwand von Seiten der Praxis erscheinen, sei auch positiv. Dadurch können ihnen direkt die nächsten Termine mitgeteilt werden. (4.516-520) Auch M22 bewertet dies positiv: „Weil wir haben [...] [kein] Erinnerungsprogramm, dass wir die Patienten anrufen. Wir denken auch nicht daran.“ (M22.4.522). Zur weiteren Terminvereinbarung nach Entlassung aus der Klinik mussten manche Patienten von der Praxis angerufen werden (M17.4.516), während andere durch Medikamentenbedarf von allein kamen (M1.1.71). Manche berichteten von Schwierigkeiten die Patienten zu erreichen (M18.4.527).

Als negativ bewertet wurde die Aussage vom Krankenhaus, dass die Praxis dafür verantwortlich wäre, dass ihre Patienten auch bei ihnen erscheinen (M18.4.524). Sollten sie sich nicht bei ihnen melden, wäre es ihre Aufgabe sich um das Problem zu kümmern. Wobei die Patienten, nach Angabe einer Befragten, in der Studienzentrale dahingehend informiert wurden, dass sie sich selbst in der Praxis melden sollten (M18.4.527). Positiv sei die Anmeldung eines Patienten durch die Studienzentrale gewesen, die sich zudem erkundigt habe, ob die Praxis nach ihrem Urlaub überhaupt genug Kapazität dafür habe (M22.4.820).

Ein häufig besprochenes Thema war die Terminplanung der Urlaubsvertretung von Praxen. Bei telefonischer Anmeldung eines Patienten über die Studienzentrale konnten direkt Urlaubszeiten und Vertretungspraxen besprochen und an den Patienten weitergegeben werden (M21.4.813). Für einige sei die Annahme von Vertretungspatienten kein Problem gewesen (M21.4.814). Zu terminlichen Unstimmigkeiten konnte die Vertretung einer anderen Praxis führen, wenn deren

Patienten es gewohnt waren zu bestimmten Zeiten unangemeldet vorbeikommen zu können (M8.3.703). Positive Reaktionen bekam die Anmeldung eines Vertretungspatienten durch seine eigentliche hausärztliche Praxis (3.709), wobei kritisiert wurde, dass sich das Krankenhaus nicht gemeldet hätte (M14.3.717). Gut sei, wenn mehrere Arztpraxen in näherer Umgebung am Projekt teilnehmen würden, da Patienten auch bei Vertretung nicht zu weit fahren wollen würden (M1.1.45). Eine Praxis wusste allerdings nach ihrem Urlaub nicht, wer in dieser Zeit gegebenenfalls bei der Vertretung war (M16.4.809). „Woher wissen wir dann, dass er saniert wird oder nicht [...]“ (M1.1.45).

3.3 Zeitmanagement

3.3.1 Zeitplanung

M2: „Ja das mit dem Zeitplan das finde ich eigentlich relativ gut. Also bei uns haut das immer hin.“ (2.48).

Insbesondere die Anmeldung von neuen Studienteilnehmenden durch die Studienzentrale wurde positiv bewertet, auch wenn dies nicht bei jedem Patienten der Fall war (M9.3.252 u. 255). Vermehrt kam die Forderung nach einem frühzeitigen Anruf vom Klinikum auf, um besser planen zu können (M9.3.889).

Patienten sollten sich drei Wochen vor ihrem OP-Termin bei den Praxen melden, um diesen die Möglichkeit zur Planung zu geben. Mindestens geplant wurde mit einer Zeitspanne von zwei Wochen basierend auf ca. einer Woche bis zum Vorliegen des Abstrichergebnisses und den fünf Tagen zur Sanierung plus Pausentag. (M16.4.836 u. 838) In einer anderen Fokusgruppe wurde bemerkt, dass Patienten auch erst „kurz vor knapp“ (A5.3.188) in die Praxis kommen würden.

Die Verschiebung eines elektiven Operationstermines um drei Wochen während der bereits begonnenen Sanierung zwang zur Umplanung. In diesem Fall wurde, wie in anderen unklaren Fällen, telefonisch auf die Unterstützung der Studienzentrale zurückgegriffen. (M5.2.37)

Um einen Überblick über noch ausstehende Termine, neue Patienten und die damit einhergehende Planung zu behalten, kam es zu unterschiedlichen praxis-internen Problemlösungen, welche unter 3.5.1 näher beschrieben werden. So wurde u.a. eine Tabelle mit Patientendaten und Ergebnissen geführt (M1.1.77 u.

M23.4.547). Laut einer Praxis würden die Patienten dann eingetragen werden, wenn sie in die Praxis kommen (M22.4.572). Damit sei die Zeit vor dem ersten Erscheinen der Patienten in der Praxis problematisch für die Übersicht (C3.4.576). Die Handhabung mit einer Tabelle könne mit steigenden Patientenzahlen für die Interventionspraxen unübersichtlicher werden (M1.1.326). Und selbst eine gut geführte Tabelle, müsse regelmäßig durchgesehen werden, was bei einer mehrseitigen Liste irgendwann schwierig werden könnte (M1.1.330). Eine Programmierung in Excel könnte dafür eine Lösung bieten, „aber das muss dann auch erstmal jemand machen“ (C3.1.331).

Eine Befragte sei darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass der Patient von der Studienzentrale darüber informiert werde, ob er sich je nach Befund nach drei oder sechs Monaten zur Nachsorge melden solle. Es wurde daran gezweifelt, dass der Patient selbst daran denkt sich zur Nachkontrolle zu melden. (M10.3.434) Ein Lösungsvorschlag hier war sowohl den Patienten als auch die Praxis zu informieren. Eine weitere Lösungsmöglichkeit wäre die Integration eines Reminders über Patienten, die kontaktiert werden müssen, in die Praxis Software. (1.304-307) Günstig wäre es Patienten, die beispielsweise aufgrund eines Disease-Management-Programms (DMP) ihren Hausarzt aufsuchen müssten, im Rahmen des Projekts gleich mitzubehandeln (M10, M15.3.439-440).

Zusammenfassend war der Rat für neu in das Projekt einsteigende Praxen folgender: „Zeit nehmen, Zeit einplanen.“ Gerade mit sehr vollem Terminkalender sei es „schwierig das noch unterzubringen“. (M10.3.452)

Die komplexe Planung, die bei der Integration eines Projekts in den normalen Praxisalltag erforderlich wird, beschrieb M8 wie folgt:

„Die Sachen allein müssen alle mit nebenherlaufen und man versucht ja selber das so zu integrieren, dass allen damit gedient ist, also dass man selber nicht überfordert wird, dass die Patienten nicht unnötig lang warten, die es betrifft und auch die anderen Patienten, die eigentlich gar nichts damit zu tun haben auch nicht unnötig lang warten, wenn natürlich die da stehen auf einmal.“ (3.886)

Ein Lösungsvorschlag war die Patienten für Zeiten einzubestellen, in denen „die Sprechstunde nicht mehr ganz so stark läuft“ (M18.4.472) oder das Labor schon abgeholt wurde und so keine Blutentnahmen mehr anstehen würden

(M12.3.480). Eine Praxis richtete einen Vormittag nur für Abstriche ein, auch um sicherzustellen, dass zu dieser Zeit geschultes Personal anwesend war (M1.1.53).

Für eine Teilnehmende stellte das Einbestellen von positiv getesteten Patienten eine Herausforderung für die zeitliche Planung dar. So bemerkte sie, „man kann ihn ja auch wenn man dann weiß, dass er's hat nicht [...] einbestellen, wenn die Praxis voll ist.“ (M16.4.1115). Dann „häng ich eine Stunde dran, dann hab ich eine Stunde Überstunden und [...] der hat keinen Kontakt gehabt und ich kann danach alles desinfizieren.“ (M16.4.1117).

3.3.2 Zeitlicher Aufwand

Die Zeitdauer, die für das Aufklärungsgespräch zur Sanierung eingeplant wurde, schwankte von Praxis zu Praxis. Sie lag zwischen höchstens zehn (M18.4.451) und mindestens 30 Minuten je nach Interventionspraxis (M16.4.428). Eine halbe Stunde Zeitaufwand sei in einigen anderen Praxen zeitlich gar nicht möglich (4.431u. 433). Es dauere jedoch, bis die Patienten die Schritte wirklich aufgenommen hätten (M10.3.409). Den zeitlichen Aufwand in der Interaktion mit dem Patienten zu reduzieren sei schwierig, um nicht am Patienten vorbeizuarbeiten. (C1, M10.3.453-454).

Der Abstrich als weiterer Arbeitsschritt sei schnell durchgeführt (M8.3.111, M10.3.405 u. M1.1.86). Der zeitliche Aufwand des Verpackens, Beschriften und Versenden des Päckchens mit dem Abstrich wurde in den Praxen unterschiedlich bewertet. Die Details sind unter 3.2.3. näher aufgeführt. Ein Faktor, der in einer Praxis Zeit kostete, war die Zuordnung eines Befundes aus Tübingen zu dem jeweiligen Patienten wie unter 3.2.4 beschrieben.

Ein zusätzlicher Zeitaufwand entstehe durch erneutes Einarbeiten und Einlesen, wenn schon länger kein Patient für das Projekt mehr in der Praxis war: „dann muss man sich eine halbe Stunde vorher mit beschäftigen, bevor der Patient kommt“ (M14.3.57).

Ein als negativ empfundener zeitlicher Aufwand stellte für Teilnehmende der Einführungsveranstaltung die dafür genutzten freien Nachmittage dar. Die Veranstaltung hätte lange gedauert (M8, M11.3.514-517). Die Fallkonferenzen seien laut M1 zu Beginn häufig vorgekommen, auch da sie den Mittwochnachmittag als

einzigsten freien Tag einer Vollzeitkraft unter der Woche belegten (1.112). Auch nach A2 seien mittlerweile „einige Termine zusammengekommen, aber es ist denke ich etwas Lohnendes.“ (A2.2.239) Im Vergleich zu einem anderen Projekt sei STAUfrei nicht so zeitintensiv (2.250). Dies steht in Kontrast zu einer vorherigen Fallkonferenz, bei der besprochen wurde, dass manche Praxen mit dem zeitlichen Mehraufwand im Rahmen des STAUfrei-Projekts Probleme hätten (C2.2.154). Aber in der FG hieß es „das ist nicht viel Aufwand“ (M5.2.156). So sei es ähnlich wie mit Patienten, die zum Verbandswechsel kommen. Das laufe nebenher. (M4.2.159) Wobei es in einer anderen FG hieß, dass sie deutlich länger beschäftigt seien, als beispielsweise mit einer Blutentnahme bei einem regulären Patienten (M10.3.409).

3.4 Informationsangebot Klinik

3.4.1 Einführungsveranstaltung und Projektstart

Bei der Transkription fiel auf, dass das Thema Einführungsveranstaltung meist stark diskutiert wurde und sich durch sinngemäß überlappende Wortäußerungen auszeichnete. Viele der zu dieser Kategorie angesprochenen Punkte wiederholten sich fast identisch. Hier ist die stärkste Sättigung im Verlauf der Fokusgruppen zu sehen.

Die Einführungsveranstaltungen versorgten die Teilnehmende mit umfangreichem Hintergrundwissen zu MSSA und MRSA. Dies sei auf der einen Seite interessant und Grundwissen von Nöten (M18.4.900).

Auf der anderen Seite „bleib[e] alles sowieso nicht im Kopf“ (M12.3.649) und die Fortbildung wurde mit der Begründung „wir sind keine Ärzte“ (M8.3.529) als „sehr überfrachtet“ beschrieben (A1.2.71). Gewünscht wurde, die Infoveranstaltung mehr auf die MFA und ihre Arbeit zu beziehen (M10.3.557). Um dies zu erreichen wäre es sinnvoll gewesen eine MFA aus einer Praxis in die Planung der Einführungsveranstaltungen mit einzubeziehen (M8, A5.3.862- 864).

M9: „[...] die erste Veranstaltung war eigentlich nur Hygieneschulung.“ (3.581). Dies wurde häufig von den MFAs der Praxen kritisiert, da es sich dabei um Inhalte ihrer Ausbildung und damit bereits bestehendes Wissen handelte (M21.4.774 u. 776). Eine Hygieneschulung wäre nach Angabe des Studienpersonals von der

Kassenärztlichen Vereinigung vorgeschrieben gewesen. Dadurch seien die Inhalte „sehr klinisch und umfassend“ gewesen. (5.4) Nach einer der ersten Einführungsveranstaltungen hätten die Interventionspraxen Informationen zur Statistik erhalten, aber nichts über die Abläufe (M21, M18.4.924-925) oder wie das Projekt funktioniert (M21.4.919) gewusst. Bezogen auf die Hintergrundinformationen würde, ihrer Meinung nach, eine kurze Information über MRSA genügen (M8.3.489).

Unter diesen Aspekten hätte für die Einführungsveranstaltungen „ein Nachmittag gereicht“ (M8.3.550).

M11: „Und es sind ja unsere freien Nachmittage.“ (3.515)

M12: „Es war einfach nur Zeitverschwendung.“ (3.859)

A2: „Und es wäre natürlich immer für den Anwender zu wünschen, dass so etwas fertig ist, auch wenn es wahrscheinlich kaum umsetzbar ist, irgendwo. Die Probleme entstehen erst wenn man es macht.“ (2.290).

Die Schulungen wären zu früh angesetzt worden, da einige Abläufe für das Studienpersonal selbst noch nicht klar gewesen seien (M17.4.933), ebenso wie das genaue Aussehen der Materialien (M10.3.635). So hätte das Projekt erst im Mai richtig begonnen, aber die erste Einführungsveranstaltung hätte schon im Herbst stattgefunden (M16, M20.4.963-964). Eine Erläuterung zum Aufbau der Einführungsveranstaltungen von Seiten des Studienpersonals liefert das folgende Zitat: „Motivation muss geschaffen werden, bevor die einzelnen Schritte erklärt werden.“ (S3.5.8) Nach Äußerungen aus deren FG, „waren die Anforderungen der Kreisärzteschaft“ „die Schulungen bereits Ende 2018 anzusetzen“ problematisch. Dadurch hätten die „zu Schulenden noch keine Projekterfahrung“ gehabt, und es hätte sich um eine „terminliche Überlastung gehandelt“. (5.3) Ein weiteres Problem war, dass die Patientenpfade im Dezember noch nicht komplett ausgearbeitet waren und daher den Schulungsteilnehmenden auch nicht präsentiert werden konnten (S2.5.6). Dafür hätten die Inhalte des letzten Schulungstermins nur dem Prozess gegolten, wobei angemerkt wurde, dass nicht alle überall anwesend waren (5.7).

In einer der Fokusgruppen mit Interventionspraxen wurde geäußert, dass es vom dritten Schulungstermin hieß, dass das Ziel wäre zu vermitteln „wie es geht“

(M4.2.89). „Dann ging's aber wieder um das gleiche, wie die ersten zwei Veranstaltungen.“ (M4.2.91).

In mehreren Fokusgruppen wurde geäußert, dass das Praktische gefehlt habe (M8, M11.3.491-492). Beispielsweise wurde empfohlen die Abstrichentnahme aneinander gegenseitig unter Supervision zu üben (M19.4.747). Als Alternative könnten die Abläufe beispielsweise auch an einer Puppe getestet werden (M18.4.980). Wichtig sei auch die im Verlauf zu verwendenden Materialien wie die Patientenmappe (M8, M9.3.588-589) oder Sanierungspakete (M11.3.632) einmal anschauen zu können. So könne in den Schulungen, nach einer kurzen Einführung mit einer Vorführung, in kleineren Gruppen das Material durchgegangen werden, gegebenenfalls sogar mit einem Patienten (A5, M12.3.625 u. 628-629). Nach den Schulungen wurde zudem eine Art Handout mit genauem Ablauf gewünscht, um stichpunktartig vor Augen zu haben, wie Schritt für Schritt vorzugehen sei (M17, M21.4.848 u. 850).

M8: „Meinen Sie da diese Massenveranstaltung da mit geschult?“ (3.20)

Kritisiert wurde die sehr große Teilnehmendenzahl bei den Einführungsveranstaltungen durch die u.a. das Stellen von Fragen erschwert gewesen wäre (M1.1.286). Für die am STAUfrei-Projekt teilnehmenden Praxisärzte gab es eine separate Schulung (4.984-988). Eine Fokusgruppenteilnehmende empfahl, sich das Hauptprogramm mit dem Inhalt für den Arzt in ungefähr zwei Stunden durchzulesen (A1.2.274). Ein Lösungsvorschlag für die Umsetzung der Schulungen zu Beginn des Projekts aus der FG mit Studienpersonal wäre die „Schulungs-Struktur [...] in [eine] Netzwerkstruktur“ zu verändern. Eine solche Veränderung würde ein „kontinuierliche[s] Qualitätsmanagement“ sicherstellen. (S3.5.13)

Eine positive Aussage zum Projektstart traf M1: „aber sonst [...] ist es ganz gut angelaufen finde ich“ (1.286). Eine der Praxen beschrieb, dass sie in einem so genannten Dummy Run, als eine der ersten das STAUfrei-Projekt durchführten. „Da war ich selber überrascht, dass es so gut von statten gegangen ist“ (M16.4.25).

Eine andere Befragte beschrieb ihren Projektstart als holprig. So hätten sie zu Beginn keinen Patienten gehabt und als es später dann richtig losging, hätten sie nicht gewusst wie und was zu tun war (M19.4.743).

Ein Tipp, den eine der Befragten für neu hinzukommende Praxen hatte, war einmal eine Interventionspraxis zu besuchen, um zu sehen, wie unter anderem die Abstrichentnahme läuft (C2, M4.2.221-222) und sich einen Überblick zu verschaffen. M4: „Damit sie das sehen, weil wenn man bloß wieder hinlegt und sagt da macht, dann herrscht wieder 4 Wochen lang Ratlosigkeit.“ (2.224).

Ein Grund hierfür könnten die Patientenpfade sein. M4: „Wir haben da so einen Berg Zettel gekriegt mit Patientenpfade positiv, positiv und so weiter, wo man angeguckt hat und niemand durchblickt, was man da machen muss und was man nicht machen muss. Die anderen Kolleginnen sind alle ausgestiegen, haben gesagt sie machen das nicht mehr, sie blicken da nicht durch was sie machen müssen.“ (2.91). Dieses Zitat zeigt, dass die komplizierten Patientenpfade ein Hindernis für die Umsetzbarkeit der Studie für die Link Nurses darstellten.

Aus diesen anfänglichen Unklarheiten und Unsicherheiten resultierte ein großer Unterstützungsbedarf. Hilfe kam aus den Fallkonferenzen und von Telefonaten mit der Studienzentrale. „[...] wir haben in der Anfangszeit glaube ich dreimal täglich in der Studienzentrale angerufen, wenn irgendwas war“ (M4.2.91). Von einem Besuch der Interventionspraxen durch ein Mitglied des Studienpersonals haben einige der Praxen profitiert, da dort noch einmal der Ablauf besprochen wurde (M18, M20.4.752-753). Dies wurde auch in einer anderen Fokusgruppe als positiv und hilfreich gewertet (M14.3.605).

3.4.2 Fallkonferenzen

Aus Sicht des Studienteams würden Fallkonferenzen dazu dienen „aktuelle Themen und Problemstellungen zu besprechen“. Weiterhin seien dort „auch kleine Fortbildungen wie beispielsweise „Wundinfektionen erkennen und richtig dokumentieren“ angeboten worden. Am Ende würden „aktuelle Fragen aus den Praxen diskutiert“ werden und die Link Nurses der Interventionspraxen könnten sich gegenseitig „Tipps und Hilfestellungen“ geben. (S1.5.9)

M20 äußerte die Fallkonferenzen seien sinnvoll, da dort Fragen gestellt und beantwortet werden, die einem selbst in dem Moment schon wieder entfallen seien (4.879). Dies spiegelte sich auch in der Motivation der Befragten wider, die nach ihrer Angabe, wenn möglich jeden Termin wahrnahm (M20.4.879). Die

Falldarstellungen und Fragen von Teilnehmenden wurden von anderen notiert, um für einen solchen Fall später vorbereitet zu sein (M11.3.660).

M1: „Am Anfang haben wir gedacht: ‚Oh müssen wir so oft gehen.‘ [...] Aber das ist super. Das hilft einem schon arg.“ (1.112)

Ein positiver Faktor der Fallkonferenzen sei die im Verhältnis zu den Einführungsveranstaltungen kleinere Gruppengröße, da so unter anderem das Stellen von Fragen einfacher sei (M1.1.286). Eine Befragte einer anderen Fokusgruppe war wiederum der Meinung, dass auch die Fallkonferenzen noch zu groß seien (M12.3.1151).

Auf der anderen Seite sprechen gerade die kleinen Gruppen dafür, dass die Fallkonferenzen zu wenig genutzt werden (M19.4.871). Es sei schade bei den Fallkonferenzen eigentlich immer nur die gleichen Gesichter zu sehen und wieder andere überhaupt nicht (M16.4.877). „Ich war noch auf keiner.“ (M21.4.869)

Auffallend sei aber, dass „immer wieder dieselben Fragen“ gestellt werden würden. Dies könne laut der FG mit Studienpersonal an wechselnden Teilnehmenden liegen. Als weitere Ursache könne auf eine Überforderung geschlossen werden. (5.11) Für eine regelmäßige Teilnehmende der Fallkonferenzen bedeuteten derartige Wiederholungen, dass sie „auch [hätte] daheimbleiben können“ (M20.4.879).

Im Anschluss bekamen alle Praxen „eine E-Mail von der Fallkonferenz so eine Zusammenfassung“ (M1.1.173). Dies sei „auch nochmal ganz hilfreich“, gerade auch in der Urlaubszeit, wenn Einzelne selbst nicht an der Fallkonferenz teilnehmen können (M1.1.177). Obwohl Emails verschickt wurden, scheinen wichtige Informationen allerdings nicht bei allen Praxen angekommen zu sein (M1.1.167). Um diesem Problem vorzubeugen, wechselten sich die Link Nurses einer Praxis ab, sodass immer jemand aus der Praxis bei den Fallkonferenzen anwesend war (M11.3.1152). Nach Angabe von S1 hätte jede Praxis ungefähr drei Link Nurses, welche für das Projekt geschult worden wären. Nicht in allen teilnehmenden Praxen würden Informationen bestmöglich weitergeleitet und übermittelt werden. Fehlen nun die geschulten Mitarbeitenden innerhalb einer Praxis, tauchen bei den anderen Fragen zu den Projektinhalten von STAUfrei auf und es kommt zu einer Überforderung. (S1.5.12)

Eine Teilnehmende äußerte den Wunsch sich mit anderen Praxen über ihre Eindrücke auszutauschen, was für sie in den Fallkonferenzen unter Beobachtung stehend schwieriger war (M16.4.1051 u. 1056). Das steht im Gegensatz zu der Möglichkeit der offenen Äußerungen in den noch kleineren Fokusgruppen (M11.3.1152). Gleichzeitig findet sich hiermit auch ein Verbesserungsvorschlag für die Fallkonferenzen. Nach Angaben aus der FG mit Studienpersonal würden sich Teilnehmende innerhalb der Fallkonferenzen stellenweise gegenseitig korrigieren, was einerseits eine Entlastung für das Personal darstelle, aber andererseits für den Fragensteller unangenehm sein könnte und so gegebenenfalls Teilnehmende hemme neue Fragen zu stellen (5.10).

In der letzten FG wurde ausgesagt, dass eine Fallkonferenz jeden zweiten Monat, gegebenenfalls auch nur einmal pro Quartal, im Gegensatz zum bisher monatlichen Treffen ausreichend sei (M20.4.887, 889 u. 891). So seien nach diesem Zeitpunkt weitere Fallkonferenzen nur noch sinnvoll, wenn es Veränderungen gäbe (M18.4.896).

M18: „Und denk das wird auch irgendwann einmal ein Selbstläufer.“ „Da weiß man dann alles [...]“ (4.892 u. 894)

3.5 Umgang mit Problemen

Probleme der Interventionspraxen im STAUfrei-Projekt wurden auf verschiedenen Wegen gelöst. Die drei Kommunikationswege zur Problemlösung werden in den folgenden drei Kapiteln beleuchtet. Häufig erfolgten zunächst praxisinterne Problemlösungen, bevor die Studienzentrale kontaktiert wurde. Der Austausch zwischen den am Projekt teilnehmenden Praxen stellte eine untergeordnete Rolle dar.

3.5.1 Praxisinterne Problemlösungen

Der Austausch innerhalb einer Praxis wurde als positiver Faktor zur Problemlösung gewertet. Insbesondere in komplizierten Fällen fand eine Beratung untereinander statt. (C2, M9.3.369-370).

Praxisinterne Problemlösungen erfolgten beispielsweise zur Zeitersparnis durch Arbeitsteilung und Vorbereitung (M18 u. M19.4.612 u. 615). Eine bessere Zeitplanung wurde durch Einbestellen der STAUfrei-Patienten zu einem passenden

Zeitpunkt im Praxisalltag erzielt (M12.3.480 u. 482). Ein weiteres Beispiel ist die Beratung der Patienten bei Fragen zur Durchführung der Sanierung und anfallenden Problemen (M16.4.269). Das Vergessen der Patientenmappe durch den Patienten brachte in den Praxen ebenfalls unterschiedliche Lösungen hervor (M4.2.205). In einer Praxis erfolgten regelmäßige praxisinterne Teamsitzungen mit dem zuständigen Arzt und Link Nurses, um eine gleiche Handhabung des Projekts unabhängig vom Mitarbeitenden zu erzielen (M1.1.149, 151 u. 153). Eine praxisinterne Leitlinie, z.B. zur Abrechnung (M16.4.858), diente als Stütze für Geschulte und Hilfe bei Fehlen der Link Nurses.

In den Gesprächen wurde deutlich, dass der Überblick über noch nicht abgeschlossene Patienten eine Herausforderung darstellte, die unterschiedlich gelöst wurde. Zur Übersicht über STAUfrei-Patienten, OP-Datum, erforderliche Sanierungen und Nachkontrollen wurden beispielsweise Tabellen selbst erstellt (M1.1.71 u. 77, M16.4.551) oder von der Studienzentrale zur Verfügung gestellte Tabellen genutzt (M23.4.547). Diese dienten außerdem der Zuordnung des Befunds aus der Mikrobiologie in Tübingen zum Patienten (M1.1.71 u. 77). Ein weiterer Ansatz bestand im Ausdruck des digitalen Patientenprofils zum Vermerk wichtiger Projektinformationen und regelmäßiger Durchsicht, um niemanden zu vergessen (M18.4.538). Andere Teilnehmende notierten neue STAUfrei-Patienten bei Anmeldung durch die Studienzentrale im Terminkalender, bei nicht Erscheinen des Patienten erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme (M16.4.541, 544 u. 546). Zur Dokumentation erfolgte das Anlegen eines STAUfrei-Ordners mit allen Befunden (M16.4.653) sowie Protokollen aus den Teamsitzungen oder das Einscannen der Befunde der Patienten (M1.1.155 u. 159).

3.5.2 Koordinationsstelle Studienzentrale und Ansprechpartner

Die Studienzentrale stellte für die Interventionspraxen die erste praxisexterne Anlaufstelle bei Fragen und Problemen dar. Mehrere Teilnehmende berichteten von Beratungen innerhalb der Praxis. „[U]nd, wenn keiner mehr Bescheid weiß, dann rufen wir halt im Krankenhaus an.“ (M10.3.381). In einer Praxis war der Anruf bei der Studienzentrale der erste Schritt ohne vorherigen praxisinternen Austausch (4.590). In einer anderen erfolgte trotz interner Besprechungen immer ein Anruf,

um sich abzusichern (M1.1.256 u. 258). Frau Z. wurde als „unser Anker“ beschrieben (M18.4.604).

A2: „Aber das mit der Studienzentrale habt ihr ja erzählt das funktioniert sehr gut. Wenn man da anruft, kriegt man kompetente Antworten. Die sind erreichbar, also das ist halt ein guter Notanker noch mal.“ (2.92).

M9: „Man kann immer alles fragen, man kann sich echt dumm anstellen und die wissen dann trotzdem, wie sie damit umgehen sollen [...]“ (3.45) Und „die Fragen sind definitiv geklärt [...]“ (M10.3.387).

Zusammenfassend wurde an einem Termin bestätigt, dass eine zentrale Ansprechperson im Rahmen eines Projekts wie STAUfrei von essenzieller Bedeutung ist (C2, A1.2.134-135). Als Verbesserungsvorschlag wurde ein kompaktes Informationsblatt mit Ansprechpartnern und Infos gewünscht (M4.2.228).

Besonders zum Start des Projekts wurde der Unterstützungsbedarf deutlich (M42.91). Frau Z. habe viele Praxen aufsuchen und Abläufe erklären müssen (A1.2.133). Eine Befragte beschrieb, dass Frau Z. alles mit ihr durchgegangen sei, was sie als gut empfand (M14.3.605).

A1: „Ja aber dann auf Anforderung, weil sie gewusst hat, dass 10 Fragezeichen hinter der Sache waren.“ (2.87).

Der letzte Kommentar gibt zu bedenken, dass diese Besuche möglicherweise nicht notwendig gewesen wären, wenn die Praxismitarbeitenden zu Projektbeginn besser geschult worden wären. Teilnehmende zweier Praxen bemängelten in einer Fokusgruppe, sie hätten einen solchen Besuch nicht erhalten (M21, M18, M19.4.757-759).

