

Z Allg Med 2025 · 101:257–263
<https://doi.org/10.1007/s44266-025-00368-z>
Angenommen: 24. Januar 2025
Online publiziert: 23. April 2025
© The Author(s) 2025



Erwartungen von Hausärzten im ländlichen Raum an Advanced Practice Nurses

„Dass ich einen weiteren Ansprechpartner habe, der sich um unsere Patienten mit kümmert, der mich entlastet, [...] weil ich das Gefühl habe, die sind besser versorgt, als ich das allein kann“

Britta Büchler¹ · Laura Pfrommer² · Emilio Gianicolo^{1,3} · Susanne Singer¹ · Renate Stemmer⁴

¹ Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsklinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ² Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik (IMEBI), Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsmedizin, Halle (Saale), Deutschland; ³ Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), Lecce, Italien; ⁴ Fachbereich Gesundheit und Pflege, Katholische Hochschule Mainz, Mainz, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Der demografische Wandel führt zu einer steigenden Zahl älterer multimorbider Patienten insbesondere in ländlichen Regionen, wo gleichzeitig die Zahl der Hausärzte abnimmt. Die Betreuung dieser Patienten erfordert mehr Zeit und besondere Kompetenzen, die über die Behandlung akuter Erkrankungen hinausgehen.

Ziel der Arbeit: Diese Arbeit untersucht, welche Probleme Hausärzte im ländlichen Raum bei der Betreuung multimorbider Patienten erleben und wie sie den Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) bewerten.

Methoden: Im Rahmen der Mixed-methods-Studie „FAMOUS“ wurden vor Einsatz der APN qualitative Experteninterviews mit 6 Hausärzten aus ländlichen Praxen geführt, die im Rahmen des Projekts eine APN beschäftigten. Die Interviews wurden teilstandardisiert geführt und mittels inhaltsanalytischer Verfahren ausgewertet.

Ergebnisse: Die Hausärzte beschrieben ihren Alltag als geprägt von Zeitmangel und hohen Anforderungen durch nichtmedizinische Aufgaben wie die soziale Betreuung der Patienten. Sie sehen in APN, die Versorgungslücken schließen, Patienten intensiver betreuen und den Ärzten durch kollegiales Feedback und die Übernahme von Routineaufgaben eine Entlastung bieten können, eine wertvolle Unterstützung.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass Hausärzte die Integration von APN als Chance sehen, ihre Arbeitsbelastung zu reduzieren und gleichzeitig die Versorgung ihrer Patienten zu verbessern. Die APN könnten langfristig dazu beitragen, das Berufsfeld der Hausärzte attraktiver zu machen und die Versorgung im ländlichen Raum zu stabilisieren.

Schlüsselwörter

Clinical Nurse Specialist · Hausarztmangel · Multimorbide Patienten · Ländliche Versorgung · Qualitative Forschung

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s44266-025-00368-z>) enthalten.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Einleitung

Mit dem demografischen Wandel und dem Steigen der Lebenserwartung kommt es zu einer wachsenden Zahl älterer Patienten und Patientinnen, die im Lauf ihres Lebens mehrere, oft chronische, Erkrankungen haben [8, 9]. Somit kommt es ebenfalls zu einer Zunahme von chronisch Kranken und multimorbiden Patienten und Patientinnen, die in Hausarztpraxen betreut werden müssen. Multimorbide Patienten und Patientinnen stellen hinsichtlich ihrer Erkrankungen und Bedürfnisse eine stark heterogene Gruppe dar [10]. Die Zahl der Hausärzte und Hausärztinnen, gerade im ländlichen Raum, steigt aber nicht mit der Zahl der Patienten und Patientinnen. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, Nachfolger für die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen zu finden [15]. Somit ist im ländlichen Raum die Kombination aus Patientenzunahme bei gleichzeitiger Abnahme der Hausarztzahl eine doppelte Herausforderung.

Die Betreuung multimorbider und chronisch kranker Patienten und Patientinnen unterscheidet sich zudem von der Behandlung bei akuten Erkrankungen, insbesondere im Hinblick auf den Zeitbedarf oder Aspekte der psychosozialen Beratung [2]. Zudem kommen Anforderungen hinzu, die darin bestehen, die Notwendigkeit der Therapie einer Erkrankung mit den Nebenwirkungen sowie möglichen Kontraindikationen anderer bestehender Krankheiten in Einklang zu bringen und erhöhte Complianceanforderungen mit einer möglicherweise verminderten Compliance bei Demenz und Depression zu verbinden [11]. Um die Hausärzte und Hausärztinnen in dieser Situation zu unterstützen und eine möglichst gute Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen sicher stellen zu können, müssen neue Ansätze erprobt werden.

