
Aus der
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Sven Mahner

***Evaluation einer Advanced Practice Nurse (APN)-geleiteten
Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie
am Brustzentrum des LMU Klinikums München
Studie eines Implementierungsprozesses***

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Kristina Lippach, geb. Bennewitz
Dresden

2025

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Nadia Harbeck

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Inge Eberl
PD Dr. Daniela Koller

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: PD Dr. Rachel Würstlein

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 11.02.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	6
Abstract (English).....	9
Abbildungsverzeichnis	12
Tabellenverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Relevanz und Problemstellung	15
2 Theoretischer Hintergrund	17
2.1 APN als erweiterte Pflegerolle in der Versorgung von Betroffenen mit Brustkrebs und oraler Tumorthherapie.....	17
2.2 Implementierung einer APN-Rolle	18
2.3 Evaluation einer APN-Rolle - Evaluationsforschung als Forschungsdesign	21
2.4 Patientenbezogene Effekte.....	22
2.4.1 Patientenzufriedenheit	22
2.4.2 Informiertheit	22
2.4.3 Lebensqualität.....	23
2.4.4 Patientenbezogene Effekte von APN-Rollen in der Onkologie.....	23
2.5 Literatursuche zu Implementierungsprojekten mit erweiterten Pflegerollen	25
2.6 Literatursuche zu Outcomes in der Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs durch APNs	27
2.6.1 Methode und Fragestellung	27
2.6.2 Suchstrategie	27
2.6.3 Auswahlkriterien.....	27
2.6.4 Datensammlung und Analyse	27
2.6.5 Ergebnisse	29
2.6.6 Fazit	34
3 Methode	35
3.1 Beschreibung des Projektes zur Implementierung der APN	35
3.2 Übergeordnete Ziele der Implementierung und Forschungsfragen der Evaluationsstudie	37
3.3 Forschungsdesign.....	37
3.4 Setting	39
3.5 Stichprobe	39
3.6 Datenerhebung	40
3.6.1 Phasen der Datenerhebung.....	40
3.6.2 Leitfadengestützte Interviews	41
3.6.3 Konzept zur Implementierung einer APN	41
3.6.4 Fragebögen.....	42
3.7 Datenanalyse	44
3.7.1 Leitfadengestützte Interviews	44
3.7.2 Konzeptevaluation.....	45
3.7.3 Fragebögen.....	45
3.8 Forschungsethische und datenschutzrechtliche Aspekte.....	47
3.8.1 Forschungsethik.....	47

3.8.2	Datenschutz	47
3.9	Gütekriterien.....	48
3.9.1	Gütekriterien zur Evaluationsforschung und zur Rolle des Evaluators.....	48
3.9.2	Gütekriterien qualitativer Forschung	48
3.9.3	Gütekriterien quantitativer Forschung.....	49
4	Ergebnisse	50
4.1	Ergebnisse der Analyse der Ausgangslage (IST-Analyse).....	50
4.1.1	Beschreibung der Stichprobe.....	50
4.1.2	Ergebnisse der Interviews.....	50
4.2	Ergebnisse der Konzeptphase	59
4.2.1	Beschreibung der Stichprobe.....	59
4.2.2	Ergebnisse	60
4.3	Ergebnisse der Implementierungsphase	69
4.3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	69
4.3.2	Ergebnisse	69
4.3.3	Weiteres Vorgehen im Projekt	77
4.4	Ergebnisse der Wirkungsphase: Perspektive der Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik 78	
4.4.1	Beschreibung der Stichprobe.....	78
4.4.2	Aussagen der Pflegenden der Onkologischen Tagesklinik	79
4.4.3	Aussagen der Ärzte und Ärztinnen	83
4.4.4	Aussagen der APN.....	85
4.4.5	Nutzen der APN-Rolle.....	89
4.4.6	Möglichkeiten der Optimierung	91
4.5	Ergebnisse der Wirkungsphase: Perspektive der Patient*innen	93
4.5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	93
4.5.2	Aussagen der Patient*innen	93
4.6	Ergebnisse der Wirkungsphase: Vergleich Patient*innen ohne APN-Intervention (t0) vs. Patient*innen mit APN-Intervention (t1).....	99
4.6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	99
4.6.2	Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit	100
4.6.3	Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der gesundheitsbezogenen Informationen	105
5	Diskussion.....	108
5.1	Diskurs zur Ausgangslage	108
5.2	Diskurs zum Konzept	109
5.3	Diskurs zur Implementierung	110
5.3.1	Einarbeitung und inhaltliche Ausgestaltung der APN-Rolle.....	110
5.3.2	Erwartungen und angestrebte Ergebnisse	111
5.3.3	Fördernde und hemmende Einflussfaktoren während der Implementierung.....	112
5.3.4	Implementierungsprozess.....	113
5.3.5	Aufgabenklärung und Abgrenzung der Tätigkeiten	115
5.4	Diskurs zu den patientenbezogenen Ergebnissen	117
5.4.1	Patientenzufriedenheit	117
5.4.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Informiertheit	118

6	Limitationen.....	120
7	Implikationen für die Praxis.....	122
8	Fazit und Ausblick.....	124
9	Literaturverzeichnis.....	125
	Anhang 1.....	138
	Anhang 2.....	139
	Anhang 3.....	141
	Anhang 4.....	143
	Anhang 5.....	147
	Anhang 6.....	151
	Danksagung.....	153
	Affidavit.....	154
	Lebenslauf.....	155
	Publikationsliste.....	156

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

Der zunehmende Einsatz von oralen Tumortherapien führt zu veränderten Versorgungsbedarfen bei Patientinnen und Patienten sowie zu Veränderungen im Tätigkeitsfeld von Pflegefachpersonen (Travi et al. 2021, S. 50). Aus diesem Grund wurde am Brustzentrum des LMU Klinikums München zwischen 2017 und 2019 eine neue pflegerische Rolle mit einem erweiterten Handlungsspektrum (Advanced Practice Nurse, APN) durch ein interprofessionelles Projektteam konzipiert, implementiert und begleitet. Die Implementierung der neuen Rolle erfolgte in Anlehnung an den partizipativen, evidenzbasierten und patientenorientierten Prozess zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von erweiterten Pflegerollen (PEPPA-Framework) von Bryant-Lukosius und Dicenso (2004, S. 532). Als übergreifendes Projektziel wurde die erfolgreiche Etablierung einer APN zur Prozessbegleitung von Patient*innen mit oralen Therapien und deren Angehörigen im Brustzentrum des LMU Klinikums München definiert. Im Sinne von patientenbezogenen Outcomes sollte gezeigt werden, dass sich für die durch die APN betreute Patientengruppe positive Effekte hinsichtlich der krankheits- und therapiebezogenen Informiertheit und Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess ergeben.

Methode

Als projektbegleitendes Studiendesign wurde eine Evaluationsstudie im Mixed-Methods-Design (Creswell und Plano Clark 2007, S. 5) gewählt, welche die Teilziele der einzelnen Projektphasen (Ist-Analyse, Konzeptphase, Implementierungsphase, Wirkungsphase) überprüfte. Vor, während und nach Implementierung fokussierte die begleitende Evaluationsstudie die Versorgungsbedarfe bzw. die Umsetzung des Rollenkonzeptes in etablierte Abläufe des Brustzentrums und die Einschätzung der pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zur Einbindung und Umsetzung der neuen Rolle. Hierzu wurden Pflegefachpersonen sowie ärztliche Mitarbeitende mittels leitfadengestützter Interviews (Helfferich 2014, S. 559) befragt. Zur Evaluation des durch die Projektgruppe erstellten Implementierungskonzeptes wurde eine qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2016, S. 97) durchgeführt mit dem Ziel, die geplanten Interventionen mit den vorher definierten Bedarfen abzustimmen und die neue pflegerische Rolle so zu beschreiben, dass eine Implementierung in die Onkologische Tagesklinik des Brustzentrums möglich ist. Um Aussagen zur Erreichung der übergreifenden Projektziele treffen zu können, wurden die Patient*innen zum Implementierungsprozess befragt. Gleichzeitig wurden Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zur Informiertheit und zur Zufriedenheit mit der neuen Form der pflegerischen Betreuung erhoben. Qualitative (leitfadengestützte Interviews) und standardisierte Instrumente (Fragebogen zur Zufriedenheit, EORTC QLQ-C30 und EORTC QLQ-INFO25) wurden im Sinne einer Triangulation miteinander kombiniert. Die Datenanalyse erfolgte mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016, S. 97) bzw. deskriptiver Statistik (Döring und Bortz 2016, S. 627).

Ergebnisse

Die Datenerhebungen fanden innerhalb des Projektverlaufes zwischen dem 3. Quartal 2016 und dem 2. Quartal 2019 statt. Insgesamt wurden 29 Interviews (neun mit Pflegepersonen, fünf mit ärztlichen Mitarbeitenden, 15 mit Patient*innen) über den Implementierungsprozess hinweg geführt. Die Analyse der Ausgangslage zeigte die Bedarfe für eine APN im Brustzentrum bei Patientinnen und Patienten mit oralen Therapien, da diese Gruppe im Vergleich zu etablierten Tumortherapien seltener Kontakt zu Gesundheitsfachpersonen hat und das zu erwartende Nebenwirkungsspektrum eine deutlich höhere

Gesundheitskompetenz der Betroffenen voraussetzt (Bundesministerium für Gesundheit 2023, S. 1). Es wurde deutlich, dass bei den befragten Pflegenden und ärztlichen Mitarbeitenden keine Vorerfahrungen mit den Einsatzmöglichkeiten und Handlungsfeldern von erweiterten Pflegerollen vorlag. Rollenvorbilder fehlten. Als Ergebnis der Konzeptevaluation konnte aufgezeigt werden, dass im Konzept zwar Implementierungsziele benannt wurden, jedoch eine Definition von Outcome-Kriterien zur Überprüfung der Wirksamkeit des Implementierungsprozesses fehlten. Während der Implementierungsphase zeigte sich, dass Rahmenbedingungen, wie eine passende Eingruppierung in eine Entgeltstufe der APN und die organisatorische Einbindung (Hierarchie vs. Fachverantwortung), erst im Projektverlauf geklärt werden konnten. Seitens der Projektbeteiligten bestanden unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich erweiterter pflegerischer Tätigkeiten. Die Pflegenden, die vor der APN im Setting tätig waren, fühlten sich in den Veränderungsprozess nicht gut eingebunden und äußerten Vorbehalte gegenüber dem Einsatz einer Pflegefachperson mit erweiterten und spezialisierten Aufgaben, was teilweise in fehlender Akzeptanz mündete. Pflegende, die nach der APN im Brustzentrum eingestellt wurden, akzeptierten die neue pflegerische Rolle und interessierten sich für das neue Aufgabenspektrum. Herausfordernd war die Einbindung in ärztliche und pflegerische Versorgungsprozesse, was teilweise zusätzliche Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse zwischen den Berufsgruppen zur Folge hatte. Der APN ist es gut gelungen, ihr erweitertes Tätigkeitsfeld im Brustzentrum in der Betreuung von Patient*innen mit oralen Tumortherapien (OTT) zu konzipieren und ihre Aufgaben umzusetzen. So konnte eine pflegegeleitete Sprechstunde erfolgreich etabliert werden. Sie wirkte bei internen und externen Fortbildungsmaßnahmen mit und erstellte evidenzbasiertes Informationsmaterial für Betroffene. Der Anspruch, die Wirksamkeit ihres eigenen Handelns kritisch zu reflektieren, konnte beispielsweise im Rahmen eines Workshops für externes Gesundheitsfachpersonal mit begleitender Evaluation umgesetzt werden. Hier konnte gezeigt werden, dass sich die Handlungssicherheit der befragten Kolleg*innen durch diese Bildungsmaßnahme verbesserte (Travi et al. 2021, S. 53). Die abschließende Datenerhebung zur Wirksamkeit der Einbindung einer APN ergab, dass die befragten Patient*innen anfangs skeptisch gegenüber einer ausgeweiteten Betreuung durch eine Pflegefachperson waren, was sich im Verlauf hin zu Akzeptanz und Wertschätzung veränderte. In der Gruppe t0 ohne APN-Intervention beteiligten sich 67 Patient*innen an der Befragung mittels EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 und dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Aus der Gruppe t1 mit APN-Intervention (mindestens zwei Beratungstermine) beteiligten sich 17 Patient*innen. Die Informiertheit zur Behandlung (t0 = 67,02; t1 = 74,18), zu weiterführenden Versorgungsangeboten (t0 = 45,38; t1 = 65,69), zu Möglichkeiten des Selbstmanagements (t0 = 59,70; t1 = 82,35) und die Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen generell (t0 = 73,85; t1 = 90,19) wurden in der APN-Gruppe deutlich besser bewertet, jedoch lag auch hier kein signifikanter Unterschied vor. Die Frage nach der Zufriedenheit mit Informationen zu medizinischen Tests hingegen wurde bei der Gruppe der Patient*innen ohne APN-Betreuung signifikant besser bewertet (t0 = 87,18; t1 = 75,16). Der Fragebogen zur Zufriedenheitsermittlung hinsichtlich der Versorgung in der Onkologischen Tagesklinik wurde zu t0 (ohne APN) und t1 (mit APN) deskriptiv ausgewertet. Das Item „In dieser Onkologischen Tagesklinik wird der Patient als Mensch und nicht als Nummer behandelt“ erhält die höchsten Zustimmungswerte (t0 = 96,9 %; t1 = 94,1 %) in dieser Kategorie zu beiden Erhebungszeitpunkten. Die größten Unterschiede im Vergleich der beiden untersuchten Stichproben stellte sich bei den Items „Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung“ (Zustimmung t0 = 17,9 %; t1 = 58,8t %), „Einbeziehung in die Behandlung“ (Zustimmung t0 = 53,7 %; t1 = 70,6 %) und „Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung“ (Zustimmung t0 = 31,3 %; t1 = 58,8 %) dar.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigten, dass das Implementierungsziel, durch eine spezialisierte pflegerische Prozessbegleitung für Patient*innen mit OTT deren Informiertheit sowie deren Zufriedenheit im Brustzentrum zu steigern, erreicht wurde. Betroffene und ihre Angehörigen profitierten von der neu etablierten Begleitung durch eine APN und bewerteten die Zufriedenheit mit Versorgungsprozessen, mit dem Nebenwirkungsmanagement und mit der psychosozialen Betreuung positiver als die Patientengruppe ohne spezialisiertes pflegerisches Angebot. Patient*innen fühlten sich sicher im Umgang mit oralen Therapien und schätzten das Angebot der pflegegeleiteten Sprechstunde. Optimierungsmöglichkeiten der APN-Rolle zeigten sich in der Wahrnehmung klinischer Tätigkeiten, im Bereich Forschung und in der Ausgestaltung berufsgruppenübergreifender Prozesse in der Onkologischen Tagesklinik. Die Ergebnisse der einzelnen Implementierungsphasen machten deutlich, dass eine erfolgreiche Neugestaltung erweiterter Pflegetätigkeiten nur gelingen kann, wenn von Beginn an das gesamte therapeutische Team eingebunden ist. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung bildet eine klare Unterstützung der verantwortlichen Leitungspersonen durch Bereitstellung benötigter Ressourcen sowie durch ein Commitment zu den damit verbundenen Veränderungsprozessen (Bryant-Lukosius et al. 2016b, S. 7). Die Ergebnisse zeigten weiterhin, dass gerade bei fehlenden Rollenvorbildern eine zusätzliche Begleitung der APN im Sinne eines Mentorings einen wichtigen Erfolgsfaktor darstellte. Limitierend ist anzumerken, dass der Fokus der projektbegleitenden Evaluation auf dem Prozess der Rollenimplementierung lag. Zum Erhebungszeitpunkt t1 standen lediglich die bis dahin in der Tagesklinik mit oralen Therapien behandelten Patient*innen zur Verfügung und damit eine kleine Stichprobe. Ein randomisiertes Prä-Post-Design kam aus diesem Grund nicht zum Einsatz.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der durch den Wissenschaftsrat empfohlenen Akademisierungsrate von 20 % in der pflegerischen Versorgung (Wissenschaftsrat 2012, S. 8), der aktuellen berufspolitischen Entwicklungen und der Umsetzung von Modellvorhaben zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen bieten sich Perspektiven, pflegerische Aufgaben neu zu konzipieren und in Versorgungsprozesse zu integrieren. Erweiterte Pflegerollen können einen Beitrag zu organisationalen Entwicklungen, wie Prozessverbesserungen und zur Verbesserung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten leisten. Voraussetzungen dafür sind gesetzliche Regelungen, die Schaffung von spezifischen Qualifizierungsmöglichkeiten und die berufsgruppenübergreifende Akzeptanz neuer Rollen- und Aufgabenfelder durch Kolleginnen und Kollegen in der gesamten Organisationsstruktur.

Abstract (English)

Background and Objectives

The increasing use of oral tumor therapies is leading to changing care needs among patients and to changes in the field of activity of nursing specialists (Travi et al. 2021, p. 50). For this reason, a new nursing role with an expanded range of activities (Advanced Practice Nurse, APN) was designed, implemented, and supported by an interprofessional project team between 2017 and 2019 at the Breast Center at the LMU University Hospital in Munich. The implementation of the new role was based on the participatory, evidence-based, and patient-oriented process for the development, implementation, and evaluation of expanded nursing roles (PEPPA framework) (Bryant-Lukosius and Dicenso 2004, p. 532). The overarching project goal was defined as the successful establishment of an APN for process support in patients with oral therapies and their relatives in the LMU Breast Center in Munich. In terms of patient-related outcomes, this study aimed to show that the patient group cared for by the APN has positive effects in terms of disease and therapy-related information and satisfaction with the care process.

Method

An evaluation study in a mixed methods design was chosen as the study design accompanying the project, which examined the sub-goals of the individual project phases (current analysis, concept phase, implementation phase, impact phase). Before, during and after implementation, the accompanying evaluation study focused on care needs and implementation of the role concept in the established processes at the breast center, and on assessment of the nursing and medical colleagues regarding integration and implementation of the new role. For this purpose, nursing specialists and medical staff were surveyed using guided interviews (Helfferich 2014, p. 559). To evaluate the implementation concept created by the project group, a qualitative content analysis was carried out with the aim of aligning the planned interventions with the previously defined needs and describing the new nursing role in such a way that implementation in the breast center's oncology day clinic is possible (Kuckartz 2016, p. 97). To be able to make statements about achieving the overarching project goals, the patients were questioned about the implementation process. At the same time, data on health-related quality of life, information, and satisfaction with the new form of nursing care were collected. Qualitative (guided interviews) and standardized instruments (satisfaction questionnaire, EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-INFO25) were combined in the spirit of triangulation. The data analysis was carried out using content structuring content analysis according to Kuckartz (2016, p. 97) or descriptive statistics (Döring und Bortz 2016, p. 627).

Results

Data collection took place during the project between the third quarter of 2016 and the second quarter of 2019. A total of 29 interviews (nine with nursing staff, five with medical staff, 15 with patients) were conducted throughout the implementation process. Analysis of the initial situation demonstrated the need for an APN in the breast center for patients with oral therapies, as this group has less contact with healthcare professionals than patients with i.v. tumor therapies and the expected range of side effects requires a substantially higher level of health literacy on part of those affected (Bundesministerium für Gesundheit 2023, p. 1). It became clear that the nurses and medical staff surveyed had no prior experience with the possible uses and fields of action of extended nursing roles. Role models were missing. Concept evaluation showed that although implementation goals were defined in the concept, a definition of outcome criteria to check the effectiveness of the implementation process was missing. During the implementation phase, it became apparent that framework conditions, such as an appropriate

classification regarding pay level for the APN and organizational integration (hierarchy vs. specialist responsibility), could only be clarified during the project. Project participants had different expectations regarding expanded nursing activities. Nurses who had worked in the setting before the APN did not feel well integrated into the change process and expressed reservations about the use of a nurse with expanded and specialized tasks, which in some cases resulted in a lack of acceptance. Nurses who were hired to the breast center after the APN accepted the new nursing role and were interested in the new range of tasks. The integration into medical and nursing care processes was challenging, which in some cases resulted in additional coordination and communication processes between the professional groups. The APN was successful in designing her expanded field of activity in the breast center regarding the care of patients with oral tumor therapies (OTT) and in implementing her tasks. A nursing-led consultation clinic was thus successfully established. She participated in internal and external training measures and created evidence-based information material for those affected. The requirement to critically reflect on the effectiveness of their own actions was implemented, for example, in a workshop for external healthcare professionals with an accompanying evaluation. Here, it was shown that the confidence of the colleagues surveyed improved as a result of this training measure (Travi et al. 2021, p. 53). The final data collection on the effectiveness of the involvement of an APN showed that the patients surveyed were initially sceptical about expanded care by a nursing professional, which changed over time towards acceptance and appreciation. In group t0 without APN intervention, 67 patients took part in the survey using the EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 and the patient satisfaction questionnaire. From group t1 with APN intervention (at least two consultation appointments), 17 patients took part. The level of information about treatment (t0 = 67.02; t1 = 74.18), about further care options (t0 = 45.38; t1 = 65.69), about self-management options (t0 = 59.70; t1 = 82.35) and satisfaction with information received in general (t0 = 73.85; t1 = 90.19) were rated significantly better in the APN group, but there was no significant difference here either. The question about satisfaction with information about medical tests, on the other hand, was rated significantly better in the group of patients without APN care (t0 = 87.18; t1 = 75.16). The questionnaire to determine satisfaction with care in the oncology day clinic was descriptively evaluated at t0 (without APN) and t1 (with APN). The item "In this oncology day clinic, the patient is treated as a person and not as a number" received the highest approval ratings (t0 = 96.9%; t1 = 94.1%) in this category at both survey times. The greatest differences in the comparison of the two samples examined were in the items "satisfaction with the psychosocial care" (agreement t0 = 17.9%; t1 = 58.8%), "involvement in the treatment" (agreement t0 = 53.7%; t1 = 70.6%) and "involvement of relatives in the treatment" (agreement t0 = 31.3%; t1 = 58.8%).

Discussion

The results showed that the implementation goal of increasing the level of information and satisfaction of patients with OTT in the breast center through specialized nursing process support was achieved. Those affected and their relatives benefited from the newly established support by an APN and rated their satisfaction with care processes, side effect management and psychosocial care more positively than the patient group without specialized nursing services. Patients felt confident in dealing with oral therapies and appreciated the offer of nursing-led consultation clinics. Opportunities for optimizing the APN role were evident in the perception of clinical activities, in the area of research and in the design of cross-professional processes in the oncology day clinic. The results of the individual implementation phases made it clear that a successful redesign of extended nursing activities can only succeed if the entire therapeutic team is involved from the start. The basic prerequisite for a successful implementation is clear support from the responsible management by providing the necessary resources and by a commitment to the associated change processes (Bryant-Lukosius et al. 2016b, p. 7). The results also showed that,

especially in the absence of role models, additional support for the APN in the form of mentoring was an important success factor. One limitation is that the focus of the project-accompanying evaluation was on the process of role implementation. At the time of survey t1, only those patients who had previously been treated with oral therapies in the day clinic were available, which was a small sample. For this reason, a randomized pre-post design was not used.

Against the background of the academic rate of 20% in nursing care recommended by the Science Council (Wissenschaftsrat 2012, p. 8), the current professional policy developments and the implementation of model projects for exercise of medical activities by nursing professionals, there are prospects for redesigning nursing tasks and integrating them into care processes. Expanded nursing roles can contribute to organizational developments such as process improvements and improving patient satisfaction. Prerequisites for this are legal regulations, creation of specific qualification opportunities, and acceptance of new roles and tasks by colleagues across professional groups throughout the entire organizational structure.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PEPPA-Framework.....	20
Abbildung 2: PRISMA-Flowchart zur Literatursuche	26
Abbildung 3: PRISMA Flow Chart.....	28
Abbildung 4: Ablauf inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse	45
Abbildung 5: Ergebnisdiagramm Kundenbetreuung	101
Abbildung 6: Ergebnisdiagramm Image	102
Abbildung 7: Ergebnisdiagramm Tipps und Ratschläge	103
Abbildung 8: Ergebnisdiagramm Zufriedenheit Item 1 bis 4	104
Abbildung 9: Ergebnisdiagramm Zufriedenheit Items 5 bis 8	104
Abbildung 10: Ergebnisdiagramm Zufriedenheit Items 9 bis 12	105
Abbildung 11: Acht-Stufen-Modell zum Change Management	114
Abbildung 12: Framework zu Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe und Ergebnisse in Medline	25
Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien	29
Tabelle 3: Einteilung der Studien nach OMAHA-Klassifikation	33
Tabelle 4: Projektphasen und Inhalte des PEPPA-Frameworks	35
Tabelle 5: Zeitlicher Verlauf des APN-Projektes und der Evaluation	36
Tabelle 6: Effektmessung im Projektverlauf	38
Tabelle 7: Instrumente und befragte Personen in den Evaluationsphasen	40
Tabelle 8: EORTC QLQ-C30 (Version 3) mit Subskalen.....	43
Tabelle 9: EORTC QLQ-INFO 25 (Version 1) mit Subskalen.....	43
Tabelle 10: Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit	44
Tabelle 11: Übersicht der Interviews zur Evaluation der Ausgangslage	50
Tabelle 12: Ergebnisse der Konzeptevaluation	60
Tabelle 13: Übersicht der Interviews während der Implementierungsphase.....	69
Tabelle 14: Übersicht der Interviews während der Wirkungsphase	78
Tabelle 15: Übersicht der Interviews mit den Patient*innen während der Wirkungsphase	93
Tabelle 16: Ergebnistabelle Soziodemografische Beschreibung der Patientinnen in t0 und t1	99
Tabelle 17: Ergebnistabelle Kundenbetreuung.....	100
Tabelle 18: Ergebnistabelle Image	101
Tabelle 19: Ergebnistabelle Tipps und Ratschläge	102
Tabelle 20: Ergebnistabelle Zufriedenheit	103
Tabelle 21: Ergebnistabelle EORTC QLQ-C30	106
Tabelle 22: Ergebnistabelle EORTC QLQ-INFO25	106

Abkürzungsverzeichnis

ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
BCN	Breast Care Nurse
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System und Symptom Scales
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
FACIT-Pal	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care
i.v. Therapien	intravenöse Therapien
KPF-BK	Kölner Patientenfragebogen für Brustkrebs
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
OTT	Orale Tumortherapie
PACOCT	Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie
PEPPA	Participatory Evidence-based Patient-focussed Process
PICO	Population; Intervention; Comparison; Outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
QOL	Quality of life
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
SERD	Selektive Östrogenrezeptor-Downregulatoren
SEREM	Selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren
vs.	versus

1 Relevanz und Problemstellung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen mit rund 69.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Trotz einer steigenden Anzahl von neu gestellten Diagnosen sinkt die Zahl der Sterbefälle. Bei Männern ist Brustkrebs zwar selten (etwa 1 % der jährlichen Neuerkrankungen betrifft Männer), die Tendenz ist jedoch auch hier steigend. Durch immer wirksamere Therapien haben Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs eine deutlich verlängerte Überlebenszeit (Allemani et al. 2018, S. 1023ff.; Robert Koch-Institut 2019, S. 78).

Die Therapieformen, die bei der Behandlung von Brustkrebs zum Einsatz kommen, haben sich in den letzten Jahren geändert. Zunehmend werden statt der üblichen intravenös verabreichten Medikamente orale Tumortherapien (OTT) verordnet. Zu den Wirkstoffen der OTT gehören verschiedene Medikamentengruppen wie Chemotherapeutika, antihormonelle Therapien und zielgerichtete Therapien (Target-Therapien) (Jenny und Schär 2016, S. 7). Bei Patient*innen mit Mammakarzinom stehen beispielsweise Aromatasehemmer (AI), selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren (SERM), selektive Östrogenrezeptor-Downregulatoren (SERD), orale Zytostatika, CDK4/6-Inhibitoren, mTOR-Inhibitoren, PI3K-Inhibitoren und PARP-Inhibitoren zur Verfügung (Travi et al. 2021, S. 50; Müller et al. 2022b, S. 590; Ortmann et al. 2023). Vor allem Patientinnen und Patienten in fortgeschrittenen Tumorstadien bevorzugen orale Therapien, wenn die Therapiewirkung dadurch nicht eingeschränkt ist (Ciruelos et al. 2019, e13164). Der wachsende Anteil oraler Tumortherapien, vor allem der Target-Therapien, ist mit neuen Herausforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung sowie die Begleitung und Beratung der Betroffenen verbunden. Zentrales Thema zur Sicherstellung des Therapieerfolges ist die Therapietreue (Adhärenz) seitens der Patientinnen und Patienten. Im Vergleich zu intravenös verabreichten Therapien (i. v. Therapien) bieten orale Applikationen mehr Flexibilität und Eigenständigkeit. Gleichzeitig fordern sie von den Betroffenen ein höheres Maß an Eigenverantwortung hinsichtlich der Einnahmedisziplin und dem Erkennen von Komplikationen und Nebenwirkungen. Eine in den USA über fünf Jahre durchgeführte Studie zeigte, dass 51 % von 8.769 Brustkrebspatient*innen ihre oralen Medikamente nicht korrekt eingenommen hatten oder die Therapie frühzeitig abbrachen. Vor allem unter jüngeren Betroffenen konnte eine Häufung von Therapieabbrüchen oder Therapieunterbrechungen festgestellt werden (Hershman et al. 2011, S. 553).

Neben der Adhärenz kommt bei Therapien mit OTT dem Nebenwirkungsmanagement eine entscheidende Rolle in der Sicherung des Therapieerfolgs zu. Das zu erwartende Nebenwirkungsspektrum umfasst vor allem gastrointestinale, kutane sowie kardiovaskuläre Symptome. Ergänzende Informationen zur korrekten Einnahme sind essenziell. So hängt die Resorption oraler Antitumormedikamente beispielsweise vom zeitlichen Abstand zwischen der Einnahme einer Mahlzeit und der Einnahme des Präparats ab. Damit ergeben sich für die mit oralen Therapien behandelten Betroffenen neue Fragestellungen und Herausforderungen bei gleichzeitig selteneren Arzt-Patienten-Kontakten (Schlichtig et al. 2019, S. 779).

Hier setzt die Überlegung an, dass eine spezialisierte Pflegefachperson durch Kontinuität in der Versorgung, durch Erzeugen von Vertrauen und durch die Bereitstellung von Informationen einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Therapietreue von Patienten und Patientinnen mit OTT leisten kann. Die ambulante Versorgung von Brustkrebspatientinnen und -patienten ist multiprofessionell angelegt. Pflegende mit verschiedenen fachlichen Kompetenzen, Berufserfahrungen und Qualifikationen sind daran beteiligt und nehmen damit eine zentrale Rolle im therapeutischen Team ein. In der Literatur finden sich unterschiedliche Bezeichnungen, Tätigkeitsgebiete und Rollenmodelle für spezialisierte Pflegende (Eicher et al. 2006, S. 3117). Welche Qualifikationen und Kompetenzen Pflegefachpersonen benötigen, hängt von ihren Tätigkeiten und dem Grad des eigenständigen Arbeitens im jeweiligen Setting ab.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt, die sich speziell an Pflegende in der Versorgung von Brustkrebspatient*innen richten. Weiterhin haben sich vielfältige Studiengänge zur akademischen Qualifizierung von Pflegenden etabliert, die das hochschulisch erworbene Wissen in der direkten Patientenversorgung im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis einbringen können. Gesundheitsbetriebe haben seitdem die Chance, diese Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Qualifikation einzubinden. Neben berufspolitischen Entwicklungen sind es Faktoren des Arbeitsmarktes, wie ärztlicher und pflegerischer Personalmangel, Überlegungen zu Skill- und Grade-Mix und akademische Qualifizierungsangebote, die sich förderlich auf die Entwicklung von erweiterten Pflegerollen auswirken. Ökonomische Bedingungen und gesundheitspolitische Weichenstellungen, z. B. durch Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten, unterstützen ebenfalls die Entwicklung von erweiterten pflegerischen Handlungsfeldern (Geest et al. 2008, S. 621).

Ein wichtiges Argument bei der Entscheidung für die Implementierung einer Advanced Practice Nurse (APN) am LMU Klinikum stellt die im Handlungsfeld 4 des Nationalen Krebsplans verankerte Zielsetzung zur Stärkung der Patientenorientierung dar. Darin heißt es: „Ein wichtiges Ziel besteht darin, allen Betroffenen einen niederschweligen Zugang zu zielgruppengerechten und qualitätsgesicherten Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten zu ermöglichen.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2017, S. 45).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde am LMU Klinikum die Implementierung einer APN-Rolle in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs und oraler Therapie im Rahmen eines Pilotprojektes geplant. Übergeordnetes Ziel ist dabei die erfolgreiche Implementierung dieser erweiterten Pflegerolle zur Prozessbegleitung von Patient*innen und deren Angehörigen. Es soll gezeigt werden, dass positive Effekte hinsichtlich Informiertheit der Patient*innen im Umgang mit oraler Therapie erreicht werden können und die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Versorgungsprozess im Brustzentrum steigt. Dieses Projekt wird durch eine begleitende Evaluation unterstützt, welche den Inhalt dieses Forschungsprojektes darstellt.

Im gesamten Text wird eine geschlechtsneutrale Darstellung verwendet; entweder durch die Verwendung des Gender* (Asterisk), eine geschlechtsneutrale Bezeichnung oder durch die Verwendung der weiblichen und männlichen Form, was diverse Personen ausdrücklich einschließt. Bei zusammengesetzten Substantiven wurde zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit auf die Genderform verzichtet.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 APN als erweiterte Pflegerolle in der Versorgung von Betroffenen mit Brustkrebs und oraler Tumorthherapie

Die Entwicklung neuer Therapien bei Brustkrebs führt zu langdauernden, chronischen Krankheitsverläufen. Damit verbunden sind für die Betroffenen der Umgang mit den Krankheitssymptomen, die Entwicklung von Strategien zur Alltagsbewältigung, eine Integration der Krankheit in die eigene Biografie (Corbin und Strauss 2010, S. 60) bis hin zur Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018, S. 18). Entsprechend des Chronic-Care-Modells spielen das Gesundheitswesen und die Gesellschaft eine wichtige Rolle für die Möglichkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen (Gensichen et al. 2006, S. 368).

Um eine Begleitung in diesem Prozess sicherzustellen, bietet sich der Einsatz von Pflegeexpert*innen mit hoher onkologischer Fachkompetenz im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis an (Olwitz 2018, S. 12). Diese Qualifikation kann seit den 1990er Jahren in Deutschland im Rahmen von Pflege-Studiengängen erreicht werden, die sich inhaltlich auf eine evidenzbasierte, direkte patientenbezogene Pflege fokussieren. Erfolgt das Master-Studium mit dem Schwerpunkt der erweiterten klinischen Pflege, wird vielfach die Bezeichnung ANP (Advanced Nursing Practice) gewählt. Die Absolventen und Absolventinnen dieser Master-Studiengänge tragen im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit die Bezeichnung APN (Advanced Practice Nurse). Kennzeichnend im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis sind dabei:

- Spezialisierung auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten eines bestimmten Krankheitsbildes oder einer bestimmten Therapieform,
- Erweiterung des bisherigen Handlungsfeldes von Pflegenden durch die Übernahme von Aufgaben, die bislang keine originären pflegerischen Tätigkeiten waren,
- Fortschritt in Form von Weiterentwicklung des pflegerischen Handelns durch Anwendung wissenschaftlicher Methoden bei der Auswahl und Evaluation pflegerischer Interventionen (Spirig und Geest 2004, S. 234).

Neben einem Master-Abschluss sind es spezielle Kompetenzen, die eine erweiterte Pflegepraxis auszeichnen. Hamric et al. (2014a) beschrieben die Unterschiede zwischen pflegerischer Ausbildung und erweiterter Pflegepraxis anhand des klinischen Wissens in Breite und Tiefe. Entscheidend ist dabei die Fähigkeit einer APN, patientenbezogene Reaktionen bezüglich Gesundheit, Krankheit und pflegerischer Interventionen besser zu antizipieren, zu analysieren und zu reflektieren, sowie beeinflussende Faktoren besser zu erkennen. Dieses Kompetenz-Level kann nur durch die Kombination von akademischer Qualifikation und klinischer Erfahrung erreicht werden (Hamric 2014a, S. 72). Als zentrale und entscheidende Kernkompetenz einer APN sieht Hamric (2014a, S. 75) die direkte klinische Pflegepraxis an. Ergänzend werden sechs weitere Kompetenzen definiert, welche in Ausprägung und Wichtigkeit je nach Einsatzgebiet variieren können. Der Verband der Breast Care Nurses in der Schweiz adaptierte diese Kernkompetenzen für eine APN in der Betreuung von Betroffenen mit Brustkrebs und beschreibt als zentrale Elemente:

- pflegerische Expertise in komplexen klinischen Situationen,
- Betreuung von Patient*innen und deren Angehörigen,
- Umsetzung von evidenzbasierten Erkenntnissen,
- (Beteiligung an) Pflegeforschung zu klinisch relevanten Fragestellungen,
- Mitarbeit bei der Entwicklung von Standards und Schulungen von Kolleginnen und Kollegen,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- interprofessionelle Zusammenarbeit,
- Maßnahmen zur ethischen Entscheidungsfindung (Eicher 2014, S. 4).

In Abgrenzung zur APN sind Pflegerollen zu sehen, die in den letzten Jahren in der Versorgung von onkologischen Patienten und Patientinnen sowie speziell in der Versorgung von Betroffenen mit Brustkrebs entwickelt wurden, wie Onkologische Fachpflegeperson, Breast Care Nurse und Onko-Coach. In Deutschland werden verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen für Breast Care Nurses angeboten. Diese richten sich an Pflegefachpersonen und, je nach Zugangsvoraussetzung, an Medizinische Fachangestellte. Diese Qualifizierungen umfassen je nach Anbieter 264 bis 374 Bildungseinheiten mit Selbststudium- und Praxisteil. Ein einheitliches Curriculum wird jedoch angestrebt (Kolbeck 2019). In den Guidelines der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) wird im internationalen Kontext für Breast Care Nurses ein Bachelor-Abschluss vorausgesetzt (Cataliotti 2007, S. 665). Wesentlich komprimierter und fokussiert auf Wissen über subkutane, orale und multimodale Therapien sowie über psychoonkologische Aspekte ist die Qualifizierung zum Onko-Coach ausgerichtet, welche 102 Bildungseinheiten umfasst. Diese richtet sich an Pflegefachpersonen und Medizinische Fachangestellte gleichermaßen und wurde mit dem Ziel etabliert, Ärzte und Ärztinnen in der onkologischen Praxis zu entlasten (Welslau 2017, o.S.). Auf Grund der geringen Stundenzahl der Qualifizierungsmaßnahme kann hier nicht von einer erweiterten Pflegerolle gesprochen werden. Allerdings können durch den Einsatz von Onko-Coaches zur Umsetzung von gezielten Edukations- und Begleitungsprogrammen bei Patient*innen mit oralen Therapien positive Effekte, wie ein besserer Umgang mit Nebenwirkungen, erzielt werden (Riese et al. 2017, S. 3471). Die Fachweiterbildung „Pflege in der Onkologie“ nach dem Curriculum der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom Juni 2019 umfasst insgesamt 720 theoretische und mindestens 1800 praktische Stunden (DKG 2019). Vertiefungen können in den Bereichen Palliative Care und Breast Care Nurse an vielen Weiterbildungsstätten zusätzlich erworben werden. Analog der Onkologischen Fachpflegekräfte nach DKG werden im Sinne der Zertifizierungsverfahren für Brustzentren der Deutschen Krebsgesellschaft auch APNs mit einem Master-Abschluss Pflege und zwei Jahren Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs anerkannt (DKG und DGS 2022, S. 19). Anders als in Deutschland sind in Großbritannien die pflegerischen Spezialisierungen für die Versorgung von Brustkrebspatient*innen in verschiedene Kompetenz-Ebenen gegliedert:

- „Registered practitioner“ Pflegefachperson ohne Zusatzqualifikation,
- „Senior practitioner“ Pflegefachperson mit fachspezifischer Zusatzqualifikation,
- „Advanced practitioner“ Pflegefachperson mit Master-Abschluss,
- „Consultant practitioner“ Pflegefachperson auf Master- oder Doktor-Niveau mit Berufserfahrung und/oder Zusatzqualifikation (Afseth et al. 2019, S. 9).

Diese Strukturierung von Fertigkeiten und Kompetenz-Ebenen ermöglicht eine transparente und einheitliche Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten. In Deutschland existiert diese Ausdifferenzierung der Tätigkeiten und Kompetenzlevel noch nicht. Begriffe wie Beratung oder Screening finden sich in den Aufgaben von Onko-Coaches und APNs gleichermaßen, ohne die unterschiedlichen Qualifikationsstufen zu berücksichtigen. Eicher (2014) sah ausdifferenzierte Kompetenzlevel in der Pflege als richtungsweisend für den europäischen und deutschsprachigen Raum an (Eicher 2014, S. 3).

2.2 Implementierung einer APN-Rolle

Die Implementierung einer APN am LMU Klinikum erfolgt als Pilotprojekt im Rahmen einer pflegegeleiteten Sprechstunde zur Versorgung von Brustkrebspatientinnen und -patienten mit OTT. Somit wird die Evaluation dieses Projektes aus der Perspektive der Implementierungsforschung heraus betrachtet. Komplexe Interventionen, beispielsweise pflegerische Interventionen, bestehen aus Einzelkomponenten, die sich wechselseitig bedingen und unterschiedlich mit Implementierungskontexten interagieren (Mühlhauser et al. 2011, S. 751). Eine Intervention, wie die geplante APN-Sprechstunde, wird also in die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen des Brustzentrums eingebunden. Praxisentwicklung und damit auch die Entwicklung und Implementierung einer neuen pflegerischen Rolle

in der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten wird von Frei und McCormack (2009) bezeichnet als „(...) ein kontinuierlicher Prozess, der auf Effektivitätssteigerung in der patientenzentrierten Versorgung abzielt“ (Frei und McCormack 2009, S. 39). Erst nach erfolgreicher Implementierung können weiterführende Effekte hinsichtlich Versorgungsqualität und Kosten überprüft werden. Maßgeblichen Einfluss auf eine positive Implementierung einer APN-Rolle haben laut Sangster-Gormley et al. (2011):

- Die Einbeziehung (Involvement) und die aktive Einbindung der relevanten Stakeholder von Beginn an. Entscheidend ist hier
 - o die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses von Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten und involvierter Stakeholder zur Funktion einer APN durch eine gemeinsame Vision für dieses Projekt.
- Die Akzeptanz (Acceptance) der neuen APN-Rolle und die Bereitschaft der Kolleginnen und Kollegen, mit der APN zu arbeiten. Konkret betrifft das
 - o die Zusammenarbeit zwischen APN und Kolleg*innen anderer Berufsgruppen,
 - o eine Bewertung der bisherigen Erfahrung und Expertise der APN und
 - o ein Bewusstsein und eine Wertschätzung durch andere Teammitglieder.
- Die Intention (Intention) und die Definition der neuen Rolle an sich inklusive Zielsetzung und Erwartungen. Wichtig ist dabei eine Klarheit darüber,
 - o wie die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern abläuft und
 - o wie die APN die Arbeit des therapeutischen Teams unterstützt, beispielsweise durch die Erstellung von Standards (Sangster-Gormley et al. 2011, S. 1184).

Hemmende Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung von Innovationen im Gesundheitswesen sind nach Fleuren et al. (2004):

- Faktoren des sozio-politischen Kontextes, wie
 - o fehlende Wahrnehmung der Vorteile durch die involvierten Kolleg*innen oder
 - o die fehlende Möglichkeit, Innovation in bestehende Strukturen und Prozesse zu integrieren,
- organisationale Faktoren, wie
 - o komplexe Entscheidungsmechanismen,
- der Innovationsgegenstand selbst,
 - o beispielsweise durch unklare Abläufe,
- Faktoren der involvierten und handelnden Personen, wie
 - o fehlende Unterstützung durch das Management,
- Rahmenbedingungen, wie
 - o fehlende notwendige Ressourcen (Fleuren et al. 2004, S. 110–111).

Die Effektivität einer APN wird vornehmlich dadurch beeinflusst, wie gut der Implementierungsprozess in der Praxis umgesetzt werden kann. Um eine erfolgreiche und nachhaltig ausgerichtete Verankerung zu gewährleisten, steht als Strategie das PEPPA-Framework (PEPPA= participatory, evidence-based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing) von Bryant-Lukosius und Dicenso (2004), welches in Abbildung 1 dargestellt ist, zur Verfügung. Die Basis dieses Modells bildet im ersten Schritt eine Darstellung der Patientengruppe, für die eine APN-Intervention geplant ist und die Beschreibung ihrer bisherigen Versorgung. Im Rahmen der Projektplanung (Schritt 2 und 3) erfolgt die Identifikation wichtiger Anspruchsgruppen (Stakeholder) und Projektteilnehmer*innen, sowie die Notwendigkeit, den Wunsch einer veränderten Versorgung bei den Beteiligten zu erzeugen. Diese angestrebte Veränderung wird im Schritt 4 konkretisiert, indem Problemstellungen und Ziele herausgearbeitet werden. Daraus ergibt sich im Schritt 5 die Beschreibung eines neuen APN-Rollenmodells und dessen Ziele, worüber bei den Stakeholdern ein Konsens erzeugt werden muss, um eine erfolgreiche Implementierung ermöglichen zu können. Entscheidend ist im Schritt 6 eine passende Implementierungsstrategie, die Definition von Outcomes und die Planung einer Evaluation. Im Schritt 7 ist die Umsetzung beschrieben, welche die Erstellung von Richtlinien und

Protokollen sowie die Bereitstellung der benötigten Ressourcen und Schulungen vorsieht. Die Umsetzung einer Evaluation (Schritt 8) und eines Langzeitmonitorings (Schritt 9) bildet den Abschluss des Implementierungsprozesses im Sinne des PEPPA-Frameworks.

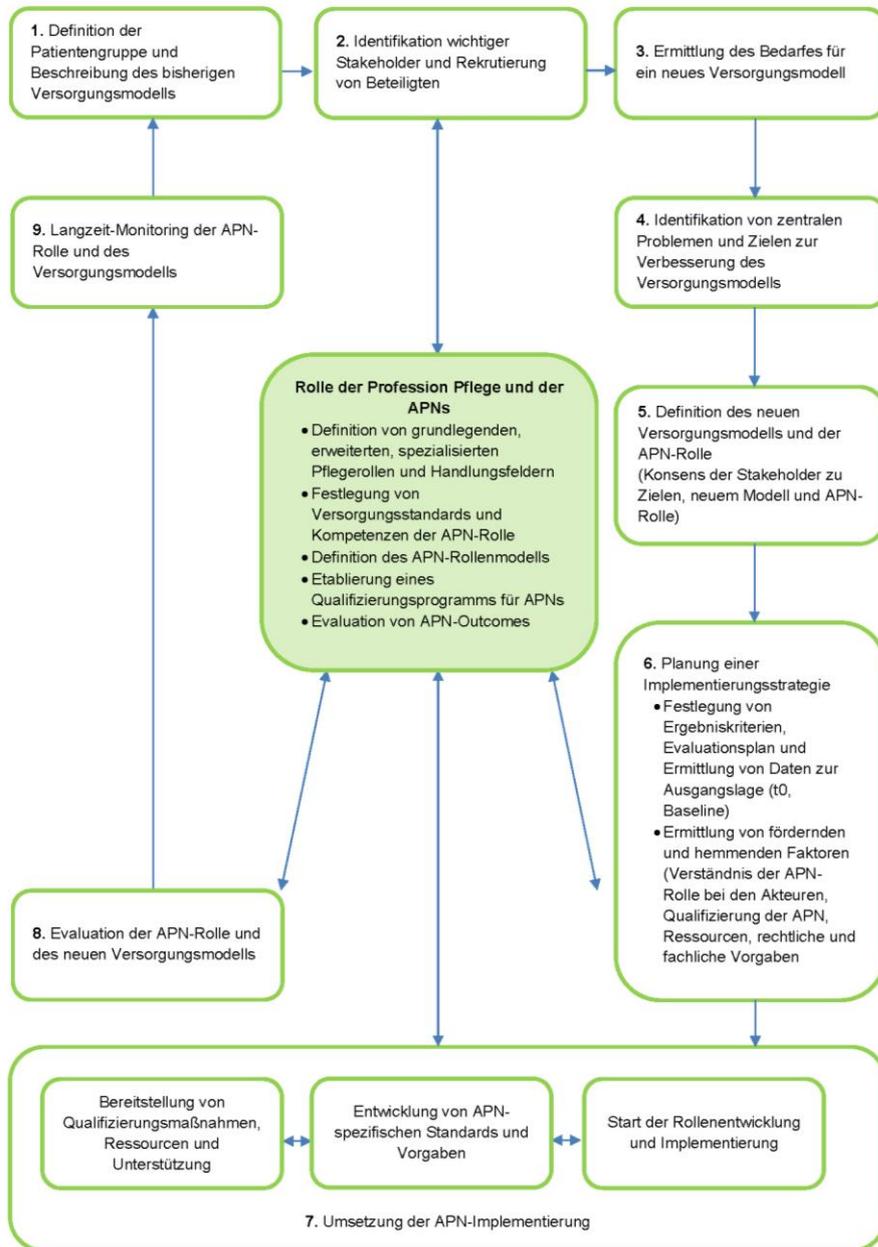


Abbildung 1: PEPPA-Framework (eigene Darstellung, übersetzt und angelehnt an Bryant-Lukosius und Dicenso 2004, S. 532)

2.3 Evaluation einer APN-Rolle - Evaluationsforschung als Forschungsdesign

Generelles Problem bei der Betrachtung von Outcomes ist, dass es sich bei pflegerischen Handlungen um Interventionen mit komplexen Wirkungszusammenhängen handelt (Höhmann und Bartholomeyczik 2013, S. 297). Eine Ursache-Wirkungs-Beziehung ist kaum herstellbar, weil die Abhängigkeiten und Wechselwirkungen der Interventionen, Akteure und Settings nicht eindeutig zuordenbar sind. Um dieser Komplexität Rechnung zu tragen, bietet sich eine Evaluation aus einer Kombination des qualitativen und quantitativen Forschungsparadigmas an. Verschiedene Objekte, Akteure und Rahmenbedingungen sowie die Umsetzungstreue der Intervention selbst können somit betrachtet werden (Robert Koch-Institut und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012, S. 48).

Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) sieht in Evaluationen systematische Untersuchungen mit Ergebnissen, die sich auf empirisch gewonnene Daten beziehen und ihre Kriterien zur Bewertung offenlegen. Evaluationsgegenstände können beispielsweise Projekte und Implementierungsprozesse sein (DeGEval 2016, S. 66). Damit unterscheidet sich die professionelle Art der Evaluation von der im Alltag verwendeten Bedeutung, bei der lediglich eine methodenoffene, unspezifische Überprüfung gemeint ist (Kromrey 2001, S. 106). „Evaluationsforschung beinhaltet die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“ (Rossi et al. 2004, zitiert nach Döring und Bortz 2016, S. 96).

Angelehnt an die Systematik der Ergebnisdimensionen für Implementierungsprozesse nach Proctor (2011, S. 68) liegt das Augenmerk dieser vorliegenden Evaluation einer ambulanten APN-Intervention im Brustzentrum vor allem auf Aspekten

- der Angemessenheit der APN-Intervention mit Auswirkung auf
- die Akzeptanz durch Betroffene und Kolleg*innen der Tagesklinik und
- der Übernahme und Umsetzungstreue mit dem Abgleich der geplanten und der tatsächlich wahrgenommenen APN-Tätigkeiten.

Nachhaltigkeit im Sinne eines Langzeitnutzens der durch die APN durchgeführten Interventionen sowie der organisatorischen und wissenschaftlichen Aufgaben ist durch die hier betrachteten Datenanalysen noch nicht zu beweisen und müsste im Sinne einer Langzeiteffektmessung nach vier bis fünf Jahren überprüft werden (Bryant-Lukosius et al. 2016a, S. 19).

Evaluationen können intern und extern durchgeführt werden. Die Umsetzung des Evaluationsvorgehens durch eine externe Person, wie in diesem Projekt geplant, bietet die Vorteile der unabhängigen Betrachtungsweise. Die evaluierende Person ist nicht in tägliche Arbeitsprozesse des Betrachtungsfeldes involviert und deshalb eher unparteiisch in der Rückmeldung (Stockmann 2004, S. 9). Grundlage dieser vorliegenden Arbeit bildet ein multidimensionaler Forschungszugang (Wagner und Caspari 2015), welcher im untersuchten Sachverhalt folgende drei Ebenen umfasst:

- Multi-informant-approach (unterschiedliche Zielgruppen: ärztliches und pflegerisches Personal, Patient*innen),
- Multi-method-approach (Beobachtung, Interview, Befragung, Dokumentenanalyse) und
- Multi-evaluation-level-approach (formative, summative Evaluation) (Wagner und Caspari 2015, S. 7).

Je nach Phase des Projektes kommen verschiedene Perspektiven zur Anwendung. Die ex-ante-Perspektive findet vor der Anwendung der geplanten Intervention statt, während die on-going-Perspektive die Phase während der Implementierung betrachtet. Eine ex-post-Evaluation ermöglicht eine nachträgliche Bewertung hinsichtlich der Erreichung angestrebter Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele (Stockmann 2004, S. 5 ff). Entsprechend beinhaltet die formative Evaluation die fortlaufende Kontrolle

von Interventionen und deren Wirkung, um anhand der regelmäßigen Rückmeldungen zum Implementierungsprozess Änderungen und Anpassungen unmittelbar vornehmen zu können. In der summativen Evaluation wird das Ziel verfolgt, nach Abschluss der Implementierung zu überprüfen, ob die neu eingeführte APN-geleitete Sprechstunde die vorher beschriebenen Wirkungen erzielen konnte (Stockmann 2004, S. 5).

Höhmann und Bartholomeyczik (2013) empfahlen „(...) jedes Evaluationsvorgehen an der theoretischen Konzeption der Fragestellung auszurichten und beide Methodenansätze (quantitativ und qualitativ) in einem integrierten summativen und formativen Evaluationsdesign aufeinander zu beziehen.“ (Höhmann und Bartholomeyczik 2013, S. 293). Flick (2009, S. 13) begründete die Eignung qualitativer Methoden in der Evaluationsforschung durch das Postulat der Gegenstandsangemessenheit von Methoden, d. h. die Auswahl passender Methoden für den jeweiligen zu betrachtenden Prozess. Letztendlich ergeben sich die Wirkungsnachweise komplexer Interventionen aus der Multiplizität, der Komplexität und der Kontextsensitivität: „Das Verständnis von komplexer Intervention als einzigartig im Interventionskontext sowie als Beeinflussung eines komplexen Systems schließt eine Wirkungsevaluation im Sinne der gängigen Kausalitätstheorien aus.“ (Robert Koch-Institut und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012, S. 39).

2.4 Patientenbezogene Effekte

2.4.1 Patientenzufriedenheit

In der Literatur finden sich verschiedene Ansätze für das Konzept der Patientenzufriedenheit. Generell beschreibt Zufriedenheit eine subjektive Messgröße (Stein et al. 2017, S. 812). Auf der Grundlage der Überlegungen von Donabedian (1992) und seinem Modell der Struktur-Prozess-Ergebnis-Qualität wird in vielen Erhebungen Patientenzufriedenheit als Ergebnisqualität oder Outcome Indicator gesehen (Blum 1998; Bitzer et al. 2000). Eine weitere Möglichkeit, dieses Konzept zu beschreiben, ist die Einteilung in Diskrepanz- und Evaluationsmodell. Mit dem Diskrepanzmodell werden Erwartungen und Ansprüche hinsichtlich ihrer Erfüllung geprüft und zwischen Zufriedenheit (Erwartungen niedriger als wahrgenommene Leistung) und Unzufriedenheit (Erwartung höher als wahrgenommene Leistung) unterschieden. Das multidimensional angelegte Evaluationsmodell beruht auf der Beurteilung verschiedener Dimensionen, wie beispielsweise technische, psychosoziale und organisatorische Versorgungsqualität, Verfügbarkeit sowie Behandlungsqualität (Blum 1998, S. 52 ff.).

2.4.2 Informiertheit

Ein möglichst umfassendes Wissen zur Erkrankung, den Therapieoptionen und den durchgeführten Therapien hilft Patient*innen, den Behandlungsprozess zu verstehen und die Angst vor Nebenwirkungen zu minimieren (EBMT 2011, S. 31). Eine Untersuchung des Picker Instituts zeigte, dass für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten das Verhältnis zu den betreuenden Pflegepersonen und speziell die Themen Kommunikation, Empathie, Respekt und Information wesentliche Faktoren waren. Die Kommunikationsqualität war mit mehr als 60 % der größte Einflussfaktor (Picker Institut 2013, S. 4). Informiertheit hat einen positiven Impact auf die Therapietreue (Adhärenz), welche unabdingbar für einen Therapieerfolg ist und den Grad beschreibt, in dem das Verhalten beispielsweise hinsichtlich Medikamenteneinnahme mit den vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt (Sabaté 2003, S. 3). Gründe für Nicht-Adhärenz können sozio-ökonomisch, therapiebezogen, patientenbezogen, krankheitsbezogen oder auf Faktoren des Gesundheitssystems bezogen sein. Gute Kommunikation mit den Betroffenen und deren Angehörigen, gemeinsam mit vertrauensbildenden Maßnahmen und gemeinsame Zielsetzungen sind wesentliche Faktoren zur Sicherstellung der Adhärenz. Pflegefachpersonen spielen eine

entscheidende Rolle bei der Umsetzung dieser Maßnahmen (Jimmy und Jose 2011, S. 155 f.). Spezialisierte Pflegefachpersonen und Breast Care Nurses können durch eine kontinuierliche Begleitung positive Effekte auf die Informiertheit und die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs haben (Albert et al. 2011, S. 221).

2.4.3 Lebensqualität

Obgleich keine einheitliche Definition für das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorliegt, werden Wechselwirkungen zwischen physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden damit assoziiert (Kluxen 2014, S. 7). Therapiebedingt ausgelöste Schmerzen, emotionale Störungen und ein verändertes Körpergefühl können erheblich sein und in jeder Phase der Therapie zu Einschränkungen führen. Kommunikativer Umgang allgemein und Information und Gespräche, Beteiligung, Empathie, Begleitung und Unterstützung können einen positiven Effekt auf die wahrgenommene Lebensqualität bei Betroffenen mit Brustkrebs haben. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist deshalb während des gesamten Krankheits- und Therapieverlaufs sicherzustellen (Kluxen 2014, S. 7 f.).