In einer anderen Praxis wurde ein unangekündigter Besuch zu einer zusätzlichen Belastung im Praxisalltag (M11.3.612). „Da kann man doch anrufen und sagen: ‚Wir besuche die Praxen. Um die und die Zeit sind wir da.‘“ (M11.3.619). Gleichzeitig liefert die Aussage die Lösung dieses terminlichen Problems.

Probleme, die eine Unterstützung durch die Studienzentrale erforderten, betrafen u.a. fehlende Befunde (M20.4.213), fehlende Informationen des Studienpersonals oder fehlende Materialien (M7.2.299). Schwierigkeiten mit der Urlaubsvertretung von Praxen zu Beginn des Projekts wurden durch die kurzzeitige Übernahme von Patienten durch die Studienzentrale gelöst (M1.1.43).

Zu dieser Kategorie gehören ebenfalls die folgenden Aussagen aus der FG mit Studienpersonal. Da der telefonische Kommunikationsweg mit der Studienzentrale beziehungsweise den Study Nurses präferiert und viel genutzt würde, habe dies zur Folge, dass einige Seiten der Patientenmappe nicht ausgefüllt werden würden (5.52). Beim Anmelden des ersten Patienten bei seiner Praxis würden zudem „auch viele Abläufe nochmal erläutert“ werden (5.14-15).

Es wurden Unterschiede im Unterstützungsbedarf der Praxen bemerkt, von „sehr gut strukturiert“ bis zu solchen mit einem größeren Bedarf an Hilfestellung (5.23). Die Sinnhaftigkeit des Konzeptes von Study Nurses wurde durch die höhere „Nachhaltigkeit von Informationsgesprächen“, bei denen Personen „mit gleichen [oder] ähnlichen Qualifikationen miteinander“ kommunizieren, begründet (S3.5.16). Neben den Praxen wendeten sich auch häufig Patienten an S2 oder die Studienzentrale in der Klinik. Über diesen Kommunikationsweg würden sie sich direkt über Maßnahmen erkundigen und sich so tiefergehend mit Problemen und dem Projekt befassen. (S2.5.65)

3.5.3 Austausch zwischen den Praxen

Der Austausch zwischen den Interventionspraxen fand in den Fallkonferenzen und den Fokusgruppen statt. Ansonsten spielte der Austausch zwischen den Praxen vor allem bei der Vermittlung von Vertretungspatienten eine Rolle (M14, M10.3.707 u. 709).

Eine bessere Vernetzung der Praxen untereinander könnte bei der Übermittlung wichtiger Informationen helfen (M1.1.167). Eine Möglichkeit für eine Vernetzung wäre „eine Art Chatroom, wie bei Facebook“ (C3.1.178 u. 180) oder WhatsApp mit einer „STAUfrei-Gruppe“ (M18.4.1040). Durch zusätzliche Teilnahme der Studienzentrale an einem solchen Chatroom, könne diese Fragen für alle beantworten (C3.1.263). Schwierig wären dringende Fragen, die nicht lange warten können. Hier könnten andere Link Nurses schnell helfen. (C3, M1.1.263-265) Dafür müsste es zudem die Möglichkeit geben nach spezifischen Themen im Chatroom zu suchen, da ein solcher „natürlich schnell unübersichtlich werden“ kann (C1.1.266). Dagegen zu halten sei die Tatsache, dass die Praxen sich bei Problemen eher direkt bei der Studienzentrale melden würden (M17, C3.4.1046-1048).

Ein Austausch der Praxen untereinander war für eine Teilnehmende von Zeit zu Zeit wünschenswert (M21.4.1041), für eine andere im Verlauf des Projekts nicht mehr von Bedeutung: „Ich denk so langsam reicht's jetzt ja auch mal wieder.“ (M20.4.1043). „Ja, ja da gibt's nichts mehr zu sagen.“ (M18.4.1045).

Wünschenswert wäre ein Austausch für eine Befragte, um ihren eigenen Eindruck zum Projekt einmal mit dem der anderen zu vergleichen (M16.4.1051).

Gerade in Kommentaren zu den Fokusgruppen, wurde deutlich, dass die Teilnehmenden diese Art der offenen Kommunikation für gut befanden und zum Austausch nochmals nutzen würden (3.1145-1147)

3.6 Projektverlauf

3.6.1 Ärztlicher Aufgabenbereich, Delegation und Arbeit im Team

Aus den Gesprächen der Fokusgruppen zeigte sich, dass die Umsetzung der Studie in der Praxis vor allem Aufgabe der MFAs war. So würden alle Schritte von der Aufklärung der Patienten, über die Übergabe der Patientenmappe und der Einholung der Unterschriften bis zur Koordination innerhalb der Praxis in ihrer Hand liegen.

A2: „Ich krieg ab und zu mit, dass da was läuft [...], aber ich hab mit der ganzen Geschichte quasi nichts zu tun. Könnte nicht besser laufen.“ (2.207) Dies wurde ebenfalls als Äußerung zur Akzeptanz des Projekts gewertet.

Es zeigte sich, dass die Ärzte im Alltag wenig mit der Studie zu tun hatten, trotzdem wurde oft der Chef als initiierende Person und treibende Kraft für die Beteiligung am Projekt beschrieben.

„Ja bei uns kam auch der Arbeitgeber [...] auf uns zu und fand das eine gute Sache und hat gesagt, dass er da gern mindestens eine dabei hätte von uns“ (M2.2.254) Ähnliche Äußerungen tauchten auch an anderen Stellen auf und wurden als Zeichen für die Akzeptanz des Projekts gewertet.

Bei Fragen der Link Nurses könnte ein Problem sein, dass „der Arzt [...] darüber gar nicht zu viel [weiß]“ (M1.1.262). Als Hindernis wurde gesehen, dass die Patienten in manchen Praxen auch im Falle eines positiven Befundes keinen Arzt mehr sehen und sprechen (4.356-360). Eine Ärztin betonte, dass sie nicht aufzuklären brauche, aber gerne mehr über das Projekt wissen würde. Der Mangel an Informationen beruhte auch auf der Tatsache, dass sie leider an keiner der

Schulungen teilnehmen konnte. Dies führte zu einer „Art Bammel, ob die jetzt irgendwann zu mir kommen und mich fragen und ich weiß gar nicht was ich sagen muss.“ (A5.3.1130)

Die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen dem beteiligten Arzt und den MFAs wird in einer Fokusgruppe von einer Link Nurse als gut funktionierend beschrieben. „Ja, ich denk mal Vertrauensbasis muss da sein“ (M16.4.389). Bei der Wunddokumentation sei nach Angabe einer Teilnehmende immer ein Arzt dabei (M21.4.383). In einer anderen Praxis übernahm der ärztliche Chef zu Beginn auch die Gespräche.

M16: „Also die Ersten hat mein Chef gemacht. Ich war immer anwesend, damit ich seh, wie er das macht und was er genau sagt.“ (4.370)

Dieses Vorgehen ist ein Beispiel von guter Delegation in der Praxis. Der Arzt wird entlastet und die MFA erhält selbstbestimmt mehr Verantwortung. Gleichzeitig wurde das Vorgehen zuvor genau besprochen, sodass etwaige Unklarheiten geklärt werden konnten und nicht zu Lasten des Patienten gingen.

Zusammengefasst lässt sich an dieser Stelle sagen, dass eine gute Form der Delegation auch beim Arzt selbst genug Kenntnisse erfordert, damit die Arbeit im Team ohne Verunsicherung für alle Beteiligten gut erfolgen kann.

Häufig ließen sich mehr MFAs schulen, als aktiv in der Praxis am Projekt arbeiten würden (4.601). Diese Tatsache erforderte eine gute Zeitplanung und Terminvereinbarung, da „auch nicht immer alle da [seien], die das machen“ (M1.1.53) und diejenige sich dann auch Zeit nehmen müssten. Der Fakt, dass nur wenige Praxismitarbeitende aktiv im Projekt arbeiten würden, wurde kritisch betrachtet. Denn wenn beispielsweise selbige durch Urlaub, Krankheit etc. fehlen würden, „[d]ann stehen die da die Kolleginnen, die sind zwar alle dabei gewesen, aber die wissen absolut net, was sie machen sollen.“ (M16.4.854).

In einer anderen Praxis wurde daher ein fester Vormittag für Abstriche eingerichtet, um sicherzustellen, dass die zuständige MFA auch vor Ort ist und Zeit hat (M1.1.53). Wenn alle Geschulten die Aufgaben im Praxisalltag übernehmen würden, sei es „halt auch immer wichtig, dass dann jeder das gleich handhabt.“ (M1.1.153). Mögliche Lösungen hierfür waren u.a. regelmäßige Teamsitzungen mit dem projektzuständigen Arzt (M1.1.149, 151 u. 153).

3.6.2 Beteiligung weiterer Berufsgruppen

Als positiver Faktor für die Implementierung wurde in dieser Kategorie gewertet, dass bei pflegebedürftigen Patienten die Sozialstation die Sanierung unterstützt. Dies gelte aber wohl nur für Patienten, die vorab schon Hilfe von der Sozialstation erhalten würden (M9.3.131). So konnte bei einer immobilen Patientin aufgrund von Personalmangel erst nach längerer Suche von einer Familienangehörigen eine Sozialstation gefunden werden, die die Umsetzung der Sanierung übernehmen konnte (M20, C2.4.331-333). Gewährleistet wurde diese Form der Unterstützung durch die Tatsache, dass Betreuungskräfte der Sozialstation oder aus Pflegeheimen ebenfalls bei einer Schulung anwesend gewesen wären (M15, M9.3.662-663), allerdings nur wenige (M12.3.668).

Schwierig schien die projektbezogene Kommunikation zu sein, wenn nicht mit der Studienzentrale oder Studienleitung, sondern mit anderen Mitarbeitenden des Klinikums kommuniziert wurde. So berichteten die Patienten: „Ja, wenn wir da die Schwester gefragt haben auf Station und da wusste eigentlich niemand was davon.“ (A1.2.151). In der FG mit Studienpersonal stand im Raum, dass Patienten sich mehr mit den Maßnahmen und Problemen beschäftigen würden als die Mitarbeitenden der Klinik. (5.65)

3.6.3 Patientenmitarbeit und -äußerungen

Diese Kategorie beleuchtet die Meinungen der Patienten und ihre Probleme im Projekt aus Sicht der Interventionspraxen.

M15: „[G]enerell haben es bei uns die Leute eigentlich gut aufgenommen und waren eher, hatte ich das Gefühl, dankbar [...]. Und also bei uns kam eigentlich hauptsächlich positive Rückmeldung.“ (3.164).

So seien die Patienten der Studie „auch wirklich interessiert daran, dass das auch funktioniert“ (M20.4.24).

M4: „Was gut läuft, also zumindest jetzt so bei uns, die Patientenmitarbeit, wenn es dann tatsächlich ums Sanieren geht“ (2.108).

Auf Nachfrage, ob die Anforderungen der Sanierung für die Patienten gut umsetzbar gewesen wären, kam die Antwort: „Ja haben sie eigentlich alles ohne Probleme hingekriegt, war doch weniger Aufwand wie gedacht“ (M4.2.111).

Allerdings wurden auch Schwierigkeiten bei der Sanierung genannt (siehe 3.2.6.1 und 3.2.6.2). Ein Problem, das immer wieder auftrat, war das tägliche Wechseln der Bettwäsche über 5 Tage. „Ja das ist eigentlich das Schlimmste für die.“ (4.409-413) Hier würde ein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten bestehen (M8.3.101). Zwei männliche Patienten in einer Praxis gaben an, diese Anweisung nicht befolgen zu können. „Die Frau steigt ihnen da aufs Dach.“ Allerdings sei die Sanierung dennoch in beiden Fällen erfolgreich gewesen. (M4.2.108) Für eine Rückmeldung bezogen auf die Patientencompliance sollten nach Überlegungen aus der FG mit Studienpersonal daher auch Ehefrauen von Patienten mitbefragt werden (5.59). Eine Idee war zu untersuchen, wie und ob sich die Compliance von Patienten durch das Wissen um eine anstehende Kontrolluntersuchung, „bei der alles ans Licht kommt“, verändert. Es wurde vermutet, dass die Compliance innerhalb der Gruppe, der die Untersuchung angekündigt werden würde, höher ausfallen würde als in einer unwissenden Gruppe. Dies sei wahrscheinlich besonders dann der Fall, würden auch die Ehefrauen männlicher Patienten über die Kontrolle in Kenntnis gesetzt werden. (S3.5.66)

M8: „[...] die Jungen machen das relativ gut, aber je älter [...] die Leute werden, desto problembeladener wird das Ganze.“ (3.107)

Dies hätte zur Folge, dass man nach der Aufklärung in der Studienzentrale alles nochmals erklären müsse, um den Patienten keine Angst zu machen (M8.3.103). Dabei sei es gut, wenn bei älteren Patienten ein Angehöriger bei dem Gespräch dabei sein kann (M1.1.33). Eine ältere Frau war nach Aussage der Praxis unsicher, ob sie die Sanierungsarbeit allein durchführen könne (M23.4.338). „Ich schaff das nicht, ich kann das nicht.“ (M21.4.275)

Bei der Frage nach Unterstützung älterer Patienten für die Sanierung im häuslichen Umfeld, wurde geäußert, dass viele allein, auch als Ehepaar, damit daständen. Bei pflegebedürftigen Patienten erfolge Unterstützung allerdings durch die Sozialstation (C1, M8.3.115-116).

M16: „Aber ich glaub eher, dass bei denen nicht [...] die Arbeit wirklich das Problem ist, sondern die [...] denken die sind dreckig. Ich bin doch eigentlich ein sauberer Mensch.“ (4.339)

Die Erkenntnis mit dem Keim besiedelt zu sein, mache den Patienten Angst (M16.4.339). Dabei bekämen sie aus Sicht einer Teilnehmenden ausreichend Informationen zum Keim (C3, M20.4.404-405). Die Patienten würden in der Mappe nachlesen, was sie unternehmen müssten als Träger des Keims und „[d]ann ist es die erste Angst“. Zudem würden sie eventuell durch Eigenrecherche verängstigt werden. (M16.4.341, 353 u. 355) Wobei eine Teilnehmende vermutete, dass die Patienten die Inhalte der Mappe nicht durchlesen würden (M1.1.336). Ein Patient sei, nachdem das Projekt für ihn beendet war, „so verunsichert [gewesen], dass er sich nicht mehr zu seinen Enkeln getraut [hätte].“ (A5.3.135) Einen Mittelweg zu finden sei wichtig, um auf der einen Seite sicherzustellen, dass die Patienten die Anweisungen korrekt befolgen und sie auf der anderen Seite „auch nicht total [zu] verängstigen“ (M8.3.143). Aber wie das Gesagte von den Patienten aufgenommen wird, sei nicht immer eindeutig (M9, M8.3.144-145).

M16: „Also es ist wirklich so, die [Patienten] sind zuverlässig.“ (4.546).

Die Eigenständigkeit der Patienten, die wüssten, dass sie an der Studie teilnehmen würden und von sich aus die Praxis aufsuchen würden, wurde als positiv gewertet (M17, M16.4.516-517). Auch wenn dies vor allem nach dem Krankenhausaufenthalt nicht bei allen Patienten der Fall war (M4.2.108).

Die Patienten würden sich eher trauen in der Praxis projektbezogene Fragen zu stellen als im Krankenhaus (3.151-154). Wobei A5 bemerkte es sei „ganz selten, dass da ein Patient später nochmal eine Frage stellt“. „[O]b er die dann hier in der Klinik stellt weiß ich nicht, wenn da noch Sachen offen sind“. (3.850) Ein Teilnehmender der FG mit Studienpersonal berichtete, dass Patienten oft ihn oder die Studienzentrale in der Klinik kontaktieren würden, um sich konkret nach den Maßnahmen zu erkundigen. Die Patienten würden sich seiner Meinung nach tiefergehend mit dem Projekt und Problemen auseinandersetzen. (S2.5.65)

3.6.4 Patientenzahl

Das Thema dieser Kategorie spielte vor allem für die Studienleitung eine große Rolle, da niedrige Patientenzahlen niedrige Fallzahlen bedeuteten. Niedrige Fallzahlen und Prävalenz von Patienten mit MRSA stellten unerwartete Hürden für die Studie dar (S3.5.80).

Eine Praxis bemerkte, dass während des Probelaufs im Frühjahr viele Patienten zu ihnen gekommen wären (M17.4.26). Anschließend nahm dies wieder ab (M16.4.29). Andere Praxen mit regulärem Starttermin hätten in den ersten Monaten keine (M19.4.743) bis maximal zwei STAUfrei-Patienten pro Monat betreut (M23.4.793). Erst Monate später hätte sich dies geändert und das Projekt sei bezogen auf die Patientenzahlen mehr angelaufen (M23.4.793).

M9: „Ja also ich finde es läuft bei uns immer noch zu wenig an. Es gibt sicherlich mehr Patienten, die das in Anspruch nehmen könnten, sollten, müssten. (3.41). Es zeigte sich, dass die Erwartungen der Praxismitarbeitenden und die wirklichen Patientenzahlen auseinander gingen. Als Grund für die geringeren Patientenzahlen im Sommer wurde vermutet, dass sich die Patienten zu diesem Zeitpunkt nicht operieren lassen wollen würden (M16.4.29). Viele der Praxen waren im Sommer zudem selbst im Urlaub und konnten so keine STAUfrei-Patienten betreuen (M16.4.33). Obwohl bei Urlaub der Arztpraxen in vielen Fällen eine Vertretung organisiert werden konnte, stellte dies ein Problem für die Fallzahlen dar. So stieg eine Patientin aus dem Projekt aus, da sie während dem Urlaub ihrer Hausarztpraxis nicht zu einem anderen Arzt gehen wollte (M4.2.122).

In den Fokusgruppen kam die bisher niedrige Anzahl an STAUfrei-Patienten zum Tragen, da dies im Zusammenhang mit geringer Erfahrung in den Praxen stand. M20: „Aber es waren halt bisher nur sechs Patienten, von daher habe ich jetzt noch nicht die Erfahrung wie vielleicht andere hier.“ (4.24).

Problematisch für die Interventionspraxen seien größere zeitliche Abstände zwischen Patiententerminen, durch die beim nächsten Patienten eine zeitaufwendige Einarbeitung notwendig wäre (M14.3.57).

M10: „Es sind gar nicht so viele Patienten, die dieser Zielgruppe genau entsprechen bei uns in der Praxis...“ (3.65).

Ein weiterer Grund für die zu geringen Fallzahlen aus den hausärztlichen Praxen seien unterschiedliche Zuständigkeiten bei der Einweisung von elektiven Patienten. So wären eher orthopädische Arztpraxen für elektive Operationen an Knie- oder Hüftgelenk zuständig und nicht Hausärzte. Letztere würden Patienten eher als Notfall ins Krankenhaus einweisen (A5.3.73 u. 75). Während eine andere nicht hausärztliche Praxis angab, dass nach Übermittlung ihrer Untersuchungsergebnisse an den Hausarzt dieser die weiteren Schritte einleiten würde (M12.3.79 u. 81). Bei direkter Einweisung von Patienten, hätten sie keine Rückmeldung zur Durchführung weiterer projektbezogener Schritte erhalten (M11.3.82).

M1: „Ja es sind noch ein bisschen wenig Patienten, finde ich, wo das wissen“ (1.119).

Der Praxis werde nicht mitgeteilt, ob die Patienten zwar in der Studienzentrale aufgeklärt wurden, aber nicht an der Studie hätten teilnehmen wollen (M1.1.123). Mit dieser Rückmeldung könnten eventuell noch unschlüssige Patienten durch das Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt für das Projekt gewonnen werden (C3, M1.1.123-125). Es habe bereits die Überlegung gegeben Poster von STAU-frei im Wartezimmer aufzuhängen, um Patienten auf das Projekt aufmerksam zu machen (M1.1.119). Die Praxen könnten so selbst auf Patienten, die vor einer Operation ständen, aber bisher nicht an der Studie teilnehmen würden, zugehen (C3, M1.1.341-342). Das Ziel wäre in diesem Fall zu überprüfen, ob diese Patienten aufgeklärt wurden bzw. überhaupt Informationen zu der Studie erhalten hätten und im Anschluss ggf. Kontakt mit der Studienzentrale aufzunehmen (C3.1.343). Bisher sei dies nicht der Fall. Es werde sich diesbezüglich auf das Klinikum verlassen. (M1.1.356) Wobei der Einfluss dieses Verbesserungsvorschlags auf die Fallzahlen in Frage gestellt wurde. „[I]ch habe [...] von der Frau Z. und den Beteiligten in der Klinik [gehört], dass sie eigentlich kaum Patienten haben, die absagen“ (C3.1.339). Das Problem könnte nach Informationen aus der vorhergehenden Fallkonferenz dadurch entstehen, dass Patienten in der Klinik „nicht auf dem Schirm sind“, „weil das halt unterschiedliche Wege im Alltag nimmt“ (C3.1.351).

Innerhalb der FG mit Studienpersonal wurde erwähnt, dass zur Erhöhung der Fallzahlen nun auch Gynäkologen und Urologen am STAUfrei-Projekt teilnehmen würden (5.33). Ein Hindernis, in Bezug auf die Fallzahlen, seien Gesetze, die bisher auch aus infektiologischer Sicht sinnvolle Abläufe verhindern würden. Zum Beispiel müsse auf eine vorstationäre Behandlung innerhalb von vier Tagen eine stationäre folgen. Dieser Zeitraum sei zur Durchführung einer angemessenen Intervention allerdings zu knapp. (S3.5.33)

Ein weiteres Problem war, dass zu Beginn sowohl Privatpatienten als auch berufsgenossenschaftliche Fälle mit einkalkuliert wurden (S3.5.34).³

3.6.5 Weiterer Projektverlauf allgemein und Ausblick

Diese Unterkategorie enthält Aussagen zum Verlauf des Projekts nach der Anlaufphase und Wünsche hinsichtlich der Zukunft des Projekts seitens der Interventionspraxen.

In dieser Kategorie sind viele allgemein gefasste Aussagen enthalten. „Ist alles gut gelaufen bisher. Ja, also ohne Probleme bisher.“ (M20.4.24). Daher hätte eine Befragte nicht viele Anmerkungen für Verbesserungen zu machen (M1.1.336).

„Wir haben jetzt nichts Negatives an sich [...] von diesem Ablauf Wegschicken und mit dem Sanieren, also es klappt jetzt noch. Und das, ich denk das bringt die Zeit, wenn man mehr gemacht hat.“ (M16.4.31).

A2: „Also ich finde STAUfrei insgesamt nach einem bisschen holprigen Start finde ich, ist das jetzt ein Selbstläufer. Also das funktioniert gut und diese kleinen Probleme, die kriegt man relativ einfach gelöst.“ (2.399). Auch in einer anderen FG wurde das Wort „Selbstläufer“ gebraucht (M18.4.892).

Die Frage, ob das Projekt mit steigenden Patientenzahlen für die Praxismitarbeitenden noch gut umsetzbar wäre, wurde von einer Teilnehmende bejaht (C1, M1.1.299-300). Zu Beginn des Projekts sei gerade der praktische Teil beträchtlich gewesen, aber allmählich würde es funktionieren (M22, M21.4.1416-1419). „Routine ist langsam da.“ (M21.4.1413).

³ Diese mussten aus Finanzierungsgründen und fehlenden Behandlungsverträgen exkludiert werden.

Die anfängliche Annahme, dass die Arbeit mit dem Patienten bei STAUfrei sehr aufwendig werden würde, hätte sich so nicht bestätigt und daher sei das Projekt insgesamt gut umsetzbar (M23.4.1099). Wobei ein Teilnehmender angab, dass es mittlerweile einige projektbezogene Termine gebe, das Projekt sich aber lohnen würde (A2.2.239).

Der Tatsache, dass an manchen Stellen noch Verbesserungen notwendig seien, wurde von den Befragten mit Verständnis begegnet (M15.3.1159). So wurden Äußerungen zu Problemen oftmals von Aussagen wie „[a]ber sonst geht es problemlos“ (M5.2.36) oder „[s]onst bin ich eigentlich ganz glücklich“ (M9.3.53) begleitet.

Die Begeisterung für das Projekt STAUfrei drücken die folgenden Zitate aus.

M16: „[...] Also ich hätt nicht gedacht, dass jetzt STAUfrei [...] mich so [...] mitreißt, weil ich dann wirklich [...] Feuer und Flamme für den Patienten bin, dass er das auch weg kriegt.“ (4.1098)

Die evaluierende Kategorie der Akzeptanz ist zudem definiert über den Wunsch sowie Ideen zur Ausweitung des Projekts. Auch dies spiegelten Äußerungen zum Projektverlauf wider.

M20: „Also rein von STAUfrei find ich jetzt wär das super, wenn das irgendwann mal Standard ist, muss ich echt sagen.“ (4.1060)

M18: „Vielleicht sollte sowas in einem Vorsorgeprogramm mit aufgenommen werden, [...], dass das [...] dazugehört einmal im Jahr“ (4.1120).

Wobei eine andere Teilnehmende angab, dass es hierbei aufgrund der entstehenden Kosten ein Problem mit den Krankenkassen geben könnte (M16.4.1123).

Wengleich ein Gesundheitscheck in einem Abstand von drei Jahren sowieso durchgeführt werden würde (M23.4.1124).

Es wurde der Wunsch nach einer Beteiligung aller Krankenhäuser deutschlandweit geäußert (M18, M23.4.1065 u. 1420). Zudem sollten sich noch mehr niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen beteiligen und das Projekt auf Alten- und Behindertenheime ausgeweitet werden. (M18.4.1070 u. 1079). „Das sollte Selbstverständlichkeit sein, weil das geht ja um den Schutz von allen.“ (M18.4.1070)

Die Study Nurses, die im Rahmen der FG mit Studienpersonal befragt wurden, planten für sich keine Weiterführung der Projektarbeit. Diese Entscheidung lag am Wunsch mehr in die Studienplanung eingebunden zu werden und damit ihr im Studium erworbenes Wissen nutzen zu können. (5.74)

Zudem kam von S4 die Frage auf, zu welchem Zeitpunkt bei den Abläufen mit einem „steady state“ gerechnet werden kann. S3 ging davon aus, dass dies bereits ab Januar 2020, mit der Beteiligung von Gynäkologogen und Urologen, der Fall sein könnte. (5.28).

3.7 Projektplanung und Hürden aus Sicht des Studienpersonals

3.7.1 Studienteam, Studienplanung und Voraussetzungen

Als Leitsatz für die Planung des Projekts kann die folgende Aussage eines Mitglieds des Studienteams betrachtet werden. „[D]er Unterschied zwischen der Delegation [...] und der Implementierung von Verantwortung“ besteht darin, dass bei ersterer „in der Realität“ nichts passiert und bei letzterer sichergestellt werden muss, „dass die Dinge die [gefordert werden] in der Realität auch funktionieren können.“ (S3.5.30)

Rückblickend waren die Teilnehmenden der FG mit Studienpersonal der Ansicht, dass die Patientenpfade am Anfang weniger komplex hätten gebildet werden sollen (5.41). Zudem hätten die Erstellenden der Pfade nur wenig Studienerfahrung besessen (5.42). Weiterhin würde „eine Professionalisierung des Studienpersonals [und] der Studienstruktur sehr helfen“ (S3.5.68). So wäre „ohne eine Stabstelle zur Strategie [beziehungsweise] Zieldefinition eine weitere Studie kaum zu schaffen“ (S3.5.73).

Ein anderes Mitglied des Studienteams beschreibt die Projektarbeit als interessant und anstrengend. Eine Einarbeitung sowie ein Einlesen in das Thema wäre notwendig gewesen, sie habe neue Erfahrungen gesammelt und sei auf Hürden gestoßen. Die Arbeiten seien, durch das Fehlen von zugewiesenen Aufgaben, selbst definiert worden. (S1.5.75)

Ein Lerneffekt aus diesem Projekt sei, dass es nicht möglich ist eine Studie nur in der Theorie zu planen (S3.5.43). Als Lösung wurden daher „6 Monate Probe- lauf [vorgeschlagen], um eine Soll-Ist-Erfassung zu generieren, mit der man dann verlässlich arbeiten kann“ (5.44). Wobei ein anderer Teilnehmender dagegen

hielt, dass die Probleme auch so nicht hätten umgangen werden können (S2.5.45).

Kritik hinsichtlich der Zusammenarbeit innerhalb des Studienteams gab es von Seiten der Teilnehmenden des UKT als Evaluatoren, die sich eine engere Absprache in Bezug auf Veränderungen innerhalb der Kontrollgruppe wünschten. Durch eine zeitgleiche Implementierung von zuvor definierten, aber noch nicht umgesetzten Standards innerhalb der Kontrollgruppe werde der Effekt der Studie verringert. (5.47) Zudem wurden während der FG „Bedenken bezüglich der Methodik [geäußert], da die Studie im Verlauf an manchen Stellen angepasst wurde“ (5.83).

Eine Voraussetzung für die Studie war nach Aussage eines Befragten die finanzielle Unterstützung der Industrie und damit das Einschalten von Strategieberatenden, ohne welche das Projekt nicht durchführbar gewesen wäre (S3.5.69). Durch die Notwendigkeit von Ressourcen ergäbe sich allerdings auch eine Befangenheit aufgrund der Rahmenbedingungen des Geldgebers (S3.5.77).