Einer dieser Ansätze ist der Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) in der Primärversorgung, wie es sie in ähnlicher Form bereits seit Jahren in anderen Ländern wie beispielsweise Kanada gibt [3]. In Deutschland wurde dieser Ansatz allerdings noch nicht untersucht [12]. Es gibt jedoch bereits verschiedene Konzepte, die auf weiterqualifiziertes Personal in Hausarztpraxen oder auf Pflegefachkräfte

setzen. Diese Konzepte weisen unterschiedliche Stärken und Einsatzbereiche auf wie die Vertiefung der evidenzbasierten Pflegepraxis, Qualitätssicherung, Management und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Bei den APN handelt es sich um Pflegefachpersonen mit einem zusätzlichen einschlägigen Bachelor- oder Masterabschluss. Sie sind befähigt, erweiterte pflegerische Maßnahmen anzubieten, d.h., Anamnesen und Assessments zu erheben, klinische Untersuchungen durchzuführen, den Medikationsplan zu überprüfen, einen Behandlungsplan zu erstellen, Patienten und Patientinnen zu beraten und den Versorgungsprozess zu steuern. Sie handeln innerhalb des gültigen Rechtsrahmens, d.h.: Verordnungspflichtige Maßnahmen, wie eine Änderung der Medikation oder die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, wird eine APN dem Hausarzt oder -ärztin empfehlen, der diese Empfehlung annimmt oder ggf. anpasst. Anders als in Ländern wie Kanada ist in Deutschland eine eigenmächtige Entscheidung, die über die Empfehlung an den Hausarzt hinausgeht, nicht möglich. Die Ausbildung zur APN wird im deutschsprachigen Bereich derzeit an insgesamt 21 Hochschulen und Universitäten angeboten [6].

Hinsichtlich der beschriebenen Probleme im ländlichen Raum, mit denen die immer weniger werdenden Hausärzte konfrontiert sind, stellt sich die Frage, wie diese ihre Situation selbst einschätzen und wie sie die Möglichkeit einer APN als neue Unterstützungsform in ihrer Praxis bewerten.

Ziel dieser Arbeit war es deshalb herauszuarbeiten, mit welchen Problemen sich Hausärzte und Hausärztinnen speziell im ländlichen Raum und bei multimorbiden Patienten und Patientinnen konfrontiert sehen und welche Unterstützung sie sich durch den Einsatz von APN bei der aktuellen Gesetzeslage im Gesundheitssystem erhoffen bzw. auch welche möglichen Probleme sie sehen.

Methoden

Studiendesign

Es wurden im Rahmen der Prozessevaluation der Mixed-methods-Studie „Fallbezogene Versorgung multimorbider Patien-

tinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses“ (FAMOUS) qualitative Experteninterviews mit Hausärzten geführt und ausgewertet. Die Hausärzte gelten hierbei als Experten, da sie aufgrund ihrer Position, ihres Status und ihres Wissens über ihre Situation und Erwartungen an die APN berichten können [16]. Eine ausführliche Beschreibung des Projekts sowie Angaben zum Ethikvotum finden sich im publizierten Studienprotokoll [12]. In das FAMOUS-Projekt waren gezielt Praxen aus dem ländlichen Raum eingeschlossen worden. Sie hatten zum Zeitpunkt des Interviews bereits ihre Kooperation mit der Studie erklärt, was bedeutet, dass sie bereit waren, eine APN für die Dauer des Projekts bei sich zu beschäftigen.

Es wurden alle 9 am FAMOUS-Projekt teilnehmenden Hausarztpraxen kontaktiert und gebeten, an einem Interview teilzunehmen. Der Zeitpunkt der Interviews war so gewählt, dass die APN möglichst noch nicht in der Praxis arbeitete oder sich in der Einarbeitungsphase befand. Alle teilnehmenden Praxen befanden sich im ländlichen Raum von Rheinland-Pfalz.

Datenerhebung

Die Interviews fanden als teilstandardisierte leitfadengestützte Experteninterviews statt. Hierzu wurde ein Interviewleitfaden erstellt und mit 3 Personen aus dem Forschungsinstitut pilotiert. Anpassungen wären während der ersten Interviewphase möglich gewesen, waren jedoch nicht erforderlich. Der Interviewleitfaden enthielt 10 offene Fragen (siehe elektronisches Zusatzmaterial online) zur Motivation für die Projektteilnahme, zur aktuellen Situation und zu Erwartungen an die APN sowie an die Projektteilnahme. Die Interviews fanden vor dem Start der Intervention im Herbst 2021 statt. Alle Interviews wurden telefonisch geführt. Sie wurden aufgezeichnet und von einem externen Transkriptionsdienst wörtlich transkribiert. Alle Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Aufzeichnung, Verarbeitung und Publikation der aggregierten Daten. Die originalen Interviewtranskripte sind nicht öffentlich zugänglich, werden aber 10 Jahre am datenhaltenden Institut gespeichert. Die Hauptkategorien und ih-