2.4.4 Patientenbezogene Effekte von APN-Rollen in der Onkologie

Der Anspruch, Outcomes zu definieren und zu messen, ist ein elementarer Bestandteil der Implementierung einer APN-Rolle (Kleinpell und Kapu 2017, S. 446). Aus angelsächsischen Ländern und Skandinavien liegen Forschungsergebnisse vor, die positive Effekte hinsichtlich des patientenbezogenen Outcomes durch den Einsatz von APNs in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen zeigten. Newhouse et al. (2011) untersuchten in einem Review vier randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und sieben Beobachtungsstudien und definierten daraus vier Ergebnisbereiche für APN-Interventionen:

- Patientenzufriedenheit,
- Aufenthaltsdauer,
- Komplikationen und
- Kosten (Newhouse et al. 2011, S. 17).

Im Rahmen der Entwicklung des erweiterten PEPPA-Frameworks PEPPA-Plus (Bryant-Lukosius et al. 2016b) zur Implementierung von APN-Rollen in der Schweiz wurden fünf Kategorien zur Bestimmung von Outcomes auf verschiedenen Ebenen definiert:

- Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen,
- Versorgungsqualität,
- Gesundheitsanbieter und interessierte Parteien,
- Organisationen,
- Nutzen und Kosten von Gesundheitsleistungen (Bryant-Lukosius et al. 2016a, S. 18).

Studien, die sich mit dem Outcome von APN-Interventionen beschäftigten, existieren bereits, weisen jedoch eine unterschiedliche Güte auf (Kobleder et al. 2017a, S. 85). Generell kann von einer positiven Wirkung durch die APN auf Patientenzufriedenheit ausgegangen werden. In einigen Studien zeigten sich positive Effekte auf die Lebensqualität (Quality of life – QOL). Widersprüchlich sind die Aussagen zur Kostenreduktion durch APN-Rollen in der Praxis. Positive Auswirkungen wurden beschrieben hinsichtlich:

- physischem Allgemeinzustand (Bredin et al. 1999),
- Symptomstress (Bredin et al. 1999),
- Lebensqualität (Ritz et al. 2000),
- Patientenzufriedenheit (Kobleder et al. 2017a),
- Kosten (Koinberg et al. 2009).

In einem systematischen Review zur Qualität der Versorgung durch eine APN von Swan et al. (2015) wurde gezeigt, dass APNs gleichwertige oder bessere Outcomes als Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Zufriedenheit von Betroffenen mit dem Versorgungsprozess und Kosten in der Primärversorgung erzeugen können. Die Konsultationen durch APNs dauerten zwar länger, jedoch kamen zwei Studien zu dem Ergebnis, dass sich, über einen längeren Zeitraum betrachtet, die Häufigkeit der Konsultationen verringerte (Swan et al. 2015, S. 396). Kobleder et al. (2017a) untersuchten in einem systematischen Literaturreview die Wirkung von APN-Interventionen in der Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren. Die Resultate deuten auf eine höhere Zufriedenheit, verbesserte psychosoziale Outcomes, wie Unsicherheitsgefühl, und positive Auswirkungen bezüglich Symptomanagement hin (Kobleder et al. 2017a, S. 86). Eine Studie von Ritz et al. (2000) analysierte die Effekte von APN-Interventionen bei Betroffenen mit Brustkrebs bezüglich Lebensqualität und Kostenreduktion in der Versorgung. Die Ergebnisse zeigten, dass beispielsweise das Gefühl der Ungewissheit positiv beeinflusst werden konnte. Auswirkungen auf die Kosten ergaben sich jedoch nicht (Ritz et al. 2000, S. 923). Des Weiteren ermittelten Koinberg et al. (2009) die ökonomischen Aspekte zwischen einem APN-Follow-up-Programm und einem ärztlichen Programm in der postoperativen Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs. Die Forschenden konnten bei dem pflegerischen Follow-up-Programm einen positiven Kosteneffekt gegenüber dem ärztlichen Programm herausarbeiten (Koinberg et al. 2009, S. 99).

Weitere Studien zeigten, mit welchen Maßnahmen Adhärenz positiv beeinflusst werden kann. Genannt wurden individuelle Aspekte, therapie- und krankheitsbezogene Faktoren und als maßgeblichen Faktor die Interaktion mit Gesundheitspersonal und -systemen (Miaskowski et al. 2008, S. 213; Rieder et al. 2012, S. 14). Um Therapietreue zu verbessern, können Interventionen auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz bei der Einnahme von oralen Therapeutika umfassen nach Osterberg und Blaschke (2005, S. 492) und Rieder et al. (2012, S. 14) folgende Ebenen:

- Patient*innen und Angehörige, z. B. durch Edukation,
- Therapie, z. B. durch Medikamentenanpassungen,
- Institution, z. B. durch das Aushändigen von Informationsmaterial und
- Kommunikation, z. B. durch motivierende Gespräche.

Neben der Planung von strukturierten Maßnahmen sind vor allem die Erhebung und Berücksichtigung der patientenindividuellen Faktoren entscheidend für eine gezielte Unterstützung der Adhärenz durch Gesundheitsfachpersonal. Zu diesen Faktoren zählen beispielsweise Vergesslichkeit, sich depressiv oder überfordert fühlen, Nebenwirkungen vermeiden wollen, und vor der Einnahme von Medikamenten einschlafen (Krikorian et al. 2019, S. 1590). Um die Adhärenz von Patientinnen und Patienten zu verbessern, muss ihre Gesundheitskompetenz (Health Literacy) gestärkt werden. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz führt aus: „(...) Health Literacy schließt heute über die beschriebenen literalen Techniken hinaus auch die Fähigkeit ein, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können.“ (Schaeffer et al. 2018, S. 12). Bei der Erreichung dieser patientenbezogenen Ziele spielt eine professionelle und gezielte Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonal eine entscheidende Rolle.

In der projektbegleitenden Evaluation werden als patientenbezogene Effekte in der Wirkungsphase die Zufriedenheit der Patient*innen, die Informiertheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt. Die Instrumente werden in Kapitel 3.6 und die Ergebnisse in Kapitel 4.5 und Kapitel 4.6 dargestellt.

2.5 Literatursuche zu Implementierungsprojekten mit erweiterten Pflegerollen

Um grundlegende Forschungsergebnisse zur Implementierung einer APN-Rolle in der Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten zu erlangen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die Beschreibung des theoretischen Hintergrunds und in die Diskurse der jeweiligen Evaluationsphasen ein. Die Literatursuche erfolgte in der Fachdatenbank Medline mittels PubMed. Suchbegriffe wurden anhand des PICO-Schemas (Blümle et al. 2018, S. 247) verwendet. Die Recherche in deutscher und englischer Sprache erfolgte 2016 und wurde 2020 aktualisiert, um neuste Forschungsergebnisse in die Diskussion einbeziehen zu können. Eine zeitliche Eingrenzung der Suche erfolgte nicht. Suchstrategie und Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt. In die Recherche wurde evidenzbasierte Literatur einbezogen. Projektberichte und Fallbeschreibungen wurden ausgeschlossen. Überwiegend wurden Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum (USA, Kanada) sowie Großbritannien und Skandinavien gefunden. Zu Beginn der Literatursuche stand der Prozess der Implementierung einer APN im Fokus. Dabei wurden die Begriffe der APN unter Verwendung von Bool'schen Operatoren (Tabelle 1) mit implementation* kombiniert. Dies ergab 281 Treffer. Im Bereich Onkologie wurden 23 Treffer gefunden, für das Thema Brustkrebs zwei.

Tabelle 1: Suchbegriffe und Ergebnisse in Medline (eigene Darstellung)

	Deutsche Suchbegriffe	Englische Suchbegriffe	Ergebnisse (2020)
PICO – Suchen			
P	Onkologie	P1: oncology[Title/Abstract]	104.007
		P 2: cancer[Title/Abstract]	1,735.466
	Brustkrebs	P 3 "breast cancer"[Title/Abstract]	275.103
		P 4: "Breast Neoplasms"[Majr]	248.238
		P1 or P2	1,780.270
		P3 or P4	343.744
I	Erweiterte Pflegepraxis APN	I1: APN[Title/Abstract]	2443
		I2: "advanced practice nurse"[Title/Abstract]	953
		I3: "advanced nursing practice"[Title/Abstract]	545
		I4 "Advanced Practice Nursing"[Mesh]	1687
		I1 or I2 or I3 or I4	4976
C	/		
O	Implementierung	O1: implementation*[Title/Abstract]	254.921
	Ergebnis	O2: outcome*[Title/Abstract]	1,750.331
	Evaluation	O3: evaluat*[Title/Abstract]	3,540.231
Kombinierte Suchen			
Implementierung	APN und Implementierung	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O1)	281, davon 12 systematische Reviews
	APN und Implementierung und Onkologie	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O1) and (P1 or P2)	23
	APN und Implementierung und Brustkrebs	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O1) and (P3 or P4)	2
Outcome	APN und Outcome	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O2)	657, davon 17 systematische Reviews
	APN und Outcome und Onkologie	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O2) and (P1 or P2)	51
	APN und Outcome und Brustkrebs	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O2) and (P3 or P4)	5
Evaluation	APN und Evaluation	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O3)	859, davon 15 systematische Reviews
	APN und Evaluation und Onkologie	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O3) and (P1 or P2)	5
	APN und Evaluation und Brustkrebs	(I1 or I2 or I3 or I4) and (O3) and (P3 or P4)	3

Eine Eingrenzung aller Suchergebnisse auf systematische Reviews zeigte zwölf Treffer. Analog wurde eine Suche von APN-Pflegerollen mit dem Fokus Outcome (outcome*) durchgeführt. Hier zeigten sich 657 Treffer. Eine Eingrenzung auf Reviews ergab 145 Treffer, wobei es sich bei 17 um systematische Reviews handelte. Bei der Einschränkung aller Suchergebnisse auf das Kollektiv onkologischer Patient*innen waren 51 Treffer verfügbar, mit Brustkrebs ergab die Suche noch fünf Treffer. Nach gleichem Muster wurde eine Suche von APN-Studien mit der Ausrichtung auf Evaluation vorgenommen. Diese ergab 859 Treffer, eine Eingrenzung auf systematische Reviews 15. Um die zunächst breit angelegte Literatursuche wieder zusammenzuführen, wurde eine Betrachtung der systematischen Reviews in englischer und deutscher Sprache vorgenommen, die sich mit Outcome, Implementierung oder Evaluation der APN-Rolle beschäftigen. Dieses fokussierte Vorgehen der Literatursuche ist in Abbildung 2 dargestellt und ergab in PubMed 31 Treffer.

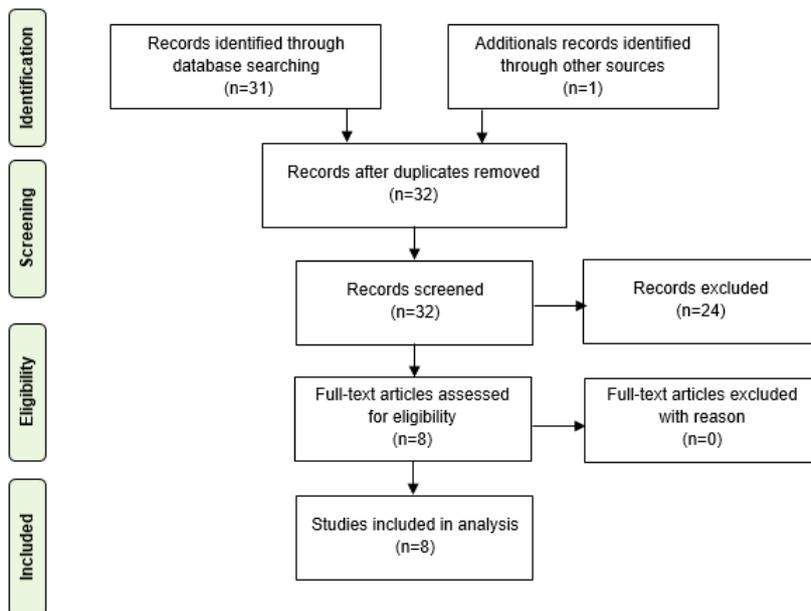


Abbildung 2: PRISMA-Flowchart zur Literatursuche (eigene Darstellung, angelehnt an Moher et al. 2010, S. 2)

Eine ergänzende Suche in deutschsprachiger Literatur zeigte eine weitere Publikation, die für das betrachtete Themengebiet relevant ist. Entfernt wurden im nächsten Schritt Reviews, die thematisch keine Aussage zur APN-Rolle, zum Bereich Gynäkologie oder zu Onkologie treffen konnten. Acht Reviews wurden als thematisch relevant eingestuft. 24 Studien wurden von zwei unabhängig voneinander bewertenden Gutachterinnen ausgeschlossen auf Grund fehlender Aussage zur APN-Rolle. Gefunden wurden drei Reviews von Andregård und Jangland (2015), Jokiniemi et al. (2012) und Jones et al. (2005), bei denen die Rollenentwicklung APN, ihre Implementierung sowie förderliche und hinderliche Faktoren im Fokus standen. Mit Outcome allgemein beschäftigten sich die vier Reviews von Swan et al. (2015), Newhouse et al. (2011), Abu-Qamar et al. (2020) und Santomassino et al. (2012). Spezialisiert auf Onkologie fanden sich zwei Reviews von Smith et al. (2014) und Spears et al. (2017). Ein weiteres Literatur-Review von Kobleider et al. (2017a) berichtete über die Outcomes in der spezialisierten pflegerischen Versorgung von Patientinnen mit gynäko-onkologischen Erkrankungen. Diese Reviews und die dort eingeschlossenen Studien bilden die Basis für den theoretischen Hintergrund und die Diskussion der empirischen Studienergebnisse dieser Evaluation.

2.6 Literatursuche zu Outcomes in der Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs durch APNs

2.6.1 Methode und Fragestellung

Ergänzend zu der in Kapitel 2.5 dargestellten breit angelegten Literaturrecherche wurde eine weitere Literatursuche durchgeführt. Diese thematisch eingegrenzte Recherche untersuchte gezielt Erkenntnisse zu Outcomes von APNs in der Versorgung von Betroffenen mit Brustkrebs, welche mittels randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) ermittelt wurden. RCTs gelten als Goldstandard in der Beurteilung von Wirksamkeiten bei neuen Therapieformen (Kabisch et al. 2011, S. 663). Die Fragestellungen dieser systematischen Literaturrecherche lauteten: Welche Interventionen von APNs an Brustkrebspatient*innen sind in RCTs getestet und mit welchem Ergebnis? Welche Qualität weisen die entsprechenden Veröffentlichungen auf?

2.6.2 Suchstrategie

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Fachdatenbanken PubMed, Cinahl, und Cochrane Library. Hierzu wurden folgende Schlagwörter verwendet und entsprechend den jeweiligen Suchregeln der Suchmaschinen angepasst bzw. verbunden: breast cancer, breast neoplasms, advanced practice nurse, nurse practitioner, nurse clinicians, APN, nurses role, nurse, oncology nurse, cancer nurse. Diese wurden in den jeweiligen Begriffskombinationen mit Boole'schen Operatoren verknüpft. Zudem fand eine Handsuche statt. Die Recherche erfolgte im September 2018. Es erfolgte eine Limitierung auf deutsch- und englischsprachige Literatur ohne zeitliche Eingrenzung.

2.6.3 Auswahlkriterien

In diese systematische Übersichtsarbeit wurden ausschließlich RCTs eingeschlossen, da somit eine Evidenz hinsichtlich Wirksamkeit gewährleistet ist und eine höhere Aussagekraft vorausgesetzt werden kann (Altman und Doré 1990, S. 149). Inhaltlich mussten die betrachteten Publikationen die Ergebnisse einer APN-Intervention aufweisen. APN wurde definiert als Pflegefachperson mit einem Master-Abschluss in Pflege.

2.6.4 Datensammlung und Analyse

Entsprechende Studien wurden in den Datenbanken Cinahl (54 Treffer), Pubmed (236 Treffer) und Central-Cochrane Library (163 Treffer) gefunden. Zunächst wurden Doppelungen entfernt. Im Anschluss daran wurden die verbleibenden 279 Abstracts gelesen und Abstracts ohne APN-Interventionen und ohne RCT-Design entfernt. Nach Prüfung der Abstracts wurden 62 Volltexte durchgearbeitet. Letztendlich konnten sieben Publikationen als relevant betrachtet werden. Das Vorgehen der Literatursuche als PRISMA Flow Chart für dieses Review ist in Abbildung 3 dargestellt. Zur Beurteilung der Qualität von Studien stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung, die eine strukturierte und nachvollziehbare Einschätzung ermöglichen. Für die Bewertung der vorliegenden RCTs wurde das CONSORT Statement (Moher et al. 2010) verwendet. Die Bewertung der Studien wurde jeweils durch zwei unabhängig voneinander arbeitende Forscherinnen vorgenommen. Nach jedem Analyseschritt wurden die Ergebnisse verglichen und bei unterschiedlichen Ansichten im diskursiven Vorgehen ein Konsens erzielt.

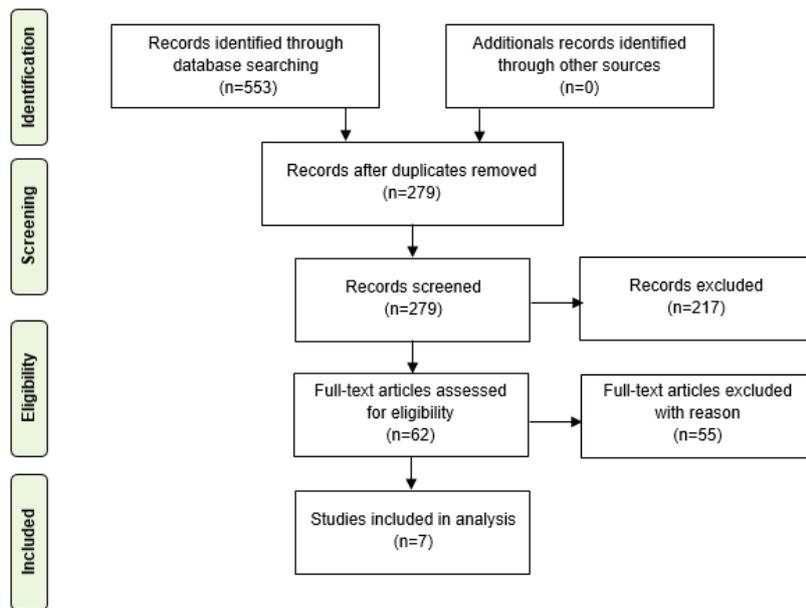


Abbildung 3: PRISMA Flow Chart (eigene Darstellung, angelehnt an Moher et al. 2010)

2.6.5 Ergebnisse

2.6.5.1 Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Die Ergebnisse hinsichtlich Beschreibung des Samples, Beschreibung der durchgeführten Interventionen, verwendetes Forschungsdesign, Zielkategorien, Stichprobengröße und Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung)

Autoren	Sample	Intervention	Design	Zielkriterien	Sample Size	Ergebnisse
Bakitas et al. 2015	Palliativ-onkologische Patienten > 18 Jahre, gemischte Entitäten	Umfangreiches Interventionsprogramm: 4-wöchentliche Edukation und wöchentliche Follow-ups telefonisch oder mit direktem Kontakt zur APN	Parallel RCT	Bessere Lebensqualität (QOL), Symptomverbesserung, weniger Inanspruchnahme von stationärer Behandlung und weniger Notaufnahme-Besuche	322 (161 Standard-Versorgung; 161 Interventionsgruppe)	QOL und Stimmung signifikant besser; kein signifikantes Ergebnis bezüglich Symptomintensität, Notaufnahme-Besuche und stationäre Krankenhaus-Tage
Ganz et al. 2000	Patientinnen mit Brustkrebs im postmenopausalen Zustand nach Therapie mit mindestens einem Target-Symptom (Flash, Scheidentrockenheit, Stressinkontinenz)	Symptom-Assessment, Edukation, Beratung, und wenn induziert, pharmakologische Interventionen und Verhaltenstherapie Intervention über 4 Monate durch APN	Parallel RCT	Verbesserung bezüglich postmenopausaler Symptome, Lebensqualität und Sexualfunktion	76 (38 Kontrollgruppe; 38 Interventionsgruppe)	Statistisch signifikante Ergebnisse konnten erzielt werden bei der Reduktion der postmenopausalen Symptome und Sexualfunktion Eine nicht-signifikante Verbesserung wurde bezüglich der Lebensqualität erreicht
Kim et al. 2017	Patientinnen mit Brustkrebs, Stage 1 bis 3, Adjuvante Chemo und hohes Risiko für Depression > 20 Jahre	6 Wochen-Programm Jede Woche eine Session mit mind 30 min Dauer durch APN Beratung, Edukation zu Symptom-Management, Coping-Strategien und emotionalem Support	Parallel RCT	Reduktion von Distress (z. B. Stimmungsstörungen, Depression, Angst) Verbesserung der Lebensqualität (QOL) bei Patientinnen mit einem hohen Risiko für Depressionen	60 (30 Interventionsgruppe; 30 Kontrollgruppe)	Interventionsgruppe zeigte signifikant niedrigere Stimmungsstörungen, Angst, Depressionen, signifikant besserer globaler Gesundheitszustand

2 Theoretischer Hintergrund

		Face to face und telefonisch				nicht signifikant: weniger Symptome, wie Fatigue, Übelkeit, Schmerz, Schlaflosigkeit
Lauver et al. 2003	Frauen zwischen 51 und 80 Jahren, die in den letzten 13 Monaten keine Mammografie oder Brustuntersuchung hatten Ausschluss: Patientinnen mit malignen Erkrankungen in der Anamnese	Gruppe 1: keine Empfehlungen oder Informationen Gruppe 2: allgemeine Empfehlungen Gruppe 3: Empfehlung plus passende individuelle Informationen durch APN („tailored information“)	3-armige RCT	Ziel ist es, die Inanspruchnahme von Mammografie und Brustuntersuchungen bei Frauen durch die Intervention zu erhöhen	559 Kontrollgruppe (keine Empfehlung): 263 Allgemeine Empfehlung: 270 Empfehlung plus passende individuelle Informationen durch APN: 264	Bereitschaft zur Mammografie und Blutuntersuchung in der Interventionsgruppen größer, jedoch ohne signifikantes Ergebnis
Ridner et al. 2013	Patientinnen mit Brustkrebs und Lymphödem-Therapie	Gruppe1: Manuelle Lymphdrainage (40 min) Gruppe2: Low Level Laser Therapie (20 min) Gruppe 3: Low Level Laser Therapie (20 min) und manuelle Lymphdrainage (20 min)	3-armige RCT	Reduktion Lymphödem Verbesserung Symptombelastung	46 Gruppe 1: 16 Gruppe 2: 15 Gruppe 3: 15	Keine statistisch relevanten Unterschiede in den Gruppen bzgl. Volumenreduktion des Lymphödems; Hautverbesserung in der Gruppe der Low Level Laser Therapie

2 Theoretischer Hintergrund

<p>Sussman et al. 2017</p>	<p>Patienten mit Brustkrebs und kolorektalem Karzinom, innerhalb 7 Tagen nach OP</p>	<p>Spezielles Assessment zur Identifikation von Versorgungsbedarfen mit anschließender Intervention zur Bedarfsdeckung bzw. Vermittlung von supportiven Diensten</p>	<p>Cluster randomisierte RCT</p>	<p>Verbesserter Outcome bezüglich Kontinuität in der Versorgung (als patient reported outcome measure), QOL, unbefriedigte Bedürfnisse</p>	<p>Intervention = 89 (58 Brust); Kontrollgruppe 104 (63 Brust)</p>	<p>Kleine Verbesserung in der Bewertung der Versorgungskontinuität bezüglich Informiertheit</p> <p>Keine signifikanten Veränderungen bezüglich Lebensqualität oder dem Gefühl der Ungewissheit</p>
<p>Traeger et al. 2015</p>	<p>Pat. mit nichtmetastasiertem Tumor /Brust, kolorektal, Lunge) und Chemotherapie</p>	<p>Telefonanrufe vor und nach der Chemo und Bereitstellung passender Informationen/Beratung</p>	<p>Parallel RCT</p>	<p>Weniger Symptomlast, größere Zufriedenheit, geringeres Risiko für Depression oder Angst</p>	<p>60 Kontrollen (davon 30 Brustkrebs) 60 Intervention (davon 30 Brustkrebs)</p>	<p>Keine Verbesserung in der Interventionsgruppe hinsichtlich Symptombelastung</p>

2.6.5.2 Kritische Würdigung der Studien

Ergebnisse von Studien müssen klar, transparent und vollständig wiedergegeben werden, um dem Lesenden zu ermöglichen, die durchgeführten Interventionen und die Qualität der Ergebnisse beurteilen zu können (Ziegler und König 2011, e2). Im Folgenden sind die Ergebnisse der Studienbeurteilung anhand des CONSORT Statements (Moher et al. 2009) dargestellt.

Von den insgesamt sieben Studien ist bei sechs bereits im Titel erkennbar, dass es sich um eine RCT handelte. Bei Lauver et al. (2003) findet sich hier keine Information zum verwendeten Studiendesign. Obwohl die Tiefe der Berichterstattung in den Abstracts stark variierte, fanden sich keine widersprüchlichen Informationen verglichen mit den jeweiligen Ergebnisabschnitten in den Studien. Um eine Studie zu begründen und Patient*innen nicht unnötigen Forschungen auszusetzen, setzt diese Begründung eine umfassende Literaturrecherche voraus (Deklaration von Helsinki 2013). Dies kann in den betrachteten Studien als gegeben angesehen werden.

Beurteilt wurde weiterhin, ob die Veröffentlichung der Studie eine genaue Fragestellung bzw. eine Hypothese enthielt, die später verifiziert oder falsifiziert werden konnte. Als nicht ausreichend wurde diese Anforderung bei Ganz et al. (2000), Kim et al. (2018), Lauver et al. (2003), Ridner et al. (2013) beurteilt. Es wurden zwar die Ziele der Intervention beschrieben, nicht aber die Fragestellung der Untersuchung. Bei Traeger et al. (2015) sind die Fragestellungen bzw. Hypothesen nachvollziehbar und bewertbar formuliert. Zwar thematisiert und beschrieben, aber nicht ausreichend präzise wurde dieser Punkt bei Bakitas et al. (2015) und Sussman et al. (2017) bewertet. Mehr als die Hälfte der RCTs verwendeten ein paralleles Gruppendesign. Lediglich Ridner et al. (2013) und Lauver et al. (2003) betrachteten drei Arme.

Bakitas et al. (2009) und Sussman et al. (2018) stellten die Interventionen dar und verwiesen zusätzlich auf eine weitere Publikation, die eine noch detailliertere Beschreibung enthält. Eine sehr ausführliche Darstellung der Intervention einschließlich der Häufigkeiten erfolgte bei Kim et al. (2018), in dem alle Maßnahmen in Tabellenform zusammengestellt und veröffentlicht wurden. Neben der Beschreibung der Interventionen wurde bei Ganz et al. (2000) auch das Training der Pflegenden beschrieben, welches vor der Intervention stattfand, um eine möglichst gleiche Durchführung zu gewährleisten. Gemessen an der Komplexität der Intervention, wie „zugeschnittene Gesundheitsinformationen“ (Lauver et al. 2003) und „proaktive Telefonate mit Handlungsempfehlungen“ (Traeger et al. 2015) finden sich nur wenig spezifische Inhalte über die Interventionen in den Veröffentlichungen. Ridner et al. (2013) beschrieben, dass alle Patient*innen über eine 30-monatige Periode gesehen wurden, jedoch findet sich kein Hinweis darauf, wie oft in dieser Zeit die Intervention (Lymphödem-Behandlung) bei den Betroffenen durchgeführt wurde. Unzureichend sind auch die Beschreibungen der Kontrollgruppen. Bei Traeger et al. (2015) wurde auf „standard oncology care“ und bei Sussman et al. (2017) auf „usual care“ verwiesen, ohne diese näher zu beschreiben. Eine genaue Auflistung der Datenerhebungen erfolgte bei Kim et al. (2018), jedoch nicht wie vermutet unter der Überschrift „Messungen“, sondern bereits bei der Beschreibung des Designs und der Stichprobe, also noch vor der Beschreibung der eigentlichen Intervention, was das Lesen und chronologische Nachvollziehen etwas erschwert. Der genaue Zeitpunkt der Datenerhebung in Bezug zur Intervention ist bei einigen Autor*innen schwer nachvollziehbar. Gut beschrieben ist dies bei Kim et al. (2018) und Sussman et al. (2017). Ganz et al. (2000) erläuterten die Anzahl der Datenerhebungen in der Interventionsgruppe, nicht aber die genauen Intervalle. Angaben zur Person, welche die Datenerhebungen durchführte, ist in den meisten Fällen nicht ersichtlich. Bakitas et al. (2015) führten an, dass die Follow-up-Bögen verschickt wurden. Ridner et al. (2013) beschrieben die Instrumente, aber unterschieden nicht in primäre und sekundäre Endpunkte. Unklar bleibt, wann die Daten erhoben wurden. Ridner et al. (2013), Sussman et al. (2017) und Bakitas et al. (2015) benannten eine Blockrandomisierung, wobei jedoch bei Ridner et al. (2013) keine Blocklänge aufgeführt war. Sussman et al. (2017) führten ein permutiertes Block-Design an, Bakitas et al. (2015) stratifizierten in Zweier- bis Vierer-Blocks anhand der Diagnose. Lediglich bei Ganz et al. (2000) und Lauver et al. (2003) wurde kein nachvollziehbares

Verfahren der Randomisierung beschrieben. Zur Darstellung der Ein- und Ausschlüsse wird ein Flowchart dringend empfohlen (Moher et al. 2010, S. 15). Kim et al. (2018) und Ridner et al. (2013) erstellten kein Flowchart, beschrieben aber die Dropouts. Eine Patientencharakteristik zu Studienbeginn mit einer Auflistung demografischer und klinischer Daten für jede Gruppe liegt bei allen Veröffentlichungen vor. Bei Ridner et al. (2013) ist eine Anzahl der Teilnehmenden angegeben, es findet sich jedoch keine Aussage dazu, ob das der ursprünglichen Gruppengröße entspricht. Bei Sussman et al. (2017) und Bakitas et al. (2015) sind Angaben zu primären und sekundären Endpunkten vollständig. Kim et al. (2018), Ridner et al. (2013) und Traeger et al. (2015) gaben den p-Wert an, jedoch kein Konfidenzintervall. Alle Studien enthalten Angaben zu Studienlimitationen, jedoch in unterschiedlicher diskursiver Tiefe. Die angeführten Limitationen umfassen folgende Aspekte:

- Die Betrachtung der Repräsentativität der gewählten Stichprobe
 - o geringe Stichprobengröße (Kim et al. 2018, Ridner et al. 2013)
 - o mangelnde Abbildung ethnischer Vielfalt, weil die Stichprobe in einer eher heterogenen Gegend gezogen wurde (Bakitas et al. 2015, Traeger et al. 2015)

- Die Intervention selbst
 - o Möglichkeit, dass die telefonische Intervention eventuell einen kleineren Effekt hat, als wenn die Intervention im direkten Kontakt erfolgt wäre (Bakitas et al. 2015)
 - o Intervention möglicherweise nicht bei jedem Studienteilnehmenden in gleicher Art und Weise erfolgt (Lymphdrainage; Ridner et al. 2013)
 - o Nebeneffekte der Intervention (Sussman et al. 2017)
 - o Kontrollierbarkeit der Intervention an sich (Motivation der Studienteilnehmer*innen, das Screening wahrzunehmen oder nicht (Lauver et al. 2003)
 - o Telefonate als Intervention nicht aufgezeichnet und nicht sicher, ob das immer gleich stattfand (Traeger et al. 2015)

- Methodische Limitationen durch
 - o Dauer des Betrachtungszeitraumes (Kim et al. 2018)
 - o datenerhebende Person nicht ausreichend verblindet zur Behandlungsgruppe (Ridner et al. 2013)
 - o Sensitivität des Instrumentes (Sussman et al. 2017)
 - o gewähltes Design, Cluster (Sussman et al. 2017)

2.6.5.3 Interventionen

Die meisten Interventionen fanden in der Therapie-Phase der Patient*innen statt; Lauver et al. (2003) beschrieben eine Intervention im Rahmen der Prävention, Kim et al. (2018) untersuchten die Wirksamkeit im palliativen Setting. Die Art der durchgeführten Interventionen kann anhand des Interventionsschemas der OMAHA-Klassifikation eingeteilt werden (siehe Tabelle 3). Die OMAHA-Klassifikation unterstützt die Darstellung von systematischen Informationen des Pflegeprozesses und ist durch die American Nurses Association (ANA) anerkannt (Martin 2005).

Tabelle 3: Einteilung der Studien nach OMAHA-Klassifikation (eigene Darstellung)

Intervention	Studie
Case Management	Keine Studie eingeschlossen
Treatment and Procedures	Ganz et al. (2000), Ridner et al. (2013)
Teaching, Guidance and Councelling	Ganz et al. (2000), Lauver et al. (2003), Kim et al. (2018), Traeger et al. (2018), Sussman et al. (2017), Bakitas et al. (2015)
Surveillance	Keine Studie eingeschlossen

2.6.5.4 *Wirksamkeit der Interventionen*

Die primären Outcomes fokussierten sich bei den betrachteten Studien auf die Kriterien Lebensqualität (Quality of Life; QoL), Stimmung, Symptommanagement und Gesundheitsverhalten. Weiterhin wurden stationäre Krankenhaustage und Besuche der Notaufnahme als Outcomes definiert. Das Kriterium Lebensqualität wurde in vier der betrachteten Studien als Outcome benannt. Als Erhebungsinstrumente kamen der FACIT-Pal (Bakitas et al. 2015) und der EORTC QLQ-C30 (Kim et al. 2018; Sussman et al. 2017) zum Einsatz. Ganz et al. (2000) argumentierten Aussagen zur Lebensqualität über verbesserte Symptome, welche mittels RAND Short Form Health Survey Vitality Scale, CARES Cancer Rehabilitation Evaluation System und Symptom Scales ermittelt wurden. Bakitas et al. (2015) und Kim et al. (2018) berichteten eine signifikante Verbesserung der QoL, Ganz et al. (2000) über Verbesserungen, die jedoch statistisch keine Signifikanz aufwies. Sussman et al. (2017) konnten bei ihrer Intervention keine relevanten Veränderungen der Lebensqualität ermitteln. Für therapiebegleitende Symptome (Fatigue, Übelkeit, Schmerz, Schlaflosigkeit) wurden bei Kim et al. (2018) und Bakitas et al. (2015) Verbesserungen beschrieben. Positive Effekte, jedoch ohne Signifikanz beschrieben Lauver et al. (2003), indem durch zugeschnittene Gesundheitsinformationen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Mammografie und Brustuntersuchung erreicht wurde.

2.6.6 **Fazit**

Im Rahmen der Literaturrecherche wird deutlich, dass es kaum RCTs gibt, die APN-Interventionen bei Patient*innen mit Brustkrebs untersuchten. Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs) wurden gefunden, andere Outcomes, wie Kosten oder Komplikationsraten standen nicht im Fokus. Im pflegerischen Bereich besteht nach wie vor ein großer Bedarf an methodisch hochwertigen Studien, auch wenn sich RCTs als Studiendesign auf Grund der Komplexität der Intervention nicht für jede Fragestellung eignen. Keine der bewerteten Studien erfüllt alle als Anforderung definierten Items des CONSORT-Statements. Die Abstracts und die Beschreibung des theoretischen Hintergrunds wiesen kaum Lücken auf. Konkrete Fragestellungen bzw. Hypothesen wurden nicht durchgängig formuliert. Primäre und Sekundäre Endpunkte, die Darstellung der Ergebnisse sowie die Limitation waren überwiegend passend dargestellt. Schwachstellen waren vor allem bei der Ausführlichkeit der Erläuterungen der Interventionen und der Erläuterung der Randomisierung zu verzeichnen. Interventionen bezogen sich überwiegend auf Teaching, Guidance and Councelling. Lediglich Ridner et al. (2013) untersuchten Outcomes direkter Pflegehandlungen. Effekte bezüglich Lebensqualität und Symptomverbesserung zeigten die Interventionen, die über einen längeren Zeitraum mit mehreren Kontakten zwischen der APN und Patient*innen angelegt waren. Reine Telefoninterventionen hatten in der untersuchten Studie von Sussman et al. (2017) keinen Effekt.

3 Methode

3.1 Beschreibung des Projektes zur Implementierung der APN

Das Projekt „Entwicklung einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des LMU Klinikums“ wurde von einer interprofessionell besetzten Projektgruppe durchgeführt. In der Projektgruppe wirkten die ärztliche Leitung des Brustzentrums, eine Oberärztin des Brustzentrums, die Leitung der Stabsstelle Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie eine weitere Kollegin dieser Stabsstelle mit. Ziel des Projektes war die Etablierung einer APN im Brustzentrum des LMU Klinikums zur Prozessbegleitung von Patient*innen mit oralen Therapien. Die Planung der Implementierung orientierte sich sowohl inhaltlich als auch strukturell am PEPPA-Framework nach Bryant-Lukosius und Dicenso (2004), welches im Kapitel 2.2 dargestellt ist. In Tabelle 4 sind die Inhalte des Frameworks den Phasen des APN-Projektes am LMU Klinikum zugeordnet.

Tabelle 4: Projektphasen und Inhalte des PEPPA-Frameworks (eigene Darstellung)

Projektphase	Entspricht inhaltlich PEPPA-Phase
IST-Analyse (Ausgangslage)	Definition der Patientengruppe Beschreibung des bisherigen Versorgungsmodells Ermittlung der Stakeholder Formierung des Projektteams Wunsch nach einem neuen Versorgungsmodell für Patient*innen mit OTT
Konzeptphase	Problem- und Zielformulierung Definition des neuen Modells Formulierung einer Implementierungsstrategie Definition von Outcomes
Implementierungsphase	Umsetzung der Implementierung Festlegung der Protokolle und Standards Schulungen
Wirkungsphase	Evaluation (Langzeitmonitoring)

Das Projekt begann mit der Formierung einer Projektgruppe im Herbst 2016 und war für eine Dauer von zwei Jahren geplant. Ein Kickoff-Meeting fand im Frühjahr 2017 statt, zu dem die ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen des Brustzentrums eingeladen wurden. Als Projektende war die eigenständige Durchführung einer pflegerischen Sprechstunde durch die APN definiert. Vor Bewilligung des Projektauftrages durch die Pflegedirektion wurden durch die Projektgruppe Recherchen zu Umsetzungsprojekten von APN-Rollen im Sinne von Best Practice Beispielen durchgeführt. Zur Einschätzung des Bedarfes und zur Umsetzbarkeit wurden die Ergebnisse der Evaluation der Ausgangslage herangezogen. In Tabelle 5 ist der zeitliche Verlauf des Projektes sowie der Verlauf der begleitenden Evaluation dargestellt.

3 Methode

Tabelle 5: Zeitlicher Verlauf des APN-Projektes und der Evaluation (eigene Darstellung)

	Quartal / Jahr	Q3/ 2016	Q4/ 2016	Q1/ 2017	Q2/ 2017	Q3/ 2017	Q4/ 2017	Q1/ 2018	Q2/ 2018	Q3/ 2018	Q4/ 2018	Q1/ 2019	Q2/ 2019
Projektgruppe	Aktivitäten	Bildung einer Projektgruppe	Planung des Projektes, Konzepterstellung	30.01.2017 Kickoff-Meeting, Planung Einarbeitung	Bewerbungsphase	Einstellung APN	Einarbeitung der APN; Begleitung durch die Projektgruppe	Erstellung Feinkonzept durch APN	Eigenständiges Arbeiten der APN	Start der eigenen Sprechstunde für Patient*innen mit oraler Therapie			
	Dokumente		Konzept zur Implementierung	Einarbeitungskonzept				Feinkonzept durch APN					
Evaluation	Phase Datenerhebung	Datenerhebung – Ausgangslage		Datenerhebung Konzeptevaluation					Datenerhebung Implementierungsphase				Datenerhebung Wirkungsphase
	Methode/ Instrumente	Leitfadengestützte Interviews		Dokumentenanalyse					Leitfadengestützte Interviews t0 Fragebögen				Leitfadengestützte Interviews t1 Fragebögen

3.2 Übergeordnete Ziele der Implementierung und Forschungsfragen der Evaluationsstudie

Im Rahmen des Implementierungsprojektes sollten durch die Einführung einer APN-geleiteten Sprechstunde in der Versorgung von Patient*innen mit oralen Therapien neben den patientenbezogenen Effekten (gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess und Informiertheit) auch organisatorische Effekte generiert werden, die einen positiven Impact dieser neuen Pflegerolle für das multiprofessionelle Team der Tagesklinik darstellen. Hierbei wurden durch die Projektgruppe die Verbesserung von Abläufen, die Erstellung von evidenzbasiertem Informationsmaterial, die Bearbeitung praxisrelevanter Fragestellungen, die Vernetzung der Pflegenden im Bereich der Tagesklinik sowie ein positiver Einfluss auf die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit genannt (Eberl und Siegert 2016).

Ziel dieser projektbegleitenden explorativen Studie ist es, die Implementierung einer APN in der Versorgung von Betroffenen mit Brustkrebs und OTT zu evaluieren. Ausgehend vom Projektziel liegt das Hauptaugenmerk dieser Begleitstudie somit auf der Evaluation des Implementierungsprozesses an sich und in der Folge auf der Ermittlung der patienten- und organisationsbezogenen Effekte. Dabei werden Daten in folgenden Phasen des Implementierungsprojektes erhoben und ausgewertet:

- Ausgangslage (Ist-Situation)
- Konzeptphase
- Implementierungsphase
- Wirkungsphase

In der Evaluation der Ausgangslage steht die Beschreibung der aktuellen pflegerischen Versorgungssituation von Betroffenen im Vordergrund mit der Fragestellung:

- Wie gestaltet sich die aktuelle pflegerische Versorgungssituation von Betroffenen mit Brustkrebs in der Frauenklinik des LMU Klinikums?

Die Konzeptevaluation erfolgt mit dem Ziel, einzuschätzen, ob die geplante Implementierung umsetzbar ist und die definierten Ziele erreicht werden können:

- Wird das durch die Projektgruppe erstellte Konzept zur Implementierung der APN den Anforderungen an eine erweiterte Pflegepraxis gerecht?
- Sind die geplanten Interventionen, gemessen an der Zielsetzung des Projektes, passend?

Während der Evaluation der Implementierungsphase steht die Umsetzung der APN-Rolle im Klinikalltag der Onkologischen Tagesklinik im Fokus:

- Wie werden die Inhalte des APN-Konzeptes aus Sicht der betroffenen Stakeholder umgesetzt?

In der Evaluation der Wirkungsphase werden die Effekte der APN-Interventionen für die sich in der Behandlung befindlichen Patient*innen sowie für das Team der Onkologischen Tagesklinik erhoben mit den Fragestellungen:

- Wie gestaltet sich die Einbindung der APN in bestehende Versorgungsprozesse in der Onkologischen Tagesklinik aus Sicht der Mitarbeitenden sowie der Patient*innen?
- Welche Effekte können bei den durch die APN betreuten Patient*innen ermittelt werden?

3.3 Forschungsdesign

Gegenstand der Evaluationsstudie ist der Implementierungsprozess der APN im Brustzentrum des LMU Klinikums München von der Evaluation der Ausgangslage bis hin zur Evaluation der Wirkung einer eigenständig durchgeführten APN-Sprechstunde. Das explorativ-deskriptive Vorgehen ist

anwendungsorientiert ausgelegt, um Handlungsempfehlungen für das zu evaluierende Projekt formulieren zu können. Entsprechend der Abläufe von Mixed-Methods-Designs nach Creswell und Plano Clark (2007, S. 77) wird in der vorliegenden Arbeit ein sequenzielles Muster der Evaluation gewählt, indem zuerst die qualitativen und zu einem späteren Zeitpunkt die quantitativen Daten erhoben werden. Eine Methodentriangulation mit einer Kombination beider Forschungsparadigmen zielt darauf ab, eine höhere Validität der Ergebnisse zu erzielen (Kuckartz 2014, S. 47). Im Sinne eines explorativen Vorgehens werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen priorisiert, da der Fokus dieses APN-Projektes auf dem Verstehen von Zusammenhängen liegt (Flick 2007, S. 40). Die quantitativ gewonnenen Daten werden als Ergänzung gesehen. Die Integration beider Datenstränge erfolgt in der Diskussion der Wirkungsphase. Quantitative Ergebnisse von Implementierungsprojekten, beispielsweise Aussagen zu Kostenersparnissen, können bei APN-Rollen erst im Sinne einer Langzeitbetrachtung erwartet werden (Bryant-Lukosius et al. 2016a, S. 19) und sind deshalb nicht Gegenstand der Evaluation.

Die Forschungsergebnisse sollen im Sinne einer Evaluationsforschung sowohl wissenschaftlichen Ansprüchen genügen als auch maximalen Nutzen für die Anspruchsgruppen generieren (Stockmann und Meyer 2010; Rossi et al. 2019). Angelehnt an Stockmann (2004, S. 8) werden in dieser Evaluationsstudie Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, die in Tabelle 6 ersichtlich sind. In den Projektphasen erfolgt jeweils eine Operationalisierung des Betrachtungsgegenstandes. In den ersten Phasen wird formativ, in der Wirkungsphase zusätzlich summativ evaluiert. Die Analyseperspektive erfolgt je nach Datenerhebung ex-ante, ex-post oder on-going.

Tabelle 6: Effektmessung im Projektverlauf (eigene Darstellung)

Projektphase	Gegenstand	Operationalisierung	Evaluation	Analyseperspektive
Ausgangslage	Input	Ressourcen, Bedarfe	formativ	ex-ante
Konzeptphase	Planung	Ressourcen, Regelungen, Ziele	formativ	ex-ante
Implementierungsphase	Programmaktivitäten	Ausmaß der Implementierung; einbezogene Bereiche und Prozesse	formativ	on-going
	Teilnahme	Beteiligung von Zielgruppen	formativ	on-going
Wirkungsphase	Reaktion	Bewertung der Intervention durch Beteiligte (Mitarbeitende der Onkologischen Tagesklinik und Patient*innen)	formativ und summativ	on-going und ex-post
	Veränderung von Wissen und Einstellung	Tätigkeiten der APN	formativ und summativ	on-going und ex-post
	Patientennutzen	Zufriedenheit, Informiertheit	summativ	ex-post

3.4 Setting

Das Untersuchungsfeld stellt die Onkologische Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LMU Klinikum München dar. Die Behandlung von Patient*innen erfolgt an beiden Standorten, Großhadern und Innenstadt. Die Onkologischen Tageskliniken sind Bestandteil des Brustkrebszentrums und des Gynäkologischen Krebszentrums am LMU Klinikum. Beide Zentren sind nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zertifiziert.

3.5 Stichprobe

Die betrachtete Stichprobe umfasste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LMU Klinikums sowie Patient*innen. Weiterhin zählte das durch die Projektgruppe erstellte Implementierungskonzept zur untersuchten Stichprobe. Die genaue Darstellung der Stichproben in den einzelnen Phasen der Datenerhebung erfolgt in den jeweiligen Ergebnis-Kapiteln. Befragt wurden pflegerische und ärztliche Mitarbeitende des Brustzentrums am LMU Klinikum, die Breast Care Nurses (BCN) an beiden Standorten, die APN selbst sowie die Projektgruppe. Einschlusskriterien für die Pflegefachpersonen, die BCNs und die APN waren eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege und ein bestehendes Arbeitsverhältnis mit dem LMU Klinikum. Ärztinnen und Ärzte wurden dann eingeschlossen, wenn sie zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Brustzentrum der Frauenklinik eingesetzt waren. Ausgeschlossen wurden Auszubildende, Studierende sowie nicht-ärztliche und nicht-pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Alle Patient*innen, die im Juni und Juli 2018 in einem vierwöchigen Zeitraum mit der Diagnose Brustkrebs in der Onkologischen Tagesklinik im Brustzentrum am Standort Innenstadt betreut wurden, erhielten eine Einladung zur Teilnahme an der ersten Datenerhebung mittels Fragebogen vor Einführung der APN-Sprechstunde. Zur Auswahl wurden im Sinne von Einschlusskriterien folgende Merkmale herangezogen:

- gesicherte Diagnose Brustkrebs
- ambulante Systemtherapie in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik am LMU Klinikum München
- Mindestalter 18 Jahre

Ein Jahr nach Einführung der APN-Rolle wurden im Juli und August 2019 noch einmal diejenigen Patient*innen befragt, die während des vierwöchigen Datenerhebungszeitraums zur Verfügung standen und die mittels OTT behandelt wurden. Einschlusskriterien für die zweite Datenerhebung waren:

- gesicherte Diagnose Brustkrebs
- Therapie mit OTT in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik am LMU Klinikum München
- Einbindung in die APN-Sprechstunde und mindestens zwei Termine mit pflegerischer Beratung durch die APN
- Mindestalter 18 Jahre

Grundsätzlich zu allen Erhebungszeitpunkten und zu jeder Datenerhebung ausgeschlossen wurden Patient*innen unter 18 Jahren und Patient*innen, die nicht einwilligungsfähig waren. Alle Studienteilnehmenden wurden mündlich in einem persönlichen Informationsgespräch durch die Forscherin informiert und konnten so ihre schriftliche Zustimmung zur Studie geben. Schriftliches Informationsmaterial bildete neben dem Gespräch die Grundlage für eine informierte Zustimmung. Einwilligungsbereite Teilnehmende wurden dann konsekutiv in die Studie aufgenommen. In der Stichprobe der Patient*innen erhielten alle, die im Erhebungszeitraum die Einschlusskriterien erfüllten, eine Einladung zum Interview. Für die Auswahl der ärztlichen und pflegerischen Interviewpartner*innen wurden alle zum Erhebungszeitpunkt regulär in der Onkologischen Tagesklinik tätigen Personen

angesprochen. Die forschungsethischen Aspekte dieser Studie werden ausführlich im Kapitel 3.8 beschrieben.

3.6 Datenerhebung

Im Folgenden werden die Phasen und die Instrumente zur Datenerhebung erläutert.

3.6.1 Phasen der Datenerhebung

Die vier Phasen der Datenerhebung sind in Tabelle 5 im Kontext des Projektverlaufes und in Tabelle 7 mit den jeweils verwendeten Instrumenten und befragten Personen dargestellt. Die Datenerhebung zur Analyse der Ausgangslage fand anhand leitfadengestützter Einzelinterviews (Helfferrich 2014, S. 559) statt. Befragt wurden Pflegende, BCNs sowie Ärztinnen und Ärzte, die einen direkten Bezug zur Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs hatten. Ziel war es, einen Bedarf hinsichtlich eines erweiterten pflegerischen Versorgungsangebotes für diese Patientengruppe zu eruieren. Die Konzeptevaluation erfolgte im Rahmen einer qualitativen Dokumentenanalyse (Mayring 2015, S. 49). Die Erkenntnisse bildeten gemeinsam mit den Ergebnissen der Literaturrecherche die Grundlage für die Implementierungsphase.

Tabelle 7: Instrumente und befragte Personen in den Evaluationsphasen (eigene Darstellung)

		Evaluation der Ausgangslage	Konzept-Evaluation	Evaluation der Implementierung	Evaluation der Wirkungsphase
Instrumente	Leitfadengestützte Interviews			X	X
	Dokumentenanalyse		X	X	X
	Fragebögen				X
Befragte Personen	Pflegepersonen	X		X	X
	Ärzt*innen	X		X	X
	BCN	X			
	Projektteam			X	
	APN			X	X
	Patient*innen (t0 und t1)				X

Während der Implementierungsphase wurden die Mitglieder der Projektgruppe sowie pflegerische und ärztliche Kolleginnen und Kollegen in leitfadengestützten Einzelinterviews befragt. Es sollte überprüft werden, ob alle Vorbereitungen entsprechend dem Konzept umgesetzt wurden. Weiterhin stand ein möglicher Anpassungsbedarf in der praktischen Umsetzung des APN-Konzeptes im Fokus. Zur Evaluation der Wirkungsphase wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik geführt. Zusätzlich erfolgte eine Befragung der Patient*innen mit OTT mittels leitfadengestützter Interviews und standardisierter Fragebögen, welche in Tabelle 7 aufgeführt sind und in den nachfolgenden Kapiteln näher beschrieben werden. Alle Datenerhebungen wurden von der Forscherin selbst durchgeführt, um Verzerrungen beispielsweise beim Führen der Interviews zu minimieren.

3.6.2 Leitfadengestützte Interviews

Leitfadengestützte Einzelinterviews entsprechen nicht vollumfänglich den Grundsätzen des qualitativen Forschungsparadigmas, da sie der explorativen Sichtweise durch den Interviewleitfaden einen theoretischen Rahmen setzen und von Vorannahmen ausgehen. Andererseits ermöglichen Leitfragen eine Fokussierung auf das betrachtete Thema und sind dennoch offen genug, persönliche Sichtweisen des oder der Interviewten einzubringen, Erklärungen zuzulassen und weitere Themen, die nicht im Leitfaden enthalten sind, zur Sprache bringen zu können (Helfferich 2014, S. 559). Die Inhalte der entwickelten Interviewleitfäden orientieren sich an der Fragestellung, die in Kapitel 3 ausführlich beschrieben wurde, an den Ergebnissen der Literaturanalyse und an den Vorergebnissen der bereits erhobenen Daten aus den vorangegangenen Evaluationsschritten des Implementierungsprojektes.

In der Evaluation der Ausgangslage wurden Fragen gestellt hinsichtlich:

- der aktuellen pflegerischen Tätigkeiten bei Brustkrebs-Patient*innen,
- des Informationsflusses zwischen den supportiven Bereichen,
- der Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal und
- Lücken in der Versorgung.

In der Implementierungsphase wurden fokussiert:

- die Rolle der Stakeholder im Projekt,
- Ziele und Erwartungen der Kolleginnen und Kollegen an die APN und an das Projekt,
- der Stand der Umsetzung des APN-Konzeptes,
- die Kommunikation zwischen den Akteuren sowie
- die Tätigkeiten der APN.

In der Wirkungsphase wurde das Personal befragt zur:

- Umsetzung der APN-Rolle,
- Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Akteuren,
- Prozessgestaltung in der Tagesklinik und
- Wirkung der APN-Interventionen auf die Patient*innen.

Die Patient*innen wurden mittels Interviews befragt nach:

- Inanspruchnahme der APN,
- Zufriedenheit mit der pflegerischen und ärztlichen Versorgung und
- Informiertheit zur oralen Therapie.

Die Interviews wurden tontechnisch aufgezeichnet und zeitnah transkribiert. Die Transkriptionsregeln wurden bewusst einfach gehalten und orientierten sich an Dresing und Pehl (2017). Während des Transkribierens wurde das Datenmaterial anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf interviewte Personen gezogen werden konnten. Die Audiodateien wurden nach einer stichprobenhaften qualitativen Prüfung der Transkripte durch eine weitere Person vernichtet.

3.6.3 Konzept zur Implementierung einer APN

Das durch die Projektgruppe erstellte Konzept bildete die Grundlage und den theoretischen Rahmen des Implementierungsprozesses. Relevante Informationen, wie Zielsetzungen und Planung der Umsetzung, waren darin enthalten. Das Konzept lag in der Version vom 30.01.2017 vor. Die Kriterien zur Konzeptevaluation orientierten sich an den Fragestellungen, am PEPPA-Framework (Bryant-Lukosius und Dicenso 2004) und an den Ergebnissen der Evaluation der Ausgangslage. Daraus ergaben sich folgende Analyse-Themen für das Konzept:

- Auswahl der Zielgruppe
- Beschreibung der APN-Rolle hinsichtlich
 - o Qualifikation
 - o Tätigkeiten
- Beschreibung der Implementierungsstrategie
- Projektplanung hinsichtlich
 - o Stakeholder
 - o Ressourcen
 - o Zeitplan
 - o Meilensteine
 - o Einbeziehung der Kolleginnen und Kollegen
- Beschreibung der APN-Rolle
- Beschreibung der Einarbeitung
- Definition der Outcomes

3.6.4 Fragebögen

Mittels der in den Kapiteln 3.6.4.1 und 3.6.4.2 näher vorgestellten Fragebögen erfolgte eine Operationalisierung der festgelegten patientenbezogenen Evaluationskriterien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Informiertheit und Zufriedenheit. Unter Operationalisierung versteht man: „(...) die Schritte zur Zuordnung von empirisch erfassbaren, zu beobachtenden oder zu erfragenden Indikatoren zu einem theoretischen Begriff.“ (Atteslander 1993, S. 61). Vorteilhaft bei der Anwendung von standardisierten Fragebögen ist, dass die Erfassung der Informationen und die Auswertung nach festgelegten Kriterien erfolgen und vergleichsweise zeitsparend sind. Nachteilig wirkt sich bei standardisierten Fragebögen aus, dass ergänzende Informationen nicht oder nur sehr eingeschränkt erfasst werden (Lamnek 1995, S. 19). Im Sinne des angestrebten Mixed-Methods-Designs stellen standardisierte Fragebögen eine gute Ergänzung im Sinne einer Methodentriangulation der qualitativen Instrumente (Interviews und Dokumentenanalyse) dar. Zur Datenerhebung mittels Fragebögen wurden zwei Erhebungszeitpunkte gewählt. Die erste Datenerhebung t0 erfolgte bei Patient*innen mit Brustkrebs in der Onkologischen Tagesklinik während eines vierwöchigen Zeitraums im Juni und Juli 2018, bevor die APN ihre Sprechstunde zur Beratung von Patient*innen mit OTT eigenständig durchführte. Eine weitere Befragung t1 erfolgte während eines vierwöchigen Zeitraums im Juni und Juli 2019 und somit nach ca. einem Jahr des eigenständigen Arbeitens der APN mit OTT-Patient*innen. Die Teilnahme an der Befragung wurde zu t0 und t1 den Patient*innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, im Rahmen eines Routinebesuchs in der Onkologischen Tagesklinik durch das Pflegepersonal angeboten. Bei Zustimmung konnte der Bogen entweder unmittelbar im Rahmen des Termins ausgefüllt und in eine verschlossene Box zurückgegeben werden oder die befragte Person brachte den Bogen im Rückumschlag beim nächsten Termin mit. Bei vorliegendem Einverständnis (Unterschrift unter dem Einverständnis-Bogen) wurden die Bögen verarbeitet. Die verwendeten Bögen werden im Folgenden näher erläutert.

