

# Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses

## Perspectives of a Family Physician Focus Group on the Implementation of Community Health Nurses

Tobias Mußnug, Sandra Mangiapane, Thomas Czihal

### Hintergrund

Die Ankündigung im Koalitionsvertrag (2021–2025) neue Berufsfelder in der Primärversorgung zu implementieren, wurde zum Anlass genommen, ein Fokusgruppeninterview mit Niedergelassenen einer Region mit drohender Unterversorgung durchzuführen. Die Einsatzbereiche von Community Health Nurses (CHN) können sowohl in der kommunalen Gesundheitsfürsorge als auch in der ambulanten Patientenversorgung liegen und weisen damit Schnittstellen zur hausärztlichen Versorgung auf. Ziel war es, Implikationen der Einführung auf die hausärztliche Praxis zu untersuchen.

### Methoden

Zur Erhebung der aktuellen hausärztlichen Perspektive auf die Neuordnung nichtärztlicher Berufsbilder wurde im Februar 2022 ein Fokusgruppeninterview mit sieben Hausärztinnen und Hausärzten aus Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die Auswertung orientierte sich an den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) unter Einbeziehung der Software QDA Miner Lite (Version 2.0.8).

### Ergebnisse

Die Fokusgruppen-Diskussion machte deutlich, dass viele Tätigkeiten von CHN bereits von nichtärztlichem Praxispersonal übernommen werden. Es werden Aufgaben genannt, die eine Entlastung für die Arztpraxen bedeuten würden (patientenseitige Unterstützung bei Videosprechstunden, Kommunikation mit Pflegediensten etc.). Die möglichst direkte Anbindung der CHN an die Arztpraxen wird hierfür allerdings als essenziell betrachtet. Befürchtungen bestehen vor allem im Aufbau neuer Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung, wenn die Koordination der CHN nicht über die Arztpraxen erfolgt.

### Schlussfolgerungen

Die Einführung des neuen Berufsbildes CHN wird von den Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews bei fehlender Anbindung an Arztpraxen aufgrund verschiedener Herausforderungen weitestgehend abgelehnt. Die vorhandenen Praxisstrukturen und -prozesse sollten ausgebaut und Delegationsmöglichkeiten an nichtärztliches Praxispersonal erweitert werden, um so eine effizientere Patientenversorgung zu erreichen.

### Schlüsselwörter

Community Health Nurses; nichtärztliches Praxispersonal; VERAH; Hausärztinnen und Hausärzte; Fokusgruppe

### Background

The announcement in the coalition agreement (2021–2025) to implement new professional fields in primary health care served as an opportunity to conduct a focus group interview with family physicians in a region with impending shortage of health care professionals. Community health nurses (CHN) may be employed in both community health care and primary care settings and thus interface with primary care physicians. The goal was to examine implications of the implementation on family medicine.

### Methods

To evaluate the current perspective of family physicians on the reorganization of non-medical job profiles, a focus group interview was conducted with seven family physicians from Saxony-Anhalt in February 2022. The analysis was based on the criteria of qualitative content analysis according to Kuckartz (2018) using the software QDA Miner Lite (version 2.0.8).

### Results

The focus group discussion highlighted that non-medical staff already perform many CHN activities. The feedback mentioned several tasks that would relieve the workload of the physicians (patient support for video consultations, communication with nursing services, etc.). However, linking CHNs as directly as possible to physician practices is considered essential. The main concern is the establishment of new interfaces in healthcare if the CHNs are not coordinated via the physicians' offices.

### Conclusions

Due to various challenges, the introduction of the new CHN job description is widely opposed by focus group interview participants when not connected to physician practices. Existing practice structures and processes should be enlarged, and opportunities to delegate tasks to non-physician practice staff expanded to achieve more efficient patient care.