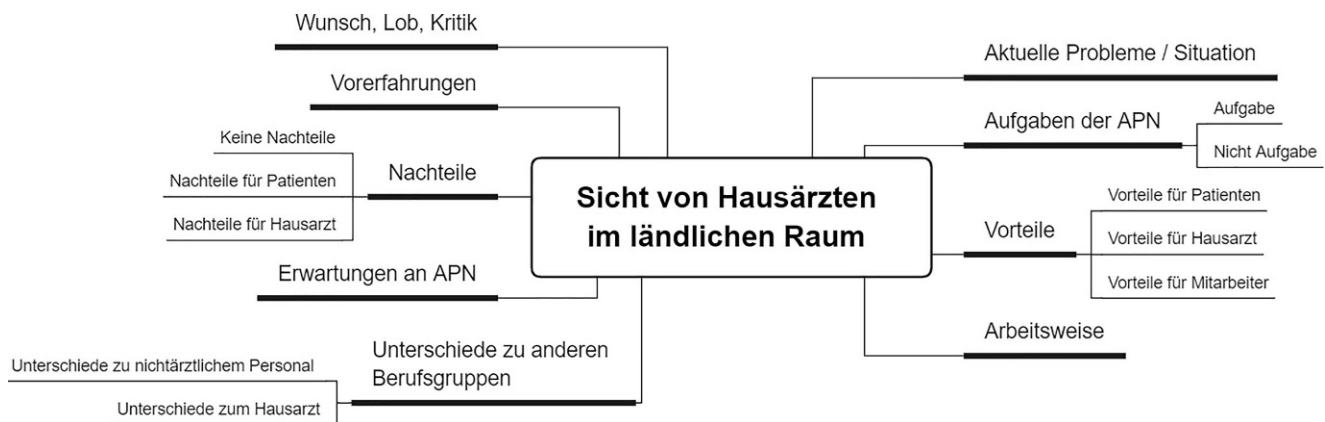


Abb. 1 ▲ Hauptkategorien

re Hauptaussagen sind im elektronischen Zusatzmaterial online zu diesem Artikel verfügbar.

Datenanalyse

Die Auswertung der pseudonymisierten Transkripte fand angelehnt an die Inhaltsanalyse und das Ablaufmodell nach Mayring aus dem Jahr 2019 [5] mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung mithilfe der Software MaxQDA 2020 (Software für qualitative Datenanalyse, 1989–2024, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) statt. Die Hauptkategorien wurden deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleitet. Subkategorien konnten induktiv hinzugefügt werden. Die Bildung von Sub- und Hauptkategorien war nicht von der Häufigkeit der Nennungen abhängig. Wenn sich Aspekte inhaltlich nicht durch bestehende Kategorien abbilden ließen, wurden zusätzliche Kategorien geschaffen, um diese Informationen abbilden zu können. Das Codesystem mit Haupt- und Subkategorien und der entsprechende Kodierleitfaden mitsamt den Codierregeln wurden von 2 Forscherinnen (wissenschaftliche Mitarbeiterin BB: Master Epidemiologie und Hilfswissenschaftlerin, LP: Studentin Master Epidemiologie) gemeinsam entwickelt. Die ersten 3 Interviews wurden gemeinsam codiert. Die späteren Interviews wurden von den Forscherinnen getrennt codiert und anschließend verglichen. Fallzusammenfassungen dienten hierbei als Diskussionsgrundlage für die Erstellung und Anwendung des Kategoriensystems. Unklarheiten wurden

ausführlich besprochen, bis ein Konsens gefunden wurde.

Die Textsegmente in den Kategorien wurden in eigenen Worten wiedergegeben (paraphrasiert) und durch Generalisierung zu Teilerkenntnissen zusammengefasst. Aus diesen wurden anschließend Haupteigenschaften/-aussagen und Hypothesen abgeleitet.

Ergebnisse

Samplebeschreibung

Es haben 4 Ärzte und 2 Ärztinnen an einem Interview teilgenommen, sodass insgesamt 6 Interviews stattfanden. Die interviewten Ärzte waren zwischen 50 und 65 Jahren alt. Ein Teil der Interviewteilnehmenden gab an, bereits vor dem Projekt Erfahrungen mit weitergebildeten Praxismitarbeitenden, wie VERAH oder NÄPA, gesammelt zu haben. Die Interviewdauer lag zwischen 12 und 33 min. Das Interviewmaterial hat eine Gesamterzähllänge von 110 min.

Hauptkategorien

Die Aussagen der befragten Hausärzte wurden in den folgenden Hauptkategorien analysiert: aktuelle Probleme und Situation in den Praxen, Aufgaben der APN, Arbeitsweise der APN, Vorteile durch die neue Versorgungsform, Nachteile durch die neue Versorgungsform, Erwartungen an die APN, Vorerfahrungen mit ähnlichen Konzepten, Unterschiede der APN zu anderen Berufsgruppen sowie Wünsche, Lob und Kritik (siehe ■ Abb. 1). Zu einigen

der Hauptkategorien gab es noch weitere Differenzierungen in Subkategorien.

