

**Kontextfaktoren zur
Implementierung einer Pflegevisite:
Ein Vergleich einer erfolgten sowie
einer geplanten Implementierung im
Krankenhaus verschiedener
Settings
Eine qualitative Studie**

**Masterthesis im Studiengang
Versorgungsforschung und Management im Gesundheitswesen, M.Sc.
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf**

**Frederic Fürschke
Matrikelnummer: 21228289**

**Erstprüferin: Fr. Prof. Dr. Ruth Ketzer
Zweitprüfer: Hr. Prof. Dr. Dr. Ralf Evers**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

1.1 Implementierung einer Pflegevisite im Krankenhaus

1.2 Das Instrument Pflegevisite

1.3 Forschungsfrage und Ziele dieser Arbeit

2. Wissenschaftlicher Hintergrund dieser Arbeit

2.1 Pflegevisiten in der Wissenschaft

2.2 Die Implementation Science im Kontext der Implementierung von Pflegevisiten

2.2.1 Das Ottawa Model for Research Use bei der Implementierung von Pflegevisiten

2.2.2 Das CFIR-Rahmenkonzept zur Strukturierung von Kontextfaktoren

2.2.3 Die *ERIC*-Strategien im *CFIR*-Rahmenmodell zur Ableitung von Lösungsansätzen bei einer Implementierung

2.3 Implementierung von Pflegevisiten in der Literatur

2.4 Forschungsprojekt zur Implementierung einer Pflegevisite als Basis dieser Studie

2.4.1 Hintergrund des Forschungsprojektes und Relevanz

2.4.2 Methodik des Forschungsprojektes

2.4.3 Ergebnisse des Forschungsprojektes

2.4.4 Schlussfolgerungen des Forschungsprojektes

3. Methodik dieser Arbeit

3.1 Literaturrecherchen zur Vorbereitung dieser Studie

3.1.1 Literaturrecherche zur Definition und Implementierung von Pflegevisiten

3.1.2 Literatur zur Implementation Science zur Einordnung dieser Studie

3.1.3 Literaturrecherche zur Verbindung induktiver und deduktiver Elemente als Grundlage der Forschungsmethodik dieser Arbeit

3.2 Forschungsdesign und Erhebungssetting

3.3 Qualitative Datenerhebung

3.3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.3.2 Das Problemzentrierte Interview als Erhebungsmethodik

3.3.3 Leitfadenerstellung anhand des PZI

3.4 Datenauswertung

3.4.1 Transkription der Interviews

3.4.2 Auswertung der Interviews mit der induktiven Inhaltsanalyse nach Mayring

3.5 Interpretation der Ergebnisse anhand des *CFIR*

3.6 Ethische Aspekte der Studie

4. Ergebnisse dieser Studie im CFIR

4.1 *CFIR-Domäne Eigenschaften der Intervention*

4.2 *CFIR-Domäne Äußere Umstände*

4.3 *CFIR-Domäne Innere Umstände*

4.4 *CFIR-Domäne Eigenschaften der beteiligten Personen*

4.5 *CFIR-Domäne Implementierungsprozess*

4.6 Hauptcode Prozess Pflegevisite

4.7 Einflussfaktoren mit der höchsten Relevanz für den Implementierungsprozess

4.7.1 Relevanteste Einflussfaktoren nach Interviewteil Eins

4.7.2 Relevanteste Einflussfaktoren nach Interviewteil Zwei

4.8 Interdependenzen der einzelnen Einflussfaktoren miteinander

4.9 Vergleich mit den Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt

4.9.1 Einflussfaktor Personalbesetzung

4.9.2 Einflussfaktor Motivation

4.9.3 Einflussfaktor Qualifikation der Pflegekräfte

4.9.4 Einflussfaktor Klare Strukturen für Pflegevisiten

4.10 Zuordnung der Einflussfaktoren zu *CFIR*-Konstrukten und *ERIC*-Strategien zur
Darstellung der Implementierungsstrategie

5. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

5.1 Vergleich der Einflussfaktoren im studentischen Forschungsprojekt und der
Einflussfaktoren in dieser Studie

5.2 Vertiefende Analyse und Interpretation der Übereinstimmungen anhand der Ergebnisse
aus dem zweiten Interviewteil

5.2.1 *Schlüsselfaktor* Personalbesetzung

5.2.2 *Schlüsselfaktor* Motivation

5.2.3 *Schlüsselfaktor* Qualifikation der Pflegekräfte

5.2.4 *Schlüsselfaktor* Klare Strukturen

5.3 Einordnung der Ergebnisse in den weiteren wissenschaftlichen Kontext zur
Implementierung von Pflegevisiten

5.4 Limitationen der Studie und kritische Reflexion der Methodik

6. Schlussfolgerung

6.1 Wissenschaftliche Implikationen dieser Studie

6.2 Nutzung der Ergebnisse für die Implementierungspraxis

6.3 Ausblick für weitere Forschung und praktische Anwendung

7. Literaturverzeichnis

8. Abkürzungsverzeichnis

9. Tabellenverzeichnis

10. Abbildungsverzeichnis

11. Anhang

11.1 Interviewleitfaden

11.2 Einverständniserklärung für die Interviews

1. Einleitung

Nachdem in einem studentischen Forschungsprojekt zum Thema Kontextfaktoren bei der geplanten Implementierung einer internistischen Pflegevisite in einer Klinik in Deutschland verschiedene Kontextfaktoren erhoben werden konnten, sollten diese in Bezug auf ihre Übertragbarkeit weiter erforscht werden. Um diese Faktoren auf ihre Übertragbarkeit für andere klinische Settings zu validieren, wurde in dieser Arbeit die erfolgte Implementierung einer onkologischen Pflegevisite in derselben Klinik hinsichtlich ihrer relevanten Kontextfaktoren untersucht.

1.1 Implementierung einer Pflegevisite im Krankenhaus

Die Grundlage dieser Forschungsarbeit ist ein studentisches Forschungsprojekt zum Thema Implementierung von Pflegevisiten, welches vor Beginn dieser Masterthesis durchgeführt wurde. In diesem Projekt wurden mithilfe einer qualitativen Methodik Kontextfaktoren zur geplanten Implementierung von Pflegevisiten auf einer internistischen Station in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung erhoben (vgl. Fürschke 2023). Basis dieses Forschungsprojektes war die Frage nach einem evidenzbasierten Implementierungskonzept für Instrumente wie beispielsweise einer Pflegevisite in Krankenhäusern in Deutschland. In der internationalen Literatur gibt es Studien zur Implementierung von Pflegevisiten beziehungsweise „nursing rounds“ (Daniels 2016), in welchen verschiedene Kontextfaktoren identifiziert werden konnten (vgl. Flowers et al. 2016, Daniels 2016, Maddigan et al. 2019, Affolter 2018, Allemann 2018, Marent 2018, Müller/Senn 2018, Paprotny 2018). Diese werden in Kapitel 2 dargestellt. In dem studentischen Forschungsprojekt wurde mit der Erhebung von Einflussfaktoren und Ableitung von Strategien, auf Basis des „Consolidated Framework for Implementation Research“ (*CFIR*) (Damschroder et al. 2009) und der „Expert Recommendations for Implementing Change“ (*ERIC*) (Waltz et al. 2019) Empfehlungen für eine Implementierung erarbeitet. Dabei wurden zudem einige „Schlüsselfaktoren“ (Fürschke 2023) ermittelt, welche sich im Rahmen des studentischen Forschungsprojektes als besonders wichtig darstellten und auch in der genannten wissenschaftlichen Literatur zu Implementierungsprozessen von Pflegevisiten in Krankenhäusern festgestellt werden konnten. Diese vier Schlüsselfaktoren sind „Personalbesetzung“, „Motivation der Pflegekräfte“, „Qualifikation der Pflegekräfte“ und „Klare Strukturen für Pflegevisiten“ (Fürschke 2023). In dieser Masterarbeit sollen mit einer ähnlichen Methodik Einflussfaktoren einer bereits abgeschlossenen Implementierung einer Pflegevisite in der onkologischen Abteilung des gleichen Krankenhauses erhoben werden. Des Weiteren sollen die Pflegenden, welche in der Onkologie Pflegevisiten durchführen, Stellung zu den *Schlüsselfaktoren* aus dem studentischen Forschungsprojekt beziehen, inwiefern diese für sie relevant gewesen sind. Die Datenanalyse wird sich einerseits auf den Vergleich der Einflussfaktoren aus beiden Erhebungen allgemein beziehen, andererseits auf die

Einschätzung der *Schlüsselfaktoren* aus der ersten Erhebung. Im Rahmen des studentischen Forschungsprojektes wurde die These aufgestellt, dass diese *Schlüsselfaktoren* der Implementierung neben ihrer Gültigkeit für dieses spezielle Implementierungsvorhaben auch für andere Implementierungsprozesse eine Relevanz haben könnten. Um diese These zu festigen oder zu widerlegen, erfolgt eine gesonderte Datenanalyse der Einschätzung der Pflegenden aus der Onkologie in Bezug auf die *Schlüsselfaktoren*.

1.2 Das Instrument Pflegevisite

Der Begriff Pflegevisite kann unterschiedlich definiert werden und beinhaltet verschiedene Instrumente. In der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff *nursing rounds* verwendet. *Nursing rounds* können als regelmäßiger Besuch der Pflegekraft bei den Patient*Innen während des Dienstes definiert werden (vgl. Daniels 2016). In der deutschsprachigen Literatur gibt es verschiedene Definitionen für den Begriff *Pflegevisite*, häufig wird auf die Definition von Heering verwiesen (vgl. Lippbach et al. 2018, Krüger/Mannebach 2022): „Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der Klientin/dem Klienten über ihren/seinen Pflegeprozess.“ (Heering 2018). Diese Pflegevisite im Krankenhaus ist ein Überbegriff für verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements. Pflegevisiten können der Überprüfung der pflegerischen Versorgung, dem Einbezug der Patient*Innen in den Pflegeprozess oder der allgemeinen Verbesserung des Pflegeprozesses dienen. Es gibt drei unterschiedliche Arten von Pflegevisiten, welche verschiedene Ziele verfolgen (vgl. Heering 2018). Da sowohl in der internistischen Abteilung als auch in der Onkologie des Zielkrankenhauses die Pflegevisite als „Gespräch in der Form einer nicht direktiven Beratung“ (Heering 2018) implementiert worden ist beziehungsweise werden soll, wird in dieser Arbeit mit der eingangs zitierten Definition und den Kategorisierungen von Pflegevisiten nach Heering hantiert.

1.3 Forschungsfrage und Ziele dieser Arbeit

Vor diesem Hintergrund soll in dieser Arbeit folgende Fragestellung bearbeitet werden: „*Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben sich bei einem Vergleich von Kontextfaktoren einer erfolgten sowie einer geplanten Implementierung von Pflegevisiten im Krankenhaus?*“

Die geplante Implementierung wurde in dem studentischen Forschungsprojekt in der Abteilung der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses untersucht und die entsprechenden Einflussfaktoren erhoben. Die erfolgte Implementierung in der Onkologie des Zielkrankenhauses wurde nun in dieser Masterarbeit untersucht. Zunächst konnten Einflussfaktoren erhoben werden, welche sowohl in einer Datensynthese mit den Daten aus dem Forschungsprojekt verglichen wurden. Des Weiteren wurden die *Schlüsselfaktoren* aus

dem Forschungsprojekt durch die Studienteilnehmer*Innen dieser Masterarbeit in den Kontext der erfolgten Implementierung eingeordnet werden, um diese Einflüsse gezielt zu vergleichen und die oben genannte These zu prüfen.

2. Wissenschaftlicher Hintergrund dieser Arbeit

Zunächst wird das studentische Forschungsprojekt, welches die Grundlage für diese Arbeit bildet, hinsichtlich seiner Methodik und Ergebnisse erläutert. Im Folgenden wird ein Überblick über *nursing rounds* und die Pflegevisite nach Heering dargestellt, um das vorgegebene Instrument aus der Praxis darzustellen und einzuordnen. Dann folgt die Einordnung der Forschungsarbeit in den Kontext der Implementation Science mit den relevanten Instrumenten.

2.1 Pflegevisiten in der Wissenschaft

Grundsätzlich ist eine *Pflegevisite*, welche in der englischsprachigen Literatur als *nursing rounds* bezeichnet wird, ein Sammelbegriff für verschiedene Instrumente. Die *nursing rounds* sind eine Form der Pflegevisite, bei der die Pflegekraft regelmäßige Rundgänge innerhalb ihrer Schicht durchführt. Dabei werden Bedürfnisse und Pflegeprobleme der Patient*Innen erhoben und behandelt (vgl. Maddigan et al. 2019). Diese Form von Pflegevisiten wurden in Kliniken in Australien (vgl. Daniels 2016, Flowers et al. 2016) und Kanada (vgl. Maddigan et al. 2019) implementiert und der Prozess in Publikationen dargestellt. Es wurde festgestellt, dass die Implementierung dieser Art von Pflegevisite komplex ist (vgl. Maddigan et al. 2019). Als positive Effekte der *nursing rounds* werden geringere Sturzzraten (vgl. Daniels 2016, Flowers et al. 2016), eine geringere Anzahl von Patientenrufen (vgl. Daniels 2016, Flowers et al. 2016), eine höhere Zufriedenheit des Personals (Flowers et al. 2016) und eine größere Zufriedenheit der Patient*Innen (vgl. Daniels 2016, Flowers et al. 2016) beschrieben.

Die eingangs genannte Definition zum Begriff *Pflegevisite* stellt den Einbezug der Patient*Innen in die Pflege in das Zentrum der verschiedenen Arten der Pflegevisite. Dieser Einbezug kann das „Machtgefälle“ (Heering 2018) reduzieren. Der Umstand einer Hierarchiebildung zwischen Pflegekräften und Patient*Innen im Krankenhaus entsteht einerseits aufgrund historisch begründeter Organisationsstrukturen im Krankenhaus, beispielsweise die Anwesenheitspflicht der Patient*Innen für die ärztliche Visite, für Untersuchungen et cetera. Andererseits zeigt sich diese Hierarchie aufgrund der Entscheidungsmacht der Pflegekräfte in Bezug auf die Verteilung von Ressourcen wie Medikamente, Zeit oder Pflegeleistungen (vgl. Heering 2018). Während erstere Umstände teilweise unabdingbar für den effizienten Ablauf der Prozesse im Krankenhaus sind (vgl. Heering 2018), können letztere in Teilen durch die Pflegevisite abgebaut werden. Neben dieser Ermächtigung der Patient*Innen, spielt auch die Qualitätsverbesserung der Pflege durch eine Pflegevisite eine Rolle. Auch die professionelle Darstellung pflegfachlicher Arbeit und eine damit verbundene Stärkung der Professionalisierung beziehungsweise „Fachentwicklung“ (Heering 2018) durch die Durchführung ist ein mögliches Ziel einer Pflegevisite (vgl. Heering 2018).

Es können drei Arten von Pflegevisiten unterschieden werden, welche jeweils einen bestimmten Zweck in den Vordergrund stellen. Die „Pflegevisite als Dienstübergabe“ (Heering 2018) gestaltet die Dienstübergabe teilweise am Patientenbett und gibt so den Patient*Innen sowie deren Angehörigen die Möglichkeit, im Rahmen des Informationsaustausches zwischen den Pflegenden, ihre Präferenzen, Probleme und Bedürfnisse zu kommunizieren (vgl. Heering 2018). Auf diese Weise können der Einbezug und die Ermächtigung realisiert werden, und die Pflegekraft erhält mehr und differenziertere Informationen über die Patient*Innen. Problematisch an dieser Form der Pflegevisite ist der Umstand, dass in der Situation der Dienstübergabe der Informationsaustausch zwischen den Pflegenden im Vordergrund stehen kann und die Patient*Innen oder Angehörigen eher als Störfaktor empfunden werden, sodass sich kein Gespräch zwischen Pflegekräften und Patient*Innen entwickeln kann (vgl. Heering 2018). Zudem ist diese Form der Pflegevisite insbesondere bei kognitiv oder sprachlich eingeschränkten Patient*Innen schwierig umzusetzen. Insgesamt ist diese Form der Pflegevisite die am weitesten verbreitete (vgl. Görres et al. 2002). Die „Pflegevisite als Instrument des Managements“ (Heering 2018) ist eine weitere Form von Pflegevisiten mit dem Ziel der Überprüfung von erfolgter Pflege. Im Gespräch mit den Patient*Innen wird die bisherige Pflege eingeschätzt, Ergebnisse der pflegerischen Versorgung wie beispielsweise der Hautzustand oder die Zufriedenheit der Patient*Innen eruiert (vgl. Heering 2018). Diese Erhebung der Ergebnisqualität kann je nach Informationsfluss zur Feststellung allgemeiner Mängel in der Versorgungsstruktur oder zur Beurteilung einzelner Pflegekräfte dienen (vgl. Heering 2018). In der wissenschaftlichen Literatur ist diese Methodik umstritten, da eine solche Einschätzung der Ergebnisqualität ohne evidenzbasierte Definition einer optimalen Pflegequalität kaum objektivierbar ist und die entsprechenden Ableitungen kritisch zu betrachten sind (vgl. Heering 2018). Die Nutzung dieser Form von Pflegevisiten wird ausdrücklich nicht empfohlen (vgl. Heering 2018).

Des Weiteren gibt es Pflegevisiten als „Gespräch in der Form einer nicht direktiven Beratung“ (Heering 2018) und dient vor allem als „Ermächtigungsstrategie“ (Heering 2018). Dieses Gespräch findet zwischen Pflegekraft und Patient*In beziehungsweise den Angehörigen statt und soll die Feststellung spezieller Pflegeprobleme, Bedürfnisse und Wünsche ermöglichen. Aus diesen werden in Partizipation mit Patient*Innen und Angehörigen Ziele und Maßnahmen abgeleitet, welche auf einem speziellen Bogen dokumentiert werden (vgl. Heering 2018). Bei dieser Form von Pflegevisiten ist ebenfalls der Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patient*Innen kritisch zu hinterfragen, durch die Fokussierung des Gespräches auf die Patient*Innen und dem gezielten Einbezug der Angehörigen durch einen flexibleren Zeitraum des Gespräches ist diese Kritik geringer ausgeprägt als bei der *Pflegevisite als Dienstübergabe* (vgl. Heering 2018).

2.2 Die Implementation Science im Kontext der Implementierung von Pflegevisiten

Die Implementation Science ist eine vergleichsweise junge Forschungsdisziplin, welche sich mit der Übertragung von Wissen in die Praxis beschäftigt. Grundlage dieser Forschungsrichtung ist die Lücke zwischen wissenschaftlicher Evidenz und praktischer Anwendung. Während im Gesundheitswesen generell viel Forschung betrieben und damit Evidenz geschaffen wird, ist es wichtig, dieses Wissen auch in der Praxis anzuwenden (vgl. Hoben et al. 2016, Nilsen et al. 2020). In der Pflege in Deutschland geht es dabei vor allem um die Umsetzung von *best-practice* Modellen und der Implementierung von *evidence-based nursing* (vgl. Hoben et al. 2016). Auch Instrumente wie die Pflegevisite können mithilfe von Modellen der Implementation Science implementiert werden. Es existieren eine Vielzahl verschiedener Konzepte und Modelle innerhalb der Implementation Science, welche anhand dieser Abbildung eingeordnet werden können (s. Abb. 1):

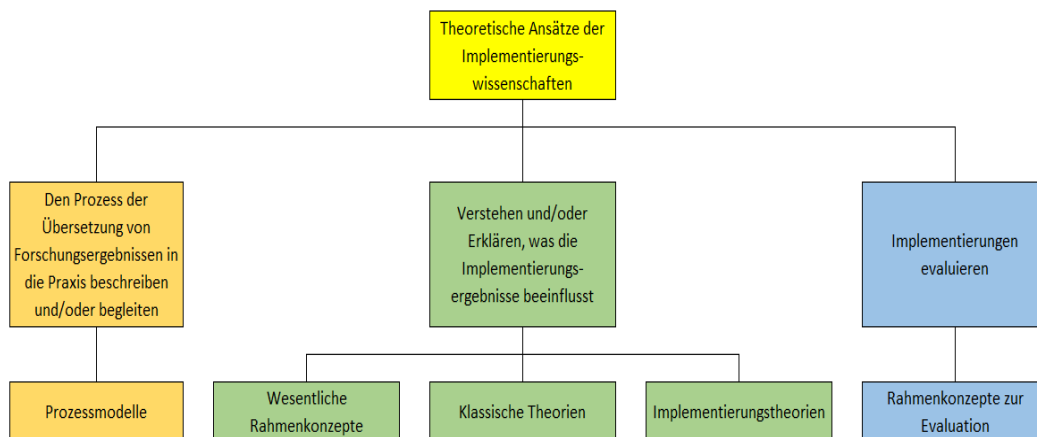


Abb. 1: Rahmung der Implementation Science (eigene Darstellung in Anlehnung an Nilsen et al. 2020).

Die Dimension *Den Prozess der Übersetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis beschreiben und/oder begleiten* umfasst dabei den gesamten Implementierungsprozess. Die entsprechenden *Prozessmodelle* wie beispielsweise das „Ottawa Modell for Research Use“ *OMRU* (Logan et al. 2010) beschreiben die entsprechende Struktur dieses Prozesses. Bei den Modellen der Dimension *Verstehen und/oder Erklären, was die Implementierungsergebnisse beeinflusst* steht vor allem die Kontextanalyse mit Hinblick auf die zu implementierende Innovation oder die Organisation, in welcher die Implementierung stattfindet, im Vordergrund (vgl. Nilsen et al. 2020). Ein solches Rahmenmodell ist das *CFIR* (vgl. Damschroder et al. 2009). Die Dimension *Implementierungen evaluieren* beinhaltet verschiedene Konzepte, welche Kennzahlen und Parameter zur Feststellung der Effektivität des Implementierungsprozesses geben (vgl. Nilsen et al. 2020).

2.2.1 Das Ottawa Model for Research Use bei der Implementierung von Pflegevisiten

Bei der Planung eines Projektes zur Implementierung von Pflegevisiten können Prozessmodelle, wie das *OMRU* genutzt werden, um den Implementierungsprozess zu strukturieren. Das *OMRU* ist ein bewährtes Instrument zur Planung von Implementierungsprojekten in Krankenhäusern (vgl. Katende/Donnelly 2016, Logan/Graham 2010). Dieses Modell kann wie folgt dargestellt werden (s. Abb. 2):

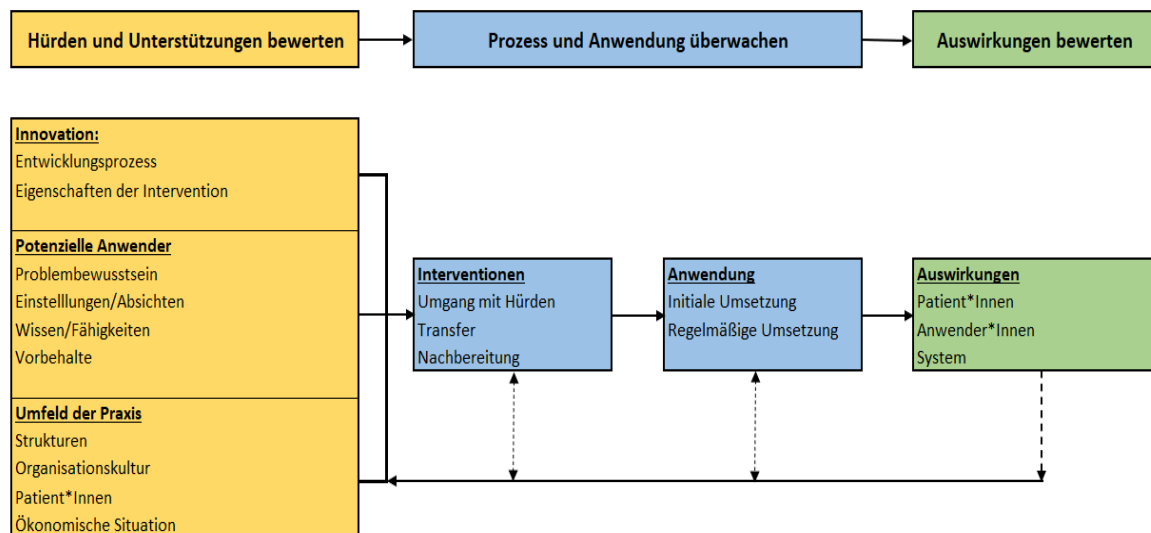


Abb. 2: Das Ottawa Model for Research Use (eigene Darstellung in Anlehnung an Logan/Graham 2010).