### Keywords

Community Health Nurses; non-medical staff; VERAH; family physicians; focus group

## Hintergrund

Der Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) für die Jahre 2021 bis 2025 sieht die Ausgestaltung neuer Berufsbilder bspw. der „Community Health Nurse“ (CHN) vor [1]. Der Ausbau nichtärztlicher Berufsgruppen ist nicht zuletzt durch Debatten zur Begegnung drohender bzw. in Teilen bereits existierender medizinischer Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen geprägt [2–4]. Bereits Anfang der 2000er Jahre rückten die bei der Wiedervereinigung Deutschlands abgeschafften Gemeindegemeinschaftsmodelle der DDR zurück in den Fokus [5]. Sie boten Orientierung für Delegationskonzepte in den Hausarztpraxen wie für „AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindegemeinschaft, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), „NäPa“ (Nichtärztliche Praxisassistentin) oder „VER-AH“ (Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis) [4, 5]. Für VERAH und NäPa besteht seit 2014 eine wechselseitige Anerkennung der Qualifizierungen [6]. Die CHN und verwandte Berufsgruppen (family and community nurse, nurse practitioner, advanced practice nurse etc.) unterscheiden sich von diesen Delegationskonzepten vor allem durch ihre Eigenverantwortlichkeit, ein breites Tätigkeitspektrum, ihrem Qualifikationsgrad und ihrer institutionellen Verankerung in multiprofessionellen Gesundheitszentren [3, 7]. Dabei sind ihre Aufgaben abhängig von den Strukturen im Gesundheitswesen. Gemäß eines von der Agnes-Karll-Gesellschaft für die Ausbildung und den Einsatz von CHN in Deutschland existierenden Konzeptpapiers sind die Erhebung und Adressierung von kommunalen Gesundheitsbedarfen (z.B. Beratungsangebote) und Aufgaben in der patientennahen Primärversorgung vorgesehen [3]. Zu den Kernaufgaben in der patientennahen Primärversorgung gehören Koordinationsfunktionen sowie die Übernahme von Routineaufgaben (z.B. die Kontrolle des Gesundheitszustands, der Medikamenteneinnahme, physi-

sche und psychische Untersuchungen, Beratungen etc.) [3]. Sowohl die kommunalen als auch die patientennahen Tätigkeiten haben offensichtliche Schnittstellen zur hausärztlichen Patientenversorgung. Aufgrund der im Koalitionsvertrag nicht weiter konkretisierten Umsetzung wurde sich der hausärztlichen Perspektive auf das angekündigte heilkundliche Berufsbild CHN in einem explorativen Fokusgruppeninterview gewidmet. Es wird den Fragen nachgegangen, welche Implikationen eine Einführung auf die hausärztliche Versorgung hätte und welche Ausgestaltung der CHN die hausärztliche Versorgung unterstützen könnte.

## Methoden

Die explorative Fokusgruppen-Diskussion fand im Februar 2022 in Präsenz in Magdeburg statt. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt übernahm die Rekrutierung der Teilnehmenden und stellte die Räumlichkeiten zur Verfügung. Moderiert wurde die eineinhalbstündige Veranstaltung vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), das mit drei Personen anwesend war. Die Erhebung mittels Fokusgruppeninterview eignet sich gut, um Erfahrungen und Einstellungen zu einem Forschungsinteresse in alltagsähnlichen Gesprächen zu untersuchen und „Gruppenmeinungen losgelöst vom Individuum zu erheben“ [8, 9]. Das gemeinsame Fokusgruppeninterview an einem Ort spart zudem forschungsökonomisch Zeit im Vergleich zu Einzelinterviews [8].

## Zusammensetzung der Fokusgruppe

Die Fokusgruppe bildet sich aus sieben erfahrenen hausärztlichen Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern, wobei zwei Personen derselben Praxis angehören. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte nach regionaler Verteilung im Bundesland sowie nach Männer- und Frauenbeteiligung. Eine Übersicht zu den Merkmalen der Teilnehmenden ist in Tabelle 1 dargestellt. Einige der Teilnehmenden verfügen über angestellte Ärztinnen und Ärzte und haben zwischen drei

bis 15 Medizinische Fachangestellte (MFA), welche häufig zur VERAH weiterqualifiziert sind. Alle Praxen greifen darüber hinaus auf weiteres nichtmedizinisches Personal zurück. Eine Praxis gewährt einem Physician Assistant<sup>1</sup> (PA) ein Praktikum.