3.6.4.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Informiertheit

Die Daten zu den Themen Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Informiertheit wurden mit Hilfe standardisierter Fragebögen der Europäischen Organisation für Forschung und Behandlung von Krebs (EORTC) erhoben. Der EORTC QLQ-C30 ist der in Europa am häufigsten verwendete Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität bei Krebserkrankungen (Schmidt und Steindorf 2021, S. 63) und bildet das Basismodul, welches um diagnosespezifische und themenspezifische Module ergänzt werden kann. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurde der EORTC QLQ-C30 durch das Modul EORTC QLQ-INFO25 zur Erfassung der Informiertheit ergänzt. Beide Bögen kamen bereits mehrfach in Studien im

onkologischen Setting zum Einsatz und wurden unverändert in der validierten deutschen Fassung verwendet. Der EORTC QLQ-C30 in der Version 3.0 (EORTC 1995) ermittelt die gesundheitsbezogene Lebensqualität multidimensional über 10 Subskalen mit insgesamt 30 Fragen. Diese werden überwiegend in einer Vierer-Skalierung mit *überhaupt nicht – wenig – mäßig – sehr* beantwortet. Der EORTC QLQ-C30 sieht die in Tabelle 8 aufgeführten Unterskalen vor. In der Zwischenzeit liegen für dieses Instrument nach unterschiedlichen Kriterien, wie Alter und Komorbiditäten, stratifizierte Referenzwerte für Brustkrebspatient*innen in verschiedenen Stadien vor (Mierzynska et al. 2020, S. 73). Zur Messung der Informiertheit von Betroffenen mit onkologischen Diagnosen hinsichtlich ihrer Erkrankung und ihrer Versorgung kam der Fragebogen EORTC QLQ-INFO25 in der Version 1 (EORTC 2004) zum Einsatz, welcher als validiertes und reliables Instrument gilt (Arraras et al. 2010, S. 2726). Die verwendete Version sieht die in Tabelle 9 aufgeführten Unterskalen vor.

Tabelle 8: EORTC QLQ-C30 (Version 3) mit Subskalen (eigene Darstellung)

Skala/ Item	Anzahl der Fragen
<i>Funktionelle Subskalen</i>	
Physikalische Funktion	5
Rollenfunktion	2
Emotionale Funktion	4
Kognitive Funktion	2
Soziale Funktion	2
<i>Symptomsubskalen</i>	
Fatigue	3
Übelkeit/Erbrechen	2
Schmerz	2
Dyspnoe	1
Schlaflosigkeit	1
Appetitverlust	1
Obstipation	1
Diarrhoe	1
Finanzielle Schwierigkeiten	1
<i>Sonstige Subskalen</i>	
Allgemeiner Gesundheitsstatus	1
Allgemeine Lebensqualität	1

Tabelle 9: EORTC QLQ-INFO 25 (Version 1) mit Subskalen (eigene Darstellung)

Skala/ Item	Anzahl der Fragen
<i>Informationen über</i>	
die Erkrankung	4
medizinische Tests	3
die Behandlung	6
andere Service-Möglichkeiten	4
andere Versorgungsorte	1
Dinge, die man selbst tun kann	1
schriftliche Infos	1
Infos auf CD/Video	1
Zufriedenheit mit erhaltenden Infos	1
Wunsch, mehr Infos zu bekommen	1
Wunsch, weniger Infos zu bekommen	1
allgemeine Infos sind hilfreich	1

3.6.4.2 Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten

Zur Ermittlung der Zufriedenheit mit der Versorgung in der Onkologischen Tagesklinik wurden Module des Kölner Patientenfragebogens für Brustkrebs KPF-BK verwendet. Der KPF-BK kommt in Nordrhein-Westfalen seit 2006 bei der jährlichen Patientenbefragung der zertifizierten Brustzentren zur Anwendung (Pfaff et al. 2011). Der validierte KPF-BK beinhaltet Module zur Krankenhausorganisation, Arzt-Patienten- und Pflegepersonal-Interaktion, Patienteninformation und -zufriedenheit (IMVR 2020). Während der KPF-BK umfassend die Versorgung im Krankenhaus erfragt, wurde der Fragebogen in der vorliegenden Arbeit so adaptiert, dass sich die Fragen auf die Onkologische Tagesklinik bezogen und Aspekte der Kundenbetreuung, der Empfehlung, des Informationsverhaltens und der Zufriedenheit abbildeten. Die Erprobung des adaptierten Fragebogens erfolgte mittels Zwei-Phasen-Pretest (Prüfer und Rexroth 2000, S. 5). Der Pretest erfolgte mit drei Patientinnen der Tagesklinik vor der Datenerhebung. Der Bogen wurde daraufhin sprachlich minimal angepasst. Die Subskalen sind in Tabelle 10 aufgeführt.

Tabelle 10: Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (eigene Darstellung)

Skala/ Item	Anzahl der Fragen
Qualität der Kundenbetreuung	3
Empfehlung	3
Tipps und Ratschläge im Umgang mit der Krankheit	6
Zufriedenheit	12

3.7 Datenanalyse

Zur Datenanalyse kamen bei den qualitativ erhobenen Daten die inhaltlich-strukturierende Analyse nach Kuckartz (2016) und bei den quantitativen Daten statistische Verfahren wie Häufigkeiten, Mittelwertvergleiche, Verteilungen und Korrelationen zum Einsatz (Döring und Bortz 2016).

3.7.1 Leitfadengestützte Interviews

Zur Analyse der Interviews wurde das transkribierte Material mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz 2016) unter Verwendung der Software MAXQDA 2018 (VERBI 2018) ausgewertet. Abbildung 4 zeigt das schrittweise Vorgehen. Zur Datenanalyse wurde ein deduktives Kodierverfahren verwendet. Die Kodes, die im ersten Kodierdurchgang angewendet wurden, ergaben sich aus den Kernelementen des Interviewleitfadens. In den darauffolgenden Kodierdurchgängen wurden induktiv weitere Kodes und Subkodes gebildet. Somit konnte schrittweise eine Fokussierung auf die Fragestellung erreicht werden bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Ergebnisse, die über die Themen der Leitfragen hinausgingen. Die gebildeten Kodes wurden zur Nachvollziehbarkeit in einem Kodebuch dokumentiert. Das mehrstufige Verfahren zur Bildung von Kodes wurde nach dem in Kuckartz beschriebenen Vorgehen durchgeführt (Kuckartz 2016, S. 111):

- 1) Erstellen von Memos direkt nach dem Interview und einer ersten Fallzusammenfassung
- 2) grobes Kodieren entlang der Hauptkategorien des Leitfadens (deduktiv)
- 3) Weiterentwicklung der Kodes am Material (induktiv)
- 4) nochmaliges Kodieren in das nun ausdifferenzierte Codesystem
- 5) Darstellung von Kontrasten oder Vergleichen



Abbildung 4: Ablauf inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, angelehnt an Kuckartz 2016, S. 111)

3.7.2 Konzeptevaluation

Das durch die Projektgruppe erstellte Konzept zur Implementierung der APN-Stelle (Eberl und Siegert 2016) wurde einer Dokumentenanalyse unterzogen. Methodisch orientierte sich diese Analyse am deduktiven Vorgehen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015). Das Vorgehen ist schematisch und regelgeleitet, was durch die Strukturierung des Konzeptes unterstützt wird. Diese Methode ermöglicht jedoch auch, neue relevante Erkenntnisse zu generieren, die über die Fragestellungen hinausgehen.

Das Vorgehen nach Mayring (2015, S. 62) beinhaltet:

- 1) Festlegung des betrachteten Materials; ausgerichtet an der Forschungsfrage
- 2) Analyse der Entstehungssituation
- 3) Formale Charakteristika des Datenmaterials
- 4) Festlegung der Analyserichtung
- 5) theoretische Differenzierung der Fragestellung
- 6) Bestimmung der Analysetechnik, des Ablaufs und der Kategorien
- 7) Definition der Analyseeinheiten
- 8) Durchführung der Materialanalyse
- 9) Zusammenstellung und Interpretation der Ergebnisse
- 10) Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Das betrachtete Material (Konzept) definierte sich aus der Projektphase; weitere Regelungen zur geplanten APN-Sprechstunde lagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Die Kategorien der Analyse orientierten sich an der Gliederung. Daraus ergab sich ein deduktives Vorgehen. Inhaltlich wurden sowohl die in der Analyse der Ausgangslage ermittelten Bedarfe, das theoretische Verständnis von erweiterter Pflegepraxis als auch die für eine Projektplanung notwendigen Inhalte herangezogen.

3.7.3 Fragebögen

Die Daten der Fragebögen wurden digital erfasst und einer Auswertung unterzogen. Die ausgefüllten Bögen wiesen eine gute Datenqualität auf. Der überwiegende Teil der Fragebögen enthielt vollständige Datensätze. Zur Qualitätssicherung wurden stichprobenhaft digital erfasste Datensätze durch eine zweite Person überprüft. Die statistische Auswertung erfolgte mittels des Statistikprogramms IBM SPSS, Version 25 (IBM 2019).

Zur Analyse der Bögen zur Patientenzufriedenheit wurden die Items analog der Auswertung der Befragung in Nordrhein-Westfalen (Pfaff et al. 2011) kodiert und deskriptiv ausgewertet. Die Bereiche *Qualität der Kundenbetreuung* und *Image* wurden mit dem Wert 4 für *stimme zu*, dem Wert 1 für *stimme nicht zu* und dem Wert 0 für *nicht beurteilbar* kodiert. Im Anschluss wurde der Mittelwert gebildet. Der Bereich *Tipps und Ratschläge* wurde mit *ja*, *nein* oder *keine Angaben* als Antwortmöglichkeiten ausgewertet. Für den Bereich *Zufriedenheit* wurden die Antwortmöglichkeiten *eher zufrieden*, *weder zufrieden noch unzufrieden*, *eher unzufrieden* und *keine Angaben* verwendet.

Die Auswertung der EORTC-Bögen erfolgte entsprechend des Scoring Manuals (Fayers et al. 2001). Die Antwortvorgaben des EORTC QLQ-C30 ermöglichen Antwortabstufungen von 1 (*überhaupt nicht*), 2 (*wenig*), 3 (*mäßig*) und 4 (*sehr*). Ausnahme bildet hier die Frage nach dem Gesundheitszustand, welche von 1 (*sehr schlecht*) bis 7 (*ausgezeichnet*) vorgegeben ist.

Mittels linearer Transformation werden die Antwortwerte entsprechend des Scoring Manuals (Fayers et al. 2001) in transformierte Werte zwischen 0 und 100 umgewandelt.

Im ersten Schritt wird der Rohwert ermittelt, der den Mittelwert der zur Skala gehörenden Items bildet:

$$RawScore = RS = (I1 + I2 + In)/n$$

Es schließt sich die Transformation nach folgender Formel an, um eine Bewertungsskala (mittlerer Score) von 0 – 100 zu erhalten:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

In der Symptom-Skala und der Skala „Allgemeiner Gesundheitszustand“ wird weiterhin verwendet:

$$Score = \{(RS - 1)/range\} \times 100$$

Range bedeutet die Spannweite zwischen maximalem und minimalem Wert des Rohwertes.

Die Spannweite beträgt bei den zwischen 1 und 4 bewerteten Items 3, welche am häufigsten verwendet werden. Bei der 7-stufigen Abstufung zum Gesundheitszustand beträgt die Spannweite 6.

Emotionales Empfinden (EF)

$$RawScore = \{Q_{21} + Q_{22} + Q_{23} + Q_{24}\}/4\}$$

$$EF\ Score = \{1 - (RawScore - 1)/3\} \times 100$$

Müdigkeit und Erschöpfung (FA)

$$RawScore = \{Q_{11} + Q_{12} + Q_{13}\}/3\}$$

$$FA\ Score = \{1 - (RawScore - 1)/3\} \times 100$$

Höhere Ergebnisse in EORTC QLQ-C30 verdeutlichen ein höheres Maß an Symptombelastung und ein höheres Maß an Problemen. Zur Auswertung der Fragebögen des EORTC QLQ-INFO25 wurden die einzelnen Skalen entsprechend dem Manual (Arraras et al. 2010) ermittelt. Das Auswertungsprinzip für den Fragebogen EORTC QLQ-INFO25 folgt in den Grundsätzen den Auswertungsvorgaben für den EORTC QLQ-C30. Alle Skalen und Einzelwerte werden von 0 – 100 abgebildet, wobei ein höherer Wert für ein höheres Niveau an Informationen im jeweiligen Bereich steht. Die letzten vier Items, welche die Zufriedenheit abfragen, werden aus einer qualitativen Perspektive heraus analysiert, wobei ein höherer

Wert für eine höhere Zufriedenheit mit den Informationen steht. Die einzelnen Skalen wurden mittels grafischer Darstellung (Histogramm) auf Normalverteilung geprüft. Zur Darstellung der Unterschiede von t0 und t1 der ordinalskalierten Werte wurden zentrale Tendenzen ermittelt. Bei normalverteilten Skalen wurde der t-Test für unverbundene Stichproben verwendet, da dieser sensitiver in der Erkennung von Signifikanzen ist. Der Mann-Whitney-U-Test, der bei den übrigen Skalen eingesetzt wurde, überprüft, ob die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind. Betrachtet wurde die exakte Signifikanz, weil eine Stichprobe weniger als 30 Elemente enthält.

3.8 Forschungsethische und datenschutzrechtliche Aspekte

Um die Qualität einer Studie zu beurteilen, ist sie zunächst anhand vier grundlegender Standards auf ihre Wissenschaftlichkeit zu prüfen, die gleichermaßen für das qualitative, quantitative und das Mixed-Methods-Forschungsparadigma gelten. Diese beziehen sich auf die Formulierung eines wissenschaftlichen Forschungsproblems, die Realisierung eines an das Forschungsproblem angepassten wissenschaftlichen Forschungsprozesses, die Orientierung an der Wissenschafts- und Forschungsethik sowie die vollständige schriftliche Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses (Döring und Bortz 2016, S. 85–86).

3.8.1 Forschungsethik

Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU vom 23.08.2016 (Projekt 484-16) liegt vor. Alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden ausführlich informiert. Eine Erfassung und Verwertung der Daten erfolgte ausschließlich nach einer schriftlichen Zustimmung mittels eines Informed Consent (Beauchamp 2004). Die Teilnahme an der Studie war für alle Beteiligten zu jeder Zeit freiwillig. Ein Widerruf war solange möglich, wie die Daten noch nicht komplett anonymisiert waren. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren damit keine Nachteile verbunden. Die Kontaktmöglichkeiten waren auf dem Informationsschreiben angegeben. Die erhobenen Daten wurden zu jeder Zeit datenschutzgerecht verwahrt. Der Forschungsverlauf und die erzielten Ergebnisse wurden entsprechend den Grundsätzen der guten wissenschaftlichen Praxis (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2019) dokumentiert. Durch die Einhaltung der Regeln und durch die fachliche Erfahrung und Methodenkompetenz der Forscherin wurde sichergestellt, dass die Beteiligten keinerlei Nachteile und Gefahren ausgesetzt waren. Emotional anspruchsvolle Situationen, die beispielsweise in Interviews mit Patient*innen entstehen können, wurden mit besonderer Sorgfalt betrachtet. Bei Auftreten wäre das Interview entsprechend unterbrochen oder abgebrochen worden. Die Nachnutzung der Daten ist gewährleistet, da die Daten in die Rückmeldung zur Evaluation einfließen und damit zur Anpassung des Projektes und für Folgeprojekte genutzt werden.

3.8.2 Datenschutz

Während der Planung, Durchführung und Nachbereitung der Studie wurden die geltenden Datenschutzbestimmungen eingehalten. Die Daten wurden anonymisiert weiterverarbeitet. Die Anonymität wurde bei der Datenauswertung gewahrt. Ein Zugriff auf die Rohdaten war nur für die Forscherin selbst möglich. Original-Aufnahmen wurden nach Übertragung und qualitätssichernden Maßnahmen vernichtet, spätestens nach zwei Jahren. Eine Übermittlung der Primärdaten an Dritte erfolgte nicht.

3.9 Gütekriterien

3.9.1 Gütekriterien zur Evaluationsforschung und zur Rolle des Evaluators

Die Standards zur Planung und Durchführung von Evaluationen sind durch die Deutsche Gesellschaft für Evaluation beschrieben. Als übergeordnete Kategorien werden dort Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit aufgeführt, an denen sich die vorliegende Studie orientiert (DeGEval 2016, S. 34–50). Um Informationen angemessen generieren zu können, befindet sich die Forscherin in der Herausforderung zwischen der externen Sichtweise einerseits und der Notwendigkeit, einen empathischen Blick und Vertrauen zur evaluierten Gruppe zu erhalten, andererseits. Durch die berufliche Erfahrung in den Fachbereichen Gynäkologie und Onkologie ist es möglich, eine Nähe zum Forschungsfeld aufzubauen und die gewonnenen Daten diskursiv in den jeweiligen Kontext einzuordnen. Im Folgenden werden die Gütekriterien der verschiedenen Forschungsstränge aufgeführt, da sich diese inhaltlich unterscheiden und deshalb individuell betrachtet werden müssen.

3.9.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

In einem qualitativen Forschungsprojekt können die traditionellen wissenschaftlichen Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität nicht ohne weitere Einschätzung qualitativer Gütekriterien herangezogen werden (Döring und Bortz 2016, S. 107). Große Akzeptanz findet der Ansatz, eigene Gütekriterien für das qualitative Forschungsvorgehen zu entwickeln. Trotz der Heterogenität der forschungsmethodischen Vorgehensweisen setzen sich auch in der qualitativen Forschung immer mehr verbindliche Gütekriterien durch (Döring und Bortz 2016, S. 109 ff.). Qualitative Forschung muss nach Lincoln und Guba (1985) das übergeordnete Kriterium der Glaubwürdigkeit und die Kriterien Vertrauenswürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit erfüllen. Diese wurden im Forschungsprozess berücksichtigt und ergänzt durch die Kriterien der Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit und Nähe zum Gegenstand (Mayring 2023, S. 144 ff.). Die Relevanz der Forschung ergab sich aus dem Pilotcharakter des betrachteten Projektes. Der gesamte Forschungsprozess wurde umfangreich dokumentiert, beispielsweise durch Memos. Die Nähe zum Forschungsgegenstand – und damit eine Bedingung zur Interpretation der gewonnenen Daten – wurde durch die berufliche Erfahrung der Forscherin erfüllt. Eine Triangulation der Methoden und Daten erfolgte mit dem Ziel, den Implementierungsprozess aus mehreren Perspektiven zu betrachten, um so das Vertrauen in die Resultate zu erhöhen (Kuckartz 2014, S. 47). Im Sinne einer kommunikativen Validierung (Steinke 2000, S. 328 f.) wurden die Interviewergebnisse stichprobenhaft nach der Datenanalyse noch einmal mit den Befragten rekapituliert, um sicherzustellen, dass die Schlüsse aus den Ergebnissen mit den Intentionen der Interviewten übereinstimmten. Für die Interviews mit den Patient*innen wurde darauf bewusst verzichtet. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens mit Beschreibung der Erhebungsinstrumente und eine ausführliche Beschreibung des Forschungsprozesses wurde erstellt. Das Kodieren erfolgte stichprobenhaft durch zwei Forscherinnen. Aus Gründen der Qualitätssicherung wurde ein Interview parallel ausgewertet, im Anschluss verglichen und Unterschiede im Analyse-Vorgehen besprochen. In der besonderen Situation des Interviews, welche die Interaktion der Interviewpartner*innen beinhaltet, spielt der Schutz der Teilnehmenden eine besondere Rolle (RatSWD 2017, S. 18; Pfaff und Slesina 2001). Um das zu gewährleisten, wurden die Interviews in einem separaten Raum geführt. Seitens der Interviewerin wurde darauf geachtet, ob gestellte Fragen Reaktionen provozieren, die auf eine psychische Belastungssituation hindeuten könnten. Das Ziel der Befragung wurde den Proband*innen offengelegt und im Rahmen des schriftlichen Einverständnisses ausführlich erläutert. Vor allem bei Evaluationsstudien, die wie hier im Rahmen von Implementierungsprozessen stattfanden, kam dem Aspekt der Anonymität besondere Bedeutung zu, da sich die handelnden Personen kannten. Im Rahmen des Transkribierens wurde darauf geachtet, dass Rückschlüsse auf Personen nicht anhand von fremdsprachlich bedingten Sprachmustern erkannt werden konnten.

3.9.3 Gütekriterien quantitativer Forschung

Die anerkannten Gütemerkmale quantitativer Forschung stellen die Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität dar. Objektivität beschreibt, inwieweit das Testergebnis unabhängig vom Untersuchenden erzielt werden kann, wobei zwischen der Objektivität hinsichtlich der Durchführung, der Auswertung und der Interpretation differenziert wird. Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit und Wiederholbarkeit der Datenerhebung, wobei davon ausgegangen wird, dass Messmerkmale über einen Zeitraum hinweg stabil bleiben. Besonders relevant ist das Kriterium der Gültigkeit (Validität). Dieses erfasst die Genauigkeit, mit der von den gewonnenen Daten auf das Merkmal geschlossen werden kann, welches gemessen werden soll. Die interne Validität beschreibt die Stimmigkeit in sich. Als externe Validität bezeichnet man die Korrelation mit dem Außenmaß, das sich wiederum in Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität, Kriteriumsvalidität und ökologische Validität unterteilt (Döring und Bortz 2016, S. 445).

Objektivität wird durch die Anwendung standardisierter Instrumente (Durchführungsobjektivität) sichergestellt. Im Sinne der Auswertungsobjektivität erfolgt eine korrekte Darstellung der erhobenen Daten, Anwendung passender statistischer Methoden, Plausibilitätsprüfung der Daten und stichprobenhafte Überprüfung der verarbeiteten Daten durch eine zweite Person. Die Interpretation erfolgt anhand der vorliegenden Ergebnisse. Bei den quantitativ erhobenen Daten kommen überwiegend standardisierte Fragebögen (EORTC) zum Einsatz, deren Validität und Reliabilität geprüft wurde. Für den EORTC QLQ-C30 wurden von Nolte et al. (2019, S. 185 f.) Referenzwerte für bevölkerungsspezifische Daten in 13 europäischen Ländern veröffentlicht. Die Validierung des EORTC QLQ-INFO 25 durch Arraras et al. (2010) zeigte auf, dass die interne Konsistenz aller Skalen als gut bewertet wurde. Eine ausführliche Beschreibung der Güte des leicht adaptierten Fragebogens KPF-BK erfolgte von Pfaff et al. (2011). Dort wurde angeführt, dass sich die Skalen jeweils aus mindestens drei Items zusammen setzen, was im Vergleich zu einem Ein-Item-Messinstrument eine höhere Reliabilität und Validität erzeugt (Pfaff et al. 2011, S. 4). Die interne Konsistenz wurde mittels Cronbachs Alpha ermittelt und erwies sich als noch zufriedenstellend bis sehr gut (Pfaff et al. 2011, S. 26). Die vorgenommene Adaption wurde mittels Zwei-Phasen-Pretest (Prüfer und Rexroth 2000) an drei Patientinnen vorab überprüft.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Analyse der Ausgangslage (IST-Analyse)

4.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die erste Datenerhebung (Analyse der Ausgangslage) erfolgte mit dem Ziel, die Situation der pflegerischen Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs in der Frauenklinik am LMU Klinikum zu erfassen. Sie bildete die Grundlage für das APN-Konzept, welches im nächsten Kapitel evaluiert wird. Zu diesem Zeitpunkt wurde durch die Projektgruppe noch keine Eingrenzung des Tätigkeitsfeldes der APN auf Patient*innen mit oralen Therapien vorgenommen, weshalb auch Pflegefachpersonen und Ärzt*innen im stationären Setting befragt wurden.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen 08/2016 und 10/2016 mittels leitfadengestützter Interviews. Befragt wurden zwei BCNs, drei Pflegefachpersonen und zwei Oberärztinnen.

Tabelle 11: Übersicht der Interviews zur Evaluation der Ausgangslage

Interview*	Interview-Dauer	Rolle des Befragten	Interview geführt
A1	00:41	Breast Care Nurse	08/2016
A2	00:37	Breast Care Nurse	08/2016
A3	00:16	Oberarzt/Oberärztin	10/2016
A4	00:16	Oberarzt/Oberärztin	10/2016
A5	00:45	Pflegeperson	10/2016
A6	00:29	Pflegeperson	10/2016
A7	00:22	Pflegeperson	10/2016

* A1 bis A7 stellt die Reihenfolge der Interviews dar; A steht für die Interviews der IST-Analyse.

Alle Interviewten verfügen über umfangreiche berufliche Erfahrung in der Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs. Die Pflegefachpersonen der Onkologischen Tagesklinik sind entsprechend den Vorgaben der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) zur Verabreichung von Zytostatika (Wecht 2014) geschult. Zwei der Pflegenden verfügen über eine onkologische Fachweiterbildung und eine Weiterbildung zur Leitung einer Station. Die befragten Oberärzt*innen verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der gynäkologischen Onkologie bzw. der Systemtherapie. In Tabelle 11 sind die Interviews aufgelistet, die zur Evaluation der Ausgangslage geführt wurden.

4.1.2 Ergebnisse der Interviews

In diesem Abschnitt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews. Diese bezieht sich auf den Zeitpunkt der Datenerhebung und ist deshalb in der Präsenz-Form dargestellt. Die qualitative Analyse der Interviews erfolgt anhand folgender Codes:

- Aufgabenfelder der Breast Care Nurse (BCN)
 - o BCN als Ansprechpartnerin und Schnittstellen-Koordinatorin
 - o Tumorboard
 - o Besuch stationärer Patient*innen
 - o Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung
 - o Zusammenarbeit zwischen BCN und ärztlichen Kolleg*innen
- Aufgabenfelder der Pflegepersonen im stationären Setting
 - o Präoperative und postoperative pflegerische Tätigkeiten

- Informationen und Beratung
- Screening und Assessment
- Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen der Station und ärztlichen Kolleg*innen
- Aufgabenfelder der Pflegefachpersonen in der Onkologischen Tagesklinik
 - Administrative Tätigkeiten
 - Klinische Tätigkeiten bei der Versorgung von Patient*innen mit Tumorthérapien
 - Screening und Assessment
 - Informationen und Beratung
- Informationsfluss
 - Fehlende Rückmeldung abteilungsübergreifend
 - Papierakten vs. digitale Dokumentation
 - Informationsaustausch zwischen Behandlungspartnern
- Herausforderungen in der Ablaufgestaltung
 - Pflegefremde Tätigkeiten
 - Wartezeiten, Erreichbarkeit
- Offene Bedarfe und Verbesserungspotenzial
 - Kontinuität der Ansprechpartner*innen
 - Beratung und Empowerment
 - Patient*innen mit oralen Therapien
 - Patient*innen mit Metastasen bzw. Lokalrezidiven
 - Psychische Belastungen
- Erwartungen an eine APN

4.1.2.1 Aufgabenfelder der Breast Care Nurse (BCN)

Die BCN betreut zum Zeitpunkt der Datenerhebung Patient*innen mit Primärdiagnose Brustkrebs in der Phase der Diagnosestellung. Sie ist Ansprechpartnerin und Koordinatorin. Hauptaufgabe der BCN ist die Teilnahme in den Sprechstunden mit dem Ziel, Inhalte mit Patient*innen und bei Bedarf mit deren Angehörigen nachbesprechen zu können, Schnittstellen zu koordinieren, Termine zu vereinbaren und Kontakte herzustellen. Sie stellt sicher, dass bedarfsgerecht supportive Leistungserbringer, wie Psychoonkologie und Sozialdienst, eingebunden werden. Informationen zu weiteren Angeboten, wie beispielsweise Physiotherapie, Lymphödemprophylaxe oder Seelsorge werden an die Betroffenen weitergegeben. Die BCN nimmt telefonische Fragen an die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen entgegen, klärt diese ab und ruft Patient*innen zurück.

„Also, sagen wir es so, der Doktor legt fest, was gemacht werden muss, macht die Anamnese, macht die Therapieempfehlung und dann kommen die Patienten zu mir und dann leite ich das weitere in die Wege. Also entweder OP-Termine, Staging-Termine, Diagnostik-Termine und so weiter.“ (A2:60-60)

Neben den Patient*innen, die ihre Primärdiagnose Brustkrebs in der Ambulanz des Brustzentrums mitgeteilt bekommen und entsprechend der Therapieempfehlung des Tumorboards ihre Therapie erhalten, werden im Brustzentrum Patient*innen mit Lokalrezidiven und metastasiertem Mammakarzinom behandelt. Diese Patientengruppe wird von der BCN nicht strukturiert mitversorgt. Deshalb müssen ärztliche und pflegerische Mitarbeitende besonderes Augenmerk darauf haben, diesen Betroffenen einen Zugang zu supportiven Angeboten zu ermöglichen.

„Das Problem ist aber: Sie [die BCN] geht für gewöhnlich nicht zu Rezidivpatienten und hin und wieder bleibt es auch so mal liegen und da tauchen dann manchmal Lücken auf.“ (A7:2-2)

Ein Hauptarbeitsfeld der BCN sind die administrativen Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Tumorboard. In der prätherapeutischen Phase übernimmt sie einen großen Teil der Vor- und Nachbereitung des Tumorboards, stellt Befunde zusammen und stellt die Nachbereitung sicher.

„Mittwochs ist Tumorboardvorbereitung. Also zu dem Ganzen was da ansteht ansonsten das Tumorboard vorbereiten. Am Donnerstag muss ich nachsuchen sind irgendwelche Befunde offen und das noch mal nachfordern, ergänzen. Und mittags ist dann Tumorboard. Und freitags ist dann Nachbearbeitung vom Tumorboard (...).“ (A1:41-41)

In der stationären Phase werden die Patient*innen mit Primärdiagnose Brustkrebs auf Station besucht. Im Rahmen ihres Entlassungsgesprächs werden diese über Verhaltensweisen informiert und sichergestellt, dass alle supportiven Anschlusstermine organisiert sind.

„Und dann bin ich aktiv eben im stationären Aufenthalt. (...) Also die sind froh, dass es mich gibt und dass ich ihnen die Termine mache, das ja immer ganz viel Zeit wegnimmt (lacht) und ich das so koordineiere, (...) erst im stationären Aufenthalt ist es so, wenn die also zuerst operiert werden, wo die Patienten das dann auch annehmen können den Kontakt.“ (A2:52-52)

Anamnesegespräche oder strukturierte pflegerische Assessments durch die BCN finden nicht statt. Die Erst- und Entlassungsgespräche erfolgen hingegen geplant und strukturiert. Die BCN beteiligt sich an Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und bringt sich bei Fortbildungen und Kongressen ein. Sie wirkt bei Veröffentlichungen, Gestaltung von Flyern und Organisation von Gesprächsabenden mit. Ihr Wissen gibt sie im Rahmen von internen Fortbildungen an Kollegen und Kolleginnen weiter. Auch Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Zusammenstellung von therapiebezogenen Kennzahlen, werden von der BCN mit übernommen.

In der Zusammenarbeit zwischen BCN und ärztlichen Kolleg*innen des Brustzentrums stehen patientenbezogene Absprachen im Mittelpunkt. Ihre Rolle sieht sie als Vermittlerin zwischen ärztlichem Personal und Patient*in. Davon profitieren vor allem die Patient*innen und ihre Angehörigen, aber auch die Ärzte und Ärztinnen des Brustzentrums, da beide Seiten durch diese Abläufe Zeit sparen.

„Also ich bin so eine Vermittlung auch zwischen Ärzte und Patient. Also jetzt hat eine Patientin heute angerufen, die wollte unbedingt noch eine Frage an die [Name der Oberärztin] stellen. Frau [Name der Oberärztin] ist drei Wochen austerminiert, das war aber wichtig und dann bespreche ich das mit der Frau [Name der Oberärztin] und dann rufe ich die Patientin wieder an und dann sage ich (summt) "so machen wir weiter". Das erspart aber auch halt der Patientin Zeit und auch der Frau [Name der Oberärztin] Zeit.“ (A2:134-134)

Die Aufgaben zwischen BCN und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen stellt die BCN als klar geregelt dar. Bei den Gesprächsinhalten der ärztlichen Aufklärung besteht jedoch die Gefahr von Überschneidungen bei Themen der bevorstehenden Therapie und den zu erwartenden Nebenwirkungen. Deshalb versucht sie, ihr Gespräch nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch zu führen.

„Ja. Es ist immer... die Aufklärung ist immer so ein bisschen schwammig. Wo ich sage, da muss ich aufpassen, dass ich da nicht in den ärztlichen Bereich, also... meine persönliche Meinung ist, dass [Name der Oberärztin] denkt, Ah, em... die Frau [Name der BCN] hat aufgeklärt, was für mich eigentlich... es geht um den Ablauf, es geht um pflegerische Belange des Patienten und wie er sich so manche Dinge erleichtern kann. Oder was im Vorfeld organisieren kann. Um was anderes geht es da nicht.“ (A1:90-90)

4.1.2.2 Aufgabenfelder der Pflegepersonen im stationären Setting

In der stationären Versorgung betreut das Pflegepersonal die Patient*innen präoperativ, indem ein Aufnahmegespräch geführt wird und neben den diagnosebezogenen Themen auch individuelle Faktoren erhoben werden. Administrativ werden im stationären Setting ausstehende Untersuchungen koordiniert und Gespräche geführt, um den Patient*innen Orientierung zu geben. Beratungen zu postoperativen Verhaltensweisen und die Bedarfserhebung hinsichtlich psychosozialer Belastung sind fester Bestandteil.

„[Wir] geben ihnen den Bogen für die psychosoziale Erfassung, der ist ja noch relativ neu. Das ist ein Punkt, wo es manchmal noch hakt, wenn man bei den Sachen sind, da wo es auch Lücken gibt. (...) Zwischendrin ergibt sich immer mal wieder Zeit für Gespräche. Manche Patienten sind noch sehr belastet durch die Diagnose, haben einen hohen Redebedarf. Manche wollen gar nicht reden oder sind in diesem Moment nicht ganz so belastet, unterschiedlich. Je nachdem. Kommt auf den Patienten drauf an.“ (A7:2-2)

Screenings und Assessments, wie die Erhebung des Dekubitusrisikos, Schmerzassessment, Pneumonie-Risikoeerhebung und Distress-Thermometer, finden Anwendung. Prä- und postoperative Assessments zum Ernährungszustand oder zur Sozialanamnese werden nicht strukturiert eingesetzt.

„Nee, also Ernährung bis jetzt noch nicht. (...) Ansonsten, die Schmerzskala verwenden wir bei Aufnahme; auf dem Erstgespräch gibt es ja schon die Ersteinschätzung bei Aufnahme in Bewegung und in Ruhe. Und postoperativ wird es natürlich regelmäßig verwendet und auch in der Kurve dokumentiert.“ (A7:2-2)

Zentrale Themen der pflegerischen postoperativen Versorgung stellen die Frühmobilisation, die Unterstützung bei der Körperpflege und die Wundversorgung dar. Dies erfolgt in enger Absprache mit anderen Disziplinen, wie den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und der Physiotherapie. Wenn gewünscht, werden individuelle Gespräche beispielsweise vor der Entlassung angeboten. Dies erfolgt jedoch nicht standardisiert.

Informations- und Beratungsgespräche durch Pflegefachpersonen beziehen sich hauptsächlich auf postoperative Verhaltensweisen. Weiterhin werden die Einbindung der Psychoonkologie, die Weiterleitung in eine Anschlussheilbehandlung und die Versorgung mit Hilfsmitteln sichergestellt, sofern dies durch die BCN noch nicht erfolgte.

„(...) den [Spezial-BH] muss man dann halt beantragen über die orthopädische Werkstatt bei uns. Die kommen dann in der Regel hoch oder die Patienten gehen runter, je nachdem wie mobil die sind. Und bei den Patienten mit einer Ablation, die brauchen halt auch einen Spezial-BH dann wieder, noch einen anderen halt. Dafür muss man halt sorgen, dass die einfach diese Sachen bekommen.“ (A6:2-2)

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen wird durch die befragten Pflegefachpersonen und Oberärztinnen und Oberärzte im stationären Setting als gutes Miteinander beschrieben. Das Arbeiten zwischen Arzt und Pflege gehe „Hand in Hand“ (A7:2-2).

„Dass man eigentlich wirklich hier zusammenarbeitet und nicht gegeneinander arbeitet. Das macht es natürlich einfacher und auch schöner die Leute zu versorgen.“ (A7: 2-2)

Zentrales Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit in der postoperativen Phase stellt die Beurteilung, Beobachtung und Versorgung von Wunden dar. Arzt und Pflege streben eine gemeinsame Begutachtung und einen gemeinsamen Verbandswechsel an, was aus Zeitgründen nicht immer möglich ist.

„Das ist schon sehr gut. Also jetzt, die Oberärzte kommen halt regelmäßig und besuchen ihre Patienten. Die wollen auch, dass immer eine Schwester beim Verbandswechsel dabei ist bzw. meistens wollen die auch beim Verbandswechsel dabei sein. Machen täglich ihre Wundkontrollen und Wundbettkontrollen. Also das ist schon sehr, sehr eng.“ (A6:2-2)

Durch knappe pflegerische Ressourcen im stationären Bereich kommt es vor, dass Verbandswechsel nicht durch beide Berufsgruppen durchgeführt werden können. Aus der Perspektive des oberärztlichen Mitarbeitenden wird in der nicht abgestimmten Wundkontrolle eine Fehlerquelle beispielsweise für eine korrekte Wundbeurteilung gesehen.

„Auf Station ist es so, dass wir einen Schwesternmangel haben derzeit. (...) Und dann, wenn man da keine Schwester mehr dabei hat, dann fängt das Problem z. B. auch am Wochenende an, dass keiner weiß, wie es vorher aussah, wie es versorgt wird dann adäquat und dann auch meines Erachtens dann Fehler daraus resultieren.“ (A4:2-2)

4.1.2.3 Aufgabenfelder der Pflegefachpersonen in der Onkologischen Tagesklinik

Im tagesklinischen Setting stellen administrative Tätigkeiten, wie Aufnahmen, Entlassungen, Terminierungen sowie die Entgegennahme, Applikation und Überwachung der intravenös, subkutan oder intramuskulär verabreichten Therapien, die hauptsächlichen pflegerischen Tätigkeiten dar.

Arbeitstäglich übernimmt eine Pflegeperson die administrativen Aufgaben. Dies beinhaltet das Entgegennehmen von Telefonanrufen und die Abarbeitung der Mitteilungen, die digital eingehen. Zentrale Themen sind die Laborwerte, welche durch die Patient*in an die Tagesklinik übermittelt werden, damit ihr Gesundheitszustand eingeschätzt und die Chemotherapie in der Apotheke bestellt werden kann. Die Freigabe der Therapien erfolgt ärztlich; die Entgegennahme der gelieferten Infusionen fällt in den Zuständigkeitsbereich der Pflege. Weitere Tätigkeiten sind das Ausstellen von Bestätigungen und die Vereinbarung neuer Termine. Kontakt zu supportiven Bereichen wie beispielsweise Sozialdienst, Ernährungsberatung oder komplementärmedizinischen Angeboten werden, wenn gewünscht, hergestellt.

„Dann kommen diese Sachen, die dann für den Folgetag vorbereitet werden. Die Infusionsfreigaben werden gemacht vom Arzt her. Also in der Zwischenzeit läuft das Fax heiß. Und die ganzen auswärtigen Laborwerte werden geschickt für den Folgetag. Das heißt, der Arzt kontrolliert die Laborwerte, meist kommt noch der Anruf der Patientin, ob es ihr wirklich gut geht und die Freigabe für den nächsten Tag werden ab Mittag gestaltet.“ (A5:10-10)

Patient*innen, die neu in die Onkologische Tagesklinik aufgenommen werden, erhalten einen Rundgang, in dem die Räumlichkeiten gezeigt werden. Es folgt ein strukturiertes Gespräch über Therapieablauf, Applikation von Kühlelementen und die Terminierungen. Patient*innen, die zum Termin kommen, erhalten eine Vitalwertkontrolle, eine Abfrage von Symptomen und Nebenwirkungen und die Applikation der Therapie.

Spezielle pflegerische Assessments, die über eine Schmerzabfrage und das generelle Erfragen von Nebenwirkungen hinausgehen, finden nicht statt. Die Beurteilung der angegebenen Nebenwirkungen obliegt den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Wenn notwendig, werden patientenbezogene Vorbereitungen durchgeführt, wie das Anlegen des Scalp Cooling. Während der Therapie-Applikation und der pflegerischen Therapieüberwachung ist Zeit für Gespräche und pflegerische Beratung. Diese werden sehr individuell geführt. Eine strukturierte Planung von pflegerischen Beratungsgesprächen existiert nicht.

„Der Mitarbeiter, der im Zimmer tätig ist, der ist noch näher am Patienten dran. Da kommt es auch zu diesen Gesprächen, unter anderem: "Was macht das Kind in der Schule?" bis dahin "Also, ich

habe starke... die Mundschleimhaut ist sehr entzündet, was kann ich dafür tun?" Also das ist nicht ein spezieller Plan wie es abgearbeitet wird, sondern es ist rein individuell. (...) Aber es gibt keine Struktur, wo man sagt da haken wir ab, wir haben heute mit dem gesprochen.“(A5:24-25)

Die Zusammenarbeit zwischen den Pflegefachpersonen in der Onkologischen Tagesklinik und den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen wurde in den Interviews von den befragten Pflegefachpersonen thematisiert. Die Abläufe zwischen diesen beiden Berufsgruppen stellen sich in der Tagesklinik als eingespielt dar. Bei den administrativen Tätigkeiten erfolgt eine sehr enge Absprache hinsichtlich der Weitergabe von telefonischen Patientenanfragen, der Ausstellung von Bescheinigungen sowie der Terminierungen von Therapien und Untersuchungen.

Eine interviewte Pflegefachperson thematisierte das Rollen-Denken zwischen Arzt und Pflege. Die Pflegepersonen in der Tagesklinik sind überwiegend seit vielen Jahren dort tätig und verfügen über eine hohe fachliche Kompetenz und Erfahrung. Die Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung rotieren für mehrere Monate dorthin im Rahmen ihrer Facharztausbildung. Bei den wechselnden Assistenzärztinnen und -ärzten muss diese pflegerische Expertise immer wieder neu unter Beweis gestellt werden.

„Gefühlt ist es so, dass der Arzt sich beschnitten fühlt, wenn wir schlauer sind. Das klingt jetzt hart, aber er, wenn er nicht gleich auf die Idee kommt wie die Schwester, fühlt er sich bestochen und meint so: "Nein, das kann nicht richtig sein. Das muss ich erst überprüfen." Aber es ist aber gar nie uns in den Vordergrund stellen möchte, aber eigentlich nur dem Patienten gut tun soll. Also wir wollen uns ja nicht präsentieren und sagen: "Ja, die Schwester hat es jetzt wieder gewusst." Nein, es ist eigentlich, es kommt eine Patientin oben raus. Also es geht wirklich um den Patienten. Und da kämpft man manchmal.“ (A5:61-61)

4.1.2.4 Informationsweitergabe

Eine zeitnahe und inhaltlich korrekte Weitergabe von Informationen zwischen den Akteuren des therapeutischen Teams bildet eine wichtige Grundlage für eine arbeitsteilige Leistungserbringung. Noch nicht optimal zeigt sich die Informationsweitergabe zwischen dem Behandlungsteam und den supportiven Bereichen. Aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen ist es förderlich, wenn man die Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen des supportiven Bereiches persönlich kennt und sich so ein regelmäßiger Kontakt ergibt. Schwierigkeiten werden am Beispiel der Informationsweitergabe zwischen Sozialdienst und Kernleistungserbringern erläutert.

„Ja, also die Physiotherapeutin kenne ich sehr gut. Mit der unterhalte ich mich auch über meine Patienten, die gibt mir auch Rückmeldung, weil ich die immer auf Station sehe. Mit dem Sozialdienst ist wesentlich schwieriger, finde ich jetzt persönlich. Das kann aber auch an mir liegen, weil ich ja auch nicht immer auf Station bin. Aber Sozialdienst ist für mich so, ja, die besprechen dann mit den Patienten etwas, was wir nicht genau wissen, was jetzt besprochen wurde.“ (A4:2-2)

Die befragten Pflegenden und Ärzt*innen im stationären Setting bemängeln vor allem die unzureichenden Informationen zu Patient*innen, die in andere Bereiche des Brustzentrums wechseln. Hier fehlt eine konstante Ansprechperson, welche die Patient*innen mit ihren individuellen Situationen persönlich kennt.

„Also, was jetzt, wenn die jetzt eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie bekommen sollten aufgrund der Histologie, also bekommt die Pflege das an sich nicht mit. Also da fehlt schon einmal die Information. Dann wie gesagt, bekommen wir auch nicht mit, wenn die jetzt in der Tagesklinik zur Chemotherapie sind. Das wissen wir nicht. Nur wenn es dem schlecht geht und sie dann auf

die Station wiederkommen, dann haben wir den Verlauf. Und ja.“ (A6:2-2)

Papierakten stellen nach wie vor ein zentrales Medium der Kommunikation in der Klinik und an den Versorgungsschnittstellen dar. Alle Befunde und wichtigen Dokumente sind dort enthalten. Der Informationsaustausch zwischen der Breast Care Nurse, dem Palliativdienst, der Psychoonkologie und dem Sozialdienst erfolgt auch digital über Konsil, wobei Rückfragen telefonisch möglich sind. Allerdings könnte die digitale Dokumentation optimiert werden, um den Informationsfluss besser zu gestalten.

„Ja ich würde mir ein bisschen mehr Austausch wünschen... em... eben hab ich ja auch gesagt, die digitale Dokumentation wäre für mich dann auch von Vorteil weil ich dann nicht explizit hinter jeder Schwester laufen muss.“ (A1:119-119)

Andererseits wird klar formuliert, dass digitale Einträge das persönliche Gespräch an den Schnittstellen nicht ersetzen können.

„Also mit der Breast Care Nurse, die kommt zwar jeden Tag auf Station, aber wir haben nicht so wirklich die Information, was sie halt macht. Das heißt, sie trägt zwar Sachen ins Kadex dann ein, aber also sie spricht mit uns nicht drüber, was halt mit den Patienten jetzt besprochen ist oder nicht besprochen ist.“ (A6:2-2)

4.1.2.5 Offene Bedarfe und Verbesserungspotenzial

In den Interviews wird deutlich, dass die Kontinuität der Ansprechpartner*innen in den Versorgungsphasen für die Patient*innen optimiert werden könnte. In der Phase der Diagnosestellung und während des stationären Aufenthaltes stellt die Breast Care Nurse dies für Patient*innen mit Primärdiagnose Brustkrebs sicher. In der Betreuung von Betroffenen mit Metastasen und Lokalrezidiv, mit gynäkologischen Tumorerkrankungen und in der Phase der Systemtherapie werden jedoch Verbesserungsbedarfe gesehen. Eine strukturierte und kontinuierliche Einbindung der Familien und Partner*innen in den Behandlungsprozess im Brustzentrum findet aus Sicht der Befragten noch nicht regelhaft statt, obwohl dies als hilfreich und unterstützend zur Krankheitsbewältigung eingeschätzt wird.

„Also ich denke, manchmal sind sie halt schon ziemlich allein gelassen. (...) Ich denke, das wäre schon ein guter Schritt, wenn es da direkt einen Ansprechpartner gibt immer. Also für alle. Nicht bloß für - was weiß ich - ich glaube die Breast Care Nurse geht bloß zu den Erstdiagnosen - ich weiß es jetzt nicht. Aber, wenn jetzt alle Patienten, die einfach da sind, einen Ansprechpartner hätten, wäre gut.“ (A6:2-2)

Zum einen zielt diese Anforderung darauf ab, die Prozesse innerhalb des Brustzentrums besser zu steuern, andererseits wird es aus Sicht der Betroffenen bewertet, für die kaum zu erkennen ist, welcher Experte/ welche Expertin für welche Frage die richtige Ansprechperson darstellt. Eine interviewte Person wünscht sich für die Patient*innen eine konstante Ansprechperson über den gesamten Behandlungsprozess hinweg. Das muss kein Arzt/ keine Ärztin sein, sondern eine Person, die alle wichtigen Aktivitäten rund um die Patientin oder den Patienten im Blick behält.

„Also ich würde jetzt sagen die Patientin braucht one face to the customer im Schlagwort. Und das muss nicht unbedingt jemand ärztliches sein, der die Patientin managt, sondern das muss ein Manager (...) Weil die BCN aktuell eben vom Erstkontakt bis Start Therapie organisiert. Aber vom Erstkontakt bis Start Therapie sieht die Patientin ja bei uns mindestens drei bis vier verschiedene Ärzte, schon allein in der Gynäkologie.“ (A3:2-2)

In den Interviews werden ebenfalls Potenziale hinsichtlich Beratung und Empowerment thematisiert. Fragen, wie man nach einer Krebsdiagnose sein Leben hinsichtlich Alltagsbewältigung, Umgang mit der Erkrankung und den Therapienebenwirkungen neu organisieren könnte und wie das Thema Krebs in die Familie und in die Partnerschaft getragen werden kann, sind für die betroffenen Patient*innen existentiell. Neben den Angeboten innerhalb der Klinik könnte das auch Angebote für Betroffene und ihre Familien im Sinne einer Überleitung und Besuch im häuslichen Setting miteinschließen. Hier scheint aus Sicht des Interviewpartners noch kein Konzept vorzuliegen, wie Patient*innen dahingehend beraten werden könnten.

„Also ich glaube, die Bedarfe, wie organisiere ich mein Leben in der Zeit der belastenden Chemotherapie, was ist erforderlich, dass ich mein sozusagen häusliches, familiäres, berufliches Umfeld so organisiere (...) Grad am Anfang auch, dass man ein Wissen aufbaut "Wie bringe ich eigentlich die ganze grauenhafte Diagnose oder das Ganze in mein Umfeld, in meine Familie?“ (A3:6-6)

Die pflegerische Beratung bezüglich Nebenwirkungen, Wundversorgung und Lymphödem erfolgt eher zufällig und ohne zeitliche oder inhaltlich strukturierte Planung. Zeitliche Ressourcen werden dafür nicht explizit eingeplant. Die speziellen Versorgungssituationen und Bedarfe von Patient*innen mit Lokalrezidiven und Metastasen oder Patient*innen mit exulzierendem Mammakarzinom stellen besondere Herausforderungen an die Pflegefachpersonen dar, für deren Versorgung spezialisierte Fachkompetenzen benötigt werden.

„Also ich finde der Umgang jetzt mit speziellen, also Mamma-CA-Patienten, also die Exulzerierten (...) Weil die stopfen sich ja einfach irgendwie so Taschentücher oder irgendetwas da rein und das ist ja ziemlich exulzierend und nässt dann natürlich auch und riecht dann natürlich auch und da sind halt viele dann schon überfordert mit der Situation und mit dem Verband. Auch die Ärzte wissen dann nicht, was sie machen sollen, wie sie es dann in den Griff kriegen sollen.“ (A6:2-2)

Zunehmend werden in der Tagesklinik Patient*innen mit oralen Therapien betreut. Diese werden zwar regelmäßig, jedoch seltener von ärztlichen Mitarbeitenden und Pflegefachpersonen gesehen, da die Therapieeinnahme nicht wie bei den i. v.-Therapien in der Klinik stattfindet, sondern eigenverantwortlich im häuslichen Umfeld. Dies setzt voraus, dass diese Patient*innen sehr gut darin geschult sind, Nebenwirkungen und auftretende Probleme zu erkennen und richtig zu beurteilen.

„Es ist ja so, ... also Chemotherapie läuft nur über den Arzt. da haben wir als Schwestern auch wenig Kontakt gehabt. Also. Bei [Name der oralen Therapie], das schon. Weil die ja auch ganz häufig Hand-Fuss-Syndrom haben. Also, dass wir dir bezüglich der Pflege auch beraten haben. Aber ansonsten sieht man die seltener. Also viel seltener als wenn sie jetzt zur i. v. Gabe kommen.“ (A1:112-112)

4.1.2.6 Herausforderungen in der Ablaufgestaltung

In den Interviews zeigt sich sowohl in der Einschätzung der ärztlichen Gesprächspartner*innen als auch in den Gesprächen mit den Pflegenden, dass es hinsichtlich der Ablaufgestaltung Optimierungsmöglichkeiten gibt. Als herausfordernd werden beispielsweise Tätigkeiten genannt, die zwar von Pflegenden und dem ärztlichen Personal ausgeführt werden, für welche die jeweilige Berufsgruppe jedoch überqualifiziert sei. Aus ärztlicher Sicht ist unzureichend geregelt, wer arztunterstützende Tätigkeiten übernimmt, wie eine kontinuierliche Anwesenheit in der ärztlichen Sprechstunde zur zeitgleichen Dokumentation oder zum Assistieren, Zettel ausfüllen, Schränke nachfüllen. Weiterhin fehlen

Ressourcen für das Kodieren der erbrachten Leistungen und Erstellen von Statistiken. Beides wird nicht als pflegerische Tätigkeit gesehen, sondern benötigt weniger bzw. anders qualifiziertes Personal.

„Was ich ein bisschen schade finde ist, dass wir keine Schwestern mehr in der Sprechstunde haben. Das ist jetzt vielleicht auch Luxus, ja, aber früher war es so. Ich habe hier angefangen, da war das so. Da konnten Sie halt alles machen und die Schwester hat das irgendwie sortiert. Da konnten Sie viel mehr Patienten sehen. Das geht nicht mehr, weil ich mache alles selber. Also ich fülle Zettel selber aus, ich muss jemanden suchen, dass er Blut abnimmt, zum Beispiel für eine Patientin. Das sind alles - oder es sind auch Sachen nicht oft aufgefüllt, denn wir haben ja auch sehr viele Nicht-Schwester hier, die tätig sind. Die sind total bemüht, aber die wissen auch nicht zum Beispiel wie man jetzt hier den Wagen auffüllt, wo ich jetzt z. B. Utensilien brauche, zum Auffüllen von Expander, zur Wundversorgung und das mache ich dann teilweise selber oder suche halt mir jemanden und das nimmt immense Manpower, kann ich nur sagen. Und das ist, finde ich, unser Problem.“ (A4:2-2)

Aus Sicht der befragten Kolleginnen und Kollegen stellt die Verbesserung der Erreichbarkeit ein wichtiges Thema dar. Patient*innen erwarten, dass bei Fragen zur Therapie oder zu Abläufen eine kompetente Ansprechperson per E-Mail oder telefonisch zeitnah zur Verfügung steht. Das ist aktuell nicht immer gegeben. Ebenso entstehen Wartezeiten vor allem im ambulanten Setting. Ein Grund dafür ist, dass Informationen mehrfach erfasst werden oder Informationen, die für eine Entscheidung benötigt werden, nicht schnell genug zur Verfügung stehen.

„Zum Beispiel, dass ich sage, ich strukturiere ein Zentrum hinsichtlich dessen, dass man zwar nicht unsere Zeiten verbessern kann, aber dass man sagt: "Ok, ich kann eine Anmeldung zum Beispiel optimaler gestalten." Oder dass es besser klappt mit der Erreichbarkeit generell. Da sehe ich ein großes Potenzial, denn das ist zur Zeit nicht optimal.“ (4:2-2)

4.1.2.7 Erwartungen an eine APN

Auch wenn das Konzept der APN zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht kommuniziert wurde, geht einer der Interviewpartner bereits auf die geplante APN-Rolle ein und formuliert Erwartungen bzw. spezifische Bedarfe. Ein Mehrwert für eine APN wird dann gesehen, wenn sie die Fallsteuerung für die Patient*innen übernimmt, weil diese Funktion nicht zwingend durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen muss. Weiterhin sollte beispielsweise die Erhebung von anamnestischen Daten mit einer größeren Eigenständigkeit erledigt werden. Als Herausforderung wird die Akzeptanz von nichtärztlichen Expert*innen in diesem Bereich gesehen.

„Naja, gut, nur dann natürlich, wenn sie auch sozusagen, den Mehrwert haben wir nur, wenn sie auch die Verantwortung der Steuerung übernimmt, bestimmte - wie soll man sagen - auch anamnestische erfassende Tätigkeiten selber übernimmt und die entsprechenden Dokumentationen dazu macht, dass man das dann sozusagen im Backoffice über die Experten bewerten kann. Das ist das eine. Ich glaube, das ist relativ einfach möglich. Was deutlich schwierig möglich ist, ist die Akzeptanz der ärztlichen Experten zu erreichen, dass die diese, dass die ja dann auch wirklich sozusagen hier bestimmte Tätigkeiten abgeben. Sonst funktioniert das Ganze nicht und sonst hat auch die Patientin keinen Mehrwert. Also glaub durchaus sozusagen, das geht schon in der Erstdiagnostik an. Wenn die Patientin kommt, auch da könnte in meinen Augen so eine BCN deutlich mehr übernehmen und dann könnte man vielleicht aus dem Prozess zwei Teile machen. Dass man, sagen wir mal, Diagnostik, Punkt und dann übergibt und dann geht man zur Therapie. Dann hat man zumindest mal zwei faces to the customer und nicht mehr fünf oder sechs.“ (A3:4-4)

4.2 Ergebnisse der Konzeptphase

4.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Sinne einer Dokumentenanalyse wurde das durch die Projektgruppe erstellte und zum Kick-off Meeting vorgestellte Konzept (Stand: 30.01.2017) evaluiert. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Inhaltsanalyse des Konzepts beschrieben. Als „Kategorie“ wurde der Begriff aufgenommen, der im Konzept als Überschrift für ein Thema gewählt wurde. In der Spalte „Aussage im Konzept“ sind wörtliche Aussagen aus dem Konzept übernommen. Dieser Inhalt wurde im Sinne der Datenauswertung durch den Evaluator verkürzt und als Paraphrase in die Tabelle aufgenommen. In der rechten Spalte findet sich die Bewertung des Evaluators. Dazu wurde der Konzeptinhalt abgeglichen mit den Ansprüchen, die sich entweder aus der Rollendefinition einer APN (Hamric 2014b) oder aus den Anforderungen der Ist-Analyse ergeben.