Zu Beginn eines Implementierungsprozesses sollte nach dem Ottawa Modell der Schritt *Hürden und Unterstützungen bewerten* durchgeführt werden. Dabei soll sowohl die umzusetzende *Innovation*, die *potenziellen Anwender* und das *praktische Umfeld* in den Blick genommen werden. Während der Implementierung soll die Umsetzung der Intervention überwacht werden, in Bezug auf die Intervention und Anwendung dieser. Dabei soll dies mit den Kontextfaktoren aus dem ersten Schritt rückgekoppelt werden. Im letzten Schritt, der *Bewertung der Auswirkungen* der Intervention, sollen die *Patient*Innen*, *Anwender*Innen* und das gesamte *System* beachtet und wieder im Kontext der vorherigen Schritten betrachtet werden. Um die entsprechenden Einflussfaktoren bei der Implementierung von Pflegevisiten differenzierter zu betrachten kann das *CFIR* genutzt werden. Daher bietet eine Erhebung und Analyse von Kontextfaktoren einen Einstieg in den Implementierungsprozess (vgl. Damschroder et al. 2009).

2.2.2 Das CFIR-Rahmenkonzept zur Strukturierung von Kontextfaktoren

Das *CFIR* ist ein Rahmenmodell zur Beschreibung von Einflussfaktoren auf die Implementierung von Instrumenten wie der Pflegevisite. Es wurde mittels 2009 eines Reviews 19 verschiedener Rahmenkonzepte aus der Implementation Science erstellt und 2022 aktualisiert. In dieser Masterthesis wird sich, analog zum studentischen

Forschungsprojekt, auf die erste Version des *CFIR* bezogen. Im Forschungsprojekt wurde dieses Modell genutzt, um die Verbindungsstudie von Waltz et al. nutzen zu können, welche sich ebenfalls auf die erste Version des *CFIR* bezieht. Um die Vergleichbarkeit dieser Masterthesis und des studentischen Forschungsprojektes zu gewährleisten, wird daher auch hier die Version von 2009 dargestellt und genutzt. Im *CFIR* werden Einflussfaktoren in fünf Hauptkategorien, sogenannte *Domänen* unterteilt. Diese *Domänen* sind *Eigenschaften der Intervention*, *Äußere Umstände*, *Innere Umstände*, *Eigenschaften der beteiligten Personen* und *Implementierungsprozess*. Innerhalb dieser *Domänen* gibt es 39 Unterkategorien, die sogenannten *Konstrukte* (vgl. Damschroder 2009). Diese *Domänen* und ihre zugeordneten *Konstrukte* können wie folgt dargestellt werden (s. Abb. 3):

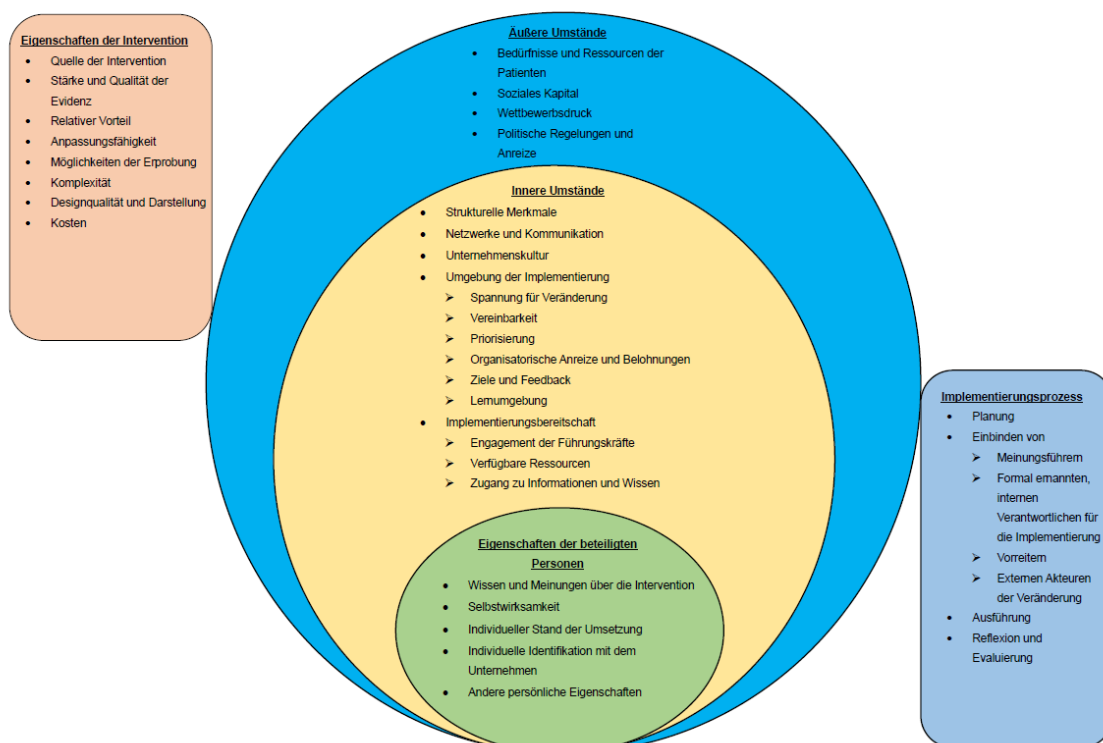


Abb. 3: Consolidated Framework for Implementation Research (von Fürschke 2023, in Anlehnung an Damschroder et al. 2009)

Die Domäne *Eigenschaften der Intervention* beinhaltet die Faktoren, welche sich auf die Innovation beziehen, die implementiert werden soll (vgl. Damschroder et al. 2009). In diesem Projekt beziehen sich die acht *Konstrukte* dieser Domäne auf das Instrument Pflegevisite. *Äußere Umstände* und *Innere Umstände* beschreiben die relevanten Einflussfaktoren auf der Makro- und Mesoebene der Organisation (vgl. Damschroder et al. 2009). Faktoren, welche sich auf den Kontext eines Krankenhauses in Deutschland und die Organisationsstruktur des Zielkrankenhauses beziehungsweise der Zielstation beziehen, werden in diesen *Domänen* dargestellt. Die *Eigenschaften der beteiligten Personen* bilden die Mikroebene der Zielstation ab und die entsprechenden Einflussfaktoren beziehen sich auf die Pflegekräfte dieser Station

(vgl. Damschroder et al. 2009). Die fünfte Domäne *Implementierungsprozess* beinhaltet die *Konstrukte Planung, Ausführung sowie Reflexion und Evaluierung*. Diesen *Konstrukten* zugeordnete Einflussfaktoren beschreiben die Umstände des Implementierungsprozesses selbst (vgl. Damschroder et al. 2009). Das *CFIR*-Rahmenmodell wurde in diesem Projekt dazu genutzt, um die erhobenen Einflussfaktoren darzustellen und zu sortieren. Diese Sortierung ist notwendig, um eine Vergleichbarkeit mit den Daten aus dem studentischen Forschungsprojekt zu schaffen. Ähnlich wie im Forschungsprojekt hat auch in dieser Masterarbeit das *CFIR* nicht als Grundlage für die Datenerhebung, sondern nur der Ergebnisdarstellung fungiert.

2.2.3 Die *ERIC*-Strategien im *CFIR*-Rahmenmodell zur Ableitung von Lösungsansätzen bei einer Implementierung

Um anhand der, im *CFIR* dargestellten, Einflussfaktoren Maßnahmen ableiten zu können, wurde eine Verbindungsstudie zwischen den *CFIR-Konstrukten* und *ERIC*-Strategien durchgeführt (vgl. Waltz et al. 2019). Die *ERIC*-Strategien umfassen 73 Lösungsansätze, mit denen Barrieren bei einem Implementierungsvorhaben überwunden werden können (vgl. Powell et al. 2015). In diesem Projekt wurden mittels einer Delphi-Befragung Implementierungsexpert*Innen und Anwender*Innen aus der Praxis zu verschiedenen Lösungsstrategien befragt. Es wurden Konsensbildungen innerhalb der drei Befragungsrunden erhoben. Die auf diese Weise eruierten, evidenzbasierten Implementierungsstrategien wurden in einer weiteren Studie mit den 39 *Konstrukten* des *CFIR* in einen Kontext gebracht. Dazu wurden ebenfalls Implementierungsexpert*Innen und Anwender*Innen aus der Praxis befragt, welche Strategien aus den *ERIC*-Empfehlungen zu welchem *Konstrukt* des *CFIR* passen (vgl. Waltz et al. 2019). Die *CFIR-Konstrukte* wurden in dieser Studie als Barrieren formuliert. Diesen Barrieren sollten die Befragten bis zu sieben Strategien zuordnen, die sie als hilfreich einschätzten (vgl. Waltz et al. 2019). Generell ergab diese Studie einen geringen Zusammenhang zwischen den *CFIR-Konstrukten* und den *ERIC*-Strategien, 21 von 39 *Konstrukten* konnte mindestens eine Strategie mit einer Übereinstimmung von 50% oder höher zugeordnet werden. Allen *Konstrukten* konnte mit einer Übereinstimmung von 30% oder höher mindestens eine Strategie zugeordnet werden (vgl. Waltz et al. 2019). Dies lässt zumindest bei einigen *Konstrukten* eine evidenzbasierte Strategiefindung zu (vgl. Waltz et al. 2019). In dieser Masterarbeit kann eine Zuordnung der Einflussfaktoren der erfolgten Implementierung zu den *CFIR-Konstrukten* und der Zuordnung dieser *Konstrukte* zu den *ERIC*-Strategien erfolgen. Diese Zusammenhänge könnten im Folgenden mit den bereits erfolgten Maßnahmen bei der Implementierung verknüpft werden, um daraus Schlüsse für weitere Implementierungsprojekte in der Onkologie des Zielkrankenhauses, und für das geplante Implementierungsprojekt zur Pflegevisite in der Inneren Medizin zu ziehen.

2.3 Implementierung von Pflegevisiten in der Literatur

Während die Implementierung von Pflegevisiten als „Gespräch in der Form einer nicht direktiven Beratung“ (Heering 2018) wenig beschrieben ist, sind andere Formen von Pflegevisiten in Bezug auf die Implementierung in Krankenhäusern international hinreichend in der Literatur dargestellt. Ein wissenschaftliches Implementierungskonzept für diese Form von Pflegevisite gibt es in der Literatur nicht. Bei Implementierungsprojekte anderer Formen von Pflegevisiten können entsprechende Einflussfaktoren festgestellt werden. Zum einen gibt es die „Pflegevisite als Dienstübergabe“ (Heering 2018), welche in verschiedenen Kliniken in der Schweiz implementiert wurde (vgl. Allemann 2018, Affolter 2018, Müller/Senn 2018, Marent 2018, Paprotny 2018). Zum anderen gibt es die *nursing rounds*, welche in australischen, kanadischen und britischen Krankenhäusern implementiert wurden (vgl. Flowers et al. 2016, Daniels 2016). Dabei wird eine hohe Komplexität bei der Implementierung von Pflegevisiten beschrieben (vgl. Maddigan et al. 2019). Die festgestellten Einflussfaktoren aus diesen Implementierungsprojekten können wie folgt dargestellt werden (s. Tab. 1):

Einflussfaktor	Nennung bei
Zeitliche Ressourcen	Marent 2018, Paprotny 2018
Qualität der Dokumentation	Marent 2018, Paprotny 2018
Erfahrung des Personals	Marent 2018, Müller/Senn 2018
Einarbeitung und Schulung der Pflegekräfte	Allemann 2018, Affolter 2018, Müller/Senn 2018, Paprotny 2018
Klare Strukturen	Paprotny 2018, Affolter 2018
Unterstützung durch Vorgesetzte	Allemann 2018, Affolter 2018, Flowers et al. 2016, Daniels 2016
Fehlende Motivation der Pflegenden	Müller/Senn 2018
Integration des Pflegeteams in den Implementierungsprozess	Allemann 2018, Affolter 2018, Marent 2018, Parotny 2018, Flowers et al. 2016, Daniels 2016
Begleitung der Pflegenden durch Pflegeexpert*Innen	Allemann 2018, Affolter 2018, Müller/Senn 2018
Vorbereitung des Implementierungsprozesses	Allemann 2018, Affolter 2018
Auswahl der richtigen Art von Pflegevisiten	Marent 2018

sinnvolle Auswahl der Patient*Innen	Marent 2018
Einräumung von ausreichend Zeit vor der Evaluation	Affolter 2018
Hospitation der Pflegenden in Bereichen mit Pflegevisiten	Affolter 2018
Schaffung von Zeiträumen für Pflegevisiten	Paprotny 2018
Unterstützung innerhalb des Unternehmens	Daniels 2016
hohe Eigenständigkeit des Personals	Flowers et al. 2016

Tab. 1: Einflussfaktoren aus der internationalen Literatur

Diese 17 Einflussfaktoren beziehen sich auf die Implementierung der *Pflegevisite als Dienstübergabe* und auf die *nursing rounds*, welche ähnliche, aber nicht identische Interventionen sind, wie die *Pflegevisite als Gespräch*. Zudem unterscheiden sich die Umstände für Krankenhäuser in der Schweiz, Kanada und Australien deutlich von denen in Deutschland. Daher ist eine externe Validität der Einflussfaktoren nicht gegeben, es kann aber aufgrund der Ähnlichkeit der Interventionen und dem grundsätzlichen Setting eines Krankenhauses ein gewisser Grad an Validität postuliert werden.

2.4 Forschungsprojekt zur Implementierung einer Pflegevisite als Basis dieser Studie

2.4.1 Hintergrund des Forschungsprojektes und Relevanz

Um Empfehlungen für eine Implementierung einer internistischen Pflegevisite in dem Zielkrankenhaus zu erarbeiten, wurde sich im studentischen Forschungsprojekt „Implementierungsempfehlungen für eine internistische Pflegevisite“ (Fürschke 2023) dem Implementierungsprozess über die Erhebung von Einflussfaktoren genähert. Anhand dieser Faktoren sollte daraufhin ein evidenzbasiertes Implementierungskonzept erarbeitet werden, mit welchem die Implementierung einer *Pflegevisite*, nach dem Vorbild der onkologischen Pflegevisiten der Klinik, auf einer internistischen Station des Zielkrankenhauses des Forschungsprojektes umgesetzt werden kann (vgl. Fürschke 2023). Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes bilden die Basis für die Datensynthese, welche in dieser Masterarbeit erfolgt ist. Des Weiteren wurde auch die im Forschungsprojekt aufgestellte These, welche den erarbeiteten Haupteinflussfaktoren auch für andere Kontexte eine mögliche Relevanz zuschreibt, mit dieser Masterarbeit weiter erforscht. Um diese Vergleiche ziehen zu können, sollte die Erhebungsmethodik dieser Masterarbeit mit der Vorgehensweise aus dem Forschungsprojekt ebenfalls vergleichbar sein. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Methodik und Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen des studentischen Forschungsprojektes dargestellt.

2.4.2 Methodik des Forschungsprojektes

Die Forschungsfrage des Projektes lautete „*Welche Bedarfe sowie hemmende und fördernde Faktoren bei der Implementierung einer internistischen Pflegevisite für eine Peripherstation in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung können identifiziert werden, und wie können daraus Empfehlungen für ein evidenzbasiertes Implementierungskonzept abgeleitet werden?*“ (Fürschke 2023). Es wurde ein qualitatives Design genutzt, basierend auf der Phänomenologie. Dies wurde mit leitfadengestützten Interviews umgesetzt, in denen die Pflegenden der Zielstation für das Implementierungsvorhaben befragt wurden. Es wurden nur 3-jährig examinierte Pflegekräfte mit einer Festanstellung auf der Zielstation eingeschlossen, da diese am Umsetzungsprozess beteiligt sein sollten. Internationale Pflegekräfte im Anerkennungsprozess wurden ausgeschlossen, da diese zunächst keine Pflegevisiten durchführen. (vgl. Fürschke 2023). Der Leitfaden wurde anhand der SPSS-Methode nach Helfferich erstellt und sollte die Wahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf den Implementierungsprozess von Pflegevisiten abbilden. Es wurden insgesamt acht Interviews mit einer Gesamtlänge von 109 Minuten durchgeführt (vgl. Fürschke 2023). Diese Interviews wurden durch ein Transkriptionsbüro als „einfaches Transkript“ (Dresing et al. 2012) transkribiert und mit der induktiven Inhaltsanalyse nach Mayring kodiert. Die auf diese Weise erhobenen Einflussfaktoren wurden in die 5 *Domänen* des *CFIR* eingruppiert und mit den Einflussfaktoren aus der Literatur verglichen. Zudem wurden die im Datenmaterial erkennbaren Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren erläutert (vgl. Fürschke 2023). Zur Ableitung von Maßnahmen wurden schließlich die *ERIC*-Strategien mit den *CFIR-Konstrukten* und Einflussfaktoren in einen Kontext gebracht (vgl. Fürschke 2023).

2.4.3 Ergebnisse des Forschungsprojektes

Die Einflussfaktoren aus dem Forschungsprojekt wurden anhand des *CFIR*-Rahmenkonzeptes dargestellt (s. Abb. 4):

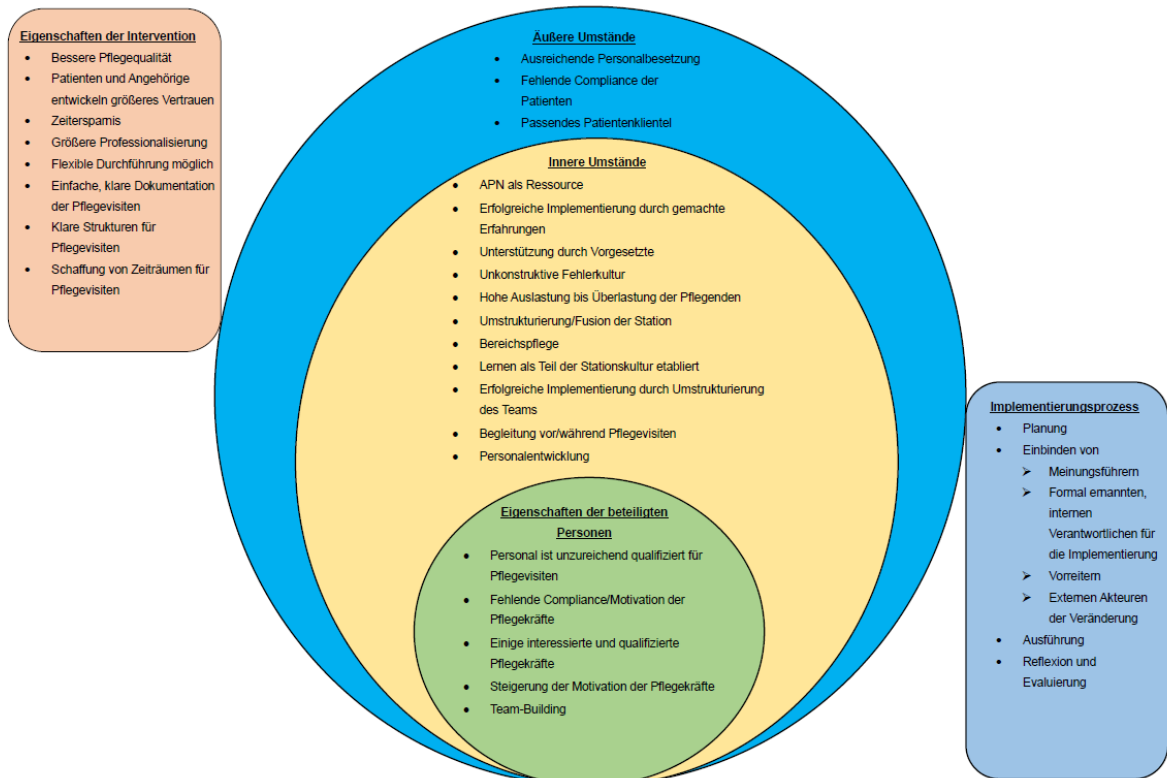


Abb. 4: Die Ergebnisse des Forschungsprojektes in den Domänen des CFIR (von Fürschke 2023)

Die Einflussfaktoren, welche der Domäne *Eigenschaften der Intervention* zugeordnet wurden, beschreiben die Pflegevisite aus Sicht der Pflegenden und wichtige Faktoren zur Implementierung dieses Instrumentes (vgl. Fürschke 2023). In die Domäne *Äußere Umstände* wurden im Vergleich wenige Einflussfaktoren einsortiert, die meisten Einflussfaktoren ließen sich auf der Meso- und Mikroebene einsortieren, in den *Domänen Innere Umstände* und *Eigenschaften der beteiligten Personen*. Der Domäne *Implementierungsprozess* konnte kein Einflussfaktor zugeordnet werden. Zudem wurden die aus Sicht der Pflegenden „Wichtigste(n) Einflussfaktoren“ (Fürschke 2023) gesondert kodiert. Dies waren die Faktoren „Personalbesetzung“, „Motivation der Pflegekräfte“, „Unzureichende Qualifikation des Personals für Pflegevisiten“ und „Klare Strukturen für Pflegevisiten“ (Fürschke 2023). Diese Faktoren wurden sowohl besonders häufig benannt als auch als besonders wichtig beschrieben. Daher werden diese Faktoren auch als „Schlüsselfaktoren“ (Fürschke 2023) beschrieben. Wichtige Zusammenhänge gab es bei den Einflussfaktoren „Unzureichende Qualifikation des Personals für Pflegevisiten“ „hohe Auslastung bis Überlastung der Pflegenden“, „Ausreichende Personalbesetzung“ und „Fehlende Compliance/Motivation der Mitarbeitenden“ (Fürschke 2023). Der Einflussfaktor „Personalentwicklung“ und „APN als Ressource“ (Fürschke 2023) sind ebenfalls mit diesen Faktoren konnotiert. Die Zuordnung der Einflussfaktoren zu *Konstrukten* und Strategien sieht wie folgt aus (s. Tab. 2):

Einflussfaktoren:	CFIR- Domänen und Konstrukte:	Strategien
Hohe Auslastung bis Überlastung der Pflegenden Ausreichende Personalbesetzung	Innere Umstände: → Verfügbare Ressourcen (vgl. Damschroder et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erschließung neuer Ressourcen (vgl. Waltz et al. 2019) ➤ Veränderung der Struktur und Ausstattung (vgl. Waltz et al. 2019)
Fehlende Compliance/Motivation der Mitarbeitenden Motivation der Pflegekräfte Unzureichende Qualifikation der Pflegekräfte	Eigenschaften der beteiligten Personen: → Individueller Stand der Veränderung (vgl. Damschroder et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Änderung der Anreizstrukturen (vgl. Waltz et al. 2019) ➤ Identifiziere und bereite Vorreiter vor (vgl. Waltz et al. 2019) ➤ Schulungen dynamisch gestalten (vgl. Waltz et al. 2019)
Klare Strukturen für Pflegevisiten	Eigenschaften der Intervention: → Komplexität (vgl. Damschroder et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anpassungsfähigkeit fördern (vgl. Waltz et al. 2019) ➤ Entwicklung eines klaren Implementierungsplans (vgl. Waltz et al. 2019)
Unkonstruktive Fehlerkultur Umstrukturierung/Fusion der Station	Innere Umstände: → Implementierungsklima (Damschroder et al. 2009) → Veränderungsbereitschaft (vgl. Damschroder et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Veränderungsbereitschaft bewerten, Hürden und Erleichterungen ermitteln (vgl. Waltz et al. 2019)

Fehlende Compliance der Patienten	Äußere Umstände Patientenbedürfnisse und -ressourcen (vgl. Damschroder et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ "Rückmeldungen von Patient*Innen und Angehörigen einholen und nutzen" (vgl. Waltz et al. 2019) ➤ Patient*Innen und Angehörige einbeziehen (vgl. Waltz et al. 2019)
-----------------------------------	--	---

Tab. 2: Einflussfaktoren, Konstrukte und Strategien im Forschungsprojekt (aus Fürschke 2023)

2.4.4 Schlussfolgerungen des Forschungsprojektes

Trotz einiger Limitationen konnte das Forschungsprojekt wichtige Einflussfaktoren auf den Implementierungsprozess einer Pflegevisite auf der Zielstation darlegen. Die Übertragbarkeit dieser Faktoren auf andere Settings oder Innovationen ist fraglich, da viele der entsprechenden Faktoren auf der Meso- und Mikroebene zu verorten sind, welche einen starken Bezug zu den speziellen Gegebenheiten der Zielstation haben (vgl. Fürschke 2023). Im Vergleich mit den Einflussfaktoren aus der Literatur wurden einige Übereinstimmungen festgestellt, insbesondere wurden alle vier *Schlüsselfaktoren* auch in der Literatur beschrieben. Daraus wird abgeleitet, dass diese *Schlüsselfaktoren* auch für andere Interventionen oder Settings relevant sein könnten. Um diese These zu festigen, wären weitere Untersuchungen notwendig (vgl. Fürschke 2023). Die Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren machen deutlich, dass eine Maßnahme, welche auf einen Einflussfaktor wirken soll, wahrscheinlich auch einen Effekt auf andere Faktoren haben wird (vgl. Fürschke 2023). Diese Maßnahmen sollten demnach mit dem Pflegeteam der Zielstation gemeinsam abgeleitet werden, um solche Wechselwirkungen bei der Planung zu berücksichtigen. Im Zentrum dieser Maßnahmenfindung sollten die *Schlüsselfaktoren*. Für die Übertragung dieser Forschungsergebnisse wird in der Studie die Anwendung des Prozess-Modells nach Rogers empfohlen. Dieses beschreibt die Dynamik eines Teams bei der Implementierung von Veränderungen und kann als Basis für einen partizipativen Implementierungsprozess dienen (vgl. Rogers 1995).