## Leitfadenfragen

Der gezielt kurzgehaltene Leitfaden wurde auf Grundlage relevanter thematischer Literatur entworfen und innerhalb des Zi abgestimmt. Er besteht aus offenen Fragen um Gesprächsanreize zu setzen und umfangreiche Informationen zu gewinnen [10].

Die Teilnehmenden erhielten vor der Fokusgruppen-Diskussion den Abstract einer Broschüre zum Berufsbild der CHN sowie eine Zusammenfassung zum Innovationsfondsprojekt „INVEST“ [3, 11]. Außerdem wurden ihnen im Begleitschreiben die Leitfragen mitgeteilt, da die vorzeitige Übermittlung Gelegenheit zur Vorbereitung gibt und sich vertrauensbildend auswirken kann [12].

Die übergeordnete Leitfrage lautete:

- „Wie können die Berufsbilder der Community Health Nurse, der Gemeindegemeinschaften und Gesundheitslotsen ausgestaltet werden, damit die Arbeit in Arztpraxen sinnvoll unterstützt werden kann?“

Folgende drei anknüpfende Unterfragen wurden im Einzelnen diskutiert:

- „In welchen Bereichen der Praxistätigkeiten würde ich mir grundsätzlich Entlastung wünschen?“
- „Mit welchem Aufgabenspektrum könnte eine Nurse/Gemeindegemeinschaft, die nicht direkt in der Praxis angestellt ist, die Arbeit Ihrer Praxis unterstützen?“
- „Welche Tätigkeiten/Verantwortlichkeiten sollten in keinem Fall aus der Arbeit der ärztlichen Praxis herausgelöst werden?“

## Auswertung

Das Fokusgruppeninterview wurde in Handnotizen und vollständig als Audioaufnahme aufgezeichnet. Die Tonaufnahme wurde anschließend von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Eine Wiedervorlage des Tran-

<sup>1</sup> Physician Assistants führen u.a. eigenständig delegierbare Behandlungen/Untersuchungen durch und assistieren bei Operationen.

	Geschlecht	Alter (Jahre)	Erfahrung (Jahre)	Praxisart	Standort(e)
1	Männlich	41	15	Gemeinschaftspraxis	Städtisch und ländlich
2	Männlich	48	23	Gemeinschaftspraxis	Städtisch
3	Männlich	n/a	n/a	Gemeinschaftspraxis	Städtisch und ländlich
4	Männlich	62	29	Praxisgemeinschaft	Städtisch
5	Weiblich	47	20	Einzelpraxis	Städtisch
6	Weiblich	53	21	Gemeinschaftspraxis	Städtisch
7	Männlich	64	33	Gemeinschaftspraxis	Städtisch und ländlich

**Tabelle 1** Merkmale der Teilnehmenden

skripts bei den Teilnehmenden erfolgte nicht. Allerdings wurden die Auswertungsergebnisse den Teilnehmenden übermittelt. Die korrekte Wiedergabe der Äußerungen wurde bestätigt und es gab keine inhaltlichen Anmerkungen. Die Auswertung wurde induktiv, d.h. während der Befassung mit dem Textmaterial, in Anlehnung an die strukturierte qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) durchgeführt [13]. Dabei wurde den sieben Schritten im Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, teilweise iterativ, gefolgt [13]. Auf das Schreiben von Memos wurde während der initiierenden Textarbeit verzichtet und unverzüglich mit der Kodierung des Textmaterials in Haupt- und Subkategorien eingestiegen. Die Kodierung des Materials erfolgte durch den Erstauteur. Eine weitere Person zur Kodierung stand aus Ressourcengründen nicht zur Verfügung. Zur Analyse des Transkripts und der Kategorienbildung wurde die Software QDA Miner Lite in der Version 2.0.8 eingesetzt.