3.7.2 Bestehende Standards und Qualitätskontrolle

Es bestehe ein Unterschied zwischen gefühlter und objektivierbarer Qualität. Die strikten Studienprotokolle haben eine Sonderstellung im sonstigen Alltag. (5.24) Ein Problem bei der Implementierung von Leitlinien sei, dass die vorgegebenen Standards der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts nicht der klinischen Realität angepasst seien (S3.5.25). Ein Problem, bezogen auf Studie und insbesondere Patientenpfade, stellte die Tatsache dar, dass es Unstimmigkeiten zwischen Theorie und Praxis bei bestehenden Standards und Prozessen gab (5.37). Dieses Problem hätten einzelne Mitarbeitende kompensieren müssen (S2.5.38).

Die standardisierte Erfassung sei durch die Eigenverantwortung von Ärzten in Deutschland erschwert (S3.5.39). Daher war die Rede von einer stationären und ambulanten Scheinprofessionalität von Standards (5.46). Nicht gelebte Standards stellten ein unerwartetes Hindernis der Studie dar (S3.5.80). Das zeigte sich auch in Bezug auf die Kontrollgruppe. Diese wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt als solche eingeordnet, da allgemeine Standards, die bereits bestehen sollten, erst während des Projekts eingeführt wurden (S2.5.47).

3.7.3 Überlagerung von Anforderungen

Nach Äußerungen in der FG mit Studienpersonal waren die Abläufe in der Klinik problematisch. Durch die Parallelität vieler Aufgaben und Anforderungen bereitet der zusätzliche Aufwand mit der Studie Schwierigkeiten. (5.48) Bei der Überlagerung von mehreren Prozessen müsse daher eine Priorisierung erfolgen. Dabei spiele der Grundsatz, dass nur was erledigt werden muss und vergütet wird, auch wirklich umgesetzt werde, wie eine standardisierte Dokumentation, eine Rolle. (S3.5.82) Die Dokumentation betreffe auch das Studienteam im Klinikum, welches die administrativen Aufgaben innerhalb des STAUfrei-Projekts kaum allein bewerkstelligen könne. Klinikärzte befänden sich in einem zeitlichen Zwiespalt zwischen dem Projekt und der Patientenversorgung, wobei die Priorität auf letzterer liegen würde. (5.70) Die Erwartungen der Patienten würden auf die unterschiedlichen Prioritäten von Klinikpersonal und Krankenkassen treffen (S3.5.78).

3.8 Teilnahme an Forschungsprojekten

3.8.1 Motivation und Meinungen zu Fokusgruppe

Als initiiierende Person zur Teilnahme an einer FG fungierten der jeweilige ärztliche Chef (M10.3.814), Frau Z. aus der Studienzentrale (C2, M17, M16.4.1020-1023) oder bereits angemeldete Kollegen (M5.2.260). Beweggründe für die Teilnahme an einer Fokusgruppe waren unter anderem die Entlohnung (M21.4.1034), Zeitersparnis durch die Verknüpfung der Termine an vor der FG angesetzte Fallkonferenzen, Verbindungsmöglichkeit mit privaten Terminen (A2.2.263) und für kürzlich zugezogene Kollegen die Möglichkeit sich beruflich weiterzubilden (A3.2.266). Weitere Beweggründe waren Interesse am Projekt und an zusätzlichen Informationen (A5.3.818 u. 1126 u. M6.2.397). Die Teilnahme an einer FG gehöre zum Projekt dazu (M10.3.814).

„[...] man hat ja dann doch selber persönliche Mühe und Zeit reingesteckt, [...] dass man dann halt guckt, dass man da hinget wo man Zeit hat“ (M4.2.264). Zur Teilnahme an der FG motiviert habe die Möglichkeit sich „den Frust dort von der Seele [zu] reden“ und zu hören „was die Anderen für Erfahrungen machen.“ (M16.4.1024 u. 1026), begünstigt durch Anonymität (M16.4.1028). Die Fokusgruppen stellten durch den Austausch zwischen den Interventionspraxen so

einen Lösungsvorschlag dar. Das sehr offene Gespräch über Probleme sei positiv gewesen (M3.2.396) und es würden neue Ideen entstehen (A2.2.399).

Positiv beurteilt wurde auch die Gestaltung der FG: „Nicht so wie ein Vortrag [...], sondern dass man [...] sich auch anschauen kann und so reden kann. Ist halt persönlicher“ (M12.3.1156). Dies spiegelte sich in einer anderen Fokusgruppe wider, in der ausgesagt wurde, dass die Atmosphäre schön gewesen sei (4.1426-1429). Die Fokusgruppen lieferten den Teilnehmenden ein Art Feedback (M14, C2.3.782 - 784) und sie hätten Informationen zur besseren Arbeit mit STAUfrei erhalten (A3.2.403). Zudem ginge es um Vermittlung von Informationen aus den Praxen zur Verbesserung und Implementierung (A1.2.269).

3.8.2 Motivation an STAUfrei teilzunehmen / Rekrutierung

Als initiierende Person zur Teilnahme am STAUfrei-Projekt wird häufig der ärztliche Chef genannt: „Unser Chef hat gemeint das ist eine gute Sache.“ (M4.2.235) Allerdings würde es ohne die Motivation seiner Angestellten keinen Sinn machen (M4.2.238). Aus einer Praxis hieß es sie wären „einfach ausgewählt“ worden (M21.4.1002). Im Gegensatz dazu hatte sich die MFA einer anderen Praxis freiwillig gemeldet und in wieder einer anderen Praxis wurden alle geschult (M20, M16.4.1015-1016). In einer Praxis meldeten sich mehrere MFAs im Sinne einer Gemeinschaftsentscheidung als Gruppe an (M2, C2.2.254-258).

M15: „[...] Und wir haben dann aber auch gleich gesagt [...], dass wir das eigentlich auch gut finden [...]“ (3.795)

Eine Beteiligung sei gut, da es „zum Wohle des Patienten“ ist (M11.3.796 u. 798). Motivationsförderlich war zu Beginn zudem der überschaubare Aufwand (A2.2.239). Die Motivation einer Teilnehmenden zur Testung der Patienten im Rahmen des Projekts beruht auf eigenen Erfahrungen aus der Klinik. Die Behandlung eines MRSA positiven Patienten sei aufwendig und Komplikationen nach der Operation sollten vermieden werden. (A5.3.804) Auch Unkenntnis im Umgang mit resistenten Keimen stellte eine Motivation für die Teilnahme dar (M7.2.241 u. 243). Sollte dieses Projekt erfolgreich sein, könnte die Ausbreitung von MRSA eingedämmt werden. Der Aufbau von guten Kommunikationswegen wäre zusätzlich ein großer Gewinn. (A2.2.239)

Eine andere Praxis hatte bereits Erfahrung mit anderen Studien. Die Teilnahme würde Spaß bereiten und „[halte] die grauen Zellen jung“. (A1.2.245 u. 248)

M12: „Und auch einfach das Projekt zu unterstützen. Da das jetzt von [...] Heidenheim so kommt.“ (3.806)

Es wurde kritisiert, dass eine Praxis, die u.a. Risikopatienten in Heimen betreut, nicht an dem Projekt teilnehmen wollte. (M23.4.1073) Gerade für Mediziner, „sollte das eine Selbstverständlichkeit sein“ (M18.4.1075).

M20: „Ja, ich find's auch schade, weil ich's eigentlich sehr wichtig find das ganze Projekt. Ich find das echt toll“ (4.1074)

Aus der Fokusgruppe mit Studienpersonal geht hervor, dass die Motivation von Abteilungen besonders von der Haltung des Chefs abhängig ist (5.40). Zudem würde die Motivation am Projekt teilzunehmen auch von der Vergütung abhängen. Bestätigt wurde die hohe Motivation der Link Nurses. (5.81)

3.8.3 Sensibilisierung und Veränderungen durch STAUfrei

STAUfrei führe „von einem niedrigen Ausgangsstandard [...] zu [einer] größere[n] Änderungsbereitschaft“. Beispielhaft schaffte sich eine Praxis erstmalig Desinfektionssponder an. (S2.5.18) Ein ähnliches Beispiel hätte auch ein ärztlicher Chef einer Abteilung in der Klinik gegeben. Vor ihrer Operation sollten die Patienten ursprünglich lediglich duschen, während nun drei negative Abstrichergebnisse gefordert wurden (S2.5.19). Es sei „schön zu sehen, dass es eine Sensibilisierung gibt und Dinge angegangen werden“ (S4.5.20).

Der Nutzen der Studie (5.26), als eine „Lernkurve bei der medizinischen Versorgung sollte, abgebildet werden“ (S5.5.76). So kam die Frage nach den Abbildungsmöglichkeiten auf (5.27), für die unterschiedliche Dokumentationsquellen zur Verfügung stehen würden (S3.5.27).

„Auch wenn die ursprünglichen Fragestellungen eventuell nicht ganz befriedigend beantwortet werden können, ist das Lernen über Prozesse, die Sensibilisierung zum Thema etc. eine wichtige Erkenntnis“ (5.29).

So stellt STAUfrei eine Blaupause für weitere Projekte im Allgemeinen und die Keime MRSA und MSSA im Speziellen dar und ist eine Hilfe zur Breitenimplementierung (5.30). Auf dieser Lernkurve aufbauend sollten weitere Projekte

initiiert werden, da das Thema auf große Resonanz stoße (S2.5.71). Auch könne das Gelernte für Projekte mit anderer Thematik genutzt werden (S4.5.72).

3.8.4 Motivation für weitere Forschungsprojekte

Aufgrund der Tatsache, dass in Deutschland bisher praktisch keine klinische Forschung im ambulanten, allgemeinmedizinischen Sektor stattfinden würde, wurden die Teilnehmenden der Fokusgruppen dazu befragt, ob und unter welchen Umständen sie erneut an einem Forschungsprojekt teilnehmen würden (C3.4.1059). Einige der Befragten bejahten die Frage danach, ob sie sich eine erneute Teilnahme an einem Forschungsprojekt vorstellen könnten (C2, M9, M10.3.853-855).

M1: „Unsere Ärzte sind da ganz offen [...]“ (1.298)

Eine Ärztin äußerte klar ihre Motivation für Forschungsprojekte (A1.2.321). Ein Treffen mit Anderen und die Möglichkeit zum Informationsaustausch und Entwicklung praktischer Dinge seien positive Faktoren (A1, A4.2.323-324).

Generell seien Informationen über weitere Forschungsprojekte sowie die Möglichkeit selbst auswählen und Grenzen festlegen zu können erwünscht. Eine solche Grenze stellte z.B. das Abgreifen von Patientendaten durch eine Praxissoftware dar, nicht dagegen die Bedingungen des STAUfrei-Projekts. (A2.2.318)

Die Befragte einer anderen Praxis äußerte die Vermutung, dass ihr ärztlicher Chef an keiner neuen Studie mehr teilnehmen würde. Die fehlende Motivation für weitere Forschungsprojekte sei durch das Alter und die fehlende Bereitschaft des Teams Neues zu lernen begründet. (M4.2.320 u. 328)

Ein häufig genannter Grund zur Teilnahme an zukünftigen Forschungsprojekten war Interesse an dem Projekt oder eigene Betroffenheit (M16.4.1098). Zudem fiel der Begriff der Relevanz und Sinnhaftigkeit eines Projekts (M10.3.855).

M15: „Es geht ja einem doch um den Patienten, den man vor sich hat und will den bestmöglich betreuen [...]“ (3.856)

Einen weiteren wichtigen Punkt stellte der zeitliche Aufwand dar. Bei einem zu großen Aufwand wäre ein Projekt schwer im Praxisalltag umzusetzen. (M23.4.1099) Dies sei gerade für große Praxen ein wichtiger Punkt (M18.4.1105). Weiterhin von Bedeutung seien die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten (M18.4.1112).

3.9 Allgemeine sektorenübergreifende Kooperation

In dieser Hauptkategorie werden nur die zugeordneten Textpassagen der Unterkategorien zusammengefasst und ausgewertet. Überschneidungen zu den evaluierenden Faktoren spielten hier keine Rolle, da diese projektbezogen sind.

3.9.1 Delegation allgemein

Die Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussionen wurden nach Vorhandensein von Delegation im Praxisalltag und Ausweitungsmöglichkeiten befragt. Thematisiert wurden bereits bestehende Formen der Delegation bei denen medizinische Fachangestellte zum Teil mit speziellen Weiterbildungen mehr Verantwortung und Aufgabenbereiche erhalten (4.1151-1155 u. 1203). Für einen befragten Arzt seien „alle entscheidenden Zwischenstufen für [...] Niedergelassene“ vorhanden. „Also ich fühle mich da gut versorgt gerade.“ (A2.2.344)

Neue Projekte oder Prozesse seien in einer Praxis zunächst Chefsache. Nach einer Einarbeitung erfolge aber, wenn möglich, die Delegation an die MFAs (M16.4.1158 u. 1171). Die Delegation führt dazu, dass Tätigkeiten wie Blutentnahmen von den MFAs besser durchgeführt werden könnten als den Ärzten (M21.4.1180).

In anderen Praxen wären die ärztlichen Kollegen nicht bereit Aufgaben wie das Wechseln von Verbänden, das Verabreichen von Impfungen oder Legen von Infusionszugängen an die MFAs abzugeben (4.1161-1170). Dies koste jedoch viel Zeit und führe zu langen Sprechstundenzeiten (4.1186-1193).

Ob Anrufe zwischen dem Hausarzt und einer niedergelassenen Praxis mit anderem Fachgebiet delegiert werden würden, hänge von der Dringlichkeit ab. Hier gäbe es eine Abstufung vom Arzt über die MFA zum Patienten mit abnehmender Dringlichkeit. (3.972-999) Delegiert wurden Aufgaben häufig aufgrund des zeitlichen Aufwands beispielsweise durch Warteschleifen bei Telefonanrufen (A2.2.390).

„Delegierbar ist viel, [aber] viel wird halt auch nicht bezahlt, wenn es die MFA macht. Das ist das andere Problem.“ Dies beziehe sich auf Tätigkeiten, die ansonsten von keinem erledigt werden würden, beispielsweise im Rahmen von Hausbesuchen. Weiterbildungen seien zeitaufwendig. (M4.2.351) Andere wiesen darauf hin, dass diese Ausbildungen zwar zeitintensiv, aber sehr sinnvoll und

lohnend seien (2.353-360). Ziel sei es sich in einer Praxis zu ergänzen und die Stärken der Mitarbeitenden zu nutzen. Es müsse jeder einen Überblick haben, aber nicht alles perfekt können. Dies fördere auch die Motivation der Mitarbeitenden. (4.1203-1219)

3.9.2 Externe Koordinationsstelle – Case Manager

Da das Thema eines Case Managers für den ambulanten Bereich in der Diskussion stand, wurden die Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussionen nach ihrer Meinung hierzu befragt. Dieser Case Manager soll die Patienten einer Region ganzheitlich betreuen, beispielsweise bei der Planung ihrer Arzttermine, physiotherapeutischen Behandlungen oder der Frage nach einem geeigneten Sportkurs. Dies soll über Pflegestützpunkte erfolgen und die Arztpraxen durch Auslagerung nicht ärztlicher Aufgaben, wie z.B. die Organisation von Pflegebetten entlasten. (C3.4.1311)

Eine Teilnehmende sprach sich für eine externe regionale Koordinationsstelle aus, die mit mehreren Kliniken zusammenarbeitet. Da ihre Praxis einige Patienten hätte, die zwischen Kliniken wechseln würden, wäre etwas funktionierendes überregionales sinnvoll. (M4.2.362)

Eine solche Koordinationsstelle wäre für junge und zugezogene Assistenzärzte eine Hilfe. Dann könnten die richtigen Personen kontaktiert werden, um schnell einen Termin zu bekommen. Hilfreich wäre hierfür die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen und das Pflegen von Kontakten. (A1.2.364 u. 366)

Zu erwägen wäre eine externe Koordinationsstelle in einer großen Stadt, in der sich Ärzte nicht kennen würden und dem Patienten bei einer Überweisung keine Empfehlung geben könnten. Diese Arbeit werde allerdings häufig von den MFAs übernommen. Es wird nicht davon ausgegangen, dass eine externe Koordinationsstelle beim Austausch zwischen den Praxen entlasten könne (3.965-971)

Der Vorschlag eines externen Koordinationsmanagers wurde von den Befragten der Fokusgruppen insgesamt eher kritisch gesehen. Eine solche Koordinationsstelle existiere in gewissem Sinne bereits im Krankenhaus als Patientenmanagement beziehungsweise Entlassmanagement. Wobei sich dieses um Pflegeheimplätze und Unterstützung bei der häuslichen Versorgung kümmern würde. (3.937-947)

Eine solche Stelle sei gegebenenfalls für den Patienten von Interesse. Dieser könne von einer zentralen Stelle weitergeleitet werden (M16.4.1313). Wobei das meiste von der Familie des Patienten übernommen werden würde (M23.4.1318 u. 1321) „oder es läuft über die Sozialstation“ (M23.4.1323). Auch von den Physiotherapeuten würden Rezeptanforderungen für Patienten selbst an die Arztpraxis gestellt werden (M23.4.1325).

Zur Unterstützung durch eine externe Koordinationsstelle kam die Frage auf, woher diese die Hintergrundinformationen haben sollte (A2.2.367). „Das müsste ja auch ein alter Hase [sein]“ (A1.2.368). Zumal der persönliche Kontakt wichtig wäre um einen Termin für einen Patienten zu erhalten. Fraglich wäre, woher die externe Koordinationsstelle Informationen über freie Kapazitäten von Praxen bekommen würde. (A2.2.369) Das, was in der Arztpraxis benötigt würde, wären Informationen beispielsweise vom Stationsarzt, dem Entlassmanagement oder der Sozialstation. Diese über eine zentrale Nummer zu gewinnen wäre durch Umgehen der Warteschleife eine Entlastung, auf der anderen Seite wäre es „wie stille Post“. Daher wurde der direkte Kontakt als bevorzugt angesehen. (A2.2.363)

Eine weitere Schwierigkeit für einen Case Manager bestand nach Aussage der Teilnehmenden in der Übermittlung sensibler Daten und der Notwendigkeit die Einschaltung einer Zwischenstelle dem Patienten mitzuteilen (M5.2.372). Die Verschlüsselung von sensiblen Daten würde schon im direkten Austausch zwischen beispielsweise zwei Kliniken ein Hindernis darstellen. Das müsste weniger umständlich sein. (A1.2.373) Weiterhin problematisch könnten Funklöcher und das fehlende Internet innerhalb einer Praxis werden (M5 u. M4.2.374-375).

Zusammenfassend sei die Überlegung einer Koordinationsstelle zu spezifisch. Einen solchen Vermittler, wie die MFAs, brauche es viel mehr innerhalb der Praxis. Auch die bereits gebildeten Netze zwischen Ärzten wären durch keine andere Stelle zu ersetzen und ein Anruf zwischen ärztlichen Kollegen habe einen anderen Stellenwert. Eine externe Koordinationsstelle wäre sinnvoll, um, wie bei STAUfrei, eine Vernetzung von Informationen zwischen Klinik und Praxis zu erzielen. Alle medizinischen Professionen hingegen extern zu vernetzen, würde keinen Sinn machen. (2.376-391)

3.9.3 Schnittstelle Klinik - Praxis

Die Teilnehmenden der Interventionspraxen wurden nach ihrer Meinung zum Verbesserungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Praxis und Klinik zum Beispiel als Teil eines STAUfrei ähnlichen Projekts befragt. Die Beantwortung dieser Frage gestaltete sich zum Teil schwierig. „[...] manchmal [seien es] vielleicht nur Kleinigkeiten, die wirklich ins Gewicht [...] fallen.“ (M16.4.1150) Kritisiert wurde beispielsweise das Fehlen von Überweisungsscheinen vor Operationen. Dies sei aber kein drastisches Problem. (3.1004-1011) Ein weiteres Problem ergab sich, weil die Klinik die von der Praxis übermittelten Arztbriefe und Befunde nicht erhalten hatte. Dies führte zu doppeltem Arbeitsaufwand für die Praxis. (3.1023-1025) Zumal vermutet wurde, dass zugestellte Befunde klinikintern verloren gehen würden (3.1020-1022).

Verbesserungsbedarf bestünde an der Schnittstelle zum Patientenentlassmanagement und der postoperativen Versorgung. Es gehe hierbei beispielsweise um dringenden Medikamentenbedarf oder Organisation von Unterstützung durch die Sozialstation bei Entlassung kurz vor dem Wochenende. Es wurde der Wunsch geäußert im Vorfeld über eine Entlassung informiert zu werden, um so alles in die Wege leiten zu können. Ebenso könnte der Fluss von Informationen an den Patienten und die Praxis zum Ablauf und den Zuständigkeiten der Nachkontrolle verbessert werden. Wobei andere angaben, dass dies meist im Entlassbrief zu finden und unkompliziert sei. (3.901-932) Bezüglich der Kommunikation mit dem sozialen Dienst, der in der Klinik für das Entlassmanagement zuständig ist, wurde eine bessere Erreichbarkeit gewünscht (A2.3.349).

Besprochen wurden weiter mögliche Fehler bei der Umstellung von Medikamenten in der Klinik bei Aufnahme und nach Entlassung in der Praxis. Zur Überprüfung sei es für die weiterbehandelnde Praxis wichtig, dass Veränderungen, die am Medikationsplan vorgenommen wurden, sichtbar und verständlich gemacht werden würden. Vorgeschlagen wurde die Entwicklung eines Add-Ins mit Optionen für einen Abgleich der Medikation bei Aufnahme und Entlassung als Lösung für dieses Problem. (3.1027-1090)

3.9.4 Schnittstelle Hausarzt-Facharzt

Gefragt nach der Schnittstelle zwischen Hausärzten und niedergelassenen Ärzten anderer Fachrichtungen gaben die Befragten einer Fokusgruppe zunächst keine Schwierigkeiten an (3.955-958). Im Gesprächsverlauf kamen jedoch mehrere Punkte mit Verbesserungspotential auf. Im folgenden Abschnitt werden niedergelassene, nicht hausärztliche Praxen zur besseren Übersichtlichkeit als Facharzt bezeichnet, wohl wissend, dass es sich bei dem Fachbereich der Allgemeinmedizin ebenfalls um einen Facharzt handelt.

Die Kommunikation zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Praxis erfolge vor allem über das Telefon und diene der Erfragung von Befunden, Arztbriefen und der Terminvereinbarung. Dies sei häufig Aufgabe der MFAs. (4.1221-1226) Für die Übermittlung von Befunden kam der Wunsch nach einer elektronischen Lösung auf (M5.2.341).

Problematisch waren zudem lange Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Fachärzten durch begrenzte Kapazitäten. Zur beschleunigten Terminfindung erfolge ein Anruf direkt von einer Praxis zur anderen und nicht durch den Patienten. Hierfür beständen auch neue Abrechnungsmöglichkeiten. Dies sei im laufenden Praxisbetrieb schwierig, da bei telefonischer Kontaktaufnahme die Erreichbarkeit der fachärztlichen Praxen Probleme bereiten könne. Dazu kämen Ungeduld und Zeitmangel der Patienten. (4.1228-1257) Bei manchen Praxen wäre nur der Anrufbeantworter zu erreichen und eine Antwort dauere auch mal eine Woche (M16.4.1259). Direkte Gespräche würden daher bevorzugt, auch wenn dies bedeute mehrere Versuche unternehmen zu müssen (4.1278-1282). Eine Praxis gab trotz der Einstellung einer Telefonistin an überlastet zu sein (4.1260-1276). Die Terminvereinbarungen erfolgten daher zum Teil auch per Fax (M16.4.1290).

Im Raum HDH seien mittlerweile weniger Fachärzte niedergelassen (M16.4.1233) und einige hätten die Aufnahme neuer Patienten gestoppt (M23.4.12889). Auf Fachärzte in der erweiterten Umgebung auszuweichen, sei gerade für ältere Menschen schwierig (M16.4.1286). Der Vorteil von ländlichen Regionen im Vergleich zu Großstädten bestehe allerdings darin, dass die Ärzte sich untereinander kennen würden. Gerade bei dringenden Fällen werde auf

direkten persönlichen Kontakt gesetzt (M10.3.962 u. 964). Ob zwischen den MFAs der unterschiedlichen Praxen oder den ärztlichen Kollegen kommuniziert werde, hänge von der Dringlichkeit des Falls ab (3.972-999). Notwendig hierfür seien Hintergrundinformationen und Beziehungen. Für neu zugezogene Ärzte oder Berufseinsteigende sei dies schwierig (A1.2.364 u. 366). Hilfe käme in solchen Fällen praxisintern von den MFAs (A2.2.379) oder ärztlichen Kollegen (A1.2.366). Netzwerke zwischen Ärzten entstünden unter anderem durch Weiterbildungen (A2.2.390).

Diskutiert wurde ein Konkurrenzverhalten zwischen Allgemeinmedizinern und niedergelassenen Ärzten anderer Fachrichtungen. Es verstreiche manchmal zu viel Zeit, bevor ein Patient von seinem Hausarzt weitergeschickt werden würde. Als Lösung wurde eine Vergütung des Austausches zwischen Ärzten vorgeschlagen, ohne Abrechnungsneid, da dieser sowohl die Zufriedenheit der Patienten als auch des Personals beeinträchtige (4.1385-1399)

3.9.5 Schnittstelle Praxis-Altersheim

Schwierigkeiten bezogen sich auf die Übernahme von Medikationsänderungen. Diese würden auch nach Übermittlung eines aktuellen Medikamentenplans und wiederholter Bitte um Berichtigung zum Teil für Wochen bis Monate nicht übernommen werden (M9.3.1093).

A5: „Persönlich ins Heim gehen und streichen. Das geht sonst nicht.“ (3.1094)

Altersheime könnten zudem eine Ausweitung des STAUFrei-Projekts darstellen (A1.2.335).

3.10 Zusammenfassung der evaluierenden Faktoren

Im Folgenden werden die Erkenntnisse der einzelnen evaluierenden Faktoren aus den Kapiteln 3.2 – 3.8 zusammengefasst. Dies bildet die Grundlage der Handlungsempfehlungen in 3.11.

3.10.1 Positive Faktoren

Als Faktoren, die die Umsetzung des Projekts und eine Implementierung fördern, können die folgenden Punkte zusammenfassend genannt werden.

Zu Beginn des Projekts standen die finanzielle Unterstützung der Industrie und das Einschalten von Beratenden, die die Voraussetzungen für die Projektdurchführung darstellten. Einführende Schulungen vermittelten eine Basis an Hintergrundwissen. Aussagen zum Projektstart im Dummy Run und der Patientenzahlen zu dieser Zeit waren positiv.

Verständliche Erklärungen und Beschreibungen im Arbeitsmaterial waren vorteilhaft für Fachpersonal und Patienten. Positiv waren die Dankbarkeit und das Interesse am Projekt vonseiten der Patienten, deren Compliance während der Sauerung für das Projekt wichtig war. Bei Erstaufklärung entschieden sich kaum Patienten gegen die Studie. Sie hätten durch das Vertrauensverhältnis in der Praxis einfach Nachfragen stellen können, nahmen aber auch Kontakt mit der Studienzentrale auf und informierten sich über das Projekt. Ihre intensive Beschäftigung mit dem Projekt fand Anerkennung.

Voraussetzungen für die Projektumsetzung waren daher u.a. Verlässlichkeit und Eigenverantwortung der Patienten. Das Projekt konnte sowohl mit als auch ohne konkrete Terminvereinbarung umgesetzt werden und die Entscheidung hierüber wurde von den Praxen individuell getroffen. Bei der Vereinbarung von Terminen an die Bedürfnisse des Patienten zu denken und bei Gesprächen mit älteren Patienten deren Angehörige mit einzubeziehen, erwies sich als wertvoll. Als wichtig stellten sich Urlaubsvertretungen in der Umgebung und eine funktionierende Kommunikation zwischen Praxis und Vertretungspraxis bezüglich der Aufnahme von Patienten, erfolgten Behandlungen, Öffnungszeiten und Terminen heraus. Positiv wurde die Nachfrage nach den Vakanzen in den Praxen bei Anmeldung des Patienten durch die Studienzentrale wahrgenommen.

Im Vergleich zu anderen Projekten war STAUfrei weniger zeitintensiv und konnte in den Praxisalltag integriert werden, war aber aufwendiger als ein regulärer Patiententermin. Der niedrige Zeitaufwand von Abläufen wie der Abstrichentnahme war förderlich, andere Arbeitsschritte wurden in dieser Hinsicht unterschiedlich bewertet. Projektabläufe, die alltäglichen Abläufen ähneln, vereinfachten die Umsetzung.

Wichtig für die Planung war ein standardisierter zeitlicher Ablauf, der etwas Spielraum ließ. Sinnvoll war weiterhin das Festlegen von für das Projekt reservierten Zeiträumen, auch hinsichtlich der Mitarbeitendenplanung. Der Studieneinschluss in der Studienzentrale sollte zur Entlastung der Praxen, aufgrund des damit verbundenen zeitlichen und bürokratischen Aufwands, weiter dort durchgeführt werden. Eine gute Aufklärung in der Studienzentrale erleichterte die Umsetzung.