3. Methodik dieser Arbeit

Die Methodik dieser Masterthesis orientiert sich teilweise an dem in Kapitel 2 beschriebenen studentischen Forschungsprojekt, mit dem Ziel vergleichbare Daten zu erheben. Daher wurden einige methodische Elemente aus dieser Forschungsarbeit übernommen. Um beide Implementierungsprojekte tiefergehend vergleichen zu können, wurde die Erhebungsmethodik um deduktive Elemente erweitert. Konkret sollten die Schlüsselfaktoren aus dem Forschungsprojekt durch die Teilnehmenden in Bezug auf die Relevanz eingeschätzt werden.

3.1 Literaturrecherchen zur Vorbereitung dieser Studie

Um die Themen Pflegevisite, Implementation Science und die genutzte Methodik wissenschaftlich zu fundieren, wurde zu Beginn der Masterthesis eine Literaturrecherche durchgeführt. Die identifizierte Literatur wurde genutzt, um das konkrete Instrument Pflegevisite, welches aus der Praxis vorgegeben wurde, einzuordnen. Des Weiteren wurde die Literatur zur Implementation Science dazu genutzt, um die Masterthesis in diesen Kontext einzuordnen. Die Literatur zur Erhebungsmethodik bildete die Grundlage für das Forschungsdesign.

3.1.1 Literaturrecherche zur Definition und Implementierung von Pflegevisiten

Um das Thema Pflegevisite wissenschaftlich einzuordnen und den Begriff definieren zu können, wurde zu Beginn dieser Arbeit in den Datenbanken Care-Lit und PubMed recherchiert. Die Recherche auf PubMed begann mit dem Suchbegriff „nursing rounds“. Um die Ergebnisse im weiter einzugrenzen, wurde der Suchbegriff „implementation“ hinzugefügt. Bei der Durchsicht der Ergebnisse dieser Suche wurde zusätzlich der Suchbegriff „Intentional Rounding“ eruiert. Einschlusskriterium war die konkrete Beschreibung eines Implementierungsprojektes von *nursing rounds*. Mit diesem Vorgehen konnten drei Studien zu Implementierungsprojekten von *nursing rounds* identifiziert werden (s. Tab. 3):

Titel	Autor
„Purposeful and timely nursing rounds: a best practice implementation project“	Daniels (2016)
„Changing nursing practice: Implementation challenges of intentional rounding on three rehabilitation units“	Maddigan et al. (2019)
„Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers“	Flowers et al. (2016)

Tab. 3: Rechercheergebnisse PubMed

Die Recherche auf Care-Lit begann mit dem Suchbegriff „Pflegevisite“. Bei der Durchsicht der Ergebnisse zeigte sich, dass insbesondere Beiträge, welche Pflegevisite im Titel hatten, eine hohe Relevanz hatten. Um die Ergebnisse weiter einzugrenzen, wurde speziell nach dem Begriff Pflegevisite im Titel gesucht. Einschlusskriterium war die Darstellung einer Definition des Instrumentes *Pflegevisite*. Dabei konnten zwei Artikel, welche Definitionen zum Thema Pflegevisiten enthielten, identifiziert werden (s. Tab. 4):

Titel	Autor
„Pflegevisite auf der Intensivstation: Patienten in den Mittelpunkt der Pflege rücken“	Krüger/Mannebach (2022)
„Onkologische Pflegevisite und Fallbesprechung praktische Umsetzung“	Lippach (2018)

Tab. 4: Rechercheergebnisse CareLit

Die Definitionen in diesen beiden Artikeln verwiesen auf das Fachbuch „Das Pflegevisiten-Buch“ (Heering 2018). Daher wurde dieses Fachbuch ebenfalls in die Literatur aufgenommen. Es zeigte sich, dass die Definition nach Heering und die Unterkategorie „Pflegevisite als Gespräch“ (Heering 2018) exakt zu der Form von Pflegevisite in der Onkologie und internistischen Abteilung passt. Daher wurde dieses Fachbuch als theoretische Grundlage für diese Masterarbeit ausgewählt. Zudem enthält es einige Darstellungen von Implementierungsprojekten zu Pflegevisiten aus der Schweiz, in denen verschiedene Kontextfaktoren festgestellt werden konnten. Diese wurden aufgrund der gleichen Grunddefinition der Pflegevisite als Vergleichsstudien genutzt.

3.1.2 Literatur zur Implementation Science zur Einordnung dieser Studie

Zur Einordnung des Projektes in die Implementation Science wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese begann in der Bibliothek der Fliedner Fachhochschule, wobei die Fachbücher „Handbook on Implementation Science“ (Nilsen et al. 2020) und „Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - ein Handbuch“ (Hoben et al. 2016) identifiziert wurden. Ersteres gibt einen Überblick über die Implementation Science. In diesem Buch wird auch das *CFIR* vorgestellt, welches in studentischen Forschungsprojekt zur Interpretation der Ergebnisse genutzt wurde. Daher wurde dieses Rahmenmodell auch in dieser Masterthesis genutzt, um die Ergebnisse darzustellen und zu diskutieren. Die Recherche zum *CFIR* fand anhand der Literaturverweise aus dem Fachbuch statt. Des Weiteren wurde als Beispiel für ein Prozessmodell in diesem Fachbuch das „Ottawa Model“ (Nilsen et al. 2020) genannt. Dieses Modell bietet eine Planungshilfe für den Implementierungsprozess und bezieht auch Kontextfaktoren mit ein (vgl. Logan et al. 2010). Anhand der Literaturverweise aus dem

Fachbuch fand die Recherche zu diesem Instrument statt. Das Handbuch von Hoben et al. bietet einen Überblick über die Implementierungswissenschaft in der Pflege in Deutschland (vgl. Hoben et al. 2016). Mit dieser Literatur wurde die Einordnung des Projektes in die Implementation Science durchgeführt.

3.1.3 Literaturrecherche zur Verbindung induktiver und deduktiver Elemente als Grundlage der Forschungsmethodik dieser Arbeit

Um eine passende Methodik zu erarbeiten, wurde zunächst in der Datenbank CareLit nach Publikationen gesucht. Mit dem Suchbegriff „induktiv und deduktiv Vorgehen“ wurden die Publikationen auf eine Forschungsmethodik untersucht, welche induktive und deduktive Aspekte bei einer empirischen und qualitativen Datenerhebung verbindet.

Einschlusskriterium war dementsprechend die Anwendung einer Methodik bei der Datenerhebung, welche induktive und deduktive Elemente verbindet. Dabei wurde ein Artikel identifiziert: „Das Erleben jüngerer pflegebedürftiger Menschen beim Einzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung – eine qualitative Studie“ (Heinze 2023). In dieser Publikation wurde das „problemzentrierte Interview“ (*PZI*) (Heinze 2023) genutzt. Dieses Instrument wurde anhand der Literaturverweise aus dieser Publikation weiter recherchiert. Daraufhin konnte die Publikation „Das problemzentrierte Interview“ (Witzel 2000) als Grundlage für die Methodik dieser Masterthesis eruiert werden.

3.2 Forschungsdesign und Erhebungssetting

Das Forschungsdesign dieser Masterarbeit orientiert sich bei der Erhebung der Daten an der Methode des *PZI*. Die leitfadengestützten Interviews werden in zwei Teile unterteilt. Der erste Teil ist induktiv und soll, ähnlich wie im studentischen Forschungsprojekt, die Einflussfaktoren der Implementierung einer Pflegevisite in der Onkologischen Abteilung des Zielkrankenhauses erheben. Der zweite Teil des Interviews soll die *Schlüsselfaktoren* aus dem studentischen Forschungsprojekt darstellen und diese durch die Befragten validieren in Bezug auf die Implementierung einer Pflegevisite in der Onkologie. Durch diese Interviewmethodik sollen Daten erhoben werden, welche einen Vergleich der Einflussfaktoren aus beiden Implementierungsvorhaben, dem geplanten in der Inneren Medizin und dem bereits abgeschlossenen in der Onkologie, ermöglichen. Beide Teile des Interviews werden mit der induktiven Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, um die externe Validität der Ergebnisse mit denen des Forschungsprojektes zu erhöhen. Anschließend soll eine Datensynthese der Einflussfaktoren aus dieser Masterarbeit und denen des studentischen Forschungsprojektes durchgeführt werden. Die entsprechenden Ergebnisse werden mit den Befunden aus dem zweiten Teil des Interviews verknüpft.

Das Erhebungssetting ist also die Onkologische Abteilung eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung. Auf dieser ist die Pflegevisite als Gespräch bereits implementiert und

wird durch die *advanced practice nurses (APN)* der Onkologie durchgeführt. Die Datenerhebung fand im September und Oktober 2023 statt. Die Rekrutierung erfolgte über die Bereichsleitung sowie die Stationsleitungen der onkologischen Stationen. Ein schriftliches Einverständnis aller Befragten liegt vor, der Forschungszweck wurde vor Beginn der Interviews erläutert.

3.3 Qualitative Datenerhebung

3.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Um relevante Daten zum Implementierungsprozess zu erhalten, wurden die am Implementierungsprozess beteiligten Pflegekräfte der Abteilung für die Interviews ausgewählt. Entsprechend wurden die drei *APNs* sowie die Stationsleitungen der Onkologie des Zielkrankenhauses in die Stichprobe eingeschlossen. Daraus entstanden insgesamt fünf Interviews mit einer Gesamtlänge von 96 Minuten und 31 Sekunden. Alle Pflegekräfte haben neben einer dreijährigen Ausbildung als Krankenpfleger*In oder Gesundheits- und Krankenpfleger*In auch eine zusätzliche Qualifikation in Form einer Weiterbildung absolviert. Andere Pflegekräfte aus der Abteilung wurden ausgeschlossen, da sie nicht direkt am Implementierungsprozess beteiligt waren und keine Pflegevisiten durchführen.

3.3.2 Das Problemzentrierte Interview als Erhebungsmethodik

Das Forschungsdesign sollte, um sich der eingangs beschriebenen Forschungsfrage anzunähern, induktive und deduktive Elemente verknüpfen. Induktive Elemente sollen die Einflussfaktoren auf die erfolgte Implementierung einer Pflegevisite in der Onkologie in ähnlicher Weise erheben, wie sie im studentischen Forschungsprojekt eruiert wurden. Die deduktiven Elemente sollen die *Schlüsselfaktoren* des studentischen Forschungsprojektes in Bezug auf ein anderes Setting untersuchen. Zur Umsetzung dieser Verknüpfung deduktiver und induktiver Forschungsansätze orientiert sich die gewählte Methodik am „problemzentrierten Interview“ (Witzel 2000). Das *PZI* hat seine wissenschaftstheoretischen Hintergründe in der „Grounded Theory“ (Glaser/Strauss 1998). Ähnlich zu anderen qualitativen Methoden, bei denen offene Fragen dem Befragten möglichst keine inhaltlichen Vorgaben gemacht werden sollen, nutzt auch das *PZI* eine induktive Fragenmethodik (vgl. Witzel 2000). Ein grundsätzlicher Unterschied zu anderen qualitativen Methoden, welche dieses Instrument verwenden, ist die Nutzung von „am Problem orientierten [...] Nachfragen [...]“ (Witzel 2000). Auf diese Weise werden im *PZI* induktive Elemente im Form von offenen Fragen in narrativen oder leitfadengestützten Interviews und deduktive Elemente in Form der empirisch fundierten Nachfragen auf die spezielle Problemstellung, die erforscht werden soll (vgl. Witzel 2000), angewendet. Die ermöglicht die „Problemzentrierung“ (Witzel 2000) dieser Methodik. Weitere Aspekte des *PZI* sind die „Gegenstandsorientierung“ (Witzel 2000), welche die Anpassung der konkreten Instrumente und Vorgehensweise auf den jeweiligen

Forschungsgegenstand, also eine „Flexibilität“ (Witzel 2000) beschreibt. Zudem spielt bei einem *PZI* die „Prozessorientierung“ (Witzel 2000) eine Rolle, durch welche ein Entwicklungsprozess geleitet von Fragen, Nachfragen und Wiederholungen innerhalb eines Interviews stattfinden soll (vgl. Witzel 2000).

3.3.3 Leitfadenerstellung anhand des PZI

Aus dieser Methodik soll die Vorgehensweise dieser Masterarbeit abgeleitet werden. Die oben beschriebene Unterteilung der Interviews in zwei Teile dient dabei der Trennung der induktiven und deduktiven Elemente, welche den Entwicklungsprozess ermöglicht. Grundsätzlich kommt ein leitfadengestütztes Interview zum Einsatz. Dieser Leitfaden strukturiert die Teilung der Interviews. Der erste Teil ist stark angelehnt an die Erhebungsmethodik des studentischen Forschungsprojektes. Zunächst wurden vor jedem Interview einige persönliche Daten wie Alter, Ausbildung, Berufserfahrung und Tätigkeit auf der Zielstation erfragt, um die Stichprobe besser darstellen zu können. Der Leitfaden im studentischen Forschungsprojekt wurde anhand der SPSS-Methode nach Helfferich erstellt und orientierte sich am Interpretativen Paradigma und der Phänomenologie. Er enthielt, neben einigen Fragen zur Person, folgende Fragen (s. Tab. 5):

Einleitungsfrage	Wie würden Sie eine Pflegevisite auf Ihrer Station gestalten?
Hauptfrage 1	Welche Bedarfe und Hemmnisse sehen Sie für die Einführung einer solchen Pflegevisite?
Hauptfrage 2a	Was braucht es für diese Einführung?
Hauptfragen 2b	Welche Hürden sehen Sie bei dieser Implementierung? Welche Vorteilhaften Umstände sehen Sie bei dieser Implementierung?
Hauptfrage 2c	Gab es andere Veränderungen in letzter Zeit und welche Hürden, bzw. vorteilhafte Umstände hat es gegeben?
Abschlussfrage 3a	Gibt es dazu noch Ergänzungen?
Abschlussfrage 3b	Welchen Umstand empfinden Sie am wichtigsten?“

Tab. 5: Fragen aus dem Leitfaden des Forschungsprojektes

Diese Fragen werden an das aktuelle Setting angepasst und übernommen, um vergleichbare Daten zu erheben. Insbesondere soll die erste Frage wie folgt verändert werden: Wie gestalten Sie aktuell eine Pflegevisite auf Ihrer Station? Mit diesem angepassten Leitfaden wird das Interview begonnen. Der zweite Teil des Leitfadens soll die theoriebasierten Nachfragen im Sinne des *PZI* beinhalten. Diese beziehen sich auf die vier Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt: Personalbesetzung, Motivation der Pflegekräfte, Qualifikation der Pflegekräfte, Klare Strukturen für Pflegevisiten (vgl. Fürschke 2023). Auch

dieser Teil des Leitfadens wurde mit dem SPSS-Prinzip erstellt (vgl. Helfferich 2011). Dazu wurden zunächst Fragen gesammelt, auf Gegenstandsbezug geprüft, entsprechend sortiert und anschließend subsumiert (vgl. Helfferich 2011). Daraus entstanden die folgenden Fragen: Welchen Einfluss hatte Personalbesetzung auf die Umsetzung der Pflegevisite? Warum hatte die Personalbesetzung keinen Einfluss auf die Umsetzung? Inwiefern hatte die Motivation der Beteiligten Einfluss auf die Umsetzung von Pflegevisiten? Warum hatte die Motivation keinen Einfluss auf die Umsetzung? Wie wirkte sich die Qualifikation der Pflegekräfte, welche Pflegevisiten durchführen sollten, auf die Umsetzung aus? Warum hatte die Qualifikation keinen Einfluss auf die Umsetzung? Hat die Schaffung klarer Strukturen in Bezug auf die Pflegevisite deren Umsetzung beeinflusst? Warum hatten klare Strukturen keinen Einfluss auf die Umsetzung? Welche der genannten Faktoren würden Sie als am wichtigsten beschreiben? Bei diesen Fragen ist zu beachten, dass die zweite Frage zu jedem Einflussfaktor nur bei einer Verneinung der Relevanz dieses Faktors gestellt wird. Zudem soll vor jeder Frage nach dem jeweiligen Einflussfaktor dieser kurz definiert werden. Die letzte Frage soll dabei auch die Antwort auf die letzte Frage des ersten Interviewteils berücksichtigen, um einen Vergleich der Relevanz zwischen den induktiv erhobenen und deduktiv vorgestellten Faktoren zu ermöglichen. Die entsprechenden Definitionen der vier Schlüsselfaktoren basieren auf dem Forschungsprojekt. *Personalbesetzung*: Pflegekräfte geben hohe Auslastung an, sehen wenig zeitliche Ressourcen für Pflegevisiten, wirkt sich negativ auf die Motivation aus und ist konnotiert mit zu wenig Wissen um das Instrument Pflegevisite (vgl. Fürschke 2023). *Motivation der Pflegekräfte*: Die Notwendigkeit einer Motivationssteigerung zur Umsetzung von Pflegevisiten steht in Zusammenhang mit einigen interessierten Pflegekräften, einer generell hohen Arbeitsauslastung und dem Wissen der Pflegekräfte um die Anwendung von Pflegevisiten. Zudem wird von den Pflegekräften eine Unterstützung durch Vorgesetzte als Bedarf formuliert (vgl. Fürschke 2023). *Qualifikation der Pflegekräfte*: Das fehlende Wissen soll nach Aussage der Pflegekräfte mit Fortbildungen durch die APN und durch eine generelle Personalentwicklung gelöst werden. Dieses fehlende Wissen wirkt sich negativ auf die Motivation aus (vgl. Fürschke 2023). *Klare Strukturen für Pflegevisiten*: Wird als Bedarf zur Umsetzung formuliert, steht in Zusammenhang mit einer einfachen, klaren Dokumentation der Pflegevisiten (vgl. Fürschke 2023). Dieser Leitfaden realisiert die theoretischen Grundsätze des PZI. Die Aspekte Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung werden mit dieser Erhebungsmethode beachtet und die Verbindung induktiver und deduktiver Elemente im Sinne eines Entwicklungsprozesses der Daten umgesetzt. Bei einer Pilotierung dieses Interviewleitfadens mit Pflegekräften aus einem anderen klinischen Setting zeigte sich, dass im ersten Teil viele Einflussfaktoren identifiziert werden konnten, im zweiten Teil konnten Verknüpfungen zu diesen Einflussfaktoren auf Basis der *Schlüsselfaktoren* hergestellt werden.

3.4 Datenauswertung

3.4.1 Transkription der Interviews

Die Interviews wurden mit dem Aufnahmegerät „Philips DVT 2010“ als Audiodatei aufgezeichnet. Mit dem Einverständnis der Interviewpartner*Innen wurden diese Audiodateien dann über das Transkriptionsbüro *Transkripto* transkribiert. Ein Transkriptionsbüro wurde aus Gründen des Zeitmanagements hinzugezogen, die Transkripte wurden anschließend durch den Interviewer geprüft. Die Transkripte wurden nach den Transkriptionsregeln des „einfachen Transkriptes“ (Dresing et al. 2012) erstellt. Diese Methode stellt die Inhalte des gesprochenen Wortes in den Vordergrund und lässt Emotionen et cetera weitgehend unbeachtet. Dies wird als Fokussierung auf den „semantischen Inhalt“ (Dresing et al. 2012) bezeichnet. Diesem Transkriptionsverfahren liegen folgende Regeln zugrunde. Die gesprochenen Worte werden wörtlich transkribiert, dabei werden Umgangssprache, Stottern und Verzögerungslaute ausgebessert (vgl. Dresing et al. 2012). Sprechpausen werden mit „(...)“ (Dresing et al. 2012), unverständliche Worte oder Passagen mit „(unv.)“ (Dresing et al. 2012) dargestellt. Jede einzelne Aussage wird in einem Absatz aufgeschrieben, Unterbrechungen oder Einwürfe werden im nächsten Absatz transkribiert (vgl. Dresing et al. 2012). Wenn ein Wort oder eine Passage nicht klar verständlich sind, die Transkriptor*Innen aber eine Vermutung haben, wird dies in Klammern mit einem Fragezeichen transkribiert (vgl. Dresing et al. 2012). Die Aussagen der Interviewpartner*Innen werden mit „B:“ (Dresing et al. 2012), die des Interviewenden mit „I:“ (Dresing et al. 2012) begonnen, um die Zuordnung der Aussagen zu gewährleisten.

3.4.2 Auswertung der Interviews mit der induktiven Inhaltsanalyse nach Mayring

Bei der Auswertung der Transkripte wurde die induktive Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet. Beide Teile der Interviews werden zusammen ausgewertet, um Zusammenhänge zwischen diesen darstellen zu können. Die induktive Inhaltsanalyse nach Mayring beginnt mit der Bildung von Kategorien anhand des Datenmaterials (vgl. Mayring 2000). Welche Aussagen relevant für die Forschungsfrage sind, muss anhand der Forschungsfrage vorab festgelegt werden (vgl. Mayring 2000). Die folgenden Themen waren die Basis für den Bildungsprozess der Kategorien (s. Tab. 6):

Thema:	Definition:
Einflussfaktoren	Aussagen über einen Umstand, welcher einen Einfluss auf den Implementierungsprozess hatte.

Bedarfsfaktoren	Aussagen über einen Einfluss, welcher als Notwendigkeit für das Gelingen des Implementierungsprozess beschrieben wird.
Gestaltung der Pflegevisite	Aussagen über die Art und Weise, wie Pflegevisiten durchgeführt werden.
Bezug auf Kontextfaktoren aus Forschungsprojekt	Aussagen, welche Bezug auf die im Leitfaden beschriebenen Kontextfaktoren nehmen.