## Ergebnisse

Die Auswertung des Fokusgruppeninterviews resultiert in zwei Hauptkategorien, mit jeweils zwei Subkategorien (Tab. 2).

### 1 Nichtärztliches Fachpersonal in der Praxis (Status quo)

#### 1.1 Fachkräftemangel

Die Teilnehmenden berichten überwiegend von großen Schwierigkeiten, qualifiziertes Praxispersonal (v.a. MFA) zu finden. Gleichzeitig wird hinterfragt, ob sich bei dem gegenwärtig beobachte-

ten Fachkräftemangel überhaupt genügend Interessierte für die Ausbildung zur CHN finden würden. Dass eine drohende medizinische Unterversorgung in Regionen mit geringem Niederlassungswillen durch CHN abzuwenden ist, wird bezweifelt. Nach Ansicht von Teilnehmenden bedürfe es vielmehr einer Erhöhung von Medizinstudienplätzen und einer stärkeren Einbindung der eigenen VERAH bzw. des noch jungen Berufsbildes der Physician Assistants.

*„Die Community Nurse wird uns die fehlenden Landärzte, [...], nicht ersetzen“.*

#### 1.2 Aufgaben und Bedeutung der VERAH

Die Teilnehmenden schildern die Aufgaben und die Bedeutung ihres Praxispersonals für das Gelingen einer guten Patientenversorgung. Insbesondere die MFA mit Weiterbildung zur VERAH weisen eine langjährige Praxiserfahrung auf, gepaart

mit einer hohen Qualifikation durch die Fortbildung. Die übernommenen Aufgaben seien vielfältig und können delegierte Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der Praxis umfassen. In teilweise „autarker Organisation“ werden unter anderem Hausbesuche, Beratungen, administrative Tätigkeiten sowie Routineuntersuchungen (z.B. Blutdruckmessung, Schreiben von Elektrokardiogrammen (EKG) sowie Blutentnahmen) übernommen. Auch werden die VERAH als erste, niedrigschwellige Ansprechpersonen („Lotsen“) sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Ärztinnen und Ärzte beschrieben. Dies resultiere zum einen in einer guten Patientenbindung an die Praxis und zum anderen in einem funktionierenden Teamwork innerhalb der Praxis. Die Weiterbildung zur VERAH wird zudem als besondere Anerkennung und Wertschätzung gesehen und erhöhe die Attraktivität des nichtärztlichen Berufsbildes.

*„Die VERAH ist die Speerspitze des Hausarztes. Immer wenn Probleme sind, insbesondere Probleme, die nicht in die Praxis kommen können, wird immer erst die VERAH vorgeschickt.“*

Darüber hinaus werden weitergehende Formen der Delegation berichtet. Zum einen wird das Angebot einer ergänzenden „Diabetes-Sprechstunde“ durch VERAH, die parallel zur ärztlichen Sprechstunde stattfindet, beschrieben, zum anderen die Besetzung einer Nebenbetriebsstätte in einer sehr ländlichen Gegend, die

<b>1 Nichtärztliches Fachpersonal in der Praxis (Status quo)</b>
1.1 Fachkräftemangel
1.2 Aufgabenbereiche und Bedeutung der VERAH
<b>2 Leitthema „Community Health Nurse“ (CHN)</b>
2.1 Ausgestaltung der Rolle von CHN
2.2 Herausforderungen im Zusammenhang mit der Etablierung des Berufsbildes CHN

**Tabelle 2** Ausgearbeitetes Kategoriensystem

hauptsächlich durch VERAH organisiert wird. Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte sind zweimal wöchentlich vor Ort und können jederzeit per Telemedizin hinzugezogen werden. Dies funktioniert vor allem, weil sich die Denkweisen von VERAH und Ärztinnen und Ärzten mit der Zeit angleichen würden und schnell klar sei, welche Handlungen zu erfolgen haben.

