



OSTBAYERISCHE  
TECHNISCHE HOCHSCHULE  
REGENSBURG  
ANGEWANDTE SOZIAL- UND  
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



Evangelische  
Hochschule  
Nürnberg

Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region  
Eine Analyse und leitfadengestützte Erhebung zur erweiterten Pflegepraxis  
in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld

## **MASTERARBEIT**

AN DER

OSTBAYERISCHEN TECHNISCHEN HOCHSCHULE REGENSBURG  
FAKULTÄT ANGEWANDTE SOZIAL- UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

BETREUERIN/PRÜFERIN: PROF. DR. SUSANNE SCHUSTER  
BETREUERIN/PRÜFERIN: GABRIELE FLEY, DIPL.-PFLEGE PÄDAGOGIN

VORGELEGT VON  
SOFIA LUISA DITTMAR

MATRIKELNUMMER: 3296248

SEMESTER: WINTERSEMESTER 2022/23

JOHANNISSTR. 7, 90763 FÜRTH

Fürth, den 24.01.2023

## Zusammenfassung

### **Hintergrund:**

Aufgrund aktueller Herausforderungen im Gesundheitswesen und Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen sowie berufspolitischen Entwicklungen nimmt die Bedeutung einer erweiterten Pflegepraxis (APN) zu.

### **Fragestellung:**

Ist die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region sinnvoll und wie kann diese aus Sicht relevanter Stakeholder gelingen?

### **Methode:**

Ausgangspunkt der Forschungsarbeit waren der Positivismus und der phänomenologisch-hermeneutische Forschungsansatz. Im Rahmen des Public Health Intervention Wheels wurde eine ländliche Region analysiert. Zusätzlich wurden leitfadengestützte Interviews mit Stakeholdern dieser Region durchgeführt. Als Grundlage dient der Ansatz des PEPPA Frameworks. Die Interviews wurden anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Es nahmen sieben Personen (n=7) aus den Bereichen ambulante und hausärztliche Versorgung, sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen und politische Institutionen teil.

### **Ergebnisse:**

Es fehlt an Strukturen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Stakeholder schätzen die erweiterte Pflegepraxis als bedeutend ein und zeigen sowohl Skepsis als auch Unterstützungsmöglichkeiten. Für eine Implementierung von APN ist eine Strategie notwendig.

### **Schlussfolgerungen:**

Es gibt einen Bedarf der erweiterten Pflegepraxis im ländlichen Setting. Das PEPPA Framework eignet sich auch für eine erfolgreiche Implementierung in diesem Bereich. Für die Zukunft ist es wichtig, dass bestehende Strukturen sich einbringen und dass gesundheitspolitische Regelungen erfolgen.

*Schlagerwörter:* ländliche Region, erweiterte Pflegepraxis, APN, Public Health

## Abstract

**Background:**

Current challenges in the health care, needs of patients and relatives and professional-political developments increase the importance of Advanced Practice Nursing (APN).

**Research question:**

Is the implementation of APN in a rural region useful and how can it succeed from the perspective of relevant stakeholders?

**Method:**

The starting point for this research were positivism and the phenomenological-hermeneutic research approach. The Public Health Intervention Wheel was used to analyse a rural region. Additionally, stakeholders were included by a guideline-based interview. The PEPPA framework serves as a basis. The interview material was evaluated by structural content analysis according to Mayring. Seven persons (n=7) from ambulatory, primary care, other health care and political institutions were interviewed.

**Results:**

There is a lack of structures to ensure health care. Stakeholders assess APN as important and show scepticism as well as opportunities for support. An implementation strategy is necessary for a successful implementation of APN.

**Conclusion:**

There is a need for APN in the rural setting. Therefore, the PEPPA framework is also suitable for successful implementation. For the future it is important that existing structures get involved and regulations in health policy are made.

*Key words:* rural region, advanced nursing practice, advanced practice nursing, public health

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VII</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Relevanz des Themas</b> .....	<b>3</b>
2.1 Aktuelle Herausforderungen.....	3
2.1.1 Entwicklungen im Gesundheitswesen.....	3
2.1.2 Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen .....	4
2.2 Berufspolitische Entwicklungen.....	6
<b>3 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>8</b>
3.1 Klärung der Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Advanced Nursing Practice	8
3.2 Public Health Intervention Wheel .....	10
3.3 PEPPA Framework .....	12
3.4 Forschungsprojekt in Britisch-Kolumbien .....	15
<b>4 Methodik</b> .....	<b>17</b>
4.1 Literatúrauswahl.....	18
4.2 Community Assessment Model.....	18
4.3 Vorgehensweise der empirischen Erhebung .....	19
4.3.1 Das Leitfaden-Interview als Interviewverfahren.....	19
4.3.2 Stichprobe und Rekrutierung .....	20
4.3.3 Leitfaden.....	22
4.3.4 Datenerhebung .....	23
4.3.5 Datenaufbereitung .....	23
4.3.6 Auswertungsstrategie .....	23
4.4 Gütekriterien .....	25
<b>5 Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>27</b>
5.1 Analyse der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld.....	27
5.1.1 Vorstellung der Gemeinde .....	27
5.1.2 Gesundheitsstrukturen und Gesundheitsstatus.....	31
5.2 Ergebnisdarstellung der empirischen Erhebung.....	37
5.2.1 Versorgungsbedarf .....	38

---

5.2.2	Entwicklungspotenzial.....	42
5.2.3	Entwicklungsskepsis.....	44
5.2.4	Organisationshandlungen.....	44
5.2.5	Verständnis.....	45
5.2.6	Ausbildungsprogramm.....	49
5.2.7	Voraussetzungen.....	50
5.2.8	Implementierungshindernisse.....	52
<b>6</b>	<b>Ergebnisdiskussion.....</b>	<b>54</b>
6.1	Organisations-/ Regionsspezifische Kategorien.....	54
6.1.1	Vergleich der Analyseergebnisse und der Kategorie Versorgungsbedarf.....	54
6.1.2	Entwicklungspotenzial.....	57
6.1.3	Entwicklungsskepsis.....	59
6.1.4	Organisationshandlungen.....	59
6.2	Allgemeine Kategorien.....	60
6.2.1	Verständnis.....	60
6.2.2	Ausbildungsprogramm.....	61
6.2.3	Voraussetzungen und Implementierungshindernisse.....	62
6.3	Limitationen.....	64
<b>7</b>	<b>Interventionsempfehlungen.....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>67</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>IX</b>
	<b>Anhangsverzeichnis.....</b>	<b>XXIV</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahr 2021 in Prozent.....	5
Abbildung 2:	Eigene Darstellung und deutsche Übersetzung des Public Health Intervention Wheels.....	11
Abbildung 3:	Die Schritte des PEPPA Frameworks.....	13
Abbildung 4:	Darstellung der Phasen des Forschungsprojektes in Britisch-Kolumbien.....	16
Abbildung 5:	Eigene Darstellung der Altersverteilung in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld in Prozent.....	28
Abbildung 6:	Marktplatz der Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld mit dem Obeliskenbrunnen im Vordergrund und dem Rathaus im Hintergrund.....	29
Abbildung 7:	Aufnahme von der Straße mit Blick auf die Stadtpfarrkirche Mariä Himmelfahrt.....	30
Abbildung 8:	Gradierpavillon im Kurpark von Bad Königshofen i. Grabfeld.....	30
Abbildung 9:	Marktplatz der Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld.....	31
Abbildung 10:	Hausärztliche Unterversorgung und freie Hausarztsitze im Jahr 2035 nach Kreisen.....	34
Abbildung 11:	Darstellung des Kategoriensystems mit Hauptkategorien und den untergliederten Subkategorien.....	37

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Darstellung der Stichprobenbeschreibung anhand der beruflichen Funktion.....	21
Tabelle 2:	Darstellung der festgelegten Analyseeinheiten der inhaltlich- strukturierenden Inhaltsanalyse.....	24
Tabelle 3:	Mortalitätsraten in Bad Königshofen im Vergleich zu Unterfranken und Bayern.....	35

## Abkürzungsverzeichnis

AGSG	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nursing oder Advanced Practice Nurse
CHN	Community Health Nursing oder Community Health Nurse
CNS	Clinical Nurse Specialist
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz
NP	Nurse Practitioner
PEPPA	Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice
PHIW	Public Health Intervention Wheel
VERAH	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis



# 1 Einleitung

Im Pflegereport 2022 wird die zukünftige Gewährleistung einer hohen qualitativen und bedarfsgerechten Pflegeversorgung betont (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber & Schwinger, 2022). Die konträren Entwicklungen der steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen und die sinkenden Zahlen der professionell Pflegenden (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022) implizieren neue Versorgungsmodelle und haben ein Umdenken in der Gesundheitsversorgung zur Folge. Seit mehr als dreißig Jahren befindet sich der Pflegeberuf in ständiger Veränderung und Neuorientierung (Kälble, 2017). Es ist anzunehmen, dass die Zahl der professionell Pflegenden mit Bachelor- oder Masterqualifikation im Zuge der Generalistik weiter steigen wird und sich dadurch neue Versorgungsmodelle implementieren lassen. Im akutstationären Setting entwickeln sich bereits vereinzelt Rollen, in denen Pflegeexperten APN mit einem Masterstudium erweiterte Tätigkeiten durchführen und in einem interdisziplinären Team arbeiten (Feuchtinger & Weidlich, 2022). Besonders ländliche Regionen werden zusätzlich mit Themen einer medizinischen Unterversorgung und Ambulantisierungsprozessen konfrontiert (Drossel, Pallauf & Seeberger, 2019; Nolting, Ochmann & Zich, 2021). Aus diesem Grund nehmen unterschiedliche Projekte und Modellverfahren im Gesundheitsbereich wie ALIA (Agil leben im Alter), Quartierspflege, Gemeindegeschwister Plus und Community Health Nursing zu (Kompetenzzentrum »Zukunft Alter«, 2022). In mehreren durch den Innovationsfonds geförderten Projekten nimmt die Pflegeprofession neue Rollen ein (Innovationsausschuss, o. Jahr). Büschner und Erdmann (2022) führten eine Studie zur Stärkung der Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum durch und forderten "Akteure und Personen mit ihrer Expertise und Kenntnis lokaler Gegebenheiten [bei der Einführung von Strukturen wie beispielsweise Community Health Nursing] einzubeziehen" (S. 229).

Die verschiedenen Projekte und Modellvorhaben sind Ansätze zur Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen. Aufgrund der Herausforderungen im ländlichen Bereich stellt sich schließlich die Frage, ob dort eine erweiterte Pflegepraxis im Rahmen der Gesundheitsversorgung sinnvoll ist und wie eine erweiterte Pflegepraxis aus Sicht relevanter Stakeholder gelingen kann. Zur Beantwortung dieser beiden Fragestellungen wird sich auf zwei Wegen angenähert. Zum einen beruht nach dem Positivismus Wissen auf wahrnehmbaren Befunden (Sandberg, 2017), weshalb die aktuelle Situation einer ländlichen Region im Rahmen des Public Health Intervention Wheels deskriptiv abgebildet wird. Zum anderen wird mittels Interviews im Sinne der phänomenologischen Hermeneutik das Erlebte und Gesagte der relevanten Stakeholder gedeutet (Eberle, 2022). Das PEPPA Framework, welches empfiehlt, Beteiligte bei der Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis miteinzubinden, dient hier als Grundlage. Am Ende werden die zwei Ansätze

zusammengeführt und die Ergebnisse miteinander verglichen. Es wird speziell die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld in den Fokus genommen. Ziel dieser Arbeit ist es, Empfehlungen zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region zu geben und spezifische Interventionsempfehlungen für diese Gemeinde zu formulieren.

## 2 Relevanz des Themas

Zunächst soll auf aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen und auf berufspolitische Entwicklungen im deutschsprachigen Raum eingegangen werden.

### 2.1 Aktuelle Herausforderungen

In den folgenden zwei Abschnitten werden die Entwicklungen im Gesundheitswesen und Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen sowie die damit verbundenen Herausforderungen beschrieben. In den Kapiteln 2.1.1, 2.1.2 befinden sich teilweise Inhalte aus einer unveröffentlichten Studienarbeit der Autorin (Dittmar, 2022).

#### 2.1.1 Entwicklungen im Gesundheitswesen

Ergebnisse der Bevölkerungsstatistik in Deutschland zeigen ein besonders starkes Wachstum der hochbetagten Menschen. Die Zahl der über 85-Jährigen (1991: 1,2 Millionen, 2021: 2,6 Millionen) ist stark gestiegen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023). Dies spiegelt sich auch bei der Pflegebedürftigkeit wider (Blüher, Stein, Schilling, Grittner & Kuhlmeier, 2021; Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016). In den letzten 20 Jahren hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen mehr als verdoppelt. Im Jahr 2021 waren 5,0 Millionen Menschen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Aufgrund des demografischen Wandels in Deutschland wird zukünftig eine stärkere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erwartet (Robert Koch-Institut, 2016).

Hinzu kommt, dass die Versorgung von erkrankten Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen sich als besonders komplex darstellt (Blüher et al., 2021; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017). In der Altersgruppe der über 75-Jährigen haben circa 78% mehr als eine Erkrankung (Robert Koch-Institut, 2016) und weisen häufigere Arztbesuche vor (Robert Koch-Institut, 2016; van den Bussche et al., 2013). Wird das stationäre Krankenhaussetting betrachtet, fällt auf, dass vor der Coronapandemie die Krankenhausfallzahlen gestiegen und gleichzeitig die Belegungstage gesunken sind (Böhm, 2021). Für das Pflegepersonal bedeutet das eine Arbeitsverdichtung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) beschreibt, dass in der Notfallversorgung harmlose Patientenbeschwerden spezialisierte Behandlungskapazitäten blockieren. Dies verursacht wiederum Unzufriedenheiten bei den zu versorgenden Personen und beim Personal. Die steigende Inanspruchnahme von Rettungsdiensten und Notaufnahmen führt zu langen Wartezeiten bei den zu versorgenden Personen und zu Personalüberlastungen im Gesundheitswesen. Ebenfalls werden

Versorgungsbrüche aufgrund von Schnittstellen aus stationären, ambulanten, rehabilitativen Bereichen sowie pflegerisch und ärztlichen Abteilungen beschrieben (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Sundmacher, Schüttig und Faisst (2015) konkretisierten diese Fehlanspruchnahme des Krankenhauses und berechneten, dass circa 20% der Krankenhausauffälle vermeidbar sind. Werden die als Notfall gekennzeichneten Krankenhausauffälle betrachtet, sind circa 8% vermeidbar. Sie beschreiben, dass 27% der Krankenhausauffälle ambulant-sensitive Diagnosen sind. Ambulant-sensitive Diagnosen sind Diagnosen, welche „durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierung vermieden werden können“ (Sundmacher et al., 2015, S. 1).

Neben der starken Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wird von einem pflegerischen Personalmangel berichtet. Laut Berechnungen wird der Mangel an professionell Pflegenden in der Pflege weiter steigen und bis zum Jahr 2035 schätzungsweise 500.000 Pflegefachfrauen und -männer benötigt werden. Gründe sind zum einen das immer älter werdende Pflegepersonal. Zum anderen die hohe Arbeitsbelastung und der Trend zur Teilzeitarbeit (Statista, 2022). Auch von ärztlicher Seite wird von einem Personalmangel ausgegangen, speziell in den ländlichen Regionen. Prognosen beschreiben, dass in den kommenden Jahren die hausärztliche Versorgung auf dem Land gefährdet ist. Viele Allgemeinmediziner scheidet in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben aus. Es wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2035 11.000 Hausarztstellen in Deutschland unbesetzt sind und somit fast der Hälfte der Landkreise eine Unterversorgung droht. Gründe sind zum einen die Bevorzugung von städtischen Regionen vom ärztlichen Nachwuchs. Zum anderen das hohe Alter der Ärzte und der in den kommenden Jahren damit verbundene Renteneintritt. Bis zum Jahr 2035 wird mehr als die Hälfte der Hausärzte (57%) altersbedingt in den Ruhestand gehen (Nolting et al., 2021).

Besonders ländliche Gebiete, die von Abwanderung und Strukturschwäche geprägt sind, sind von den beschriebenen Herausforderungen stark betroffen. In ländlichen Regionen wird für die Gesundheitsversorgung eine gewisse Mobilität vorausgesetzt, die im starken Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Teilhabe verbunden ist (Wilde, 2014).

### **2.1.2 Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen**

Nicht nur Personalveränderungen im Gesundheitswesen und Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems stellen aktuelle Herausforderungen dar. Auch die Bedürfnisse der Gesellschaft spielen eine bedeutende Rolle. Älteren Menschen sind Wohnen im eigenen, vertrauten Zuhause, als auch ein unabhängiges Leben wichtig (Heinze, 2017; Samsi & Manthorpe, 2011; Wilde, 2014). Allerdings schätzt die Mehrheit der 65- bis 85-

Jährigen ihre aktuelle Wohnsituationen nur teilweise als altersgerecht ein. Sie arrangieren sich aufgrund ihrer hohen Bindung zur Wohnung mit der Wohnsituation. Besonders von Bedeutung ist ihnen die Anbindung an die medizinische Versorgung (Heinze, 2017). Unerwartete Veränderungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wird von älteren Menschen mit Krankheit und Abhängigkeit in Verbindung gebracht (Fjell, Eriksen, Hermann, Boström & Cronfalk, 2021). Das älteren Menschen Unabhängigkeit wichtig ist, bestätigte eine Infratest-Umfrage im Auftrag der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung (2012). Sie erfasste das Ausmaß der Angst vor einer Pflegebedürftigkeit. Jede zweite Person in Deutschland würde bei entsprechendem Gesundheitszustand assistierten Suizid wünschen. Bei der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen war die Zustimmung (63%) zu assistiertem Suizid, um der Pflegebedürftigkeit zu entgehen, am höchsten (Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, 2012). Kurzum kann gefolgert werden, dass der Tod im Gegensatz zum Zustand der Pflegebedürftigkeit vorgezogen wird. Der Wunsch so lange wie möglich zuhause zu leben, spiegelt sich auch in der häuslichen Versorgung. In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass 84% der pflegebedürftigen Personen zu Hause versorgt werden. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen (63%) wird überwiegend von Angehörigen versorgt (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Mithilfe der Studie GEDA 2012 wurde hochgerechnet, dass es circa vier bis fünf Millionen informelle Pflegepersonen gibt. Die informelle Pflege übernehmen größtenteils Angehörige, Freunde und Nachbarn (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015).

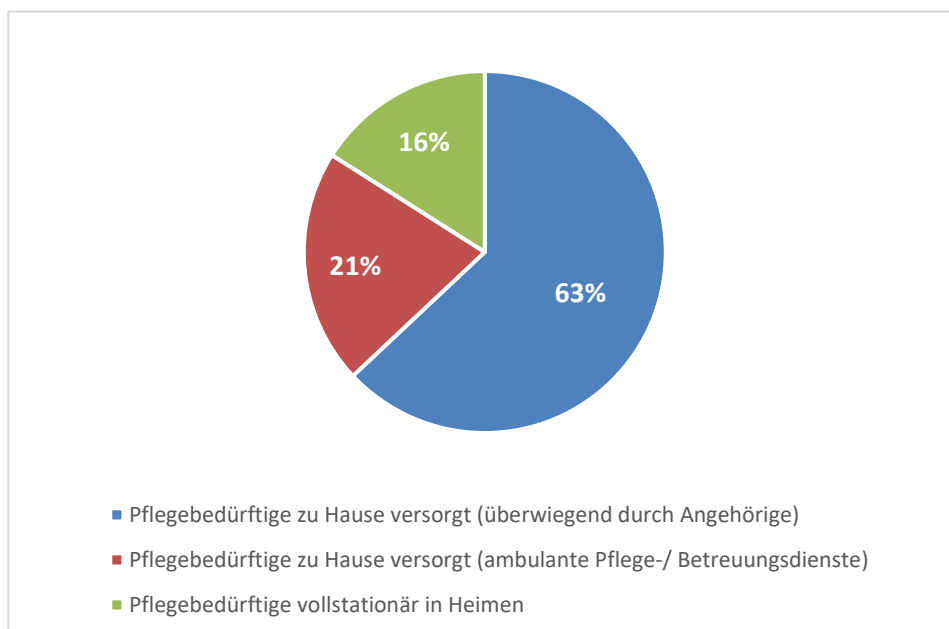


Abbildung 1. Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahr 2021 in Prozent, in Anlehnung an das Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022)

Pflegetätigkeiten werden größtenteils von den jüngeren Senioren (60- bis 64-Jährigen) übernommen (Nowossadeck et al., 2016). In Deutschland zeigt sich eine hohe Zustimmung und Verantwortung beim Thema Familienpflege (Kuhlmey, Suhr, Blüher & Dräger, 2013). Allerdings berichteten informell Pflegende häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Belastungen. Folglich wird der Gesundheitszustand von informell Pflegenden im Vergleich zum Gesundheitszustand von Nicht-Pflegenden als schlechter bewertet (Tuithof, ten Have, van Dorselaer & de Graaf, 2015; Wetzstein et al., 2015). Fast ein Viertel der informell Pflegenden fühlt sich nicht ausreichend unterstützt. Der Wunsch seitens Angehörigen nach mehr Unterstützung ist hoch. Die Einschätzung der Pflegesituation wird mit zunehmender Komplexität des Pflegefalls als schwierig beschrieben (Räker, Schwinger & Klauber, 2020). Betroffene bevorzugen bei pflegerischen Beratungen einen Ansprechpartner, der sie durchgängig und individuell in ihrer Situation begleitet. Sie wünschen sich gebündelte und verständliche Informationen sowie Beratungen, mittels derer ihre Handlungs- und Problemlösefähigkeiten gestärkt werden – kurzum ein umfassendes Fallmanagement und Kontinuität (Englert, Oetting-Roß & Büscher, 2018).

## 2.2 Berufspolitische Entwicklungen

Im deutschsprachigen Raum sollen zukünftig Grundsteine für den Bereich des Community Health Nursing gelegt und eine sektorübergreifende und qualitativ hohe pflegerische Versorgung politisch gefördert werden. Im Koalitionsvertrag beschreiben die Regierungsparteien folgendes Ziel für ihre Legislaturperiode 2021/2025: „Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen unter anderem das neue Berufsbild der ‚Community Health Nurse‘“ (Sozialdemokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & Freie Demokratische Partei, 2021, S. 64). Community Health Nurses können beispielsweise in sogenannten Gesundheitskiosken arbeiten. Diese plant die Bundesregierung weiter auszubauen, mit dem Ziel in benachteiligten Regionen eine bessere medizinische Versorgung zu gewährleisten (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Um einen Vorschlag für die Einführung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland zu geben, wurde von Verbänden in der Pflegebranche (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Verband der Schwesternschaften vom DRK, Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen, Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie) ein Positionspapier formuliert. Dieses Positionspapier orientiert sich an den Arbeiten der Agnes-Karll-Gesellschaft und der Robert Bosch Stiftung (Deutscher Pflegerat [DPR], 2022). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) beschäftigt sich schon seit einigen Jahren mit neuen Berufsentwicklungen in der Pflege – unter anderem Community Health Nursing. Seit fünf

Jahren gibt es in Deutschland das Projekt CHN, welches von der Agnes-Karll-Gesellschaft, vertreten durch dem DBfK und der Robert Bosch Stiftung durchgeführt wird. Als Vorbild dienen die international, längst etablierten Rollenbilder, "sogenannte Advanced Practice Nurses (APN) oder Nurse Practitioner (NP)" (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019, S. 14). Auslöser für die Entwicklung solcher Berufsbilder sind je nach Situationslage der demografische Wandel, Versorgungsdefizite, veränderte und schwerere Krankheitsbilder, Mangel an professionell Pflegenden und mangelndes Schnittstellenmanagement im Gesundheitssystem (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019; Schober & Affara, 2008).

Mittlerweile gibt es auch in Deutschland immer mehr pflegerische Studiengänge. Inzwischen werden sowohl Masterstudiengänge in Advanced Nursing Practice, als auch im Bereich des Community Health Nursing angeboten (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019; DBfK, 2019). Allerdings ist eine systematische Implementierung der erweiterten Pflegepraxis noch nicht erfolgt. Die Implementierung ist mit einigen Herausforderungen verbunden (Schmitt & Centgraf, 2022; Schuster & Wagner, 2020; Stephanow, 2019). In den Krankenhäusern entwickeln sich vereinzelt Rollenprofile APN, welche in den verschiedensten Fachbereichen in der direkten Patientenversorgung arbeiten, unterschiedliche Versorgungsbedarfe decken, als auch evidenzbasierte und sektorenübergreifende Pflege etablieren (Feuchtinger & Weidlich, 2022). Die Langzeitpflege oder der ambulante Bereich stellt aktuell noch kein Einsatzfeld dar (P. Ullmann & Fajardo, 2022).

Da eine erweiterte Pflegepraxis auch im deutschsprachigen Raum immer mehr an Bedeutung gewinnt und aufgrund der zukünftigen Herausforderungen der ländliche Raum ein mögliches Einsatzgebiet darstellt, stellt sich die Frage, ob die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region sinnvoll ist und wie diese aus Sicht relevanter Stakeholder gelingen kann.

### 3 Theoretischer Hintergrund

In den letzten Jahren haben sich mehrere Rollenbilder einer erweiterten Pflegepraxis entwickelt, weshalb im folgenden Abschnitt die verschiedenen Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit der erweiterten Pflegepraxis stehen, geklärt werden. Danach wird das Public Health Intervention Wheel beschrieben, welches als Grundlage dieser Arbeit dient. Da der Fokus auch auf der Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis liegt, wird anschließend das PEPPA Framework erläutert. Folglich wird auf ein Forschungsprojekt in Britisch-Kolumbien näher eingegangen, das insbesondere für den methodischen Teil bedeutend ist.

#### 3.1 Klärung der Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Advanced Nursing Practice

Die folgenden Definitionen orientieren sich an den Richtlinien vom International Council of Nurses (Schober et al., 2020), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK, 2019) und dem konzeptuellen Bezugsrahmen von Hamric (Schober & Affara, 2008). Die Begriffserklärungen vom Positionspapier des Deutschen Netzwerks APN & ANP (B. Ullmann & Ullmann, 2011) werden zum weiteren Verständnis ebenfalls zitiert.

Unter Advanced Nursing Practice (ANP) wird eine erweiterte und vertiefte Pflegepraxis verstanden, welche sich durch ein breites Spektrum an theoretischem und evidenzbasiertem Wissen auszeichnet. ANP erweitert den Praxisbereich der Pflege mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten und Angehörigen zu verbessern. ANP „beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Advanced Practice Nurse“ (Haynert, 2011, S. 40).

Advanced Practice Nursing (APN) wird als erweiterte Pflegeintervention gesehen. Die Pflegeinterventionen beeinflussen die Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung, die sich auf Einzelpersonen, Familien oder verschiedene Bevölkerungsgruppen beziehen. APN basiert auf einer akademischen Ausbildung und der Festlegung von zentralen Kernkompetenzen – „hervorragende Coaching- u. Führungsqualitäten; Fähigkeit, Konsultationen/Beratungen durchzuführen; Forschungsfertigkeiten; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen; Teamfähigkeit; klinische u. berufspolitische Führungsqualitäten“ (Schober & Affara, 2008, S. 58). APN „umfasst Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse und deren gesellschaftliche, berufliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen“ (P. Ullmann, 2011, S. 23).

Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine generalistisch ausgebildete oder spezialisierte Pflegefachfrau/-mann, welche durch einen Masterabschluss erweitertes Fachwissen erworben hat. Dieses Fachwissen zeichnet sich durch eine komplexe



Entscheidungsfindungsfähigkeit und die klinische Kompetenz für eine erweiterte Pflegepraxis aus. Sie „arbeitet am und mit dem Patienten, folglich in der direkten Pflege an der Basis. Ihre Rollen umfassen die Praktikerin, Expertin, Beraterin, Lehrerin, Forscherin, Leiterin und Vertreterin. Sie arbeitet als Spezialistin allein oder leitet Advanced Practice Nursing (APN) Teams“ (B. Ullmann & Ullmann, 2011, S. 33). Die beiden am häufigsten genannten APN-Rollen sind CNS (Clinical Nurse Specialist) und NP (Nurse Practitioners).

Community Health Nursing (CHN) wird als Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege verstanden. Sie ist ausgerichtet auf die Gesundheit der Gemeinschaft als Ganzes und deren Auswirkung auf die Gesundheit von Einzelpersonen, Familien und Gruppen (Köhlen & Friedemann, 2016). Besonders wichtig von Community Health Nursing sind die Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung und der Prävention in der „Community“. Mit dem Begriff Community wird eine Gruppe von Menschen gemeint, die etwas gemeinsam haben, wie beispielsweise die geografische Lage, Interessen oder Werte (Gibson & Thatcher, 2020). Da Community Health Nursing als Ausprägung von Advanced Practice Nursing gesehen wird, können Advanced Practice Nurses im Bereich des CHN eingesetzt werden.

Community Health Nurses (CHN) arbeiten in der gesundheitlichen Primärversorgung oder in kommunalen Zentren. Das zusätzliche Versorgungsangebot für Menschen mit besonderen Bedürfnissen, beispielsweise pflegende Angehörige und Personen mit chronischen Erkrankungen, geht über einen normalen Arztbesuch hinaus. Community Health Nurses arbeiten sehr eng mit der Sozialarbeit und medizinischen, therapeutischen und anderen Bereichen zusammen.

Folgende typische Tätigkeiten von CHN werden beschrieben:

- Klinisches Assessment (Anamnese und körperliche Untersuchung)
- Ersteinschätzung und Beratung.
- Gesundheitsförderung und -erhaltung
- Befähigung von Betroffenen (Selbstmanagementförderung) und Vermittlung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy)
- Koordination, Kooperation und Leadership (Steuerung der Versorgung)
- Bedarfserhebung (im Bereich Public Health)

(Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019, S. 9; Burgi & Igl, 2021a, S. 29–31)

Im internationalen Raum werden die verschiedenen Begriffe aus dem amerikanischen Raum wie die APN-Rollen CNS und NP (Schober et al., 2020), als auch die Begrifflichkeiten um Public Health, wie zum Beispiel Community-based Nursing, Community-oriented Nursing, Community Health Nursing und Public Health Nursing Practice, einzeln definiert (Stanhope &

Lancaster, 2020). Wird sich mit dem Thema intensiver beschäftigt, folgen weitere Begrifflichkeiten wie Family Nursing, Public Health Nurse Specialist und viele mehr. Die unterschiedlichen Begriffsdefinitionen und deren Übersetzung ins Deutsche können zu einer sprachlichen Verwirrung führen. Nicht alle Begriffe sind im deutschsprachigen Raum eingeführt. Jedoch kann behauptet werden, dass sich mittlerweile die Begriffe Advanced Practice Nursing und deren Spezialisierung Community Health Nursing etabliert haben – Siehe DBfK (2019). Weiterhin beschreiben Köhler und Friedemann (2016), dass die Begriffe Community Health Nursing und Public Health Nursing als Synonym verwendet werden. Folglich wird in dieser Arbeit nicht zwischen den beiden Begrifflichkeiten unterschieden.