Tab. 6: Themen zur Selektion relevanter Aussagen bei der Auswertung der Interviews

Anhand dieser Themen wurden die transkribierten Interviews ausgewertet und Kategorien gebildet. Die Auswertung erfolgte weiter nach dem Prinzip der induktiven Inhaltsanalyse. Nachdem circa die Hälfte des Datenmaterials, genauer die Interviews eins, zwei und vier (57 Minuten 42 Sekunden, 59,8%), kodiert worden war, wurde das Kodiersystem überarbeitet und die bereits kodierten Interviews revidiert und nachkodiert (vgl. Mayring 2000). Dies entspricht der Anwendung der „formativen Reliabilitätsprüfung“ (Mayring 2000). Mit diesem Kodiersystem wurde im Folgenden die Datenauswertung fortgesetzt. Nach der Kodierung der restlichen Interviews wurden die Codes erneut überarbeitet und mit diesem finalisierten Kodiersystem wurde das gesamte Datenmaterial abschließend revidiert und nachkodiert (vgl. Mayring 2000). Diese Vorgehensweise entspricht der „summativen Reliabilitätsprüfung“ (Mayring 2000). Abschließend wurden die gebildeten Kategorien sortiert und Überkategorien zugeordnet, welche anhand der Codes gebildet wurden (vgl. Mayring 2000). Auf diese Weise entstand ein Kodierbaum mit Haupt- und Subkategorien. Insgesamt stellt dieses Verfahren die systematische und schrittweise Entwicklung des Kategoriensystems beziehungsweise Kodierbaumes anhand des Datenmaterials sicher (vgl. Mayring 2000). Zur praktischen Umsetzung dieser Inhaltsanalyse wurde das Programm *MAXQDA 2022* verwendet, in welches die Transkripte importiert wurden und anhand der beschriebenen Vorgehensweise kodiert und ausgewertet werden konnten.

3.5 Darstellung der Ergebnisse anhand des *CFIR*

Das in Kapitel 2 vorgestellte *CFIR* wurde, wie auch im studentischen Forschungsprojekt, als Ausgangspunkt zur Analyse genutzt. Die erhobenen Einflussfaktoren dieser Masterthesis wurden in dieses Rahmenmodell einsortiert, um diese strukturiert darzustellen und einen Vergleich mit den Daten aus dem studentischen Forschungsprojekt zu ermöglichen. Daher wurde auch in dieser Masterthesis die erste Version des *CFIR* von 2009 angewendet. Konkret wurden die Einflussfaktoren den fünf *Domänen* des *CFIR* zugeordnet und anhand der daraus entstehenden Kontexte interpretiert und mit dem studentischen Forschungsprojekt verglichen.

3.6 Ethische Aspekte der Studie

Für diese Masterthesis war keine Genehmigung der Ethikkommission erforderlich, da die Teilnehmenden nicht zu einer vulnerablen Gruppe zählen. Die Interviewteilnehmenden sind Mitarbeitende des Zielkrankenhauses, daher musste die Mitarbeitendenvertretung der Klinik ihr Einverständnis geben. Diese Genehmigung wurde nach einem formalen Antrag, welcher im Juli 2023 gestellt wurde, ab September 2023 erteilt. Ähnlich wie im studentischen Forschungsprojekt wurde auch in dieser Untersuchung seitens der Mitarbeitendenvertretung auf folgende Umstände Wert gelegt: Die Teilnehmenden sollten über den Zweck der Interviews aufgeklärt werden und die Teilnahme freiwillig erfolgen. Diese Rahmenbedingungen wurden in einer schriftlichen Einverständniserklärung festgehalten, die alle Interviewpartner*Innen vor dem entsprechenden Interview gelesen und unterzeichnet haben. In dieser Einverständniserklärung wurde zudem die DSGVO-Konformität der Datenverarbeitung, die Fristen für einen Widerruf des Einverständnisses und den generellen Umgang mit den Audiodateien und deren Transkripten dargelegt. Insbesondere wurde der Umstand, dass diese keinem weiteren Mitarbeitenden des Zielkrankenhauses zugänglich gemacht werden, dort festgehalten. Diese Einverständniserklärung ist der Masterthesis angehängt. Keiner der Teilnehmenden hat das Einverständnis zurückgezogen, sodass alle geführten Interviews in die Datenauswertung eingeflossen sind.

4. Ergebnisse dieser Studie im CFIR

Durch die Kodierung der Transkripte nach der beschriebenen Vorgehensweise entstand folgendes Kodiersystem. Als fett markierte Codes sind die Hauptcodes, nicht markierte sind Subcodes und kursiv markierte sind Subsubcodes (s. Tab. 7).

Dokumentation der Pflegevisiten
Entwicklung der Dokumentationsstruktur
Geräte zur Dokumentation beschaffen
Probleme bei Interventionen durch unklare Dokumentation
Rolle APN für Pflegevisiten
Vorstellen der Pflegevisiten im Team durch APN
Rollenfindung als APN bei Pflegevisiten
Durchführung der Pflegevisiten durch APN
Nachbesprechung der Pflegevisiten durch APN
APN führt Schulungen für Pflegekräfte durch
Personalbesetzung
Personalbesetzung: positive Entwicklung der Personalsituation
hoher Zeitaufwand bei Pflegevisiten
Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten
<i>Probleme bei der Freistellung</i>
<i>Probleme bei stundenweiser Freistellung</i>
<i>Skepsis gegenüber Nutzen von Freistellung für Pflegevisiten</i>
<i>Personalbesetzung: Probleme bei der Freistellung</i>
<i>Personalbesetzung: Probleme bei stundenweiser Freistellung</i>
<i>Personalbesetzung: Tageweise Freistellung als Gelingensfaktor</i>
Motivation der Pflegekräfte
Schaffung von Akzeptanz im Pflegeteam für Pflegevisiten
Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte

<i>Versorgungsprobleme erkennen</i>
<i>Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung</i>
hohe Motivation nach Fachweiterbildung
Motivation: Steigerung der Motivation durch mehr Personal
Motivation: Suchen von Pflegekräfte als Multiplikatoren für Pflegevisiten
Motivation: hohe Motivation v.a. bei jüngeren Pflegekräften
Motivation: hohe Motivation bei wiederkehrenden Patient*Innen
Motivation: Steigerung der Motivation durch Rahmenbedingungen
Wichtigste Faktoren Teil 1
Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte als wichtigster Faktor
Freistellung als wichtigster Faktor
Unterstützung durch Vorgesetzte als wichtigster Faktor
Intrinsische Motivation als wichtigster Faktor
Qualifizierte Pflegekräfte als wichtigster Faktor
Auswirkungen der Pflegevisiten
Mehr Zeit zur Lösung von Versorgungsproblemen durch Pflegevisiten
Qualitätssteigerungen durch Pflegevisiten
Informationsaustausch durch Pflegevisiten
Arbeiten mit Angehörigen
Interprofessionelles Arbeiten
Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte durch Pflegevisiten
Wichtigste Faktoren Teil 2
Final: Schulung der Pflegekräfte durch Pflegevisiten als wichtigster Faktor
Final: Personalbesetzung als wichtigster Faktor
Final: intrinsische Motivation als wichtigster Faktor

Final: Klare Strukturen als wichtigster Faktor
Final: Qualifizierung der Pflegekräfte als wichtigster Faktor
Prozess Pflegevisite
Auswahl Patient*Innen für Pflegevisiten
Initiierung der Pflegevisiten durch Pflegepersonal
Keine festen Kriterien zur Auswahl der Patient*Innen
Auswahl der Patient*Innen anhand des Pflegebedarfes
Auswahl Patient*Innen anhand von Diagnosen
Beratungsgespräch mit dem Patient*Innen auf Basis der Bedarfe
Bewertung durch Patient*Innen
Patient*Innen informieren
Nebenwirkungen erfassen und behandeln
Einleitung Entlassmanagement
Einverständnis der Patient*Innen einholen
Sozialanamnese
Qualifizierung der Pflegekräfte
Informationen zu Pflegevisiten durch Fachweiterbildung
Erfahrungen mit Pflegevisiten sammeln
Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit von Pflegekräfte mit Fachweiterbildung
Qualifikation der Pflegekräfte: Kurze Fortbildungen verbessern Fachwissen und Motivation
Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit erfahrener Pflegekräfte
Qualifikation der Pflegekräfte: mehr Fachwissen erhöht Motivation
Qualifikation der Pflegekräfte: Qualifizierung der APN wirkt positiv

Qualifikation der Pflegekräfte: Fortbildungen durch APN verbessern allg. Quali.
Schaffung klarer Strukturen
Zeiträume für Pflegevisiten schaffen
Festlegung klarer Strukturen
Räumlichkeiten für Pflegevisiten schaffen
Anpassung des Instrumentes Pflegevisite
Klare Strukturen zur Verbesserung der Dokumentation
Klare Strukturen: ein Bogen zur Dokumentation als Strukturhilfe
Klare Strukturen: Unterstützung durch Führungskräfte
Klare Strukturen: tageweise Freistellung
Klare Strukturen: Gemeinsame Erarbeitung von Strukturen
Auswahl bestimmter Pflegekräfte für Pflegevisiten
Auswahl der Pflegekräfte anhand Fachwissen Onkologie
Unzufriedenheit bei Nicht-Auswahl der Pflegenden für Pflegevisiten
Unterstützung durch Vorgesetzte
Fehlende Ressourcen durch Strukturen der Klinik

Tab. 7 Kodiersystem Interviews in der Onkologie

Bei der Kodierung wurden Aussagen aus Teil eins und Teil zwei des differenziert. Aussagen aus Teil zwei des Interviews, welche sich auf einen der vorgestellten Einflussfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt beziehen, wurden mit dem jeweiligen Einflussfaktor und einem Doppelpunkt und dann dem Codename bezeichnet. Diese Differenzierung ist für die weitere Auswertung relevant. Aus diesem Kodiersystem gehen verschiedene Einflussfaktoren auf den Implementierungsprozess von Pflegevisiten in der Onkologie des Zielkrankenhauses hervor. Zudem konnten einige Bezüge zu den Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt hergestellt werden. Die aus diesen Codes abgeleiteten Einflussfaktoren wurden im nächsten Schritt in die *Domänen* des *CFIR* einsortiert. Dies lässt sich wie folgt darstellen (s. Abb. 5):

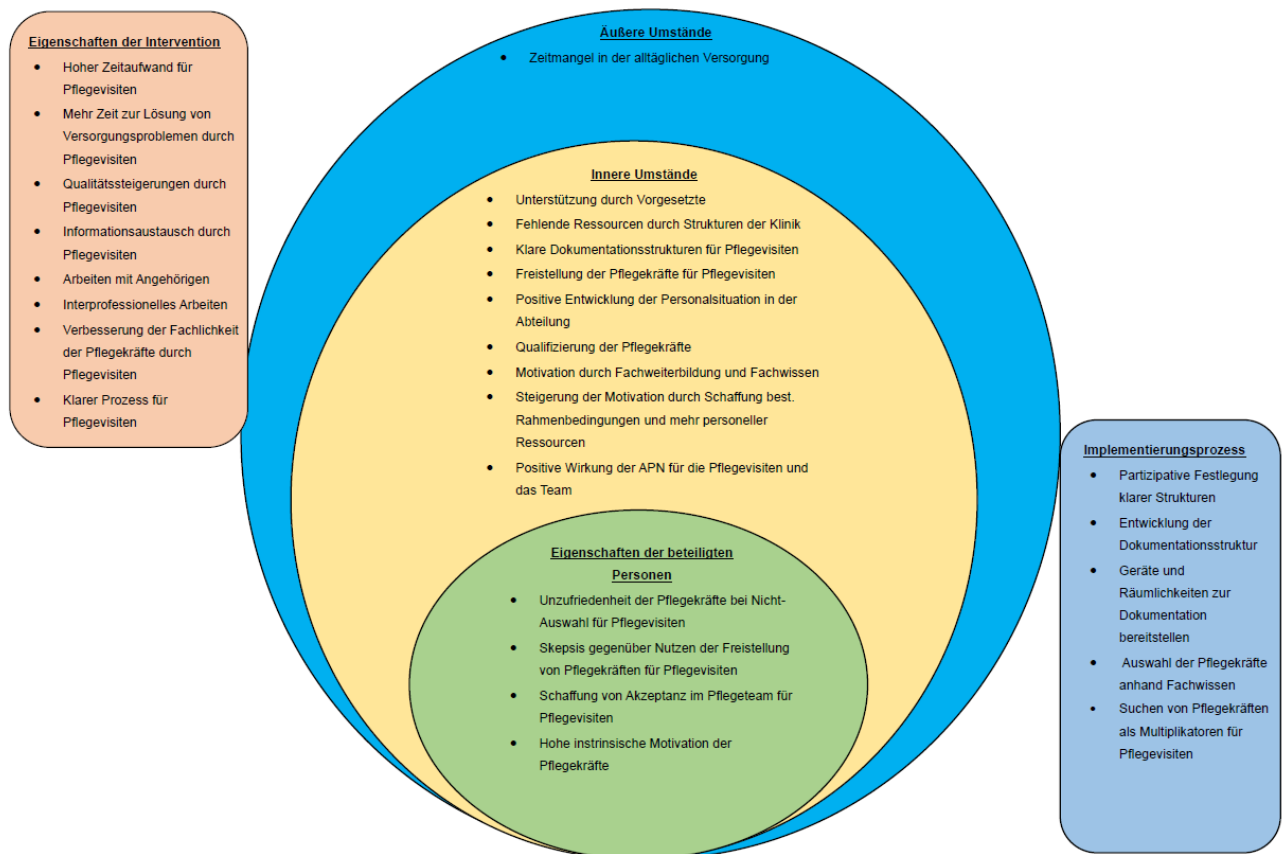


Abb. 5: Die Ergebnisse der Interviews in der Onkologie im CFIR-Framework (eigene Darstellung)

In jeder der fünf *Domänen* des *CFIR* konnte mindestens ein Einflussfaktor eingeordnet werden. Die meisten Einflussfaktoren wurden in den *Domänen Eigenschaften der Intervention* und *Innere Umstände* verortet, gefolgt von *Eigenschaften der beteiligten Personen* und *Implementierungsprozess*. Eine genauere Zuordnung der Einflussfaktoren zu den *Konstrukten* erfolgte im Verlauf.

4.1 CFIR-Domäne Eigenschaften der Intervention

Die genannten Eigenschaften von Pflegevisiten aus Sicht der Interviewteilnehmer*Innen beziehen sich vornehmlich auf positive Auswirkungen der Pflegevisiten. Die Codes *Mehr Zeit zur Lösung von Versorgungsproblemen durch Pflegevisiten* (vgl. Interview 2, Absatz 11), *Qualitätssteigerungen durch Pflegevisiten* (vgl. Interview 3 Absätze 23-25 und 47, Interview M4 Absatz 13) beziehen sich auf eine bessere Versorgung der Patient*Innen durch die Nutzung von Pflegevisiten und damit verbundene Arbeitserleichterung für die Pflegenden. Der Code *Informationsaustausch durch Pflegevisiten* beschreibt eine verbesserte Kommunikation zwischen den Pflegekräften (vgl. Interview 4, Absatz 11), zudem zeigen die Codes *Arbeiten mit Angehörigen* und *Interprofessionelle Zusammenarbeit* sowohl die Verbesserung von Kommunikationsstrukturen mit den Angehörigen der Patient*Innen (vgl. Interview 1, Absatz 9) sowie mit anderen Berufsgruppen in der Klinik. Dabei werden konkret

die Berufsgruppen „Ernährungsberatung“ (Interview 1, Absatz 37), „Sozialdienst“ (Interview 1, Absatz 9), „Ärzte“ (Interview 1, Absatz 9) und „Servicekräfte“ (Interview 5, Absatz 7) benannt. Die *Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte durch Pflegevisiten* bezieht sich auf eine Veränderung der Perspektive Pflegender auf die Patientenversorgung, zugunsten einer größeren Patientenorientierung und Individualisierung der Pflege (vgl. Interview 3, Absatz 45). Der Code *Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten* stellt einen negativen Einflussfaktor dar: „Dass man das zwischen Tür und Angel im Frühdienst oder im Spätdienst macht, gerade bei einer Pflegevisite, ist natürlich [...] utopisch, [...] also ich mache Pflegevisiten in der Regel immer [...] bestimmt eine Stunde, wenn nicht länger.“ (Interview 1, Absatz 17). Der Einflussfaktor *Klarer Prozess für Pflegevisiten* setzt sich aus den Subcodes des Hauptcodes *Prozess Pflegevisite* zusammen und wird gesondert dargestellt.

4.2 CFIR-Domäne Äußere Umstände

Der Subcode *Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung* aus dem Hauptcode *Personalmangel* wurde als Einflussfaktor in der Makroebene eines Krankenhauses in Deutschland eingeordnet. Es wird hier konkret eine Rationierung von Beratungsleistungen und pflegerische Aufklärung aufgrund von Zeitmangel im Krankenhausalltag beschrieben (vgl. Interview 2, Absatz 76).

4.3 CFIR-Domäne Innere Umstände

Der Einflussfaktor *Unterstützung durch Vorgesetzte* beschreibt eine positive Wirkung auf den Implementierungsprozess durch Führungskräfte (vgl. Interview 5, Absatz 26-27). Die Fehlenden Ressourcen durch Strukturen der Klinik bezieht sich auf die Verfügbarkeit bestimmter Medizinprodukte, welche im Rahmen der Pflegevisite als für die Patient*Innen sinnvoll erkannt werden: „Wir können nicht immer alles nehmen, was man uns empfiehlt. Auch so spezielle Cremes oder andere Sachen. Manchmal steht das Krankenhaus uns halt auch ein bisschen im Weg mit ihren Kooperationspartnern“ (Interview 1, Absatz 37). Der Einflussfaktor *Klare Dokumentationsstrukturen für Pflegevisiten* setzt sich aus den Subcodes *Probleme bei Interventionen durch unklare Dokumentation* (vgl. Interview 1, Absatz 37, Interview 5, Absatz 31), *Klare Strukturen zur Verbesserung der Dokumentation* (vgl. Interview 5, Absatz 32-37) und *Klare Strukturen: ein Bogen zur Dokumentation als Strukturhilfe* (vgl. Interview 1, Absatz 63) zusammen. Diese Codes beschreiben die Vorteile einer klaren Dokumentationsstruktur, welche alle Pflegekräfte der Abteilung für Pflegevisiten nutzen, beziehungsweise die Probleme mit der Dokumentation, bevor diese Strukturen implementiert wurden (vgl. Interview 1, Absatz 37). Der Einflussfaktor *Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten* beinhaltet den Hauptcode *Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten* und den Subcode *Klare Strukturen: tageweise Freistellung*. Diese Codes stellen die hohe Relevanz einer tageweisen Freistellung der Pflegekräfte für APN-Tätigkeiten wie beispielsweise die Durchführung von Pflegevisiten dar (vgl. Interview 5, Absatz 28-29,

Interview 1, Absatz 17). Diese Freistellung wurde in Form von „Bürotage[n]“ (Interview 1, Absatz 53) für die APNs gestaltet. Diese Freistellung brachte zunächst gewisse Herausforderungen mit sich, eine ausreichende Personalbesetzung zur Gewährleistung des Stationsbetriebes während der Freistellung (vgl. Interview 5, Absatz 39) und auch eine gewisse Skepsis der Pflegekräfte (vgl. Interview 2, Absatz 21-29). Zudem wurde zu Beginn des Implementierungsprozesses eine stundenweise Freistellung für Pflegevisiten versucht, welche nicht den gewünscht Effekt eines ausreichenden Zeitraumes für die Intervention hatte: „Es wurde [...] rumexperimentiert [...] am Anfang halber Frühdienst und rausgezogen aus der Pflege, aber das hat alles vorne und hinten natürlich nicht funktioniert.“ (Interview 1, Absatz 53).

Ein weiterer Einflussfaktor in der Domäne *Innere Umstände* ist die *Positive Entwicklung der Personalsituation in der Abteilung* und bezieht sich auf den Subcode *Personalbesetzung: positive Entwicklung der Personalsituation*. Dieser Faktor wird mit einer positiven Wirkung auf den Implementierungsprozess durch die größere Verfügbarkeit von eingearbeitetem Stammpersonal beschrieben (vgl. Interview 3, Absatz 41-43). Der Hauptcode *Qualifizierung der Pflegekräfte* ist ein mehrschichtiger Einflussfaktor. Die Qualifizierung durch eine Fachweiterbildung für Onkologie erhöht das Fachwissen, auch in Bezug auf die Pflegevisite (vgl. Interview 5, Absatz 19) und auch die Motivation der Pflegekräfte (vgl. Interview 2, Absatz 57-63). Auf diese Subcodes bezieht sich auch der Einflussfaktor *Motivation durch Fachweiterbildung und Fachwissen*. Zudem wurde die Notwendigkeit erfahrener und qualifizierter Pflegekräfte zur Durchführung von Pflegevisiten beschrieben (vgl. Interview 1, Absatz 61). Zudem haben die speziell qualifizierten APNs eine positive Wirkung auf den Implementierungsprozess (vgl. Interview 4, Absatz 72-73) in Form von einer allgemeinen Verbesserung der Fachlichkeit im Pflgeteam (vgl. Interview 4, Absatz 68-69) und auch durch die Durchführungen von Fortbildungen durch die APNs (vgl. Interview 1, Absatz 61).

Aus diesen Codes besteht auch der Einflussfaktor *Positive Wirkung der APNs für die Pflegevisiten und das Team*. Auch der Hauptcode *Rolle der APN für Pflegevisiten* und dessen Subcodes spielen eine Rolle für diesen Einflussfaktor. Diese Subcodes beschreiben die Entwicklung der APN-Rolle in der Onkologie (vgl. Interview 5, Absatz 39) und die Aufgaben der APN bei der Durchführung und Nachbesprechung der Pflegevisiten (vgl. Interview 3, Absatz 3, Interview 3, Absatz 15) sowie die Vorstellung der Pflegevisiten im Team (vgl. Interview 5, Absatz 15-17). Auch stattfindende Fortbildungen durch die APNs, welche im Subcode *APN führt Schulungen für Pflegekräfte durch* beschrieben werden, sind dem Einflussfaktor *Positive Wirkung der APNs für die Pflegevisiten und dass Team* zuzuordnen. Des Weiteren haben die Pflegevisiten laut dem Subcode *Erfahrungen mit Pflegevisiten sammeln* (vgl. Interview 5, Absatz 40-42) auch die Fachlichkeit der APNs verbessert. Die *Steigerung der Motivation durch Schaffung bestimmter Rahmenbedingungen*

und personeller Ressourcen ist ein Einflussfaktor, der sich auf den Subcode *Motivation: Steigerung der Motivation durch Rahmenbedingungen* bezieht und den Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Freistellung und Verfügbarkeit eigener Räumlichkeiten eine positive Wirkung auf den Implementierungsprozess zuschreibt (vgl. Interview 4, Absatz 60-67). Bei der Darstellung dieser Einflussfaktoren werden bereits gewisse Zusammenhänge deutlich, welche im Verlauf ausführlich dargestellt werden.