In diesem Artikel werden die Aspekte, die die aktuelle Situation und Probleme der Hausärzte betreffen, sowie Erwartungen an die APN, die sich daraus ergeben, und welche Vor- und Nachteile Hausärzte in deren Einsatz sehen, genauer beschrieben. In den hier nicht näher betrachteten Kategorien äußerten die Hausärzte sich über ihre Vorerfahrungen mit weiterqualifizierten Berufen, wie Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) und nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa), und darüber, wie die APN sich in ihrem Aufgabenspektrum von den Hausärzten oder den medizinischen Fachangestellten abgrenzt. Diese Kategorien gehen jedoch über das Thema des Artikels hinaus und werden daher hier nicht näher ausgeführt. Eine stichpunktartige Zusammenfassung der Hauptaussagen innerhalb der Hauptkategorien ist in Tabelle S1 im elektronischen Zusatzmaterial online dargestellt. Die aus den Interviews induktiv abgeleiteten Aussagen sind nicht nach Sub- sondern nur nach Hauptkategorien getrennt dargestellt, um die Übersichtlichkeit der Darstellung zu erhalten.

Aktuelle Situation und Probleme

Der Kategorie „Aktuelle Situation und Probleme“ wurden solche Aussagen zugeordnet, in denen die Hausärzte ihre Situation vor der Projektteilnahme, also ohne den Einsatz der APN, in ihrer Praxis beschrieben. Die Aussagen beziehen sich somit nicht spezifisch auf die APN, sondern beschreiben den Alltag von Hausärzten im ländlichen Raum.

Die Hausärzte beschrieben ihre Situation als geprägt durch einen Mangel an Zeit und Ressourcen. Vor allem Hausbesuche bei multimorbiden Patienten wurden als „zeitlich immer ein hoher Aufwand“ (I225¹) beschrieben. Gleichzeitig wurde beschrieben, dass viele Fragen, die an den Hausarzt gestellt werden, „eigentlich im medizinischen Bereich gar nicht reingehören.“ (I225) oder darüber hinausgehen: „Es geht gar nicht um das Problem ... rein medizinisch, sondern wer sorgt denn dafür, dass Erna Dosekohl all diese Medikamente zuhause hat und dass sie eventuell verblistert kriegt oder dass der Pflegedienst kommt und sich kümmert. Wer macht denn den Termin beim Facharzt, wenn der nötig ist. Das ist ja nicht damit getan, dass ich eine Überweisung schreibe und die läuft dann zuhause ab, weil niemand da ist“ (I155).

Der hausärztliche Alltag sei geprägt von Routinearbeiten ohne besondere Gefahren für den Patienten im „Niedrigrisikobereich“ (I155) und die befragten Hausärzte sehen sich an ihrer Ressourcengrenze, „man sieht sich überall vor wachsenden Aufgaben mit immer weniger Personal und immer weniger Ressourcen gegenüber“ (I230). Es wird ein Ärzte- und Personalmangel im ländlichen Raum beschrieben, der aus Sicht der Hausärzte nicht mehr über die bestehenden Praxen abgefangen werden kann: „Wir bieten jeden Tag schon Sprechstunden von 7–20 Uhr. Und das ist nicht mehr erweiterbar. ... Die Zahl der Patienten steigt aber kontinuierlich. Deshalb MUSS es eine andere Form der Versorgung geben. Und was hier nicht zwingend ärztlich versorgt werden muss, muss delegiert werden“ (I155).

Hinzu komme der demografische Wandel, „Patienten werden immer kränker, immer älter“ (I172), den Hausärzte als belastenden Faktor wahrnehmen und durch den auch die Zahl der Hausbesuche immer weiter steige. Die Hausärzte beschreiben, dass sie dies „alleine nicht mehr schultern und stemmen“ (I231) können. Gleichzeitig nehmen sie wahr, dass es für viele Patienten „gar nicht so wichtig [ist], dass die Ärztin oder der Arzt kommt, sondern

dass sie den Kontakt zur Praxis nicht verlieren. Dass sie sich gut versorgt fühlen“ (I155). Zusätzlich zu den Patienten selbst wird auch die Einbeziehung der Angehörigen als Faktor wahrgenommen, der gerade bei älteren und multimorbiden Patienten wichtig sei, aber Zeit und Ressourcen der Hausärzte beanspruche. Mit diesen Aufgaben fühlten sich die Hausärzte, gerade wenn sie nicht in Praxen mit mehreren Ärzten tätig sind, als „Einkämpfer“ (I225), die sich „so eine Art Sparringspartner“ (I225) wünschen, der sie kritisch hinterfragt und Feedback gibt.