Praxisinterne Problemlösungen halfen insbesondere bei komplizierten Fällen und kleine Probleme konnten ohne Rücksprache mit der Studienzentrale gelöst werden. Zur Sicherstellung einer praxisintern einheitlichen Handhabung war die Durchführung von Teamsitzungen und Erstellung von Leitlinien sinnvoll. Gute praxisinterne Problemlösungen wirkten sich positiv auf die Akzeptanz des Projekts aus, führten zu verbesserter Zeitplanung und Zeitersparnis.

STAUfrei ist ein Beispiel für gelungene Delegation innerhalb einer Praxis, da die einzelnen Schritte im Projekt v.a. durch die MFAs durchgeführt wurden. Dies förderte deren Motivation sich für das Projekt einzusetzen. Im besten Fall erfolgte eine Delegation nach der Devise: Zusehen und dann Aufgaben übernehmen. So konnten Unklarheiten geklärt und eine gute Versorgung garantiert werden. Weiterhin wurde eine zusätzliche Belastung der Ärzte verhindert und dadurch deren Akzeptanz des Projekts erhöht. Die Grundlage für eine Delegation bildete eine Vertrauensbasis und gute Projektkenntnis.

Die Unterstützung von pflegebedürftigen Patienten bei der Sanierung durch die Sozialstation war hilfreich. Gewährleistet wurde dies durch die Teilnahme von Betreuungskräften der Sozialstationen und Pflegeheimen an den Schulungen, auch wenn dies noch ausgeweitet werden muss.

Im Anhang 10.3 befindet sich eine tabellarische Zusammenfassung dieser positiven Faktoren.

3.10.2 Hindernisse

Als negativ stellte sich die geringe Studienerfahrung der Erstellenden von Patientenpfaden dar. Diese hätten nicht zu komplex gebildet werden dürfen, um für die Mitarbeitenden der Praxen unkompliziert und verständlich zu sein. Eine Professionalisierung von Studienpersonal und -struktur hätte geholfen. Außerdem würde eine Stabstelle zur Strategie und Zieldefinition für weitere Studien benötigt werden. Auch die Menge an administrativen Aufgaben innerhalb des STAUfrei-Projekts stellten für das Studienteam im Klinikum eine schwer zu bewerkstellende Herausforderung dar.

Bezüglich der Planung von Studien können Diskrepanzen zwischen vorgegebenen Standards und der klinischen Realität ein Problem darstellen. Gerade die Umsetzung strikter Studienprotokolle im Alltag erforderte Mehrarbeit einzelner Studienmitarbeitenden. Die Eigenverantwortung von Ärzten erschwerte eine standardisierte Erfassung und muss daher bedacht werden. Die zeitgleiche Einführung von in der Theorie bereits bestehenden, älteren Standards in der Kontrollgruppe erforderte enge Absprachen zwischen den Mitgliedern des Studienteams, da dies den Effekt der Studie hätte verringern können.

Des Weiteren war der Zwiespalt des Studienpersonals aus der Klinik zwischen dem Projekt und der Patientenversorgung problematisch. Mehrere zeitgleiche Anforderungen machten eine Priorisierung notwendig, die meist zugunsten der Patientenversorgung ausfiel. Berücksichtigt werden müssten weitere Themen wie Vergütung und standardisierte Dokumentation. Zusätzlich trafen die Erwartungen von Patienten auf die Prioritäten von Klinikpersonal und Krankenkassen. Die Notwendigkeit von Ressourcen für die Durchführung einer Studie führten aufgrund der Rahmenbedingungen des Geldgebers zu Hindernissen. So waren die Vorgaben hinsichtlich der Schulungsinhalte problematisch. Diese enthielten zu viele Hintergrundinformationen sowie Statistiken. Das Thema Hygiene sei zu ausführlich behandelt worden, da nicht auf bestehendes Vorwissen eingegangen worden sei. Die Projektinhalte hatten zu wenig Praxisbezug und waren unzureichend auf die Arbeit der MFAs ausgerichtet. Über mehrere Termine kam es zu sich wiederholenden Inhalten, was zu Unzufriedenheit der Teilnehmenden führte.

Die Einführungsveranstaltungen wurden zu früh angesetzt, wodurch nicht genug Projekterfahrung und Wissen um die einzelnen Arbeitsschritte beim Studienpersonal vorhanden war. Zudem waren die Materialien zum Schulungszeitpunkt nicht fertiggestellt und relevante Informationen fehlten, sodass diese während den Schulungen nicht erklärt werden konnten. Die Teilnehmendenanzahl bei Schulungen war zu groß, was das Stellen von Fragen erschwerte. Auch das Fernbleiben von Teilnehmenden bei Schulungsterminen oder Fallkonferenzen war problematisch, da dadurch wichtige Projektinhalte nicht vermittelt werden konnten. Mängel bei den Schulungen hatten negative Auswirkungen auf den Projektstart, da Praxismitarbeitende unvorbereitet waren und Unklarheiten bei einzelnen Abläufen bestanden.

Die Mappe war initial zu unübersichtlich und umfangreich. Das Ziel war, dass der Patient alle essenziellen Informationen, die von allen Parteien zur Dokumentation genutzt werden können, immer bei sich trägt. Durch den häufigen telefonischen Kontakt mit der Studienzentrale zur Unterstützung wurde die schriftliche Dokumentation in der Mappe vernachlässigt. Veränderungen am Material im Verlauf des Projekts wurden z.T. nicht mitgeteilt und sorgten so für Verwirrung. Eine fehlende Rückmeldung an die Praxen und Patienten über abschließende Befunde ohne weiterführenden Handlungsbedarf wirkte sich negativ auf die Compliance und die Motivation aus und verhinderte eine Anpassung des Schwerpunkts der Aufklärungsgespräche.

Ein weiteres Hindernis stellte die mangelnde Praxistauglichkeit einzelner Materialien aus dem Sanierungsset sowie Unklarheiten bei speziellen Fragen zur Umsetzung von Projektinhalten dar. Die Durchführung der Maßnahmen im Alltag war für die Patienten in manchen Punkten nicht möglich und führte zu mangelnder Compliance. Schwierigkeiten in der Umsetzung der Sanierung bestanden bei immobilen Patienten und erforderten Unterstützung durch die Familie oder die Sozialstation. Bei letzterer bestanden Kapazitätsprobleme. Rehakliniken wurden nicht in erforderliche Nachsorgen eingebunden.

Fortgeschrittenes Alter und mangelnde Deutschkenntnisse von Patienten erschwerten ebenfalls die Aufklärung. Ältere Menschen hatten zudem Probleme bei der Durchführung der Sanierung. Allgemein hatten manche Patienten Angst

vor einer Kontamination, fühlten sich schmutzig und waren verunsichert. Ein Problem hierbei war, dass zwar ausreichend Informationen zur Verfügung standen, aber nicht immer gelesen wurden. Eigenrecherche hingegen konnte angstverstärkend wirken. Es war schwer einzuschätzen, wie Patienten das Gesagte aufnahmen.

Ein Einschluss von Patienten mit Urlaub im Sanierungszeitraum führte zu Verunsicherung dieser bezüglich der Sanierung während des Urlaubs. Diese war zum Teil nicht durchführbar. Hier bestand ein Missverhältnis zwischen Studieneinschluss in der Theorie und Umsetzbarkeit in der Praxis.

Die Tatsache, dass die Terminvereinbarung und Durchsetzung im Zuständigkeitsbereich der Praxen bzw. der Patienten ohne dauerhafte Unterstützung der Studienzentrale lagen, wurde negativ bewertet. Zu kurzfristiges Erscheinen von Patienten stellte eine Schwierigkeit im Ablauf dar. Kurzfristiges Verschieben von OP-Terminen erforderte eine Umplanung. Hygienische Vorsichtsmaßnahmen bei positiv getesteten Patienten verkomplizierten die zeitliche und räumliche Planung und führten zu Überstunden.

Die Zeit, die in den Praxen für das Projekt zur Verfügung stand, war unterschiedlich. Zeit am Patienten einzusparen war schwierig, da es je nach dessen individuellen Voraussetzungen mehr Zeit brauchte, bis alle Schritte verstanden wurden.

Die Teilnahme an Fallkonferenzen bedeutete zusätzlichen Aufwand für die Teilnehmenden, die dafür ihre Freizeit opferten. Die Fallkonferenzen wurden zu wenig genutzt und Wiederholungen demotivierten regelmäßig Teilnehmende. Gründe für sich wiederholende Inhalte waren wechselnde Teilnehmende oder Überforderung.

Die Übertragung der Projektdurchführung an einzelne Praxismitarbeitende erforderte eine gute Zeitplanung. Bei Fehlen der durchführenden Mitarbeitenden kam es zur Überforderung der anderen, wenn diese sich durch unzureichende praxisinterne Weitergabe von Informationen nur wenig auskannten. Unzureichende Kenntnisse und Nähe zum Projekt vonseiten des geschulten Arztes durch Delegation der Aufgaben hätten bei Rückfragen der Link Nurses zum Problem werden können. Häufig fehlte der Patient-Arzt-Kontakt im Rahmen des Projekts.

Weiterhin mangelte es an grundlegendem Projektwissen bei nicht projektbeteiligten Mitarbeitenden in der Klinik. Dies war problematisch bei Fragen von Patienten nach der Aufnahme.

Zum offiziellen Start des Projekts bestand ein Mangel an Patienten. Weiterhin war die Prävalenz von MRSA niedrig. Niedrige Patientenzahlen bedeuten niedrige Fallzahlen. Dies wiederum führte zu mangelnder Erfahrung und zur Erhöhung des zeitlichen Aufwands durch wiederholte Einarbeitungszeiten. Urlaubsvertretungen waren durch den dadurch bedingten Ausstieg von Patienten problematisch. Schwierig waren unterschiedliche Zuständigkeiten bei Einweisungen für elektive Operationen und dass noch zu wenig Patienten von dem Projekt wussten. Es hätte das Risiko bestanden, dass mögliche Patienten in der Klinik durch unterschiedliche Abläufe nicht dem Projekt zugeführt worden wären. Zu Beginn einkalkulierte Privat- und BG-Patienten mussten aus Finanzierungsgründen und aufgrund fehlender Behandlungsverträge im Verlauf exkludiert werden. Im Anhang 10.4 befindet sich eine tabellarische Zusammenfassung der gefundenen Hindernisse für eine Implementierung des Projekts in die Praxis und Regelversorgung, die bereits umgesetzten Lösungen und Lösungsvorschlägen gegenübergestellt werden.

3.10.3 Lösungen

Im Folgenden werden bereits durchgeführte Lösungen und Lösungsvorschläge und damit Ansätze für die Implementierung des Projekts in die Regelversorgung genannt.

In dieser Studie wurde erkennbar, dass es nicht möglich ist ein Projekt nur in der Theorie zu planen. Verbessert werden könnte dies durch einen Probelauf von sechs Monaten, um eine Soll-Ist-Erfassung, mit der verlässlich gearbeitet werden kann, zu generieren. Einführende Schulungsveranstaltungen sollten kompakt Hintergrundwissen beinhalten und durch Komprimieren der Inhalte zu einem Termin zusammengeführt werden. Auf eine Einführung mit Demonstration der einzelnen Materialien sollten praktische Übungen in Gruppen folgen. In die Planung der Schulungen sollte eine MFA aus einer Interventionspraxis einbezogen werden, um diese besser an die Bedürfnisse der Zuhörer anzupassen. Um die Reichweite und Verfügbarkeit zu erhöhen, könnten einzelne Schulungen von Präsenz

in Online-Schulungen umgewandelt werden. Weiterhin sollte ein Handout, in dem der Ablauf stichpunktartig dargestellt ist, sowie ein Infoblatt mit Ansprechpartnern zur Verfügung gestellt werden. Neue Praxen sollten bereits laufende Projektpraxen zur Einarbeitung besuchen. Dies könnte als zusätzliche Schulung dienen, ebenso wie der Besuch eines Mitglieds des Studienpersonals zu Beginn in den Praxen.

Zum offenen Austausch von Erfahrungen und Problemen zwischen den Praxen wurde ein Format ähnlich der Fokusgruppe gewünscht. Ein solches Format könnte das Entstehen von neuen Ideen fördern und den Teilnehmenden ein Feedback sowie Informationen zur besseren Arbeit am Projekt liefern. Eine persönlichere Gestaltungsform ist dabei vorteilhaft. Die Fallkonferenzen sind durch ein Gefühl der Beobachtung und gegenseitiges Korrigieren von Praxisteilnehmenden nur bedingt geeignet. Diese können im Verlauf an Häufigkeit abnehmen, bis sich nur noch zum Besprechen von Veränderungen getroffen wird. Eine andere Form des Austauschs könnte ein Chatroom mit Suchfunktion zur Klärung von Fragen und Übermittlung von Informationen in Verbindung mit der Koordinationsstelle darstellen. Praxisinterne Lösungen für spezielle Probleme können zu uneinheitlichen Vorgehensweisen führen. Ziel ist daher die Entwicklung eines Standards für gesammelte Fragen aus den Praxen durch gemeinsame Lösungsfindung auch mit dem Studienpersonal.

In der Studienzentrale müssen Stoßzeiten mit erhöhtem Arbeitsaufwand festgestellt und durch effiziente Gestaltung der Abläufe und des Personalmanagements vermieden werden. Eine frühzeitige Anmeldung neuer Patienten durch die Studienzentrale in der Praxis kann die Planung verbessern. Eine konkrete Terminvereinbarung mit der Praxis und dem Patienten bei Studieneinschluss wäre auch zur Klärung von Urlaubszeiten und Vertretungspraxen günstig.

In den Praxen erfordert die Übersicht über neue Patienten, ausstehende Termine und zugehörige Planung übersichtliche Lösungsmodelle. Von der Studienzentrale hierfür zur Verfügung gestellte Materialien wurden genutzt und positiv bewertet. Die Verbindung von geplanten Hausarztterminen mit Projektterminen könnte die Zeitplanung weiterhin erleichtern. Über notwendige Nachsorgetermine und deren Ausmaß sollten Patient und Praxis informiert werden, um dem

Vergessen von Seiten des Patienten vorzubeugen. Zusätzlich könnte eine Erinnerungsfunktion in der Praxissoftware die MFAs an Patienten vor einer projektbezogenen Erstvorstellung und vor Nachsorgeterminen erinnern. Eine Zeitplanung, die für alle Parteien funktioniert, ist wichtig, damit reguläre Patienten nicht darunter leiden und Mitarbeitende nicht überfordert werden. Dafür sollten projektbezogenen Aufgaben zu passenden Zeiten im Praxisablauf geplant werden.

Die lokalen Gegebenheiten müssen beim Design von Päckchen bedacht und der zeitliche Aufwand geringgehalten werden. Eine Nutzung von bereits bestehenden Strukturen und Laboren wurde gewünscht und Verpackungen sollten möglichst fertig vorbereitet sein. Der Ausbau bzw. die Verbesserung von Kommunikationswegen an Schnittstellen soll dem Fehlen von Befunden oder Informationen entgegenwirken. Befunde sollen prägnant, verständlich formuliert und mit klaren Handlungsempfehlungen versehen sein. Die Zuordnung von Befunden muss vereinfacht werden. Dabei muss der Datenschutz gegen die Gefahr von Verwechslung und erhöhtem Zeitaufwand abgewogen werden. Eine Übermittlung von Befunden aus dem Klinikum bedarf der verstärkten Nutzung vorhandener Kommunikationswege. Damit könnte das Problem durch ausstehende Befunde bei Entlassung vermieden werden. Die Übermittlung von Befunden aus einem Labor an zwei Parteien ist dagegen aufgrund von anfallenden Kosten und vorgegebenen Abläufen problematisch. Die Zwischenauswertung der Patientenfragebögen wäre eine alternative Rückmeldung für die Praxen. Zur Rückmeldung der Patientencompliance könnte eine Mitbefragung von Partnern der Patienten erfolgen und ein Anstieg der Compliance durch Wissen um eine anstehende Kontrolluntersuchung beobachtet werden.

Zur Erhöhung der Fallzahlen erfolgte der Einschluss weiterer Fachrichtungen. Weiterhin könnte durch die Vermittlung und Rückmeldung unschlüssiger Patienten an ihre Praxis durch die Studienzentrale eine Umstimmung durch das Vertrauensverhältnis des Hausarztes erreicht werden. Interventionspraxen könnten Initiative zeigen und auf Patienten, die für die Studie in Frage kommen, zugehen. Eine Zusammenfassung der bereits umgesetzten Lösungen und Lösungsvorschläge findet sich in einer Tabelle mit den gefundenen Hindernissen im Anhang 10.4.

3.10.4 Unterstützungsbedarf

Der Bedarf an Unterstützung für die einzelnen Praxen war unterschiedlich. In unklaren Fällen wurde vor allem auf die Unterstützung der Studienzentrale zurückgegriffen. Die Studienzentrale stellte für die Praxen eine Absicherungsmöglichkeit dar und war durch gute Erreichbarkeit und Kompetenz essenziell für das Projekt. Beim Anmelden der ersten Patienten durch die Studienzentrale erfolgten Erläuterungen von Abläufen telefonisch. Dabei war es zur Unterstützung sinnvoll, dass Personen mit gleichen bzw. ähnlichen Qualifikationen miteinander kommunizierten zur Erhöhung der Nachhaltigkeit dieser Gespräche.

Zum Projektstart profitierten einige Praxen von dem Besuch einer Person des Studienpersonals. Diese erklärte Abläufe und arbeitete die Praxismitglieder so ein. Diese Art der Unterstützung muss in den Praxisalltag passen und allen gleichermaßen zur Verfügung stehen. Wobei dies durch gut organisierte Schulungen überflüssig werden könnte.

Ein weiteres, positiv bewertetes Unterstützungssystem stellten die Fallkonferenzen dar. Diese ermöglichten ein Eingehen auf aktuelle Themen und Probleme sowie eine tiefergehende Schulung der Teilnehmenden. Zusätzlich dienten sie dem Klären von Fragen und Teilen von Tipps und Hilfestellungen. Die kleine Gruppengröße war vorteilhaft zum offenen Austausch zwischen den Praxen. Ein Versenden von Zusammenfassungen der Fallkonferenzen wirkte sich positiv aus, wenn sichergestellt wurde, dass diese alle erhielten und somit auch bei Veränderungen auf dem gleichen Stand waren. Dass dieser Unterstützungsbedarf im weiteren Verlauf nicht mehr nötig sein wird, da es sich bei dem STAUfrei-Projekt irgendwann um einen Selbstläufer handelt, stellte einen positiven Ausblick der Praxen hinsichtlich der Implementierung dar.

3.10.5 Akzeptanz

Zeichen für die Akzeptanz des Projekts von Seiten der Link Nurses und Ärzte sind im Folgenden beschrieben. So wurde der Chef einer Praxis als Befürworter und damit treibende Kraft für die Beteiligung am Projekt genannt. Aber auch die Motivation der Angestellten war wesentlich. Viele Link Nurses entschieden sich freiwillig zur Teilnahme an STAUfrei, manche im Rahmen einer Gruppenentscheidung im Team.

Zur Teilnahme motiviert haben der Fokus auf das Wohl des Patienten, verstärkt durch klinische Erfahrungen, und die Bedeutsamkeit eines Erfolgs des Projekts. Weiterhin wichtig waren der Wunsch nach Weiterbildung, der Ausbau von guten Kommunikationswegen als zusätzlicher Gewinn sowie allgemein Spaß an Projekten und neuen Herausforderungen. Die Unterstützung eines lokalen Projekts und die Vergütung waren zusätzlich motivierend.

Die Motivation zur Teilnahme an der FG wurde damit begründet, dass auch diese zum Projekt gehöre. Da in das Projekt bereits persönliches Engagement und Zeit gesteckt worden sei, war das Ziel an allem teilzunehmen, was terminlich möglich war. Auch Interesse am Projekt und zusätzlichen Informationen wurden bekundet.

Grundlage für eine Akzeptanz für STAUfrei war, dass es keine Bedingungen, die das Abgreifen von Patientendaten betreffen, fordert. Die Bedingungen des Projekts wurden akzeptiert. Notwendige Termine und Zeitaufwand wurden durch Sinnhaftigkeit aufgewogen. Zumal der Aufwand bei STAUfrei überschaubar gewesen sei.

Das Projekt sei nach einem Start mit Hindernissen zu einem Selbstläufer geworden. Noch notwendigen Verbesserungen wurde mit Verständnis begegnet und allgemein seien nicht viele Änderungen erforderlich. Routine sei von Nöten und wurde z.T. bereits erreicht. So könne das Projekt vermutlich auch mit steigenden Patientenzahlen noch gut umgesetzt werden. Bei den Teilnehmenden war eine Begeisterung für das Projekt STAUfrei erkennbar und die Akzeptanz für das Projekt äußerte sich zudem über die Ideen zur Ausweitung. STAUfrei solle beispielsweise innerhalb eines Vorsorgeprogramms zum Standard werden. Es sollten sich alle Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen und Pflegeheime deutschlandweit beteiligen. Es gehe um den Schutz aller. STAUfrei sensibilisiere und führe zu einer Änderungsbereitschaft über das eigentliche Projekt hinaus.

3.11 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden Handlungsempfehlungen aufgeführt, welche aus den oben genannten Ergebnissen resultieren. Diese beschreiben, neben Empfehlungen für den Transfer von STAUfrei in die Regelversorgung, welche Aspekte in zukünftigen Forschungsprojekten mit transsektoralen Behandlungspfaden beachtet werden sollten, um die Umsetzung positiv zu beeinflussen. In Tabelle 6 findet sich eine Übersicht dieser Handlungsempfehlungen.

Tabelle 6: Handlungsempfehlungen

<u>Themengebiet</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>
<u>Studienplanung und -vorbereitung</u>	Überprüfung der theoretischen Standards in der Praxis vor der Studienplanung
	Erstellung von leicht verständlichen und umsetzbaren Patientenpfaden
	Optimierung der Methodik zur Berechnung der Fallzahl und Rekrutierung
	Minimierung des Einflusses finanzieller Geldgeber/Sponsoren auf Studienabläufe
	Einbezug von Vertretern aller durchführenden Parteien in die Planung
	Problemvermeidung durch Durchführung eines längeren Probelaufs/Testlaufs vor Studienstart
<u>Schulung des Personals</u>	Durchführung praxisorientierter Schulungen für einen erfolgreichen Projektstart
	Durchführung standardisierter Einarbeitungen im Praxis-Setting
<u>Materialien und Dokumentation</u>	Bereitstellung von verständlichen, praktikablen und lokal angelegenen Abläufen, Unterlagen und Materialien
	Testen und Weiterentwickeln der Materialien in einem Pilotversuch zur Verbesserung der Anwendbarkeit im Alltag
<u>Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit</u>	Einrichtung eines Unterstützungsnetzwerks für Projektteilnehmende
	Fördern von stetiger Kommunikation und Austausch zwischen den Teilnehmenden durch regelmäßige Termine
	Fördern von Delegation
	Nutzung funktionaler Kommunikationswege zum transsektoralen Austausch
<u>Zeitmanagement und Planung innerhalb des Projekts</u>	Frühzeitige Terminvereinbarung und Zeitplanung zur erfolgreichen Integration in den Praxisalltag
	Erhöhung der Übersichtlichkeit und Verbesserung der Planung durch Einführung von Softwarelösungen
	Limitierung des Zeitaufwands der einzelnen Tätigkeitsschritte
	Akzeptanz und Motivation für das Projekt schaffen zum Aufwiegen von notwendigem Zeitaufwand und Problemen

Die Handlungsempfehlungen können in die folgenden fünf Themengebiete unterteilt werden: Studienplanung und -vorbereitung, Schulung des Personals, Materialien und Dokumentation, Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit sowie Zeitmanagement und Planung innerhalb eines Projekts. Diese Themenbereiche wurden durch Zusammenführen von Handlungsempfehlungen ähnlicher Thematik gebildet. Durch die Beachtung dieser Themengebiete und ihrer Handlungsempfehlungen können die Implementierung von STAUfrei als transsektoraler Versorgungspfad in die Praxis und Regelversorgung sowie gegebenenfalls zukünftige Forschungsprojekte im transsektoralen Kontext erfolgreich umgesetzt werden.

3.11.1 Studienplanung und -vorbereitung

Eine effektive Studienplanung und -vorbereitung zeigte sich als entscheidend für die erfolgreiche Durchführung einer transsektoralen Studie im medizinischen Bereich. Die folgenden Empfehlungen sollen bei diesem Schritt unterstützen und die spätere Projektumsetzung vereinfachen.

Überprüfung der theoretischen Standards in der Praxis vor der Studienplanung

Bestehende Richtlinien lassen sich nicht immer direkt in die Praxis umsetzen. Daher ist es wichtig zu Beginn der Studienplanung zu überprüfen, ob die vorgegebenen Standards in der Praxis überhaupt Anwendung finden. Durch diese Überprüfung können etwaige Lücken oder Unstimmigkeiten identifiziert und der Studienaufbau gegebenenfalls angepasst werden.

Erstellung von leicht verständlichen und umsetzbaren Patientenpfaden

Bei transsektoralen Studien ist die Ausarbeitung klar verständlicher und umsetzbarer Patientenpfade wichtig. Diese dienen einer guten Koordination innerhalb eines Projekts und führen zu nahtlosen Übergängen. Gleichzeitig erhöhen sie die Compliance der Mitarbeitenden.

Optimierung der Methodik zur Berechnung der Fallzahl und Rekrutierung

Für einen geregelten Studienverlauf ist eine genaue Fallzahlberechnung wichtig, da sie dabei hilft realistische Rekrutierungsziele festzulegen. Ziel ist es bei der Rekrutierung von Teilnehmenden die Ressourcen optimal auszuschöpfen. Darüber hinaus können innovative Rekrutierungsstrategien entwickelt werden, um die Anwerbung und Bindung von Teilnehmenden zu verbessern. Eine stabile und

vorhersehbare Fallzahl hilft bei der Planung, weshalb die Verfügbarkeit der Teilnehmenden abgefragt und einbezogen werden sollte.

Minimierung des Einflusses finanzieller Geldgeber/Sponsoren auf Studienabläufe

Obwohl Sponsoren eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Studien spielen, ist es wichtig ihren Einfluss auf die Studienprozesse zu begrenzen. Sponsoren kann der Blick auf die Praxis und die Bedürfnisse der umsetzenden Mitarbeitenden fehlen. Ihr Einfluss auf Studienabläufe wie Schulungsinhalte sollte deshalb im Voraus definiert und bei Bedarf minimiert werden.

Einbezug von Vertretern aller durchführenden Parteien in die Planung

Transsektorale Studien erfordern die Zusammenarbeit und Koordination von Personen verschiedener Sektoren. Um eine Studie zu konzipieren, die in der Praxis den berufsfeldspezifischen Anforderungen entspricht, ist es wichtig die Vertreter aller Sektoren in den Planungsprozess einzubeziehen. So kann die Studienleitung vor Beginn der Studie wertvolle Erkenntnisse gewinnen und durch die Beteiligung aller Parteien die Motivation für die Studie fördern.

Problemvermeidung durch Durchführung eines längeren Probelaufs/Testlaufs vor Studienstart

Zur Vermeidung von Problemen bei der Durchführung einer transsektoralen Studie empfiehlt es sich einen längeren Testlauf durchzuführen. Dieser ermöglicht es Hindernisse im Vorhinein zu erkennen, anzugehen und einen reibungslosen Ablauf der Studie sicherzustellen.

3.11.2 Schulung des Personals

Schulungen bilden die Grundlage für einen erfolgreichen Projektstart. Daher muss ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung guter und praxisorientierter Schulungen gelegt werden.

Durchführung praxisorientierter Schulungen für einen erfolgreichen Projektstart

Die Schulungen sollten über theoretische Konzepte hinausgehen und die Teilnehmenden aktiv einbeziehen. Anhand realer Szenarien und praktischer Beispiele können Mitarbeitende ein tieferes Verständnis für den Ablauf und ihre Aufgaben im Rahmen der Studie entwickeln. Der Praxisbezug sollte daher ein wesentlicher Bestandteil der Schulungen sein.

Durchführung standardisierter Einarbeitungen im Praxis-Setting

Standardisierte Schulungen im Praxisumfeld können beispielsweise von der Studienleitung durchgeführt werden. Diese unterstützen die Mitarbeitenden bei der Anwendung ihrer Erkenntnisse in realen Situationen und damit der Umsetzung der Projekthalte in der Praxis. Sie ermöglichen das Besprechen und Beheben von Fragen und standortbezogenen Problemen. Die Einarbeitung sollte auf den bereits durchgeführten Schulungen aufbauen, um den Lerneffekt zu optimieren.

3.11.3 Materialien und Dokumentation

Das Spektrum an Materialien innerhalb einer Studie wie STAUfrei ist breit und umfasst sowohl Gegenstände als auch andere Ressourcen, die der Datenerfassung und Dokumentation dienen und so die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten verschiedener Sektoren erleichtern sollen. Die Compliance der Mitarbeitenden kann durch gut konzipierte Materialien erhöht werden.