Aufgaben, die hingegen nicht von den VERAH übernommen werden, sind vor allem die medizinische Bewertung, die Diagnostik sowie therapeutische Interventionen, da es sich hierbei um nicht delegierbare, ärztliche Kernkompetenzen handelt. Werden Pathologien oder dringende Gesundheitsprobleme beobachtet (z.B. bei Hausbesuchen), wird unverzüglich die Ärztin bzw. der Arzt einbezogen. Bei größeren Entfernungen zur Praxis ist auch der vermehrte Einsatz von Videokonsultationen denkbar.

## 2 Leitthema „Community Health Nurse“

### 2.1 Ausgestaltung der Rolle von CHN

Das Fokusgruppeninterview wurde u.a. von der Idee geleitet, Praxistätigkeiten zu identifizieren, in denen eine Entlastung durch CHN oder andere nichtärztliche Berufsbilder vorstellbar und wünschenswert wäre. Die Fokusgruppe tauschte sich intensiv über die Ausgestaltung des Berufsbildes der CHN aus. Während der Gespräche wurde allerdings auf zentrale Aspekte hingewiesen, die noch klärungsbedürftig erschienen. So blieb unklar, bei wem die CHN angebunden sind, wem sie rechenschaftspflichtig sind, wer die Bezahlung übernimmt und wie die Informationskette ausgestaltet ist, wenn Gesundheitsprobleme wahrgenommen würden.

Als vorstellbare Aufgabenspektren für CHN wurden die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei Videosprechstunden, die Übernahme administrativer Aufgaben, die Kommunikation mit Pflegediensten oder die Bearbeitung von Bescheinigungen über chronische Krankheiten erwähnt. Es wurde jedoch mehrfach nachdrücklich darauf hingewiesen, dass einige dieser Aufgaben und viele

von den im Konzept der Agnes-Karll-Gesellschaft vorgesehenen Tätigkeiten von CHN im Curriculum der VERAH enthalten sind und längst von diesen durchgeführt werden. Ziel sollte es laut Fokusgruppe daher eher sein, die bestehenden Strukturen von VERAH sowie die zuletzt gestarteten *Physician Assistants* bundeseinheitlich auszubauen.

Es wurden von Teilnehmenden der Fokusgruppe auch ausgewählte sozialmedizinische Komponenten wie Präventionsberatungen als potenzielle Tätigkeiten für CHN in Erwägung gezogen (zu Ernährung, Bewegung oder zum Suchtverhalten). Die Delegation dieser Aufgaben sollte jedoch den Hausärztinnen und Hausärzten obliegen, um die gesundheitlichen Entwicklungen der Patientinnen und Patienten fortwährend begleiten, bewerten und Behandlungsrichtungen vorgeben zu können. Die Anbindung der CHN an das Praxisteam wurde als essenziell betrachtet, um Schnittstellenproblematiken im Gesundheitssystem abzuwenden. Der größte Vorteil innerhalb des bestehenden Systems wäre, dass alle wichtigen Informationen an einem Ort dokumentiert, interpretiert und kommuniziert würden. Die Ausweitung der Delegationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten wurde indes als der sinnvollste Weg für eine gute medizinische Versorgung in Regionen mit niedriger Arztdichte erachtet.