Erwartungen an die APN und Aufgaben, die übernommen werden sollen

Die Hausärzte äußerten ihre Erwartungen an die Zeit, in der sie durch die APN unterstützt werden. Neben allgemein gehaltenen Erwartungen wurden 4 wesentliche Aspekte identifiziert: Die APN sollten 1) helfen, Versorgungslücken zu schließen; 2) Patienten „gut führen“; 3) passende persönliche Eigenschaften mitbringen und 4) dem Hausarzt Feedback geben.

Zu den allgemeinen Erwartungen an die APN zählte, dass die APN über Erfahrung und eine geeignete Ausbildung verfügen sollten, die es ihnen ermöglicht, eigenständig zu arbeiten. Die Hausärzte beschrieben die Erwartung an die APN als „im Grunde der ‚kleine Hausarzt‘“ (I231) mit einer „hohe[n] Medizinkompetenz“ (I231), der eigenständig die Betreuung von chronisch kranken aber stabilen Patienten übernehmen und ein breiteres Aufgabengebiet als andere Angestellte übernehmen kann, beispielsweise unterstützend im sozialen bzw. sozialrechtlichen Bereich. Es wurde geäußert, dass die APN sowohl Patienten als auch Angehörige bei Anträgen, Zusammenarbeit mit Ämtern und Krankenkassen, aber auch bei konkreten Fragen der Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen unterstützen könne. Dies sind Themen, bei denen sich die Hausärzte selbst als zeitlich überfordert und inhaltlich nicht zuständig beschrieben, gleichzeitig jedoch eine Dringlichkeit für die Patienten sahen. Letztlich sollte sich die APN gut in das bestehende Praxisteam eingliedern.

Als weitere konkrete Erwartung an die APN wurde geäußert, dass sie helfen sollen,

die von den Hausärzten wahrgenommene Versorgungslücke auf dem Land zu schließen. Sie könnten, so die Hausärzte, zum einen spontaner bei Hausbesuchen sein, „dass sie schneller mal die Patienten sieht wie ich jetzt, weil ich in der Sprechstunde bin und nicht raus kann“ (I225). Zum anderen könnten sie sich mehr Zeit für die Patienten nehmen und so die Situation der Patienten ganzheitlicher erfassen, was die Hausärzte „in der Schnelle der Zeit vielleicht gar nicht so mitbekommen“ (I224), z.B. dass die APN sieht, „wo sind die Stolperfallen, wo musst du die Teppiche wegräumen, welche Hilfsmittel braucht der Patient“ (I231). Die APN sollten die Bedürfnisse der Patienten erkennen und es wird erwartet, „dass sie die Patienten eng angebunden führt“ (I155). Letztlich soll sie dabei helfen, die Therapie zu optimieren. So wurden als Aufgaben, die die APN übernehmen solle, neben intensiver Patientenversorgung, Anamnese der medizinischen und sozialen Situation, auch eine Vermittlerfunktion genannt. Im Rahmen dieser Vermittlerfunktion sollen die APN für einen Informations- und Wissensaustausch zwischen allen Beteiligten, wie Patienten, Angehörigen, Arzt und Pflegedienst, sorgen. Die Befragten äußerten, dass sie sich für ihre Arbeit von den APN Feedback und einen guten fachlichen Austausch wünschen. „Da sehe ich auch, dass ich da mehr Feedback auch kriege. Weil man ist ja doch alleine auf weiter Flur“ (I225), wenn es um die Behandlung und den Umgang mit Patienten gehe. Gleichzeitig erwarteten die Hausärzte, dass die APN ihre Grenzen kennen und keine approbationsgebundenen Tätigkeiten übernehmen, sondern eigenständig erkennen, wann sie den Hausarzt hinzuziehen müssen.

Zu den persönlichen Eigenschaften, die von der APN erwartet werden, gehören Motivation für ihre Arbeit, Interesse an der Arbeit und den Patienten, sowie die Fähigkeit, die eigenen persönlichen und fachlichen Grenzen gut einzuschätzen.

Vor- und Nachteile des Einsatzes von APNs

Die befragten Hausärzte beschrieben Vorteile, die sie sich von einem Einsatz der APN erwarten, sowohl für sich selbst als auch für andere Praxismitarbeitende und

¹ Die Abkürzungen bezeichnen Identifikationsnummern für die jeweiligen Interviewpartner.

für die Patienten. Für die Hausärzte und Praxismitarbeitenden wurde eine Entlastung dadurch erwartet, dass die APN eine weitergehende soziale Betreuung durchführen oder vermitteln kann. Zudem kann sie den Hausarzt bei seinen Entscheidungen unterstützen, indem sie als Diskurspartner fungiert. Für die Patienten wurde als Vorteil beschrieben, dass die APN sich mehr Zeit in der Betreuung lassen kann, die Patienten in kürzeren Intervallen sehen und gesundheitsrelevante Unterstützung außerhalb des engen medizinischen Rahmens bieten oder vermitteln kann, beispielsweise in sozial- oder sozialrechtlichen Belangen. Zudem sei die Kontaktschwelle zur APN für die Patienten vermutlich niedriger als zu den Hausärzten.