Bereitstellung von verständlichen, praktikablen und lokal angeglichenen Abläufen, Unterlagen und Materialien

Durch die Bereitstellung strukturierter, kompakter und einfach zu verstehender Abläufe, Dokumente und Materialien sollen Verwirrung, Missverständnisse und potenzielle Fehler vermieden und so der Projektablauf optimiert werden. Es können Zeit und Ressourcen gespart sowie eine effektive Kommunikation, eine nahtlose Zusammenarbeit und ein effizientes Zeitmanagement zwischen allen Beteiligten ermöglicht werden.

Bei der Gestaltung von Dokumenten und Materialien sollte der Fokus auf Praktikabilität und Benutzerfreundlichkeit liegen. Das Layout der Materialien sollte übersichtlich sein, um das Verständnis zu erleichtern. Bei sektorübergreifenden Studien muss weiterhin auf die Herausforderung der unterschiedlichen örtlichen und üblichen Gegebenheiten eingegangen und die Materialien entsprechend angepasst werden.

Testen und Weiterentwickeln der Materialien in einem Pilotversuch zur Verbesserung der Anwendbarkeit im Alltag

Im Rahmen von sektorübergreifenden Forschungsprojekten sind Testläufe und die anschließende Überarbeitung von Materialien wesentliche Schritte, um sicherzustellen, dass die Studienmaterialien in der Praxis anwendbar sind. Hierbei

wird geprüft, wie gut die Materialien an Routinen, Herausforderungen und örtliche Besonderheiten der verschiedenen Bereiche angepasst sind. Auf diesem Weg kann nicht nur die Anwendbarkeit der Materialien untersucht, sondern auch die Compliance der Teilnehmenden und damit ihr Engagement während der Studie verbessert werden.

3.11.4 Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit und das Vorhandensein stabiler Unterstützungsnetzwerke sind für die erfolgreiche Durchführung von transsektoralen Projekten wichtig und tragen zur Vermeidung von Problemen und Hindernissen bei. Die folgenden Empfehlungen zeigen, dass Unterstützungsstrukturen, regelmäßige Kommunikation und Wissensaustausch ein Umfeld schaffen, das eine effektive sektorübergreifende Zusammenarbeit fördert.

Einrichtung eines Unterstützungsnetzwerks für Projektteilnehmende

Die Schaffung eines Unterstützungsnetzes mit festen Ansprechpartnern für Studiendurchführende ist für eine reibungslose und erfolgreiche Projektdurchführung wichtig. Dieses Unterstützungsnetz soll den Beteiligten bei Fragen oder Herausforderungen jederzeit zur Verfügung stehen und Hilfestellung leisten. Kontaktpersonen spielen eine Schlüsselrolle bei der Lösung von Problemen, die während der Durchführung der Studie auftreten, und stellen sicher, dass Hindernisse schnell beseitigt werden. Sie bilden das Bindeglied zwischen den Sektoren, erleichtern den Informationsaustausch und fördern eine nahtlose Koordination.

Das Unterstützungsnetzwerk dient auch der Motivation des Teams und schafft ein Gefühl der Gemeinschaft und der kollektiven Verantwortung für den Erfolg des Projekts. Darüber hinaus kann wertvolles Feedback zum Fortschritt der Studie gegeben und Bereiche mit Verbesserungsbedarf aufgezeigt werden.

Fördern von stetiger Kommunikation und Austausch zwischen den Teilnehmenden durch regelmäßige Termine

Eine gute Zusammenarbeit soll innerhalb von transsektoralen Studien durch regelmäßigen, offenen Wissensaustausch gefördert werden. Regelmäßige Treffen bieten eine wertvolle Plattform, um Erfahrungen, Ideen und Erkenntnisse auszutauschen sowie gemeinsam Herausforderungen angehen zu können. Diese Interaktionen ebnen den Weg für die Entwicklung gemeinsamer Standards und

gewährleisten ein einheitliches Vorgehen während der Studie. Es soll die Möglichkeit bestehen Bedenken offen zu diskutieren, Unterstützung zu suchen und gemeinsam Lösungen zu finden. Dies fördert ein Umfeld, in dem alle Mitglieder aktiv mitarbeiten sowie Vertrauen und Beziehungen zueinander aufbauen.

Fördern von Delegation

Durch Delegation wird sichergestellt, dass jedes Teammitglied einen wertvollen Beitrag in seinem Fachgebiet leisten kann. Dies ermöglicht ein effizientes Zeit- und Ressourcenmanagement. Das Delegieren von Aufgaben fördert das Gefühl der Eigenverantwortung und das Verantwortungsbewusstsein der Teammitglieder, was zu einer höheren Motivation und Produktivität führt.

Die Förderung der Delegation von Aufgaben trägt zur beruflichen Weiterentwicklung innerhalb des Teams bei. Die Teammitglieder bekommen die Möglichkeit ihre Fähigkeiten, Kenntnisse und Fachwissen in bestimmten Bereichen zu erweitern.

Nutzung funktionaler Kommunikationswege zum transsektoralen Austausch

Offene Kommunikationswege erleichtern den Austausch von wichtigen Informationen, Daten und Ergebnissen zwischen den verschiedenen Sektoren. Durch den Einsatz effizienter Kommunikationsplattformen, wie z. B. sichere Online-Portale, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Sektoren zugeschnitten sind, können die Beteiligten in Echtzeit auf Informationen zugreifen und diese verbreiten.

3.11.5 Zeitmanagement und Planung innerhalb des Projekts

Zeitmanagement und Planung gewährleisten eine reibungslose und effektive Projektdurchführung. Im Folgenden sind einige Empfehlungen dazu aufgeführt.

Frühzeitige Terminvereinbarung und Zeitplanung zur erfolgreichen Integration in den Praxisalltag

Die Planung von Terminen und Arbeitsschritten innerhalb des Projekts in Abstimmung mit bestehenden Routinen und Arbeitsabläufen vereinfacht die Durchführung, steigert die Gesamteffizienz und den Erfolg des Projekts. Durch die Abstimmung können Störungen und Widerstände gegen Veränderungen minimiert werden. Die strategische Planung von Terminen erleichtert die nahtlose Integration in die tägliche Praxisroutine, weil alle Beteiligten entsprechend vorbereitet sind und vorausplanen können.

Erhöhung der Übersichtlichkeit und Verbesserung der Planung durch Einführung von Softwarelösungen

Durch die effektive Nutzung und Ausweitung technischer Lösungen kann ein besserer Überblick über Termine und Dokumente wie beispielsweise Befunde geschaffen werden. Durch digitale Anwendungen, wie adaptierbare Softwaresysteme, können die Beteiligten die Studie in ihre tägliche Routine integrieren und ihr Zeitmanagement verbessern. Die Nutzung von erweiterten Softwareprogrammen erleichtert die Organisation und bietet einen umfassenden Überblick. Dadurch können auch komplexe Zusammenhänge erfasst und Herausforderungen durch steigende Patientenzahlen gemeistert werden.

Limitierung des Zeitaufwands der einzelnen Tätigkeitsschritte

Um die erfolgreiche Umsetzung eines Projekts zu gewährleisten, müssen einzelne Arbeitsschritte so geplant werden, dass sie die Anwendenden nicht durch hohen zusätzlichen Zeitaufwand überfordern. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Projektaufgaben und alltäglichen Pflichten und Verantwortlichkeiten ist für die Integration in die tägliche Praxisroutine bedeutend. Durch einen überschaubaren Zeitaufwand der einzelnen Aktivitäten kann die Zeiteinteilung erleichtert und die Zusatzbelastung minimiert werden. Dieser Ansatz reduziert potenzielle Stressfaktoren, die mit zusätzlichen Aufgaben verbunden sind, und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines dauerhaften Engagements während der Projektlaufzeit sowie die Durchführbarkeit und letztlich Implementierung des Projekts.

Akzeptanz und Motivation für das Projekt schaffen zum Aufwiegen von notwendigem Zeitaufwand und Problemen

Akzeptanz und Motivation sind entscheidend für die Billigung von Zeitaufwand, die Bewältigung von Herausforderungen und Lösung von Problemen. Engagement und Motivation fördern die Belastbarkeit und gewährleisten eine erfolgreiche Projektumsetzung. Die Schaffung eines positiv bestärkenden und unterstützenden Umfelds ermutigt die Beteiligten sich auch bei Auftreten von Hindernissen zu engagieren und Verantwortung zu übernehmen. Wenn die Beteiligten vom potenziellen Nutzen des Projekts überzeugt sind, sind sie eher bereit, die erforderliche Zeit und die erforderlichen Ressourcen zu investieren und Vorbehalte zu überwinden.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

4.1.1 Erfüllung der Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Bewertung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien ist ein wesentlicher Aspekt der Inhaltsanalyse (Mayring 1994). Im Folgenden wird die Methode hinsichtlich der Erfüllung der Gütekriterien Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite nach Mey und Ruppel, wie in Kapitel 2.4 beschrieben, diskutiert (Mey und Ruppel 2018).

Transparenz

Dem Gütekriterium der Transparenz wird diese Arbeit durch die Abbildung des Vorgehens im Material- und Methodenteil gerecht. Hinsichtlich des Nachweises der exakten Dokumentation kann die COREQ-Checkliste, wie in Kapitel 4.1.3 beschrieben, herangezogen werden. Beispielsweise ist die Erstellung und Einbeziehung der evaluierenden Faktoren ins Kategoriensystem, wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben, eine solche Anpassung. Dadurch wird die Vorgehensweise bei dieser Arbeit nachvollziehbar. Weiterhin wurde ein Forschungstagebuch geführt, in dem die im Verlauf getroffenen Anpassungen im Rahmen der Datenauswertung detailliert dokumentiert wurden.

Intersubjektivität

Da die Verfasserin dieser Arbeit weder Teil des Studienpersonals noch in die Studienplanung involviert war, konnten die Fokusgruppen neutral geführt und ausgewertet werden. Die erhobenen Daten wurden im STAUfrei-Team am Institut für Allgemeinmedizin besprochen und reflektiert. Der Vorgang des Codierens erfolgte ebenfalls in Absprache mit der Betreuerin dieser Arbeit. Zudem wurden die Codierungen in mehrmaligen Überarbeitungsschleifen überprüft und wenn notwendig angepasst. Durch diese Schritte wurde die Plausibilität der Auswertung überprüft. Auch wurden einzelne Aussagen aus den Fokusgruppen sowohl den Hindernissen als auch fördernden Faktoren zugeordnet, um hier unterschiedliche Interpretationen geltend zu machen und sich von der Subjektivität in der Auswertung zu lösen.

Reichweite

Abschließend wird die Erfüllung des Kriteriums der Reichweite und damit die Relevanz und Repräsentanz der Ergebnisse untersucht. Innerhalb der Fokusgruppen wurden Personen unterschiedlicher Fachrichtungen und Berufsgruppen im medizinischen Bereich befragt. Diese Mischung verschiedener Erfahrungen und Hintergründe unterstützt eine Verallgemeinerung. Die Auswahl der Teilnehmenden der Fokusgruppen wurde in Kapitel 2.2.1 detailliert beschrieben, was eine Reproduktion ermöglicht.

Der Leitfaden für die Fokusgruppen mit den Interventionspraxen, das Kategoriensystem und die erste Verschriftlichung der Auswertung wurden in der Forschungswerkstatt für qualitative Methoden besprochen, reflektiert und anschließend angepasst. Diese Schritte verhelfen anderen Forschenden bei einer Wiederholung zur Replikation der Ergebnisse. Durch mehrfaches Abstrahieren der Ergebnisse, welches in der Bildung von Handlungsempfehlungen mündete, werden die Erkenntnisse der Studie für die Allgemeinheit greifbar gemacht.

4.1.2 Limitationen der Methodik

Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Teilnehmenden durch unterschiedliche Erreichbarkeiten auf verschiedenen Kommunikationswegen könnten zu einer Selektion geführt haben. Beispielsweise könnte dies durch die gezielte Kontaktierung von Praxen mit hoher Einweisungsstatistik für die vierte FG der Fall gewesen sein.

Dass zu Beginn des STAUfrei-Projekts die Patientenzahlen geringer waren als ursprünglich erwartet, führte dazu, dass manche der Befragten der Interventionspraxen nur wenig Projekterfahrung hatten. Dieser Umstand wurde daher in der vierten FG durch gezielte Einladung von Teilnehmenden anhand einer Einweiserstatistik ausgeglichen.

Die Durchführung der Befragung in Beisein von Evaluatoren des UKT könnte zu erwünschten Antworten geführt haben. Aufgrund der hohen Anzahl an Kritikpunkten, gerade in lebhaften Diskussionen innerhalb der Gruppe, wird dieser Faktor als gering eingeschätzt. Dies wird dadurch bestärkt, dass keine den Befragten bekannten Personen des Studienpersonals anwesend waren.

Eine Limitation der Analyse könnte darin bestehen, dass es bei der induktiven Kategorienbildung nicht immer möglich war, komplett frei von den gestellten Fragen und Vorüberlegungen des Leitfadens zu kategorisieren. Die Erweiterung um deduktive Faktoren minimiert diesen Umstand.

4.1.3 Übersicht COREQ-Checkliste

Die Verwendung der COREQ-Checkliste (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), die 32 verschiedene Kriterien umfasst, dient Wissenschaftlern als Instrument zur umfassenden Berichterstattung über wesentliche Aspekte der Studie (Tong et al. 2007). Durch die Erfüllung der Kriterien der COREQ-Checkliste wird Transparenz, Genauigkeit und Vertrauenswürdigkeit bei der Berichterstattung über die qualitative Inhaltsanalyse sichergestellt. Sie ermöglicht, dass die Ergebnisse dieser Arbeit repliziert werden und zu Verbesserungen im Bereich der qualitativen Forschung beitragen können. Die Checkliste findet sich mit Verweis auf die Seitenzahlen, unter welchen sich die entsprechenden Informationen finden lassen, im Anhang 10.5. Dies vereinfacht die Navigation und hilft beim Finden relevanter methodischer Details.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In 4.2.1 erfolgt zunächst die Betrachtung der Ergebnisse hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen. Im Anschluss werden in 4.2.2 die Ergebnisse und die aus ihnen hervorgehenden Handlungsempfehlungen mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten verglichen.

4.2.1 Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen

Ziel dieser Arbeit war es für das STAUfrei-Projekts zu zeigen, ob und wie der transsektoraler Behandlungspfad im Versorgungsalltag umsetzbar ist und ob sich daraus allgemeine Schlussfolgerungen ableiten lassen. Die Ergebnisse belegen, dass die Umsetzung im Alltag realisierbar ist. Ermöglicht wurde dies durch mehrfache Anpassungen des theoretisch geplanten Ablaufs an den Routinealltag und Überkommen von Hindernissen. Es wurden an vielen Stellen Lösungen gefunden, punktuell besteht noch Verbesserungspotential.

Im Rahmen der Arbeit wurden zahlreiche fördernde Faktoren für eine Implementierung des Projekts, wie in Kapitel 3.10.1 beschrieben, gefunden. Dazu zählen

beispielsweise der niedrige Zeitaufwand einzelner Arbeitsschritte und Anlehnung dieser an alltägliche Abläufe, konstante Zeiträume zur Planung und ein standardisierter verlässlicher Ablauf sowie die Delegation von projektspezifischen Aufgaben. Diese und weitere Punkte sollten in Zukunft beibehalten werden, um die Implementierung des Projekts STAUfrei in die Regelversorgung zu gewährleisten.

Neben fördernden Faktoren traten auch Hindernisse auf, die eine Implementierung in die Regelversorgung erschweren könnten. Darunter fallen beispielsweise die zu komplex und unverständlich gebildeten Patientenpfade, ein unausgereiftes Schulungskonzept, die mangelnde Praktikabilität einzelner Materialien und Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung. Diese und weitere Hindernisse finden sich ausführlicher in Kapitel 3.10.2.

Auch einige Ansätze zu Lösungen und Lösungsvorschläge, die zur Implementierung des Projekts beitragen können, wurden gefunden. Dazu zählen beispielsweise ein verlängerter Probelauf von 6 Monaten, ein Komprimieren der einführenden Schulungen mit höherem praktischem Anteil, Maßnahmen zur verbesserten Planung, wie beispielsweise die Planung projektbezogener Aufgaben zu passenden Zeiten im Praxisablauf, sowie Fördern eines offenen Austauschs von Erfahrungen und Problemen zwischen den Praxen. Diese sind unter Kapitel 3.10.3 ausführlich aufgeführt.

Unterstützung bei Fragen zum Projekt und bei der Umsetzung erfolgte bei Bedarf vor allem durch die Studienzentrale, aber auch durch Fallkonferenzen. Die Studienzentrale wurde zur Absicherung bei unklaren Fällen, aufkommenden Fragen und zur Erläuterung von Abläufen kontaktiert und lieferte aktive Unterstützung bei Problemen. Mit ihrer guten telefonischen Erreichbarkeit und Kompetenz war sie essenziell für den Erfolg des Projekts. Vorteilhaft war dabei die Kommunikation zwischen Personen mit ähnlichen Qualifikationen. Innerhalb der Fallkonferenzen wurden aktuelle Themen und Probleme besprochen. Diese dienten dem Klären von Fragen, Teilen von Tipps und Hilfestellungen sowie der tiefgehenden Schulung der Teilnehmenden.

Die Interventionen, Abläufe und Prozesse des STAUfrei-Projekts wurden trotz kleiner Anfangsschwierigkeiten vom Personal akzeptiert. Die Akzeptanz und

Begeisterung für das Projekt äußerte sich beispielsweise in den vielen Ideen zur Ausweitung des Projekts, welche in den Fokusgruppen thematisiert wurden. Die Bedeutung des Projekts und der Wunsch nach dessen Erfolg waren für die Akzeptanz von STAUfrei entscheidend. Einflussfaktoren auf die Motivation und damit Akzeptanz waren der überschaubare Zeitaufwand, die Sinnhaftigkeit der Intervention, Unterstützung eines lokalen Projekts, die Vergütung, der Wunsch nach Weiterbildung sowie der Ausbau von Kommunikationswegen und Freude an neuen Herausforderungen. Der Chef der jeweiligen Praxis wirkte dabei häufig als treibende Kraft, wobei auch die Angestellten ein hohes Maß an Motivation und Teamgeist in der Entscheidung für die Teilnahme zeigten.

Anhand dieser Ergebnisse erfolgte, wie zu Beginn bereits vorgesehen, eine Ableitung von Handlungsempfehlungen (3.11). Diese werden im folgenden Kapitel in den aktuellen Forschungskontext gesetzt.

4.2.2 Vergleich mit anderen Arbeiten zu Implementierung und Arbeiten im transsektoralen Bereich

Die im Rahmen dieser Arbeit herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen werden im Folgenden mit anderen transsektoralen Projekten sowie Arbeiten zum Thema Implementierung verglichen.

Ein Aspekt, der in den Fokusgruppen immer wieder eine Rolle, spielte war der Ausblick auf einen möglichen Erfolg des Projekts und die damit einhergehende Motivation für das Projekt STAUfrei. Bei den Teilnehmenden zeigte sich ein hohes Maß an Motivation aufgrund des zugrundeliegenden Problems von MRSA und MSSA und es wurde wiederholt über mögliche Ausweitungen des Projekts gesprochen. Während der ersten Schulung sollte nach Aussage des Studienpersonals zunächst eine Vision und ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden. Dieser wichtige Aspekt findet sich auch in der Empfehlung von van Dale et al. für eine effektive sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Unter anderem soll hierzu eine gemeinsame Vision des zu Grunde liegenden Problems und der aus der Zusammenarbeit resultierenden Ergebnisse entwickelt werden (van Dale et al. 2020).

Das Wissen um die Problematik der Keime MRSA und MSSA zeigte sich häufig als ein Hauptmotivator der Befragten am STAUfrei-Projekt teilzunehmen. Eine zu

umfassende Darlegung von Fachwissen innerhalb der Schulungen wurde von den Befragten aber eher als negativ wahrgenommen. Die bei Wildermuth in einer Arbeit zum Thema Delir aufgeführte Handlungsempfehlung zur Förderung von Problembewusstsein und Fachwissen durch alle Berufsgruppen (Wildermuth 2021) kann auf die Vermeidung von Problemkeimen daher nicht direkt übertragen werden.

Im Folgenden werden Quellen, die Überschneidungen mit einzelnen Handlungsempfehlungen zeigen, getrennt nach den übergreifenden Themengebieten verglichen.

Studienplanung und -vorbereitung

Aus den Handlungsempfehlungen dieser Arbeit geht hervor, dass alle an der Studie Beteiligten zuvor in die Studienplanung miteinbezogen werden sollten, da diese im Endeffekt nicht nur die Studie umsetzen, sondern auch den Transfer in die Praxis sicherstellen müssen. Mit dem Dummy Run gab es bei STAUfrei einen Probedurchlauf, der erste Probleme aufzeigen und bereits vor dem offiziellen Beginn des Projekts Lösungen schaffen sollte. Ein ähnliches Vorgehen beschreibt Gunkel. Ein Probedurchlauf unterstütze die nahtlose Integration durch eine realistische Begutachtung der Machbarkeit. Außerdem empfiehlt Gunkel ebenfalls die Anwendenden in die Entwicklung mit einzubeziehen. Bei den Überlegungen für eine erfolgreiche Umsetzung sollten die individuellen Umstände und Herausforderungen der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Und um eine effektive Implementierung zu gewährleisten, sollte die Umsetzungsstrategie weiterhin für jede Phase auf den spezifischen organisatorischen Kontext abgestimmt werden. Diese Anpassungsfähigkeit hilft bei der Überwindung von Hindernissen und ebnet den Weg für eine erfolgreiche Umsetzung. (Gunkel 2012) Eine Studie von Trietsch et al. legt im Zusammenhang mit der Übertragung von Umsetzungsstrategien von der akademischen Welt in die Praxis nahe, dass bei der Gestaltung von Strategien für erfolgreiche Veränderungen eine umfassende Identifizierung der beteiligten Parteien, der erwarteten Veränderungen in den Interaktionen und der Auswirkungen auf die Arbeit notwendig ist (Trietsch et al. 2014).

Eine weitere Erkenntnis aus dem STAUfrei-Projekt zum Thema Studienplanung ist, dass vor Studienbeginn die theoretisch geltenden Standards wie

beispielsweise Hygienevorschriften überprüft werden müssen, um die Umsetzbarkeit des Projekts sicherzustellen. Zu einer ähnlichen Erkenntnis kamen Siebenhofer et al. Sie fanden in Bezug auf Leitlinien im Bereich der Onkologie heraus, dass diese für die Hausarztpraxis nicht immer umsetzbar wären (Siebenhofer et al. 2014). Kramer empfiehlt die Integration des Pfads in die tägliche Praxisroutine zu optimieren, indem die Empfehlungen in Softwaresysteme integriert oder mit vergleichbaren strukturierten Programmen wie Disease-Management-Programmen (DMP) abgeglichen werden (Kramer 2012). Ein ähnlicher Vorschlag wurde auch in den Fokusgruppen im STAUfrei-Projekt gemacht. Die Projektplanung wurde bei STAUfrei zum Teil durch eine Strategieberatung mit Spezialisierung im Gesundheitswesen unterstützt. Dennoch kam von Personen des Studienpersonals die Kritik auf, dass eine Professionalisierung des Studienpersonals und der Studienstruktur vorteilhaft wäre. Neben der Hilfe durch Beratende, bestand von Seiten des Studienpersonals der Wunsch nach einer Stabstelle zur Definition und Ausarbeitung von Ziel und Strategie. Gunkel bietet pragmatische Empfehlungen für eine effektive Umsetzung der Integration standardisierter Arbeitsanweisungen in Gesundheitssysteme. Eine strategische Projekt- und Ressourcenplanung sowie Unterstützung durch führende Personen aus den entsprechenden Bereichen bilden hierfür die Grundlage. (Gunkel 2012) Einen ähnlichen Aspekt nennen Dale et al. in ihren Handlungsempfehlungen. Sie empfehlen strukturelle Prozesse mit klaren Rollen und Verantwortlichkeiten zu implementieren und Protokolle zur Verfügung zu stellen. (van Dale et al. 2020) Trietsch et al. plädieren für eine schrittweise, pragmatische Umsetzung in großem Maßstab mit anfänglicher intensiver Unterstützung, gefolgt von einer Anleitung aus der Ferne, wobei der nachhaltige Wissenstransfer im Vordergrund stehen soll. Insbesondere wirksame Strategien zur Qualitätsverbesserung müssen aufgrund ihrer Komplexität und der Auswirkungen auf die Ressourcen möglicherweise schrittweise umgesetzt werden. (Trietsch et al. 2014)

Als Handlungsempfehlung aus dem STAUfrei-Projekt soll bei der Erstellung von Patientenpfaden darauf geachtet werden, dass diese leicht verständlich und umsetzbar sind. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen zeigen, dass diese zu komplex und unverständlich gebildet worden waren. Dies hatte einen erhöhten

Arbeitsaufwand zur Folge, was zu einem Abnehmen der Akzeptanz von Seiten der Anwendenden führte. In einer weiteren Studie, welche die Faktoren zur stärkeren Nutzung von klinischen Leitlinien im Alltag untersucht, wird als Schlüsselstrategie empfohlen mehr Fokus auf das Format von Richtlinien zu legen, um dadurch deren Verwendung zu begünstigen. (Grol und Buchan 2006) Kramer empfiehlt die Wahrnehmung der Pfadempfehlungen im Praxisalltag durch verbesserte Visualisierung und inhaltliche Darstellung/Präsentation zu stärken und so dem Gefühl der Missachtung der eigenen Handlungsfreiheit entgegenzuwirken. (Kramer 2012).

Zwei Aspekte, auf die in den Handlungsempfehlungen aus dem STAUfrei-Projekt im Gegensatz zu anderen Arbeiten nicht direkt eingegangen wird, sind die Finanzierung und politische Unterstützung. Van Dale et al. empfehlen explizit das Suchen nach politischer Unterstützung (van Dale et al. 2020). Neben den Wahrnehmungen der frühen Anwendenden ist die Berücksichtigung künftiger politischer und ressourcenbezogener Einflüsse von entscheidender Bedeutung (Trietsch et al. 2014). Weiterhin sollen geplante und finanzierte Umsetzungsprogramme die komplexen Veränderungen im Gesundheitssystem einbeziehen (Grol und Buchan 2006). Dass diese Aspekte kaum thematisiert werden, basiert darauf, dass die Studie durch den Innovationsfond gefördert wurde und dadurch bereits im Vorhinein entsprechend politische Unterstützung erhielt. Bei einer weniger gut unterstützten Studie könnten finanzielle Aspekte mehr ins Gewicht fallen. Dies könnte sich auch auf eine Ausweitung des Projekts in die Regelversorgung auswirken. Bei STAUfrei bestanden keine finanziellen Engpässe, dafür gaben einzelne Geldgeber des Projekts Rahmenbedingungen wie Schulungsinhalte und -start vor, deren Erfüllung zu einem Hindernis wurde. Diese Inhalte – wie Theorie zum Thema Hygiene – wurden in den Fokusgruppen negativ bewertet. Ebenso wurde der Schulungsstart durch die Vorgaben zu früh angesetzt, sodass einige Materialien nicht fertiggestellt waren, was sich negativ auf die Vorbereitung der Teilnehmenden auswirkte.

Schulung des Personals

Die Schulung des Personals und damit einhergehende Veranstaltungen waren ein viel diskutiertes Thema in den Fokusgruppen. Neben den zuvor genannten

Punkten wurde kritisiert, dass die Schulungen zu lang und theoretisch gewesen seien und nicht auf Grundwissen aufbauen würden. Weiterhin wurde der fehlende Praxisbezug und die hohe Anzahl an Teilnehmenden beanstandet. Gunkel empfiehlt einige Aspekte zur Durchführung von Schulungen. Getrennte Schulungen für verschiedene Berufsgruppen, einschließlich leitender Ärzte, würden das Verständnis durch Klärung spezifischer Fragen und Probleme fördern. Diese sollten kurzgehalten werden und dafür häufiger sowie mit kurzem zeitlichen Abstand zum Projekt stattfinden. Bei Bedarf sollten die Schulungen verpflichtend sein. Visuelle Hilfsmittel wie Rollenspiele und Filme verbessern das Verständnis. Praxisbeispiele sowie die Darlegung der Neuerungen durch das Projekt im Vergleich zur Regelversorgung sollten Inhalt der Schulungen sein. Koordinatoren sollten die Schulungen begleiten und hier einen Feedback-Dialog mit den Teilnehmenden und späteren Anwendenden führen. (van Dale et al. 2020; Gunkel 2012) In einem ähnlichen Rahmen wurden im STAUFrei-Projekt die Schulungen bereits durchgeführt. So wurden diese teilweise nach Berufsgruppen getrennt und von Koordinatoren der Studie durchgeführt. Viele von Gunkel aufgezeigte Aspekte wurden innerhalb der Fokusgruppen als Verbesserungsvorschläge für die STAUFrei-Schulungen genannt. Die Schulungen könnten zu einem Termin zusammengefasst werden, einen höheren praktischen Anteil wie Rollenspiele enthalten und sollten an die Bedürfnisse der Zuhörer angepasst werden. Zusammengefasst sollten die Schulungen zur Implementierung des Projekts in die Regelversorgung nach den in Kapitel 3.4.1 beschriebenen Maßstäben weiter angepasst werden.