4.4 CFIR-Domäne Eigenschaften der beteiligten Personen

Der Einflussfaktor *Unzufriedenheit der Pflegekräfte bei Nicht-Auswahl für Pflegevisiten* bezieht sich auf den gleichnamigen Subcode aus dem Hauptcode *Auswahl bestimmter Pflegekräfte für Pflegevisiten* und beschreibt einen „Unmut bei gewissen Leuten [...]“ (Interview 1, Absatz 27), wenn diese trotz viel Berufserfahrung nicht für das APN-Programm beziehungsweise zur Durchführung der Pflegevisiten ausgewählt worden sind. Ebenfalls der Domäne *Eigenschaften der beteiligten Personen* wurde der Subcode *Skepsis gegenüber Nutzen von Freistellung für Pflegevisiten* als negativer Einflussfaktor zugeordnet. Dieser Faktor benennt die Zweifel einiger Pflegekräfte der Onkologie am Nutzen der Pflegevisite für die Versorgung der Patient*Innen im Kontext der Freistellung. „Und das war am Anfang diese Akzeptanz von den anderen Pflegenden, dass man jetzt für so eine Tätigkeit freigestellt wird. Am Anfang wurde das ein bisschen kritisch gesehen.“ (Interview 5, Absatz 45). Daran anschließend wurde der Einflussfaktor *Schaffung von Akzeptanz im Pflege team für Pflegevisiten* ebenfalls dieser Domäne zugeordnet. Dieser Faktor besteht aus dem gleichnamigen Subcode und skizziert den Umgang mit der Skepsis: „B: [...] Und das war am Anfang diese Akzeptanz von den anderen Pflegenden, dass man jetzt für so eine Tätigkeit freigestellt wird. Am Anfang wurde das ein bisschen kritisch gesehen. I: Wie habt ihr das geschafft, dass das jetzt, sage ich mal [...] besser geworden ist? B: Weitermachen, darüber sprechen. Und, wie gesagt, wir übergeben ja auch immer das, was wir machen. Und ich glaube einfach, dass die daraus [...] einen Benefit ziehen. Für sich auch eine Arbeitserleichterung, wenn ein Patient schon überall angemeldet ist, mit dem Arzt gesprochen worden ist [...].“ (Interview 5, Absatz 45-47). Auch die Vorbereitung des Teams auf die Durchführung von Pflegevisiten spielte eine Rolle (vgl. Interview 2, Absatz 19).

Ein weiterer Einflussfaktor in dieser Domäne ist die *Hohe intrinsische Motivation* der Pflegekräfte, welcher sich einerseits aus dem Subcodes *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte* mit den entsprechenden Subsubcodes zusammensetzt. Der Subcode *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte* beschreibt eine vorhandene Motivation (vgl. Interview 2, Absatz 52-53, Interview 5, Absatz 54-55). Die Subsubcodes *Versorgungsprobleme erkennen* und *Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung* sind Gründe für die hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte der Onkologie zur Durchführung von Pflegevisiten. Die Wahrnehmung von Problemen bei der Versorgung bezieht sich vor allem auf

Beratungsangebote zu pflegerischen Themen und einem vollständigeren pflegerischen Behandlungsprozess (vgl. Interview 1, Absatz 13, Interview 5, Absatz 24), mit dem Zeitmangel ist vor allem die Vorbereitung der Patient*Innen auf Nebenwirkungen und Folgen bestimmter onkologischer Therapien (vgl. Interview 2, Absatz 11). Diese Aspekte können als Motivatoren für die Pflegekräfte, Pflegevisiten einzuführen. Weitere Aspekte des Einflussfaktors *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte* sind die Subcodes *hohe Motivation nach Fachweiterbildung* (vgl. Interview 2, Absatz 41-43), *Steigerung der Motivation durch mehr Personal* (vgl. Interview 3, Absatz 47), *Motivation: hohe Motivation v.a. bei jüngeren Pflegekräften* (vgl. Interview 2, Absatz 55), *Motivation: hohe Motivation bei wiederkehrenden Patient*Innen* (vgl. Interview 1, Absatz 57) und *Motivation: Steigerung der Motivation durch Rahmenbedingungen* (vgl. Interview 4, Absatz 60-67). Die Vielfalt der zugeordneten Codes zu diesem Einflussfaktor zeigt dessen Komplexität und Individualität.

4.5 CFIR-Domäne Implementierungsprozess

Die dieser Domäne zugeordneten Einflussfaktoren beziehen sich auf das Vorgehen während der Implementierung. Die *Partizipative Festlegung klarer Strukturen* bezieht sich auf die Subcodes *Festlegung klarer Strukturen* (vgl. Interview 1, Absatz 17), *Klare Strukturen: Gemeinsame Erarbeitung von Strukturen* (vgl. Interview 2, Absatz 65-69), *Anpassung des Instrumentes Pflegevisite* (vgl. Interview 5, Absatz 31), *Klare Strukturen: Unterstützung durch Leitungskräfte* (vgl. Interview 3, Absatz 56-61) und *Unterstützung durch Vorgesetzte* (vgl. Interview 5, Absatz 26). Diese Codes beschreiben die gemeinsame Vorbereitung und Planung des Implementierungsprozesses durch Bereichs- und Stationsleitungen mit den APNs. Der Einflussfaktor *Entwicklung der Dokumentationsstruktur* besteht aus den Subcodes *Entwicklung der Dokumentationsstruktur* (vgl. Interview 2, Absatz 31), *Probleme bei Interventionen durch unklare Dokumentation* (vgl. Interview 1, Absatz 37) und *Klare Strukturen: Ein Bogen zur Dokumentation als Strukturhilfe* (vgl. Interview 1, Absatz 63). In diesen Subcodes wird die Planung der Dokumentationsstruktur durch die APNs dargestellt. Zusammenfassend wird die Schaffung einer (Dokumentations-)Struktur zu Beginn des Implementierungsprozesses als positiver Einfluss beschrieben. Daran anschließend beschreibt der Einflussfaktor *Geräte und Räumlichkeiten zur Dokumentation bereitstellen*, bezugnehmend auf die Subcodes *Räumlichkeiten für Pflegevisiten schaffen* (vgl. Interview 3, Absatz 27-30) und *Geräte zur Dokumentation beschaffen* (vgl. Interview 3, Absatz 21), die Organisation von Büroräumen und Rechnern beziehungsweise Laptops für die APNs, damit diese Pflegevisiten besser durchführen können. Auch dieser Einflussfaktor hat einen positiven Effekt auf den Prozess. Die *Auswahl der Pflegekräfte anhand Fachwissen*, welche sich auf die Codes *Auswahl bestimmter Pflegekräfte für Pflegevisiten* (vgl. Interview 1, Absatz 17-19) und *Auswahl der Pflegekräfte anhand Fachwissen Onkologie* (vgl. Interview 1, Absatz 21) bezieht, wurde als wichtiger Einflussfaktor dargestellt und zeigt die

Auswahlkriterien für die APNs, welche die Pflegevisiten durchführen, während der Planung der Implementierung. Die weitere Auswahl der Kooperationspartner bei der Durchführung von Pflegevisiten in Form des Einflussfaktors *Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten*, welcher auf dem Subcode von *Motivation: Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten* (vgl. Interview 5, Absatz 75-77) aufbaut, ist ebenfalls als positiver Einfluss auf den Implementierungsprozess zu bezeichnen.

4.6 Hauptcode Prozess Pflegevisite

Dieser Hauptcode wird gesondert dargestellt, da hier die konkrete Vorgehensweise bei den onkologischen Pflegevisiten des Zielkrankenhauses kodiert wurde. In diesem Hauptcode sind zahlreiche Lösungsansätze vorhanden, mit denen auf negative Einflussfaktoren reagiert worden ist. Im CFIR wurde dieses Vorgehen als *Klarer Prozess für Pflegevisiten* in der Domäne *Eigenschaften der Implementierung* als positiver Einflussfaktor subsummiert. Die Pflegevisite selbst wird als *Beratungsgespräch mit den Patient*Innen auf Basis der Bedarfe* (vgl. Interview 3, Absatz 9, Interview 5, Absatz 7) durchgeführt. Es beginnt mit der *Auswahl der Patient*innen für die Pflegevisite* (vgl. Interview 4, Absatz 5), welche anhand der folgenden Subsubcodes ausgewählt werden. Es gibt generell *Keine festen Kriterien zur Auswahl der Patient*Innen* (vgl. Interview 2, Absatz 5), aber es findet sowohl eine *Auswahl anhand des Pflegebedarfes* (vgl. Interview 1, Absatz 3, Interview 2, Absatz 3) als auch eine *Auswahl anhand von Diagnosen* (vgl. Interview 5, Absatz 5) statt. Eine Erstdiagnose einer onkologischen Erkrankung (vgl. Interview 5, Absatz 5) oder Patient*Innen nach einer „Stammzelltransplantation“ (Interview 3, Absatz 3) werden beispielsweise priorisiert bei der Auswahl. Des Weiteren werden den APNs auch Patient*Innen von anderen Pflegekräften für eine Pflegevisite empfohlen. Diese *Initiierung der Pflegevisite durch Pflegepersonal* (vgl. Interview 3, Absatz 5) erfolgt aktuell noch über Anrufe oder persönliche Gespräche zwischen Pflegekräften der Onkologie und den APNs. Nach der Auswahl der Patient*innen werden eine Informationssammlung (vgl. Interview 1, Absatz 7) und Sozialanamnese (vgl. Interview 2, Absatz 7) durchgeführt. Danach sollen die APNs die *Patient*Innen informieren* (vgl. Interview 2, Absatz 7) und das *Einverständnis der Patient*Innen einholen* (vgl. Interview 1, Absatz 7). Die Information erfolgt mittlerweile auch über „Flyer“ (Interview 1, Absatz 37), das Einverständnis ist vor allem auf die aktuelle Situation der Patient*Innen bezogen. Im eingangs beschriebenen Beratungsgespräch sind unter anderem folgende Inhalte relevant: die *Nebenwirkungen erfassen und behandeln* (vgl. Interview 1, Absatz 9; Interview 5, Absatz 7) und die *Einleitung des Entlassungsmanagements* (vgl. Interview 2, Absatz 7). Zum Ende der Pflegevisite erfolgt noch eine *Bewertung durch die Patient*Innen* (vgl. Interview 1, Absatz 9) in Bezug auf den stationären Aufenthalt im Krankenhaus.

4.7 Einflussfaktoren mit der höchsten Relevanz für den Implementierungsprozess

Die Aussagen, welche auf die im Leitfaden zweifach gestellte Frage nach den wichtigsten Einflussfaktoren wurde in eigenen Hauptcodes kodiert und werden dementsprechend auch in der Ergebnisdarstellung gesondert dargestellt. Diese Fragen stellten jeweils die Abschlussfrage des Interviewteils dar und sollte besonders wichtige Faktoren herausarbeiten.

4.7.1 Relevanteste Einflussfaktoren nach Interviewteil Eins

Nach Teil Eins des Interviews wurde von drei Teilnehmenden die *Intrinsische Motivation als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 1, Absatz 47-51; Interview 2, Absatz 45; Interview 3, Absatz 34-38) genannt. Die *Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 3, Absatz 39), die *Freistellung als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 5, Absatz 65-66), die *Unterstützung durch Vorgesetzte als wichtigster Faktor* (Interview 5, Absatz 67) und *Qualifizierte Pflegekräfte als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 4, Absatz 44-48) wurden jeweils von einer teilnehmenden Person beschrieben. Zwei Interviewpartner*Innen haben dementsprechend zwei Faktoren als am wichtigsten bezeichnet.

4.7.2 Relevanteste Einflussfaktoren nach Interviewteil Zwei

Am Ende des gesamten Interviews wurden die Teilnehmenden erneut gebeten, im Kontext der induktiv erhobenen Einflussfaktoren und der deduktiv vorgestellten Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt, den aus ihrer Sicht wichtigsten Faktor zu benennen. Dabei wurde von zwei Interviewpartner*Innen *Final: intrinsische Motivation als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 1, Absatz 69; Interview 2, Absatz 71-73) genannt, ebenso wie *Final: Qualifizierung der Pflegekräfte als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 4, Absatz 76-79; Interview 5, Absatz 93-97) von zwei Personen angegeben wurde. Die Einflussfaktoren *Final: Schulung der Pflegekräfte durch Pflegevisiten als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 3, Absatz 63-65), *Final: Personalbesetzung als wichtigster Faktor* (vgl. Interview 1, Absatz 69) und *Final: Klare Strukturen als wichtigster Faktor* (Interview 4, Absatz 76-79) wurden von jeweils einer Interviewpartner*In genannt. Abschließend haben demnach ebenfalls zwei Personen zwei Einflussfaktoren als besonders wichtig dargestellt. Zudem lässt sich teilweise eine Veränderung der Priorisierung der Einflussfaktoren nach Vorstellung der Schlüsselfaktoren aus der Voruntersuchung feststellen, allerdings wurde nur in einem Fall einer der Schlüsselfaktoren als neuer wichtigster Faktor genannt (vgl. Interview 4, Absatz 76-79).

4.8 Interdependenzen der einzelnen Einflussfaktoren miteinander

Zunächst lassen sich Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren aus der Domäne *Implementierungsprozess* und Einflussfaktoren aus anderen *Domänen* feststellen. Beispielsweise führte der Umstand, dass *eine Entwicklung der Dokumentationsstruktur* zu Beginn durchgeführt wurde, zu dem positiven *Einflussfaktor Klare Dokumentationsstrukturen*

für *Pflegevisiten* (vgl. Interview 1, Absatz 37). Auch die Einflussfaktoren *Klarer Prozess für Pflegevisiten* und *Partizipative Festlegung klarer Strukturen* hängen mit diesen Faktoren zusammen (vgl. Interview 2, Absatz 31; Interview 4, Absatz 36-39). Zudem hängen die Einflussfaktoren *Steigerung der Motivation durch Schaffung best. Rahmenbedingungen und personeller Ressourcen* mit den Faktoren *Geräte und Räumlichkeiten zur Dokumentation bereitstellen* (vgl. Interview 4, Absatz 60-67) und *Positive Entwicklung der Personalsituation in der Abteilung* (vgl. Interview 3, Absatz 47) zusammen. Auch die *Auswahl der Pflegekräfte anhand Fachwissen* und die *Unzufriedenheit bei Nicht-Auswahl für Pflegevisiten* sind miteinander konnotiert (vgl. Interview 1, Absatz 27). Daran anschließend stehen sich die *Skepsis gegenüber Nutzen der Freistellung von Pflegekräften für Pflegevisiten* mit dem Faktor *Schaffung von Akzeptanz im Pflegeteam für Pflegevisiten* als reziproke Einflussfaktoren gegenüber (vgl. Interview 5, Absatz 45-47). Auf die *Schaffung von Akzeptanz im Pflegeteam für Pflegevisiten* haben zudem die Einflussfaktoren *Qualitätssteigerungen durch Pflegevisiten* (vgl. Interview 3, Absatz 43), *Informationsaustausch durch Pflegevisiten* (vgl. Interview 4, Absatz 11) und *Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte durch Pflegevisiten* (vgl. Interview 3, Absatz 45) insofern einen Einfluss, dass Erfahrungen mit positiven Auswirkungen von Pflegevisiten anscheinend eine größere Akzeptanz bewirken können. Auch die *Positive Entwicklung der Personalsituation in der Abteilung* wirkt der Skepsis entgegen (vgl. Interview 3, Absatz 47). Die *positive Wirkung der APNs für die Pflegevisiten und das Team* ist mit dem Einflussfaktor *Unterstützung durch Vorgesetzte* konnotiert (vgl. Interview 5, Absatz 26-27). Damit hängt auch die *Qualifizierung der Pflegekräfte* zusammen: „Und wir haben [...] vorgenommen, dass die APNs [...] ein, zweimal im Monat auch [...] Wissen [...] weiter an [...] Team geben, quasi so direkt [...] nach der Übergabe. Und dass die anderen auch [...], wo sie noch [...] Ressourcen [...] oder Defizite haben, sich auch da steigern.“ (Interview 4, Absatz 69). Diese positiven fachlichen Einflüsse der APNs beeinflussen auch die *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte* (vgl. Interview 2, Absatz 61). Der negative Einflussfaktor *Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten* ist verbunden mit der *Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten* (vgl. Interview 2, Absatz 19). Die Freistellung steht auch mit dem *Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung* in Zusammenhang (vgl. Interview 2, Absatz 11). Der Einflussfaktor *Interprofessionelles Arbeiten* bedingt den Faktor *Fehlende Ressourcen durch Strukturen der Klinik* insofern, als dass diese interprofessionell geschaffenen Informationsflüsse diese strukturellen Defizite erkennbar machen (vgl. Interview 1, Absatz 37-39). Diese Zusammenhänge zeigen die komplexen Verbindungen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren und wie im Rahmen des Implementierungsprozesses auf bestimmte negative Einflüsse reagiert wurde beziehungsweise welche Einflussfaktoren sich gegenseitig bedingen.

4.9 Vergleich mit den Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt

In Teil Zwei des Interviews wurden den Teilnehmer*Innen die vier Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt vorgestellt. Sie sollten erneut Stellung zu diesen Einflussfaktoren und deren etwaigen Auswirkungen auf den Implementierungsprozess in ihrer Abteilung beziehen. Diese wurden gesondert kodiert und an dieser Stelle gesondert dargestellt, um Vergleiche zum studentischen Forschungsprojekt im weiteren Verlauf zu ermöglichen.

4.9.1 Einflussfaktor Personalbesetzung

Die Aussagen zum Einflussfaktor „Personalbesetzung“ (Fürschke 2023) wurden in vier Subcodes kodiert. Der erste Subcode Personalbesetzung: positive Entwicklung der Personalsituation, beschreibt den positiven Einfluss einer im Verlauf des Implementierungsprozesses steigenden Personalressource (vgl. Interview 3, Absatz 41-43). Dies zeigt sich in einer besseren Planbarkeit der Freistellung für Pflegevisiten und einem geringeren Anteil von Zeitarbeitnehmer*Innen in der direkten Patientenversorgung bei einer regelhaften Freistellung von Stammpersonal. Der zweite Subcode ist *Personalbesetzung: Probleme bei der Freistellung* und greift diese angedeutete Problematik auf. Bei Personalengpässen wird die Freistellung nach Bedarf aufgelöst und die Pflegekraft nimmt an der direkten Patientenversorgung teil (vgl. Interview 2, Absatz 48-49), was sich negativ auf die regelhafte Durchführung von Pflegevisiten auswirkt. Zudem werden tendenziell „Leistungsträger“ (Interview 4, Absatz 58) für Pflegevisiten freigestellt, was die Qualität der direkten Versorgung eher negativ beeinflusst (vgl. Interview 4, Absatz 54-59). Ein weiterer Subcode in Bezug auf die Freistellung ist *Personalbesetzung: Probleme bei stundenweiser Freistellung* und benennt den Umstand, dass eine Freistellung für einen gewissen Zeitraum während eines regulären Dienstes nicht die notwendigen Ressourcen bietet, um Pflegevisiten sorgfältig durchführen zu können (vgl. Interview 1, Absatz 53). Reziprok dazu stellt der Faktor *Personalbesetzung: Tageweise Freistellung als Gelingensfaktor* die Freistellung in Form von „Bürotage[n]“ (Interview 1, Absatz 53) als positiven Einfluss für die Implementierung von Pflegevisiten dar (vgl. Interview 1, Absatz 53). Dennoch steht dies in starkem Zusammenhang mit der allgemeinen Personalbesetzung auf der Station (vgl. Interview 2, Absatz 50-51). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Einflussfaktor Personalbesetzung in Bezug auf den Implementierungsprozess der onkologischen Pflegevisiten relevant und stark mit der Freistellung der Pflegekräfte konnotiert ist.

4.9.2 Einflussfaktor Motivation

Der Einflussfaktor Motivation wurde in Teil Eins der Interviews häufig genannt. Die Stellungnahme zum Schlüsselfaktor Motivation aus der Voruntersuchung zeigte eine Differenzierung dieses Einflussfaktors auf verschiedene Aspekte. Eine Steigerung der Motivation konnte in den Subcodes *Motivation: Steigerung der Motivation durch mehr Personal* und *Motivation: Steigerung der Motivation durch Rahmenbedingungen* kodiert

werden. Größere Personalressourcen (vgl. Interview 3, Absatz 47) und die Schaffung räumlicher und zeitlicher Ressourcen (vgl. Interview 4, Absatz 60-67) wirkten sich entsprechend positiv auf die Motivation der Pflegekräfte in Bezug auf die Pflegevisiten aus. Weitere Aspekte dieses Einflussfaktors kommen in den Subcodes *Motivation: hohe Motivation v.a. bei jüngeren Pflegekräften* und *Motivation: hohe Motivation bei wiederkehrenden Patient*Innen*. Die jüngeren Pflegekräfte sind dem Instrument offener gegenüber und zeigen eine „höhere Akzeptanz und die Notwendigkeit“ (Interview 2, Absatz 55). Die wiederkehrenden Patient*Innen sorgen zudem für die Entstehung einer „Bindung“ (Interview 1, Absatz 57), was die Motivation zur Optimierung des Pflegeprozesses positiv beeinflusst (vgl. Interview 1, Absatz 57). Des Weiteren ist die Auswahl bestimmter Pflegekräfte als Ansprechpartner in Bezug auf die Pflegevisiten ein Gesichtspunkt beim Einflussfaktor Motivation (vgl. Interview 5, Absatz 75-77). Dies beschreibt der Subcode *Motivation: Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten* und stellt die Individualität des Motivationsgrades der einzelnen Pflegekräfte dar. Generell ist der Einflussfaktor Motivation für die onkologischen Pflegevisiten als günstiger Umstand genannt worden, da diese entweder bereits vorhanden war oder durch bestimmte Entwicklungen gesteigert werden konnte und somit positiven Einfluss auf den Implementierungsprozess hatte.

4.9.3 Einflussfaktor Qualifikation der Pflegekräfte

In Teil Eins der Interviews wurde der Einflussfaktor Qualifikation der Pflegenden vereinzelt genannt, bei der Stellungnahme in Teil Zwei konnten dann einige Aussagen zu diesem Einflussfaktor kodiert werden. In den Subcodes *Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit von Pflegekräften mit Fachweiterbildung* und *Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit erfahrener Pflegekräfte* werden bestimmte Voraussetzungen für die Pflegekräfte in Bezug auf ihre Qualifikationen. „Also, das ist schon das Ziel, den Fachweitergebildeten hauptsächlich den Prozess gestalten zu lassen“ (Interview 5, Absatz 79). Die Pflegevisiten werden demnach nur von Pflegekräften mit der Fachweiterbildung Onkologie durchgeführt. „I: [...] Wie würdest du das in dem Maße sagen, also [...] dass [...] fehlendes Wissen bei [...] unerfahrenen Pflegekräften oder so eher ein Motivationshemmer ist und eben da auch dem Ganzen negativ im Weg stehen könnte? B: Also, ja, zum Teil würde ich das auch so sehen. Dass [...] viele auch schnell frustriert sind, wenn sie gewisse Sachen nicht [...] wissen oder weil sie es eventuell noch gar nicht können [...]. (Interview 1, Absatz 60-61). Zu der formalen Qualifikation der Fachweiterbildung kommt demnach auch eine gewisse Berufserfahrung als Voraussetzung zur Durchführung von Pflegevisiten. Des Weiteren gibt es Wechselwirkungen zwischen der Qualifikation der Pflegekräfte und den Pflegevisiten. Der Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: Fortbildungen durch APN verbessern allgemeine Qualität* beschreibt diesbezüglich einen positiven Einfluss der Pflegekräfte, welche Pflegevisiten durchführen,

auf die anderen Pflegekräfte im Team (vgl. Interview 4, Absatz 68-69). Diese Form der Fortbildungen haben dementsprechend positive Auswirkungen auf das Team, welche im Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: Kurze Fortbildungen verbessern Fachwissen und Motivation* dargestellt werden (vgl. Interview 1, Absatz 61). Dies wird auch im Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: Qualifizierung der APN wirkt positiv* aufgegriffen (vgl. Interview 4, Absatz 69-72). Insgesamt lässt sich dies im Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: mehr Fachwissen erhöht Motivation* zusammenfassen (vgl. Interview 2, Absatz 57-62). Die Qualifizierung der APNs bewirkt eine größere Fachlichkeit im Pflorgeteam, was einen positiven Einfluss auf die allgemeine Motivation und die Durchführung der Pflegevisiten hat.