### **3.2 Public Health Intervention Wheel**

Public Health Nursing ist eine Spezialisierung im Gesundheitswesen und richtet die Aufmerksamkeit auf die Bevölkerung. Das Public Health Intervention Wheel (PHIW) dient als Grundlage der Arbeit in Public Health und wird von verschiedenen Personen im Gesundheitswesen, besonders von professionell Pflegenden mit Spezialisierung Public Health, international genutzt (Anderson et al., 2018; Sumen & Oncel, 2016). Das PHIW beschreibt eine bevölkerungsbasierte Gesundheitspraxis und erklärt, wie die Bevölkerungsgesundheit durch Interventionen verbessert werden kann. Die ursprüngliche Version des PHIW wurde Mitte der 1990er Jahre mittels eines systematischen, wissenschaftlichen Prozesses von der Public Health Nursing Section des Gesundheitsministerium von Minnesota entwickelt (Keller, Strohschein, Lia-Hoagberg & Schaffer, 2004).

Das PHIW beruht auf zehn Annahmen, umfasst drei Praxisebenen – Individuum und Familie, Community, Systeme – und identifiziert 17 Interventionen (Schaffer, Brueshoff & Strohschein, 2020). Abbildung 2 zeigt das Interventionsrad mit den drei Praxisebenen, auf denen die Interventionen durchgeführt werden können. Die Interventionen, welche einen ähnlichen Schwerpunkt haben, sind anhand der farblichen Kennzeichnung erkennbar. Die Interventionen auf jeder Praxisebene tragen zum Gesamtziel der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit bei, weshalb es keine Hierarchieebene der Praxisebenen gibt (Schaffer et al., 2020).

Damit die Anwendung und der Hintergrund des PHIW verständlich wird, werden folgend die zehn Annahmen (1-10) laut Schaffer et al. (2020) aufgeführt. Die Praxis von Public Health Nursing erfordert Kenntnisse und Fähigkeiten aus den Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Bereich Public Health (1) und konzentriert sich auf die Bevölkerung (2). Dabei werden sogenannte Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt (3). Gesundheitsdeterminanten sind Faktoren, die den Gesundheitszustand über den gesamten

Lebenszyklus beeinflussen, wie zum Beispiel Einkommen, Bildung und Wohnen. Bei der Durchführung des PHIW werden Prioritäten gesetzt (4). Somit haben einzelne Themen, die durch die Bewertung der Bevölkerungsgesundheit identifiziert wurden, Vorrang, wobei der Fokus auf die Prävention liegt (5). Anwendende des PHIW intervenieren auf allen drei Praxisebenen (6), nutzen den Pflegeprozess (Assessment, Diagnose, Planung, Implementierung, Evaluation) auf allen drei Praxisebenen (7) und verwenden mehrere Interventionen unabhängig vom Praxissetting (8).

## Public Health Interventionen

(bevölkerungsbezogen)

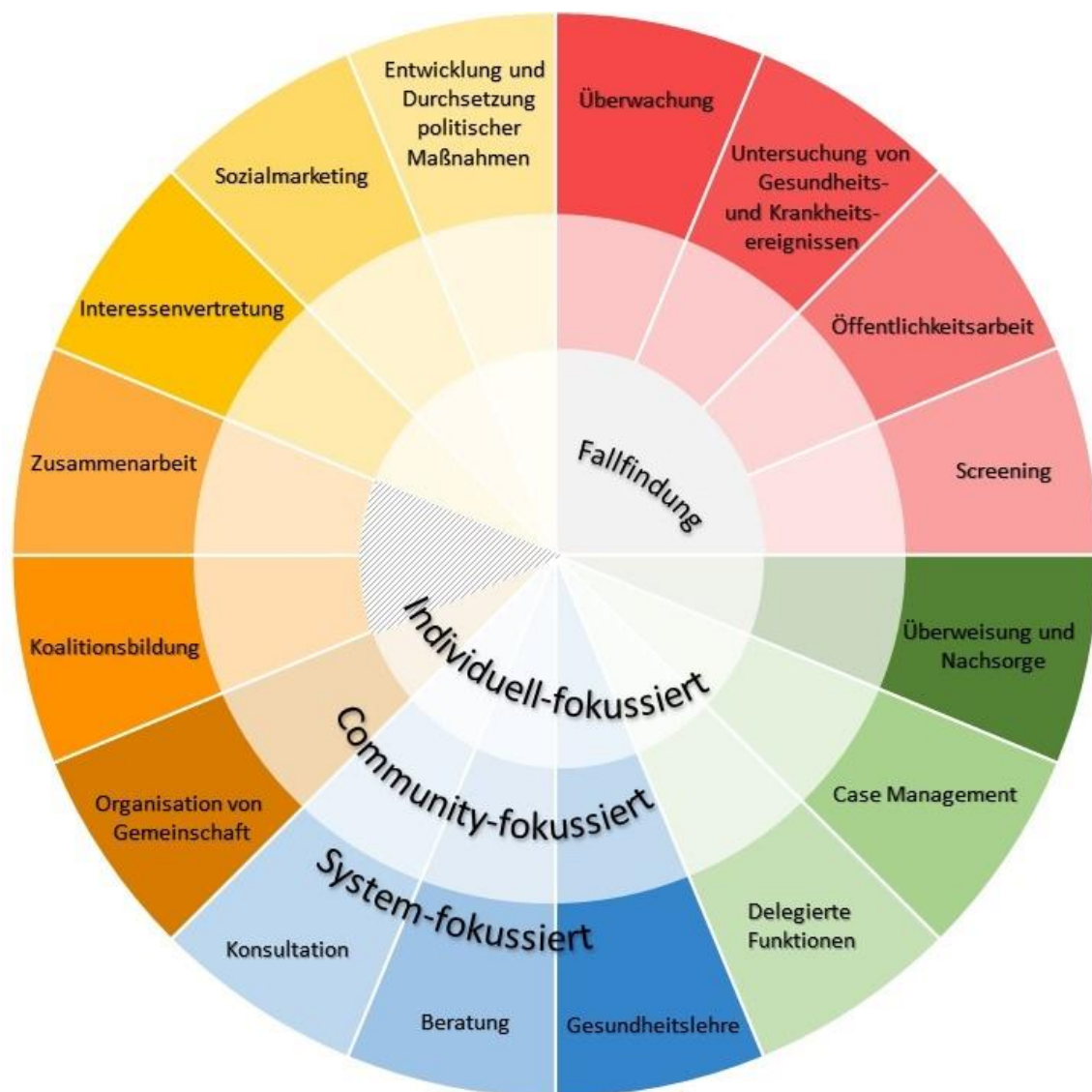


Abbildung 2. Eigene Darstellung und deutsche Übersetzung des Public Health Intervention Wheels, in Anlehnung an Keller, Strohschein, Lia-Hoagberg und Schaffer (2005, S. 455); Schaffer, Brueshoff und Strohschein (2020, S. 232).

Die Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege trägt zur Verwirklichung von wesentlichen Dienstleistungen bei (9) und beruht auf einer Reihe von Werten und Überzeugungen (10), beispielsweise der sozialen Gerechtigkeit, Fürsorge und Ganzheitlichkeit.

Die Bewertung der Bevölkerungsgesundheit ist eine Kernfunktion von Public Health und kann anhand der Schritte des Community Assessment Model durchgeführt werden. Dieser ist vergleichbar mit dem Pflegeprozess. Im Community Assessment Model wird zu Beginn die auserwählte Region definiert und beschrieben. Anschließend werden Daten zur Bevölkerung und zu Gesundheitszuständen und -strukturen gesammelt. Das gesamte Material wird analysiert, worauf eine Planung und Implementation von Interventionen erfolgt. Im Anschluss werden diese Interventionen evaluiert (Gibson & Tatcher, 2020). Die Einbeziehung der Community-Mitglieder ist zum einen bedeutend für den Datenerhebungsprozess, zum anderen stellt diese sicher, dass die gesammelten Daten auch für die entsprechende Bevölkerung relevant sind. Gibson und Thatcher (2020) beschreiben, dass die Zusammenarbeit mit Community-Mitgliedern ein Schlüsselement für eine erfolgreiche Intervention oder ein erfolgreiches Gesundheitsprogramm ist.

### **3.3 PEPPA Framework**

Das PEPPA Framework ist ein international anerkannter Prozess, welcher speziell für die Rollenentwicklung von ANP ausgerichtet ist. Er wird in den verschiedensten Ländern als Bezugsrahmen für die Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis genutzt (Boyko, Carter & Bryant-Lukosius, 2016). Die Abkürzung PEPPA steht für "participatory, evidence-based, patient-centred process for ANP role development, implementation and evaluation" (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Wie der Name schon sagt, kann er als Grundlage für eine ANP-Rollenentwicklung, Implementierung und Evaluation gesehen werden. Der Prozess besteht aus neun Schritten, die in Abbildung 3 zu sehen sind. Die Prozessschritte werden auf die jeweilige Situation übertragen und helfen ein neues Versorgungsmodell zu entwickeln und umzusetzen. Das PEPPA Framework zeichnet sich dadurch aus, dass es ziel- und ergebnisorientiert ist und eine langfristige Einbindung von Rollen in der erweiterten Pflegepraxis beabsichtigt. Es ist Basis für eine Evaluation und gewährleistet somit eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Zusätzlich wurde das Framework durch PEPPA Plus erweitert. PEPPA Plus ermöglicht eine Bewertung der erweiterten Pflegepraxis auf verschiedenen Ebenen (Struktur, Prozess, Ergebnis), von verschiedenen Perspektiven (Patienten, Ausführende, Führungspersonen) und in den verschiedenen Phasen (Einführung, Durchführung, langfristige Nachhaltigkeit) (Bryant-Lukosius et al., 2016).

Die Prinzipien der partizipativen Aktionsforschung bildeten die Grundlage für das PEPPA Framework, weshalb es Stakeholder aktiv miteinbindet und die Rollenentwicklung gemeinschaftlich stattfindet. Somit sind die Teilnahme an Reflektionen, kollektives Handeln und wertschätzender Umgang gegenüber allen Beteiligten Grundvoraussetzung (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004).

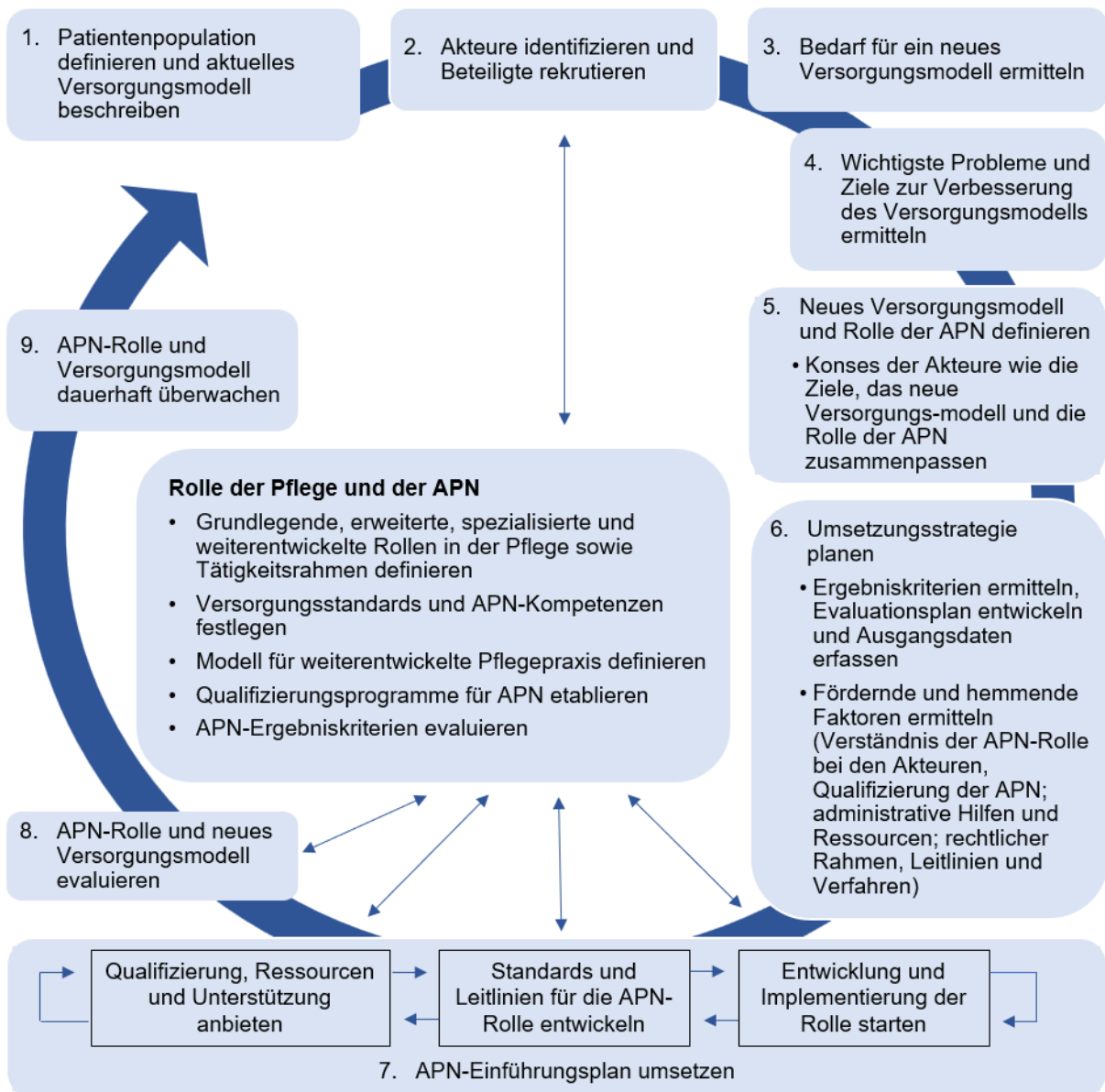


Abbildung 3. Die Schritte des PEPPA Frameworks (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004, S. 532), in Anlehnung an der deutschen Übersetzung von Feuchtinger (2014, S.13)

Folgend werden die Schritte des PEPPA Frameworks näher beschrieben. Aufgrund der besonderen Bedeutung für das empirische Vorgehen wird auf den zweiten Schritt intensiver eingegangen. Die Beschreibungen orientieren sich an der Veröffentlichung von Bryant-Lukosius und Dicenso (2004).

Im ersten Schritt des PEPPA Frameworks wird eine Patientengruppe identifiziert und das aktuelle Versorgungsmodell beschrieben. Hier wird überlegt, welche Patientenpopulation für die erweiterte Pflegepraxis in Frage kommt und wie diese aktuell versorgt wird.

Anschließend werden sogenannte Stakeholder identifiziert und rekrutiert (zweiter Schritt). Stakeholder sind Personen, die an der Rollenentwicklung beteiligt sind. Sie können beispielsweise zu versorgende Personen und deren Angehörige, Interessengruppen, Gesundheitsorganisationen, ein pflegerisches oder ärztliches Team und Berufsverbände sein. Die Stakeholder können verschiedene Interessen und unterschiedliche Erwartungen haben. Dabei repräsentieren sie verschiedene Interessengruppen, die bei der Entwicklung eines Versorgungsmodells betroffen sein können. Stakeholder haben unterschiedlichen Einfluss auf die Rollenentwicklung. Hierbei ist eine gemeinsame Zieldefinition erforderlich, wobei die Versorgungsverbesserung im Vordergrund steht. Bei der Rollenentwicklung findet ein Paradigmenwechsel von traditionellen, medizinischen Ansichten zu einem patientenorientierten, ganzheitlichen Ansatz, der den Fokus auf die Gesundheitsförderung legt, statt. Für diesen Paradigmenwechsel ist es notwendig, dass Stakeholder ihre Meinung äußern können und in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Da einige Stakeholder gegebenenfalls keine Erfahrung mit der erweiterten Pflegepraxis haben, ermöglicht der Einbezug dieser, die Beteiligten über ihre Rolle aufzuklären.

Im dritten Schritt des Frameworks wird der Bedarf für ein neues Versorgungsmodell ermittelt. Mit den vorher identifizierten Stakeholdern soll eine Bedarfsanalyse erstellt werden, welche Versorgungslücken aufdeckt. Folgend werden vorrangige Probleme bestimmt und Ziele zur Verbesserung des aktuellen Versorgungsmodells beschrieben (vierter Schritt). Es wird überlegt, welcher Schwerpunkt die erweiterte Pflegepraxis haben soll. Ebenfalls werden Ziele formuliert, mit denen alle Beteiligten sich identifizieren können. Diese Ziele stellen zusätzlich die Basis zur Bewertung des neuen Versorgungsmodells dar. Nachdem Probleme und Ziele formuliert sind, wird im fünften Schritt das neue Versorgungsmodell beschrieben. Hier wird auch die Rolle der APN definiert und überlegt, welche Maßnahmen benötigt werden, um das Ziel zu erreichen. Für alle beteiligten Personen ist dieser Schritt wichtig, um Verwirrungen bezüglich der APN-Rolle zu vermeiden und Klarheiten zu Verantwortlichkeiten zu schaffen.

Danach wird eine Strategie zur Umsetzung geplant (sechster Schritt). Bei der Umsetzungsplanung wird überlegt, wie die erweiterte Pflegepraxis im Verlauf evaluiert werden kann. Ebenfalls werden fördernde und hemmende Faktoren beschrieben, sowie Strategien diesbezüglich entwickelt. Auch Unterstützungsangebote, welche für eine Implementierung hilfreich und notwendig sind, werden identifiziert. Schließlich wird im siebten Schritt die erweiterte Pflegepraxis umgesetzt. Bei der Implementierung werden Prozesse verändert und neue Verfahren eingeführt. Die Implementierung dauert in der Regel drei bis fünf Jahre. Folgend wird das Versorgungsmodell regelmäßig evaluiert, um frühzeitig Problematiken zu

erkennen und gegebenenfalls Anpassungen durchzuführen (achter Schritt). Unterstützend können Modelle wie das PEPPA Plus sein, das für die verschiedensten Situationen eine Evaluation ermöglicht. Im neunten und letzten Schritt findet eine langfristige Überwachung des Versorgungsmodells statt. Diese erfolgt jährlich und ist für eine ständige Weiterentwicklung notwendig. Besonders in sich verändernden Strukturen, wie es im Gesundheitswesen der Fall ist, ist dieser Schritt von Bedeutung.

Da der Einbezug der Beteiligten bei den unterschiedlichen Schritten immer wieder eine Rolle spielt, wird im Rahmen dieser Masterarbeit versucht, die Fragestellung durch Einbindung sogenannter Stakeholder zu beantworten. Somit können Einschätzungen und Haltungen von Stakeholdern zum Thema erweiterte Pflegepraxis im ländlichen Setting berücksichtigt werden.

### **3.4 Forschungsprojekt in Britisch-Kolumbien**

Seit 1960 entwickeln sich in Kanada Rollen in der erweiterten Pflegepraxis. Gesundheitliche Strukturen wurden von der Regierung gestärkt (Lehmann, Schaepe, Wulff & Ewers, 2019). Das folgend beschriebene Forschungsprojekt förderte die Entscheidungsfindung und die Strategieentwicklung bezüglich neuer Rollen in der Pflege, sowie Modelle der Leistungserbringung in Britisch-Kolumbien (Kanada). Die kommenden Informationen des Projektes entstammen aus dem Forschungsbericht von Schreiber et al. (2003).

In Britisch-Kolumbien können registrierte Pflegefachfrauen/-männer in zwei Bereichen der erweiterten Pflegepraxis tätig sein – CNS und NP. Im Rahmen von Pilotprojekten konnten professionell Pflegende eine erweiterte Pflegepraxis in kommunalen Gesundheitszentren ausüben. Ein unterschiedliches Verständnis einer erweiterten Pflegepraxis innerhalb sowie außerhalb der Berufsgruppe erschwerte den Ministerien den Bedarf des Gesundheitssystems bezogen auf eine erweiterte Pflegepraxis einzuschätzen, als auch Strategien für die Umsetzung zu entwickeln. Aus diesem Grund wurde das Forschungsprojekt gestartet. Ziel war es, Angaben für eine Entscheidungsfindung zu geben und Daten für eine politische Ausrichtung bezüglich neuer Rollenentwicklungen in der Gesundheitspflege/ Modelle der Leistungserbringung zu erhalten. Als Rahmen wurde der „Advanced Nursing Practice: A National Framework“, der Canadian Nurses Association, genutzt. Das Forschungsprojekt bestand aus drei Phasen. Die drei Phasen und die damit verbundene Zielsetzung sind in Abbildung 4 dargestellt.

In Phase I wurde die aktuelle Situation, das Verständnis und der Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis in Britisch-Kolumbien untersucht. Das Vorgehen der Phase I lässt sich in vier Schritte gliedern. In den Schritten eins bis drei gaben professionell Pflegende, welche sich selbst als Pflegeexperten bezeichneten oder Pflegende, die die Voraussetzung einer

erweiterten Pflegepraxis erfüllen, ihre Meinung in E-Mails- und Telefonumfragen sowie in Fokusgruppen ab. Im vierten Schritt wurde die Meinung von Arbeitgebern, Personalverantwortlichen und Personen in Leitungsfunktionen durch eine Umfrage per E-Mail eingeholt.

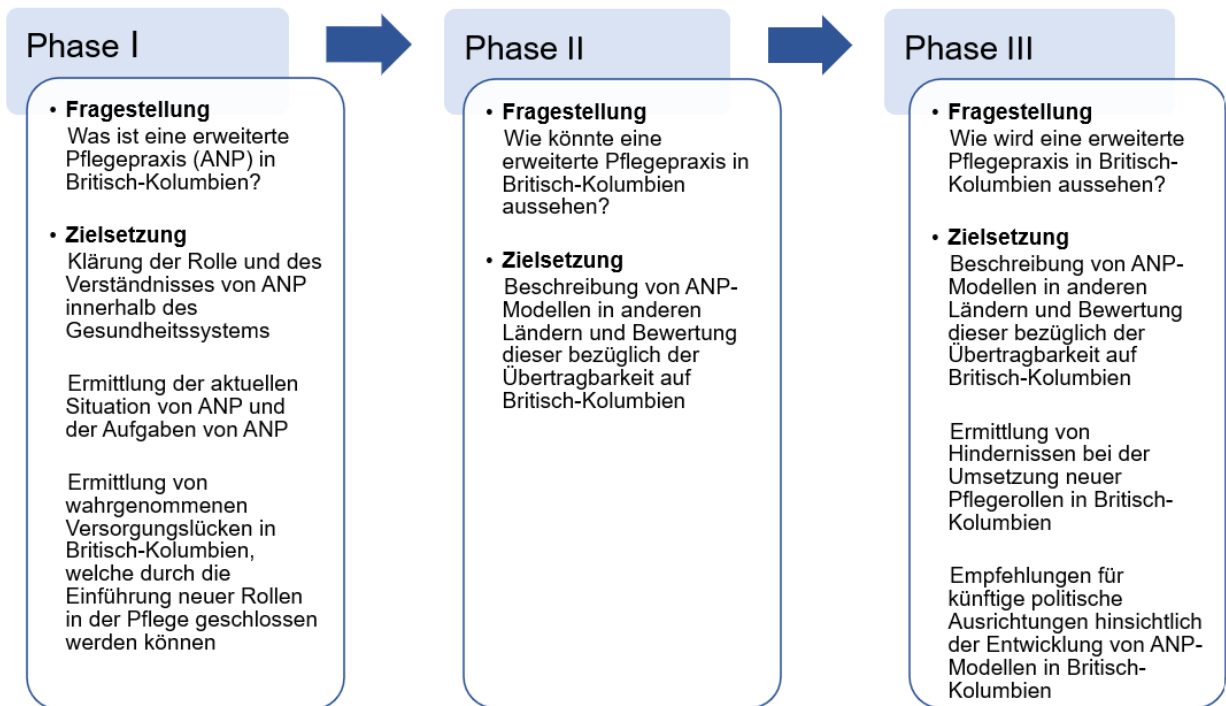


Abbildung 4. Darstellung der Phasen des Forschungsprojektes in British-Kolumbien, in Anlehnung an Schreiber et al. (2003, S. 5)

In Phase II wurde ermittelt, welche Rollenentwicklungen realisiert werden können („what could be“). Um eine ausreichende Auswahl verschiedener Modelle von ANP-Rollen zu untersuchen, wurden zu den schon bestehenden Modellen weitere fünf ANP-Modelle in den Standorten Ontario und Washington umgesetzt. Für die Datenerhebung fanden Einzelinterviews, Hospitationen, Beobachtungen und Dokumentenprüfungen statt. In der letzten Phase III ermittelten die Forschenden welche ANP-Entwicklungen in British-Kolumbien wünschenswert sind („what should be“). Für diese Studie nahmen verschiedenste Akteure (Personen aus dem pflegerischen, medizinischen, wissenschaftlichen Bereich, Arbeitgeber, politische Institutionen und weitere Dienstleister im Gesundheitssystem) an einem zweitägigen Think Tank teil. Das Forschungsprojekt kam zum Ergebnis, dass Rollenumsetzungen einer erweiterten Pflegepraxis schwierig sind und sich währenddessen einige Herausforderungen ergeben. Letztendlich konnten sie mithilfe dieser Ergebnisse Empfehlungen für eine politische Ausrichtung in British-Kolumbien geben.



## 4 Methodik

In dieser Arbeit soll herausgefunden werden, ob die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis im Rahmen der Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region sinnvoll ist und wie diese aus Sicht relevanten Stakeholder gelingen kann. Ziel ist es, Empfehlungen zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region sowie spezifische Interventionen für die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld abzuleiten. In diesem Abschnitt werden die Methodenauswahl und die Vorgehensweise, um dieses Ziel zu erreichen, genauer beschrieben.

- 1) Zu Beginn wird sich ein Überblick über die aktuelle Literatur gemacht. Hierfür wird eine orientierte Literaturrecherche durchgeführt. Fokus der Recherche sind allgemeine Empfehlungen sowie der Nutzen einer erweiterten Pflegepraxis im ländlichen Setting in Deutschland.
- 2) Danach wird im Rahmen des PHIW eine Analyse einer ländlichen Region mittels des Community Assessment Modells durchgeführt. Es wird speziell die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld beschrieben und eine Bestandsaufnahme durchgeführt, um den Zustand der Gesundheitsversorgung zu ermitteln und zu analysieren.
- 3) Um die Sichtweise der relevanten Stakeholder herauszufinden, ob ein Bedarf, gegebenenfalls welcher Bedarf gesehen wird und wie die erweiterte Pflegepraxis gelingen kann, wird diesbezüglich eine empirische Erhebung durchgeführt.

In der eingangs durchgeführten Literaturrecherche zeigt sich, dass es im deutschsprachigen Raum zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis im ländlichen Setting und speziell in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld noch keine vergleichbaren Studien gibt. Aus diesem Grund wurde ein qualitatives Design gewählt. Als geeignete empirische Methode erweist sich die mündliche Befragung in Form von Interviews mit explorativem Charakter. Bei mündlichen Befragungen handelt es sich um ein Verfahren, in dem Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen von Einzelpersonen oder Gruppen herausgefunden werden (Mayer, Panfil & Brandenburg, 2018). Der explorative Charakter wurde gewählt, da es sich um ein bislang ungenügend erforschtes Thema und somit um eine Forschungslücke handelt (Döring & Bortz, 2016b).

- 4) Am Ende werden die Ergebnisse der Analyse und der Interviews miteinander verglichen und interpretiert, um Interventionen mittels dem PHIW, sowie Empfehlungen für die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld abzuleiten.

## 4.1 Literatúrauswahl

Für die theoretische Aufarbeitung wurde eine orientierte Literaturrecherche zum Thema erweiterte Pflegepraxis im ländlichen Setting durchgeführt. Es wurde in den allgemeinen Datenbanken wie Google Scholar und in spezifischen pflegerischen Datenbanken wie CINAHL, CareLit und PubMed recherchiert. Die Literatur wurde eingegrenzt, indem ausschließlich Texte in englischer oder deutscher Sprache eingeschlossen wurden. Ebenfalls wurde Literatur verwendet, welche in den letzten zehn Jahren (2012 – 2022) veröffentlicht wurde. Es wurden Suchbegriffe in verschiedenen Kombinationen zusammen mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ und Trunkierungen verwendet. In den Datenbanken wurde mit folgenden Schlagwörtern recherchiert: advanced practice nursing, advanced nursing practice, community health nursing, public health nursing, germany, german, community, rural areas, rural communities, useful, necessity, importance. Ebenfalls wurden deutsche Schlagwörter genutzt: Pflegeexperten, APN, erweiterte Pflegepraxis, Nutzen, ländliche Region.

## 4.2 Community Assessment Model

Zur systematischen Analyse der ländlichen Region, in diesem Falle der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld, wurde das Community Assessment Model (Gibson & Thatcher, 2020) angewendet. Anhand der ersten Schritte des Community Assessment Models (siehe Kapitel 3.2) wurden Daten gesammelt und die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld beschrieben.

Im Community Assessment Model werden Hintergrundinformationen, geografische Daten, Informationen zur Gesamtbevölkerung gesammelt. Auch das sogenannte Windshield Survey wird genutzt. Beim Windshield Survey begibt sich die Person, die Daten sammelt, in die Örtlichkeiten und bekommt somit einen ersten Einblick. Es kann der erste Schritt sein, um einen Gesamteindruck über die Gemeinde zu bekommen und Daten zu generieren. Ebenfalls soll es einen kurzen Überblick über die Bevölkerung geben (Stanhope & Lancaster, 2020). Danach wurden Daten zu Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie Vitalstatistiken und Vergleichsdaten im Gesundheitswesen zusammengetragen. Hierfür wurden Informationen vom Bayerischen Landesamt für Statistik, des Seniorenratgebers (Landratsamt Rhön-Grabfeld, Fachstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung, 2021), als auch Informationen, die in den allgemeinen Suchmaschinen zu finden sind, genutzt. Es wurden generelle Informationen zu regionaler Verteilung und Altersstrukturen von Ärzten genutzt, da eine Unterstützung der kassenärztlichen Vereinigung in Bayern aufgrund fehlender Ressourcen abgelehnt wurde. Bei der Datensammlung wurde versucht sich auf die Region Bad Königshofen i. Grabfeld zu beziehen. Da jedoch auch Versorgungsstrukturen im

gesamten Landkreis Rhön-Grabfeld von Bedeutung sind und Daten der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld lediglich geringe Fallzahlen aufweisen, wurde teilweise auf Daten des kompletten Landkreises Rhön-Grabfeld Bezug genommen.

### 4.3 Vorgehensweise der empirischen Erhebung

Um die Sichtweise relevanter Stakeholder herauszufinden und Beteiligte bei der Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis zu integrieren, wurde sich für ein Interviewverfahren entschieden. Das Vorgehen der empirischen Erhebung soll folgend näher beschrieben werden.

#### 4.3.1 Das Leitfaden-Interview als Interviewverfahren

Die Befragung ist die häufigste eingesetzte Methode, um Daten zu erheben (Döring & Bortz, 2016a). Das Interview ist eine Form der mündlichen Befragung und kann sowohl strukturiert, halbstrukturiert als auch offen gestaltet sein. Vorteil des Interviews als Methode ist, dass die Probanden zur Teilnahme zugestimmt haben. Somit kann mit einer erhöhten Bereitschaft zur Beantwortung der Fragen gerechnet werden. Ebenfalls können die Teilnehmenden bei aufkommenden Unklarheiten im Interview Fragen stellen. Woraufhin der Interviewende bei Bedarf nähere Erklärungen geben kann. Ein weiterer positiver Aspekt des Interviews ist, dass durch persönliche Gespräche weitere Informationen erhoben werden können. Der persönliche Kontakt kann Daten zum Verlauf und zur Gesprächssituation, sowie zur Mimik und Gestik der Probanden geben. Besonders entscheidend ist die Interaktion zwischen Interviewenden und Interviewten. Ziel ist es, dass die interviewte Person motiviert ist und wahrheitsgemäß sowie ausführlich auf die Fragen antwortet, weshalb der Intervieweinstieg von besonderer Bedeutung ist (Mayer et al., 2018).