4.2.2 Ergebnisse

Tabelle 12: Ergebnisse der Konzeptevaluation

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
Problemstellung			
Ziele des Konzeptes	<p>Eine kontinuierliche, assessment-gestützte Prozessbegleitung dieser Patient*innen und ihrer Familien ist durch den Einsatz einer APN gewährleistet.</p> <p>Fragen und Probleme im Medikamentenmanagement und in der Alltagsbewältigung sind bekannt und werden mit der APN besprochen.</p> <p>Darüber hinaus sind Informations- und Kommunikationswege innerhalb der onkologischen Abteilungen einheitlich geregelt und werden von allen Akteuren gleichermaßen genutzt.</p> <p>Im Ergebnis</p> <ul style="list-style-type: none"> - werden die Patient*innen und Angehörigen zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmung befähigt, - nehmen die Patient*innen ihre Interessen eigenmächtig und selbst verantwortlich wahr, - werden die Patient*innen darin unterstützt, selbst angemessene Entscheidungen zu treffen, 	<p>Prozessbegleitung sicherstellen</p> <p>Einsatz von Assessments</p> <p>Medikamentenmanagement als Aufgabe</p> <p>Kommunikationswege werden vereinheitlicht und von allen eingehalten.</p> <p>Ziele für die Patient*innen sind: Selbstständigkeit</p> <p>Autonomie</p> <p>Empowerment</p>	<p>Einschätzung: Definiertes Ziel entspricht dem analysierten Bedarf in der Evaluation der Ausgangslage.</p> <p>Einsatz von Assessments als Grundlage professionellen pflegerischen Handelns ist als positiv anzusehen.</p> <p>Medikamentenmanagement als Aufgabe einer APN entspricht dem ermittelten Bedarf.</p> <p>Wie soll die APN das leisten? Wird sie tatsächlich so einen Einfluss auf die anderen Akteure haben können?</p> <p>Inhaltliche Ziele sind mit Selbstständigkeit, Empowerment und Autonomie passend gewählt. Sind das auch die angestrebten Outcomes im Sinne des PEPPA-Frameworks? Wenn ja, wie genau sollen diese überprüft werden?</p>

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
	<ul style="list-style-type: none"> - werden die Patient*innen in ihrem Lernprozess, persönliche Belastungen und ausweglose Situationen anzunehmen und zu verändern, unterstützt. 		<p>Bewertung: Die Ausrichtung der Ziele und Aufgaben entspricht den Bedarfen und ist damit passend. Erwartungen hinsichtlich Informations- und Kommunikationswegen sollten konkreter und realistischer beschrieben werden. Hier sind die Erwartungen an die APN zu hoch gesteckt. Eine Definition von Outcomes (Ergebnissen nach Implementierung) sind noch nicht klar definiert, wären aber notwendig, um prä-/post-Daten vergleichen zu können.</p>
Nutzen des Konzeptes	<p>Nutzen für die Patient*innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität - Unterstützung in der Entscheidungsfindung - Unterstützung im Selbstpflegemanagement 	<p>Versorgungsqualität</p> <p>Empowerment</p>	<p>Einschätzung: Der Nutzen definiert sich aus den Zielen. Auch hier unklar, woran diese genau gemessen werden sollen.</p>
	<p>Nutzen für die Mitarbeitenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzerweiterung - Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit - Vernetzung der Pflege - evidenzbasierte Tätigkeiten und Handlungen - stärkere und größere Handlungsautonomie - verbesserte Karrierechancen 	<p>Professionellere Pflegetätigkeiten</p>	<p>Welche Mitarbeitenden genau werden profitieren? Welche Abläufe bzw. Prozessanpassungen sind notwendig, damit Mitarbeitende von der APN profitieren?</p>

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
			<p>Gibt es evtl. auch Personengruppen, die nicht profitieren, sondern eher negativ betroffen sind? Wird es auch negative Auswirkungen dieses Projektes geben?</p> <p>Bewertung: Noch vor der Implementierung sollten messbare und genau definierte Outcomes festgelegt werden. Dies gilt für die patientenbezogenen Effekte ebenso wie für die Effekte, die man sich in der Organisation und den Prozessen von der APN erhofft. Eine Stakeholder-Analyse könnte helfen, alle Betroffenen besser in den Blick zu nehmen.</p>
	<p>Nutzen für das Klinikum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbessertes Image - Sicherung von Wettbewerbsvorteilen in der Region - verbesserte Mitarbeiterakquise und Bindung - Bearbeitung praxisrelevanter Fragestellungen - Kostenersparnis durch weniger stationäre und ambulante Patientenbesuche 		Siehe oben
Qualifikationen und Kompetenzen der APN	<p>Qualifikation: Anforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschluss als Bachelor Pflege Dual - mindestens dreijährige Berufserfahrung in der Pflege von Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen 	Bachelor und 3 Jahre Erfahrung in der Onkologie	<p>Einschätzung: Was ist mit der fachlichen Expertise im Bereich Gynäkologie und Breast Care? Wird diese neben der akademischen Qualifikation benötigt, um die definierten Ziele zu erreichen?</p>

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
			Bewertung: Eine Definition des pflegerisch-fachlichen Qualifikationslevels im Fachbereich Gynäkologie und/oder Onkologie sollte noch erfolgen.
	Wünschenswert: <ul style="list-style-type: none"> - abgeschlossene Fachweiterbildung in der Onkologie oder gleichwertige Qualifikation - Master Nursing Science 	Formale Qualifikation in der Onkologie und Master nicht Bedingung	Einschätzung Dies widerspricht dem APN-Gedanken nach Hamric, was dem Rollenkonzept zugrunde liegt. Bewertung: Zwischen den Projektpartnern sollte klar abgestimmt werden, ob Master in Pflege eine Bedingung ist oder nicht und welchen Stellenwert die fachliche Qualifikation einnimmt. Nach gängiger Literatur ist ein Pflege-Experte ohne Master in Pflege keine APN.
Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Fachkompetenz im entsprechenden Fachbereich - Methodenkompetenz mit Anwendung pflegewissenschaftlicher und pädagogisch didaktischer Methoden - Sozialkompetenz - Teamfähigkeit - Motivationsfähigkeit - Fähigkeit zu multidisziplinärer Zusammenarbeit - Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten - Kommunikationsfähigkeit - Durchsetzungsvermögen 	Sozial-, Methodenkompetenz	Einschätzung Was daran ist spezifisch APN? Evtl. wäre es passender, konkrete Erfahrungen vorauszusetzen als allgemeine Kompetenzen zu formulieren. Bewertung: Die formulierten Kompetenzen sind zu unspezifisch für dieses Projekt.

4 Ergebnisse

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
	<ul style="list-style-type: none"> - strategisches und prozessorientiertes Denken - Kenntnisse im EDV-System 		
Aufgaben	<p>Klinische Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendung von Instrumenten und Assessments in komplexen Pflegesituationen, wie zum Beispiel die Anwendung von Schmerzskalen, Ernährungsscreening oder Distress-Thermometer - Zustandseinschätzung der Patient*innen durch direkten Patientenkontakt, d. h. durch ein persönliches Gespräch und Patientenuntersuchungen (Patientenuntersuchungen beziehen sich zum Beispiel auf die Beurteilungen der Hautbeschaffenheit, Mundschleimhaut, Eintritt intravenöser Zugänge, PEG-Anlagen) 	<p>Pflegeassessments anwenden</p> <p>Patientenbeobachtung; Gespräche führen</p>	<p>Einschätzung: Worin besteht der Unterschied zu einer Pflegeperson der Tagesklinik? Was genau sind die erweiterten Tätigkeiten der APN?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - je nach Zustandseinschätzung der Patient*innen Ableitung von Pflegediagnosen und Erstellen von Pflegeplänen in komplexen Situationen und deren Evaluierung und Anpassung - Ableitung und Festlegung von Begleitungsbedarf - Durchführen spezieller Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel das Durchführen von Verbandswechsel - Implementierung von Pflegeleitlinien - Gestaltung und Koordinierung von patientenbezogenen Abläufen und supportive Maßnahmen im multiprofessionellen Team - Sicherstellung des Informations- und Kommunikationsflusses, wie z. B. durch ein einheitliches Patientendokumentationssystem und durch interdisziplinäre Fallbesprechungen - regelmäßige Teilnahme und aktive Einbindung in das interdisziplinäre Tumorboard 	<p>Komplexe Pflegesituationen</p> <p>Planung von Interventionen und Beratungen</p> <p>Lücken an Schnittstellen und Informationslücken schließen</p>	<p>Einschätzung Dargestellte Tätigkeiten entsprechen APN-Niveau und entsprechen den definierten Bedarfen.</p> <p>Kann eine APN das leisten? Welche technischen Hilfsmittel sind dafür notwendig?</p> <p>Bewertung: Unterschiede in den „erweiterten“ klinischen Tätigkeiten zu einer Pflegeperson der Tagesklinik sind im Konzept noch nicht klar definiert.</p>

4 Ergebnisse

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
	Eduktion <ul style="list-style-type: none"> - Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Prozessbegleitung von Patient*innen und Angehörigen im ambulanten und gegebenenfalls im stationären Setting - Information, kollegiale Beratung und Anleitung von ambulantem und stationärem Pflegepersonal - Organisation und Durchführung von Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeitende - Vermittlung von Patient*innen an weitere Fachdisziplinen - Herstellung von Kontakten mit z. B. Selbsthilfegruppen 	Prozessbegleitung Fortbildung für Kolleg*innen Schnittstelle zu supportiven Diensten	Einschätzung Entspricht APN-Tätigkeiten in diesem Segment? Bewertung: Edukative Tätigkeiten sind passend definiert. Es fehlt der Bezug zur hochschulischen Qualifikation der APN
	Management: <ul style="list-style-type: none"> - Leadership und interprofessionelle Zusammenarbeit - Netzwerkarbeit mit Breast Care Nurse; fachlicher Austausch durch regelmäßige Treffen - Unterstützung und Durchführung von Maßnahmen zur ethischen Entscheidungsfindung - Entwurf von Veränderungsprojekten zur Verbesserung der Patientenversorgung - Mitarbeit an Projekten zur Weiterentwicklung 	Netzwerkarbeit im unmittelbaren Umfeld Initiierung von Veränderungen	Einschätzung Entspricht APN-Tätigkeiten in diesem Segment
	Forschung: <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen relevanter Fragestellungen - Begleitung und Mitwirkung an Projekten der klinischen Pflegeforschung - Begleitung und Mitwirkung an Projekten der klinischen Versorgungsforschung - Erhebung und Auswertung statistischer Daten - Zusammenstellung von relevanten evidenzbasierten Informationen 	Identifizieren von forschungsrelevanten Fragestellungen aus der Praxis Initiieren von Forschungsprojekten Mitarbeit an Forschungsprojekten	Einschätzung Entspricht APN-Tätigkeiten in diesem Segment
Vorgesetzte Stellen und Zusammenarbeit	Vorgesetzte Stellen: <ul style="list-style-type: none"> - disziplinarisch vorgesetzte Stellen: - Pflegedirektorin - Pflegebereichsleitung P 11 fachlich vorgesetzte Stellen mit fachlichem Weisungs- und Delegationsrecht	Eigenständige Stelle im Pflegebereich Fachliche Weisung durch ärztlichen Dienst	Einschätzung Wird dadurch eine neue Position im Organigramm geschaffen? Wie ist das Verhältnis zu den bestehenden Stationsleitungen?

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
	<ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Leitung des Brustzentrums und behandelnden onkologischen Ärzt*innen des Brustzentrums <p>Anbindung der APN an die Stabstelle Pflegewissenschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mentoring der neu eingesetzten APN - Entwicklung und Einbindung in Trainee-Programm - Ansprechpartner für Fragestellungen, Projekte und Studien - weitere Zusammenarbeit Netzwerkarbeit mit BCN - enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team des Brustzentrums 	<p>Disziplinarische Weisung durch Pflegedienst</p> <p>Zusammenarbeit mit PWPE, BCN und multiprofessionellem Team des Brustzentrums</p>	<p>Hat die APN ein Team?</p> <p>Gibt es ein Netzwerk oder wird diese Stelle ein Einzelkämpfer sein?</p> <p>Bewertung: Es scheint noch nicht geklärt zu sein, wie die Einbindung in ein Team erfolgen soll, um „wirken“ zu können.</p>
Befugnisse	BCN und APN stehen auf einer Hierarchiestufe; sie haben kein gegenseitiges Weisungs- und Delegationsrecht, sondern sie pflegen eine kooperative Zusammenarbeit	APN hat kein Weisungsrecht	<p>Einschätzung Wie ist das mit den Pflegenden in der onkologischen Tagesklinik?</p> <p>Bewertung Es sollte geklärt werden, ob die APN fachliches Weisungsrecht gegenüber anderen Pflegenden im Sinne einer Fachverantwortung hat.</p>
Praktische Umsetzung			
Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es steht ein Raum/Büro zur Verfügung mit entsprechenden Medien - Durchführen regelmäßiger eigener Telefon-Sprechstunden für Patient*innen und Familien - Teilnahme an ärztlichen Patientenbesprechungen - Nutzung digitales Tagebuch für Krebspatienten - regelmäßige Organisation und Durchführung von interprofessionellen Fallbesprechungen - Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Prozessbegleitung von Patient*innen und Angehörigen 	<p>Rahmenbedingungen</p> <p>Konkrete Tätigkeiten -> wiederholt sich zum Punkt Aufgaben</p>	<p>Einschätzung: Gibt es einen Projektplan mit zeitlichen, personellen, räumlichen, technischen Ressourcen? Gibt es Meilensteine? Was passiert, wenn Meilensteine im Umsetzungsprozess nicht eingehalten werden?</p>

4 Ergebnisse

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation und Durchführung von Mitarbeiterschulungen 		<p>Bewertung: Eine konkrete Projektplanung sollte erstellt werden.</p>
<p>Vorgehen bei der Einstellung</p>	<p>in den ersten 6 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - arbeitet in der Onkologie zu 75% in der Patientenversorgung mit (Rotation durch relevante Bereiche) <p>nach 6 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Freistellung der APN für das entsprechende Tätigkeitsfeld und Umsetzung des erstellten Konzepts 	<p>Einarbeitung und Verstetigung</p>	<p>Einschätzung: Eine Rotation durch alle Bereiche erscheint passend und sinnvoll.</p> <p>Aussagen zur Einbindung in die Onkologische Tagesklinik fehlen noch.</p> <p>Wie sind die Pflegenden der Tagesklinik involviert?</p> <p>Bewertung: Die Planung der Einarbeitung ist erfolgt. Aktuell ist noch nicht verschriftlicht, wie die Einbindung in das hauptsächliche Tätigkeitsfeld der Onkolog. TK erfolgen soll und wie die Kolleg*innen eingebunden werden.</p>
<p>Arbeitszeit und Tarif</p>	<p>Montag bis Freitag Kernarbeitszeit beziehungsweise, flexible Arbeitszeitgestaltung nach Rücksprache mit ärztlicher Leitung Tarif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bachelor E 9 - Master E 10 		<p>Einschätzung Wer entscheidet final über die Arbeitszeit der APN? Wie flexibel darf sie sein, um sinnvoll in die Versorgungsprozesse eingebunden zu werden? Die APN ist organisatorisch der pflegerischen Leitung unterstellt, sollte aber genügend Freiraum</p>

4 Ergebnisse

Kategorie	Aussage im Konzept	Paraphrase	Einschätzung und Bewertung durch den Evaluator
			<p>haben, um z. B. die Arbeitszeit selbst gestalten zu können.</p> <p>Bewertung: Eine Klärung, wie viel Entscheidungsspielraum eine APN beispielsweise hinsichtlich ihrer Arbeitszeitgestaltung hat, ist unbedingt notwendig.</p>

4.3 Ergebnisse der Implementierungsphase

Die erste Phase der Implementierung wurde durch die Projektgruppe als Einarbeitung für die APN in ihr neues Arbeitsfeld und zur Rollenentwicklung konzipiert. Sie sah für die APN ein schrittweises Kennenlernen des Brustzentrums, der Ansprechpartner*innen, der Tätigkeiten und der Schnittstellen vor. Regelungen zum zeitlichen Vorgehen bei der Einarbeitung sowie den Lerninhalten und -zielen waren verschriftlicht.

4.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Fragestellung zur Evaluation der Implementierungsphase fokussierte die Einarbeitung und schrittweise Einbindung der APN-Rolle in die ambulante onkologische Therapie des Brustzentrums. Die Datenerhebung erfolgte zwischen März 2018 und August 2018 mittels leitfadengestützter Interviews. Im Rahmen der Datenerhebung wurden Mitglieder der Projektgruppe (eine Oberärztin und zwei Pflegewissenschaftlerinnen), eine Pflegendende der Onkologischen Tagesklinik und die APN in Einzelinterviews befragt. In Tabelle 13 sind die Interviews während der Implementierungsphase dargestellt.

Tabelle 13: Übersicht der Interviews während der Implementierungsphase

Interview*	Interview-Dauer	Rolle des Befragten	Interview geführt
B1	01:07	Mitglied Projektteam (Pflegewissenschaft)	03/2018
B2	00:45	Mitglied Projektteam (Pflegewissenschaft)	03/2018
B3	00:23	Pflegende der Onkologischen Tagesklinik	05/2018
B4	01:39	APN	03/2018
B5	00:32	Mitglied Projektteam (ärztlich)	08/2018

* B1 bis B5 stellt die Reihenfolge der Interviews dar; B steht für die Interviews Implementierungsphase.

4.3.2 Ergebnisse

Das verwendete Codesystem stellt sich wie folgt dar:

- Rolle des Projektteams
 - o Aufgaben des Projektteams
 - o Rolle der Projektleitung
 - o Selbstreflexion des Projektteams
 - o Kommunikation im Projektteam und mit den Stakeholdern
- Rolle der Kolleginnen und Kollegen in der Tagesklinik
- Rolle APN – Stand der Umsetzung
 - o Qualifikation und Kompetenz der APN
 - o Stand der Umsetzung – Einarbeitung
 - o Stand der Umsetzung – inhaltliche Ausgestaltung der APN-Rolle
 - o Stand der Umsetzung – Rahmenbedingungen
- Rolle des Pflegemanagements
 - o Ressourcen/ Rahmenbedingungen
 - o Empfehlung
- Erwartungen und Zielvorstellungen der Stakeholder
 - o Pflegeteam in der Tagesklinik
 - o Ärztliche Mitarbeitende in der Tagesklinik
 - o Projektgruppe

4.3.2.1 Rolle des Projektteams

Im Rahmen der Interviews werden die Aufgaben des Projektteams thematisiert. Die Projektgruppe konzipiert die Rolle der APN und legt damit den Grundstein für die Umsetzung des Projektes.

Die Projektgruppen-Mitglieder sind permanente Ansprechpartner*innen für die APN in Fragen der Projektorganisation aber auch hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der Rolle und werden als die Treiber des Projektes gesehen. Weiterhin kümmern sie sich um die Konzeption der Einarbeitung und unterstützen bei organisatorischen Themen, wie der Beschaffung von Arbeitsmaterial.

Die APN nimmt die pflegerischen und ärztlichen, vor allem oberärztlichen, Projektgruppenmitglieder als sehr unterstützend und wertschätzend wahr. Das Verhalten gegenüber der APN wird als verantwortungsbewusst beschrieben. Das wird sowohl vom Projektteam so gesehen als auch von der APN selbst. Die Aufgabe der Projektleitung wird in der Rolle des Coaches, des Organisators für die APN und in der wissenschaftlichen Konzeption und Unterstützung gesehen.

„Ja, vor allem in diesen strukturellen Rahmen, ist sie [die Projektleitung] sehr stark unterstützend auch und was die Wissenschaftlichkeit angeht, ja, wenn sie jetzt irgendetwas wissenschaftlich machen möchte.“ (B2:32-32)

Diese permanente praktische und emotionale Unterstützung durch die Projektleitung ist für die APN selbst außerordentlich wichtig.

„Also die [Name der Projektleitung] ist mir sehr sehr im Rücken gestanden, das war sehr gut, weil ich mich da immer auch zu 100 % darauf verlassen kann, als Projektleitung. Und das ist schon, ich glaube wenn man ganz alleine da stünde, wäre es noch frustrierender, aber so, war es ein gemeinsames Kämpfen sozusagen. Und das ist wahrscheinlich auch normal in der Branche.“ (B4:18-18)

Die Projektleitung kümmert sich aber auch um Aufgaben zur Klärung von Rahmenbedingungen. Dies war so nicht erwartet worden, da es für die APN eine klare organisatorische Zuordnung und somit eine disziplinarisch vorgesetzte Person gibt.

„Und auf der anderen Seite ... bin ich [die Projektleitung] eigentlich mehr gefordert, mich um die Stelle der APN zu kümmern, was im Grunde eigentlich nicht mehr meine Aufgabe wäre, weil sie disziplinarisch zugeordnet ist.“ (B1:2-2)

Damit werden Aufgaben durch die Projektleitung kompensiert, die durch das Management, wie die Pflegebereichsleitung, sichergestellt werden müssten. Auch für Folgeprojekte braucht es Personen, die diese Aufgaben im Rahmen von Implementierungsprojekten wahrnehmen.

„Also beibehalten würde ich auf alle Fälle so wie wir mit [Name der APN] selbst verfahren sind, also von der Einstellung bis jetzt. Ich würde auch beibehalten, dass es immer noch jemanden gibt, der sozusagen der Kümmerer ist.“ (B2:52-52)

In der Selbstreflexion des Projektteams wird deutlich, dass bei diesem Umsetzungsprojekt sehr viele Emotionen aller Projektgruppenmitglieder im Spiel sind. Emotional geprägt ist das Verhältnis zwischen den pflegerischen Mitgliedern des Projektteams und der APN selbst, da es hier darum geht, eine Kollegin in eine Rolle hinein zu entwickeln, für die es offensichtlich Widerstände im Umfeld gibt. Ergänzend geht es für die Pflegewissenschaftlerinnen darum, ein Modell-Projekt zu begleiten, was einen Pionier-Charakter hat und im berufspolitischen Kontext eine Aufwertung der eigenen Profession Pflege bedeutet.

„Ja, ... was haben wir falsch gemacht, wo haben wir zu spät agiert, oder zu früh agiert, also für mich hat es natürlich schon Einfluss auch, ... ich würde mal sagen so emotional auf das Projekt, und vor allem natürlich auch im Umgang mit der [Name der APN], weil ich mich einfach verantwortlich fühle ... für das Ganze. Und ... Ja, ich einfach so die Sorge habe, oder ... so erlebe für mich: es ziehen sich die Leute raus, die eigentlich agieren müssten, wie Pflegebereichsleitung und Pflegedirektorin (...).“ (B1:4-4)

Bisher gibt es am Klinikum keine APN. Es fehlen Rollenvorbilder vor allem für die Pflegenden in der Onkologischen Tagesklinik. Die vorbereitenden Aktivitäten, wie Informationsveranstaltungen und persönliche Gespräche reichen nicht aus, ein realistisches Bild der zukünftigen APN bei den Pflegenden zu erzeugen. Ein Verständnis für die APN-Rolle ist bei den Pflegefachpersonen in der Tagesklinik noch nicht vorhanden. Das ist durch das Projektteam so nicht erwartet worden.

„Worauf wir, oder ich jetzt auch nicht vorbereitet war, ist, dass die Pflege das so gar nicht versteht, diese Rolle der APN, und das meine ich auch mit dieser Vorbereitung für so ein Projekt, was heißt das eigentlich, also die müssen irgendwie anders vorbereitet werden auf so etwas.“ (B2: 46-46)

Beibehalten und noch ausgebaut werden sollte der interprofessionelle Ansatz. Die direkt betroffenen Mitarbeitenden der Tagesklinik, sowohl ärztlich als auch pflegerisch, sollen aus Sicht der Projektgruppe besser integriert werden.

„Also interdisziplinär auf jeden Fall beibehalten, noch mehr Praxis mit reinnehmen, sowohl Mediziner als auch Pflegenden.“ (B1:36-36)

Hinterfragt werden die Motivation und die Offenheit der Projektteam-Mitglieder im Umgang miteinander. Problematisch ist, dass die Ziele der einzelnen Anspruchsgruppen nicht gut an alle kommuniziert wurden. Vermutet wird weiterhin, dass es zwischen den pflegerischen und ärztlichen Zielvorstellungen Unterschiede gab.

„Ist jetzt, von meiner Seite, nicht fundiert. Es ist eher so ein Gefühl, ich würde sagen wir sind eine ... Projektgruppe, die ... sich konstituiert hat um das unbedingt zum Laufen zu bekommen, ..., die wie soll ich sagen, nicht unbedingt offen miteinander umgeht.“ (B1:12-12)

Die Kommunikation innerhalb der Projektgruppe selbst sowie zwischen der Projektgruppe und den involvierten Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten der Tagesklinik wird als sehr herausfordernd empfunden. Eine strukturierte und geplante Kommunikation in Form von regelhaften Projektteamtreffen findet nicht statt. Eine Ursache dafür ist, dass es im Vorfeld des Projektes bereits in der Tagesklinik nicht gut gelungen ist, regelmäßige Besprechungen zwischen den Berufsgruppen stattfinden zu lassen.

„Das Defizit ist, und das haben wir gestern wieder ganz stark gemerkt, ist dass wir keine festen Besprechungen haben. Und das haben wir versäumt. Wir hätten am Anfang wenigstens einmal im Monat ein Jour fixe oder irgendetwas ausmachen müssen.“ (B5:3-3)

Damit ist es schwierig, alle Projektbeteiligte auf den gleichen Wissensstand zu bringen. Aus Sicht des Projektteams ist ihnen das nicht sehr gut gelungen.

„Und zwar ist für mich die große Herausforderung mit den verschiedenen Berufsgruppen so zu kommunizieren, dass am Ende jeder mit dem gleichen Wissen raus geht, (...) Und letztendlich muss ich ehrlich sagen, habe ich nicht das Gefühl, dass wir hier sehr erfolgreich waren.“ (B2:8-8)

4.3.2.2 Rolle der Kolleginnen und Kollegen in der Tagesklinik

Die Rolle der ärztlichen Mitarbeitenden in der Onkologischen Tagesklinik wird durch die APN als überwiegend unterstützend beschrieben. Jedoch ist der Prozess des Aushandelns der Tätigkeiten der APN noch nicht abgeschlossen. Neben den Tätigkeiten der erweiterten Pflegepraxis ist noch nicht geklärt, wer die weniger qualifizierten, administrativen Tätigkeiten, wie Akten vorbereiten und Befunde einsortieren, erledigen soll.

„Da konnte sie [die APN] auch ein entsprechendes Standing wahrscheinlich zeigen und sich durchsetzen aber dies, das war eine Gefahr auch, ja, dass sie so eine Art bessere Sekretärin wird und bisschen rum organisiert und Termine vereinbart (...).“ (B2:14:14)

Neben den als unterstützend wahrgenommenen ärztlichen Rückmeldungen gibt es auch Stimmen aus dem Bereich der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die das APN-Projekt kritisch sehen. Als Grund wird seitens der pflegerischen Projektteam-Mitglieder vermutet, dass es andere Erwartungen gab. Das Konzept der APN sieht ein überwiegend eigenständiges Arbeiten vor im Sinne einer Prozessbegleitung.

„Jetzt ist ja eine Zeit vergangen, und die Ärzte haben gemerkt, wahrscheinlich, also es geht nicht nur darum sie zu entlasten, sondern es geht wirklich um den Prozess Patientenbegleitung. Und jetzt kommen eben solche Stimmen ‚brauchen wir nicht‘“. (B2:16:16)

Deutlich wird, dass das Pflorgeteam in der Onkologischen Tagesklinik sich nicht gut im Projekt mitgenommen fühlt. In den Interviews wird vermittelt, dass seitens des Pflorgeteams keine Vorstellung vorhanden ist, was die Aufgaben der APN sein werden und wie sie in den Alltag der Tagesklinik eingebunden sein wird.

„Man muss viel mehr nochmal mit den Leuten aus der Tagesklinik sprechen, also sowohl Medizin wie Pflege, und zwar wirklich so, also ich glaube was ja viel gelaufen ist, war schon diese offizielle Information, wo sie über Stationen gegangen sind, sich vorgestellt haben, nur sie konnten sie es nicht zusammenbringen.“ (B1:38-38)

Die Pflegepersonen der Tagesklinik sehen die Stelle der APN als eigenständig, da es wenig Berührungspunkte in den Abläufen der APN und der Pflegefachpersonen gibt.

„Der Tagesablauf [der APN] umfasst uns hier gar nicht, also nicht in der Pflege und auch nicht jetzt in der Büroabteilung, sondern sie läuft da eigentlich als eigenständig.“ (B3:36-36)

Die APN wird zu Beginn der Implementierung durch die Pflegenden der Tagesklinik als Zusatzangebot für die Patient*innen gesehen.

„Ich glaube unsere Mitarbeiter haben sich einfach daran gewöhnt und sehen sie als Zusatzbonbon für die Patienten, dass noch jemand extra da ist.“ (B3:16-16)

Die Akzeptanz für die APN ist seitens der Pflegepersonen in der Tagesklinik während der Implementierungsphase nicht durchgängig gegeben, weil sie aus ihrer Sicht die APN nicht brauchen und keinen Nutzen für sich sehen.

„Gering bis mittelmäßig, ehrlich gesagt. Weil es eben so verschiedene Stimmen gibt, also Pflege, Pflege hat eine geringere Akzeptanz. Pflege sieht für sich keinen Mehrwert. Pflege braucht die APN nicht. Also wenn ich es jetzt mal so, wenn ich jetzt aus Sicht der Pflege spreche, sage ich,

Pflege sagt wir brauchen die APN nicht. Wir brauchen jemanden, der uns unterstützt.“ (B2:38-38)

4.3.2.3 Rolle der APN – Stand der Umsetzung

In den Interviews wurde die Qualifikation und Kompetenz der APN thematisiert. Die Tatsache, dass die APN über keine fachliche Vorerfahrung in der Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs verfügt, wurde im Vorfeld als Risiko benannt. Des Weiteren ist im Konzept noch keine klare Entscheidung getroffen worden, ob mehr Wert auf die akademische Qualifikation oder fundierte Berufserfahrung in der Versorgung von Patient*innen mit Brustkrebs in Kombination mit einer absolvierten onkologischen Fachweiterbildung gelegt wird. Alle befragten Pflegefachpersonen sowie die APN selbst schätzen die fehlende fachliche Expertise als nicht optimal ein. Der akademische Abschluss mit den damit verbundenen Kompetenzen bietet jedoch aus Sicht der APN Potenzial. In der Implementierungsphase zeigt sich die Situation so, dass die APN sich das fehlende Fachwissen sehr engagiert aneignet.

„Ich glaube, dass dieser Management Bachelor und die Kombination mit dem wissenschaftlichen Master ganz gut ist, was die Organisation angeht (...) klar wäre es schon gut, irgendwie noch eine, irgendeine Weiterbildung bezüglich Onkologie zu haben, das glaube ich schon, um einfach, aber insbesondere bezüglich Krankheitsbilder und Medikamentenlehre.“ (B4:14-14)

Die Einarbeitung in das Brustzentrum bildet den ersten Teil der Rollenentwicklung der APN. Ein Teil der befragten Projektgruppenmitglieder und die APN selbst sind der Ansicht, dass der inhaltliche Aspekt der Einarbeitung gut gelungen ist. Aus Sicht der APN ist es hilfreich, den Behandlungspfad von Betroffenen mit Brustkrebs kennenzulernen. Die Hospitation der ambulanten Abläufe beinhaltet Diagnostik, Therapieentscheidung im Tumorboard und Therapiegespräche mit den Patient*innen. Die operative, die strahlentherapeutische und die Systemtherapie sind Bestandteil der Einarbeitung. Ebenso lernt sie die supportiven Leistungserbringer wie Psychoonkologen, Physiotherapeuten und Seelsorger kennen. Von der Projektgruppe wird die Einarbeitung als passend gesehen, jedoch fehlen Gelegenheiten zum Networking für die APN. Es ist ihr noch nicht gelungen, mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachabteilungen ein Netzwerk aufzubauen, was auch über die direkte patientenbezogene Kommunikation hinausgeht und sie in ihrer Rollenfindung unterstützen könnte.

„(...) von daher würde ich sagen vom Einarbeitungskonzept inhaltlich hat alles gepasst. Ich würde nur, ich finde immer noch, also sechs Monate hört sich erst mal lang an, wenn man es jetzt auf unser Haus betrachtet, hätte sie sicherlich noch mehr Zeit für die, für das Networking, für die Vernetzung in Anspruch nehmen können.“ (B2:26-26)

Kontrovers hierzu stellt sich die Einschätzung des befragten oberärztlichen Projektmitglieds und der Pflegepersonen der Onkologischen Tagesklinik dar. Von ihnen wird die Einarbeitung als zu lang angesehen. Seitens der Pflege wird bemängelt, dass man eine Mitarbeiterin eingearbeitet hat, die ihrer Meinung nach diese Tätigkeiten später nie wieder praktisch umsetzen wird.

„Also ich brauch keine Infusomaten Einweisung machen, kann es auf dem Besten erklären, aber sie fasst nie wieder einen Infusomaten an. Da ist für mich so ein bisschen die Luft raus und auch die Zeit.“ (B3:34-34)

Die APN selbst schätzt kritisch ein, dass sie zwar Zeit hat, die Routine-Arbeiten zu lernen, jedoch kaum Möglichkeiten, ihr Konzept und damit ihre Rolle weiterzuentwickeln und auszudifferenzieren.

„Und es ging darum Assessments anzuwenden, Pflegeassessments um diese Datenmatrix erweitern zu können aber diese, ich habe die letzten zwei Monate in der Pflege mitgearbeitet, die

typische Routine-Pflegearbeit, hab mich ab und an mal an den Computer gesetzt, um Nebenwirkungsbögen einzugeben aber es war nicht die Zeit da was zum Teil dann an der Kommunikation im Team lag... Und die ganze Organisation dieser Aufgaben des Konzeptes, also diese Konzepterstellung sehr schwer umzusetzen war aufgrund der Situation gerade.“ (B4:4-4)

Thematisiert wird die inhaltliche Ausgestaltung der APN-Rolle. Eine wichtige Funktion bei der Implementierung der APN im Brustzentrum nimmt die Breast Care Nurse als direkte Ansprechpartnerin und Schnittstelle für die APN ein. Sie ist mit der APN im engen patientenbezogenen Austausch und gibt die Informationen, die im Rahmen der ambulanten prätherapeutischen Phase erhoben werden, an die APN weiter. Darüber hinaus ist auch die BCN-Rolle eine spezialisierte Rolle im Rahmen des Brustzentrums, die in der Vergangenheit erst entwickelt werden musste. Die BCN hat diesen Rollenentwicklungsprozess, in dem sich die APN gerade befand, bereits erfolgreich durchlaufen. Anders als die APN verfügt die BCN bereits über ein Netzwerk von Ansprechpartner*innen, war im Zentrum bekannt und hat ihr Tätigkeitsfeld fest definiert. Von ihren Erfahrungen kann die APN profitieren. Die Abgrenzung zwischen den Aufgabenfeldern der BCN und dem neu zu definierenden Tätigkeitsfeld einer erweiterten Pflegepraxis ist für die APN eine Herausforderung. Einerseits ist die Unterstützung der BCN sehr hilfreich für die APN, andererseits muss es aber gelingen, das spezifische Aufgabenfeld einer APN im Sinne einer Rollenentwicklung herauszuarbeiten.

„Inhalt ...die BCN, die einen starken Einfluss auf die [Name der APN] genommen hat, aufgrund ihrer Erfahrungen, ganz klar, die hat halt ihre Erfahrungen gesammelt und hat [Name der APN] immer wieder Tipps gegeben, was auch nicht immer einfach war, weil die Tipps nicht immer so waren, dass wir [das Projektteam] mitgegangen sind. Und umso wichtiger war es natürlich mit [Name der APN] auch immer wieder regelmäßig zu sprechen.“ (B2:20-20)

Aus Sicht der Projektgruppe ist das Feinkonzept passend und auf einem guten Weg. Im Feinkonzept sind die genauen pflegerischen Versorgungsprozesse für die Patient*innen mit oraler Therapie durch die APN beschrieben. Eine Abgrenzung zu den Tätigkeiten der ärztlichen Kollegen und der pflegerischen Kollegen in der Tagesklinik ist ebenfalls verschriftlicht.

„Weil wenn ich mir ihre ganzen, das Feinkonzept auch anschau, hat sie wirklich versucht das gut zu integrieren und umzusetzen und aber auch die Bedürfnisse der verschiedenen Berufsgruppen zu berücksichtigen. Also das finde ich, das ist wirklich eine Gratwanderung gewesen und das hat sie super hingebacht. Immer mit dem Ziel Prozessbegleitung Patient.“ (B2:24-24)

Die Pflegepersonen der Onkologischen Tagesklinik schätzen die inhaltliche Gestaltung der neuen APN-Rolle deutlich kritischer ein. Die Gestaltung des patientenbezogenen Versorgungsprozesses in der Tagesklinik wird als noch nicht optimal beschrieben. Hauptargument sind die sich teilweise überschneidenden Anforderungen an den Arzt, der sowohl für die Pflegepersonen als auch die APN Hauptansprechpartner bei Rückfragen in der Versorgung der Patient*innen in der Tagesklinik ist. Eine durchdachte Prozessgestaltung ist noch nicht sichtbar.

„Und, ja und sie [die APN] bespricht das halt mit dem Doktor. Da ist bei uns, ist uns nur aufgefallen, also wir [Pflegepersonen der Onkologischen Tagesklinik] haben den Doktor ja schon selten, dass wir Rücksprache halten können und wenn sie [die APN] jetzt noch kommt und sagt ich bräuchte noch was über die und die Patientin muss der Arzt neu mitreindenken in die ganzen, in den ganzen Vorgang und ist da auch nochmal so mit involviert, dass ihm eigentlich die Zeit fehlt. (...) Und da ist unser Arzt so ein bisschen aus der Bahn geworfen. Ist noch ein bisschen sehr schwierig.“ (B3:38-38)

4.3.2.4 Rolle des Pflegemanagements

Die Bewertung der Rahmenbedingungen für das Projekt nimmt in den Interviews einen sehr großen Raum ein. Die Anforderung, dass notwendige Voraussetzungen vor der Implementierung umgesetzt sein müssen, ist zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht erfüllt. Der APN steht noch kein fester Raum und auch noch kein eigener PC zur Verfügung, was zur Basisausstattung eines Arbeitsplatzes zählt.

„Letztendlich ist es jetzt so, dass ich mir meine Möbel zusammengesucht hab im Haus, heute habe ich zwei Stühle woher geholt und habe die jetzt alles beieinander.“ (B4:16-16)

Die ungeklärte Eingruppierung der APN, das noch nicht verschriftlichte Organigramm und der fehlende Raum werden von allen Beteiligten als Störfaktoren in diesem Projekt benannt.

„Rahmenbedingungen, was gab es noch. Arbeitszeit und Gehalt... Mit dem Gehalt ist alles mehr oder minder ich sag mal so schiefgelaufen, weil mir wurde zugesagt, dass ich meine E10 Gruppe bekomme, sobald das Masterzeugnis da ist, und man mich vorher auf 9/2 einstuft, das ist nicht passiert, es ist jetzt eine 9/1 Eingruppierung.“ (B4:16-16)

Bei der APN führt diese durch die Pflegedirektion nicht eingehaltene Zusage zu einer erheblichen Unzufriedenheit. Sie investiert viel Zeit in das Formulieren von Begründungsschreiben und in die Anpassung des APN-Feinkonzeptes, um ihr Tätigkeitsfeld transparent darzustellen und die zugesagte Eingruppierung tatsächlich zu erhalten. Die APN-Rolle ist im ursprünglichen Konzept der Projektgruppe mit einem hohen Maß an Eigenständigkeit beschrieben, welches sich so in der Wahl der Vergütungsstufe nicht niederschlägt.

„Für mich war es ein schwieriges Projekt weil aufgrund der Rahmenbedingungen. Im Nachhinein muss ich sagen müssen solche Projekte, ist es ganz wichtig, dass die auch von vornherein ganz klar sind, festgelegt sind und nicht während das Projekt läuft, das heißt während schon eine Person eingestellt wird und das ganze durchgeführt wird dann nochmal diskutiert wird, wie ist der Tarif, wie ist die Eingruppierung, wo befindet sie sich im Organigramm. Und auch die Zuständigkeiten sind klar definiert und das ist übrigens auch eine große Schwierigkeit in diesem Projekt.“ (B2:10-10)

Die Schwierigkeiten in der Kommunikation innerhalb der Projektgruppe, die fehlenden Ressourcen und nicht eingehaltenen Zusagen der Pflegedirektion führen dazu, dass seitens der pflegerischen Projektleitung eine Empfehlung für weitere APN-Projekte am Klinikum nicht ausgesprochen werden kann.

„Und aktuell würde ich dieses Projekt hier am Klinikum niemanden mehr empfehlen. Aufgrund der fehlenden Strukturen. Nicht, weil es keinen Sinn macht, sondern weil die Struktur immer noch unklar ist.“ (B2:56-56)

Eine klare Aussage seitens der Pflegedirektion, dass APN-Projekte zukünftig am Klinikum gewollt und gewünscht sind, fehlt noch und wurde seitens der Beteiligten vermisst.

„Und ganz klar, wenn natürlich die Pflegedirektion es klar formulieren würde APN ist eine Strategie des Klinikums, nicht nur für erprobt wird, sondern die es mittelfristig in allen Fachbereichen geben wird.“ (B1:20-20)

4.3.2.5 Erwartungen und Zielvorstellungen der Stakeholder

Die befragten Pflegepersonen der Onkologischen Tagesklinik definieren ihren Bedarf so, dass sie vor allem auf personelle Unterstützung in der Versorgung aller Patient*innen in der Onkologischen Tagesklinik gehofft haben. Durch personelle Engpässe kommt es zu einer Mehrbelastung für das Pflegepersonal, welches durch eine zusätzliche Kollegin ausgeglichen werden könnte. Dieser Bedarf wurde seitens der Pflegenden bereits in der Analyse der Ausgangssituation formuliert, ist jedoch nicht Bestandteil des APN-Projektes.

„Wir hätten eine andere Anforderung. A auf der einen Seite haben wir Personalmangel, den hätte man mit ausgleichen können oder wollen oder dürfen, das wäre natürlich eine größere Unterstützung gewesen.“ (B3:18-18)

Ausreichend personelle Ressourcen in der Tagesklinik werden seitens der befragten Ärztinnen und Ärzte als essenziell gesehen, um das APN-Projekt und die damit verbundenen Prozessanpassungen gemeinsam mit den Pflegefachpersonen der Tagesklinik durchführen zu können.

„Und vielleicht ist es so, weil einfach mehr, mehr Schultern da sind, oder mehr Hände, die arbeiten. Und vielleicht ist es so, wenn wir den Punkt schaffen, dass die dann überhaupt erst wieder den Kopf frei haben zu sagen, ja, und jetzt strukturieren wir uns auch noch zusätzlich besser und dann ist es für alle am Schluss effektiver. Also das wäre für mich so die nächste Perspektive.“ (B5:14-14)

Für die Pflegefachpersonen der Tagesklinik ist es in der aktuellen Arbeitsbelastung schwierig, die APN in die sehr stringent ablaufenden und bewährten Prozesse und Abläufe einzubinden und ihr Fragen zu beantworten bzw. eine Zusammenarbeit zu ermöglichen.

„Ja, also wie gesagt, es ist halt schwierig, ich glaube ich spreche aber auch für das Team, dass es schwierig ist, wenn jemand daher läuft und noch Fragen stellt, wenn alle anderen rennen.“ (B3:65-65)

Dies wird auch durch die APN selbst so wahrgenommen.

„In der Tagesklinik ist die Zusammenarbeit auch gut, allerdings hat das Team gedacht, dass ich [APN] zur Entlastung komme, während der Einarbeitung. Und ich bin davon ausgegangen, dass ich ja mitlaufe und mein Konzept nebenher mache.“ (B4:6-6)

Weiterhin haben die Pflegenden keine Vorstellung von der praktischen Umsetzung einer APN-Rolle, weshalb es für sie schwierig ist, konkrete Erwartungen an diese Position zu formulieren.

„Da ich vorher leider keine Erwartungen daran hatte was überhaupt kommen wird und direkt eine Forderung gestellt habe, kann ich, lass ich es auf mich zukommen, (...) aber ich habe es ja jetzt ja nicht verlangt so in dem Sinn, so dass ich jetzt sagen kann Oh, das ist jetzt mit Erfolg aufgetreten.“ (B3:12-12)

Die Ergebnisse der Analyse der Ausgangssituation zeigen, dass die Überwindung der Schnittstelle zwischen Station und Tagesklinik noch nicht optimal gelöst scheint. Patient*innen, die in der Tagesklinik behandelt werden, jedoch kurzfristig stationär versorgt werden müssen, könnten durch die APN mitbetreut werden und hätten so eine kontinuierliche Ansprechperson. Ein weiterer Bedarf wurde in der ersten Datenerhebung bei der Betreuung der Patientinnen mit gynäkoonkologischen Diagnosen gesehen. Auch sie könnten von einer ergänzenden Betreuung durch die APN profitieren.

„Was ich mir vielleicht dafür noch wünschen würde wäre, dass es noch ein bisschen mehr interdisziplinäre Sachen gibt. Also, dass sie auch mit auf den Stationen tätig ist, wo man da gar nicht als Station, also nicht fest eingesetzt im Dienst, sondern, dass sie auch die Patienten betreut, die halt auf der Station dann liegen.“ (B3:18-18)

Andererseits wird auch formuliert, dass es aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen wichtig ist, durch die APN Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zu erheben und entsprechend den Ergebnissen supportive Leistungserbringer, wie beispielsweise die Psychoonkologie, mit einzubinden. Als Aufgabe der Pflegewissenschaft wird es gesehen, solche Prozesse zu implementieren.

„Also Patient Reported Outcome, Distress Thermometer, mit automatischer Rückmeldung in die Psychoonkologie, (...) Ich glaube es ist tatsächlich pflegewissenschaftliche Aufgabe solche Strukturen zu implementieren, weil das wird ja unaufhaltsam kommen, dass wir PROMs erheben.“ (B5:13-13)

Seitens der pflegerischen Projektleitung wird klar die Ausrichtung auf die Bedarfe der Patient*innen gesehen. Der Erfolg der APN-Sprechstunde soll patientenbezogen bewertet werden. Familienbezug, Informiertheit und passende Angebote für Patient*innen werden genannt. Des Weiteren wird als wichtiger Faktor genannt, wie gut es die APN schafft, mit ihrem Angebot im Brustzentrum präsent zu sein und sich in die Prozesse einzupassen.

„Also die Hauptziele, die wir jetzt verfolgt haben, warum wir diese Stelle geschaffen haben, also ausgerichtet ganz wichtig am Bedarf des Patienten und nicht am Bedarf der Pflege oder der Ärzte. Und das Ziel war eine Prozessbegleitung, kontinuierlicher Ansprechpartner für die Patienten, Patientinnen zu haben.“ (B2:22-22)

Für die APN selbst wird es zunehmend klarer, wie sie mit den Patient*innen, die von ihr profitieren sollen, in Kontakt kommen kann, welche Aufgaben in ihren Bereich fallen und was Ergebniskriterien sein könnten.

„Sie [die APN] hat jetzt eine Vorstellung, wie es aussehen könnte, wie sie sich da auch einbringen könnte, sie sieht da auch mittlerweile auch schon so eine Mittelfristigkeit, also sie denkt nicht nur das könnte was werden, sondern sie denkt jetzt auch schon eher an Ergebnisse, was wären jetzt so Kennzahlen, oder wie muss denn so eine Kommunikation ausschauen, wie kommt sie denn an die Patienten, also sie wird jetzt schon konkreter.“ (B1:16-16)

Ein weiterer Aspekt einer erfolgreichen Umsetzung wird darin gesehen, dass die APN sich um Schulungsmaßnahmen und Fortbildungen für die pflegerischen Kolleg*innen kümmert.

„Genau und Schulungen organisieren und sowas, ne, Informationsveranstaltungen organisieren und solche Sachen. Also das sind jetzt erst mal so die Kriterien für uns zu Beginn.“ (B2:42-42)

4.3.3 Weiteres Vorgehen im Projekt

Nach der Einarbeitungsphase organisierte die APN ihre Tätigkeiten zunehmend eigenständiger. Die Mitglieder der Projektgruppe standen der APN als Ansprechpartner*innen zur Verfügung. Regelmäßige Absprachen zwischen APN und der zuständigen Oberärztin wurden fortgeführt. Durch die pflegewissenschaftlichen Projektgruppenmitglieder wurden keine strukturierten Projektgruppentreffen mehr geplant. Im Juli 2018 erfolgte die Baseline-Erhebung zur Zufriedenheit und Informiertheit der

Patient*innen, die keine APN-Betreuung in der onkologischen Tagesklinik erhielten. Die Follow-up Daten wurden im Juli 2019 bei den Patient*innen mit APN-Betreuung erhoben. Des Weiteren wurden nach der abgeschlossenen Implementierung im Zeitraum von Juli/August 2019 noch einmal Mitglieder des pflegerischen und ärztlichen Teams der Tagesklinik als Kolleginnen und Kollegen der APN befragt.

4.4 Ergebnisse der Wirkungsphase: Perspektive der Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik

Das Aufgabenfeld der APN umfasst die erweiterte pflegerische Versorgung von Patient*innen mit oralen Therapien. Dies beinhaltet die Erhebung von spezifischen Assessments zu Therapienebenwirkungen und Belastungen unter Berücksichtigung von individuellen Ressourcen und Unterstützungssystemen wie dem sozialen und familiären Umfeld. Die so gewonnenen Informationen bilden die Grundlage für individuelle und regelmäßige Beratungsgespräche in einer eigenständig geführten Sprechstunde. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des APN-Konzeptes ist eine passende Einbindung der APN in bestehende Prozesse und eine stetige Weiterentwicklung der APN-Rolle im Praxisfeld der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik am Standort Innenstadt. Im Rahmen dieses Evaluationsschrittes soll gezeigt werden, wie gut es aus Sicht der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitenden in der Onkologischen Tagesklinik gelungen ist, die APN mit ihren Aufgaben und Angeboten in den Versorgungsprozess des Brustzentrums zu integrieren.

4.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Der APN, allen Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten, die zum Erhebungszeitpunkt (März bis Juni 2019) in der Onkologischen Tagesklinik tätig waren, wurde das Angebot unterbreitet, an den Interviews mitzuwirken. Der Auswertung mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) lagen insgesamt sechs Interviews zu Grunde. Drei Interviews wurden mit Pflegefachpersonen der Tagesklinik geführt, ein Interview mit der APN und zwei Interviews mit den in der Tagesklinik tätigen ärztlichen Mitarbeitenden. Alle interviewten Pflegenden haben eine abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin, verfügen über mehrjährige Berufserfahrung in der Onkologie und zwei Personen haben eine Fachweiterbildung für onkologische Fachpflege. Zwei Pflegenden arbeiten seit mehr als fünf Jahren in der Onkologischen Tagesklinik. Eine Pflegende ist erst seit drei Monaten in der Tagesklinik tätig. Die befragten Ärzte und Ärztinnen befinden sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und sind in diesem Kontext für mehrere Monate in der Onkologischen Tagesklinik tätig. Die Interviews sind in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Übersicht der Interviews während der Wirkungsphase

Interview*	Interview-Dauer	Rolle des Befragten	Interview geführt
C1	00:44:21	Arzt/Ärztin	06/2019
C2	00:17:28	Arzt/Ärztin	06/2019
C3	00:16:28	Pflegefachperson	03/2019
C4	00:12:41	Pflegefachperson	03/2019
C5	00:18:17	Pflegefachperson	04/2019
C6	00:44:21	APN	06/2019

* C1 bis C6 stellt die Reihenfolge der Interviews dar; C steht für die Interviews der Wirkungsphase.

Das verwendete Codesystem stellt sich wie folgt dar:

- Aussagen der Pflegenden
 - o Interpretation der APN-Stelle
 - Tätigkeiten/Aufgaben

- Rolle und pflegerische Identität
- Prozess der Implementierung
 - Rollenentwicklungsprozess
 - Etablierung
 - Akzeptanz/ Einstellung der Pflegenden
- Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und der APN
 - Berührungspunkte/ Schnittmengen
 - Kompetenzunterschiede
 - gemeinsame Themen
- Aussagen der Ärzt*innen
 - Interpretation der APN-Stelle
 - Prozess der Implementierung
 - Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und der APN
- Aussagen der APN
 - Interpretation der APN-Stelle
 - Edukation
 - Management
 - klinische Tätigkeiten
 - Forschung
 - Prozess der Implementierung
 - Rahmenbedingungen
 - Akzeptanz
 - Rollenentwicklung/ Vernetzung der Stelle
 - Zusammenarbeit zwischen APN und den Kolleginnen und Kollegen in der Tagesklinik
- Nutzen der APN-Rolle aus Sicht der Mitarbeitenden der Tagesklinik
- Optimierungspotenzial aus Sicht der Mitarbeitenden der Tagesklinik
 - Patientenbezogene Prozesse
 - Aufgabenverteilung
 - Offene Bedarfe

4.4.2 Aussagen der Pflegenden der Onkologischen Tagesklinik

In diesem Unterkapitel werden die Rückmeldungen der Pflegefachpersonen dargestellt, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Onkologischen Tagesklinik tätig waren.

4.4.2.1 Interpretation der Funktion der APN durch die Pflegenden

Die Aufgabe der APN wird durch die interviewten Pflegenden der Onkologischen Tagesklinik darin gesehen, Patient*innen mit oralen Tumorthérapien so zu befähigen und zu unterstützen, dass im Ergebnis eine Adhärenz in der Einnahme der oralen Therapien erreicht werden kann.

„Jetzt ändert sich einiges in der letzten Zeit bei der Behandlung von Krebspatienten, die Behandlung geht mehr auf orale Medikation. Das beansprucht mehr Zeit, denn man muss vielleicht ein bisschen mehr reden am Anfang und Vertrauen schaffen und vor allem glaube ich das die Adhärenz ein Thema wäre für sie.“ (C3:10-10)

Die APN arbeitet an der Erstellung von Informationsmaterialien mit und nimmt Aufgaben zur Qualitätssicherung wahr, wie die Erarbeitung von pflegerischen Standards. Kritisch wird angemerkt, dass durch die APN auch Tätigkeiten ausgeführt werden, die genauso gut durch eine medizinische

Fachangestellte erledigt werden könnten, wie Befunde zusammenstellen, Ausdrucke anfertigen und Briefe versenden.

Die Pflegefachpersonen beschreiben die Rolle der APN als Unterstützung und Verbindung zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in. Im Mittelpunkt steht aus Sicht der Pflegenden die Kommunikation, welche die APN als erste Ansprechpartnerin für Patient*innen und ihre Angehörigen sicherstellt.

„Naja, dass sie einmal uns unterstützt im Rahmen des Ablaufes, dass sie Ansprechpartner ist für Rückfragen, für Nebenwirkungen (...) dass sie das Zwischenstück zwischen dem Patienten und dem Arzt darstellt, um aufzufangen was man pflegerisch sozusagen schon an Nebenwirkungen abfangen kann, was man nicht nur mit Medikamenten abfangen muss.“ (C5:44-44)

Die Pflegenden merken an, dass die fachliche Kompetenz einer APN sichtbar sein muss. Entsprechend des APN-Anspruchs an eine erweiterte Pflegepraxis muss sie eine hohe klinische Expertise aufweisen. Da die Pflegefachpersonen der Tagesklinik über mehrjährige Berufserfahrung verfügen, wird die fehlende onkologische Fachweiterbildung der APN kritisch eingeschätzt.

„Also wenn sie jetzt ein Jahr lang, mit Fachonkowerweiterbildung, mitgelaufen wäre und genau das gemacht hätte was wir machen und sich dann spezialisiert hätte, wäre es einfacher gewesen, als wenn man jemand von draußen dazusetzt und sagt so, der spezialisiert sich jetzt auf spezielle orale Therapien.“ (C5:46-46)

Für die interviewten Pflegefachpersonen ist relevant, ob eine pflegerische Identität in der APN-Rolle als Teil des Pflegeteams erkennbar ist. Hier wird klar herausgestellt, dass die APN eigenständig arbeitet und dass sich ihre Aufgaben von denen der anderen Pflegefachpersonen in der Tagesklinik unterscheiden. Allerdings wird kritisiert, dass eine pflegerische Identität der APN als Pflegefachperson nicht mehr sichtbar ist. Es wird angeführt, dass Abstimmungsprozesse beispielsweise bei der Erstellung von patientenbezogenem Informationsmaterial eher mit den Ärztinnen und Ärzten erfolgen als mit dem Pflegeteam der Tagesklinik.

„Ich kann nicht immer dastehen und sagen, nein, jetzt ist die Pflege der Ansprechpartner und nicht die Ärzte. Das ist noch so eine verschobene Wahrnehmung aus dem ganzen Bild heraus, dass die Ärzte die APN wollten, oder sich dafür stark gemacht haben, die Pflege hat das ganze gefüllt mit Materialien und jetzt geht immer alles zur Abstimmung zu den Ärzten und das finde ich schade, weil Pflege ist eine eigene Berufsgruppe in der Hinsicht.“ (C5:24-24)

4.4.2.2 Prozess der Implementierung aus Sicht der Pflegenden

Der Prozess der Implementierung begann für die Pflegenden mit der Konzeption des Projektes. Die Pflegenden waren zum Kickoff Meeting am 30.01.2017, welches die initiale Besprechung zwischen Projektteam und den beteiligten Bereichen des Brustzentrums darstellte, eingeladen. Bei der Konzeption der Einarbeitungsphase war die Stationsleitung der Onkologischen Tagesklinik aktiv in den Prozess eingebunden, indem sie Einarbeitungsinhalte für die APN mitbestimmen konnte. Durch die befragten Pflegefachpersonen wurde der Prozess der Implementierung rückblickend reflektiert.

Anfangs hatten die Pflegenden keine Vorstellung davon, wie die Etablierung einer APN in der Tagesklinik umgesetzt werden sollte, da es dieses Arbeitsfeld bisher am Klinikum noch nicht gab. Es war für die Pflegenden nicht transparent, wie der Arbeitsalltag in der Onkologischen Tagesklinik mit einer APN aussehen könnte.

„Aber das war am Anfang auch nicht so klar, aber das hat sich durch die Praxis entzerrt, wir wussten es ja alle nicht was es wird. Das war unser Bedenken, dass wir das alles zehnmal durchkauen, jeder nochmal.“ (C4:20-20)

Erschwert wird der Rollenentwicklungsprozess der APN aus Sicht der Pflegenden dadurch, dass die APN das Arbeitsfeld in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik, die Versorgungsprozesse in einem Brustzentrum und das LMU Klinikum nicht kennt. Die Zeit im Team der Tagesklinik wird im Rahmen der Einarbeitung als zu gering eingeschätzt, um eine Beziehung zueinander aufbauen zu können und die dort wahrgenommenen Bedarfe der Patient*innen in das APN-Rollenkonzept einzubinden. Die Pflegende führt aus, dass es ihrer Meinung nach sinnvoll gewesen wäre, die APN länger im Team zu haben, um dann gemeinsam einen Bedarf für eine APN-Rolle und ein Konzept der erweiterten Pflegepraxis herauszuarbeiten und zu implementieren.