4.9.4 Einflussfaktor Klare Strukturen für Pflegevisiten

Dieser Einflussfaktor wurde in Teil Eins der Interviews häufig kodiert. In Teil Zwei wurden die folgenden vier Subcodes kodiert, welche Bezüge zu den einzelnen Aspekten dieses Einflusses herstellen. Der Subcode *Klare Strukturen: ein Bogen zur Dokumentation als Strukturhilfe* beschreibt die Festlegung von Strukturen in Bezug auf die Dokumentation, welche als „roter Faden“ (Interview 1, Absatz 63) fungiert. Ein weiterer Gesichtspunkt dieses Einflussfaktors kommt im Subcode *Klare Strukturen: tageweise Freistellung* zum Ausdruck. Dieser Subcode stellt die Festlegung der weiter oben beschriebenen Bürotage als wichtige Struktur dar (vgl. Interview 5, Absatz 85-89). Bei der Festlegung dieser Strukturen spielten sowohl die Führungskräfte der Abteilung eine Rolle (vgl. Interview 3, Absatz 56-61) als auch ein gewisser Gestaltungsrahmen für die APNs und das Pflorgeteam (vgl. Interview 2, Absatz 65-69). Dies wurde in den Subcodes *Klare Strukturen: Unterstützung durch Leitungskräfte* und *Klare Strukturen: Gemeinsame Erarbeitung von Strukturen* kodiert.

4.10 Zuordnung der Einflussfaktoren zu CFIR-Konstrukten und ERIC-Strategien zur Darstellung der Implementierungsstrategie

Abschließend zur Ergebnisdarstellung soll im Folgenden die negativen Einflussfaktoren dieser Untersuchung in entsprechende *CFIR-Konstrukte* eingeordnet werden und den dazu passenden positiven Einflussfaktoren sollen *ERIC-Strategien* zugeordnet werden. Dazu werden zunächst diese zusammenhängenden Einflussfaktoren tabellarisch dargestellt (s. Tab. 8):

Hürde	Lösungsansätze
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mehr Zeit zur Lösung von Versorgungsproblemen durch Pflegevisiten ➤ Qualitätssteigerung durch Pflegevisiten

<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten ➤ Klarer Prozess für Pflegevisiten
<ul style="list-style-type: none"> • Unzufriedenheit der Pflegekräfte bei Nicht-Auswahl 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positive Wirkung der APN für die Pflegevisiten und das Team ➤ Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten
<ul style="list-style-type: none"> • Skepsis gegenüber Nutzen der Freistellung von Pflegekräften für Pflegevisiten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Steigerung der Motivation durch Schaffung best. Rahmenbedingungen und personeller Ressourcen ➤ Schaffung von Akzeptanz im Pflegeteam für Pflegevisiten

Tab. 8: Darstellung von Hürden und Lösungen bei der Implementierung onkologischer Pflegevisiten

Die Hürde *Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung* wurde der *Domäne Äußere Umstände* zugeordnet und kann dort dem *Konstrukt Bedürfnisse und Ressourcen der Patient*Innen* zugeordnet werden. Die Lösungsansätze *Mehr Zeit zur Lösung von Versorgungsproblemen durch Pflegevisiten* und *Qualitätssteigerung durch Pflegevisiten* können der Strategie *Erleichterung* (vgl. Waltz et al. 2019) zugeordnet werden. Die Pflegevisiten erleichtern den Pflegenden die tägliche Versorgung, da bestimmte Probleme in die Pflegevisite verlagert werden, wo größere zeitliche Ressourcen zur Lösung der Probleme bereitgestellt werden, die zur beschriebenen Qualitätssteigerung durch Pflegevisiten führt. Diese *Konstrukt-Strategie-Kombination* wurde in der Studie zur Verknüpfung der *CFIR-Konstrukte* und *ERIC-Strategien* mit 0% Übereinstimmung bewertet (vgl. Waltz et al. 2019). Die Hürde *Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten* wurde bei dem *Konstrukt Komplexität* der Domäne *Eigenschaften der Intervention* verortet, die entsprechenden Lösungsansätze *Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten* und *Klarer Prozess für Pflegevisiten* den Strategien *Erschließung neuer Ressourcen* (vgl. Waltz et al. 2019) und *Entwicklung eines klaren Implementierungsplans* (vgl. Waltz et al. 2019). Die Freistellung der Pflegenden schafft die notwendigen zeitlichen Ressourcen und die Entwicklung klarer Prozesse sind eine klare Vorgabe bei der Implementierung des Instrumentes. Die Kombination von *Komplexität* und *Erschließung neuer Ressourcen* wurde in der Verknüpfungsstudie mit einer Übereinstimmung von 3% benannt, die Kombination von *Komplexität* und *Entwicklung eines klaren Implementierungsplans* von 43%, was einen relativ großen Zusammenhang beschreibt (vgl. Waltz et al. 2019).

Die Hürde *Unzufriedenheit der Pflegekräfte bei Nicht-Auswahl* konnte dem *Konstrukt Selbstwirksamkeit* in der Domäne *Eigenschaften der beteiligten Personen* zugeordnet werden. Die entsprechenden Lösungsansätze in der Onkologie *Positive Wirkung der APN für die Pflegevisiten und das Team* und *Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten* sorgen für eine Involvierung der Pflegekräfte, welche keine Pflegevisiten durchführen und verbessern die Fachlichkeit und Motivation aller Pflegekräfte in der Abteilung durch Fortbildungen und Gespräche. Dies kann mit den Strategien *Identifiziere und bereite Vorreiter vor* (vgl. Waltz et al. 2019) und *Schaffung einer Lerngemeinschaft* (vgl. Waltz et al. 2019) verknüpft werden. Die Kombination des *Konstruktes Selbstwirksamkeit* und der Strategie *Identifiziere und bereite Vorreiter vor* erhielt in der Studie einen Übereinstimmungsgrad von 19%, die Kombination von *Selbstwirksamkeit* und *Schaffung einer Lerngemeinschaft* 30% (vgl. Waltz et al. 2019). Des Weiteren konnte die Hürde *Skepsis gegenüber Nutzen der Freistellung von Pflegekräften für Pflegevisiten* bei dem *Konstrukt Wissen und Meinungen über die Intervention*, welche zur Domäne *Eigenschaften der beteiligten Personen* gehört, einsortiert werden. Die Lösungsansätze *Steigerung der Motivation durch Schaffung best. Rahmenbedingungen und personeller Ressourcen*, *Schaffung von Akzeptanz im Pflorgeteam für Pflegevisiten* sorgt für eine größere Motivation bei den Pflegenden und verbessert durch Gespräche die Meinung der Pflegenden über das Instrument Pflegevisite. Dies kann den Strategien *Änderung der Anreizstrukturen* (vgl. Waltz et al. 2019) und *Schaffung einer Lerngemeinschaft* zugeordnet werden. Diese Kombinationen wurden jeweils mit 16% Übereinstimmung in der Studie ausgewiesen (vgl. Waltz et al. 2019). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die in der Onkologie gewählten Strategien zur Förderung der Implementierung einen geringen Übereinstimmungsgrad von 3% bis maximal 43% mit den *CFIR-Konstrukten* hatten, im Durchschnitt bestand eine Übereinstimmung von 18,875% bei den *Konstrukt-Strategie-Kombinationen*.

5. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse mit den Ergebnissen des studentischen Forschungsprojektes verglichen und Gemeinsamkeit sowie unterschiede dargestellt. Daran schließt eine tiefere Analyse der Schlüsselfaktoren sowie eine Einordnung in die dargestellte wissenschaftliche Literatur statt. Des Weiteren werden mögliche Verzerrungen bei dieser Masterthesis sowie Limitationen diskutiert.

5.1 Vergleich der Einflussfaktoren im studentischen Forschungsprojekt und der Einflussfaktoren in dieser Studie

Bei beiden Untersuchungen wurden die Ergebnisse anhand des *CFIR*-Rahmenkonzeptes dargestellt. Dabei können einige Gemeinsamkeiten festgestellt werden. In der Domäne *Eigenschaften der Intervention* gibt es in beiden Untersuchungen die Einflussfaktoren *Qualitätssteigerungen durch Pflegevisiten/Bessere Pflegequalität, Klare Strukturen für Pflegevisiten/Klarer Prozess für Pflegevisiten, Arbeiten mit Angehörigen/Patient*Innen und Angehörige entwickeln größeres Vertrauen, Verbesserung der Fachlichkeit der Pflegekräfte/Größere Professionalisierung und Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten/Schaffung von Zeiträumen für Pflegevisiten*. Die Unterschiede lassen sich am ehesten durch die verschiedenen Perspektiven der Pflegenden erklären. Während die Pflegenden der Onkologie die Pflegevisite bereits umsetzen, beziehen sich die Einflussfaktoren mehr auf die Wirkung des Instrumentes als bei den Pflegenden in der Inneren Medizin. Diese haben im Gegenzug mehr Bedarfe formuliert, welche sich auf die Umsetzung der Pflegevisiten fokussieren. Die Gemeinsamkeiten stellen die Komplexität der Intervention *Pflegevisite als Gespräch* dar und beschreiben wichtige Auswirkungen von Pflegevisiten. Diese Auswirkungen werden von den Pflegenden der Inneren Medizin erwartet, während sie bei den Pflegenden der Onkologie bereits erkennbar sind. Die nächste Domäne sind die *Äußeren Umstände*, in dieser Domäne gab es keine Gemeinsamkeiten. Die Einflussfaktoren aus der Untersuchung in der Onkologie beziehen sich vor allem auf Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung, welche durch die Pflegevisite gelöst werden könnten. Die Einflussfaktoren aus der Inneren Medizin beziehen sich eher auf die Herausforderung im Kontext der Umsetzung von Pflegevisiten. Hier werden verschiedene Perspektiven auf die Intervention deutlich, einerseits wird die Pflegevisite als Lösung für bestehende Probleme wahrgenommen, andererseits als komplexe Intervention, deren Umsetzung einige externe Hürden bewältigen muss. In der Domäne *Innere Umstände* gab es die gemeinsamen Einflussfaktoren *Unterstützung durch Vorgesetzte, Positive Wirkung der APN für Pflegevisiten und das Team/APN als Ressource, Qualifizierung der Pflegekräfte/Lernen als Teil der Stationskultur etabliert*. Diese Gemeinsamkeiten zeigen den großen Einfluss von Führungskräften auf den Implementierungsprozess, die Wichtigkeit von APNs bei der Umsetzung von Pflegevisiten und den Faktor Qualifikation und

Lernbereitschaft der Pflegenden als zentraler Einfluss. Die im Verhältnis zu den Gemeinsamkeiten größeren Unterschiede lassen sich durch die verschiedenen Prämissen und Situationen der verschiedenen Abteilungen erklären, auf die sich die Mehrzahl der Einflussfaktoren bezieht, beispielsweise die Fusion zweier Pflgeteams in der Inneren Medizin oder die positive Entwicklung der Personalressourcen in der Onkologie. Ein wichtiger Unterschied ist der Einflussfaktor *Motivation durch Fachweiterbildung und Fachwissen* in der Onkologie. Diese Kombination aus Qualifizierung und Motivation als struktureller Faktor in der Onkologie wurde in der Inneren Medizin nicht festgestellt, dort wurde der Aspekt Motivation nur auf der Ebene der einzelnen Mitarbeitenden verortet. Dies wird generell in der vierten Domäne *Eigenschaften der beteiligten Personen* deutlich. Die Einflussfaktoren *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte* und *Fehlende Compliance/Motivation der Pflegekräfte* beziehen sich beide auf die Motivation der Pflegekräfte, diese wird in der Onkologie als stark vorhanden beschrieben, in der Inneren Medizin wird das Fehlen dieser Motivation als Hürde dargestellt. Auch hier kommen die weiter oben erläuterten verschiedenen Perspektiven auf Pflegevisiten zum Ausdruck. Die Pflegekräfte der Onkologie nehmen die Intervention als Lösungsstrategie für ein Problem wahr, während die Pflegekräfte der Inneren Medizin die Implementierung der Intervention eher kritisch beurteilen. Diese differenten Wahrnehmungen scheinen sich massiv auf die Motivation auszuwirken. Jedoch gibt es auch in der Onkologie den Einflussfaktor *Skepsis gegenüber Nutzen der Freistellung von Pflegekräften für Pflegevisiten*, welcher eine ähnliche Haltung wie in der Inneren Medizin beschreibt, zudem gibt es in der Inneren Medizin den Einflussfaktor *Einige interessierte und qualifizierte Pflegekräfte*. Diese beiden Einflussfaktoren differenzieren die gerade formulierten klaren Gegensätze in der Wahrnehmung von Pflegevisiten. Es lässt sich diesbezüglich ableiten, dass in beiden Abteilungen unterschiedliche Wahrnehmungen zum Thema Pflegevisiten vorhanden sind, manche befürwortend, andere ablehnend. Anscheinend existiert in der Onkologie ein größerer Trend zu einer positiven Meinung über die Implementierung von Pflegevisiten, während viele Pflegenden in der Inneren Medizin dem eher kritisch gegenüberstehen. Dazu muss ergänzt werden, dass die Umsetzung von Pflegevisiten in der Onkologie im Rahmen des APN-Projektes bereits seit einigen Jahren ein Thema ist, wohingegen die Innere Medizin damit erst seit einigen Wochen konfrontiert ist. Zudem wird die Onkologie des Zielkrankenhauses regelhaft zertifiziert, was das Vorhandensein spezieller notwendiger Fortbildungen und struktureller Vorgaben bedingt. In der internistischen Abteilung des Zielkrankenhauses wird eine solche Zertifizierung derzeit nicht durchgeführt. Möglicherweise lassen sich damit zumindest in Teilen die verschiedenen Wahrnehmungen erklären. Weitere Unterschiede in dieser Domäne sind, ähnlich wie in der dritten Domäne, auf die individuellen Pflegekräfte der jeweiligen Abteilung zurückzuführen. Die Unterschiede in der fünften Domäne lassen sich ebenfalls am ehesten durch die unterschiedlichen zeitlichen

Perspektiven erklären. Einflussfaktoren, welche sich direkt auf den Implementierungsprozess beziehen konnten in der Onkologie vermutlich daher festgestellt werden, weil in dieser Abteilung bereits eine Implementierung mit entsprechender Planung und Vorbereitung erfolgt ist, während dies in der Inneren Medizin noch nicht der Fall ist. Die Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt konnten auch in dieser Untersuchung festgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass in die Erstellung der Einflussfaktoren in der Onkologie auch auf Basis der Codes aus dem zweiten Interviewteil, welcher sich deduktiv auf diese Schlüsselfaktoren bezieht, erstellt wurden. Alle Schlüsselfaktoren wurden aber bereits auch im ersten Teil mehrerer Interviews benannt, sodass dieser mögliche Bias sich höchstens auf die Häufigkeit der Nennungen dieser Schlüsselfaktoren auswirkt. Daher wurde in dieser Untersuchung die Häufigkeit der Nennung eines bestimmten Einflussfaktors nicht zusätzlich bei der Bewertung der Einflussfaktoren hinsichtlich ihrer Wichtigkeit berücksichtigt.

5.2 Vertiefende Analyse und Interpretation der Übereinstimmungen anhand der Ergebnisse aus dem zweiten Interviewteil

In diesem Abschnitt werden die Bezüge der Aussagen aus den zweiten Interviewteilen auf die Schlüsselfaktoren aus dem studentischen Forschungsprojekt anhand der jeweiligen Subcodes dargestellt, mit denen die Aussagen kodiert worden sind. Generell kann gesagt werden, dass alle diese Schlüsselfaktoren auch in der Onkologie relevant gewesen sind in Bezug auf die Implementierung von Pflegevisiten.

5.2.1 Schlüsselfaktor Personalbesetzung

Im studentischen Forschungsprojekt wurde der Einflussfaktor Personalbesetzung vordergründig auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen im Kontext des hohen Aufwandes bei der Umsetzung von Pflegevisiten bezogen (vgl. Fürschke 2023). In dieser Untersuchung wurde ebenfalls ein hoher zeitlicher Aufwand für Pflegevisiten beschrieben, in Bezug auf die Problematik der geringen zeitlichen Ressourcen in der Versorgung, welche dieser Aufwand verursacht, steht die Freistellung der Pflegekräfte zur Durchführung von Pflegevisiten im Fokus. Der Subcode *Personalbesetzung: Tageweise Freistellung als Gelingensfaktor* beschreibt die Freistellung als Lösungsstrategie für die oben genannte Hürde. Dabei ist zu beachten, dass diese Freistellung laut dem Subcode *Personalbesetzung: Probleme bei der Freistellung* stark von der Verfügbarkeit personeller Ressourcen abhängt und teilweise Flexibilität der freigestellten Pflegekräfte erfordert, um akzeptiert zu werden (vgl. Interview 2, Absatz 49). Des Weiteren sollte diese Freistellung für den ganzen Tag gelten, der Subcode *Personalbesetzung: Probleme bei stundenweiser Freistellung* beschreibt Schwierigkeiten der Pflegekräfte sich während des Dienstes über einige Stunden aus der regulären Versorgung zurückzuziehen (vgl. Interview 1, Absatz 53). Der Subcode *Personalbesetzung: positive Entwicklung der Personalsituation* stellt eine Steigerung der Personalressourcen in der Onkologie dar. Dies wirkt sich positiv auf die Möglichkeit zur regelmäßigen Freistellung von

Pflegekräften für Pflegevisiten aus. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Einführung einer tageweisen Freistellung bestimmter Pflegekräfte die Lösung für die Hürde des hohen zeitlichen Aufwandes bei der Durchführung von Pflegevisiten war, welche anscheinend durch einen Anstieg der personellen Ressourcen regelhaft umgesetzt werden kann und somit die Implementierung von Pflegevisiten vorangetrieben hat.

5.2.2 Schlüsselfaktor Motivation

Das Thema Motivation der Pflegekräfte war im studentischen Forschungsprojekt als Hürde beziehungsweise als Bedarf formuliert. Es sollte in der Inneren Medizin im Rahmen des Implementierungsprozesses eine Steigerung der fehlenden Motivation und auch Compliance der Pflegekräfte erfolgen (vgl. Fürschke 2023). Bei dieser Untersuchung in der Onkologie wurde in Bezug darauf die Motivation tendenziell eher als bereits gegeben beschrieben. Dies kommt zunächst in den Subcodes *Motivation: hohe Motivation vor allem bei jüngeren Pflegekräften* und *Motivation: hohe Motivation bei wiederkehrenden Patient*Innen* zum Ausdruck. Zudem wurden bestimmte Strukturen geschaffen, welche die Motivation verbessert haben, wie der Subcode *Motivation: Steigerung der Motivation durch Rahmenbedingungen* beschreibt. Zudem konnte die im studentischen Forschungsprojekt festgestellte Konnotation der Einflussfaktoren Personalbesetzung und Motivation, welche den negativen Effekt geringer personeller Ressourcen auf die Motivation der Pflegenden bei der Umsetzung von Pflegevisiten darstellt, ebenfalls in dieser Untersuchung eruiert werden. Der Subcode *Motivation: Steigerung der Motivation durch mehr Personal* beschreibt diesen Zusammenhang. Zudem wurde bei der Planung der Implementierung auch die Auswahl bestimmter Pflegekräfte als Partner*innen bei der Umsetzung berücksichtigt, um die vorhandene Ressource der hohen Motivation entsprechend nutzen und verbessern zu können (vgl. Interview 5, Absatz 75-77). Dies beschreibt der Subcode *Motivation: Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten*. Während also in der Onkologie die Steigerung von Motivation ebenfalls ein Thema war, scheint der Fokus eher auf der Nutzung der bereits vorhandenen Motivation in Bezug auf Pflegevisiten zu liegen. Diese Unterschiede könnten mit den (weiter oben dargelegten) verschiedenen Betrachtungsweisen der Intervention Pflegevisite zusammenhängen.

5.2.3 Schlüsselfaktor Qualifikation der Pflegekräfte

Dieser Einflussfaktor wurde in der Voruntersuchung primär als Bedarf beschrieben, hauptsächlich stand dabei das fehlende Wissen der Pflegenden in Bezug auf die Intervention im Vordergrund. Dieses sollte durch Fortbildungen und personelle Entwicklungen verbessert werden und somit eine Steigerung der Qualifikation der Pflegekräfte zur Durchführung von Pflegevisiten erreichen (vgl. Fürschke 2023). Diese Aussagen wurden in der Onkologie bestätigt, in den Subcodes *Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit erfahrener Pflegekräfte* und *Qualifikation der Pflegekräfte: Notwendigkeit von Pflegekräften mit*

Fachweiterbildung. Der Aspekt der Fachweiterbildung ergänzt die Qualifikationsanforderungen aus der Inneren Medizin. Der Einflussfaktor *APN*, welche in der Inneren Medizin mit der Qualifikation der Pflegekräfte zusammenhängt, spielt auch in der Onkologie eine Rolle. Dies kommt in den Subcodes *Qualifikation der Pflegekräfte: Fortbildungen durch APN verbessern allgemeine Qualifikation* und *Qualifikation der Pflegekräfte: Qualifizierung der APN wirkt positiv* zum Ausdruck und beschreibt die positive Wirkung fachweitergebildeter *APNs* auf die Fachlichkeit des gesamten Teams und stellt diese *APNs* als wichtige Ressource bei der Implementierung dar (vgl. Interview 4, Absatz 68-73). Die positive Wirkung von Fortbildungen auf die Qualifikation der Pflegenden wird zudem noch durch den Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: Kurze Fortbildungen verbessern Fachwissen und Motivation* benannt. Dabei wird auch der, bereits in der Inneren Medizin festgestellte, Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Pflegekräfte und der Motivation deutlich. Diese Konnotation kann mit dem Subcode *Qualifikation der Pflegekräfte: mehr Fachwissen erhöht Motivation* zusammengefasst werden (vgl. Interview 2, Absatz 57-63). Der Einflussfaktor Qualifikation der Pflegekräfte wurde in beiden Untersuchungen sehr ähnlich dargestellt. Speziell qualifizierte Pflegekräfte, entweder durch Akademisierung und/oder Fachweiterbildungen, in Form der *APNs* stellen wichtige Ressourcen für die Durchführung von Pflegevisiten und für die Steigerung der Qualifikation des gesamten Pflegeteams dar. Diese Qualifikationssteigerung hängt anscheinend mit der Motivation der Pflegenden zusammen, was Ersteres für den Implementierungsprozess relevant macht. Zu beachten ist bei diesem Einflussfaktor ebenfalls die unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven, in der Inneren Medizin wurden diese Qualifikationen vor allem in Form von Bedarfen beschrieben, im Gegensatz dazu sind einige dieser Aspekte in der Onkologie bereits im Kontext der Implementierung von Pflegevisiten umgesetzt worden.