Die Hausärzte wurden auch explizit nach möglichen Nachteilen des APN-Einsatzs befragt. Hierauf wurde von allen Befragten zunächst verneinend reagiert. Nach weiteren Überlegungen wurde vereinzelt als Nachteil genannt, dass die APN ihre Patienten projektbedingt nur eine gewisse Zeit betreuen könne und dass sowohl die Umstellung vom Hausarzt auf die APN als auch der Vertrauensaufbau Zeit koste und von den Patienten akzeptiert werden müsse. Außerdem wurden Bedenken geäußert, dass die Rückkehr von der intensiveren APN-Betreuung zurück zum Hausarzt nach Projektende eine erneute Umgewöhnung sein wird. Für die Zeit nach dem Projektende wurde der Nachteil gesehen, dass die Versorgungslücke, die die APN hinterlasse, ebenfalls wieder geschlossen werden müsse, der Bürokratieaufwand recht hoch sei und die Finanzierung außerhalb der Studie noch nicht geklärt sei.

Allerdings sind die Hausärzte unsicher, wie Patienten den Wechsel von hausärztlicher Betreuung hin zur APN-Betreuung und am Ende der Interventionszeit den Wechsel von APN-Betreuung zurück zur hausärztlichen Betreuung akzeptieren werden.

Diskussion

Die qualitativen Interviews beschäftigten sich mit der Frage, welche Erwartungen Hausärzte und Hausärztinnen an APN haben. Die Hausärzte und Hausärztinnen schilderten in den Interviews ihre aktu-

ellen Herausforderungen, insbesondere den Mangel an Zeit und Ressourcen, den Ärztemangel im ländlichen Raum und die Zunahme an Hausbesuchen bei älteren multimorbiden Patienten. Sie äußerten hohe Erwartungen an die Unterstützung durch die APN. Auch wenn diese Erwartungen, trotz Nachfragen, teilweise unspezifisch blieben, wurden mitunter spezifische Erwartungen genannt wie die Schließung von Versorgungslücken, die ganzheitliche Betreuung von Patienten durch die Funktion der APN als Diskussionspartner für die Ärzte und Ärztinnen. Gerade diese Funktion als Diskussionspartner, der auch Behandlungsvorschläge unterbreitet, unterscheidet die APN von ähnlichen Formaten wie etwa VERAH, NÄPA oder dem, was Hausärzte von Community Health Nurses erwarten [7]. Vorteile des APN-Einsatzes sahen die Hausärzte und Hausärztinnen in der Entlastung der Ärzte und Ärztinnen und einer intensiveren Betreuung der Patienten und Patientinnen. Nachteile wurden in der begrenzten Projektzeit und damit verbunden zeitlich begrenzten Betreuung durch die APN und im Wechsel der Patienten und Patientinnen zurück zum Hausarzt gesehen.

Mit dem Vorgehen der qualitativen Experteninterviews, bei dem die Hausärzte als Experten über ihre Erfahrungen in der ländlichen Versorgung berichten konnten, war es möglich zu erfassen, welche Probleme und Bedürfnisse auf Seiten der Hausärzte bestehen und wie die APN hierbei bestmöglich unterstützen kann.

Bisherige Studien konnten zeigen, dass Hausärzte einer immer größeren Zahl an älter werdenden multimorbiden Patienten gegenüberstehen und gleichzeitig Hausarztpraxen auf dem Land immer schlechter Nachfolger finden [15]. Ähnliches wurde auch von den Hausärzten unserer Studie geschildert. In dem Einsatz der APN wird eine Unterstützungsmöglichkeit gesehen, die auch langfristig das Berufsfeld der Hausärzte auf dem Land attraktiver machen könnte. Dies zeigt sich dadurch, dass die befragten Hausärzte sich durch die APN nicht nur Unterstützung bei der medizinischen Betreuung erhofften, sondern vor allem auch beschrieben, dass die APN ihnen Aufgaben abnehmen könne, die nach dem Verständnis der Ärzte nicht