„Ja ich hätte sie vielleicht (...) länger im Team gern mit drin gehabt, damit man sieht, aus dem Team heraus, da ist Bedarf da.“ (C5:46-46)

Die befragten Pflegefachpersonen differenzieren in ihrem Feedback zwischen der neu implementierten APN-Rolle auf der einen Seite und der neuen Kollegin als Person auf der anderen Seite. Während die Aufgaben und das Tätigkeitsfeld durch die Pflegenden eher hinterfragt wird, sind die Rückmeldungen zur Persönlichkeit der APN und ihre Arbeitsweise sehr positiv.

„Als Persönlichkeit ist sie akzeptiert, nur als Stelle ist es (...) schwierig zu akzeptieren (...) für die, für alle (...). Persönlichkeit ist gar kein Problem, bringt sich auch mit ein und versucht da auch wirklich (...) durch die Art und Weise, kommt es an. Aber (...) war das Team vielleicht auch nicht vorbereitet, dass die Stelle zu einer Akzeptanz genommen wird.“ (C5:48-48)

Problematisch ist die zeitgleiche Arbeitsverdichtung für die Pflegenden, die durch personelle Ausfälle und eine zeitgleiche Zunahme der Therapien zustande kommt. Die Pflegenden erhoffen sich deshalb Entlastung durch die APN in ihrer pflegerischen Versorgung aller Patient*innen mit Systemtherapie.

„Am Anfang war es halt schwer zu akzeptieren, dass eine zusätzliche Person da ist, aber die jetzt nichts von unseren Arbeiten übernimmt. (...) Das war am Anfang schwer zu akzeptieren, aber das hat sich jetzt eingespielt, also das ist jetzt kein Problem mehr.“ (C5:46-46)

Die Pflegenden äußern zu Beginn des Projektes Vorbehalte hinsichtlich der Einbindung einer akademisierten Pflegefachperson in die Versorgung der Patient*innen. Da die Aufgaben anfangs nicht konkret genug beschrieben waren, ist es für alle Beteiligten schwierig, realistische Erwartungen an das Tätigkeitsfeld der APN zu entwickeln.

„Also ja, also wie gesagt der Einstieg war schwer, zu sagen da kommt jemand studiertes und macht da jetzt was Neues, aber ist bei jedem so.“ (C5:46-46)

Wichtig für die Akzeptanz der neuen Rolle ist für die Pflegenden, dass diese Stelle nicht aus dem Stellenplan der Tagesklinik herausgenommen wird, sondern als zusätzliche Stelle geplant ist. So fällt es den Pflegenden leichter, sich auf dieses neue Thema einzulassen.

„Das Schöne ist muss man sagen, sie ist nicht aus unseren Ablauf - also umgedreht - die Stelle ist nicht aus der Tagesklinik rausgenommen worden, d. h. wir sind trotzdem noch genug Leute, wäre das nicht so hätten wir jetzt zu kämpfen und müssten deutlich mehr arbeiten.“ (C5:38-38)

Im Projektverlauf wird die Abgrenzung der Aufgaben, welche durch die APN wahrgenommen werden, klarer. Eine Pflegefachperson, welche in die Tagesklinik kam, nachdem die APN dort schon tätig war,

stellt die Rolle der APN nicht in Frage, sondern entwickelt Ideen, wie die APN mit ihren speziellen akademischen Kompetenzen genutzt werden könnte.

„Ich habe nicht so eine ausführliche Information bekommen, was ihre Arbeit ist. Die Person ist sehr angenehm und sehr engagiert in ihrer Sache und deswegen habe ich mich selber mit ihr ein bisschen unterhalten und ein paar Fragen gestellt. Ob ihre Arbeit mehr in der Forschung ist, oder mehr in Richtung der speziellen Pflege ist. Dann waren wir in ein paar Fortbildungen zusammen und dann sind wir ein bisschen ins Gespräch gekommen, aber nicht in die Tiefe ihrer Tätigkeiten.“ (C3:2-2)

Als Ergebnis des Implementierungsprozesses wird aus Sicht der Pflegenden überwiegend bestätigt, dass sich auf Grund der Fallzahlzunahme die APN als Entlastung erweist. Sie arbeitet zunehmend selbständiger und Prozesse funktionieren besser. Die Arbeit der APN wird als eigenständig beschrieben.

„Für mich ist es inzwischen eigenständig. Also ich mach mir jetzt keine Gedanken mehr darüber, wie man am Anfang gehabt hat, da war man involviert und hat sich gedacht, was wird das, was entwickelt sich da. Aber es ist jetzt eigenständig.“ (C4:28-28)

4.4.2.3 Zusammenarbeit zwischen APN und Pflegefachpersonen

Die Frage, ob sich das Arbeitsspektrum der Pflegepersonen der Tagesklinik durch die neue APN-Rolle verändert, spielt in den Interviews keine Rolle. Die APN wird nicht als jemand wahrgenommen, der die Pflegenden in der Tagesklinik in ihrem Arbeitsbereich und ihren Zuständigkeiten beeinflusst oder einschränkt.

„Also wie gesagt, wenn es um Patienten geht versorgt sie alle toll, ist uns aber weder eine Hilfe, noch ein Hindernis, im Rahmen der Tagesklinik, im Rahmen der Infusionsgabe, oder in den Abläufen.“ (C5:38-38)

Deutlich wird, dass es wenig Berührungspunkte in den Tätigkeitsfeldern der Pflegenden und der APN gibt, obwohl beide räumlich in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik angesiedelt sind und die APN organisatorisch zum pflegerischen Team der Tagesklinik gehört. Jedoch erfolgt ein patientenbezogener Austausch, wenn Patient*innen sowohl von der APN als auch von den Pflegefachpersonen in der Tagesklinik betreut werden.

„Also vom Tagesablauf her ist es so, dass wir uns kurz absprechen, gerade in der Früh bei der Übergabe der Ärzte. Die Patienten die oral die Therapie einnehmen werden von der APN betreut und die Pflege macht weiterhin die ambulanten (...) die Infusionstherapie (...) sonst treffen wir uns eigentlich für Nachfragen wieder, im Bezug auf den Patienten, oder fachliche Nachfragen. Aber sonst arbeiten wir da wenig zusammen, sondern es läuft vieles parallel.“ (C5:2-2)

In der direkten Patientenversorgung werden für die Pflegenden der Tagesklinik die Kompetenzunterschiede zwischen ihnen und der APN nicht immer deutlich. Aus Sicht der Pflegenden übernimmt sie keine Tätigkeiten, an denen eine erweiterte Pflegepraxis im direkten Patientenkontakt für sie sichtbar wird.

„Ja, organisatorisch und es ist auch so (...) was halt dann auch rüber kommt, wenn die APN nicht da ist, dann können es alle anderen, wenn sie da ist, dann kann es nur sie. Das macht natürlich (...) das merkt man deutlich.“ (C5:52-52)

Im Verlauf der Implementierung werden erste Themen deutlich, an denen die Pflegenden und die APN gemeinsam arbeiten könnten. Eine Zusammenarbeit, in der beide Akteure voneinander profitieren, stellt dies aus Sicht der Interviewten jedoch noch nicht dar. Es sind erste Ideen, die sich langsam entwickeln.

„Ich persönlich habe fachliches Wissen für die Pflegevisite mit onkologischen Patienten erhalten, ein oder zweimal, super Rückmeldung und effizient, also aktualisierte Informationen und so. Aber gemeinsam haben wir nicht gearbeitet.“ (C3:2-2)

4.4.3 Aussagen der Ärzte und Ärztinnen

In diesem Unterkapitel werden die Rückmeldungen der Assistenzärzt*innen dargestellt, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Onkologischen Tagesklinik tätig waren und das APN-Projekt erst dort kennengelernt haben.

4.4.3.1 Interpretation der Funktion der APN

Seitens der ärztlichen Kolleg*innen der Tagesklinik wird die APN als eine Funktion gesehen, die Aufgaben wahrnimmt, welche über die klassischen Pflegetätigkeiten in der Onkologischen Tagesklinik, wie in Kapitel 4.1.2.3 beschrieben, hinausgehen und bisher weder pflegerisch noch ärztlich optimal wahrgenommen werden.

„Weil dann plötzlich viele eben solcher Sonderaufgaben, wo man sagt, das ist nicht klassische Arztstätigkeit, nicht klassische Pflegetätigkeit extrem gut aufgehoben sind und gerade diese Patientenführung, Patientenbegleitung durch unterschiedliche Therapieabschnitte profitieren da sehr davon.“ (C1:16-16)

Obwohl es sich um eine neue Rolle handelt, beschreibt ein Assistenzarzt, der nach Implementierung der APN in die Tagesklinik gekommen ist, ihre Rolle und ihre Tätigkeiten als klar definiert.

„Also ich bin ja nach ihr gekommen, also es war mir schon klar, sie ist hier so eine feste Institution und das fand ich jetzt auch eine gute Sache irgendwie.“ (C2:16-16)

4.4.3.2 Prozess der Implementierung

Die befragten Ärzte und Ärztinnen wurden in den Prozess der Implementierung der APN nicht unmittelbar eingebunden, da sie erst in die Tagesklinik wechselten, als die APN bereits ihre Aufgaben eigenständig wahrgenommen hatte. Die Abschlussbefragung ergibt, dass die beiden zu dem Zeitpunkt tätigen Assistenzärzt*innen sich im Vorfeld konkretere Informationen über die APN und ihr Aufgabenfeld gewünscht hätten. Sie sehen sich in der Tagesklinik mit einer neuen Pflegerolle konfrontiert, die sie aus ihren bisherigen Tätigkeitsfeldern in anderen Bereichen der Frauenklinik nicht kennen. Vor allem in der Feinabstimmung der patientenbezogenen Versorgungsprozesse zwischen Pflegefachpersonen, APN und ärztlichen Kolleg*innen wird deutlich, dass bei der Konzeption kein Arzt/ keine Ärztin in Weiterbildung aus dem Bereich der Tagesklinik involviert war.

„Mein Eindruck war, ich weiß nicht wie da der ursprüngliche Planungsprozess war, aber das zumindest von der assistenzärztlichen Seite her nicht so viel Input gab wie die exakten Zuständigkeiten sind.“ (C1:6-6)

Seitens der Ärzt*innen wird wahrgenommen, dass die Tätigkeitsfelder der APN und die des Pflorgeteams getrennt gehalten werden und es wenig Berührungspunkte gibt. Es stellt sich beispielsweise die Frage nach einer funktionierenden Vertretungsregelung im Falle der Abwesenheit der APN.

„Ich fand es eben so ein bisschen disjunkt, also wie gesagt, das Thema gehört in die Pflegegespräche, aber die Zuständigkeiten zwischen APN und regulärem Pflorgeteam, die waren schon sehr bewusst getrennt hatte man den Eindruck und dementsprechend schwierig war es dann auch Vertretungen hinzubekommen oder bei der Ablauforganisation das optimal zu vernetzen.“ (C1:26-26)

4.4.3.3 Zusammenarbeit zwischen APN und ärztlichen Mitarbeitenden

Die Akzeptanz seitens der Ärzt*innen in Weiterbildung gegenüber der APN-Rolle ist grundsätzlich gegeben. In den Interviews werden Diskussionsfelder benannt, die sich beispielsweise in der prozessualen Ausgestaltung ergeben. So kommt die Frage auf, welche Tätigkeiten eine APN übernehmen soll, wenn es vom Prozess her sinnvoll erscheint. Im Arbeitsalltag entsteht beispielsweise die Situation, dass die APN keine Ports ansticht oder venöse Zugänge legt, obwohl das den Prozessablauf deutlich vereinfachen würde. Aus Sicht des ärztlichen Befragten stellt das eine Unterbrechung seiner Sprechstunde dar, um diese Aufgabe, die durchaus delegierbar wäre, zu übernehmen.

„(...) so Sachen wie Port anstechen, Nadel legen, Bisphosphonatinfusionen betreuen usw. (...) Wo man sich gedacht hat, das wär doch jetzt eigentlich nicht so schwierig das noch mit in diese Rolle einzubringen. Die Organisationsstruktur war so und die Tätigkeitsfelddefinition war so, dass es nicht vorgesehen war, aber in dem Moment wo man selbst eine straff einbestellte Sprechstunde hatte, selbst in Zeitnot geraten ist, denkt man sich natürlich, jetzt nicht auf rationaler aber auf emotionaler Ebene schon so ein bisschen, warum machst du es denn nicht einfach.“ (C1:20-20)

In den Interviews wird durch die Ärzt*innen in Weiterbildung thematisiert, dass es im Arbeitsalltag der Tagesklinik oft zu Rückfragen kommt, wenn diese selbst gerade in einer voll terminierten Sprechstunde gebunden sind. Diese Unterbrechungen haben aus Sicht der Befragten einen negativen Einfluss auf die Prozessabläufe und eine reibungslose Arbeitsatmosphäre. Die Schwierigkeit für den Arzt bzw. die Ärztin besteht in diesen Situationen darin, dass es Rückfragen zu Patient*innen sind, die nicht immer persönlich bekannt sind. Notwendige Informationen müssen dann erst beschafft werden, um Entscheidungen treffen zu können, was die Prozesse stört.

„Das was ich emotional am unangenehmsten fand, das war dass doch relativ viele Rückfragen kamen, aber gleichzeitig eben zu Patienten die ich nicht sehe, die ich nicht kontinuierlich betreue, die ich nicht kenne. Die dann halt immer irgendwie zwischendrin - also im Idealfall zwischen zwei Patienten kam sie dann nochmal rein, hatte irgendeine Frage und ich musste mich erstmal umdrehen, Moment wer ist das denn überhaupt (...).“ (C1:8-8)

Neben der Gefahr, dass Aufgaben unerledigt bleiben, besteht das Risiko, dass Aufgaben doppelt erledigt werden. Positiv wird dabei die gewissenhafte Arbeitsweise der APN herausgestellt, welche den Assistenzärzt*innen das Gefühl gibt, dass sie sich gerade für die Patient*innen mit oralen Therapien mitverantwortlich fühlt.

„In Bereichen in der viele Fachbereiche, oder viele Berufsgruppen zusammenarbeiten, da gibt es immer wieder mal Überschneidungen, im besten Fall gibt es da irgendwelche Ergänzungen, im blödsten Fall Reibungen, wo man sagt okay, da ist es mal schwierig zu sagen wer macht das

jetzt. (...) aber das habe ich jetzt mit ihr gar nicht gehabt, wie gesagt sie hat die Aufgaben schon sehr gewissenhaft gemacht, manchmal vielleicht fast zu gewissenhaft (...).“ (C2:16-16)

Eine Akzeptanz seitens der ärztlichen Kolleg*innen wird auch daran deutlich, dass es mit der APN möglich ist, relevante patientenbezogene Themen, beispielsweise Informationsweitergaben an andere Behandlungspartner, abzusprechen und im Sinne einer Teamarbeit gemeinsam im Versorgungsprozess tätig zu sein.

„Grundsätzlich, das gilt ja allgemein, dass jemand teamfähig ist, dass man gut rücksprechen kann, dass da jetzt niemand sein eigenes Ding macht, dass man sich morgens in der Übergabe zusammensetzt und die wesentlichen Themen anspricht und dann das Gefühl hat, das kann der oder diejenige auch so umsetzen. Dass man nachfragt wenn es Probleme gibt, dass man da nicht das Gefühl haben muss, man muss da jetzt alleine irgendwas hinbekommen.“ (C2:20-20)

Der patientenbezogene Austausch zwischen APN und den ärztlichen Mitarbeitenden wird als passend dargestellt. Hier werden bereits etablierte Kommunikationswege wie die Morgenbesprechung gewählt, an denen sich die APN beteiligt.

„Ich würde sagen die Zusammenarbeit verlief sehr gut, also auf beiden Seiten hatte ich den Eindruck auch. Insofern als dass wir uns regelmäßig miteinander kurzgeschlossen haben wenn es relevante Dinge für die Patienten zu besprechen gab. Das hat angefangen schon in der Morgenübergabe, dass man die wesentlichen Patienten des Tages besprochen hat, die einfach Klärungsbedarf hatten, das ging dann aber auch untertags dass man einfach hier durch die räumliche Nähe über relativ kurzem Weg die Dinge besprechen konnte und das war eigentlich ganz gut, dass man sich da zugearbeitet hat im Idealfall.“ (C2; 2-2)

4.4.4 Aussagen der APN

4.4.4.1 Interpretation der APN-Funktion

Im Konzept werden die geplanten Aufgabenfelder der APN, angelehnt an die Strukturierung der Tätigkeiten einer BCN (Eicher 2014), in die Bereiche Edukation, klinische Tätigkeiten, Forschung und Management gegliedert. Diese Differenzierung wurde auch dem Interviewleitfaden zugrunde gelegt.

Das Interview mit der APN zeigt, dass sie ihre Zuständigkeit in der Betreuung von Patient*innen mit oralen Therapien sieht. Das beinhaltet neben Assessments und edukativen Maßnahmen, wie Beratungsgesprächen und Schulungen, auch koordinierende Tätigkeiten mit Behandlungspartnern. Umgesetzt werden ebenfalls Workshops des Brustzentrums mit Fachpersonen aus Arztpraxen zum Umgang mit oralen Therapien. Des Weiteren erfolgt zusammen mit der zuständigen Oberärztin des Brustzentrums die Erstellung von Edukationsmaterialien für die Patient*innen, wie Informationsmaterial zum Nebenwirkungsmanagement und eine „Willkommensmappe“ mit Basisinformationen für neue Patient*innen. Das Aufgabenfeld der Edukation würde die APN gerne ausbauen, vor allem hinsichtlich des Angebots von Fortbildungen für Kolleg*innen im Sinne einer kollegialen Beratung:

„Edukation (...) also Patientenedukation ist da, was vielleicht (...) ich habe Vorträge gemacht, wir haben auch eine Schulung gemacht mit Leuten von extern zu oraler Therapie, es haben auch viele Leute hier hospitiert. (...) Ich glaube was man jetzt auch aufbauen könnte, wäre sukzessive mehr die Teilnahme an Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen.“ (C6:10-10)

Für eigene Forschungstätigkeiten haben sich für die APN bisher noch keine Möglichkeiten ergeben. Fragestellungen, die im Rahmen von Forschungsprojekten bearbeitet werden könnten, kann sie jedoch bereits in ihrem neuen Arbeitsfeld identifizieren. Gerne würde sie den Anteil der eigenen Forschungsarbeit ausbauen, beispielsweise mit dem Ziel einer Dissertation.

„Dann fehlt mir so ein bisschen das wissenschaftliche Arbeiten, also sprich dass ich selber etwas mache (...) Also eine eigene Arbeit zu schreiben, zu machen. Sei es in Richtung Dissertation, oder sich selber einfach irgendwie einzuarbeiten in ein bestimmtes Thema, oder mitzuarbeiten in manchen Themen.“ (C6:2-2)

Zeit für die Weiterentwicklung des eigenen Konzeptes und der eigenen Rolle und Arbeit ist vorhanden. Im Ergebnis ist ein Feinkonzept zur Ausgestaltung der Arbeitsprozesse entstanden, welches die Weiterentwicklung ihrer Arbeit verdeutlicht.

Im Bereich Management kann die APN zur Standardisierung von Abläufen beitragen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden durch die APN Regelungen beispielsweise im Hinblick auf Zuständigkeiten zwischen Pflegefachpersonen, ärztlichen Kolleg*innen und APN verschriftlicht. Weiterhin werden Kennzahlen zu durchgeführten APN-Konsultationen zusammengestellt, die zur Leistungsdokumentation und zur Darstellung der eigenen Arbeit im Rahmen von externen Audits herangezogen werden.

„Management gehört ja viel QM dazu. Ich denke das haben wir (...) das lief so ganz gut nebenher. Die ganzen Dinge die Fr. Dr. (Name der Ärztin) auch auf der Agenda hatte, standardisierte Abläufe.“ (C6:8-8)

4.4.4.2 Prozess der Implementierung

Im Rahmen des Interviews hinterfragt die APN ihre eigene Rolle und den Prozess der Implementierung kritisch. Fraglich bleibt für sie, ob die Onkologische Tagesklinik dafür geeignet ist, ein strategisch so wichtiges Pilotprojekt durchzuführen, weil von Beginn an viele Widerstände im Team gegen diese neue Rolle deutlich wurden. Einfacher wäre das Projekt in einem Setting gewesen, in dem es mehr Unterstützung durch die Pflegefachpersonen und die Leitungspersonen gegeben hätte.

„Dann ist natürlich schon die Frage, ob diese Station tatsächlich jetzt die beste war um so ein Pilotprojekt hier zu starten, also weiß ich nicht. Es war ja schon, so habe ich das zumindest gespürt, viel Gegenwind da. (...) wie gesagt ich glaube das es einfachere Stationen gibt von der Kultur her auch vielleicht.“ (C6:40-40)

Zudem sind auch während der Implementierung noch nicht alle Rahmenbedingungen geklärt, wie beispielsweise die Eingruppierung der APN. Es ist viel Eigeninitiative, Energie und auch Geduld seitens der APN notwendig, um alle benötigten Arbeitsmaterialien zu beschaffen. Sie führt Faktoren an, die für sie zu einem erfolgreichen Gelingen des Projektes beigetragen haben, wie Wissen und Kompetenz, weil man sich eine Anerkennung durch die pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen erst erarbeiten musste. Um beispielsweise in interprofessionellen Besprechungen argumentieren zu können, wird berufliche Expertise im Bereich der Onkologie als elementar wichtig angesehen. Als persönliche Eigenschaften sind Offenheit, Lernbereitschaft, ein langer Atem und ein gutes Selbstmanagement entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung der Aufgaben einer erweiterten Pflegepraxis.

„Also ich würde sagen (...) sich ganz viel Wissen anzueignen, um hier zu zeigen, okay, ich kann was. Gegenüber der Pflege, das ist das eine, aber auch gegenüber den Ärzten. Einfach am

Anfang offen zu sein (...) Bei vielen muss man sich erst so ein bisschen die Anerkennung erarbeiten, wenn das so dann ist dann hat man da einen guten Rückhalt.“ (C6:30-30)

Zu Beginn war es aus Sicht der APN schwierig, eine Akzeptanz für eine akademisierte Pflegefachperson bei den pflegerischen Kolleg*innen zu schaffen. Unschlüssig ist sie, ob für dieses Pilotprojekt ein Master-Titel notwendig ist oder ob bei der Einstellung der APN mehr Wert auf onkologisch-fachliche Expertise hätte gelegt werden sollen. Ein mögliches alternatives Vorgehen wäre gewesen, eine Pflegefachperson mit Expertise im jeweiligen Einsatzfeld schrittweise zu akademisieren. Eine Akzeptanz im kollegialen Umfeld könnte so vermutlich leichter erreicht werden.

„Ich weiß, dass die APN-Stelle am besten Fall akademisiert ist mit Master, die Realität glaub ich sieht so aber aus, dass man aktuell noch niemanden finden wird der einen Master hat und langjährige onkologische Erfahrung, weiß ich nicht. Das ist jetzt nicht der Markt, wo unglaublich viele Leute da sind.“ (C6:44-44)

Der Aufbau eines internen Netzwerks für akademisierte Pflegende, die im Bereich Onkologie tätig sind, wird aus Sicht der APN als wichtiger Baustein einer Rollenprofilierung gesehen. Zudem sind die internen Schnittstellen, wie beispielsweise das Comprehensive Cancer Center (CCC) und die Ernährungsberatung für die Zusammenarbeit und die Aneignung von Wissen sehr wichtig und unterstützend. Die APN würde neuen APN-Kolleg*innen raten, sich proaktiv in diese bestehenden und etablierten Strukturen einzubringen. Eine konstante Begleitung in der Einführungsphase der neuen Rolle wird als sehr wichtig erachtet. Als unterstützend wird die Begleitung und Anbindung an die Stabsstelle Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung (PWPE) des Klinikums gesehen, da sie dadurch einen verlässlichen Ansprechpartner hat. Die APN wünscht sich noch mehr Austausch mit den Mitarbeiter*innen der Stabsstelle, da sie diese als Ideengeber betrachtet und sich darüber eine Integration in wissenschaftliche Projekte erhofft.

„Ich glaube auch dass ich ihr [einer potentiell neuen APN] raten würde, mehr Anschluss zur Stabsstelle Pflegewissenschaft zu suchen, mehr Austausch. Weil das der gleiche background ist und weil man da einfach glaub ich Inspiration bekommt durch die ganzen Projekte die da laufen (...), es gibt viele Überschneidungen was das wissenschaftliche Arbeiten angeht und da einfach vielleicht ein Stückweit auch ein Teil Team zu haben, dass glaub ich wär ganz cool.“ (C6:30-30)

Als weiteren wesentlichen Aspekt formuliert die APN die Integration der APN-Stelle in ein Team. Sie selbst sieht sich weniger als Teil des Kernteams der Tagesklinik, weil es wenig Berührungspunkte im Arbeitsalltag gibt und weil sich auch kaum gemeinsame Aktivitäten entwickeln, wie sie es beispielsweise aus der Teamkultur der Stabsstelle PWPE kennt. Charakteristika für ein Team sind für die APN beispielsweise teaminterne Projektbesprechungen, gemeinsames Frühstück oder gemeinsame Aktivitäten.

„Dann natürlich klar, Team Tagesklinik. (...) Es ist immer so die Frage wie definiert man Team, ein Team kann so und so sein. Aber jetzt so ein richtiges Team, wie ich es bei euch aus der Stabsstelle kenne, man lacht gemeinsam, man isst gemeinsam, man bespricht unterschiedliche Projekte gemeinsam, das habe ich eher weniger, (...) ich glaube nicht dass ich - ich bin in der Tagesklinik, ja, aber ich gehöre nicht so fest zu diesem Kernteam dazu, denke ich nicht.“ (C6:32-32)

Die APN kommt für sich zu dem Schluss, dass ein Team für sie wichtig ist, da sie sich in ihrer Rolle nicht als „Einzelkämpfer“ (C6:32-32) sieht. Eine wichtige Rolle spielen für sie in diesem Kontext die Oberärztin des Brustzentrums als Ansprechpartnerin für fachliche Themen und die BCN als pflegerische Kollegin, weil deren Stelle ähnlich wie die der APN eine Funktion ohne direkte Anbindung an ein Team ist.

„Die BCN so ein bisschen auch als Team sehen, weil die Stellen sind sich sehr ähnlich, nicht vom Aufgabengebiet, sondern von der Einzelposition und dieses zwischen Pflege und Arzt hin und her arbeiten.“ (C6:48-48)

Ihre Funktion als APN ist aus ihrer Sicht langsam in der Tagesklinik etabliert und profiliert, was beispielsweise am eigenständigen Aufgabenfeld deutlich wird. Ihre Tätigkeiten werden zunehmend sowohl klinikintern als auch nach außen hin sichtbar. Sie wirkt verantwortlich an Workshops zur Versorgung von Patient*innen mit oraler Therapie mit, welche sich an Münchener Arztpraxen und deren pflegerisches Personal richtet. Am Beispiel ihres Auftretens im externen Audit zur Zertifizierung des Brustzentrums nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft erläutert die APN die wachsende Sichtbarkeit ihrer Stelle.

„Ansonsten, es gibt diese Stelle jetzt, es gibt diesem Raum, (...) Es ist implementiert insofern, bei der Zertifizierung habe ich auch ein Gespräch mit dem Zertifizierer bekommen, also man ist damit auch nach außen gegangen und hat gesagt okay, es gibt diese Person, die macht das und das, zeichnet unsere Klinik aus.“ (C6:38-38)

4.4.4.3 Zusammenarbeit zwischen APN und den Kolleginnen und Kollegen der Tagesklinik

Im Unterschied zu den Pflegefachpersonen der Tagesklinik, bei denen es aus Sicht der APN schwierig ist, eine Akzeptanz für ihre Rolle zu schaffen, fühlt sie sich von den Ärzten und Ärztinnen grundsätzlich respektiert und akzeptiert.

Die APN wünscht sich vom pflegerischen Team der Tagesklinik mehr Interesse und Offenheit für ihre Aufgaben und die damit verbundenen Anpassungen und Veränderungen. Sie sieht darin die Voraussetzung, um sich willkommen zu fühlen und ein gemeinsames Arbeiten an der Implementierung einer neuen Funktion und neuen Aufgabenfeldern zu ermöglichen.

„Salopp gesagt, wenn jemand gesagt hätte: „Ja cool dass du da bist, wir haben die und die Aufgaben, wir können da und da deine Hilfe gebrauchen, was hältst du davon?“ Irgendwie so auch zu nutzen, dass da jetzt jemand kommt. Also wenn ich jetzt hier auf der Station arbeiten würde, würde ich mir denken: „Hey, cool, da kommt jemand, der hat irgendwie nochmal ganz andere Dinge gelernt, wie kann man denn das jetzt miteinbinden (...).“ (C6:42-42)

Aus Sicht der APN sind die Zuständigkeiten und Aufgaben zwischen ihr und Ärztinnen und Ärzten in der Onkologischen Tagesklinik ganz klar getrennt. Sie kennt die Prozesse der Patient*innen mit oralen Therapien und weiß, wann Termine beispielsweise für Staging oder Tumormarker anstehen. Darin sieht sie ganz klar eine Stärke ihrer Rolle, da die Assistenzärzt*innen im Setting der Tagesklinik wechseln, was immer wieder mit einer Phase der Einarbeitung verbunden ist. Im Vergleich dazu kennt sie die Patient*innen und kann einem neuen ärztlichen Kollegen bzw. einer neuen ärztlichen Kollegin eine kurze Zusammenfassung zum Behandlungsstand der jeweiligen Patientin geben. Sie sieht die Verantwortung bei der Durchführung der Therapien jedoch klar ärztlich.

„Ich glaube die APN kann unterstützen, aber gerade was solche therapiebeeinflussenden Dinge betrifft, wie Staging, dann ist es Arztaufgabe. Die Prozesse, also ich bin gut involviert denke ich (...) ja (...) bin gut involviert.“ (C6:14-14)

Widersprüchlich bleiben ihre Aussagen hinsichtlich konkreter Verantwortungen bei den Themen des Nebenwirkungsmanagements. Einerseits sieht sie es als ihre Aufgabe an, die Patient*innen nach auftretenden Nebenwirkungen zu fragen und dazu zu beraten. Andererseits führt sie an, dass sie

auftretende Nebenwirkungen immer mit einem Arzt/einer Ärztin bespricht und ihre Rolle hier eher als Vermittlerin und Kommunikationsmedium sieht.

„(...) also alle Nebenwirkungen die auftreten bespreche ich auch immer mit dem Arzt, damit diese ärztliche Kompetenz, die ich ja nicht habe, dann auch entscheiden kann, okay in der und der Kombination muss man jetzt bei dieser Nebenwirkung besonders aufpassen, oder würde ich gerne mal sehen. Also das ist schon etwas wo der Arzt auch entscheiden muss, denke ich. Das hier ist eine Brücke, die APN ist eine Brücke und bringt die Informationen zum Arzt (...) ja.“ (C6:18-18)

Durch die APN wurde eine Matrix erstellt, welche eine klare Verteilung zwischen den ärztlichen, pflegerischen und erweiterten APN-Aufgaben in der Onkologischen Tagesklinik definiert. Vor allem, wenn neue ärztliche Mitarbeitende in die Tagesklinik kommen, benötigt es eine regelmäßige Besprechung zur Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen.

„(...) Also ein Aufgabenprofil festlegen, ich habe jetzt so eine Liste gemacht wo meine Einzelaufgaben drin sind mit Spalten APN, Arzt, Tagesklinik und da halt die Kreuze gemacht dementsprechend. Die habe ich auch einem der Ärzte schon geschickt, der hier auch das ärztliche QM macht, damit das klar aufgeteilt ist. Das ist etwas, dass es halt einfach mal schwarz auf weiß steht (...).“ (C6:22-22)

4.4.5 Nutzen der APN-Rolle

Wie in Kapitel 2 beschrieben, beinhaltet die APN-Rolle verschiedene Kernkompetenzen und Zielformulierungen, die durch eine wirkungsvolle Implementierung erreicht werden können. Ein Ziel des Projektes, was von allen Akteuren in jeder Projektphase geteilt wird, ist der positive Nutzen für Patient*innen mit oralen Therapien und ihren Angehörigen. Die Pflegenden geben an, dass aus ihrer Sicht diese Patientengruppe von der APN und ihren spezifischen Angeboten profitiert, weil sie entsprechend den besonderen Anforderungen bei der Einnahme der oralen Therapien gut befähigt werden. Dass diese Patient*innen nun einen festen pflegerischen Ansprechpartner haben, wirkt sich positiv auf die Arbeit der Pflegefachpersonen in der Tagesklinik aus. Ausführliche Beratungsgespräche, Ansprechperson sein für Rückfragen und das Organisieren von Terminen fallen nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Pflegefachpersonen, sondern werden von der APN übernommen. Die Pflegenden in der Tagesklinik profitieren davon, da sie von diesen Tätigkeiten entlastet werden.

„Patienten kommen jetzt vielleicht erst zu [Name der APN] wegen ihren (...) oralen Medikamenten, dann kommen sie zu uns zur Infusion und dann stellen sie vielleicht nochmal die gleichen Fragen (...) über Nebenwirkungen, oder Einnahme oder so. Aber ich meine da ist jetzt eine Erleichterung, da kann ich sie auf die [Name der APN] verweisen, dass sie das nochmal mit ihr besprechen kann, z. B. also dass ich es nicht noch einmal von vorne besprechen muss. Aber manchmal ergänzt man sich ja auch, manchmal fällt dem einen was ein, was der andere jetzt gerade nicht weiß.“ (C4:20-20)

Bei wechselnden ärztlichen Ansprechpartner*innen ist die APN die konstante Ansprechperson in der Versorgung, was ihrer Einschätzung nach von den Patient*innen sehr gut angenommen wird.

„(...) Ja, würde ich sagen, ich bin ja kein Freund des Selbstlobs, aber ich würde sagen es ist sehr gut gelungen bei den oralen Patienten. Also manche, da merke ich schon, dass die einfach keinen Mehrwert darauf legen dass der Arzt sie regelmäßig sieht.“ (C6:12-12)

Aus Sicht der APN profitieren die Patient*innen von einer vertrauensvollen und schnellen Informationsweitergabe zwischen Patient*in, APN und dem Arzt oder der Ärztin. Aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen zeichnet sich die APN-Rolle dadurch aus, dass sie für die Patient*innen telefonisch vergleichsweise besser erreichbar ist als ärztliche Ansprechpartner*innen.

„Dass die Kommunikation sehr schnell war, wenn irgendwelche Fragen da waren, oder - auch im Zweifel wenn es sehr notwendig war - auch einen Arzt am Telefon hatten. Insofern ist es gut, in den letzten eineinhalb Jahren, auch dass einer kontinuierlich so ein bisschen den Blick hat über alles was da jetzt los ist.“ (C6:12-12)

Die Mitbetreuung der mit oralen Medikamenten therapierten Patient*innen durch die APN nehmen die befragten Ärzt*innen als unterstützend und ergänzend wahr. Dies wirkt sich positiv auf das Nebenwirkungsmanagement aus, weil durch ihre Kontinuität und ihre regelmäßige APN-Sprechstunde ein niederschwelliger Zugang und leichterer Kontakt für die Patient*innen bei Fragen und Unsicherheiten möglich ist. Dieser Anspruch ist aus Sicht der befragten ärztlichen Kolleg*innen gut umgesetzt und hat nicht zu einem Kompetenzgerangel zwischen APN und Arzt/Ärztin geführt.

„Also das ist sicherlich was Wertvolles, dass es da einen Ansprechpartner für Rückfragen gibt. Der zweite Tätigkeitsbereich, neben den oralen Tumortherapien war ja auch das Nebenwirkungsmanagement und das ist sicherlich wertvoll, dass man da auch niederschwellig einen Zugang hat und der eben nicht nur in der Person liegt die mit einer Schlagzahl von vier Patienten pro Stunde, fünf Patienten pro Stunde sich durch diese Sprechstunde arbeiten muss.“ (C1:14-14)

Weiterhin wird angemerkt, dass sowohl die Patient*innen als auch die pflegerischen Kolleg*innen von dem standardisierten und evidenzbasierten Informationsmaterial profitieren, was durch die APN erstellt wird. Für die Pflegepersonen stellt das eine Erleichterung dar, da sie auf das erstellte Material zurückgreifen können.

„Ja die [Name der APN] ist ja sehr (...) wie soll ich es ausdrücken (...) die bemüht sich ja sehr, dass sie alle möglichen Blätter für uns erarbeitet, also Nebenwirkungsmanagement, also zu allen Möglichkeiten die auftreten. Aber das hat ja jetzt nichts nur mit ihren Patienten zu tun, sondern sie stellt uns das halt auch zur Verfügung und da hat sie schon sehr viel gemacht in der Zeit für das was hier auftreten kann an Nebenwirkungen also dass wir auch (...) das ist ja viel nachgelesen und sie hat viel nachgeforscht. Ich meine die Zeit fehlt uns halt, wir können das nur im Rahmen von Fortbildungen oder in unserer Freizeit machen, aber da hat sie es ja viel (...) ja, schon getan.“ (C4:4-4)

Aus dem Feedback der Patient*innen zur neu eingeführten APN-Sprechstunde entnehmen die Ärzt*innen, dass der überwiegende Teil der Patient*innen die APN und ihre Zuständigkeit in der Prozessbegleitung sehr gut akzeptiert. Lediglich vereinzelt äußern Patient*innen den Wunsch, zusätzlich noch eine Art Bestätigung zu Beratungsthemen durch einen ärztlichen Mitarbeitenden zu erhalten.

„Es gab ein, zwei Rückmeldungen wo eben dann auch diese Problematik eben war was ich gerade gesagt habe, dass einfach manche Patienten immer den Arzt sehen wollen, wo man dann das Gefühl hat, da wird das nicht so akzeptiert dass auch jemand wie eine APN auch qualifiziert jemand beraten kann. (...) Aber im Großen und Ganzen sehr sehr positiv.“ (C2:18-18)

4.4.6 Möglichkeiten der Optimierung

Optimierungsbedarf aus Sicht der Pflegenden an diesem Konzept wird vor allem hinsichtlich der Feinabstimmung der Prozesse gesehen. Ergänzend werden Themen genannt, die zu einer besseren Vernetzung zwischen den Pflegefachpersonen in der Tagesklinik und APN führen könnten.

Weiterhin sollte der patientenbezogene Austausch ausgebaut werden, da es gelegentlich zu Situationen kommt, in denen sich die patientenbezogenen Prozesse der verschiedenen Berufsgruppen überschneiden. Hier wird Verbesserungspotenzial gesehen. Die Abfolge der jeweiligen Tätigkeiten, vor allem wenn mehrere Akteure an einem Patiententermin involviert sind, scheint noch nicht optimal aufeinander abgestimmt zu sein.

„Ja, teilweise schon, würde ich mir mehr Zusammenarbeit wünschen. Unser Tagesablauf ist ja auch so strukturiert, dass unsere Patienten ins Büro kommen, danach gehen sie zum Arzt und dann kann es passieren, dass unsere APN dazwischen schießt (...) und das stört teilweise den Ablauf und man ist hin und her gerissen und immer wieder zerstreut durch die vielen Fragen die da aufkommen, da würde ich mir mehr Zusammenarbeit wünschen.“ (C5:6-6)

Die neu eingeführten APN-Prozesse müssen noch einmal besser mit bereits etablierten Routinen in der Onkologischen Tagesklinik abgestimmt werden. Dies wird am Beispiel des Aufrufens von einbestellten Patient*innen in die Sprechstunde durch den befragten Arzt plastisch erläutert.

„(...) ich rufe mir nicht einen Patienten rein, sondern ich nehme mir die linkeste Mappe von der Theke und irgendwann ist mir dann aufgefallen da sitzen Patienten die werden einfach überhaupt nicht aufgerufen und das waren die Patienten der APN, die nicht in diesen Prozess integriert waren und wenn man immer nur die Mappen nimmt und ein Patient keine Mappe hat wird er nicht aufgerufen. Das finde ich einen plakativen Aspekt.“ (C1:28-28)

Bei einigen Themen wie Terminierungen und Einbestellungen der Patient*innen ist es bereits gelungen, Regelungen so anzupassen, dass die ärztlichen und pflegerischen Prozesse gut ineinandergreifen und sich an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten, beispielsweise mit dem Ziel, die Wartezeiten zu reduzieren und Überschneidungen in den Tätigkeiten zu minimieren.

„Andere Sachen betreffen eben die Terminvereinbarung die wir so ein bisschen optimieren mussten, wir haben diese Doppelslots eingeführt, ein APN, ein Arzt-Slot, die das Ganze ein bisschen vereinfacht haben, aber das musste alles erst werden und da hatte ich den Eindruck das hätte runder laufen können, wenn vorher die Pflege aktiver miteinbezogen gewesen wäre.“ (C1:28-28)

Betrachtet man die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen ärztlichen, pflegerischen und erweiterten APN-Tätigkeiten, müsste nach Ansicht der befragten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auch eine Regelung dazu getroffen werden, wer für die unterstützenden Tätigkeiten, wie Befunde organisieren, Kopieren, Faxen oder Einscannen zuständig ist. Diese Aufgaben werden weder als ärztliche noch als pflegerische angesehen, sondern könnten von einer weniger qualifizierten Person übernommen werden.

„(...) Was vielleicht, wobei das an der Stelle vielleicht auch der falsche Punkt ist, was glaube ich auf Station und auch auf der Tagesklinik sinnvoll ist, wo auch sicherlich eine APN profitieren würde, ist dass man bestimmte Stationskräfte hat die administrative Dinge übernehmen können und damit die Pflege, APN's oder auch uns als Ärzte entlasten können. Aber das gehört hier eigentlich nicht her. Das ist wäre sicherlich was, was allen zugute käme. Weil wir alle auch im administrativen Sumpf versinken.“ (C2:24-24)

Auch hinsichtlich der generellen Aufgabenverteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegenden sollte mehr gegenseitiges Interesse und Offenheit im Sinne einer besseren Prozessgestaltung bei allen Berufsgruppen herrschen.

„Das gibt ja ganz oft die Diskussion mit ärztlichen Aufgaben und pflegerischen Aufgaben und so diese Front: „Wir nehmen nichts mehr von den Ärzten“ sondern einfach sich erstmal anzuhören, okay, wie könnte das aussehen und dann zu sagen, ist das jetzt tatsächlich was, was uns ins Konzept passt, oder nicht.“ (C6:48-48)

Zur besseren Prozessabstimmung sollten im interprofessionellen Team der Tagesklinik mehr Reflexion und Kommunikation über die bisherige Arbeitsweise stattfinden. Aktuell existieren dort keine Besprechungsroutinen, die einen regelmäßigen interprofessionellen Austausch unterstützen.

„Ich glaube, insbesondere wenn junge Ärzte kommen, regelmäßig mal kurz eine Evaluation zu machen, okay wie war das denn jetzt so, sollen wir die Arbeitsweise jetzt so lassen, oder sollen wir irgendwas ändern. Das ist denke ich auch was, was man regelmäßig machen sollte.“ (C6:22-22)

Pflegende der Tagesklinik wünschen sich eine intensiviertere gemeinsame Arbeit an fachlichen Themen, beispielsweise hinsichtlich der Umsetzung von Pflegevisiten. Ein weiteres Thema zur gemeinsamen Gestaltung von Aktivitäten könnten aus Sicht der Pflegenden Fortbildungen zu neuen pflegefachlichen Entwicklungen sein.

„Eine Widerspiegelung der ganzen - unsere APN besucht ja teilweise Fortbildungen, dass man das einfach mal mitaufnehmen könnte in der Teambesprechung, dass kurz tituliert wird welche Fortbildungen wir uns im normalen Team mit angeschaut wird und dass man da einfach sagt und hier, ich bin als APN unterwegs gewesen, ich habe mir diese Informationen geholt, ich gebe sie weiter.“ (C5:14-14)

Ein weiteres Thema sind die offenen Versorgungsbedarfe für gynäko-onkologische Patientinnen. Die Anbindung und Sicherstellung der Kontinuität bei diesem Patientenkollektiv wird von den befragten Pflegefachpersonen und den Assistenzärzt*innen als eher schlecht im Vergleich zu den Mamma-Patient*innen eingeschätzt. Während die Patient*innen mit Mamma-Karzinom den Kontakt zur Breast Care Nurse haben und durch sie bereits ab Erstdiagnose betreut werden, fehlt diese Prozessbegleitung für die Patientinnen mit gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen wie Zervix-Karzinom, Ovarial-Karzinom oder Endometrium-Karzinom.

Bedarf hinsichtlich einer verbesserten Versorgung wird auch bei der Überwindung der Sektorengrenzen stationär/ ambulant gesehen. Vor allem die Patient*innen, die sich bereits in ambulanter Therapie befinden, aber beispielsweise wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes stationär aufgenommen werden müssen, würden nach Einschätzung der befragten Assistenzärzt*innen davon profitieren, wenn es eine pflegerische Ansprechperson analog der APN gäbe, die sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung im Blick hätte.

„Nicht nur im Rahmen der Brustpatienten, sondern auch der Gyn-Patienten und vielleicht sogar vielleicht noch ein bisschen mehr auf Station, so übergreifend zur Breast Care Nurse, dass man da einfach nochmal sagt, da vielleicht ein bisschen angreift.“ (C5:40-40)

Dies deckt sich mit der Einschätzung der APN, die ihren Anspruch, eine Fachbereichs-APN sein zu können, als noch nicht erreicht ansieht.

„Die APN ist schwerpunktmäßig nur in der Tagesklinik und erfüllt eigentlich so ihre Funktion als Fachbereichs-APN nicht. (...) Das geht für mich sehr an dem eigentlichen APN-Konzept für den Fachbereich Gynäkologie vorbei.“ (C6:2-2)

4.5 Ergebnisse der Wirkungsphase: Perspektive der Patient*innen

Im Sinne einer Datentriangulation (Kuckartz 2014, S. 46) werden ergänzend zu den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden auch die Patient*innen befragt, die von der APN betreut werden. Die Patient*innen wurden mittels leitfadengestützter Interviews befragt nach Inanspruchnahme, Akzeptanz und Zufriedenheit mit der APN-Sprechstunde und dem spezifischen Beratungsangeboten.

4.5.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Phase der Datenerhebung waren zwölf Patient*innen in der Tagesklinik verfügbar, welche orale Tumorthérapien erhalten haben. Allen wurde das Angebot zur Teilnahme an der Studie in einem persönlichen Gespräch unterbreitet. Neun willigten ein. Drei Patient*innen wünschten kein Interview. Ausgewertet wurden neun leitfadengestützte Interviews, die mit Brustkrebspatient*innen unter oraler Therapie in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik des LMU Klinikums geführt wurden. Acht Patientinnen haben eine Betreuung durch die APN in ihrer Sprechstunde (APN-Intervention) erhalten, die mindestens zwei APN-Kontakte im Sinne eines Beratungsgesprächs beinhalteten. Ein Interview wurde mit einer Patientin geführt, welche keine Beratungen durch die APN erhalten hat. Die in diesem Interview gewonnenen Erkenntnisse wurden separat ausgewertet und zu den Erkenntnissen aus den anderen Interviews kontrastiert. Die Interviews wurden zwischen Februar und Mai 2019 geführt. Das kürzeste Interview dauerte sechs und das längste Interview 30 Minuten. Die Interviews mit den Patient*innen sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Übersicht der Interviews mit den Patient*innen während der Wirkungsphase

Interview*	Interview-Dauer	Rolle des Befragten	Alter	Familienstand	Interview geführt
D1	00:17:43	Patientin ohne APN-Intervention	51	Verheiratet	05/2019
D2	00:17:34	Patientin mit APN-Intervention	81	In Partnerschaft	02/2019
D3	00:23:03	Patientin mit APN-Intervention	49	In Partnerschaft	01/2019
D5	00:22:14	Patientin mit APN-Intervention	78	In Partnerschaft	01/2019
D6	00:21:16	Patientin mit APN-Intervention	74	Verwitwet	02/2019
D7	00:30:52	Patientin mit APN-Intervention	52	Verheiratet	02/2019
D11	00:06:08	Patientin mit APN-Intervention	48	Verheiratet	04/2019
D14	00:18:58	Patientin mit APN-Intervention	65	Verheiratet	04/2019
D15	00:13:54	Patientin mit APN-Intervention	66	Verheiratet	04/2019

* D1 bis D15 stellt die Reihenfolge der Interviews dar; D steht für die Interviews mit den Patient*innen in der Wirkungsphase.

4.5.2 Aussagen der Patient*innen

Dieses Unterkapitel enthält die Ergebnisse der Interviews, welche mit den Patient*innen geführt wurden. Fokussiert wurde die Frage, wie sie als Patient*innen die APN und ihre Tätigkeiten wahrgenommen haben.

Das verwendete Codesystem stellt sich wie folgt dar:

- Prozess aus Sicht der Patient*innen
- Aufgaben, Rolle, Arbeitsweise der APN aus Sicht der Patient*innen

- APN als Verbindungsglied zwischen Patient*in und Arzt/Ärztin
- APN zu Entlastung der Ärzte und Ärztinnen
- Zusammenarbeit in der Tagesklinik aus Sicht der Patient*innen
 - Positives Zusammenwirken in der Onkologischen Tagesklinik zwischen den einzelnen Berufsgruppen
 - Gefühl des „Aufgehoben seins“ aus Sicht der Patient*innen
- Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess und der APN-Sprechstunde
 - Zeit
 - Erreichbarkeit
 - Kontinuität
 - Verlässlichkeit
- Optimierungsmöglichkeiten

4.5.2.1 Prozess der Implementierung aus Sicht der Patient*innen

Ein Teil der befragten Patient*innen hätte sich in der Phase der Einführung der APN-Sprechstunde mehr Informationen über das Projekt und die praktischen Auswirkungen für ihren Versorgungsprozess gewünscht. Konkret wird die geplante Verschiebung der zentralen Ansprechperson für therapiebezogene Fragen weg vom ärztlichen Mitarbeitenden hin zu einer spezialisierten Pflegefachperson thematisiert. Anfänglich herrscht bei den Patient*innen Skepsis darüber, ob sie hinsichtlich ihrer oralen Tumortherapie weiterhin gut versorgt werden.

„Nur mich hat halt überrascht, dass diese Chemo an sich jetzt (...) von einer Schwester sag ich jetzt mal begleitet wird und nicht von einem Arzt. Das war (...) warum das eigentlich so ist wurde mir von der ärztlichen Seite her (...) so nicht erklärt. Es hieß Frau [Name der APN] ist da involviert, die kennt sich da bestens aus und und und. Das ist, wo man am Anfang sagt: oh, kein Arzt.“ (D3:8-8)

4.5.2.2 Tätigkeiten der APN aus Sicht der Patient*innen

Für die Patient*innen ist die Zuständigkeitsverteilung zwischen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und APN hinsichtlich der Therapieplanung und Beurteilung von Befunden ganz klar ersichtlich. Sie haben konkrete Anliegen, mit denen sie die APN konsultieren, beispielsweise bei Fragen zu Nebenwirkungen und bei Fragen zu organisatorischen Abläufen. Sie ist erste Ansprechperson bei Fragen, welche die Patient*innen nicht klar einem ärztlichen Ansprechpartner zuordnen können. Ihre Rolle als Vermittlerin zwischen ihnen und den Ärzt*innen wird besonders geschätzt.

„Die [Name der APN] schaut immer auf die Therapie, macht sich Notizen wie es einem geht und schaut auch wie weit man mit der jeweiligen Therapie ist, also sie hat das immer alles gut im Blick. Wenn ich irgendwelche kleinen Wehwehchen habe, dann kann ich ihr das auch sagen und dann fragt sie beim Arzt nach und meldet sich zurück, also das ist wirklich sehr gut gemacht.“ (D11:14-14)

Bei Unsicherheiten bezüglich der Einnahme von oralen Therapien wirkt die APN als Ansprechpartnerin. Sie wird als eine Person beschrieben, die den Überblick hinsichtlich der Therapie behält und den Patient*innen bei Fragen einen schnelleren Zugang zu den Ärztinnen und Ärzten der Tagesklinik ermöglicht.

„Eigentlich immer dann, wenn ich (...) wenn es Unsicherheiten gibt von meiner Seite. Jetzt eben eventuell auch ein Infekt dazwischen kommt, wenn ich dann am Ende dieser Einnahmepause bin

und dann klären muss, wie es eben weitergeht mit der Einnahme, zu welchem Zeitpunkt und zu welcher Dosierung und dann rufe ich [Name der APN] an, die ja als Vermittlerin zwischen mir dann und den Ärzten fungiert.“ (D7:8-8)

Eine Patientin äußert im Interview zusätzlich zu den Vorteilen noch einen ergänzenden Aspekt. Aus ihrer Sicht birgt die Position des zentralen Ansprechpartners die Gefahr, dass Informationen seitens der Patient*innen durch die APN miss- oder überinterpretiert werden.

„Es geht mir manchmal fast ein kleines bisschen zu weit. Insofern als dass ich manchmal, dass ich das so empfinde das sie (...) Dinge dann ein bisschen anders beschreibt als ich sie gerne (...) oder (...) ja wie man so schön sagt bei dieser Flüsterpost, wissen Sie was das ist? (...) Wenn man es jetzt negativ ausdrücken würde, würde ich sagen die [Name der APN] ist manchmal etwas übereifrig.“ (D7:10-10)

Durch die kontinuierliche Betreuung in der APN-Sprechstunde ist ein regelmäßiger Austausch zwischen Patient*innen und dem Brustzentrum sichergestellt. Themen, wie der korrekte Umgang mit den oralen Medikamenten und das Abfragen von Nebenwirkungen, sind Bestandteil der APN-Sprechstunde. Damit rückt die Bedeutung ärztlicher Routinekonsultationen für Patient*innen in den Hintergrund.

„Da ist es mir jetzt eher so gegangen, dass ich das letzte Mal den Arzt, seinen Namen weiß ich jetzt gar nicht mehr, sogar fragen musste „sind Sie der Herr so und so“ weil es ging nur um eine Unterschrift auf einem Rezept und prompt war er es nicht. Also im Moment kenne ich die ganzen Ärzte der Tagesklinik gar nicht, sondern eben nur [Name der APN], und die Schwestern zum Teil.“ (D7:18-18)

Patient*innen sehen die APN nicht als Ersatz für den ärztlichen Kontakt, sondern sie wird als Ergänzung und ärztliche Unterstützung beschrieben.

„Kommunikation (...) Arbeitabnahme auch. Die nimmt Arbeit ab für den Arzt. So sehe ich das. Die muss zuspitzen und sie nimmt ja vorher schon auf, was der Patient hat, was man vorjammert und das gibt sie weiter (...) Also ich finde die hat eine gute Rolle hier. Ich weiß nicht wie sie sich selber fühlt, das weiß ich nicht. Die muss sich ja auch an die einzelnen Ärzte gewöhnen.“ (D6:15-16)

4.5.2.3 Zusammenarbeit in der Tagesklinik aus Sicht der Patient*innen

Das Zusammenspiel der Akteure in der Tagesklinik wird seitens der Patient*innen als abgestimmt und kollegial dargestellt. Reibungspunkte zwischen den Berufsgruppen in der Tagesklinik wurden nicht beschrieben.

„Ich denke die haben ein gutes Verhältnis. Ich merke nichts von Rivalitäten, das weiß ich nicht. Das würde man schon spüren.“ (D6:10-10)

Die Patient*innen, die bereits über einen längeren Zeitraum in der Tagesklinik in Behandlung sind, beschreiben auch prozessuale Veränderungen. Nach ihrer Wahrnehmung haben sich durch die Tätigkeit der APN vor allem die Wartezeiten verkürzt.

„Also seit ich bei der [Name der APN] bin überhaupt nicht, da habe ich meinen Termin und komm dann so nach 5 - 10 Minuten Wartezeit dran.“ (D1:7-8)

Auf der Prozessebene wird beschrieben, dass durch die APN organisatorische Aufgaben in der Tagesklinik, beispielsweise das Vereinbaren von patientenbezogenen Terminen und die Entgegennahme von Anrufen, neu strukturiert wurden. Aus Sicht der Interviewpartner*innen profitieren die Pflegefachpersonen der Tagesklinik von der Neuverteilung.

„Es geht eigentlich alles, oder sehr viel über die [Name der APN] tatsächlich. Früher war das ja noch anders geregelt, da habe ich über das Stationszimmer meine Termine ausgemacht, aber seit die [Name der APN] da ist und diesen Orga-Teil sozusagen übernommen hat läuft da ganz viel über sie.“ (D7:6-6)

Patient*innen beschreiben in den Interviews das Erleben, dass die Atmosphäre in der Tagesklinik ruhiger geworden ist. Ihrer Meinung nach kommt dies durch die Funktion der APN als auch durch eine generelle personelle Verbesserung zustande.

„Ich finde es gut, dass sie eingesetzt wurde und ich merke auch dass der Stützpunkt, die Schwestern, dass die ruhiger geworden sind, dass sie nicht mehr so einen Stress haben.“ (D5:26-26)

4.5.2.4 Nutzen der APN aus Sicht der Patient*innen

Die befragten Patient*innen fühlen sich in der Onkologischen Tagesklinik mit der dort angebotenen Betreuung gut aufgehoben. Sie äußern sich durchwegs positiv und zufrieden mit der Versorgung durch das therapeutische Team.

„Ich hab mich von Anfang an gut aufgehoben gefühlt, habe auch den Eindruck gehabt dass alles fachkompetent ist und dass ich nirgendwo anders besser aufgehoben wäre. Deswegen kam bei mir auch nie der Gedanke dass ich eine Weiterbehandlung jetzt beim niedergelassenen Frauenarzt mache, sondern dass ich einfach hier bleibe, bin dann auch gleich an die Tagesklinik angeschlossen worden.“ (D1:2-2)

Zufriedenheit, Vertrauen und das Gefühl der Sicherheit sind Rückmeldungen, die von allen Patient*innen ausgesprochen werden und auf die zeitlichen Ressourcen der APN, ihre bessere Erreichbarkeit, ihre Kontinuität als Ansprechpartnerin und ihre verlässliche Arbeitsweise zurückgeführt werden. Auch persönliche Eigenschaften, wie die Empathie der APN werden als positiv benannt. Geschätzt wird das Gefühl, dass sie sich für ausführliche Gespräche Zeit nimmt.

„Die einzige, die tatsächliche Zeit hat, und mir auch noch nie das Gefühl gegeben hat „so ich muss jetzt aber“ ist die [Name der APN]. Es ist einfacher bei irgendwelchen (...) Problemen, oder Unsicherheiten.“ (D7:26-26)

Bezüglich der telefonischen Erreichbarkeit wird festgestellt, dass über den Zugang der APN auch telefonische Rückfragen an die Oberärzt*innen einfacher möglich sind. Die Situation während der Therapiephasen zu Hause ist für die Patient*innen mit oralen Therapien von größerer Eigenständigkeit geprägt. Das Gefühl, jederzeit anrufen zu können, spielt deshalb eine enorm wichtige Rolle für die Betroffenen. Dadurch entsteht ein Gefühl der Sicherheit, da sie Antworten auf für sie dringende Fragen durch die APN schnell erhalten.