Materialien und Dokumentation

Die Dokumentation bei STAUFrei erfolgte vor allem in analoger Form. Dies führte dazu, dass Dokumente, wie Befunde, mit unterschiedlicher Geschwindigkeit beim Empfänger ankamen und dies zu entsprechenden Wartezeiten führte. Schwind et al. beschreiben in ihrer Studie den verbesserten Austausch von Daten und Bildern als Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit (Schwind et al. 2018). Wildermuth empfiehlt die Schaffung neuer Übermittlungswege vor allem in elektronischer Form (Wildermuth 2021). Die Digitalisierung von Dokumenten und die direkte transsektorale Übermittlung dieser im Rahmen des STAUFrei-Projekts stellen einen neuen Aspekt dar, der in den FG nicht genannt wurde. Auf

diesem Weg könnten Befunde ohne Wartezeit übermittelt werden, was zu einer Verkürzung des Planungszeitraums und durch Digitalisierung der notwendigen Dokumente zu einer Erhöhung der Übersichtlichkeit führen würde. Dadurch könnte zum einen die Planung erleichtert und zum anderen durch Rückmeldung zu Befunden die Compliance der Mitarbeitenden erhöht werden. Eine solche Form des Datenaustauschs und der Bereitstellung von Materialien wird für zukünftige Forschungsprojekte empfohlen.

Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit

In den Fokusgruppen wurde vor allem die Teamarbeit und Problemlösung innerhalb der einzelnen Praxen beleuchtet und deren Bedeutung herausgearbeitet. Das STAUfrei-Projekt ist ein gutes Beispiel für gelungene Delegation als Grundlage für eine effektive Form der Gesundheitsversorgung. In dem Artikel "Wissenstransfer und Implementierung" wird die zentrale Rolle der Teamarbeit für eine effektive und sichere Gesundheitsversorgung ebenfalls betont. (Szecsenyi 2014) Bezogen auf das Thema der sektorenübergreifenden Kommunikation wurde im Rahmen des STAUfrei Projekts von den Praxismitarbeitenden vor allem die Übermittlung von Befunden vom Klinikum an die Arztpraxen kritisiert. Sektorenübergreifende Kommunikation fand im Projekt vor allem zwischen den einzelnen Praxen und der Studienzentrale statt. Darüber hinaus bestand keine Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Klinik und Arztpraxis im Rahmen des Projekts. Ein Austausch zwischen den einzelnen Praxen fand außerhalb der Fallkonferenzen und Fokusgruppen nicht statt. Am Beispiel der Palliativmedizin zeigt Wildermuth, dass es im Gesundheitswesen an einer etablierten sektorübergreifenden Kommunikation und einheitlichen Dokumentation fehlt (Wildermuth 2021). Behne und Teuteberg beschreiben ebenfalls die generelle Abwesenheit sektorübergreifender Kommunikation. Es gibt jedoch bereits Plattformlösungen für diesen Zweck, die genutzt werden könnten. Durch deren Erweiterung könnten die sektorenübergreifende Kommunikation und Dokumentation gefördert werden. Bereichsübergreifende Plattformen im Gesundheitswesen könnten Transparenz, Datengenauigkeit und Zugänglichkeit gewährleisten. (Behne und Teuteberg 2022) Auch bei STAUfrei könnte eine derartige Plattform, über die Übermittlung von Daten wie Befunden hinaus, der Kommunikation zwischen den Teilnehmenden dienen. In

den Fokusgruppen wurde die Verwendung eines Chatrooms zur Kommunikation zwischen den Praxen und darüber hinaus mit der Studienzentrale angeregt. Die Nutzung einer Plattform wäre eine Ausweitung dieses Vorschlags.

Ein weiterer Aspekt, der in anderen Studien ebenfalls häufig diskutiert wird, ist die Form von Führungsstrukturen und der Koordination. Bei STAUfrei sind die Führungsstrukturen mit dem gut ausgebildeten Unterstützungsnetzwerk der Studienzentrale, welche eine elementare Stellung einnimmt, bereits etabliert. Diese Position nimmt das Studienteam und in der Vermittlerrolle vor allem die Studienzentrale ein. Dadurch konnte die Projektumsetzung wesentlich erleichtert werden. Eine zentrale Anlaufstelle bei Fragen und Problemen wie die Studienzentrale sollte aufgrund des hohen Nutzens für die Teilnehmenden auch nach Ende des Projekts bestehen bleiben. Kousgaard et al. stellen in ihrer qualitativen Studie zu sektoren- und standortübergreifender Zusammenarbeit in kommunalen Gesundheitszentren fest, dass die organisatorischen Faktoren, die die sektorübergreifende Zusammenarbeit in den Gesundheitszentren fördern, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Trotz des Vorhandenseins von Koordinatoren war ihr Einfluss aufgrund der unzureichenden Aufmerksamkeit von Politik und Management marginal. Die sektorübergreifende Zusammenarbeit fand meist informell auf operativer Ebene statt, ohne dass sie systematisch entwickelt wurde. Es wurden zwar Ad-hoc-Interaktionen zwischen Fachleuten festgestellt, diese entwickelten sich jedoch nicht zu strukturierteren Formen der Zusammenarbeit. (Kousgaard et al. 2019) Auch bei van Dale et al. wird der Nutzen einer guten Führungs- und Unterstützungsstruktur deutlich. Eine wirksame sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung hinge davon ab, dass durch geschickte Führung sektor- und fachübergreifende Verbindungen hergestellt werden. Um dies zu erreichen, muss eine lokale fürsprechende Person benannt werden, die die Leitung übernimmt oder Leitende unterstützt. Diese Person sollte die Perspektiven der verschiedenen Interessengruppen verstehen, sich im Projekt- und Prozessmanagement auskennen und Informationssysteme und -technologien für eine nahtlose Kommunikation und den Informationsaustausch nutzen. (van Dale et al. 2020)

Zeitmanagement und Planung innerhalb des Projekts

Ein Vorschlag zur Erhöhung der Übersichtlichkeit und Verbesserung der Planung aus den Fokusgruppen war die Einführung von Softwarelösungen. Erreicht werden soll ein besserer Überblick über Termine und Dokumente. Aktuell werden hierfür unterschiedliche Vorgehensweisen in den verschiedenen Praxen genutzt. Kruse hebt ebenfalls den potenziellen Nutzen von Erinnerungssystemen zur Optimierung hervor. Die Ärzte stellten fest, dass solche Systeme die patientenorientierte Versorgung verbessern und therapeutische Entscheidungen positiv beeinflussen könnten, was den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin entspricht. Der Erfolg dieser Systeme hängt jedoch von ihrer technischen Optimierung ab, damit sie in der täglichen Praxis nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden. Der Einsatz von Technologien und Medien in Verbindung mit kontinuierlicher Fortbildung könnte die Arbeitszufriedenheit und die wahrgenommene Handlungssicherheit erhöhen und gleichzeitig Bürokratie abbauen. (Kruse 2014) Einzelne Praxen legten Ordner mit projektbezogenen Patientendaten an. Bei einer Zunahme der Fallzahlen wurde deren Übersichtlichkeit in Frage gestellt. Eine entsprechende Softwarelösung, wie bei Kruse beschrieben, könnte die Verfügbarkeit der Daten erhöhen. Remindersysteme, wie sie in dieser Studie beschrieben werden und auch von Teilnehmenden der FG vorgeschlagen wurden, könnten einen Vorteil für STAUfrei bieten und die Zeitplanung verbessern. Sie würden zu einer besseren Übersicht über neue Patienten, ausstehende Termine und die zugehörige Planung führen und eine parallele Zugriffsmöglichkeit mehrerer Parteien auf die Daten ermöglichen.

Die Projektinhalte von STAUfrei mussten parallel zu den normalen Anforderungen der Regelversorgung ablaufen. Ein gutes Zeitmanagement war hier entscheidend und wurde in den Praxen unterschiedlich durchgeführt. Dies war vor allem wichtig, um nicht nur die effektive und korrekte Umsetzung des Projekts zu gewährleisten, sondern auch die Akzeptanz durch die Teilnehmenden aufrecht zu erhalten. Dale et al. betonen ebenso die Notwendigkeit das Engagement der Kooperationspartner aufrechtzuerhalten. Im Bereich Zeitmanagement und Planung müssten hierfür Kapazitäten wie ausreichend Personal mit angemessener Zeit und Qualifikation bereitgestellt werden. (van Dale et al. 2020)

4.3 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit zeigt anhand des Projekts STAUfrei einen umsetzbaren Behandlungspfad auf dem Gebiet der transsektoralen Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor auf. Gegenstand dieser Arbeit waren zudem Voraussetzungen für eine mögliche Implementierung des Projekts in den Alltag und die Regelversorgung. Hier wurden einige Faktoren gefunden, die dies beeinflussen. Diese Arbeit verbindet damit am Beispiel von STAUfrei die beiden übergeordneten Themen transsektorales Arbeiten und Implementierung von Projekten und ebnet damit den Weg für zukünftige Projekte. Die Ergebnisse der auf den einzelnen Gebieten bereits vorhandenen Quellen werden bestätigt und um wichtige Aspekte ergänzt. Die Vorteile eines Unterstützungsnetzwerks wie der Studienzentrale sowie die bereits vor Studienbeginn bestehende Motivation der Teilnehmenden für das Projekt sind hierbei hervorzuheben.

Im Folgenden werden weiterführende Ideen zur Gestaltung neuer Forschungsprojekte genannt, die so nicht im STAUfrei-Projekt und den Fokusgruppen thematisiert wurden.

Die Rolle des Case Managers, wie in den Fokusgruppen thematisiert und in Kapitel 3.9.2 zusammengefasst, könnte auch auf Projekte wie STAUfrei übertragen werden. Eine solche übergeordnete, sektorenübergreifende Partei kann eine Vermittlerrolle übernehmen und bei der Organisation helfen, beispielsweise von Vertretungen und Vermittlung von Informationen.

Eine Weiterentwicklung von STAUfrei und ein Vorschlag für weitere Forschungsprojekte ist das Thema Digitalisierung, wie bereits im Vergleich mit anderen Arbeiten in Kapitel 4.2.2 ausgeführt. So könnten Schulungen und Fallkonferenzen digitalisiert werden. Die Erfahrungen der Covid-19 Pandemie zeigen, dass derartige Formate möglich wären und für Projekte mit größerer räumlicher Ausdehnung eine deutliche Entlastung der Projektteilnehmenden darstellen würden.

Um die Implementierungsempfehlungen für STAUfrei zu untermauern und gegebenenfalls zur erweitern, bedarf es weiterer Arbeiten in diesem Bereich. Analysiert werden könnten zum Beispiel Veränderungen in der Umsetzung und Akzeptanz der Projektinhalte durch die Sensibilisierung der Bevölkerung nach der Covid-19 Pandemie. Die Vermutung liegt nahe, dass manche Hindernisse wie

Schwierigkeiten bei der Abstrichentnahme zukünftig kein Problem mehr darstellen.

Möglich wäre zudem eine Ausweitung von STAUfrei auf andere Berufsgruppen. Beispielsweise kann eine engere Einbindung von Sozialstationen oder Pflegeheimen in Testung und Sanierung der Patienten erfolgen.

STAUfrei kann als Modell und als Grundlage zur Entwicklung zukünftiger trans-sektoraler Projekte dienen. Die Erkenntnisse dieser Arbeit bieten mit den Handlungsempfehlungen Anregungen für eine erfolgreiche Implementierung.

5 Zusammenfassung

Im komplexen und sich stetig weiterentwickelnden medizinischen Kontext gewinnt die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure in der Versorgung immer mehr an Bedeutung. Gleichzeitig spielen die Problemkeime MSSA und MRSA durch die von ihnen verursachten Infektionskrankheiten eine große Rolle für das Gesundheitssystem. Das Projekt STAUfrei ermöglicht auf Basis von ambulanter Testung und Sanierung dieser Keime im Kontext von stationären Elektiveingriffen die Analyse transsektoralen Arbeitens und der Implementierung eines Behandlungspfads in die Praxis und Regelversorgung.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden deshalb Forschungsfragen definiert, die ein tieferes Verständnis für die verschiedenen Umsetzungsaspekte der Intervention ermöglichen. Untersucht wurden positive Faktoren und Hindernisse sowie Lösungen und Lösungsvorschläge für eine Implementierung. Weiterhin sollte die Akzeptanz des Projekts und die Kriterien hierfür geprüft werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden vier Fokusgruppen mit Mitarbeitenden der Interventionspraxen und eine mit Studienpersonal durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe von Mayring als qualitative Methode der Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein transsektoraler Behandlungspfad zur Vermeidung von Problemkeimen im Alltag nach einer Einarbeitungsphase gut umsetzbar ist und von den teilnehmenden MFAs und Ärzten akzeptiert wird. Die Unterstützung durch die Studienzentrale erwies sich als wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Umsetzung. Für eine reibungsfreie Umsetzung des Projekts STAUfrei sollten in Zukunft die im Rahmen dieser Arbeit herausgearbeiteten Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden.

Aus den Ergebnissen konnten Handlungsempfehlungen herausgearbeitet und inhaltlich fünf Themengebieten zugeordnet werden, die dazu genutzt werden können, sowohl die Implementierung von STAUfrei als auch zukünftiger Projekte zu verbessern. Diese sind eine gute Studienplanung und -vorbereitung, praxisorientierte Schulungen, eine selbsterklärende Dokumentation, Förderung von Kommunikation und Austausch sowie effizientes Zeitmanagement und ausgefeilte Planung.

Im Literaturvergleich mit anderen Arbeiten zum Themenbereich Implementierung und transsektoralem Arbeiten zeigten sich Übereinstimmungen zu den hier gebildeten Handlungsempfehlungen, vor allem im Bereich Zeitmanagement und Planung sowie Unterstützungsnetzwerk und Zusammenarbeit. Durch die vereinte Betrachtung von transsektoraler Zusammenarbeit und Implementierung schließt diese Arbeit eine Lücke.

6 Literaturverzeichnis

- Bauer, Antonia (2019). Ethikantrag. Prüfplan zur Studie „Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von Staphylococcus Aureus Komplikationen bei elektiven Patienten /STAUfrei“.
- Bauer, Antonia/Grünwald, Martin/Eberhardt, Hans/Schulz, Rieke/Martus, Peter/Brüggenjürgen, Bernd/Joos, Stefanie/Sturm, Heidrun (2020). Ambulatory screening and decontamination to prevent Staphylococcus aureus complications in patients undergoing elective surgery (STAUfrei): study protocol for a controlled intervention study. *BMC Infectious Diseases* 20 (1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4804-7>.
- Becker, Katja/Hu, Ying/Biller-Andorno, Nikola (2006). Infectious diseases - a global challenge. *International journal of medical microbiology : IJMM* 296 (4-5), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.ijmm.2005.12.015>.
- Behar, Benjamin I./Guth, Clemens/Salfeld, Rainer (2018). *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen*. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin / Heidelberg.
- Behne, Alina/Teuteberg, Frank (2022). Intersektorale Vernetzung im Gesundheitswesen: Prozessverbesserung durch den Einsatz von Plattformen am Fallbeispiel der Palliativversorgung. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik* 59 (2), 694–709. <https://doi.org/10.1365/s40702-021-00744-w>.
- Bessant, John/Künne, Christoph/Möslein, Kathrin (2012). Opening up healthcare innovation. *Innovation solutions for a 21st century healthcare system*. Advanced Institute for Management Research. 978-1-906087-45-6. Online verfügbar unter <https://ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/14933>.
- bmg - Bundesministerium für Gesundheit (2020). Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf (abgerufen am 01.08.2023).

- bmj - Bundesministerium für Gesundheit (2023a). Krankenhauskeim MRSA. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/infektionskrankheiten/mrsa.html> (abgerufen am 31.07.2023).
- bmj - Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html> (abgerufen am 13.09.2023).
- David, Michael Z./Daum, Robert S. (2010). Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: epidemiology and clinical consequences of an emerging epidemic. *Clinical microbiology reviews* 23 (3), 616–687. <https://doi.org/10.1128/CMR.00081-09>.
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (Hg.) (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Aufl. Marburg, Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Eriksen, N. H./Espersen, F./Rosdahl, V. T./Jensen, K. (1995). Carriage of *Staphylococcus aureus* among 104 healthy persons during a 19-month period. *Epidemiology and Infection* 115 (1), 51–60. <https://doi.org/10.1017/s0950268800058118>.
- Fiedler, Christine (2015). *Study Nurse / Studienassistentz. Das Kompendium Für Die Weiterbildung und Praxis*. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin / Heidelberg.
- gi - gesundheitsinformation.de (2018). *Das deutsche Gesundheitssystem | Gesundheitsinformation.de*. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html> (abgerufen am 12.10.2023).
- Grol, Richard/Buchan, Heather (2006). Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Medical Journal of Australia* 185 (6), 301–302. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00580.x>.
- Gunkel, Christina (2012). 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. Online verfügbar unter <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe38.pdf> (abgerufen am 14.05.2020).

Haque, Mainul/Sartelli, Massimo/McKimm, Judy/Abu Bakar, Muhamad (2018). Health care-associated infections - an overview. *Infection and drug resistance* 11, 2321–2333. <https://doi.org/10.2147/IDR.S177247>.

Jackson, Kelly A./Gokhale, Runa H./Nadle, Joelle/Ray, Susan M./Dumyati, Ghinwa/Schaffner, William/Ham, David C./Magill, Shelley S./Lynfield, Ruth/See, Isaac (2020). Public Health Importance of Invasive Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* Infections: Surveillance in 8 US Counties, 2016. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 70 (6), 1021–1028. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz323>.

Jancin, Bruce (2011). Drug-Susceptible *S. aureus* Still Dangerous. *Caring for the Ages* 12 (2), 14. [https://doi.org/10.1016/S1526-4114\(11\)60047-4](https://doi.org/10.1016/S1526-4114(11)60047-4).

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (2019). STAUfrei-Studie. Keim-Expertinnen aus 50 Arztpraxen im Landkreis ausgebildet, Pressemitteilung vom 17.01.2019. Online verfügbar unter <https://www.staufrei-hdh.de/downloads/presse/Presseinformation-STAUfrei-Keimexpertinnen-ausgebildet.pdf> (abgerufen am 14.09.2023).

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (2020). Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm. Online verfügbar unter <https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/index.php> (abgerufen am 06.05.2020).

Köck, R./Becker, K./Cookson, B./van Gemert-Pijnen, J. E./Harbarth, S./Kluytmans, J./Mielke, M./Peters, G./Skov, R. L./Struelens, M. J./Tacconelli, E./Navarro Torné, A./Witte, W./Friedrich, A. W. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): burden of disease and control challenges in Europe. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies*

transmissibles = European communicable disease bulletin 15 (41), 19688.
<https://doi.org/10.2807/ese.15.41.19688-en>.

- Köck, Robin/Mellmann, Alexander/Schaumburg, Frieder/Friedrich, Alexander W./Kipp, Frank/Becker, Karsten (2011). The epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Germany. *Deutsches Arzteblatt international* 108 (45), 761–767. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0761>.
- Kousgaard, Marius Brostrøm/Scheele, Christian Elling/Vrangbæk, Karsten (2019). Inter-Sectoral Collaboration in Municipal Health Centres: A Multi-Site Qualitative Study of Supporting Organizational Elements and Individual Drivers. *International Journal of Integrated Care* 19 (2), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4196>.
- Kramer, Lena (2012). Die Implementierung komplexer medizinischer Interventionen in der Hausarztpraxis.
- Kruse, Lena Cynthia (2014). Qualitative Befragung von Hausärzten aus unterschiedlichen Versorgungsformen zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen einer Interventionsstudie der Pharmakotherapie bei herzinsuffizienten Patienten.
- Linde, Hans-Jörg/Lehn, Norbert (2006). Beta-Lactam-Resistenz "trifft" Virulenz. Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*. *Pharmazie in unserer Zeit* 35 (5), 422–425. <https://doi.org/10.1002/pauz.200600188>.
- Mayring, Philipp (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Andreas Boehm (Hg.). *Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz, Univ.-Verl. Konstanz, 159–175.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim, Beltz.
- Mayring, Philipp (2019). *Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen*. <https://doi.org/10.17169/FQS-20.3.3343>.
- Mey, Günter/Ruppel, Paul Sebastian (2018). Qualitative Forschung. In: *Sozialpsychologie und Sozialtheorie*. Springer VS, Wiesbaden, 205–244.

- Otto, Michael (2012). MRSA virulence and spread. *Cellular microbiology* 14 (10), 1513–1521. <https://doi.org/10.1111/j.1462-5822.2012.01832.x>.
- Pearson, Andrew/Chronias, Andrew/Murray, Miranda (2009). Voluntary and mandatory surveillance for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and methicillin-susceptible *S. aureus* (MSSA) bacteraemia in England. *The Journal of antimicrobial chemotherapy* 64 Suppl 1, i11-7. <https://doi.org/10.1093/jac/dkp260>.
- Peters, David H./Adam, Taghreed/Alonge, Olakunle/Agyepong, Irene Akua/Tran, Nhan (2014). Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine* 48 (8), 731–736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>.
- Phillips, Jack J./Schirmer, Frank C. (Hg.) (2008). Return on Investment in der Personalentwicklung. Der 5-Stufen-Evaluationsprozess. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, Springer, Berlin, Heidelberg; Springer Berlin Heidelberg.
- Pisek, P. E./Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *The BMJ* 323 (7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>.
- Rädiker, Stefan/Kuckartz, Udo (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Raza, Sobia (2011). Healthcare Associated Infections. Online verfügbar unter http://www.parlmaid.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/Factsheets/SB_11-80.pdf (abgerufen am 31.07.2023).
- Richard, S. (2020). Von der sektorenübergreifenden zur sektorenunabhängigen Versorgung. *Der Internist* 61 (9), 895–902. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00844-7>.
- Robert Koch-Institut (2000). *Epidemiologisches Bulletin* 8/2000 (8). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2000/Ausgabenlinks/08_00.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 31.07.2023).

- Salmond, Susan W./Echevarria, Mercedes (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopedic Nursing* 36 (1), 12–25. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>.
- Schrauder, A./Wendt, C. (2016). MRSA - welche Maßnahmen sind nötig? 42. Online verfügbar unter <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201602/070.pdf> (abgerufen am 07.05.2020).
- Schulz, Marlen/Mack, Birgit/Renn, Ortwin (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Wiesbaden, Springer VS.
- Schwind, F./Münch, H./Schröter, A./Brandner, R./Kutscha, U./Brandner, A./Heinze, O./Bergh, B./Engelmann, U. (2018). Long-term experience with setup and implementation of an IHE-based image management and distribution system in intersectoral clinical routine. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery* 13 (11), 1727–1739. <https://doi.org/10.1007/s11548-018-1819-2>.
- Siebenhofer, Andrea/Horvath, Karl/Semlitsch, Thomas/Plath, Jasper/Jeitler, Klaus (2014). Hausarztrelevante Empfehlungen in deutschen onkologischen Leitlinien - systematische Übersicht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108 (5-6), 283–292. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.04.017>.
- SM BW - Ministerium für soziales und Integration Baden-Württemberg (2018). *Modellprojekz sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg*. Online verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf (abgerufen am 01.08.2023).
- Strübing, Jörg/Hirschauer, Stefan/Ayaß, Ruth/Krähnke, Uwe/Scheffer, Thomas (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie* 47 (2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>.

- Szecsényi, Joachim (2014). Wissenstransfer und Implementierung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 108 (5-6), 249–250. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.06.014>.
- Tong, Allison/Sainsbury, Peter/Craig, Jonathan (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care 19 (6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Trietsch, Jasper/van Steenkiste, Ben/Hobma, Sjoerd/Frericks, Arnoud/Grol, Richard/Metsemakers, Job/van der Weijden, Trudy (2014). The challenge of transferring an implementation strategy from academia to the field. A process evaluation of local quality improvement collaboratives in Dutch primary care using the normalization process theory. Journal of Evaluation in Clinical Practice 20 (6), 1162–1171. <https://doi.org/10.1111/jep.12287>.
- van Dale, Djoeke/Lemmens, Lidwien/Hendriksen, Marieke/Savolainen, Nella/Nagy, Péter/Marosi, Edit/Eigenmann, Michela/Stegemann, Ingrid/Rogers, Heather L. (2020). Recommendations for Effective Intersectoral Collaboration in Health Promotion Interventions: Results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 Activities. International Journal of Environmental Research and Public Health 17 (18), 6474. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186474>.
- Wildermuth, Ronja Sybille (2021). Postoperative kognitive Dysfunktion und Delir bei älteren Patienten - eine qualitative Analyse zu Aspekten der transsektoralen Versorgung. <https://doi.org/10.15496/PUBLIKATION-53121>.
- ZON (1997). Met het oog op Toepassing [From the perspective of application].

7 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Eberhard Karls Universität zu Tübingen unter Betreuung von Frau Privatdozentin Dr. H. Sturm durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch Frau PD Dr. H. Sturm.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand in Zusammenarbeit mit A. Bauer statt.

Die Fokusgruppendifkussionen 1 und 4 wurden von mir, mit Unterstützung von Frau PD. H. Sturm und A. Bauer durchgeführt, die Fokusgruppendifkussionen 2 und 3 von mir mit Unterstützung von A. Bauer.

Die Audiodateien wurden von mir transkribiert.

Die qualitative Auswertung erfolgte durch mich. Es fand stellenweise eine Beratung durch Frau C. Preiser der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung statt. Das Kategoriensystem wurde von mir erstellt und die Kodierung der Textstellen von mir durchgeführt, beides in Absprache mit und unter Aufsicht von Frau PD Dr. H. Sturm. Die Auswertung der Kategorien und die Verschriftlichung wurden durch mich realisiert.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift sind nach Fertigstellung der Promotion maßgeblich in die folgenden Berichte eingeflossen und wurden bereits wie folgt veröffentlicht:

Antonia Bauer, Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Prof. Dr. Peter Martus, Prof. Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Cand.med. Pia Maria Büchler (2024). STAUFrei – Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von STaphylococcus AUreus Komplikationen bei elektiven Patienten. Beschluss: Evaluationsbericht. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/558/2024-04-19_STAUFrei_Evaluationsbericht.pdf (abgerufen am 05.08.2024).

PD Dr. Martin Grünewald, Hans Eberhardt, Elfriede Mayer, Antonia Bauer, Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Prof. Dr. Peter Martus, Prof. Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Cand.med. Pia Maria Büchler, Sarah Treffert, Stephan Trabert, Rüdiger Kucher, Dr. Jan Liese, Dr. Sophia Wolf, Christoph Bauer (2024). STAUFrei – Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von STaphylococcus AUreus Komplikationen bei elektiven Patienten. Beschluss: Ergebnisbericht. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/557/2024-04-19_STAUFrei_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 05.08.2024).

Tübingen, den 12.09.2024

(Pia Büchler)

8 Veröffentlichungen

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift sind nach Fertigstellung der Promotion maßgeblich in die folgenden Berichte eingeflossen und wurden bereits wie folgt veröffentlicht:

Antonia Bauer, Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Prof. Dr. Peter Martus, Prof. Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Cand.med. Pia Maria Büchler (2024). STAUFrei – Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von STaphylococcus AUreus Komplikationen bei elektiven Patienten. Beschluss: Evaluationsbericht. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/558/2024-04-19_STAUFrei_Evaluationsbericht.pdf (abgerufen am 05.08.2024).

PD Dr. Martin Grünewald, Hans Eberhardt, Elfriede Mayer, Antonia Bauer, Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Prof. Dr. Peter Martus, Prof. Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Cand.med. Pia Maria Büchler, Sarah Treffert, Stephan Trabert, Rüdiger Kucher, Dr. Jan Liese, Dr. Sophia Wolf, Christoph Bauer (2024). STAUFrei – Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von STaphylococcus AUreus Komplikationen bei elektiven Patienten. Beschluss: Ergebnisbericht. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/557/2024-04-19_STAUFrei_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 05.08.2024).

9 Danksagung

Beginnend möchte ich mich bei meiner Doktormutter, Frau PD Dr. H. Sturm für die wissenschaftliche Betreuung und Unterstützung während des gesamten Forschungsprozesses bedanken. Ein weiterer Dank geht an Frau Prof. Dr. S. Joos für die Betreuung und Beratung. Vielen Dank auch an A. Bauer für die Unterstützung während der Fokusgruppen und bei der Vorbereitung dieser.

Ein Dankeschön geht auch an meine Familie und Freunde für ihre ständige Ermutigung. Danke für die unermüdliche Unterstützung und Geduld im Entstehungs- und Finalisierungsprozess dieser Arbeit.

Schließlich möchte ich mich bei dem gesamten Studienteam des STAUFrei-Projekts und den Personen bedanken, die an den Fokusgruppen teilgenommen und ihre Erfahrungen und Erkenntnisse mit mir geteilt haben. Danke dass ich ein Teil dieses großartigen Projekts sein durfte.