Für die Forschungsarbeit wurde ein halbstrukturiertes, beziehungsweise teilstrukturiertes Interview ausgewählt. Bei dieser Art der Interviewtechnik ist ein Interviewleitfaden vorhanden (Döring & Bortz, 2016a; Mayer et al., 2018). Das **Leitfaden-Interview** ist durch einen Fragenkatalog gekennzeichnet – anders als beim unstrukturierten Interview. Im Vergleich zum vollstrukturierten Interview sind jedoch keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die interviewten Personen antworten somit auf offene Fragen. In einem Leitfaden-Interview wird auch dem Interviewenden mehr Freiheit gegeben, zum Beispiel bezüglich der Reihenfolge der Fragen (Döring & Bortz, 2016a). Der für die empirische Erhebung erstellte Leitfaden wird im Kapitel 4.2.3 erläutert.

Es wurde sich für die Form von mündlichen Einzelinterviews entschieden. Die Einzelinterviews finden im persönlichen Kontakt – Face-to-Face – statt. Dieses Vorgehen ist

bei qualitativen Interviews bezüglich der Schaffung einer entspannten Atmosphäre und der Gewinnung von Hintergrundinformationen relevant (Döring & Bortz, 2016a).

In dieser Arbeit kann als Interviewverfahren, neben dem Leitfaden-Interview, das Experteninterview gesehen werden. Bei den Interviewten hat die persönliche Biografie weniger Bedeutung und die Akteure fungieren in der Situation, warum sie befragt werden, als Experten. Allerdings ist die Definition Experte/ Expertin umstritten (Mey & Mruck, 2010). Laut Bogner, Littig und Menz (2014) zeichnen sich Experten durch ein spezielles Wissen aus, welches bezogen auf die Forschungsfrage von Bedeutung ist. Das Expertenwissen kann als „strukturelles Fachwissen“ und als "Praxis- und Handlungswissen“ beschrieben werden (Döring & Bortz, 2016a, S. 275). Die Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit fungieren aufgrund ihrer beruflichen Funktion als Experten.

### **4.3.2 Stichprobe und Rekrutierung**

Es wurde sich, wie im qualitativen Ansatz typisch, für eine gezielte Stichprobe entschieden. Das heißt, dass die Studienteilnehmenden entsprechend der Forschungsfrage gezielt ausgewählt wurden. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand mittels theoretischen Sampling statt, also während der Datenerhebung und Datenauswertung (Döring & Bortz, 2016d). Zum einen wurde vorab nicht festgelegt, wie viele Personen interviewt werden und die Einbeziehung neuer Teilnehmenden beendet, wenn angenommen wird, dass kein neuer Wissenserwerb stattfindet (Schreier, 2010). Allerdings wird hier die Masterarbeit als Rahmen berücksichtigt. Zum anderen wurde offengehalten, wer in der Forschungsarbeit miteingeschlossen wird. Es wurde – vergleichbar mit einem qualitativen Stichprobenplan – das Merkmal Interessengruppe definiert. Wie Bryant-Lukosius und Dicenso (2004) beschreiben, kann eine erweiterte Pflegepraxis sowohl mit medizinischer als auch mit pflegerischer Ausrichtung entwickelt werden. Unabhängig davon spielt bei der erweiterten Pflegepraxis die Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team eine Rolle (Schober & Affara, 2008). Aus diesem Grund wurden in der empirischen Erhebung folgende Interessengruppen abgedeckt: ambulanter Pflegedienst, Hausarztpraxis und Leistungserbringer im Gesundheitswesen/ politische Institution (siehe Tabelle 1). Ebenfalls wurde berücksichtigt, dass nicht ausschließlich Personen mit übergeordneten Aufgaben wie beispielsweise dem Managementbereich, sondern auch Personen, welche in der direkten Patientenversorgung tätig sind, teilnehmen.

Tabelle 1.

*Darstellung der Stichprobenbeschreibung anhand der beruflichen Funktion*

Ambulanter Pflegedienst	Hausarztpraxis	Politische Institution, sonstige Gesundheitsdienstleister
Pflegefachfrau/-mann (1)	Allgemeinmediziner/in (1)	Politisch tätige Person in der Region
Pflegefachfrau/-mann (2)	Allgemeinmediziner/in (2)	Person des oberen Managements eines MVZ
		Person des oberen Managements eines Pflegestützpunktes

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch gezielte Kontaktaufnahme mittels eines Telefonats, des E-Mail-Verkehrs oder eines kurzen persönlichen Gesprächs. Mithilfe der Einverständniserklärung (siehe Anhang A) wurden sie zusätzlich schriftlich vorab über das Vorhaben aufgeklärt und konnten dem Interview einwilligen. Im Positionspapier vom Deutschen Netzwerk APN & ANP (P. Ullmann et al., 2011) sind die Begrifflichkeiten der erweiterten Pflegepraxis für den Normalbürger, der sich noch nicht mit diesem Thema intensiv beschäftigt hat, sehr vereinfacht und verständlich beschrieben. Aus diesem Grund wurde in der Einverständniserklärung, die in dem Positionspapier zu findende Definition verwendet. Als Dankeschön zur Teilnahme wurde ein kleines Präsent gestellt.

Für die Rekrutierung von Pflegefachfrauen/-männern im ambulanten Bereich wurden zunächst die zwei Pflegedienste angefragt, welche die meisten Personen versorgen. Bei den Hausärzten wurden sowohl Ärzte einer Einzelpraxis als auch einer Gemeinschaftspraxis angefragt. Die Auswahl erfolgte gezielt aufgrund deren Leistungsspektren, welche in der Facharztsuche der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2022) zu finden waren. Zwei Hausarztpraxen sagten der Teilnahme zum Interview ab.

Letztendlich haben an der empirischen Erhebung insgesamt 7 Personen (n=7), davon vier Frauen und drei Männer, teilgenommen. Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 31 und 56 Jahre alt. Sie konnten alle mehrjährige Berufserfahrung in ihrer Tätigkeit nachweisen. Die Teilnehmenden aus dem ambulanten Bereich absolvierten eine Ausbildung zur Altenpflege und unterschiedliche Weiterbildungen beispielsweise zur Praxisanleitung und zur Stationsleitung. Zwei Interviewte aus der Interessengruppe sonstige Dienstleister wiesen ebenfalls eine pflegerische Ausbildung und Weiterbildungen sowie ein Studium im Managementbereich vor. Beide Teilnehmenden aus dem Bereich Hausarztpraxis

führten regelmäßig Hausbesuche durch, wobei in einer Arztpraxis zusätzlich Medizinische Fachangestellte mit spezieller Weiterbildung (nichtärztlichen Praxisassistenten [NäPA] und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis [VERAH]) im Einsatz waren.

### 4.3.3 Leitfaden

Der Interviewleitfaden orientiert sich am Ablauf des qualitativen Interviews nach Döring und Bortz (2016a) und besteht aus offenen Fragen. Der Leitfragenkatalog, welcher für die Masterarbeit erstellt wurde, ist im Anhang B zu sehen. Die Leitfragen generieren sich aus dem Forschungsprojekt von Schreiber et al. (2003) und orientieren sich am Fragebogen der Phase 1 – Schritt 4 (Schreiber et al., 2001). Dieser Fragebogen ist im APN Data Collection Toolkit (APN, 2022) zu finden. Er wurde zur Untersuchung der Wahrnehmung von Arbeitgebern bezüglich einer erweiterten Pflegepraxis in Britisch-Kolumbien entwickelt. Der Bogen gliedert sich in Serie A und Serie B. Somit enthält er Fragen für Pflegefachfrauen/-männer und Organisationen, in denen professionell Pflegende in Rollen einer erweiterten Pflegepraxis arbeiten (Serie A), und für solche, in denen keine APN-Rollen etabliert sind (Serie B). Das Besondere an diesem Fragebogen ist, dass der Interviewende je nach Antwortmöglichkeit /ja /nein zu einer fortführenden, offenen Frage weitergeleitet wird.

Da der ursprüngliche Fragebogen in englischer Sprache ist, wurde er in das Deutsche übersetzt und an den deutschsprachigen Kontext angepasst. Als Verfahren wurde der Team-Ansatz, beziehungsweise die „TRA“-Methode genutzt. Die Buchstaben stehen für Translation, Review und Adjudication (European Social Survey, 2014, 2018). Diese Methode ist ein Prozess der Übersetzung, indem mehrere Personen mit unterschiedlicher Qualifikation beteiligt sind. Zunächst wird der Fragebogen unabhängig übersetzt und anschließend diskutiert. Am Ende werden Unklarheiten geklärt und der endgültige Fragebogen erstellt. Der Vorteil an diesem Verfahren ist, dass kein persönlicher Übersetzungsstil entsteht und mögliche Fehlerquellen durch die unterschiedlichen Qualifikationen der Übersetzenden reduziert werden (Behr, Braun & Dorer, 2015).

Der englische Fragebogen wurde von zwei Pflegefachfrauen unabhängig übersetzt. Beide Pflegefachfrauen besitzen einen Abschluss in Bachelor of Science in Pflege sowie unterschiedliche Berufserfahrung und Erfahrungen in den Bereichen Qualitäts- und Personalmanagement. Anschließend wurden die Übersetzungen zusammengefügt. Diese wichen lediglich von grammatikalischen Unterschieden sowie Unterscheidungen im Satzbau ab. Danach las eine Muttersprachlerin die deutsche Übersetzung und den Originaltext entgegen. Daraufhin wurde die Verwendung der Begrifflichkeiten Pflegefachfrau und -mann anstatt der Bezeichnung Pflegefachkraft diskutiert. Letztendlich wurde sich aufgrund der seit 2020 neuen Berufsbezeichnung für die Begrifflichkeit Pflegefachfrau und -mann entschieden.

Ebenfalls wurde das Weglassen des Themas Nurse Practitioners besprochen. Im Originalfragebogen von Schreiber et al. (2003) sind zwei Fragen zu diesem Thema inbegriffen. Auch hier wurde bewusst das Thema Nurse Practitioners entfernt, um bei den Interviewteilnehmenden nicht für Verwirrung zu sorgen.

#### **4.3.4 Datenerhebung**

Die Vorgehensweise des Interviews orientierte sich an den Empfehlungen von Mey und Mruck (2010) und an den zehn Arbeitsschritten eines Interviews von Döring und Bortz (2016a).

Die Datenerhebung fand in den jeweiligen Räumlichkeiten der Interviewteilnehmenden statt. Die Interviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgenommen und ausschließlich von einer Person, der Autorin, durchgeführt. Für die Interviewdurchführung wurde der erstellte Leitfaden genutzt. Der Fragebogen wurde im Verlauf der Erhebungen nicht mehr umgeändert. In einem Interview wurden Fragen aus den Fragebögen Serie A und B kombiniert. In den anderen Interviews (n=6) wurde ausschließlich der Fragebogen B verwendet. Die Offenheit bei der Interviewdurchführung wurde berücksichtigt. Somit kann der Interviewende individuell auf die interviewte Person und deren subjektive Perspektivendarlegung reagieren (Döring & Bortz, 2016a; Mayring, 2016). Nach dem Interview wurde ein Postskript (siehe Anhang C) angefertigt. In diesem Postskript können Reaktionen der Probanden und erste Interpretationsideen notiert werden. Diese flossen ebenfalls in die Auswertung mit ein (Döring & Bortz, 2016a; Mey & Mruck, 2010).

Letztendlich ergab sich ein Datensatz mit insgesamt 188 Minuten Audioaufzeichnung. Somit war die durchschnittliche Interviewdauer 27 Minuten.

#### **4.3.5 Datenaufbereitung**

Nach der Datenerhebung fand die eigentliche Datenaufbereitung statt. Da die wörtliche Transkription Basis für die darauffolgende Datenauswertung ist (Mayring, 2016), wurden die Audioaufzeichnungen transkribiert. Es wurde eine semantisch-inhaltliche Transkription durchgeführt. Somit wurde die Sprache zum Verständnis und zur Lesbarkeit leicht geglättet, wodurch der Fokus auf dem Inhalt liegt. Es wurde wortwörtlich transkribiert, Namen und Einrichtungen anonymisiert, Zeitmarken angegeben und sich an den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) orientiert (siehe Anhang D). Das Postskript wurde unter Berücksichtigung der Anonymität in den Transkripten übertragen.

#### **4.3.6 Auswertungsstrategie**

Für die Datenauswertung wurde das Programm MAXQDA gewählt. Dieses eignet sich beispielsweise besonders, um mehrere Transkripte zu bearbeiten, ein Kategoriensystem zu

konstruieren und Textabschnitte einer Kategorie zuzuordnen (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2015).

Da die Leitfragen beim Interview gezielt auserwählte Themen ansprechen, fand die Datenauswertung mittels der qualitativen, beziehungsweise strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) statt. Ziel war es, das Datenmaterial mithilfe der Kategorien, die sich aus den Leitfragen ergeben, inhaltlich zu strukturieren und zusammenzufassen.

Zunächst wurden die Analyseeinheiten festgelegt (siehe Tabelle 2). Es erfolgte eine deduktive Vorgehensweise, in der das Kategoriensystem und der Kodierleitfaden vorab beschrieben sind. Kuckartz und Rädiker (2022) beschreiben, dass eine deduktive Kategorienbildung die Entwicklung von neuen Kategorien im Verlauf, also ein induktives Vorgehen, nicht ausschließt. Somit können induktiv weitere Kategorien oder Unterkategorien entstehen (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Tabelle 2.

*Darstellung der festgelegten Analyseeinheiten der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse*

Kodiereinheit	Jede Aussage sowie klare bedeutungstragende Elemente im Text
Kontexteinheit	Vollständige Antworten, einen Erzählstrang des Sprechers (einen oder mehrere Absätze)
Auswertungseinheit	Das ganze Material, alle Einzelinterviews, die im Rahmen der Forschung erhoben wurden und das Postskript
Abstraktionsniveau für Reduktionsphase	Allgemeine Äußerungen der Interviewteilnehmenden, welche sich auf die Fragestellung, beziehungsweise der entsprechenden Kategorie beziehen

Als erstes wurde ein Kategoriensystem zusammengestellt und anschließend das dreischrittige Verfahren zur Erstellung des Kodierleitfadens – Definition von Kategorien, Zuordnung von Ankerbeispielen, Formulierung von Kodierregeln – durchgeführt (Mayring, 2015, 2016). Der Kodierleitfaden diente als Kodierungshilfe. Für die Kodierung wurde, wie es auch der Fragebogen vorgibt, zwischen den Kategorien „Organisations-/Regionsspezifisch“ und „Allgemein“ unterschieden. Im Anhang E befinden sich zur Veranschaulichung zwei Ausschnitte des Kodierleitfadens.

Danach fand ein Probedurchgang mit zwei Materialdurchgängen statt. Im ersten Durchgang wurden die Textstellen im Material gekennzeichnet, die zu einer Kategorie passen. Im zweiten Durchgang wurde das gekennzeichnete Material herausgefiltert und bearbeitet. Nach dem



Probedurchgang wurde das Kategoriensystem mitsamt Definitionen überarbeitet. Es wurden induktiv Unterkategorien ergänzt. Anschließend fand der Hauptmaterialdurchgang statt, welcher sich vom Probedurchgang nicht unterscheidet. Die Ergebnisse dieses Durchgangs wurden jedoch final bearbeitet und extrahiert (Mayring, 2015).

Nachdem die Textausschnitte einer Kategorie zugefügt waren, wurde das extrahierte Material zusammengefasst. Das extrahierte Material wurde nach dem inhaltsanalytischen Ablaufmodell der Zusammenfassung nach Mayring (2015) paraphrasiert und generalisiert. Die Paraphrasen entstanden durch Kürzungen der einzelnen codierten Segmente. Es wurden Ausschmückungen und Textteile ohne bedeutende Inhaltsaussagen entfernt. Danach wurden die Paraphrasen in drei Teilschritten verallgemeinert – Generalisierung, erste und zweite Reduktion. Mayring (2015) beschreibt, dass mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden können, weshalb in dieser Arbeit die erste und zweite Reduktion miteinander verbunden wurde. Nach den Reduktionsschritten fand eine Rücküberprüfung statt, um sicherzustellen, dass alle wichtigen Aspekte berücksichtigt wurden. Zum Schluss wurden die Verallgemeinerungen pro Kategorie zusammengefasst (Mayring, 2015). In Anhang F befindet sich eine exemplarische Darstellung, welche die einzelnen Arbeitsschritte der Zusammenfassung darstellt.

#### **4.4 Gütekriterien**

In dieser Forschungsarbeit wurden die Gütekriterien der qualitativen Forschung, wie sie bei Mayring (2016) beschrieben sind, berücksichtigt. Die sechs Gütekriterien Verfahrensdokumentation, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, Kommunikative Validation, Argumentative Interpretationsabsicherung sind im kompletten Vorhaben wiederzufinden.

Somit wurde in den vorherigen Abschnitten im Sinne der Verfahrensdokumentation die Vorgehensweise der Forschungsarbeit genau beschrieben. Durch den persönlichen Kontakt während den Interviews wurde eine Nähe zum Gegenstand beziehungsweise den Stakeholdern geschaffen. Die Interviewauswertung mittels strukturierender, qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglichte ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen. Somit können die Abläufe nachvollzogen und überprüft werden. Die Ergebnisse wurden während dem Interviewverlauf überprüft, indem nachgefragt wurde, ob der Interviewende die interviewte Person richtig verstanden hat. Ebenfalls wurden das Kategoriensystem und das Ergebnis der Datenauswertung auf Gültigkeit geprüft, indem ein Peer Debriefing stattfand. Das Peer Debriefing ist ein Vorgehen zur Ergebnissicherung (Döring & Bortz, 2016c). Im Peer Debriefing nahmen die Autorin und eine Pflegefachfrau, welche in einem klinischen Setting arbeitet und nebenbei einen pflegewissenschaftlichen Masterstudiengang besucht, teil. Somit

konnten in einem Diskurs neue Aspekte aufkommen. Die Interpretationen der Ergebnisse können mithilfe von Ausschnitten aus den Transkripten argumentativ begründet werden. Die Triangulation rundete das Vorhaben ab. Durch die unterschiedlichen Vorgehensweisen wie die Analyse der Gemeinde und der empirischen Erhebung wurden verschiedene Daten erhoben und folglich die Forschungsfrage beantwortet.

## 5 Ergebnisdarstellung

Die orientierte Literaturrecherche zeigte, dass in vereinzelt Versorgungsmo­dellen in Deutschland eine erweiterter Pflegepraxis zu finden ist. In mehreren Projekten wie AHaed, InDePendent, FAMOUS übernimmt die Pflegeprofession erweiterte Tätigkeiten (Innovationsausschuss, o. Jahr). Hierbei ist eine Spezialisierung auf eine Patientengruppe, beispielsweise Patienten mit einer Demenzerkrankung (Kleinke et al., 2022; Michalowsky et al., 2021), zu erkennen. Die erweiterte Pflegepraxis kann jedoch auch verschiedene Schwerpunkte haben, wie zum Beispiel der Fokus auf die Primär- und Langzeitversorgung (Büschner & Erdmann, 2022). Aufgrund der aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung sind im ländlichen Bereich unterschiedliche Maßnahmen erforderlich. Hier wird als Lösungsansatz der Bezug zu akademisierten Pflegepersonen mit erweiterten Aufgaben, speziell zu Community Health Nursing, hergestellt (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2022a; Bernateck & Herzberg, 2018).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld dargestellt. Anschließend werden die Interviewergebnisse mit den Stakeholdern in dieser ländlichen Region näher erläutert.

### 5.1 Analyse der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld

Mittels dem Community Assessment Model wird die Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld beschrieben. Als erstes wird die Gemeinde allgemein vorgestellt. Danach wird der Fokus auf Gesundheitsstrukturen und den Gesundheitsstatus in dieser Region gesetzt.

#### 5.1.1 Vorstellung der Gemeinde

##### Hintergrundinformationen und geografische Daten

Die Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld ist eine Gemeinde im Norden Bayerns, im unterfränkischen Landkreis Rhön-Grabfeld. Geografisch ist sie an der Thüringischen Landesgrenze gelegen und liegt zwischen den Naturparks Rhön, Thüringer Wald und den Haßbergen. Der historische Verlauf von Bad Königshofen birgt neben einer Volkssage über die Gründung der Stadt, eine katholische Urfarrei, mehrere Besitzwechsel und geschichtliche Aufstände. Letztendlich entwickelte sich Ende des 19. Jahrhunderts Bad Königshofen i. Grabfeld als Kurstadt. Heutzutage zeichnet sich die Stadt durch die Heilquellen und den ersten Natur-Heilwassersee in Deutschland, welcher bundesweit als wärmster und gesündester See gilt, aus (Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, o. Jahr). In den Jahren 2018, 2019 und 2020 ist Bad Königshofen i. Grabfeld die niederschlagsärmste Stadt in ganz Bayern gewesen (Hanft & Möbius, 2022). Neben dem Gesundheits- und Erlebnisbad

„Frankenthaler“ gibt es verschiedene Freizeitangebote wie eine Kuranlage, verschiedene Sportangebote, Rad- und Wanderwege sowie kulturhistorische Sehenswürdigkeiten. Die Kurstadt besitzt ein Gymnasium, eine Volks-, Mittel-, Real- und Musikschule (Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, o. Jahr).

Die Stadtteile Aub, Althausen, Eyershausen, Gabolshausen, Ipthausen, Merkershausen und Untereißfeld wurden in den 70ern Jahre eingemeindet (Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, o. Jahr). Insgesamt besitzt die Gemeinde 6108 Einwohner (Stand 31. März 2022) (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022a) und eine Fläche von 69,51 km<sup>2</sup> (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022c). Mehrere Gemeinden, welche zur Verwaltungsgemeinschaft Bad Königshofen i. Grabfeld gehören, umkreisen die Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld. Sie selbst gehört nicht zu dieser Verwaltungsgemeinschaft dazu. Bad Königshofen i. Grabfeld versorgt ein Einzugsgebiet von circa 25.000 Einwohner (Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, o. Jahr). Die über 65-Jährigen machen einen großen Anteil in der Gesamtbevölkerung in Deutschland aus (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023). Dies zeigt sich auch in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld. 33% der in der Gemeinde Lebenden sind über 60 Jahre. Die Altersverteilungen in einem Altersintervall von 20 Jahren zeigen keine großen Unterschiede, wobei die jüngere Generation im Alter von 0 bis 40 Jahren geringere Zahlen aufweisen (Standesamt Bad Königshofen i. Grabfeld, 2022). In Abbildung 5 ist die Altersverteilung in Bad Königshofen i. Grabfeld anhand eines Kreisdiagramms dargestellt.

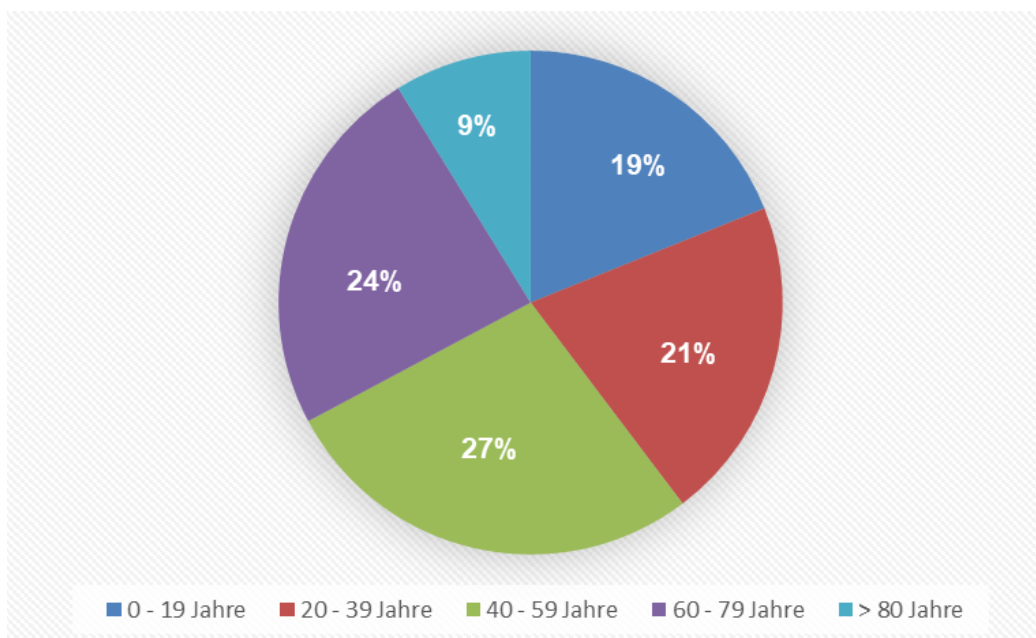


Abbildung 5. Eigene Darstellung der Altersverteilung in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld in Prozent, Stichtag: 13.09.2022, Quelle: Standesamt Bad Königshofen i. Grabfeld (2022)

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Bad Königshofen i. Grabfeld ist in den letzten Jahren gestiegen und liegt bei 46,4 Jahren (2011: 44,4 Jahren). Im Jahr 2020 liegt der Jugendquotient bei 33,3 und der Altenquotient bei 45,8. Das heißt, dass 45,8 ältere Personen auf 100 Personen der mittleren Altersgruppe kommen (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022c). Statistische Berechnungen lassen vermuten, dass das Durchschnittsalter bis zum Jahr 2039 auf 49,8 Jahren und der Altenquotient auf 71,4 weiter ansteigt (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2021). Werden die Arbeitslosenzahlen angeschaut, kann zusammengefasst werden, dass diese in den letzten sechs Jahren gesunken sind. Bevölkerungstatistisch betrachtet hielt Bad Königshofen i. Grabfeld in den letzten Jahren geringe schwankende Bevölkerungszahlen. Hier ist hinzuzufügen, dass die Geburtenrate sank, dies jedoch die steigende Zahl der Zugezogenen und die sinkende Zahl der Fortgezogenen ausglich (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022c).

### Windshield Survey

Die Abbildungen 6, 7, 8 und 9 zeigen die Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld. Die vier Abbildungen sollen einen kleinen Einblick über Kultur und Menschen ermöglichen.



*Abbildung 6.* Marktplatz der Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld mit dem Obeliskenbrunnen im Vordergrund und dem Rathaus im Hintergrund, eigene Aufnahme



Abbildung 7. Aufnahme von der Straße mit Blick auf die Stadtpfarrkirche Mariä Himmelfahrt, eigene Aufnahme



Abbildung 8. Gradierpavillon im Kurpark von Bad Königshofen i. Grabfeld, eigene Aufnahme



Abbildung 9. Marktplatz der Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, eigene Aufnahme

## 5.1.2 Gesundheitsstrukturen und Gesundheitsstatus

### Pflege- und Gesundheitseinrichtungen

In Bad Königshofen i. Grabfeld gibt es zum Stichtag 1.10.2022 insgesamt sieben Hausärzte, aufgeteilt in vier Einzelpraxen und eine Gemeinschaftspraxis, ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2022). Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Rhön-Grabfeld versorgt Bad Königshofen mit den Fachbereichen der Chirurgie, Orthopädie-Unfallchirurgie und Innere Medizin (MVZ des Landkreises Rhön-Grabfeld, o. Jahr).

Ebenfalls befindet sich in der Stadt das Haus am Kurpark, welches Mütter und Kinder in verschiedenen Lebenssituationen und familiären Krisen begleitet. Beispielsweise werden sie bei der Trauerbewältigung und Krankheitsbewältigung einer psychischen Erkrankung Depression oder nach einer Krebserkrankung unterstützt (Paritätische Haus am Kurpark, o. Jahr).

Im 22 km entfernten Bad Neustadt a.d. Saale befindet sich das naheliegendste Krankenhaus Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt mit der Versorgungsstufe 2. Die verschiedenen Kliniken sichern somit die stationäre medizinische Versorgung und bieten Schwerpunkte an. Laut Internetseite des Rhön-Klinikums hat der Campus zum Ziel die stationäre und ambulante Versorgung durch Kooperationen mit Ärzten zu vereinen und Prozesse durch digitale Vernetzung zu optimieren. Es finden am Campus zusätzlich folgende Rehabilitationen statt: Handrehabilitation, kardiologische, neurologische, psychosomatische Rehabilitation. Ebenfalls gibt es drei weitere Einrichtungen für Suchterkrankte: Die Klinik Neumühle in Hollstadt (Klinik für Menschen mit Substanzkonsumstörungen illegaler Drogen), die

Saaletalklinik (Klinik für Menschen mit vorliegenden Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit) und Adaption „Maria Stern“ (berufliche und soziale Wiedereingliederung suchterkrankter Menschen) (Rhön-Klinikum, o. Jahr).

Für Pflegebedürftige stehen in Bad Königshofen i. Grabfeld vier Alten- und Pflegeheime, drei ambulante Pflegedienste und zwei Tagespflegeeinrichtungen zur Verfügung. Zusätzlich gibt es einen ambulanten Pflegedienst, der sich auf die häusliche Intensivpflege spezialisiert hat (Landratsamt Rhön-Grabfeld, Fachstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung, 2021). Insgesamt wurden im Jahr 2020 270 verfügbare Einrichtungsplätze für ältere Menschen, 250 Personen, die in den Einrichtungen wohnen und 239 in den Einrichtungen angestellte Personen verzeichnet (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022c). Die Tagespflegeeinrichtungen können zum Stichtag 31.12.2018 15 vorhandene Tagespflegeplätze vorweisen, wobei 18 Tagespflegeplätze geplant sind. Hinzu kommt allerdings, dass die vier stationären Langzeiteinrichtungen bei freien Platzkapazitäten insgesamt 12 Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellen können (Zehe, 2019).

Die Ergebnisse Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Rhön-Grabfeld, welche durch MODUS – Wirtschafts- und Sozialforschung erstellt wurde, zeigen, dass zum Stichtag 31.12.2018 die Versorgung in den verschiedensten Pflegebereichen ausreichend ausgestattet ist. Zu den verschiedensten Pflegebereichen zählen der Bereich der Tagespflege, Kurz- und Langzeitpflege und der ambulante Bereich (Zehe, 2019).

Zum Thema Beratung im Gesundheitsbereich gibt es in Bad Königshofen i. Grabfeld eine Fachstelle für pflegende Angehörige und Demenzberatung des Caritasverbandes für den Landkreis Rhön-Grabfeld, welcher kostenfreie, telefonische Beratung, Beratung bei der Einrichtung, aber auch Beratung als Hausbesuch anbietet (Caritasverband Rhön-Grabfeld, o. Jahr a). Zusätzlich ist in Bad Königshofen i. Grabfeld das Mehrgenerationenhaus, welches ein Bundesförderprogramm ist, aktiv. Dieses bietet Vorträge, Kurse und Workshops für verschiedene Altersgruppen an (vhs Rhön & Grabfeld, 2022).