„(...) also ich kann jederzeit anrufen und ich habe auch schon Situationen gehabt, da habe ich eine schwere Bronchitis gehabt im Winter und da hatte ich dann auch Erstickungsanfälle. Dass ich auch nachts keine Luft bekam. Dann habe ich morgens gleich um 8.00 Uhr hier angerufen weil [Name der APN] für mich da die Ansprechpartnerin war und hat mich erstmal gleich beruhigt,

also das hat mir unheimlich gut getan und hat mir dann Anweisungen gegeben wie ich mich zu verhalten habe.“ (D14:2-2)

Die APN wird seitens der Betroffenen als feste Ansprechpartnerin wahrgenommen und geschätzt. Diese Kontinuität findet große Zustimmung und wirkt sich positiv hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung in der Tagesklinik aus. Ein besonderer Vorteil wird darin gesehen, nicht alles neu erklären zu müssen, wie es beispielsweise bei wechselnden ärztlichen Ansprechpartner*innen in der Tagesklinik immer wieder der Fall ist.

„Und auch mein Zweifel war, wenn man doch schwer krank ist, doch diese persönliche Betreuung gern hat. Also dass man nicht ständig neue Gesichter sieht, sondern doch eine vertraute Person möchte, das ist mir halt wichtig gewesen. (...) Wie gesagt, das hat sich jetzt auch wieder gezeigt dass es gut ist dass sie einen kennt, dass man sich immer gut aufgehoben fühlt, dass sie weiß um was es geht.“ (D1:2-2)

Die Patient*innen profitieren zudem von den organisatorischen Vorteilen, die sich für sie aus der zusätzlichen Stelle ergeben. Diese erleben sie beispielsweise in den kürzeren Wartezeiten durch bereits vorbereitete Rezepte und Bescheinigungen. Durch die Kontinuität ist es der APN möglich, die besonderen Bedarfe zu kennen und darauf eingehen zu können.

„Ganz zu Anfang, wie ich ja schon gesagt habe, die persönliche Betreuung, dass sie weiß, wie der Verlauf ist, dass sie mir einfach die Rezepte schon vorbereitet, da nimmt sie auch sehr viel Zeit ab, weil sie kürzere Wege hat als ich früher. Also dieses organisatorische übernimmt sie sehr stark.“ (D1:18-18)

Vertrauen zu den Leistungserbringern wird von den Befragten als ein wichtiges Element im Versorgungsprozess angesehen. Die APN wird als Vertrauensperson wahrgenommen und auch explizit bei Gesprächen zwischen Arzt/ Ärztin und Patient*in mit einbezogen. Des Weiteren werden Verlässlichkeit und eine gründliche Arbeitsweise als wichtige Punkte genannt. Betroffene schätzen es, dass sich die APN mehr Zeit nehmen kann und deshalb Themen zur Sprache kommen, die in einem zeitlich deutlich kürzeren ärztlichen Gespräch nicht thematisiert werden. Für Patient*innen ist es angenehm, mit einer Vertrauensperson, die nicht den Status eines Arztes/ einer Ärztin hat, private Themen zu besprechen. Entscheidend für diese Einschätzung ist die professionelle und empathische Gesprächsführung der APN, die eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre ermöglicht.

„Ja, ich finde [Name der APN] geht detailliert auf Dinge ein, die der Arzt nicht so macht. Der Arzt sieht das aus seiner Sicht und wenn man nicht nachfragt, dann ist nichts. Frau [Name der APN] ist dann immer (...) und fragt nochmal nach, ob das auch in Ordnung ist und ob ich das so meine, oder ob ich das richtig finde. Ich finde sie schon gut, ja.“ (D2:11-11)

Mit den Informationen zur Therapie sind die befragten Patient*innen ebenfalls sehr zufrieden. Gerade bei komplexen oralen Therapien und der damit verbundenen Anforderung einer größeren Eigenständigkeit der Betroffenen für die angemessene Medikamenteneinnahme sind klare und verständliche Informationen von größerer Bedeutung. Passgenaue Inhalte richten sich an der Alltagsbewältigung und der Befähigung der Patient*innen aus, mit ihrer Erkrankung und der speziellen Therapieform gut zurecht zu kommen.

„Das war eigentlich in Ordnung, weil es hat ja geheißen von den Tabletten so und so viel von den anderen so und so viel. In der Früh und am Abend und innerhalb der nächsten halben Stunde nach dem Essen jeweils und von der Frau [Name der APN] habe ich noch so einen Begleitstreifen bekommen, auf was ich alles achten muss und solche Geschichten. Ja, eigentlich schon sehr gut.“ (D3:16-16)

Ergänzend zu den Beratungsgesprächen profitieren die Patient*innen von dem zur Verfügung gestellten Informationsmaterial zu weiterführenden Angeboten des Brustzentrums, wie Komplementärmedizin und gemeinsame Aktivitäten für Betroffene.

„Nein, also so spontan fällt mir dazu jetzt nichts ein. Ich fühle mich hier gut versorgt und [Name der APN] hat mir auch gleich, also als ich hier neu war, sofort Informationsmaterial, also zwecks Ernährungsberatung, oder psychologische Beratung, also welche Möglichkeiten bestehen, das hat sie mir dann alles gleich gegeben. Mehr kann man ja nicht machen, oder? (lacht)“ (D14:28-28)

Der APN ist es gelungen, ein Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen aufzubauen. Sie wird als jemand wahrgenommen, die ihre Anliegen auch gegenüber anderen Berufsgruppen im Sinne einer Fürsprecherin (advocacy) vertritt.

„Aber das habe ich mich nicht sagen trauen und [Name der APN], die ist dann immer mit mir hin (leiser werdend) und die hat die Ärzte schon vorbereitet, weil ich sage doch, ich kann doch nicht wieder sagen, ich habe Angst dass was schief geht. Das ist wohltuend, dass [Name der APN] da mit hingegangen ist. Da habe ich das Gefühl gehabt, die [Name der APN] die ist ganz ruhig auch, aber die sagt bei den Ärzten, die und die Patientin, die hat Angst und was weiß ich. Es ist gut gelaufen.“ (D6:14-14)

4.5.2.5 Möglichkeiten der Optimierung aus Sicht der Patient*innen

Organisatorisch sollte aus Sicht der Patient*innen weiter optimiert werden. Mehrfach genannt wird, dass trotz bereits wahrgenommener Verbesserungen in den Abläufen, bei den Wartezeiten in der Tagesklinik auf ein ärztliches Gespräch oder eine Blutentnahme, deutlicher Optimierungsbedarf besteht.

„Das Organisatorische. Dass man oft so lang warten muss. Weil (...) wenn man dann eine Stunde wartet, nur dass einer zwei Minuten dir das Blut abnimmt, das ist irgendwas was ich nicht einsehe. (...) Dass da so viele Leute sind, dass man nicht einfach sagt, heute nicht um 12, kommen sie um zwei oder drei. Also da ist manchmal schon der Wurm drin in diesem Zeitmanagement. Also so sehe ich das.“ (D2:23-26)

Ein Interview wurde mit einer Patientin geführt, die aus terminlichen Gründen noch keine Möglichkeit hatte, das Angebot der APN-geführten Sprechstunde wahrzunehmen. Sie unterstreicht die vorab angeführten Aspekte im Sinne von Bedarfen, welche Betroffene mit oralen Therapien haben. Aus ihrer Sicht fehlt eine Koordination der Angebote und Termine. Es fehlen Beratungsangebote und eine Ansprechperson für Fragen, die erst im häuslichen Setting auftreten. Sie vermisst ein Angebot und einen festen Ansprechpartner des Brustzentrums, der ihr die Möglichkeit gibt, weiterführende Fragen zur Medikamenteneinnahme zu besprechen und ergänzende Informationen zu erhalten.

„Angeboten wird ja letztendlich alles, nur man erreicht es nicht unbedingt so problemlos, weil es ausgelagert wird, oder Kooperationspartner da sind, die dann auch wieder Termine ins endlose haben. Also es ist alles vor Ort. Das fängt auch schon an mit der Problematik der Medikamente, man bekommt ja endlos viele Medikamente teilweise, manche vertragen sich und manche vertragen sich nicht. Wenn es hier jemanden gäbe, den man Fragen könnte, wie ist es mit der onkologischen Therapie und den und den Medikamenten und den Kontrolluntersuchungen die jetzt gemacht werden müssen. Was muss man vorher absetzen, was muss man zusätzlich geben, was muss als Prophylaxe vielleicht noch eingesetzt werden. Das wusste keiner so ganz genau in meinem Fall jetzt.“ (D15:18-18)

4.6 Ergebnisse der Wirkungsphase: Vergleich Patient*innen ohne APN-Intervention (t0) vs. Patient*innen mit APN-Intervention (t1)

Ergänzend zu den Ergebnissen, die mittels Interviews generiert wurden, kamen standardisierte Fragebögen zur Patientenzufriedenheit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Informiertheit zum Einsatz. Es sollte ermittelt werden, welche Effekte bei den durch die APN betreuten Patient*innen beobachtet werden konnten.

4.6.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Datenerhebung t0 (Baseline) wurde in einem vierwöchigen Zeitraum (Mitte Juni 2018 bis Mitte Juli 2018) allen Patient*innen mit Brustkrebs und medikamentöser Therapie in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik am Standort Innenstadt die Teilnahme an der Befragung angeboten. 67 Patient*innen willigten ein und beteiligten sich an der Befragung t0 mittels EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 und dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Die verwendeten Erhebungsinstrumente wurden in Kapitel 3.6.4 ausführlich erläutert. Die Datenerhebung t1 (Follow-up) nach der APN-Intervention erfolgte ein Jahr später in einem vierwöchigen Zeitraum von Juni 2019 bis Juli 2019. Alle Patient*innen mit oraler Tumorthherapie, die in den vergangenen Monaten eine Intervention durch die APN von mindestens zwei Beratungsgesprächen in der APN-Sprechstunde erhalten hatten, wurde das Angebot unterbreitet, sich an dieser Befragung zu beteiligen, 17 Patient*innen willigten ein. Zwei Patient*innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wünschten keine Teilnahme.

Tabelle 16: Ergebnistabelle Soziodemografische Beschreibung der Patientinnen in t0 und t1

	t0 (vor APN) n = 67	t1 (nach APN) n = 17
Alter		
20 - 29	2 (3,0 %)	0
30 - 39	6 (9,0 %)	0
40 - 49	15 (22,5 %)	3 (17,7 %)
50 - 59	18 (27,0 %)	7 (41,2 %)
60 - 69	16 (24,0 %)	1 (5,9 %)
70 - 79	9 (13,5 %)	5 (29,5 %)
80 - 89	1 (1,5 %)	1 (5,9 %)
Mittelwert Alter	55,75 Jahre	62,00 Jahre
Geschlecht (M/W)	0/67	0/17
Bildungsabschluss		
Ohne	6 (9 %)	0
Berufsschule	30 (44,8 %)	8 (47,1 %)
Hochschule/Universität	31 (46,3 %)	9 (52,9 %)
Familienstatus		
Ledig	9 (13,4 %)	0
Verheiratet/Partnerschaft	48 (71,6 %)	1 (5,9 %)
Verwitwet	4 (6,0 %)	15 (88,2 %)
Geschieden	6 (9 %)	1 (5,9 %)
Berufstätigkeit		
Nein	37 (55,2 %)	7 (41,2 %)
Ja	30 (44,8 %)	9 (52,9 %)
Keine Angabe	0	1 (5,9 %)

Die Übersicht in Tabelle 16 zeigt die soziodemografischen Daten der beiden Stichproben t0 und t1. Die Gruppe der Patient*innen der Baseline-Erhebung t0 ist im Durchschnitt fast 56 Jahre alt, während das Durchschnittsalter der t1-Gruppe mit 62 Jahren deutlich darüber liegt. Anders als in der Follow-up-Gruppe, lebt in der Baseline-Gruppe der überwiegende Teil der Befragten in Partnerschaften (71,5 %). In der t1-Gruppe trifft dies nur auf eine Person (5,9 %) zu.

4.6.2 Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit

Die folgenden Ergebnistabellen stellen die Auswertungen der Zufriedenheit mit der Versorgung in der Onkologischen Tagesklinik dar, welche mittels adaptiertem Kölner Patientenfragebogen für Brustkrebs KPF-BK (Pfaff et al. 2011) erhoben wurden. Dieser ist in die Kategorien *Qualität der Kundenbetreuung*, *Image*, *Tipps und Ratschläge zum Umgang mit der Krankheit* und *Zufriedenheit* gegliedert. Die Daten im Einzelnen sind mit prozentualen Angaben, absoluten Werten und Mittelwerten für beide Erhebungszeitpunkte angegeben.

Entsprechend des Vorgehens zur Datenauswertung werden die Werte der Fragen zu Skalen gruppiert. Der Wertebereich der Skalen *Kundenbetreuung* und *Image* umfasst die Werte 1 („stimme nicht zu“) bis 4 („stimme zu“). Die Antwort „nicht beurteilbar“ geht nicht in die Skalenbildung ein, da diese Antwort weder Zustimmung noch Nicht-Zustimmung bedeutet. Für die Skala *Tipps und Ratschläge* werden die Werte „ja“ und „nein“ sowie „keine Angaben“ erhoben. Für die Skala *Zufriedenheit* werden die Werte „(eher) zufrieden“, „weder zufrieden noch unzufrieden“, „(eher) unzufrieden“ sowie „keine Angaben“ erfasst.

Die in Tabelle 17 genannten Items wurden zur Skala *Qualität der Kundenbetreuung* zusammengefasst. Der Skalen-Mittelwert liegt zum Zeitpunkt t0 bei 3,78 und zum Zeitpunkt t1 bei 3,7.

Tabelle 17: Ergebnistabelle Kundenbetreuung

Skala	Item	t0 (vor APN)					t1 (nach APN)				
		n	Stimme zu (4) % (n)	Stimme nicht zu (1) % (n)	Nicht beurteilbar (0) % (n)	Mean	n	Stimme zu (4) % (n)	Stimme nicht zu (1) % (n)	Nicht beurteilbar (0) % (n)	Mean
Qualität Kundenbetreuung	In dieser Onkologischen Tagesklinik wird der Patient als Mensch und nicht als Nummer behandelt.	65	96,9 % (63)	1,5 % (1)	1,5 % (1)	3,89	17	94,1 % (16)	5,9 % (1)	0	3,82
	In dieser Onkologischen Tagesklinik betrachten die Ärzte den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.	65	90,8 % (59)	4,6 % (3)	4,6 % (3)	3,68	17	88,2 % (15)	5,9 % (1)	5,9 % (1)	3,59
	In dieser Onkologischen Tagesklinik betrachten die Pflegenden die Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.	66	92,4 % (61)	6,1 % (4)	1,5 % (1)	3,76	17	94,1 % (16)	0	5,9 % (1)	3,76

Die Ergebnisse zur Qualität der Patientenbetreuung sind in Abbildung 5 dargestellt. Zu beiden Erhebungszeitpunkten werden diese in beiden Gruppen sehr gut eingeschätzt. Das Item *In dieser Onkologischen Tagesklinik wird der Patient als Mensch und nicht als Nummer behandelt* erhält mit 96,9 % (t0) und 94,1 % (t1) die höchsten Zustimmungswerte in dieser Kategorie. Die Beurteilung zu den Items, sich als gleichwertiger Gesprächspartner zu fühlen, wird sowohl hinsichtlich der Pflegenden als auch der ärztlichen Gesprächspartner mit überwiegenden Zustimmungswerten von 90% und mehr eingeschätzt.

4 Ergebnisse

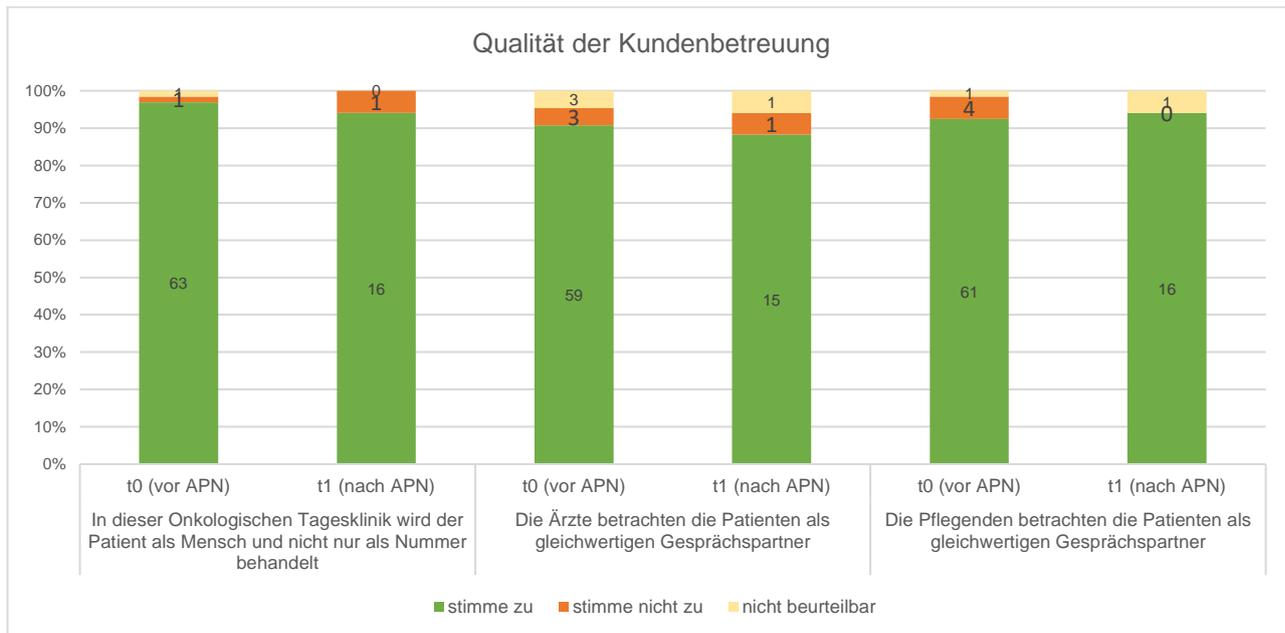


Abbildung 5: Ergebnisdiagramm Kundenbetreuung (eigene Darstellung)

Die in Tabelle 18 genannten Items wurden zur Skala *Image* zusammengefasst. Der Skalen-Mittelwert liegt zum Zeitpunkt t0 bei 3,54 und zum Zeitpunkt t1 bei 3,6.

Tabelle 18: Ergebnistabelle Image

Skala	Item	t0 (vor APN)					t1 (nach APN)				
		n	Stimme zu (4) % (n)	Stimme nicht zu (1) % (n)	Nicht beurteilbar (0) % (n)	Mean	n	Stimme zu (4) % (n)	Stimme nicht zu (1) % (n)	Nicht beurteilbar (0) % (n)	Mean
Image	Ich würde diese Onkologische Tagesklinik meiner besten Freundin empfehlen.	65	90,8 % (59)	3,1 % (2)	6,2 % (4)	3,60	17	94,1 % (16)	0	5,9 % (1)	3,76
	Diese Onkologische Tagesklinik genießt einen sehr guten Ruf.	65	72,3 % (47)	3,1 % (2)	24,6 % (16)	3,11	17	82,4 % (14)	0	17,6 % (3)	3,29
	In dieser onkologischen Tagesklinik ist man als Patient gut aufgehoben.	66	95,5 % (63)	3,0 % (2)	1,5 % (1)	3,91	17	94,1 % (16)	0	17,6 % (1)	3,76

Alle Items der Skala *Image* werden in beiden Gruppen überwiegend mit positiver Zustimmung bewertet (Abbildung 6). Besonders die Aussagen zur Weiterempfehlung (*Ich würde diese Onkologische Tagesklinik meiner besten Freundin empfehlen*) und zur Einschätzung, sich in der Onkologischen Tagesklinik gut aufgehoben zu fühlen (*In dieser onkologischen Tagesklinik ist man als Patient gut aufgehoben*) erreichen hohe Zustimmungswerte mit jeweils über 90 %. Lediglich das Item *Diese Onkologische Tagesklinik genießt einen sehr guten Ruf* wurde in beiden Gruppen zwar überwiegend positiv bewertet, weist jedoch mit 24,6 % (t0) und 17,6 % (t1) den in dieser Skala höchsten Wert in der Antwort *Nicht beurteilbar* auf.

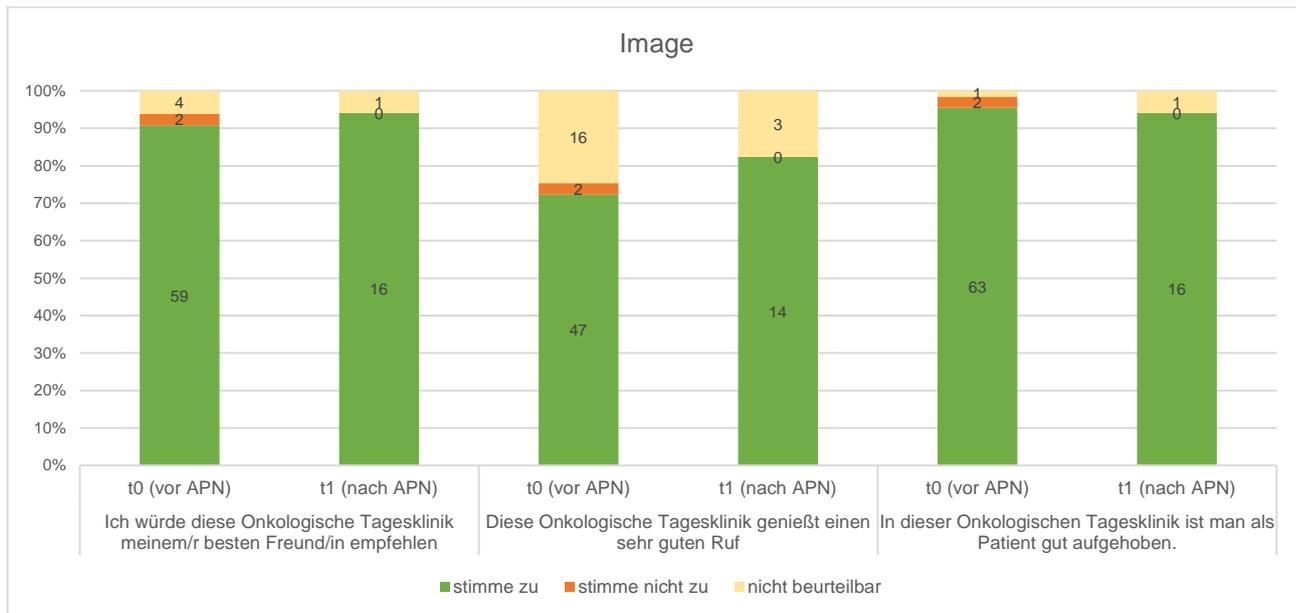


Abbildung 6: Ergebnisdiagramm Image (eigene Darstellung)

Die in Tabelle 19 genannten Items wurden zur Skala *Tipps und Ratschläge* zusammengefasst. Die Rückmeldungen zur Frage, wo Patient*innen *Tipps und Ratschläge zum Umgang mit der Erkrankung und Nebenwirkungen* erhalten, sind in Abbildung 7 dargestellt. Beide Kollektive beantworten diese Fragen sehr ähnlich. Niedergelassene Frauenärzt*innen werden in beiden Gruppen durch weniger als die Hälfte der Befragten in Anspruch genommen. In beiden Gruppen gibt je eine Person an, von niemandem Tipps und Ratschläge zur Krankheitsbewältigung zu bekommen. Der Grad der Zufriedenheit mit pflegerischen und ärztlichen Leistungen zeigt eine sehr positive Bewertung in beiden Gruppen. Der Aspekt der Organisation wird in der APN-Gruppe (t1) mit 88,2 % besser bewertet als in der Gruppe ohne APN (t0) mit 73,1 %. Die Gruppe mit APN-Intervention zeigt sich deutlich zufriedener mit Informationen zu zusätzlichen Angeboten, wie komplementärmedizinischen Angeboten oder Kochkursen (t0 = 20 % vs. t1 = 76,5 %).

Tabelle 19: Ergebnistabelle Tipps und Ratschläge

Skala	Item	t0 (vor APN)				t1 (nach APN)			
		n	Ja % (n)	Nein % (n)	Keine Angaben % (n)	n	Ja % (n)	Nein % (n)	Keine Angaben % (n)
Tipps und Ratschläge zum Umgang mit der Krankheit bekomme ich während meiner Therapie von den Ärzten der Onkologischen Tagesklinik.	67	80,6 % (54)	13,4 % (9)	6,0 % (4)	17	70,6 % (12)	17,6 % (3)	11,8 % (2)
	... von den Pflegekräften der Onkologischen Tagesklinik.	67	85,1 % (57)	6,0 % (4)	9,0 % (6)	17	88,2 % (15)	0	11,8 % (2)
	... von meinem niedergelassenen Frauenarzt.	67	46,3 % (31)	23,9 % (16)	20,9 % (20)	17	42,2 % (7)	11,8 % (2)	47,1 % (8)
	... von meiner Familie/ meinem Partner.	67	77,6 % (52)	7,5 % (5)	14,9 % (10)	17	70,6 % (12)	5,9 % (1)	23,5 % (4)
	... von meinen Freunden und von anderen Personen.	67	68,7 % (46)	13,4 % (9)	17,9 % (12)	17	64,7 % (11)	11,8 % (2)	23,5 % (4)
	... von niemandem.	67	1,5 % (1)	35,8 % (24)	62,7 % (42)	17	5,9 % (1)	47,1 % (8)	47,1 % (8)

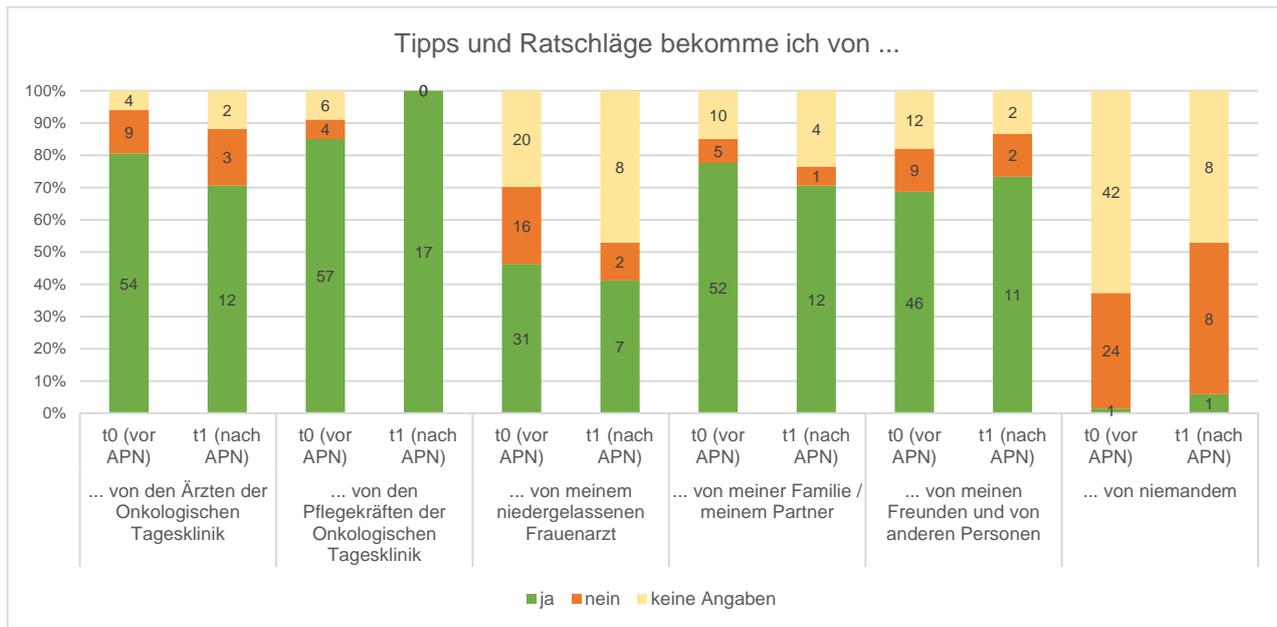


Abbildung 7: Ergebnisdiagramm Tipps und Ratschläge (eigene Darstellung)

Nachfolgend werden die Einzelergebnisse der Skala *Zufriedenheit* dargestellt.

Tabelle 20: Ergebnistabelle Zufriedenheit

Skala	Item	t0 (vor APN)					t1 (nach APN)				
		n	Eher zufrieden %	Weder zufrieden noch unzufrieden %	Eher unzufrieden %	Keine Angaben %	n	Eher zufrieden %	Weder zufrieden noch unzufrieden %	Eher unzufrieden %	Keine Angaben %
Zufriedenheit Wie zufrieden sind Sie...	... mit den nichtmedizinischen Leistungen (Sauberkeit, Zimmer) der Tagesklinik?	67	88,1 % (59)	9,0 % (6)	0	3,0 % (2)	17	82,4 % (14)	11,8 % (2)	5,9 % (1)	
	... mit der Organisation in der Onkologischen Tagesklinik?	67	73,1 % (49)	16,4 % (11)	9,0 % (6)	1,5 % (1)	17	88,2 % (15)	5,9 % (1)	5,9 % (1)	0
	... mit den Ärzten/Ärztinnen der Onkologischen Tagesklinik?	67	86,6 % (58)	7,5 % (5)	4,5 % (3)	1,5 % (1)	17	82,4 % (14)	11,8 % (2)	5,9 % (1)	0
	... mit den Pflegekräften der Onkologischen Tagesklinik?	67	95,5 % (64)	3,0 % (2)	1,5 % (1)	0	17	94,1 % (16)	5,9 % (1)	0	0
	... mit dem Nebenwirkungsmanagement?	67	59,7 % (40)	29,9 % (20)	3,0 % (2)	7,5 % (5)	17	70,6 % (12)	17,6 % (3)	11,8 % (2)	0
	... mit zusätzlichen Angeboten, wie Komplementärmedizin?	67	16,4 % (11)	58,2 % (39)	9,0 % (6)	16,4 % (11)	17	76,5 % (13)	23,5 % (4)	0	0
	... mit der Information in der Onkologischen Tagesklinik?	67	56,7 % (38)	29,9 % (20)	7,5 % (5)	6,0 % (4)	17	76,5 % (13)	23,5 % (4)	0	0
	... mit der psychosozialen Betreuung (z. B. Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation)?	67	17,9 % (12)	58,2 % (39)	4,5 % (3)	19,4 % (13)	17	58,8 % (10)	29,4 % (5)	11,8 % (2)	0
	... mit der psychoonkologischen Betreuung?	67	29,9 % (20)	46,3 % (31)	6,0 % (4)	17,9 % (12)	17	52,9 % (9)	41,2 % (7)	5,9 % (1)	0
	... mit Ihrer Einbeziehung in die Behandlung?	67	53,7 % (36)	34,3 % (23)	4,5 % (3)	7,5 % (5)	17	70,6 % (12)	11,8 % (2)	17,6 % (3)	0
	... mit der Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes?	67	40,3 % (27)	47,8 % (32)	3,0 % (2)	9,0 % (6)	17	64,7 % (11)	35,3 % (6)	0	0
	... mit der Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung?	67	31,3 % (21)	56,7 % (38)	3,0 % (2)	9,0 % (6)	17	58,8 % (10)	41,2 % (7)	0	0

4 Ergebnisse

Die Abbildungen 8 bis 10 zeigen die Ergebnisse der Fragen zur Zufriedenheit der Patient*innen mit der Versorgung in der Onkologischen Tagesklinik. Hohe Zufriedenheitswerte werden in beiden Gruppen bezüglich der Items *Zufriedenheit mit den nichtmedizinischen Leistungen, mit den Ärzten/Ärztinnen und mit den Pflegekräften* erreicht mit einer Zustimmung von über 80 % der Befragten.

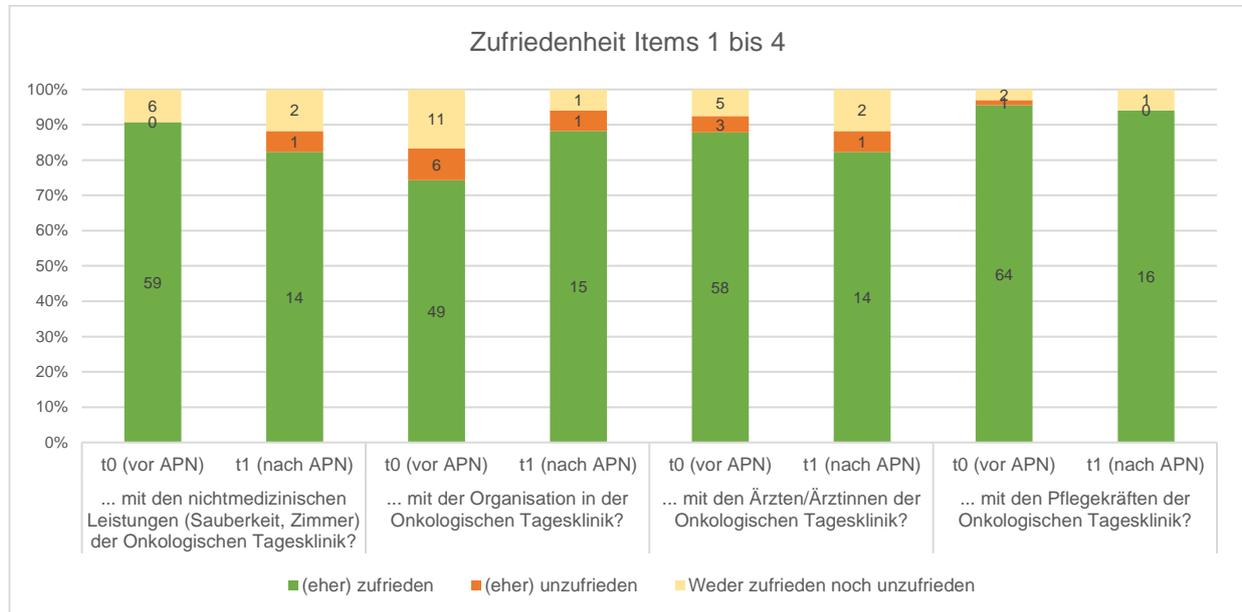


Abbildung 8: Ergebnisdiagramm Zufriedenheit Item 1 bis 4 (eigene Darstellung)

Die Bewertung der Items *Zufriedenheit mit zusätzlichen Angeboten* (t0 = 16,4 % vs. t1 = 76,5 %) und *Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung* (t0 = 17,9 % vs. t1 = 58,8 %) zeigt in beiden Gruppen deutliche Unterschiede.

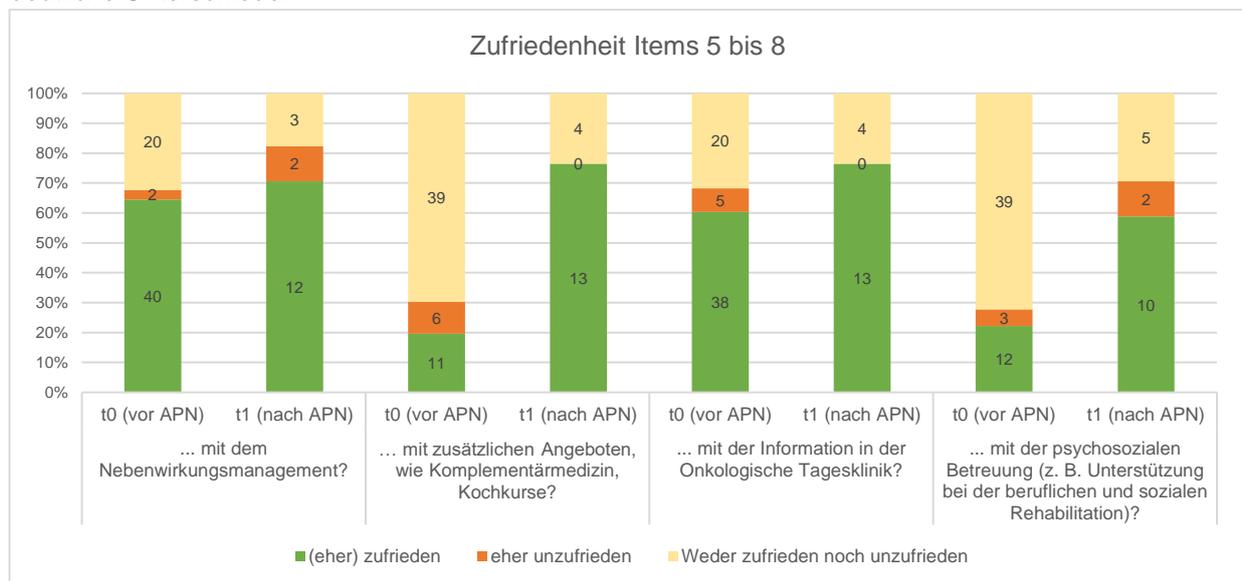


Abbildung 9: Ergebnisdiagramm Zufriedenheit Items 5 bis 8 (eigene Darstellung)

Die deutlichste Divergenz der beiden untersuchten Stichproben zeigt sich bei den Items *Zufriedenheit mit der psychoonkologischen Betreuung, Einbeziehung in die Behandlung, Einbeziehung des*

weiterbehandelnden Arztes und Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung. Patient*innen, die in der APN-Sprechstunde betreut werden, äußern sich hier deutlich zufriedener.

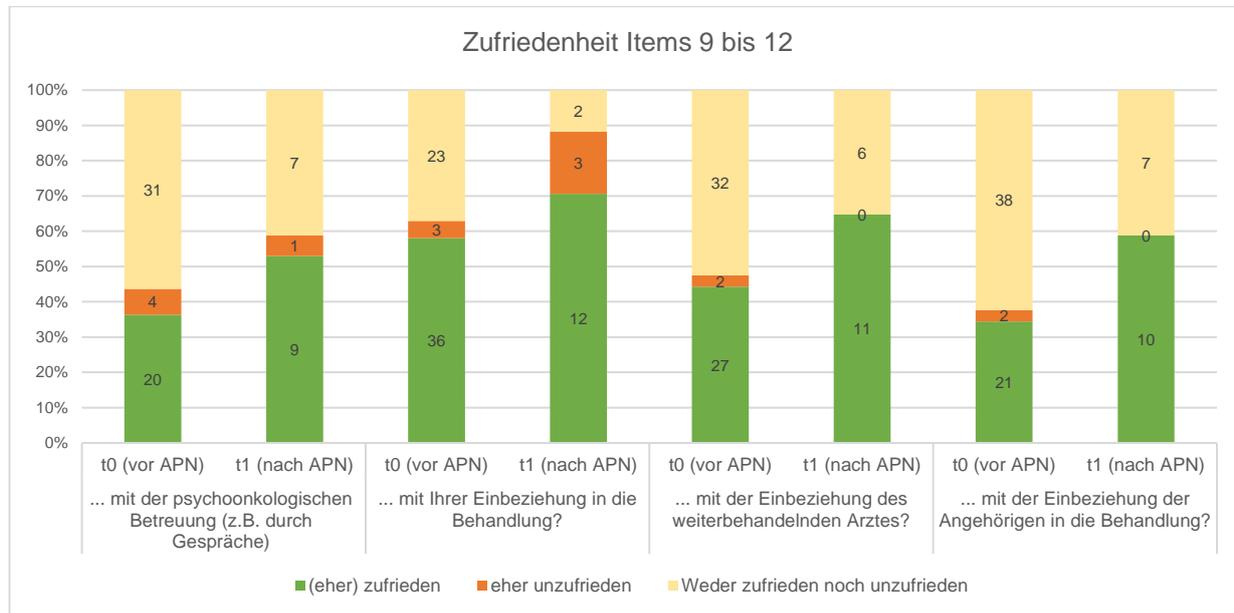


Abbildung 10: Ergebnisdigramm Zufriedenheit Items 9 bis 12 (eigene Darstellung)

4.6.3 Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der gesundheitsbezogenen Informationen

Betrachtet werden die Ergebnisse der Ermittlung der Lebensqualität und der Informiertheit mittels EORTC QLQ-C30 und EORTC QLQ-INFO25. Die Daten wurden entsprechend dem Scoring Manual (Fayers et al. 2001) verarbeitet und analysiert. Bei Vorliegen einer Normalverteilung erfolgte eine weitere Berechnung mittels t-Test für unverbundene Stichproben. In den Skalen, in denen keine Normalverteilung vorlag, wurde mit einem Mann-Whitney-U-Test die Signifikanz überprüft. Durchgeführt wurden deskriptive Statistiken, die im Folgenden im Detail dargestellt werden. Die Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind in Tabelle 21 dargestellt.

Die Angabe zum *Allgemeinen Gesundheitszustand* (siehe Tabelle 21) unterscheidet sich in den Gruppen t0 und t1 (65,9 vs. 58,33), jedoch nicht signifikant. In beiden Skalen, Funktionskala und Symptomskala, zeigen sich in den meisten Items Unterschiede bei der Betrachtung beider Gruppen t0 und t1. Lediglich *Fatigue* wird in beiden Kollektiven vergleichbar bewertet. In den Skalen *Schmerz*, *Dyspnoe*, *Schlaflosigkeit*, *Appetitverlust* und *Obstipation* zeigen die Werte in der APN-Gruppe (t1) bessere Ergebnisse. Bei der Auswertung des EORTC QLQ-INFO25 weisen die Skalen Allgemeiner Gesundheitszustand, Informationen über die Erkrankung, die Behandlung, andere Service-Möglichkeiten, Dinge, die man selbst tun kann und Zufriedenheit mit erhaltenden Infos eine Normalverteilung auf. In den Skalen, in denen keine Normalverteilung vorliegt, wurde mit einem Mann-Whitney-U-Test die Signifikanz überprüft. Dies gilt für die Skalen: Informationen über Medizinische Tests, andere Versorgungsorte, Infos sind allgemein hilfreich. Die qualitativen Merkmale wurden mittels Exact Test nach Fisher weiter getestet. Ein Chi-Quadrat Test war nicht aussagekräftig, da nicht in 80 % der Zellen eine erwartete Häufigkeit ≥ 5 vorlag. Dabei handelt es sich um die Skalen Wunsch, mehr Infos zu bekommen, Wunsch, weniger Infos zu bekommen, Infos auf CD/Video, Schriftliche Infos.

4 Ergebnisse

Tabelle 21: Ergebnistabelle EORTC QLQ-C30

		t0 (vor APN)			t1 (nach APN)			p-Wert
		n	Mean	StdDev	n	Mean	StdDev	
	Allgemeiner Gesundheitszustand	66	65,91	18,47	17	58,33	21,45	0,195 ^t
Funktionen	Physikalische Funktion	65	76,05	20,27	17	69,02	23,45	0,293 ^m
	Rollenfunktion	65	62,56	31,60	17	52,94	35,47	0,319 ^t
	Emotionale Funktion	66	65,07	24,71	17	59,80	23,61	0,424 ^t
	Kognitive Funktion	66	76,52	26,15	17	76,47	24,34	0,916 ^m
	Soziale Funktion	66	62,88	30,91	17	51,96	37,21	0,261 ^m
Symptome	Fatigue	66	43,43	27,20	17	48,37	26,63	0,504 ^t
	Übelkeit/Erbrechen	65	10,26	19,70	17	6,86	11,87	0,804 ^m
	Schmerz	66	32,58	26,06	17	42,16	18,74	0,159 ^t
	Dyspnoe	65	25,64	26,85	17	37,25	37,05	0,270 ^m
	Schlaflosigkeit	65	38,97	33,11	17	52,94	33,46	0,126 ^m
	Appetitverlust	64	18,75	29,02	16	25,00	25,82	0,230 ^m
	Obstipation	65	15,38	27,05	17	23,53	32,84	0,314 ^m
	Diarrhoe	66	21,72	30,10	17	9,80	15,66	0,207 ^m
	Finanzielle Schwierigkeiten	66	24,75	32,19	17	33,33	42,49	0,596 ^m

Mean = Mittelwert, StdDev = Standardabweichung

^t ermittelt mittels t-Test für unabhängige Stichproben

^m ermittelt mittels Mann-Whitney-U-Test

Die Prüfung auf Signifikanz bei den jeweiligen Skalen mit den beschriebenen Tests zeigt folgendes Ergebnis:

Tabelle 22: Ergebnistabelle EORTC QLQ-INFO25

	t0 (vor APN)			t1 (nach APN)			p-Wert
	n	Mean	StdDev	n	Mean	StdDev	
Allgemeiner Gesundheitszustand	66	65,91	18,47	17	58,33	21,45	0,195 ^t
Informationen über die Erkrankung	65	69,23	20,36	17	69,12	30,44	0,989 ^t
Medizinische Tests	65	87,18	17,15	17	75,16	20,61	0,011 ^{m,s}
die Behandlung	63	67,02	20,67	17	74,18	18,10	0,171 ^t
andere Service-Möglichkeiten	65	45,38	26,96	17	65,69	26,66	0,101 ^t
andere Versorgungsorte	66	27,78	32,34	16	41,67	46,35	0,382 ^m
Dinge, die man selbst tun kann	67	59,70	30,45	17	82,35	35,59	0,025 ^t
Schriftliche Infos	65	81,54	39,10	17	88,24	33,22	0,723 ^f
Infos auf CD/Video	65	9,23	29,17	17	5,89	24,25	0,668 ^f
Zufriedenheit mit erhaltenden Infos	65	73,85	24,64	17	90,19	19,60	0,007 ^t
Wunsch, mehr Infos zu bekommen	65	46,15	50,24	17	52,94	51,44	0,786 ^f
Wunsch, weniger Infos zu bekommen	55	1,81	13,48	17	17,65	39,30	0,039 ^{f,s}
Infos sind allgemein hilfreich	66	78,28	23,75	17	72,55	31,70	0,622 ^m
Globaler Score	66	53,93	12,38	16	61,30	12,43	0,024 ^t

Mean = Mittelwert, StdDev = Standardabweichung

^t ermittelt mittels t-Test für unabhängige Stichproben

^m ermittelt mittels Mann-Whitney-U-Test

^s signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,05 (5 % Irrtumswahrscheinlichkeit)

^f ermittelt mittels Exaktem Test nach Fisher

Informationen zu Möglichkeiten des Selbstmanagements (*Dinge, die man selbst tun kann*) werden in der APN-Gruppe deutlich besser bewertet ($t_0 = 59,70$; $t_1 = 82,35$). Gleiches gilt für das Item *Zufriedenheit mit Informationen* ($t_0 = 73,85$; $t_1 = 90,19$). Eine bessere Beurteilung in der Stichprobe t_1 erhalten ebenfalls die Items *Informationen über die Behandlung, andere Servicemöglichkeiten, andere Versorgungsorte* sowie *schriftliche Infos*. Inhaltlich widersprüchlich wurden die Items *Wunsch, mehr Infos zu bekommen* ($t_0 = 46,15$, $t_1 = 52,94$) und *Wunsch, weniger Infos zu bekommen* ($t_0 = 1,82$; $t_1 = 17,65$) beurteilt.

5 Diskussion

5.1 Diskurs zur Ausgangslage

Das Erkenntnisinteresse zur Evaluation der Ausgangssituation stellt die Beschreibung der aktuellen pflegerischen Versorgungssituation von Patient*innen mit Brustkrebs in den Mittelpunkt. Weiterhin sollen offene Versorgungsbedarfe in der pflegerischen Betreuung im Brustzentrum und im Setting der ambulanten Systemtherapie ermittelt werden.

Orientierend am PEPPA-Framework kann das aktuelle pflegerische Versorgungsmodell und die Versorgungslücken im Sinne eines „determine need for a new model of care“ (Bryant Lukosius 2004, S. 532) beschrieben werden. Die Auswertung der Befragungen verdeutlicht, dass seitens der pflegerischen und ärztlichen Interviewpartner*innen ein sehr großes Interesse zu erkennen ist, die Versorgungssituation für Patient*innen in der Frauenklinik so optimal wie möglich zu gestalten. Potenziale für Verbesserungen werden von Vertretern beider Berufsgruppen benannt, teilweise bereits mit Ideen zur Lösungsfindung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Versorgungsprozesse von einer sehr engen Zusammenarbeit zwischen pflegerischen und ärztlichen Kollegen und Kolleginnen geprägt sind und einen hohen Grad der Standardisierung aufweisen.

Das ambulante prätherapeutische pflegerische Setting wird vorrangig durch die BCN gestaltet. Zentrale pflegerische Aufgaben stellen die Patientenberatung, die Zusammenstellung von patientenbezogenen Informationen und die Koordination von Terminen zur Diagnostik oder zur Nutzung supportiver Angebote dar. Im stationären Setting werden die prä- und postoperative Versorgung genannt, aber auch die Beratung und Vermittlung von supportiven Angeboten sowie Sicherstellung der Anschlussheilbehandlung und Versorgung mit Hilfsmitteln. In der Phase der ambulanten Therapie in der Tagesklinik stehen die Therapieorganisation, Therapieapplikation und –überwachung sowie die Erfassung von Nebenwirkungen im Mittelpunkt der pflegerischen Aufgaben. Aber auch das Spektrum der administrativen Tätigkeiten rund um die ambulante Therapie, wie Terminierung, Vorbereitung von Bescheinigungen und Rezepten werden durch Pflegepersonen durchgeführt. In den Interviews werden Themen identifiziert, die seitens der Befragten als herausfordernd und noch nicht optimal gelöst dargestellt wurden. Hier ergeben sich mögliche Tätigkeitsfelder, die im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis erschlossen werden können.

Als herausfordernd werden die wechselnden Ansprechpersonen für Betroffene gesehen, die nicht über den Behandlungspfad der primären Versorgung in der Ambulanz in das Brustzentrum gelangen. Diese Patientengruppe mit ihren spezifischen Bedarfen könnte durch eine Pflegeexpertin in den Blick genommen werden. Gleiches gilt für Patient*innen mit oralen Therapien. Kontinuierliche Ansprechpartner*innen, die eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen aufbauen, vermitteln Sicherheit und tragen so zu einer höheren Patientenzufriedenheit bei (Kobleder et al. 2017b, S. 456).

Sowohl im stationären Bereich als auch im Bereich der Onkologischen Tagesklinik führen Pflegende Beratungen durch, allerdings erfolgt dies eher zufällig. Eine Beratungsstruktur, die sich inhaltlich am Behandlungspfad der jeweiligen Entität orientiert, existiert noch nicht. Obwohl pflegerische Beratung als zentraler Aufgabenbereich pflegerischen Handelns definiert und in Ausbildungs- und Studienordnungen verankert ist (Schieron und Segmüller 2020, S. 16), scheint die praktische Umsetzung nicht immer gegeben zu sein. Studien und Reviews zeigen, dass sich strukturierte Beratungen und Empowerment positiv auf Symptombelastung und auf die Adhärenz bei onkologischen Patienten und Patientinnen auswirken können (Hellberg-Naegele 2021, S. 26). Hier könnte eine Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen im Rahmen eines pflegerischen Erstgespräches bei der Erfassung von spezifischen Bedarfen durch die Anwendung von gezielten Screening-Instrumenten und Assessments unterstützen

(Mehler-Klamt et al. 2022, S. 1111). Ebenso zählt die Erstellung von evidenzbasiertem Informationsmaterial und Standards zu typischen Aufgaben von APNs.

Ein zentrales Thema in der direkten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Brustkrebspatient*innen in der operativen Phase ist die Wundinspektion vor Entlassung und die kontinuierliche Weiterbetreuung von Wundsituationen im palliativen Setting. Auch hier zeigten Studien, dass Wundversorgungen durch APNs zu sehr guten Ergebnissen führten (Mackavey 2016, S. 140; Gonzalez et al. 2019, 173).

Organisatorische Aspekte, die als herausfordernd und noch nicht optimal gelöst beschrieben werden, sind beispielsweise die durch Medienbrüche in der Dokumentation (Papier/digital) verursachten Unterbrechungen des patientenbezogenen Informationsflusses. Informationen variieren hinsichtlich Informationstiefe sowie Informationsgehalt, wodurch Unzufriedenheit im therapeutischen Team entsteht. Weiterhin wird seitens der pflegerischen Kollegen und Kolleginnen Zeitmangel in der Ausführung ihrer Tätigkeiten angegeben, was Implementierungsprozesse von APNs deutlich erschwert (Jokiniemi et al. 2012, S. 427). In dem hier betrachteten Setting arbeiten mit onkologischen Fachpflegepersonen und Breast Care Nurses bereits Spezialist*innen mit einer hohen pflegfachlichen Expertise. Um eine APN einzubinden, bedarf es einer klaren Konzeption und einer klaren Definition ihres Aufgabenfeldes.

Das Ergebnis der Analyse der Ausgangslage zeigt weiterhin Bedarfe, die nicht als APN-Tätigkeiten und nicht als Aufgaben von Pflegefachpersonen zu sehen sind. Dazu zählen die Erledigung rein administrativer Aufgaben, wie das Dokumentieren in der ärztlichen Sprechstunde und das Auffüllen von Schränken. In der Literatur finden sich zwar APN-Tätigkeiten im Bereich Dokumentation, Management und Verwaltung, allerdings stehen diese im Zusammenhang mit Tätigkeiten der Führungsrolle, der Leistungserfassung oder des Pflegeprozesses (Müller et al. 2022a, S. 5). Generell scheint die Abgrenzung der APN-Tätigkeiten in der Praxis immer noch schwierig.

5.2 Diskurs zum Konzept

Die Evaluation des Konzeptes sollte ermitteln, ob die Implementierung und die geplante APN-Intervention den Anforderungen einer erweiterten Pflegepraxis in der Versorgung von Brustkrebspatient*innen gerecht werden. Weiterhin wurde geprüft, ob der nächste Projektschritt, also die Umsetzung des Konzeptes, gut vorbereitet ist.

Formal enthält dieses Konzept Angaben zur Zielsetzung, zum Nutzen, zur erwarteten Qualifikation, zu den Kompetenzen, Aufgaben, der Einbindung in die Organisation und Rahmenbedingungen, wie Einarbeitung und Arbeitszeit (Eberl und Siebert 2016, S. 5). Damit sind die Themen abgedeckt, die in vergleichbaren APN-Konzepten beschrieben wurden (Dorgerloh 2012; Pelz 2019; Meißner 2019). Im Rahmen der IST-Analyse wurden Bedarfe bei Patient*innen, die außerhalb des Behandlungspfades von Primärfällen in das Brustzentrum integriert wurden, und bei Patient*innen mit oralen Therapien beschrieben. Eine Fokussierung auf eine bestimmte Patientengruppe fehlt im vorliegenden Konzept.

Eine Beschreibung der Ziele und des Nutzens auf den Ebenen der Patient*innen, der Mitarbeitenden und des Klinikums sind im Konzept enthalten. Patientenbezogene Outcomes sind jedoch noch nicht definiert, wären aber im Schritt 6 „Planung einer Implementierungsstrategie“ des PEPPA-Frameworks (Bryant-Lukosius und Dicenso 2004, S. 532) festzulegen. Im Konzept wird ein Bachelor-Abschluss mit 3-jähriger Berufserfahrung in der Onkologie gefordert. Wünschenswert sind ein Master-Abschluss und eine Zusatzqualifikation im Bereich der onkologischen Fachpflege (Eberl und Siebert 2016, S. 5). Die Beurteilung ergibt, dass die Gewichtung zwischen der wissenschaftlich-methodischen Kompetenz der APN und den pflegfachlich-klinischen Fertigkeiten und Erfahrungen im Fachgebiet Onkologie nicht

konkret definiert sind. Ungeklärt bleibt, wie wichtig dem Projektteam die fachliche Expertise in der Versorgung von Brustkrebspatient*innen ist.

Das Konzept gliedert die Aufgaben einer APN in die Bereiche Klinische Tätigkeiten, Edukation, Management und Forschung und übernimmt damit die Struktur der BCN-Kompetenzen von Eicher (Eicher 2014, S. 5). Die Übernahme klinischer Tätigkeiten durch die APN war zu diesem Zeitpunkt noch unzureichend beschrieben. Eine Abgrenzung zwischen APN-Tätigkeiten und den Tätigkeiten der anderen Pflegenden in der Tagesklinik ist noch nicht erkennbar. Beispielsweise wird in der Ausgangslage beschrieben, dass Schmerzsкала und Distress-Thermometer durch die Pflegenden aktuell angewendet werden. Die APN wird diese Assessments ebenfalls nutzen. APN-spezifisch werden „komplexe Situationen“ genannt, ohne diese jedoch näher zu erläutern. Noch nicht geklärt scheint, ob die APN fachliche Weisungsbefugnis besitzt im Sinne einer Fachverantwortung, so wie es in vergleichbaren Konzepten (Kohler 2018, o.S.) für die Pflegeexpert*innen mit Master-Abschluss vorgesehen ist.

Im Konzept finden sich Regelungen zur vorgesetzten Stelle (Eberl und Siegert 2016, S. 7). Im Unterschied zu anderen veröffentlichten APN-Konzepten (Dorgerloh 2012) ist jedoch noch kein Organigramm enthalten. Verschriftlichte Regelungen, wie eine verbindliche Stellenbeschreibung, liegen noch nicht vor. Vorausgesetzte Rahmenbedingungen sind im Konzept formuliert, allerdings noch nicht im Sinne eines Projektplanes mit Meilensteinen verschriftlicht. Einen wichtigen Bestandteil eines Rollenkonzeptes stellt die Implementierungsstrategie dar. Die Begleitung der APN während der Einarbeitung und Implementierung ist durch ein Mentoring der Stabsstelle Pflegewissenschaft sichergestellt. Die Einbindung der APN in ein Team ist im Konzept jedoch noch nicht ersichtlich. Eine Planung der Einarbeitung liegt in Grundzügen vor und erscheint dahingehend passend, als dass die APN den kompletten Versorgungsprozess im Brustzentrum inklusive relevanter Schnittstellen kennenlernen muss. Ein formaler Kick-off mit einer Informationsveranstaltung für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik fand am 30.01.2017 statt. In diesem Rahmen wurden das Konzept und die zeitliche Planung der Umsetzung vorgestellt.

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass die wesentlichen Themen einer geplanten Implementierung beschrieben sind, jedoch noch nicht durchgängig konkret genug. Die Passung zwischen den Bedarfen, die sich aus der Analyse der Ausgangsphase ergeben, und dem neuen Versorgungsmodell ist erkennbar. Die Planung der Implementierung mit Outcomes und Stakeholder-Analyse (Bryant-Lukosius und Dicenso 2004, S. 532) ist noch nicht Bestandteil des Konzeptes. Besonders die Unschärfe im Bereich der fachlichen Expertise und die fehlende Konkretisierung bezüglich der genauen Tätigkeiten und damit der erwarteten Outcomes wurde im Rahmen der Konzept-Evaluation als kritisch eingeschätzt. Eine konkrete Projektplanung liegt noch nicht vor und sollte vor der Implementierung erstellt werden.