10 Anhang

10.1 Leitfaden Fokusgruppen

Leitfaden Fokusgruppe Interventionspraxen

Konkreter Ablauf der Fokusgruppen mit den Interventionspraxen (120min)

Einführung (10min *(Timer auf Tisch sichtbar bereitstellen)*)

- *(vorab basteln Teilnehmer Namensschilder, unterschreiben Einwilligungserklärung, füllen Aufwandsentschädigung aus)*
- Begrüßung (Vorstellung der Moderation)
- Thematik, Fragestellung und Organisation
 - Moderierte Gruppendiskussion mit dem Ziel Ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge zu sammeln
 - Alle mit Projekt vertraut, daher dazu keine näheren Infos
 - Teilnahme freiwillig
 - Aufzeichnung mit Pseudonymisierung
 - Jederzeit Möglichkeit abubrechen
- Inhaltlichen Ablauf nennen und Abschlussrunde ankündigen (Fragen?)
- Vorstellungsrunde (Bitte nennen Sie kurz Ihren Namen, beruflichen Hintergrund, Praxis, sowie Ihre bisherigen Erfahrungen speziell mit dem MRE-Netzwerk)

(Aufnahmegerät einschalten (Transkription erfolgt pseudonymisiert))

Hauptteil *(bei Bedarf nach ca. 30 min Pause von 15 min, danach ca. weitere 45min)*

- Informationen zu den Praxen der Teilnehmer *(die folgenden Fragen liegen als Stichwortzettel aus)*
 - Wie viele Mitarbeiter hat Ihre Praxis?
 - Wie viele MFAs und wie viele Ärzte sind in Ihrer Praxis für das STAUfrei Projekt geschult worden?
 - Wo liegt Ihre Praxis (auf dem Land oder in der Stadt)?
 - Handelt es sich um eine Einzelpraxis oder haben Sie mehrere Standorte?
 - Welches ist die Fachrichtung Ihrer Praxis? Gibt es weitere Schwerpunkte?
- Wie gelingt die Umsetzung der Projektinhalte im Praxisalltag? (Einführung in den Sachverhalt)
- Was lief bisher gut? *(Teilnehmern Zeit geben, um wichtige Punkte zu notieren)*
- Was lief bisher nicht so gut? *(Teilnehmern Zeit geben, um wichtige Punkte zu notieren)*
- *(einzelne positive und negative Punkte an Flipchart festhalten)*
- *Folgende Fragestellungen zur Vertiefung:*
 - Waren das eher Einzelfälle oder trat dies vermehrt auf / prägte den Prozess durchweg?
 - Wie beurteilen sie die Abläufe praxisintern (Prozessevaluation)?
 - ❖ Zwischen Arzt und MFA
 - Und wie beurteilen sie die Abläufe an den Schnittstellen zur Klinik (Prozessevaluation)?
 - Haben Sie im Verlauf des Projektes schon Problemlösungen gefunden und durchgeführt, die die Umsetzbarkeit des Projektes erleichtern?
 - Haben sie Ideen wie die Hauptprobleme umgangen bzw. verbessert werden könnten?
 - ❖ Was hat Ihnen besonders geholfen, die Hindernisse zu überkommen?
 - ❖ Was war in der Findung einer Lösung eher hinderlich?
 - Welchen Tipp würden Sie zukünftigen Praxen unbedingt mitgeben?
 - Welchen Tipp würden Sie der Studienzentrale in Heidenheim unbedingt mitgeben?
 - *(auch Lösungsansätze notieren und nach Möglichkeit den Problemen zuordnen)*

Themen Forschung (Forschungspraxen): 15 min

- Fragen zur Teilnahme an Forschungsprojekten
 - Was hat Sie motiviert am STAUfrei Projekt teilzunehmen?
 - Was hat Sie motiviert an dieser Fokusgruppe teilzunehmen?
- Hintergrund: Forschungspraxennetzwerk (an Uni-Standorten in BW), Projektstart 2020:
 - Patienten und Strukturdaten ohne viel Aufwand extrahierbar und auswertbar – Praxis als Datenquelle
 - Praxis als aktiver Teilnehmer in Forschungsprojekten (Patientenrekrutierung, Umsetzung der Intervention...)
- Besteht grundsätzliches Interesse an einer Teilnahme an einem solchen Netzwerk? Für Praxis / für Sie persönlich?
- Unter welchen Voraussetzungen würden Sie in Zukunft erneut an einem Forschungsprojekt mitarbeiten?

Pause

Ziel: Muss es neue Rollenverteilungen geben? Sollte dies auf Praxis – oder regionaler Ebene stattfinden?

- Sektorenübergreifende Kooperation
 - Weitere Anwendungsmöglichkeiten von STAUfrei-Struktur/ Übertragbarkeit? Schnittstelle Praxis-Klinik, HA-Facharzt
 - Für welche Patientengruppen besteht Bedarf?
 - ❖ E.g. Screening Delir-Risiko im Rahmen von Operativen Eingriff / Elektive KH-Aufenthalte
 - ❖ E.g. Medikationsmanagement: Kommunikation von Medikationsplan zw. Schnittstellen
- Delegation (und interprofessionelle / sektorenübergreifende Kooperation)
 - Welche Berufsgruppen könnten das übernehmen? Pflege oder MFA? Professionelle Anforderungen an Fachkräfte?
 - Externe /regionale Koordinationsstelle, z.B. Case-manager (ambulant)
 - ❖ Bewertung möglicher Ausweitung des Tätigkeitsfeldes

Zusammenfassung (10min)

- Abschlussrunde mit einem Fazit zum Thema von Jedem der Teilnehmer
- (Stimmen Sie unserem Ergebnis zu? Ist dieses für Sie so weit vollständig oder fehlen noch entscheidende Punkte?)

(Puffer: 10min)

Danach:

- Danke!
- Gibt es Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge zum Ablauf der FG allgemein?

Leitfaden Fokusgruppe mit Studienpersonal

Konkreter Ablauf der Fokusgruppe mit Studienpersonal (ca. 60 min)

Einführung (5 min (Timer auf Tisch sichtbar bereitstellen))

- (unterschreiben Einwilligungserklärung)
- Begrüßung (Vorstellung der Moderation; C2 -> Vorstellung als neutrale Person, die von außen auf das Projekt schaut)
- Thematik, Fragestellung und Organisation
 - Moderierte Gruppendiskussion mit dem Ziel Ihre Erfahrungen zu sammeln
 - Alle mit Projekt vertraut, daher dazu keine näheren Infos
 - Teilnahme freiwillig
 - Aufzeichnung mit Pseudonymisierung
 - Jederzeit Möglichkeit abubrechen
- Inhaltlichen Ablauf nennen und Abschlussrunde ankündigen (Fragen?)
- Vorstellungsrunde (Bitte nennen Sie **kurz** Ihren Namen, beruflichen Hintergrund, Aufgabenbereich im Rahmen des STAUFrei Projektes)

(Aufnahmegerät einschalten (Transkription erfolgt pseudonymisiert))

Hauptteil (ca. 45 min)

- Wie gelingt für Sie bisher die Umsetzung der Projektinhalte? (Einführung in den Sachverhalt)
- Was läuft im Augenblick gut? (*Teilnehmern Zeit geben, um wichtige Punkte zu notieren*)
 - Welche Strukturen / Was ist hierfür maßgeblich?
- Was läuft im Augenblick nicht so gut? (*Teilnehmern Zeit geben, um wichtige Punkte zu notieren*)
 - Welche Strukturen / Was ist hierfür maßgeblich?
- *Eventuell nochmal nachhaken mit:* Was hat Sie überrascht bzw. womit haben Sie nicht gerechnet (sowohl positiv als auch negativ)?
- *Folgende Haupt-Fragestellungen zur Vertiefung:*
Es gab ja Punkte (bei Organisation und Abläufe), die im Prozess bereits verändert / angepasst wurden bzw. die noch Probleme bereiten. Dazu haben wir vorab eine grobe Aufstellung aus den Protokollen des Lenkungsausschuss und den Fokusgruppen erstellt, die wir jeweils unter folgenden Aspekten besprechen wollen
 - **Fragen jeweils zu den unten genannten Punkten:**
 - Was (Welche Lösung oder welcher Prozess) hat besonders geholfen, die Hindernisse zu überkommen?
 - (Was war in der Findung einer Lösung eher hinderlich?)
 - Was würden Sie retrospektiv bei der Planung und Umsetzung der Studie anders machen? Ratschläge für künftige Projekte?
 - Sind die gefundenen Lösungen ausreichend oder haben Sie dazu noch weitere Ideen?
 - Unter der Betrachtung der Abläufe innerhalb der Klinik, sowie der Abläufe an den Schnittstellen zu den Praxen, in den Praxen (Prozessevaluation).
 - Fallen Ihnen noch weitere Probleme oder Punkte ein, die wir noch besprechen sollten?

- **Folgende Themen/ Punkte:**
(in Klammern die aus den Protokollen oder FG hervorgehenden Änderungen/ Verbesserungsvorschläge)
 - Vorbereitung der Prozesse:
 - ❖ Schulungen (FG: Fehlen von praktischen Übungen und projektspezifischen Abläufen; Lösungsansätze (Protokolle): Online-Schulungen, Präsenzschiilung mit zusätzlichem Nachholtermin, STAUfrei-spezifische Abläufe)
 - ❖ Fallzahlen (Kalkulationen nicht erfüllt, zu hoch berechnet, verpasste Patienten durch kurzfristige und eigenständige OP-Terminierung... Lösungsmöglichkeiten: Einschluss MKG, Urologen, Gynäkologen, Kardiologen, HNO; Korrektur der Fallzahlen, Algorithmus über EDV, Wartezeit der Indikationssprechstunde)
 - ❖ Patientenmappe (zu dick und unübersichtlich, falsche Farbe; Lösung: Mappe wurde entschlackt, weißer Wunddokumentationsbogen) Wie sollte das nächste Mal vorgegangen werden?
 - ❖ Administrativer Aufwand im Gesamtprojekt, z.B. Kooperationsverträge (Problem: Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Zeitaufwand)
 - ❖ Erarbeiten bzw. Anpassungen des konkreten Patientenpfads / Ablaufs und Dokumentation (Problem: Transparenz und Rollen / Verantwortlichkeiten zwischen den Beteiligten)
 - ❖ ...weitere?
 - Laufende Studie:
 - ❖ Unterstützungsbedarf der Praxen und Kapazitätsbedarf
 - Study Nurse: (Problem: richtige Bedarfseinschätzung, Lösungsansätze: Erhöhung der Study Nurse Stellen)
 - Unklarheiten bezüglich der Umsetzung/ Abläufe des Projektes; Klärungsmöglichkeiten durch:
 - ✓ Fallkonferenz
 - ✓ Hotline
 - ✓ Besuch der Praxen
 - ❖ Befundkommunikation (Problem: Praxen bekommen kein Feedback über ihre Performance; Lösungsansätze (FG) kurze Rückmeldung per Fax oder Telefon)
 - ❖ Patienten Compliance (organisatorische Hürden Sanierung) Cave: hier nicht inhaltlich über Verbesserung der Compliance nachdenken
- (Optional: Unter welchen Voraussetzungen würden Sie in Zukunft erneut an einem Forschungsprojekt mitarbeiten bzw. eines planen und durchführen?)

Zusammenfassung (5 min)

- Abschlussrunde mit einem Fazit zum Thema von Jedem der Teilnehmer
- Ist das Besprochene für Sie so weit vollständig oder fehlen noch entscheidende Punkte?

Danach:

- Danke!

Puffer (5 min)

10.2 Kategoriensystem mit Definitionen und Ankerbeispielen

Tabelle 7: Inhaltlich zusammenfassende Kategorien mit Kategoriendefinitionen und Ankerbeispielen (fett gedruckte Kategorien sind Hauptkategorien)

Kategorie	Kategoriendefinition	Ankerbeispiel
Einzelne Arbeitsschritte im Projekt	Sammlung aller wesentlichen Informationen zu den einzelnen Arbeitsschritten im Prozess – bei Überschneidungen wird das Textsegment derjenigen Kategorie zugewiesen, für die es eine unmittelbare Konsequenz hat	
Studienein-schluss und erste Maßnahmen in der Studien-zentrale	Informationen über den Stu-dienein-schluss und die Aufklä-rung der Patienten aus Praxis-sicht in der Studienzentrale im Klinikum sowie Informationen zum ersten Abstrich, wenn er aus Zeitmangel in der Klinik statt in der Praxis durchgeführt wurde, und Anmeldung von Pa-tienten bei der Praxis durch die Studienzentrale	M1: „Also sehr gut läuft finde ich, dass die Patienten schon vorher aufgeklärt werden. Die wissen wirklich sehr viel schon dar-über. Weil ich finde das erleichtert uns auch normal das, weil...“ C1: „... die Hemmung kleiner ist.“ M1: „Genau, weil sonst kommen die und sind total verunsichert. Also das gar nicht der Fall. Die wissen da wirklich gut darüber Bescheid.“ (1.117-119)
Abstrich in der Praxis	Informationen über die Ab-strichnahme in den Praxen	„Aber so die Umsetzung vom Abstrich sel-ber das ist gar kein Problem. Das funk-tioniert super.“ (M1.1.27)
Päckchen und Verschicken des Abstrichs	Arbeitsschritt des Verpackens und Verschickens des Abstrichs sowie alle zugehörigen Informa-tionen	M4: „[...] aber wir geben auch allen Patien-ten selber das Päckchen mit, das sie dann zur Post schicken müssen nach Tübingen, das hat bis jetzt auch sehr gut funktioniert. Also wir bringen das nicht mal selber zur Post weg.“ C1: „Die Abstriche?“ M4: „Ja also wir falten die Schachtel, Porto drauf, dann wird mit Klebeband noch ein-mal zu geklebt und dann bei uns die Straße runter gibt es einen Briefkasten, das haben wir ausprobiert, das Päckchen passt dort hinein. Und dann haben wir ge-sagt sie sollen doch bitte das selber schnell auf dem Weg dort hinein schmeißen und dann müssen wir da nicht zur Post mit dem Ding.“ C2: „Und in den anderen Praxen ist das ei-gentlich, sie sehen das...?“ A1: „Wir haben die Praxis neben der Post und dann ist das kein Aufwand da ein paar Schritte zu gehen (Gelächter). Und dann ist mir das sicherer.“ (mehrfaches Ja zur Zustimmung) M5: „Ja find ich auch“ M4: „Ja aber selbst wenn wäre das kein Aufwand, dann laufen halt auch die 100 Meter zum Briefkasten. Aber wir haben noch keine negativen Erfahrungen

		gemacht deswegen. Aber selbst wenn wir das jetzt nicht wirklich, die Kollegin fährt jeden Abend mit dem Fahrrad dran vorbei.“ (2.162 - 169)
Befunde der Abstriche	Überkategorie für alle Aussagen zu den Befunden von Abstrichen	
aus der Praxis	Äußerungen zu den Ergebnissen der Abstriche, die die Praxen aus der Mikrobiologie in Tübingen erhalten	„Der Befund von Tübingen kommt immer gut, da war nichts.“ (M9.3.45)
aus dem Klinikum	Äußerungen zu den Ergebnissen der Abstriche, die im Klinikum nach Aufnahme der Patienten gemacht werden	„Aber die weiteren Kontrollabstriche werden ja nach der OP im Krankenhaus gemacht und da kriegen wir keine Rückmeldung und auch der Patient nicht. Also der kriegt jetzt nicht gesagt: ‚Oh das war positiv, negativ.‘ Nur auf Nachfrage.“ (M4.2.141)
Aufklärungsgespräch Sanierung	Äußerungen zum Gespräch, das mit den Patienten vor der Sanierung durchgeführt wird	„Und dann die Aufklärung wie jetzt das abläuft mit dem Sanieren machen auch wir. Also der kommt halt mittags mal schnell vorbei, wenn's ruhig ist und dann...“ (M4.2.157)
Sanierung	Überkategorie für den Prozess der Sanierung	
Sanierungsset	Informationen zu den Bestandteilen des Sanierungssets sowie Bedenken bezüglich der Verträglichkeit der Sanierungsmittel und Unklarheiten im Umgang mit diesen	„Die Patientensanierungspakete, die sind auch sehr verständlich finde ich, also ist echt idiotensicher gemacht, das kann glaube ich jeder. Finde ich toll.“ (M9.3.45)
Organisatorische Schwierigkeiten bei dem Sanierungsprozess	Schwierigkeiten im Sanierungsprozess, die nicht Bestandteile des Sanierungssets betreffen	„Das Einzige, was sie nicht machen, also haben sie bisher alle nicht gemacht, war die Bettwäsche jeden Tag wechseln. Das haben sie gesagt machen sie nicht. Die Frau steigt ihnen da aufs Dach. Hat aber beides mal, also war beides mal erfolgreich trotzdem. Aber Bettwäsche wechseln will keiner.“ (M4.2.108)
Patientenmappe	Sammlung aller Äußerungen, die sich auf die Patientenmappe beziehen. Da diese die Patienten-ID und den Patientenfragebogen enthält, werden Informationen hierzu auch dieser Kategorie zugeordnet. Die Wundkontrolle inklusive des Ausfüllens des Wunddokumentationsbogens als Arbeitsschritt wird separat aufgeführt, außer es werden Aussagen zu dessen Format getätigt.	„Wir waren uns am Anfang nur ein bisschen unsicher wegen der Mappe. Was jetzt alles ausgefüllt werden muss, weil es einfach alles so viel ist und ja wir haben dann immer Angst etwas zu vergessen. Und dass, gut danach weiß man schon, die haben das dann gut erklärt bei der Fallkonferenz, dass es wirklich nur das grüne Blatt ist, was man ausfüllen muss und nur die eine Seite. Aber das ist irgendwie ein bisschen verwirrend auch für die Patienten, weil die dann sagen, ja das steht alles leer und man muss gar nichts ausfüllen und das ist ein bisschen schwierig.“ (M1.1.27)

Wundkontrolle, -dokumentation und Nachsorge	Informationen zur Wundkontrolle und der Nachsorge der Patienten in den Praxen nach Entlassung aus dem Krankenhaus	C2: „Ok, aber damit haben Sie eigentlich gleich noch ein neues Problem angesprochen, dass es gar nicht möglich ist vielleicht die Patienten nachträglich noch mal zu sehen, da die in Reha sind oder anderweitig nicht mehr erreichbar sind.“ M4: „Ja sie wurde angemeldet zu Staufrei. Ihr wurde Bescheid gegeben, aber der erste Abstrich wurde, auch weil es so zeitlich knapp war, am Krankenhaus gemacht. Der war negativ, aber deswegen muss man ihr trotzdem die Wundkontrolle oder so machen. Aber die ist nahtlos vom Krankenhaus in Reha.“ (2.62 u. 63)
Abrechnung STAUFrei	Äußerungen, Probleme und Fragen zum Thema Abrechnung im STAUFrei-Projekt	M4: „Dann war die Frage noch für uns, es gibt die Abrechnungsziffer zur Aufklärung, aber gilt da die Aufklärung: ‚Sie müssen das jetzt, wenn sie saniert werden, das so und so machen‘? Oder die Aufklärung allgemein über das Projekt? Weil das macht ja das Krankenhaus, wenn die da angesprochen werden.“ C1: „Die Frage haben wir uns auch schon gestellt, aber das wäre dann durch die Frau Z. zu beantworten, das weiß ich jetzt so konkret auch nicht.“ A1: „Und in der großen Eile macht ja manchmal das, also wenn das dann wirklich so ne ganz spontane Entscheidung ist, dass die noch Platz haben für eine OP, dann machen die ja schon mal den Abstrich selber. Die geben dann zwar auch ganz prompt das Ergebnis durch, aber gut wer dokumentiert das dann oder wie rechnen wir das dann ab oder... Wir haben dann zwar schon eine Arbeit, aber wir haben natürlich nicht den Abstrich gemacht. Das ist jetzt ein oder zweimal vorgekommen. Da hieß es das geht so schnell, die hat schon den Termin, weil was weiß ich...“ M4: „Also wir haben da gar nichts abgerechnet, wo sie da angerufen haben.“ A1: „Aha“ C1: „Ja, da lieber die Studienzentrale kontaktieren. Ich hätte da eine Vermutung, aber Thema Abrechnung ist noch...“ (2.64 - 69)
Terminvereinbarung	Informationen zum Arbeitsschritt der Terminvereinbarung zwischen Praxis und Patient sowie Äußerungen zu Schwierigkeiten bei der Terminvergabe durch Urlaub der Praxen und Vertretungen (nicht der Urlaub der Patienten)	„Ja also ich finde es ein bisschen schwierig, dass der Patient von der Studienzentrale angesprochen wird und dann nach Hause geschickt wird und dann gesagt wird machen Sie sich diesen Termin aus. Also ich persönlich würde mir wünschen, dass vielleicht der Patient, während er oder die Studienzentrale, wenn sie sowieso bei uns anrufen, vielleicht das machen, wenn der Patient noch da ist. Also ich glaube das

		birgt ein Fehlerpotenzial. Die kriegen dann wohl einen Zeitraum genannt: ‚Zwischen da und da brauchen Sie den Termin‘, aber ich persönlich würde es besser finden, wenn die dann gleich von der Studienzentrale mit dem Patienten gemeinsam irgendwo sich bei uns dann melden.“ (M5.2.36)
Zeitmanagement	Aussagen zur Zeit, die für das Projekt in den Praxen aufgewendet werden muss, und wie die Abläufe in den Praxisalltag eingeplant werden	
Zeitplanung	Äußerungen, die sich mit der zeitlichen Integration der Projektinhalte in den Praxisablauf beschäftigen inklusive von Problemen in der zeitlichen Planung durch Urlaub der Patienten	„Und dann hatten wir einmal noch das Problem, dass der Patient während der Sanierung eben den Termin verschoben gekriegt hat. Also die hat den OP-Termin gehabt und da war dann am 2. Tag der Sanierung und da hieß es nene erst in 3 Wochen. Also das war so ein bisschen irreführend für den Patienten. Und für mich dann in dem Fall auch, weil ich dann auch nicht wusste wie in dem Fall weiter. Klar dann telefoniert, aber das war dann so bissle.“ (M5.2.37)
Zeitlicher Aufwand	Aussagen zum zeitlichen Aufwand für die Praxismitarbeitenden bezogen auf einzelne Arbeitsschritte im Projekt und übergreifend betrachtet	„Und vom Aufwand her ist es ja wirklich nicht viel. Also den Abstrich machen, das ist überhaupt gar kein Problem und das Versenden dann auch nicht.“ (M1.1.302)
Informationsangebot Klinik	Äußerungen zu den Einführungsveranstaltungen und den Fallkonferenzen in der Klinik	
Einführungsveranstaltung und Projektstart	Da der Projektstart unmittelbar aus der Vorbereitung der Praxen durch die Schulungsveranstaltungen hervorgeht, wurden diese beiden in einer Kategorie zusammengeführt. Unterlagen, wie die Patientenpfade und eine Tabelle, die zu Projektbeginn an die Praxen verteilt wurden, werden ebenfalls hier codiert.	„Manchmal sind weniger Infos mehr, also weil man hat am Anfang mit so vielen Infos zu tun, dass man das wichtige gar nicht rauspicken konnte, was jetzt eigentlich von uns gewollt und gefordert ist, sondern sich vielleicht auf das wichtigste beschränken.“ (M4.2.295)
Fallkonferenzen	Äußerungen, die die Fallkonferenzen im Klinikum HDH betreffen	M1: „Aber so die Fallkonferenzen das war wirklich hilfreich muss ich sagen. Weil dadurch haben wir dann erst gemerkt... Am Anfang haben wir gedacht: „Oh müssen wir so oft gehen.“ Das war wirklich, weil man arbeitet dann den ganzen Tag und dann denkt man: „Oh ne, muss ich jetzt mir die Zeit auch noch einplanen.“ Vor allem der Mittwochnachmittag, wo der einzige Tag für eine Vollzeitkraft ist, wo man frei hat. Aber das ist super. Das hilft einem schon arg. C1: „Da gehen sie dann als MFA's hin?“ M1: „Ja genau.“ (1.112 - 114)

Umgang mit Problemen	Diese Hauptkategorie beinhaltet Aussagen dazu, wie in den Interventionspraxen mit Problemen umgegangen wird und welche Strukturen hierfür genutzt werden.	
Praxisinterne Problemlösungen	Vorgänge und Lösungen, die in den Praxen bei Problemen erfolgen	C3: „Und ist das dann irgendwo aufgeschrieben im Qualitätshandbuch oder...?“ M1: „Ja. Ne wir haben halt dann so einen STAUfrei Ordner gemacht...“ C3: „Ok.“ M1: „...wo dann halt die Befunde auch drin sind und so ja... (gefolgt von Lachen)“ C1: „Ja gezwungenermaßen.“ M1: „Ja wir wussten halt nicht wenn wir jetzt, wir scannen zwar die Befunde ein dann bei dem Patienten, aber wo tun wir die dann hin, dass man wieder drauf zugreifen kann oder dass man weiß der war dabei.“ C3: „Ja stimmt.“ M1: „Das ist ein bisschen das Schwierige gewesen ja das haben wir am Anfang gesagt gut jetzt versuchen wir es mal so und das funktioniert jetzt eigentlich ganz gut, ja.“ (1.154-161)
Koordinationsstelle Studienzentrale und Ansprechpartner	Kontaktierung der Studienzentrale und anderer Ansprechpartner der Projektleitung bei Problemen und Informationen zu den Parteien	„Aber das mit der Studienzentrale habt ihr ja erzählt das funktioniert sehr gut. Wenn man da anruft, kriegt man kompetente Antworten. Die sind erreichbar, also das ist halt ein guter Notanker noch mal.“ (A2.2.92)
Austausch zwischen den Praxen	Aussagen zum Austausch zwischen den Praxen, ob gewünscht, erfolgt oder notwendig – gerade im Umgang mit und beim Aufdecken von Problemen	M1: „Ja, irgendwie will man sich noch mal absichern. Da wäre dann vielleicht schon so ein Austausch ganz gut, wo man sagen kann, man schreibt jetzt einfach mal irgend jemand und...“ C1: „Ja, Sie brauchen dann denke ich eine recht zeitnahe Rückmeldung.“ (1.258 u. 259)
Projektverlauf	Diese Hauptkategorie beinhaltet zum einen Details zum Projektverlauf mit Äußerungen der Patienten und Mitarbeit dieser aus Sicht der FG, die Anzahl an Patienten im Verlauf des STAUfrei Projekts und Äußerungen der Interventionspraxen zum Projektverlauf sowie deren Ausblick auf die Zukunft des Projektes. Zum anderen sind Informationen zur Rollenverteilung mit Delegation von STAUfrei Inhalten und Arbeit im Team innerhalb der Interventionspraxen und Aussagen zur Beteiligung weiterer Berufsgruppen enthalten.	