5.2.4 Schlüsselfaktor Klare Strukturen

In der Inneren Medizin bezog sich dieser Einflussfaktor auf den Bedarf, klare Strukturen zu schaffen, anhand derer die Pflegekräfte die Pflegevisiten durchführen und auch dokumentieren können (vgl. Fürschke 2023). In der Onkologie wird dies ähnlich beschrieben, zunächst im Subcode *Klare Strukturen: Gemeinsame Erarbeitung von Strukturen*. Hierbei steht zusätzlich zu der eingangs beschriebenen Schaffung klarer Strukturen die Partizipation der Pflegekräfte im Fokus (vgl. Interview 2, Absatz 65-69). Diese geschaffenen Strukturen wurden hierbei in Teil Eins einiger Interviews beschrieben und unter dem Hauptcode *Prozess Pflegevisite* kodiert. Der Einflussfaktor der einfachen Dokumentation, welcher in der Inneren Medizin mit diesem Einflussfaktor konnotiert war, spielt auch in der Onkologie eine Rolle. Dies kommt im Subcode *Klare Strukturen: ein Bogen zur Dokumentation als Strukturhilfe* zum Ausdruck (vgl. Interview 1, Absatz 63). Auch die in Kapitel 5.2.1 beschriebene Freistellung wurde in der Onkologie als wichtige Struktur benannt: *Klare Strukturen:*

tageweise Freistellung. Des Weiteren scheint der Einflussfaktor Unterstützung durch Vorgesetzte, welcher in der Voruntersuchung ebenfalls eruiert wurde, in dieser Untersuchung mit dem Einflussfaktor klarer Strukturen zusammenzuhängen. Der Subcode *Klare Strukturen: Unterstützung durch Leitungskräfte* beschreibt die positive Wirkung, welche die Führungskräfte in der Onkologie auf die Schaffung der klaren Strukturen hatten. Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Festlegung klarer Strukturen in beiden Untersuchungen ein wichtiger Einflussfaktor war. In der Onkologie wurde neben dem Einflussfaktor der Dokumentationsstruktur als Teilaspekt der klaren Strukturen, auch die Aspekte Partizipation und Führungskräfte mit dem Einflussfaktor der Schaffung klarer Strukturen konnotiert. Zudem scheint es in der Onkologie auch einen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung beziehungsweise den Personalressourcen und den klaren Strukturen zu geben. Konkret bedeutet dieser Zusammenhang, dass bestimmte notwendige Strukturen nur dann geschaffen werden können, wenn eine ausreichende Personalressource vorhanden ist.

5.3 Einordnung der Ergebnisse in den weiteren wissenschaftlichen Kontext zur Implementierung von Pflegevisiten

Zu dem in Kapitel 2.3 dargestellten wissenschaftlichen Kontext der Implementierung von Pflegevisiten lassen sich einige Gemeinsamkeiten in dieser Untersuchung feststellen. Die aus der Literatur bekannten Einflussfaktoren *Zeitmangel* (vgl. Marent 2018, Paprotny 2018), *Klare Strukturen* (vgl. Paprotny 2018, Affolter 2018), *Unterstützung durch Vorgesetzte* (Allemann 2018, Affolter 2018, Flowers et al. 2018), *Fehlende Motivation der Pflegenden* (vgl. Müller/Senn 2018), *Integration des Pflegeteams in den Implementierungsprozess* (vgl. Allemann 2018, Affolter 2018, Marent 2018, Parotny 2018, Flowers et al. 2016, Daniels 2016), *Begleitung der Pflegenden durch Pflegeexpert*Innen* (vgl. Allemann 2018, Affolter 2018, Müller/Senn 2018), *Schaffung von Zeiträumen für Pflegevisiten* (vgl. Paprotny 2018) und *hohe Eigenständigkeit der Personals* (vgl. Flowers et al. 2016) waren auch in dieser Untersuchung festzustellen, beziehungsweise abzuleiten. Dabei ist zu beachten, dass einige Einflussfaktoren aus der Literatur deckungsgleich zu denen aus dieser Untersuchung sind, wie die *Unterstützung durch Vorgesetzte* und *Klare Strukturen*. Andere Einflussfaktoren treten in einer bestimmten Form auf. Zunächst wären in diesem Kontext die Einflussfaktoren *Zeitmangel* und *Schaffung von Zeiträumen für Pflegevisiten* zu nennen. Diese Aspekte können in dieser Untersuchung aus den Einflussfaktoren *Hoher Zeitaufwand für Pflegevisiten* und *Freistellung der Pflegekräfte für Pflegevisiten* abgeleitet werden. Grundsätzlich geht es bei diesen vier Faktoren um die Themen Personalbesetzung, beziehungsweise Personalressourcenallokation im Pflegedienst in Bezug auf die Durchführung von Pflegevisiten. Einige Aspekte der Einflussfaktoren *Integration des Pflegeteams in den Implementierungsprozess* und *hohe Eigenständigkeit des Personals* können in den, in dieser

Arbeit festgestellten, Einflussfaktoren *Partizipative Festlegung klarer Strukturen* und *Suchen von Pflegekräften als Multiplikatoren für Pflegevisiten* zu finden. Diese Ableitung bezieht sich vor allem auf die Art und Weise der Ausprägung der Einflussfaktoren aus der Literatur in der Onkologie des Zielkrankenhauses dieser Arbeit. Ähnliches gilt für die *Begleitung durch Pflegeexpert*Innen*, welche in dieser Untersuchung im Einflussfaktor *Positive Wirkung der APN für die Pflegevisiten und das Team*, in welchem eine Begleitung des gesamten Teams durch APNs auch in Bezug auf die Pflegevisiten beschrieben wird. Differenziert zu betrachten ist der Einflussfaktor *Fehlende Motivation der Pflegenden*, welcher als Hürde in der Literatur beschrieben wird (vgl. Müller/Senn 2018). Dieser wurde in der Voruntersuchung ebenfalls als Hürde dargestellt (vgl. Fürschke 2023), tritt in dieser Untersuchung aber in Form der Einflussfaktoren *Hohe intrinsische Motivation der Pflegekräfte*, *Motivation durch Fachweiterbildung und Fachwissen* und *Steigerung der Motivation durch Schaffung best. Rahmenbedingungen und mehr personeller Ressourcen* auf, als eher positiv auf den Implementierungsprozess wirkende Aspekte. Anhand dieser Darstellung fällt auf, dass in verschiedenen Untersuchungen teilweise unterschiedliche Einflussfaktoren mit einem gemeinsamen Kernaspekt festgestellt werden konnten. In Bezug auf die *Schlüsselfaktoren* aus der Voruntersuchung scheinen diese Kernaspekte möglicherweise relevanter zu sein als die konkreten Einflussfaktoren. Für weitere Ableitungen aus diesen Forschungsarbeiten sollten dementsprechend aus den festgestellten Einflussfaktoren dieser Arbeit in der Onkologie des Zielkrankenhauses, dem studentischen Forschungsprojekt in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses und der wissenschaftlichen Literatur gemeinsame Kernaspekte eruiert werden, welche offenbar gehäuft relevant für die Implementierung komplexer Interventionen (wie der Pflegevisite) sind.

5.4 Limitationen der Studie und kritische Reflexion der Methodik

In Bezug auf die eingangs benannte Forschungsfrage kann festgestellt werden, dass die angewendete Methodik einen Vergleich der Einflussfaktoren der geplanten Implementierung in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses (welche im studentischen Forschungsprojekt erhoben wurden), und der hier festgestellten Einflussfaktoren der erfolgten Implementierung in der Onkologie des Zielkrankenhauses ermöglicht hat. Es konnten induktiv Aussagen über Einflüsse auf die Implementierung kodiert und in Einflussfaktoren eingeordnet werden sowie deduktiv die teilweise abweichenden Schwerpunkte der ebenfalls in diesem Setting relevanten *Schlüsselfaktoren* aus dem studentischen Forschungsprojekt erhoben werden. *Die durch diese Methodik entstehende mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch den deduktiven Einsatz der Schlüsselfaktoren bei der Datenerhebung, ist dabei differenziert zu betrachten.* Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass alle Schlüsselfaktoren bereits im induktiven, ersten Interviewteil beschrieben wurden. Die vorhandene Relevanz dieser *Schlüsselfaktoren* ist dementsprechend bereits in den induktiven Daten erkennbar. Der

Einsatz deduktiver Elemente in der Datenerhebung hat dazu beigetragen, die unterschiedlichen Ausprägungen dieser Einflussfaktoren in den beiden klinischen Abteilungen zu verstehen. Um diese Differenzierung analytisch möglich zu machen, war die Entscheidung zu einer unterscheidenden Kodierung maßgeblich. So konnten Aussagen auf Basis der induktiven Anteile der Methodik und jene auf Basis der deduktiven Anteile getrennt betrachtet werden. Für die Bildung der Einflussfaktoren in der Onkologie wurden, der Vollständigkeit halber, alle Aussagen als Grundlage genutzt, in der Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Schlüsselfaktoren wurden die deduktiven Daten dann gesondert betrachtet. Die Verwendung des gesamten Datenmaterials zur Bildung der Einflussfaktoren ist allerdings problematisch für die Vergleichbarkeit der Einflussfaktoren aus Onkologie und Innerer Medizin. In den Einflussfaktoren der Onkologie sind auch die Aussagen eingeflossen, welche in Bezug auf die Nennung der Schlüsselfaktoren der Inneren Medizin von den Pflegenden der Onkologie getroffen wurden. Dies hat möglicherweise Einfluss auf die gemeinsamen Einflussfaktoren gehabt, *diese Verzerrung liegt in der Entscheidung begründet die Einflussfaktoren in der Onkologie vollständig darzustellen*. Erkennbar ist diese Verzerrung anhand der Aussagen auf die Frage, welche Einflussfaktoren am wichtigsten seien. Im induktiven Teil der Interviews wurden hier die Aspekte personelle Ressourcen, Qualifikation der Pflegenden und Motivation der Pflegenden und Unterstützung durch Führungskräfte genannt. Nach dem zweiten Interviewteil wurden ebenfalls die Aspekte Motivation, Qualifikation und personelle Ressourcen benannt, die Unterstützung durch Führungskräfte wurde aber durch den Aspekt der klaren Strukturen für Pflegevisiten ersetzt. Diese Veränderung kann sowohl durch eine erneute Reflektion der Einflussfaktoren durch die Pflegenden als auch durch eine kognitive Verzerrung zugunsten der Schlüsselfaktoren entstanden sein und muss daher als Limitation der Forschungsmethodik betrachtet werden.

In Bezug auf die Prüfung der im studentischen Forschungsprojekt aufgestellten These, welche den *Schlüsselfaktoren* eine gewisse Allgemeingültigkeit unterstellt, kann festgehalten werden, dass diese auch in der Onkologie des Zielkrankenhauses relevant waren. *Inwiefern diese Einflussfaktoren tatsächlich, unabhängig vom klinischen Setting, allgemeingültig sind, kann mit der hier angewendeten Methodik nicht beantwortet werden*. Die eingangs formulierte These wurde in dieser Untersuchung um die Erkenntnis erweitert, dass zumindest bestimmte *Kernaspekte* dieser *Schlüsselfaktoren* auch in anderen Settings relevant sind. Die Relevanz dieser Aspekte konnte dementsprechend nicht falsifiziert werden, um sie zu bestätigen war die Methodik jedoch nicht geeignet. *Eine weitere Limitation dieser Forschungsarbeit ist die Beschränkung der eingeschlossenen Pflegekräfte auf die APNs der Onkologie, welche die Pflegevisiten durchführen, und die Leitungen der Onkologie, welche an der Implementierung mitgewirkt haben*. Die Perspektive der Pflegenden, welche nur indirekt mit der Pflegevisite arbeiten, bleibt dabei außen vor. Diese Entscheidung wurde aufgrund der komplexen Erhebungsmethodik und der begrenzten zeitlichen Ressourcen von

sechs Monaten Bearbeitungszeit getroffen. Die fehlende Perspektive der indirekt von der Pflegevisite betroffenen Pflegekräfte der Onkologie, welche in der Voruntersuchung in der Inneren Medizin aufgrund größerer zeitlicher Ressourcen und einer weniger komplexen Methodik erhoben werden konnte, könnte verzerrende Auswirkungen auf die Aussagen bezüglich der Motivation zur Umsetzung von Pflegevisiten haben. Die, in dieser Untersuchung festgestellte, eher positive Betrachtung der Pflegevisite in der Onkologie könnte sich bei der Befragung weiterer Pflegekräfte der Abteilung möglicherweise differenzierter darstellen. Dieser Umstand sollte bei der Ableitung von Schlussfolgerungen beachtet werden.

Des Weiteren ist die Frage von Interesse, inwiefern solche Arbeiten im Themenfeld der praktischen Implementierungsforschung für die Planung eines tatsächlichen Implementierungsprozesses geeignet sind. Im studentischen Forschungsprojekt wurde diese Frage bereits kritisch reflektiert und vor allem der Faktor der Verzögerung und der damit einhergehenden, größer werdenden Unkenntnis bestimmter Einflussfaktoren, welche in der Zeit zwischen dem Ende der Datenerhebung und der Ableitung von Maßnahmen auftreten, als Problemstellung erkannt. Dies ist auch in dieser Untersuchung der Fall, welche eine evaluierenden Charakter hat, da eine bereits erfolgte Implementierung anhand ihrer Einflussfaktoren dargestellt wird. Auch hier kann diese Verzögerung eine Unkenntnis neuer Einflussfaktoren bei der Planung eines erneuten Implementierungsprozesses zur Folge haben. Der praktische Nutzen solcher Untersuchungen besteht folglich am ehesten in der Ableitung bestimmter Faktoren, welche wiederholt festzustellen sind, wie beispielsweise der *Schlüsselfaktoren*. Diese können bei weiteren Implementierungsprojekten als Anhaltspunkt verwendet werden, um den Prozess zu planen und vorzubereiten. Des Weiteren sollte festgehalten werden, dass Einfluss- beziehungsweise Kontextfaktoren nur ein Teil der Implementierung darstellen. Dies wird anhand der in Kapitel 2.2 vorgestellten, schematischen Darstellung der Implementation Science deutlich. Rahmenkonzepte wie das *CFIR*, welches sich mit Kontextfaktoren beschäftigt, können ein Verständnis für den Implementierungsprozess herstellen, bieten jedoch keinen Leitfaden für die Planung einer Implementierung. Die Anwendung bestimmter Kontextfaktoren auf das jeweilige Setting und die zu implementierende Intervention kann als Ausgangspunkt bei der Planung des Implementierungsprozesses genutzt werden, es werden infolgedessen aber weitere Schritte notwendig (vgl. Logan et al. 2010, Damschroder et al. 2009). Daraus kann abgeleitet werden, dass solche Forschungsarbeiten zur Planung eines Implementierungsprozesses eher ungeeignet sind. Sie können bestimmte Kontextfaktoren zu einem gegebenen Zeitpunkt abbilden, es lassen sich auch bestimmte *Kernaspekte* feststellen, welche auch in der wissenschaftlichen Literatur relevant sind. Diese Faktoren können zur Planung genutzt werden, während der Implementierung auftretende unerwartete Einflussfaktoren sollten aber bei der Planung berücksichtigt werden.

Eine weitere Limitation ist die Person des Forschenden. Dieser arbeitete zur Zeit der Erstellung dieser Masterthesis als pflegerische Führungskraft in der internistischen Abteilung und hat gelegentliche Berührungspunkte mit den Pflegenden der Onkologie. Während dies bei der Rekrutierung der Teilnehmenden möglicherweise vorteilhaft gewesen ist, könnte es ebenfalls eine Verzerrung der Daten verursacht haben. Konkret wäre eine positivere Darstellung der Pflegenden in Bezug auf den Implementierungsprozess und die Pflegevisiten eine denkbare Verzerrung in diesem Zusammenhang.

6. Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel stellt die wissenschaftlichen und praktischen Implikationen dar sowie einen Ausblick auf eine weitere wissenschaftliche Vertiefung der Thematik. Die wissenschaftlichen Implikationen beziehen sich auf die Frage, inwiefern diese Arbeit neue Erkenntnisse bringt, die praktischen Implikationen stellt dar, wie diese Ergebnisse für die Implementierung der internistischen Pflegevisite im Zielkrankenhaus genutzt werden könnten. Der Ausblick beschäftigt sich mit einem möglichen Studiendesign zur Prüfung der aufgestellten Hypothese.

6.1 Wissenschaftliche Implikationen dieser Studie

Die wichtigste Schlussfolgerung aus wissenschaftlicher Sicht bezieht sich auf die wiederkehrenden *Kernaspekte* einiger Einflussfaktoren. Der im Kontext der Forschungsfrage nach dem Vergleich der Einflussfaktoren einer geplanten Implementierung in der Inneren Medizin und einer erfolgten Implementierung in der Onkologie des Zielkrankenhauses durchgeführte Abgleich dieser Einflussfaktoren hat gezeigt, dass bestimmte Einflussfaktoren auch in dem in dieser Arbeit untersuchten klinischen Setting festgestellt werden konnten. Es kann zusätzlich festgestellt werden, dass einige dieser wiederkehrenden Faktoren in anderer Form auftreten und lediglich ein gemeinsames Oberthema, welches hier als *Kernaspekt* bezeichnet wurde, haben. Diese Kernaspekte sind: Motivation der Pflegekräfte, Qualifikation der Pflegekräfte, Klare Strukturen für Pflegevisiten, Personalressourcen, Rolle der Führungskräfte. Diese fünf Kernaspekte können demzufolge als, in beiden Settings gültige, Einflussfaktoren postuliert werden und beinhalten ebenfalls die vier *Schlüsselfaktoren* aus der Voruntersuchung in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses. Dem ist hinzuzufügen, dass diese fünf Kernaspekte auch in den Einflussfaktoren aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur zur Implementierung verschiedener Arten von Pflegevisiten, welche zumindest insofern vergleichbar sind, als dass sie alle als komplexe Interventionen im Sinne der Implementation Science zu bezeichnen sind, festzustellen waren. In Bezug auf die eingangs dargestellte These aus dem studentischen Forschungsprojekt, die den vier *Schlüsselfaktoren Personalbesetzung, Motivation, Qualifikation und Klare Strukturen* eine mögliche Allgemeingültigkeit zuschreibt, kann hier eine Erweiterung vorgenommen werden. Die hier beschriebenen fünf *Kernaspekte* stellen sowohl in Projekten aus der Literatur als auch in den beiden Untersuchungen in der Inneren Medizin und Onkologie des Zielkrankenhauses in wichtigen Einflussfaktoren dar. Dies lässt den Schluss zu, dass die Aspekte Motivation der Pflegenden, Qualifikation der Pflegenden, Personalressourcen, Klare Strukturen für die Intervention und Rolle der Führungskräfte eine mögliche Allgemeingültigkeit haben, in Bezug die Implementierung komplexer Interventionen in verschiedenen Settings. Dies bedeutet, dass nach dieser Masterthesis die im studentischen Forschungsprojekt postulierte These zwar angepasst werden sollte, aber keine Falsifikation

erfolgt ist. Um diese These weiter zu erhärten, sollte eine weitere Untersuchung durchgeführt werden, welche weitere klinische Kontexte und auch andere komplexe Interventionen einschließt. Hier würde sich ein quantitatives Design anbieten, welche die Rolle der Kernaspekte bei unterschiedlichen Implementierungsprojekten in deutschen Krankenhäusern eruiert. Des Weiteren ist festzustellen, dass auch in dieser Untersuchung die Einflussfaktoren, welche sich auf die fünf Kernaspekte beziehen, diverse Zusammenhänge haben. Zur Einordnung dieser Erkenntnisse in die Implementation Science kann gesagt werden, dass im Kontext eines Modells wie dem *CFIR*-Rahmenkonzept die fünf Kernaspekte im jeweiligen Setting erhoben und einsortiert werden können, um damit die Planung und somit den Implementierungsprozess zu initiieren. Gemäß dem Aspekt des Verständnisses des Implementierungsprozesses können diese Kernaspekte als Hilfe dienen, um wichtige Einflussfaktoren zu identifizieren und mithilfe von Rahmenkonzepten wie dem *CFIR* darzustellen. Verknüpfungsstudien, welche beispielsweise die *ERIC*-Empfehlungen mit den *CFIR-Konstrukten* in Zusammenhang bringen, können bei der weiteren Planung ebenfalls als Hilfe dienen. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass auch als nicht passend beschriebene Strategien Lösungsmöglichkeiten für bestimmte Hürden sein können, wie in dieser Untersuchung festgestellt wurde. Insgesamt ist zu betonen, dass Implementierungsprozesse komplex sind und Rahmenkonzepte, häufig relevante Einflussfaktoren und dazu möglicherweise passende Strategien als Hilfestellung zu betrachten sind und keine Garantie für ein gelungenes Implementierungsprojekt bieten können. Auch in dieser Untersuchung wurden viele einzigartige Einflüsse identifiziert, selbst die konkreten Einflussfaktoren, welche die *Kernaspekte* beinhalten, scheinen individuell zu sein. Im Sinne eines Anhaltspunktes zum Verständnis des individuellen Implementierungsprozesses könnten diese Erkenntnisse aber einen Mehrwert bieten.

6.2 Nutzung der Ergebnisse für die Implementierungspraxis

Für die praktische Umsetzung von Implementierungsprojekten lässt sich aus diesen Erkenntnissen zunächst ableiten, dass es sinnvoll sein könnte, die fünf Kernaspekte bei der Planung der Implementierung zu berücksichtigen. Wie im vorigen Kapitel beschrieben, sind diese jedoch eher ein Leitfaden, um ein Verständnis für die relevanten Faktoren im entsprechenden Setting zu entwickeln und auf dieser Basis den Implementierungsprozess beginnen. Bezüglich der Art und Weise, wie Einflussfaktoren eruiert werden können, kann die Untersuchung in dieser Masterthesis beispielhaft sein, sollte sich jedoch an den vorhandenen zeitlichen Ressourcen orientieren und eine möglichst kurze Zeitspanne umfassen. An dieser Stelle sollte betont werden, dass eine aufwändige wissenschaftliche Erhebung mittels leitfadengestützter Interviews, wortgetreuer Transkriptionen, Kodierung und Auswertung in der Implementierungspraxis kaum umsetzbar ist. Diese Arbeit wurde über sechs Monate erstellt, ein Zeitraum, welcher eine signifikante Lücke zwischen

Datenerhebung und Maßnahmenplanung, beziehungsweise Umsetzung offenlässt. In diesem Zeitraum können Einflussfaktoren an Bedeutung gewinnen, welche zum Zeitpunkt der Abfrage von Einflüssen relevant waren, beziehungsweise Einflüsse an Wichtigkeit verlieren, welche zunächst eine hohe Relevanz hatten. Daher ist eine kurze Abfrage, möglicherweise geleitet von den *Kernaspekten* dieser Arbeit, aber mit der Möglichkeit weitere Einflüsse wahrzunehmen, sinnvoller. Zudem können Rahmenkonzepte wie das *CFIR* zur Strukturierung der erhobenen Einflüsse genutzt werden. Dies könnte beispielsweise durch eine Teamsitzung oder kurze Fragebögen bei Mitarbeitendengesprächen umgesetzt werden. Zur Maßnahmenplanung können die *ERIC*-Empfehlungen, ebenfalls als Hilfestellung, angewendet werden, wobei es wichtig zu sein scheint, individuelle Lösungen anhand vorhandener Ressourcen zu finden, statt zu versuchen bestimmte Hürden stringent mit in der Literatur zugeordneten Strategien zu überwinden. In Bezug auf die *Kernaspekte* ist zu beachten, dass in beiden Untersuchungen im Zielkrankenhaus die entsprechenden Einflussfaktoren relevante Zusammenhänge aufgewiesen haben. Dies sollte bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden, da die Veränderung eines Einflussfaktors auch Effekte auf weitere Faktoren haben könnte.

Diese Annahme bietet eine Grundlage zur Entwicklung einer Implementierungsstrategie, bei der gezielt Maßnahmen getroffen werden, um beispielsweise personelle Ressourcen und die Qualifikation des Personals zu verbessern, woraufhin sich auch die Motivation positiv verändern sollte. Dies kann dann weiterhin als Basis fungieren, um bezüglich eines festgestellten Versorgungsproblems partizipativ eine passende Intervention auszuwählen, diese an das Setting anzupassen und klare Strukturen zu entwickeln. Dies war, etwas vereinfacht dargestellt, die Vorgehensweise in der Onkologie des Zielkrankenhauses bei der Implementierung von Pflegevisiten.