5.3 Diskurs zur Implementierung

5.3.1 Einarbeitung und inhaltliche Ausgestaltung der APN-Rolle

Die hier betrachteten Ergebnisse beziehen sich auf die Anfangsphase der Implementierung von Februar bis Juni 2018. Die Phase der Einarbeitung wird von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Im Zuge der Einarbeitung wurde ein Kennenlernen des kompletten Versorgungsprozesses von Patient*innen mit Brustkrebs ermöglicht inklusive relevanter Schnittstellen. Die Einarbeitungsphase in der Patientenversorgung der Tagesklinik wird als zu lang eingeschätzt, da die APN dort Skills erlernte, die sie nach Ansicht der Pflegenden nicht mehr ausüben wird.

Eine Abgrenzung zur BCN und ihren Tätigkeiten war erfolgreich. Die BCN stelle eine wichtige Ansprechperson für die APN dar. Die Zuständigkeiten in der Versorgung der Mamma-Patient*innen

zeigen sich als klar definiert und beide profitierten eher durch einen regelmäßigen patientenbezogenen Austausch voneinander, als dass sich Überschneidungen ergeben.

Die APN fokussiert sich auf die Beratung von Patientinnen und Patienten mit oralen Tumortherapien. Hier kann diskutiert werden, warum das Konzept neben der Fokussierung auf diese spezifische Patientengruppe nicht auch einen Anteil von Pflegetätigkeiten in der Versorgung von Patient*innen mit anderen Systemtherapien vorsieht. Die in den Interviews angeführten Bedarfe, beispielsweise in der Vernetzung des stationären und tagesklinischen Bereiches zur Sicherstellung einer Kontinuität, könnten in die Ausgestaltung der APN-Aufgaben mit aufgenommen werden. Im Sinne einer klinischen pflegerischen Kernkompetenz wäre das eine Möglichkeit, diese bei der APN noch fehlende Expertise aufzubauen.

Weiterhin konnte die Phase der Einarbeitung nicht ausreichend dazu beitragen, dass sich die APN als Teil des Pflgeteams der Tagesklinik sieht, da es in der täglichen patientenbezogenen Arbeit kaum Berührungspunkte gibt. Die Rolle an sich und das Einsatzfeld im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis ist gerade für die Pflegenden in der Tagesklinik noch sehr abstrakt, für die APN selbst wird sie im Verlauf der Einarbeitung jedoch klarer.

Ergänzend zu den patientenbezogenen Tätigkeiten werden durch die APN Standards und Flyer zum Umgang mit therapiebedingten Nebenwirkungen erstellt. Weiterhin befindet sich ein Workshop für orale Therapien bei Brustkrebs für Pflegefachpersonen anderer Brustzentren in Planung. Diese Tätigkeiten entsprechen den im Konzept definierten Elemente der Umsetzung evidenzbasierter Erkenntnisse, Öffentlichkeitsarbeit und Edukation (Eberl und Siegert 2016). Eicher (2014, S. 4) formulierte als darüber hinausgehende Kompetenzen die Mitwirkung bei ethischer Entscheidungsfindung und Beteiligung an Pflegeforschung. Diese Aspekte sind bei der Planung der Umsetzung zum aktuellen Stand noch sehr wenig berücksichtigt.

5.3.2 Erwartungen und angestrebte Ergebnisse

Mit der begonnenen Implementierung wird deutlich, dass die Erwartungen von Pflegenden und Ärzt*innen sowie des Projektteams an die APN unterschiedlich waren und dazu führten, dass die Akzeptanz erschwert und eine effektive Implementierung eher gehemmt wurde.

Für das Projektteam steht die Pilotierung einer Pflegefachperson mit Kompetenzen auf Master-Niveau im Vordergrund mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Ärztinnen und Ärzte erhoffen sich durch die Integration einer APN eine Entlastung in ihren Tätigkeiten in der Onkologischen Tagesklinik, die nicht zwingend durch einen ärztlichen Mitarbeitenden erbracht werden müssen, wobei diese nicht konkretisiert werden. Die Pflegenden der Tagesklinik wünschen sich eine Entlastung. Diese ist nicht eingetreten. Die APN wird als Zusatzangebot für Patient*innen gesehen, jedoch nicht als notwendiger Teil des therapeutischen Teams. Unterschiedliche Erwartungen beziehen sich auch auf die prozessuale Umsetzung der APN-Rolle und wahrgenommenen Tätigkeiten. Im Kern sind sich alle Beteiligten darin einig, dass Patient*innen profitieren sollen.

Im Konzept werden Ergebnisse auf Patienten-, Mitarbeiter- und Klinikebene definiert. Bei der Definition der Outcome-Kriterien können noch keine Kennzahlen oder Zielwerte genannt werden. Alle Befragten sehen das zu messende Outcome bei den PROMs, ganz konkret bei dem Kriterium der Patientenzufriedenheit. Weiterhin wird die patientenbezogene und mitarbeiterbezogene Edukation thematisiert, was sich mit den in der Literatur (Bryant-Lukosius und Dicenso 2004; Fleuren et al. 2004; Andregård und Jangland 2015; Stephanow 2019) und im Konzept (Eberl und Siegert 2016) definierten APN-Tätigkeiten deckt. Klare Messkriterien fehlen jedoch noch.

5.3.3 Fördernde und hemmende Einflussfaktoren während der Implementierung

In den Ergebnissen der Implementierungsphase kristallisieren sich Faktoren heraus, die sich aus Sicht der Befragten für den bisherigen Projektverlauf hemmend oder unterstützend ausgewirkt haben. Generell schwierig ist, dass der Implementierungsprozess in einem Bereich stattfand, in dem zu diesem Zeitpunkt eine hohe Arbeitsbelastung gegeben war. Hier fehlen Ressourcen, um beispielsweise eine aktive Integration des Pflgeteams in den Implementierungsprozess sicherzustellen mit dem Ziel, bei den Pflegenden ein Verständnis für die neue Rolle zu schaffen und Berührungspunkte im beruflichen Alltag zu erzeugen. Diese notwendige Einbeziehung der vom Veränderungsprozess betroffenen Akteure in das Projekt (Sangster-Gormley et al. 2011, S. 1184) ist nicht ausreichend gegeben. Die fehlende Wahrnehmung der Vorteile durch die involvierten Mitarbeitenden zählt neben der fehlenden Unterstützung durch das Management zu hemmenden Faktoren in Implementierungsprozessen (Fleuren et al. 2004). Als Ressource für das Pflgeteam (Andregård und Jangland 2015) wird die APN noch nicht gesehen. Die betrachteten Aspekte können dazu führen, dass eine erfolgreiche Implementierung gefährdet ist und damit der beabsichtigte Nutzen bei den Patient*innen nicht erzielt werden kann (Jokiniemi et al. 2012).

Als herausfordernd wird die unzureichende Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. die Bereitstellung eines geeigneten Raumes gesehen. Die Projektleitung kümmert sich um die Sicherstellung von Ressourcen, was eigentlich Aufgabe des pflegerischen Managements wäre. Arbeitsvoraussetzungen, wie Möbel und Telefon, werden mit zeitlicher Verzögerung zur Verfügung gestellt. Weiterhin wurden Regelungen zur Unterstellung im Sinne von Weisungsbefugnissen erst spät geklärt. Die in den Interviews herausgearbeiteten Themen, wie Neuartigkeit der Rolle, Mangel an Rollenklarheit und die fehlende Unterstützung durch das Management bei der Bereitstellung von benötigten Ressourcen, werden im überwiegenden Teil der im Review von Jokiniemi et al. (2012) betrachteten Studien als hemmend für den Implementierungsprozess einer APN beschrieben. Bei der Festlegung der Entgeltgruppe für die APN besteht über mehrere Monate Unklarheit; verbindliche Zusagen seitens des Managements fehlen. Stephanow (2019) beschrieb die fehlende Regelung einer angemessenen Vergütung, die Ausgestaltung eines passenden Tätigkeitsprofils mit Abgrenzung zu Pflgetätigkeiten anderer Kolleg*innen und Akzeptanzprobleme in der eigenen und der ärztlichen Berufsgruppe als Herausforderungen, die im Rahmen eines Implementierungsprojektes gelöst werden müssten.

Zentrales Thema zwischen den Akteuren ist die Kommunikation. In der Tagesklinik sind regelmäßige interprofessionelle Teambesprechungen zur Klärung organisatorischer Anliegen nicht verankert. Eine regelhafte Projektbesprechung mit allen Projektmitgliedern findet nicht statt. Ein strukturierter Austausch zwischen den Projektakteuren mit Abgleich der Erwartungen und somit die Möglichkeit, kleine Schwierigkeiten sofort zu lösen, war zwischen APN und dem Pflgeteam der Tagesklinik nicht ausreichend gegeben. *„Steuerung der ANP-Entwicklung ist Aufgabe von Pflegemanagement und Pflegeentwicklung mit adäquater Einbezug der Ärzte und guter transparenter Information des multidisziplinären Teams.“ (Huber et al. 2015, S. 33).*

Als unterstützend in der Rollenfindung wird der Beitrag des Projektteams gesehen. Das Projektteam nahm die Aufgaben des Coaches, des Mentors und des Unterstützers wahr. Auch der Kontakt und der praxisbezogene Austausch mit der BCN ist hilfreich für die APN. Für die APN ist es wichtig, sich neben der bestehenden Master-Qualifikation auch die fachlich notwendigen Kenntnisse anzueignen.

Während das Einsatzgebiet der APN mit der Fokussierung auf das Patientenkollektiv mit oralen Tumorthérapien klar gewählt ist, scheint es bislang nicht gelungen zu sein, bei den Pflegenden ein klares Bild davon zu erzeugen, welche Aufgaben die APN übernimmt und worin ihr Nutzen besteht. Auch innerhalb der Projektgruppe besteht durch die mangelnde Kommunikation die Gefahr, dass sich

Vorstellungen auseinanderdividieren und die APN in ein Spannungsfeld gerät. Dringend erforderlich ist die Einführung einer strukturierten Besprechungskultur im Bereich der Onkologischen Tagesklinik und speziell zwischen APN und allen Stakeholdern für das fortlaufende Projekt und über die Projektphase hinaus. Eine bessere Vernetzung der APN mit den Pflegenden der Tagesklinik könnte durch den Ausbau gemeinsamer Projekte, wie z. B. die Implementierung von Pflegevisiten oder pflegerischen Fallbesprechungen, gefördert werden. Auf der Ebene der Prozessqualität muss damit begonnen werden, Abläufe patientenbezogen zu verschriftlichen im Sinne von Behandlungspfaden, um das Zusammenwirken aller Akteure am Prozess der Patientenversorgung klar zu regeln, Schnittstellen zu identifizieren und doppelte patientenbezogene Tätigkeiten (ärztlich und pflegerisch) zu vermeiden sowie Informationsweitergaben zu optimieren.

5.3.4 Implementierungsprozess

Als theoretischer Rahmen der Implementierung einer APN-Rolle in der Betreuung von Patient*innen mit OTT diente das PEPPA-Framework (Bryant-Lukosius und Dicenso 2004), welches in Kanada und anderen Ländern mit grundständig akademisch ausgerichteter Pflegeausbildung erfolgreich als Leitfaden für Implementierungsprozesse von erweiterten Pflegerollen herangezogen wird. Die einzelnen Schritte dieses Rahmenwerkes sind in Deutschland jedoch nicht unreflektiert umsetzbar. Problematisch ist, dass Bryant-Lukosius und Dicenso von einem einheitlichen Verständnis von erweiterter Pflegepraxis und spezialisierten akademisierten Pflegerollen ausgingen, was in Deutschland aktuell so noch nicht vorhanden ist. Dies zeigte sich in den Interviews mit den Pflegefachpersonen der Onkologischen Tagesklinik in allen Phasen des Implementierungsprozesses.

Während die PEPPA-Phasen zur Beschreibung und Definition der Bedarfe in der aktuellen Versorgungssituation gut umsetzbar waren, konnten genaue Ziele zu Beginn des Projektes sowie Evaluationskriterien durch die Projektgruppe nur grob skizziert werden. Hierfür fehlten Rollenvorbilder einer erfolgreichen APN-Einbindung in die Praxis und eine konkrete Beschreibung des Nutzens und der zu verändernden Prozesse. Die Ergebnisse der Befragungen der Kolleginnen und Kollegen zeigen, dass es bezüglich des Nutzens einer APN unterschiedliche Erwartungen gibt, was sich im Projektverlauf als herausfordernd darstellt. Hier könnte eine Orientierung am Medical Research Framework (Skivington et al. 2021) einen positiven Input leisten, da dieses in der Überarbeitung um den Aspekt der partizipativen Einbeziehung von Interessensgruppen in Implementierungsprojekte erweitert wurde. In der Auswertung der Ergebnisse wird deutlich, dass ein proaktives Einwirken der mittleren Leitungsebene auf das Projekt im Sinne von unterstützenden Rahmenbedingungen und positiver Kommunikation nach innen und außen nicht ausreichend erfolgte. Die Charta 2.0 für interprofessionelle Zusammenarbeit formuliert die Anforderung wie folgt: „Sie [die Führungspersonen] fördern eine Kultur der Interprofessionalität und setzen diese im Rahmen ihrer strategischen, finanziellen und personellen Entscheide um. Dabei sollen sie den gesetzlichen, finanziellen und tariflichen Rahmen bestmöglich ausschöpfen.“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020, S. 7.).

Die strategische Relevanz, Pflegefachpersonen mit akademischem Background in die Pflgeteams einzubinden, scheint noch nicht erkannt worden zu sein. Vorstellungen eines gemeinsamen Arbeitens im Setting der Tagesklinik und in der Versorgung von Patient*innen mit OTT haben sich erst im Laufe des Projektes entwickelt. Diese Beschreibung entspricht den Aussagen von Meyer et al. (2013), die feststellten, dass die Transferierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis dadurch erschwert ist, dass es kaum Pflegewissenschaftler in der Praxis gibt. In einem Survey von Tannen et al. (2017) zeigte sich, dass der Anteil der akademisierten Pflegefachpersonen in Universitätskrankenhäusern 1 % betrug, wobei der Anteil der Pflegenden mit Master-Abschluss noch einmal deutlich geringer war. Die Aktualisierung dieses Surveys vier Jahre später ergab, dass der Anteil von akademisierten Pflegefachpersonen auf lediglich 2 % in den Bereichen der direkten Patientenversorgung an Universitätskliniken gesteigert werden konnte (Bergjan et al. 2021). Der Deutsche Wissenschaftsrat hielt

in seinen Empfehlungen zur Akademisierungsquote in der Pflege 10 bis 20 % für sinnvoll (Wissenschaftsrat 2012, S. 8).

Das Spannungsfeld zwischen den Anforderungen an eine akademische Qualifikation und einer pflegerischen Expertise zog sich von der Konzeption durch den gesamten Implementierungsprozess. Pflegende und die APN selbst haben sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob ein Master-Abschluss zwingend notwendig sei. Die APN kann den Nutzen dieses Qualifikationsniveaus für sich klar benennen, äußert jedoch Verständnis, dass es für das Umfeld schwierig sei. Schober und Affara empfahlen: „Setting master level education as the entry level into advanced nursing practice, however, may simply be unrealistic in the beginning phase of integration of the role in the health care workforce.“ (Schober und Affara 2006, S. 115). In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass die Umsetzung erweiterter Pflegetätigkeiten im APN-Verständnis einen Master-Abschluss in Pflege voraussetzt (Hamric 2014b; International Council of Nursing 2020). Gleichzeitig besteht der Anspruch einer klinischen Expertise im Einsatzbereich (Hamric 2014b). Das APN-Konzept des Universitäts-Kinderspitals Zürich formulierte beispielsweise fünf Jahre klinische Expertise, davon mindestens zwei Jahre in der pädiatrischen Pflege als Qualifikationsanforderung (Huber et al. 2015). Als entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung wurden nach Sangster-Gormley et al. (2011) die Einbeziehung und aktive Einbindung aller Stakeholder genannt. Der Fokus der Projektgruppe lag im Laufe des Projektes sehr stark auf der Rolle der APN selbst und den damit verbundenen Anforderungen. Die aktive Einbeziehung des Teams der Onkologischen Tagesklinik und die dort notwendigen Anpassungsaktivitäten waren nicht Bestandteil des Implementierungsprojektes.

Auch wenn es sich bei dieser Rollenentwicklung um ein Projekt handelt, sind Elemente eines Change-Managements zu erkennen, wie eine zielgerichtete Verbesserung von Arbeitsprozessen und Strukturen. Weiterhin zeigt dieses Implementierungsprojekt Merkmale einer angestrebten kulturellen Veränderung im Arbeitsbereich, da Denk- und Verhaltensweisen einer Transformation unterzogen werden (Einwiller et al. 2021, S. 557). Während das PEPPA-Framework stark auf die Rolle der APN und deren Arbeitsfeld und Tätigkeiten abzielt, könnten Modelle aus dem Change-Management herangezogen werden, um den Prozess der Veränderungen, die das Umfeld der APN betreffen, im Fokus zu behalten. Das Acht-Stufen-Modell von Kotter (1996) und die damit verbundenen Aktivitäten zur Teamentwicklung stellen beispielsweise den Aufbau von Koalitionen unter den Führungspersonen heraus sowie die Kommunikation einer Vision des Wandels. Diese Themen wurden im PEPPA-Framework weniger klar beschrieben.

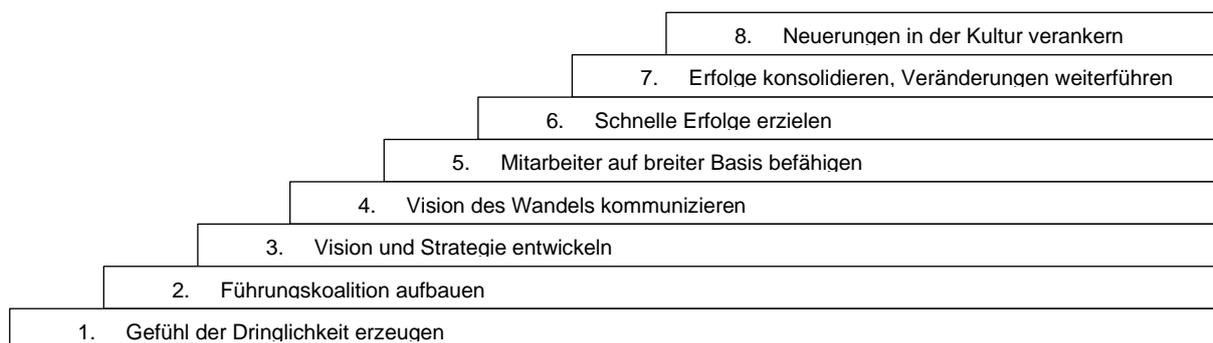


Abbildung 11: Acht-Stufen-Modell zum Change Management (eigene Darstellung, angelehnt an Kotter 1996)

Auch das revidierte Rahmenwerk „framework for developing and evaluating complex interventions“ (Skivington et al. 2021) bietet eine theoretische Fundierung, um komplexe Interventionen in die Praxis zu implementieren unter Berücksichtigung der Kontext-Faktoren, der Anforderungen der Stakeholder und ökonomischer Aspekte. Im Gegensatz zum linear verlaufenden OE-Modell nach Kotter

(Kotter 1996) bietet dieses Rahmenwerk (Abbildung 12) ein iteratives Vorgehen unter Berücksichtigung einer begleitenden Evaluation.

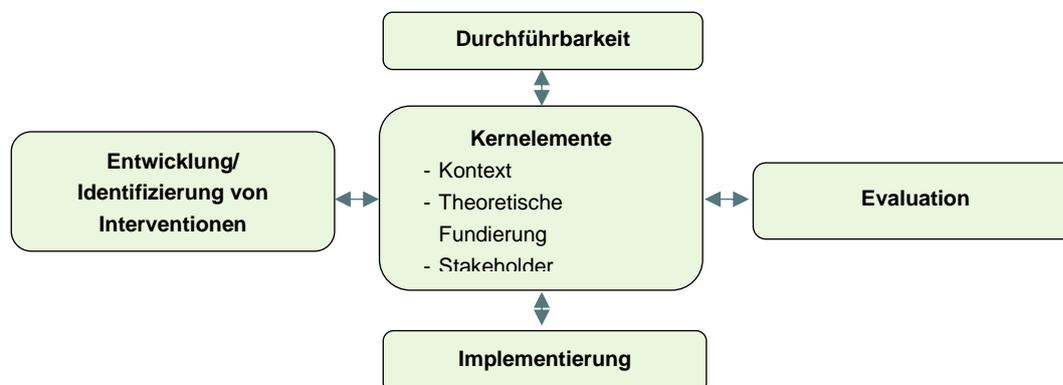


Abbildung 12: Framework zu Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (eigene Darstellung, angelehnt an Skivington et al. 2021)

Rückwirkend hat sich gezeigt, dass eine Kombination aus personenzentriertem Rollenentwicklungsansatz und gruppenzentriertem Ansatz notwendig gewesen wäre. Personenzentriert bedeutet, die APN entsprechend ihrem Einsatzgebiet und ihrer vorhandenen und fehlenden Kompetenzen zu entwickeln. Im gruppenzentrierten Denken wird das Umfeld miteinbezogen und mitentwickelt, sodass alle an der Patientenversorgung beteiligten Pflegenden und ärztlichen Mitarbeitenden in stärkerem Maße profitieren, beispielsweise durch optimierte Prozesse, die Anwendung passender Assessmentinstrumente oder Empowerment der Patientinnen und Patienten. Problematisch zeigte sich als Auswirkung dieser APN-zentrierten Vorgehensweise, dass es nicht gelungen ist, die APN in das Team der Tagesklinik zu integrieren. Sie fühlt sich nicht als fester Bestandteil des Teams.

Zentrales und zugleich erfolgskritischstes Element im Change-Management stellt die Kommunikation dar. Diese wird in der Literatur als zentrale Managementaufgabe verstanden. Als Change-Kommunikation wird eine zielgerichtete kommunikative Begleitung und Gestaltung von Veränderungsprozessen bezeichnet, mit dem Ziel, die verschiedenen Anspruchsgruppen optimal zu integrieren. Dies geht weit über die Regelkommunikation hinaus (Deekeling und Arndt 2021, S. 529). Auch hier zeigen sich im Projektverlauf Defizite. Dies wird vor allem bei der Auswertung der Implementierungsphase durch das Projektteam stark bemängelt.

5.3.5 Aufgabenklärung und Abgrenzung der Tätigkeiten

Ergänzend zum Implementierungsprozess stellen die Tätigkeiten der erweiterten Pflegepraxis ein zentrales Thema der Evaluation dar. Erweiterte Tätigkeiten nimmt die APN vor allem im Sinne von spezialisierten Aufgaben für die Patient*innen mit OTT wahr; neue Tätigkeiten im Sinne einer Substitution von ärztlichen Tätigkeiten werden bisher nicht ausgeführt. In den Interviews wird deutlich, dass sowohl die APN als auch die ärztlichen Mitarbeitenden hierin noch Potenzial für die Rolle sehen.

Das Konzept der Projektgruppe Eberl und Siegert (Eberl und Siegert 2016) sah vor, dass die APN-Rolle in den Bereichen klinische Pflegetätigkeiten, Edukation, Management und Forschung entwickelt wird und folgte damit Eicher (Eicher 2014) in den Empfehlungen für ein Konzept, was sich an spezialisierte Pflegefachpersonen in der Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs richtete. Hamric differenzierte weitere Kompetenzen wie Anleiten und Coaching, evidenzbasierte Pflegepraxis, Leitung und Führung, Zusammenarbeit und klinische Entscheidungsfindung (Hamric 2014b). Hinsichtlich der klinischen Pflegetätigkeiten sind die Nutzung von Assessments, die Beurteilung der Patientensituation, Erstellung

von Pflegeplänen für komplexe Pflegesituationen, Durchführung von Pflegemaßnahmen, Gestaltung und Koordination von Abläufen und supportiven Maßnahmen sowie die Teilnahme am Tumorboard für die APN vorgesehen (Eberl und Siegert 2016). Das Feinkonzept beschrieb in der letzten Fassung vom 10.09.2018 bereits sehr konkret Maßnahmen im Sinne der prozesshaft ausgerichteten Begleitung von Patient*innen, wie die Fokussierung auf ein therapiebedingtes Nebenwirkungsmanagement. Anforderungen, wie eine eigenständige Patientenführung wurden umgesetzt. Im Sinne einer Edukation sind die Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Prozessbegleitung von Patient*innen und Angehörigen, Organisation und Durchführung von Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeitende sowie die Vermittlung von Unterstützungsangeboten geplant. Alle Patient*innen der Tagesklinik mit Systemtherapien erhielten durch die APN eine Schulung zum Umgang mit dem digitalen Patiententagebuch CANKADO als eHEALTH-Software, um eine eigenständigere Symptomerfassung und damit mehr Einbeziehung in die Therapieverantwortung zu erreichen. In einem systematischen Review wurde gezeigt, dass die Nutzung von digitalen Systemen die Symptombelastung, die Schmerzbelastung und Fatigue bei onkologischen Patient*innen signifikant verbessern konnte (Kim et al. 2023, S. 102404). Speziell für CANKADO konnte im Rahmen der PreCycle Studie gezeigt werden, dass signifikant positive Effekte auf die Lebensqualität erzielt werden konnten (Harbeck et al. 2023, S. 660). Diese Entwicklungen sollten in die Überlegungen zur Definition des Einsatzbereiches von APNs unbedingt einbezogen werden.

Weiterhin wurde Informationsmaterial entwickelt, das sowohl der APN als auch den Pflegenden zur Verfügung steht. Es wurden Workshops konzipiert, durchgeführt, evaluiert und publiziert, in denen die APN ihr Wissen an Pflegenden und MFAs von onkologischen Praxen im Umgang mit oralen Therapien weitergegeben hat (Travi et al. 2019). Damit erfüllt sowohl das Konzept als auch die praktische Umsetzung der APN-Rolle die Anforderungen, die an einen erfolgreichen und fortlaufenden Beratungsprozess von Patienten und Patientinnen mit oralen Tumortherapien gestellt sind. Dazu zählen die Vermittlung eines auf die Betroffenen individuell zugeschnittenen Beratungsinhaltes (McPherson et al. 2001, S. 232) und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, um eine sichere Einnahme der oralen Therapie zu unterstützen (Hartigan 2003, S. 22).

Der Beitrag einer APN zur interprofessionellen Zusammenarbeit und der fachliche Austausch durch regelmäßige Treffen sind Bestandteile der inhaltlichen Ausgestaltung im Bereich Management. Sowohl im Konzept als auch in den Interviews wurden Unterstützung und Durchführung von QM-Maßnahmen genannt, sowie die Umsetzung von Praxisentwicklungsprojekten, beispielsweise zur Etablierung eines Nebenwirkungsmanagements. Im Konzept werden Aspekte der Beteiligung an Maßnahmen zur ethischen Entscheidungsfindung verortet, was in der praktischen Arbeit für die APN jedoch noch nicht relevant ist.

Dieser Bereich ist sowohl im Konzept der Projektgruppe als auch im Feinkonzept der APN wenig konkret ausgearbeitet. Hier werden allgemein die Mitwirkung an Studien, die Erhebung von Daten und die Zusammenstellung evidenzbasierter Informationen aufgeführt, wobei der letzte Punkt bereits inhaltlich in die klinische Pflegepraxis sowie in den Punkt Edukation einfließt. Evidenzbasiertes Arbeiten trägt dazu bei, im Pflgeteam für eine tiefere fachliche Wissensbasis zu sorgen (Gray 2014, S. 238). McDonnell et al. (2015) kamen zu dem Ergebnis, dass durch die Erfahrung und das reflektierte Handeln ein positiver Einfluss auf das evidenzbasierte Arbeiten des gesamten Pflgeteams entsteht: *"There were also numerous examples both from interviews and observation of the ANPs providing advice and sharing knowledge with nurses and providing them with a clear rationale for clinical decisions."* (McDonnell et al. 2015, S. 794). Im Rahmen ihrer Tätigkeit unterstützte die APN Forschungsaktivitäten, hatte jedoch noch keine Gelegenheit, ein eigenes Forschungsprojekt zu initiieren.

Die Einschätzungen, ob sich die Rolle der APN in der Tagesklinik bereits etabliert hat, variiert zwischen den befragten Personen stark. Während Pflegenden unterschiedlicher Meinung sind, sehen die befragten Ärzt*innen die APN als etablierten Bestandteil des Teams und der Prozesse an. Ein zentrales Thema ist die Akzeptanz der neuen Rolle. *„Mangelnde Akzeptanz ist seit langem eine Herausforderung in der Praxis.“* (Petermann 2014, S. 123). Von einer akzeptierten Implementierung kann gesprochen werden,

wenn die neue Intervention im Praxisfeld durch die Betroffenen als annehmbar und ansprechend rückgemeldet wird (Wahl et al. 2016). Patient*innen sahen die APN als Entlastung für die ärztlichen Kolleg*innen, was wiederum dazu führte, dass einige Pflegende eine Pflegeidentität bei der APN vermissten. Für die APN stellte es jedoch einen Erfolgsfaktor dar, nicht paradigmatisch zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben zu trennen, sondern offen zu sein für Aufgaben, die erledigt werden müssen, und situationsabhängig zu entscheiden, ob es für ihr Aufgabenfeld sinnvoll ist und ins Konzept passt. Studien haben gezeigt, dass eine erfolgreich implementierte APN-Rolle einen positiven Einfluss auf die Teamarbeit der Abteilung vor allem hinsichtlich Kommunikationsprozessen haben kann. *"There was evidence that the ANPs improved team-working and were able to 'bridge the gap' and improve communication both in teams of doctors and nurses and across professional boundaries."* (McDonnell et al. 2015, S. 795). Dieser Benefit wurde im hier evaluierten Projekt noch nicht erreicht. Voraussetzung hierfür wäre eine bessere Einbindung der APN in das Pflegeteam der Tagesklinik.

Ärztliche Mitarbeitende beschreiben, dass sie durch die APN einen Nutzen für Patient*innen mit OTT wahrnehmen. Deutlich klarer zeigten sich die Effekte der APN-geleiteten Sprechstunde in den Interviews mit den Patient*innen selbst, die im Rahmen ihrer Therapie von diesem Angebot profitierten.

5.4 Diskurs zu den patientenbezogenen Ergebnissen

5.4.1 Patientenzufriedenheit

Alle befragten Patient*innen äußern sich zufrieden mit dem Angebot der APN-Sprechstunde und die darüber sichergestellte direkte Anbindung an eine universitäre Onkologische Tagesklinik. Die Datenerhebung mittels Fragebogen zeigt hier einen messbaren Effekt im Vergleich zu dem Patient*innenkollektiv ohne spezialisierte Pflegesprechstunde. Interessant ist dabei der Aspekt, dass Patient*innen anfangs skeptisch waren, was die intensive Betreuung durch eine Pflegeperson betraf, nach den ersten Beratungsterminen jedoch keinerlei Vorbehalte mehr äußerten. Vor allem die positiven Rückmeldungen in den Patienteninterviews zeigen, dass hiermit eine neue Rolle geschaffen wurde, die ihren Beitrag zur Zufriedenheit leistet. Eine vertrauensvolle Beziehung bildet die Basis für die Zufriedenheit von Brustkrebspatient*innen mit ihrem Behandlungsprozess. Für Betroffene, die kein soziales Umfeld haben, in dem sie auch mentale Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung erfahren, spielt eine spezialisierte Pflegeperson eine wichtige Rolle auf dieser Ebene (Koinberg et al. 2002, S. 213).

Studien, welche die Wirksamkeit spezieller Trainingsprogramme für Patientinnen und Patienten im Umgang mit oralen Medikamenten untersuchten, liegen bereits vor (Tokdemir und Kav 2017; Spoelstra et al. 2017). Ergebnisse der PACOCT-Studie, die im Rahmen des Deutschen Krebsplans initiiert wurde, zeigten, dass die Begleitung von Patient*innen mit oraler Tumortherapie durch speziell geschulte Patienten-Coaches positive Effekte hinsichtlich Gesundheitskompetenz und Therapieadhärenz generierte (Riese et al. 2016, S. 50). Die befragten Patient*innen äußerten einen Benefit für sich durch eine klar zuständige und verfügbare Ansprechperson, was ihnen das Gefühl der Sicherheit vermittelte. Dies deckt sich mit den Aussagen der APN, was als wichtigste Faktoren zu ihrer Akzeptanz bei den Patient*innen geführt hat: Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit. Durch ihre zuverlässige Arbeitsweise, beispielsweise beim Geben von Rückmeldungen an die Patient*innen, wurde eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut. Eine schnelle, niederschwellige Erreichbarkeit, zeitliche Ressourcen für umfassende, individuelle Gespräche, evidenzbasiertes Informationsmaterial und häufigere Kontakte führten dazu, dass sich die Patient*innen im Umgang mit den oralen Therapien sicher fühlten. Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der Studie von Kobleder et al. (2017b), in der die Erfahrungen von APN-begleiteten Patientinnen mit Vulva-Karzinom untersucht wurden. Kobleder et al. beschrieben

Erreichbarkeit und sich sicher fühlen als Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen APN und Patientin (Kobleder et al. 2017b, S. 456).

Diese Aspekte der Interaktion zwischen Betroffenen und Gesundheitspersonal haben einen positiven Einfluss auf die Adhärenz bei der Einnahme oraler Tumorthérapien (Rieder et al. 2012) und somit auf den Therapieerfolg. Studien wiesen darauf hin, dass durch die positive Beeinflussung von patientenbezogenen Faktoren die Adhärenz bei oralen Krebstherapien deutlich gesteigert werden kann: *"A constellation of factors are associated with nonadherence, including characteristics of the treatment regimen, the patient, the patient's social environment, and the clinician– patient interaction. Patient perceptions and motivations appear to be the most important determinants of adherence"* (Partridge et al. 2002, S. 659).

5.4.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Informiertheit

Das Item *Allgemeiner Gesundheitszustand* des Fragebogens zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) wird in der Follow-up-Gruppe t1 (58,33) schlechter eingeschätzt als in der Baseline-Gruppe t0 (65,91). Im Rahmen einer Studie zur Ermittlung von Referenzwerten in europäischen Ländern für ein gesundes Kollektiv wurden durch Nolte et al. (2019) in der Altersgruppe von weiblichen Personen zwischen 60 und 69 Jahren für dieses Item ein Mittelwert von 64,8 ermittelt (Nolte et al. 2019, S. 158). Trotz des schlechter bewerteten allgemeinen Gesundheitszustands zeigen sich in Tabelle 8 in der symptombezogenen Skala überwiegend bessere Werte in der Patientengruppe mit APN-Sprechstunde t1. Da der Umgang mit Nebenwirkungen als therapiebedingter Faktor gilt, der Einfluss auf eine Adhärenz bei oralen Therapien hat (Onwusah et al. 2023, S. 2828), zeigt sich hier, dass ein Symptom- und Nebenwirkungsmanagement bei Patient*innen mit OTT durch erweiterte Pflegeexpertise gut abgedeckt werden kann.

Durchgeführte Studien belegten bereits die Umsetzbarkeit und den Nutzen von gezielten Informationsmaßnahmen zur Optimierung des Bewusstseins von Patient*innen mit Brustkrebs hinsichtlich ihrer Erkrankung und Therapie (Villarreal-Garza et al. 2023, S. 15613). Studien zu Bedarfen von Betroffenen zeigten, dass vor allem Informationen zu Nebenwirkungen, Lebensführung und Alltagsgestaltung sehr nachgefragt und geschätzt wurden (van Hezewijk et al. 2011, S. 770).

Die mittels EORTC QLQ-INFO25 erzielten Ergebnisse machen deutlich, dass in der durch die APN-Sprechstunde betreuten Patient*innen Verbesserungen erreicht werden konnten in den Bereichen *Selbstmanagement, Infos über Servicemöglichkeiten und andere Versorgungsorte, schriftliche Informationen und Zufriedenheit mit den Informationen*. Die Ergebnisse des Items *Wunsch, weniger Infos zu bekommen*, weisen jedoch bei Patient*innen in der APN-Sprechstunde einen vergleichsweise hohen Wert auf. Betrachtet man die hohen Standardabweichungen bei diesem Item und dem Item *Wunsch, mehr Infos zu bekommen*, wird deutlich, dass eine passgenaue, bedarfsorientierte Abgabe von Informationen einen hohen Stellenwert einnimmt, um Patient*innen mit Informationen zufrieden zu stellen und nicht zu überfordern. Diese Besonderheit in den Ergebnissen zeigte sich auch in der Studie zur Validierung des verwendeten Fragebogens EORTC QLQ-INFO25 (Arraras et al. 2010, S. 2734).

Die Ergebnisse der Interviews mit Patient*innen mit OTT zeigen, dass trotz zusätzlicher Angebote, wie speziellen Informationsmaterials und zusätzlicher Beratungsgespräche mit der APN, der Wunsch nach Informationen nach wie vor sehr hoch ist. Jedoch sind hier die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen detailliert zu erheben. Die Ergebnisse der Interviews zeigen ebenfalls, dass sich Betroffene einen einfachen, unkomplizierten Zugang zu Spezialwissen und zur Unterstützung durch eine spezialisierte Pflegeperson wünschen.

Da Nebenwirkungen und wenig Wissen über die Erkrankung und die Therapie als Risikofaktoren hinsichtlich Adhärenz bei der Einnahme oraler Tumortherapien gelten (Skrabal Ross et al. 2020, S. 4044 ff.), kann durch die Einbindung einer Pflegefachperson mit erweiterter Expertise, welche sich genau um diese Themen kümmert, ein positiver Effekt auf Adhärenz erwartet werden. Dieser sollte in weiterführenden Studien untersucht werden.

6 Limitationen

Aus dem Forschungsvorhaben selbst sowie aus dem gewählten Design und den Methoden ergeben sich Limitationen, die im Folgenden kritisch ausgeführt werden.

Zur Umsetzung dieser Evaluationsstudie wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt. Limitierend ist anzumerken, dass es für Mixed-Methods-Studien noch keine allgemeingültigen Guidelines gibt, welche die Güte dieses Designs gewährleisten (Bressan et al. 2017). Bei der vorliegenden Arbeit kamen die in Kapitel 3.9 genannten Gütekriterien der qualitativen und quantitativen Forschung unter dem besonderen Blickwinkel der Evaluation zur Anwendung.

Qualitative Forschungsmethoden gewähren Einblicke in die individuellen Sichtweisen und Handlungen der befragten Personen. Limitierend stellt dieser Fokus jedoch lediglich einen sich thematisch beschränkenden Ausschnitt des Sachverhalts dar. Evaluationsergebnisse hängen sehr stark von den direkten Faktoren der Umgebung ab, in der die betrachtete Intervention stattfindet. Verallgemeinerungen sind dadurch nur eingeschränkt möglich. Allerdings können die in dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse dazu beitragen, Themen zu identifizieren, die in folgenden Rollen-Implementierungsprojekten relevant und zu beachten sind. Eine Limitation, die sich aus dem Studiendesign ergibt, ist in der Rolle des Evaluators selbst begründet. Dies bedeutet, dass die Phasen des Forschungsprozesses von der Person, die die Evaluationsstudie durchführt, von Beginn an geprägt sind und somit einer unweigerlichen Subjektivität unterliegen, was dazu führen könnte, dass andere Forschende zu anderen Schwerpunkten in der Ergebnisdarstellung kommen könnten.

Weiterhin kann der Umstand, dass die evaluierende Person die Projektbeteiligten persönlich kennt, dazu führen, implizite Annahmen in die Bewertung mit einfließen zu lassen, ohne dass diese in der Beschreibung des Forschungsprozesses nachvollziehbar sind. Gerade bei der Analyse des qualitativen Datenmaterials wurde dem durch Abgleich der Textanalysen, welche durch zwei unterschiedliche Personen durchgeführt wurden, Rechnung getragen.

Eine Limitation der vorliegenden Evaluationsstudie ergibt sich aus dem Studiendesign und der geringen Fallzahl der Patientengruppe t1, weshalb beispielsweise keine Randomisierung vorgenommen werden konnte. Durch die kurze Zeit, die zwischen der Implementierung der APN-Intervention und der Datenerhebung in der Wirkungsphase möglich war, konnten die Effekte der APN-Sprechstunde nur sehr eingeschränkt erhoben werden. Die Stichproben der Fragebogen-Erhebungen bei den Patient*innen in t0 und t1 unterscheiden sich in der Größe, da die Baseline-Erhebung mit allen Mammakarzinom-Patient*innen durchgeführt wurde, das Follow-up aber nur an der deutlich kleineren Gruppe mit APN-Intervention getestet werden konnte. Aus diesem Grund kamen vor allem quantitativ-deskriptive Auswertungsmethoden zum Einsatz. Klassische Outcome-Parameter, wie Adhärenz, Überlebensraten und Messungen zur Patientensicherheit kamen bei dieser Studie nicht zum Einsatz, bieten sich aber für Folge-Forschungsprojekte zur Wirksamkeit von APN-Interventionen an.

Vor allem bei den Mitgliedern des Projektteams, die im Rahmen des Projektes selbst für Tätigkeiten und Umsetzungsschritte verantwortlich sind, können Antworten sozial erwünscht und motivational verzerrt sein. Durch den Einbezug verschiedener Perspektiven der Projektbeteiligten (ärztliche und pflegerische Mitarbeitende und APN) konnte ein inhaltlicher Abgleich zwischen den Perspektiven der Beteiligten erfolgen.

Im Rahmen des Forschungsprozesses wurden die Gütekriterien für qualitative Forschung wie Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit, und Bestätigungsfähigkeit (Lincoln und Guba 1985) berücksichtigt. Forschungsergebnisse wurden mit Personen diskutiert, die nicht in die Studie oder das Praxisfeld eingebunden waren, um die eigenen Erfahrungen der Forscherin zu reflektieren und so Glaubwürdigkeit

und Zuverlässigkeit sicherzustellen. Die Dokumentation des Forschungsprozesses, welche durch Transkripte, Kodierleitfaden und Memos erfolgte, ermöglicht eine Nachvollziehbarkeit des Vorgehens der Datenerhebung und -analyse.

Der Hawthorne-Effekt, welcher erstmals durch Henry Landsberger 1924 beschrieben wurde, bezeichnet eine Verhaltensänderung, die allein durch die Tatsache ausgelöst wird, Teilnehmende bzw. Teilnehmender einer Studie zu sein. Dieser Umstand allein kann die interne Validität der erhobenen Daten einschränken (Nelson 1993, S. 209). Konsistenzeffekte können in Studien generell nicht ausgeschlossen werden (Kochinka 2010, S. 458). Eine übermäßige Gewichtung des ersten Eindrucks, welche als Primacy-Effekt (Asch 1946) bezeichnet wird, könnte bei den Interviewten dazu geführt haben, dass die ersten Erfahrungen mit der APN in den Vordergrund treten und damit im Rahmen der Datenauswertung prominenter dargestellt werden. Analog zum Primacy-Effekt wird in der Literatur der Recency-Effekt (Murdock 1962) beschrieben, der bedeutet, dass auch der letzte Eindruck zu einer Verzerrung der Einschätzung durch die Befragten führen kann. Um diese Effekte abzumildern, wurden stichpunktartig kommunikative Validierungen (Steinke 2000, S. 328) vorgenommen. Dafür wurden die gewonnenen Erkenntnisse mit den Interviewten noch einmal durchgesprochen.

Die Diskussionen der Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur geführt, die zum überwiegenden Teil aus den USA, Großbritannien und Skandinavien stammt und in dem dort etablierten Gesundheitssystem erforscht wurden. Vor allem die verschiedenen grundständigen Ausbildungen in der Pflege, die in Deutschland zum überwiegenden Teil nichtakademisch erfolgen, führt zu Herausforderungen beim Abgleich der in der Literatur empfohlenen Umsetzungsschritte für die Implementierung einer APN.

Resümierend betrachtet erfüllt diese Evaluationsstudie mit ihrem methodischen Vorgehen wesentliche Qualitätsmerkmale qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden sowie Kriterien, die speziell für die Durchführung von Evaluationen herangezogen werden.

7 Implikationen für die Praxis

Aus den gewonnenen und diskutierten Daten können Empfehlungen für Folgeprojekte abgeleitet werden. Die Implementierung neuer pflegerischer Rollen in der Praxis muss in Form von Organisationsentwicklungsprojekten konzipiert und umgesetzt werden. Eine Fokussierung auf die neue Rolle ist nicht ausreichend, um positive Effekte in der Patientenversorgung und vor allem Akzeptanz bei den Kolleginnen und Kollegen herzustellen. Ziele der jeweiligen Stakeholder müssen klar benannt sein, an alle Beteiligten transparent und kontinuierlich kommuniziert und dadurch abgeglichen werden.

Eine besondere Bedeutung kommt der Position des Managements im Sinne von Führungs- und Entscheidungsverantwortung und vor allem Unterstützung der neuen Rolle zu. Dies beinhaltet die Bereitstellung von Ressourcen wie Raum, Ausstattung, Arbeitsmaterialien, Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung und eine adäquate Vergütung. Ebenso muss die zuständige Führungsperson die neue Rolle mit Befugnissen gegenüber den Pflegenden ausstatten und vor allem hinter der neuen Position und den damit verbundenen Prozessanpassungen, Verschiebungen in den Zuständigkeiten und Widerständen stehen. Die organisatorische Einordnung ist von der Weisungsbefugnis her zu klären. Auf der strukturellen Ebene muss berücksichtigt werden, dass durch neue Rollen oder neue Positionen Veränderungen im bestehenden Hierarchiegefüge entstehen, idealerweise hin zu einer fachlichen Führungsverantwortung durch die APN. Hier müssen klare Regelungen zur Einordnung im Organigramm erfolgen mit klaren Weisungs-, Unter- und Überstellungsverhältnissen. Ebenso ist die Einbindung in ein multiprofessionelles therapeutisches Team sowie die Anbindung an Netzwerke sicherzustellen.

Im Praxisfeld müssen die Bedarfe in der Versorgung von Patientinnen und Patienten definiert werden gemeinsam mit den dort tätigen ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe. Diese bilden die Basis für die zu definierenden Outcomes, anhand derer der Implementierungserfolg ermittelt werden soll. Die Ermittlung der Bedarfe für eine neue pflegerische Rolle sollte sich nicht nur an den Patientinnen und Patienten orientieren, sondern auch die Belange des therapeutischen Teams miteinbeziehen. In dieser Phase ist darauf zu achten, dass die geäußerten Erwartungen realistisch umzusetzen sind. Neben den sich daraus abzuleitenden Aufgaben für eine APN werden somit auch die Themen benannt, welche eben nicht durch diese Rolle abgedeckt werden können und für die es andere Lösungen braucht.

Bei der Auswahl der APN ist klar festzulegen, welche akademischen und pflegepraktischen Kompetenzen benötigt werden. Entsprechend sind der Personalauswahlprozess und die Einarbeitung, beispielsweise im Sinne eines Trainees, zu gestalten. Die Definition des Aufgabenfeldes der APN und vor allem auch die Anpassung der bereits bestehenden Versorgungs- und Informationsprozesse bilden einen essenziellen Bestandteil dieses Change-Prozesses. Regelungen zu Abläufen, organisatorischen Festlegungen, klare Definitionen der Aufgaben, vor allem auch in Abgrenzung zu den anderen Akteuren im Versorgungsprozess, und Informationsweitergaben müssen verschriftlicht und kommuniziert werden. Auch die Kommunikation mit den Schnittstellen im Versorgungsprozess muss gewährleistet sein, damit diese neue Rolle akzeptiert wird und einen Benefit für die Patientenversorgung generieren kann.

Implementierungen beinhalten schrittweise Anpassungen in den Kernprozessen, welche ebenso Adaptionen in den Tätigkeiten der erweiterten Pflegerolle nach sich ziehen können. Eine Projektbegleitung über das gesamte Projekt hinweg ist deshalb notwendig und sollte im Sinne eines agilen Projektmanagements gedacht werden. So ist sichergestellt, dass auf sich ändernde Rahmenbedingungen reagiert werden kann. Ein Veränderungsprozess kann nur gelingen, wenn klare Kommunikationsstrukturen geschaffen werden, die einen regelmäßigen Austausch zwischen allen Akteuren des Projektes ermöglichen, um Erwartungen abzugleichen und Umsetzungsfortschritte besprechen zu können.

Wie in der in Kapitel 2.6 vorgestellten Literaturanalyse deutlich wurde, fehlen für die APN-Tätigkeiten Forschungsergebnisse im Sinne von Wirkungsnachweisen. Dies gilt vor allem in der Abgrenzung zu anderen pflegerischen Qualifikationsstufen. Zu diskutieren ist deshalb, dass die geschilderten Versorgungsbedarfe nicht ausschließlich durch eine APN wahrgenommen werden können, sondern beispielsweise auch durch eine onkologische Fachpflegeperson mit jahrelanger Berufserfahrung. Nach erfolgreicher Implementierung muss im nächsten Schritt die Wirkung der Handlungsfelder, die mit einer APN bei Patient*innen mit OTT umgesetzt wurden, erforscht und wissenschaftlich bewiesen werden.

Berufspolitisch ergeben sich aus den vorgestellten Daten vor allem zwei Themenfelder. Es braucht eine klare Definition der Anforderungen, die zum Führen des Titels einer Advanced Practice Nurse berechtigen. In der Folge kann dieser Titel dann mit klaren Aufgaben und Vorbehaltstätigkeiten ausgestattet werden.

In der Praxis wird der Begriff der Pflegeexpertin bzw. des Pflegeexperten, dem keine einheitliche Begriffsdefinition zugrunde liegt, heterogen verwendet. Daraus folgend fehlt in Deutschland die Definition von Vorbehaltsaufgaben für diese Kompetenzstufe beruflicher Expertise. Vielmehr erfolgt eine grobe Orientierung an Handlungsfeldern, ohne die konkreten Aufgaben und deren Abgrenzung zur Pflegefachperson mit dreijähriger beruflicher Ausbildung zu benennen.

In den USA sind APN-Rollen seit den 1940er Jahren, in Kanada seit den 1970er Jahren, in Großbritannien und Australien seit den 1990er Jahren verankert. In Südostasien wurden APN-Rollen strukturiert eingeführt; in Singapur existiert seit 2016 ein rechtlicher Schutz des Titels APN. In Deutschland fehlt eine verpflichtende Registrierung beruflich Pflegenden. Die pflegerische Grundausbildung ist in Deutschland zwar geregelt, ebenso die Weiterbildungen nach den Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Vielfalt in den Bachelor- und Master-Abschlüssen unterliegt jedoch keiner einheitlichen Regelung. In der Schweiz sind entsprechende Weichen gestellt: *„Die Reglementierung definiert Anforderungen an die Ausbildung, an die kontinuierliche Weiterbildung und an den Nachweis von klinischer Praxis. Sie schützt den Titel der APN und mit der Klärung der Handlungsbereiche gewährleistet dies die Patientensicherheit und Akzeptanz der neuen Rollen bei anderen Gesundheitsfachleuten sowie bei Patientinnen/Patienten und ihren Familien.“* (Mahrer-Imhoff 2020, S. 28).

Vor den zunehmenden herausfordernden Engpässen in der Gesundheitsversorgung wird durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Neustrukturierung der Arbeitsteilung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten in der Primärversorgung diskutiert (Wienke und Janke 2007). Mit der Umsetzung erster Modellvorhaben in der Umsetzung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 64d des 5. Sozialgesetzbuches (Bundesministerium der Justiz 2024) wurde in den Bereichen der Versorgung von chronischen Wunden, der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie der Versorgung von dementiell erkrankten Personen begonnen (Hener 2022). Für die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten fehlen derartige Modellprojekte noch. Dort sollte die differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Pflegerollen miteinfließen mit dem Ziel, die größtmögliche pflegerische Handlungsautonomie sicherzustellen, um eine ressourcenschonende, qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu unterstützen. Als Folge sind neben den berufsrechtlichen Fragen auch Fragen einer pflegerischen Leistungsvergütung zu diskutieren.

8 Fazit und Ausblick

Pflegeexpert*innen werden als wertvolle Ressource für ein multiprofessionelles Team gesehen, da sie mit ihrem Wissen und ihrer Expertise zu einer Steigerung der Versorgungsqualität beitragen (Kobleder et al. 2017a, S. 86). Ein Mehrwert in der Patientenversorgung kann generiert werden, wenn APN-Tätigkeiten genau definiert sind, eine Einpassung in bestehende Prozesse erfolgt und durch Zusammenarbeit mit anderen Professionen vor allem ein erfolgreiches sektorenübergreifendes Schnittstellenmanagement gelingt. Eine APN kann als zentrale Ansprechperson einen wertvollen Beitrag hinsichtlich der Kontinuität gegenüber Patient*innen leisten und klinikintern dabei unterstützen, einen abteilungsübergreifenden Informationsfluss sicherzustellen. Durch individuelle Prozessbegleitungen und Edukationsmaßnahmen haben diese Rollen das Potenzial, Patient*innen so zu befähigen, dass die Adhärenz bei der Einnahme oraler Therapien gesteigert und Patientensicherheit durch einen verlässlichen Umgang mit den Medikamenten und deren Nebenwirkungen erzielt wird.

Die Evaluationsergebnisse des Implementierungsprojektes am Brustzentrum des LMU Klinikums zeigen, dass eine APN mit ihren fachlichen und akademischen Kompetenzen einen wertvollen Beitrag zur Patientenzufriedenheit und Informiertheit leistet sowie eine Ressource zur Optimierung interner Versorgungsprozesse im multiprofessionellen therapeutischen Team darstellt.

Die Implementierung von Pflegeexpert*innen und speziell von APN-Rollen wird aktuell in Deutschland und am LMU Klinikum vorangetrieben. Durch die zunehmende Erfahrung in Implementierungsprojekten für spezialisierte akademisierte Pflegerollen gelingt es zunehmend besser, Pflegende mit Bachelor und Master so in die Pflegepraxis zu integrieren, dass sowohl Patient*innen und ihre Angehörige als auch das therapeutische Team von dieser spezifischen Expertise profitieren. Traineeprogramme leisten einen wichtigen Beitrag für eine erfolgreiche Implementierung. Unterstützung des Managements und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen stellen wichtige Voraussetzungen dar. Gesundheitspolitische Bestrebungen, wie die Klärung heilkundlicher Tätigkeiten und Regelungen zur Finanzierung pflegerischer Leistungserbringung setzen wichtige und positive Anreize für eine akademische Weiterentwicklung des Berufsfeldes der Pflege. Die damit verbundene Handlungsautonomie gibt akademisierten Pflegenden die Möglichkeit, eigenständiger zu arbeiten, Entscheidungswege zu verkürzen und somit patientenbezogene Prozesse zu verbessern. Dafür benötigt es zukünftig eine stärkere Verzahnung von akademischen Lehrinhalten und fachspezifischen Inhalten, die bislang in den Master-Studiengängen nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden. Somit werden Rollenvorbilder generiert, die Pflegende ermutigen, sich sowohl akademisch als auch pflegefachlich zu qualifizieren, um ihr Wissen in die direkte Patientenversorgung einzubringen und eine positive Haltung gegenüber einer evidenzbasierten Praxisentwicklung zu ermöglichen.

Weiterführende, großflächig angelegte Studien sind notwendig, um einen Zusammenhang zwischen pflegerischer Qualifikation und Expertise und patientenbezogenen Outcomes, wie Adhärenz und Patientensicherheit, bei Betroffenen mit oralen onkologischen Therapien messen zu können.

9 Literaturverzeichnis

Abu-Qamar, Ma'en Zaid; Vafeas, Caroline; Ewens, Beverley; Ghosh, Manonita; Sundin, Deborah (2020): Postgraduate nurse education and the implications for nurse and patient outcomes: A systematic review. In: *Nurse education today* 92, S. 104489. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104489.

Afseth, Janyne; Hoyles, Pam; Davidson, Louise; Mabena, Claire (2019): A Competency Framework for Nurses Providing Care to People with Breast Cancer. London: Royal College of Nursing.

Albert, Ute-Susann; Zemlin, Cosima; Hadji, Peymann; Ziller, Volker; Kuhler, Barbara; Frank-Hahn, Birgit et al. (2011): The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy. In: *Breast care (Basel, Switzerland)* 6 (3), S. 221–226. DOI: 10.1159/000329006.

Allemani, Claudia; Matsuda, Tomohiro; Di Carlo, Veronica; Harewood, Rhea; Matz, Melissa; Nikšić, Maja et al. (2018): Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. In: *The Lancet* 391 (10125), S. 1023–1075. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.

Altman, D. G.; Doré, C. J. (1990): Randomisation and baseline comparisons in clinical trials. In: *Lancet (London, England)* 335 (8682), S. 149–153. DOI: 10.1016/0140-6736(90)90014-v.

Andregård, Anna-Carin; Jangland, Eva (2015): The tortuous journey of introducing the nurse practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 29 (1), S. 3–14. DOI: 10.1111/scs.12120.

Arraras, Juan Ignacio; Greimel, Eva; Sezer, Orhan; Chie, Wei-Chu; Bergenmar, Mia; Costantini, Anna et al. (2010): An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. In: *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 46 (15), S. 2726–2738. DOI: 10.1016/j.ejca.2010.06.118.

Asch, Solomon (1946): Forming impressions of personality. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* 41, S. 258–290.

Atteslander, Peter (1993): Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter (Sammlung Göschen).

Beauchamp, Tom (2004): Informed Consent. In: Stephen G. Post (Hg.): *Encyclopedia of bioethics*. New York: Macmillan Reference USA, S. 1271–1313.

Bergjan, Manuela; Tannen, Antje; Mai, Tobias; Feuchtinger, Johanna; Luboinski, Jennifer; Bauer, Julian et al. (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 163, S. 47–56. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.04.001.

Bitzer, Eva Maria; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.) (2000): Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. St. Augustin: Asgard-Verl. (GEK-Edition / Gmünder Ersatzkasse GEK, 14).

Blum, Karl (1998): Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflußfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 1997 u.d.T.: Blum, Karl: Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung).

Blümle, A.; Lagrèze, W. A.; Motschall, E. (2018): Systematische Literaturrecherche in PubMed : Eine Kurzanleitung. In: *Ophthalmologie* 115 (3), S. 243–260. DOI: 10.1007/s00347-018-0659-3.