*„Sondern eigentlich ist es so, dass das, was wir in der Hausarztpraxis machen, schon auch in die Hausarztpraxis gehört. Aber es muss halt nicht alles der Arzt [die Ärztin] alleine machen. Das ist das Entscheidende. Sondern da müssen wir eben die Wege ebnen, dass das delegiert wird an die entsprechenden, die wir schon diskutiert haben, kompetenten Personen. Innerhalb des Praxisteam.“*

### 2.2 Herausforderungen im Zusammenhang mit der Etablierung des Berufsbildes CHN

Die Teilnehmenden äußerten eine Reihe von Bedenken, die mit der Schaffung des neuen Berufsbildes CHN einhergehen. Am stärksten be-

tont wurde, dass die CHN im Falle der Ansiedlung außerhalb der Praxis eine weitere Schnittstelle im Gesundheitssystem bedeuten würde und sich hierdurch Informationsdefizite ergeben könnten. Anstelle einer Arbeitsentlastung durch CHN könnte zusätzliche Arbeit auf die Ärztinnen und Ärzte zukommen. Der Aufbau einer Parallelstruktur könnte auch zu einer Doppelversorgung führen. Es dürfte nicht durch womöglich unterschiedliche Ratschläge zur Verwirrung der Patientinnen und Patienten kommen. Hier sahen die Teilnehmenden das Potenzial zur Verschlechterung, womöglich gar der Gefährdung der Versorgungsqualität. Die Beratungen durch die CHN bedürften der Absprache mit den Praxen und müssten im Einklang mit dem Therapie-Management erfolgen. Dies wäre letztlich durch die Kompetenzkette von den VERAH/MFA zur Ärztin/zum Arzt bereits gegeben.

*„Für mich ist eben bloß wichtig, dass, wenn immer noch mehr Patienten auf uns zukommen in Zukunft, wenn keine Ärzte nachkommen, ich die [VERAH/CHN o.ä.] dann in der Praxis habe, damit die mit mir als Spitze die Arbeitsteilung so vornehmen, dass da die Arbeit am Ende des Tages geschafft wird.“*

## Diskussion

Im Fokusgruppeninterview wird deutlich, dass viele potenzielle Aufgaben von CHN bereits durch Praxispersonal übernommen werden. Weitere Entlastungsmöglichkeiten werden daher eher im personellen Ausbau sowie in der Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten innerhalb der Praxen gesehen. Die Teilnehmenden befürchten im Falle des Aufbaus einer Parallelstruktur außerhalb der Praxen potenzielle Doppelversorgung und neue zeitraubende Schnittstellenprobleme. Daher sei eine direkte Anbindung von CHN an die Arztpraxen besonders wichtig.

## Einordnung der Ergebnisse

Die Befunde aus dem Fokusgruppeninterview zur Einführung der CHN ähneln den Reaktionen aus dem Jahr



2006 auf die Einführung des AGnES-Konzepts, einem Vorläufer der NÄPa und der VERAH [4, 5]. Damals sowie im aktuellen Fokusgruppeninterview wird bei Einführung zusätzlicher Berufsbilder ohne Anbindung an die Arztpraxen vor Doppelstrukturen und Schnittstellenproblemen gewarnt [5]. Nunmehr stellen die VERAH ein über Jahre gewachsenes berufsübergreifendes Kooperationsmodell zur Entlastung der Hausarztpraxen dar, in dem delegierte Aufgaben auch selbstständig organisiert und durchgeführt werden. Insofern ist es verständlich, dass sich die Teilnehmenden aus der Fokusgruppe stark damit identifizieren und diese Kooperation weiter ausbauen möchten. Für die CHN und verwandte Berufsgruppen sind hingegen substituierende Eigenschaften in der patientennahen Versorgung sowie die kommunale Prävention/Gesundheitsförderung vorgesehen [3, 7]. An bevölkerungsspezifische Bedarfslagen ausgerichtete Leistungen, bspw. die Förderung der Gesundheitskompetenz von Geflüchteten oder Kindern, können unter Umständen individuelle hausärztliche Maßnahmen ergänzen. So wurde auch in der Fokusgruppe die Übernahme von sozialmedizinischen Präventionsberatungen durch CHN diskutiert. Prämisse ist allerdings die Anbindung der CHN an die Arztpraxen. Auf diese Weise können Schnittstellenprobleme vermieden und gesundheitliche Entwicklungen von Bevölkerungsgruppen begleitet werden.