in deren eigentliches Aufgabengebiet gehörten, und dass die APN den Patienten ganzheitlicher sehen könnten. Als besonders relevant wurde hierbei beschrieben, dass die APN den Patienten soziale und sozialrechtliche Beratung bieten und sie bei der Kommunikation mit verschiedenen Stellen wie Kranken- und Pflegekassen unterstützen könnten. Hierbei profitierten die APN nicht nur aus Wissen, das ihnen während der Ausbildung zuteilwurde, sondern auch aus vorangegangenen Berufserfahrungen; jede APN musste über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in der Patientenversorgung vorweisen. Dieser Wunsch nach Unterstützung deckt sich auch mit den Ergebnissen anderer Studien [1, 13, 14] ebenso wie die Annahme, dass die Delegation von Aufgaben an nichtmedizinisches Personal zu einer Entlastung führen könnte [4]. Für die Hausärzte war aber nicht nur ausschlaggebend, dass sie sich durch die APN eine zeitliche Entlastung erhofften, um so auch ihre Patienten besser betreuen zu können. Es war ihnen ebenso wichtig, dass die Patienten, die durch die APN betreut werden würden, eine optimale Versorgung erhalten. So sahen sie als mögliche Vorteile, dass eine regelmäßige zeitintensivere Betreuung möglich sei, die mehr Themenbereiche abdecken und auch spontane Hausbesuche ermöglichen könnte. Als Limitation kann angesehen werden, dass die am Projekt teilnehmenden Hausärzte eingewilligt haben, für die Projektdauer eine APN in ihrer Praxis zu beschäftigen, sie also dem Konzept möglicherweise offener gegenüberstehen als die Gesamtheit der Hausärzte. Zudem blieben die Interviews trotz erzählgenerierendem Nachfragen teilweise recht kurz. Darüber hinaus war es generell schwierig, Teilnehmende zu gewinnen. Die am Projekt beteiligten Hausärzte, die nicht an einem Interview teilnehmen wollten, gaben als Grund vor allem fehlende Zeit an. Es ist anzunehmen, dass der Zeitmangel auch eine Rolle bei der Kürze der durchgeführten Interviews spielte.

Schlussfolgerung

Die Versorgung von multimorbiden chronisch kranken Patienten ist für Hausärzte im ländlichen Raum eine fortlaufende Her-

ausforderung, in der diese sich mit Aufgaben konfrontiert sehen, die teilweise weit über das rein Medizinische hinausgehen. Die APN werden als Möglichkeit gesehen, sowohl den medizinischen Aspekt der Routineversorgung dieser Patienten zu übernehmen als auch für weitere nichtmedizinische Aufgaben qualifiziert zu sein. Die Hausärzte erhoffen sich dadurch sowohl eine weitreichende Entlastung für sich selbst als auch eine bessere Versorgung dieser Patientengruppe. Erhoffte Unterscheidungsmerkmale zu anderen Berufsgruppen sind die Möglichkeit der APN, sowohl als kompetenter „Sparringspartner“ zu dienen als auch Aufgaben zu übernehmen, bei denen sich die Hausärzte nicht als die richtigen Ansprechpartner sehen – wie beispielsweise die soziale und sozialrechtliche Beratung. Dies sollte bei der Implementierung und Weiterentwicklung unterstützender Berufsgruppen beachtet werden.

Korrespondenzadresse

Britta Büchler

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsklinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
55101 Mainz, Deutschland
britta.buechler@uni-mainz.de

Förderung. Gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (# NVF1_2019-060)

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Data availability. Die originalen Interviewtranskripte sind nicht öffentlich zugänglich, werden aber 10 Jahre am datenhaltenden Institut gespeichert. Die Hauptkategorien und ihre Hauptaussagen sind im elektronischen Zusatzmaterial online zu diesem Artikel verfügbar.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Büchler, L. Pfrommer, E. Gianicolo, S. Singer und R. Stemmer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and re-

Expectations of general practitioners in rural areas towards advanced practice nurses. “That I have another contact person who helps take care of our patients, who takes some burden off me, [...] I feel that patients are better cared for than I can do alone”

Background: Demographic change is leading to an increasing number of older, multimorbid patients, particularly in rural areas, where the number of general practitioners (GPs) is decreasing at the same time. Caring for these patients requires more time and special competences that go beyond the treatment of acute illnesses.

Aim: This study investigates the problems experienced by GPs in rural areas when caring for multimorbid patients and how they evaluate the use of advanced practice nurses (APNs).

Methods: As part of the mixed methods study FAMOUS, qualitative expert interviews were conducted with six GPs from rural practices before they employed an APN as part of the project. The interviews were partially standardised and evaluated using content analysis methods.

Results: The GPs described their everyday lives as characterised by a lack of time and high demands due to nonmedical tasks such as social care for patients. They see APNs as a valuable support who can close gaps in care, provide patients with more intensive care and offer physicians relief through collegial feedback and the assumption of routine tasks.

Conclusion: The results show that GPs see the integration of APNs as an opportunity to reduce their workload and improve patient care at the same time. In the long term, APNs could help to make the GP profession more attractive and stabilise care in rural areas.