<p>Ärztlicher Aufgabenbereich, Delegation und Arbeit im Team</p>	<p>Informationen zur Aufgabenverteilung und Arbeit innerhalb des Praxisteam bei STAUfrei</p>	<p>A2: „Also bei uns ist es ganz einfach. Ich als Chef habe mit der ganzen Sache nichts zu tun, das machen meine Mädels einfach wirklich gut. Ich kriege dann die Faxe zwar zu sehen, aber diese ganze Abstrichgeschichte, Terminvereinbarung mit Patienten geht für mich völlig problemlos, weil ich hab damit nichts zu tun.“ M6: „Ja, aber du bist eigentlich der Ansprechpartner.“ A2: „Ja das kannst du ja mal sagen.“ (2.33-35)</p>
<p>Beteiligung weiterer Berufsgruppen</p>	<p>Informationen zur Anwesenheit von Mitarbeitenden von Sozialstationen und Altersheimen bei der Einführungsveranstaltung sowie Mitwirkung und Unterstützung der Patienten im STAUfrei-Projekt</p>	<p>M8: „[...] Natürlich wenn's dann, wenn sie pflegebedürftig sind und das geht nicht dann läuft es über die Sozialstation. Dann muss das die Sozialstation machen, aber so diese wirkliche diese Kontrolle, wie sie's dann wirklich machen daheim, das ist... ja gut das hat niemand, ob sie jetzt jung sind oder alt sind.“ M9: „Habt ihr schon mal Sozialstation kontaktiert, dass die das dann unterstützend mitmachen?“ M8: „Einmal haben sie's machen müssen, einmal haben sie es gemacht.“ M10: „Ok“ M9: „Ja, ist gut.“ M8: „Ja, haja da kriegen die ja die Verordnung, kriegen sie ja dann, wenn sie nicht sowieso jeden Tag kommen, dann müssen sie ja dann jeden Tag waschen dann. Dann kriegen sie da so 3/5 Tage die Verordnung, dass sie es machen müssen.“ M9: „Ok, schreibe ich mir mal auf.“ M15: „Das ist eigentlich gut.“ M10: „Das ist gut zu wissen, weil das wusste ich zum Beispiel nicht, dass man das machen kann.“ M8: „Weil es können ja, wenn das jetzt ein bettlägeriger Patient ist, dass die das dann machen...“ (schwierig zu verstehen, da zwei/ drei Personen gleichzeitig sprechen) 20:34 M9: „Dass die das dann auch machen...“ M10: „Jaja, solche Fälle hatten wir noch gar nicht, deswegen ist gut zu wissen das man sich auch auf jeden Fall an die Sozialstation wenden kann.“ M14: „Halt die, dies eh schon...“ M8: „Ja begeistert sind sie nicht. Halt die wo's eh so, ja die wo's eh schon brauchen, klar.“ M10: „Ja ja, klar.“ M9: „Die wo sie eh kommen, ja.“ M10: „Die was es eh nicht alleine können.“ M8: „Genau.“ M10: „Ja“ (3.116 - 134)</p>

<p>Patientenmitarbeit und -äußerungen</p>	<p>Aussagen zur Mitarbeit der Patienten im STAUfrei-Projekt und Äußerungen von diesen gegenüber den Teilnehmenden der FG – Erscheinen der Patienten und Terminvereinbarung aus Sicht der Praxis dabei ausgeschlossen</p>	<p>„Aber ich glaub eher das bei denen nicht das, die Arbeit wirklich das Problem ist, sondern die fühlen sich, die denken die sind dreckig. Weil wenn sie den Keim haben denken sie, also das war öfters wenn das wirklich positiv war oder jetzt der eine MRSA positiv, er hat dann immer gesagt: ‚Ich bin doch eigentlich ein sauberer Mensch‘. Dann sag ich: ‚Das liegt nicht an dem, ob Sie sauber sind oder nicht. Das kann jeder haben. Und manchmal ist es, wenn man zu sauber ist, dann fliegen die Keime vielleicht auf einen richtig drauf.‘ Also das ist, ich glaub es ist eher wirklich die Erkenntnis, dass man diesen Keim in sich trägt. Und ich glaub davor haben die Leut Angst.“ (M16.4.339)</p>
<p>Patientenzahl</p>	<p>Informationen zu Patienten-/Fallzahlen im STAUfrei Projekt und mit niedrigen Zahlen einhergehenden Problemen sowie zu Rekrutierung und deren Ausweitung</p>	<p>M4: „Habt ihr eigentlich viele Patienten? Weil wie gesagt bei uns waren effektiv drei jetzt seit Start.“ A1: „Ja ich glaub auch 3 ungefähr.“ M5: „Wir haben 4.“ C2: „Glauben Sie da gehen einige verloren auf dem Weg, die eigentlich...?“ M4: „Gut eine weiß ich. Das ging bei uns wegen dem Urlaub nicht. Und die dann gesagt hat: ‚Ha bevor sie da jetzt zu einem anderen Arzt geht und dann lässt sie es halt bleiben.‘ Gut wir machen schon viel Wundversorgung, aber das sind dann halt mehr so ambulante Sachen, wo dann ja alle durchs Raster fallen. Wo dann bloß mal einen Tag grad vielleicht in der Notaufnahme sind, sich die Wunde versorgen lassen und dann wieder heim gehen. Aber wir haben, gut jetzt eine Praxis weiß ich, die haben gesagt sie haben schon relativ viele, aber wir haben uns schon gewundert. Das waren bis jetzt effektiv drei, die da waren. Vielleicht sind es auch so wenig.“ M7: „Ja wir haben drei bis jetzt und zwei/drei Angemeldete, die noch kommen.“ C2: „Woran glauben Sie, dass das liegen könnte, also...?“ M5: „Aber wir haben ja gerade gesehen, dass die Fallzahlen so rückläufig waren. Also das liegt glaube ich einfach daran, dass die OPs gerade irgendwie so wenige sind.“ M4: „Ja gut vielleicht jetzt Sommerurlaub, geplante Sachen verschiebt man vielleicht wieder mehr Richtung Herbst oder Frühjahr.“ M7: „Ja mehr ist im Herbst.“ A2: „Ja, aber die meisten OPs urologisch oder gynäkologisch oder wie auch immer, da ist gerade nichts los auf den Gebieten und so viele Hüft-TEPs und sowas hab ich</p>

		nicht. Schulterprothesen ein paar, aber das sind eher wenig planmäßige Operationen, um die es da ja gerade geht.“ M4: „Und viel halt ambulant, wo sagen bloß mal heute, weil gerade eine Platzwunde gekriegt. Die fallen ja alle aus dem Raster.“ (2.118 - 129)
Weiterer Projektverlauf allgemein und Ausblick	Aussagen zum Verlauf des Projekts nach der Anlaufphase und Vermutungen der Interventionspraxen zu dessen Zukunft	„Also ich finde STAUfrei insgesamt nach einem bisschen holprigen Start finde ich, ist das jetzt ein Selbstläufer. Also das funktioniert gut und diese kleinen Probleme, die kriegt man relativ einfach gelöst.“ (A2.2.399)
Projektplanung und Hürden aus Sicht des Studienpersonals	Diese Hauptkategorie enthält ausschließlich Aussagen aus der FG mit Studienpersonal. Die Unterkategorien beinhalten zum einen Aussagen zur Planung des STAUfrei-Projekts sowie dabei auftretender Probleme, aus denen sich Erkenntnisse für zukünftige Studien ableiten lassen. Zum anderen sind Aussagen zur Arbeit im Studienteam, Unterschiede zwischen den theoretisch geforderten Standards und denen in der Realität sowie Überlagerung mehrerer Aufgabenbereiche des Studienpersonals enthalten.	
Studienteam, Studienplanung und Voraussetzungen	Aussagen der FG mit Studienpersonal zur Planung der Studie STAUfrei und den Voraussetzungen für die Studienplanung von STAUfrei beziehungsweise zukünftiger Studien. Weiterhin werden Aussagen zur Arbeit im Studienteam inkludiert.	Pfade retrospektiv weniger komplex zu Beginn zu gestalten Die Pfadersteller hatten wenig Studienerfahrung Pfade: S3.: Man kann das nicht am grünen Tisch planen, das ist ein Lerneffekt aus der Studie. (5.41-43)
Bestehende Standards und Qualitätskontrolle	Aussagen zu Standards, von denen bei Studienplanung ausgegangen und auf denen aufgebaut wurde, sowie Aussagen zu Diskrepanzen in der Qualität und bei der Umsetzung dieser Standards	Kontrollgruppe wurde als Kontrollgruppe erst „eingenordet“, d.h. die Standards, die schon lange bestehen sollten, werden dort jetzt zeitgleich implementiert (S2.5.47)
Überlagerung von Anforderungen	Aussagen zu Überschneidungen der Aufgaben der Studie mit den Anforderungen des Alltags im Klinikum in Bezug auf das Studienpersonal und Faktoren einer Priorisierung	Problem sind nicht die Praxen, sondern die Abläufe in der Klinik. (S3: Problem sind die bereits jetzt schon stark verdichteten Prozesse, es ist extrem viel gleichzeitig in sehr wenig Zeit zu erledigen; das macht es sehr schwer, in der gleichen Zeit noch einen weiteren Prozess unterzubringen) (5.48)

Teilnahme an Forschungsprojekten	In diese Hauptkategorie werden Motivation und Beweggründe für die Teilnahme an Forschungsprojekten, wie den Fokusgruppen, dem STAUfrei-Projekt oder weiteren zukünftigen Projekten, eingeordnet. Außerdem werden Aussagen gesammelt nach denen eine Teilnahme an STAUfrei als Forschungsprojekt zu einer tiefergreifenden Sensibilisierung und Veränderungen geführt habe.	
Motivation und Meinungen zu Fokusgruppe	Aussagen der Teilnehmenden zur jeweiligen Fokusgruppe sowie deren Motivation und Gründe zur Teilnahme	A2: „[...] Ich fand jetzt die Gruppenatmosphäre ganz nett und grad das bringt halt immer noch mal ein weiter und auf neue Ideen und deswegen sitze ich hier.“ M2: „Ja ich fand es auch interessant, wie die anderen Praxen damit umgehen. Dass sie auch Probleme haben wie wir.“ M4: „Ja die kleine Gruppe war jetzt ganz gut denke ich, dass da nicht zu viele waren [...]“ (2.399 - 401)
Motivation an STAUfrei teilzunehmen/ Rekrutierung	Beweggründe zur Teilnahme an STAUfrei	„Also grundsätzlich finde ich es ganz gut, man kriegt ja immer einen Schreck, wenn man sagt, wenn man in Holland landet, dann ist man ein Risikopatient, wenn man im deutschen Krankenhaus war. Das sind so Dinge wo ich sage Mensch da haben wir verdammt viel Potenzial und dass ist jetzt ja mal ein Versuchsballon, wenn der gut funktioniert und man kann einiges verhindern und kann vernünftige Kommunikationswege aufbauen, wär das ja ein Riesengewinn. Und sich dann da engagieren, so groß ist der Aufwand dann auch wieder nicht. Dachte ich anfangs, dass er nicht so groß ist. Jetzt sind aber doch einige Termine zusammengekommen, aber es ist denke ich etwas Lohnendes.“ (A2.2.239)
Sensibilisierung und Veränderungen durch STAUfrei	Äußerungen aus der FG mit Studienpersonal zur Sensibilisierung und Veränderungen, die die Teilnahme an STAUfrei bei den Teilnehmenden bewirkt haben	S2: Das Thema stößt auf große Resonanz, jetzt hat man eine Lernkurve geschafft, d.h. man sollte weitere Projekte anstoßen S4: Lernkurve auch bzgl. der Strukturen nutzen und ggf. andere Projekte (Themen erweitert) ins Auge fassen. (5.71-72)
Motivation für weitere Forschungsprojekte	Äußerungen zu einer zukünftigen Teilnahme an Forschungsprojekten und die Voraussetzungen hierfür	C2: „Eine etwas allgemeinere Frage zu Forschungsprojekten. Unter welchen Voraussetzungen würden sie in Zukunft erneut an einem Forschungsprojekt wie vielleicht STAUfrei mitarbeiten?“ A2: „Wenn wir Sinn beim Projekt sehen.“ M7: „Ja genau“ (2.313 - 315)

Allgemeine sektorenübergreifende Kooperation	<p>In dieser Hauptkategorie werden Themen wie Delegation und Möglichkeiten zur verbesserten Zusammenarbeit an unterschiedlichen Schnittstellen des Gesundheitssystems sowie Aussagen der Interventionspraxen zum Nutzen einer möglichen Koordinationsstelle behandelt.</p>	
Delegation allgemein	Aussagen der Teilnehmenden der FG mit Interventionspraxen zum Vorhandensein von Delegation im Praxisalltag und Ausweitungsmöglichkeiten	M16: „Man kann's jetzt nicht genau pauschal sagen. Wenn's was Neues ist macht's der Chef und wenn er sieht ok die kann es, gibt erst dann weiter.“ C3: „Dann... Ja super.“ M18: „Wir haben ja...“ (4.1158-1160)
Externe Koordinationsstelle – Case Manager	Aussagen und Meinungen zum Nutzen eines Case Managers für den ambulanten Bereich, der Patienten innerhalb einer Region betreuen und Arztpraxen so u.a. entlasten soll	„Das Problem ist was soll diese Stelle machen? Wo hat die die Informationen her? Weil das, was wir wollen, sind ja Informationen und die kriege ich dann vom Stationsarzt, vom Entlassmanagement, von der Sozialstation und wenn ich dann eine zentrale Nummer anwähle und die dann sagt ok ich kümmere mich drum ist das vielleicht eine gewisse Entlastung, weil die dann vielleicht länger in der Warteschleife hängen würde und kann als ich, aber dann ist es wieder wie stille Post. Also dann würde ich direkt versuchen mit den Leuten Kontakt aufzunehmen ich brauche.“ (A2.2.363)
Schnittstelle Klinik- Praxis	Meinungen und Verbesserungsvorschläge der Interventionspraxen zur Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Klinik und Praxis	A2: „Ja grad so beim Entlassmanagement gibt es sicherlich viel Potenzial ja. Mittlerweile wir sind seit ein paar Jahren hier mittlerweile kennt man, ruft mal kurz im Krankenhaus an. Aber es wäre natürlich schön, wenn es ein paar Automatismen geben würde, dass das Entlassmanagement anruft und sagt wir entlassen die Oma Freitagnachmittag seid ihr denn noch da und wie kriegen wir es dann mit Medikamenten hin. Weil das ist immer ungünstig, wenn dann der Patient anruft ich bin jetzt zu Hause. Das sind so Dinge da ist sicherlich noch Potenzial dar.“ M4: „Oder wenn sie dann Bescheid geben die Dame wird entlassen, aber sie braucht, man baut eine Sozialstation, Medikamente gibt es ja sowieso bloß nur noch für einen Tag mit grad, wie sie sagen.“ A2: „Theoretisch könnte es ja verordnet werden vom Krankenhaus. Aber das wissen ja die Ärzte da komischerweise noch nicht.“ M4: „Genau und das Krankenhaus darf auch krankschreiben und das wissen sie nicht. Aber das da mit dem Entlassmanagement, dass wenn es gerade größere Sachen zum Vorbereiten sind, dass die

		<p>einen vorwarnen und sagen die Frau oder der Patient wird entlassen am Freitag, am Montag und man braucht auf alle Fälle eine Sozialstation und es gibt eine größere Wundversorgung hin, wir haben das bis jetzt so und so gemacht, weil wir... Wir haben ja einen, dem hat man den Fuß amputiert, dann war ewig die Frage mit was verbindet man jetzt, was... Da musste erst die Sozialstation hin sich ihn anschauen und überlegen was machen wir. Würde er zu uns kommen, würden wir sagen, wir würden das mit dem und dem jeden Tag verbinden. Dass das ein bisschen besser läuft oder schneller auch anläuft.“ (2.336-339)</p>
<p>Schnittstelle Hausarzt – Facharzt</p>	<p>Meinungen und Verbesserungsvorschläge der Interventionspraxen zur Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Hausarzt und Facharzt. Niedergelassene, nicht hausärztliche Praxen werden zur besseren Übersichtlichkeit als Facharzt bezeichnet, wissend, dass der Allgemeinmediziner ebenfalls ein Facharzt ist.</p>	<p>M18: „Man könnte einiges leichter machen. Ich find auch manchmal so ne Konkurrenz zwischen Allgemeinmedizin Fachärzte besteht auch. Da gibt's Fälle da doktert, ich mein keinen persönlich Gottes Willen (Lachen aus der Runde), aber die doktern dann ewig umeinander...“ C3: „Ja“ M18: „...und nach 6 Wochen geht halt immer noch nichts. Und dann kommt die arme Frau, will nen Termin natürlich so schnell wie möglich, kannst ihn natürlich nicht geben, weil du keinen Platz hast und so geht das weiter. Und und ich find genau da sollt ne Allgemeinlösung gefunden werden, finde ich, auch von Vergütungen von den Ärzten...“ C3: „Ja, dass die sich auch mal austauschen können und...“ M18: „Genau, dass die sich austauscht.“ C3: „Ja, genau.“ M18: „Dass keiner neidisch muss sein, dass einer da vielleicht an dem Patient mehr rausholen kann als der andere. Ich find da ist das Problem. Ich glaub das können wir persönlich gar nicht lösen,...“ C3: „Ne ne.“ M18: „...sondern es muss an einer ganz anderen Stelle an-, also gelöst werden.“ C3: „Auf jedenfall. Ja, ja, ja, das stimmt.“ M18: „Ist meine Meinung. Und solange das nicht ist, wird es immer schwierig sein für uns, denk ich jetzt persönlich, für uns Arbeiterinnen hier und Arbeiter wie auch immer manche Dinge umzusetzen zur vollen Zufriedenheit für unsere Patienten.“ C3: „Ja klar. Ja, ja und auch für Sie. Ja, ja.“ M18: „Und für uns natürlich auch. Das darf man auch nicht vergessen. Also so seh ich das.“ C3: „Ja“ M20: „Ja stimmt.“ (4.1385-1399)</p>

Schnittstelle Praxis - Altersheim	Aussagen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Praxis und Altersheim	<p>M9: „Aber das, der nächste Punkt, das ist jetzt nicht auf die Klinik bezogen, ist diese Sache zwischen Arztpraxis und Altenheim. Das da...“</p> <p>M10: „Da geht's noch weiter.“</p> <p>M9: „Die übernehmen überhaupt gar keine Medikamenten Änderungen. Wenn du denen den Medikamenten Plan faxt, dann kommt zwei Wochen später oder einen Monat später oder wann auch immer kommt eine Bestellliste mit einem Medikament, was man schon vor einem halben Jahr abgesetzt hat. Und dann schreibst du aber drauf: „Abgesetzt am soundsovielten. Bitte nochmal berichtigen!“, kommt's dann wieder. Also ich hab, ich krieg, in manchen Heimen krieg ich dann nen Vogel.“</p> <p>A5: „Persönlich ins Heim gehen und streichen. Das geht sonst nicht.“</p> <p>M10: „Das, ja mit den Heimen das ist nochmal ein extra Thema glaub für sich. Das ist...“</p> <p>M9: „Da krieg ich, da, da, da, (genervtes Stöhnen)...“</p> <p>A5: „Und persönlich unterschreiben dreimal.“</p> <p>M9: „Selbst dann nicht.“</p> <p>A5: „Dann hat's bisher immer funktioniert.“</p> <p>M9: „Echt? Ja habt ihr gute Heime dann.“</p> <p>A5: „Ja.“</p> <p>C1: „Ok.“</p> <p>M9: „Also Medikamentengabe ist schon ein wichtiges Thema.“ (3.1091-1103)</p>
Sonstiges	Diese Hauptkategorie umfasst Unterkategorien, deren Inhalte nicht in der Auswertung im Ergebnisteil auftauchen	
Personenbezogene Daten und Praxisinformationen	Informationen zu den Praxen als Antwort auf die Fragen auf dem Stichwortzettel	Informationen gesammelt im Ergebnisteil unter 3.1.2 „Beschreibung der Teilnehmenden der Fokusgruppen“
Anderweitige Äußerungen	Äußerungen, die weder auf STAUfrei bezogen sind noch der Hauptkategorie allgemeine sektorenübergreifende Kooperation und Delegation zugeordnet werden können	Hier wird kein Beispiel genannt, da für die Auswertung nicht relevant.
Redebeteiligung der einzelnen Teilnehmenden	Von MAXQDA automatisch codiert bei Import der Fokusgruppentranskripte	Hier wird kein Beispiel genannt, da für die Auswertung nicht relevant.

Tabelle 8: Evaluierende Faktoren mit Kategoriendefinitionen und Ankerbeispielen

Kategorie	Kategoriendefinition	Ankerbeispiel
Positive Faktoren	Faktoren, die eine Implementierung fördern	C2: Ok, aber dass schon weiterhin die allgemeine Aufklärung in der Klinik abläuft? M1: „Ja in der Klinik. Weil das ist wirklich auch für uns hilfreich. Weil im Praxisalltag, man hat halt vielleicht nicht die Zeit dazu, wie jetzt hier, ja. Weil die Patienten sagen schon viele, also wir haben schon die Rückmeldung bekommen, dass es wirklich gut aufgeklärt wurden und dass sie viel davon erfahren haben. Ja...“ C3: „Das ist ja schon mal gut.“ M1: „Das ist auch für uns halt hilfreich, weil wenn ich denke, ja wir können jetzt uns nicht eine Stunde dafür vielleicht Zeit nehmen die Patienten nochmal aufzuklären und ja das ist schon...“ (1.130-133)
Hindernisse	Faktoren, die eine Implementierung erschweren und sich negativ auf die Akzeptanz auswirken	„Wir haben da so einen Berg Zettel gekriegt mit Patientenpfade positiv, positiv und so weiter, wo man angeguckt hat und niemand durchblickt, was man da machen muss und was man nicht machen muss. Die anderen Kolleginnen sind alle ausgestiegen, haben gesagt sie machen das nicht mehr, sie blicken da nicht durch was sie machen müssen.“ (M4.2.91)
Lösungen	Bereits durchgeführte Lösungen und Verbesserungsvorschläge	A5: „Oder wenn man in dieser ersten Schulung, dass man da dann bisschen kurze Einführung und dann das halt in kleineren Gruppen durchgeht das Material.“ M9: „Ja“ M8: „Ja“ A5: „Oder mal ein Patient kommt und...“ M12: „Ne Vorführung wär gut.“ A5: „Ja, genau.“ M12: „Das bleibt auch im Kopf.“ M11: „Oder die Kiste aufmacht und das einfach zeigt. Das ist das und des und ...“ (3.625-632)
Unterstützungsbedarf	Probleme, die innerhalb von Fallkonferenzen oder beispielsweise per Anruf in der Studienzentrale gelöst wurden	M18: „Ja. Mussten wir Frau Z. anrufen.“ M19: „Ja“ M18: „Die kam dann und hat uns Schritt für Schritt alles gezeigt.“ M20: „Die hat am Anfang aber mal so ne Rundfahrt gemacht, sag ich jetzt mal.“ (4.750-753)
Akzeptanz	Akzeptanz des Projektes von ärztlicher Seite und den Link Nurses	M20: „Also rein von STAUfrei find ich jetzt wär das super, wenn das irgendwann mal Standard ist, muss ich echt sagen. Also das würd ich mir schon wünschen, dass das irgendwann wirklich...“ C3: „...implementiert ist.“ M20: „Ja“ M18: „Dass es nicht nur zwei Jahre geht.“ (4.1060-1063)

10.3 Übersicht der fördernden Faktoren für eine Implementierung

Tabelle 9: Fördernde Faktoren für eine Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades

Finanzielle Unterstützung und die externe Beratung des Studienteams
Durchführung eines Dummy Runs vor Projektstart
Verständliche Erklärungen und Beschreibungen in den Materialien
Dankbarkeit und Interesse der Patienten am Projekt
Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Praxis
Unterstützung von pflegebedürftigen Patienten bei der Sanierung durch die Sozialstation
Terminvereinbarung als individuelle Entscheidung der Praxen
Bedürfnisse des Patienten bei Terminvereinbarung bedenken
Funktionierende Urlaubsvertretungen in der Umgebung und gute Kommunikation diesbezüglich zwischen den Praxen
Niedriger Zeitaufwand einzelner Arbeitsschritte im Projekt und Anlehnung dieser an alltägliche Abläufe
Studieneinschluss durch die Studienzentrale und eine gute Aufklärung
Konstante Zeiträume zur Planung und standardisierter verlässlicher Ablauf
Gute Mitarbeitendenplanung mit Festlegen von projektspezifischen Zeiträumen, Teamsitzungen und Erstellen von Leitlinien
Delegation von projektspezifischen Aufgaben
Praxisinterne Problemlösungen zur Zeitersparnis und verbesserte Zeitplanung

10.4 Gegenüberstellung der Hindernisse und Lösungsvorschläge für eine Implementierung

Tabelle 10: Hindernisse und Lösungsvorschläge für eine Implementierung des transsektoralen Versorgungspfades

Hindernisse	Lösungen und Lösungsvorschläge
Geringe Studienerfahrung der Erstellenden von Patientenpfaden, Patientenpfade zu komplex und unverständlich gebildet, mangelnde Professionalisierung von Studienpersonal und -struktur, Fehlen einer Stabstelle zur Strategie bzw. Zieldefinition	
Anzahl administrativer Aufgaben für das Studienteam im Klinikum	Stoßzeiten mit erhöhtem Arbeitsaufwand in Studienzentrale müssen festgestellt und entsprechend Personal eingestellt werden
Diskrepanzen zwischen vorgegebenen Standards und klinischer Realität, Umsetzung strikter Studienprotokolle im Alltag erfordert Mehrarbeit einzelner Studienmitarbeitender, zeitgleiche Implementierung von älteren Standards minimiert den Effekt der Studie	Verlängerten Probelauf von 6 Monaten für besseren Soll-Ist-Abgleich durchführen
Zwiespalt und Notwendigkeit der Priorisierung zwischen projektbezogener und Alltagsarbeit in Patientenversorgung des Studienpersonals in Klinik	
Erwartungen von Patienten auf der einen und Prioritäten von Klinikpersonal und Krankenkassen auf der anderen Seite	
Rahmenbedingungen des Geldgebers	
Unausgereiftes Schulungskonzept: zu früh im Projekt, zu lang und theoretisch, bauen nicht auf Grundwissen auf, fehlender Praxisbezug, zu viele Teilnehmende	Einführende Schulungen komprimieren zu einem Termin, höherer praktischer Anteil, an Bedürfnisse der Zuhörer anpassen durch Einbeziehen von MFAs in Planung, Bereitstellung eines Handouts
Teilnehmende bei Projektstart durch Mängel bei Schulungen nicht vollständig vorbereitet	Neue Praxen sollten bereits laufende Projektpraxen zur Einarbeitung besuchen
Unübersichtliche und zu umfangreiche Patientenmappe, Verwirrung durch Veränderungen ohne Mitteilung, mangelhafte Dokumentation und Nutzung, Vergessen der Unterlagen durch Patienten	Patientenmappe weniger umfangreich, übersichtlichere Anordnung, Unterteilung und unterschiedliche Markierung, Übersichtsseite, Lesbarkeit nach Faxen; Musterexemplar in Praxis; ggf. Anpassung des Formats, um Vergessen vorzubeugen
Inkonsistente bzw. fehlende Rückmeldung an Praxen und Patienten über abschließende Befunde	Übermittlung von Befunden aus dem Klinikum durch verstärkte Nutzung und Ausbau vorhandener Kommunikationswege, alternativ Zwischenauswertung der Patientenfragebögen als Rückmeldung an Praxen
Mangelnde Praktikabilität einzelner Materialien aus dem Sanierungsset und	Entwicklung eines gemeinsamen Standards für gesammelte Fragen aus den Praxen zur Schaffung einheitlicher Vorgehensweisen

anzuwendender Maßnahmen im Alltag, Unklarheiten bei speziellen Fragen der Umsetzung	
Probleme bei der Umsetzung der Sanierung älterer und immobiler Patienten, Kapazitätsprobleme der Sozialstation, fehlende Einbindung von Rehakliniken in erforderliche Nachsorgen	
Verunsicherung und Angst der Patienten vor Kontamination, zur Verfügung stehende Informationen zu STAUfrei werden zum Teil nicht gelesen	
Missverhältnis zwischen Studieneinschluss in der Theorie und Umsetzbarkeit in der Praxis	
Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung, unabgestimmtes Erscheinen von Patienten führt zu Schwierigkeiten im Praxisablauf, kurzfristiges Verschieben von OP-Terminen macht Umplanung nötig	Frühzeitige Anmeldung neuer Patienten durch Studienzentrale bei Praxis inklusive Terminvereinbarung zur verbesserten Planung; Übersicht über neue Patienten, ausstehende Termine und zugehörige Planung; Verwendung von durch Studienzentrale bereitgestellte Materialien, Verbindung von regulären Hausarztbesuchen mit Projektterminen; Patient und Praxis über notwendige Nachsorgetermine und deren Ausmaß informieren um Vergessen von Seiten des Patienten vorzubeugen, Erinnerungsfunktion in Praxissoftware
Hygienische Überlegungen bei positiv getesteten Patienten verkomplizieren zeitliche und räumliche Planung und führen zu Überstunden	
Begrenzte zeitliche Kapazitäten in Praxen, Zeitersparnis in Interaktion mit Patienten kaum möglich, erschwerte Aufklärung bei fortgeschrittenem Alter und mangelnden Deutschkenntnissen	
Fallkonferenzen: mangelnde Teilnahme, wechselnde Teilnehmende, inhaltliche Wiederholungen demotivieren regelmäßige Teilnehmende	Abnehmende Häufigkeit im Verlauf empfohlen, im Anschluss nur noch Fallkonferenzen zur Besprechung von Veränderungen
Fehlende Anwesenheit einzelner projektführender Mitarbeitender in Praxen führt zu Überforderung anderer mit mangelnden Kenntnissen, Mängel in der Weiterleitung von Informationen innerhalb der Praxis	Projektbezogene Aufgaben zu passenden Zeiten im Praxisablauf planen, Ziel ist Zeitplanung, die für alle Parteien funktioniert, reguläre Patienten sollen nicht leiden und Mitarbeitende nicht überfordert sein
Mangelnde Kenntnisse und Nähe der Ärzte zum Projekt problematisch bei Rückfragen der Link Nurses und Patienten	
Mangel an Projektwissen bei nicht projektteiligten Mitarbeitenden in Klinik	

<p>Fallzahlen: Unterschiedliche Zuständigkeit bei Einweisungen für elektive Operationen, Mangel an Wissen um das Bestehen des Projekts bei Patienten, Verfahrensunterschiede innerhalb der Klinik und gesetzliche Bestimmungen führen zu Mangel an Patienten bei Projektstart; niedrige Prävalenz von MRSA, folgend mangelnde Erfahrung und Erhöhung des zeitlichen Aufwands durch wiederholte Einarbeitungszeiten</p>	<p>Einschluss weiterer Fachrichtungen zur Erhöhung der Fallzahlen, Vermittlung und Rückmeldung unschlüssiger Patienten an Praxis durch Studienzentrale, Eigeninitiative von Interventionspraxen bei Auswahl und Weiterleitung von Patienten für Studie</p>
	<p>Offener Austausch von Erfahrungen und Problemen zwischen Praxen fördert Entstehung neuer Ideen und liefert Feedback, Gestaltung ähnlich wie Fokusgruppen oder als Chatroom ggf. mit Studienzentrale</p>
	<p>Prägnant und verständlich formulierte Befunde mit klaren Handlungsempfehlungen, Vereinfachung der Zuordnung von Befunden zum Patienten</p>
	<p>Örtliche Gegebenheiten und Laborinfrastruktur beim Design der Päckchen berücksichtigen und zeitlichen Aufwand gering halten</p>

10.5 Erfüllung der COREQ-Checkliste

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	16
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	16
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	16
Gender	4	Was the researcher male or female?	16
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	16
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	12f
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	16
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	16
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	11
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	12f
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	12
Sample size	12	How many participants were in the study?	13
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	13
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	16
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	16
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	25f
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	14
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	12f
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	16
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	16
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	17
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	13
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	17

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	88
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	27f
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	18f
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	17-22
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	17
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	25
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	29 - 87
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	71 - 87
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	92 - 99

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357