Im Vergleich dieser Implementierung mit der geplanten Implementierung von Pflegevisiten in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses können zudem weitere Schlüsse gezogen werden. Während die bisherigen Ableitungen abstrakt gehalten wurden, in Bezug auf die Intervention und das Setting, sind hier diese beiden Parameter konkret gut vergleichbar. Die Intervention *Pflegevisite als Gespräch* für die Innere Medizin wurde anhand der Pflegevisiten in der Onkologie entwickelt und weist dementsprechend eine große Ähnlichkeit auf. Die beiden Settings unterscheiden sich hingegen deutlich. Die Tatsache, dass beide in derselben Klinik angesiedelt sind, erzeugt dennoch eine gewisse Vergleichbarkeit, da gewisse Strukturen ähnlich sind. Der prominenteste Unterschied, welcher im Vergleich der beiden Settings auffällt, ist die unterschiedliche Wahrnehmung der Intervention Pflegevisite. Dies lässt sich möglicherweise anhand der Tatsache erklären, dass die Vorgehensweise in beiden Abteilungen unterschiedlich war. In der Onkologie wurde die Implementierung der Pflegevisite im Rahmen des *APN*-Projektes geplant. Dies hatte zur Folge, dass die *APNs*,

unterstützt durch Führungskräfte, die Intervention Pflegevisite als Lösungsstrategie für *den Zeitmangel in der alltäglichen Versorgung* ausgewählt haben, diese Intervention an die entsprechenden Bedürfnisse angepasst haben und die entsprechenden Strukturen selbst entwickelt haben, beziehungsweise diese in Absprache mit den Führungskräften gestalten konnten. Daraus scheint die Wahrnehmung der Pflegevisite als ergänzendes Instrument zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung entstanden zu sein. In der Inneren Medizin soll die Pflegevisite ebenfalls im Rahmen des APN-Projektes umgesetzt werden, wurde aber als Intervention durch die Führungskräfte vorgegeben. Dies könnte zu der weiter oben beschriebenen eher skeptischen Wahrnehmung der Pflegevisite geführt haben, da diese Intervention in der Inneren Medizin keine Grundlage als Lösungsstrategie zu haben scheint. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass diese Annahme einem möglichen Bias unterliegt. Die unterschiedliche Stichprobengröße – 12 Befragte in der Inneren Medizin und 5 Befragte in der Onkologie – könnte die differenziertere, kritischere Haltung in der Inneren Medizin im Gegensatz zu der klar positiven Perspektive der Pflegenden in der Onkologie erklären. Hinzu kommen die unterschiedlichen Qualifikationen und Tätigkeiten der befragten Pflegenden. Im studentischen Forschungsprojekt wurden auch Pflegenden ohne zusätzliche Qualifikation oder spezielle Tätigkeit befragt, in dieser Masterthesis hatten alle befragten eine weitere Qualifikation oder Tätigkeit neben der regulären Patientenversorgung. Klar ableiten lässt sich jedoch das Fehlen eines klaren Problems in der Inneren Medizin, welches durch die *Pflegevisite als Gespräch* gelöst wird. Für die Implementierung von Pflegevisiten in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses kann dementsprechend die Empfehlung postuliert werden, dass die Frage nach dem konkreten Zweck der Intervention revidiert werden sollte. Analog zu den Ergebnissen dieser Arbeit, sollte in Gesprächen mit dem Pflegepersonal ein konkretes Problem benannt werden, welches durch eine Intervention zu lösen ist. Auf diese Weise kann die Perspektive der Pflegenden auf die entsprechende Intervention - welche dann möglicherweise eine bestimmte Art von Pflegevisite sein kann – verändert werden, was die Motivation steigern könnte. Die Implementierung dieser Intervention könnte ebenfalls durch die APNs vorangetrieben werden, indem die Intervention entsprechend angepasst wird und erforderliche Strukturen entwickelt beziehungsweise abgesprochen werden. Dazu ist die Frage nach der personellen Ressource zu klären, ob diese Intervention ebenfalls mit einer Freistellung umgesetzt wird, oder ob sie in der alltäglichen Versorgung umsetzbar ist. Eine entsprechende Unterstützung durch die Führungskräfte bei der Allokation personeller, räumlicher und weiterer Ressourcen sollte ebenfalls besprochen werden. Auf diese Weise lässt sich anhand der ermittelten Kernaspekte und im direkten Vergleich eines Implementierungsprojektes in einer benachbarten Abteilung der Implementierungsprozess für Pflegevisiten in der Inneren Medizin planen.

6.3 Ausblick für weitere Forschung und praktische Anwendung

Um die in dieser Arbeit erweiterte These bezüglich der Allgemeingültigkeit der *Kernaspekte* als Einflussfaktoren auf Implementierungsprojekte komplexer Interventionen in deutschen Krankenhäusern weiter zu erforschen, wurde in Kapitel 6.1 ein quantitatives Vorgehen mit einer größeren Stichprobe empfohlen. Dies soll in diesem Kapitel weiter ausgeführt werden, in Bezug auf das Studiendesign, die Stichprobe und mögliche Inhalte. Grundsätzlich wäre eine Online-Umfrage denkbar, in der zunächst einige Informationen über den Teilnehmenden gesammelt werden. Interessant wären beispielsweise, welche Ausbildungen und/oder Studienabschlüsse vorliegen, welche berufliche Position sie im Krankenhaus haben, wie viele Jahre Berufserfahrung sie gemacht haben und ob sie in einem bestimmten Fachbereich tätig sind. Für die Umfrage wären im Weiteren die Fragen wichtig, ob die fünf Kernaspekte bei Implementierungsprozessen relevant waren und in welcher Weise. Dabei könnten die Aspekte positiver Einfluss, Hürde oder Bedarf differenziert werden, zusätzlich mit einem optionalen Freitext, wenn dies durch die Befragten weiter erläutert werden soll. Des Weiteren sollte es eine Frage mit Freitext geben, in welcher nach zusätzlichen wichtigen Einflussfaktoren gefragt wird. Damit könnten ggf. Einflussfaktoren erfasst werden, welche in den hier vorliegenden Daten aus den beiden Untersuchungen und der wissenschaftlichen Literatur möglicherweise ebenfalls vorkommen, aber als nicht potenziell allgemeingültig eingeschätzt wurden. Zudem könnte der angesprochene Grad an Individualität der Einflussfaktoren in Abhängigkeit von den konkreten Settings und Interventionen durch diese zusätzliche Abfrage besser eingeschätzt werden. Zielgruppe der Befragung könnten zunächst pflegerische Leitungen, konkret Pflegedirektor*Innen, Pflegedienstleiter*Innen, pflegerische Bereichsleiter*Innen und Stationsleiter*Innen sowie deren Stellvertreter*Innen sein, um eine größere Bandbreite von Settings und Interventionen zu erhalten. Als Zugang zu dieser Zielgruppe können Anfragen an deutsche Klinikgruppen, konkret an deren Pflegedirektor*Innen und auch an Leitungen von Management-Studiengänge im Gesundheitswesen in Deutschland versendet werden, mit den genannten Einschlusskriterien. Zur konkreten Einschätzung der Relevanz der Einflussfaktoren könnte eine Likert-Skala mit den Aussagen *irrelevant*, *mäßig relevant*, *sehr relevant* genutzt werden. Die Abfrage zusätzliche Einflussfaktoren sollte einzeln mit mehreren Freitexten erfolgen, sodass jeder genannte zusätzliche Faktor ebenfalls mit der o.g. Skala bezüglich seiner Relevanz eingeschätzt werden kann. Mithilfe einer solche Studie könnte bei ausreichender Stichprobengröße die Allgemeingültigkeit der Kernaspekte als Einflussfaktoren besser beurteilt werden und mögliche weitere allgemeingültige Einflussfaktoren ermittelt werden.

In Bezug auf die geplante Implementierung von Pflegevisiten in der Inneren Medizin des Zielkrankenhauses dieser Arbeit und des studentischen Forschungsprojektes kann folgendes konkretes Vorgehen abgeleitet werden. Die beschriebene kritische Haltung der Pflegenden in

Bezug auf die Umsetzung von Pflegevisiten scheint mit einer geringer ausgeprägten Motivation einherzugehen. Um einer möglichen Fehlannahme durch die beschriebenen Verzerrungen hinsichtlich der Darstellung der Motivation vorzubeugen, sollten dennoch in Einzelgesprächen mögliche Vorreiter für Veränderungsprozesse identifiziert werden. Um allgemein die Motivation zu verbessern, sollte der nächste Schritt in der Revision der Intervention liegen. Im Rahmen eines Arbeitskreises könnten aktuelle, pflegfachliche Probleme beziehungsweise Entwicklungsbedarfe besprochen und mögliche Lösungen erarbeitet werden. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Pflegekräften, welche sich für eine APN-Tätigkeit eignen würden, beispielsweise akademisierte oder fachweitergebildete Pflegekräfte. Bei der Erarbeitung von Lösungen kann eine speziell auf die jeweiligen Herausforderungen angepasste Pflegevisite als mögliche Strategie diskutiert werden. Sollte danach partizipativ die Entscheidung gefällt werden, dass eine bestimmte Form von Pflegevisiten umgesetzt werden soll, könnten bestimmte Pflegekräfte als Innovatoren ausgewählt und mit der Umsetzung des Implementierungsprojektes beauftragt werden. Dabei ist die notwendige Unterstützung durch die Stationsleitungen, Bereichsleitung und Pflegedienstleitung zu besprechen. Bei der weiteren Planung sollten die übrigen *Kernaspekte* personelle Ressourcen, Qualifikation und klare Strukturen für die Pflegevisiten beachtet werden. Die Fragen, inwiefern ähnlich wie in der Onkologie eine Freistellung notwendig und realisierbar ist sowie wie die Projektgruppe wann mit wem kommuniziert und sich untereinander regelhaft austauscht, sind im Folgenden zu klären. Zudem sollte die Projektgruppe initial feste Strukturen für die Pflegevisite erarbeiten und festlegen. Sollte eine andere Intervention als die Pflegevisite zur Lösung der Probleme ausgewählt werden, könnte das weitere Vorgehen dennoch in ähnlicher Weise erfolgen. Wichtig sind dabei letztlich die *Kernaspekte* (s. Tab. 9.):

Einfluss	Maßnahme
Motivation der Pflegekräfte	Anwendung eines Bottom-up-Ansatz soll diese steigern
Qualifikation der Pflegekräfte	Auswahl bestimmter Pflegekräfte als Innovatoren
personelle Ressourcen	Besprechung einer möglichen Freistellung auch für potenzielle Treffen der Projektgruppe
Unterstützung durch Vorgesetzte	Einbezug der Führungskräfte in die Planung des Projektes

Klare Strukturen	Erarbeitung und Festlegung von Strukturen für die Intervention durch die Innovatoren
------------------	--

Tab. 9: Maßnahmenplanung zur Implementierung in der Inneren Medizin

Mit dieser Vorgehensweise, welche sich aus Kapitel 6.2 ableitet, kann die Pflegevisite sowohl auf ihren Nutzen hin evaluiert werden und gegebenenfalls der Implementierungsprozess gestartet werden.

7. Literaturverzeichnis

1. Affolter, H. (2018): „Pflegevisite als Übergabe mit dem Patienten (1)“, S. 73-90. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
2. Allemann, K. (2018): „Pflegevisite als Übergabe mit dem Patienten (2)“, S. 91-113. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
3. Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009): „Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science“. Veröffentlicht in: „BioMed Central Implementation Science“, Volume 4, Artikelnummer 50. Heidelberg: Springer Nature. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50> [Zugriff am 03.12.2023].
4. Daniels, J. F. (2016): „Purposeful and timely nursing rounds: a best practice implementation project“. Veröffentlicht in: „JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports“, Volume 14, Artikelnummer 1. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. DOI: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2537> [Zugriff am 03.12.2023].
5. Dresing, T. & Pehl, T. (2012): „Praxisbuch Interview, Transkription – Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen“. 4. Auflage, Marburg: Eigenverlag.
6. Flowers, K., Wright, K., Langdon, R., McIlwrath, M., Wainwright, C. & Johnson, M. (2016): „Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers“. Veröffentlicht in: „Journal of Clinical Nursing“, Volume 25, Artikelnummer 9-10. New Jersey: John Wiley & Sons. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13217> [Zugriff am 03.12.2023].
7. Fürschke, F. (2023): „Projektabschlussbericht: Implementierungsempfehlungen für eine internistische Pflegevisite - Ein studentisches Forschungsprojekt zum Thema Implementation Science und Change-Management“ (Organisationsintern veröffentlichte Projektarbeit). Marien Hospital Düsseldorf.
8. Glaser, B.G. & Strauss, A.G. (2005): „Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung“. 2. korr. Auflage. Bern: Huber.
9. Görres, S., Hinz, I.M., Reif, K., Apenberg, U., Augustin, B. & Bruns, D. (2002): „Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen – Eine empirische Untersuchung in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein“. Veröffentlicht in: „Pflege“, Volume 15, S. 25-32. Bern: Verlag Hans Huber.
10. Heering, C. (2018): „Pflegevisite“, S. 305-329. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

11. Heinze, C. (2023): „Das Erleben jüngerer pflegebedürftiger Menschen beim Einzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung - eine qualitative Studie“. Veröffentlicht In: „Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft“, Vol. 10. Heftnummer 1, S. 39-48. Wien: Medical Update Marketing & Media GmbH.
12. Helfferich, C. (2011): „Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews“. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
13. Hoben, M. (2016): „Stand der pflegerischen Implementierungsforschung im deutschen Sprachraum“, S. 115-132. In: Hoben, M., Bär, M., Wahl.H.-W. (Hrsg.): „Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie - Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch“. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
14. Katende, G. & Donnelly, M.K. (2016): „Using the Ottawa Model of Research Use to Implement a WHO Hypertension Education Interventions in Nurse-Led Hypertension Pilot Program in Uganda“. Veröffentlicht in: „International Journal of Nursing“, Vol. 1, Artikelnummer 1, S. 38-45. Madison: American Research Institute for Policy Development. DOI: <https://www.doi.org/10.15640/ijn.v3n1a5> [Zugriff am 02.12.2023]
15. Krüger, L. & Mannebach, T. (2022): „Pflegevisite auf der Intensivstation: Patienten in den Mittelpunkt der Pflege rücken.“ Veröffentlicht in: „HeilberufeSCIENCE“, Jahrgang 2022, Heft 1/2, S.13-22. Berlin: Springer Verlag. DOI: <https://www.doi.org/10.1007/s16024-022-00367-1> [Zugriff am 02.12.2023]
16. Lippach, K., Kelber, S. & Gutekunst, S. (2018): „Onkologische Pflegevisite und Fallbesprechung – praktische Umsetzung“. Veröffentlicht in: „Onkologische Pflege“, Vol. 8, Heftnummer 12, S. 48-54. München: Zuckerschwerdt Verlag.
17. Logan, J. & Graham, I. D. (2010). The Ottawa model of research use. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action. Oxford: Wiley-Blackwell.
18. Maddigan, J., Butler, M. & Davidson, J. (2019): „Changing nursing practice: Implementation challenges of intentional rounding on three rehabilitation units“. Veröffentlicht in: „Healthcare Management Forum“, Volume 32, Artikelnummer 5. Ottawa: Canadian College of Health Leaders. DOI: <https://doi.org/10.1177/0840470419849612> [Zugriff am 03.12.2023].
19. Marent, D. (2018): „Rapport (Dienstübergabe) mit dem Patienten“, S. 153-170. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
20. Mayring, P. (2000): „Qualitative Inhaltsanalyse“. Veröffentlicht in: „Forum Qualitative Sozialforschung“, Jahrgang 1, Nummer 2, Artikelnummer 20. Berlin: Freie Universität Berlin.

21. Müller, W. & Senn, M. (2018): „Rapport mit den Patienten: Neurochirurgische Abteilung des Universitätsspitals Zürich“, S. 171-186. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
22. Nilsen, P. (2020): „Overview of theories models and frameworks in implementation science“, S. 8-31. In: Nilsen, P. & Birken, S.A. (Hrsg.): Handbook on Implementation Science. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
23. Paprotny, M. (2018): „Pflegeübergabe mit dem Patienten“, S. 187-220. In: Heering, C. (Hrsg.): „Das Pflegevisiten-Buch“. 4., unveränderte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
24. Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J., Damschroder, L.J., Smith, J.L. & Matthieu, E.K.P. (2015): „A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project“. Veröffentlicht in: „Implementation Science“, Volume 10, Artikelnummer 21. Heidelberg: Springer Nature. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1> [Zugriff am 19.11.2023].
25. Rogers, E. (1995): „Diffusion of Innovations“. 4. Auflage, New York: The Free Press.
26. Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernández, M. E., Abadie, B. & Damschroder, L. J. (2019): „Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions“. Veröffentlicht in: „Implementation Science“, Volume 14, Artikelnummer 42. Heidelberg: Springer Nature. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4> [Zugriff am 19.11.2023].
27. Witzel, A. (2000): „Das problemzentrierte Interview“. Forum Qualitative Sozialforschung, Volume 1, Artikelnummer 22. DOI: <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132> [Zugriff am 19.11.2023].

8. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
APN	Advanced practice nurse
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
ERIC	Expert Recommendations for Implementing Change
PZI	Problemzentriertes Interview
SPSS-Prinzip	Prinzip zur Erstellung von Interviewleitfäden: Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
OMRU	Ottawa Model for Research Use

9. Tabellenverzeichnis

Bezeichnung	Seite
Tabelle 1: Einflussfaktoren aus der internationalen Literatur	14-15
Tabelle 2: Einflussfaktoren, Konstrukte und Strategien im Forschungsprojekt	17-18
Tabelle 3: Rechercheergebnisse PubMed	19
Tabelle 4: Rechercheergebnisse CareLit	20
Tabelle 5: Fragen aus dem Leitfaden des Forschungsprojektes	23
Tabelle 6: Themen zur Selektion relevanter Aussagen bei der Auswertung der Interviews	25
Tabelle 7 Kodiersystem Interviews in der Onkologie	28-30
Tabelle 8: Darstellung von Hürden und Lösungen bei der Implementierung onkologischer Pflegevisiten	41-42
Tabelle 9: Maßnahmenplanung zur Implementierung in der Inneren Medizin	59

10. Abbildungsverzeichnis

Bezeichnung	Seite
Abbildung 1: Rahmung der Implementation Science	10
Abbildung 2: Das Ottawa Model for Research Use	11
Abbildung 3: Consolidated Framework for Implementation Research	12
Abbildung 4: Die Ergebnisse des Forschungsprojektes in den Domänen des CFIR	16
Abbildung 5: Die Ergebnisse der Interviews in der Onkologie im CFIR-Framework	31

11. Anhang

11.1 Interviewleitfaden

Demographie:

- Alter:
- Geschlecht:
- Ausbildung:
- Dauer der Berufstätigkeit:
- Funktion:

Einleitungsfrage für Interview:

Wie gestalten Sie aktuell eine Pflegevisite auf Ihrer Station?

Hilfen bei Non-Response:

- Struktur
- Prozess

Teil 1: Erfolgte Implementierung von Pflegevisiten

Hauptfragen Teil 1:

1) Welche Umstände waren für die Einführung einer solchen Pflegevisite relevant?

2a) Was brauchte es für diese Einführung?

2b) Welche Hürden gab es bei dieser Implementierung? Welche vorteilhaften Umstände gab es bei dieser Implementierung?

2c) Gab es weitere Veränderungen in letzter Zeit und welche Hürden, bzw. vorteilhafte Umstände hat es gegeben?

Hilfen bei Non-Response:

- Welche Eigenschaften der Pflegevisite könnten diesbezüglich relevant sein?
- Welche Strukturen im Haus beeinflussen diese Einführung?
- Welche Faktoren auf der Station nehmen Einfluss auf die Einführung?
- Welche Rolle könnten ihre Kolleg*Innen spielen?
- Was fällt Ihnen diesbezüglich zum Prozess der Einführung ein?

Abschluss Teil 1

Zusammenfassung bisheriger Ergebnisse

3a) Gibt es dazu noch Ergänzungen?

3b) Welchen Umstand empfinden Sie am wichtigsten? (Durchfragen!)

Teil 2: Vergleich mit Faktoren aus Forschungsprojekt

Hauptfragen Teil 2:

- 1) *Personalbesetzung: Pflegekräfte geben eine hohe Auslastung an, haben wenig zeitliche Ressourcen für Pflegevisiten, was sich negativ auf die Motivation auswirkt, und ist zudem mit zu wenig Wissen um das Instrument Pflegevisite konnotiert.*
 - Wurde genannt: Wie stellt sich dieser Faktor bei Ihnen dar?
 - Wurde nicht genannt: War dieser Faktor bei Ihnen relevant? Falls nein, warum nicht?

- 2) *Motivation der Pflegekräfte: Es wurde eine Notwendigkeit zur Steigerung der Motivation der Pflegenden beschrieben. Dieser Einflussfaktor steht in Zusammenhang mit dem Interesse der Pflegekräfte an Pflegevisiten und einer generell hohen Arbeitsauslastung sowie dem Wissen der Pflegekräfte um die Anwendung von Pflegevisiten.*
 - Wurde genannt: Wie stellt sich dieser Faktor bei Ihnen dar?
 - Wurde nicht genannt: War dieser Faktor bei Ihnen relevant? Falls nein, warum nicht?

- 3) *Qualifikation der Pflegekräfte: Das fehlende Wissen soll nach Aussage der Pflegekräfte mit Fortbildungen durch die APN und durch eine generelle Personalentwicklung gelöst werden. Dieses fehlende Wissen wirkt sich negativ auf die Motivation aus.*
 - Wurde genannt: Wie stellt sich dieser Faktor bei Ihnen dar?
 - Wurde nicht genannt: War dieser Faktor bei Ihnen relevant? Falls nein, warum nicht?

- 4) *Klare Strukturen für Pflegevisiten: Wird als Bedarf zur Umsetzung formuliert, steht in Zusammenhang mit einer einfachen, klaren Dokumentation der Pflegevisiten*
 - Wurde genannt: Wie stellt sich dieser Faktor bei Ihnen dar?
 - Wurde nicht genannt: War dieser Faktor bei Ihnen relevant? Falls nein, warum nicht?

Abschlussfrage Teil 2:

- 5) Welche der genannten Faktoren würden Sie als am wichtigsten beschreiben? (Durchfragen!)

11.2 Einverständniserklärung für die Interviews

Meine Teilnahme an dem von Frederic Fürschke mit mir geführten Interview am _____ sowie das zur Verfügung stellen meiner dort erhobenen Daten sind freiwillig. Ich kann diese Einverständniserklärung bis 14 Tagen nach dem Interview

widerrufen und habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung meines Interviews und Einschränkung oder Verweigerung der Datenverarbeitung. Mir ist bekannt, dass nach Ende der Datenauswertung (am 31.10.2023) die Daten vollständig anonymisiert sind, sodass eine Löschung nicht mehr möglich ist, da die Daten dann nicht mehr auf die einzelne Person beziehbar sind. Durch eine Verweigerung oder einen Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

Ich bin damit einverstanden, mit diesem Interview an der genannten Masterthesis teilzunehmen. Das Forschungsinteresse und die Zielsetzung sind mir bekannt.

Ich stimme der akustischen Aufnahme des Interviews, sowie einer Verschriftlichung der aufgezeichneten Tonspur durch ein Transkriptionsbüro zu. Die Transkripte werden anonymisiert, die Tonaufzeichnungen selbst werden spätestens nach Abgabe der Masterthesis (am 13.12.2023) gelöscht. Die Daten werden nach den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes (Fassung 2018) und allen anderen geltenden Bestimmungen, behandelt.

Ich stimme zu, dass Zitate aus den anonymisierten Transkripten zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen, sofern diese nicht mit mir assoziiert werden können.

Die Tonaufzeichnungen und Transkripte werden weiteren Mitarbeitenden des Marien Hospitals Düsseldorf nicht zugänglich gemacht.

Unter diesen Bedingungen stimme ich der Teilnahme an dem Interview, seiner Aufzeichnung, Verschriftlichung, Anonymisierung und Auswertung, sowie der Nutzung der erhobenen Daten zu Forschungszwecken zu.

Ort, Datum, Unterschrift Interviewpartner*In

Ort, Datum, Interviewer (Frederic Fürschke)