Die Substitution von Tätigkeiten wie bspw. die Versorgung chronisch Kranker, die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder die Koordination im Rahmen des Case Managements, welche innerhalb von Arztpraxen regelhaft erbracht werden, wurden von der Fokusgruppe klar abgelehnt. Neu geschaffene Rollen mit identischen Aufgaben zum Kerngeschäft von VERAH oder Ärztinnen und Ärzten seien aus Sicht der Fokusgruppe abseits der Arztpraxen nicht zielführend. Sinnvoller wäre die Ausweitung bestehender Strukturen und Delegationskonzepte.

Die Notwendigkeit einer klaren Aufgaben- und Rollenverteilung ent-

spricht auch aktuellen Erkenntnissen in der Schweiz. Zwar wird dort das noch junge Berufsbild „Advanced Practice Nurses“ (APN; vergleichbar mit den in Deutschland avisierten CHN) erst erprobt, ist aber zunehmend auch in der Primärversorgung anzutreffen [14, 15]. Ebenso wie CHN, übernehmen die APN nach pflegewissenschaftlichem Masterstudium u.a. die Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, (präventive) Hausbesuche und pflegerische Assessments. In enger Abstimmung mit der Hausärztin oder dem Hausarzt werden auch Anamnese-gespräche, körperliche Untersuchun-



#### **Tobias Mußnug ...**

... hat einen Master of Science in Public Health der Berlin School of Public Health und ist seit 2020 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Data Science und Versorgungsanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. In diversen Forschungsprojekten wendet er sowohl qualitative als auch quantitative Methoden an und befasst sich inhaltlich auch mit Themen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Foto: T. Mußnug

gen oder erste Behandlungsschritte durchgeführt [14]. Eine solche Form der möglichst direkten Anbindung von APN bzw. CHN an die Arztpraxen mit Möglichkeiten des ärztlichen Mentorings decken sich am ehesten mit den Vorstellungen aus der Fokusgruppe. Die Unterschiede der APN im Vergleich zu den VERAH liegen primär in der gesteigerten Eigenverantwortung und dem Qualifikationsgrad. Bei CHN sind diese Unterschiede ergänzt um den Einsatzbereich in der Kommune. Im Fokusgruppeninterview wurde gleichwohl deutlich,

dass eine größere Selbstständigkeit bereits bei VERAH gelebt wird und der Wunsch nach Intensivierung besteht.

Interprofessionelle Versorgungssysteme, wie in der Schweiz erprobt, können bei eindeutigem Rollenverständnis und sich ergänzenden Tätigkeitsbereichen Orientierung für eine für Hausarztpraxen entlastende Einsatzmöglichkeit von CHN bieten. Sie stellen eine Möglichkeit dar, die Gesundheitsversorgung auf dem Land und bei chronischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen [2].

#### **Stärken und Limitationen**

Die vorliegende Arbeit gibt aktuelle Sichtweisen von Hausärztinnen und Hausärzten auf die politische Ankündigung, CHN in Deutschland einzuführen, wieder. Die Fokusgruppe setzte sich aus Ärztinnen und Ärzten zusammen, die langjährige Erfahrungen in städtischer und ländlicher Patientenversorgung haben.

Zu den methodischen Limitationen der vorliegenden Arbeit gehört, dass aufgrund begrenzter Ressourcen ausschließlich ein einzelnes Fokusgruppeninterview durchgeführt wurde und sich dieses nur aus Teilnehmenden eines Bundeslandes zusammensetzte. Die Auswahl der Teilnehmenden wurde zudem von der KV Sachsen-Anhalt getroffen (*convenience sample*). Hausärztinnen und Hausärzte mit einer Praxis in ausschließlich ländlicher Gegend nahmen nicht am Fokusgruppeninterview teil. Zudem ist eine theoretische Sättigung der diskutierten Themen anhand nur eines Fokusgruppeninterviews nicht sichergestellt. Die Diskussion mit den sieben Teilnehmenden stellte sich nichtsdestotrotz als sehr aufschlussreich heraus.