Bredin, Mary; Corner, Jessica; Krishnasamy, Meinir; Plant, Hilary; Bailey, Chris; A'Hern, Roger (1999): Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 318 (7188), S. 901–904. DOI: 10.1136/bmj.318.7188.901.

Bressan, Valentina; Bagnasco, Annamaria; Aleo, Giuseppe; Timmins, Fiona; Barisone, Michela; Bianchi, Monica et al. (2017): Mixed-methods research in nursing - a critical review. In: *Journal of clinical nursing* 26 (19-20), S. 2878–2890. DOI: 10.1111/jocn.13631.

Bryant-Lukosius, Denise; De Geest, Sabina; Degen Kellerhals, Sabine (2016a): Advanced Nursing Practice Roles in Switzerland: A Proposed Framework for Evaluation. Basel, zuletzt geprüft am 20.12.2020.

Bryant-Lukosius, Denise; Dicenso, Alba (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: *Journal of advanced nursing* 48 (5), S. 530–540. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.

Bryant-Lukosius, Denise; Spichiger, Elisabeth; Martin, Jacqueline; Stoll, Hansruedi; Kellerhals, Sabine Degen; Fliedner, Monica et al. (2016b): Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. In: *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 48 (2), S. 201–209. DOI: 10.1111/jnu.12199.

Bundesministerium der Justiz (2024): § 64d SGB 5 - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_64d.html, zuletzt geprüft am 28.01.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. Bonn: BMAS.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Öffentliche Förderbekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Thema Modellprojekt mit vorbereitendem Workshop zur Implementierung und Evaluierung einer Interventionsstrategie zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Patientinnen und Patienten mit oraler Tumortherapie. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bekanntmachungen/BKM_orale_Tumortherapie.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2023.

Cataliotti, Luigi (2007): Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer 43 (4), S. 660–675. DOI: 10.1016/j.ejca.2006.12.008.

Ciruelos, Eva María; Díaz, María Nieves; Isla, María Dolores; López, Rafael; Bernabé, Reyes; González, Encarnación et al. (2019): Patient preference for oral chemotherapy in the treatment of metastatic breast and lung cancer. In: *European journal of cancer care* 28 (6), e13164. DOI: 10.1111/ecc.13164.

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3., überarbeitete Auflage. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).

Creswell, John W.; Plano Clark, Vicki L. (2007): Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage Publ.

Deekeling, Egbert; Arndt, Susanne (2021): Change-Kommunikation in Unternehmen. In: Sabine Einwiller, Sonja A. Sackmann und Ansgar Zerfaß (Hg.): Handbuch Mitarbeiterkommunikation. Interne Kommunikation in Unternehmen, Bd. 31. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 545–563.

DeGEval (2016): DeGEval-Standards für Evaluation. Mainz: DeGEval Gesellschaft für Evaluation e.V. Online verfügbar unter https://www.degeval.org/fileadmin/Publikationen/DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf, zuletzt geprüft am 26.12.2020.

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2019): Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Kodex. Online verfügbar unter https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf.

DKG (2019): DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung. in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vom 18.06.2019.

DKG; DGS (2022): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Version K2.

Donabedian, Avedis (1992): The role of outcome in quality assessment and assurance. In: *Qual Rev Bull* 18, S. 356–360.

Dorgerloh, Sebastian (2012): Implementierung von ANP. Advanced Nursing Practice – Praxisfelder fortgeschrittener Pflege: Positionen, Projekte, Diskussion, 2012. Online verfügbar unter https://www.florence-nightingale-krankenhaus.de/fileadmin/daten/fnk/Pflege/Dateien/Advanced_Nursing_Practice_Implementierung_von_ANP_Dorgerloh.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2020.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2017): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag. Online verfügbar unter https://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf, zuletzt geprüft am 10.09.2019.

Eberl, Inge; Siegert, Tanja (2016): Konzept zur Implementierung einer Advanced Practice Nurse (APN) - geleiteten Prozessbegleitung für Patienten mit ambulanter onkologischer Therapie am Brustzentrum des KUM.

EBMT (2011): Adhärenz bei Anti-Tumoralen Therapien. Online verfügbar unter https://www.ebmt.org/sites/default/files/migration_legacy_files/document/Adha%CC%88renz_bei_Anti_Tumoralen_Therapien_Practical%20Guide%20for%20Nurses_EBMT_Swiss_Nurses_Working_Group_2011.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2023.

Eicher, Manuela (2014): Konzept Breast Care Nurse Stufe 1. Online verfügbar unter https://www.breastcarenurse.ch/images/pdf/Konzept/BCN_Konzept_Stufe1_ValSGS_final.pdf, zuletzt geprüft am 07.09.2019.

Eicher, Manuela R. E.; Marquard, Sara; Aebi, Stefan (2006): A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. In: *European Journal of Cancer* 42 (18), S. 3117–3126. DOI: 10.1016/j.ejca.2006.07.007.

Einwiller, Sabine; Sackmann, Sonja A.; Zerfaß, Ansgar (Hg.) (2021): Handbuch Mitarbeiterkommunikation. Interne Kommunikation in Unternehmen. Wiesbaden: Springer Gabler.

EORTC (1995): QLQ-C30. Version 3.0. Unter Mitarbeit von EORTC: EORTC Quality of Life Group.

EORTC (2004): QLQ-INFO 25. Version 1. Unter Mitarbeit von EORTC: EORTC Quality of Life Group.

Fayers, Peter M.; Aaronson, N. K.; Bjordal, K.; Groenvold, M.; Curran, D.; Bottomley, A. (2001): EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3. Aufl. Brüssel.

Fleuren, Margot; Wiefferink, Karin; Paulussen, Theo (2004): Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 16 (2), S. 107–123. DOI: 10.1093/intqhc/mzh030.

Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: rowohltts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohltts Enzyklopädie).

Flick, Uwe (2009): Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung. In: *Zeitschrift für Qualitative Forschung* 10 (1), S. 9–18.

Frei, Irena Anna; McCormack, Brendan (Hg.) (2009): Praxisentwicklung in der Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber. Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3130841&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

Ganz, Patricia A.; Greendale, Gail A.; Petersen, Laura Ruth; Zibecchi, L.; Kahn, B.; Belin, T. R. (2000): Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. In: *Journal of the National Cancer Institute* 92 (13), S. 1054–1064. Online verfügbar unter <http://cochranelibrary-wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/028/CN-00298028/frame.html>.

Geest, Sabina de; Moons, Philip; Callens, Betty; Gut, Chris; Lindpaintner, Lyn; Spirig, Rebecca (2008): Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. In: *Swiss medical weekly* 138 (43-44), S. 621–628.

Gensichen, Jochen; Muth, Christiane; Butzlaff, Martin; Rosemann, Thomas; Raspe, Heiner; Cornejo, Gabriele et al. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung Übergreifende Behandlungs- prinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. In: *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes* 100, S. 365–374.

Gonzalez, Arturo; Delgado, Victor; Buscemi, Charles P. (2019): Wound Closure Rates: A Comparison Between Advanced Practice Registered Nurse and Primary Care Physician Treatment. In: *The Journal for Nurse Practitioners* 15 (9), e173-e176. DOI: 10.1016/j.nurpra.2019.04.015.

Gray, Mikel (2014): Evidence-Based Practice. In: Ann B. Hamric (Hg.): Advanced practice nursing. An integrative approach. 5. Aufl. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders, S. 237–265.

Hamric, Ann B. (2014a): A Definition of Advanced Practice Nursing. In: Ann B. Hamric (Hg.): Advanced practice nursing. An integrative approach. 5. Aufl. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders, S. 67–85.

Hamric, Ann B. (Hg.) (2014b): Advanced practice nursing. An integrative approach. 5. Aufl. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders.

Harbeck, N.; Fasching, P. A.; Wuerstlein, R.; Degenhardt, T.; Lüftner, D.; Kates, R. E. et al. (2023): Significantly longer time to deterioration of quality of life due to CANKADO PRO-React eHealth support in HR+ HER2– metastatic breast cancer patients receiving palbociclib and endocrine therapy: primary outcome analysis of the multicenter randomized AGO-B WSG PreCycle trial. In: *Annals of Oncology* 34 (8), S. 660–669. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.05.003.

Hartigan, Kristine (2003): Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. In: *Clinical journal of oncology nursing* 7 (6 Suppl), S. 21–24. DOI: 10.1188/03.CJON.S6.21-24.

Helfferrich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 559–574.

Hellberg-Naegele, Matthias (2021): Symptome managen in der Onkologie. In: *Pflege* 74 (7), S. 26–29. DOI: 10.1007/s41906-021-1071-1.

Hener, Christian (2022): Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung (§ 64 d SGB V) – Rahmenbedingungen und praktische Umsetzungsfragen. Hg. v. DRK - wohlfahrt. Online verfügbar unter <https://drk-wohlfahrt.de/blog/eintrag/modellvorhaben-zur-heilkundeuebertragung-64-d-sgb-v-rahmenbedingungen-und-praktische-umsetzungsfragen/>, zuletzt aktualisiert am 16.09.2022, zuletzt geprüft am 14.01.2023.

Hershman, Dawn L.; Shao, Theresa; Kushi, Lawrence H.; Buono, Donna; Tsai, Wei Yann; Fehrenbacher, Louis et al. (2011): Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. In: *Breast cancer research and treatment* 126 (2), S. 529–537. DOI: 10.1007/s10549-010-1132-4.

Höhmann, Ulrike; Bartholomeyczik, Sabine (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. In: *Pflege&Gesellschaft* 18 (4), S. 293–362. Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-4_2013_PG-4_2006-2016_07_31-09_39_50-UTC.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2020.

Huber, Yvonne; Ullmann-Bremi, Andrea; Müller-Kägi, Elsbeth (2015): APN im Universitätskinderspital Zürich –Pflege und Ärzte auf Augenhöhe?! Hg. v. USZ. Online verfügbar unter http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.5_Veranaltungen/2015_SVPL_Kongress/Sli desPraesent/13.11.15-13.30h_HuberUllmannMueller-Kaegi_APN_im_Unikinderspital_ZH.pdf, zuletzt aktualisiert am 2015, zuletzt geprüft am 26.12.2020.

IMVR (2020): Patientinnenbefragung in den NRW-Brustzentren – Routinebefragung - IMVR. Online verfügbar unter <http://www.imvr.uni-koeln.de/de/forschung/projekte/Routinebefragung>, zuletzt aktualisiert am 28.12.2020, zuletzt geprüft am 28.12.2020.

Jenny, Sabine; Schär, Regula (2016): Krebsmedikamente zu Hause einnehmen - Orale Tumorthapien. Ein Ratgeber der Krebsliga. Bern: Krebsliga Schweiz.

- Jimmy, Beena; Jose, Jimmy (2011): Patient medication adherence: measures in daily practice. In: *Oman medical journal* 26 (3), S. 155–159. DOI: 10.5001/omj.2011.38.
- Jokiniemi, Krista; Pietilä, Anna-Maija; Kylmä, Jari; Haatainen, Kaisa (2012): Advanced nursing roles: a systematic review. In: *Nursing and Health Sciences* 3 (14), S. 421–431. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x.
- Jones, Myfanwy Lloyd (2005): Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. In: *Journal of advanced nursing* 49 (2), S. 191–209. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03279.x.
- Kabisch, Maria; Ruckes, Christian; Seibert-Grafe, Monika; Blettner, Maria (2011): Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international* 108 (39), S. 663–668. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0663.
- Kim, Soo Hyun; Sung, Ji Hyun; Yoo, Sung-Hee; Kim, Sanghee; Lee, Kyunghwa; Oh, Eui Geum; Lee, Jiyeon (2023): Effects of digital self-management symptom interventions on symptom outcomes in adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. In: *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* 66, S. 102404. DOI: 10.1016/j.ejon.2023.102404.
- Kim, Yeon Hee; Choi, Kyung Sook; Han, Kihye; Kim, Hae Won (2018): A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomised clinical trial. In: *Journal of clinical nursing* 27 (3-4), S. 572–581. DOI: 10.1111/jocn.13910.
- Kleinpell, Ruth; Kapu, April N. (2017): Quality measures for nurse practitioner practice evaluation. In: *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 29 (8), S. 446–451. DOI: 10.1002/2327-6924.12474.
- Kluxen, Martin (2014): Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen. Aktualisierung Ziel 5: Lebensqualität. Köln.
- Kobleder, Andrea; Mayer, Hanna; Gehring, Larissa (2017a): Wirksamkeit von APN-Interventionen in der gynäkologischen Onkologie : eine systematische Literaturübersicht, S. 85–101. DOI: 10.6094/KlinPflg.3.85.
- Kobleder, Andrea; Mayer, Hanna; Senn, Beate (2017b): 'Feeling someone is there for you' - experiences of women with vulvar neoplasia with care delivered by an Advanced Practice Nurse. In: *Journal of clinical nursing* 26 (3-4), S. 456–465. DOI: 10.1111/jocn.13434.
- Kochinka, Alexander (2010): Beobachtung. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 449–461.
- Kohler, Myrta (2018): Advanced Practice Nursing Entwicklungen in der Rehabilitationspflege. Online verfügbar unter https://www.sar-reha.ch/fileadmin/user_upload/Files/Dokumente/sar_forum/SAR_Forum_2018/Kohler_Myrtha_APN.pdf, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 20.09.2020.
- Koinberg, Ingalill; Engholm, G-B; Genell, A.; Holmberg, L. (2009): A health economic evaluation of follow-up after breast cancer surgery: results of an rct study. In: *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 48 (1), S. 99–104. DOI: 10.1080/02841860802314712.

- Koinberg, Inga-Lill; Holmberg, Lars; Fridlund, Bengt (2002): Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 16 (3), S. 209–215. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2002.00040.x.
- Kolbeck, Cornelia (2019): Einheitliches Curriculum für die Weiterbildung zur Breast Care Nurse in Vorbereitung. Online verfügbar unter <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/praxismanagement/artikel/einheitliches-curriculum-fuer-die-weiterbildung-zur-breast-care-nurse-in-vorbereitung/>, zuletzt aktualisiert am 23.11.2019.
- Kotter, John P. (1996): *Leading change*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Krikorian, Susan; Pories, Susan; Tataronis, Gary; Caughey, Thomas; Chervinsky, Kirsten; Lotz, Margaret et al. (2019): Adherence to oral chemotherapy: Challenges and opportunities. In: *Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners* 25 (7), S. 1590–1598. DOI: 10.1177/1078155218800384.
- Kromrey, Helmut (2001): Evaluation - ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24 (2), S. 105–131.
- Kuckartz, Udo (2014): *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3344-1.pdf>, zuletzt geprüft am 10.09.2019.
- Lamnek, Siegfried (1995): *Qualitative Sozialforschung*. 3. Aufl. München: Psychologie-Verl.-Union.
- Lauver, Diane Ruth; Settersten, Lori; Kane, Janet H.; Henriques, Jeffrey B. (2003): Tailored messages, external barriers, and women's utilization of professional breast cancer screening over time. In: *Cancer* 97 (11), S. 2724–2735. DOI: 10.1002/cncr.11397.
- Lincoln, Yvonna S.; Guba, Egon G. (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Cal.: SAGE. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0658/84026295-d.html>.
- Mackavey, Carole (2016): Advanced Practice Nurse Transitional Care Model Promotes Healing in Wound Care. In: *Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care* 17 (3), S. 140–149. DOI: 10.1891/1521-0987.17.3.140.
- Mahrer-Imhoff, Roma (2020): *Advanced Practice Nursing: Vom Konzept zur klinischen Praxis*. In: *Bundesinstitut für Berufsbildung* (26-29).
- Martin, Karen S. (2005): *The Omaha system. A key to practice, documentation, and information management*. 2. Aufl. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Mayring, Philipp (2023): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 7., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

- McDonnell, Ann; Goodwin, Emma; Kennedy, Fiona; Hawley, Kay; Gerrish, Kate; Smith, Christine (2015): An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. In: *J Adv Nurs* 71 (4), S. 789–799. DOI: 10.1111/jan.12558.
- McPherson, Christine J.; Higginson, Irene J.; Hearn, Julie (2001): Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. In: *Journal of public health medicine* 23 (3), S. 227–234. DOI: 10.1093/pubmed/23.3.227.
- Mehler-Klamt, A. C.; Naegele, M.; Lippach, K. (2022): Assessments im pflegerischen Erstgespräch – Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Onkologie. In: *Onkologie* 28 (12), S. 1111–1116. DOI: 10.1007/s00761-022-01232-6.
- Meißner, Kerstin (2019): Advanced Nursing Practice in der pädiatrischen Akutpflege. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2019/dokumente/presentationen/Meissner-Kerstin---APN-Paediatric.pdf?m=1548678916&>, zuletzt aktualisiert am 2019, zuletzt geprüft am 20.09.2020.
- Meyer, Gabriele; Balzer, Katrin; Köpke, Sascha (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis-- Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.12.001.
- Miaskowski, Christine; Shockney, Lillie; Chlebowski, Rowan T. (2008): Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. In: *Clinical journal of oncology nursing* 12 (2), S. 213–221. DOI: 10.1188/08.CJON.213-221.
- Mierzynska, Justyna; Taye, Mekdes; Pe, Madeline; Coens, Corneel; Martinelli, Francesca; Pogoda, Katarzyna et al. (2020): Reference values for the EORTC QLQ-C30 in early and metastatic breast cancer. In: *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 125, S. 69–82. DOI: 10.1016/j.ejca.2019.10.031.
- Moher, David; Hopewell, Sally; Schulz, Kenneth F.; Montori, Victor; Gøtzsche, Peter C.; Devereaux, P. J. et al. (2010): CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 340, c869. DOI: 10.1136/bmj.c869.
- Moher, David; Liberati, Alessandro; Tetzlaff, Jennifer; Altman, Douglas G. (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. In: *PLoS medicine* 6 (7), e1000097. DOI: 10.1371/Journal.pmed.1000097.
- Mühlhauser, Ingrid; Lenz, Matthias; Meyer, Gabriele (2011): Entwicklung, bewertung und synthese von komplexen interventionen - eine methodische herausforderung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105 (10), S. 751–761. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.11.001.
- Müller, Kathrin Sylvia; Strunk-Richter, Gerlinde; Denninger, Natascha-Elisabeth (2022a): Rollen und Aufgaben einer Advanced Practice Nurse (APN): Ein Rapid Review. Supplement III. In: *Pflegewissenschaft* 24 (1), S. 1–9. DOI: 10.3936/12103.
- Müller, Volkmar; Welslau, Manfred; Lüftner, Diana; Schütz, Florian; Stickeler, Elmar; Fasching, Peter A. et al. (2022b): Update Breast Cancer 2022 Part 2 - Advanced Stage Breast Cancer. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 82 (6), S. 590–600. DOI: 10.1055/a-1811-6148.
- Murdock, Bennet B. (1962): The serial position effect of free recall. In: *Journal of Experimental Psychology* 64 (5), S. 482–488. DOI: 10.1037/h0045106.

Nelson, Daniel (1993): *Manufacturing Knowledge: A History of the Hawthorne Experiments*. By Richard Gillespie. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. Pp. x, 282. \$39.50. In: *J. Eco. History* 53 (1), S. 209–210. DOI: 10.1017/S002205070001281X.

Newhouse, Robin P.; Stanik-Hutt, Julie; White, Kathleen M.; Johantgen, Meg; Bass, Eric B.; Zangaro, George et al. (2011): Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. In: *Nursing economics* 29 (5), S. 1–21.

Nolte, Sandra; Liegl, Gregor; (Keine Angabe); Petersen, Morten A.; Aaronson, N. K.; Costantini, A. et al. (2019): General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the United States. In: *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 107, S. 153–163. DOI: 10.1016/j.ejca.2018.11.024.

Olwitz, Sonja (2018): Konzept zur Advanced Practice Nurse (APN) in der onkologischen Tagesklinik mit Schwerpunkt auf der Prozessbegleitung für Patienten mit oralen Therapien: LMU Klinikum.

Onwusah, Deborah Obehi; Ojewole, Elizabeth Bolanle; Manyangadze, Tawanda; Chimbari, Moses John (2023): Barriers and Facilitators of Adherence to Oral Anticancer Medications Among Women with Breast Cancer: A Qualitative Study. In: *Patient preference and adherence* 17, S. 2821–2839. DOI: 10.2147/PPA.S416843.

Ortmann, O.; Blohmer, J-U; Sibert, N. T.; Brucker, S.; Janni, W.; Wöckel, A. et al. (2023): Current clinical practice and outcome of neoadjuvant chemotherapy for early breast cancer: analysis of individual data from 94,638 patients treated in 55 breast cancer centers. In: *Journal of cancer research and clinical oncology* 149 (3), S. 1195–1209. DOI: 10.1007/s00432-022-03938-x.

Osterberg, Lars; Blaschke, Terrence (2005): Adherence to medication. In: *The New England journal of medicine* 353 (5), S. 487–497. DOI: 10.1056/NEJMr050100.

Pelz, Sabrina (2019): APN Implementierung von Delir --, Analgesie und Sedierungsmanagement auf der Intensivstation. Online verfügbar unter https://www.fh-ooe.at/fileadmin/user_upload/fhooe/ueberuns/kongresswesen/2019/ANP2019/docs/anp2019-ps1-1.pelz-sabrina-DAS-Projekt-handout-f.pdf, zuletzt aktualisiert am 2019, zuletzt geprüft am 20.09.2020.

Petermann, Franz (2014): Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. In: *Psychologische Rundschau* 65 (3), S. 122–128. DOI: 10.1026/0033-3042/a000214.

Pfaff, Holger; Kowalski, Christoph; Alich, Markus (2011): Patientenbefragung 2010 Ergebnisse der von der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. veranlassten Befragung in zertifizierten Brustkrebszentren.

Picker Institut (2013): Picker Report 2013. Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Online verfügbar unter http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/picker_kurz.pdf, zuletzt geprüft am 05.03.2022.

Proctor, Enola; Silmere, Hiie; Raghavan, Ramesh; Hovmand, Peter; Aarons, Greg; Bunger, Alicia et al. (2011): Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. In: *Administration and policy in mental health* 38 (2), S. 65–76. DOI: 10.1007/s10488-010-0319-7.

Prüfer, Peter; Rexroth, Margrit (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. Mannheim: ZUMA (ZUMA-Arbeitsbericht, 8).

Rieder, Evelyn; Breitenstein, Urs; Cathomas, Richard; Eicher, Manuela; Rothermundt, Christian; Widmer, Christine (2012): Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie. Grundlagen zum Thema Adhärenz und Sicherheit bei der Anwendung oraler Tumormedikamente.

Riese, C.; Weiß, B.; Borges, U.; Beylich, A.; Dengler, R.; Hermes-Moll, K. et al. (2017): Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. In: *Support Care Cancer* 25 (11), S. 3475–3483. DOI: 10.1007/s00520-017-3770-0.

Riese, Christian; Beylich, A.; Borges, U.; Klein, A.; Zamora, P.; Baumann, W et al. (2016): Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie – PACOCT. Ergebnisse einer Kohortenstudie. In: *Onkologische Pflege* (1), S. 47–51. Online verfügbar unter https://www.zuckschwerdtverlag.de/uploads/tx_zsvzeitschriften2/tDownloads/5bda8885ff5b546e1cc34a2151409436/test10.4486_j.fop.2016.01.07.pdf.

Ritz, Laurie J.; Nissen, Mary J.; Swenson, Karen K.; Farrell, J. Brad; Sperduto, P. W.; Sladek, Mary L. et al. (2000): Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. In: *Oncology nursing forum* 27 (6), S. 923–932.

Robert Koch-Institut (2019): Krebs in Deutschland für 2015/2016. gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Berlin. Online verfügbar unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2019/krebs_in_deutschland_2019.pdf;jsessionid=9BF94BE40BCB1809145E7510CE173664.2_cid381?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.02.2020.

Robert Koch-Institut; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Rossi, Peter H.; Lipsey, Mark W.; Henry, Gary T. (2019): Evaluation. A systematic approach. Eighth edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singopore: SAGE.

Sabaté, Eduardo (Hg.) (2003): Adheremce to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization.

Sangster-Gormley, Esther; Martin-Misener, Ruth; Downe-Wamboldt, Barbara; Dicenso, Alba (2011): Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. In: *Journal of advanced nursing* 67 (6), S. 1178–1190. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x.

Santomassino, Michelle; Costantini, Gwendolyn D.; McDermott, Michele; Primiano, Denise; Slyer, Jason T.; Singleton, Joanne K. (2012): A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. In: *JB I library of systematic reviews* 10 (21), S. 1214–1259. DOI: 10.11124/01938924-201210210-00001.

Schaeffer, Doris; Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ulrich; Kolpatzik, kai (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz - Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin.

Schieron, Martin; Segmüller, Tanja (2020): Patientenedukation als Aufgabe der Gesundheitsfachberufe. In: Ingrid Darmann-Finck und Karl-Heinz Sahmel (Hg.): Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), S. 1–18.

Schlichtig, Katja; Dürr, Pauline; Dörje, Frank; Fromm, Martin F. (2019): New Oral Anti-Cancer Drugs and Medication Safety. In: *Deutsches Arzteblatt international* 116 (46), S. 775–782. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0775.

Schmidt, Martina; Steindorf, Karen (2021): Lebensqualität nach Brustkrebs: Erfassung, Relevanz und effektive Interventionen. In: *TumorDiagnostik & Therapie* 42 (01), S. 62–67. DOI: 10.1055/a-1334-2889.

Schober, Madrean; Affara, Fadwa (2006): *Advanced nursing practice*. Oxford: Blackwell.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020): *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. 2. Aufl.: Zenodo.

Skivington, Kathryn; Matthews, Lynsay; Simpson, Sharon Anne; Craig, Peter; Baird, Janis; Blazeby, Jane M. et al. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In: *BMJ* 374, n2061. DOI: 10.1136/bmj.n2061.

Skrabal Ross, Xiomara; Gunn, Kate M.; Suppiah, Vijayaprakash; Patterson, Pandora; Olver, Ian (2020): A review of factors influencing non-adherence to oral antineoplastic drugs. In: *Support Care Cancer* 28 (9), S. 4043–4050. DOI: 10.1007/s00520-020-05469-y.

Smith, Alexandria A.; Kepka, Deanna; Yabroff, K. Robin (2014): Advanced practice registered nurses, physician assistants and cancer prevention and screening: a systematic review. In: *BMC health services research* 14, S. 68. DOI: 10.1186/1472-6963-14-68.

Spears, Julie; Craft, Melissa; White, Sara (2017): Outcomes of Cancer Survivorship Care Provided by Advanced Practice RNs Compared to Other Models of Care: A Systematic Review. In: *Oncology nursing forum* 44 (1), E34-E41. DOI: 10.1188/17.ONF.E34-E41.

Spirig, Rebecca; Geest, Sabina de (2004): "Advanced Nursing Practice" lohnt sich! In: *Pflege* 17 (4), S. 233–236. DOI: 10.1024/1012-5302.17.4.233.

Spoelstra, Sandra L.; Sikorskii, Alla; Majumder, Atreyee; Burhenn, Peggy S.; Schueller, Monica; Given, Barbara (2017): Oral Anticancer Agents: An Intervention to Promote Medication Adherence and Symptom Management. In: *Clinical journal of oncology nursing* 21 (2), S. 157–160. DOI: 10.1188/17.CJON.157-160.

Stein, Isabelle; Schoenfelder, Tonio; Kugler, Joachim (2017): Patientenzufriedenheit nach ambulanter Kataraktoperation : Unterschiede zwischen ambulant in einer Praxis und ambulant im Krankenhaus operierten Patienten. In: *Der Ophthalmologe : Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft* 114 (9), S. 812–817. DOI: 10.1007/s00347-016-0422-6.

Steinke, Ines (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und I. Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch, S. 319–331.

Stephanow, Valeska (2019): Implementierung von Pflegeexpert/innen APN in deutschen Krankenhäusern: Chancen & Herausforderungen. Bedarfsanalyse aus der Perspektive von Pflegedirektor/innen. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 6 (3), 214-226. Online verfügbar unter <https://magazin.hs-gesundheit.de/wp-content/uploads/2020/01/Artikel.pdf>, zuletzt geprüft am 02.09.2020.

Stockmann, Reinhard (2004): *Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren*. Saarbrücken: Centrum für Evaluation.

Stockmann, Reinhard; Meyer, Wolfgang (2010): Evaluation. Eine Einführung. Opladen, Stuttgart: Barbara Budrich; UTB GmbH (UTB, 8337).

Sussman, Jonathan; Bainbridge, Darxl; Whelan, Timothy J.; Brazil, Kevin; Parpia, Sameer; Wiernikowski, Jennifer et al. (2017): Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: a cluster randomized trial. In: *Supportive care in cancer*, S. 1–9. DOI: 10.1007/s00520-017-3981-4.

Swan, Melanie; Ferguson, Sacha; Chang, Alice; Larson, Elaine; Smaldone, Arlene (2015): Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 27 (5), S. 396–404. DOI: 10.1093/intqhc/mzv054.

Tannen, Antje; Feuchtinger, Johanna; Strohbücker, Barbara; Kocks, Andreas (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120, S. 39–46. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.11.002.

Tokdemir, Gamze; Kav, Sultan (2017): The Effect of Structured Education to Patients Receiving Oral Agents for Cancer Treatment on Medication Adherence and Self-efficacy. In: *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 4 (4), S. 290–298. DOI: 10.4103/apjon.apjon_35_17.

Travi, Christiane; Kollmar, Sonja; Koenig, Alexander; Henze, Franziska; Hester, Anna; Heidegger-Steger, Helene et al. (2021): Orale Tumorthherapie beim Mammakarzinom. In: *Pflege* 74 (6), S. 50–53. DOI: 10.1007/s41906-021-1043-5.

Travi, Christiane; Olwitz, Sonja; König, Alexander; Harbeck, Nadia; Heidegger-Steger, Helene; Henze, Franziska et al. (2019): Orale Tumorthherapie – eine Herausforderung bei der Therapie des Mammakarzinoms. In: *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie* 16 (2). DOI: 10.1055/s-0039-1688062.

van Hezewijk, Marjan; Ranke, G. M. C.; van Nes, J. G. H.; Stiggelbout, A. M.; Bock, G. H. de; van de Velde, C. J. H. (2011): Patients' needs and preferences in routine follow-up for early breast cancer; an evaluation of the changing role of the nurse practitioner. In: *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology* 37 (9), S. 765–773. DOI: 10.1016/j.ejso.2011.06.007.

VERBI: MAXQDA. Software für qualitative Datenanalyse. Berlin.

Villarreal-Garza, Cynthia; Ferrigno, Ana S.; La Garza-Ramos, Cynthia de; Vazquez-Juarez, Daniela; Moreno-Jaime, Brizio; Remolina-Bonilla, Yuly et al. (2023): Effect of receiving a customizable brochure on breast cancer patients' knowledge about their diagnosis and treatment: A randomized clinical trial. In: *Cancer medicine* 12 (14), S. 15612–15627. DOI: 10.1002/cam4.6215.

Wagner, Petra; Caspari, Alexandra (2015): Evaluation von Schulsozialarbeit: Ein mehrdimensionaler Forschungszugang. In: *Zeitschrift für Evaluation* 14 (1), 7. Online verfügbar unter https://content-select.com/index.php?id=bib_view&doi=10.xxxx%2FZFE1501007.

Wahl, Hans-Werner; Hoben, Matthias; Bär, Marion (2016): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch. s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

Wecht, Daniel (2014): Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte: o.J. Online verfügbar unter <https://www.kok-krebsgesellschaft.de/service/handlungsempfehlungen/zytostatika/>.

Welslau, Manfred (2017): Der Onko-Coach – ein Wegbereiter für die individualisierte Medizin in der Onkologie - hematooncology.com - Kongressberichte Hämatologie und Onkologie. Online verfügbar unter <https://www.hematooncology.com/aus-der-praxis/der-onko-coach-ein-wegbereiter-fur-die-individualisierte-medizin-in-der-onkologie/>, zuletzt aktualisiert am 04.03.2022, zuletzt geprüft am 04.03.2022.

Wienke, Albrecht; Janke, K. (2007): Zum Gutachten des Sachverständigenrats zur Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 2007: Die Kernaussagen zur Zusammenarbeit von ... Online verfügbar unter <https://cyberleninka.org/article/n/1004266.pdf>.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftsrat.

Ziegler, Andreas; König, Inke R. (2011): Leitlinien für Forschungsberichte: eine Anwendung des CONSORT 2010 Statements. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 136 (8), e2-8. DOI: 10.1055/s-0031-1272977.

Anhang 1



FB Version: 0.4 Infokürzelung: 2016 Stand: 2016

Qualität der Kundenbetreuung	stimme nicht zu	stimme zu	nicht beurteilbar
Was ist Ihre Meinung zur Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik?			
In dieser Onkologischen Tagesklinik wird der Patient als Mensch und nicht als Nummer behandelt.			
In dieser Onkologischen Tagesklinik betrachten die Ärzte den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner			
In dieser Onkologischen Tagesklinik betrachten die Pflegenden die Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.			
Empfehlung			
Ich würde diese Onkologische Tagesklinik meinem/r besten Freund/in empfehlen			
Diese Onkologische Tagesklinik genießt einen sehr guten Ruf			
In dieser Onkologischen Tagesklinik ist man als Patient gut aufgehoben.			
Tipps und Ratschläge zum Umgang mit der Krankheit			
	Nein	Ja	keine Angabe
Tipps und Ratschläge zum Umgang mit der Krankheit bekomme ich während meiner Therapie ...			
... von den Ärzten der Onkologischen Tagesklinik			
... von den Pflegekräften der Onkologischen Tagesklinik			
... von meinem niedergelassenen Frauenarzt			
... von meiner Familie / meinem Partner			
... von meinen Freunden und von anderen Personen			
... von niemandem			
Zufriedenheit			
	(Eher) unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	(eher) zufrieden Keine Angaben
Wie zufrieden sind Sie...			
... mit den nichtmedizinischen Leistungen (Sauberkeit, Zimmer) der Onkologischen Tagesklinik?			
... mit der Organisation in der Onkologischen Tagesklinik?			
... mit den Ärzten/Ärztinnen der Onkologischen Tagesklinik?			
... mit den Pflegekräften der Onkologischen Tagesklinik?			
... mit dem Nebenwirkungsmanagement?			
... mit zusätzlichen Angeboten, wie Komplementärmedizin, Kochkurse			
... mit der Information in der Onkologische Tagesklinik?			
... mit der psychosozialen Betreuung (z. B. Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation)?			
... mit der psychoonkologischen Betreuung (z.B. durch Gespräche)			
... mit Ihrer Einbeziehung in die Behandlung?			
... mit der Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes?			
... mit der Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung?			

Anhang 1: Fragebogen zur Zufriedenheit der Patientinnen in der Onkologischen Tagesklinik

Anhang 2

ENGLISH



EORTC QLQ-C30 (version 3)

We are interested in some things about you and your health. Please answer all of the questions yourself by circling the number that best applies to you. There are no "right" or "wrong" answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

Please fill in your initials:

Your birthdate (Day, Month, Year):

Today's date (Day, Month, Year):

31

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
1. Do you have any trouble doing strenuous activities, like carrying a heavy shopping bag or a suitcase?	1	2	3	4
2. Do you have any trouble taking a <u>long</u> walk?	1	2	3	4
3. Do you have any trouble taking a <u>short</u> walk outside of the house?	1	2	3	4
4. Do you need to stay in bed or a chair during the day?	1	2	3	4
5. Do you need help with eating, dressing, washing yourself or using the toilet?	1	2	3	4

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
6. Were you limited in doing either your work or other daily activities?	1	2	3	4
7. Were you limited in pursuing your hobbies or other leisure time activities?	1	2	3	4
8. Were you short of breath?	1	2	3	4
9. Have you had pain?	1	2	3	4
10. Did you need to rest?	1	2	3	4
11. Have you had trouble sleeping?	1	2	3	4
12. Have you felt weak?	1	2	3	4
13. Have you lacked appetite?	1	2	3	4
14. Have you felt nauseated?	1	2	3	4
15. Have you vomited?	1	2	3	4
16. Have you been constipated?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
17. Have you had diarrhea?	1	2	3	4
18. Were you tired?	1	2	3	4
19. Did pain interfere with your daily activities?	1	2	3	4
20. Have you had difficulty in concentrating on things, like reading a newspaper or watching television?	1	2	3	4
21. Did you feel tense?	1	2	3	4
22. Did you worry?	1	2	3	4
23. Did you feel irritable?	1	2	3	4
24. Did you feel depressed?	1	2	3	4
25. Have you had difficulty remembering things?	1	2	3	4
26. Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>family</u> life?	1	2	3	4
27. Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>social</u> activities?	1	2	3	4
28. Has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?	1	2	3	4

For the following questions please circle the number between 1 and 7 that best applies to you

29. How would you rate your overall health during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor Excellent

30. How would you rate your overall quality of life during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor Excellent

Anhang 3

ENGLISH



EORTC QLQ – INFO25

We are interested in the information you have received about aspects of your disease and its treatment, in order to improve your health care. Please answer ALL the questions yourself by *circling* the number that best applies to you. There are no right or wrong answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

During your current disease or treatment, how much information have you received on:	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
31. The diagnosis of your disease?	1	2	3	4
32. The extent (spread) of your disease?	1	2	3	4
33. The possible causes of your disease?	1	2	3	4
34. Whether the disease is under control?	1	2	3	4
35. The purpose of any medical tests you have had or may undergo?	1	2	3	4
36. The procedures of the medical tests?	1	2	3	4
37. The results of the medical tests you have already received?	1	2	3	4
38. The medical treatment (chemotherapy, radiotherapy, surgery or other treatment modality)?	1	2	3	4
39. The expected benefit of the treatment?	1	2	3	4
40. The possible side-effects of your treatment?	1	2	3	4
41. The expected effects of the treatment on disease symptoms?	1	2	3	4
42. The effects of the treatment on social and family life?	1	2	3	4
43. The effects of the treatment on sexual activity?	1	2	3	4
44. Additional help outside the hospital (e.g. help with daily activities, self help groups, district nurses)?	1	2	3	4
45. Rehabilitation services (e. g. physiotherapy, occupational therapy)?	1	2	3	4

Please go to the next page

		ENGLISH			
During your current disease or treatment,		Not at all	A little	Quite a bit	Very much
how much information have you received on:					
46.	Aspects of managing your illness at home?	1	2	3	4
47.	Possible professional psychological support?	1	2	3	4
48.	Different places of care (hospitals/outpatient services/home)?	1	2	3	4
49.	Things that you can do to help yourself get well (e.g. rest, contact with others)?	1	2	3	4
50.	Have you received written information?		Yes		No
51.	Have you received information on CD or tape / video?		Yes		No
		Not at all	A little	Quite a bit	Very much
52.	Were you satisfied with the amount of information you received?	1	2	3	4
53. a)	Do you wish to receive <u>more</u> information?		Yes		No
b)	If yes, please specify on which topics?	<hr/>			
54. a)	Do you wish that you had received <u>less</u> information?		Yes		No
b)	If yes, please specify on which topics?	<hr/>			
		Not at all	A little	Quite a bit	Very much
55.	Overall has the information you have received been helpful?	1	2	3	4

Anhang 4



FB

Version: 0.4

Inkraftsetzung: 07.07.2016

Stand: 07.07.2016

Information und Einwilligungserklärung für Mitarbeiter zur Teilnahme an der Studie:
„Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München“

Prüfleiterin:

Kristina Lippach
Klinikum der Universität München, Pflegedirektion
Maistraße 11
80337 München
Tel. 089/4400-58097
Email: kristina.lippach@med.uni-muenchen.de

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,
sehr geehrter Studienteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich für die Teilnahme an der oben genannten Studie interessieren. Sie wurden bereits durch Frau Lippach über das Projekt informiert. In diesem Schreiben möchten wir Ihnen nochmals kurz die Ziele und Inhalte des Projekts erläutern.

Das Brustzentrum in Kooperation mit der Pflegedirektion möchte ein Konzept für den Einsatz von speziell ausgebildeten Pflegepersonen im Brustzentrum entwickeln und umsetzen.

Die Pflegepersonen sollen nach entsprechender Qualifikation Aufgaben wahrnehmen, die einer gezielteren Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs zu Gute kommen.

Für die Erarbeitung der Konzeptinhalte ist es den Projektmitgliedern wichtig, Ihre Erfahrungen als Mitarbeiterin des Brustzentrums zu erfragen, um diese in dem Konzept für eine erweiterte Pflegepraxis berücksichtigen zu können. Ziel ist es, die Konzeptinhalte fundiert, umfassend und angemessen zu gestalten sowie möglichst nah an den Bedürfnissen von Patientinnen mit Brustkrebs auszurichten.

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München

Die Interviews, die Frau Lippach mit Ihnen führt, werden tontechnisch aufgezeichnet und anonym ausgewertet.

Befragungen werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt; vor Erstellung eines solchen Konzeptes, bei Erprobung dieses Konzeptes und nach Konzepterprobung in der praktischen Umsetzung.

Bei der Befragung während und nach der Umsetzung ist für das Projektteam besonders wichtig zu ermitteln, wie sich die praktische Umsetzung dieses Konzeptes gestaltet und welche Wirkungen die pflegerischen Tätigkeiten in Bezug auf die Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs haben.

Die Aussagen der Befragten werden ausgewertet und hieraus wesentliche Themen für das Konzept, beziehungsweise für dessen Anpassung ermittelt.

Was ist mit Ihrer Teilnahme am Projekt verbunden?

Frau Lippach wird Ihnen zu Beginn des Projekts mündlich und schriftlich über die Inhalte und Ziele dieser Studie informieren und etwaige Fragen Ihrerseits klären. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Projekt widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Dieser Widerruf kann auch mündlich erfolgen und bedarf ausdrücklich nicht der Schriftform.

Nach Ihrer Zustimmung werden Sie zu Ihren Erfahrungen, Einschätzungen und Wünschen bezüglich der Betreuung im Rahmen der Therapie im Brustzentrum befragt.

Wie wird Ihre Anonymität geschützt?

Sämtliche Angaben, die wir durch Sie erhalten, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Ihre persönlichen Daten werden bereits zur Befragung unwiderruflich anonymisiert. Somit erfolgt die Eingabe und Verwertung der erhobenen Daten vollständig anonym. Damit ist keine Rückführbarkeit auf Ihre Person mehr möglich. Sämtliche Aufzeichnungen zur Befragung werden im Sinne des Datenschutzes sicher verwahrt und nach Beendigung der Studie vernichtet. Der Zugang zu den Originaldokumenten ist auf Frau Lippach beschränkt. Die Unterlagen werden in der Stabsstelle Pflegewissenschaft nach den

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München

datenschutzrechtlichen Anforderungen bis zum Abschluss der Studie, maximal jedoch 2 Jahre, aufbewahrt und danach unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte vernichtet.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Die Inhalte der Befragung werden wissenschaftlich ausgewertet und dienen als Grundlage zur Erstellung und zur Weiterentwicklung eines Konzepts zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis am Brustzentrum. Des Weiteren sollen die Studie bzw. deren Ergebnisse für eine Dissertation verwendet werden und in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Tagungen veröffentlicht werden. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet. Für Rückfragen können Sie sich jederzeit an Frau Lippach wenden.

Kontaktdaten Prüfleiterin:

Kristina Lippach
Klinikum der Universität München, Pflegedirektion
Maistraße 11
80337 München
Tel. 089/4400-58097
Email: kristina.lippach@med.uni-muenchen.de

Freundliche Grüße
Kristina Lippach

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie:
„Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München“**

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ich wurde ausführlich über den Zweck und die Vorgehensweise informiert. Des Weiteren hatte ich ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zur Teilnahme ohne Nennung von Gründen jederzeit widerrufen kann und mir daraus keine Nachteile entstehen dürfen. Der Widerruf kann mündlich erfolgen und bedarf ausdrücklich nicht der schriftlichen Form.

Der vertrauliche und anonyme Umgang mit den erhobenen Daten wurde mir zugesichert. Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten nach Maßgabe des Informationsschreibens einverstanden. Ebenso stimme ich einer anonymen Speicherung, Auswertung und Veröffentlichung der Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Ort, Datum

Unterschrift der Prüfleiterin

Mitarbeiterinformationen und Einwilligungserklärung.docx **Seite 4 von 4**

Anhang 4: Information und Einwilligung Mitarbeitende

Anhang 5



FB

Version: 0.4

Inkraftsetzung: 07.07.2016

Stand: 07.07.2016

Information und Einwilligungserklärung für Patientinnen zur Teilnahme an der Studie:

„Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München“

Sehr geehrte Patientin,

Sie werden in der Onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik am Klinikum der Universität München behandelt.

Heute wenden wir uns mit einer Bitte an Sie: Wir führen zurzeit eine Befragung von Patientinnen durch, die wegen einer Tumorerkrankung in der Tagesklinik behandelt werden. Wir möchten auch Sie sehr herzlich einladen, an der Befragung teilzunehmen!

Mit der Befragung möchten wir uns ein genaues Bild über die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Informiertheit und die Zufriedenheit unserer Patientinnen machen. Die Teilnahme an dieser Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile bzw. hat es keine Auswirkung auf Ihre Behandlung. Die Studie wird in den Frauenkliniken der Ludwig-Maximilians-Universität durchgeführt. Die Informationen, die wir von Ihnen bekommen, werden nur dann in die Auswertung einbezogen, wenn Sie sich durch Ihre Unterschrift auf der Einverständniserklärung schriftlich zur Teilnahme bereit erklären.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die beiliegenden Fragebögen möglichst vollständig ausfüllen, selbstverständlich können Sie sich helfen lassen und müssen auch nicht alles auf einmal ausfüllen. Bitte geben Sie die Fragebögen und die Einverständniserklärung an die Pflegepersonen zurück.

Um ein aussagekräftiges Ergebnis zu bekommen, ist es nötig, dass möglichst viele der eingeladenen Frauen an der Befragung teilnehmen. Wir danken Ihnen sehr, wenn Sie unsere Arbeit mit der Beantwortung der Fragen und der Rücksendung unterstützen!

Mit den besten Grüßen
Prof. Dr. Nadia Harbeck

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am
Brustzentrum des Klinikums der Universität München

Was ist mit Ihrer Teilnahme am Projekt verbunden?

In diesem Schreiben werden Sie über die Inhalte und Ziele dieser Studie informiert. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Projekt widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Dieser Widerruf kann auch mündlich erfolgen und bedarf ausdrücklich nicht der Schriftform.

Nach Ihrer Zustimmung werden Sie einmalig zu Ihren Erfahrungen, Einschätzungen und Wünschen bezüglich der Betreuung im Rahmen der Therapie im Brustzentrum befragt. Eine zweite Befragung ist nach einem Zeitraum von etwa 6 Monaten geplant.

Wie wird Ihre Anonymität geschützt?

Sämtliche Angaben, die wir durch Sie erhalten, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Ihre persönlichen Daten werden bereits zur Befragung pseudonymisiert.

Ihr Fragebogen bekommt eine Identifikationsnummer, die keinen Bezug zu Ihrem Namen oder einer anderen Nummer hat, die im Krankenhaus verwendet wird. Die Verbindung zwischen dieser Nummer und Ihrem Namen kann nur von der Projektleiterin Frau Lippach eingesehen werden. Nach Beendigung der zweiten Datenerhebungen nach etwa 6 Monaten wird diese Tabelle unwiderruflich gelöscht.

Somit erfolgt die Eingabe und Verwertung der erhobenen Daten vollständig anonym. Sämtliche Aufzeichnungen zur Befragung werden im Sinne des Datenschutzes sicher verwahrt und nach Beendigung der Studie vernichtet. Der Zugang zu den Originaldokumenten ist auf Frau Lippach beschränkt. Die Unterlagen werden in der Stabsstelle Pflegewissenschaft nach den datenschutzrechtlichen Anforderungen bis zum Abschluss der Studie, maximal jedoch 2 Jahre, aufbewahrt und danach unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte vernichtet.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Die Inhalte der Befragung werden wissenschaftlich ausgewertet und dienen als Grundlage zur Erstellung und zur Weiterentwicklung eines Konzepts zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis am Brustzentrum. Des Weiteren sollen die Studie bzw. deren Ergebnisse für eine Dissertation verwendet werden und in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Tagungen veröffentlicht werden. Im Falle

Seite 2 von 4

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am
Brustzentrum des Klinikums der Universität München

von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet. Für Rückfragen können Sie sich jederzeit an Frau Lippach wenden.

Kontaktdaten Prüfleiterin:

Kristina Lippach
Klinikum der Universität München, Pflegedirektion
Maistraße 11
80337 München
Tel. 089/4400-58097
Email: kristina.lippach@med.uni-muenchen.de

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie:
„Entwicklung und Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der ambulanten onkologischen Therapie am Brustzentrum des Klinikums der Universität München“**

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ich wurde ausführlich über den Zweck und die Vorgehensweise informiert. Des Weiteren hatte ich ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zur Teilnahme ohne Nennung von Gründen jederzeit widerrufen kann und mir daraus keine Nachteile entstehen dürfen. Der Widerruf kann mündlich erfolgen und bedarf ausdrücklich nicht der schriftlichen Form.

Der vertrauliche und anonyme Umgang mit den erhobenen Daten wurde mir zugesichert. Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden. Ebenso stimme ich einer anonymen Speicherung, Auswertung und Veröffentlichung der Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Ort, Datum

Unterschrift der Prüfleiterin

Kristina Lippach
Klinikum der Universität München, Pflegedirektion
Maistraße 11
80337 München
Tel. 089/4400-58097
Email: kristina.lippach@med.uni-muenchen.de

Seite 4 von 4

Anhang 6

Codebuch

Kategorie	Definition
Erhebungszeitpunkt: Ausgangslage	
Aufgabenfelder der Breast Care Nurse (BCN)	Informationen, die Aufgaben der BCN enthalten
Aufgabenfelder der Pflegepersonen im stationären Setting	Informationen, die Aufgaben der Pflegefachpersonen im stationären Setting enthalten
Aufgabenfelder der Pflegefachpersonen in der Onkologischen Tagesklinik	Informationen, die Aufgaben der Pflegefachpersonen enthalten, die in der Onkologischen Tagesklinik tätig sind
Informationsfluss	Informationen, die darüber Auskunft geben, wie patientenbezogene Informationen im therapeutischen Team geteilt werden
Herausforderungen in der Ablaufgestaltung	Informationen, welche die Schwierigkeiten in den patientenbezogenen Versorgungsprozessen beschreiben
Offene Bedarfe und Verbesserungspotenzial	Informationen, welche die Lücken und noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfe aufzeigen und Möglichkeiten der Optimierung nennen
Erwartungen an eine APN	Informationen, die Erwartungen an die APN und ihre Rolle beschreiben
Erhebungszeitpunkt: Implementierungsphase	
Rolle des Projektteams	Informationen, welche die Rolle des Projektteams beschreiben
Rolle der Kolleginnen und Kollegen in der Tagesklinik	Informationen, welche die Rolle der ärztlichen und pflegerischen Kolleg*innen beschreiben, die im Projektzeitraum in der Onkologischen Tagesklinik tätig waren
Rolle APN – Stand der Umsetzung	Informationen, welche die Rolle der APN während der Phase der Implementierung beschreiben
Rolle des Pflegemanagements	Informationen, welche die Rolle des Pflegemanagements (Pflegedirektion und Pflegebereichsleitung) während der Phase der Implementierung beschreiben

Erwartungen und Zielvorstellungen der Stakeholder	Informationen, welche die Erwartungen, Bedarfe und Wünsche der Stakeholder während der Phase der Implementierung beschreiben
---	--

Erhebungszeitpunkt Wirkungsphase: Perspektive der Mitarbeitenden

Aussagen der Pflegenden	Informationen, welche das Projekt und die APN-Rolle aus Sicht der Pflegenden nach dem Ende des Implementierungsprojektes beschreiben
-------------------------	--

Aussagen der Ärzt*innen	Informationen, welche das Projekt und die APN-Rolle aus Sicht der ärztlichen Mitarbeitenden nach dem Ende des Implementierungsprojektes beschreiben
-------------------------	---

Aussagen der APN	Informationen, welche das Projekt und die APN-Rolle aus Sicht der APN selbst nach dem Ende des Implementierungsprojektes beschreiben
------------------	--

Nutzen der APN-Rolle aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesklinik	Informationen zum Nutzen der APN-Rolle nach Implementierung aus Sicht der Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik
---	--

Optimierungspotenzial aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesklinik	Informationen zu Verbesserungsmöglichkeiten der APN-Rolle und ihrer Tätigkeiten sowie von Prozessen nach Implementierung aus Sicht der Mitarbeitenden der Onkologischen Tagesklinik
--	---

Erhebungszeitpunkt Wirkungsphase: Perspektive der Patient*innen

Prozess der aus Sicht der Patient*innen	Informationen, die retrospektiv den Implementierungsprozess der neuen APN-Rolle aus Sicht der Patient*innen beschreiben
---	---

Aufgaben, Rolle, Arbeitsweise der APN aus Sicht der Patient*innen	Informationen darüber, wie Patient*innen die APN in ihrer Rolle und ihren Aufgaben wahrnehmen
---	---

Zusammenarbeit in der Tagesklinik aus Sicht der Patient*innen	Informationen darüber, wie Patient*innen die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Setting der Onkologischen Tagesklinik wahrnehmen
---	---

Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess und der APN-Sprechstunde	Informationen zur Zufriedenheit der Patient*innen mit den Versorgungsprozessen, die durch die APN durchgeführt, gesteuert oder beeinflusst werden
---	---

Optimierungsmöglichkeiten	Informationen zu Optimierungsmöglichkeiten in der Onkologischen Tagesklinik aus Sicht der Patient*innen
---------------------------	---

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Nadia Harbeck und Frau PD Dr. med. Rachel Würstlein für die Überlassung des Themas und die motivierende Betreuung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Außerdem möchte ich Frau Prof. Dr. Inge Eberl meinen Dank aussprechen, die mich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit im Institut für Pflegewissenschaft und bei der Aufbereitung und Verschriftlichung der Daten mit Ideen und Feedback begleitet hat.

Meiner Familie danke ich für ihre Geduld und Ermutigung während der Arbeit an dieser Dissertation.



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Dekanat Medizinische Fakultät
Promotionsbüro



Eidesstattliche Versicherung

Lippach, Kristina

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

**Evaluation einer Advanced Practice Nurse (APN)-geleiteten Sprechstunde
in der ambulanten onkologischen Therapie
am Brustzentrum des LMU Klinikums München
Studie eines Implementierungsprozesses**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 28.02.2025

Ort, Datum

Kristina Lippach

Unterschrift Doktorandin/Doktorand



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Dekanat Medizinische Fakultät
Promotionsbüro



Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen Ausgabe der Dissertation mit der elektronischen Fassung

Lippach, Kristina

Name, Vorname

Hiermit erkläre ich, dass die elektronische Version der eingereichten Dissertation mit dem Titel:

**Evaluation einer Advanced Practice Nurse (APN)-geleiteten Sprechstunde
in der ambulanten onkologischen Therapie
am Brustzentrum des LMU Klinikums München
Studie eines Implementierungsprozesses**

in Inhalt und Formatierung mit den gedruckten und gebundenen Exemplaren übereinstimmt.

München, 28.02.2025

Ort, Datum

Kristina Lippach

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

Publikationsliste

Pöllabauer, M.; Lippach, K.; Eberl, I. (2023). Pflegedokumentation mit epa-PSYC im psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereich. PPH 29 (03), 115–121. <https://doi.org/10.1055/a-2038-9704>.

Mehler-Klamt, A. C.; Naegele, M.; Lippach, K. (2022). Assessments im pflegerischen Erstgespräch – Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Onkologie. Die Onkologie, 28 (12), 1111–1116. doi: 10.1007/s00761-022-01232-6

Fleisch, M.; Bader, W.; Balzer, K.; Bennefeld, L.; Boeing, C.; Bremerich, D. et al. (2020). Empfehlungen zur Verhinderung lagerungsbedingter Schäden in der operativen Gynäkologie. Eine Leitlinie der DGGG (S2k-Level, AWMF Register Nummer 015/077, Oktober 2020).

Lippach, K.; Pöllabauer, M.; Olwitz, S.; Ohneberg, C.; Eberl, I. (2020). Evaluation einer APN-geleiteten Sprechstunde in der Versorgung von Tumorpatientinnen mit oraler medikamentöser Therapie. Kongressbeitrag. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. doi: 10.3205/19dkvf035

Travi, C.; Olwitz, S.; König, A.; Harbeck, N.; Heidegger-Steger, H.; Henze, F. et al. (2019). Orale Tumorthherapie – eine Herausforderung bei der Therapie des Mammakarzinoms. Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und-therapie, 16 (2), e41-e42. doi: 10.1055/s-0039-1688062

Travi, C.; Olwitz, S.; König, A.; Henze, F.; Hester, A.; Heidegger-Steger, H. et al. (2019). Implementierung oraler Tumorthherapie beim Mammakarzinom – eine Bestandsaufnahme. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 79 (8), 874. doi: 10.1055/s-0039-1693860

Lippach, K.; Kelber, S.; Gutekunst, S. (2018). Onkologische Pflegevisite und Fallbesprechung - praktische Umsetzung. Onkologische Pflege, (4), 48–54. doi: 10.4486/j.fop.2018.04.07

Siegert, T.; Lippach, K.; Eberl, I. (2018). Evaluation der Pilotphase zur Einführung der IT-gestützten Pflegedokumentation am Klinikum der Universität München. Pflegewissenschaft, 20 (1), 61–65.

Lippach, K.; Siegert, T.; Eberl, I. Implementierung einer Advanced Practice Nurse (APN)-geleiteten Prozessbegleitung für Patienten mit ambulanter onkologischer Therapie am Brustzentrum des Klinikum der Universität München (KUM). Kongressbeitrag. Forschungswelten 2018: 9. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitsforschung, 19. & 20. April 2018, St. Gallen, Schweiz. In: Forschungswelten 2018.

Lippach, K.; Thinius, J.; Kadic, E.; Olwitz, S.; Eberl, I. (2017). Entwicklung eines präoperativen pflegerischen Beratungskonzeptes für Patienten mit revaskularisiertem Gewebettransfer im Kopf-Hals-Bereich. Kongressbeitrag. 88th Annual Meeting of the German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery. doi: 10.3205/17hno489

Siegert, T.; Lippach, K.; Eberl, I. (2017). Evaluation der Pilotphase zur Einführung der IT-gestützten Pflegedokumentation am Klinikum der Universität München. Pflegewissenschaft, 20 (61-65).

Lippach, K.; Kadic, E.; Schmalholz, K. (2015). Interdisziplinäre Kompetenzentwicklung im Umgang mit tracheotomierten Patienten für Pflegende und Therapeuten. Kongressbeitrag. 86th Annual Meeting of the German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery. German Medical Science GMS Publishing House. doi: 10.3205/15hnod034