In Bad Neustadt a.d. Saale gibt es folgende Beratungsstellen:

- Pflegestützpunkt Rhön-Grabfeld
- Bayerische Architektenkammer
- Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund
- Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht
- Gesundheitsamt Rhön-Grabfeld
- Amt für Senioren und Menschen mit Behinderung
- Pflege- und Krankenkassen
- Kirchliche Allgemeine Sozialarbeit und Beratung
- Lebenshilfe Rhön-Grabfeld



- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Telefonseelsorge
- VdK Kreisverband Rhön-Grabfeld

(Landratsamt Rhön-Grabfeld, Fachstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung, 2021)

Zusätzlich befindet sich seit April 2019 in Mellrichstadt das Pflegeübungszentrum Rhön-Grabfeld. In diesem Pflegeübungszentrum können Angehörige für circa 21 Tage einziehen und werden zu pflegerischen Interventionen angeleitet, als auch beraten (Caritasverband Rhön-Grabfeld, o. Jahr b).

Auch zahlreiche Selbsthilfegruppen werden zum Stichtag 1.10.2022 in der Umgebung Bad Neustadt a.d. Saale und Mellrichstadt von verschiedenen Vereinen und Verbänden sowie vom Campus Rhön-Klinikum angeboten. In Bad Königshofen i. Grabfeld sind Selbsthilfegruppen zum Thema Adipositas, Krebsnachsorgegruppe, Osteoporose und Rheuma verortet. Werden die Nachbarschaftshilfen im Landkreis Rhön-Grabfeld betrachtet, gibt es in Bad Königshofen direkt kein Angebot, jedoch in einer Nachbarortschaft (Landratsamt Rhön-Grabfeld, Fachstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung, 2021).

Auf Grundlage des Datenreports Wegweiser Kommune ist Bad Königshofen i. Grabfeld dem „Demografietyt 3, kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung“ (Bertelsmann Stiftung, 2020, S. 4), einzuordnen. Somit wird zukünftig eine zentrale Aufgabe der Kommune im Bereich der Gesundheitsversorgung sein, die Erreichbarkeit der Angebote sicherzustellen, sowie neue Versorgungsmöglichkeiten und Unterstützungsnetzwerke zu etablieren (Bertelsmann Stiftung, 2020).

Im Daseinsvorsorgekonzept im Rahmen "Kleinere Städte und Gemeinden" wird beschrieben, dass die Notfallversorgung im Bereitschaftsdienst überregional aus Bad Königshofen i. Grabfeld gesichert wird und sich auf immer weniger Personen verteilt, „was zunehmend belastend für die aktiven Ärzte und ebenso für Nachfolger zusätzlich unattraktiv ist“ (Kommunale Allianz Fränkischer Grabfeldgau, 2013, S. 26). Werden die Prognosen für die hausärztliche Versorgung betrachtet, zeigen sich bis zum Jahr 2035 im Landkreis Rhön-Grabfeld, und somit auch in der Region Bad Königshofen freie Hausarztsitze (siehe Abbildung 10).

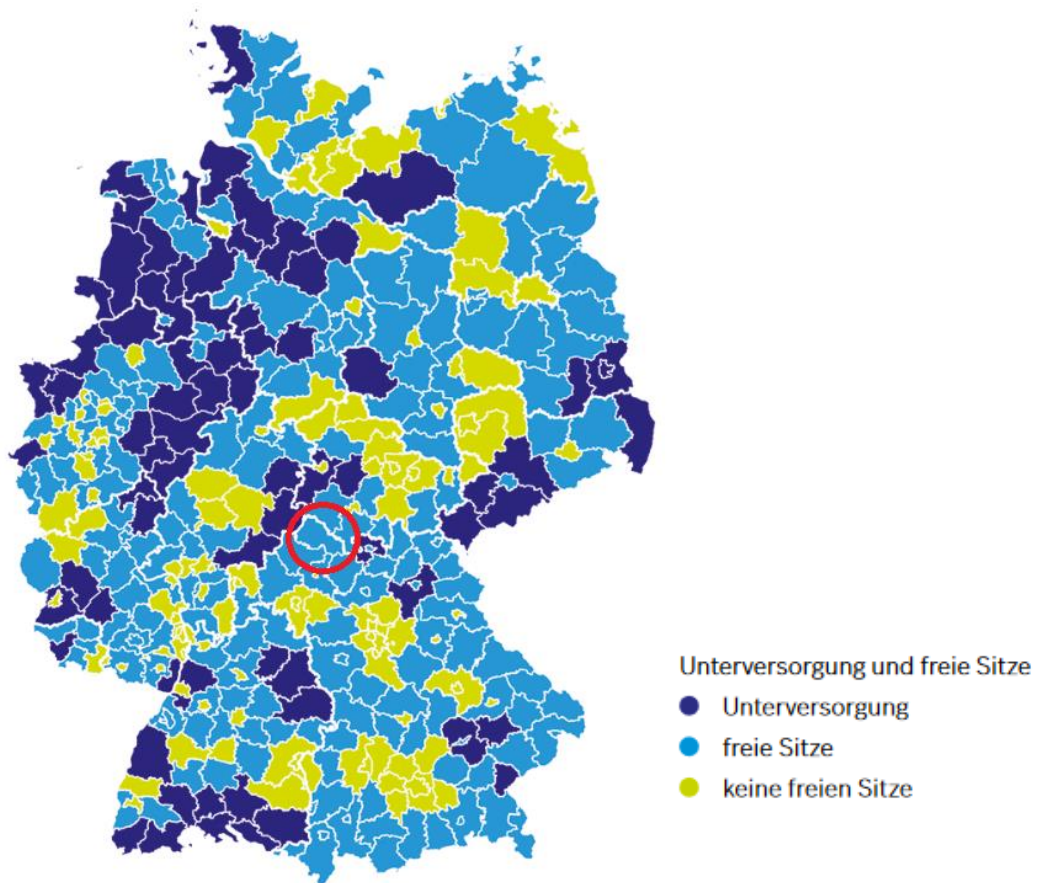


Abbildung 10. Hausärztliche Unterversorgung und freie Hausarztsitze im Jahr 2035 nach Kreisen (Nolting et al., 2021, S. 41). Zur Veranschaulichung wurde der Landkreis Rhön-Grabfeld rot umkreist.

Laut Prognoseberechnungen der Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Rhön-Grabfeld wird ein Ausbau der Pflegeinfrastruktur notwendig, um diese mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten. Es wird erläutert, dass besonders der stationäre Versorgungsbereich vom Mangel professionell Pflegenden betroffen ist und die Einrichtungskapazitäten vom Personal abhängt. Aus diesem Grund sei es unklar, inwiefern interessierte und zu versorgende Personen zukünftig einen Pflegeplatz im Landkreis Rhön-Grabfeld bekommen (Zehe, 2019).

#### Statistiken und Vergleichsdaten

In Tabelle 3 werden die Mortalitätsraten von Bad Königshofen, Unterfranken und Bayern dargestellt. Die Mortalitätsrate, auch Todesrate wird berechnet, indem die Sterbefälle im Jahr durch die durchschnittliche Bevölkerungszahl dividiert und mit 1000 multipliziert wird (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2008). Die rohe Mortalitätsrate für Bad Königshofen beträgt 26,21. Diese Zahl sollte allerdings mit Vorsicht betrachtet werden, da sie nicht die Abhängigkeit der Sterbewahrscheinlichkeit von Alter, Geschlecht, sozioökonomischen und anderen Faktoren

berücksichtigt (Bonita et al., 2008). Aus diesem Grund wurden zusätzlich geschlechtsspezifische Mortalitätsraten berechnet. Von jeweils 1000 Menschen in Bad Königshofen verstarben im Laufe des letzten Jahres 26. Dies ist im Vergleich zu Unterfranken und Bayern zweimal so hoch. Bei den geschlechterspezifischen Mortalitätsrate wird ersichtlich, dass in Bad Königshofen i. Grabfeld mehr Frauen als Männer verstarben.

Tabelle 3.

*Mortalitätsraten in Bad Königshofen im Vergleich zu Unterfranken und Bayern (Jahr 2021)*

	Bad Königshofen			Unterfranken			Bayern		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
31.03.2021	6012	2946	3066	1329275	657424	671851	13141967	6514676	6627291
30.06.2021	6000	2941	3059	1318546	653375	665171	13154738	6521192	6633546
20.09.2021	5982	2927	3055	1320093	654202	665891	13176644	6532463	6644181
31.12.2021	5964	2926	3038	1320513	654360	666153	13176989	6532222	6644767
Durchschnittliche Einwohnerzahl 2021	5990	2935	3055	1322107	654840	667267	13162584	6525138	6637446
Sterbefälle 2021	156	66	90	15852	7975	7877	147984	74158	73826
Mortalitätsrate pro 1000	26,0	22,5	29,5	12,0	12,2	11,8	11,2	11,4	11,1

*Anmerkungen.* Zur Berechnung der Mortalitätsrate wurden Daten des Bevölkerungsstandes und der Todeszahlen vom Bayerischen Landesamt für Statistik (2022d), Stand 08.01.23 genutzt.

Aufgrund geringer Fallzahlen wird folgend auf den Landkreis Rhön-Grabfeld und Bayern Bezug genommen. Für das Jahr 2040 ergibt sich laut Bevölkerungsvorausberechnungen für Bayern eine Lebenserwartung von 80,9 Jahren bei Männern und von 84,6 Jahren bei Frauen (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022b). Wird der Krankenstand von gesetzlich Versicherten in den letzten Jahren betrachtet, fällt ein Nord-Süd-Gefälle auf. Bezogen auf Bayern bedeutet dies, dass der Landkreis Rhön-Grabfeld einen höheren Krankenstand (6,1%) im Vergleich zu Gesamtbayern (4,8%) vorweist (AOK Bayern, 2022).

Die Zahl der ambulant betreuten Personen im Landkreis Rhön-Grabfeld stieg in den Jahren 2003 bis 2018 an (Zehe, 2019). Da 2018 der ambulante Betreuungszeitraum von 35 Monaten im Vergleich zu anderen Regionen in Bayern höher war, beschreibt Zehe (2019), dass Pflegebedürftige in die stationäre Versorgung erst spät wechseln und die ambulante Betreuung eine Alternative zur stationären Langzeitbetreuung darstellt. Ebenfalls erläutert er im Rahmen der Bedarfs- und Bestandsanalyse, dass im Jahr 2018 von den ambulant Betreuten 66% alleinstehend und 43% alleinlebend waren. Festgehalten wird, dass die Haushalte mit mehreren Personen über 65 Jahre ansteigen und gleichzeitig die Anzahl von Mehrgenerationenhaushalten sinkt (Zehe, 2019). Laut den Ergebnissen von Zehe (2019)

waren der Anteil der Empfänger von Sachleistungen im Landkreis Rhön-Grabfeld (58,1%) im Vergleich zu Gesamtbayern (58%) überdurchschnittlich hoch, wohingegen die Empfänger von Pflegegeld (42%) im Vergleich zu Gesamtbayern (47%) unter dem Durchschnitt lagen.

Die häufigsten Todesursachen im Landkreis Rhön-Grabfeld (siehe Anhang G) waren im Berichtsjahr 2020 mit 41,2% Krankheiten des Kreislaufsystems. Danach folgt die Kategorie Neubildungen mit 24,8%. Werden diese Daten mit Gesamtbayern verglichen, ist die Reihenfolge identisch, jedoch in Bayern die Todesursache aufgrund Krankheiten des Kreislaufsystems 34,8% und Neubildungen 23,3% ausmachen. Die Todesursache der Kategorie psychische und Verhaltensstörungen im Landkreis Rhön-Grabfeld (3,4%) sind geringer als in Bayern (6,1%). Bei den Männern in Rhön-Grabfeld sind die Todesursachen der Kategorien Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems höher als im Vergleich zu Gesamtbayern. Werden im Landkreis Rhön-Grabfeld die Geschlechter verglichen, fällt auf, dass die Männer häufiger aufgrund Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems und äußere Ursachen gestorben sind als die Frauen (Eigene Berechnungen nach Daten der Todesursachenstatistik des Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022d).

## 5.2 Ergebnisdarstellung der empirischen Erhebung

Es entstanden mittels der strukturierten Inhaltsanalyse insgesamt 8 Hauptkategorien deduktiv und 15 Subkategorien induktiv (siehe Abbildung 11).

Im Folgenden werden die einzelnen Hauptkategorien und die Unterkategorien mittels Ankerbeispielen näher dargestellt. Bei den Ankerbeispielen sind Angaben zu den Textstellen aus den Transkripten hinzugefügt (Dokumentname, Absatznummer). Durch die Verwendung von Ankerbeispielen werden die Argumentationen verdeutlicht und nachvollziehbar gemacht.

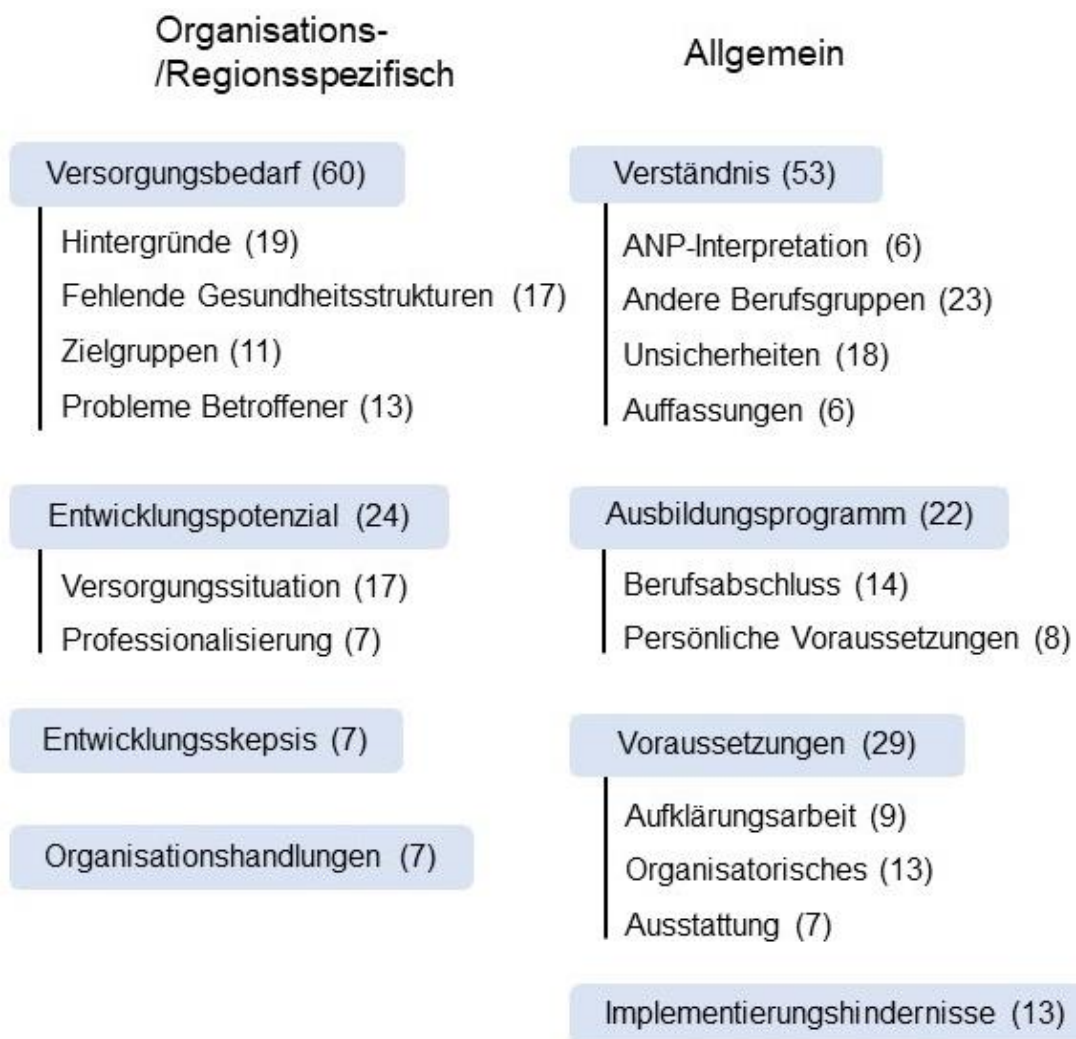


Abbildung 11. Darstellung des Kategoriensystems mit Hauptkategorien und den untergliederten Subkategorien. In Klammern steht die Anzahl der codierten Segmente.

### 5.2.1 Versorgungsbedarf

Die Interviewteilnehmenden sahen den Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis und nannten mehrere Gründe, weshalb die Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung problematisch sei. Unter anderem wurde der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal thematisiert. Es wurden fehlende Gesundheitsstrukturen und Konzepte zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erläutert. Es zeigten sich verschiedene Bereiche und Menschengruppen, die von der Versorgungslücke besonders betroffen seien. Auch Pflegebedürftige und Angehörige, die mit einigen Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung konfrontiert sind, wurden von den interviewten Personen beschrieben.

#### Hintergründe

Der Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis wurde aufgrund des demografischen Wandels, den vorhandenen Arztmangel, des Pflegenotstandes sowie den zunehmenden Pflegebedarf und der komplexen Versorgung von Personen gesehen.

*„Also ich beziehe mich jetzt mal auf den Altlandkreis Bad Königshofen. Da ist es ja auf jeden Fall so, dass wir eine Versorgungslücke haben. Also es gibt nicht genug Ärzte und die Leute werden immer älter, immer kränker.“* (B02, Abs. 17)

Die Interviewteilnehmenden schilderten, dass der Pflegenotstand durch Corona und den schlechten Arbeitsbedingungen zusätzlich verstärkt werde.

Eine interviewte Person beschrieb den Pflegenotstand folgendermaßen:

*„Ja, Problem ist der Pflegenotstand, der ganze, ne? Personalmangel und einfach was sich jetzt auch durch Corona noch einmal mehr verschlechtert hat. Und, ja, das ist so, denke ich, das Hauptproblem.“* (B04, Abs. 11)

*„Man hält es auch psychisch nicht mehr aus, gerade in der Altenpflege. [...] Dann viele Demente. Es ist körperlich eine Belastung und psychisch eine Belastung. Und ich vergleiche das immer gerne mit einem Fabrikarbeiter, ne? Ich gönne jedem sein Geld, um Gottes willen, aber das steht in keinem Verhältnis.“* (B04, Abs. 155-157)

Es wurde angedeutet, dass qualifiziertes Personal benötigt werde, welches unter anderem den „Personalmangel“ (B01, Abs. 11) ausgleichen könne.

*„Dass ist natürlich oft auch mal ein Anruf kommt, einfach sagt: ‚Dem geht es schlechter.‘ Wenn man dann nachfragt, ja, Blutdruck und so irgendwas, irgendwas dass sie sagen, nein, das*

wissen sie jetzt gar nicht, können sie auch nicht so gut. Wenn man sagt: ‚Ja, wenn da eine Schulung über so etwas wäre‘, oder wie gesagt, ja, es sind jetzt weniger Arbeitskräfte dort, die dafür aber sehr gut geschult, das ein bisschen ein auszugleichen, was zu befürchten eben ist, gerade hier auf dem Land, dass der Pflegemangel größer wird. Und dass sie natürlich dann gute Kompetenzen haben, um das dann trotzdem gut abzudecken.“ (B06, Abs. 13)

Die Interviewteilnehmenden waren der Meinung, dass qualifizierte Pflegefachfrauen/-männer im Bereich Wundmanagement fehlen.

„Ja, das große Problem, was jetzt auf uns zukommt, ist ja, das ist jetzt ganz neu mit dieser Wundversorgung. Dass ja im Endeffekt ein spezialisierter Pflegedienst, dann nur noch die Wundversorgung machen darf. Also da muss jede Pflegefachkraft ausgebildet werden und dann dürfen wir das machen. Ja.“ (B05, Abs. 15)

#### Fehlende Gesundheitsstrukturen

Laut den Interviewteilnehmenden stellten die Sicherstellung der Pflege, die Versorgung in Akutsituationen („Also besonders akut“ [B01, Abs. 124]), ein fehlendes Entlassungsmanagement und die interdisziplinäre Zusammenarbeit Probleme in der Versorgung dar. Sie erklärten, dass es an ausreichenden Einrichtungskapazitäten, als auch an niedrighwelligen Unterstützungsangeboten fehle.

„Wir haben ein Problem, also niedrighwellige Betreuungsangebote gibt es insofern schon noch, aber was problematisch ist, ist die hauswirtschaftliche Versorgung. Also gerade so vorpflegerische Hilfen. Häufig fängt es ja an, dass ich meinen Haushalt nicht mehr organisieren kann und dass ich zum Beispiel eine Haushaltshilfe brauche, da haben wir einen riesen Bedarf. Also wir haben bestimmt hier am Tag drei bis vier Leute, die anrufen und in diesem Bereich Unterstützung suchen. Also Entlastung, um diesen Entlastungsbetrag aus dem Leistungsrecht, diese 125 Euro abrufen zu können, gibt es einfach zu wenig.“ (B03, Abs. 17)

„Wie gesagt, sicherlich auch im Krankenhaus immer nötiger wird, was der andere Bereich ist. Wo wir eben auch viele Patienten jetzt immer mehr kriegen. Die sagen, ja, also wie gesagt, die waren im Krankenhaus, aber sie wissen jetzt gar nicht, was sie haben oder warum sie das jetzt bekommen oder so. Weil natürlich das Ärztliche auch kurz angebunden ist. Und dann dann natürlich da eben kommt und sagt: ‚Ja, also ich habe jetzt neue/ Weiß aber gar nicht, für was.‘ Die dann eben natürlich eher skeptisch sind oder teilweise Medikamente NICHT

*nehmen, obwohl es eben, wie gesagt, wichtig wäre, die Behandlung an sich, wie gesagt, richtig war.“ (B06, Abs. 47)*

Eine interviewte Person sprach die problematische Zusammenarbeit zwischen pflegerischer und ärztlicher Profession folgend an: *„Und wie wäre es dann mit der ärztlichen Kommunikation? Weil das ist ja immer so ein bisschen schwierig.“ (B05, Abs. 29)*

Zwei Erfahrungen zu mangelnden Gesundheitsstrukturen werden zur Verdeutlichung aufgeführt:

*„Und dann aber auch wiederum hat man einfach auch Patienten, wo man sagt, meine Güte, das geht eigentlich zu Hause nicht mehr, ne? Und ich sage immer, ich meine, natürlich hat man MDK, man kann Meldungen machen und und und, ne? Letztendlich heißt es dann immer, ja, jeder Mensch hat das Recht aber dazu zu verwahrlosen oder wie auch immer, ne? Und das ist für mich nicht richtig. Für Kinder zum Beispiel weiß ich, okay, ich wende mich ans Jugendamt, die machen was, ne? Aber was mache ich bei Alten? Man muss zuschauen eigentlich und das ist unglaublich traurig.“ (B04, Abs. 47)*

*„Und was wir jetzt auch schon oft erlebt haben, sie werden entlassen vom Krankenhaus wie auch immer, und dann heißt es, ja, kümmert euch mal um einen Kurzzeitpflegeplatz. Ja, wo, ne? (lacht) Wo? Es gibt ja nichts mehr. Hast du Betten frei, hast du kein Personal um noch jemanden aufzunehmen und andersrum das gleiche.“ (B04, Abs. 148)*

*„Denk jetzt gerade an meine zwei Patienten. Die ich gerade, die ich jetzt am Freitag kurz vor dem Wochenende noch hätte versorgen müssen, einmal ein sterbender Krebspatient, wo man es nicht geschafft hat, kurzfristig eine Palliativstation da zu organisieren, und das andere war die mit dem gebrochenen Oberarm, wo wir nicht gefunden haben, dass da jemand hinget und mal der die früh mal wäscht und abends wieder in das Bett hilft quasi.“ (B07, Abs. 59)*

*„Weil, sonst aus lauter Verzweiflung, was macht ein Hausarzt? Der weist doch in das Krankenhaus ein, damit er versorgt ist.“ (B07, Abs. 61)*

### Zielgruppe

Verschiedene Bereiche und Menschengruppen wurden beschrieben, die eine potenzielle Spezialisierung der erweiterten Pflegepraxis darstellen. Genannt wurden der geriatrische und ambulante Bereich, als auch Zielgruppen wie Patienten mit Demenz, Kinder mit ADS, ADHS oder Menschen am Lebensende.



„Glaub ich, ich glaube, so auch so dieses, ja, poststationäre Wundmanagement oder wie auch immer, aber die Zukunft gerade hier. Geriatrie, Demenz oder vielleicht auch spezielle Demenzformen oder ja.“ (B03, Abs. 100)

„[W]as gerade zunimmt auch so bei uns im Umfeld so dieses ganze Thema ADS, ADHS. Also vielleicht ist auch sowas was Spezialisierung in so einem Bereich.“ (B03, 104)

„Im Prinzip kann man diese drei Sektoren raus bilden, ne? Palliativ, Pflege, oder Wundmanagement, ne? [...] Aber ich denke das, das ich das mit dem Alltag abdecken kann, den ich so brauche, hier. (B07, Abs. 87-92)

Die Interviewteilnehmenden schlussfolgerten, dass aufgrund der Gesetzesänderung auch die ambulante Wundversorgung eine mögliche Spezialisierung der erweiterten Pflegepraxis darstelle.

„Oder wenn es jetzt hier wirklich einen gibt, gibt es aber nicht, der komplett darauf spezialisiert ist, dann würde für uns das [Wundmanagement] wegfallen, und wir hätten nur noch andere Versorgung.“ (B05, Abs. 21)

### Probleme Betroffener

Zum einen wurden Problematiken der Betroffenen, wie die Altersarmut und die Vereinsamung im Alter („Ansprache fehlt“ [B01, Abs.100]) beschrieben.

„Ich hatte neulich erst ein Gespräch beim Beratungseinsatz und da hat die Ehefrau auch gemeint, wir haben beide eine kleine Rente, wenn wir jetzt das Pflegegeld nicht hätten, sie wüsste manchmal nicht wie sie über die Runden kommen soll. Und das ist eigentlich traurig, dass ich erst noch jemanden brauche, einen Partner, der pflegebedürftig ist, dass Geld rein kommt. Das darf es eigentlich nicht sein. Diese Altersarmut und das Ganze, das ist“ (B04, Abs. 51)

Zum anderen wurden Herausforderungen, wie der Wunsch im Alter zuhause zu wohnen (Probiert es also erst mal noch zuhause. Weil, das ist mit Sicherheit der Wille der meisten, ne? [B01, Abs.121]), die Abnahme der Angehörigenpflege und die Überforderung der Betroffenen und der an der Pflege Beteiligten geschildert.

„[D]ie Bereitschaft, der Angehörigen zu pflegen, nimmt ab. [...] Also ich glaube, es verändert sich, diese ganzen Familienstrukturen.“ (B03, Abs. 47)

*„Ich kenne eine langjährige [Beruf]. Da ist der Mann auch/ Also mehreren Krankheiten. Schwerstpflegefall. Also eigentlich rund um die Uhr braucht der Hilfe. Und der ist körperlich auch gut beieinander. Und sie ist eher zart. Ne? Also die kommt über ihre Grenzen. Also meiner Ansicht macht die Unmenschliches. [...] Wenn sie mit dem Mann im Auto ist, dem muss rausgeholfen werden aus dem Auto. Die haben eine lange Metallrampe ans Haus, damit sie reinfahren sind. Und sie steht dann eigentlich an der Straße und wartet, dass ein Bekannter vorbeikommt und mithilft. Sonst ist das/ Also das ist schon. Ist schon schwer. [...] Und das ist also/ Wenn die Frau mal zusammenklappen würde, würde mich nicht wundern.“*  
(B01, Abs. 58-61)

### **5.2.2 Entwicklungspotenzial**

Die erweiterte Pflegepraxis wurde als Lösungsweg beschrieben, *„um die Versorgungslücke zu schließen und die Versorgungssituation zu verbessern“* (B02, Abs. 32). Zusätzlich wurde sie als Chance zur Professionalisierung der Pflege und zur Verbesserung des Berufsbildes gesehen.

#### Versorgungssituation

Folgende Vorteile der erweiterten Pflegepraxis wurden genannt: eine effiziente, wohnortnahe Versorgung, der Einbezug des präventiven Ansatzes, die Unterstützung vorhandener Gesundheitsstrukturen sowie die Förderung des interdisziplinären Ansatzes durch einen *„direkten Ansprechpartner“* (B04, Abs. 29) und der Vernetzungsfunktion.

*„Also ich denke auf jeden Fall, dass wenn so was eingeführt wird, dass dann auch nicht so viele Patienten ins Krankenhaus müssen. Dass das dann wirklich vorgebeugt werden kann. Dass so eine ausgebildete Pflegeexpertin dann auch vielleicht auch schon ein Arztbesuch dann vermeiden kann, ne? Eben helfen, schon mal gucken kann. Es gibt dann vor Ort und guckt, was sie machen kann und wenn es dann zu viel wird oder zu medizinisch, wie auch immer, es sind ja immer noch getrennte Bereiche, dass sie dann sagen kann: ‚Gehen Sie jetzt zum Arzt.‘“* (B02, Abs. 50)

*„Ja, um, ja, die ganzen Wege einfach zu verkürzen. Also wenn wir jetzt jemanden hätten, der sich da komplett kümmert, wäre es halt schon einfacher, man hätte alles in einer Person so und müsste nicht jetzt erstmal dahin gehen, da noch anrufen. Also denke ich, ist auf jeden Fall einfacher.“* (B05, Abs. 61)

*„Also, wo man sagt das sieht man sicherlich, dass dann eben so unkompliziert und ohne große Schwelle so Anlaufberatung, die aber dann ein breites Feld abdeckt und vernetzt, halt sicherlich in Zukunft immer wichtiger wird.“ (B06, Abs. 25)*

Die Interviewteilnehmenden definierten die erweiterte Pflegepraxis als ein unabhängiger, autonomer Bereich und als ein „erweitertes Angebot“ (B01, Abs. 119).

*„Ich meine, wenn jetzt jemand sagt, es geht darauf zu, dass es in ein Heim geht. Dann spricht der mit dem Heimleiter. Oder der Pflegedienstleitung. Die tun natürlich beraten. Im Hinblick auf ihr Haus. Ist klar, ne? Und sie sind unabhängig, nehme ich mal an. Ne? Und können halt vielleicht verschiedene Wege aufzeigen.“ (B01, Abs. 119)*

### Professionalisierung

Einige Interviewteilnehmenden erzählten, dass in anderen Ländern akademisch ausgebildete Pflegepersonen schon etabliert seien, wobei es in Deutschland noch wenig akademisches Personal gäbe. Trotz der Widerstände der Ärzte, betonten sie die Notwendigkeit eines Wandels. Sie nannten die erweiterte Pflegepraxis als Chance zur Professionalisierung der Pflege.

*„Ja. Ich hatte einfach mit einem Arzt von uns mal gesprochen ganz unabhängig, habe ihn gefragt, was er dazu meint. Er hat gemeint: ‚Pflege, die müssen nicht studieren.‘ Aber da sieht er eben ganz viel Potenzial nicht. Und es braucht eben/ Ein Beispiel ist jetzt so im Altenheim, im Pflegeheim, im ambulanten Dienst oder sonst was, da braucht es wirklich auch eine pflegerische Führungsperson, die auch gut ausgebildet ist und da dann eben auch anleiten kann und so weiter. Und ganz eben professionalisieren kann.“ (B02, Abs. 48)*

*„Zum anderen, glaube ich, ist es immer sinnvoll für die Pflege, sich zu professionalisieren, sich immer weiter zu professionalisieren. Ich glaube, da hängen wir einfach hier in Deutschland, aber auch hier im Landkreis noch ziemlich weit hinterher. Also tatsächlich gibt es wenig akademisch ausgebildete Pflegekräfte hier bei uns.“ (B03, Abs. 47)*

Es wurde davon ausgegangen, dass durch die Pflegeprofessionalisierung mittels ANP eine Qualitätssteigerung stattfindet und die Attraktivität des Pflegeberufes, besonders im ländlichen Bereich, steigen würde.

*„Und da einfach auch nochmal ein bisschen Qualität reinzubringen und den Blick wegzubringen von, ich pflege konkret, ich wasche, ich bereite Nahrung zu, ich gebe Essen*

*ein und so weiter, sondern eher den Blick im Sinne von Prozessplanung, wer ist verantwortlich? [...] Aber ich glaube tatsächlich gerade hier im ländlichen Raum in den Kommunen könnte das schon eine Chance sein.“ (B03, Abs. 49-50)*

### **5.2.3 Entwicklungsskepsis**

Ebenfalls wurde die erweiterte Pflegepraxis mit Misstrauen betrachtet, da es schon vorhandene Beratungsstrukturen gäbe und davon ausgegangen wird, dass die Nachfrage bei präventiven Angeboten weniger gegeben sei. Hinzu kommt, dass bei den interviewten Personen die eigene Einrichtung nicht als Einsatzfeld gesehen wurde.

*„Und dann weiß man natürlich schon also/ Oder merkt man schon, der Bedarf ist einfach da. Und der wird eigentlich dann akut, wenn es einem nahen Angehörigen schlechter geht, denke ich. Ne? (..) Also diese/ Ich bin da/ Nicht böse sein. Aber ich bin da ein bisschen skeptisch, ob sowas im Vorfeld gemacht würde.“ (B01, Abs. 54)*

*„Zu diesem Thema [Beratung] ist ja schon eine Struktur geschaffen im Landkreis. Und sie ist/ Ich glaube nicht, ohne das fachlich beurteilen zu können, dass wir da eine Zusatzstruktur oder was brauchen.“ (B01, Abs. 33)*

*„Bedarf bei uns schwierig, muss ich sagen, ne? Also bei uns jetzt direkt in der Praxis nicht, aber wie gesagt als Bindeglied.“ (B02, Abs. 50)*

*„Allerdings jetzt nicht Arztpraxis, einfach in dem Bereich, wo man sagt, ja das ist jetzt dann doch noch ein paar andere verschiedene. Und das eben sagt jetzt nicht der eine, und der andere sagt, er kann da jetzt nicht unbedingt hin. Auch wenn er könnte eventuell.“ (B06, Abs. 34)*

### **5.2.4 Organisationshandlungen**

Die interviewten Personen sahen mehrere Möglichkeiten, die erweiterte Pflegepraxis zu fördern:

- 1) Bereitschaft bei der Entwicklung einer APN-Rolle zu unterstützen und mitzugestalten  
*„Also bin ich gerne bereit, auch mit zu unterstützen, mit zu gestalten, falls sich da was ergeben sollte.“ (B03, Abs. 70)*

- 2) ANP der Allgemeinheit zu Kenntnis bringen  
*„Ja, es einfach, sagen wir mal bekannter zu machen? Dass es sowas gibt. So mit dieser speziellen/ Mit diesem speziellen Studium.“ (B01, Abs. 35)*
  
- 3) Angebot Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen  
*„Und da können also auch/ Beratungen könnten stattfinden. Also ich denke, das könnten/ Also wir können es problemlos anbieten.“ (B01, Abs. 108)*
  
- 4) Kooperation und multiprofessionelle Zusammenarbeit  
*„Dann, ansonsten fördern würde über den Patienten da hin schick.“ (B07, Abs. 55)*

### 5.2.5 Verständnis

Die Interviewteilnehmenden schätzten die erweiterte Pflegepraxis als sehr umfangreich ein. Sie schilderten, dass die erweiterte Pflegepraxis verschiedene Praxisebenen umfasse, mit dem Ziel Versorgungslücken zu schließen und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Mehrere medizinische, therapeutische und soziale Berufe, die sich mit pflegebedürftigen Menschen beschäftigen, wurden mit einer erweiterten Pflegepraxis in Verbindung gebracht. Die Interviewten nahmen an, dass die unterschiedlichen Berufe sich gegenseitig ergänzen können.

Die Interviewteilnehmenden hatten teilweise keine Praxisvorstellung und mangelnde Kenntnisse zu gewissen Themen der erweiterten Pflegepraxis. Folglich hatten die Interviews eine Wissenserweiterung zum Thema ANP.

#### ANP- Interpretation

Pflegeexperten APN wurden als studierte Pflegefachfrauen/-männer mit Berufserfahrung, die wissenschaftlich arbeiten und erweitertes Fachwissen haben, definiert. Sie wurden als Allrounder gesehen.

*„Also ich habe es mir so vorgestellt, dass im Hintergrund, vor dem Studium bereits eine Ausbildung gemacht wurde. [...] Also es heißt, man hat dann eben das, was man in der Ausbildung gelernt hat, noch mal vertieft, wissenschaftlich fundiert.“ (B02, Abs. 3-7)*

*„[D]ass das jemand ist, der Pflegeausbildung hat und dann im Endeffekt ALLES macht.“ (B05, Abs. 3)*

Die Interviewteilnehmenden verdeutlichten, dass die erweiterte Pflegepraxis ein breites Tätigkeitsfeld abdecke. Sie gingen davon aus, dass ANP verschiedene Praxisebenen, das „Vernetzen“ (B06, Abs.3) verschiedener Gesundheitsstrukturen und „erweiterte pflegerische [...] Maßnahmen“ (B06, Abs. 3) umfasse. Laut den Interviewteilnehmenden ist das Ziel von ANP in den verschiedenen Settings „Lücken zu schließen“ (B06, Abs. 3) und die Versorgung zu verbessern.

*„[G]eht es letztendlich darum, jemanden auf kommunaler Ebene, also auf Gemeindeebene zu finden, der sich dem Thema Pflege auf verschiedenen Ebenen letztendlich auch annähert. So würde ich es vielleicht sagen, also der letztendlich ein stückweit Case-Management-Aufgaben übernimmt für den Klienten, aber auch übergeordnet im Bereich Care Management schaut, welche Strukturen brauche ich eigentlich, damit derjenige hier leben kann in der Gemeinde? Und da letztendlich so eine Art Lotsenfunktion auch für den Klienten übernimmt und ein stückweit, da bin ich mir aber nicht sicher, ein stückweit auch mit einsteigt in die Pflege beziehungsweise in die Organisation der Pflege individuell. Aber wenn ich es richtig verstanden habe, geht es schon auch hier und da mal ums Hand anlegen.“ (B03, Abs. 3)*

#### Andere Berufsgruppen

Mehrere Berufsgruppen wurden mit dem Begriff der erweiterten Pflegepraxis assoziiert. Die Interviewteilnehmenden nannten spezialisierte Pflegefachpersonen im onkologischen, palliativen Bereich und im Bereich Wundmanagement. Sie erläuterten, dass diese professionell Pflegenden teilweise „autonom“ (B02, Abs. 26) und im interdisziplinären Team zusammenarbeiten, wobei diese kein Masterstudium vorweisen.

*„Nein, nicht in dem Sinne, aber wir haben zum Beispiel in der Onkologie wirklich auch gut ausgebildete Krankenschwestern. Also die beziehungsweise Krankenpflegerinnen haben dann auch diese Fachweiterbildung für onkologische Fachkraft.“ (B02, Abs. 24)*

*„Also das eine war ja palliativ, was mir jetzt aus dem praktischen Alltag einfällt, und das andere ist Wundmanagement.“ (B07, Abs. 25)*

Auf die Frage, ob es professionell Pflegende gibt, die in einer erweiterten Pflegepraxis arbeiten, antwortete eine interviewte Person wie folgt:

*„Zumindest nicht unter dem Namen (lacht). Also ich könnte mir schon vorstellen, dass Quartiersmanager in den Gemeinden hier im Landkreis zum Teil solche Rollen einnehmen, aber mutmaßlich nicht unter diesen Definitionskriterien, speziell auf Pflege letztendlich gelegt.“ (B03, Abs. 7)*

Im ärztlichen Bereich wurden die Weiterbildungen NÄPA und VERAH als wichtige Ansätze beschrieben, um den Bedarf in Hausarztpraxen abzudecken. Es wurde erklärt, dass NÄPA's und VERAH's eine Weiterbildungen für Medizinische Fachangestellte absolviert haben, in einer Hausarztpraxis arbeiten und delegierbare Tätigkeiten ausführen, insbesondere Hausbesuche.

*„Heißt, die haben dann eben dann nochmal die Weiterbildung gemacht und decken eben, wie gesagt, für uns auch den Bedarf ab. Das heißt, die haben jeweils dann mindestens ein Altenheim und eben, wie gesagt, machen die Besuchstouren und tun zum Beispiel dann Wundkontrollen durchführen. Dann Fäden ziehen, oder eben auch, wenn ein Patient, sagt, er hat da und da Probleme, ist aber so vom Telefon unklar, dann ist es oft so, dass die erstmal hinfahren. Klären erstmal ab, was ist nötig und geben uns telefonisch oft Rückmeldung und schauen, ob überhaupt dann für uns ein Besuch nötig ist, oder ob das sich eh schon so klären lässt.“ (B06, Abs. 7)*

Auch Gemeindeschwestern und Quartiersmanager wurden mit einer erweiterten Pflegepraxis in Verbindung gebracht. Eine interviewte Person definierte Quartiersmanager als „Streetworker für die Senioren“ (B03, Abs. 9), die aus dem sozialpädagogischen Bereich kommen.

*„Dann eher noch so dieser Bereich Gemeindeschwester, der ja immer nochmal so als Modellprojekt aufgekommen ist, der ja vielleicht auch ein Stück weit in diese Richtung geht. Wobei ich da häufig nicht zu diesem akademischen Background gesehen habe.“ (B03, Abs. 72)*

Es wurde davon ausgegangen, dass die verschiedenen Berufsgruppen sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Herangehensweise gegenseitig ergänzen.

*„Die Gemeindeschwester, das ist dann wieder so, wie es ja früher mal war. Auch gut. Schadet nichts, vielleicht muss man auch gar nicht in solchen Spalten denken. Vielleicht gibt es auch eine Möglichkeit, die Dinge miteinander zu verknüpfen. Im Sinne von, ich habe übergeordneten ANP und die betreut verschiedene Gemeindeschwestern mit. Weiß ich jetzt nicht, ich habe mich noch nicht so intensiv mit dem Thema beschäftigt, ich bin da/ (lacht)“ (B03, Abs. 74)*

### Unsicherheiten

Die Interviewteilnehmenden hatten teilweise keine Praxisvorstellung und waren zu gewissen Themen bezüglich ANP-Verständnis und organisatorischen Aspekten unsicher.

*„Ja, genau. Das habe ich das erste Mal gehört und gelesen. (lacht) Also ich habe keinen Plan.“*  
(B04, Abs. 3)

Sie drückten Unsicherheiten zur Ausbildung, zu Tätigkeitsbereichen aus, indem Sie Fragen stellten:

*„Ich weiß nicht, ob das jetzt richtig ist?“* (B02, Abs. 3)

Ebenfalls deuteten sie Unwissen zu den Vorteilen, der Finanzierung und Durchführungsmöglichkeiten an, indem sie Vermutungen äußerten.

*„[D]a muss ja ein Plan sein, wie das Geld fließt.“* (B07, Abs. 129)

*„Also ich kann es mir in der Praxis noch nicht genau vorstellen. Von daher wäre es vielleicht gut, wenn Sie mir da nochmal kurz einen Input geben, dann kann ich mir da auch eine bessere Meinung machen.“* (B03, Abs. 23)

Auf die Frage, welche Vorteile eine erweiterte Pflegepraxis hat, antwortete eine interviewte Person:

*„Das müssten Sie mir eigentlich erklären. (lacht) Da weiß ich zu wenig drüber.“* (B01, Abs. 3)

### Auffassungen

Die Interviews führten bei mehreren Teilnehmenden zu einer Wissenserweiterung zum Thema ANP. Zusätzlich betonten Teilnehmende vereinzelt ihre positive Meinung zur erweiterten Pflegepraxis.

*„Mir ist jetzt klar, der Sinn davon, und ist ja direkt fassbar eigentlich, was ihr da erreichen wollt.“* (B07, Abs. 129)

*„Also ich kann damit jetzt schon etwas anfangen. Ich denke andere wahrscheinlich weniger. Ja. Nein, das ist in Ordnung. Also ich fände es auch eine super Sache, wenn es bei uns auch sowas geben würde.“* (B05, Abs. 79)



### 5.2.6 Ausbildungsprogramm

Die Interviewteilnehmenden sagten, dass eine adäquate Ausbildung und der Erwerb von Fachwissen zu bestimmten Themen Voraussetzungen zur Befähigung der ANP-Tätigkeit seien. Aufgrund des Qualitätsniveaus empfahlen die Mehrheit der Interviewten einen akademischen Abschluss zur Ausführung einer ANP-Tätigkeit. Sie verdeutlichten, dass neben den fachlichen Fähigkeiten auch Kompetenzen, die auf die Persönlichkeit zurückzuführen sind, notwendig seien.

#### Berufsabschluss

Als Voraussetzung zur Durchführung einer erweiterten Pflegepraxis wurde eine pflegerische Ausbildung mit theoretischen und praktischen Inhalten gesehen. Die *„Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin“* (B02, Abs. 57) wurde als Basis vorausgesetzt.

Eine interviewte Person schilderte, dass bei der Durchführung von ANP kein akademischer Hintergrund verpflichtend sei:

*„Und dazu gehört sicherlich einmal das theoretische Wissen, dass man sich nur durch eine Uni-Ausbildung aneignen kann, oder auch durch sonstige gute Lehrer, (lacht) muss keine Uni sein. Oder, und natürlich auch, praktische Ausbildung. Dazu gehört sicherlich, gehören Praktika in Krankenhäusern oder auch in Arztpraxen, und auch in Pflegestationen oder Altenheimen. So. Breit gefächert müsste das sein.“* (B07, 107)

Hingegen schilderten andere Personen, dass ein Studium notwendig sei:

*„Und ich denke, man sollte dann auch bei so einer verantwortungsvollen Tätigkeit schon ein Studium vorweisen können.“* (B02, Abs. 59)

Als Grund wurde aufgeführt, dass das Studium eine *„Persönlichkeitsentwicklung“* (B02, Abs. 59) darstelle und im Studium ein *„pflegewissenschaftlicher Background [und] Pflegemodelle“* (B03, Abs. 54) vermittelt werden.

Der Masterabschluss wurde als wünschenswert beschrieben.

*„Also Master ist natürlich besser, ganz klar, weil ich ja sehr viel mehr auch nochmal mitbringe und da einfach auch nochmal tiefer reingegangen bin.“* (B03, Abs. 58)

Die Interviewteilnehmenden schilderten, dass eine APN Fachwissen zu Gesundheitswissen, Sozialleistungen, *„Base Assessment“* (B06, Abs. 33) und eine ständige Wissenserweiterung benötige.

*„[...] Beziehungsweise eben dann doch Gesundheitswissen. Was natürlich alles möglich ist über mittlerweile Pflegestufe, Pflegegrad, wird natürlich in Deutschland auch mit Bürokratie ein bisschen aufwendiger. [...] Sagen: ‚Oh, da muss ich jetzt auch mal wieder nachschauen, weil sich dann alle paar Jahre dann noch etwas ändert von der Zugehörigkeit.‘ Oder dann eben auch welches einmal die Pflegekasse, Krankenkasse dann übers Versorgungsamt, also wo man sagt, da natürlich verschiedene Bereiche gibt es abzudecken. Und wo darüber dann auch das theoretische Wissen eben dann auch abgedeckt sein müsste.“ (B06, Abs. 31)*

### Persönliche Voraussetzungen

Die Interviewteilnehmenden gingen davon aus, dass für die ANP-Tätigkeit „soziale Kompetenz[en]“ (B01, Abs. 88), wie „Empathie“ (B05, Abs. 73) und Aufgeschlossenheit („zugehend“ [B03, Abs. 39]) benötigt werde.

Ebenfalls äußerten die interviewten Personen die Erwartung, dass eine APN Ehrgeiz, die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und zur Selbständigkeit vorweist.

*„Und aus meiner Sicht ist es auch viel. Also das ist eine große Aufgabe, auf kommunaler Ebene so eine Rolle einzunehmen, ist, glaube ich, schon eine Nummer. Man ist ja auch ein Stück weit Einzelkämpfer.“ (B03, Abs. 50)*

*„Ja, weil nützt auch nichts, wenn jemand übervorsichtig ist und ständig wegen jedem Pipifax mich anruft, oder anders halt, sehr wichtige Sachen übersieht. Und, da muss ja das Maß stimmen.“ (B07, Abs. 27)*

Das Vorhandensein von Berufserfahrung wurde im Vergleich zum Ausbildungsprogramm als bedeutender gesehen.

*„Ja, ist eine gute Frage, ne? Es ist schwierig, ne? [...] Ich meine, man hat schon viel erlebt und viel Erfahrung eigentlich auch, ich würde es an Erfahrungswerten vielleicht auch einfach/“ (B04, Abs.75)*

### **5.2.7 Voraussetzungen**

Als Voraussetzungen für die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis wurden Aufklärungsarbeit, Entscheidungen zur Struktur und zur Rollenentwicklung und die Sicherstellung der Finanzierung beschrieben.

### Aufklärungsarbeit

Die interviewten Personen schilderten, dass ANP noch nicht publik sei und es deshalb notwendig sei ANP „transparenter“ (B05, Abs. 55) zu machen. Laut den Interviewteilnehmenden bedarf es Kooperationen, mit dem Ziel das Informationsdefizit zu beseitigen und Aufklärungsarbeit, um ANP bekannt und „auf Deutsch gut verständlich“ (B01, Abs. 111) zu machen.

*„Ich glaube tatsächlich ganz viel Aufklärungsarbeit, viel Kooperation mit den Leuten, die es schon gibt, um da einfach auch das Informationsdefizit letztendlich zu beheben. Was wäre noch? Ich glaube, gut wäre es, wenn man einfach vielleicht auch nochmal ein Modellvorhaben oder so gestalten könnte oder würde. Ich glaube, es wäre auch wichtig, dass diejenige Person nicht in irgendeinem Glaskasten hinter dem Büro sitzt, sondern dass die auch nach außen gut sichtbar ist.“* (B03, Abs. 35-36)

Eine interviewte Person beschrieb, dass Vorurteile einer erweiterten Pflegepraxis abgebaut werden könne und es notwendig sei, Vertrauen zwischen APN und der zu versorgenden Person aufzubauen.

*„Also sicherlich hier, auf dem Land schon eher, dass es heißt: ‚Nein, da würden wir uns auch sicher fühlen‘ und die Vorurteile abgebaut sind, wenn man sagt: ‚Na ja, die sagt bestimmt wieder etwas anderes als der Arzt, oder dann eben die Pfleger, so dann fragen wir doch gleich dann dort direkt nach.‘ Also da sehe ich trotzdem die Vorteile, dass sich das etabliert, aber auf dem Land sicherlich schneller abgebaut werden kann.“* (B06, Abs. 37)

*„Und das eben sagt jetzt nicht der eine, und der andere sagt, er kann da jetzt nicht unbedingt hin. Auch wenn er könnte eventuell. Aber dass einfach wirklich die Schwelle möglichst klein ist.“* (B06, Abs. 35)

### Organisatorisches

Die Interviewteilnehmenden konnten sich je nach ANP-Entwicklung verschiedene Strukturen für die Implementierung, unter anderem als ein Modellvorhaben, vorstellen. Es wurde davon ausgegangen, dass die erweiterte Pflegepraxis bei einem öffentlichen Arbeitgeber angesiedelt werden könne. Es wurden die Vorteile der Unabhängigkeit, der globalen Versorgung und die Möglichkeit sich über dem „Landkreis vielleicht auch [zu] finanz[ieren]“ (B02, Abs. 63) thematisiert.

*„Aber wenn ich es eher global fasse, für alle Bürger mit Demenz im Raum Bad Königshofen, dann sehe ich es vielleicht eher bei der Kommune.“* (B03, Abs. 45)

Ebenfalls wurde angenommen, dass die Implementierung bei einer Einrichtung möglich sei und somit vorhandene Strukturen genutzt werden können.

*„Unter kommunalem Träger müsste diese Person dann bei Null anfangen. Und wenn sie eingegliedert werden in der Institution, wie zum Beispiel ambulanter Pflegedienst, oder auch ein Altenheim oder Arztpraxis, da wäre schon einmal ein Grundgerüst vorhanden, wäre sicherlich leichter.“ (B07, Abs. 117)*

Eine interviewte Person schilderte, wie wichtig die vorher definierte Rollentwicklung sei, indem eine klare Rollenbeschreibung stattfindet und der Patientenfokus im Vordergrund stehe.

*„Ja und ich glaube schon, dass das Profil auch im Vorfeld ziemlich geschärft sein muss. Also ich glaube, man darf nicht mit so unklaren Zielen reingehen. Also ich glaube, man muss vorher ganz klar festlegen, was soll das Ziel sein, dieser Person, die da reingeht, ja.“ (B03, Abs. 37)*  
*„Ich glaube, wichtig ist, wie gesagt, nicht/ Wie gesagt, es muss klar sein, was ist die Rolle.“ (B03, Abs. 50)*

*„Und da aber zu gucken, dass wir nicht irgendwie noch fünf Leute haben, die übergeordnet tätig sind, sondern tatsächlich auch zu gucken, was kommt letztendlich auch hinten an, ja.“ (B03, Abs. 33)*

### Ausstattung

Die Interviewteilnehmenden schilderten, dass die Finanzierung sichergestellt werden müsse, wobei es die Möglichkeit von „Fördermöglichkeiten“ (B02, Abs. 55) gäbe. Ebenfalls thematisierten sie „finanzielle Mittel“ (B07, Abs. 115), welche für die Ausstattung notwendig seien. Es wurden materielle Ausstattungen, beispielsweise ein Telefon, *ein „Fahrzeug, um hinzufahren zum Patienten“* (B07, Abs. 116) und Räumlichkeiten, wie *„Büro und nebendran ein Untersuchungszimmer“* (B01, Abs. 113) aufgezählt.

*„Ja, ein Telefon, ein Diensthandy auf jeden Fall.“ (B05, Abs. 71)*

### **5.2.8 Implementierungshindernisse**

Als Implementierungshindernisse einer erweiterten Pflegepraxis wurden von den Interviewteilnehmenden der geringe Bekanntheitsgrad und eine fehlende Akzeptanz ANP seitens „Politik, Bevölkerung und Ärzteschaft“ (B02, Abs. 65), als auch der eigenen Profession Pflege beschrieben.

„Also der Bekanntheitsgrad ist, glaube ich, noch nicht so hoch. [...] Ich hatte einfach mit einem Arzt von uns mal gesprochen ganz unabhängig, habe ihn gefragt, was er dazu meint. Er hat gemeint: ‚Pflege, die müssen nicht studieren.‘“ (B02, Abs. 44-48)

„Ich fände es super, aber ich kann mir vorstellen, dass es auch wahrscheinlich Pfleger/innen gibt oder so, die wahrscheinlich denken: Ach, das ist jemand, der denkt sowieso, er ist irgendwie, trägt die Nase ganz weit oben oder so, also kann ich mir jetzt vorstellen. Dass es wahrscheinlich erst mal gar nicht so einfach ist, bis sie merken, Mensch, das ist ja für uns total super. Also würde ich jetzt denken.“ (B05, Abs. 75)

Die Durchführbarkeit wurde aufgrund aktueller Gesundheitsstrukturen, der Sicherstellung der Finanzierung und bezüglich der Rollenentwicklung als problematisch geschildert.

„Großes Problem sehe ich an der Finanzierung von dem Ganzen.“ (B07, Abs. 129)

„Als Risiko sehe ich es, ein Stück weit zu schauen, wie grenzt die sich tatsächlich ab, die ANP. Wie grenzt sie sich tatsächlich ab, zu, wenn ich es jetzt wieder auf die Pflege, zum Pflegedienst, zum Quartiersmanager, zur Pflegeberatung? Also wo ist da die Abgrenzung und wie ist es für den Endkunden, sage ich jetzt mal, für den Pflegebedürftigen oder für den Angehörigen? Wie findet der sich dann zurecht zwischen all diesen vielen Strukturen?“ (B03, Abs. 33)

## 6 Ergebnisdiskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, ob die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis im Rahmen der Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region sinnvoll ist und wie diese aus Sicht relevanten Stakeholder gelingen kann. Nun werden die durch die Interviews gewonnen organisations-/regionsspezifischen und allgemeinen Kategorien näher diskutiert. Das Besondere hierbei ist, dass die Ergebnisse der Analyse mit auserwählten Interviewkategorien verglichen und weiter interpretiert werden. Aufgrund thematischer Zusammenhänge werden Kategorien teilweise miteinander verknüpft.

### 6.1 Organisations-/ Regionsspezifische Kategorien

In den folgenden Abschnitten wird sich mit der Fragestellung beschäftigt, inwiefern eine erweiterte Pflegepraxis in einer ländlichen Region sinnvoll ist. Für den Vergleich der Analyseergebnisse der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld, die anhand der ersten Schritte des Community Assessments Models ermittelt wurden, wird die Hauptkategorie Versorgungsbedarf genutzt.

#### 6.1.1 Vergleich der Analyseergebnisse und der Kategorie Versorgungsbedarf

##### Hintergründe und fehlende Gesundheitsstrukturen

Die Analyse der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld und die Interviewergebnisse zeigen, dass es einen Bedarf der erweiterten Praxis gibt. In den Interviews kristallisieren sich mehrere Ursachen heraus, die den aktuellen Versorgungsbedarf begründen. Diese werden bereits im Kapitel 2.1 näher erläutert.

Die Ergebnisse der Analyse prognostizieren in Zukunft einen Arztmangel im Landkreis Rhön-Grabfeld. Dies bestätigen die Interviewergebnisse, indem gesagt wird, dass es in Bad Königshofen i. Grabfeld „nicht genug Ärzte“ (B02, Abs. 17) gibt. Die Analyseergebnisse zeigen eine Vielfalt von Strukturen im Gesundheitswesen. Dennoch wird in den Interviews ein großer Bedarf beschrieben. Es werden die geringen Platzkapazitäten für Kurz- und Langzeitplätze angesprochen. Laut Berechnungen ist der Bedarf und die Nachfrage in allen Bereichen der Pflege (ambulante Pflege, Tagespflege, Kurz- und Langzeitpflege) gedeckt. Für die zukünftige pflegerische Versorgung wird aufgrund des Mangels an professionell Pflegenden die mögliche Konsequenz von geringen Platzkapazitäten beschrieben (Zehe, 2019). Aufgrund der Interviewaussagen ist davon auszugehen, dass sich dies in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld schon stärker auswirkt. Die schlechten Arbeitsbedingungen, welche in den Interviewgesprächen geschildert werden, beschreibt auch das Pflgethermometer Care Klima

Index. Von den professionell Pflegenden bewerten 56% die Arbeitsbedingungen als schlecht und 36% als mittelmäßig. Ebenfalls wird beschrieben, dass lediglich 5% der professionell Pflegenden die pflegerische Versorgung und deren Qualität zukünftig als gesichert sieht (Care Klima-Index, 2020).

Besonders auffällig sind die vielen Beratungsangebote, welche durch die Analyse gelistet werden. In den Interviews wird jedoch auch die Überforderung der Angehörigen angesprochen. Eine interviewte Person stellte die Implementierung der erweiterten Pflegepraxis in Frage, da die Gefahr bestehe, dass der Klient sich „zwischen all diesen vielen Strukturen“ (B03, Abs. 33) nicht mehr zurechtfindet. Die interviewte Person erwartet von einer erweiterte Pflegepraxis, dass beachtet wird, was „letztendlich auch hinten an [kommt]“ (B03, Abs. 33). Diese Aspekte lassen vermuten, dass die aktuellen Beratungsangebote schon jetzt für die Betroffenen unüberschaubar sind und gegebenenfalls nicht ausreichend genutzt werden. Räker et al. (2020) beschreiben, dass es eine Menge an Unterstützungsangeboten für zu versorgende Personen und Angehörige gibt. Jedoch 55% der informell Pflegenden die Angebote nicht wahrnehmen (Räker et al., 2020). Die Interviewergebnisse deuten darauf hin, dass finanzielle Schwierigkeiten und fehlende Angebote vor Ort Gründe für die Nichtnutzung sind. Auch Räker et al. (2020) erläutern die in den Interviews genannten Gründe finanzielle Aspekte und fehlende Angebote vor Ort für die Nichtnutzung der Angebote. Sie ergänzen Gründe wie schlechte Erfahrungen, geringer Bekanntheitsgrad und schildern den Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme, dass pflegebedürftige Personen „nicht von Fremden gepflegt werden möchte[n]“ (Räker et al, 2020, S. 86). Zudem vermeiden Betroffene Beratungsstellen aufgrund von Informationsdefiziten und sozialer oder psychischer Barrieren (Ewers, Schaeffer & Meleis, 2016).

Dadurch, dass eine interviewte Person schilderte, dass „aus lauter Verzweiflung“ (B07, Abs. 61) eine Person in ein Krankenhaus eingewiesen wird, damit diese versorgt ist, ist davon auszugehen, dass es in Bad Königshofen i. Grabfeld in akuten Situationen keine entsprechende Gesundheitsstrukturen gibt. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Struktur wird ersichtlich, da ein Versorgungsproblem circa zwei Mal pro Woche wahrgenommen wird („[W]eil ich Erlebnisse habe aus der täglichen Praxis, wo ich das hätte brauchen können. Also jede Woche ein, zwei Fälle vielleicht. Schätze ich mal, wo ich das hätte brauchen können.“ [B07, Abs. 101]). Laut §3 SGB XI und §64 SGB XII, ist das Ziel in der Gesundheitsversorgung das Prinzip „ambulant vor stationär“ (Brettschneider, 2019), wodurch die erweiterte Pflegepraxis besonders im ländlichen Setting an Bedeutung gewinnt.

Die interviewten Personen erläuterten Versorgungsbrüche im Bereich Entlassungsmanagement. Zum Beispiel zeigen die Interviewergebnisse, dass die fehlende Struktur einer poststationären Versorgung weitreichende Folgen für die zu versorgende Person haben kann. Lang et al. (2019) zählen folgende Schnittstellenprobleme zwischen

stationärer und häuslicher Versorgung auf: „intersektorale Kommunikation und Kooperation, Entlassungsmanagement, sowie Medikationsmanagement“ (S.825). Laut Agnes-Karll-Gesellschaft (2019) arbeiten die verschiedenen Schnittstellen zu wenig zusammen. Die intersektorale Kommunikation von Pflegenden in ambulanten Diensten und Hausärzten wird in einem Interview als „schwierig“ (B05, Abs. 29) bezeichnet, was auf einen Änderungsbedarf hinweist. Besonders im Bereich der Altenpflege erkennen Hackmann und Sulzer (2018) einen Optimierungsbedarf zum Thema Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Sie beschreiben, dass in der Altenpflege qualifiziertes Personal benötigt wird, um mit medizinischen Berufen als Team zu interagieren (Hackmann & Sulzer, 2018).

### Zielgruppe

Für die Region Bad Königshofen i. Grabfeld kann in den Interviews keine Zielgruppe aufgrund einer spezifischen Erkrankung in den Interviews ermittelt werden, da lediglich vereinzelt Erkrankungen wie Demenz und ADS, ADHS genannt wurden. Wie bereits in der Einführung des Kapitels 5 erwähnt, kann eine erweiterte Pflegepraxis unterschiedliche Schwerpunkte haben. Der Fokus in den Interviews liegt im ambulanten, geriatrischen Bereich. Die Analyse beschreibt, bezogen auf den gesamten Landkreis Rhön-Grabfeld, Krankheiten des Kreislaufsystems als häufigste Todesursache, gefolgt von der Kategorie Neubildungen. Allerdings werden diese Krankheiten in den Interviews nicht thematisiert. Ebenfalls ist die hohe Mortalitätsrate in Bad Königshofen auffällig. Es ist davon auszugehen, dass sich dies aufgrund der älteren Altersstrukturen begründen lässt. Zusätzliche Daten und Berechnungen zu Themen wie Todesursachen und Todeszahl in den verschiedenen Altersgruppen können weiteren Aufschluss über besonders gefährdete Menschengruppen geben.

In den Interviewgesprächen machen sich die professionell Pflegenden besonders über den Aufgabenbereich Wundversorgung Gedanken. Am 1.10.2022 traten die Änderungen, dass ausschließlich spezialisierte Leistungserbringer chronische Wunden versorgen dürfen, in Kraft (GKV Spitzenverband, 2021). Das Ausmaß dieser Änderung, ob sich eine Versorgungslücke ergibt, ist unklar und hängt davon ab, inwiefern zukünftig die Versorgung von chronischen Wunden aus dem Leistungsspektrum der bestehenden ambulanten Dienste fällt.

### Probleme Betroffener

Für den Landkreis Rhön-Grabfeld wird eine Mehrzahl von alleinstehenden, beziehungsweise alleinlebenden Pflegebedürftigen beschrieben. In den Interviews dagegen werden Themen wie Vereinsamung und Altersarmut angesprochen. Auch Haupteltshofer, Blotenberg, Seeling und Stutz (2019) beschreiben diese Thematiken bei älteren Menschen in ländlichen Regionen. Aus diesem Grund kann schlussgefolgert werden, dass ein Ausbau der



Nachbarschaftshilfe auch für die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld sinnvoll ist. Der Zusammenhalt in einer Gemeinde und im allgemeinen die soziale Unterstützung spielt bei älteren Personen für die Qualität des Wohnumfeldes eine bedeutende Rolle (Bromell & Cagney, 2014; Hauptelshofer et al., 2019). Die Tatsache, dass ein Mangel an niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten in den Interviews wahrgenommen wird, obwohl in der Analyse neben den Dienstleistungen der ambulanten Pflegedienste auch die Möglichkeit der Nachbarschaftshilfe besteht, verdeutlicht die Notwendigkeit von Strukturen wie einer organisierten Nachbarschaftshilfe. Hinzu kommen laut Interviewergebnissen auch die Abnahme und Überforderung der Angehörigen. Gerade in der COVID-19-Pandemie wurde die Bedeutung der informellen Pflege deutlich (Eggert, Teubner, Budnick, Gellert & Kuhlmeier, 2020). Schlussfolgernd ist in der Zukunft die Förderung der informellen Pflege, einschließlich des Ehrenamts, aus mehreren Gründen erforderlich (Drossel et al., 2019; Eggert et al., 2020). Diesbezüglich wird die Verbindung von professionell Pflegenden und informell Pflegenden mittels der Struktur Community Health Nursing als sinnvoll beschrieben (Bernateck & Herzberg, 2018).

### **6.1.2 Entwicklungspotenzial**

#### Versorgungssituation

Die Interviewergebnisse zeigen, dass aufgrund des soeben beschriebenen Versorgungsbedarfs, die erweiterte Pflegepraxis als Lösungsweg gesehen wird. Sie wird als Unterstützung der vorhandenen Gesundheitsstrukturen gesehen. Die in den Interviews beschriebenen Vorteile veranlassen die Annahme, dass die erweiterte Pflegepraxis sich positiv auf die Versorgungssituation auswirkt. Vorhandene Studien deuten darauf hin, dass sie die Patientenversorgung verbessert (Schubert, Herrmann & Spichiger, 2018). Speziell Community Health Nursing wird als „Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019, S. 1) betitelt. Als Vorteil der erweiterten Pflegepraxis wird in den Interviews eine wohnortnahe Versorgung und das Vorhandensein eines direkten Ansprechpartners genannt, welche auch in der Literatur beschrieben werden (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019). Ein direkter Ansprechpartner koordiniert die Gesundheitsversorgung sowie verschiedenen Berufsgruppen. Folglich verbessern ein kontinuierlicher Versorgungsplan und regelmäßige Hausbesuche die Patientenzufriedenheit (Santomassino et al., 2012).

Die Interviewteilnehmenden erhoffen sich von der erweiterten Pflegepraxis eine wirksame Versorgung, die Krankenhauseinweisungen vermeidet. Santomassino et al. (2012) beschreiben, dass eine erweiterte Pflegepraxis, welches sich auf ein Krankheitsbild spezialisiert hat und in einem Versorgungsteam agiert, den sogenannten „Drehtüreffekt“

reduziert. Dies bestätigen Dunn, Bliss und Ryrie (2021) indem sie erläutern, dass das Zusammenspiel von interdisziplinärer ambulanter Versorgung und der Förderung des Selbstmanagement unnötige Krankenseinweisungen reduzieren kann. In der Patientenversorgung ist die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen ärztlichen und pflegerischen Professionen von Bedeutung (Neugebauer, Brzoska, Wrona, Yilmaz-Aslan & Hämel, 2022; Pesko, Gerber, Peng & Press, 2018). In einer erweiterten Pflegepraxis wird die enge Kooperation mit Ärzten und das Zusammenarbeiten in einem multiprofessionellen Team betont (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019).

Die positiven Aspekte der erweiterten Pflegepraxis, die in den Interviews angesprochen werden, beispielsweise der Einbezug des präventiven und interdisziplinären Ansatzes, spiegeln sich auch bei den Tätigkeiten von CHN wider (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019).

### Professionalisierung

Die erweiterte Pflegepraxis wird in den Interviews als Chance zur Professionalisierung gesehen, besonders für den ländlichen Raum. Durch die Aussage „Ich glaube, da hängen wir einfach hier in Deutschland, aber auch hier im Landkreis noch ziemlich weit hinterher. Also tatsächlich gibt es wenig akademisch ausgebildete Pflegekräfte hier bei uns“ (B03, Abs. 47), wird ersichtlich, dass akademisiertes Pflegepersonal in Bad Königshofen noch nicht publik ist. Dies zeigt sich auch in Gesamtdeutschland. „Die Akademisierungsquote für 2021 beträgt [...] 1,75 Prozent für alle Studierenden bzw. 0,82 Prozent, wenn nur primärqualifizierend Studierende gezählt werden“ (Meng, Peters & Dorin, 2022, S. 12). Mit „alle Studierenden“ sind Personen gemeint, die sich in einem primärqualifizierenden, additiven oder dualen Studiengang befinden (Meng et al., 2022). Insgesamt hat sich die Zahl der akademisch ausgebildeten Pflegepersonen, die in der Pflegepraxis arbeiten, leicht erhöht (2015: 1,0%, 2018: 2,1%) (Bergjan et al., 2021; Tannen, Feuchtinger, Strohbücker & Kocks, 2017). Dies ist jedoch noch stark von der erwünschten 10 bis 20 Prozentquote entfernt und zeigt auch große Unterschiede im internationalen Vergleich auf. Dort führt eine hochschulische Ausbildung zur Attraktivitätssteigerung bei und ist zusätzlich mit erweiterten Tätigkeiten verbunden (Lehmann et al., 2019).

In den Interviewgesprächen wird deutlich, dass eine Veränderung des Berufsbildes gewünscht wird, um das Image der Pflege zu ändern. Diesbezüglich sollen laut Interviewteilnehmenden eine Qualitätssteigerung und eine gesamtheitliche Pflegeauffassung angestrebt werden. Eine interviewte Person erwähnte, dass qualifiziertes Personal benötigt wird, um den Mangel an professionell Pflegenden zu verringern („[J]a, es sind jetzt weniger Arbeitskräfte dort, die dafür aber sehr gut geschult, das ein bisschen ein auszugleichen [...]“ [B06, Abs. 13]). Folglich wird akademisiertes Personal benötigt, um eine Qualitätssteigerung zu erreichen, Arbeitsprozesse zu optimieren und für die Zukunft eine optimale

Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Hommel, 2018; Robert Bosch Stiftung, 2018; Rothgang et al., 2020; Weidner & Schubert, 2022).

### 6.1.3 Entwicklungsskepsis

Die erweiterte Pflegepraxis wird bei den Interviewteilnehmenden nicht nur als Potenzial gesehen, sondern auch mit Misstrauen betrachtet. Es wird angenommen, dass die Nachfrage präventiver Angebote weniger gegeben ist. Besonders die Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Vorsorge ist in der Bevölkerung unbeliebt (Hauptelshofer et al., 2019) und wird mit dem Thema Tod in Verbindung gebracht (McIlfatrick et al., 2021). Entscheidungen bezüglich der Gesundheit und das persönliche Wohlergehen werden aufgeschoben, bis Betroffene sich in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden (Hauptelshofer et al., 2019). Yorke et al. (2022) beschreiben, dass Personen ungern mit Ärzten über Advanced Care Planning (ACP) reden. ACP ist ein Beratungsprozess, in dem die gesundheitliche Vorsorgeplanung besprochen wird. Offizielle Dokumente werden weniger genutzt, stattdessen werden informelle Vereinbarungen gemacht. Das heißt, dass Personen ihren Angehörigen Wünsche zur zukünftigen Versorgung mitteilen (Yorke et al., 2022). Um jedoch in einer Versorgungssituation angemessen zu handeln und Konfliktpotenzial zwischen Angehörigen zu vermeiden, ist eine gesundheitliche Vorsorge notwendig (Hack, Buecking, Lopez, Ruchholtz & Kühne, 2016; Yorke et al., 2022).

Auffällig ist auch, dass bei allen Interviewteilnehmenden ein Bedarf der erweiterten Pflegepraxis gesehen wird. Allerdings können sich wenige Interviewteilnehmende eine APN in ihrer Organisation als Einsatzfeld vorstellen. Hingegen beschreibt die Agnes-Karll-Gesellschaft (2022b) mehrere Einsatzgebiete in der Primär-, ambulanten, kommunalen oder öffentlichen Versorgung. In den Interviewgesprächen wird jeweils auf andere Einrichtungen oder schon vorhandene Beratungsstrukturen verwiesen. Es kann geschlossen werden, dass sie sich nicht verantwortlich fühlen. Die Interviewaussagen können mehrere Gründe haben. Zum einen, weil Praxisvorbilder und eine Vorstellung zur Umsetzung einer erweiterten Pflegepraxis fehlen („Also ich kann es mir in der Praxis noch nicht genau vorstellen.“ [B03, Abs. 23]). Zum anderen, weil eine Umsetzung noch nicht komplett rechtlich geregelt ist, wie es Burgi und Igl (2021a) analysierten. Hinzu kommt, dass die Interviewteilnehmenden Unsicherheiten zu verschiedenen Themenbereichen zeigen und somit zum aktuellen Zeitpunkt eine Praxisumsetzung nicht in Frage kommt.

### 6.1.4 Organisationshandlungen

Neben dem Misstrauen werden jedoch auch viele Möglichkeiten genannt, wie die Interviewteilnehmenden aktiv eine erweiterte Pflegepraxis fördern können. Sie zeigten

Bereitschaft bei der Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis. Diese ist laut dem PEPPA Framework für die Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis notwendig (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Die Robert Bosch Stiftung (2018) verlangt von Institutionen in der Gesundheitsversorgung und des öffentlichen Rechts die Entwicklung von akademisierten Rollenprofilen in der Pflege anzuerkennen und zu unterstützen. Ebenfalls fordern sie den Bereich Medien zu Handlungen auf (Robert Bosch Stiftung, 2018).

Mit dem Kampagnenstart „Pflege kann was“ wird versucht den Pflegeberuf mit all seinen Facetten zu werben. Der Fokus liegt auch auf dem Pflegestudium, welches zu wenig genutzt wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2022). Das Bekanntmachen einer erweiterten Pflegepraxis sehen die Interviewteilnehmenden ebenfalls in ihrem Aufgabenbereich.

In den Interviews wird beschrieben, dass fachärztliches Personal oft erster Anlaufpunkt bei gesundheitlichen Fragestellungen ist. Dies bestätigt die vorhandene Literatur (Büschner & Erdmann, 2022; Care Klima-Index, 2020). Aus diesem Grund haben die Kooperation und Vernetzung mit dem ärztlichen Bereich eine besondere Rolle bei der Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019; Burgi & Igl, 2021b; Büschner & Erdmann, 2022). Die Kooperation und das Angebot Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, deutet daraufhin, dass die interviewten Stakeholder ihre Bedeutung bezüglich der erweiterten Pflegepraxis wahrnehmen.

## 6.2 Allgemeine Kategorien

In den folgenden Abschnitten wird sich genauer damit beschäftigt, wie aus Sicht relevanter Stakeholder eine erweiterte Pflegepraxis gelingen kann.

### 6.2.1 Verständnis

#### ANP-Interpretation

Das Verständnis der Interviewteilnehmenden zu ANP spiegelt sich mit den Dokumenten des Deutschen Berufsverbandes für Pflege wider. Dies kann jedoch aufgrund der Einverständniserklärung, welche sich am DBfK (2019) orientiert, erklärt werden. In jedem Interview wurde der Fragebogen Serie B (in unserer Region/Organisation arbeiten keine Pflegefachfrauen und -männer in ANP-Rollen) verwendet. Somit kann geschlussfolgert werden, dass in der Region keine Pflegefachfrauen/-männer in einer erweiterten Pflegepraxis tätig sind. Diese Tatsache begründet auch die Entstehung der Kategorie Unsicherheiten.

#### Unsicherheiten und Auffassungen

Aufgrund einzelner Aussagen der Interviewteilnehmenden wird ersichtlich, dass bestimmte Themenbereiche zu ANP-Verständnis und organisatorischen Aspekten einer erweiterten Pflegepraxis unklar sind. Einige Stakeholder haben vorab keine Erfahrungen damit gemacht (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004). Vereinzelt kennen die Interviewteilnehmenden Praxisvorbilder aus dem Ausland, wo eine erweiterte Pflegepraxis bereits verbreitet ist (DBfK, 2019). Rückmeldungen während der Interviewgespräche zeigen, dass durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Wissen vermittelt wurde und dass die Interviewteilnehmenden einer erweiterten Pflegepraxis positiv gegenüberstehen.

### Andere Berufsgruppen

Der Kommentar „Zumindest nicht unter dem Namen (lacht)“ (B03, Abs. 7) zeigt, dass andere Berufsgruppen Überschneidungen mit dem Aufgabenfeld der erweiterten Pflegepraxis haben. Beispielsweise kompensieren Hausarztpraxen durch den Einsatz von NÄPA und VERAH die bestehende Versorgungslücke (Preusker, 2022). Die Interviewergebnisse zeigen, dass solche Strukturen erste Ansätze sind, um bestehende Versorgungslücken zu schließen. Jedoch wird bei einer erweiterten Pflegepraxis ein umfassenderes Bild der Gesundheitsversorgung verstanden und die pflegewissenschaftliche Sichtweise betont (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2019; DBfK, 2019). In den Interviewgesprächen wurde von allen Berufsgruppen der Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis beschrieben. Auch Auschra, Deisner, Berghöfer und Sydow (2019) erläutern, dass verschiedene Akteure bereits neue Versorgungsmodelle ausüben, wobei professionell Pflegende zu wenig beteiligt sind, die pflegerische Profession allerdings in den Bereichen Koordination und Vernetzung von Bedeutung ist. Eine interviewte Person beschrieb, dass die verschiedenen Berufsgruppen miteinander verknüpft werden sollten. Dieses wird auch in den Gesundheitskiosken deutlich, in denen vorhandene Strukturen, wie beispielsweise Quartiersmanager, miteinbezogen werden sollen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

## **6.2.2 Ausbildungsprogramm**

### Berufsabschluss

Die genannten fachlichen Inhalte, welche laut Interviewteilnehmenden für die Ausübung einer erweiterten Pflegetätigkeit benötigt werden, spiegeln sich bei den Fähigkeiten, welche im Masterstudiengang CHN vermittelt werden sollen, wider (DBfK, 2019). Die Interviewteilnehmenden nennen unterschiedliche Berufsqualifikationen zur Ausübung einer erweiterten Pflegepraxis. Im Positionspapier Advanced Nursing Practice wird beschrieben, dass durch eine Übergangsregelung auch anderweitige und vergleichbare Ausbildungswege akzeptiert werden (DBfK, ÖGKV und SBK, 2013). Somit sind zum aktuellen Zeitpunkt

spezifische Weiterbildungen in den verschiedensten Bereichen sinnvoll und können einen wichtigen Beitrag für Rollenentwicklungen leisten (Gold, Römer, Arnold & Helbig, 2021; Seismann-Petersen, Köpke & Inkrot, 2022). Jedoch wird als langfristiges Ziel die Mindestqualifikation eines Masterabschlusses vorausgesetzt (Gold et al., 2021). Eine interviewte Person stellt die Qualifikation eines Masterabschlusses in Frage, da die ausführende Person dann schließlich auch dementsprechend finanziert werden möchte. Lidauer, Kainrath, Schulc, Müller und Stummer (2022) beschreiben, dass aufgrund der erforderlichen Kompetenzen einer APN die Qualifikation eines Masterstudiums angebracht ist. Hier soll angemerkt werden, dass die Finanzierung einer erweiterten Pflegepraxis sich an den TVöD, entsprechend dem Qualitätsniveau und dem Maß der Verantwortlichkeit orientiert (Scheydt & Holzke, 2018).

### Persönliche Voraussetzungen

Die Interviewergebnisse zeigen, dass neben dem Berufsabschluss sowohl soziale Kompetenzen, als auch die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung wichtige Bedingungen zur Ausführung einer erweiterten Pflegepraxis darstellen. Durch die Aussage „Man ist ja auch ein Stück weit Einzelkämpfer“ (B03, Abs. 50) wird ersichtlich, dass eigenverantwortliches Handeln vorausgesetzt wird. Auch Lidauer et al. (2022) beschreiben Kompetenzen welche bei einer Tätigkeit in der erweiterten Pflegepraxis notwendig sind. Unter anderem definieren sie Sozialkompetenzen wie „proaktive Grundhaltung“ und personale Kompetenzen wie „Eigenverantwortlichkeit“ und „selbständiges Arbeiten“ (Lidauer et al., 2022, S. 240). Zusätzlich werden in den Interviewgesprächen die Berufserfahrung als Voraussetzung beschrieben. Auch in anderen Ländern wird für die Ausübung einer erweiterten Pflegepraxis Berufserfahrung benötigt, wobei unterschiedliche Jahreszahlen zu finden sind (Schober et al., 2020). Im Positionspapier Advanced Nursing Practice für den deutschsprachigen Raum vom Jahr 2013 wird gefordert, dass „mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der Pflegepraxis“ (DBfK, ÖGKV und SBK, S. 2) notwendig sind.

## **6.2.3 Voraussetzungen und Implementierungshindernisse**

### Aufklärungsarbeit

Die Interviewteilnehmenden gehen davon aus, dass die erweiterte Pflegepraxis noch nicht ausreichend bekannt ist. Dies bestätigt auch die Kategorie Unsicherheiten. Folglich wird von den Teilnehmenden beschrieben, dass die Akzeptanz von verschiedenen Personengruppen gering ist. Akzeptanzprobleme von Absolvierenden einer erweiterten Pflegepraxis, beispielsweise von pflegerischer und ärztlicher Seite sind bekannt (Stephanow, 2019). Dies bestätigt die Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung auf das Positionspapier

Community Health Nurse des deutschen Pflegerats (2022). Sie besagt, dass durch CHN keine Versorgungslücken geschlossen werden können (Preusker, 2022). Ebenfalls stehen die von Herrn Lauterbach geplanten Gesundheitskioske mitsamt CHN und diesbezüglich der Übertragung von Heilkunde seitens der Ärzteschaft in Kritik (o. Autor, 2022). Professorin Martina Hasseler erläuterte in einem Interview mit medhochzwei, dass die Kassenärztliche Vereinigung das Prinzip CHN nicht verstanden habe. Besonders die präventive, gesundheitsförderliche und zugehende Grundhaltung zeichnet sich vom ärztlichen Ansatz ab und ist für die Betroffenen und deren Umfeld von Vorteil (Interview mit Prof. Martina Hasseler, 29.07.2022). Die Interviewgespräche mit den Personen aus dem medizinischen Bereich lassen allerdings vermuten, dass diese gegenüber einer erweiterten Pflegepraxis durchaus positiv gestellt sein kann. Aus diesem Grund ist es notwendig sowohl Personen mit vorhandener Skepsis aus dem ärztlichen Bereich – als auch aus dem Pflegerischen – einzubinden und aufzuklären (Schober & Affara, 2008). Berufsgruppen, welche mit einer erweiterten Pflegepraxis in enger Verbindung stehen, benötigen entsprechende Informationen (Müller-Staub et al., 2015). Es werden Imagekampagnen benötigt, um auf eine erweiterte Pflegepraxis aufmerksam zu machen und das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit, als auch intern bei der pflegerischen Profession zu verbessern (Julier-Abgottspon, Brunner-Pfaffen & Eissler, 2022). Nur so kann eine Vertrauensbasis zwischen den Patienten und der APN sowie zwischen den Berufsgruppen, wie sie in den Interviewgesprächen beschrieben wurden, aufgebaut werden.

#### Organisatorisches und Ausstattung

Laut Interviewteilnehmenden stellt neben der Unbekanntheit von ANP die Durchführbarkeit ein Hindernis dar, weshalb für eine Implementierung Entscheidungen zur Rollenentwicklung, finanzielle und strukturelle Aspekte notwendig sind. Bezüglich der im vorherigen Abschnitt beschriebenen Konflikte verschiedener Berufsgruppen, ist es umso wichtiger bei der Implementierung eine klare Rollenbeschreibung („Wie gesagt, es muss klar sein, was ist die Rolle.“ [B03, Abs. 50]) durchzuführen (Werner, Dimitriadou-Xanthopoulou, Knisch-Wesemann & Meißner, 2021). Für eine Rollendefinition inklusive Zielformulierungen können die Schritte des PEPPA Frameworks genutzt werden (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004; Dittrich, Stockinger & Schuster, 2019). Laut Interviewgesprächen ist es notwendig, den Patientenfokus nicht zu verlieren und keine übergeordnete Struktur zu schaffen. Eine Verbleibstudie von akademisierten Pflegepersonen widerlegt diese Befürchtung. Sie zeigte, dass grundständig Pflegeabsolvierende überwiegend in der direkten Patientenversorgung arbeiten (Baumann & Kugler, 2019).

Der vermehrte Nutzen von Technik in der Gesundheitsversorgung, welche in regionalen Modellen versucht Problematiken zu lösen (Auschra et al., 2019) oder eine einheitliche

Sprache umzusetzen (Kerr et al., 2015), wird bei den Interviewteilnehmenden nicht thematisiert. Auch haftungsrechtliche Fragen, die zum aktuellen Zeitpunkt eine Bedeutung haben (Burgi & Igl, 2021b), kommen nicht zur Ansprache.

Vielmehr wird in den Interviewgesprächen die Vielzahl an Implementierungsmöglichkeiten aufgeführt, wobei die Frage der Finanzierung als ein bedeutendes Kriterium erschien. Eine angemessene Vergütung von Pflegeexperten in der erweiterten Pflegepraxis stellt auch laut Stephanow (2019) eine Herausforderung dar. Finanzierungsmöglichkeiten sind die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung, Förderungsgelder und eine Finanzierung durch die Kommune, beziehungsweise mithilfe Sozialraumkonzepten (Burgi & Igl, 2021b). In den Interviewgesprächen wird eine mögliche Kosteneinsparung aufgrund effizienter Arbeit einer erweiterten Pflegepraxis nicht angesprochen. Dunn et al. (2021) schlussfolgern jedoch, dass hochintensive Dienstleistungen zu Einsparungen führen können. Die Förderung der ambulanten Versorgung kann Kosten für Versicherungsträger und Kommunen minimieren (Brettschneider, 2019).

Wie in den Interviews angesprochen, ist eine erweiterte Pflegepraxis in unterschiedlichen Settings möglich, welche sowohl Vor- und Nachteile haben. Die Kommunen haben in den Interviews, als auch in der Literatur (Burgi & Igl, 2021b), eine bedeutende Rolle, um das Angebot „global“ (B03, Abs. 45) zugänglich zu machen. Ebenfalls wird angesprochen, dass eine erweiterte Pflegepraxis in einer pflegerischen Einrichtung gewünscht wird. Auch freigemeinnützige Trägerschaften können, wenn die erweiterte Pflegepraxis als „eigenständige Teileinheit“ (Burgi & Igl, 2021b, S. 160) verstanden wird, in Betracht kommen. Weiterhin bieten sich, wie in den Interviews erwähnt, schon bestehende Beratungsstrukturen beispielsweise die eines Pflegestützpunktes an. Burgi und Igl (2021b) beschreiben, dass ein institutionell-organisatorisches Setting mit Einbezug von Kooperationen und mittels Angestelltenstatus anzustreben ist. Darüber hinaus wird empfohlen, dass Medizinische Versorgungszentren sich zu kommunalen Gesundheitszentren entwickeln sollen, welche den CHN-Ansatz berücksichtigen (Burgi & Igl, 2021b).

### **6.3 Limitationen**

Bei der Rekrutierung der Teilnehmenden war zunächst auffällig, dass sich die Kontaktaufnahme zu einigen Hausärzten als schwierig erwies. Zum einen, weil bei einigen keine offizielle Internetseite und somit auch keine E-Mail-Adresse zu finden war. Zum anderen, weil die Personen am Empfang eindeutig unter Stress standen und sie unter diesen Bedingungen wenig Verständnis für das Vorhaben hatten. Auch bei den Kontaktaufnahmen mit den ambulanten Pflegediensten wurden zunächst die personellen Ausfälle und das zeitliche Problem thematisiert. Mit drei Interviewteilnehmenden hatte die Interviewerin,



unabhängig von der empirischen Erhebung, vorher schon persönlichen Kontakt, welche womöglich die Interviewteilnahme begünstigte. Nicht auszuschließen ist, dass eine Verzerrung aufgrund Selbstdarstellung bei den interviewten Personen stattfand. Das heißt, dass die interviewten Personen sich dem Interviewenden vorteilhaft und unterstützend zeigen wollten. Da sich die Aussagen der Interviewteilnehmenden jedoch wiederholen, sind diese als glaubwürdig einzuschätzen. Da bei einem Interview unklar war, inwiefern die Ergebnisse korrekt interpretiert werden, wurde im Rahmen der kommunikativen Validierung zusätzlich nach dem Interviewtermin telefonische Rücksprache mit der interviewten Person gehalten. Somit konnte das Interviewergebnis bestätigt werden. Die geringe Anzahl der Interviews, welche für eine qualitative Methode typisch ist (Döring & Bortz, 2016d), erwies sich als ausreichend. Der Einbezug von weiteren Stakeholdern im Bereich der stationären Akut- oder Langzeitpflege könnte sich als gewinnbringend erweisen. Für zukünftige Arbeiten wird empfohlen dies zu berücksichtigen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Verfasserin in der Gemeinde groß geworden ist, ist nicht auszuschließen, inwiefern die persönlichen Erfahrungen und das Vorwissen die Datenerhebung, als auch die Ergebnisauswertung beeinflusst hat. Um subjektive Verzerrungen zu reduzieren, wurde mit Hilfe des strukturieren Leitfadens und der strikten Einhaltung des Kategoriensystems auf eine standardisierte Durchführung geachtet. Im Rahmen der Masterarbeit konnte nur bedingt ein Erkenntnisgewinn durch den Team-Ansatz bei der Übersetzung des Fragebogens und durch das Peer Debriefing in der Ergebnisauswertung stattfinden. Es handelte sich nicht um ein Forschungsteam mit intensiver Auseinandersetzung der Thematik. Allerdings waren die Personen, welche sich freiwillig anboten, aufgrund ihrer Übersetzungskompetenzen, beruflicher Ausbildung und aktueller beruflicher Tätigkeit qualifiziert. Vorab konnten bei diesen Personen nur begrenzt fachliche Kenntnisse im betreffenden Themengebiet nachgewiesen werden, weshalb Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wurde. Zu erwähnen ist, dass durch das Peer Debriefing eine Diskussionsgrundlage entstand, wodurch neue Aspekte aufkamen und die Ergebnisse sichergestellt werden konnten.

Idealerweise hätten die Interviews mit den Stakeholdern nach der Analyse der Stadt Bad Königshofen stattgefunden. Somit hätten bei der Interviewauswertung gezielt die Aspekte des PHIW berücksichtigt werden können. Aufgrund zeitlicher Ressourcen fand dies jedoch parallel statt. Somit wurden die Erkenntnisse beider Ansätze erst nach der Datenauswertung miteinander zusammengebracht. Hinzuzufügen ist, dass in der Analyse aufgrund geringer Fallzahlen teilweise Daten aus dem Landkreis Rhön-Grabfeld verwendet wurden und eine genaue Abgrenzung nicht möglich war. Die Ergebnisse stehen primär im Kontext der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld, weshalb eine Übertragbarkeit auf anderen ländlichen Settings nur bedingt möglich ist.

## 7 Interventionsempfehlungen

Als Grundlage der Empfehlungen dienen die durch die Analyse gewonnenen Informationen und die Ergebnisse, welche durch die leitfadengestützten Interviews ermittelt wurden. Folgende Interventionsempfehlungen beziehen sich auf die Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld und wurden anhand des Public Health Intervention Wheels (siehe Kapitel 3.2) identifiziert.

- 1) Schaffung eines alternativen Versorgungsmodells im Sinne der erweiterten Pflegepraxis und Vernetzung bestehender Versorgungseinrichtungen, um den Mangel an professionell Pflegenden entgegenzuwirken und Strukturen zu schaffen, die ein selbstbestimmtes Leben der Bevölkerung ermöglichen.
- 2) Errichtung einer Außenstelle des Pflegestützpunktes Rhön-Grabfeld in der Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld, um eine wohnortnahe Beratung zu gewährleisten und die Vielzahl der verschiedenen Beratungsangebote zu strukturieren.
- 3) Spezialisierungen einer erweiterten Pflegepraxis im Bereich akuter Notfälle und chronischer Wunden, um vorhandene Versorgungslücken zu schließen.
- 4) Durchführung von nachstationären Hausbesuchen bei zu versorgenden Personen, um Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen zu minimieren und hausärztliche Praxen zu entlasten.
- 5) Ausbau der Nachbarschaftshilfe für Senioren in der Gemeinde, um niedrigschwellige Unterstützungsangebote zu gewährleisten und somit ein Leben in der gewohnten Umgebung zu fördern.
- 6) Durchführung von präventiven Hausbesuchen bei zu Hause lebenden Personen (beispielsweise über 75-Jährigen), um die Versorgungssituationen einzuschätzen und gegebenenfalls eine gesundheitliche Vorsorge mittels Advanced Care Planning durchzuführen.

## 8 Fazit

Es gibt mehrere Projekte und Modellvorhaben in Deutschland die zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen beziehungsweise der häuslichen Versorgung beitragen (Innovationsausschuss, o. Jahr; Kompetenzzentrum »Zukunft Alter«, 2022). Die erweiterte Pflegepraxis nimmt in diesem Bereich eine wichtige Rolle ein (Büschner & Erdmann, 2022). Die Analyse einer ländlichen Region und die Interviewergebnisse beschreiben eindeutig einen Bedarf der erweiterten Pflegepraxis und führen auf, wie sinnvoll diese im ländlichen Setting ist. Die Notwendigkeit lässt sich zum einen aufgrund der aktuellen Herausforderungen und Bedarfe im Gesundheitswesen begründen. Zum anderen stellt die erweiterte Pflegepraxis, bezogen auf eine verbesserte Versorgungssituation und als berufspolitische Chance für die Pflege, ein Entwicklungspotenzial dar. Die Interviewenden zeigen sowohl Entwicklungsskepsis als auch Unterstützungsmöglichkeiten ihrerseits. Das Verständnis der erweiterten Pflegepraxis ist geprägt von bereits bestehenden Berufsgruppen und Unsicherheiten. Die Interviewdurchführung hatte bei den Teilnehmenden eine Wissenserweiterung zum Thema APN zur Folge. Es wird erwartet, dass Personen der erweiterten Pflegepraxis eine Vielzahl von sozialen und personalen Kompetenzen, als auch Berufserfahrung vorweisen. Für eine erfolgreiche Implementierung sind die Planung und eindeutige Rollenbeschreibung sowie Aufklärungsarbeit im medizinischen, pflegerischen Bereich und bei der Bevölkerung von Bedeutung. Es sind vorab Entscheidungen zu organisatorisch-institutionellen Aspekten und eine Sicherstellung der Finanzierung erforderlich.

Mithilfe der Grundpositionen des Positivismus und dem hermeneutischen-phänomenologischen Ansatz konnte die Forschungsfrage beantwortet werden. Speziell für die Region Bad Königshofen i. Grabfeld konnten Daten anhand des Community Assessment Models strukturiert werden. Durch den Vergleich der unterschiedlich gewonnenen Ergebnisse wurden schließlich Interventionsempfehlungen anhand des Public Health Intervention Wheels formuliert. Daraus lassen sich eindeutige Handlungen ableiten, welche in Zukunft angestrebt werden sollten. Besonders im ländlichen Bereich ist die Einbindung schon vorhandener Strukturen bedeutend (Büschner & Erdmann, 2022). Es ist davon auszugehen, dass das PEPPA Framework, welches für die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis genutzt wird, sich auch für ländliche Regionen eignet. Da das PEPPA Framework einen zirkulären Prozess darstellt, ist es notwendig nach dem letzten Schritt wieder mit der Identifizierung einer Patientengruppe anzufangen. Auch hierbei ist wieder der Einbezug aller beteiligten Personen zu betonen (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004).

Da für eine erweiterte Pflegepraxis essenzielle Themen noch nicht gesundheitspolitisch verankert sind, wirkt die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen

Region schwierig. Für Gesamtdeutschland ist für die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis „eine klare, einheitliche Strategie“ (Schober & Affara, 2008, S. 109) anzustreben. Somit können einheitliche Begrifflichkeiten und Rollenprofile der erweiterten Pflegepraxis entstehen. Zusätzlich kann sich durch eine deutschlandweite Kontinuität die Pflegeprofession neu positionieren. Burgi und Igl (2021b) beschreiben, dass es eine gesundheitspolitische Veränderung benötigt und zeigen in ihrem Rechtsgutachten erste Umsetzungsmöglichkeiten von Community Health Nursing auf. „Die im Grundgesetz festgeschriebene kommunale Daseinsvorsorge, das Zusammenwirkungsgebot in der pflegerischen Versorgung gemäß § 8 Abs. 2 des SGB XI, die Aufgaben der kommunalen Altenhilfe gemäß § 71 des SGB XII sowie die Bestimmungen des Raumordnungsgesetzes stellen [...] Ermächtigungsgrundlagen für entsprechende kommunale Aktivitäten dar“ (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2022, S. 4). Da zum aktuellen Zeitpunkt Personen mit einem Hochschulabschluss sehr aktiv agieren und dementsprechend Rollenentwicklungen der erweiterten Pflegepraxis zu Stande kommen (Dittrich et al., 2019), ist es wichtig, dass sowohl Institutionen, als auch Kommunen sich zukünftig mit diesem Thema auseinandersetzen und sich einbringen.

## Literaturverzeichnis

- Agnes-Karll-Gesellschaft. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen* (2. Auflage). Berlin: DBfK.  
Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter:  
[https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn\\_kurzbroschuere\\_2019-07.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbroschuere_2019-07.pdf)
- Agnes-Karll-Gesellschaft. (2022a). *Community Health Nurses für Deutschland. Policy Paper*. Berlin: DBfK. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter:  
[https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN\\_PolicyPaper\\_2022.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_PolicyPaper_2022.pdf)
- Agnes-Karll-Gesellschaft. (2022b). *Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile*. Berlin: DBfK. Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter:  
[https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN\\_Broschuere\\_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf)
- Anderson, L. J. W., Schaffer, M. A., Hiltz, C., O'Leary, S. A., Luehr, R. E. & Yoney, E. L. (2018). Public Health Interventions: School Nurse Practice Stories. *The Journal of School Nursing*, 34(3), 192–202. <https://doi.org/10.1177/1059840517721951>
- AOK Bayern. (2022). *AOK Bayern: Krankenstand trotz Pandemie seit vier Jahren unverändert*. München (Pressemitteilung). Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter:  
<https://www.aok.de/pk/cl/bayern/inhalt/aok-bayern-krankenstand-trotz-pandemie-seit-vier-jahren-unveraendert/#:~:text=Der%20Krankenstand%20der%20erwerbst%C3%A4tigen%20AOK,mehr%20als%20zwei%20Pandemiejahre%20hinweg.>
- APN. (2022). *APN Data Collection Toolkit*. Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter:  
[http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=243&Itemid=2](http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=243&Itemid=2)
- Auschra, C., Deisner, J., Berghöfer, A. & Sydow, J. (2019). Versorgung im ländlichen Raum - Ohne Pflege? *Pflegezeitschrift*, 72(9), 54–57.
- Baumann, A.-L. & Kugler, C. (2019). Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. *Pflege*, 32(1), 7–16. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000651>

- Bayerisches Landesamt für Statistik. (2021). *Demographie-Spiegel für Bayern. Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld*. Beiträge zur Statistik Bayerns (553). Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik. (2022a). *Einwohnerzahlen am 31. März 2022. Gemeinden, Kreise und Regierungsbezirke in Bayern*. Statistischer Bericht. Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik. (2022b). *Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnungen für Bayern bis 2040. Demographisches Profil für den Landkreis Rhön-Grabfeld*. Beiträge zur Statistik Bayerns (554). Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik. (2022c). *Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten*. Statistik kommunal 2021. Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik. (2022d). *Statistikdaten. Todesursachenstatistik, Statistik der Sterbefälle und Bevölkerungsstand*. Zugriff am 08.01.2023. Verfügbar unter: <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online>
- Behr, D., Braun, M. & Dorer, B. (2015). *Messinstrumente in internationalen Studien*. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). [https://doi.org/10.15465/gesis-sg\\_006](https://doi.org/10.15465/gesis-sg_006)
- Bergjan, M., Tannen, A., Mai, T., Feuchtinger, J., Luboinski, J., Bauer, J. et al. (2021). Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.04.001>
- Bernateck, K. & Herzberg, H. (2018). Neue Strukturen ambulanter Pflege im ländlichen Raum. Die Perspektive der Profis. *Pflegewissenschaft*, 20(11), 545–557. <https://doi.org/10.3936/1620>
- Bertelsmann Stiftung. (2020). *Demografietypisierung 2020 - Typ 3: Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung*, Bertelsmann Stiftung. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: [www.wegweiser-kommune.de/demografietypen](http://www.wegweiser-kommune.de/demografietypen)
- Blüher, S., Stein, T., Schilling, R., Grittner, U. & Kuhlmeier, A. (2021). Vermeidung von Pflegebedürftigkeit - Herausforderungen für Forschung und Praxis. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen* (S. 91–102). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>

- Böhm, K. (2021). Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.), *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 325–333). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2008). *Einführung in die Epidemiologie* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Boyko, J. A., Carter, N. & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the Spread and Uptake of a Framework for Introducing and Evaluating Advanced Practice Nursing Roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(4), 277–284. <https://doi.org/10.1111/wvn.12160>
- Brettschneider, A. (2019). Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (S. 219–240). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bromell, L. & Cagney, K. A. (2014). Companionship in the neighborhood context: older adults' living arrangements and perceptions of social cohesion. *Research on Aging*, 36(2), 228–243. <https://doi.org/10.1177/0164027512475096>
- Bryant-Lukosius, D. & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M. et al. (2016). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 201–209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12199>
- Bundesministerium des Innern und für Heimat. (2022). *Pflege in ländlichen Räumen stärken. Ein Leitfaden für kommunale Akteurinnen und Akteure*. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2022). *Berufsfeld Pflege bietet vielfältige Beschäftigungs- und Aufstiegschancen. Bundesseniorenministerium startet Kampagne zur Stärkung der Pflegeausbildung* (Mitteilung am 08.11.2022). Zugriff am 21.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/berufsfeld-pflege-bietet-vielfaeltige-beschaefigungs-und-aufstiegschancen-203924>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Gesundheitskiosk*. Mitteilung am 09.09.2022, Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 21.12.22. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html>

Burgi, M. & Igl, G. (2021a). *Community Health Nursing - Wegweiser für die Etablierung in Deutschland*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Burgi, M. & Igl, G. (2021b). *Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.5771/9783748924319>

Büschner, A. & Erdmann, J. (2022). Stärkung der Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum - Pflegesprechstunden in der Hausarztpraxis. *Pflegewissenschaft*, 24(4), 225–229. <https://doi.org/10.3936/12081>

Care Klima-Index. (2020). *CARE Klima-Index in Deutschland 2019* (Pressegespräch am 14.01.2020). Zugriff am 23.11.2022. Verfügbar unter: [https://www.deutscher-pflegetag.de/\\_Resources/Persistent/995cc4e0cf41104ac9f2ed66f6b7dc6805d467bf/CARE%20Klima-Index%202019.pdf](https://www.deutscher-pflegetag.de/_Resources/Persistent/995cc4e0cf41104ac9f2ed66f6b7dc6805d467bf/CARE%20Klima-Index%202019.pdf)

Caritasverband Rhön-Grabfeld. (o. Jahr a). *Fachstelle für pflegende Angehörige*. Zugriff am 21.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.caritas-rhoengrabfeld.de/ich-brauche-hilfe/fachstelle-f%C3%BCr-pflegende-angeh%C3%B6rige>

Caritasverband Rhön-Grabfeld. (o. Jahr b). *Pflege Übungs Zentrum Rhön-Grabfeld*, Caritasverband Rhön-Grabfeld. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: [www.pflege-uebungs-zentrum.de](http://www.pflege-uebungs-zentrum.de)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung* (DBfK, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>

DBfK, ÖGKV und SBK. (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK\\_2013.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2017). *Multimorbidität. S3-Leitlinie*. Berlin: DEGAM. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047\\_Multimorbiditaet/053-047I\\_%20Multimorbiditaet\\_redakt\\_24-1-18.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf)



- Deutscher Pflegerat. (2022). *Positionspapier "Community Health Nurse"*. Berlin. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: [https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/07/DPR\\_Positionspapier\\_Community-Health-Nurse.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/07/DPR_Positionspapier_Community-Health-Nurse.pdf)
- Dittmar, S. L. (2022). *Theoretische Aufarbeitung einer Advanced Practice Nurse in der Gemeinde Bad Königshofen anhand der Schritte des PEPPA Frameworks*. unveröffentlichte Studienarbeit.
- Dittrich, M., Stockinger, A. & Schuster, S. (2019). Neue Rollen in der Pflege. Implementierung eines Pflegeexperten APN-CC am Universitätsklinikum Regensburg. *Das Krankenhaus*, 111(6), 482-486.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016a). Datenerhebung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage, S. 321–577). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016b). Forschungsthema. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage, S. 143–156). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016c). Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage, S. 81–120). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016d). Stichprobenziehung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage, S. 291–319). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Marburg: dr. dresing & pehl.
- Drossel, M., Pallauf, M. & Seeberger, B. (2019). Pflege im ländlichen Raum, 72(12), 53–55.
- Dunn, T., Bliss, J. & Ryrie, I. (2021). The impact of community nurse-led interventions on the need for hospital use among older adults: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 16(2), 1-14. <https://doi.org/10.1111/opn.12361>
- Eberle, T. S. (2022). Phänomenologische Hermeneutik. In A. Pofert & N. Schröer (Hrsg.), *Handbuch soziologische Ethnographie* (S. 321–337). Wiesbaden: Springer.
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2020). *Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung* (Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg.). Berlin.

- Englert, N., Oetting-Roß, C. & Büscher, A. (2018). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege: Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(6), 620–627. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1172-4>
- European Social Survey. (2014). *ESS Round 7 Translation Guidelines*. London: ESS ERIC Headquarters, Centre for Comparative Social Surveys, City University London. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/methods/ESS7\\_translation\\_guidelines.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/methods/ESS7_translation_guidelines.pdf)
- European Social Survey. (2018). *Round 9 Survey Specification for ESS ERIC Member, Observer and Guest Countries*. London: ESS ERIC Headquarters, Centre for Comparative Social Surveys, City University London. Zugriff am 22.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round9/methods/ESS9\\_project\\_specification.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round9/methods/ESS9_project_specification.pdf)
- Ewers, M. [Michel], Schaeffer, D. & Meleis, A. I. (2016). "Teach more, do less" - Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In D. Schaeffer, J. M. Pelikan & U. Bauer (Hrsg.), *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (1. Auflage, S. 237–258). Bern: Hogrefe.
- Feuchtinger, J. (2014). Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden. *CNE*, 06(04), 12–16. <https://doi.org/10.1055/S-0034-1387908>
- Feuchtinger, J. & Weidlich, S. (Hrsg.). (2022). *Advanced Practice Nursing in der klinischen Pflegepraxis* (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fjell, A., Eriksen, K. Å., Hermann, M., Boström, A.-M. & Cronfalk, S. B. (2021). Older people living at home: experiences of healthy ageing. *Primary Health Care Research & Development*, 22, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000049>
- Gibson, M. E. & Thatcher, E. J. (2020). Community As Client: Assessment and Analysis. In M. Stanhope & J. Lancaster (Hrsg.), *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community* (10. Auflage, S. 370–394). Canada: Elsevier Health Science.
- GKV Spitzenverband. (2021). *Rahmenempfehlungen nach §132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege. vom 10.12.2013 i. d. F. vom 28.10.2021*. Zugriff am 23.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/haeu\\_sliche\\_krankenpflege/20211028\\_HKP\\_Rahmenempfehlungen\\_132a\\_Abs\\_1\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeu_sliche_krankenpflege/20211028_HKP_Rahmenempfehlungen_132a_Abs_1_SGB_V.pdf)

- Gold, A., Römer, C., Arnold, D. & Helbig, A. K. (2021). Erweiterte Pflege für Menschen mit Demenz durch wissenschaftlich weitergebildete Pflegefachpersonen. *Pflege & Gesellschaft*, 26(4), 369–374.
- Hack, J., Buecking, B., Lopez, C. L., Ruchholtz, S. & Kühne, C. A. (2016). Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und gesetzliche Betreuung im unfallchirurgischen Alltag: Zahlen aus einem alterstraumatologischen Zentrum. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(8), 721–726. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0981-1>
- Hackmann, T. & Sulzer, L. (2018). *Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Probleme und Herausforderungen*. Freiburg: Prognos.
- Hanft, I. & Möbius, K. (2022, 2. September). Wasserknappheit in Bad Königshofen: Jetzt ist Sparen angesagt. *BR24*. Zugriff am 23.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/wasserknappheit-in-bad-koenigshofen-jetzt-ist-sparen-angesagt,TGCE2RT>
- Hauptelshofer, A., Blotenberg, B., Seeling, S. & Stutz, D. (2019). Mensch, Land, Pflege - wie gestaltet sich die Zukunft? Neue Erkenntnisse der Bedarfe älterer Menschen im ländlichen Raum im Hinblick auf Gesundheit, Prävention, Technik und Bildung. *Pflegewissenschaft*, 21(9), 420–434. <https://doi.org/10.3936/1697>
- Haynert, H. (2011). Advanced Nursing Practice (ANP). In *Positionspapier Deutschland. Die kopernikanische Wende* (S. 40–51). Witten. Deutsches Netzwerk für ANP & APN (DNAPN) (Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse).
- Heinze, R. G. (2017). Altersgerechtes Wohnen. In Generali Deutschland (Hrsg.), *Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben* (S. 203–230). Berlin: Springer.
- Hommel, T. (2018). Schlagzeile für die Pflege. Warum Stillstand Rückschritt bedeutet. In N.-M. Szepan & F. Wagner (Hrsg.), *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs* (S. 15–30). Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Innovationsausschuss. (o. Jahr). *Förderprojekte – Neue Versorgungsformen*, Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Zugriff am 10.12.2022. Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/>
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2022). *Pflege-Report 2022. Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege* (1. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6>

- Julier-Abgottspon, E., Brunner-Pfaffen, S. & Eissler, C. (2022). Selbstimage und öffentliches Image des Pflegeberufs: eine quantitative und qualitative Querschnittsstudie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00930-0>
- Kälble, K. (2017). Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland. Stand und Perspektiven. In T. Sander & S. Dangendorf (Hrsg.), *Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe* (1. Auflage, S. 27–58). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2022). *Facharztsuche der KVB*, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Zugriff am 16.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/service/patienten/patienten-infoline/>
- Keller, L. O., Strohschein, S. [Susan], Lia-Hoagberg, B. & Schaffer, M. A. (2004). Population-based public health interventions: practice-based and evidence-supported. Part I. *Public Health Nursing*, 21(5), 453–468. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21509.x>
- Kerr, M. J., Flaten, C., Honey, M. L. L., Del Gargantua-Aguila, S. R., Nahcivan, N. O., Martin, K. S. et al. (2015). Feasibility of Using the Omaha System for Community-level Observations. *Public Health Nursing*, 33(3), 256–263. <https://doi.org/10.1111/phn.12231>
- Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A., Platen, M., Mühlichen, F., Scharf, A. et al. (2022). Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial. *Trials*, 23(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1>
- Köhlen, C. & Friedemann, M.-L. (2016). *Pflege von Familien. Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis* (1. Auflage). Haan-Gruiten: Europa-Lehrmittel.
- Kommunale Allianz Fränkischer Grabfeldgau. (2013). *Daseinsvorsorgekonzept im Rahmen der "Kleinere Städte und Gemeinden". Teil 2*. unveröffentlichtes Manuskript. Zugriff am 27.12.2022. Verfügbar unter: <http://www.allianz-grabfeldgau.de/In-Arbeit/Kleinere-Staedte-und-Gemeinden>
- Kompetenzzentrum »Zukunft Alter« (2022, 30. Juni). „Zukunft gestalten: Sorge – Pflege – Daheim“. Digitaler Fachtag.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuhlmeij, A., Suhr, R., Blüher, S. & Dräger, D. (2013). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In J. Böcken, B. Braun & Repschläger (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor*

2013. *Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 11–38). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Landratsamt Rhön-Grabfeld, Fachstelle für Senioren und Menschen mit Behinderung. (2021). *Seniorenratgeber und Wegweiser für Angehörige* (6. Auflage). Broschüre. Paderborn: mediaprint infoverlag.
- Lang, C., Gottschall, M., Sauer, M., Köberlein-Neu, J., Bergmann, A. & Voigt, K. (2019). „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Gesundheitswesen*, 81(10), 822–830.  
<https://doi.org/10.1055/a-0664-0470>
- Lehmann, Y., Schaepe, C., Wulff, I. & Ewers, M. [Michael]. (2019). *Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen?* Heidelberg: medhochzwei.
- Lidauer, H., Kainrath, S., Schulc, E., Müller, G. & Stummer, H. (2022). Fähigkeiten und Kompetenzen von Community Health Nurses. Ein Scoping Review. *Pflegewissenschaft*, 24(4), 230–243. <https://doi.org/10.3936/12098>
- Mayer, H., Panfil, E.-M. & Brandenburg, H. (2018). Erhebungsmethoden. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (3. Auflage, S. 135–153). Bern: Hogrefe.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz. <https://doi.org/25734>
- McIlfatrick, S., Slater, P., Bamidele, O., Muldrew, D., Beck, E. & Hasson, F. (2021). ‘It’s almost superstition: If I don’t think about it, it won’t happen’. Public knowledge and attitudes towards advance care planning: A sequential mixed methods study. *Palliative Medicine*, 35(7), 1356–1365. <https://doi.org/10.1177/02692163211015838>
- Meng, M., Peters, M. & Dorin, L. (2022). *Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen* (Bundesinstitut für Berufsbildung, Hrsg.). Bonn.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 423–436). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Michalowsky, B., Henning, E., Rädke, A., Dreier-Wolfgramm, A., Altiner, A., Wollny, A. et al. (2021). Attitudes towards advanced nursing roles in primary dementia care - Results of an observational study in Germany. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1800–1812. <https://doi.org/10.1111/jan.14705>
- Müller-Staub, M., Zigan, N., Händler-Schuster, D., Probst, S., Monego, R. & Imhof, L. (2015). Umsorgt werden und umsorgen: Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila) - Eine qualitative Studie zum Beitrag von APN in integrierter Versorgung. *Pflege*, 28(2), 79–91. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000410>
- MVZ des Landkreises Rhön-Grabfeld. (o. Jahr). *MVZ. Rhön-Grabfeld*, MVZ des Landkreises Rhön-Grabfeld. Zugriff am 01.11.2022. Verfügbar unter: [www.mvz-rhoen-grabfeld.de](http://www.mvz-rhoen-grabfeld.de)
- Neugebauer, T., Brzoska, P., Wrona, K. J., Yilmaz-Aslan, Y. & Hämel, K. (2022). Interprofessionelle Kommunikation in der Primärversorgung - Fördernde und hemmende Aspekte. Ein narratives Review. *Pflegewissenschaft*, 24(4), 244–252. <https://doi.org/10.3936/12104>
- Nolting, H.-D., Ochmann, R. R. & Zich, K. (2021). *Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann* (Robert Bosch Stiftung, Hrsg.). Stuttgart.
- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Reborn Altersdaten* (1. Auflage). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- O. Autor (2022, 12. Oktober). Brandenburger Ärzte protestieren gegen Community Health Nurse und Gesundheitskioske. Unmut über Lauterbach. *Ärztezeitung*. Zugriff am 21.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Brandenburger-Aerzte-protestieren-gegen-Community-Health-Nurse-und-Gesundheitskioske-433227.html>
- Paritätische Haus am Kurpark. (o. Jahr). *Haus am Kurpark*, Paritätische Haus am Kurpark. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.hausamkurpark.de/>
- Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung (Hrsg.). (2012). *Umfrage: Was denken die Deutschen über drohende Pflegebedürftigkeit und assistierten Suizid?*
- Pesko, M. F., Gerber, L. M., Peng, T. R. & Press, M. J. (2018). Home Health Care: Nurse-Physician Communication, Patient Severity, and Hospital Readmission. *Health Services Research*, 53(2), 1008–1024. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12667>
- Preusker, S. C. (2022, 27. Juli). Runder Tisch soll Initiativen und Vorarbeiten zum Community Health Nursing bündeln. *medhochzwei Newsletter*. Zugriff am 21.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.medhochzwei-verlag.de/News/Details/119986>

- Prof. Martina Hasseler (29.07.2022). *Interview mit Prof. Martina Hasseler: „Pflegefachberufe werden nie als elementarer Teil der Gesundheitsversorgung verstanden“*. Interview durch medhochzwei.
- Räker, M., Schwinger, A. & Klauber, J. (2020). Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung* (Pflege-Report, S. 65–95). Berlin: Springer.
- Rhön-Klinikum. (o. Jahr). *Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt*. Zugriff am 27.12.2022. Verfügbar unter: [www.campus-nes.de](http://www.campus-nes.de)
- Robert Bosch Stiftung. (2018). *Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Koch-Institut. (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-021>
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W. et al. (2020). *Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Abschlussbericht. Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (PIPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw), Kompetenzzentrum für Klinische Studie Bremen (KKSB).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerecht Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018* (1. Auflage). Berlin: Sachverständigenrat.
- Samsi, K. & Manthorpe, J. (2011). 'I live for today': a qualitative study investigating older people's attitudes to advance planning. *Health & Social Care in the Community*, 19(1), 52–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00948.x>
- Sandberg, B. (2017). *Wissenschaftliches Arbeiten von Abbildung bis Zitat. Lehr- und Übungsbuch für Bachelor, Master und Promotion* (3. Auflage). Berlin: De Gruyter Oldenbourg. <https://doi.org/10.1515/9783110514810>
- Santomassino, M., Costantini, G. D., McDermott, M., Primiano, D., Slyer, J. T. & Singleton, J. K. (2012). A systematic review on the effectiveness of continuity of care and

- its role in patient satisfaction and decreased hospital readmission in the adult. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(21), 1214–1259. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-56>
- Schaffer, M. A., Brueshoff, B. L. & Strohschein, S. [Sue] (2020). Population-Based Public Health Nursing Practice: The Intervention Wheel. In M. Stanhope & J. Lancaster (Hrsg.), *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community* (10. Auflage, S. 231–254). Canada: Elsevier Health Science.
- Scheydt, S. & Holzke, M. (2018). Erweiterte psychiatrische Pflegepraxis. Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie. *Pflegewissenschaft*, 20(3), 146–154. <https://doi.org/10.3936/1536>
- Schmitt, A. & Centgraf, D. (2022). Organisatorische Rahmenbedingungen. In Deutsches Netzwerk APN & ANP, Bundesverband Pflegemanagement (Hrsg.), *Empfehlungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses. Positionspapier* (S. 16–18). Witten, Berlin.
- Schober, M. & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)* (1. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J. et al. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Geneva: International Council of Nurses (ICN).
- Schreiber, R., Davidson, H., MacDonald, M., Crickmore, J., Moss, L., Pinelli, J. et al. (2001). *Advanced Nursing Practice Research Project. Phase 1 - Step 4. Employer Interview Questions*.
- Schreiber, R., Davidson, H., MacDonald, M., Crickmore, J., Moss, L., Pinelli, J. et al. (2003). *Advanced Nursing Practice: Opportunities and Challenge in British Columbia*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Schreier, M. (2010). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 238–251). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schubert, M., Herrmann, L. & Spichiger, E. (2018). Akademisierung der Pflege – Evidenz und Wirksamkeitsforschung. In A. Simon (Hrsg.), *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal* (S. 85–100). Berlin, Heidelberg: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5_7)
- Schuster, S. & Wagner, M. (2020). ANP: Erweiterte und vertiefte Pflegepraxis implementieren. *Pflegezeitschrift*, 73(4), 55–58.
- Seismann-Petersen, S., Köpke, S. & Inkrot, S. (2022). Process evaluation of a multi-disciplinary complex intervention to improve care for older patients with chronic conditions



- in rural areas (the HandinHand Study): study protocol. *BMC Nursing*, 21(151), 1–30. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00858-6>
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & Freie Demokratische Partei (Hrsg.). (2021). *Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025*. Berlin.
- Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld. (o. Jahr). *Stadt Bad Königshofen i. Grabfeld. Informationsbroschüre für Bürger und Gäste* (2. Auflage): Barfuß.
- Standesamt Bad Königshofen i. Grabfeld. (2022). *Altersgruppenstatistik. Stichtag 13.09.2022* (internes Dokument).
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (Hrsg.). (2020). *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community* (10. Auflage). Canada: Elsevier Health Science.
- Statista, Bolkart, J. (Mitarbeiter). (2022). *Pflegenotstand in Deutschland. Statista Dossierplus über den Pflegenotstand in Deutschland*, Statista. Zugriff am 02.05.2022. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/studie/id/104492/dokument/statista-dossierplus-ueber-den-pflegenotstand-in-deutschland/#:~:text=Statista%20DossierPlus%20%C3%BCber%20den%20Pflegenotstand%20in%20Deutschland&text=Die%20Prognosen%20f%C3%BCr%20die%20die,in%20der%20Pflege%20sind%20vielf%C3%A4ltig.>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2022). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Zugriff am 08.01.2022. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html)
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). *Ältere Menschen. Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahre*. Zugriff am 08.01.2023. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html#:~:text=Zu%20den%20Hochbetagten%20ab%2085,Jahren%20insgesamt%20\(%2B%2053%20%25\).](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html#:~:text=Zu%20den%20Hochbetagten%20ab%2085,Jahren%20insgesamt%20(%2B%2053%20%25).)
- Stephanow, V. (2019). Implementierung von Pflegeexpert/innen APN in deutschen Krankenhäusern. Chancen & Herausforderungen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 3(22), 214–226. <https://doi.org/1713>

- Sumen, A. & Oncel, S. (2016). Population-based public health nursing practice (intervention wheel) and instances from Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 473. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1456519304>
- Sundmacher, L., Schüttig, W. & Faisst, C. (2015). *Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen*. Versorgungsatlasbericht Nr. 15/18. Berlin: Zentralinstitution für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Zugriff am 28.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=692>
- Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B. & Kocks, A. (2017). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 120, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.11.002>
- Tuithof, M., ten Have, M., van Dorselaer, S. & de Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. *BMC Psychiatry*, 15(23). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0406-0>
- Ullmann, B. & Ullmann, P. (2011). Advanced Practice Nurse (APN`s). In *Positionspapier Deutschland. Die kopernikanische Wende* (S. 33–34). Witten. Deutsches Netzwerk für ANP & APN (DNAPN) (Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse).
- Ullmann, P. (2011). Advanced Practice Nursing. In *Positionspapier Deutschland. Die kopernikanische Wende* (S. 23–25). Witten. Deutsches Netzwerk für ANP & APN (DNAPN) (Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse).
- Ullmann, P. & Fajardo, A. (2022). Ausblick. In Deutsches Netzwerk ANP & ANP, Bundesverband Pflegemanagement (Hrsg.), *Empfehlungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses. Positionspapier* (S. 19). Witten, Berlin.
- Ullmann, P., Thissen, K., Ullmann, B., Schwerdt, R., Haynert, H., Grissom, B. et al. (2011). *Positionspapier Deutschland. Die kopernikanische Wende*. Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse. Witten: Deutsches Netzwerk für ANP & APN (DNAPN). Zugriff am 08.01.23. Verfügbar unter: <http://www.dnapn.de>
- Van den Bussche, H., Niemann, D., Kaduskiewicz, H., Schäfer, I., Koller, D., Hansen, H. et al. (2013). Mit welchen chronischen Krankheiten ist eine Häufignutzung der vertragsärztlichen Versorgung in der älteren Bevölkerung assoziiert? - Eine Analyse auf

- der Basis von GKV-Abrechnungsdaten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(7), 442–450. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.09.001>
- Vhs Rhön & Grabfeld. (2022). *Bildungs- und Kulturmagazin. Ausgabe Herbst/ Winter 2022*.
- Weidner, F. & Schubert, C. (2022). *Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP).
- Werner, J., Dimitriadou-Xanthopoulou, N., Knisch-Wesemann, A. & Meißner, K. (2021). Als Advanced Practice Nurse aktiv die Pflegepraxis mitgestalten. *Pflege*, 34(6), 321–327. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000840>
- Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, 6(3), 1–12. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-018>
- Wilde, M. (2014). *Mobilität und Alltag. Einblicke in die Mobilitätspraxis älterer Menschen auf dem Land*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-03819-9>
- Yorke, J., Yobo-Addo, E., Singh, K., Muzzam, A., Khan, I., Shokur, N. et al. (2022). Baseline Knowledge Attitudes Satisfaction and Aspirations With Advance Care Planning: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 39(4), 448–455. <https://doi.org/10.1177/10499091211030447>
- Zehe, M. (2019). *Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 Abs. 1 AGSG für den Landkreis Rhön-Grabfeld*. Landkreis Rhön-Grabfeld. Zugriff am 28.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.rhoen-grabfeld.de/fileadmin/user\\_upload/LKR/Pflege/Pflegebedarfsplanung\\_2522.pdf](https://www.rhoen-grabfeld.de/fileadmin/user_upload/LKR/Pflege/Pflegebedarfsplanung_2522.pdf)

## Anhangsverzeichnis

Anhang A:	Einverständniserklärung.....	XXV
Anhang B:	Interviewleitfaden.....	XXVII
Anhang C:	Postskript.....	XXXII
Anhang D:	Transkriptionsregeln.....	XXXIII
Anhang E:	Ausschnitt Kodierleitfaden.....	XXXIV
Anhang F:	Exemplarische Darstellung der Bearbeitung des extrahierten Materials.....	XXXVI
Anhang G:	Todesursachen in Bayern und Rhön-Grabfeld.....	XXXVII
Anhang H:	Ehrenwörtliche Erklärung.....	XXXVIII

## Anhang A: Einverständniserklärung

Sie wurden angefragt an einer Studie zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis (ANP) in der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde Bad Königshofen teilzunehmen. Die Studie findet im Rahmen einer Masterarbeit der Evangelischen Hochschule Nürnberg/ Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg statt. Um hierbei die Meinungen, Erfahrungen und Wünsche der relevanten Gesundheitsdienstleister und politischen Vertreter (Stakeholder) berücksichtigen zu können, möchte ich Interviews mit all diesen führen. Hierbei wurden auch Sie als relevanter Stakeholder ausgewählt und ich würde mich freuen, Sie als Teilnehmer gewinnen zu können.

In den Fragen interessiert mich, ob Sie Personen kennen, die eine solche erweiterte Pflegepraxis bereits durchführen. Ebenfalls werden Sie gefragt, ob und welchen Bedarf Sie zur Implementierung einer erweiterten Pflegerolle in der Gesundheitsversorgung im Raum Bad Königshofen erkennen und welche Chancen, Hindernisse sowie notwendige Rahmenbedingungen Sie hierfür sehen.

### Allgemeine Informationen

Advanced Practice Nursing (APN) umfasst Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse und deren gesellschaftliche, berufliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen. Für Deutschland wurde sich auf die Bezeichnung „erweiterte Pflegepraxis“ geeinigt.

Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine akademisch ausgebildete Pflegenden mit dem Abschluss des grundständigen Masters. Sie arbeitet am und mit dem Patienten, folglich in der direkten Pflege an der Basis. Ihre Rollen umfassen die Praktikerin, Expertin, Beraterin, Lehrerin, Forscherin, Leiterin und Vertreterin. Sie arbeitet als Spezialistin allein oder leitet Advanced Practice Nursing (APN) Teams. Für Deutschland wurde sich auf die Bezeichnung Pflegeexperte/Pflegeexpertin APN geeinigt.

Advanced Nursing Practice (ANP) beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Advanced Practice Nurses.

Folgende Kernkompetenzen werden für Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen beschrieben: hervorragende Coaching- u. Führungsqualitäten; die Fähigkeit, Konsultationen/Beratungen durchzuführen; Forschungsfertigkeiten; die Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen; Teamfähigkeit; klinische u. berufspolitische Führungsqualitäten

Community Health Nursing (CHN) ist eine Ausprägung von Advanced Practice Nursing. CHN zeichnet sich durch die Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung und der Prävention in der „Community“ aus.

### Ziel der Studie

Anhand der Studien soll herausgefunden werden, ob die identifizierten Stakeholder im Raum Bad Königshofen i. Grabfeld einen Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis (ANP) sehen und wenn ja, welchen. Das Ziel der Studie ist es, auf Basis der Interviews eine Analyse durchzuführen und Empfehlungen für eine angepasste Gesundheitsversorgung in Bad Königshofen zu geben.

### Warum Sie gefragt wurden an der Studie teilzunehmen?

Sie wurden eingeladen an der Studie teilzunehmen, da Sie aufgrund Ihres Arbeitsbereiches für eine mögliche Anpassung der Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind.

### Freiwillige Teilnahme

Das Interview findet auf freiwilliger Basis statt. Wenn Sie auf eine Frage nicht antworten möchten, sind Sie frei, nicht zu antworten. Sie können jederzeit das Interview ohne Angabe von Gründen beenden.

### Risiken und Vorteile

Die Teilnahme an der Studie beinhaltet keine bekannten, erwartbaren Risiken. Die durch Ihre Aussagen und der anderen Teilnehmer gewonnenen Erkenntnisse bereichern das bestehende Wissen in diesem

Bereich und unterstützen einen Wissenstransfer. Es gibt keine persönlichen Vorteile für Sie durch Ihre Teilnahme an der Studie. Als Dankeschön zur Teilnahme möchte ich Ihnen jedoch ein kleines Präsent überreichen.

### **Tonaufzeichnung und Anonymisierung**

Das Interview wird aufgezeichnet, damit sichergestellt werden kann, dass die Kommentare eines jeden Einzelnen genau erfasst wurden. Der Datenschutz wird beachtet. In den Transkripten zu den Aufzeichnungen sind Ihre Namen nicht enthalten. Die Diskussion gilt als streng vertraulich. Die Tonaufzeichnungen stehen nur dem Forschungsteam zur Verfügung und werden an einem sicheren Ort aufbewahrt und nach Ende der Analyse gelöscht.

### **Rückfragen**

Haben Sie weitere Fragen zu dieser Forschungsarbeit? Wenn Sie ergänzende Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

✉ sofia.dittmar@stud.evhn.de ☎ 

Wenn Sie mit dem Vorhaben einverstanden sind, bestätigen Sie das durch Ankreuzen und Unterschrift.

Ich wurde über Wesen, Bedeutung und Ablauf der Studie aufgeklärt und hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung unabhängig zu treffen. Die Informationen dieses Dokumentes habe ich gelesen und verstanden. Ich bin mit der dort beschriebenen Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Name \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Dieses Dokument wird vom Interviewer (Fr. Dittmar) zusätzlich beim Interview-Termin mitgebracht. Das unterschriebene Dokument wird für die Unterlagen der Masterarbeit benötigt.

Ich bedanke mich für Ihr Interesse,



#### **Literaturverweise:**

DBfK Bundesverband (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Zugriff am 15.06.2022. Verfügbar unter:  
<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>

Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungs- und Wissenschaftsethik. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 124). Berlin, Heidelberg: Springer

Schober, M. & Affara, F. (2008). *Advanced nursing practice (ANP)* (1. Auflage). Bern: Huber.

Ullmann, P., Thissen, K., Ullmann, B., Schwerdt, R., Haynert, H., Grissom, B., Keogh, J., Lehwaldt, D., Schmitte, H., Merki, D., Haider, A. Z., Platt, P., Williams, D., Maier, R. & Holzknacht, A. (2011). *Positionspapier Deutschland: Die kopernikanische Wende*. Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse. DNAPN <http://www.dnapn.de>

## Anhang B: Interviewleitfaden

### Einstieg

- A. Vorstellung des Interviewers und Hinweis auf das vorab versendete Informationsschreiben
1. Klärung der Vertraulichkeit der Informationen und der Anonymität der Teilnehmenden.
  2. Beschreibung des Interviewvorhabens und Vorlesung des Zwecks der Masterarbeit: Das Ziel dieser Studie ist es, Meinungen von verschiedenen Interessenvertretern in Bad Königshofen zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis im Rahmen der Gesundheitsversorgung herauszufinden. Mittels der Studie soll aufgezeigt werden, ob ein Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis gesehen wird und wie diese Anwendung finden kann.  
**Erstens** würde mich interessieren, was Sie unter Advanced Nursing Practice verstehen und **zweitens** möchte ich Ihnen das Konzept der ANP vorstellen, und wissen was Sie darüber denken.
  3. Einholen der Einverständniserklärung und Beginn der Aufnahme des Interviews.

Hinweis: Die Kommentare nach den Fragen (*in Klammern und kursiv*) sind Aufforderungen an die Interviewer.

- Den Fragen ist ein quadratischer Aufzählungspunkt vorangestellt.
- Die Hervorhebungen ändern sich mit Aufzählungszeichen in Pfeil-Form

### Leitfragen

Allen Teilnehmern werden zwei Fragen gestellt

1. Was verstehen Sie unter dem Begriff „Advanced Nursing Practice“?
2. Gibt es in Ihrer Region/ Organisation Pflegefachfrauen und -männer, die in einer erweiterten Pflegepraxis tätig sind?

JA (Frage 2) – Verwenden Sie Serie A – wir haben Pflegefachfrauen und -männer, die in unserer Region/ Organisation als APN arbeiten

NEIN (Frage 2) – Verwenden Sie Serie B – in unserer Region/Organisation arbeiten keine Pflegefachfrauen und -männer in ANP-Rollen

### Serie A – Ja, Pflegefachfrauen und -männer arbeiten in ANP-Rollen

#### Arbeitsbereiche von ANP

- In welchen Einrichtungen oder Organisationen arbeiten die APN's in Ihrer Region? (*z.B. Akutversorgung, Altenheim, stationäre Einrichtung,..*)
- In welchen Tätigkeitsbereichen arbeiten APN's in Ihrer Organisation/ Region? (*z.B. Geriatrie, psychische Gesundheit, Pädiatrie, Patientenschulung,..*)
- Welche Zielgruppe(n) wird (werden) von APN's in Ihrer Organisation/ Region betreut? (*z.B. ältere Menschen, Kinder, Familien,..*)

### ANP-Tätigkeiten

- Wie würden Sie die Art von Tätigkeiten beschreiben, die APN's regelmäßig ausführen?  
(*Aufgaben, Verantwortlichkeiten – täglich, wöchentlich, monatlich*)
- Welche Arten von Kompetenzen sind für APN's wichtig?  
(*Wissen, Fähigkeiten, Forschung, Führung, Zusammenarbeit, Change Agent*)
- Wem gegenüber sind APN's in Ihrer Organisation/Region rechenschaftspflichtig?
- Welche Befugnisse haben die APN's? ODER Welche Art von Verantwortung tragen APN's?  
(*in Bezug auf Kunden/Patienten, Personal, System, Budget,..*)
- Sind Sie der Meinung, dass die APN's den Gesundheitsbedürfnissen der von Ihrer Organisation/ Region betreuten Zielgruppe gerecht werden?

Wenn JA – APN's erfüllen die Bedürfnisse der betreuten Zielgruppe:

- Auf welche Weise erfüllen die APN's die Bedürfnisse der betreuten Zielgruppe
- Was benötigen APN's, um den Gesundheitsbedürfnissen der Kunden/Patienten weiterhin gerecht zu werden? (*Wissen, Fähigkeiten, Forschung, Zusammenarbeit, Führung, Change Agent*)

Wenn NEIN – APN's werden den Bedürfnissen der Zielgruppe nicht gerecht:

- Welche Lücken gibt es bei der Bereitstellung von Dienstleistungen in Ihrer Organisation/Region?
- Was sind die Hemmnisse, die APN's daran hindern, die Gesundheitsbedürfnisse der betreuten Zielgruppe zu erfüllen?

- An dieser Stelle möchte ich Ihnen die Merkmale von ANP vorstellen. Diese orientieren sich an den Beschreibungen des International Council of Nurses und dem ANP Modell von Hamric.

Ich bin sehr gespannt über Ihre Reaktion.

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat.

Eine APN:

- hat durch einen Masterabschluss erweitertes Fachwissen erworben
- hat sich auf ein Gesundheitsproblem einer Patientengruppe oder ein Fachgebiet spezialisiert, dieses ist je nach Einsatzort unterschiedlich
- hat das Ziel eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung sicherzustellen
- kann neben pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen, die dem ärztlichen Aufgabenfeld zugeordnet wurden, anbieten



- arbeitet mit anderen Fachpersonen und im interdisziplinären Team zusammen
- bezieht pflegende Angehörige und das weitere unterstützende System mit ein
- stärken Selbstkompetenz von Patienten und Angehörigen
- hat eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention
- entwickeln Care Pakete und Behandlungspfade
- arbeitet innerhalb einer Organisation des Gesundheitswesens oder in hochtechnisierten Settings
- Weitere Aufgaben einer erweiterten Pflegepraxis sind:  
Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung

Speziell für die Primärversorgung

CHN sind:

- erste Ansprechpartner/innen für gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen
  - verortet und institutionell angebunden in kommunalen Zentren
- Was tut Ihre Organisation, um die Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis zu unterstützen?

Organisation tut aktuell nichts, um eine erweiterte Pflegepraxis zu unterstützen:

- Was könnte Ihre Organisation Ihrer Meinung nach tun, um ANP in Ihrer Region/ Organisation zu unterstützen?

### **Serie B – Nein, keine Pflegefachfrauen und -männer in ANP-Funktion**

- Welche Versorgungsbedürfnisse oder Versorgungslücken gibt es in Ihrer Region/Organisation?

#### **Definition von ANP**

- An dieser Stelle möchte ich Ihnen die Merkmale von ANP vorstellen. Diese orientieren sich an den Beschreibungen des International Council of Nurses und dem ANP Modell von Hamric.

Ich bin sehr gespannt über Ihre Reaktion.

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat.

Eine APN:

- hat durch einen Masterabschluss erweitertes Fachwissen erworben

- hat sich auf ein Gesundheitsproblem einer Patientengruppe oder ein Fachgebiet spezialisiert, dieses ist je nach Einsatzort unterschiedlich
- hat das Ziel eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung sicherzustellen
- kann neben pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen, die dem ärztlichen Aufgabenfeld zugeordnet wurden, anbieten
- arbeitet mit anderen Fachpersonen und im interdisziplinären Team zusammen
- bezieht pflegende Angehörige und das weitere unterstützende System mit ein
- stärken Selbstkompetenz von Patienten und Angehörigen
- hat eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention
- entwickeln Care Pakete und Behandlungspfade
- arbeitet innerhalb einer Organisation des Gesundheitswesens oder in hochtechnisierten Settings
- Weitere Aufgaben einer erweiterten Pflegepraxis sind:  
Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung

Speziell für die Primärversorgung  
CHN sind:

- erste Ansprechpartner/innen für gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen
- verortet und institutionell angebunden in kommunalen Zentren

Fallen Ihnen angesichts dieser Beschreibung Pflegefachfrauen/-männer ein, die in Ihrer Organisation/Region in einer solchen erweiterten Pflege tätig sind?

Wenn JA, gehen Sie zurück zur Reihe A und arbeiten sie die Fragen ab:

- In welchen Praxisbereichen sind APN's in Ihrer Organisation/ Region tätig?  
(z.B. Geriatrie, psychische Gesundheit, Pädiatrie, Patientenschulung,..)
- Welche Zielgruppe wird von APN's in Ihrer Organisation/ Region betreut?  
(z.B. ältere Menschen, Kinder, Familien,..)

Wenn NEIN:

- Sehen Sie das Potenzial für die Entwicklung von ANP-Rollen in Ihrer Organisation/Region?

Wenn JA:

- Welche Chancen oder Möglichkeiten sehen Sie, um die Entwicklung von ANP-Rollen in Ihrer Organisation/Region zu fördern?
- Warum sollte dies von Vorteil sein?
- Was in der bestehenden Umgebung in Ihrer Organisation lässt Sie glauben, dass die Entwicklung von ANP-Rollen wichtig sein könnte?

Wenn NEIN:

- Was in dem bestehenden Umfeld in Ihrer Organisation/Region führt Sie zu der Annahme, dass es wenig oder kein Potenzial für die Entwicklung von ANP-Rollen gibt?
- Was wäre in Ihrer Organisation/Region nötig, um ANP-Rollen zu entwickeln?
- Was sind die Hindernisse für die Einführung von ANP-Rollen in Ihrer Organisation/Region?

**Allgemeine Fragen:**

- Welche Arten von Ausbildungsprogrammen würden Ihrer Meinung nach Pflegefachfrauen und -männer auf die Rolle der APN vorbereiten? (*Abschlüsse, Bescheinigungen,..*)
- Welche Art von Infrastruktur muss vorhanden sein, damit APN's ihr volles Potenzial ausschöpfen können?
- Was könnten die Hindernisse für die weitere Umsetzung von APN's in Ihrer Organisation/ Region sein?

**Abschluss:**

- Gibt es noch etwas, das ich Ihrer Meinung nach wissen sollte und über das wir uns bisher noch nicht gesprochen haben?
- Gibt es noch etwas, was Sie mich über meine Masterarbeit fragen möchten, bevor wir aufhören?

Ich danke Ihnen, für Ihre Zeit, Ihre wertvollen Einblicke und besonders für Ihre Unterstützung der Studie.

## Anhang C: Postskript

Postskript zum Leitfaden-Interview im Rahmen der Forschungsarbeit  
 Studie zur erweiterten Pflegepraxis (ANP) in der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde  
 Bad Königshofen

Interview-Nr.:	Datum:	Ort:	Dauer:
	Alter:	Geschlecht:	Arbeitsbereich:
Selbstwahrnehmung Interviewer/-in:			
Situative Aspekte des Interviews:			
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme:			
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme:			
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte:			
Schwerpunktsetzung des/der Interviewten			
Spontane thematische Auffälligkeiten:			
Interpretationsideen:			

## Anhang D: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018, 21 f.)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert.  
Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet.
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.  
Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert.  
Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden.
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt.  
Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch ( ...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.  
Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“.  
Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.

## Anhang E: Ausschnitt Kodierleitfaden

Klassifikation	Hauptkategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Organisations- /Regionsspezifisch	Versorgungsbedarf	- Hintergründe - Fehlende Gesundheitsstrukturen - Zielgruppen - Probleme Betroffener	Differenz zwischen den für die Gesundheitsversorgung benötigten Gütern einerseits und den zur Verfügung stehenden andererseits	"Also ich meine, Sie kommen aus der Großstadt. Oder arbeiten in der Großstadt, jetzt. Bei uns ist es ja, kennen Sie ja auch, ziemlich kleinteilig. Also ich könnte mir vorstellen, dass sowas im Landkreis, oder im Teillandkreis, jetzt vielleicht im Altlandkreis, oder was, dass der Bedarf da sein muss. Das glaube ich also schon." (B01, Abs. 27)	bestehende Versorgungslücken und Versorgungsbedürfnisse
	Entwicklungspotenzial	- Versorgungssituation - Professionalisierung	Aspekte, welche sich positiv auf die Gesundheitsversorgung in der Region/ Organisation auswirken	"Aber ich glaube tatsächlich gerade hier im ländlichen Raum in den Kommunen könnte das schon eine Chance sein." (B03, Abs. 50)	keine negativen Sichtweisen
	Entwicklungsskepsis		Aspekte der Organisation, erweiterte Pflegepraxis als unwichtig zu sehen	"Da ist ja, in dem Bereich, ist ja unter diesem/ Zu diesem Thema ist ja schon eine Struktur geschaffen im Landkreis. Und sie ist/ Ich glaube nicht, ohne das fachlich beurteilen zu können, dass wir da eine Zusatzstruktur oder was brauchen." (B01, Abs. 33)	
	Organisationshandlungen		Chancen und Möglichkeiten, um Entwicklung einer ANP in Organisation/ Region zu fördern	"Dann, ansonsten fördern würde über den Patienten da hin schick." (B07, Abs. 55)	Tätigkeiten
Allgemein	Verständnis	- ANP-Interpretation - Andere Berufsgruppen - Unsicherheiten - Auffassungen	Begreifen des Sachverhaltes ANP	"Das ist für mich komplett neu. Also da habe ich kein/ Ich habe mal gegoogelt. Was es ist. Die Bedeutung. Aber was dahintersteckt weiß ich nicht." (B01, Abs. 3)	Inhaltliches Verständnis des Begriffs und allgemeine wertende Äußerungen zu ANP
	Ausbildungsprogramm	- Berufsabschluss - Persönliche Voraussetzungen	Bildungsmaßnahmen zur Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die benötigt werden für die Ausführung einer erweiterten Pflegepraxis	"Meiner Meinung nach natürlich, also eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin. Examierte, das ist schon Basis." (B02, Abs. 58)	Bildungsmaßnahmen und Fähigkeiten
	Voraussetzungen	- Aufklärungsarbeit - Organisatorisches - Ausstattung	Bedingungen, die für eine erweiterte Pflegepraxis notwendig sind	"Weil ich einfach finde, und das zeigt auch so die Erfahrung, dass viel auf Profit aus ist. Profit auf pflegebedürftige kranke Menschen. Es wird immer nur auf Profit aus, ne? Das darf es, glaube ich, nicht sein." (B04, Abs. 89)	materielle und immaterielle Erfordernisse als Voraussetzung für die Durchführung einer erweiterten Pflegepraxis
	Implementierungshindernisse		Aspekte, welche das Umsetzen einer erweiterten Pflegepraxis be- oder verhindert	"Genau, es ist sicherlich in manchen Bereichen dann doch die Akzeptanz natürlich, dass sie sagen: „Ach na ja, da gehe ich doch lieber doch gleich woanders hin“, oder tragen es halt rein, das ziemlich da das reinkommt." (B06, Abs. 37)	

Kodierleitfaden der deduktiv entstandenen Hauptkategorien und Auflistung der dazugehörigen induktiv entstandenen Subkategorien

Haupt-kategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Versorgungs- bedarf		Differenz zwischen den für die Gesundheitsversorgung benötigten Gütern einerseits und den zur Verfügung stehenden andererseits	"Also ich meine, Sie kommen aus der Großstadt. Oder arbeiten in der Großstadt, jetzt. Bei uns ist es ja, kennen Sie ja auch, ziemlich kleinteilig. Also ich könnte mir vorstellen, dass sowas im Landkreis, oder im Teillandkreis, jetzt vielleicht im Altlandkreis, oder was, dass der Bedarf da sein muss. Das glaube ich also schon." (B01, Abs. 27)	bestehende Versorgungslücken und Versorgungsbedürfnisse
	Hintergründe	Zusammenhänge, welche die Ursache des Versorgungsbedarfs beschreiben	"Ja, Problem ist der Pflegenotstand, der ganze, ne? Personalmangel und einfach was sich jetzt auch durch Corona noch einmal mehr verschlechtert hat. Und, ja, das ist so, denke ich, das Hauptproblem." (B04, Abs. 11)	Demografischer Wandel, Personalmangel
	Fehlende Gesundheitsstrukturen	Mangelnde Einrichtungen und Konzepte zur Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung	"Ja, also der, wo ich sicher weiß ist, dass zu wenig Pflegeplätze in Heimen sind. Also zum einen mal für einen Daueraufenthalt. Aber auch ganz sicher für Kurzzeitpflege zur Entlastung von Angehörigen. Oder auch nach Operationen, wo die Leute eben alleine zuhause nicht sein können. Das kurzfristig (unv.)." (B01, Abs. 11)	
	Zielgruppen	Menschengruppen, die von der Versorgungslücke besonders betroffen sind	"Glaub ich, ich glaube, so auch so dieses, ja, poststationäre Wundmanagement oder wie auch immer, aber die Zukunft gerade hier. Geriatrie, Demenz oder vielleicht auch spezielle Demenzformen oder ja." (B03, Abs. 100)	Personengruppen, bzw. Krankheiten und spezifische Versorgungsbereiche, Ausschluss: Probleme Betroffener
	Probleme Betroffener	Schwierigkeiten und Herausforderungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen	"Wenn ich es jetzt aus pflegerischer Sicht sehe und vor allem auch so ein bisschen Senioren im Fokus hab, denke ich, ist es klar, was gerade passiert. Wir haben auf der einen Seite die Bereitschaft, der Angehörigen zu pflegen, nimmt ab. Ich muss mich mehr auch damit beschäftigen, wie kann ich es anders organisieren. Weil zum Beispiel die Frauenrolle sich einfach ein Stück weit ja geändert hat. Dass ich als Frau eben nicht mehr mich automatisch dafür verantwortlich fühle, meine Eltern zu pflegen, sondern auch mein eigenes Leben meine Karriere plane, weil ich auch woanders arbeite, also weil ich vielleicht auch/ [...] Also ich glaube, es verändert sich, diese ganzen Familien Strukturen, sodass es sinnvoll ist, jemanden zu haben, der da auch ein Stück weit den Hut aufhat und der da vielleicht auch Lösungswege aufzeigt." (B03, Abs. 47)	Themen mit denen sich Angehörige und Patienten beschäftigen; Ausschluss: Beschreibungen von fehlenden Gesundheitsstrukturen

Ausschnitt des Kodierleitfadens für die Hauptkategorie Versorgungsbedarf und der dazugehörigen Subkategorien

## Anhang F: Exemplarische Darstellung der Bearbeitung des extrahierten Materials

Code Hintergründe							
Interview	Absatz	Segment	Paraphrase	Generalisierung	Ergebnisse 1. und 2. Reduktion	Zusammenfassung Subkategorie	Zusammenfassung Hauptkategorie
B01	11	Und das liegt unter anderem auch am Personalmangel.	[Geringe Einrichtungskapazitäten] liegt an Personalmangel	Personalmangel	Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis	Die Stakeholder sehen den Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis, aufgrund des demografischen Wandels, des vorhandenen Arztmangels, des Pflegenotstandes, sowie den zunehmenden Pflegebedarfs und der komplexen Versorgung von Patienten.	Die Stakeholder sehen den Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis, da die Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung aus mehreren Gründen problematisch ist. Eine große Versorgungslücke stellt der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal dar.
B01	27	Also ich meine, Sie kommen aus der Großstadt. Oder arbeiten in der Großstadt, jetzt. Bei uns ist es ja, kennen Sie ja auch, ziemlich kleinteilig. Also ich könnte mir vorstellen, dass sowas im Landkreis, oder im Teillandkreis, jetzt vielleicht im Altlandkreis, oder was, dass der Bedarf da sein muss. Das glaube ich also schon.	Da Region kleinteilig, muss es Bedarf im Landkreis/Teillandkreis oder im Altlandkreis geben	Bedarf vorhanden	1) demografischer Wandel 2) Arztmangel 3) Pflegenotstand 4) zunehmender Pflegebedarf und Komplexität		
B01	29	Aber ich gehe schon davon aus, dass der Bedarf da ist. Also das/ Man kriegt es ja immer mit. Wir werden alle immer älter. Die Zipperlein werden größer. Und da ist einfach der Bedarf auch da.	Bedarf aufgrund immer älter werdender Menschen vorhanden	Demografischer Wandel	- Pflegenotstand = Grund für geringe Einrichtungskapazität und wird durch Corona und Arbeitsbedingungen verstärkt - Benötigung qualifiziertes Personal und Schulungen, um Pflegenotstand auszugleichen	Der Pflegenotstand als Ursache für geringe Einrichtungskapazität. Der Pflegenotstand wird durch Corona und den schlechten Arbeitsbedingungen verstärkt. Es wird qualifiziertes Personal benötigt, welches unter anderem den Personalmangel ausgleichen kann	
B01	35	Und ich glaube, dass dann auch, ja, die Nachfrage kommen wird. Ja.	Nachfrage wird kommen	Steigende Nachfrage			
B01	51	Generell/ Generell eigentlich der verstärkte Pflegebedarf. Ne? In den unterschiedlichen Stationen. Leichtpflegebedürftige, gibt es ja auch diese, ich vergesse immer, Pflegestufen?	Verstärkter Pflegebedarf in unterschiedlichen Pflegegraden	Zunehmender Pflegebedarf			
B02	17	Also ich beziehe mich jetzt mal auf den Altlandkreis Bad Königshofen. Da ist es ja auf jeden Fall so, dass wir eine Versorgungslücke haben. Also es gibt nicht genug Ärzte und die Leute werden immer älter, immer kränker.	Versorgungslücken in Bad Königshofen, da nicht genug Ärzte und Leute älter und kränker werden	Arztmangel demografischer Wandel komplexe Patienten			
B04	11	Ja, Problem ist der Pflegenotstand, der ganze, ne? Personalmangel und einfach was sich jetzt auch durch Corona noch einmal mehr verschlechtert hat. Und, ja, das ist so, denke ich, das Hauptproblem	Problem ist Pflegenotstand, welcher durch Corona verstärkt	Pflegenotstand durch Corona verstärkt			

Ausschnitt aus dem Code Organisationsspezifisch\Versorgungsbedarf\Hintergründe zur exemplarischen Darstellung der einzelnen Schritte Paraphrasierung, Generalisierung, Reduktion sowie Zusammenfassung



## Anhang G: Todesursachen in Bayern und Rhön-Grabfeld

Todesursachen	Bayern (ges.)	Bayern (w)	Bayern (m)	Rhön- Grabfeld (ges.)	Rhön- Grabfeld (w)	Rhön- Grabfeld (m)
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,7	0,9	0,8	1,3	0,3	1,0
Neubildungen	23,3	10,8	12,5	24,8	10,1	14,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,6	2,0	1,6	4,4	2,4	2,0
Psychische und Verhaltensstörungen	6,1	3,8	2,3	3,4	1,5	1,9
Krankheiten des Nervensystems	3,7	1,8	1,9	3,8	2,0	1,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	34,9	18,5	16,4	41,2	20,1	21,1
Krankheiten des Atmungssystems	6,0	2,7	3,3	4,7	2,3	2,4
Krankheiten des Verdauungssystems	4,6	2,1	2,4	4,0	1,0	3,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,4	1,3	1,1	2,3	0,8	1,5
Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	1,8	0,8	1,0	0,7	-	0,7
Äußere Ursachen	4,8	1,9	2,9	5,0	1,5	3,5
Schlüsselnummern für besondere Zwecke	5,3	2,6	2,7	2,4	0,9	1,5
Sonstige Erkrankungen	1,8	1,0	0,8	2,0	1,0	1,0
Todesursachen insgesamt	100	50,2	49,8	100	43,9	56,1
	Bayern (ges.)	Bayern (w)	Bayern (m)	Rhön- Grabfeld (ges.)	Rhön- Grabfeld (w)	Rhön- Grabfeld (m)

*Anmerkungen.* Um die Ergebnisse zu vergleichen, wurden die Fallzahlen der Todesursachen in Prozentangaben umgerechnet und auf eine Stelle nach dem Komma gerundet. Die Daten stammen aus der Todesursachenstatistik Berichtsjahr 2020 des Bayerischen Landesamts für Statistik (2022).

*Statistikdaten. Todesursachenstatistik.* Zugriff am 08.01.2023. Verfügbar unter: <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online>

## Anhang H: Ehrenwörtliche Erklärung

Mir ist bekannt, dass dieses Exemplar der Masterarbeit als Prüfungsleistung in das Eigentum des Freistaates Bayern übergeht.

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benützt habe. Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken und Internetquellen einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie in jedem Fall unter der Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Versicherung der selbständigen Arbeit bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Zeichen-, Kartenskizzen und bildlichen Darstellungen.

Ich versichere, dass meine Masterarbeit bis jetzt bei keiner anderen Stelle für Prüfungszwecke eingereicht und bewertet wurde. Zudem ist mir bewusst, dass eine Veröffentlichung vor der abgeschlossenen Bewertung nicht erfolgen darf.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ein Verstoß hiergegen zum Ausschluss von der Prüfung führt oder die Prüfung ungültig macht.



Fürth, den 24.01.23