Die gegenseitige Reaktion auf Wortbeiträge von Teilnehmenden ist immanenter Bestandteil eines Fokusgruppeninterviews [9]. Dies birgt zwar die Gefahr, dass gegensätzliche Meinungen potenziell unterdrückt werden, andererseits bietet es Chancen, dass sich die Teilnehmenden zu Meinungsäußerungen anregen. In einem Fokusgruppeninterview können sich Meinungen ändern, zeichnen sich aber schlussendlich eindeutiger und begründeter ab [9].

## Schlussfolgerungen

Die Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews stehen der Einführung des neuen Berufsbildes CHN v.a. ohne eine Anbindung an Arztpraxen aufgrund verschiedener Herausforderungen weitestgehend ablehnend gegenüber. Es wird für einen Ausbau der vorhandenen Strukturen und Prozesse in den Praxen plädiert. Erreichbar sei dies u.a. durch eine deutliche Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten an nichtärztliches Praxispersonal innerhalb der Hausarztpraxen. Die Einbindung der Sichtweisen von MFA und VERAH sind in einem zukünftigen Fokusgruppeninterview vorgesehen.

### Interessenkonflikte:

Das Zi ist satzungsgemäß der wissenschaftlichen Unterstützung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet.

### Literatur

1. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP (Hrsg.). Koalitionsvertrag 2021–2025: Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Berlin, 2021. [www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800](http://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800) (letzter Zugriff am 19.04.2022)
2. Schaeffer D, Hämel K. Kooperative Versorgungsmodelle. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020: 463–80
3. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.). Community Health Nursing in Deutschland. Berlin, 2018. [www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn\\_kurzbroschuere\\_2019-07.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbroschuere_2019-07.pdf) (letzter Zugriff am 19.04.2022)
4. Mergenthal K, Güthlin C. Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg.). Management von Gesundheitsregionen IV. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2018: 89–100
5. Korzilius H, Rabbata S. Gemeindefachkräften: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. Dtsch Arztebl Intern 2006; 103: A2926–A2928
6. Bundesärztekammer u. Hausärzterverband/IhF (Hrsg.). Memorandum of Understanding. Köln/Berlin, 2014. [www.bundesaerztekammer.de/mfa/fortbildung/verahnaepa/](http://www.bundesaerztekammer.de/mfa/fortbildung/verahnaepa/) (letzter Zugriff am 19.04.2022)
7. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Eur J Public Health 2016; 26: 927–34
8. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2016
9. Vogl S. Gruppendiskussion. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014: 581–6
10. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014: 559–74
11. Fischer A. Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen: Ergebnisbericht, o. D. [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16\\_INVEST\\_Billstedt.Horn\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Ergebnisbericht.pdf) (letzter Zugriff am 19.04.2022)
12. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014
13. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Aufl. Weinheim: Beltz; Beltz Juventa, 2018
14. Gysin S, Odermatt M, Merlo C, Essig S. Pflegeexpertinnen APN und Medizinische Praxiskoordinatorinnen in der Hausarztpraxis. Prim Hosp Care Allg Inn Med 2020; 20:19–22
15. Josi R, Bianchi M, Brandt SK. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. BMC Nurs 2020; 19: 1

### Korrespondenzadresse

**Tobias Mußnug**  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland  
Salzufer 8, 10587 Berlin  
[tmussnug@zi.de](mailto:tmussnug@zi.de)



## DEGAM im Netz

[www.degam.de](http://www.degam.de)  
[www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)  
[www.degam-patienteninfo.de](http://www.degam-patienteninfo.de)  
[www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de)  
[www.degam-kongress.de](http://www.degam-kongress.de)  
[www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de)  
[www.degam-famulaturboerse.de](http://www.degam-famulaturboerse.de)