Keywords

Clinical nurse specialist · Shortage of general practitioners · Multimorbid patients · Rural healthcare · Qualitative research

production in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatur

1. Döpfner S, Trusch B, Stumm J et al (2021) Support for General Practitioners in the Care of Patients with Complex Needs: A Questionnaire Survey of General Practitioners in Berlin. *Gesundheitswesen* 83:844–853. <https://doi.org/10.1055/A-1173-9225/ID/R2019-10-1044-0044/BIB>
2. Fullerton B, Nolte E, Erler A (2011) Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105:554–562. <https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2010.12.025>
3. Maier CB, Aiken LH, Busse R (2017) Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *Oecd Heal Work Pap*. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
4. Margolius D, Wong J, Goldman ML et al (2012) Delegating responsibility from clinicians to

nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med* 25:209–215. <https://doi.org/10.3122/JABFM.2012.02.100279>

5. Mayring P, Fenzl T (2019) Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Handb. Methoden der empirischen Sozialforsch.* Springer VS, Wiesbaden, S 633–648
6. Müller N (2024im) (2024) Masterstudiengänge in der Pflege mit direktem Versorgungsbezug: Zusammenfassung der Befunde zur. Sondererhebung, Bd. 1. im BIBB-Pflegemonitoring, Bonn
7. Mußnug T, Mangiapane S, Czihal T (2022) Perspektiven einer Hausärztlichen Fokusgruppe.pdf. *Z Allgemeinmed.* <https://doi.org/10.53180/zfa.2022.0298-0303>
8. Rki (2012) KOMPAKT. Gbe Kompakt 2
9. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J et al (2010) Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsbl* 53:441–450. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1052-9>
10. Scherer M, Wagner H-O, Lühmann D et al (2017) Multimorbidität S3-Leitlinie
11. Seger W, Gaertner T (2020) Multimorbidität Eine besondere Herausforderung. *Dtsch Arztebl Int* 117:A2092–A2096
12. Stemmer R, Büchler B, Büttner M et al (2023) STUDY PROTOCOL Open Access Effects of care of multimorbid patients in general practices by advanced practice nurses (FAMOUS): study protocol for a nonrandomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 23:501. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09460-1>

13. Stumm J, Peter L, Sonntag U et al (2020) Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw 158–159:66–73. <https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2020.09.001>
14. Stumm J, Thierbach C, Peter L et al (2019) Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners—A qualitative study. BMC Fam Pract 20:1–11. <https://doi.org/10.1186/S12875-019-1048-Y/TABLES/4>
15. Landärzte|BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/landaerzte>. Zugriffen: 12. Juni 2024
16. Kaiser R (2014) qualitative Experten-interviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



10 Jahre Women in Global Health (WGH)

Vor zehn Jahren wurde Women in Global Health (WGH) gegründet. Die Organisation setzt sich für Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen ein. Sie ist in 40 Ländern weltweit vertreten.

WGH widmet sich vier zentralen Interessenschwerpunkten mit dem Ziel, weltweit eine bessere und nachhaltigere Gesundheit zu erreichen:

- Geschlechtergerechte Führung im globalen Gesundheitswesen
- Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheits- und Pflegebereich: Dazu gehört die gleichberechtigte Vertretung von Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen, faire Bezahlung und ein Ende unbezahlter Arbeit im Gesundheitswesen, Schutz weiblicher Gesundheitsfachkräfte vor sexueller Ausbeutung, Missbrauch und Belästigung sowie Schutz vor Schäden durch wirksame persönliche Schutzausrüstung, Impfungen und psychische Unterstützung.
- Geschlechtergerechte Gesundheitssysteme, einschließlich allgemeiner Gesundheitsversorgung (UHC) und Pandemievorsorge und -reaktion
- Aufbau der WGH-Bewegung und Allianzen für weibliche Führung und Geschlechtergleichstellung im globalen Gesundheitswesen

- Sichtbarkeit von Frauen, die in Deutschland im Bereich Global Health arbeiten
- Geschlechterparität in Führungspositionen im Bereich Global Health in Deutschland
- Geschlechterparität in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens in Deutschland
- Förderung von Frauen in ihrer Karriereentwicklung / Mentoring
- Einfluss auf die globale Gesundheitspolitik
- Thematische Arbeit an globalen Gesundheitsfragen
- Sichere Arbeitsbedingungen für Frauen in Gesundheitsberufen und faire Löhne
- Geschlechtsspezifische Datenerhebung, geschlechtsspezifische Forschung
- Integration globaler Gesundheitsthemen in die Lehrpläne von Gesundheitsfachkräften

Information und Kontakt:

<https://womeningh.org/chapters/germany/>
wghgermany@womeningh.org



Quelle: Women in Global Health

Angesichts des wachsenden Engagements Deutschlands im Bereich der globalen Gesundheit wurde 2018 auch ein deutsches Chapter gegründet, mit folgenden Zielen: