

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Gemeinnützige Gesellschaft zur Förderung von Wissenschaft und Bildung mbH
Förderkennzeichen:	01NVF19012
Akronym:	FAMOUS
Projekttitel:	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient/innen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)
Autorinnen und Autoren:	Prof. Dr. Renate Stemmer, Sabine Karlstätter, Joachim Klein
Förderzeitraum:	1. Oktober 2020 – 31. Dezember 2024
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Renate Stemmer, Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Saarstr. 3, 55122 Mainz

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt FAMOUS wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19012 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der gesundheitsbezogene Betreuungsbedarf von Menschen mit Multimorbidität geht über die rein medizinische Perspektive hinaus. Eine Advanced Practice Nurse (APN) kann wesentliche Anteile der Betreuung von multimorbiden Patient:innen in der Hausarztpraxis übernehmen und somit zu einer besseren Versorgung beitragen. Ziel des FAMOUS-Projektes ist die Implementierung der APN in den hausärztlichen Versorgungskontext.

Methodik: Neun in neun Hausarztpraxen angestellte APNs oblag die Steuerung des Versorgungsprozesses von Menschen mit Multimorbidität, d.h. sie führten ein Assessment durch, erstellten einen Behandlungs- und Versorgungsplan, führten diesen ggf. selbst durch oder bezogen Netzwerkpartner:innen oder An-/Zugehörige in die Versorgung mit ein. Ihr Handeln bewegte sich dabei stets innerhalb des gültigen Rechtsrahmens.

Die Evaluation erfolgte im Design einer zweiarmligen nicht randomisierten multizentrischen Interventionsstudie mit einer Nachverfolgungszeit von einem Jahr. Verglichen werden die Patient:innen mit Matches, die im Verhältnis 1:2 aus einer Population der Routineversorgung gezogen wurden. Matchingvariablen waren: Alter, Geschlecht sowie Anzahl und Art der chronischen Erkrankungen. Endpunkt der quantitativen und gesundheitsökonomischen Evaluation waren: (1) Inanspruchnahme von Notfallkontakten, (2) ungeplante stationäre Aufenthalte, (3) Nutzung weiterversorgender Institutionen, (4) Hausbesuche durch die Hausärzt:innen und (5) Nutzung von Pflegeheimen. Zur Prozessevaluation wurden Interviews mit am Projekt beteiligten Hausärzt:innen, APNs und Patient:innen geführt. Ein zusätzliches Monitoring zielte mit einem Mixed-Method-Design darauf ab, die Versorgungsprozesse in der Interventionsgruppe vertieft zu verstehen.

Ergebnisse: 873 Patient:innen wurden rekrutiert, 709 Patient:innen absolvierten den geplanten Beobachtungszeitraum von 12 Monaten. In der Prozessevaluation zeigte sich eine hohe Zufriedenheit und Akzeptanz der APN-Versorgung seitens der Patient:innen und Hausärzt:innen. Die APN entlastet den Hausarzt/ die Hausärztin und versorgt multimorbide Patient:innen bedarfsgerecht über den medizinischen Bereich hinaus. Diese Ergebnisse werden durch die Auswertung des Monitorings bekräftigt. In den quantitativen und gesundheitsökonomischen Evaluationen zeigt sich keine Reduktion in den Inanspruchnahmen in den Endpunkten im Vergleich zur Routineversorgung. Die Kosten einer APN pro Patient:in pro Jahr beliefen sich auf 446,45€.

Diskussion: Das Projekt FAMOUS hat gezeigt, dass eine Implementation einer APN in den hausärztlichen Arbeitsalltag gut umsetzbar ist und dass die APN von allen Beteiligten gut angenommen wird. In der quantitativen und gesundheitsökonomischen Evaluation zeigten sich keine Unterschiede zur Routineversorgung, was aber durch einen wahrscheinlichen Selektionsbias hinsichtlich der Interventions- und Kontrollgruppe sowie durch die mangelnde Aussagekraft von GKV-Routinedaten hinsichtlich der Abbildbarkeit der Erkrankungsschwere beeinflusst sein könnte. Mit den vergleichsweise niedrigen Kosten pro Patient:in kann eine APN die Versorgungssituation von Menschen mit Multimorbidität verbessern, zur Entlastung im hausärztlichen Bereich beitragen und dem Hausärztemangel entgegenwirken, sofern rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen sichergestellt werden.

Schlagworte: Advanced Practice Nurse, Multimorbidität, Hausärzt:innen, Primärversorgung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	6
III	Tabellenverzeichnis	6
1	Projektziele	10
1.1	Hintergrund und Ziele	10
2	Projektdurchführung	11
2.1	Projektbeteiligte	11
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	14
2.2.1	Zielgruppe der nVF	14
2.2.2	Darstellung der neuen Versorgungsform	15
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	20
2.3.1	Ablauf des geplanten Projektverlaufs	20
2.3.2	Laufzeitverlängerung	23
2.3.3	Wechsel der Datengrundlage	23
2.3.4	Hinzuziehung externer Expertise zum Umgang mit Routinedaten	24
2.3.5	Änderung des Evaluationskonzepts	24
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	25
2.4.1	Erfahrungen mit der Implementierung	25
2.4.2	Abweichungen vom Studienprotokoll	26
2.5	Rechtsgrundlage	27
3	Methodik	27
3.1	Methodik zu primären und sekundären Zielgrößen	27
3.1.1	Ziele der Evaluation	27
3.1.2	Darstellung des Evaluationsdesigns	27
3.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	34
3.2.1	Kosten der neuen Versorgungsform	34
3.2.2	Analyse der Unterschiede zwischen Praxen mit guter und unzureichender Dokumentation und Drop out Analysen	35
3.2.3	Kontaktanalysen	35
3.2.4	Kostenanalysen	36
3.2.5	Kostenanalyse Vorher-Während-Vergleich	37
3.2.6	Prozessevaluation	37
3.3	Methodik zum Monitoring	38
3.3.1	Logic Model	38
3.3.2	Stichprobe und Datenerhebung	41
3.3.3	Datenauswertung	45

4	Projektergebnisse	47
4.1	Ergebnisse der externen Evaluation	47
4.1.1	Quantitative Evaluation.....	47
4.1.2	Gesundheitsökonomische Analysen	61
4.2	Ergebnisse Monitoring / Prozessevaluation	69
4.2.1	Datengrundlage Monitoring /Prozessevaluation	69
4.2.2	Auswertung Monitoring und Prozessdaten	73
5	Diskussion der Projektergebnisse	112
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	117
6.1	Beitrag von FAMOUS zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung.....	117
6.2	Konkrete Schritte, um Projektergebnisse in die Regelversorgung zu überführen	120
6.2.1	Versichertenpotential und benötigtes Behandlungsnetz	122
6.2.2	Vergütungsspanne.....	123
6.3	Übertragbarkeit der Ergebnisse.....	123
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	124
7.1	Erfolgte Veröffentlichungen	124
IV	Literaturverzeichnis	130
V	Anlagen.....	133

I Abkürzungsverzeichnis

adj.	adjustiert
APN	Advanced Practice Nurse
BKK	Betriebskrankenkassen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HA	Hausarzt/Hausärztin
IA	Innovationsausschuss
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFP	Infrastrukturpauschale
IG	Interventionsgruppe
IMBEI	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
IZKS	Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Studien der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Kap.	Kapitel
KG	Kontrollgruppe
KF	Konsortialführung
KH	Katholische Hochschule
KP	Konsortialpartner
KV	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
LV	Landesverband
MFA	Medizinische Fachangestellte
MW	Mittelwert
NäPA	nichtärztliche Praxisassistenz
nVF	Neue Versorgungsform
o.Ä.	oder Ähnliches
OR	Odds Ratio
Q25	25%-Quartil
Q75	75%-Quartil
RLP	Rheinland-Pfalz
RSA	Risikostukturausgleich
SD	Standardabweichung
sog.	sogenannte
TIDier	Template for Intervention Description and Replication
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
u.a.	unter anderem
unadj	unadjustiert
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
VK	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization
ZINB-Modell	Zero-Inflated-Negative-Binomial-Modell
95% KI	95% Konfidenzintervall
95% Kri	95% Kreditibilitätsintervall

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische Darstellung des Studiendesigns des FAMOUS-Projektes	28
Abbildung 2: Consort-Diagramm	31
Abbildung 3: Grafische Darstellung des Matching-Verfahrens	32
Abbildung 4: Logic Model	40
Abbildung 5: Darstellung der Anzahl der Bereitschaftsdienste Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit und Notfallkontakte	52
Abbildung 6: Darstellung der Anzahl der ungeplanten Krankenhausaufnahmen	54
Abbildung 7: Darstellung der Anzahl der Nutzung weiterversorgender Institutionen	57
Abbildung 8: Darstellung der Anzahl der Hausbesuche	59
Abbildung 9: Boxplot der ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte	69
Abbildung 10: Rangliste der Selbsteinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn	85
Abbildung 11: Rangliste der Fremdeinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn durch An-/Zugehörige.....	86
Abbildung 12: Rangliste der Erwartungen der Patient:innen bei Versorgungsbeginn	88
Abbildung 13: Rangliste der im Versorgungsplan festgeschriebenen Versorgungszielbereiche	88
Abbildung 14: Rangliste der patientenspezifischen Nennung von Versorgungszielbereichen im Versorgungsplan	89
Abbildung 15: Rangliste der Zielbereiche der im Versorgungsplan festgeschriebenen Maßnahmen.....	90
Abbildung 16: Rangliste der im Versorgungsplan festgeschriebenen Maßnahmearten	90
Abbildung 17: Kooperation und Adhärenz der Patient:innen / Perspektive APN	91
Abbildung 18: Annahme von APN-Empfehlungen	97
Abbildung 19: Anzahl Untersuchungsgebiete mit Unterstützungs-Interventionsbedarf bei Versorgungsbeginn und Versorgungsende.....	105

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortialpartner	12
Tabelle 2: Kooperierende Hausarztpraxen	13
Tabelle 3: Kassen für Zusatzdatenlieferung	13
Tabelle 4: Mitglieder Projektbeirat.....	14
Tabelle 5: Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der APNs	18
Tabelle 6: Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der Hausarztpraxen.....	18
Tabelle 7: Übersicht konzeptionelle Projektentwicklungen.....	20
Tabelle 8: Operationalisierung der Zielgrößen	30
Tabelle 9: Übersicht Datenerhebung Monitoring und Prozessevaluation	42
Tabelle 10: Instrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung in Abhängigkeit vom DemTect	44
Tabelle 11: Kategorisierung der Effektstärke von Mittelwertsdifferenzen nach Cohen	47
Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Studienpopulation.....	48
Tabelle 13 : Zusammenfassung der Ergebnisse	50
Tabelle 14: Zusammenfassung der Nutzung der Notfallkontakte.....	52

Tabelle 15 : Zusammenfassung der ungeplanten Krankenhausaufnahmen	53
Tabelle 16: Zusammenfassung der Nutzung weiterversorgender Institutionen	56
Tabelle 17: Zusammenfassung der Hausbesuche durch Hausärzt:innen	59
Tabelle 18: Änderung Pflegeheim-Status.....	60
Tabelle 19: Mittelwert-Differenzen und Veränderung der Inanspruchnahme beim Vorher- Während-Vergleich	61
Tabelle 20: Kosten der Patientenversorgung pro Quartal	61
Tabelle 21: Vergleich der Stammdaten zwischen Patient:innen mit regulärem und nicht- planmäßigem Studienende	63
Tabelle 22: Multivariate lineare Regression mit Dauer des Erstkontaktes als abhängige Variable.....	64
Tabelle 23: Multivariate logistische Regression mit Ort des Erstkontaktes als anhängige Variable.....	64
Tabelle 24: Kostenanalyse unadjustiert (unadj.) und adjustiert (adj.) für Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Anzahl der Erkrankungen	66
Tabelle 25: Kostenvergleiche stratifiziert nach Nutzung der nVF (Kosten-Quartile).....	67
Tabelle 26: Kostenvergleiche stratifiziert nach Pflegegrad	67
Tabelle 27: Kostenvergleich Vorher-Während.....	68
Tabelle 28: Altersverteilung der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen- Fragebogen zum Versorgungsbeginn.....	70
Tabelle 29: Pflegegrade der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn	70
Tabelle 30: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn	71
Tabelle 31: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem An-Zugehörigen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn	72
Tabelle 32: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem An-/Zugehörigen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn	72
Tabelle 33: Übersicht Zeitpunkt und Anzahl qualitative Interviews	73
Tabelle 34: Anzahl teilnehmende Hausärzt:innen quantitative Erhebung.....	73
Tabelle 35: DemTect-Gesamtbewertung.....	73
Tabelle 36: Ergebnisse der DEMMI-Einzeltests.....	74
Tabelle 37: DEMMI-Geamtrohwert und -Summenscore	74
Tabelle 38: MNA-Screeningergebnisse	75
Tabelle 39: MNA-Mangelernährung-Index	75
Tabelle 40: NRS-Gesamtergebnis	76
Tabelle 41: BESD-Einzelergebnisse	76
Tabelle 42: BESD-Gesamtergebnisse	76
Tabelle 43: Bereichsspezifische PDI-Einzelergebnisse	77
Tabelle 44: PDI-Gesamtergebnisse	77
Tabelle 45: PDI-Gesamteinschätzung zur Beeinträchtigung im Alltag	77
Tabelle 46: HAQ-Einzelergebnisse zu Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten	79
Tabelle 47: HAQ-Einzelergebnisse zu benötigten Hilfsmitteln.....	79
Tabelle 48: HAQ-Einzelergebnisse zu benötigter Hilfe durch andere Personen	80
Tabelle 49: Bereichsspezifische HAQ-Gesamtergebnisse	80
Tabelle 50: HAQ-Gesamtergebnisse	81
Tabelle 51: MILVA Einzeltests Aktivität/Kontakt	81

Tabelle 52: MILVA Einzeltests Wohnsituation	82
Tabelle 53: MILVA Risikoeinschätzung	82
Tabelle 54: Bereichsspezifisches Ausmaß an Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarfen zu t0.....	83
Tabelle 55: Durchschnittliche Anzahl an Bereichen mit Unterstützungs-/Interventionsbedarf	84
Tabelle 56: Anzahl an Bereichen mit Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarf.....	84
Tabelle 57: Selbsteinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn	84
Tabelle 58: Fremdeinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn durch An- / Zugehörige	86
Tabelle 59: Erwartungen der Patient:innen an die APN-Versorgung.....	87
Tabelle 60: Bewertung der Zusammenarbeit APN-Patient:innen / Perspektive Patient:innen	91
Tabelle 61: Bewertung Zusammenarbeit APN-Patient:innen / Perspektive An-/Zugehörige ..	92
Tabelle 62: Häufigkeiten von APN- Versorgungsaktivitäten mit Personen/Institutionen ohne unmittelbaren Patient:innen-Kontakt.....	93
Tabelle 63: Kontaktpersonen/-institutionen von Versorgungsaktivitäten ohne unmittelbaren Patient:innen-Kontakt.....	93
Tabelle 64: Bereitschaft zur Zusammenarbeit von Netzwerkpartner:innen	94
Tabelle 65: Erwartungen der An-/Zugehörigen an die APN-Versorgung	95
Tabelle 66: Bewertung der Zusammenarbeit APN-An-/Zugehörige / Perspektive An-/Zugehörige	96
Tabelle 67: Aufgabe und Arbeitsweise der APNs aus Sicht der Hausärzt:innen	96
Tabelle 68: Haupt und Subkategorien der Zusammenarbeit von MFA/VERAH/NäPa und APN/ Perspektive MFA/VERAH/NäPa.....	97
Tabelle 69: Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen / Perspektive APN	98
Tabelle 70: Fördernde und hemmende Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit / Perspektive APN	99
Tabelle 71: Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN /Perspektive Patient:innen	99
Tabelle 72: Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN / Perspektive Patient:in.....	100
Tabelle 73: Zufriedenheit mit der Versorgung durch die APN insgesamt / Perspektive Patient:innen	100
Tabelle 74: Wahrnehmung der APN-Versorgung / Perspektive Patient:innen	101
Tabelle 75: Interesse an nochmaliger Beteiligung an einer APN-Versorgung / Perspektive Patient:innen	102
Tabelle 76: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive Patient:innen	102
Tabelle 77: Einfluss der APN-Versorgung auf die Fähigkeit der Patient:innen zur Einschätzung des Bedarfs eines Hausarzt/Hausärzt:innen-Besuchs / Perspektive Patient:innen	102
Tabelle 78: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive An-/Zugehörige	103
Tabelle 79: Einfluss der APN-Versorgung auf die Fähigkeit der Patient:innen zur Einschätzung des Bedarfs eines Hausarzt/Hausärztinnen-Besuchs / Perspektive An-/Zugehörige	103

Tabelle 80: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive Hausärzt:innen	103
Tabelle 81: Einfluss der APN-Versorgung auf die Eigenständigkeit der Patient:innen zur gesundheitlichen Stabilisierung / Perspektive Hausärzt:innen	104
Tabelle 82: Veränderung der Lebenssituation im Versorgungsverlauf anhand spezifischer Assessmentergebnisse	104
Tabelle 83: Bereichsspezifische Veränderungen des Unterstützungs-/Interventionsbedarfs im Versorgungsverlauf	105
Tabelle 84: Bereichsspezifische Veränderungen der aktuellen Situation der Patient:innen im Versorgungsverlauf / Perspektive Patient:innen	106
Tabelle 85: Effekte der APN-Versorgung auf die Medikamenteneinnahme der Patient:innen / Perspektive Patient:innen	106
Tabelle 86: Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN / Perspektive An-/Zugehörige ..	107
Tabelle 87: Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN / Perspektive An-/Zugehörige	107
Tabelle 88: Zufriedenheit mit der Versorgung durch die APN insgesamt / Perspektive An-/Zugehörige	108
Tabelle 89: Gesamteffekte der APN-Versorgung bei den Patient:innen / Perspektive An-/Zugehörige	108
Tabelle 90: Gesamteffekte der APN-Versorgung bei An-/Zugehörigen / Perspektive An-/Zugehörige	108
Tabelle 91: Interesse an nochmaliger Beteiligung an einer APN-Versorgung / Perspektive An-/Zugehörige	109
Tabelle 92: Vorteile des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen	109
Tabelle 93: Nachteile des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen	110
Tabelle 94: Ablauf der APN-Versorgung / Perspektive Hausärzt:innen	110
Tabelle 95: Zusammenarbeit zwischen APN und Hausärzt:innen / Perspektive Hausärzt:innen	110
Tabelle 96: Zusammenarbeit zwischen APN und MFA/VERAH/NäPa / Perspektive Hausärzt:innen	111
Tabelle 97: Gesamteffektivität der APN-Tätigkeit in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen	111
Tabelle 98: Sinnhaftigkeit der APN-Versorgung / Perspektive Hausärzt:innen	111
Tabelle 99: Interesse an einer dauerhaften Etablierung einer APN-Versorgung / Perspektive Hausärzt:innen	112
Tabelle 100: Übersicht der benötigten Leistungen	121
Tabelle 101: Dauer und Vergütung APN-Einsatz	123
Tabelle 102: Vorträge / Poster	130

1 Projektziele

1.1 Hintergrund und Ziele

Multimorbidität ist ein häufiges Phänomen bei Patient:innen in Allgemeinpraxen [1, 2]. Der Begriff Multimorbidität ist nicht eindeutig definiert. Die meisten Definitionen charakterisieren Multimorbidität als das Zusammentreffen von zwei bis drei chronischen Krankheiten. Aufgrund der etwas unklaren Definition variiert die Prävalenzrate von Multimorbidität bei Patient:innen in der Primärversorgung zwischen den einzelnen Studien [2]. Eine systematische Übersichtsarbeit [2] zeigte eine Prävalenz von Multimorbidität, die von 12,9 % bei Teilnehmer:innen im Alter von 18 Jahren und älter bis zu 95,1 % in einer Population im Alter von 65 Jahren und älter reichte. Weltweit leidet mehr als die Hälfte der Menschen über 65 Jahren an mehreren chronischen Erkrankungen, von denen die meisten in der Primärversorgung behandelt werden [3].

In einer Befragung des Robert Koch-Institut (RKI) zwischen Juni 2021 und April 2022 von Personen ab 65 Jahren in Deutschland zum Vorliegen einer Multimorbidität geben 82,4 % der Frauen und 70,9 % der Männer über 80 Jahren an, dass sie in den letzten 12 Monaten gleichzeitig unter mehreren Erkrankungen gelitten haben. [4]

Multimorbide Patient:innen leiden unter vielen Symptomen zur gleichen Zeit. Oft lassen sich diese Symptome nicht einer ursächlichen Krankheit zuordnen. Daraus ergeben sich einige zentrale Probleme, wie funktionelle Schwierigkeiten, Polypharmazie, Behandlungsbelastung, psychische Probleme, Fragmentierung der Versorgung, verminderte Lebensqualität und erhöhte Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens [1]. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert die Optimierung der Funktionsfähigkeit, ein rigoroses Medikamentenmanagement, eine stärkere Konzentration auf eine patientenzentrierte Versorgung und die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdienstleistenden [1]. Das Management der Polypharmazie ist komplex [5], und die Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung stößt auf mehrere Hindernisse [6]. So können diese Ziele kaum in der kurzen Sprechzeit eines Hausarztes/einer Hausärztin erreicht werden, die in Deutschland weniger als 10 Minuten beträgt [7]. Hinzu kommt ein zunehmender Mangel an Hausärzt:innen, insbesondere in ländlichen Gebieten. In Deutschland waren 2019 bereits 3.300 Stellen für Hausärzt:innen unbesetzt, und im Jahr 2035 werden es laut einer Studie der Robert-Bosch-Stiftung etwa 11.000 sein [8]. Um diesem Problem zu begegnen, wird die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe empfohlen [1].

In vielen Ländern sind Advanced Practice Nurses (APNs) erfolgreich umfänglich in die primäre Gesundheitsversorgung multimorbider Patient:innen integriert [9, 10]. Eine systematische Überprüfung von Patientensicherheit, klinischen Ergebnissen, Kosten und Patientenzufriedenheit zeigt, dass die Versorgung, die von Advanced Practice Nurses in der medizinischen Primärversorgung angeboten werden, im Vergleich zu Hausärzt:innen zu gleich guten oder bessere Ergebnisse kommen [11]. Die Ergebnisse hinsichtlich der Ressourcennutzung, wie die Anzahl der Notfallbesuche, Krankenhauseinweisungen und ambulanten Kontakte, sind unterschiedlich [12]. Darüber hinaus sind die Ergebnisse zur Kosteneffizienz der Integration von APNs in die Primärversorgung nicht sehr eindeutig. Einige Studien deuten auf keinen Anstieg der Kosten hin [12], während andere Quellen Belege für Kosteneinsparungen gefunden haben [13].

In Deutschland wird die ambulante medizinische Versorgung überwiegend durch Allgemeinmediziner:innen erbracht. Anders als in vielen anderen Ländern werden APNs in Deutschland bisher nicht in Hausarztpraxen eingesetzt. Ein Grund dafür ist, dass es in Deutschland lange Zeit keine APN-Qualifizierungsmöglichkeiten auf der Masterebene gab. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind jedoch dank der seit einiger Zeit in Deutschland etablierten Studiengänge verfügbar. Müller [14] identifizierte im Jahr 2024 21 Masterstudiengänge in der Pflege mit direktem Versorgungsbezug.

Das übergeordnete Ziel dieser Studie ist es, die Versorgung von multimorbiden Patient:innen durch APNs in Allgemeinpraxen in ländlichen Gebieten in Deutschland zu evaluieren. Konkreter war eine Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation multimorbider Patient:innen sowie die Etablierung von Versorgungskontinuität (Sicherstellung des reziproken Informationstransfers zwischen hausärztlicher Praxis und weiteren versorgenden Institutionen) Ziel des FAMOUS-Projektes. Besonderer Fokus lag hier auf hausärztlichen Praxen in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Diese sollten durch die Übernahme der Behandlung und Versorgung von Patient:innen mit komplexen Bedarfen entlastet werden.

Darüber hinaus wurde eine hohe Zufriedenheit bei allen Beteiligten (Ärzt:innen, Patient:innen, Angehörige, APN und Medizinische Fachangestellte) mit dieser Art der Versorgung erwartet.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Die Konsortialführung des Projektes lag bei der Katholischen Hochschule Mainz, die zusammen mit den Konsortialpartnern Universitätsmedizin Mainz (IMBEI und IZKS), dem Landesverband BKK LV Mitte, der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und der Universität Bremen (Tabelle 1) sowie den Kooperationspartnern bestehend aus neun Hausarztpraxen (Tabelle 2), kooperierenden Krankenkassen (Tabelle 3) und sowie den Projektbeiratsmitgliedern (Tabelle 4) FAMOUS umsetzte. Tabelle 2 zeigt die beteiligten Konsortialpartner und ihre Verantwortlichkeiten im Projekt FAMOUS.

Konsortialpartner		
Einrichtung / Institut	Leitung /Ansprechpartner:in	Verantwortlichkeiten
Katholische Hochschule Mainz; Fachbereich Gesundheit und Pflege	Prof.in Dr. Renate Stemmer	Konsortialführung, Projektmanagement, APN-Schulung, APN-Begleitung, Vertragsmanagement, Berichtswesen, Finanzmanagement
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz	Prof. Dr. Konstantin Strauch Dr. Emilio Gianicolo	Unabhängige Evaluation: Prozessevaluation, Effektevaluation, gesundheitsökonomische Evaluation
Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien (IZKS) der	Dr. med. Michael Hopp Tobias Engelmann	Mitarbeit bei der Erstellung der Datensatzbeschreibungen, Mitarbeit bei der Erstellung eines FAMOUS Datenschutz-Konzeptes

Universitätsmedizin Mainz		(inkl. Pseudonymisierungskonzept), Entwicklung und Betrieb eines elektronischen Dokumentationssystems, Konzeption und technische Einrichtung eines Trust Centers, Datenmanagement für die Daten der Interventionsgruppe (Dokumentations-Tool), Abwicklung der Zusatzdatenlieferung der Kassen als Vertrauensstelle
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz	Wolfgang Thomas Leiter Abteilung Verträge Stellvertretender Leiter Abteilung Verträge Christoph Leinz	Lieferung KV-Daten für Interventionsgruppe, Mitarbeit bei der Erstellung eines FAMOUS Datenschutz-Konzeptes
Universität Bremen; Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)	Prof.in Dr. Karin Wolf-Ostermann	Leitung des wissenschaftlichen Projektbeirates
BKK Landesverband Mitte (BKK LV Mitte) – stellvertretend für die Teilnehmer des regionalen Vertragsarbeitskreises Mainz im BKK Landesverband Mitte (Selektive Verträge)	Christian Kampmann	BKK-Daten für Interventionsgruppe, Datenübermittlung Sekundärdaten für Kontrollgruppe, Einholung der Genehmigung zur Übermittlung von Sozialdaten nach §75 SGB X nach Projektverlängerung

Tabelle 1: Konsortialpartner

Kooperierende Hausarztpraxen		
Einrichtung/ Praxisleitung	Praxisteam	Verantwortlichkeiten
Ärzteteam Büchenbeuren; Dr. med. Peter Münster	Anzahl der Ärzt:innen: 6 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 16	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
Allgemeinarztpraxis Dr. Maar, Burgbrohl; Dr. med. Verena Maar	Anzahl der Ärzt:innen: 2 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 5	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
Hausärztliches Versorgungszentrum (HVZ) Daun; Dr. med. Carsten Schnieder	Anzahl der Ärzt:innen: 6 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 17	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
Familienpraxis Pitzen, Daun; Dr. med. Alois Pitzen	Anzahl der Ärzt:innen: 5 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 8	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
Ärztliche Praxis in Flammersfeld; Axel Alexander Schülgen	Anzahl der Ärzt:innen: 3 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 10	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung,

		Durchführung von Fallkonferenzen
Praxis Curamed, Osthofen; Dr. med. Carl Priester-Lasch	Anzahl der Ärzt:innen: 5 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 11	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
KS Gemeinschaftspraxis, Remagen-Kripp; Dr. med. Karin Klein und Dr. med. Alexander Schreiber	Anzahl der Ärzt:innen: 2 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 5	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
Hausarztpraxis Tawern; Dagmar Heinrichs	Anzahl der Ärzt:innen: 3 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 9	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen
MWZ Westhofen; Dr. med. Markus Wallraven	Anzahl der Ärzt:innen: 4 Anzahl Medizinische Fachangestellte: 6	Anstellungsträger APN, Patientenrekrutierung, Durchführung von Fallkonferenzen

Tabelle 2: Kooperierende Hausarztpraxen

Kassen für Zusatzdatenlieferung		
Einrichtung	Ansprechpartner:in	Verantwortlichkeiten
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Jutta Bartmann	Zusatzdatenlieferung Routinedaten für Interventionsgruppe laut Datensatzbeschreibung, Zusatzdatenlieferung für Vorher-Während-Vergleich
BARMER	Sonja Laag	Zusatzdatenlieferung Routinedaten für Interventionsgruppe laut Datensatzbeschreibung
DAK-Gesundheit	Dr. Melanie Klein	Zusatzdatenlieferung Routinedaten für Interventionsgruppe laut Datensatzbeschreibung
Techniker Krankenkasse	Mechthild Fröhlich	Zusatzdatenlieferung Routinedaten für Interventionsgruppe laut Datensatzbeschreibung

Tabelle 3: Kassen für Zusatzdatenlieferung

Mitglieder Projektbeirat	
Einrichtung	Ansprechpartner:in / Funktion
Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz	Dr. Christiane Liesenfeld bis November 2023, <i>anschließend</i> Dr. Albrecht Winkler; Leitung Referat 15211 Allgemeine Gesundheitspolitik
Landesverband Geriatrie Rheinland-Pfalz	Dr. med. Jochen Heckmann; Sprecher des Landesverbands Geriatrie, Ärztlicher Direktor Geriatriische Fachklinik Rheinhessen-Nahe
Universität zu Köln	Prof. Dr. Sascha Köpke; Institutsleitung Pflegewissenschaft
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (RLP)	Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa, Vorstandsmitglied der Landespflegekammer RLP Pflegedirektion Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Stiftungsprofessur Schwerpunkt psychiatrische Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Gesundheit	Prof.in Dr. Maria Schubert Department Gesundheit, Co-Leitung Forschung und Entwicklung/MSc Pflege, Institut für Pflegewissenschaft
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	Prof.in Dr. Erika Sirsch; Professur für Pflegewissenschaft an der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg- Essen
Hausärzteverband Rheinland-Pfalz	Dr. med. Heidi Weber; Stellvertretende Vorsitzende des Hausärzteverbands
Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	Sabine Strüder; Fachbereichsleitung Gesundheit und Pflege
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	Prof. Dr. med. Michael Freitag; Abteilungsleitung Allgemeinmedizin

Tabelle 4: Mitglieder Projektbeirat

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Das Forschungsprojekt FAMOUS „Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APNs)“ erprobte den Einsatz von masterqualifizierten Pflegenden (APNs) in der hausarztnahen Versorgung und untersuchte, wie sich der Einsatz von APNs auf die Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation bei Wechseln zwischen unterschiedlichen Versorgern sowie auf die Entlastung von Hausärzt:innen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, auswirkt. Über den Einsatz von APNs sollte eine bedarfsangepasste Begleitung und personenzentrierte Versorgung der Patient:innen ermöglicht werden.

2.2.1 Zielgruppe der nVF

Die Zielgruppe umfasste multimorbide Patient:innen mit mindestens drei chronischen Erkrankungen. „Multimorbidität ist ein wachsendes Phänomen, welches zukünftig eine große Herausforderung in der hausärztlichen Versorgung darstellt“ [15]. Entsprechend der DEGAM-S3-Leitlinie Nr. 20 wird in diesem Zusammenhang von „Multimorbidität“ beim Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen gesprochen [15]. Bei multimorbiden Patient:innen entwickelt sich regelmäßig eine hohe Komplexität durch sich überlappende Symptomatik und Behandlungsstrategien. Nicht selten sind diese eingebettet in vielschichtige psychosoziale Problemlagen. In Folge von Multimorbidität können sich Symptome entwickeln, „die den Grundkrankheiten nicht mehr zurechenbar oder über diese beeinflussbar sind. Für diese Syndrome müssen in der hausärztlichen Versorgung generische Behandlungsansätze angeboten werden“ [15].

Die Einschlusskriterien lauteten wie folgt:

- medizinische Diagnose von mindestens drei chronischen Erkrankungen, wobei jede Erkrankung seit einem Jahr in mindestens 3 von 4 Quartalen Anlass zu hausärztlicher Behandlung gegeben hat
- Mindestalter 18 Jahre
- in hausärztlicher Behandlung befindlich
- Bereitschaft zur Teilnahme am APN-Programm

Die Ausschlusskriterien lauteten:

- Negation der Einschlusskriterien

- Nach hausärztlicher Einschätzung in der Sterbephase befindlich

Die Rekrutierung der Patient:innen fand über die jeweiligen Hausärzt:innen entweder bei deren Besuch in der Hausarztpraxis oder beim Hausbesuch statt. Patient:innen, auf die die erforderlichen Einschlusskriterien zutrafen, wurden von ihren Hausärzt:innen angesprochen und umfassend über die nFV und den projektbezogenen Kontext informiert. Die Patient:innen erhielten schriftliche Informationen zum Projektinhalt sowie zu den datenschutzrechtlichen Regularien. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde ausdrücklich betont. Die APNs waren während der Rekrutierungsphase meist in der Hausarztpraxis vor Ort oder begleiteten den Hausarzt/die Hausärzt:in bei dessen/deren Hausbesuch und standen bei Rückfragen von Patient:innen und deren Angehörigen zur Verfügung. Die freiwillige Einwilligung (informed consent) zur Teilnahme erfolgte in schriftlicher Form und konnte jederzeit widerrufen werden.

2.2.2 Darstellung der neuen Versorgungsform

2.2.2.1 Hausarztpraxen – Akquise, Anforderungen und Schulung

Um Hausarztpraxen im ländlichen Raum in RLP zu rekrutieren, führte die Konsortialführung (KF) im September 2020 eine digitale Informationsveranstaltung durch. In Absprache mit der KF hatte der Hausärzteverband per Newsletter seine Mitglieder zu der Informationsveranstaltung eingeladen. Auswahlkriterien für die Hausarztpraxen war neben der Bereitschaft eine APN in der Praxis anzustellen und projektgemäß einzusetzen, die Bereitschaft Fallkonferenzen mit der APN durchzuführen und nicht zuletzt Betreuung einer ausreichenden Anzahl von potentiell geeigneten Patient:innen mit Multimorbidität. Die interessierten und geeigneten Praxen überstiegen die Anzahl der vom Projekt benötigten Praxen deutlich. 16 Praxen bewarben sich um eine Teilnahme, neun Praxen wurden ausgesucht. Ausgehend von einem Anteil von 30% der in einer Hausarztpraxis betreuten Patient:innen, die die Einschlusskriterien erfüllen, sowie einem Anteil von einem Drittel der geeigneten Patient:innen, die zu einer Teilnahme bereit sind, sollte die Praxis mindestens 900 Patient:innen betreuen. Die teilnehmenden Praxen betreuten zwischen ca. 2000 und ca. 8000 Patient:innen.

Wesentlicher struktureller Bestandteil der nFV war die Anstellung der APNs in den Hausarztpraxen. Über diese Anstellung war der umfassende Zugang der APNs zu den Patientendaten als eine Grundlage für die fundierte Versorgung gegeben. Zudem wurde erwartet, dass die auch räumlich enge Zusammenarbeit zwischen den APNs und den Hausärzt:innen eine vertrauensvolle interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert [16]. Die teilnehmenden Hausarztpraxen mussten deshalb bereit sein, definierte Prozess und Strukturanpassungen vorzunehmen. Die Praxen wurden aufgefordert in den von der KF entwickelten Leitfaden (Anlage 1) ihre praxisspezifischen Operationalisierungen schriftlich auszuführen. Die operationalisierte Fassung des Leitfadens für die Prozess- und Strukturanpassung war Teil des Kooperationsvertrages. Zu den Maßnahmen der Prozess- und Strukturanpassung gehört die Zur-Verfügung-Stellung eines angemessen ausgestatteten Behandlungszimmers/-platzes, eines Dienstwagens sowie Maßnahmen zur Integration der APN-Versorgung in die Praxisabläufe und der APN als Mitarbeiterin in das Praxisteam. Das Team jeder teilnehmenden Hausarztpraxis wurde vor Ort geschult (Anlage 30).

2.2.2.2 APN – Akquise und Qualifikationsprofil

Zur Akquise der APNs wurden Stellenanzeigen im Stellenmarkt von ZEIT ONLINE sowie in der Zeitschrift Die Schwester / Der Pfleger sowie auf den Homepages der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und der KH Mainz geschaltet. Zusätzlich wurde über die Sozial Media Kanäle der KH und des Deutschen Netzwerkes APN die Stellenausschreibungen lanciert. Auf die ausgeschriebenen 12 APN-Stellen im Umfang von je 0,5 Vollzeitäquivalent (VK) bewarben sich 13 potentiell geeignete Personen.

Insbesondere bedingt durch die Wünsche um einen höheren Stellenumfang der APNs sowie aufgrund der räumlichen Passung von Ort der Hausarztpraxen und Wohnort der APNs wurden 9 APNs ausgesucht und von 9 Hausarztpraxen angestellt. Die Finanzierung der APNs erfolgte über Projektgelder.

Bedingt durch Wechsel von zwei APNs mussten zwei Personen nachrekrutiert werden, so dass insgesamt elf APNs im Projekt tätig wurden. Zehn der elf APNs waren weiblich, eine war männlich. Die Altersspanne der APNs lag zu Beginn der Intervention zwischen 26 und 47 Jahren. Bis auf eine Person, die ein grundständiges Pflegestudium außerhalb Deutschlands absolviert hat, hatten alle APNs ein beruflich erworbenes Pflegeexamen, zehn in der Gesundheits- und Krankenpflege, eine in der Altenpflege. Über einen pflegebezogenen Masterabschluss mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Abschlüssen (M.A., M.Sc., MScN) verfügten bei der Anstellung sechs Personen, vier befanden sich in der Phase der Erstellung ihrer Masterarbeit, eine APN absolvierte gerade einen APN-Masterstudiengang. Die persönliche Berufserfahrung in der Pflege betrug zwischen 2 und 26 Jahren und wurde überwiegend im Krankenhaus gesammelt. Nur eine der APNs hatte zuvor (allerdings nur wenige Monate in einer Klinik) als APN gearbeitet. Keine der APNs hatte zuvor in einer Hausarztpraxis gearbeitet.

2.2.2.3 Projektspezifische Fortbildung

Im Hinblick auf das im Projekt erwartete Aufgabenprofil, das den zukünftigen APNs unbekannte Setting sowie angesichts der unterschiedlichen qualifikatorischen Ausgangsbedingungen war eine projektspezifische Fortbildung erforderlich. Im Rahmen des Projektes absolvierten die APNs zwischen April 2021 und September 2022 eine spezifische projektbegleitende Fortbildung im Umfang von 500 Stunden. Themen waren u.a. die Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen, die Gestaltung von Versorgungsprozessen, die Förderung von Versorgungskontinuität sowie die Dokumentation in einem eigens entwickelten Dokumentationstool (Anlage 35). Ein zusätzlicher Fokus wurde auf die Entwicklung der eigenen APN-Rolle gelegt. Dazu wurde u.a. zweimal ein digitaler Austausch mit APN-Kolleginnen aus Irland, den Niederlanden, der Schweiz, der USA und Österreich durchgeführt. Die Fortbildung bestand aus zwei Teilen. Der erste Teil der Fortbildung (300h) fand in Form einer 4-monatigen Einführungsphase vor Beginn der Intervention statt. Der zweite Teil (200h) fand interventionsbegleitend statt. Neben ca. 350 h Fortbildungseinheiten im unmittelbaren Dozent:innen – APN-Kontakt absolvierten die APNs ca. 150h als Praxisaufträge bzw. Eigenstudium (Anlage 31). Die jeweiligen Fortbildungsphasen endeten mit einer Zwischen- bzw. Abschlussprüfung (Anlage 2). Bedingt durch die Regularien während der Coronapandemie fand die Fortbildung von April bis einschließlich Juni 2021 (Umfang: 152h) online statt.

2.2.2.4 Begleitkonzept

Das Interventionskonzept des Projekts FAMOUS sah vor, dass Pflegefachpersonen (die bisher kaum oder keine Erfahrung mit der APN-Rolle hatten), diese Rolle in ein Setting implementieren sollen, das diese Rolle nicht kannte.

Zur Unterstützung der APNs (Tabelle 5) und der Hausärzt:innen (Tabelle 6) und damit letztlich zur Sicherstellung der Intervention laut Studienprotokoll wurde ein Begleitkonzept entwickelt und umgesetzt. Ziel des Begleitkonzeptes war es, die APNs und die Hausarztpraxen bei der Implementierung der innovativen neuen Versorgungsform zu unterstützen. Fragestellungen zu Inhalten wie die Rollenfindung der APNs, die Integration der APNs in die Hausarztpraxis, die Zusammenarbeit zwischen APN und Praxisteam oder organisatorische Fragen wurden von festgelegten Ansprechpartner:innen des KH-Teams beantwortet und bearbeitet. Die Festlegung von definierten Ansprechpartner:innen diente dem Aufbau von Vertrauen und einer reibungslosen Zusammenarbeit.

Neben den geplanten Gesprächen und Austauschmöglichkeiten waren die Ansprechpartner:innen für die APNs und Hausarztpraxen jederzeit erreichbar. Diese Möglichkeit wurde gut und bedarfsangemessen genutzt (Anlage 3).

Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der APNs	
Maßnahme	Umsetzung
Fortlaufende Begleitung während der Fortbildung der APNs.	Während der Fortbildungseinheiten war stets eine der Ansprechpartner:innen im Bildungshaus vor Ort und so unkompliziert für die APNs erreichbar.
Unterstützung der Team Building des APN-Teams (1)	Die Fortbildungstage wurden meist in Blöcken von 2 oder 3 aufeinanderfolgenden Tagen organisiert. Sie fanden in einem Bildungshaus mit Übernachtung statt. Die APN-interne gemeinsame informelle Zeit jenseits der Seminareinheiten schuf einen Rahmen für die APNs sich jenseits der Projektbezüge auszutauschen, um das Gruppengefühl zu stärken.
Unterstützung des Team Buildings des APN-Teams (2)	Die Durchführung von zwei Abendveranstaltungen, an der sowohl das KH-Team als auch die APNs teilnahmen, diente der Unterstützung einer guten Beziehung zwischen den Beteiligten.
Wöchentliche Begleitgespräche	1x wöchentlich wurden die APNs von ihren Ansprechpartner:innen kontaktiert. Zielsetzung der Gespräche war die gemeinsame Reflexion des Prozesses der Rollenentwicklung als APN in Zusammenarbeit mit den Patient:innen und dem Praxisteam. Eventuelle Herausforderungen wurden erfasst, besprochen und nachbereitet. Soweit erforderlich wurden gemeinsam Maßnahmen entwickelt, welche die Bearbeitung der aktuellen Problemlagen ermöglichte. Neben der Reflektion der Rolle und der Integration der APN in das Praxisteam wurde die organisatorische und strukturelle Integration in den Praxisalltag thematisiert. Die Gespräche boten einen Rahmen für einen offenen, vertrauensvollen Austausch, sodass auch sensible Themen angesprochen werden konnten. Diese Gespräche fanden meist telefonisch statt und blieben vertraulich.
Monatliche Evaluationsgespräche	1x monatlich wurden die APNs von ihren Ansprechpartner:innen in den Hausarztpraxen besucht. In dieser Präsenzsituation fand ein strukturiertes und dokumentiertes Evaluationsgespräch statt, in dem u.a. die aktuelle Arbeitssituation sowie der Erfahrungen bei der Ausübung der APN Rolle strukturiert erfasst wurde. Das Protokoll wurde der APN zur Abstimmung zugesandt. Wurden während des Gespräches Aspekte thematisiert, welche den Hausarzt oder die Hausärztin sowie das Praxisteam betrafen, so wurden in Abstimmung mit der APN die betroffenen Personen über die Inhalte und mögliche Maßnahmen informiert. Das Gesprächsprotokoll wurde jedoch nicht weitergegeben.

Reflexionstage	Nach Abschluss der Fortbildung finden im zweiten und dritten Jahr der Interventionsphase vier Reflexionstage in Präsenz in Mainz statt. . An diesen Veranstaltungen nahmen die APNs sowie Mitglieder des Projektteams teil. Ziel war die Reflexion der aktuellen Arbeitssituation sowie der Ausübung der Rolle, und die Besprechung individueller Fälle, bei denen Fragestellungen und Reflexionsbedarfe bestehen. Die APNs werden in die Planung, Gestaltung und Durchführung dieser Tage mit eingebunden.
Unterstützung des APN-internen Austausches	Den APNs wurde als interne Kommunikationsplattform Open Olat zur Verfügung gestellt. Zielsetzung war die Unterstützung des kollegialen Austausches von Informationen, Materialien oder Nachrichten zwischen den APNs und somit die Möglichkeit der gegenseitigen Beantwortung fachlicher Fragestellungen. Die APNs konnten nach eigenem Ermessen Dokumente erstellen, hochladen, nutzen und ordnen.
Strukturierter Austausch	Ab April 2022 fand auf Wunsch der APN der sog. strukturierte Austausch statt. Das Instrument des strukturierten Austausches diente neben der Reflexion der APN-Rolle dem regelmäßigen Austausch zwischen dem Projektteam und den APNs. In diesem Forum konnten Lösungsstrategien für geteilte Herausforderungen gemeinsam entwickelt und Best-Practice-Beispiele vorgestellt werden. Primär fand der strukturierte Austausch 1x im Monat, ab Mitte 2023 alle 2 Monate statt
Supervision	Ab Dezember 2021 fand - ebenfalls auf Wunsch der APNs - eine externe Supervision etwa alle 2 Monate bis zum Ende der Intervention teilweise in Präsenz, teilweise digital statt.
APN-Stammtisch	Ein im Begleitkonzept vorgesehen APN-Stammtisch erwies sich als überflüssig, da das APN-Team sich proaktiv intensiv digital austauschte.

Tabelle 5: Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der APNs

Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der Hausarztpraxen	
Maßnahme	Umsetzung
Informationsveranstaltung/Schulung	Zur Vorbereitung auf eine Durchführung der Intervention wie im Studienprotokoll vorgesehen, wurde das Team jeder teilnehmenden Hausarztpraxis vor Ort in den Hausarztpraxen vor Beginn der Intervention geschult. Ausdrücklich wurden sowohl die Ärzt:innen als auch die MFA, VERAHs, NāPas und Praxismanager:innen der Praxen zur Teilnahme eingeladen. Am Tag der Schulung nahmen je Praxis zwischen 1-7 Ärzt:innen teil sowie 5-18 MFA, VERAHs, NāPas und Praxismanager:innen. Mit Ausnahme einer größeren Praxis, die bei der Schulung nur mit je einem Arzt und einer NāPa vertreten war, spiegelte die unterschiedliche Zahl der Teilnehmenden die Praxisgröße wieder. Soweit möglich war die zukünftige APN anwesend. Die Schulungsdauer betrug ca. 2 Stunden. Schulungsinhalte waren neben allgemeinen Informationen zum Projekt FAMOUS die Qualifikation und das Aufgabenprofil der APNs, der erwartete Beitrag der Hausarztpraxis sowie die Schritte zur Projektteilnahme.
Evaluierende Begleitgespräche	In der Interventionsphase fand einmal im Quartal ein evaluierendes Begleitgespräch zwischen der jeweiligen KH-Ansprechpartner:in und dem/der zuständigen Ärzt:in in der Hausarztpraxis statt. Zielsetzung der Gespräche war die gemeinsame Reflektion der Implementierung der APN in die Organisationsstruktur der Hausarztpraxis, das Zusammenwirken mit den Patient:innen sowie die Zusammenarbeit im dem Praxisteam. Die Gespräche fanden in der Regel in der Hausarztpraxis statt, orientierten sich an einem Leitfaden und wurden dokumentiert.
Hausärzt:innen-stammtisch	Während der Interventionsphase wurde halbjährlich oder nach Bedarf durch das KH-Team ein digitaler Stammtisch mit den Hausärzt:innen organisiert. Dieser dient der Vernetzung und dem informellen Austausch der beteiligten Hausärzt:innen untereinander sowie zwischen den Hausärzt:innen und dem KH-Team. Von Seiten der KH wurden diese Treffen genutzt, um über den Projektstand sowie evtl. Anpassungsbedarfe zu berichten. Von Seiten der beteiligten Hausärzt:innen wurde dieser Austausch nur punktuell in Anspruch genommen. Der Anteil der Teilnehmenden lag bei ca. 50%.

Tabelle 6: Maßnahmen und Umsetzung zur Begleitung der Hausarztpraxen

2.2.2.5 Die Intervention

Die APNs übernahmen die Fallführung der rekrutierten Patient:innen mit Multimorbidität, d.h. sie erhoben den Behandlungs- und Versorgungsbedarf, planten und steuerten evidenzbasiert und personenzentriert den Behandlungs- und Versorgungsprozess, berieten Patient:innen und An-/Zugehörige, koordinierten die Versorgung, führten ein Monitoring sowohl hinsichtlich der Effekte der Behandlungsmaßnahmen als auch der Umsetzung der geplanten Prozesse durch. Soweit sinnvoll bezogen sie andere Gesundheitsdienstleister mit ein und förderten die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Konkret übernahmen die APNs im Rahmen der nVF die APNs die fallbezogene hausarztnahe Behandlung und Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität, welche folgende Aufgaben umfassten:

- Durchführung eines umfassenden vertieften instrumentengestützten Assessments, incl. einer klinischen Untersuchung in insgesamt 14 Bereichen (körperliche Gesundheit, Mobilität/Lokomotion, Ernährung, metabolische Stabilität, Kognition, Stuhl- und/oder Harn(in)kontinenz, Hautzustand, Schmerzen, Medikamentenmanagement, psychosoziale Situation, Selbstwirksamkeit, Selbstversorgung, häusliche Situation, soziale Situation)
- Identifikation von Unterstützungsbedarfen unter Beachtung
 - o der Daten aus der Ersterhebung (initiale Assessments, vorliegende Dokumente wie Arztbriefe, Laborergebnisse, fachlicher Einschätzung der APNs)
 - o wissenschaftlicher Grundlagen (z.B. AWMF-Leitlinien, Expertenstandards)
 - o der individuellen Lebenssituation und Präferenzen
- Erstellung eines evidenzbasierten und personenzentrierten Behandlungs- und Versorgungsplanes. Der personenzentrierte und evidenzbasierte Behandlungs- und Versorgungsplan wurde von den APNs in Rückkopplung mit den Patient:innen bzw. Angehörigen erstellt. Bei Beginn der APN-Versorgung gab es je Patient:in im Schnitt einen Interventionsbedarf in 7,6 von 14 Bereichen. D.h. es war regelmäßig erforderlich eine Priorisierung der Bedarfe im Hinblick auf die zeitliche Abfolge der Bearbeitung der einzelnen Punkte vorzunehmen. Im Sinne einer personenzentrierten Versorgung erfolgte die Priorisierung unter Beachtung fachlicher Notwendigkeiten gemeinsam mit dem/der Patient:in.
- Umsetzung und Steuerung des Versorgungsplanes, Verlaufskontrolle (Monitoring) und Evaluation
 - o Die APN übernahm die Fallführung bei der Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans. In der Rolle als federführende Ansprechpersonen übernahm sie die Umsetzung des sektoren-übergreifenden und interprofessionellen Schnittstellenmanagements. Dazu gehörte die proaktive Einbindung und Koordination von Netzwerkpartner:innenn sowie das Management von Schnittstellen. Der Aufbau eines patientenindividuellen Netzwerkes wurde von den APNs initiiert und nur dann von ihnen übernommen, wenn die Patient:innen bzw. deren An-Zugehörige nicht selbst dazu in der Lage waren

- Der Edukationsbedarf, der von den APNs im Behandlungs- und Versorgungsplan festgehalten wurde, wurde nun umgesetzt.
- Maßnahmen des Monitorings umfassten körperliche Untersuchungen sowie Rücksprachen mit den Patient:innen bzw. mit deren An-/Zugehörigen bzgl. der von ihnen übernommenen Maßnahmen (z.B. Kontaktaufnahme zu externen Dienstleistern; Umsetzung von Maßnahmen, die zuvor Gegenstand der Edukation gewesen waren)

Die APNs erbrachten ihre Leistungen überwiegend aufsuchend in der Häuslichkeit oder dem Pflegeheim. Zusätzlich boten sie eine Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Hausarztpraxis an. Der Einsatz der APNs stellte eine Erweiterung des bisherigen Versorgungsangebotes dar, durch welche auf die Bedarfe, und Präferenzen der Patient:innen individueller und passgenauer eingegangen werden konnte.

Der Behandlungsplan umfasste Ziele und Maßnahmen, die von professioneller Seite von den APNs selbstständig verantwortet und umgesetzt wurden. Der Behandlungsplan umfasste darüber hinaus verordnungspflichtige Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Durchführung des Projektes in den Verantwortungsbereich der Hausärzt:innen fielen. Entsprechend des gültigen Rechtsrahmens wurden diese Maßnahmen, die von den APNs im Sinne von Empfehlungen ausgesprochen wurden, von den Hausärzt:innen freigegeben, mit Veränderung freigegeben oder abgelehnt. Zur Abstimmung der verordnungspflichtigen Maßnahmen sollte 1x/wöchentlich eine Fallkonferenz unter Beteiligung von APN und Hausärzt:in stattfinden.

Die APNs dokumentierten die zentralen Patientendaten in der Patientenakte der Hausarztpraxis. Zusätzlich pflegten die APNs differenzierte Assessment-, Versorgungs-, Behandlungs-, Monitoringdaten sowie u.a. Angaben über Kontaktzeiten in das eigens entwickelte Dokumentations-Tool ein (Anlage 35). Eine ausführliche Beschreibung der Intervention unter Nutzung des Template for Intervention Description and Replication (TIDier) [17] findet sich in (Anlagen 4 – 6).

Im Rahmen von FAMOUS gab es folgende Projektentwicklungen (Tabelle 7):

Konzeptionelle Projektentwicklungen
APN-Aufgabenprofil (Anlage 7)
Beschreibung Intervention (TIDier) (Anlagen 4-6)
Begleitkonzept (Anlage 3)
Leitfaden zur Prozess- und Strukturanpassung in der Hausarztpraxis (Anlage 1)
Vernetzung – Handreichung für APNs (Anlage 8)
Modulübersicht APN-Fortbildung (Anlage 2)
Checkliste zum Start in der Hausarztpraxis (Anlage 9)
Checkliste für die Ausleitung von Patient:innen (Anlage 10)

Tabelle 7: Übersicht konzeptionelle Projektentwicklungen

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

2.3.1 Ablauf des geplanten Projektverlaufs

Zum 19.03.2019 stellte die Konsortialführung den Projektantrag für FAMOUS im Themenfeld „Innovative Modelle zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung“ beim G-BA. Mit dem Schreiben vom 18.12.2019 wurde der vorläufiger Förderbescheid und nach Erfüllung der Auflagen und Nachforderungen mit dem Schreiben vom 01.10.2020 der finale positive

Förderbescheid von Seiten des Projektträgers erteilt. Es folgte der erfolgreiche Aufbau von Projektstrukturen mit der Einholung eines Ethikvotums bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Erteilung des ethischen Clearings zum 02.08.2021, Nr. 21-012) sowie der Registrierung beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00026172). Mit den Konsortialpartnern wurde ein Weiterleitungsvertrag sowie eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die Rekrutierung von Hausarztpraxen wurde früh vorbereitet und durch den Hausarztverband RLP gefördert. Die Mitglieder des Hausarztverbandes wurden im Herbst 2020 über einen Newsletter des Hausarztverbandes zu einer digitalen Projektvorstellung eingeladen. Im Anschluss daran konnten sich interessierte Hausarztpraxen bei der KH Mainz um eine Teilnahme bewerben. Die Passung der Hausarztpraxen wurde strukturiert erhoben (Praxisgröße, Anzahl an Patient:innen mit Multimorbidität, vorhandene Infrastruktur in Form von Räumlichkeiten und Fahrzeuge, die von den APNs genutzt werden konnten). Auf diese Weise konnten 16 geeignete Hausarztpraxen ermittelt werden.

Nach der Rekrutierung der APNs im Frühjahr 2021 wurden diese von der KH Mainz mit den Hausarztpraxen gematcht. Ausschlaggebend beim Matching war das Kriterium der regionalen Passung von Praxisstandort und Wohnort der APNs. Mit dem Matching wurde entschieden, welche neun der 16 Praxen rekrutiert wurden. Die Rekrutierung der Hausarztpraxen konnte in acht Fällen erfolgreich abgeschlossen werden. Durch eine kurzfristige Absage einer Praxis musste nachrekrutiert werden, was fristgerecht gelang. Die Pflichten und Rechte der Hausarztpraxen einerseits und der KF andererseits wurde in einem Kooperationsvertrag geregelt.

Die Rekrutierung von masterqualifizierten Pflegefachpersonen konnte wie geplant zum Ende der ersten Quartals 2021 abgeschlossen werden. Dazu wurde im Oktober 2020 von der KH Mainz eine APN-Stellenausschreibung erstellt und verbreitet (u.a. KH Mainz Website, DIE ZEIT, Die Schwester | Der Pfleger). Ende Dezember 2020 fanden die Bewerbungsgespräche und Anfang Januar 2021 die Auswahl und das Matching der APNs mit den interessierten Hausarztpraxen statt.

Der Wunsch einiger APNs nach einem höheren Stellenanteil und die Tatsache, dass einige Hausarztpraxen deutlich größer waren als ursprünglich angenommen, führten dazu, dass statt der zwölf geplanten APNs mit einem Stellenumfang von je 50%, neun APNs rekrutiert wurden, wovon zwei mit einem Stellenumfang von 75% und zwei mit einem Stellenumfang von 100% über die Hausarztpraxen angestellt wurden. Damit blieb der Gesamtstellenumfang im Vergleich zum Studienprotokoll unverändert. Die Rekrutierung der APNs konnte wie geplant vor Beginn der APN-Fortbildung im März 2021 abgeschlossen werden.

Die Konzeption der APN-Fortbildung und die Entwicklung des Curriculums wurden planmäßig zum Ende des ersten Quartals 2021 fertiggestellt. Zu den Fortbildungsinhalten gehörten eine Einführung in die strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis sowie die Vertiefung von Kenntnissen (Pathophysiologie, Diagnostik, Symptomatik, Therapie incl. Pharmakologie und Medikamenteninteraktionen, etc.) und Fertigkeiten (u.a. klinische Untersuchungen) zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Gestaltung von Versorgungsprozessen in der Kombination von Personenzentriertheit und evidenzbasierter Praxis gelegt. Die Herstellung von Versorgungskontinuität war ein weiteres Thema für die Fortbildung. Außerdem war die

Entwicklung und Reflexion der APN-Rolle in der Hausarztpraxis von besonderer Bedeutung. Die APN-Fortbildung sollte die APNs auf ihren Einsatz in der Hausarztpraxis und die innovative Rolle, die sie übernehmen werden, vorbereiten und Lernprozesse in der ersten Interventionsphase unterstützen. Es konnten qualifizierte Dozent:innen gewonnen und entsprechende Honorarverträge geschlossen werden. Die Fortbildung wurde in zwei Teile gegliedert: Ein erster Teil fand vor Beginn der Intervention (April – September 2021) und ein zweiter Teil während der Interventionsphase statt (Oktober 2021 – September 2022). Die Fortbildung umfasste insgesamt 500 Stunden und beinhaltet eine Zwischenprüfung (vor Beginn des Einsatzes in der HA-Praxis) sowie eine Abschlussprüfung (am Ende der Fortbildung). Der erste Teil der Fortbildung bestand aus 12 Terminen (2-3 Tagesblöcke) und der zweite aus 7 Terminen (2-3 Tagesblöcke) (Anlage 31). Ein Antrag auf Fortbildungspunkte wurde bei der Registrierung beruflich Pflegender GmbH eingereicht und die Teilnehmenden konnten nach erfolgreichem Abschluss der gesamten Fortbildung ein Zertifikat über 186 Fortbildungspunkte erhalten. Parallel zu der 1. Fortbildungsphase der APNs wurden Informations- und Schulungsveranstaltungen für die Teams der Hausarztpraxen in den Hausarztpraxen durchgeführt (Anlage 30).

Der APN-Einsatz wurde durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des KH-Projektteams begleitet. Die Begleitung der APNs startete mit dem Matching zwischen APNs und Hausarztpraxen. Ab diesem Zeitpunkt war jeder APN eine wissenschaftliche Mitarbeiterin als feste Ansprechpartnerin zugeteilt. Ziel dieser Begleitung war, die APNs bei der Implementierung der innovativen Versorgungsform bestmöglich zu unterstützen. Besprochen wurden aktuelle Probleme und mögliche Lösungswege. Die Reflexion der APN-Rolle sowie die Integration in die Hausarztpraxis wurden thematisiert. Bereits während der Fortbildungsphase gab es die Möglichkeit für Reflexionsgespräche. Mit Beginn der Interventionsphase am 01.10.2021 fanden wöchentliche Austauschtermine per Videokonferenz, Telefon und einmal pro Monat in Präsenz statt. Eines der vier monatlichen Gespräche wurde im Rahmen der Projektevaluation zudem anhand eines strukturierten Gesprächsleitfadens geführt (Anlage 32). Mit den Hausärzt:innen erfolgte quartalsweise ein Gespräch bezüglich der Zusammenarbeit mit den APNs und den aktuellen Herausforderungen (Anlage 33). Darüber hinaus gab es Reflexionstage für die APNs u.a. zum Thema Rollenfindung und Reflexion der Arbeitssituation. Weitere Austauschmöglichkeiten gab es über die Onlineplattform OpenOlat.

In der Interventionsphase fand einmal im Quartal ein evaluierendes Begleitgespräch zwischen der jeweiligen KH-Ansprechpartnerin und dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin in der Hausarztpraxis statt. Zielsetzung der Gespräche war die gemeinsame Reflektion der Implementierung der APN in die Organisationsstruktur der Hausarztpraxis. Zum Austausch des KH-Teams mit den Hausärzt:innen sowie der teilnehmenden Hausärzt:innen untereinander wurde ca. halbjährlich eine Hausärzt:innen-Stammtisch angeboten (Anlage 3).

Die Rekrutierung von Patient:innen startete bereits vor Beginn der Intervention zum 01.10.2021. Die Rekrutierungszahlen wurden seit Interventionsbeginn fortlaufend kontrolliert. Schon zum Ende des ersten Quartals wurde erkennbar, dass die angestrebten Fallzahlen nicht erreicht wurden. Dies führte zeitnah zur Entwicklung von Gegenmaßnahmen wie Erarbeitung und Umsetzung zentrumspezifischer Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung, monatlichen Updates an die Hausärzt:innen (per Telefon oder per Mail) zum SOLL-IST-Stand der Rekrutierung in der eigenen Praxis und individuellem APN-Coaching (Anlage 11). Diese Maßnahmen zeigten Effekte. Gleichwohl wurde m Laufe des Jahres 2022

deutlich, dass die geplante Rekrutierung trotz diverser Aktivitäten zur Erhöhung der Patientenzahl nicht in der geplanten Zeit erreicht werden konnte. Die Gründe lagen u.a. in den Bedingungen der Covid 19-Pandemie (zeitweiser Arbeitsausfall der APNs durch Quarantänezeiten sowie Corona-Erkrankungen; Terminverschiebungen aufgrund von Corona-Erkrankungen der Patient:innen; überdurchschnittlich hohes Arbeitsaufkommen und Überlastung in den Hausarztpraxen durch die Covid19-Pandemie), krankheitsbedingter Ausfall einer APN-Stelle (Stellenumfang 50%) über einen Zeitraum von 10 Monaten, hohe Arbeitsbelastung der APNs durch hohe Fallkomplexität und Lücken im Versorgungsnetz.

Dies führte zu der Entscheidung, einen Antrag auf Laufzeitverlängerung zu stellen.

2.3.2 Laufzeitverlängerung

Die ursprünglich geplante Projektlaufzeit vom 01.10.2023 bis 31.03.2024 wurde um neun Monate bis zum 31.12.2024 verlängert. Am 15.08.2022 beantragte die Konsortialführung in Abstimmung mit den Konsortialpartnern eine Laufzeitverlängerung um neun Monate bis zum 31.12.2024, welcher der DLR mit dem Schreiben vom 16.12.2022 zustimmte. Damit verbunden waren eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraums um sechs Monate (vom 30.09.2022 auf den 31.03.2023) und eine Verlängerung des Evaluationszeitraums um drei Monate.

Die verlängerte Rekrutierungsphase wurde in einer aktualisierten Projektübersicht dokumentiert. Fortan war für die verbleibende Projektlaufzeit ein monatlicher Kurzbericht vorzulegen, in dem die durchgeführten Arbeiten beschrieben und mit der Arbeits- und Zeitplanung abgeglichen werden musste. Eine Aufstockung der Fördersumme um 426.733,71 Euro auf 4.650.213,71 Euro wurde genehmigt. Im Rahmen der vertraglichen Umsetzung der Laufzeitverlängerung wurde ein Änderungsvertrag zum Selektivvertrag von allen beteiligten Parteien unterzeichnet. Die Änderungsvereinbarungen zu den Weiterleitungsverträgen sowie zur Kooperationsvereinbarung mit den Konsortialpartnern und den Kooperationsverträgen mit den Hausarztpraxen wurden erstellt und unterzeichnet. Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, die das ethische Clearing erteilte, wurde über die Laufzeitverlängerung in Kenntnis gesetzt und erhob keine Einwände. Es folgte eine Anpassung des Evaluationskonzepts hinsichtlich einer Neuberechnung der erforderlichen Patientenzahl auf Grundlage einer empirisch abgeleiteten Reduktion des erwarteten Dropouts von 40% auf 30% und einer Reduktion der Power von 90 auf 80. Dies führte zu einer Reduzierung der einzuschließenden Fallzahl von $n=1.179$ auf $n=817$. Bezüglich der Laufzeitverlängerung und des aktualisierten Fallzahlplans wurden die Hausärzt:innen informiert. Mit den APNs wurden in einem Präsenztermin Maßnahmen zur Fallzahlerreichung besprochen. Die erfolgreiche Rekrutierungsphase endete am 31.03.2023 mit insgesamt 873 Teilnehmenden und somit einer Übererfüllung der erforderlichen Fallzahl von 817. Aufgrund der veränderten Patientenzahl wurde ein neuer Auswertungsplan für die quantitative Evaluation erstellt.

2.3.3 Wechsel der Datengrundlage

Ursprünglich war geplant die ambulanten und stationären Krankenhausleistungen über Arztbriefe zu erfassen. Aufgrund stark wechselnder Informationsqualität der Arztbriefe wurde beantragt, die Daten zu ambulanten und stationären Krankenhausleistungen mittels

Krankenkassendaten zu erheben. Der Projektträger stimmte dem am 14.02.2024 zu. Die vier Kassen Techniker Krankenkasse (TK), AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, DAK-Gesundheit und BARMER wurden mit Unterstützung des Ministeriums für Wissenschaft und Bildung Rheinland-Pfalz erfolgreich um Kooperation zur Lieferung dieser Zusatzdaten gebeten. Für Kassen, bei denen eine geringere Patientenanzahl aus der Interventionsgruppe versichert war und mit denen kein Kooperationsverhältnis bestand, erfolgte die Datenabfrage mittels Patientenvollmachten (Genehmigung durch den Projektträger vom 13.05.2024). Genehmigungen zur Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung nach § 75 SGB X für die zusätzliche Datenlieferung wurden bei den zuständigen Aufsichtsbehörden für die AOK (Genehmigung erteilt am 21.12.2023), BARMER (genehmigt am 20.06.2024), DAK (genehmigt am 25.04.2024) und die TK (genehmigt am 19.03.2024) eingeholt. Für den Datenzugang mittels Patientenvollmacht wurde ein Amendment zum Ethikantrag bei der zuständigen Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft gestellt. Das ethische Clearing zur Antragsnummer 21-012 wurde am 28.03.2024 erteilt.

2.3.4 Hinzuziehung externer Expertise zum Umgang mit Routinedaten

Aufgrund von begrenzten personellen Ressourcen aufseiten des externen Evaluators sowie der spezifischen Expertise im Umgang mit Routinedaten wurden mit dem zuständigen Konsortialpartner die gemeinsame Entscheidung getroffen, Dr. Katharina Hennig als externe Beraterin hinzuzuziehen. Die Verantwortung für die Evaluation verblieb beim IMBEI. Der Projektträger stimmt dem Antrag zur Vergabe eines Auftrags „Beratung zur Umsetzung der Effektevaluation“ vom 05.08.2024 mit einem Schreiben vom 20.09.2024 zu. Die anteilige Finanzierung des Auftrags an Dritte erfolgte durch Umwidmungen von Mittel von der Konsortialführung und dem Konsortialpartner IMBEI.

2.3.5 Änderung des Evaluationskonzepts

Die Operationalisierung der primären und sekundären Zielgrößen zeigte, dass die geplante Auswertung der ambulanten Krankenhausdaten für Notfallkontakte rein technisch nicht möglich war, da die Routinedaten der Krankenkassen die ambulanten Kontakte nicht nach Notfall- und Regelkontakt differenzieren. Eine Änderung des Evaluationskonzepts wurde am 11.11.2024 beantragt.

Der Projektträger stimmte der Änderung des Evaluationskonzeptes mit dem Schreiben vom 24.01.2025 hinsichtlich folgender Punkte zu:

- Änderung der primären Endpunkte
 - Anzahl der Notfallkontakte (Bereitschaftsdienst, Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit (unvorhergesehene Inanspruchnahme)),
 - Summe der ungeplanten stationären Aufenthalte
- Sekundäre Endpunkte
 - Nutzung weiterversorgende Institutionen (Krankenhaus ambulant/stationär, Facharzt)
 - Hausbesuche durch Hausärzt:innen
 - Nutzung durch Pflegeheime
- Änderungen des Vorgehens beim Matching
 - Zuordnung anhand von Krankheitsgruppen basierend auf den Morbi-RSA-Diagnosegruppen

Zusatzdatenlieferung für Vorher-Während-Vergleich

Für eine weitere Plausibilitätsabschätzung der Effekte wurde für alle Teilnehmer:innen, die bei der AOK Rheinland-Pfalz versichert und das Projekt planmäßig beendet haben zusätzlich zur Primäranalyse ein Vorher-Während-Vergleich durchgeführt. Die AOK stellte für diese Patient:innen Daten für den Zeitraum von einem Jahr vor Projektstart (Datum des Erstkontakts) und für das Jahr während der Projektteilnahme zur Verfügung. Hierfür wurde beim zuständigen Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz eine Ergänzungsgenehmigung zur Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung oder Planung gemäß § 75 Abs. 1 SGB X für die AOK Rheinland-Pfalz beantragt und mit dem Schreiben vom 13.03.2025 genehmigt.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Im Folgenden werden die Erfahrungen mit der Implementierung der neuen Versorgungsform dargestellt, sowie die relevanten Abweichungen vom Studienprotokoll erläutert.

2.4.1 Erfahrungen mit der Implementierung

Die Akquise der Hausarztpraxen sowie der APNs verlief problemlos. Beide Gruppen versprachen sich einen Mehrwert durch die nVF. Die teilnehmenden Hausarztpraxen kämpften einerseits mit einer hohen Arbeitslast und waren andererseits offen für die Integration von APNs. In zwei Fällen war den Praxisinhaber:innen die Arbeit von APNs in der Primärversorgung durch eigene Vorerfahrungen in Kanada bzw. in Australien bekannt. Für die Akquise der Praxen war gewiss auch die Unterstützung des Hausarztverbandes RLP hilfreich, der seine Mitglieder in seinem Newsletter zur Informationsveranstaltung einlud, die von der KF durchgeführt wurde.

Die APN benötigte für die Sprechstunden einen Behandlungsraum und für die Hausbesuche ein Praxisauto. Die monatlichen Kosten für das Leasing eines Autos wurden vom Projekt übernommen, so dass diese Bedingung meist gut realisiert werden konnte. In einer Praxis nutzte die APN auf Wunsch der Praxis eines der bereits vorhandenen Praxisautos, was entsprechenden Absprachebedarf mit sich brachte. Schwieriger gestaltete sich die Zurverfügung-Stellung eines Behandlungsraumes. Hier wurden unter der Bedingung der Befristung eines Projekts Kompromisse gemacht. Beispielsweise wurden bisher anderweitig genutzte Räume zeitweise umgewidmet. Dies führte dazu, dass teilweise auch dann Hausbesuche durchgeführt wurden, obwohl die Patient:innen ausreichend mobil für den Besuch einer Sprechstunde gewesen wären. Neben diesen Strukturanpassungen waren auch Prozessanpassungen erforderlich. Dazu gehörte insbesondere die Etablierung von Verfahrensweisen für Abstimmungsprozesse zwischen der APN und einem Hausarzt/einer Hausärztin. Im Verlauf der Intervention wuchs aufgrund der Erfahrungen und Beobachtungen der Hausärzt:innen deren Vertrauen in die Kompetenz der APNs rasch, so dass die APNs sehr selbstständig arbeiten konnten.

Die Ausschreibung zur Rekrutierung der APNs enthielt recht detaillierte Informationen über das Aufgabenprofil. Dies hat die Bewerber:innen motiviert, da sie sich davon versprochen, dass ein international etabliertes APN-Profil tatsächlich weitgehend umgesetzt wird. Mehrere Bewerber:innen haben dafür ihren bisherigen Arbeitsplatz verlassen, auf dem sie teilweise

bereits Stellen mit dem Titel ‚APN‘ besetzt hatten, aber mit den konkreten Bedingungen unzufrieden waren.

Das Qualifikationsprofil – Pflegefachpersonen mit pflegebezogenen Bachelor - und Masterabschluss sowie 2 Jahre Berufserfahrung hat sich grundsätzlich als zielführend erwiesen. Angesichts der heterogenen Studieninhalte und –abschlüsse sowie der Tatsache, dass keine der APNs vor dem Projekt in einer Hausarztpraxis tätig war, war die projektspezifische Fortbildung im Umfang von 500 Stunden erforderlich (Anlage 31). Eine zukünftige Qualifizierung, z.B. im Rahmen von APN-Studiengängen mit einem definierten Kerncurriculum sollte bei der Thematisierung klinischer Inhalte verstärkt die Vermittlung und Einübung klinischer Untersuchungen sowie die pharmakologische Therapie vertiefen.

Im FAMOUS-Projekt sollt die APN-Rolle in ein Setting implementiert werden, das dies Rolle und das damit verbundene Aufgaben- und Handlungsprofil nicht kannte und das von Personen, die diese Rolle ebenfalls nur theoretisch kannten. Damit dies gelingen und die Intervention wie im Studienprotokoll vorgegeben umgesetzt werden konnte, wurden sowohl die APNs als auch die Hausarztpraxen nicht nur geschult, sondern während des Interventionszeitraums strukturiert begleitet (s. Kapitel 2.2.2.4). Je stärker der APN-Einsatz in der Hausarztpraxis oder in Primärversorgungszentren als Angebot der Regelversorgung für alle Beteiligten bekannt ist, je eher kann eine spezielle Begleitung durch ein reguläres Einarbeitungskonzept ersetzt werden.

Für die Rekrutierung der Patient:innen spielte die Empfehlung der Hausärzt:innen eine wichtige Rolle. Die APN-Rolle war unbekannt und nicht wenige Patient:innen und Angehörige waren primär skeptisch. Viele Patient:innen haben großes Vertrauen in ihren Hausarzt/ihre Hausärztin, sodass die Empfehlung der Hausärzt:innen den Weg für die Teilnahme ebnete. Nachdem die Patient:innen das APN-Angebot kennengelernt hatte, wuchs schnell Vertrauen und die Zufriedenheit war groß, was sich auch in einer Widerspruchsrate von nur 2,06 % zeigt.

Die Zusammenarbeit mit der Gruppe der MFAs / VERAHS / NÄPas war primär etwas distanziert, entwickelte sich im Verlauf des Projekts aber sehr positiv. Von Seiten der Hausärzt:innen wurde befürchtet, dass es ein Gefühl der Konkurrenz zwischen dieser Gruppe und den APNs geben könnte oder dass die MFAs / VERAHS / NÄPas sich abgewertet fühlen könnten. Das führte dazu, dass zu Beginn die Hausärzt:innen eine organisatorische Unterstützung der APNs durch die genannte Gruppe ablehnte, so dass die Berührungspunkte zwischen den Fachangestellten und den APNs gering waren. Im Verlauf der Intervention änderte sich das, die APNs erhielten die sinnvolle organisatorische Unterstützung und die MFAs / VERAHS / NÄPas nutzten die fachliche Kompetenz der APNs.

2.4.2 Abweichungen vom Studienprotokoll

Abweichungen vom Studienprotokoll gab es sowohl hinsichtlich der Durchführung der Intervention als auch der Umsetzung der Evaluation. Die Abweichungen im Rahmen der Durchführung der Intervention waren nie grundsätzlicher Art und konnten durch entsprechende Anpassungen kompensiert werden (Anlage 12).

Die Abweichungen vom ursprünglichen Evaluationskonzept wurden mit dem DLR kommuniziert und vom Projektträger genehmigt. Sie betreffen u.a. Verlängerung der Intervention, die Definition der Zielgrößen und die Nutzung von Zusatzdaten weiterer Krankenkassen (Anlage 13).

2.5 Rechtsgrundlage

Die nVF wurde für Patientinnen und Patienten der beteiligten Konsortialkassen des BKK Landesverband Mitte auf Grundlage eines Vertrags gem. § 140a SGB V erbracht. Die vertragliche Grundlage wurde zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der Katholischen Hochschule Mainz in Trägerschaft der Gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung von Wissenschaft und Bildung mbH (KH Mainz) in ihrer Funktion als Koordinationsstelle der teilnehmenden Hausarztpraxen geschlossen. Die Anzahl der beteiligten BKKen betrug zu Interventionsbeginn im 4. Quartal 2021 40; im Abschlussquartal der Intervention (1. Quartal 2024) sowie zum Zeitpunkt der abschließenden Datenlieferung im 3. Quartal 2024 waren 35 BKKen beteiligt. Die reduzierte Anzahl der beteiligten BKKen ergibt sich aus internen Umstrukturierungsprozessen der BKKen. In der Anlage 14 der Studie zum 03. Quartal 2024 ausgewiesen.

Die KH Mainz hat in ihrer Funktion als Managementgesellschaft einen Kooperationsvertrag mit den beteiligten Hausärzt:innen geschlossen. Darüber hinaus konnten auch Versicherte aller übrigen, nicht am Projekt beteiligten gesetzlichen Krankenkassen, an der nVF teilnehmen. Sie wurden über einen Behandlungsvertrag gem. § 630a BGB eingeschlossen.

3 Methodik

3.1 Methodik zu primären und sekundären Zielgrößen

3.1.1 Ziele der Evaluation

Ziel des FAMOUS-Projektes war eine Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation multimorbider Patient:innen sowie die Etablierung von Versorgungskontinuität (Sicherstellung des reziproken Informationstransfers zwischen hausärztlicher Praxis und weiteren versorgenden Institutionen). Besonderer Fokus lag hier auf hausärztlichen Praxen in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Diese sollten durch die Übernahme der Behandlung und Versorgung von Patient:innen mit komplexen Bedarfen entlastet werden.

3.1.2 Darstellung des Evaluationsdesigns

Aus den Zielen des Projektes leiten sich folgende Hypothesen ab:

- 1) Die neue Versorgungsform führt zu einer optimierten Versorgung der Zielgruppe und einer Entlastung der Hausärzt:innen, was sich in einer Reduktion der Nutzung von Notfallkontakten (Bereitschaftsdienst und ungeplante Krankenhausaufnahme) und Hausarztbesuchen ausdrückt.
- 2) Die neue Versorgungsform stabilisiert die Gesundheits- und häusliche Versorgungssituation multimorbider Patient:innen und damit die Gesamtbehandlungskosten. Außerdem wird eine hohe Zufriedenheit aller Beteiligten (Ärzte und Ärztinnen, Patient:innen sowie APNs) mit der Versorgung erwartet.

Die Hypothesen werden im Rahmen von Ergebnis- und Prozessevaluationen sowie einer gesundheitsökonomischen Evaluation überprüft.

3.1.2.1 Design

Die neue Versorgungsform wird mit einem mixed-methods Ansatz evaluiert. Den Schwerpunkt der Evaluation bildet eine zweiarmlige nicht randomisierte, multizentrische Interventionsstudie (Abbildung 1).

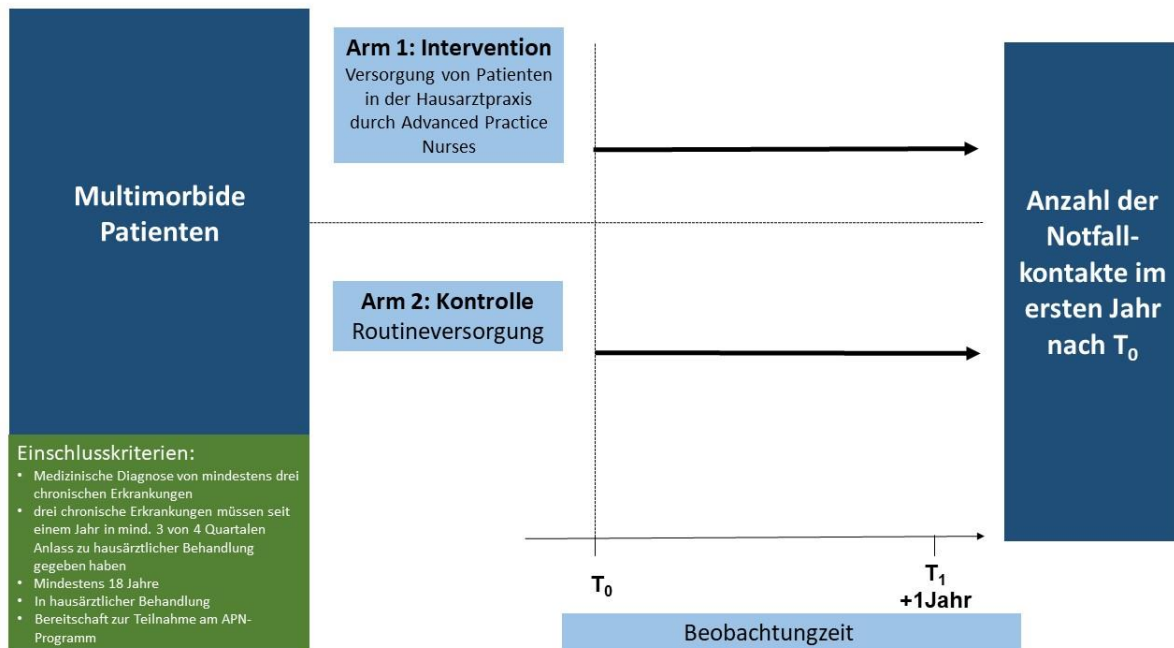


Abbildung 1: Grafische Darstellung des Studiendesigns des FAMOUS-Projektes

Patient:innen in Arm 1 (Interventionsgruppe) erhalten die neue Versorgungsform, die fallbezogene Versorgung von Patient:innen in der Hausarztpraxis durch eine APN. Patient:innen in Arm 2 (Kontrollgruppe) erhalten die Standardversorgung. Die Patient:innen der Kontrollgruppe sind Versicherte der BKK und werden nicht in den am Projekt beteiligten Hausarztpraxen behandelt. Patient:innen der Interventionsgruppe (IG) und der Kontrollgruppe (KG) werden im Verhältnis 1:2 gematcht. Detailliertere Informationen zum Matching finden sich in Abschnitt 3.1.2.1.2

3.1.2.1.1 Zielgrößen

Im Rahmen des FAMOUS-Projekts wurden die folgenden Zielgrößen erhoben und evaluiert (Tabelle 9):

Primäre Zielgrößen:

- 1) Anzahl der ambulanten Notfallkontakte
- 2) Anzahl der ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte

Sekundäre Zielgrößen:

- 1) Nutzung weiterversorgender Institutionen

2) Anzahl der Hausbesuche durch Hausärzt:innen

3) Nutzung von Pflegeheimen

4) Kosten (mit Bezug zu den anderen Zielgrößen sowie die Kosten der neuen Versorgungsform)

5) Patientenzufriedenheit

6) Zufriedenheit der Hausärzt:innen und APNs

Die Daten der Interventionsgruppe für die Zielgrößen werden durch Routinedaten der KV RLP und der beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt sowie durch die APNs erhoben und in eine Datenbank eingetragen. Für 705 von 709 Patient:innen der Interventionsgruppe lagen außerdem ambulante ärztliche Leistungsdaten der KV-Rheinland-Pfalz vor. Daten von stationären Krankenhausaufenthalten wurden in der Interventionsgruppe von den beteiligten Krankenkassen BKK Landesverband Mitte (N=31), AOK Rheinland-Pfalz (N=300), TK (N=46), Barmer (N=72) und DAK (N=61) sowie weiterer Krankenkassen (N=67) zur Verfügung gestellt. Für Patient:innen der Interventionsgruppe, die bei keiner der vorher genannten Krankenkassen versichert sind, wurden nach schriftlicher Vollmacht der Patient:innen Leistungsdaten zu Krankenhausaufenthalten bei deren Krankenkassen angefragt. Für die Kontrollgruppe wurden Routinedaten des BKK Landesverband Mitte zur Verfügung gestellt. Eine Übersicht, auch zur Operationalisierung der Zielgrößen, findet sich in Tabelle 8.

Zielgröße	Operationalisierung	Datenquelle(n)	Zeitpunkt der Erfassung
PRIMÄRE ZIELGRÖSSE			
Anzahl der ambulanten Notfallkontakte	Summe der:		kumuliert nach ein 1 Jahr
	Bereitschaftsdienst über den EBM (GOP 01210(V), 01212(V), 01214, 01216, 01218, 01220)	Arm 1 KV Arm 2 BKK	
	Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit (unvorhergesehene Inanspruchnahme) (GOP 01100, 01101, 01411(L), 01412(L), 01415, 01416)	Arm 1 KV Arm 2 BKK	
Ungeplante Krankenhausaufnahme	Summe der stationären Krankenhausleistungen mit der Kennzeichnung Notfall (Ziffer 07 an der 3. u. 4. Stelle des Aufnahmegrundes)	Arm 1 BKK, AOK, TK, Barmer, DAK, Patientenvollmachten Arm 2 BKK	
SEKUNDÄRE ZIELGRÖSSEN			
Nutzung von weiterversorgenden Institutionen	Summe der: - stationären Aufenthalte - Facharztbesuche - Kontakt Krankenhausambulanz	Arm 1 KV, BKK, AOK, TK, Barmer, DAK, Patientenvollmachten Arm 2 BKK	kumuliert nach ein 1 Jahr

Hausbesuche durch Hausärzt:innen	Summe der: GOP 01410 Besuch; GOP 01411 Dringender Besuch zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr; GOP 01412 Dringender Besuch II Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt; GOP 01413 Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal GOP 01415 Dringender Besuch eines/r Patienten:in in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	Arm 1 KV Arm 2 BKK	kumuliert nach ein 1 Jahr
Nutzung von Pflegeheim	Aufenthalt in Pflegeheim GOP 37100	Arm 1 BKK, AOK, TK, Barmer, DAK, Patientenvollmachten Arm 2 BKK	kumuliert nach ein 1 Jahr

Tabelle 8: Operationalisierung der Zielgrößen

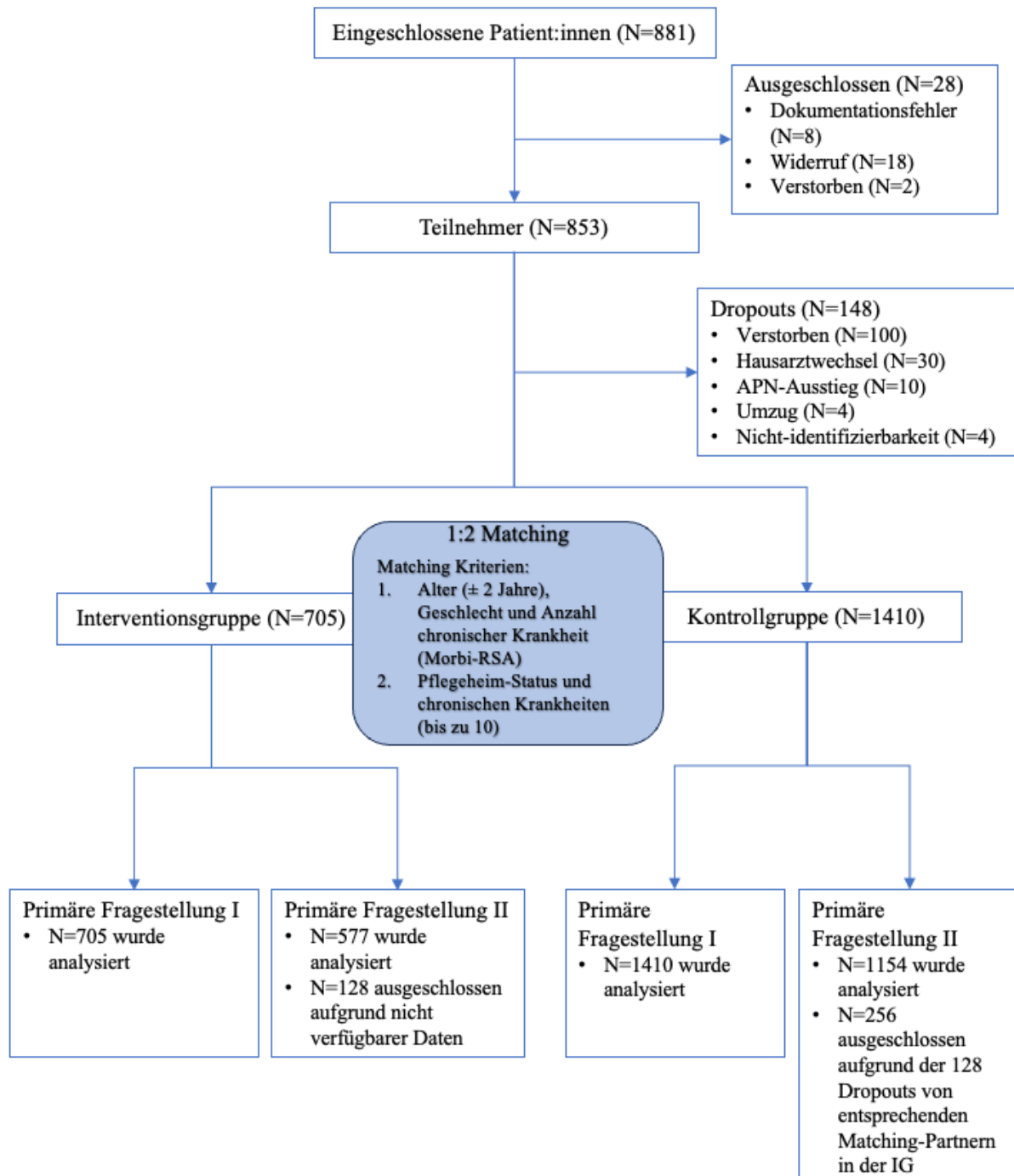


Abbildung 2: Consort-Diagramm

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- Medizinische Diagnose von mindestens drei chronischen Erkrankungen wobei drei chronische Erkrankungen seit einem Jahr in mind. 3 von 4 Quartalen Anlass zu hausärztlicher Behandlung gegeben haben müssen
- Mindestens 18 Jahre / In hausärztlicher Behandlung /Bereitschaft zur Teilnahme am APN-Programm

Ausschlusskriterien:

- Negation der Einschlusskriterien
- Nach hausärztlicher Einschätzung in der Sterbephase befindlich

3.1.2.1.2 Matching

Patient:innen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe wurden im Verhältnis 1:2 gematcht. Zur Schätzung des Interventionseffekts der APN auf die Patient:innen in der Interventionsgruppe (IG) wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren angewendet, um die Kontrollgruppe zu definieren. Die Patient:innen der IG wurden nach Alter (± 2 Jahre), Geschlecht und Anzahl und Art der chronischen Erkrankungen (Morbi-RSA-Gruppen) individuell gematcht. Abbildung 4 beschreibt das Matching-Verfahren grafisch. Zunächst wurden alle potentiellen Matching-Partner:innen in der Kontrollgruppe (KG) nach den oben genannten Kriterien identifiziert. Für das Geschlecht und die Anzahl der chronischen Erkrankungen wurde das exakte Matching ohne Zurücklegen verwendet, für das Alter wurde das Nearest-Neighbor-Matching mit euklidischem Abstand ohne Zurücklegen angewandt [18]. Wurden für Patient:innen in Arm 1 nach diesem Verfahren mehr als zwei Matching-Partner:innen in der KG identifiziert, wurden sie mit den zwei Matching-Partner:innen mit möglichst vielen gemeinsamen chronischen Erkrankungen zugeordnet. Für Patient:innen, für die weniger als zwei Matching-Partner:innen identifiziert wurden, wurde das Matching-Kriterium Alter schrittweise gelockert, z.B. $\pm 3/4/5$ Jahre, bis mindestens zwei Matching-Partner:innen identifiziert werden konnten (Abbildung 3).

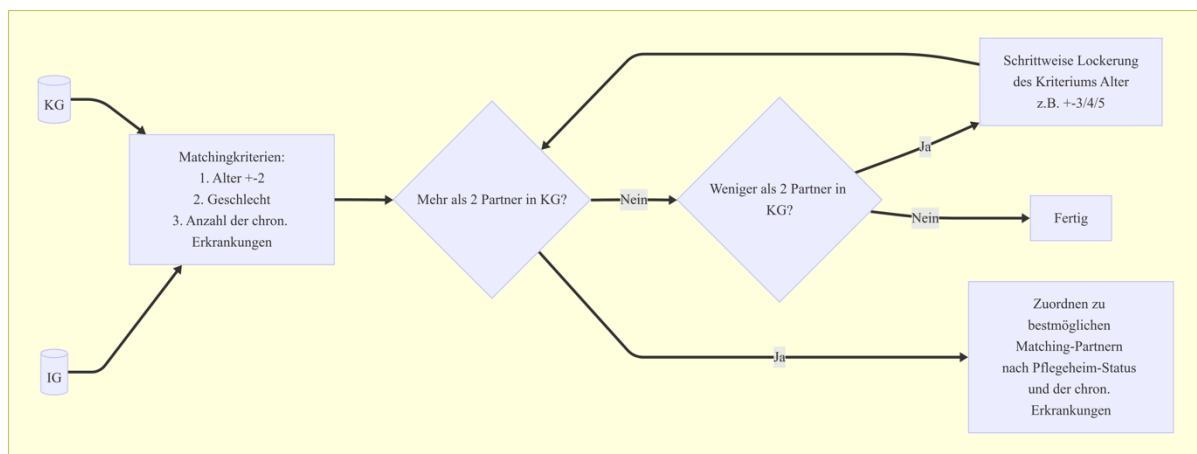


Abbildung 3: Grafische Darstellung des Matching-Verfahrens

3.1.2.1.3 Fallzahlplanung

Eine Studie von Fassmer und Hoffmann mit Krankenkassendaten aus den Jahren 2014-2015 zeigte, dass bei (Standard-)versorgung multimorbide Patient:innen in Pflegeheimen ca. 2,7 Notfallkontakte aufweisen [19]. Es wurde angenommen, dass dieser Durchschnitt durch die neue Versorgungsform auf 2,295 reduziert werden kann (-15% Reduktion). Um diese Reduktion mit 0,05 Alpha und 0,80 Power gegen den Zufall absichern zu können, müssen 524 (n1) Patient:innen im Arm 1 und 1048 (n2) Patient:innen im Arm 2 eingeschlossen werden. Die Kontakte stellen rekurrente Ereignisse dar. Es ist anzunehmen, dass diese Ereignisse innerhalb eines/einer Patient:en/in miteinander korreliert sind. Hinzu kommt ein möglicher

Cluster-Effekt (+20%) innerhalb einer Hausarztpraxis. Deshalb muss die Fallzahl noch entsprechend auf $n_1 = 628$ und $n_2 = 1256$ erhöht werden.

Aufgrund des hohen Alters der Patient:innen war mit einem vergleichsweise hohen Drop out zu rechnen. Im Studienverlauf zeigte sich ein deutlich niedrigerer Drop out als erwartet, so dass statt von bisher 40% nun von bis zu 30% Drop out auszugehen ist. Initial müssen demnach $n_1 = 817$ und $n_2 = 1634$ Patient:innen eingeschlossen werden. Insgesamt wurden 2.451 Patient:innen in die Studie eingeschlossen. 817 Patient:innen sollen durch die an der Studie teilnehmenden APNs betreut werden und zu 1.634 Patient:innen stehen Routinedaten der BKK zur Verfügung.

3.1.2.2 Quantitative Evaluation

Die quantitative Evaluation beschäftigt sich mit der Evaluation der primären und sekundären Zielgrößen (siehe Tabelle 9).

3.1.2.2.1 Drop out Analysen

Da nicht alle Patient:innen die Studie regulär beendet haben (d. h. ein Jahr Beobachtungszeit - Abbildung 2), wurde eine Drop out Analyse durchgeführt. Im Rahmen dieser Analyse wurde statistisch überprüft, ob es Unterschiede zwischen der Gruppe der Patient:innen mit regulärem Studienende und den Patient:innen ohne reguläres Studienende gab. Die Variablen, die hier überprüft wurden, waren Alter, Geschlecht, Anzahl der Erkrankungen und Pflegegrad. Mögliche Gründe die Studie nicht regulär zu beenden, waren Versterben, Umzug oder der persönliche Wunsch nicht mehr an der Studie teilzunehmen. Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wurden der t-Test, der Mann-Whitney-U-Test oder der Chi-Quadrat-Test verwendet. Es wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt.

3.1.2.2.2 Statistische Methoden

Im Rahmen der deskriptiven Statistik der Hintergrundinformationen der Patient:innen der IG bzw. KG wurden Mittelwert, Standardabweichung sowie absolute und relative Häufigkeit herangezogen. Die deskriptive Statistik der Endpunkte wurde mittels Mittelwert und 95-Prozent-Bootstrap-Konfidenzintervall zusammengefasst [20]. Zur Schätzung des Interventionseffekts der APN wurde ein Bayesianisches Zero-Inflated-Negative-Binomial-Modell (ZINB-Modell) verwendet, wobei der Interventionseffekt nach Alter, Geschlecht, Anzahl der chronischen Erkrankungen und Pflegegrad adjustiert wurde [21]. Ebenso wurden die Interaktionen zwischen den oben genannten Confoundern und Intervention (APN) sowie die Interaktionen zwischen den Confoundern berücksichtigt. Für die Interventionseffektschätzungen wurde ein schwach informativer Prior von Normalverteilung mit Mittelwert von 0 und Standardabweichung von 4 angewendet. Die Ergebnisse des ZINB-Modells wurden mit Markov-Chain-Monte-Carlo-Verfahren geschätzt und in Form von Mittelwert und 95-prozentigem Kreditabilitätsintervall dargestellt, und die Interventionseffekte wurden mit Inzidenzratenverhältnis zusammengefasst [22]. Die Analyse wurde unter Verwendung des Programms R (Version 4.4.1) sowie spezifischer R-Pakete wie MatchIt, boot, brms, tidyverse und marginaleffects durchgeführt [23–27].

Median-Imputationsverfahren wurden eingesetzt, um die fehlenden Informationen bezüglich des Pflegegrades zu imputieren [28]. Patient:innen, die in den Kassendaten weniger als drei

Morbi-RSA-Gruppen aufwiesen, wurden zunächst mit den von APN dokumentierten chronischen Erkrankungen (ICD-10-Code) imputiert. In der Folge wurden die ICD-10-Codes der dokumentierten chronischen Erkrankungen den Morbi-RSA-Gruppen zugeordnet. Für den Fall, dass weniger als drei Morbi-RSA-Gruppen nach der obengenannten Imputation vorlagen, wurde eine Imputation mit der minimalen Anzahl an dokumentierten chronischen Erkrankungen vorgenommen, die als Einschlusskriterium definiert wurde. Für jene Patient:innen, für die aufgrund deren Unidentifizierbarkeit vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz keine Daten vorlagen (n=4), wurde keine Imputation durchgeführt und diese wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

3.1.2.2.3 Vorher-Während-Vergleich

Für eine weitere Plausibilitätsabschätzung der Effekte, wurde für alle Teilnehmer:innen, die bei der AOK versichert waren und das Projekt planmäßig beendet haben zusätzlich zur Primäranalyse ein Vorher-Während-Vergleich durchgeführt. Die AOK stellte für diese Teilnehmer:innen Daten für den Zeitraum von einem Jahr vor Projektstart (Datum des Erstkontaktes) und für das Jahr während der Projektteilnahme zur Verfügung. Diese Daten wurden bezüglich der primären und sekundären Endpunkte deskriptiv ausgewertet.

3.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war die Festlegung der Kosten der neuen Versorgungsform (nVF), die Auswertung der Kontakte zwischen APN und Patient:in sowie eine Kostenanalyse, die die Kosten zwischen IG und KG vergleicht.

3.2.1 Kosten der neuen Versorgungsform

Die APNs waren angehalten ihre Arbeitszeiten zu dokumentieren. Arbeitszeiten konnten in vier unterschiedlichen Kategorien dokumentiert werden: (i) Patientenversorgung, (ii) Fallkonferenzen, (iii) Forschungstätigkeiten und (iv) Rekrutierung. Um zu überprüfen, inwieweit die APN ihre Arbeitszeit zufriedenstellend dokumentiert hatte, wurde der prozentuale Anteil der dokumentierten Arbeitszeit an der vertraglich festgelegten Arbeitszeit berechnet. Praxen, in denen die APNs mindestens 70% ihrer Arbeitszeit dokumentiert hatten, wurden für die Berechnung der „Stundenpreise“ für die APN herangezogen. Als Beobachtungszeitraum wurde der Zeitraum vom 01.02.2022 bis 31.07.2023 gewählt. Für diesen Zeitraum wurde angenommen, dass er den tatsächlichen Arbeitsalltag der APN am besten abbildet, da bereits ausreichend Patient:innen rekrutiert waren und von den APNs versorgt wurden.

In den ausgewählten Praxen wurden nun die dokumentierten Arbeitszeiten in den oben genannten Kategorien berechnet. Dies erfolgte durch Multiplikation der mittleren Arbeitszeit für die jeweilige Kategorie mit der Anzahl der Fälle pro Praxis. Die Zeiten pro Kategorie wurden in Stunden angegeben.

Um zwischen Versorgungstätigkeiten und projektbezogenen Tätigkeiten (die im regulären Alltag einer APN nicht anfallen) zu unterscheiden, wurden die Kategorien Versorgung und Fallkonferenzen in die Oberkategorie Patientenversorgung und die Kategorien Forschungstätigkeiten und Rekrutierung in Projekttätigkeiten zusammengefasst. Anschließend wurden die Anteile berechnet, die für die beiden Oberkategorien anfielen.

Entsprechend der Anteile wurde auch die vertraglich festgeschriebene Arbeitszeit aufgeteilt. Für die Berechnung der „Stundenpreise“ wurde sich nur auf die Oberkategorie Patientenversorgung bezogen, da diese die täglichen Arbeitsaufgaben der APN beschreiben. Für die Bereiche vertragliche Arbeitszeit und Gehalt wurden nun die entsprechenden Anteile berechnet. Von der vertraglich festgeschriebenen Arbeitszeit wurden noch anteilig Urlaubszeiten (30 Tage pro Jahr), Fehlzeiten aufgrund von Krankheit (15 Tage pro Jahr) und gesetzliche Feiertage (8 Tage) [29] abgezogen. Der „Stundenlohn“ wurde berechnet, in dem das anteilige Gehalt (für die Patientenversorgung) durch die dokumentierten Stunden für die Patientenversorgung geteilt wurde. Eine Infrastrukturpauschale, also anfallende Kosten für z.B. Räume, Computer etc. wurde nicht mit einbezogen, da die Quantifizierung dieser Kosten sich als nicht realisierbar herausstellte.

3.2.2 Analyse der Unterschiede zwischen Praxen mit guter und unzureichender Dokumentation und Drop out Analysen

Wie in Abschnitt 3.2.1 beschrieben, wurden für die gesundheitsökonomischen Auswertungen nur Patient:innen aus Hausarztpraxen eingeschlossen, in denen eine gute zeitliche Dokumentation der Patientenkontakte vorlag. Um herauszufinden, ob signifikante Unterschiede zwischen den beiden Populationen (gut dokumentiert, unzureichend dokumentiert) bestehen, wurden für beide Populationen die Populationscharakteristika (Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Anzahl der Erkrankung) beschrieben und univariat mittels T-Test, Mann-Whitney-U Test oder Chi²-Test verglichen. Weiterhin wurde innerhalb der für die gesundheitsökonomischen Auswertungen relevanten Studienpopulation eine Drop out-Analyse durchgeführt. Es fand für bei Populationen (reguläres Studienende, vorzeitiges Studienende) eine Beschreibung der Populationscharakteristika statt. Ebenfalls wurde hier univariat, mittels T-Test, Mann-Whitney-U Test oder Chi²-Test, geprüft, ob statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Populationscharakteristika vorlagen.

3.2.3 Kontaktanalysen

Für die Auswertungen wurden zwei mögliche Kontaktarten, die von der APN dokumentiert werden konnten, herangezogen: Erstkontakte und Folgekontakte. Der Erstkontakt ist der erste vollständige Kontakt zwischen einer APN und einem/r teilnehmenden Patient:in, der im Rahmen des Projektes stattgefunden hat. Ab diesem Kontakt beginnt die Beobachtungszeit und der Kontakt markiert den Projektstart für diesen Patienten oder diese Patientin. Im Rahmen des Erstkontaktes wurde eine ausführliche Bedarfsanalyse für die Patient:innen durchgeführt. Erstkontakte fanden ausschließlich im persönlichem Kontakt statt. Dieser war in der Hausarztpraxis oder außerhalb der Hausarztpraxis (bei den Patient:innen Zuhause oder in der Pflegeeinrichtung) möglich. Als Folgekontakte wurden alle Kontakte nach dem Erstkontakt definiert. Folgekontakte konnten telefonisch oder persönlich (innerhalb oder außerhalb der Hausarztpraxis) stattfinden. Ein geringer Anteil der Folgekontakte erfolgte auch auf andere Weise (z.B. virtuell). Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde diese Kontaktform nicht in den weiterführenden Analysen berücksichtigt, sondern nur zur Berechnung der Gesamtzeit der Kontakte herangezogen. Im Rahmen der Auswertung der Erstkontakte wurden folgende Analysen durchgeführt:

- 1) Beschreibung der Dauer des Erstkontaktes (Mittelwert, Median und Range) stratifiziert nach Praxen mit guter und unzureichender Dokumentation (siehe Punkt 3.2.3).
- 2) Multivariate lineare Regression mit Dauer des Erstkontaktes (in Minuten) als abhängige Variable und Alter, Geschlecht (männlich, weiblich), Pflegegrad (kein Pflegegrad, Pflegegrad 1 oder 2, Pflegegrad 3 oder 4 oder 5), Anzahl der Krankheiten (3, 4-6, 7-9, 10 oder mehr) und Praxis (gute Dokumentation, unzureichende Dokumentation) als unabhängige Variablen. Die Annahme der linearen Regression wurden graphisch überprüft.
- 3) Beschreibung der Dauer des Erstkontaktes (Mittelwert, Median und Range) stratifiziert nach Ort des Erstkontakts (innerhalb der Praxis, außerhalb der Praxis).
- 4) Multivariate logistische Regression mit Ort des Erstkontakts (innerhalb der Praxis, außerhalb der Praxis) als abhängige Variable und Alter, Geschlecht (männlich, weiblich), Pflegegrad (kein Pflegegrad, Pflegegrad 1 oder 2, Pflegegrad 3 oder 4 oder 5), Anzahl der Krankheiten (3, 4-6, 7-9, 10 oder mehr) als unabhängige Variable. Die Variablen wurden auf Multikollinearität (Korrelation >0.8 + VIF >10) geprüft [30]. Im Falle von Multikollinearität wurde die entsprechende Variable aus dem Regressionsmodell entfernt.

Im Rahmen der Auswertung der Folgekontakte wurden folgende Analysen durchgeführt:

- 1) Beschreibung der Dauer des Folgekontakts (Anteile der Patient:innen, die diese Kontaktart genutzt haben) (Mittelwert, Median und Range) stratifiziert nach Kontaktart (telefonisch, persönlich innerhalb der Hausarztpraxis, persönlich außerhalb der Hausarztpraxis).

3.2.4 Kostenanalysen

Die primäre Kostenanalyse bezieht sich auf die Kostenkategorien geplante stationäre Aufenthalte, ungeplante stationäre Aufenthalte, Hausbesuche sowie die Kosten der neuen Versorgungsform (APN-Bepreisung). Um eine bessere Übersicht der Kosten zu erhalten, wurden in einer sekundären Analyse noch die Kostenkategorien weitere ambulante ärztliche Leistungen (exklusive Hausbesuche) sowie ambulante Krankenhausleistungen miteingeschlossen. Die Operationalisierung der Kostenkategorien findet sich in Tabelle 9. Um zu untersuchen, ob es Unterschiede hinsichtlich der Populationscharakteristika zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab, wurden univariate Vergleiche mittels T-Test, Mann-Whitney-U Test oder Chi²-Test zwischen den beiden Gruppen durchgeführt. Da nicht für alle Teilnehmer:innen, die in die gesundheitsökonomische Analyse aufgenommen wurden, Daten ihrer Krankenkasse und somit Daten zu stationären Aufenthalten vorlagen, konnte die Analysen der stationären Aufenthalte nur mit einer Teilstichprobe der Analysepopulation durchgeführt werden. Um zu prüfen, ob Unterschiede hinsichtlich der Populationscharakteristika zwischen den beiden Gruppen (mit Krankenkassendaten, ohne Krankenkassendaten) vorlagen, wurden auch hier univariate Tests durchgeführt.

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung (Mittelwert, Median, Q25, Q75) der einzelnen Kostenkategorien. Um für mögliche Unterschiede in den Studiencharakteristika (Alter, Geschlecht, Anzahl Erkrankungen, Pflegegrad) zu adjustieren, wurde ein two-part-regression Modell mit einer logistischen Regression und einem generalisierten linearen Modell mit Gamma-Verteilung gerechnet. Mittels predicted margins wurden aus dem two-part model adjustierte Mittelwerte für die Interventions- und Kontrollgruppe berechnet [31, 32]. Dies

erfolgte sowohl für die Kostenkategorien der primären, wie auch der sekundären Kostenanalyse.

Weiterhin wurde eine sekundäre Kostenanalyse mit allen Patient:innen (gut dokumentiert + unzureichend dokumentiert) durchgeführt, um eine repräsentativere Stichprobe zu erhalten. Da die Kostendaten verlässlich von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt wurden, aber bei der Dokumentation der Kontakte Defizite bestehen können, wurde für diese Analyse die Kosten der neuen Versorgungsform basierend auf den Berechnungen der Praxen mit guter Dokumentation herangezogen.

Um zu identifizieren, ob es mögliche Unterschiede hinsichtlich der Kosten zwischen verschiedenen Subgruppen, stratifiziert nach Nutzung der nVF (Kosten der nVF: Q25; Q25-Q75; Q75) und Pflegegrad (kein Pflegegrad; Pflegegrad 1 oder 2; Pflegegrad 3 oder 4 oder 5) beim Vergleich der Interventionsgruppe zur Kontrollgruppe gibt, wurden adjustierte Mittelwertsdifferenzen mittels dem two-part regression Modell berechnet.

3.2.5 Kostenanalyse Vorher-Während-Vergleich

Um den Vorher-Während-Vergleich auch gesundheitsökonomisch zu untersuchen, wurden die Kostenkategorien der primären Kostenanalyse (geplante stationäre Krankenhausaufenthalte, ungeplante stationäre Krankenhausaufenthalte und Hausbesuche) herangezogen. Die Auswertung erfolgt deskriptiv mittels Mittelwerten inkl. 95%KI, Median, Q25 und Q75.

3.2.6 Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation durch das IMBEI wurden zu Beginn der Interventionsphase alle am Projekt teilnehmenden Hausärzt:innen durch das gebeten an einem teilstrukturierten Interview teilzunehmen. Ziel dieser Hausarztinterviews t1 war es zu erfassen, was sich die Hausärzt:innen von der Projektteilnahme und den APNs erhofften, wie die Situation der multimorbiden Patient:innen wahrgenommen wird und wie der Kontext der teilnehmenden Praxen in Bezug auf Vorerfahrung mit qualifizierten Berufsgruppen ist. Während der Interventionsphase des Projektes wurden Interviews mit Patient:innen geführt. Für die einzelnen Patient:innen fand dieses Interview nach ca. 12 Monaten APN-Betreuung, also am Ende der jeweiligen Patientenintervention statt. Ziel dieser Befragungen war es zu erfassen, wie zufrieden die Patient:innen mit der Betreuung durch die APN sind, welche Verbesserungsvorschläge bestehen und wie die Patient:innen ihre Situation vor, während und nach der APN-Betreuung beschreiben.

Zum Ende der Gesamtinterventionsphase wurden Hausärzt:innen (t2) und APNs interviewt und gebeten, die erlebten Vor- und Nachteile der Intervention sowie ihre Zufriedenheit zu beschreiben.

Alle Interviews wurden mittels eines extra dafür erarbeiteten teilstandardisierten Interviewleitfadens als teilstandardisierte Experteninterviews geführt. Die ersten Interviews jeder Gruppe wurden als Pilotinterviews geführt, nach denen jeweils eine Anpassung der Leitfäden falls nötig erfolgen konnte. Die Auswertung der Interviews startete während der Durchführungsphase und erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Programm MaxQDA 2022. An der Codierung und Kategoriendefinition waren immer

zwei Forscher:innen beteiligt. Bei Uneinigkeit fand ein Diskurs statt, bis ein Konsens gefunden werden konnte. Die Codes in den einzelnen Kategorien wurden paraphrasiert und generalisiert und somit zu Hauptaussagen der interviewten Gruppe (Hausärzt:innen, APNs und Patient:innen) zusammengefasst.

3.3 Methodik zum Monitoring

3.3.1 Logic Model

Zusätzlich zur Evaluation des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz (IMBEI) wurde mithilfe eines Monitoringkonzeptes, das durch die Katholische Hochschule Mainz umgesetzt wurde, tiefergehende Erkenntnisse über die Qualität von Prozessen und Ergebnissen der im Rahmen des Projekts „FAMOUS“ eingesetzten Advanced Practice Nurses (APN) gewonnen (Anlage 34). Im Sinne eines Mixed Methods-Ansatzes wurden dabei qualitative und quantitative Ansätze miteinander kombiniert, um je nach Fragestellung die jeweils relevanten Informationen wissenschaftlich fundiert erheben und analysieren zu können. Vom IMBEI wurden ebenfalls Prozessdaten erhoben. Mittels qualitativer Interviews wurden Daten von Hausärzt:innen, Patient:innen und APNs erhoben (s. Evaluationsbericht). Als Grundlage für die empirische Erfassung der Erfahrungen mit der nVF wurde ein Logic-Model erarbeitet. Ein Logic-Model identifiziert bei komplexen Interventionen mögliche Beziehungen zwischen Variablen. Bei der erprobten APN-Behandlung und –Versorgung von Menschen mit Multimorbidität handelt es sich um eine komplexe Intervention. Die Definition einer komplexen Intervention nach Skivington (2021) lautet: „An intervention might be considered complex because of properties of the intervention itself, such as the number of components involved; the range of behaviours targeted; expertise and skills required by those delivering and receiving the intervention; the number of groups, settings, or levels targeted; or the permitted level of flexibility of the intervention or its components.“ [18]

Alle hier benannten Komponenten kommen bei der nVF zum Tragen:

- Eigenschaften der Intervention wie die Anzahl der beteiligten Komponenten
 - ➔ Die Komponenten der nVF bestehen aus den Bestandteilen des Behandlungs- und Versorgungsprozesses, der professionellen Beziehung zwischen Patient:in und APN und der interprofessionellen Zusammenarbeit.
- Spektrum der anvisierten Verhaltensweisen
 - ➔ Hierzu gehören die Verhaltensweisen aller beteiligten Berufsgruppen (Ärzt:innen, APN, MFA/VERAH/NäPA) sowie die Verhaltensweisen von Patient:innen und An-/Zugehörigen
- Erforderliches Fachwissen und die Fähigkeiten derjenigen, die die Intervention durchführen und empfangen;
 - ➔ der Schwerpunkt liegt in der nVF auf dem Kompetenzspektrum der APNs sowie den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patient:innen
- Anzahl der Zielgruppen, -settings oder -ebenen

- ➔ zu den Zielgruppen der nVF gehörten Patient:innen, die An-/Zugehörigen, die Hausärzt:innen, die MFAs/VERAHs/NäPAs, die APNs, die Kostenträger; zu den Settings die Hausarztpraxis, die Häuslichkeit der Patient:innen, Pflegeheime; zu den Ebenen die Mikroebene (Versorgungssituation des/der individuellen Patient:in), Mesoebene (die Hausarztpraxis als Organisation), Makroebene (die gesundheits- und berufspolitischen, gesellschaftlichen und infrastrukturellen Rahmenbedingen)
- zulässige Maß an Flexibilität der Intervention oder ihrer Komponenten
 - ➔ Im Rahmen des Projekts wurden die APNs ermutigt, individuell und personenzentriert zu handeln, d.h. es gab kein festes Programm, das befolgt werden musste.

Zur Identifikation der Variablen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, vorläufige Ideen mit den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats diskutiert, Stakeholder aus Politik und Praxis konsultiert und intensive Diskussionen innerhalb des Forschungsteams der KH geführt. Die Annahme über die Art Beziehungen zwischen den Variablen stützten sich auf das Quality Health Outcomes Model. Eine Annahme dieses Modells ist, dass die Beziehungen zwischen den meisten Variablen reziprok sind und dass die Qualität des Prozesses durch die Person, die ihn durchführt, gekennzeichnet ist [33].

Im Logic-Model wurde das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell aufgegriffen und in die Strukturkomponente personenbezogene Elemente der APN, wie ihre beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen und netzwerkbezogene Merkmale, die sich auf außerberufliche und berufliche Netzwerke beziehen, integriert. Der Prozess setzt sich aus der personenzentrierten und evidenzbasierten Patientenversorgung der APN, ihrer Kooperation mit Netzwerkpartner:innen, ihrer Kooperation mit An-/Zugehörigen des Patienten/der Patientin und der interprofessionellen Kooperation mit den Mitgliedern der Hausarztpraxen zusammen. Die grau-hinterlegte Spalte erinnert daran, dass die Art und Weise, wie der Prozess abläuft, von jeder einzelnen beteiligten Person geprägt ist. Als zentrales Outputelement wurden die organisatorischen und kulturellen Veränderungen in den Hausarztpraxen identifiziert, d.h. insbesondere, dass ein Kulturwandel stattfinden muss, um die APN als Expertin mit erheblichem Entscheidungsspielraum zu akzeptieren und zu integrieren. Das Modell geht davon aus, dass vier der Prozesselemente die Kultur der Hausarztpraxis beeinflussen und von ihr wechselseitig beeinflusst werden. Nur die Zusammenarbeit mit An-/Zugehörigen ist davon unabhängig oder weitgehend unabhängig. Auf der Ergebnisebene wurden fünf Hauptgruppen identifiziert, die von der APN-Versorgung beeinflusst werden: die Patient:innen, die An-/Zugehörigen, die Mitglieder der Hausarztpraxis, die APNs und die Kostenträger. Die farbigen Linien zeigen die angenommenen reziproken Einflussnahmen. Der Kern der Intervention ist eingebettet in Kontextfaktoren wie politische Bedingungen, soziale Bedingungen, projektspezifische Bedingungen, Infrastruktur im ländlichen Raum, Berufspolitik. Auch hier gehen wir von wechselseitigen Wirkungen zwischen diesen Kontextfaktoren und den Elementen der Intervention aus (Abbildung 4).

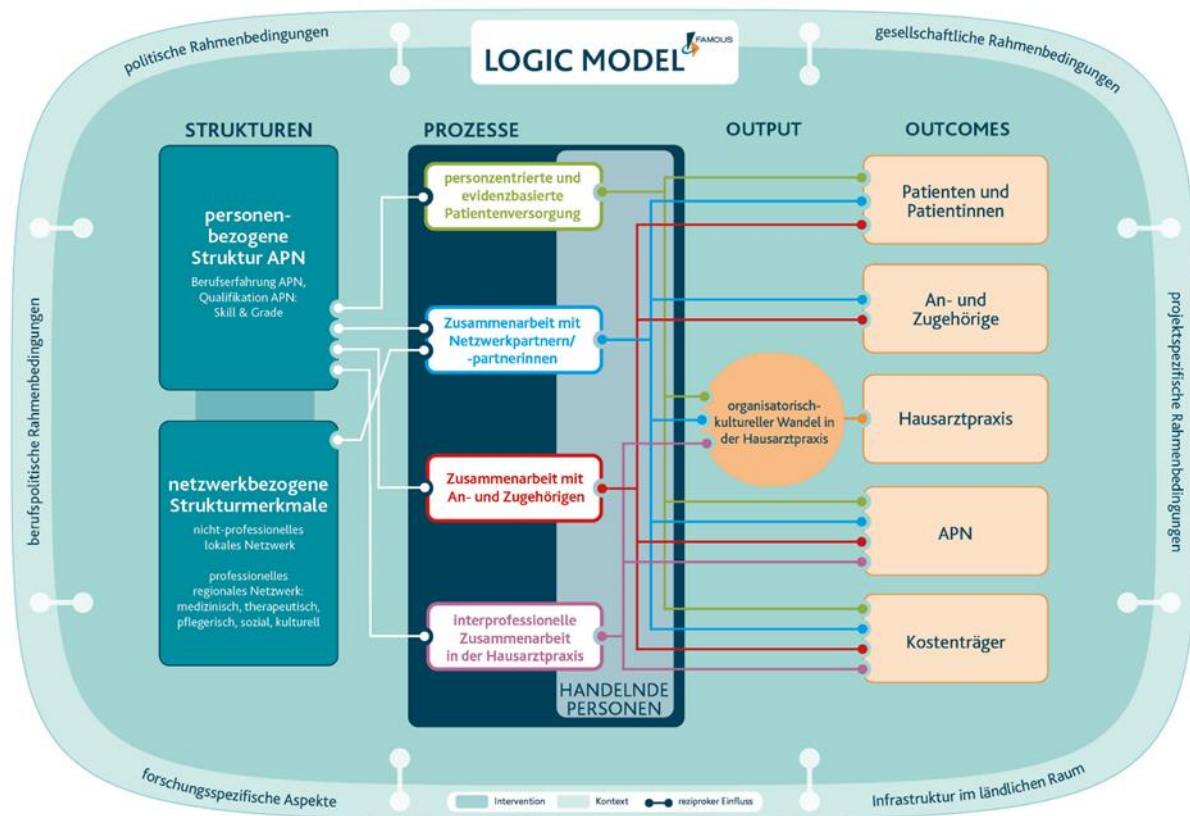


Abbildung 4: Logic Model

Auf der Grundlage dieses Logic-Modells wurde ein Monitoringkonzept erstellt, das die Datenerhebung und –auswertung zur Erfassung von Erwartungen und Erfahrungen bei der Implementierung der nVF leitete.

Dabei wurden auf Prozessebene fokussiert:

- die personenzentrierte und evidenzbasierte Patientenversorgung
- die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner:innen
- die Zusammenarbeit mit An-/Zugehörigen
- die interprofessionelle Zusammenarbeit

Auf der Outcomeebene wurden untersucht:

- patientenbezogene Outcomes
- angehörigenbezogene Outcomes
- Auswirkungen auf die Hausarztpraxis / kultureller Wandel
- Auswirkungen auf die APNs

Die aus dem Logic-Modell abgeleiteten Fragen lauten:

1. Wie gestaltet sich die personenzentrierte und evidenzbasierte APN-Versorgung?
2. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit Netzwerkpartner:innen?
3. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit An-/Zugehörigen?
4. Wie gestaltet sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis?
5. Wie sehen die patientenbezogenen Ergebnisse aus?

6. Wie sehen die an-/zugehörigenbezogenen Ergebnisse aus?
7. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes aus der Sicht der Hausarztpraxis aus?
8. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis für die APNs aus?
9. Wie sehen die ökonomischen Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis aus?

3.3.2 Stichprobe und Datenerhebung

Zur Beantwortung der oben genannten Fragen wurden Informationen bei den folgenden Personen(gruppen) mit der jeweils ausgewiesenen Methode zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben und ausgewertet. Die Erhebungszeitpunkte waren: zu Versorgungsbeginn (t0), 12 Monate nach Start der APN-Versorgung (t1), zum Versorgungsende (t2) (Tabelle 9). Zur Herstellung einer guten Übersicht werden in der Tabelle 9 die Stichproben und Datenerhebungen, die im Rahmen des Monitorings sowie der Prozessanalyse durch das IMBEI erhoben wurden, gemeinsam dargestellt, da die hier dargestellten Datenerhebungen gemeinsam genutzt werden, um die Fragen des Logic Models zu beantworten.

Personen(gruppe)/ Analysegegenstand	Geplante Stichprobe	Methode Datenerhebung	Methode Datenaus- wertung	Zeitpunkt	Durchgeführt durch
Patientenversorgung	n = 817	Projektspezifisches onlinebasiertes Dokumentations- tool	Quantitative deskriptive und inferenzstatisti- sche Auswertung	Datenerhe- bung fortlaufen- d	KH
Hausärzt:innen	n ≈ 40 (Voll- erhebung)	Standardisierte Erhebungsbögen	Quantitative deskriptive und inferenzstatisti- sche Auswertung	t0/t2	KH
	n = 9	Leitfadengestützte Interviews	Inhaltsanalyse	t0/t2	IMBEI
MFA/VERAH/NäPa	n = 18	Leitfadengestützte Interviews	Inhaltsanalyse	t0/t2	KH
APN	n = 9	Leitfadengestützte Interviews	Inhaltsanalyse	t0/t1/t2	KH
	n = 9	Leitfadengestützte Interviews	Inhaltsanalyse	t2	IMBEI
Patient:innen	n = 816	Standardisierte Erhebungsbögen	Quantitative deskriptive und inferenzstatisti- sche Auswertung	t0	KH
	n = 160	Standardisierte Erhebungsbögen	Quantitative deskriptive und inferenzstatisti- sche Auswertung	t2	KH

	n = 30	Leitfadengestützte Interviews	Inhaltsanalyse	t2	IMBEI
An-/Zugehörige	n = 816	Standardisierte Erhebungsbögen	Quantitative deskriptive und inferenzstatistische Auswertung	t0	KH
	n = 160	Standardisierte Erhebungsbögen	Quantitative deskriptive und inferenzstatistische Auswertung	t2	KH

Tabelle 9: Übersicht Datenerhebung Monitoring und Prozessevaluation

Datenerhebung Patientenversorgung

Der Ausgangsstatus der Patient:innen wurde in insgesamt 14 Bereichen (körperliche Gesundheit, Mobilität/Lokomotion, Ernährung, metabolische Stabilität, Kognition, Stuhl- und/oder Harn(in)kontinenz, Hautzustand, Schmerzen, Medikamentenmanagement, psychosoziale Situation, Selbstwirksamkeit, Selbstversorgung, häusliche Situation, soziale Situation) erhoben. Für sechs Bereiche standen valide und reliable Instrumente zur Verfügung und wurden eingesetzt. Die Einschätzungsgrundlage der acht anderen Bereiche war die klinische Kompetenz der APNs.

a) Untersuchungsbereich kognitiver und neuropsychischer Zustand

Dementia-Detection (DemTect)

Der DemTect ist ein kognitiver Leistungstest, der zur Früherkennung von Demenzerkrankungen und leichten kognitiven Beeinträchtigungen dient. Er besteht aus insgesamt fünf Fragen. Die Antworten werden anhand einer Auswertungstabelle umgerechnet und aus den Einzelergebnissen wird ein Summenwert gebildet, der als Ausmaß der kognitiven Leistung zu interpretieren ist. Maximal können 18 Punkte erreicht werden. Bei 9-12 Punkten ist von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung auszugehen, bei 0-8 Punkten liegt ein Verdacht auf Demenz vor [34].

b) Untersuchungsbereiche Mobilität/Lokomotorik

DEMMI (De Morton Mobility Index)

Der DEMMI ermöglicht eine einfache und schnelle Messung des gesamten Mobilitätsspektrums geriatrischer Patient:innen. Erreicht werden können Werte (DEMMI-Score) zwischen 0 und 100. Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben. Eine Abstufung einzelner Mobilitätsgrade anhand der Scores ist nicht vorgesehen [35, 36].

c) Untersuchungsbereich Ernährung

MNA (Mini Nutritional Assessment)

Das MNA ist ein Screening-Instrument, mit dessen Hilfe eine bestehende Mangelernährung bzw. das Risiko für Mangelernährung erkannt werden kann. 24-30 Punkte zeigen einen normalen Ernährungszustand an, 17-23,5 Punkte weisen auf das Risiko einer

Mangelernährung hin, bei weniger als 17 Punkten liegt definitiv eine Mangelernährung vor [37, 38].

d) Untersuchungsbereich Schmerzen

BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

Beim BESD handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument, mit dem Fachpersonen das Schmerzverhalten von Patient:innen während verschiedener Routinepflegetätigkeiten anhand von fünf spezifischen Kategorien bewerten können. Es liegt folgende Abstufung vor: 0 Punkte: Patient:in wirkt ruhig. Äußerlich ist kein Schmerzverhalten erkennbar; 1 Punkt: Patient:in sollte weiter beobachtet und ein erneutes Assessment zeitnah durchgeführt werden; 2 Punkte und mehr: Schmerzen sind wahrscheinlich [39].

PDI (Pain Disability Index)

Mithilfe des PDI wird das Ausmaß erfasst, in dem Menschen mit chronischen Schmerzen sich im Alltag durch ihre Krankheit(en) beeinträchtigt fühlen. Die Bewertung erfolgt dabei in Form von Selbsteinschätzungen durch die Patient:innen. Der PDI umfasst 7 Fragen. Der Patient bewertet jede der Fragen mit 0-10 Punkten (0 = Keine Beeinträchtigung; 10 = völlige Beeinträchtigung). Durch Aufsummieren der Punktwerte ergibt sich ein Gesamt-Punktwert zwischen 0-70 Punkten. Ab einem Punktwert von ≥ 33 wird von einer deutlichen schmerzbedingten Beeinträchtigung ausgegangen werden [40, 41].

NRS (Numerische Rating-Skala)

Bei der NRS handelt es sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument, mit dem Patient:innen das Ausmaß vorhandener Schmerzen mithilfe einer elfstufigen Skala bewerten können. Der NRS misst den subjektiven Schmerz auf einer Skala von 0-10, wobei 0 keinen Schmerz und 10 den stärksten vorstellbaren Schmerz darstellt [42].

e) Untersuchungsbereich Selbstversorgungsfähigkeiten

HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Mithilfe des HAQ kann der Einfluss chronischer Erkrankungen auf die selbstständige Ausführung von Alltagsaktivitäten von Patient:innen standardisiert erfasst werden. Er besteht aus drei Teilen: erstens Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, zweitens benötigte Hilfsmittel und drittens benötigte Hilfe durch andere Personen. Die Auswertung erfolgt bereichsspezifisch und bereichsübergreifend. Der bereichsübergreifende HAQ-Gesamtwert umfasst den Wertebereich 0-3, wobei 0 "keine Schwierigkeiten" und 3 "unfähig" zur selbstständigen Ausführung von Alltagsaktivitäten bedeutet [43].

f) Untersuchungsbereiche soziale Situation und häusliche Lebenssituation

MILVA (Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter)

Das MILVA erfasst standardisiert Informationen in den Bereichen „Aktivitäten“, „Kontakte“ und „Wohnen“ und Finanzen“. Jeder Einzelscore erreicht maximal 10 Punkte. Aus den vier Einzelscores wird ein Gesamt-Score berechnet, der Werte zwischen null und 40 annehmen kann [44]. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Bereich „Finanzen“ nicht erhoben, da er im Rahmen der Studie nicht beeinflussbar war. Damit lag der maximal erreichbare Wert bei 30 Punkten.

In Abhängigkeit vom Wert des DemTect wurden Instrumente zur Selbst- oder Fremdeinschätzung eingesetzt (Tabelle 10).

	DemTect > 8	DemTect ≤ 8
Ernährung	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit Patient:in	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit An-/ Zugehörigen
Schmerzen	Numerische Rating Skala (NRS) Pain Disability Index (PDI)	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
Mobilität/Instrumentelle Fähigkeiten	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	de Morton Mobility Index (DEMMI)
Psychosozialer Bereich	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit Patient:in	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit An-/ Zugehörigen

Tabelle 10: Instrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung in Abhängigkeit vom DemTect

Elektronische Fallakten: Die Dokumentation der versorgungsbezogenen Informationen der APN-Tätigkeit erfolgte über elektronische Fallakten in einem speziell für das Modellprojekt entwickelten Online-Tool¹. Dort konnten die APN einzelfallbezogen die folgenden Informationen erfassen:

- Gesundheitszustand der Patient:innen
- Unterstützungs-/Interventionsbedarf der Patient:innen
- Prozessdaten der Patientenkontakte (z. B. Häufigkeit, erbrachte Leistungen)
- Prozessdaten der patientenbezogenen praxisinternen Abläufe (z. B. Häufigkeit, Dauer und Inhalte von Fallbesprechungen und/oder bedarfsorientierten Kontakten)
- medizinische/pflegerische Versorgungssituation der Patienten und Patientinnen

Die standardisierte Patientendokumentation erfolgte durch den/die APN fortlaufend innerhalb der individuellen 12-monatigen Versorgungsphase der Patient:innen. Projektbezogen erstreckte sich die Dauer der standardisierten Patientendokumentation über einen Zeitraum von 30 Monaten.

Datenerhebung Hausärzt:innen

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden zu Beginn der Interventionsphase vom IMBEI alle am Projekt teilnehmenden Hausärzt:innen gebeten an einem teilstrukturierten Interview teilzunehmen. Ziel dieser Hausarztinterviews war es zu erfassen, was sich die Hausärzt:innen von der Projektteilnahme und den APNs erhofften, wie die Situation der multimorbiden Patient:innen wahrgenommen wird und wie der Kontext der teilnehmenden Praxen in Bezug auf Vorerfahrung mit qualifizierten Berufsgruppen ist (Anlage 15). Zum Ende der Gesamtinterventionsphase wurden die Hausärzt:innen (t2) ebenfalls vom IMBEI interviewt und gebeten, die erlebten Vor- und Nachteile der Intervention sowie ihre Zufriedenheit zu beschreiben (Anlage 16).

Zusätzlich wurden die Hausärzt:innen mit standardisierten Erhebungsbögen, die speziell für das Modellprojekt entwickelt wurden, zu t0 (Anlage 17) und t2 (Anlage 18) nach ihren Erwartungen an die Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs, der praxisbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes, die auf die Patient:innenversorgung bezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes sowie nach ihrer Zufriedenheit mit der Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes gefragt.

¹ Die technische Realisierung des Dokumentations-Tools erfolgte durch das Interdisziplinäre Zentrum für Klinische Studien (IZKS) der Universitätsmedizin Mainz.

Angestrebt wurde eine Vollerhebung aller Ärzte und Ärztinnen in den beteiligten Hausarztpraxen.

Datenerhebung MFA/VERAH/NäPa

Aus der Gruppe der MFAs, VERAHs, NäPas wurden aus jeder Praxis zwei Personen vor (Anlage 19) und nach (Anlage 20) Abschluss der Intervention interviewt. Jeweils ein/e Interviewpartner:in sollte eine VERAH oder NäPa sein. Zur Erhebung vertiefender Informationen über den APN-Einsatz wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Themen waren die Akzeptanz der Rolle der APNs sowie die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, die Erwartungen an die Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs, die praxisbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes sowie die Zufriedenheit mit der Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes.

Datenerhebung APN

Die APNs wurden sowohl von der KH als auch vom IMBEI leitfadengestützt interviewt. Die KH befragte die APNs zu t0 (Anlage 21), t1 (Anlage 22) und t2 (Anlage 23) zu den Erwartungen an die Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs, zur praxisbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes, zur auf die Patientinnenversorgung bezogenen Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes sowie zur Zufriedenheit mit der Prozess- und Ergebnisqualität des eigenen Einsatzes.

Zum Ende der Gesamtinterventionsphase (t2) wurden APNs zusätzlich vom IMEBI interviewt und gebeten, die erlebten Vor- und Nachteile der Intervention sowie ihre Zufriedenheit zu beschreiben (Anlage 24).

Datenerhebung Patient:innen

Mithilfe speziell für das Modellprojekt entwickelter Erhebungsbögen erfolgte eine individuelle Erfassung der (erwarteten u. wahrgenommenen) Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes sowie der eigenen medizinisch/pflegerischen Versorgungssituation zu Beginn (Anlage 25) und nach Abschluss (Anlage 26) der APN-Versorgung.

Während der Interventionsphase des Projektes wurden Interviews mit Patient:innen durch das IMBEI geführt. Für die einzelnen Patient:innen fand dieses Interview nach ca. 12 Monaten APN-Betreuung, also am Ende der jeweiligen Patientenintervention statt. Ziel dieser Befragungen war es zu erfassen, wie zufrieden die Patient:innen mit der Betreuung durch die APN sind, welche Verbesserungsvorschläge bestehen und wie die Patient:innen ihre Situation vor, während und nach der APN-Betreuung beschreiben (Anlage 27).

Datenerhebung An- und Zugehörige der Patient:innen

Die An- und Zugehörigen der Patient:innen wurden zu Beginn (Anlage 28) und mit Abschluss (Anlage 29) der APN-Versorgung in leitfadengestützten Interviews nach der (erwarteten u. wahrgenommenen) Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes und der medizinisch/pflegerischen Versorgungssituation der Patient:innen gefragt.

3.3.3 Datenauswertung

3.3.3.1 Quantitative Auswertung

Zur Auswertung der Erhebungsbögen wurden deskriptive und inferenzstatistische Analyseverfahren eingesetzt. Im Rahmen der statistischen Analysen kamen verschiedene Testverfahren zum Einsatz:

a) Parametrische Verfahren:

- t-Test für unabhängige Stichproben zur Untersuchung von Unterschieden zwischen verschiedenen (Personen-)Gruppen (z. B. männlich vs. weiblich)
- t-Test für abhängige Stichproben zur Untersuchung von Unterschieden zwischen Merkmalen einer Gruppe (z. B. Interventionsbedarfe bei Versorgungsbeginn in verschiedenen Untersuchungsbereichen) oder von Veränderungen eines Merkmals einer Gruppe zwischen verschiedenen Zeitpunkten (z. B. Veränderung im Interventionsbedarf eines Untersuchungsbereichs zwischen Versorgungsbeginn und -ende)
- Produkt-Moment-Korrelation zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Merkmalen einer Gruppe (z. B. Interventionsbedarf bei Versorgungsbeginn in verschiedenen Untersuchungsbereichen) oder verschiedenen Gruppen in einem Merkmal (z. B. Gesamtzufriedenheit von Patient:innen und An-/Zugehörigen mit der APN-Versorgung)

b) Non-parametrische Verfahren:

- Chi-Quadrat-Test (χ^2 -Test) zur Untersuchung von nominalskalierten Daten auf Unterschiede zwischen beobachteten und zu erwartenden Häufigkeiten
- U-Test von Mann-Whitney zur Untersuchung von Unterschieden zwischen verschiedenen (Personen-)Gruppen (z. B. männlich vs. weiblich)
- H-Test von Kruskal & Wallis zur Untersuchung von Unterschieden zwischen Merkmalen einer Gruppe (z. B. Interventionsbedarfe bei Versorgungsbeginn in verschiedenen Untersuchungsbereichen) oder von Veränderungen eines Merkmals einer Gruppe zwischen verschiedenen Zeitpunkten (z. B. Veränderung im Interventionsbedarf eines Untersuchungsbereichs zwischen Versorgungsbeginn und -ende)
- Rangkorrelation nach Spearman zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Merkmalen einer Gruppe (z. B. Interventionsbedarf bei Versorgungsbeginn in verschiedenen Untersuchungsbereichen) oder verschiedenen Gruppen in einem Merkmal (z. B. Gesamtzufriedenheit von Patient:innen und An-/Zugehörigen mit der APN-Versorgung)

Statistische Signifikanz „p-Wert“

Um das Vorliegen von Unterschieden bzw. Veränderungen in den zu untersuchenden Merkmalen mit Hilfe der oben beschriebenen analytischen Testverfahren fundiert beurteilen zu können, wurde das Signifikanzniveau auf den Wert von 5 % ($p < 0.05$) festgelegt [45].

Effektstärke „Cohens d“

Da die statistische Signifikanz alleine noch keine hinreichende Aussage über die tatsächliche praktische Bedeutsamkeit von Mittelwertsunterschieden gibt, wurde für ermittelte signifikante Unterschiede zusätzlich das Effektstärkemaß „Cohens d“ bestimmt [45]. Cohen hat hierfür Richtgrößen zur Beurteilung der praktischen Relevanz von Effekten vorgegeben (s. Tabelle 11), die im Rahmen der Untersuchung als Grundlage für die inhaltliche Einschätzung der Bedeutsamkeit gefundener Effekte bei Mittelwertsvergleichen zwischen Gruppen bzw. Zeitpunkten dienten.

Cohens d	Praktische Relevanz
$0 \leq d < 0,2$	kein relevanter Effekt
$0,2 \leq d < 0,5$	schwacher Effekt
$0,5 \leq d < 0,8$	mittlerer Effekt
$\geq 0,8$	starker Effekt

Tabelle 11: Kategorisierung der Effektstärke von Mittelwertsdifferenzen nach Cohen

3.3.3.2 Qualitative Auswertung

Alle Interviews wurden mittels eines extra dafür erarbeiteten teilstandardisierten Interviewleitfadens als teilstandardisierte Experteninterviews geführt. Die ersten Interviews jeder Gruppe wurden als Pilotinterviews geführt, nach denen jeweils eine Anpassung der Leitfäden falls nötig erfolgen konnte. Die Auswertung der Interviews startete während der Durchführungsphase und erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Programm MaxQDA 2022. An der Codierung und Kategoriendefinition waren immer zwei Forscher:innen beteiligt. Bei Uneinigkeit fand ein Diskurs statt, bis ein Konsens gefunden werden konnte. Dieses Vorgehen wurde in gleicher Weise vom IMBEI und von der KH umgesetzt (s. Kap. 3.2.6).

4 Projektergebnisse

4.1 Ergebnisse der externen Evaluation

4.1.1 Quantitative Evaluation

Die Rekrutierung der 853 Patient:innen der Interventionsgruppe erfolgte aus neun Praxen in ländlich gelegenen Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz. Davon haben 709 Patient:innen die Studie planmäßig mit mindestens einer 12monatigen Interventionszeit (± 14 Tage) abgeschlossen. Da vier teilnehmende Patient:innen nicht von der KV identifiziert werden konnten, kommen 705 Patient:innen zur Auswertung. Das Durchschnittsalter der Patient:innen der IG liegt bei 80,1 Jahren, mit einem Minimum von 19 und einem Maximum von 100 Jahren. Der Anteil der weiblichen Patientinnen beträgt nahezu zwei Drittel (Tabelle 13). Chronische Erkrankungen der Patient:innen wurden mit Morbi-RSA-Gruppen zusammengefasst. Die Anzahl der Chronische Erkrankungen von 15 Patient:innen in der IG wurden aufgrund einer geringen Anzahl von weniger als 3 imputiert. Im Durchschnitt sind pro Patient:in 9,7 chronische Erkrankungen diagnostiziert, wobei die höchste Zahl bei 36 Erkrankungen liegt. Rund 3 Prozent der Patient:innen der IG sind in einem Pflegeheim untergebracht. Rund 50% der Patient:innen der IG sind ohne Pflegegrad, 11,9% sind dem Pflegegrad 1 zuzuordnen, 19,4% sind im Pflegegrad 2, 14,5% sind im Pflegegrad 3 und 4,5% sind im Pflegegrad 4 oder höher. Die Intervention wurde von 148 Patient:innen nicht planmäßig beendet. Als Ursachen hierfür wurden Todesfälle, Hausarztwechsel, der Ausstieg aus der APN, Umzüge sowie nicht identifizierbare Gründe angeführt. Es zeigt sich, dass es lediglich bei Pflegeheim-Status und Pflegegraden einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen „Planmäßige Beendigung“ und „Nichtplanmäßige Beendigung“ gibt. Im Rahmen des zweistufigen Matching-Verfahrens wurden seitens der IG passende Matching-Partner nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Anzahl der chronischen Erkrankungen, Pflegeheim-Status und Art der chronischen Erkrankungen zugeordnet. Es wurde ein statistisch

signifikanter Unterschied ($p=2.2 \times 10^{-16}$) zwischen KG und der IG ("Planmäßige Beendigung") festgestellt. Die vorliegende Diskrepanz in der Verteilung des Pflegegrads zwischen der KG und der IG resultiert aus der Nichtberücksichtigung des Pflegegrades als Matching-Kriterium. Nur die Patient:innen (N=705), die die Studie planmäßig beendet haben, wurden gematcht (Tabelle 12).

	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe		
	Gematchte Personen* N=1.410	Planmäßige Beendigung N=705 (82,6%)	Nichtplanmäßige Beendigung N=148 (17,4%)	p-Wert**
Alter				
Mittelwert (SD)	80 (10,2)	80,1 (10,3)	81,4 (10,1)	0,18
≤ 69	190 (13,5%)	92 (13,1%)	17 (11,5%)	
70 – 79	321 (22,8%)	164 (23,3%)	28 (18,9%)	
80 – 89	715 (50,7%)	348 (49,4%)	72 (48,6%)	
≥ 90	184 (13,0%)	100 (14,2%)	31 (20,9%)	
Geschlecht				
Männlich	520 (36,9%)	260 (36,9%)	64 (43,2%)	
Weiblich	890 (63,1%)	445 (63,1%)	84 (56,8%)	0,16
Anzahl der chronischen Erkrankungen				
Mittelwert (SD)	9,7 (5,1)	9,7 (5,1)	9,8 (5,3)	0,83
2 – 5	304 (21,6%)	152 (21,6%)	35 (23,6%)	
6 – 10	578 (41,0%)	289 (41,0%)	60 (40,5%)	
11 – 15	348 (24,7%)	174 (24,7%)	36 (24,3%)	
≥ 15	180 (12,8%)	90 (12,8%)	17 (11,5%)	
Pflegeheim				
Nein	1.371 (97,2%)	683 (96,9%)	131 (88,5%)	
Ja	39 (2,8%)	22 (3,1%)	17 (11,5%)	0,000078
Pflegegrad				
Ohne	1.005 (71,3%)	350 (49,6%)	44 (29,7%)	
1	72 (5,1%)	84 (11,9%)	15 (10,1%)	
2	175 (12,4%)	137 (19,4%)	31 (20,9%)	
3	110 (7,8%)	102 (14,5%)	36 (24,3%)	
4	39 (2,8%)	25 (3,5%)	17 (11,5%)	
5	9 (0,6%)	7 (1,0%)	5 (3,4%)	0,00050

Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Studienpopulation

Alter und Anzahl der chronischen Erkrankungen wurde mit Mittelwert (Standardabweichung) zusammengefasst.

* Nur die Patient:innen der Interventionsgruppe, die die Studie planmäßig beendet haben, wurden gematcht.

** Die geschätzten p-Werte sind die Ergebnisse der Hypothesentests zwischen den Gruppen Planmäßige Beendigung und Nichtplanmäßige Beendigung in der Interventionsgruppe.

4.1.1.1 Auswertung der primären und sekundären Zielgrößen

Tabelle 13 bietet eine Übersicht der relevanten Auswertungen, der primären und sekundären Zielgrößen im Bereich der quantitativen Evaluation. Anschließend erfolgt eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Zielgrößen inklusive weiterer Auswertungen.

Endpunkt	Zielvariable	KG (Mittelwert [95% Konfidenzinter- vall])	IG (Mittelwert [95% Konfidenzintervall)	Unadjustiertes Inzidenzraten- verhältnis (95% Kredibilitäts- intervall]	Adjustiertes Inzidenzraten- verhältnis (95% Kredibilitäts- intervall)
Primäre Zielgröße: Anzahl der Notfallkontakte ($N_{IG}=705$, $N_{KG}=1410$)					
Kumulierte Anzahl der Notfall- kontakte über die Inter- ventionszeit von 12 Monaten.	Bereitschaftsdienst	0,25 [0,22, 0,30]	0,27 [0,21, 0,33]	-	-
	Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit	0,17 [0,16, 0,33]	0,23 [0,13, 0,21]	-	-
	Summe	0,42 [0,37, 0,48]	0,49 [0,40, 0, 60]	1,18 [0,90, 1,56]	1,02 [0,68, 1,46]
Primäre Zielgröße: ungeplante Krankenhausaufnahmen ($N_{IG}=577$, $N_{KG}=1154$)					
Kumulierte Anzahl der ungeplanten Krankenhaus aufnahmen über die Inter- ventionszeit von 12 Monaten.		0,29 [0,25, 0,33]	0,44 [0,37, 0,54]	1,48 [1,12, 1,99]	1,37 [0,98, 1,89]
Sekundäre Zielgröße: Nutzung weiterversorgender Institutionen ($N_{IG}=577$, $N_{KG}=1154$)					
Kumulierte Anzahl der Nutzung weiterver- sorgender Institutionen über die Inter- ventionszeit von 12 Monaten.	Stationäre Aufenthalte	0,46 [0,41, 0,51]	0,73 [0,62, 0,84]	-	-
	Facharztbesuche	5,20 [4,92, 5,49]	4,87 [4,48, 5,3]	-	-
	Krankenhaus- Ambulanz	0,16 [0,13, 0,21]	0,20 [0,15, 0,27]	-	-
	Summe	5,82 [5,47, 6,13]	5,80 [5,31, 6,26]	1,00 [0,87, 1,16]	1,01 [0,88, 1,17]

Hausbesuche ($N_{IG}=705$, $N_{KG}=1410$)					
Kumulierte Anzahl der Hausbesuche durch Hausarzt über die Interventionszeit von 12 Monaten.		2,47 [2,14, 2,83]	3,44 [3,05, 3,90]	1,19 [0,81, 1,80]	0,98 [0,71, 1,34]

Tabelle 13 : Zusammenfassung der Ergebnisse

4.1.1.1.1 Primäre Zielgröße: Anzahl der Notfallkontakte

Vier Patient:innen der IG wurden von der Auswertung dieser Zielgröße ausgeschlossen, weil eine Identifizierung dieser vier Patient:innen durch die KV-RLP nicht möglich war. Infolgedessen wurde die Anzahl der analysierten Fälle auf 705 Patient:innen der IG bzw. 1.410 Patient:innen der KG reduziert. Da nicht für alle Patient:innen Daten ihrer Krankenkasse vorlagen, reduzierte sich die Anzahl für die stationären Aufenthalte auf 577 (IG) und 1154 (KG) Patient:innen.

Die durchschnittliche kumulierte Anzahl der Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Hausarztkontakte außerhalb der Sprechstundenzeit von 0,27 (95%-KI: [0,21, 0,33]) bzw. 0,23 (95%-KI: [0,13, 0,21]) wurden über die Interventionszeit von 12 Monaten in der IG beobachtet, während die Patient:innen der KG eine durchschnittlich kumulierte Anzahl jeweils von 0,25 (95%-KI: [0,22, 0,30]) bzw. 0,17 (95%-KI: [0,16, 0,33]) aufwiesen (Tabelle 14). Ein Anstieg der Anzahl der Notfallkontakte wurden mit zunehmendem Alter, Anzahl der chronischen Erkrankungen bzw. Pflegegrad beobachtet. Patienten:innen in Pflegeheimen wiesen einen erhöhten Bedarf an Notfallkontakten auf. Die Anzahl der Notfallkontakte unterschied sich dabei nicht zwischen männlichen und weiblichen Patient:innen. Abbildung 5 zeigt, dass rund 80% bzw. 90% der Patient:innen der IG und KG keinen ärztlichen Bereitschaftsdienst und keine Hausärzt:innen außerhalb der Sprechstundenzeiten konsultiert haben. Dies führt dazu, dass rund 75% der Patient:innen in beiden Gruppen während des Interventionszeitraums keinen Notfallkontakt hatten. Für die Modellierung der Mischverteilung der beiden Gruppen wurde ein Zero-Inflated-Negative-Binomial-Modell verwendet, und die geschätzten Inzidenzratenverhältnisse sind in Tabelle 14 zusammengefasst. Das geschätzte adjustierte Inzidenzratenverhältnis von 1,02 (95%-Krl: [0,68, 1,46]) deutet darauf hin, dass eine durchschnittliche Erhöhung der Inzidenzrate/Anzahl der Notfallkontakte in der IG von 2% beobachtet wurde, mit einer 95% Wahrscheinlichkeit, dass die Inzidenzrate in der IG innerhalb des Bereichs von einer Reduktion von 32% bis zu einer Zunahme von 46% liegt. Es wurde keine statistisch signifikante Reduktion der Nutzung von Notfallkontakten in der IG festgestellt.

	Gesamt		Bereitschaftsdienst		Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit	
	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)
Gesamt						
	0,42 [0,36, 0,48]	0,49 [0,40, 0,60]	0,25 [0,21, 0,29]	0,27 [0,21, 0,32]	0,17 [0,13, 0,20]	0,23 [0,15, 0,31]
Alter						
≤ 69	0,21 [0,09, 0,38]	0,30 [0,12, 0,52]	0,19 [0,08, 0,35]	0,14 [0,05, 0,25]	0,02 [0,00, 0,04]	0,16 [0,03, 0,37]
70 – 79	0,29 [0,21, 0,37]	0,52 [0,29, 0,78]	0,23 [0,17, 0,30]	0,31 [0,18, 0,47]	0,06 [0,03, 0,09]	0,21 [0,05, 0,44]
80 – 89	0,48 [0,41, 0,57]	0,45 [0,34, 0,58]	0,27 [0,22, 0,33]	0,25 [0,19, 0,31]	0,21 [0,16, 0,28]	0,21 [0,12, 0,31]
≥ 90	0,76 [0,53, 1,01]	0,86 [0,53, 1,25]	0,32 [0,19, 0,47]	0,42 [0,24, 0,66]	0,44 [0,27, 0,63]	0,43 [0,22, 0,68]
Geschlecht						
Weiblich	0,45 [0,39, 0,52]	0,48 [0,37, 0,60]	0,26 [0,21, 0,31]	0,26 [0,20, 0,33]	0,19 [0,15, 0,24]	0,22 [0,14, 0,31]
Männlich	0,36 [0,27, 0,47]	0,51 [0,35, 0,70]	0,24 [0,17, 0,32]	0,28 [0,19, 0,38]	0,12 [0,07, 0,18]	0,23 [0,11, 0,40]
Anzahl der chronischen Erkrankungen						
2 – 5	0,36 [0,26, 0,48]	0,35 [0,18, 0,59]	0,21 [0,15, 0,27]	0,14 [0,08, 0,22]	0,15 [0,07, 0,24]	0,21 [0,07, 0,42]
6 – 10	0,39 [0,31, 0,48]	0,49 [0,36, 0,66]	0,23 [0,17, 0,30]	0,27 [0,20, 0,35]	0,16 [0,11, 0,21]	0,22 [0,12, 0,34]
11 – 15	0,46 [0,34, 0,60]	0,50 [0,32, 0,71]	0,30 [0,21, 0,41]	0,30 [0,18, 0,46]	0,17 [0,11, 0,24]	0,20 [0,09, 0,34]
≥ 15	0,51 [0,37, 0,67]	0,71 [0,40, 1,09]	0,29 [0,21, 0,39]	0,39 [0,20, 0,62]	0,22 [0,11, 0,34]	0,32 [0,09, 0,67]
Pflegeheim						
Nein	0,39 [0,34, 0,45]	0,47 [0,37, 0,57]	0,24 [0,20, 0,28]	0,25 [0,19, 0,30]	0,15 [0,12, 0,19]	0,22 [0,15, 0,30]
Ja	1,38 [0,82, 2,03]	1,27 [0,73, 1,86]	0,56 [0,23, 0,97]	0,86 [0,36, 1,45]	0,82 [0,44, 1,31]	0,41 [0,18, 0,73]
Pflegegrad						
Ohne	0,30 [0,24, 0,36]	0,33 [0,24, 0,43]	0,21 [0,16, 0,26]	0,23 [0,16, 0,32]	0,09 [0,06, 0,12]	0,09 [0,05, 0,14]
1	0,69 [0,41, 1,01]	0,69 [0,35, 1,12]	0,32 [0,19, 0,49]	0,21 [0,12, 0,32]	0,36 [0,14, 0,66]	0,48 [0,16, 0,89]
2	0,58 [0,43, 0,76]	0,61 [0,44, 0,83]	0,30 [0,21, 0,40]	0,39 [0,26, 0,53]	0,28 [0,16, 0,42]	0,23 [0,13, 0,34]
3	0,78 [0,56, 1,04]	0,50 [0,26, 0,81]	0,39 [0,26, 0,53]	0,25 [0,13, 0,41]	0,39 [0,24, 0,55]	0,25 [0,09, 0,48]

	Gesamt		Bereitschaftsdienst		Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit	
	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)
4	1,03 [0,56, 1,56]	1,04 [0,20, 2,32]	0,49 [0,28, 0,74]	0,20 [0,04, 0,36]	0,54 [0,15, 1,05]	0,84 [0,08, 2,12]
5	1,11 [0,33, 1,89]	1,57 [0,00, 4,43]	0,56 [0,00, 1,33]	0,43 [0,00, 1,00]	0,56 [0,11, 1,00]	1,14 [0,00, 3,43]

Tabelle 14: Zusammenfassung der Nutzung der Notfallkontakte

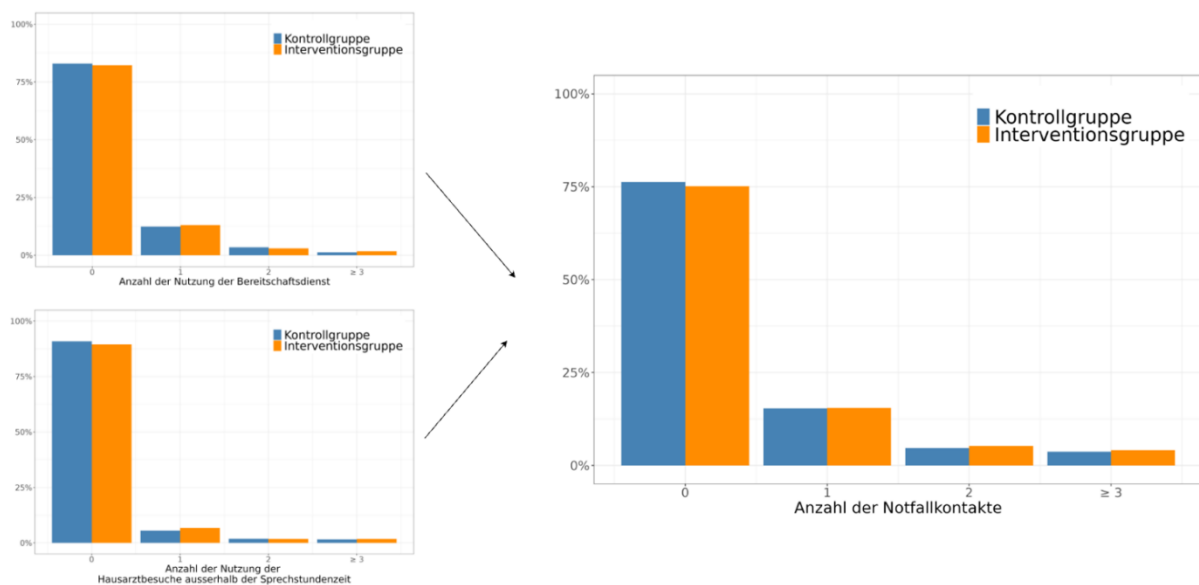


Abbildung 5: Darstellung der Anzahl der Bereitschaftsdienste Hausarztkontakt außerhalb der Sprechstundenzeit und Notfallkontakte

4.1.1.1.2 Primäre Zielgröße: ungeplante Krankenhausaufnahmen

Die Patient:innen der IG wiesen über von 12 Monaten im Durchschnitt 0,44 ungeplante Krankenhausaufnahmen (95%-KI: [0,36, 0,52]) auf, während die Patient:innen der KG im Durchschnitt 0,29 ungeplante Krankenhausaufnahmen aufwiesen. Die Abbildung 6 zeigt, dass rund 70% bzw. 80% der Patient:innen der IG und KG über die Interventionszeit nicht notfallmäßig stationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Die Resultate in Tabelle 15 weisen auf, dass das geschätzte adjustierte Inzidenzratenverhältnis von 1,37 eine durchschnittliche Zunahme der Inzidenzrate/Anzahl der ungeplanten Krankenhausaufnahmen von 43% in der IG indiziert. Der 95-prozentige Kreditibilitätsintervall liegt demnach innerhalb des Bereichs von einer Reduktion von 2% bis zu einer Zunahme von 89% der Inzidenzrate in der IG. Es wurde keine statistisch signifikante Reduktion der ungeplanten Krankenhausaufnahmen in der IG festgestellt.

	Ungeplante Krankenhausaufnahme	
	KG (N=1154)	IG (N=577)
Gesamt		
	0,29 [0,26, 0,34]	0,44 [0,36, 0,52]
Alter		
≤ 69	0,10 [0,06, 0,15]	0,28 [0,16, 0,41]
70 - 79	0,25 [0,18, 0,32]	0,39 [0,26, 0,55]
80 - 89	0,34 [0,28, 0,40]	0,49 [0,38, 0,63]
≥ 90	0,49 [0,34, 0,64]	0,42 [0,20, 0,68]
Geschlecht		
Männlich	0,27 [0,21, 0,33]	0,47 [0,34, 0,62]
Weiblich	0,31 [0,27, 0,37]	0,41 [0,32, 0,51]
Anzahl der chronischen Erkrankungen		
2 - 5	0,19 [0,13, 0,25]	0,34 [0,21, 0,50]
6 - 10	0,29 [0,22, 0,35]	0,46 [0,33, 0,61]
11 - 15	0,37 [0,29, 0,45]	0,33 [0,22, 0,45]
≥ 15	0,37 [0,27, 0,48]	0,70 [0,44, 1,00]
Pflegeheim		
Nein	0,30 [0,26, 0,34]	0,42 [0,34, 0,50]
Ja	0,33 [0,15, 0,56]	1,00 [0,25, 2,08]
Pflegegrad		
Ohne	0,25 [0,20, 0,29]	0,31 [0,23, 0,39]
1	0,40 [0,22, 0,59]	0,36 [0,19, 0,54]
2	0,42 [0,30, 0,56]	0,62 [0,40, 0,89]
3	0,45 [0,32, 0,60]	0,68 [0,40, 0,97]
4	0,44 [0,18, 0,74]	0,55 [0,09, 1,27]
5	0,17 [0,00, 0,50]	0,29 [0,00, 0,86]

Tabelle 15 : Zusammenfassung der ungeplanten Krankenhausaufnahmen

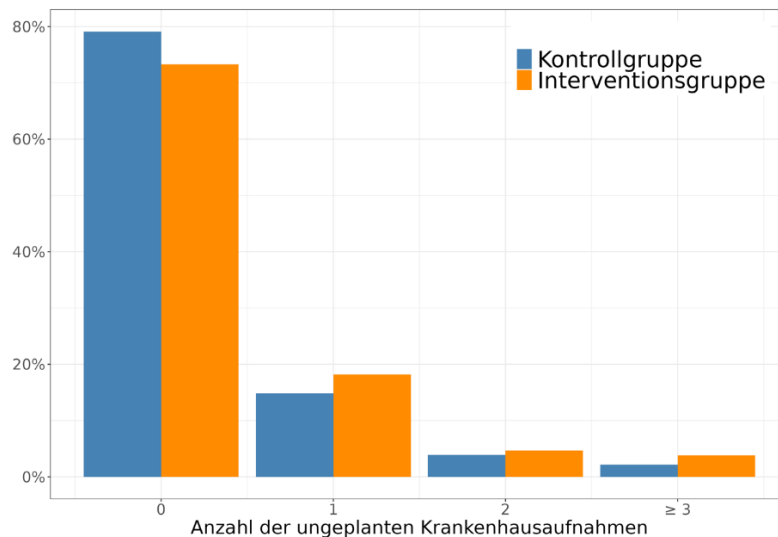


Abbildung 6: Darstellung der Anzahl der ungeplanten Krankenhausaufnahmen

4.1.1.1.3 Sekundäre Zielgröße: Nutzung weiterversorgender Institutionen

Die Zielgröße Nutzung weiterversorgender Institutionen berücksichtigt bei der Erfassung der Nutzung weiterversorgender Institutionen drei Komponenten: stationäre Krankenhausaufenthalte (geplante und ungeplante), Facharztbesuche sowie die Inanspruchnahme der Krankenhausambulanz. Die durchschnittliche kumulierte Anzahl der Nutzung weiterversorgender Institutionen über die Interventionszeit von 12 Monaten liegt beim 5,78 (95%-KI: [5,50, 6,05]) und 5,86 (95%-KI: [5,44, 6,28]) bei der KG und IG. In Tabelle 16 werden die Mittelwerte und die 95%-Konfidenzintervalle hinsichtlich der Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte, der Facharztbesuche und der Nutzung der Krankenhausambulanz dargestellt. Abbildung 7 veranschaulicht die Verteilung der jeweiligen Komponenten. Es ist erkennbar, dass die Anzahl der Facharztbesuche zum Großteil der Anzahl der Nutzung weiterversorgender Institutionen beitrug. Es lässt sich eine allgemeine negative Korrelation zwischen Alter/Altersgruppen und den drei Bereichen in den beiden Gruppen erkennen, wobei die stationäre Krankenhausaufnahme der KG eine positive Korrelation mit Alter/Altersgruppen aufweist. Des Weiteren wurde festgestellt, dass Patient:innen, die in einem Pflegeheim untergebracht waren, im Durchschnitt eine geringere Nutzung der weiterversorgenden Institutionen aufwiesen, mit Ausnahme der Krankenhausambulanz. Für den Pflegegrad wurde ein durchschnittlich abfallender Trend in der Inanspruchnahme weiterversorgender Institutionen beobachtet. Das geschätzte adjustierte Inzidenzratenverhältnis von 1,01 (95%-Kri: [0,88, 1,17]) deutet auf eine durchschnittliche Erhöhung der Inzidenzrate/Anzahl der Notfallkontakte in der IG von 1% hin, wobei diese Erhöhung nicht statistisch signifikant ist (Tabelle 16).

	Gesamt		Stationäre Krankenhausaufnahme		Facharztbesuche		Kontakt Krankenhausambulanz	
	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)
Gesamt								
	5,78 [5,50, 6,05]	5,86 [5,44, 6,28]	0,46 [0,41, 0,51]	0,74 [0,64, 0,85]	5,16 [4,91, 5,42]	4,94 [4,57, 5,32]	0,15 [0,12, 0,20]	0,19 [0,14, 0,25]
Alter								
≤ 69	6,32 [5,50, 7,20]	7,04 [5,84, 8,27]	0,28 [0,18, 0,40]	0,86 [0,59, 1,19]	5,83 [5,09, 6,63]	5,65 [4,65, 6,72]	0,21 [0,09, 0,34]	0,53 [0,26, 0,82]
70 - 79	6,73 [6,19, 7,28]	7,13 [6,27, 7,99]	0,41 [0,32, 0,50]	0,82 [0,61, 1,04]	6,13 [5,62, 6,65]	6,12 [5,37, 6,90]	0,20 [0,12, 0,29]	0,19 [0,11, 0,27]
80 - 89	5,52 [5,12, 5,91]	5,28 [4,73, 5,83]	0,51 [0,44, 0,59]	0,71 [0,58, 0,86]	4,88 [4,51, 5,25]	4,47 [3,97, 5,01]	0,13 [0,09, 0,18]	0,10 [0,04, 0,16]
≥ 90	3,69 [3,10, 4,36]	4,10 [2,98, 5,43]	0,60 [0,44, 0,78]	0,52 [0,25, 0,83]	3,00 [2,42, 3,63]	3,35 [2,37, 4,65]	0,09 [0,01, 0,21]	0,23 [0,07, 0,45]
Geschlecht								
Männlich	6,14 [5,64, 6,62]	6,55 [5,87, 7,24]	0,46 [0,38, 0,55]	0,82 [0,65, 1,01]	5,52 [5,05, 5,98]	5,45 [4,83, 6,08]	0,16 [0,10, 0,23]	0,27 [0,17, 0,39]
Weiblich	5,57 [5,23, 5,92]	5,47 [4,96, 6,02]	0,46 [0,40, 0,52]	0,69 [0,56, 0,83]	4,96 [4,64, 5,29]	4,64 [4,17, 5,13]	0,15 [0,11, 0,20]	0,14 [0,08, 0,20]
Anzahl der chronischen Erkrankung								
2 - 5	4,95 [4,38, 5,54]	4,15 [3,52, 4,86]	0,34 [0,24, 0,44]	0,61 [0,41, 0,83]	4,53 [3,99, 5,08]	3,39 [2,83, 4,00]	0,09 [0,04, 0,14]	0,15 [0,05, 0,28]
6 - 10	5,58 [5,16, 6,00]	5,61 [5,00, 6,25]	0,43 [0,35, 0,52]	0,80 [0,62, 1,00]	4,99 [4,58, 5,39]	4,60 [4,05, 5,19]	0,16 [0,10, 0,23]	0,21 [0,12, 0,31]
11 - 15	6,38 [5,77, 6,99]	6,99 [6,07, 7,91]	0,56 [0,46, 0,67]	0,64 [0,49, 0,81]	5,65 [5,09, 6,25]	6,15 [5,35, 6,99]	0,17 [0,10, 0,25]	0,20 [0,09, 0,31]
≥ 15	6,52 [5,77, 7,30]	7,19 [5,95, 8,54]	0,56 [0,43, 0,70]	0,95 [0,67, 1,27]	5,75 [5,06, 6,47]	6,05 [4,89, 7,30]	0,22 [0,10, 0,35]	0,19 [0,05, 0,35]
Pflegeheim								
Nein	5,82 [5,54, 6,10]	5,92 [5,51, 6,36]	0,46 [0,41, 0,51]	0,73 [0,63, 0,84]	5,22 [4,96, 5,49]	5,00 [4,61, 5,40]	0,14 [0,11, 0,18]	0,19 [0,13, 0,25]

	Gesamt		Stationäre Krankenhausaufnahme		Facharztbesuche		Kontakt Krankenhausambulanz	
	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)	KG (N=1014)	IG (N=507)
Ja	3,89 [2,63, 5,19]	3,17 [1,92, 4,42]	0,37 [0,15, 0,67]	1,00 [0,25, 2,08]	2,93 [1,81, 4,07]	1,92 [0,83, 3,17]	0,59 [0,15, 1,11]	0,25 [0,00, 0,75]
Pflegegrad								
Ohne	6,07 [5,74, 6,40]	5,94 [5,39, 6,50]	0,42 [0,36, 0,48]	0,60 [0,49, 0,71]	5,51 [5,20, 5,83]	5,16 [4,65, 5,71]	0,14 [0,10, 0,19]	0,18 [0,11, 0,26]
1	5,93 [4,90, 7,09]	5,75 [4,42, 7,31]	0,57 [0,36, 0,81]	0,59 [0,36, 0,86]	5,26 [4,28, 6,29]	5,07 [3,78, 6,56]	0,10 [0,03, 0,19]	0,08 [0,00, 0,22]
2	5,53 [4,72, 6,38]	6,58 [5,63, 7,62]	0,57 [0,41, 0,75]	1,03 [0,76, 1,34]	4,81 [4,03, 5,62]	5,20 [4,36, 6,10]	0,15 [0,05, 0,27]	0,35 [0,18, 0,55]
3	4,79 [3,85, 5,81]	5,31 [4,26, 6,42]	0,60 [0,42, 0,79]	1,00 [0,66, 1,39]	3,98 [3,17, 4,87]	4,19 [3,27, 5,17]	0,21 [0,07, 0,38]	0,12 [0,03, 0,22]
4	2,59 [1,68, 3,62]	4,36 [2,41, 6,59]	0,47 [0,18, 0,82]	0,73 [0,23, 1,45]	1,88 [1,18, 2,68]	3,59 [1,86, 5,77]	0,24 [0,00, 0,59]	0,05 [0,00, 0,14]
5	1,83 [0,33, 3,50]	2,71 [0,43, 6,00]	0,17 [0,00, 0,50]	0,57 [0,14, 1,14]	0,83 [0,00, 2,17]	2,14 [0,14, 4,86]	0,83 [0,00, 2,17]	0,00 [0,00, 0,00]

Tabelle 16: Zusammenfassung der Nutzung weiterversorgender Institutionen

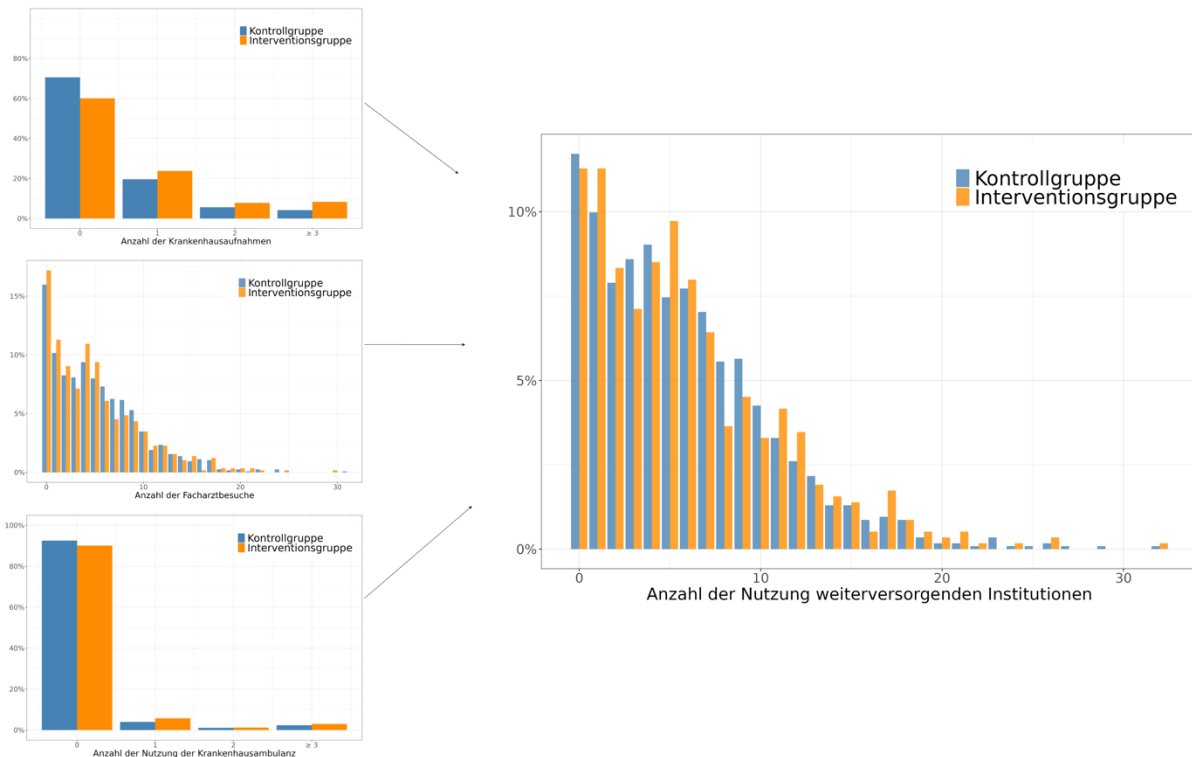


Abbildung 7: Darstellung der Anzahl der Nutzung weiterversorgender Institutionen

4.1.1.1.4 Sekundäre Zielgröße: Hausbesuche

Tabelle 17 stellt die Mittelwerte und die 95%-Konfidenzintervalle hinsichtlich der Hausbesuche durch Hausärzt:innen dar. Die durchschnittliche kumulierte Anzahl der Hausbesuche durch Hausärzt:innen über die Interventionszeit von 12 Monaten betrug für die KG 2,48 (95%-KI: [2,16; 2,82]) und für die IG 3,45 (95%-KI: [3,04; 3,88]). Alter und Pflegegrad zeigten einen zunehmenden Trend mit der Anzahl der Hausbesuche. Die Patient:innen der KG mit Pflegegrad von 2 bis 5 hatten eine höhere Inanspruchnahme von Hausbesuchen durch Hausärzt:innen als die Patient:innen der IG. Zudem nutzten weibliche Patientinnen die Hausbesuche signifikant häufiger als männliche Patienten. Die Patient:innen in Pflegeheimen hatten eine höhere Anzahl an Hausbesuchen durch Hausärzt:innen im Vergleich zu den Patient:innen, die nicht in Pflegeheimen wohnen. Die Anzahl der chronischen Erkrankungen zeigte keine eindeutige Assoziation mit der Anzahl der Hausbesuche. Abbildung 8 zeigt, dass die Anzahl der Patient:innen, die während der Interventionszeit keinen Hausbesuch durch einen Hausarzt/eine Hausärztin benötigten, in der KG im Vergleich zur IG-Gruppe um ca. 20% höher lag. Der adjustierte Gesamt-Interventionseffekt von 0,98 (95%-KI: [0,71, 1,34]) deutet auf eine durchschnittliche Reduktion der Anzahl der Hausbesuche durch Hausärzt:innen der IG von 2 % hin (vgl. Tabelle 17).

	Gesamt		Normalfall		Notfall	
	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)
Gesamt						
	2,48 [2,16, 2,82]	3,45 [3,04, 3,88]	2,33 [2,02, 2,66]	3,23 [2,86, 3,62]	0,15 [0,12, 0,19]	0,22 [0,15, 0,30]
Alter						
≤ 69	0,19 [0,04, 0,39]	2,25 [1,46, 3,16]	0,18 [0,04, 0,38]	2,09 [1,38, 2,87]	0,00 [0,00, 0,01]	0,16 [0,04, 0,37]
70 - 79	0,89 [0,53, 1,30]	2,67 [1,90, 3,55]	0,85 [0,51, 1,27]	2,46 [1,80, 3,18]	0,04 [0,02, 0,07]	0,21 [0,05, 0,44]
80 - 89	2,85 [2,38, 3,37]	3,64 [3,07, 4,26]	2,66 [2,19, 3,16]	3,44 [2,91, 4,02]	0,19 [0,14, 0,25]	0,20 [0,11, 0,30]
≥ 90	8,22 [6,57, 10,02]	6,05 [4,61, 7,62]	7,78 [6,20, 9,45]	5,62 [4,29, 7,05]	0,43 [0,27, 0,63]	0,43 [0,21, 0,67]
Geschlecht						
Weiblich	3,22 [2,75, 3,73]	3,73 [3,21, 4,30]	3,04 [2,59, 3,53]	3,51 [3,05, 4,01]	0,18 [0,13, 0,22]	0,22 [0,14, 0,31]
Männlich	1,22 [0,89, 1,58]	2,98 [2,38, 3,64]	1,11 [0,80, 1,46]	2,75 [2,18, 3,36]	0,11 [0,06, 0,16]	0,23 [0,10, 0,40]
Anzahl der chronischen Erkrankungen						
2 - 5	2,60 [1,74, 3,57]	3,70 [2,86, 4,63]	2,46 [1,64, 3,37]	3,49 [2,75, 4,35]	0,14 [0,07, 0,23]	0,21 [0,07, 0,44]
6 - 10	2,30 [1,84, 2,82]	3,35 [2,73, 4,01]	2,15 [1,71, 2,62]	3,14 [2,60, 3,73]	0,15 [0,11, 0,21]	0,21 [0,12, 0,33]
11 - 15	2,32 [1,78, 2,89]	2,95 [2,24, 3,74]	2,20 [1,67, 2,76]	2,76 [2,12, 3,50]	0,12 [0,07, 0,18]	0,19 [0,08, 0,33]
≥ 15	3,17 [2,32, 4,14]	4,32 [2,96, 5,94]	2,97 [2,15, 3,96]	4,01 [2,79, 5,44]	0,20 [0,10, 0,33]	0,31 [0,08, 0,66]
Pflegeheim						
Nein	2,02 [1,75, 2,33]	3,20 [2,80, 3,61]	1,89 [1,62, 2,18]	2,99 [2,63, 3,37]	0,13 [0,10, 0,16]	0,21 [0,14, 0,30]
Ja	18,54 [14,82, 22,46]	11,27 [8,59, 14,59]	17,72 [14,05, 21,85]	10,86 [8,18, 14,09]	0,82 [0,41, 1,28]	0,41 [0,18, 0,68]
Pflegegrad						
Ohne	1,10 [0,85, 1,39]	2,56 [2,03, 3,15]	1,03 [0,78, 1,30]	2,48 [1,99, 3,03]	0,08 [0,05, 0,11]	0,09 [0,04, 0,14]
1	2,97 [1,92, 4,15]	4,54 [3,21, 6,14]	2,72 [1,77, 3,72]	4,07 [2,91, 5,35]	0,26 [0,09, 0,47]	0,47 [0,14, 0,87]
2	4,91 [3,74, 6,18]	4,14 [3,30, 5,08]	4,64 [3,53, 5,85]	3,92 [3,13, 4,76]	0,26 [0,15, 0,40]	0,22 [0,12, 0,34]
3	7,38 [5,60, 9,35]	4,02 [2,97, 5,25]	7,01 [5,27, 8,99]	3,77 [2,84, 4,84]	0,37 [0,23, 0,53]	0,25 [0,09, 0,47]
4	8,67 [6,03, 11,41]	5,48 [3,32, 7,92]	8,13 [5,67, 10,85]	4,64 [2,96, 6,36]	0,54 [0,18, 1,05]	0,84 [0,08, 2,08]

	Gesamt		Normalfall		Notfall	
	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)	KG (N=1410)	IG (N=705)
5	14,22 [6,00, 23,56]	4,86 [2,00, 7,71]	13,67 [5,56, 23,44]	3,71 [1,43, 6,29]	0,56 [0,11, 1,00]	1,14 [0,00, 3,43]

Tabelle 17: Zusammenfassung der Hausbesuche durch Hausärzt:innen

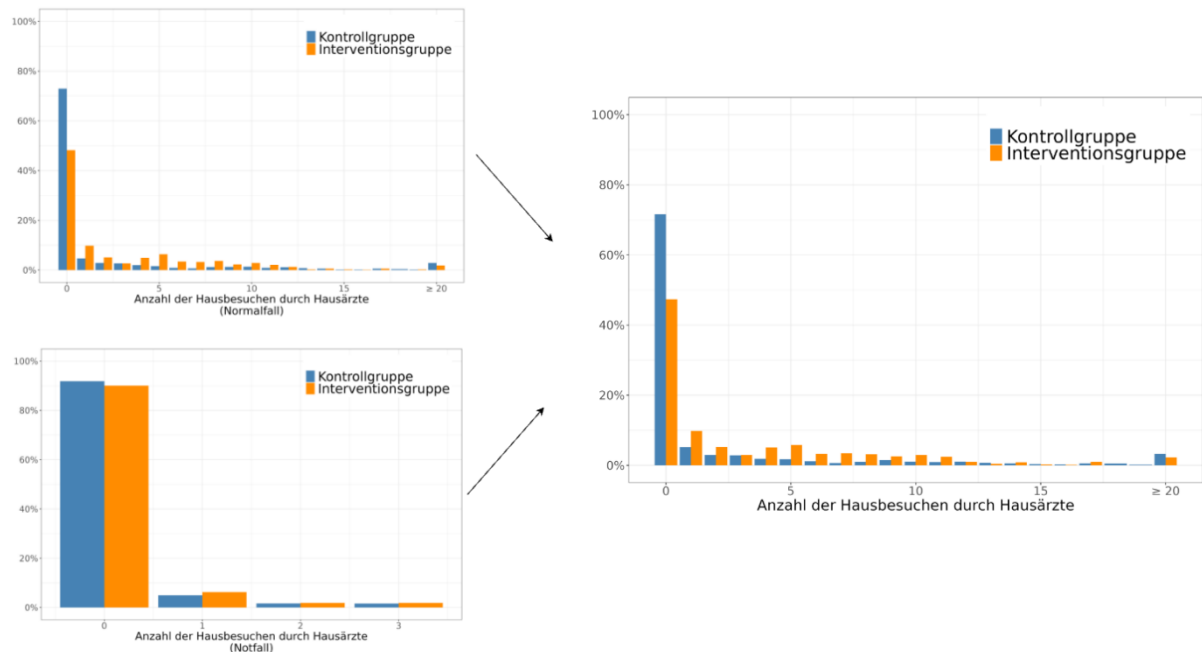


Abbildung 8: Darstellung der Anzahl der Hausbesuche

4.1.1.1.5 Sekundäre Zielgröße: Pflegeheim

Es wurde ein Auszug der Patient:innen aus dem Pflegeheim festgelegt, wenn während der Interventionszeit über einen Zeitraum von drei Quartalen kein Anspruch auf die Leistung GOP 37100 bestand. Darüber hinaus wurde der Einzug der Patient:innen ins Pflegeheim festgelegt, wenn während der Interventionszeit jemals ein Anspruch auf die Leistung GOP 37100 bestand. Die Zusammenfassung der Ergebnisse in Tabelle 18 zeigt, dass 11 von 508 (2,2 %) Patient:innen in der IG bzw. 16 von 1016 (1,6 %) Patient:innen der KG in ein Pflegeheim gezogen sind. Andererseits erfolgte ein Auszug aus dem Pflegeheim bei 1 von 11 (9,1 %) Patient:innen der IG bzw. 2 von 27 (7,4 %) Patient:innen der KG.

	IG (N=508)	KG (N=1016)
Pflegeheim bei Registrierung		
Nein	497	989
Ja	11	27
Änderung des Pflegeheim-Status (nach GOP 37100)		
Einzug	11 (2,2%)	16 (1,6%)
Auszug	1 (9,1%)	2 (7,4%)

Tabelle 18: Änderung Pflegeheim-Status

4.1.1.2 Vorher-Während-Vergleich

Für die 300 AOK Patient:innen, die regulär die Studie beendet hatten, lagen Daten ein Jahr vor der Intervention und Daten für das Studienjahr vor. Die deskriptiven Auswertungen zeigen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Zeiträumen hinsichtlich Mittelwerte der Inanspruchnahmen und Veränderungen in den Anzahlen der Inanspruchnahmen für die primären und sekundären Endpunkte. Im Bereich der regulären Hausarztbesuche (nicht Notfall) zeigte sich ein höherer Mittelwert während der Intervention (Mittelwert-Differenz: 0,68). Eine Übersicht der Ergebnisse des Vorher-Während-Vergleichs findet sich in Tabelle 19. Hinsichtlich des Pflegegrades zeigte sich jedoch eine deutliche Veränderung. Bei 83 (27.7%) der Teilnehmer:innen wurde während der Interventionszeit einer Erhöhung des Pflegegrades dokumentiert. Im Jahr vor der Intervention gab es keine Erhöhung des Pflegegrades bei den Teilnehmer:innen.

	Mittelwert (SD)			Anzahl (%)		
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Differenz	Höher vor der Intervention	unverändert	Höher während der Intervention
Primäre Endpunkte						
Bereitschaftsdienst	0,33 (0,77)	0,26 (0,77)	-0,07 (0,80)	48 (23.4%)	205 (68.3%)	47 (22.9%)
HA-Kontakte außerhalb der Sprechstunde	0,15 (0,46)	0,15 (0,72)	0 (0,81)	28 (9.3%)	246 (82.0%)	26 (8.7%)
Ungeplante stationäre Aufenthalte	0,54 (0,92)	0,53 (1,21)	-0,01 (1,26)	74 (24.7%)	167 (55.7%)	59 (19.7%)
Sekundäre Endpunkte						
Facharztbesuche	4,80 (4,80)	4,95 (5,01)	0,15 (3,15)	114 (38.0%)	66 (22.0%)	120 (40.0%)

Stationäre Aufenthalte	0,74 (1,13)	0,79 (1,42)	0,04 (1,41)	77 (25.7%)	151 (50.3%)	72 (24.0%)
Krankenhaus-ambulanz	0,10 (0,46)	0,15 (0,59)	0,05 (0,51)	14 (4.7%)	264 (88.0%)	23 (7.7%)
Hausbesuche HA (normal)	3,03 (4,82)	3,71 (5,57)	0,68 (4,40)	84 (28.0%)	106 (36.3%)	107 (35.7%)
Hausbesuche HA (Notfall)	0,15 (0,46)	0,19 (0,78)	0,04 (0,83)	28 (9.3%)	248 (82.7%)	24 (8.0%)

Tabelle 19: Mittelwert-Differenzen und Veränderung der Inanspruchnahme beim Vorher-Während-Vergleich

4.1.2 Gesundheitsökonomische Analysen

Die gesundheitsökonomischen Analysen umfassen die Kosten der neuen Versorgungsform, Analysepopulation, Kontaktanalyse und Kostenanalyse.

4.1.2.1 Kosten der neuen Versorgungsform

In fünf Hausarztpraxen fand eine ausreichende Dokumentation der Arbeitszeiten der APNs statt. Diese fünf Hausarztpraxen behandelten 2/3 (65.3%) der Patient:innen. Unter Berücksichtigung von 30 Tagen Urlaub, 8 Feiertagen und 15 Krankheitstagen ergab sich ein mittlerer Anteil der dokumentierten Arbeitszeit an der vertraglichen Arbeitszeit von 65%. Es ergab sich, dass 73.3% der Arbeitszeit auf die Versorgung der Patient:innen entfiel. Daraus resultierte ein durchschnittlicher Lohn von 59,26€ pro APN-Stunde. Dieser Stundenlohn stellt die Basis zur Berechnung der Kosten der neuen Versorgungsform dar. Aus der Kontaktanalyse zeigte sich, dass die mittlere Versorgungsdauer der Patient:innen bei 633 Minuten lag und somit 625,22€ pro Jahr an Kosten entstanden. Eine detaillierte Aufteilung der Kosten pro Patient:in pro Quartal findet sich in Tabelle 20. Unter der Annahme, dass die Kosten nach dem 4. Quartal konstant bleiben, belaufen sich die Kosten für das Folgejahr (Jahr nach Projektteilnahme) auf 446,45€. Bei durchschnittlich 633 Minuten pro Patient:in kann eine APN-Vollzeitstelle, bei Berücksichtigung der effektiven jährlichen Arbeitszeit, durchschnittlich 125 Patient:innen versorgen.

Kostenposition	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Gesamt
Anzahl Erstkontakte	1,0	0	0	0	1,0
Mittlere Anzahl Folgekontakte	3,5	3,2	2,8	2,7	12
Versorgungsdauer (in Min.)	267	134	119	113	633
Kosten	263,72	132,35	117,54	111,61	625,22

Tabelle 20: Kosten der Patientenversorgung pro Quartal

Wie in den Methoden (Abschnitt 3.2.1) beschrieben, beschränkten sich die gesundheitsökonomischen Analysen auf Patient:innen, die in Praxen behandelt wurden, bei denen eine ausreichende Dokumentation der Versorgungszeiten festgestellt wurde. Insgesamt wurden 537 (63%) Patient:innen in Praxen mit guter Dokumentation behandelt, wogegen 316 (37%) in Praxen mit unzureichender Dokumentation der Versorgungszeiten behandelt wurden. Hinsichtlich der Stammdaten Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Anzahl der Krankheiten zeigte sich zwischen den beiden Gruppen ein statistisch signifikanter Unterschied

beim Alter ($p<0,01$), Pflegegrad ($p<0,01$) und Anzahl der Krankheiten ($p<0,01$). Eine Übersicht der Stammdaten in beiden Gruppen findet sich in Tabelle 21.

Da nicht alle Patient:innen die Studie regulär beendeten, wurde noch eine Drop out-Analyse durchgeführt. Von den 537 Patient:innen, die für die gesundheitsökonomischen Auswertungen in Frage kamen, beendeten 74 (13,9%) die Studie nicht regulär. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patient:innen mit regulärem Studienende und Patient:innen, die als Drop out gewertet wurden, lagen hinsichtlich Geschlecht ($p=0,01$) und Pflegegrad ($p<0,01$) vor. Alle Daten zu diesem Gruppenvergleich finden sich in Tabelle 22.

Da für die gesundheitsökonomische Auswertung stationärer Krankenhausaufenthalte (geplant und ungeplant) Daten der Krankenkasse der Patient:in vorliegen mussten, dies aber nicht für alle Patient:innen der Fall war, reduzierte sich die Fallzahl für diese Analyse auf 372. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Stammdaten zwischen den Gruppen mit und ohne Krankenkassendaten. Für jede/n Patient:in der gesundheitsökonomischen Analyse wurden Matches der BKK herangezogen.

	Gut dokumentiert (n=537)	Unzureichend dokumentiert (n=316)	p-Wert
Alter			<0,01
Mittelwert (SD)	79,3 (11.2)	82,1 (8,1)	
Median	82	83	
Geschlecht			0.16
Männlich	214 (39.9%)	110 (34.8%)	
Weiblich	323 (60.1%)	206 (65.2%)	
Pflegegrad			<0.01
Kein	269 (50.1%)	119 (37.7%)	
1	59 (11.0%)	41 (13.0%)	
2	95 (17.7%)	77 (24.4%)	
3	88 (16.4%)	51 (16.1%)	
4	20 (3.7%)	22 (7.0%)	
5	6 (1.1%)	6 (1.9%)	
Anzahl Krankheiten			<0.01
3	46 (8.6%)	35 (11.1%)	
4-6	83 (15.5%)	77 (24.4%)	
7-9	149 (27.7%)	81 (25.6%)	
10 oder mehr	259 (48.2%)	123 (38.9%)	

Tabelle 21 : Vergleich der Stammdaten zwischen Praxen mit guter und unzureichender Dokumentation

	Regulär beendet (n=463)	Nicht-planmäßig beendet (n=74)	p-Wert
Alter			0,049
Mittelwert (SD)	79,0 (11,2)	81,2 (11,1)	
Median	81	83	
Geschlecht			0,01
Männlich	174 (37,6%)	40 (54,1%)	
Weiblich	289 (62,4%)	34 (45,9%)	
Pflegegrad			<0,01
Kein	244 (52,7%)	25 (33,8%)	
1	52 (11,2%)	7 (9,5%)	
2	77 (16,6%)	18 (24,3%)	
3	71 (15,3%)	17 (23,0%)	
4	13 (2,8%)	7 (9,5%)	
5	6 (1,3%)	0	
Anzahl Krankheiten			0,56
3	41 (8,9%)	5 (6,8%)	
4-6	75 (16,2%)	8 (10,8%)	
7-9	126 (27,2%)	23 (31,1%)	
10 oder mehr	221 (47,7%)	38 (51,4%)	

Tabelle 21: Vergleich der Stammdaten zwischen Patient:innen mit regulärem und nicht-planmäßigem Studienende

In der Auswertung des Erstkontaktes zeigten sich Unterschiede zwischen den Praxen mit guter Dokumentation und den Praxen mit unzureichender Dokumentation. In Praxen mit guter Dokumentation wurde für den Erstkontakt eine Dauer von durchschnittlich 118,9 Minuten (SD: 72,5; Median: 110 Minuten) und in Praxen mit unzureichender Dokumentation 99,5 Minuten (SD: 61,0; Median: 90 Minuten) angegeben. Ergebnisse der multivariaten linearen Regression zeigten statistisch signifikant längere Erstkontakte in Praxen mit guter Dokumentation ($\beta=18,6$; $p<0,01$), höherem Pflegegrad (Pflegegrad 1/2: $\beta=18,3$; $p<0,01$; Pflegegrad 3/4/5: $\beta=13,8$; $p=0,02$; Referenz: kein Pflegegrad) und zunehmender Anzahl an Krankheiten (7-9 Krankheiten: $\beta=19,1$; $p=0,03$; 10 oder mehr Krankheiten: $\beta=23,5$; $p<0,01$; Referenz: 3 Krankheiten). Alle Ergebnisse der multivariaten linearen Regression finden sich in Tabelle 23. Alle weiteren Auswertungen hinsichtlich der Kontakte beruhen auf Praxen mit guter Dokumentation. Erstkontakte konnten innerhalb oder außerhalb der Hausarztpraxis, aber immer in persönlichem Kontakt stattfinden. Der Großteil der Erstkontakte fand außerhalb der Hausarztpraxis (91,6%; $n=424$) statt und dauerte im Durchschnitt 119,7 Minuten (Median: 110 Minuten) wogegen Erstkontakte innerhalb der Praxis (8,4%; $n=39$) im Durchschnitt nur 103,5 Minuten (Median: 90 Minuten) dauerten.

Um Faktoren zu identifizieren, die mit einem Erstkontakt außerhalb der Praxis assoziiert waren, wurde eine multivariate logistische Regression mit Ort (innerhalb der Praxis vs. außerhalb der Praxis) des Erstkontaktes als abhängiger Variable gerechnet. Hier zeigten sich statistisch signifikant höhere Odds für zunehmendes Alter (OR: 1,1; 95%KI [1,01;1,1]) und höheren Pflegegrad (Pflegegrad 1/2: OR: 4,0; 95%KI [1,5;11,0]; Pflegegrad 3/4/5: OR:14,4; 95%KI [1,7;120,1]; Referenz: kein Pflegegrad). Alle Ergebnisse der multivariaten logistischen Regression finden sich in Tabelle 24. Bei den Folgekontakten zeigten sich Unterschiede

hinsichtlich der Nutzungsform und der durchschnittlichen Dauer. Während 95,9% der Teilnehmer:innen mindestens einen Folgekontakt persönlich außerhalb der Praxis wahrnahmen, nutzten 54,6% mindestens einmal den Telefonkontakt als Kontaktform und lediglich 24,2% nahmen den persönlichen Kontakt innerhalb der Hausarztpraxis als Ort des Folgekontaktes war. Der persönliche Folgekontakt außerhalb der Praxis dauert mit durchschnittlich 47,9 Minuten (SD: 17,1; Median: 46,3 Minuten) am längsten, gefolgt vom persönlichen Folgekontakt innerhalb der Hausarztpraxis mit durchschnittlich 34,0 Minuten (SD: 21,3; Median: 30 Minuten) und dem Telefonkontakt mit einer durchschnittlichen Dauer von 16,4 Minuten (SD: 10,3; Median: 15 Minuten). Die längeren Kontaktzeiten für persönliche Kontakte (Erst- und Folgekontakte) außerhalb der Hausarztpraxis lassen sich auch damit erklären, dass die Fahrzeiten zu den Kontakten in die Kontaktzeiten mit einberechnet sind.

	B	p-Wert
Alter	-0,2	0,41
Geschlecht (ref: männl.)		
Weiblich	2,6	0,59
Pflegegrad (ref: kein)		
1 oder 2	18,3	<0,01
3 oder 4 oder 5	13,8	0,02
Anzahl Krankheiten (ref: 3)		
4-6	6,3	0,50
7-9	19,1	0,03
10 oder mehr	23,5	<0,01
Gruppe (ref: unzureichend dokumentiert)		
Gut dokumentiert	18,6	<0,01

Tabelle 22: Multivariate lineare Regression mit Dauer des Erstkontaktes als abhängige Variable

	OR	95%KI
Alter	1.1	[1.0;1.1]
Geschlecht (ref: männl.)		
weiblich	1.4	[0.7;2.8]
Pflegegrad (ref: kein)		
1 oder 2	4.0	[1.5;11.0]
3 oder 4 oder 5	14,4	[1,7;120,1]
Anzahl Krankheiten (ref: 3)		
4-6	1,6	[0,4;6,3]
7-9	1,1	[0,3;3,4]
10 oder mehr	1,0	[0,3;3,1]

Tabelle 23: Multivariate logistische Regression mit Ort des Erstkontaktes als abhängige Variable

4.1.2.2 Kostenanalyse

Die Kosten (monetären Werte) wurden entsprechend Tabelle 8 von den beteiligten Krankenkassen und der KV bereitgestellt. Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit Krankenkassendaten und der Gruppe ohne Krankenkassendaten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Anzahl der Erkrankungen und Pflegegrad.

Die Ergebnisse der primären Kostenanalyse (Gesundheitsökonomischer Datensatz) finden sich in Tabelle 25. Hinsichtlich der ungeplanten stationären Aufenthalte (IG: 2592,76€, 95%KI [1833,61;3351,91]; KG: 1537,89€, 95%KI [1183,11;1892,67]), geplanten stationären Aufenthalte (IG: 1399,23€ 95%KI [986,87;1811,59]; KG: 1054,33€ 95%KI [789,47;1319,18]) und Hausbesuchen (IG: 59,88€ 95%KI [49,00;70,76]; KG: 41,54€ 95%KI [34,35;48,74]) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Auch in der erweiterten Kostenanalyse wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede bei den ambulanten ärztlichen Leistungen exklusive Hausbesuche (IG: 1101,54€ 95%KI [942,20;1260,89]; KG: 1031,94€ 95%KI [927,84;1136,04]) und ambulanten Krankenhausbehandlungen (IG: 63,37€ 95%KI [32,93;93,80]); KG: 105,65€ 95%KI [75,66;135,65]) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe beobachtet. Auch bei den medianen Kosten zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Mit Ausnahme der medianen Kosten für ambulante ärztliche Leistungen exklusive Hausbesuche (IG: Median: 765,04€; KG: Median: 810,60€) lag der Median in den anderen Kostenkategorien bei 0€. Für die Interventionsgruppe fallen noch die Kosten der neuen Versorgungsform (APN-Versorgung) mit durchschnittlich 625,22€ (95%KI [580,57;652,95]) an.

	IG (unadj.)	KG (unadj.)	IG (adj.)	KG (adj.)
Kategorie				
Ungeplante stationäre Krankenhaus-aufenthalte				
Median (Q25;Q75)	0 (0;280)	0 (0;0)		
Mittelwert [95%KI]	2700,50 [1829,29;3571,72]	1496,84 [1155,44;1838,23]	2592,76 [1833,61;3351,91]	1537,89 [1183,11;1892,67]
Stationäre Krankenhaus-aufenthalte (geplant)				
Median (Q25;Q75)	0 (0;0)	0 (0;0)		
Mittelwert [95%KI]	1389,77 [973,70;1805,84]	1053,71 [798,26;1309,15]	1399,23 [986,87;1811,59]	1054,33 [789,47;1319,18]
Hausbesuche				
Median (Q25;Q75)	0 (0;66,96)	0 (0;0)		

Mittelwert [95%KI]	64,22 [51,53;76,90]	40,03 [33,41;46,66]	59,88 [49,00;70,76]	41,54 [34,35;48,74]
Ambulante ärztliche Leistungen (ohne Hausbesuche)				
Median (Q25;Q75)	765,04 (467,67;1177,24)	810,60 (543,38;1210,76)		
Mittelwert [95%KI]	1114,23 [905,77;1322,69]	1026,24 [937,03;1115,45]	1101,54 [942,20;1260,89]	1031,94 [927,84;1136,04]
Ambulante Krankenhaus- leistungen				
Median (Q25;Q75)	0 (0;0)	0 (0;0)		
Mittelwert [95%KI]	61,36 [47,93;125,83]	107,51 [71,77;135,59]	63,37 [32,93;93,80]	105,65 [75,66;135,65]
Kosten nVf				
Median (Q25;Q75)	523,46 (375,31;765,44)			
Mittelwert [95%KI]	625,22 [580,57;652,95]			

Tabelle 24: Kostenanalyse unadjustiert (unadj.) und adjustiert (adj.) für Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Anzahl der Erkrankungen

Bei den stratifizierten Auswertungen nach Inanspruchnahme der nVF (gemessen durch die Kosten pro Patient:in) und dem Pflegegrad zeigt sich, dass Patient:innen, die die nVF intensiv (Q75 der Kosten der nVF) genutzt haben, statistisch signifikant höhere Kosten im Bereich der ungeplanten stationären Aufenthalte in der IG im Vergleich zur KG aufgetreten sind. Für den Pflegegrad zeigte sich dasselbe Bild. Patient:innen mit höherem Pflegegrad (3 oder 4 oder 5) wiesen in der IG statistisch signifikant höhere Kosten im Bereich der ungeplanten stationären Aufenthalte im Vergleich zur KG auf. Die Auswertungen waren jeweils für Alter, Geschlecht und Anzahl der Erkrankungen adjustiert. Alle Ergebnisse dieser beiden Auswertungen finden sich in den Tabellen 26 und 27.

Mittelwert-Differenz (95% KI) KG vs. IG			
	Q25	Q25-Q75	Q75
Stationäre Krankenhausaufent- halte			
ungeplant	-689,88 [-1801,73;421,97]	-171,79 [-966,57;622,99]	-3483,47 [-6358,88;-608,05]

geplant	366,14 [-478,59;1210,87]	-535,49 [-1263,08;192,11]	84,02 [-921,06;1089,10]
Ambulante ärztliche Leistungen			
Hausbesuche	-17,80 [-42,70;7,11]	-26,42 [-47,23;-5,62]	-1,34 [-23,55;20,86]
Sonstige Leistungen	-185,82 [-471,93;100,28]	-43,30 [-344,38;257,79]	88,59 [-69,37;246,56]
Ambulante Krankenhausleistungen	63,04 [-37,30;163,39]	32,63 [-44,83;110,09]	34,61 [-17,01;86,23]

Tabelle 25: Kostenvergleiche stratifiziert nach Nutzung der nVF (Kosten-Quartile)

Mittelwert-Differenz (95% KI) KG vs. IG			
	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1/2	Pflegegrad 3/4/5
Stationäre Krankenhausaufenthalte			
ungeplant	-930,05 [-1968,01;107,91]	-323,71 [-1848,59;1201,18]	-2760,41 [-5363,87;-156,95]
geplant	-277,35 [-932,67;377,97]	-377,96 [-1302,30;546,38]	-454,75 [-1406,27;496,76]
Ambulante ärztliche Leistungen			
Hausbesuche	-27,73 [-41,47;-13,99]	-5,57 [-44,12;32,98]	50,19 [-0,62;100,99]
Sonstige Leistungen	-39,10 [-280,67;202,46]	85,19 [-212,68;338,07]	29,27 [-342,80;401,34]
Ambulante Krankenhausleistungen	44,41 [-15,34;104,16]	19,20 [-61,73;100,14]	33,89 [-40,48;108,25]

Tabelle 26: Kostenvergleiche stratifiziert nach Pflegegrad

4.1.2.3 Kostenanalyse Vorher-Während-Vergleich

Hinsichtlich der Kosten für den Vorher-Während-Vergleich zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Kostenkategorien: (1) ungeplante stationäre Krankenhausaufenthalte, (2) geplante stationäre Krankenhausaufenthalte und (3) Hausbesuche. Eine Übersicht der Kosten findet sich in Tabelle 28.

	Vorher	Während
Kategorie		
Ungeplante stationäre Krankenhausaufenthalte		
Median (Q25;Q75)	0 (0;3593,33)	0 (0;2414,48)
Mittelwert [95%KI]	2967,83 [2290,66;3645,00]	3348,33 [2420,39;4276,26]
Stationäre Krankenhausaufenthalte (geplant)		
Median (Q25;Q75)	0 (0;0)	0 (0;0)
Mittelwert [95%KI]	1113,91 [653,73;1574,09]	1290,50 [830,73;1750,28]
Hausbesuche		
Median (Q25;Q75)	33,48 (0;111,60)	22,32 (0;111,60)
Mittelwert [95%KI]	68,85 [57,12;80,58]	82,51 [67,71;97,31]

Tabelle 27: Kostenvergleich Vorher-Während

Abbildung 9 zeigt einen Boxplot der ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte. Im Jahr vor der Intervention wurden 106 von 300 Patienten ungeplant stationär aufgenommen. Während der Interventionsphase reduzierte sich diese Zahl auf 86.

Dass der Mittelwert der Kosten während der Intervention (mit „x“ markiert) trotzdem leicht höher liegt, ist vor allem auf einzelne besonders kostenintensive Aufenthalte zurückzuführen. Die Mehrheit der ungeplanten stationären Aufenthalte verursachte hingegen geringere Kosten als vor der Intervention, was sich in einer niedrigeren Interquartilsabstand (IQR) widerspiegelt.

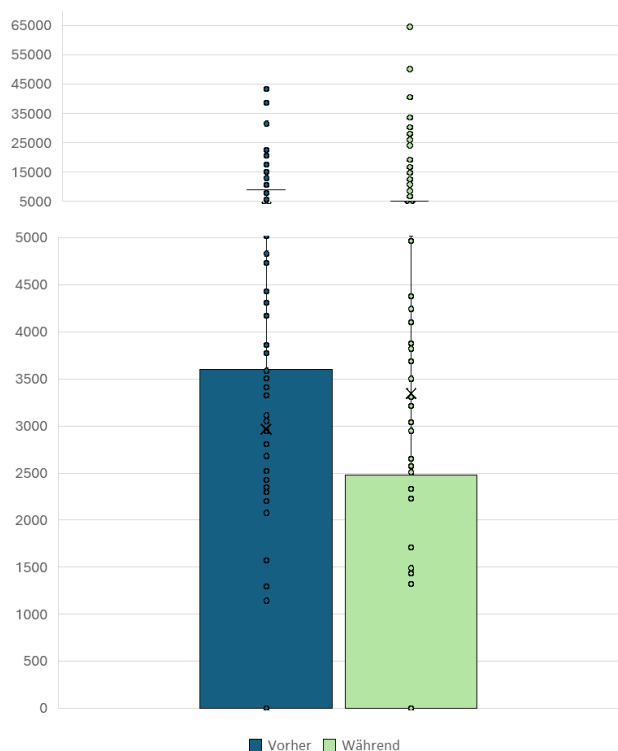


Abbildung 9: Boxplot der ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte

4.2 Ergebnisse Monitoring / Prozessevaluation

4.2.1 Datengrundlage Monitoring /Prozessevaluation

Insgesamt wurden in den neun beteiligten Hausarztpraxen bzw. Versorgungszentren 873 Patient:innen in die APN-Versorgung aufgenommen. Davon wurden 709 Patient:innen (= 81,2 %) planmäßig über zwölf Monate hinweg durch eine APN betreut. Für 705 dieser planmäßig betreuten Patient:innen konnten von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) weitergehende Gesundheitsdaten für die im Rahmen der Projektevaluation vorgesehenen Analysen geliefert werden. Deshalb wird auch im Rahmen des Monitorings für die Auswertungen planmäßiger APN-Versorgungen die Stichprobe dieser 705 Fälle zugrunde gelegt.

Stichprobe Patient:innen-Fragebogen bei Versorgungsbeginn

Die Erhebungsbögen wurden durch die APNs bei einem Hausbesuch oder ggf. in der Praxis an die Patient:innen ausgegeben, die den ausgefüllten Erhebungsbogen pseudonymisiert in einem vorbereiteten Briefumschlag portofrei an das KH-Team zurückschicken sollten. Für die 705 Patient:innen, die eine zwölfmonatige APN-Versorgung erhalten haben, konnten zu Versorgungsbeginn bei 617 Patient:innen (= 87,5 %) Patient:innen-Fragebögen ausgeteilt werden. Der Erhebungsbogen konnte u.a. wegen mangelnder Bereitschaft der Patient:innen, den Erhebungsbogen entgegenzunehmen, starker Sehbeeinträchtigung oder kognitiven Beeinträchtigungen nicht ausgegeben werden. Insgesamt wurden 255 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Damit liegt die Rücklaufquote bei 41,3 %.

Bei einer Streuung zwischen n=2 in der Gruppe der 41-50-Jährigen und n=19 in der Gruppe der 91-100-Jährigen lag das durchschnittliche Alter der Patient:innen mit zurückgesandtem

Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn bei 79,7 Jahren (SD = 10,4 Jahre, Median = 82,0 Jahre) (Tabelle 29).

Alter	N	Prozent
<= 20 Jahre	0	0,0 %
21-30 Jahre	0	0,0 %
31-40 Jahre	0	0,0 %
41-50 Jahre	2	0,8 %
51-60 Jahre	10	3,9 %
61-70 Jahre	20	7,8 %
71-80 Jahre	84	32,9 %
81-90 Jahre	120	47,1 %
91-100 Jahre	19	7,5 %
Gesamt	255	100,0 %

Tabelle 28: Altersverteilung der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn

Die Mehrzahl der Patient:innen (63,1%), die einen ausgefüllten Patienten-Fragebogen zurückgesendet haben, war weiblich. Knapp 50 % der Patient:innen, die einen ausgefüllten Patienten-Fragebogen für den Versorgungsbeginn zurückgesendet haben, hatten zu Versorgungsbeginn eine Einstufung in einen Pflegegrad (Tabelle 30).

Pflegegrad	N	Prozent	Gültige Prozent
keine Einstufung in Pflegegrade	130	51,0 %	51,4 %
Pflegegrad 1	38	14,9 %	15,0 %
Pflegegrad 2	53	20,8 %	20,9 %
Pflegegrad 3	29	11,4 %	11,5 %
Pflegegrad 4	3	1,2 %	1,2 %
Pflegegrad 5	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	253	99,2 %	100,0 %
Unbekannt/keine Angabe	2	3,3 %	--
Gesamt	255	100,0 %	--

Tabelle 29: Pflegegrade der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn

Stichprobe Patienten-Fragebogen bei Versorgungsende

Für die 705 Patient:innen, die eine zwölfmonatige APN-Versorgung erhalten haben, konnten zu Versorgungsende bei 573 Patient:innen (= 81,3 %) Patienten-Fragebögen und ausgeteilt werden. Insgesamt wurden davon 268 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Damit liegt die Rücklaufquote bei 46,8 %. Bei einer Spannweite zwischen 55 und 99 Jahren lag das durchschnittliche Alter der Patient:innen bei 79,9 Jahren (SD = 8,7 Jahre, Median = 81,0 Jahre).

Die Mehrzahl der Patient:innen (64,6%), die einen ausgefüllten Patient:innen-Fragebogen zurückgesendet haben, war weiblich.

Knapp 50 % der Patient:innen, die einen ausgefüllten Patienten-Fragebogen für das Versorgungsende zurückgesendet haben, hatten zu Versorgungsbeginn eine Einstufung in einen Pflegegrad (Tabelle 31).

Pflegegrad	N	Prozent	Gültige Prozent
keine Einstufung in Pflegegrade	135	50,4 %	50,9 %
Pflegegrad 1	30	11,2 %	11,3 %
Pflegegrad 2	59	22,0 %	22,3 %
Pflegegrad 3	40	14,9 %	15,1 %
Pflegegrad 4	1	0,4 %	0,4 %
Pflegegrad 5	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	265	98,9 %	100,0 %
Unbekannt/keine Angabe	3	1,1 %	--
Gesamt	268	100,0 %	--

Tabelle 30: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem Patient:innen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn

Bei einer Spannweite zwischen 18 und 99 Jahren lag das durchschnittliche Alter der Patient:innen bei 80,3 Jahren (SD = 9,5 Jahre, Median = 82,0 Jahre).

Stichprobe An-/Zugehörigen-Fragebogen bei Versorgungsbeginn

Für die 705 Patient:innen, die eine zwölfmonatige APN-Versorgung erhalten haben, konnten zu Versorgungsbeginn bei 648 Patient:innen (= 91,9 %) An-/Zugehörigen-Fragebögen ausgeteilt werden. Insgesamt wurden davon 194 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Damit liegt die Rücklaufquote bei 29,9 %.

Bei einer Streuung zwischen 18 und 99 Jahren lag das durchschnittliche Alter der Patient:innen, deren An-/Zugehörige einen Erhebungsbogen ausgefüllt hatte, bei 80,3 Jahren (SD = 9,5 Jahre, Median = 82,0 Jahre). 61,9 % der teilnehmenden An-/Zugehörigen war weiblich.

Mehr als die Hälfte der Patient:innen, für die ein ausgefüllter An-/Zugehörigen-Fragebogen für den Versorgungsbeginn zurückgesendet wurde, hatten zu Versorgungsbeginn eine Einstufung in einen Pflegegrad (Tabelle 32).

Pflegegrad	N	Prozent	Gültige Prozent
keine Einstufung in Pflegegrade	83	42,8 %	43,5 %
Pflegegrad 1	23	11,9 %	12,0 %
Pflegegrad 2	44	22,7 %	23,0 %
Pflegegrad 3	30	15,5 %	15,7 %
Pflegegrad 4	10	5,2 %	5,2 %
Pflegegrad 5	1	0,5 %	0,5 %
Gesamt	191	98,5 %	100,0 %

Unbekannt/keine Angabe	3	1,5 %	--
Gesamt	194	100,0 %	--

Tabelle 31: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem An-Zugehörigen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn

Stichprobe An-Zugehörigen-Fragebogen bei Versorgungsende

Für die 705 Patient:innen, die eine zwölfmonatige APN-Versorgung erhalten haben, konnten zu Versorgungsende bei 620 Patient:innen (= 87,9 %) An-/Zugehörigen-Fragebögen und ausgeteilt werden. Insgesamt wurden davon 216 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Damit liegt die Rücklaufquote bei 34,8 %.

Bei einer Streuung zwischen 53 und 96 Jahren lag das durchschnittliche Alter der Patient:innen bei 80,7 Jahren (SD = 8,1 Jahre, Median = 82,0 Jahre). 65,7 % der teilnehmenden An-/Zugehörigen war weiblich. 59,7 % der Patient:innen, deren An-/Zugehörige einen Fragebogen zurückgesandt haben, hatten eine Einstufung in einen Pflegegrad (Tabelle 33).

Pflegegrad	N	Prozent	Gültige Prozent
keine Einstufung in Pflegegrade	87	40,3 %	40,8 %
Pflegegrad 1	26	12,0 %	12,2 %
Pflegegrad 2	54	25,0 %	25,4 %
Pflegegrad 3	32	14,8 %	15,0 %
Pflegegrad 4	13	6,0 %	6,1 %
Pflegegrad 5	1	0,5 %	0,5 %
Gesamt	213	98,6 %	100,0 %
Unbekannt/keine Angabe	3	1,4 %	--
Gesamt	216	100,0 %	--

Tabelle 32: Pflegegrad der Patient:innen mit zurückgesandtem An-/Zugehörigen-Fragebogen zum Versorgungsbeginn

Die Datenerhebung der qualitativen Interviews bei Patient:innen durch das IMBEI wurde bei 26 Interviews gestoppt, da sich keine neuen Inhalte mehr darstellten. Es wurden zu Versorgungsbeginn sechs Interviews mit Hausärzt:innen aus sechs Praxen durchgeführt. Trotz mehrfacher Nachfragen war es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, ein/e Hausärzt:in je Praxis für ein Interview zu gewinnen. Nach Abschluss der Intervention nahmen je Praxis mindestens ein/e Hausärztin teil. In einer Praxis wurde das Interview mit zwei Hausärzt:innen geführt, die die Praxis gemeinsam leiteten.

Von der KH wurden zu t0 alle beteiligten APNs interviewt, zu t1 fiel krankheitsbedingt 1 APN für die Interviews aus. Zum Zeitpunkt t2 hatte in einer Praxis eine APN gewechselt. Die ‚neue‘ APN war zu diesem Zeitpunkt erst fünf Monate im Einsatz und hätte die im Interview gestellten Fragen kaum beantworten können und wurde deshalb ausgeschlossen. Vom IMBEI wurden zum Projektende neun APN- Interviews geführt. Die qualitativen Interviews mit der Gruppe der MFAs/VERAHs/NäPs wurde planmäßig durchgeführt (Tabelle 34).

Zeitpunkt	t0	t1	t2
Patient:innen	Keine geplante Erhebung	Keine geplante Erhebung	n = 26
Hausärzt:innen	n = 6	Keine geplante Erhebung	n = 10
APN (IMBEI)	Keine geplante Erhebung	Keine geplante Erhebung	n = 9
APN (KH)	n = 9	n = 8	n = 8
MFAs/VERAHs/NäPas	n = 18	Keine geplante Erhebung	n = 18

Tabelle 33: Übersicht Zeitpunkt und Anzahl qualitative Interviews

Die Teilnahme der Hausärzt:innen an der quantitativen Erhebung ist in Tabelle 35 benannt. Der Rücklauf betrug zu t0 30% und zu t2 67,5 %.

Zeitpunkt	t0	t1	t2
Hausärzt:innen	n = 12	Keine geplante Erhebung	n = 27

Tabelle 34: Anzahl teilnehmende Hausärzt:innen quantitative Erhebung

4.2.2 Auswertung Monitoring und Prozessdaten

4.2.2.1 Gesundheitliche Ausgangssituation der teilnehmenden Patient:innen

Einleitend wird die gesundheitliche Ausgangssituation der teilnehmenden Patient:innen vorgestellt. Die Anzahl der vorliegenden ausgefüllten Assessmentinstrumente variiert. Das liegt u.a. daran, dass in Abhängigkeit vom Wert des DemTect spezifische Instrumente eingesetzt wurden. Teilweise wurden die Instrumente nicht ausgefüllt.

Knapp 45 % der untersuchten Patient:innen kann auf Basis der DemTect-Testergebnisse eine altersgemäße kognitive Leistungsfähigkeit bescheinigt werden. Bei rund 27 % liegen leichte kognitive Beeinträchtigungen vor. Bei 28 % der Patient:innen liegt anhand der Testergebnisse ein Demenzverdacht vor, der eine weitere diagnostische Abklärung erforderlich erscheinen lässt (Tabelle 36).

		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<= 8 Punkte: Demenzverdacht - weitere diagnostische Abklärung/ Therapie	163	28,0	28,0
	9-12 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	160	27,4	55,4
	13-18 Punkte: altersgemäße kognitive Leistung	260	44,6	100,0
	Gesamt	583	100,0	
Fehlend	unbekannt/keine Angabe	122		
Gesamt		705		

Tabelle 35: DemTect-Gesamtbewertung

Mobilität und Lokomotion sind bei der Hälfte der untersuchten Patient:innen mäßig eingeschränkt, d.h. die entsprechenden Bewegungen sind nur mit Unterstützung oder gar nicht mehr möglich (Tabelle 37).

Einzeltest	0		1		2		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brücke	138	50,9	131	49,1	--	--	271	100,0
Auf die Seite rollen	22	8,1	249	91,9	--	--	271	100,0
Vom Liegen zum Sitzen	20	7,4	91	33,6	160	59,0	271	100,0
Sitzen im Stuhl ohne Unterstützung	14	5,2	257	94,8	--	--	271	100,0
Aus dem Stuhl aufstehen	20	7,4	82	30,3	169	62,4	271	100,0
Aus dem Stuhl aufstehen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen	166	61,3	105	38,7	--	--	271	100,0
Ohne Unterstützung stehen	65	24,0	206	76,0	--	--	271	100,0
Stehen mit geschlossenen Füßen	140	51,7	131	48,3	--	--	271	100,0
Auf den Fußspitzen stehen	227	83,8	44	16,2	--	--	271	100,0
Im Tandemstand mit geschlossenen Augen stehen	242	89,3	29	10,7	--	--	271	100,0
Wegstrecke +/- Gehhilfe	32	11,8	81	29,9	158	58,3	271	100,0
Selbstständiges Gehen	49	18,1	136	50,2	86	31,7	271	100,0
Stift vom Boden aufheben	135	49,8	136	50,2	--	--	271	100,0
Vier Schritte rückwärts gehen	160	59,0	111	41,0	--	--	271	100,0
Springen	236	87,1	35	12,9	--	--	271	100,0

Tabelle 36: Ergebnisse der DEMMI-Einzeltests

Legende: 0 = nicht möglich; 1 = möglich (z. T. mit Unterstützung); 2 = selbstständig möglich

Aus den 15 Einzeltests wurden im Rahmen der Gesamtauswertung der DEMMI-Testergebnisse zunächst ein DEMMI-Gesamtrohwert als Summenwert und auf dieser Basis ein standardisierter DEMMI-Summenscore ermittelt (Tabelle 38).

		Demmi-Rohwert bei Versorgungsbeginn	Demmi-Summenscore bei Versorgungsbeginn
n		271	271
Mittelwert		11,0	48,4
Median		11,0	44,0
Std.-Abweichung		4,80	21,84
Minimum		0	0
Maximum		19	100
Perzentile	25	8,0	36,0
	50	11,0	44,0
	75	15,0	62,0

Tabelle 37: DEMMI-Geamtrohwert und -Summenscore

Die Datenerhebung zum MNA erfolgte in knapp drei Vierteln der Fälle (74,1 %) als Selbst- und bei rund einem Viertel der Patient:innen (25,9 %) als Fremdauskunft. Im ersten Teil der

Durchführung des MNA erfolgte zunächst ein basales Screening des Ernährungszustands (Tabelle 39).

		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<= 7 Punkte: Mangelernährung	80	11,6	11,6
	8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung	238	34,5	46,1
	12-14 Punkte: normaler Ernährungszustand	372	53,9	100,0
	Gesamt	690	100,0	
Fehlend	unbekannt/keine Angabe	15		
Gesamt		705		

Tabelle 38: MNA-Screeningergebnisse

Im weiteren Verlauf erfolgte aufbauend auf dem Screeningergebnis des MNA eine detailliertere Erfassung der Ernährungssituation mithilfe von 12 weiteren Assessment-Einzeltests. Aus den Ergebnissen von Screening und Assessment erfolgte die Gesamtbewertung der APN zum individuellen Ernährungszustand der Patient:innen in Form des MNA-Mangelernährungs-Index. Demzufolge liegt bei 6,5 % der Patient:innen bei Versorgungsbeginn eine Mangelernährung vor und bei weiteren knapp 40 % besteht ein nachweisbares Mangelernährungs-Risiko (Tabelle 40).

		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	< 17 Punkte: Mangelernährung	46	6,7	6,7
	17-23,5 Punkte: Risiko für Mangelernährung	271	39,4	46,1
	24-30 Punkte: normaler Ernährungszustand	370	53,9	100,0
	Gesamt	687	100,0	
Fehlend	unbekannt/keine Angabe	18		
Gesamt		705		

Tabelle 39: MNA-Mangelernährungs-Index

Bei der Bewertung der Schmerzintensität mit der NRS wurde differenziert nach Schmerzen in Ruhe und Schmerzen in Belastungssituationen gefragt (Tabelle 41).

		Schmerz-Wert in Ruhe	Schmerz-Wert in Belastung
N	Gültig	563	560
	Fehlend	142	145
Mittelwert		1,7	3,8
Median		1,0	4,0
Std.-Abweichung		2,1	2,9
Minimum		0	0
Maximum		9	10
Perzentile	25	0,00	1,00

	50	1,00	4,00
	75	3,00	6,00

Tabelle 40: NRS-Gesamtergebnis

Mit durchschnittlichen Intensitätswerten von 1,7 bzw. 3,8 liegt die subjektive Schmerzwahrnehmung bei den einbezogenen Patient:innen gemessen mit der NRS eher im gering ausgeprägten Bereich. Der NRS-Wert liegt bei der Hälfte der Patient:innen in Ruhe bei 1 und bei Belastung bei 4.

Die Schmerzerfassung mit dem BESD bei Menschen mit einem DemTect ≤ 8 Punkte wurde zu Versorgungsbeginn in 244 Fällen eingesetzt. In den Einzelergebnissen der BESD liegen insgesamt betrachtet vorwiegend geringe Ausprägungen vor. Je nach untersuchtem Verhaltensbereich zeigt sich in den APN-Bewertungen durchgängig bei mindestens knapp 80 % der untersuchten Patient:innen kein wahrnehmbarer Ausdruck empfundener Schmerzen (Tabelle 42).

Verhalten	0		1		2		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atmung	205	84,0	39	16,0	0	0,0	244	100,0
Negative Lautäußerung	195	79,9	47	19,3	2	0,8	244	100,0
Gesichtsausdruck	202	82,8	411	16,8	1	0,4	244	100,0
Körpersprache	215	88,1	28	11,5	1	0,4	244	100,0
Trost	229	93,9	14	5,7	1	0,4	244	100,0

Tabelle 41: BESD-Einzelergebnisse

Legende: 0 Punkte: Patient:in wirkt ruhig. Äußerlich ist kein Schmerzverhalten erkennbar; 1 Punkt: Patient:in sollte weiter beobachtet und ein erneutes Assessment zeitnah durchgeführt werden; 2 Punkte und mehr: Schmerzen sind wahrscheinlich [39].

Dementsprechend liegen auch die Gesamtwerte der BESD-Einschätzungen (Summenwerte der Einzelergebnisse) im Schnitt in einem relativ niedrig ausgeprägten Wertebereich (Tabelle 43).

BESD-Gesamtscore		
N	Gültig	244
	Fehlend	461
Mittelwert		0,73
Median		0,00
Std.-Abweichung		1,345
Minimum		0
Maximum		7
Perzentile	25	0,00
	50	0,00
	75	1,00

Tabelle 42: BESD-Gesamtergebnisse

Bei Menschen mit einem DemTect Wert > 8 wurde der PDI zur Erhebung schmerzbedingter Beeinträchtigungen eingesetzt. In der folgenden Tabelle 44 sind die Einzelergebnisse der durchschnittlichen Beeinträchtigungen in den verschiedenen untersuchten Lebensbereichen dargestellt.

Lebensbereich	n	MW	SD	Md
Familiäre und häusliche Verpflichtungen	486	2,8	2,7	2,0
Erholung	491	1,9	2,3	1,0
Soziale Aktivitäten	492	2,3	2,5	2,0
Beruf	272	2,4	3,0	1,0
Sexualleben	223	1,1	2,5	0,0
Selbstversorgung	490	2,6	2,5	2,0
Lebensnotwendige Tätigkeiten	492	1,9	2,2	1,0

Tabelle 43: Bereichsspezifische PDI-Einzelergebnisse

Aus den Einzelergebnissen bzgl. der verschiedenen Lebensbereiche ergeben sich die folgenden Gesamtwerte bzw. -einschätzungen zum schmerzbedingten PDI-Beeinträchtigungsgrad der Patient:innen im Alltag (Tabelle 45).

		PDI-Gesamtscore
N	Gültig	486
	Fehlend	219
Mittelwert		15,4
Median		13,0
Std.-Abweichung		15,2
Minimum		0
Maximum		66
Perzentile	25	0,00
	50	18,00
	75	36,3

Tabelle 44: PDI-Gesamtergebnisse

Diesen Gesamteinschätzungen zufolge liegt genau bei einem Sechstel der untersuchten Patient:innen aufgrund vorhandener Schmerzen eine deutliche Beeinträchtigung im Alltag vor (Tabelle 46).

		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine deutliche Beeinträchtigung	405	83,3	83,3
	deutliche Beeinträchtigung liegt vor	81	16,7	100,0
	Gesamt	486	100,0	
Fehlend	unbekannt/keine Angabe	219		
Gesamt		705		

Tabelle 45: PDI-Gesamteinschätzung zur Beeinträchtigung im Alltag

Zur standardisierten Untersuchung der Situation der Patient:innen in Bezug auf deren Selbstversorgungsfähigkeit kam der HAQ zum Einsatz. Die folgende Tabelle 47 gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der bei den Patient:innen vorliegenden Einschränkungsgrade bzw. Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Durchführung spezifischer Alltagstätigkeiten.

Tätigkeit	0 = ohne Schwierigkeiten		1 = mit leichten Schwierigkeiten		2 = mit großen Schwierigkeiten		3 = unmöglich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ankleiden und Körperpflege										
Selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden	158	26,3	146	24,3	234	38,9	63	10,5	601	100,0
Haare waschen	180	30,0	125	20,8	178	29,6	118	19,6	601	100,0
Aufstehen										
Von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen	194	32,3	131	21,8	118	19,6	158	26,3	601	100,0
Ins Bett gehen und aufstehen	232	38,6	223	37,1	112	18,6	34	5,7	601	100,0
Essen										
Fleisch mit dem Messer schneiden	379	63,1	120	20,0	76	12,6	26	4,3	601	100,0
Ein gefülltes Glas zum Munde führen	482	80,2	46	7,7	68	11,3	5	0,8	601	100,0
Einen Milchkarton öffnen	319	53,1	166	27,6	78	13,0	38	6,3	601	100,0
Gehen										
Auf ebener Straße gehen	146	24,3	98	16,3	318	52,9	39	6,5	601	100,0
Treppen steigen	93	15,5	110	18,3	287	47,8	111	18,5	601	100,0
Körperpflege										
Sich ganz waschen und abtrocknen	170	28,3	150	25,0	200	33,3	81	13,5	601	100,0
Ein Vollbad nehmen	89	15,0	81	13,6	161	27,1	264	44,4	601	100,0
Auf die Toilette gehen	220	36,6	56	9,3	301	50,1	24	4,0	601	100,0
Heben										
Einen 2 kg schweren Gegenstand über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen	103	17,1	133	22,1	183	30,4	182	30,3	601	100,0
Sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Boden aufzuheben	114	19,0	135	22,5	262	43,6	90	15,0	601	100,0
Greifen und Öffnen										
Eine Autotür öffnen	224	37,3	125	20,8	193	32,2	58	9,7	601	100,0
Ein Konfitürenglas öffnen	263	43,8	66	11,0	248	41,3	24	4,0	601	100,0

Einen Wasserhahn auf- und zudrehen	451	75,2	37	6,2	102	17,0	10	1,7	601	100,0
Andere Tätigkeiten										
Einkaufen gehen	79	13,1	54	9,0	242	40,3	226	37,6	601	100,0
In ein Auto ein- und aussteigen	90	15,0	45	7,5	423	70,4	43	7,2	601	100,0
Haushaltsarbeiten oder Gartenarbeiten verrichten	62	10,3	59	9,8	294	48,9	186	30,9	601	100,0

Tabelle 46: HAQ-Einzelergebnisse zu Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten

Zusätzlich zum Beeinträchtigungsgrad bei diversen Alltagstätigkeiten wurde im Rahmen der HAQ-Erhebung auch nach dem Bedarf zur Nutzung von Hilfsmitteln für verschiedene Tätigkeitsbereiche gefragt. Am häufigsten benötigtes Hilfsmittel ist dabei der Rollator (46,9 %), gefolgt vom Gehstock mit Nutzungsbedarf durch rund ein Drittel der Patient:innen (32,8 %) (Tabelle 48).

Hilfsmittel	Hilfsmittel nicht benötigt		Hilfsmittel benötigt		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Ankleiden und Körperpflege, Aufstehen, Essen, Gehen						
Gehstock	404	67,2	197	32,8	601	100,0
Krücken	556	92,5	45	7,5	601	100,0
Rollstuhl	531	88,4	70	11,6	601	100,0
Hilfsmittel zum Ankleiden	555	92,3	46	7,7	601	100,0
Spezialstuhl	561	93,3	40	6,7	601	100,0
Rollator	319	53,1	282	46,9	601	100,0
Treppenlift	589	98,0	12	2,0	601	100,0
Pflegebett	571	95,0	30	5,0	601	100,0
Anderes	486	80,9	115	19,1	601	100,0
Körperpflege, Heben, Greifen und Öffnen, andere Tätigkeiten						
Toiletten-Sitzerhöhung	416	69,2	185	30,8	601	100,0
Sitz für Badewanne	403	67,1	198	32,9	601	100,0
Schraubendeckelöffner	481	80,0	120	20,0	601	100,0
Hilfsmittel zum Greifen	478	79,5	123	20,5	601	100,0

Tabelle 47: HAQ-Einzelergebnisse zu benötigten Hilfsmitteln

Darüber hinaus wurde für die diversen untersuchten Tätigkeitsbereiche auch nach dem Bedarf zur Hilfe durch andere Personen gefragt. Am häufigsten wird demnach beim Einkaufen oder bei anderen Haushaltsarbeiten Hilfe durch andere Personen in Anspruch genommen (75,4 %) (Tabelle 49).

Tätigkeitsbereich	Hilfe nicht benötigt		Hilfe benötigt		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Ankleiden und Körperpflege	351	58,4	250	41,6	601	100,0
Aufstehen	528	87,9	73	12,1	601	100,0
Essen	532	88,5	69	11,5	601	100,0
Gehen	480	80,4	117	19,6	601	100,0
Körperpflege	349	58,1	252	41,9	601	100,0
Heben	304	50,6	297	49,4	601	100,0
Greifen und Öffnen	491	81,7	110	18,3	601	100,0
Einkaufen oder andere Haushaltsarbeiten	148	24,6	453	75,4	601	100,0

Tabelle 48: HAQ-Einzelergebnisse zu benötigter Hilfe durch andere Personen

Aus den Einzelergebnissen bzgl. der verschiedenen Tätigkeitsbereiche ergeben sich die folgenden Gesamtwerte bzw. -einschätzungen zu Problemen bzw. Beeinträchtigungen der Patient:innen bei Alltagstätigkeiten (Tabelle 50).

		Ankleiden und Körperpflege	Aufstehen	Essen	Gehen	Körperpflege	Heben	Greifen	Andere Tätigkeiten
N	Gültig	601	601	601	601	601	601	601	601
	Fehlend	104	104	104	104	104	104	104	104
Mittelwert		1,5	1,5	0,8	1,7	2,1	1,9	1,4	2,1
Median		2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Std.-Abweichung		1,1	1,2	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		3	3	3	3	3	3	3	3
Perzentile	25	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	2,0
	50	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	75	2,0	3,0	1,0	2,0	3,0	3,0	2,0	300

Tabelle 49: Bereichsspezifische HAQ-Gesamtergebnisse

Aus den bereichsspezifischen Gesamtergebnissen wurde im Rahmen der Endauswertung zusätzlich ein bereichsübergreifender HAQ-Gesamtwert errechnet. Mit einem Durchschnittswert von 1,6 (auf einer Skala mit Wertebereich 0-3) liegen die Beeinträchtigungen im mittleren Wertebereich (Tabelle 51).

HAQ-Gesamtwert		
N	Gültig	601
	Fehlend	104
Mittelwert		1,6
Median		1,8
Std.-Abweichung		0,8
Minimum		0,0
Maximum		3,0
Perzentile	25	0,9
	50	1,8
	75	2,23

Tabelle 50: HAQ-Gesamtergebnisse

Das Instrument MILVA erhebt die Aktivitäten und Kontakte der Patient:innen sowie ihre Wohnsituation und wertet diese hinsichtlich eines Risikos aus.

Die folgenden beiden Tabellen geben einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung von Aktivität und Kontakten der Patient:innen (Tabelle 52) bzw. ihrer Wohnsituation (Tabelle 53).

Item	(fast) nie/selten		ein-/mehrmals in der Woche		mehrmals täglich/jeden Tag		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aktivität								
Haben Sie Hobbies und wie regelmäßig betreiben Sie diese?	205	29,6	257	37,1	231	33,3	693	100,0
Wie oft verlassen Sie im Allgemeinen Ihre Wohnung zu Einkäufen oder Erledigungen?	342	49,4	301	43,4	50	7,2	693	100,0
Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung und unternehmen etwas alleine zu Ihrem Vergnügen?	436	62,9	194	28,0	63	9,1	693	100,0
Kontakt								
Wie häufig ist der Kontakt zu Ihrer wichtigsten Bezugsperson?	18	2,6	153	22,1	522	75,3	693	100,0
Wie oft erhalten Sie Besuch von Menschen, die nicht in Ihrem Haushalt leben?	140	20,2	411	59,3	142	20,5	693	100,0

Tabelle 51: MILVA Einzeltests Aktivität/Kontakt

Item								
	Wohnung im Erdgeschoss/ Lift im Haus		erster Stock, kein Lift		höher als 1. Stock, kein Lift		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wie liegt Ihre Wohnung?	440	63,5	223	32,2	30	4,3	693	100,0
	Wohnung eingeschossig		mehrere Wohnebenen (nicht rollstuhlgeeignet)				gesamt	

	n	%	n	%			n	%
Wohnebenen	352	50,8	341	49,2			693	100,0
	gut und bequem heizbar		schlecht und mühsam heizbar				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Heizung	669	96,5	24	3,5			693	100,0
	vorhanden		nicht vorhanden				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Telefon	690	99,6	3	0,4			693	100,0
	gut und bequem heizbar		schlecht und mühsam heizbar				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Behindertengerechte Ausstattung der Wohnung	244	35,2	449	64,8			693	100,0
	alle Geschäfte des täglichen Bedarfs innerhalb von ca. 500 m		Geschäfte des täglichen Bedarfs weiter entfernt				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Einkaufen	165	23,8	528	76,2			693	100,0
	Haltestelle in der Nähe		nächste Haltestelle weiter entfernt				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Öffentlicher Personen- Nahverkehr	279	40,3	414	59,7			693	100,0
	lange Wohndauer in der Wohnung (> 5 Jahre)		Wohnung in den letzten 5 Jahren bezogen				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Wohndauer	623	89,9	70	10,1			693	100,0
	niedrig		hoch				gesamt	
	n	%	n	%			n	%
Kriminalität in der Wohngegend	676	97,7	16	2,3			692	100,0

Tabelle 52: MILVA Einzeltests Wohnsituation

Die Tabelle 54 gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der bei den Patient:innen vorhandenen Risiken in Bezug auf die verschiedenen Untersuchungsbereiche ihrer psychosozialen Situation. Laut MILVA besteht bei 73,9 % der Patient:innen ein Risiko, das mit zu geringer Aktivität verbunden ist, bei 41,8 % im Bereich der sozialen Kontakte liegt und in 45,8 % durch die Wohnsituationen bedingt ist.

Untersuchungsbereich	Kein Risiko		Risiko liegt vor		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Aktivität	181	26,1	512	73,9	693	100,0
Kontakt	403	58,2	290	41,8	693	100,0
Wohnung	375	54,2	317	45,8	692	100,0

Tabelle 53: MILVA Risikoeinschätzung

4.2.2.2 Auswertung zu Fragen aus Logic Model

4.2.2.2.1 Gestaltung der personenzentrierten und evidenzbasierten APN-Versorgung

1. Wie gestaltet sich die personenzentrierte und evidenzbasierte APN-Versorgung?

Die APN haben bei den Patient:innen zu Beginn des Versorgungsprozesses eine umfassende Bedarfserhebung in 14 Untersuchungsbereichen vorgenommen, die die gesundheitliche Situation abbilden. Diese Bedarfserhebung stütze sich neben der Auswertung der Assessmentinstrumente auf eine klinische Untersuchung, eine pflegfachliche Einschätzung und Informationen von Patient:innen und ggf. An- und Zugehörigen. Diese Einschätzungen erfolgten mithilfe einer vierstufigen Ratingskala im Wertebereich zwischen 0 (= „kein Unterstützungs-/Interventionsbedarf“) und 100 (= „sehr hoher Unterstützungsbedarf“) (Tabelle 55).

Untersuchungsbereich	n	%-Anteil Bedarf vorhanden	MW	SD	Median
Körperliche Gesundheit	697	94,8	41,2	19,4	33,0
Mobilität/Lokomotion	697	75,0	37,4	29,0	33,0
Ernährung	697	43,3	19,0	25,0	0,0
Metabolische (In-)Stabilität	697	54,8	21,2	22,2	33,0
Kognitiver und neuropsychischer Zustand	697	48,8	23,5	28,1	0,0
(In-)Kontinenz	697	31,3	13,8	22,9	0,0
Hautzustand u./o. Wunden	697	31,7	13,7	23,0	0,0
Schmerzen	697	64,6	31,2	28,9	33,0
Medikamentöse Versorgung	697	71,3	28,7	22,7	33,0
Psychosozialer und soziokultureller Zustand	697	40,6	18,1	24,9	0,0
Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement	697	51,4	21,4	24,2	33,0
Selbstversorgungsfähigkeiten	697	50,1	21,3	25,0	33,0
Häusliche Situation	697	57,1	24,8	25,8	33,0
Soziale Situation	697	41,2	17,0	23,1	0,0

Tabelle 54: Bereichsspezifisches Ausmaß an Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarfen zu t0

Bei Betrachtung der Anzahl an Untersuchungsbereichen, in denen bei Versorgungsbeginn Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarf vorliegt, zeigt sich im Mittel ein Bedarf in 7,6 unterschiedlichen Bereichen (Tabelle 56).

n	697
Mittelwert	7,6
Median	7,0
Std.-Abweichung	2,9
Minimum	0
Maximum	14

Perzentile	25	5,0
	50	7,0
	75	10,0

Tabelle 55: Durchschnittliche Anzahl an Bereichen mit Unterstützungs-/Interventionsbedarf

Dabei haben rund 97 % der Patient:innen in mindestens drei Untersuchungsbereichen einen festgestellten Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarf (Tabelle 57).

nz.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	gesamt
n	1	3	16	41	49	72	86	89	73	75	69	57	29	26	11	697
%	0,1	0,4	2,3	5,9	7,0	10,3	12,3	12,8	10,5	10,8	9,9	8,2	4,2	3,7	1,6	100,0

Tabelle 56: Anzahl an Bereichen mit Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarf

Die Patient:innen schätzen ihre Situation bei Versorgungsbeginn in den Bereichen „Medikamentöse Versorgung“, „Ernährung“ und „Häusliche Lebenssituation“ zu einem großen Anteil als eher gut oder sogar sehr gut ein (93,0 %, 89,0 % bzw. 84,1 %). Die schlechtesten Werte zeigen sich in den Bereichen „Körperliche Gesundheit“, „Schmerzen“ und „Mobilität/Lokomotion“, in denen 44,7 %, 54,9 % bzw. 67,1 % der Patient:innen ihre eigene Situation bei Versorgungsbeginn als eher schlecht oder sogar sehr schlecht bewerten (Tabelle 58).

Untersuchungsbereich	sehr schlecht		eher schlecht		eher gut		sehr gut		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperliche Gesundheit	21	8,5	89	36,2	117	47,6	19	7,7	246	100,0
Mobilität/Lokomotion	49	19,2	114	46,9	68	28,0	12	4,9	243	100,0
Ernährung	6	2,4	21	8,5	164	66,7	55	22,4	246	100,0
Metabolische (In-)Stabilität	7	3,2	44	19,9	139	62,9	31	14,0	221	100,0
Kognitiver und neuropsychischer Zustand	11	4,5	53	21,7	129	52,9	51	20,9	244	100,0
(In-)Kontinenz	22	9,1	64	26,3	104	42,8	53	21,8	243	100,0
Hautzustand u./o. Wunden	19	7,9	58	24,0	111	45,9	54	22,3	242	100,0
Schmerzen	38	15,4	97	39,4	86	35,0	25	10,2	246	100,0
Medikamentöse Versorgung	2	0,8	15	6,1	136	55,7	91	37,3	244	100,0
Psychosozialer und soziokultureller Zustand	8	3,4	45	19,2	124	53,0	57	24,4	234	100,0
Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement	18	7,7	59	25,3	105	45,1	51	21,9	233	100,0
Selbstversorgungsfähigkeiten	32	13,3	61	25,3	98	40,7	50	20,7	241	100,0
Häusliche Situation	10	4,1	29	11,8	137	55,9	69	28,2	245	100,0
Soziale Situation	26	11,1	61	26,0	108	46,0	40	17,0	235	100,0

Tabelle 57: Selbsteinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn

Die Abbildung 10 visualisiert die Rangliste zur Selbsteinschätzung der aktuellen Situation bei Versorgungsbeginn durch die Patient:innen.

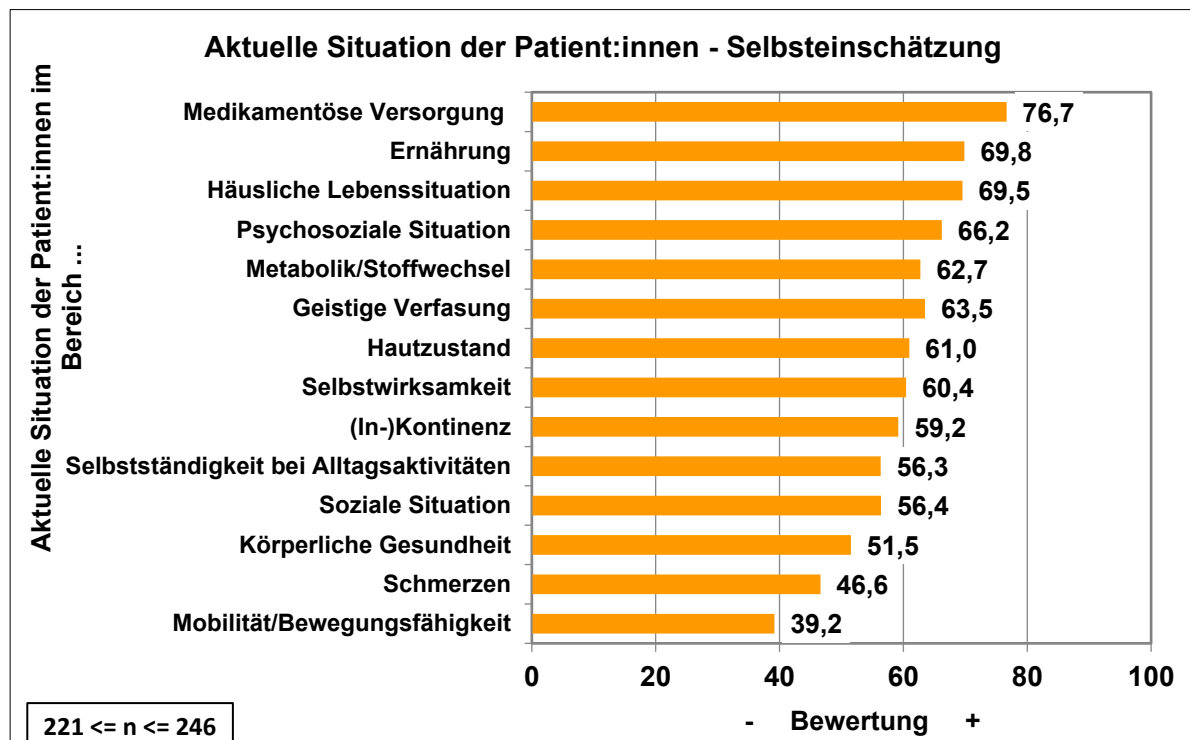


Abbildung 10: Rangliste der Selbsteinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn

Aus Sicht der An- bzw. Zugehörigen ist die Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn durchschnittlich am besten ausgeprägt in den Bereichen „Medikamentöse Versorgung“, „Häusliche Lebenssituation“ und „Ernährung“. In der Einschätzung der An-/Zugehörigen geht es in diesen Bereichen einem sehr großen Anteil an Patient:innen (90,3 %, 81,8 % bzw. 80,6 %) eher gut oder sogar sehr gut geht. Die schlechtesten Werte zeigen sich in den Bereichen „Körperliche Gesundheit“, „Schmerzen“ und „Mobilität/Lokomotion“, in denen nach Einschätzung der An-/Zugehörigen bei einem hohen Anteil der Patient:innen (48,7 %, 55,7 % bzw. 67,4 %) eine eher schlechte oder sogar sehr schlechte Situation herrscht (Tabelle 59).

Untersuchungsbereich	sehr schlecht		eher schlecht		eher gut		sehr gut		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperliche Gesundheit	19	10,2	72	38,5	81	43,3	15	8,0	187	100,0
Mobilität/Lokomotion	53	27,9	75	39,5	51	26,8	11	5,8	190	100,0
Ernährung	9	4,8	27	14,5	108	58,1	42	22,6	186	100,0
Metabolische (In-)Stabilität	4	2,4	35	21,1	95	57,2	32	19,3	166	100,0
Kognitiver und neuropsychischer Zustand	26	14,0	49	26,3	77	41,4	34	18,3	186	100,0
(In-)Kontinenz	17	9,1	54	29,0	68	36,6	47	25,3	186	100,0
Hautzustand u./o. Wunden	11	5,9	51	27,4	91	48,9	33	17,7	186	100,0
Schmerzen	30	16,4	72	39,3	59	32,2	22	12,0	183	100,0
Medikamentöse Versorgung	5	2,7	13	7,0	102	54,8	66	35,5	186	100,0
Psychosozialer und soziokultureller Zustand	16	9,0	45	25,4	79	44,6	37	20,9	177	100,0
Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement	22	12,3	58	32,4	66	36,9	33	18,4	179	100,0

Selbstversorgungsfähigkeiten	40	21,6	61	33,0	49	26,5	35	18,9	185	100,0
Häusliche Situation	8	4,3	26	13,9	106	56,7	47	25,1	187	100,0
Soziale Situation	31	16,5	71	37,8	66	35,1	20	10,6	188	100,0

Tabelle 58: Fremdeinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn durch An- / Zugehörige

Abbildung 11 zeigt die Einschätzung der An-/Zugehörigen zur aktuellen Situation der Patient:innen im Hinblick auf Gesundheits- und Versorgungsstatus. Ein Vergleich der Daten der Abbildungen 10 und 11 zeigt eine weitgehende Übereinstimmung der Einschätzung zwischen Patient:innen und Angehörigen.

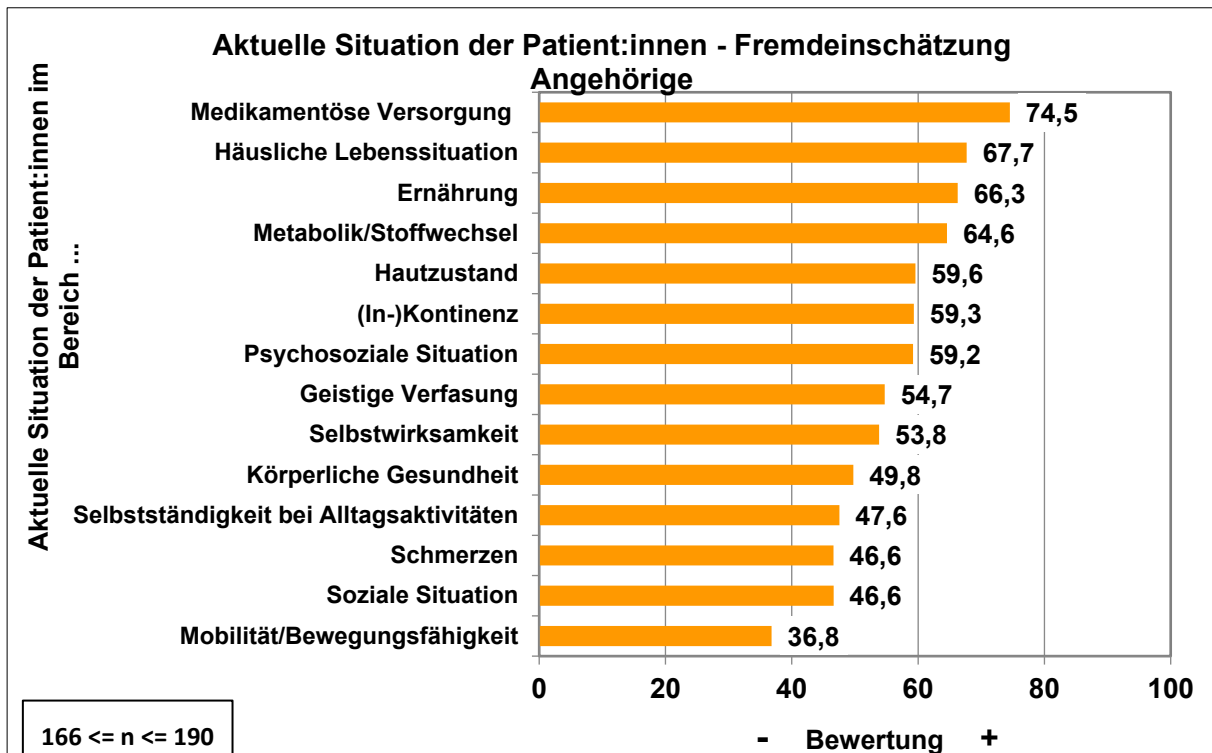


Abbildung 11: Rangliste der Fremdeinschätzung der aktuellen Situation der Patient:innen bei Versorgungsbeginn durch An-/Zugehörige

Rund zwei Drittel (67,0 %) der Patient:innen erwarten sich von der APN-Versorgung eine deutlich erkennbare hilfreiche Unterstützung. Insbesondere in Bezug auf Verbesserungen der Informationslage zur eigenen gesundheitlichen Situation sowie zu neuen Unterstützungsangeboten, aber auch bei Abstimmungen mit der Hausarztpraxis oder anderen Dienstleistern des Gesundheitswesens werden in hohem Maße positive Effekte durch die APN-Versorgung erwartet.

Die im Schnitt geringsten Erwartungen bestehen hinsichtlich einer möglichen Eigenaktivierung sowie einer stärkeren Einbindung innerhalb des eigenen sozialen Umfelds (Tabelle 60).

Erwartung	überhaupt nicht zutreffend		eher nicht zutreffend		eher zutreffend		völlig zutreffend		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ich werde besser über meine Gesundheit informiert sein.	0	0,0	11	4,7	122	51,9	102	43,4	235	100,0
Ich werde besser beurteilen können, ob ich eine Konsultation bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin brauche.	3	1,3	15	6,3	138	58,0	82	34,5	238	100,0
Ich werde Empfehlungen erhalten, die ich sehr gut im Alltag umsetzen kann.	3	1,3	19	8,1	117	50,0	95	40,6	234	100,0
Ich werde von neuen Unterstützungsangeboten erfahren.	6	2,5	18	7,6	105	44,5	107	45,3	236	100,0
Ich werde selbst aktiver sein.	15	6,8	76	34,2	102	45,9	29	13,1	222	100,0
Ich werde eine wirksame Hilfestellung bei der Beschaffung der richtigen Hilfsmittel haben.	6	2,5	19	7,9	124	51,5	92	38,2	241	100,0
Ich werde besser mit der Einnahme meiner Medikamente zurechtkommen.	16	6,9	53	22,9	95	41,1	67	29,0	231	100,0
Ich werde eine bessere medizinisch-pflegerische Versorgung haben.	4	1,7	21	9,2	128	55,9	76	33,2	229	100,0
Der/die APN hilft mir bei meinen gesundheitlichen Beschwerden.	5	2,3	27	12,2	111	50,0	79	35,6	222	100,0
Meine Abstimmungen mit meiner Hausarztpraxis werden besser.	3	1,3	25	10,8	112	48,5	91	39,4	231	100,0
Meine Abstimmungen mit anderen Personen des Gesundheitswesens werden besser.	4	1,9	37	17,1	116	53,7	59	27,3	216	100,0
Ich werde mehr Personen haben, die mich im Alltag unterstützen.	19	8,7	79	36,2	84	38,5	36	16,5	218	100,0
Ich werde mehr soziale Kontakte haben.	34	15,3	114	51,4	54	24,3	20	9,0	222	100,0
Ich werde länger zu Hause/im Familiären Umfeld verbleiben können.	8	3,7	17	7,9	114	52,8	77	35,6	216	100,0
Meine Angehörigen werden entlastet.	12	5,7	51	24,1	98	46,2	51	24,1	212	100,0
Ich erwarte keine für mich oder meine Angehörigen hilfreiche Unterstützung.	49	27,1	65	35,9	51	28,2	16	8,8	181	100,0

Tabelle 59: Erwartungen der Patient:innen an die APN-Versorgung

Die Abbildung 12 visualisiert die Rangliste der Erwartungen der Patient:innen an die APN-Versorgung.

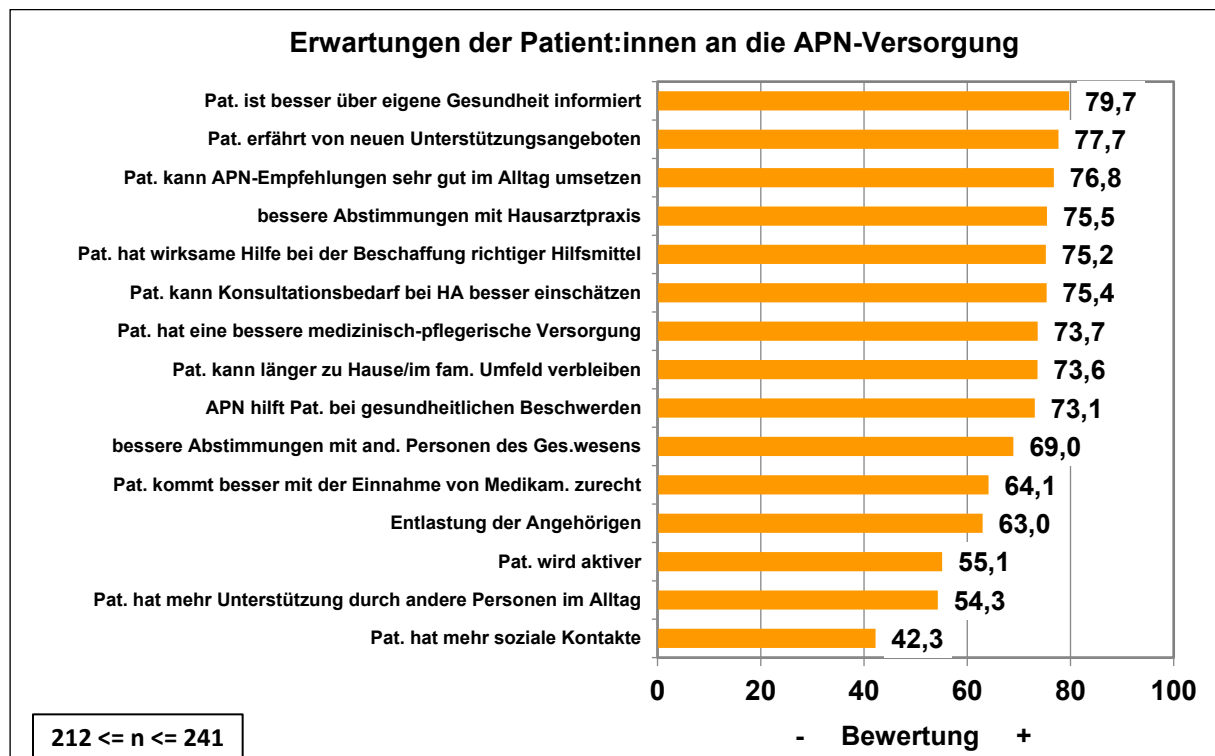


Abbildung 12: Rangliste der Erwartungen der Patient:innen bei Versorgungsbeginn

Die oben beschriebenen Versorgungsbedarfe (s. Tabelle 56) mündeten folgendermaßen in den Behandlungs- und Versorgungsprozess: Insgesamt wurden für die 705 Patient:innen 4052 Zielangaben im Versorgungsplan benannt. Am häufigsten wurden dabei Ziele aus dem Bereich „Körperliche Gesundheit“ benannt (16,1 %). Ziele zur Verbesserung bzw. Stabilisierung der (psycho-)sozialen Situation der Patient:innen wurden am seltensten in die Versorgungsplanung aufgenommen (Abbildung 13).

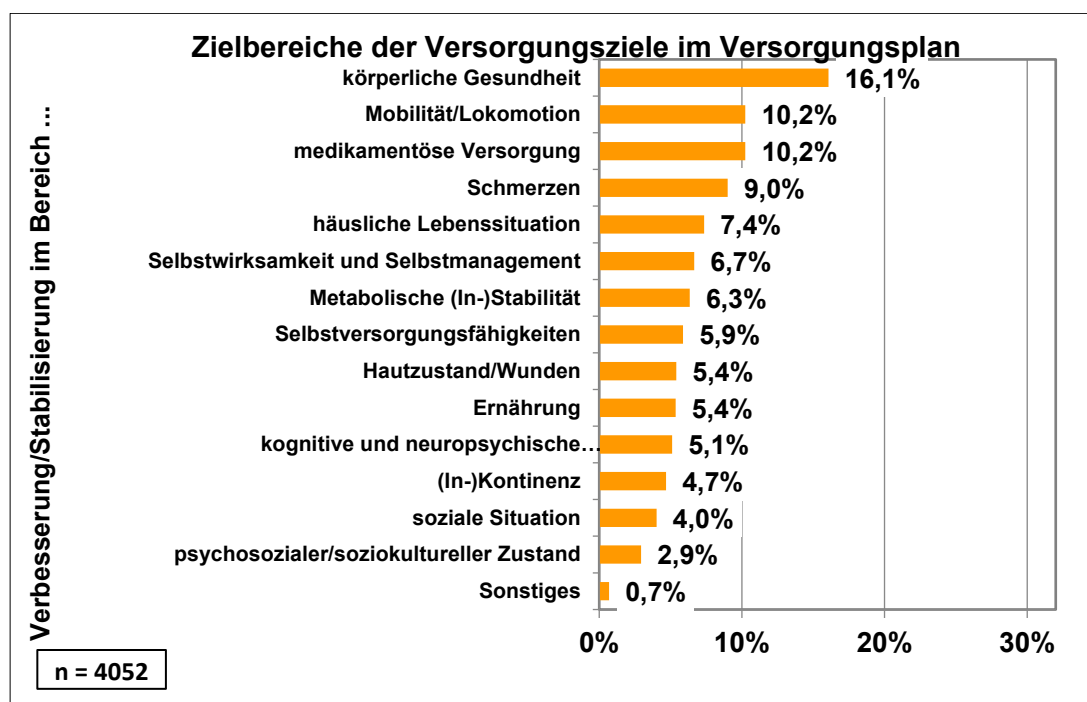


Abbildung 13: Rangliste der im Versorgungsplan festgeschriebenen Versorgungszielbereiche

Bei nahezu jedem Patienten/jeder Patientin (92,3 %) gibt es im Versorgungsplan mindestens ein Ziel aus dem Bereich „Körperliche Gesundheit“, gefolgt von Zielangaben aus den Bereichen „Mobilität/Lokomotion“ und „medikamentöse Versorgung“ (Abbildung 14).

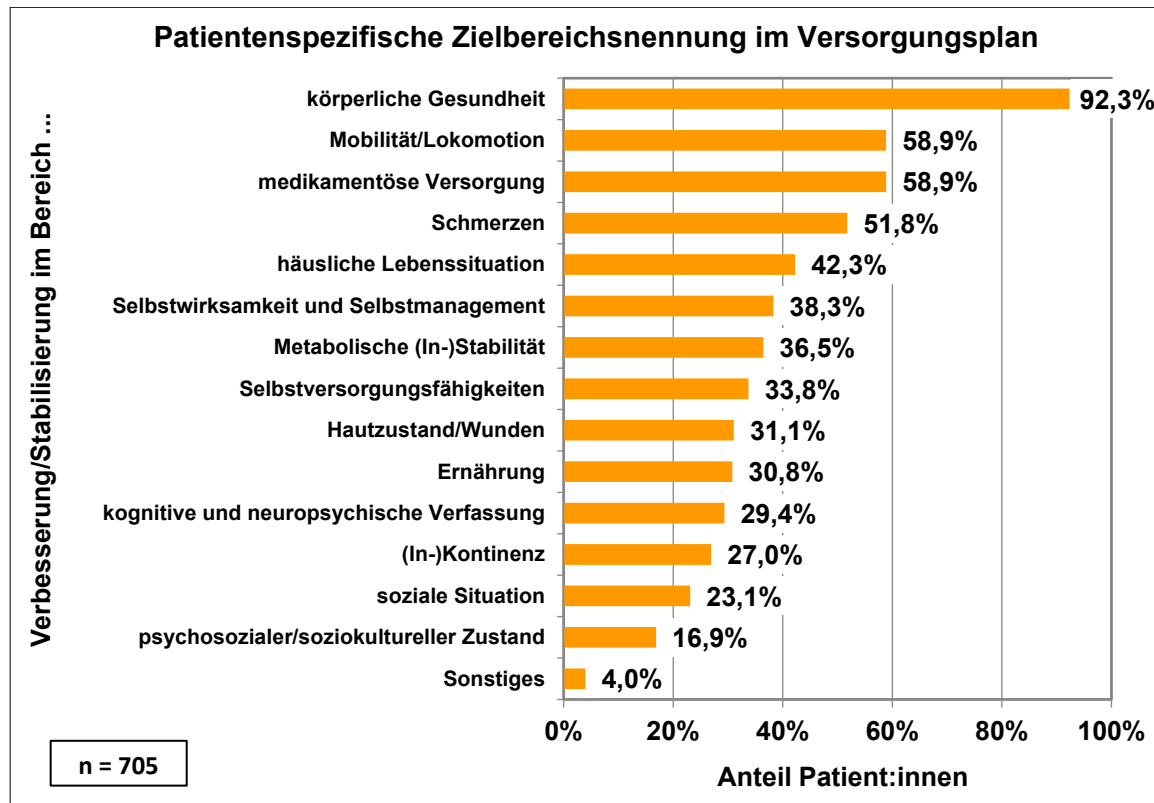


Abbildung 14: Rangliste der patientenspezifischen Nennung von Versorgungszielbereichen im Versorgungsplan

Insgesamt wurden über den gesamten Versorgungszeitraum hinweg 10132 Versorgungsmaßnahmen in die Versorgungspläne der 705 Patient:innen mit planmäßig abgeschlossener einjähriger APN-Versorgung aufgenommen. Knapp ein Viertel dieser Maßnahmen (23,8 %) bezieht sich dabei auf eine Verbesserung bzw. Stabilisierung im Zielbereich „Körperliche Gesundheit“. Mit 2,4 bzw. 2,3 % wurden am seltensten Maßnahmen aus den Zielbereichen „soziale Situation“ und „psychosozialer/soziokultureller Zustand“ in den Versorgungsplänen aufgenommen (Abbildung 15).

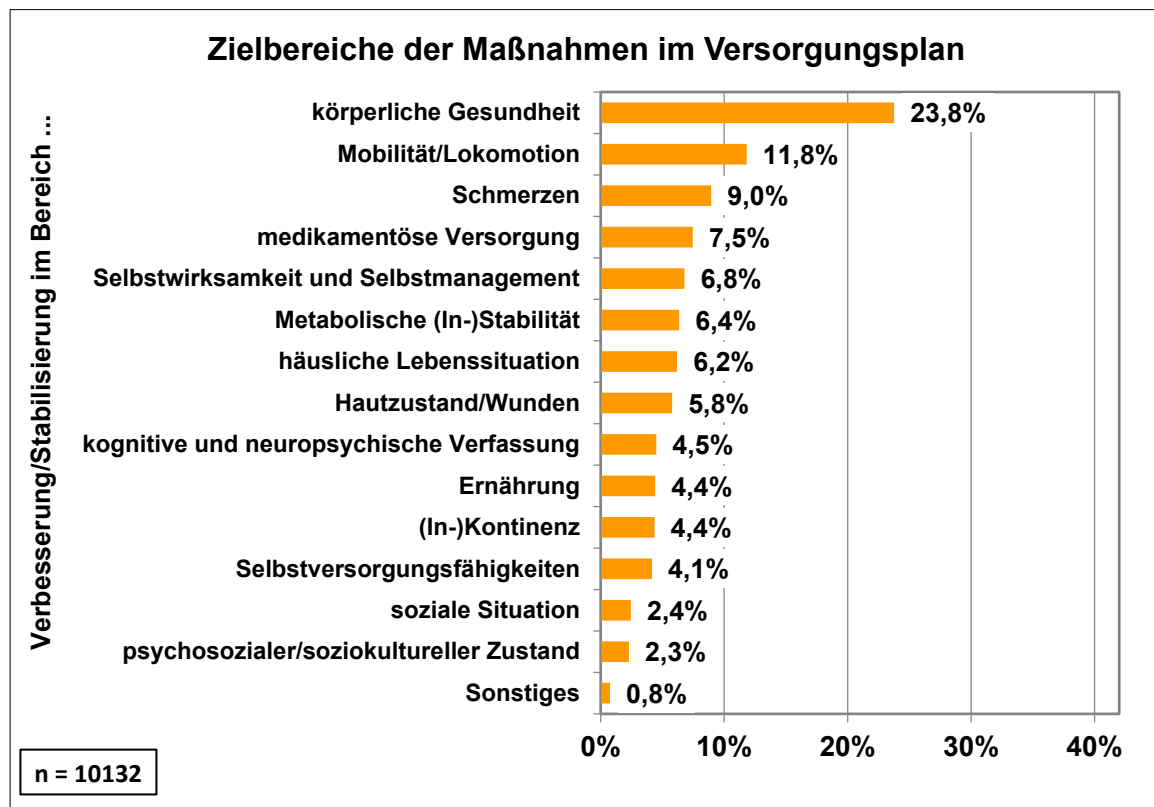


Abbildung 15: Rangliste der Zielbereiche der im Versorgungsplan festgeschriebenen Maßnahmen

In den Versorgungsplänen der Patient:innen wurden mit deutlichem Abstand am häufigsten pflegerisch-medizinische Leistungen (29,3 %) sowie persönliche Beratungen der Patient:innen (26,3 %) als durchzuführende Maßnahmen der APN festgeschrieben (Abbildung 16).

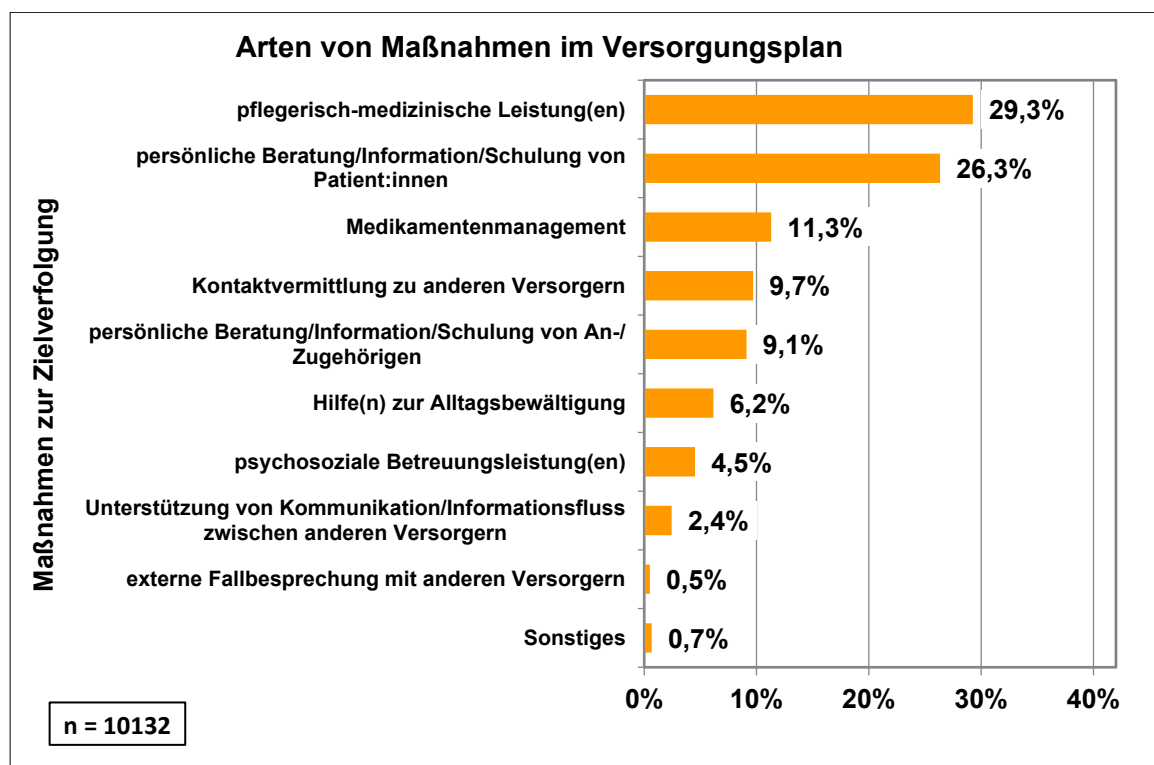


Abbildung 16: Rangliste der im Versorgungsplan festgeschriebenen Maßnahmentearten

Aus Sicht der APNs kam es im Rahmen der planmäßig durchgeführten Versorgungsmaßnahmen zu einer weitestgehend sehr gut gelingenden Kooperation mit den Patient:innen. Auch die Adhärenz der Patient:innen wird für einen hohen Anteil der Versorgungen sehr positiv bewertet (75,7 % weitgehend oder sehr gut) (Abbildung 17).

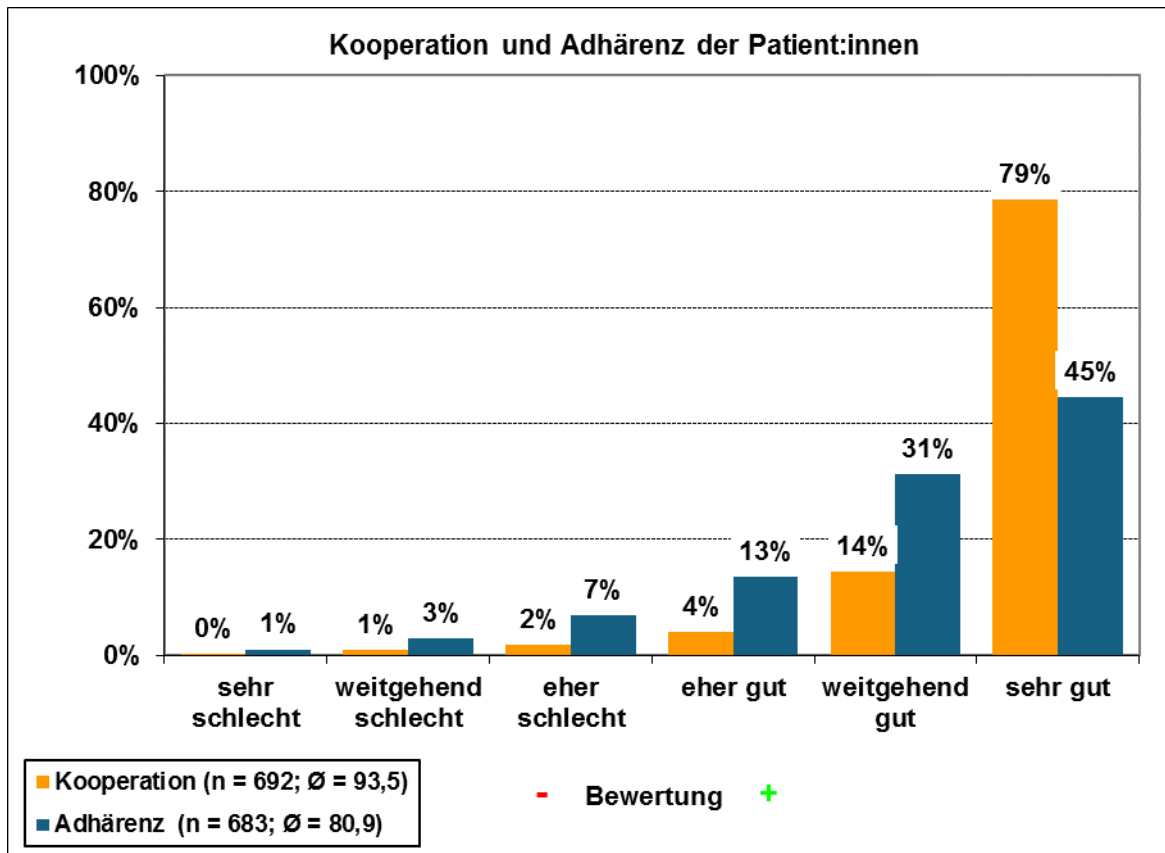


Abbildung 17: Kooperation und Adhärenz der Patient:innen / Perspektive APN

Gefragt nach der Zusammenarbeit mit den APNs stimmen 85,8 % der Patient:innen der Aussage, dass die Zusammenarbeit zwischen ihnen und der APN insgesamt sehr gut war, völlig zu. Für weitere 13,5 % trifft diese Aussage eher zu. Für 0,7% trifft diese Aussage eher nicht zu (Tabelle 61).

Die Zusammenarbeit zwischen mir und der APN war insgesamt sehr gut.		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	0	0,0	0,0
	trifft eher nicht zu	2	0,7	0,7
	trifft eher zu	37	13,5	14,2
	trifft völlig zu	235	85,8	100,0
	Gesamt	274	100,0	

Tabelle 60: Bewertung der Zusammenarbeit APN-Patient:innen / Perspektive Patient:innen

Die Zusammenarbeit zwischen APN und Patient:innen wird von den An- bzw. Zugehörigen folgendermaßen bewertet: 82,2 % der Befragten stimmen der Aussage, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Patienten/der Patientin und der APN insgesamt sehr gut war, völlig zu, weitere 16,8 % stimmen dieser Aussage eher zu (Tabelle 62).

Die Zusammenarbeit zwischen dem Patienten/der Patientin und der APN war insgesamt sehr gut.		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	0	0,0	0,0
	trifft eher nicht zu	2	1,0	1,0
	trifft eher zu	35	16,8	17,8
	trifft völlig zu	171	82,2	100,0
	Gesamt	208	100,0	

Tabelle 61: Bewertung Zusammenarbeit APN-Patient:innen / Perspektive An-/Zugehörige

Zusammenfassung personenzentrierte und evidenzbasiert Versorgung

Der Versorgungsbedarf lag zu Interventionsbeginn durchschnittlich bei 7,6 Bereichen. Die Einschätzung des besonderen Versorgungsbedarfes von APN einerseits und Patient:innen/An-Zugehörige andererseits deckt sich in dem Bereichen „Körperliche Gesundheit“, und „Mobilität/Lokomotion“. Eine Differenz bei der Bedarfseinschätzung gibt es hinsichtlich der medikamentösen Versorgung. Dieser Bereich wird von den APNs als verbesserungswürdig eingeschätzt, während die Patient:innen sich hier besonders gut aufgestellt sehen. Sowohl die Patient:innen selbst als auch die An-/Zugehörigen sehen zu Interventionsbeginn eine unzureichende Versorgung im Bereich „Schmerzen“, während der von den APNs erhobene Bedarf auf der Grundlage von Assessmentdaten dies nicht abbildet. Insbesondere in Bezug auf Verbesserungen der Informationslage zur eigenen gesundheitlichen Situation sowie zu neuen Unterstützungsangeboten, aber auch bei Abstimmungen mit der Hausarztpraxis oder anderen Dienstleistern des Gesundheitswesens wurden in hohem Maße positive Effekte durch die APN-Versorgung erwartet.

Das Versorgungsgeschehen erwies sich in seiner körperbezogenen Schwerpunktsetzung weitgehend konsistent über die Versorgungsschritte Bedarfserhebung, Zielbereiche, Maßnahmearten. Geringe Werte in der psychosozialen Betreuung reflektieren – so die APNs selbst, als sie mit diesen Daten konfrontiert wurden, weniger das tatsächliche Geschehen, sondern Routinen im pflegerischen Selbstverständnis, in dem psychosoziale Leistungen erbracht, aber nicht dokumentiert werden.

Die Zusammenarbeit mit den APNs wird von den Patient:innen sehr positiv eingeschätzt.

4.2.2.2 Gestaltung der Zusammenarbeit der APNs mit Netzwerkpartner:innen

2. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit Netzwerkpartner:innen?

Maßnahmen zur Durchführung oder Unterstützung der Abstimmung mit bzw. zwischen anderen Versorgern spielen rein quantitativ mit einem Anteil von 0,5 bzw. 2,4 %. (s. Abbildung 16) nur eine eher untergeordnete Rolle. Gleichwohl realisierten die APN im Verlauf der regulär über 12 monatigen APN-Versorgungen bei knapp zwei Dritteln der Patient:innen (64,3 %) Versorgungsaktivitäten, bei denen es nicht unmittelbar zu einem Patient:innen-Kontakt gekommen ist, sondern bei denen die primäre Zielstellung der APN darin lag, gesundheitsbezogene Themen der Patient:innen mit Personen oder Institutionen aus deren nahen oder erweiterten Umfeld zu besprechen bzw. Lösungen für vorhandene Probleme zu finden. Im Schnitt wurden dabei insgesamt knapp drei solcher Versorgungsaktivitäten umgesetzt (Tabelle 63).

Aktivität	n	MW	SD	Median
Versorgungsaktivitäten ohne Patientenkontakt im 1. Versorgungsquartal	705	0,9	2,1	0,0
Versorgungsaktivitäten ohne Patientenkontakt im 2. Versorgungsquartal	705	0,7	1,4	0,0
Versorgungsaktivitäten ohne Patientenkontakt im 3. Versorgungsquartal	705	0,6	1,4	0,0
Versorgungsaktivitäten ohne Patientenkontakt im 4. Versorgungsquartal	705	0,7	1,7	0,0
Versorgungsaktivitäten ohne Patientenkontakt im gesamten Versorgungszeitraum	705	2,8	5,0	1,0

Tabelle 62: Häufigkeiten von APN- Versorgungsaktivitäten mit Personen/Institutionen ohne unmittelbaren Patient:innen-Kontakt

Von den insgesamt dokumentierten 1957 Versorgungsaktivitäten der APN ohne direkten Patient:innen-Kontakt bezogen sich rund zwei Drittel (67,9 %) auf Aktivitäten bei bzw. mit den An- und Zugehörigen. Kontakte zu professionellem Pflegepersonal (ambulanter Pflegedienst, Pflegestützpunkt, langzeitstationäre Pflegeeinrichtung) machen darüber hinaus rund 8 % der Aktivitäten aus (Tabelle 64).

		Antworten	
		N	Prozent
Kontaktpersonen der VOP	An-/Zugehörige	1328	67,9%
	gesetzliche:r Betreuer:in	74	3,8%
	ambulanter Pflegedienst	71	3,6%
	Lebenshilfe	53	2,7%
	Pflegestützpunkt	51	2,6%
	Facharzt/-ärztin	45	2,3%
	Professionelle:r Mitarbeiter:in aus langzeitstationärer Einrichtung	40	2,0%
	Sanitätshaus	32	1,6%
	Ergo-/Physiotherapeut:in	23	1,2%
	Apotheke	23	1,2%
	Sonstiges	231	11,8%

Tabelle 63: Kontaktpersonen/-institutionen von Versorgungsaktivitäten ohne unmittelbaren Patient:innen-Kontakt

In den KH-Interviews mit APNs zu t2 wird die Zusammenarbeit im Versorgungsnetzwerk explizit erfragt. In der Hauptkategorie *Einordnung in Netzwerkstrukturen* findet sich die Unterkategorie: *Bereitschaft zur Zusammenarbeit*. Angesprochen ist hier die Bereitschaft von Netzwerkpartner:innen zur Zusammenarbeit. Diese gestaltet sich einerseits kooperativ, wenn auch der Informationsfluss teilweise einseitig bleibt, andererseits berichten die APNs von mangelnder Kooperationsbereitschaft und Konkurrenzsorgen von externen Anbietern (Tabelle 67).

Bereitschaft zur Zusammenarbeit vorhanden	Bereitschaft zur Zusammenarbeit wenig vorhanden
Anlassbezogen gut	Stockender Informationsfluss
Wechselseitige Kooperation	Kaum Kooperationsbereitschaft
Aufgeschlossen für Zusammenarbeit	Konkurrenzsorgen von externem Anbieter
Einseitiger Informationsfluss	
Vorkenntnis über akademisierte Pflege hilfreich	

Tabelle 64: Bereitschaft zur Zusammenarbeit von Netzwerkpartner:innen

In den vom IMBEI geführten qualitativen Interviews mit den APNs zu t2 wird von diesen die Bedeutung von Netzwerkarbeit hervorgehoben. So wird in der Hauptkategorie *Aktuelle Situation aus Sicht der APN* à Unterkategorie *Arbeitsweise der APN* die Fähigkeit zum Netzwerken als bedeutsame Eigenschaft einer APN betont.

4.2.2.2.3 Gestaltung der Zusammenarbeit APN – An-/Zugehörige

3. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit An-/Zugehörigen?

Von den insgesamt dokumentierten 1957 Versorgungsaktivitäten der APN ohne direkten Patient:innen-Kontakt bezogen sich rund zwei Drittel (67,9 %) auf Aktivitäten bei bzw. mit den An- und Zugehörigen (Tabelle 64), was die Bedeutung des APN-An-/Zugehörigenkontaktes unterstreicht. 75,0 % der An-/Zugehörigen erwarten sich von der APN-Versorgung für die Patient:innen und/oder für sich selbst eine deutlich erkennbare hilfreiche Unterstützung. Insbesondere in Bezug auf Verbesserungen der Informationslage sowie bei Abstimmungen mit der Hausarztpraxis oder anderen Dienstleistern des Gesundheitswesens werden in hohem Maße positive Effekte durch die APN-Versorgung erwartet (Tabelle 66).

Erwartung	überhaupt nicht zutreffend		eher nicht zutreffend		eher zutreffend		völlig zutreffend		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Der Patient/die Patientin und/oder ich werden besser über seine/ihre Gesundheit informiert sein.	4	2,2	11	6,1	91	50,8	73	40,8	179	100,0
Der Patient/die Patientin und/oder ich können besser beurteilen, ob er/sie eine Konsultation bei Hausarzt/-ärztin braucht.	3	1,7	17	9,6	93	52,2	65	36,5	178	100,0
Der Patient/die Patientin und/oder ich erhalten Empfehlungen, die er/sie und/oder ich sehr gut im Alltag umsetzen können.	3	1,6	15	8,2	83	45,6	81	44,5	182	100,0
Der Patient/die Patientin und/oder ich erfahren von neuen Unterstützungsangeboten.	3	1,7	14	7,9	70	39,3	91	51,1	178	100,0

Der Patient/die Patientin wird selbst aktiver sein.	20	11,3	69	39,0	59	33,3	29	16,4	177	100,0
Der Patient/die Patientin und/oder ich haben eine wirksame Hilfestellung bei der Beschaffung der richtigen Hilfsmittel.	3	1,7	12	6,9	89	51,1	70	40,2	174	100,0
Der Patient/die Patientin und/oder ich werden besser mit der Einnahme seiner/ihrer Medikamente zurechtkommen.	8	4,5	41	22,9	78	43,6	52	29,1	179	100,0
Der Patient/die Patientin wird eine bessere medizinisch-pflegerische Versorgung haben.	1	0,6	15	8,8	83	48,5	72	42,1	171	100,0
Der/die APN hilft dem Patienten/der Patientin bei seinen/ihren gesundheitlichen Beschwerden.	1	0,6	25	14,9	80	47,6	62	36,9	168	100,0
Die Abstimmungen von Patient/-in und/oder mir mit der Hausarztpraxis werden besser.	3	1,7	12	6,7	71	39,7	93	52,0	179	100,0
Die Abstimmungen von Patient/-in und/oder mir mit anderen Personen des Gesundheitswesens werden besser.	5	2,9	19	11,1	92	53,8	55	32,2	171	100,0
Der Patient/die Patientin wird mehr Personen haben, die ihn/sie im Alltag unterstützen.	16	9,6	75	44,9	52	31,1	24	14,4	167	100,0
Der Patient/die Patientin wird mehr soziale Kontakte haben.	22	13,0	100	59,2	34	20,1	13	7,7	169	100,0
Der Patient/die Patientin wird länger zu Hause/im Familiären Umfeld verbleiben können.	4	2,4	10	6,1	75	45,7	75	45,7	164	100,0
Ich werde entlastet.	5	3,0	39	23,1	83	48,5	43	25,4	169	100,0
Ich erwarte keine für mich oder den Patienten/die Patientin hilfreiche Unterstützung.	69	46,4	42	28,4	26	17,6	11	7,4	148	100,0

Tabelle 65: Erwartungen der An/-Zugehörigen an die APN-Versorgung

Die durchschnittlich höchsten Erwartungen an die APN-Versorgung haben die An-/Zugehörigen in Bezug auf eine Verbesserung der Abstimmungen mit der Hausarztpraxis sowie auf eine verbesserte Informationslage über neue Unterstützungsangebote bzw. die gesundheitliche Situation der Patient:innen. Die geringsten Erwartungen werden dagegen – genauso wie bei den Patient:innen selbst – hinsichtlich einer Eigenaktivierung der Patient:innen sowie einer stärkeren Einbindung innerhalb des sozialen Umfelds geäußert.

Die Zusammenarbeit der An-/Zugehörigen mit den APNs wird sehr positiv bewertet. Knapp 97 % der teilnehmenden Personen geben hier an, dass es zu einer überwiegend sehr guten Zusammenarbeit gekommen ist (Tabelle 67).

Die Zusammenarbeit zwischen dem Patienten/der Patientin und dem/der APN war insgesamt sehr gut.		Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	2	1,1	1,1
	trifft eher nicht zu	4	2,1	3,2
	trifft eher zu	29	15,3	18,4
	trifft völlig zu	155	81,6	100,0
	Gesamt	190	100,0	

Tabelle 66: Bewertung der Zusammenarbeit APN-An-/Zugehörige / Perspektive An-/Zugehörige

Die APNs betonen in den Interviews die hohe Bedeutung der Angehörigen bei der Versorgung. Die Auswertung der KH-Interviews zu t2 betont in drei Kategorien die positive Zusammenarbeit zwischen APNs und Angehörigen, in einer Kategorie einen problematischen *Widerstand von Angehörigen als Hindernis*. Die positiven Kategorien lauten *Zusammenarbeit mit Angehörigen wichtig für Erfolg*, *Arbeit der Angehörigen unterstützt APN-Erfolg*, *Dankbarkeit für APN-Versorgung*.

4.2.2.2.4 Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit

4. Wie gestaltet sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis?

An der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis waren zentral die Hausärzt:innen, die MFAs/VERAHs/NäPas sowie die APNs beteiligt. Deren Perspektiven werden dargestellt.

Die Hausärzt:innen berichten zu t2 dem IMBEI von dem Aufgabenspektrum sowie der Arbeitsweise der APNs. Das Aufgabenspektrum deckt sich in wesentlichen Punkten mit dem vom Projekt vorgegebenen Aufgabenprofil. Die Arbeitsweise wird durchgehend positiv beschrieben (Tabelle 68).

Aufgaben APN	Arbeitsweise APN
Hausbesuche	APN hat ganzheitlichen Blick mit Stärke im psychosozialen Bereich
Wissenschaftliche Tätigkeit	teamfähig
Bindeglied zwischen Ärzt:in und Patient:innen	selbstständig
Betreuung der Patient:innen	Hält Rücksprache mit Hausärzt:innen
Schulungen für Angehörige und Patient:innen	Nimmt sich Zeit
Interaktion mit Angehörigen	Steht auf Augenhöhe mit Ärzt:innen
Pflegerische Situation für Patient:innen verbessern	professionell
Kommunikation im Versorgungsdschungel	

Tabelle 67: Aufgabe und Arbeitsweise der APNs aus Sicht der Hausärzt:innen

Die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzt:innen und den APNs konkretisierte sich u.a. in den Fallkonferenzen, die insbesondere der Abstimmung zu verordnungspflichtigen Maßnahmen diene, die von den APNs empfohlen wurden. Im Rahmen der planmäßig durchgeführten APN-Versorgungen wurden insgesamt 925 Fallkonferenzen dokumentiert. 100 % der betreffenden Patient:innen wurden mindestens einmal in einer Fallkonferenz berücksichtigt. Von den durch die APN ausgesprochenen 5130 Empfehlungen wurden rund 95 % vollständig und 3 % teilweise angenommen. Lediglich knapp 2 % der Empfehlungen wurden durch die Hausärzt:innen abgelehnt (Abbildung 18).

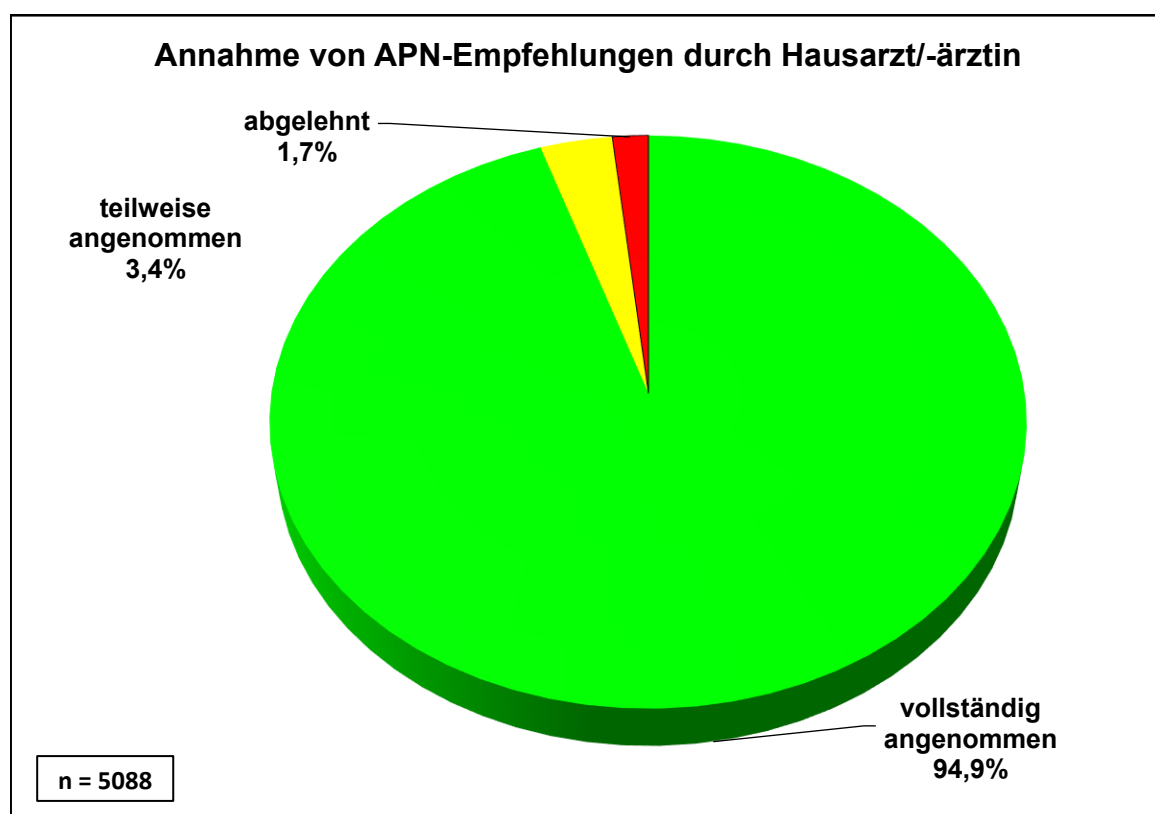


Abbildung 18: Annahme von APN-Empfehlungen

Die Zusammenarbeit mit den APNs stellt sich aus Sicht der MFA/VERAH/NäPas weitgehend konstruktiv dar (Tabelle 69).

Zusammenarbeit von MFAs/VERAHs/NäPas und APNs		
Füreinander	Gemeinsam	Separat
APN für MFA etc.	Positive Grundstimmung	
MFA etc. für APN	Regel Austausch	
Reziprok		

Tabelle 68: Haupt und Subkategorien der Zusammenarbeit von MFA/VERAH/NäPa und APN/ Perspektive MFA/VERAH/NäPa

Die Hauptkategorie *Füreinander* entwickelt aus den KH-Interviews zum Zeitpunkt t2 zeigt, dass APN und MFA in der Hausarztpraxis voneinander profitieren. *APN für MFA etc.* verdeutlicht, dass die MFA einen Mehrwert durch die APN erfährt, indem sie von der APN fachlich lernt, sich durch die APN unterstützt und entlastet fühlt oder in der APN zusätzlich zum Hausarzt/zur Hausärztin eine Ansprechpartnerin für fachliche Fragen hat. *MFA etc. für APN* stellt dar, dass

die MFAs etc. der APN zuarbeitet, vergleichbar wie sie es für den Hausarzt/die Hausärztin machen. Hierzu gehören praxisspezifische Organisationstätigkeiten wie die Vorbereitung von Verordnungen und Terminen oder die Übermittlung von Hintergrundwissen zu einem Patienten/einer Patientin, die ggf. schon länger von der Praxis betreut wird. *Reziprok* fasst zusammen, dass die Bereicherung von MFAs etc. und APN wechselseitig erlebt wird. Beide Seiten bringen sich ein und können für sich etwas mitnehmen.

Die Hauptkategorie *Gemeinsam* veranschaulicht mit der Unterkategorie *Positive Grundstimmung* das gute Klima zwischen MFAs etc. und APN. Die MFAs/VERAHs/NäPas haben eine positive Einstellung gegenüber der Mitarbeit der APN in der Hausarztpraxis. Ihre Zusammenarbeit ist von Kollegialität geprägt. Die Unterkategorie *Reger Austausch* zeigt die Notwendigkeit und den Stellenwert der Kommunikation zwischen MFAs/VERAHs/NäPas und APNs für eine gelingende Zusammenarbeit. Beide Seiten tauschen sich aus, stimmen sich ab, treffen Vereinbarungen und Absprachen. Die dritte Hauptkategorie *Separat* stellt dar, dass APN und MFAs/VERAHs/NäPas stellenweise auch unabhängig voneinander in der Hausarztpraxis arbeiten. Sie sind in getrennten Bereichen tätig, wodurch sich wenig bis keine inhaltliche bzw. räumliche Überschneidungen ergeben.

Auch die APNs äußerten sich zur Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis. Bei der Auswertung der IMBEI Interviews mit APNs entstand die Kategorie *Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen*. Hier wurden Zitate zugeordnet, in denen die APNs beschrieben, wie in ihrem Arbeitsalltag die Zusammenarbeit mit anderen Praxismitgliedern verlief. Es wurden Aspekte beschrieben, die die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen betrafen, solche die die Zusammenarbeit mit dem nicht-ärztlichen Praxispersonal wie MFAs, VERAHs und NäPas betrafen und solche Aspekte, die sich generell auf die Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis bezogen.

Bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen äußerten die APNs, dass zu Beginn regelmäßige Besprechungen stattfanden, die im Laufe des Projektes immer seltener wurden und nur noch bei speziellen Anlässen stattfanden. Die APNs beschrieben, dass sie sich häufig von den Hausärzt:innen auf Augenhöhe wahrgenommen fühlten. Die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen wird positiv eingeschätzt. Allerdings war die Tatsache, dass das Rollenprofil einer APN primär unbekannt war, für die APN herausfordernd (Tabelle 70).

Hausarzt/Hausärztin	Alle Berufsgruppen	Nicht-ärztliche Mitarbeitende
Regelmäßige Besprechungen zu Beginn	Herausforderung: Rolle der APN unbekannt	Gut aufgenommen und unterstützt
Regelmäßige Besprechungen später selten	Wertschätzender Umgang	APN muss rechtfertigen, warum sie mehr verdient
APN auf Augenhöhe wahrgenommen	Durch Teilzeitbeschäftigung nicht richtig zugehörig	Wenig fachliche Zusammenarbeit mit APN

Tabelle 69: Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen / Perspektive APN

In den KH-Interviews identifizierten die APNs die konstruktive Zusammenarbeit sowohl mit den Hausärzt:innen als auch mit den MFAs/VERAHs/NäPas als förderlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Auch die *Position als Vermittlerin im patientenspezifischen Versorgungsnetzwerk* u.a. bedingt durch den hohen patientenspezifischen Wissensstand wird als förderlich qualifiziert. Je nach Ausgestaltung

können die *Kooperationsbereitschaft Praxis*, die *Rollenerwartungen* sowie die *Position im Praxisteam* stärker fördernd oder hemmend für die Zusammenarbeit wirken. Als eindeutig hemmend haben die APNs ihre - bedingt durch den Rechtsrahmen - *Eingeschränkte Entscheidungsbefugnis* wahrgenommen (Tabelle 71).

Fördernd	Fördernd oder hemmend	Hemmend
Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit Hausärzt:innen	Kooperationsbereitschaft Praxis	Unpassende externe Erwartungen an APN-Rolle
Kooperation mit MFAs/VERAHs/NäPas	Rollenerwartungen	Eingeschränkte Entscheidungsbefugnis
Position als Vermittlerin im patientenspezifischen Versorgungsnetzwerk	Position im Praxisteam	

Tabelle 70: Fördernde und hemmende Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit / Perspektive APN

4.2.2.2.5 Patientenbezogene Ergebnisse

5. Wie sehen die patientenbezogenen Ergebnisse aus?

Zufriedenheit der Patient:innen

Die Beratung stellt im Rahmen der APN-Versorgung eine zentrale Methode der Intervention dar. Ihre Umsetzung führt bei den Patient:innen zu insgesamt sehr hohen Zufriedenheitswerten: Rund 95 % der Befragten zeigen sich weitgehend oder sogar sehr zufrieden (Tabelle 74).

Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	0	0,0	0,0
	weitgehend unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher zufrieden	13	4,9	4,9
	weitgehend zufrieden	53	20,0	24,9
	sehr zufrieden	199	75,1	100,0
	Gesamt	265	100,0	

Tabelle 71: Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN /Perspektive Patient:innen

Die Umsetzung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, die einen weiteren großen Schwerpunkt der Versorgungstätigkeiten der APN darstellt, erhält von den Patient:innen ebenfalls insgesamt betrachtet sehr positive Zustimmungswerte. 93,3 % geben an, dass sie mit den in diesem Bereich umgesetzten APN-Tätigkeiten weitgehend oder sogar sehr zufrieden sind (Tabelle 73).

Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	0	0,0	0,0
	weitgehend unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher unzufrieden	2	0,8	0,8
	eher zufrieden	15	5,9	6,7
	weitgehend zufrieden	53	20,9	27,7
	sehr zufrieden	183	72,3	100,0
	Gesamt	253	100,0	

Tabelle 72: Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN / Perspektive Patient:in

In der aufgabenübergreifenden Bewertung der Umsetzung der APN-Versorgung zeigen sich ebenfalls sehr positive Ergebnisse: 93,3 % der Patient:innen sind mit der APN-Versorgung weitgehend oder sogar sehr zufrieden (Tabelle 74).

Zufriedenheit mit der Versorgung durch die APN insgesamt		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	0	0,0	0,0
	weitgehend unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher unzufrieden	2	0,7	0,7
	eher zufrieden	16	5,9	6,7
	weitgehend zufrieden	52	19,3	26,0
	sehr zufrieden	199	74,0	100,0
	Gesamt	269	100,0	

Tabelle 73: Zufriedenheit mit der Versorgung durch die APN insgesamt / Perspektive Patient:innen

Die vom IMBEI durchgeführten qualitativen Interviews der Patient:innen zu ihrer Wahrnehmung der APN-Versorgung kommen zu folgenden Ergebnissen: Die befragten Patient:innen beschrieben Vorteile, die sie durch den Einsatz der APN erlebten. Die Patient:innen gaben an mit der Betreuung durch die APN zufrieden zu sein und sich über die Zeit mit ihr gefreut zu haben. Die Patient:innen gaben an, sich auf den nächsten Besuch zu freuen. Sie fühlten sich gut betreut und beraten. Insgesamt beschrieben die Patient:innen, dass sie sich bei der APN wohl gefühlt haben. Die APN wird als Gesprächspartner:in beschrieben, der/die mit den Patient:innen auf gleicher Ebene spricht und sich Zeit für gemeinsame Gespräche nehmen und dadurch psychische Unterstützung bieten und Einsamkeit nehmen könne. Den Patient:innen fiel es zudem leichter sich auf die Gespräche mit der APN vorzubereiten. Die Patient:innen berichteten als Vorteil auch, dass die APN ihnen den teilweise schwer zu bewältigenden Weg in die Hausarztpraxis erspart durch ihre Hausbesuche. Zudem wurden die teils langen Wartezeiten in der Hausarztpraxis vermieden. Es wird beschrieben, dass die APN sich nicht nur um die körperlichen Probleme der Patient:innen kümmert, sondern auch eine psychische Unterstützung bietet. Also Vorteil wurde ebenfalls beschrieben, dass die APN bei organisatorischen Dingen unterstützen konnte, die normalerweise nicht durch den Hausarzt/die Hausärztin geleistet werden können wie bspw. der Beantragung von Hilfsmitteln, Pflegestufen etc. Positiv beschrieben die Patient:innen ebenfalls, dass die APNs mehr Zeit für sie aufbringen konnte als der Hausarzt/die

Hausärztin, als direkte/r Ansprechpartner:in besser zu erreichen war und individueller beraten konnte. Die Patient:innen berichteten, dass sie der APN vertrauten und durch ihre Betreuung ein Gefühl von Sicherheit bekamen. Außerdem berichteten Patient:innen, dass sich durch die Betreuung der APN ihre Gesundheit subjektiv verbessert habe. Es wurde beschrieben, dass die APN neue Sichtweisen einbringe und eine Versorgungslücke schließen würde. Die Patient:innen wurden explizit nach Nachteilen gefragt, die sie in der Behandlung durch die APNs erleben. Alle Patient:innen gaben zunächst an, keine Nachteile erkennen zu können und lobten als Antwort auf die Frage die neue Versorgungsform und die Person der APN. Einzelne Patient:innen nannten als Nachteil, dass die Betreuung durch die APN nur befristet möglich war und wieder endet oder dass sie gerne mehr Besuche durch die APN gehabt hätten. Weiter wurde berichtet, dass die APN nicht alle gesundheitlichen Probleme lösen konnte – allerdings war es auch den Ärzt:innen bisher nicht gelungen, diese speziellen Probleme zu lösen (Tabelle 75).

Vorteile	Nachteile	Arbeitsweise und Versorgung
Zufriedenheit und Freude	Projekt endet und APN wird dann nicht mehr kommen	APN strahlt Ruhe aus und nimmt sich Zeit
APN als Gesprächspartner:in auf gemeinsamer Ebene	APN hätte häufiger kommen können	fachlich kompetent
APN erspart umständlichen Weg in Praxis	APN konnte nicht alle Probleme lösen	Berät allgemein und speziell
APN gibt psychische Unterstützung	APN war nicht psychologisch geschult	Kümmert sich um Medikamente
Patient:innen fühlen sich durch Herzlichkeit und persönliche Nähe wohl	Keine Nachteile erkennbar	Kontrolliert Vitalparameter
APN unterstützt bei Beantragung von Hilfsmittel, Pflegestufen, regelt Medikamente		Persönlich, nah, einfühlsam, freundlich
Patient:innen fühlen sich gut betreut		Pünktlich und zuverlässig
APN nimmt sich Zeit		Nimmt Blut ab
APN ist direkte, gut erreichbare Ansprechpartner:in		Hat Rücksprache mit Hausärzt:in
Individuelle Beratung und Tipps		Engagiert und gut erreichbar
Einfacher Fragen zu stellen		Organisatorische Unterstützung
APN gibt Gefühl von Sicherheit und Vertrauen		Spritzen und Impfungen
Hilft gegen Einsamkeit		(spontane) Hausbesuche
Subjektive Gesundheitsverbesserung		Gedächtnistest
Neue Sichtweise		Wundversorgung
Patient:innen konnten sich besser auf Gespräche vorbereiten		Psychosoziale Betreuung

Tabelle 74: Wahrnehmung der APN-Versorgung / Perspektive Patient:innen

Dementsprechend fällt der Anteil der Patient:innen, die noch einmal an einer APN-Versorgung teilnehmen würden, mit 97 % sehr hoch aus (Tabelle 76).

Würden Sie das Angebot der APN-Versorgung noch einmal in Anspruch nehmen?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	nein, auf keinen Fall	1	0,4	0,4
	eher nein	7	2,6	3,0
	eher ja	37	13,7	16,6
	auf jeden Fall	226	83,4	100,0
	Gesamt	271	100,0	

Tabelle 75: Interesse an nochmaliger Beteiligung an einer APN-Versorgung / Perspektive Patient:innen

Gesundheitskompetenz der Patient:innen

Im Hinblick auf die Kompetenzen der Patient:innen zur eigenständigen Herstellung einer angemessenen, tragfähigen Gesundheitsversorgung nehmen die Patient:innen selbst deutliche positive Effekte der APN-Versorgung wahr: Zum einen sind die Patient:innen am Ende des Versorgungszeitraums den eigenen Einschätzungen zufolge besser über die eigene gesundheitliche Situation informiert (Tabelle 77).

Ich bin besser über meine Gesundheit informiert.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	1	0,4	0,4
	trifft eher nicht zu	19	7,4	7,8
	trifft eher zu	106	41,4	49,2
	trifft völlig zu	130	50,8	100,0
	Gesamt	256	100,0	

Tabelle 76: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive Patient:innen

Zum anderen können die Patient:innen bei Versorgungsende nach eigener Wahrnehmung besser beurteilen, ob eine Konsultation bei dem Hausarzt oder der Hausärztin erforderlich ist (Tabelle 78).

Ich kann besser beurteilen, ob ich eine Konsultation (Besprechung/Untersuchung) bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin brauche.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	7	2,9	2,9
	trifft eher nicht zu	26	10,6	13,5
	trifft eher zu	103	42,0	55,5
	trifft völlig zu	109	44,5	100,0
	Gesamt	245	100,0	

Tabelle 77: Einfluss der APN-Versorgung auf die Fähigkeit der Patient:innen zur Einschätzung des Bedarfs eines Hausarzt/Hausärzt:innen-Besuchs / Perspektive Patient:innen

Bezogen auf die Kompetenzen der Patient:innen und/oder ihres unmittelbaren Bezugssystems zur eigenständigen Herstellung einer angemessenen, tragfähigen Gesundheitsversorgung werden der APN-Versorgung auch von den An- bzw. Zugehörigen deutliche positive Effekte zugesprochen: Zum einen sind die Patient:innen am Ende des Versorgungszeitraums den Einschätzungen der An- bzw. Zugehörigen zufolge besser über die eigene gesundheitliche Situation informiert (Tabelle 79).

Der Patient/die Patientin und/oder ich sind besser über seine/ihre Gesundheit informiert.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	3	1,5	1,5
	trifft eher nicht zu	17	8,8	10,3
	trifft eher zu	80	41,2	51,5
	trifft völlig zu	94	48,5	100,0
	Gesamt	194	100,0	

Tabelle 78: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive An-/Zugehörige

Zum anderen können die Patient:innen - so die An-/Zugehörigen - bei Versorgungsende besser beurteilen, ob eine Konsultation bei dem Hausarzt oder der Hausärztin erforderlich ist (Tabelle 80).

Der Patient/die Patientin und/oder ich können besser beurteilen, ob er/sie eine Konsultation (Besprechung/Untersuchung) bei seinem/ihrer Hausarzt/ seiner/ihrer Hausärztin braucht.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	4	2,1	2,1
	trifft eher nicht zu	25	13,0	15,
	trifft eher zu	85	44,3	59,4
	trifft völlig zu	78	40,6	100,0
	Gesamt	192	100,0	

Tabelle 79: Einfluss der APN-Versorgung auf die Fähigkeit der Patient:innen zur Einschätzung des Bedarfs eines Hausarzt/Hausärztinnen-Besuchs / Perspektive An-/Zugehörige

Auch fast alle Hausärzt:innen (96,2 %) sehen als positiven Effekt der APN-Versorgung, dass die Patient:innen ihre gesundheitliche Situation treffender einschätzen können (Tabelle 81).

Die Patienten/Patientinnen können ihre gesundheitliche Situation treffender einschätzen.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	0	0,0	0,0
	trifft eher nicht zu	1	3,8	3,8
	trifft eher zu	23	88,5	92,3
	trifft völlig zu	2	7,7	100,0
	Gesamt	26	100,0	

Tabelle 80: Einfluss der APN-Versorgung auf die Informationslage der Patient:innen zur eigenen gesundheitlichen Situation / Perspektive Hausärzt:innen

Außerdem sind die Patient:innen nach Einschätzung der meisten Hausärzt:innen (88,5 %) durch die APN-Versorgung merklich besser dazu in die Lage versetzt worden, eigenständig zur Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation beizutragen (Tabelle 82).

Die Patienten/Patientinnen sind besser in der Lage, eigenständig zur Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation beizutragen.		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	0	0,0	0,0
	trifft eher nicht zu	3	11,5	11,5
	trifft eher zu	17	65,4	76,9
	trifft völlig zu	6	23,1	100,0
	Gesamt	26	100,0	

Tabelle 81: Einfluss der APN-Versorgung auf die Eigenständigkeit der Patient:innen zur gesundheitlichen Stabilisierung / Perspektive Hausärzt:innen

Gesundheitsbezogene Lebenssituation der Patient:innen

In der Mehrzahl der Untersuchungsbereiche, in denen standardisierte Assessment-instrumente bei Versorgungsbeginn und Versorgungsende eingesetzt wurden, zeigen sich statistisch signifikante Verbesserungen ($p < 0,01$) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten – in der Regel mit kleiner statistischer Effektstärke ($d \geq 0,2$) (Tabelle 83).

Untersuchungsbereich	n	t ₀	t ₁	p	d
Mobilität/Lokomotion: DEMMI (Gesamtscore)	224	47,48	48,61	0,298	0,074
Ernährung: MNA (Gesamtscore)	674	23,34	23,98	0,000	0,160
Schmerzen: BESD (Gesamtscore)	207	0,73	0,37	0,000	0,227
Schmerzen: NRS (Gesamtscore in Ruhe)	502	1,73	1,12	0,000	0,296
Schmerzen: NRS (Gesamtscore in Belastung)	498	3,86	3,03	0,000	0,326
Schmerzen: PDI (Gesamtscore)	450	15,15	11,78	0,000	0,213
Psychosozialer/soziokultureller Zustand: MILVA (Aktivität-Gesamtscore)	692	4,19	4,63	0,000	0,233
Selbstversorgungsfähigkeiten: HAQ (Gesamtscore)	528	1,59	1,56	0,272	0,047
Häusliche Lebenssituation: MILVA (Wohnung-Gesamtscore)	605	6,37	6,42	0,213	0,047
Soziale Situation: MILVA (Kontakt-Gesamtscore)	692	5,64	6,24	0,000	0,365

Tabelle 82: Veränderung der Lebenssituation im Versorgungsverlauf anhand spezifischer Assessmentergebnisse

In allen 14 Untersuchungsbereichen sind zwischen Versorgungsbeginn und Versorgungsende statistisch signifikante Reduzierungen erkennbar ($p < 0,05$) – in den meisten Bereichen mit kleiner Effektstärke ($0,2 \leq d < 0,5$). Im Bereich „Medikamentöse Versorgung“ liegt die Reduzierung sogar im Bereich einer mittleren Effektstärke ($d = 0,533$) (Tabelle 84).

Untersuchungsbereich	n	t ₀	t ₁	p	d
Körperliche Gesundheit	692	41,18	31,30	0,000	0,382
Mobilität/Lokomotion	692	37,41	28,98	0,000	0,270
Ernährung	692	18,95	14,13	0,000	0,166
Metabolische (In-)Stabilität	692	21,21	16,78	0,000	0,187
Kognitive und neuropsychische Verfassung	692	23,60	17,46	0,000	0,214
(In-)Kontinenz	692	13,73	10,38	0,000	0,137
Hautzustand/Wunden	692	13,67	11,78	0,032	0,078
Schmerzen	692	31,28	21,14	0,000	0,332
Medikamentöse Versorgung	692	28,79	13,52	0,000	0,533
Psychosozialer/soziokultureller Zustand	692	18,00	14,32	0,001	0,120
Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement	692	21,43	13,16	0,000	0,285
Selbstversorgungsfähigkeiten	692	21,29	12,78	0,000	0,296
Häusliche Lebenssituation	692	24,85	17,69	0,000	0,260
Soziale Situation	692	16,97	11,43	0,000	0,204

Tabelle 83: Bereichsspezifische Veränderungen des Unterstützungs-/Interventionsbedarfs im Versorgungsverlauf

Auch die Gesamtanzahl der Untersuchungsbereiche, in denen Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarfe vorliegen, hat sich im Versorgungszeitraum von durchschnittlich 7,6 auf 6,0 unterschiedliche Bereiche signifikant und mit mittlerer Effektstärke reduziert ($p = 0,000$, $d = 0,522$) (Abbildung 19).

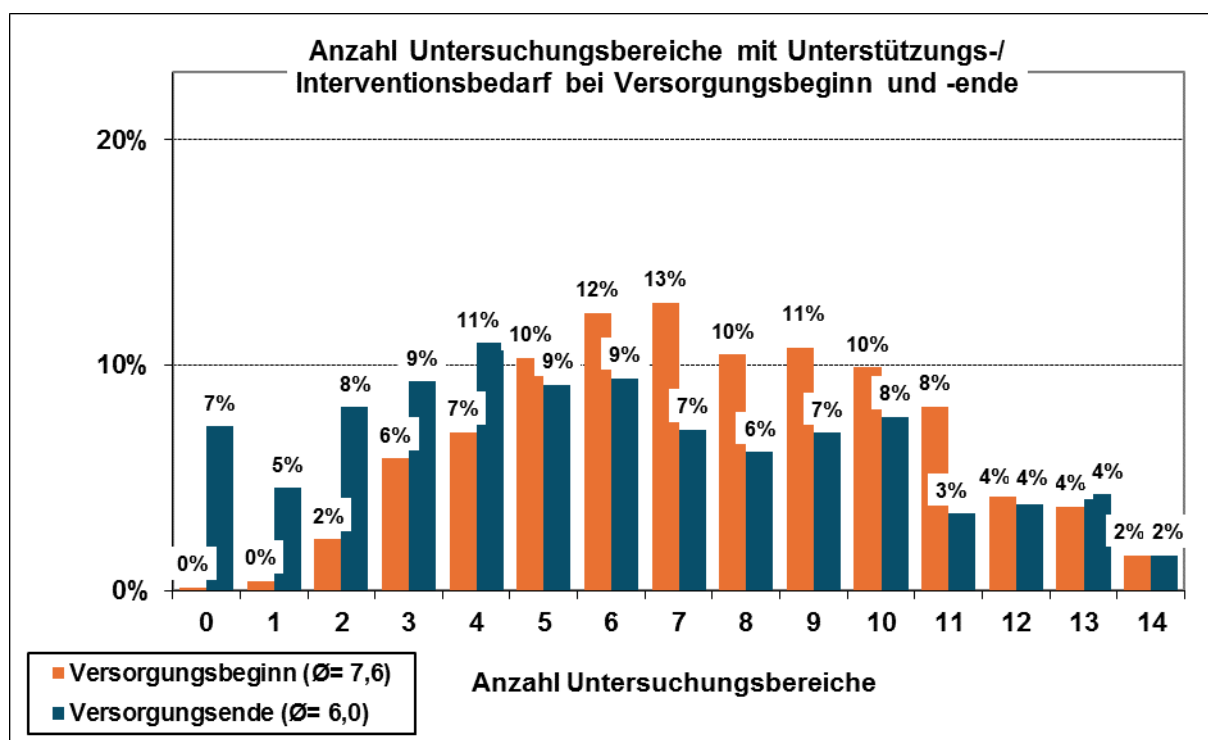


Abbildung 19: Anzahl Untersuchungsbereiche mit Unterstützungs-Interventionsbedarf bei Versorgungsbeginn und Versorgungsende

Aus Sicht der Patient:innen kommt es im Versorgungsverlauf zu einer signifikanten Verbesserung ($p = 0,001$) im Bereich metabolische (In-)Stabilität. Dabei handelt es sich um eine Veränderung mit kleiner statistischer Effektstärke ($d = 0,294$). In den anderen Bereichen

liegen die durchschnittlichen Bewertungen der eigenen Situation bei Versorgungsende zwar tendenziell zumeist über den Einschätzungen zu Versorgungsbeginn. Diese Veränderungen weisen bei der vorhandenen Streuung allerdings keine statistische Signifikanz auf und sind dementsprechend eher als eine verlässliche Stabilisierung auf demselben Niveau zu verstehen (Tabelle 85).

Untersuchungsbereich	n	t ₀	t ₁	p	d
Körperliche Gesundheit	135	52,7	51,9	0,696	0,033
Mobilität/Lokomotion	133	41,7	42,3	0,639	0,039
Ernährung	133	70,4	70,3	0,995	0,000
Metabolische (In-)Stabilität	121	60,7	67,9	0,001	0,294
Kognitive und neuropsychische Verfassung	134	63,3	62,8	0,799	0,027
(In-)Kontinenz	132	58,9	61,0	0,428	0,067
Hautzustand/Wunden	134	60,3	64,8	0,098	0,142
Schmerzen	134	46,0	49,0	0,223	0,103
Medikamentöse Versorgung	136	77,6	79,3	0,395	0,069
Psychosozialer/soziokultureller Zustand	127	65,4	67,6	0,488	0,062
Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement	124	62,7	65,4	0,338	0,099
Selbstversorgungsfähigkeiten	132	58,2	60,9	0,293	0,093
Häusliche Lebenssituation	135	71,3	75,7	0,055	0,157
Soziale Situation	122	57,4	62,6	0,068	0,170

Tabelle 84: Bereichsspezifische Veränderungen der aktuellen Situation der Patient:innen im Versorgungsverlauf / Perspektive Patient:innen

Zwar berichtet eine Mehrheit der Patient:innen, dass sie durch die APN-Versorgung besser mit der Einnahme ihrer Medikamente zurechtkommt, jedoch ist dieser Wert nicht signifikant (Tabelle 86).

Ich komme besser mit der Einnahme meiner Medikamente zurecht (z. B. richtige Dosierung, günstiger Zeitpunkt, keine Einnahme unnötiger Medikamente)		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft überhaupt nicht zu	12	4,9	4,9
	trifft eher nicht zu	37	15,1	20,0
	trifft eher zu	87	35,5	55,5
	trifft völlig zu	109	44,5	100,0
	Gesamt	245	100,0	

Tabelle 85: Effekte der APN-Versorgung auf die Medikamenteneinnahme der Patient:innen / Perspektive Patient:innen

4.2.2.2.6 An-zugehörigenbezogene Ergebnisse

6. Wie sehen die an-/zugehörigenbezogenen Ergebnisse aus?

Auch die An- bzw. Zugehörigen der Patient:innen wurden im Rahmen der Erhebung zu ihrer Zufriedenheit mit den verschiedenen Tätigkeitsschwerpunkten sowie der Versorgung insgesamt befragt. Die Beratung durch die APN erhält von ihnen insgesamt sehr hohe Zufriedenheitswerte: Rund 95 % der Befragten zeigen sich weitgehend oder sogar sehr zufrieden mit deren Umsetzung (Tabelle 87).

Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	1	0,5	0,5
	weitgehend unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher unzufrieden	1	0,5	1,0
	eher zufrieden	8	3,9	4,9
	weitgehend zufrieden	38	18,7	23,6
	sehr zufrieden	155	76,4	100,0
	Gesamt	203	100,0	

Tabelle 86: Zufriedenheit mit der Beratung durch die APN / Perspektive An-/Zugehörige

Die medizinisch-pflegerische Versorgung erhält von den An- bzw. Zugehörigen ebenfalls insgesamt betrachtet sehr hohe Zufriedenheitswerte. 94,4 % geben an, dass sie mit den in diesem Bereich umgesetzten APN-Tätigkeiten weitgehend oder sogar sehr zufrieden sind (Tabelle 88).

Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	0	0,0	0,0
	weitgehend unzufrieden	1	0,5	0,5
	eher unzufrieden	1	0,5	1,0
	eher zufrieden	9	4,6	5,6
	weitgehend zufrieden	35	17,8	23,4
	sehr zufrieden	151	76,6	100,0
	Gesamt	197	100,0	

Tabelle 87: Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN / Perspektive An-/Zugehörige

Dementsprechend zeigen sich die An- bzw. Zugehörigen auch insgesamt mit der Umsetzung der APN-Versorgung in hohem Maße zufrieden: 94,6 % sind mit der APN-Versorgung als Ganzes weitgehend oder sogar sehr zufrieden (Tabelle 89).

Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	1	0,5	0,5
	weitgehend unzufrieden	0	0,0	0,0
	eher unzufrieden	1	0,5	1,0
	eher zufrieden	9	4,4	5,4
	weitgehend zufrieden	37	18,0	23,4
	sehr zufrieden	157	76,6	100,0
	Gesamt	205	100,0	

Tabelle 88: Zufriedenheit mit der Versorgung durch die APN insgesamt / Perspektive An-/Zugehörige

Die An- bzw. Zugehörigen bescheinigen den APN-Versorgungen ebenfalls eine extrem hohe Gesamteffektivität im Hinblick auf den Nutzen für die Patient:innen: 98,6 % der Versorgungen wird diesbezüglich eine gute und mehr als der Hälfte (51,7 %) sogar eine sehr gute Effektivität zugeschrieben (Tabelle 90).

Wie gut wurde aus Ihrer Sicht dem Patienten/der Patientin insgesamt durch die APN-Versorgung geholfen?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	0	0,0	0,0
	weitgehend schlecht	0	0,0	0,0
	eher schlecht	3	1,4	1,4
	eher gut	28	13,4	14,8
	weitgehend gut	77	36,8	51,7
	sehr gut	101	48,3	100,0
	Gesamt	209	100,0	

Tabelle 89: Gesamteffekte der APN-Versorgung bei den Patient:innen / Perspektive An-/Zugehörige

Bezogen auf die Auswirkungen der APN-Versorgung auf die Situation der An- bzw. Zugehörigen selbst fällt deren Beurteilung etwas ambivalenter, aber insgesamt immer noch positiv aus: Den APN-Versorgungen werden hier in 96,8 % der Fälle eine gute und davon in 42,6 % der Fälle eine sehr gute Effektivität zugeschrieben (Tabelle 91).

Wie gut wurde Ihnen durch die APN-Versorgung geholfen?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	2	1,1	1,1
	weitgehend schlecht	0	0,0	1,1
	eher schlecht	4	2,1	3,2
	eher gut	42	22,1	25,3
	weitgehend gut	61	32,1	57,4
	sehr gut	81	42,6	100,0
	Gesamt	190	100,0	

Tabelle 90: Gesamteffekte der APN-Versorgung bei An-/Zugehörigen / Perspektive An-/Zugehörige

Dementsprechend fällt auch der Anteil der An- bzw. Zugehörigen, die noch einmal an einer APN-Versorgung teilnehmen würden, mit 94,8 % sehr hoch aus (Tabelle 92).

Würden Sie das Angebot der APN-Versorgung noch einmal in Anspruch nehmen?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	nein, auf keinen Fall	0	0,0	0,0
	eher nein	11	5,2	5,2
	eher ja	32	15,2	20,5
	auf jeden Fall	167	79,5	100,0
	Gesamt	210	100,0	

Tabelle 91: Interesse an nochmaliger Beteiligung an einer APN-Versorgung / Perspektive An-/Zugehörige

4.2.2.2.7 Ergebnisse des APN-Einsatzes aus Sicht der Hausarztpraxis

7. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes aus Sicht der Hausarztpraxis aus?

Aus der Perspektive der Hausärzt:innen führt der APN-Einsatz – so in den IMBEI-Interviews zu t2, zu einer Vielzahl von Vorteilen für die Patient:innen, wie zu einer Verbesserung der Versorgung, aber auch zur Entlastung für Hausärzt:innen und für Mitarbeitende. Für die Hausärzt:innen führen die ausführlichen Kenntnisse der APNs über die Patient:innen zu einer Bereicherung ihres Wissens über deren Versorgungssituation (Tabelle 93).

Für Patient:innen	Für Hausärzt:innen	Für Mitarbeitende
Intensivere Betreuung	Entlastung	Entlastung
Zufriedenheit von Patient:innen und Angehörigen	Wissensbereicherung	Positives berichten
Finanzielle Entlastung	Zufriedenheit	
Verbesserung der (sozial-) medizinischen Versorgung	Ausführliche Anamnese	
(Versorgungs-)Verbesserung generell		
Andere Patient:innen profitieren von Zeitgewinn der Hausärzt:innen		
Soziale Teilhabe verbessert		
Patientenwissen erweitert, Eigeninitiative und Motivation gesteigert		
Patient:in muss nicht in Praxis		

Tabelle 92: Vorteile des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen

Gefragt nach Nachteilen des APN-Einsatzes berichten die Hausärzt:innen zu t2 dem IMBEI überwiegend projektimmanente Nachteile wie den Schulungsaufwand der APNs sowie die Reaktionen der Patient:innen nach Beendigung der Interventionszeit (Tabelle 94).

Keine Nachteile	Nachteile für Hausärzt:innen	Nachteile/Herausforderungen für die Praxis
Arzt-Patienten-Beziehung hat sich nicht verschlechtert	Schulungsaufwand APN	Erhöhte Erwartungshaltung der Patient:innen an Hausbesuche nach Weggang APN

„[Die Versorgungssituation] hat sich für niemanden verschlechtert		Trauer der Patient:innen über APN-Weggang muss von Praxismitarbeitenden aufgefangen werden
		Strukturelle Bedarfe der APN (Raum, Auto)

Tabelle 93: Nachteile des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen

Zusammenfassend bewerten die Hausärzt:innen den Ablauf der APN-Versorgungen insgesamt äußerst positiv. Mehr als 90 % der Befragten geben an, dass die Versorgungsmaßnahmen weitgehend gut oder sogar sehr gut abgelaufen sind (Tabelle 95).

Ablauf des Einsatzes der APN		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	0	0,0	0,0
	weitgehend schlecht	0	0,0	0,0
	eher schlecht	0	0,0	0,0
	eher gut	2	8,0	8,0
	weitgehend gut	8	32,0	40,0
	sehr gut	15	60,0	100,0
	Gesamt	25	100,0	

Tabelle 94: Ablauf der APN-Versorgung /Perspektive Hausärzt:innen

Die Zusammenarbeit mit den APN hat aus Sicht der Hausärzt:innen sehr gut funktioniert. Knapp 90 % der Befragten bewerten sie als weitgehend oder sogar sehr gut (Tabelle 96).

Zusammenarbeit zwischen APN und Hausärzt:innen		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	0	0,0	0,0
	weitgehend schlecht	0	0,0	0,0
	eher schlecht	1	3,7	3,7
	eher gut	2	7,4	11,1
	weitgehend gut	2	7,4	18,5
	sehr gut	22	81,5	100,0
	Gesamt	27	100,0	

Tabelle 95: Zusammenarbeit zwischen APN und Hausärzt:innen /Perspektive Hausärzt:innen

Die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachangestellten der Hausarztpraxen und den APN hat aus Sicht der Hausärzt:innen ebenfalls sehr gut funktioniert. Auch sie wird von knapp 90 % der Befragten als weitgehend oder sogar sehr gut bewertet (Tabelle 97).

Zusammenarbeit zwischen APN und MFA/VERAH/NäPa		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	0	0,0	0,0
	weitgehend schlecht	0	0,0	0,0
	eher schlecht	1	3,7	3,7

	eher gut	2	7,4	11,1
	weitgehend gut	5	18,5	29,6
	sehr gut	19	70,4	100,0
	Gesamt	27	100,0	

Tabelle 96: Zusammenarbeit zwischen APN und MFA/VERAH/NäPa / Perspektive Hausärzt:innen

Die Hausärzt:innen bewerten den Gesamteinsatz der APN in ihrer Praxis insgesamt sehr positiv: Über 90 % der Befragten bescheinigen ihm eine gute, mehr als 50 % dabei sogar eine sehr gute Effektivität (Tabelle 98).

Wie bewerten Sie persönlich insgesamt die Effektivität des Einsatzes des/der APN in Ihrer Praxis?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	1	3,7	3,7
	weitgehend schlecht	0	0,0	0,0
	eher schlecht	1	3,7	7,4
	eher gut	1	3,7	11,1
	weitgehend gut	10	37,0	48,1
	sehr gut	14	51,9	100,0
	Gesamt	27	100,0	

Tabelle 97: Gesamteffektivität der APN-Tätigkeit in der Hausarztpraxis / Perspektive Hausärzt:innen

Knapp 90 % der teilnehmenden Hausärzt:innen halten den Einsatz von APN in der hausärztlichen Patient:innen-Versorgung für ein weitgehend oder sogar sehr sinnvolles Angebot (Tabelle 99).

Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der APN-Versorgung?		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht sinnvoll	0	0,0	0,0
	weitgehend nicht sinnvoll	0	0,0	0,0
	eher nicht sinnvoll	1	3,8	3,8
	eher sinnvoll	2	7,7	11,5
	weitgehend sinnvoll	6	23,1	34,6
	sehr sinnvoll	17	65,4	100,0
	Gesamt	26	100,0	

Tabelle 98: Sinnhaftigkeit der APN-Versorgung / Perspektive Hausärzt:innen

Dementsprechend würde ein großer Anteil der Hausärzt:innen (80 %), die am Modellprojekt teilgenommen haben, das Angebot einer APN-Versorgung in ihrer eigenen Praxis dauerhaft etablieren, sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden (Tabelle 100).

Würden Sie das Konzept der APN-Versorgung über die Teilnahme an dem Modellprojekt hinaus in Ihrer eigenen Praxis als Angebot etablieren, sofern die rechtlichen Möglichkeiten dazu geschaffen werden?	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente

Gültig	nein, auf keinen Fall	1	4,0	4,0
	eher nein	4	16,0	20,0
	eher ja	12	48,0	68,0
	auf jeden Fall	8	32,0	100,0
	Gesamt	25	100,0	

Tabelle 99: Interesse an einer dauerhaften Etablierung einer APN-Versorgung / Perspektive Hausärzt/innen

4.2.2.2.8 Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis für die APNs

8. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis für die APNs aus?

In den Interviews des IMBEI beschrieben die APNs als Vorteile für die Patient:innen, dass diese nun als Ganzes mit ihren medizinischen, pflegerischen und sozialen Belangen gesehen werden und auch Probleme in der häuslichen Situation eher auffallen. Die Patient:innen bekommen einen Versorgungsplan und die APN kann spontaner Hausbesuche machen, sich Zeit nehmen und die Patient:innen beraten und aufklären. Die APN biete als zuverlässig erreichbare/r Ansprechpartner:in Sicherheit. Die APNs beschrieben es als Vorteil, dass die Patient:innen so länger zuhause bleiben können und sich die Lebensqualität erhöht, da Patient:innen sich mit der APN wohler fühlen würden. Zudem werde die Hausarztpraxis sensibilisiert, was der Hausarztpraxis und den Patient:innen zugutekommt. Als Vorteile für andere Beteiligte wurde beschrieben, dass die APN die Hausärzt:innen entlasten können und gleichzeitig Diskussionspartner:innen bei Entscheidungen sein können. Sie gaben an, die Hausärzt:innen zu sensibilisieren, für Belange der Patient:innen und die Versorgungsqualität steigern zu können durch die Vernetzung verschiedener Versorgungsangebote. Die vom IMBEI nachgefragten *Nachteile und Herausforderungen* (Hauptkategorie) des APN-Einsatzes zeigten eine *Überlastung der APNs durch Zeitmangel von Ärzt:innen, zu viele Anrufe von Patient:innen* und eine *überlastete Praxis* auf.

Der Blick auf die Entwicklung der professionellen Kompetenz der APNs in den KH-Interviews wurde in der Hauptkategorie *Kompetenzerleben* *ausdifferenziert* in die Unterkategorien *Handlungssicherheit, Selbstsicherheit* und *Selbstoptimierung*. Über die Erhebungszeitpunkte t0, t1 und t2 kann eine Zunahme der Sicherheit im fachlichen Handeln und Entscheiden nachvollzogen werden, ebenso wie die Steigerung des Vertrauens in die eigene Kompetenz. Trotz verschiedener Fortbildungsaktivitäten im Verlauf des Projektes bleibt auch zum Ende der Intervention die Überzeugung, dass die Selbstoptimierung nicht abgeschlossen ist, und weitere Schritte im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses erforderlich sind.

4.2.2.2.9 Ökonomische Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis

9. Wie sehen die ökonomischen Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis aus?

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analysen sind im Kapitel 4.1.2 ausgeführt.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Das FAMOUS-Projekt hat gezeigt, dass APNs gut in eine hausärztliche Praxis integriert werden und dort in relevantem Umfang weitgehend selbstständig die Versorgung von Menschen mit

Multimorbidität übernehmen und somit zu einer Entlastung der Hausärzt:innen vor allem im ländlichen Raum führen können. Die Ergebnisse des Monitorings und der Prozessevaluation unterstreichen, dass die Integration von APNs in der Primärversorgung auch unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems recht unkompliziert machbar ist.

Die in dem Projekt umgesetzte Fortbildung war angesichts der aktuell heterogenen Studienlandschaft erforderlich, wird aber voraussichtlich in naher Zukunft nicht mehr erforderlich sein, wenn APN-Studiengänge einen definierten Umfang an medizinischen und klinischen Inhalten anbieten. Dies gilt in ähnlicher Weise für das Begleitkonzept. Je bekannter das APN-Konzept und je selbstverständlicher der APN-Einsatz in der Primärversorgung wird, desto weniger wird die im Projekt umgesetzte Begleitung erforderlich sein.

Im Projekt FAMOUS wurden in der Umsetzung die besonders unterstützungsintensive geriatrische Klientel mit einem Durchschnittsalter von 79,7 Jahren (Median 82,0 Jahre) und einem Unterstützungsbedarf zu Interventionsbeginn in durchschnittlich 7,6 Bereichen erreicht. Zur Behandlung und Versorgung dieser Klientel hat sich das Qualifikationsprofil der APNs (Pflegefachpersonen mit 2 Jahren Berufserfahrung sowie einschlägigem Bachelor- und Masterabschluss) verbunden mit dem ausgewiesenen Aufgabenprofil als zielführend erwiesen. Patient:innen und Hausärzt:innen bewerten die Intervention der APNs übereinstimmend als positiv. Die Patient:innen betonen die besondere Qualität der ganzheitlichen Sicht- und Arbeitsweise der APNs, die Hausärzt:innen die gute Qualität der durch die APNs geleisteten Versorgung, die eigene Entlastung sowie die Entlastung für die MFAs/VERAHs/NäPas. Auch die nichtärztlichen Fachangestellten betonen die gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung.

Die qualitativen Interviews haben gezeigt, dass Patient:innen den Einsatz der APNs als positiv bewerten und häufig bedauerten, dass die Projektdauer nur auf ein Jahr befristet war. Von den Patient:innen wurde hervorgehoben, dass die APN auch beratende Tätigkeiten durchführt, die über den rein medizinischen Bereich hinausgehen, wie sozialrechtliche Beratung oder die Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln. Dieser ganzheitlichere Ansatz wurde auch von den Hausärzt:innen positiv hervorgehoben. Der Einfluss der sozialrechtlichen Beratung zeigt sich auch in dem Vorher-Während-Vergleich von Patient:innen der AOK. Von den 300 Patient:innen in dieser Analyse wurde für 83 (27.7%) eine Erhöhung des Pflegegrades während der Intervention dokumentiert. Da dies in seltenen Fällen auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zurückzuführen ist, ist anzunehmen, dass die Beratung und Hilfestellung der APNs in diesem Bereich zu einer Erhöhung der Pflegegrade geführt hat. Ein weiterer Vorteil der APNs, der in den Interviews sowohl von Patient:innen, als auch von den Hausärzt:innen genannt wurde, war, dass die APNs längere, ausführlichere und häufigere Hausbesuche durchführen konnten. Dies war besonders für Patient:innen von Vorteil, die aufgrund ihres Gesundheitszustands Probleme hatten in die Hausarztpraxis zu kommen. Auch in den Kontaktanalysen zeigte sich, dass eine Vielzahl der Kontakte beim Patienten oder der Patientin selbst und nicht in der Hausarztpraxis stattgefunden haben. Auch zeigte sich, dass mit zunehmenden Pflegegrad die Odds stiegen, dass ein Kontakt außerhalb der Hausarztpraxis stattfand. Die Hausärzt:innen bestätigten in den Interviews eine verbesserte und bedarfsgerechte Versorgung der Menschen mit Multimorbidität durch die APNs. Ein Punkt der in den Interviews große Aufmerksamkeit erfuhr, war die Entlastung der Hausärzt:innen durch die APNs. Gerade im ländlichen Raum ist das Ziel, aufgrund des Ärztemangels, für eine Entlastung der existierenden Praxen zu sorgen und so eine verbesserte

Versorgung für die Patient:innen sicherzustellen (25). So wurde zwar von den Hausärzt:innen bestätigt, dass die APN zu einer Entlastung in ihrem Praxisalltag und auch beim anderen Praxispersonal führte, allerdings wurde in den Interviews auch erwähnt, dass die APN zu wenige Patient:innen versorgen würde. Als Gründe hierfür wurden genannt, dass die APN nur eine Teilzeitstelle hatte oder viel Zeit mit Dokumentation oder Bürokratie verbringen musste. Zugleich zeigt sich hier eine gewisse zirkuläre Argumentation der interviewten Hausärzt:innen: Einerseits bedauern sie in den Interviews, und auch in der DEGAM-Richtlinie zur Multimorbidität wird dies zum Thema (15), dass die Minutenmedizin den komplexen Bedarfen der Menschen mit Multimorbidität nicht gerecht wird und begrüßen, dass die APNs mehr Zeit für die Versorgung dieser Zielgruppe aufbringen können. Wenn in der Folge die Anzahl der von den APNs versorgten Patient:innen - verglichen mit den Routinen in der Hausarztpraxis – geringer ist, wird dies mit einer gewissen Enttäuschung registriert.

Der Stellenumfang einer APN bestimmt sich aus den finanziellen Mitteln und den Gegebenheiten in den Praxen. So muss bei einer eventuellen späteren Überführung in die Regelversorgung beachtet werden, dass die Praxen sicher kalkulieren können und der Stellenumfang an den Bedarf der Praxis angepasst ist. Bei einer Überführung in die Regelversorgung sollte sich der Kritikpunkt der Dokumentation zumindest teilweise verringern lassen und somit der APN mehr Zeit für (mehr) Patient:innen ermöglichen. Ein nicht unerheblicher Teil der Arbeitszeit der APN war der Dokumentation im Rahmen des FAMOUS Projektes geschuldet. In der Regelversorgung kann diese Dokumentationszeit für die Arbeit mit den Patient:innen verwendet werden. Der hohe Dokumentationsaufwand im Rahmen des Projektes wurde ebenfalls von den APNs als hinderlich im Rahmen ihrer Arbeit mit den Patient:innen genannt. Trotz der Kritikpunkte zeigte sich, dass eine APN zu einer Entlastung der Hausärzt:innen im ländlichen Raum beitragen kann. Berechnungen im Bereich der gesundheitsökonomischen Analysen zeigten, dass eine APN in Vollzeit schätzungsweise durchschnittlich 125 Patient:innen im Jahr versorgen kann. Bei den Interviews mit den Hausärzt:innen ist zu beachten, dass nur am Projekt beteiligte Hausärzt:innen interviewt wurden. Es ist zu erwarten, dass hier eine positive Grundeinstellung zum Konzept der APN vorherrscht. Auch wenn internationale Studien, aufgrund unterschiedlicher Ausbildungen und rechtlicher und finanzieller Grundlagen von APNs, nur schwer mit dem deutschen System zu vergleichen sind, sollten sie trotzdem berücksichtigt werden.

Die Akzeptanz von APNs durch Hausärzt:innen variiert auch international. Einerseits wird von ärztlicher Seite die partnerschaftliche Zusammenarbeit (26) sowie die Verbesserung der Versorgung betont (27), andererseits wird das Letztere in Frage gestellt. So hat eine französische Studie 251 Hausärzt:innen befragt und fast 60% der Ärzt:innen gaben an, dass APNs nicht den Zugang zur Versorgung verbesserten oder das als Primärversorger für Patient:innen geeignet wären (28).

Die quantitativen Auswertungen der primären und sekundären Endpunkte zeigten, dass es für die Bereiche (1) Notfallkontakte, (2) ungeplante Krankenhausaufenthalte, (3) stationäre Aufenthalte, (4) Facharztbesuche, (5) Krankenhausambulanzen und (6) Hausbesuche durch die Hausärztinnen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Inanspruchnahmen gab. In Bezug zu diesen Ergebnissen müssen diverse Faktoren genannt werden, die diese Ergebnisse beeinflusst haben können. Es besteht die Möglichkeit, dass trotz des Matchings Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bestehen. So wurde der Pflegegrad nicht als Matchingkriterium verwendet, obwohl dieser sowohl für IG als auch KG

vorliegt. Die Pflegegrade von IG und KG sind signifikant unterschiedlich verteilt mit einem p-Wert von 2.2×10^{-16} .

Zwar wurde mit statistischen Methoden in den Auswertungen dafür adjustiert, allerdings hätte eine Aufnahme des Pflegegrades in den Matchingkatalog die Gruppen angleichen können. Selbst unter Berücksichtigung des Pflegegrades ist es fraglich, ob die Variablen Alter, Geschlecht, Anzahl chronischer Erkrankungen und Pflegegrad wirklich ausreichen, um den aktuellen Gesundheitsstatus bzw. die Krankheitslast durch die chronischen Erkrankungen adäquat darzustellen. Es gibt Anzeichen dafür, dass Patient:innen in der IG gesundheitlich höher belastet waren als Patient:innen in der KG bzw. dass die KG ein „gesünderes“ Patientenkollektiv darstellt, was sich auf die Ergebnisse auswirken kann. Hierdurch kann es zu einer Verzerrung dahingehend gekommen sein, dass der positive Effekt der APN-Versorgung durch den höheren Versorgungsbedarf der IG im Vergleich zur KG aufgesogen wurde, d.h. es steht zu vermuten, dass bei gleich hohem Versorgungsbedarf von IG und KG die positiven Effekte der APN-Versorgung stärker sichtbar geworden wären.

Hinweise für diese Einschätzung geben

- die deutlich höhere Pflegegradeinstufung in der IG
- die Aussagen der Hausärzt:innen in den qualitativen Interviews. Diese gaben an, dass sie Patient:innen mit einem besonders hohen Betreuungsbedarf und einer höheren Krankheitslast durch die APN betreuen lassen.
- die Grundlage der Patient:innen der KG. Diese wurden aus einem breiteren und somit repräsentativeren Kollektiv gezogen. D.h. das Patientenkollektiv der IG spiegelt nicht zwingend das gesamte multimorbide Patientenkollektiv einer Hausarztpraxis wider.
- die BKK als einzige Kasse für die Patient:innen der KG. Auch wenn heutzutage freie Krankenkassenwahl in Deutschland herrscht, besteht die Möglichkeit, dass sich im Patientenkollektiv der BKK (als Betriebskrankenkasse) ein höherer Anteil an Personen befindet, die auch mit Erkrankungen noch einer Arbeit nachgehen oder nachgegangen sind (bei aktuellem Rentenstatus). Es besteht hier also die geringe Möglichkeit eines healthy worker effect (29).
- Der unterschiedliche Anteil der Verstorbenen in den Kollektiven der IG und der KG. Interne Analysen der IG und der BKK und haben gezeigt, dass im Patientenkollektiv der IG 10% der Patient:innen während der Beobachtungszeit verstorben sind und im BKK-Kollektiv nur 5%. Auch dies kann ein Indikator sein, der anzeigt, dass die KG „gesünder“ als die IG ist und deshalb keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden konnten.

Der Vorher-Während-Vergleich mit allen im Projekt eingeschlossenen und regulär beendeten AOK-Patient:innen zeigt ebenfalls keine Unterschiede hinsichtlich der primären und sekundären Endpunkte. Die Anzahl und die Höhe der Pflegegrade nahm während des Interventionszeitraums jedoch deutlich zu. Dies hebt nochmal die Funktion der APN bei der Unterstützung von Patient:innen in vulnerablen gesundheitsrelevanten Bereichen hervor.

Die gesundheitsökonomischen Auswertungen zeigen gleiche Ergebnisse, wie die quantitativen Auswertungen. Dies ist nicht sonderlich überraschend, da sie auf der gleichen Datengrundlage beruhen. Die unzureichende Dokumentation ihrer Arbeitszeiten mancher APNs führte dazu,

dass für die Auswertungen kleinere Fallzahlen zur Verfügung standen. Wurden die Analysen aber für die Gesamtpopulation durchgeführt (gute + unzureichende Dokumentation), zeigten sich auch hier keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Kosten. Die Kostenanalysen sind ebenfalls durch die o.g. potentiellen Unterschiede zwischen der IG und KG beeinflusst. Zusätzlich machen extreme Ausreißer (einzelne Patient:innen haben sehr hohe stationäre Kosten im Vergleich zum Rest der Population) die Interpretation der Ergebnisse schwieriger, da die einzelnen Kosten nicht direkt den chronischen Krankheiten des Patienten oder der Patientin zugewiesen werden konnten. Weiterhin ist zu erwähnen, dass keine Infrastrukturpauschalen berücksichtigt werden konnten, da diese nicht klar beziffert werden konnten. Auch wurden keine intangiblen Kosten oder Zuzahlungen (out-of-pocket-payments) der Patient:innen berücksichtigt. Hier lässt sich annehmen, dass die APN einen positiven Einfluss auf diese Kosten haben könnte, da für viele Patient:innen z.B. Fahrkosten zur Hausarztpraxis weggefallen sind. Ob die Fahrtkosten der APN zu den Patient:innen, die Fahrtkosten der Patient:innen zu den Praxen (z.B. Krankentransport) verringert hat, lässt sich nicht bewerten. Auch nicht berücksichtigt werden konnte, die verfügbare freie Zeit für die Hausärzt:innen durch den Einsatz der APNs. So können die Hausärzt:innen die neue verfügbare Zeit z.B. für die Behandlung neuer Patient:innen nutzen. Dies konnte allerdings auch nicht monetär bewertet werden, es ist aber anzunehmen, dass ein gewisser monetärer Vorteil für die Hausarztpraxis durch den Einsatz der APN entsteht. Die Kontaktanalysen im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen, dass die APNs von den Patient:innen intensiv in Anspruch genommen wurde. Auch zeigt sich aus den gesundheitsökonomischen Auswertungen, dass mit geschätzten jährlichen Kosten von 445€ pro Patient:in die Intervention im Vergleich zu anderen Interventionen als kostengünstig anzusehen ist.

Generelle Limitationen des Projektes bzw. der Evaluation

Die Entscheidung für eine nicht-randomisierte Kontrollstudie wurde primär getroffen, um die Akzeptanz der Studie bei den Hausärzt:innen und den potentiellen Studienteilnehmer:innen zu erhöhen. Es wurde angenommen, dass einerseits die Hausärzt:innen ihren Patient:innen mit Multimorbidität die Teilnahme an einer Randomisierung nicht zumuten würden und dass andererseits Patient:innen bzw. ihre Angehörigen durch ein randomisiertes Design von der Teilnahme abgeschreckt würden. Die Auswahl und Zuweisung der Patient:innen zum Projekt erfolgte - wie im Studienprotokoll vorgesehen - durch die Hausärzt:innen. Diese entlasteten sich nicht nur zeitlich, sondern auch mental, in dem sie insbesondere Patient:innen mit Multimorbidität, die einen besonders hohen und komplexen Versorgungsbedarf hatten, als Studienteilnehmende rekrutierten. Dieses Vorgehen ist einerseits Ausdruck der hausärztlichen Überzeugung von der Qualität der Versorgung durch die APNs, andererseits Ursache eines vermutlich erheblichen Selektionsbias.

GKV-Routinedaten werden vorrangig für die Abrechnung und Dokumentation in der GKV und nicht für Zwecke der Evaluation oder Versorgungsforschung erhoben (30). Nicht erlösrelevante Daten bieten einen geringeren Anreiz für eine vollständige Dokumentation. Zum Beispiel hat die Kodierung der Diagnosen im ambulanten Bereich kaum Einfluss auf die Abrechnung, so dass hier von einer geringeren Dokumentationsqualität ausgegangen werden muss (31). Ein bekanntes Problem bei der Nutzung von GKV-Routinedaten besteht in dem Mangel an Informationen zu patient:innenzentrierten und –berichteten Outcomes wie Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, diagnostische Maße sowie Outcome der Therapie.

Eine damit verbundene weitere erhebliche Einschränkung ist die begrenzte Abbildbarkeit der Erkrankungsschwere in den GKV-Routinedaten. Auch die Untersuchung einer Veränderung in der Symptomlast bzw. Erkrankungsschwere ist ein wichtiger Parameter, welcher mit den Routinedaten derzeit nur sehr eingeschränkt (bspw. über ICD10 Kodierung) untersucht werden kann. Ob dies möglich ist, hängt stark von der Qualität der Diagnosekodierung ab (32).

Im vorliegenden Projekt reduziert die mangelnde Aussagekraft von GKV-Routinedaten zur Erkrankungsschwere - beeinflusst durch den möglichen Selektionsbias - die Aussagekraft der vorliegenden Rechenergebnisse zum Vergleich von IG und KG. Dies gilt angesichts der mangelnden Veränderungssensitivität von Routinedaten in gleicher Weise für den Vorher-Während-Vergleich der AOK-Daten.

Im Rahmen des Monitorings wurden zum einen standardisierte und umfänglich getestete Assessmentinstrumente eingesetzt, zum anderen auch Instrumente, die für den Einsatz im Projekt konzipiert wurden. Eine weitere Limitation ergibt sich aus dem Rücklauf der Erhebungsbögen, die im Rahmen des Monitorings eingesetzt worden sind. Dieser betrug bei den Patient:innen 41.3 % zu t0 und 46.8% zu t2; bei den An-/Zugehörigen 29.9% zu t0 und 34.8% zu t2 sowie bei den Hausärzt:innen 30% bei t0 und 67.5% zu t2. Beide Aspekte limitieren die Aussagekraft der Ergebnisse. Insofern Fragen der Akzeptanz und Zufriedenheit bei Patient:innen und Hausärzt:innen erfragt werden, deckt sich jedoch die Tendenz der Bewertung des APN-Einsatzes mit den Daten aus den qualitativen Interviews.

Zusammenfassend liegen die Limitationen im nicht-randomisierten Design, dem Fehlen von validierten Lebensqualitäts-Fragebögen zur Messung des subjektiven Befindens der Patient:innen sowie den wahrscheinlichen Unterschieden zwischen IG und KG. Auch muss hier noch erwähnt werden, dass die beobachtete Anzahl der Notfallkontakte von 0,49 deutlich geringer ist, als die erwartete Anzahl von 2,7, die bei der Fallzahlplanung verwendet wurde. Das heißt, die Annahme, dass die Nutzung von Notfallkontakten von Menschen mit Multimorbidität unabhängig von ihrer Wohnsituation (Pflegeheim oder Häuslichkeit) sein würde, hat sich nicht bestätigt. Dies wiederum stellt die vorliegende Fallzahlkalkulation in Frage. Auch wurden keine möglichen Effekte der Corona-Pandemie (z.B. verschobene nicht-notwendige Operationen) berücksichtigt.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

6.1 Beitrag von FAMOUS zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung

Insbesondere die Ergebnisse des Monitorings (Kapitel 4.2.2) verdeutlichen, dass die Versorgung multimorbider Patient:innen durch die Einbindung einer APN spürbar verbessert werden kann. Die Integration der APN in die hausärztliche Praxis sowie die damit verbundene interprofessionelle Zusammenarbeit verlief durchweg erfolgreich und stieß auf große Zufriedenheit bei allen Beteiligten (siehe Kapitel 4.2.2.2). Im Rahmen des Projekts FAMOUS wurde ein umfassendes Aufgabenprofil für APNs erprobt (Anlage 7), das eine deutliche Erweiterung der bisherigen Regelversorgung darstellt. Dieses Profil konnte im Interventionsarm vollständig umgesetzt werden und erwies sich sowohl hinsichtlich seiner praktischen Umsetzbarkeit als auch seiner Wirksamkeit als äußerst positiv. Es umfasst folgende Tätigkeitsbereiche:

Steuern komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen

- Planen, Erstellen und Monitoren (fortlaufende Verlaufskontrolle und Evaluation) des Versorgungsprozesses nach systematischem Vorgehen:
 - Erheben der gesundheitlichen Lebens- und Versorgungssituation mittels umfassender Anamnese und körperlicher Untersuchung, standardisierter Assessmentinstrumente, professioneller Beobachtungs- und Gesprächsführungstechniken, klinischer Einschätzung
 - Analysieren der Behandlungs- und Versorgungsbedarfe
 - Definieren von Behandlungs- und Versorgungszielen und Festlegen von Evaluationskriterien
 - Erstellen eines individuellen Versorgungsplans unter Umsetzung des Shared Decision Making, ggf. Einbeziehen externer Versorgungsdienstleister
 - Monitoren mittels pflegerisch- und medizinisch-diagnostischer Maßnahmen (bspw. Labordiagnostik, apparative Diagnostik, körperliche Untersuchung)

Umsetzen komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen

- Umsetzen pflegerisch-therapeutischer Maßnahmen
 - Stärkung Selbstmanagement durch Informieren, Schulen und Beraten von Patient:innen sowie An- und Zugehörigen
 - psychosozial Unterstützen
 - Unterstützen bei der Krankheits- und Alltagsbewältigung
 - Durchführung nicht-medikamentöser Interventionen (bspw. Schmerzmanagement, Wundmanagement, Überwachung der Kompressionstherapie)
- Prävention und Gesundheitsförderung
 - Förderung der Gesundheitskompetenz (gesundheitsförderliches Verhalten: Rauchen, Bewegung, gesunde Ernährung)
 - Anwenden erweiterter Pflegeassessments zur Früherkennung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Verlaufskontrollen
- Durchführen abgestimmter medizinisch-therapeutischer Maßnahmen
 - Medikamentenmanagement
- Durchführen dringender Hausbesuche in akuten Situationen
- Umsetzen des Medikamentenmanagements
 - Erheben aller verordneten Arzneimittel und der Selbstmedikation
 - Überprüfen von Kontraindikationen, unerwünschten Wirkungen und Arzneimittelinteraktionen
 - Stärken der Medikationsadhärenz
 - Anleiten zur Arzneimittelhandhabung
- Aufbauen und Koordinieren eines patientenbezogenen informellen und formellen Netzwerkes zur Versorgungssicherung
- Umsetzen eines sektorenübergreifenden und interprofessionellen Schnittstellenmanagements

Interprofessionelles Arbeiten

- Koordinieren, Durchführen und Nachbereiten von Fallbesprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen
 - Besprechen der Befunde

- Abstimmung der von den APNs empfohlenen verordnungspflichtigen Maßnahmen (bspw. Medikation, Heil- und Hilfsmittel) mit den behandelnden Ärzt:innen entsprechend den gesetzlichen Regelungen
- Aufbauen und Pflegen eines multiprofessionellen Netzwerks
 - Gestalten des Informationsflusses zwischen den Professionen (z. B. im Rahmen von regionalen Pflegekonferenzen)
 - Vernetzen mit regionalen Gesundheitsdienstleistern

Initiieren und Gestalten ethischer Entscheidungsfindung

- Initiieren, Strukturieren und kontinuierliches Begleiten der Aushandlungsprozesse zu ethisch relevanten Fragen
- Erarbeitung fallbezogener ethisch-moralischer Argumentation
- Mitorganisieren und/oder Moderieren fallbezogener Besprechungen zur Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele

Beratung und Fortbildung von Beteiligten im professionellen Feld

- APNs übernehmen die fachliche Führung im Sinne des Clinical Leadership. Adressaten können sein:
 - Mitarbeitende in den Hausarztpraxen
 - weitere Gesundheitsdienstleister im multiprofessionellen Netzwerk
- Aufgaben sind beispielsweise:
 - Bereitstellen und Vermitteln von Expertenwissen
 - Einnehmen einer fachlichen Vorbildfunktion

Wissenschaftliches Arbeiten

- Durchführen wissenschaftlicher Recherchen zu klinischen und versorgungsbezogenen Fragestellungen
- Erstellen von wissenschaftlichen und praxisnahen Publikationen für Fachzeitschriften und andere Medien
- Halten von Fachvorträgen auf Tagungen und Kongressen
- Anregen von und Mitwirken an pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekten

Berufsfeldentwicklung

- Unterstützen bei der Implementierung des Berufsbildes der APN in der Hausarztpraxis durch
 - Strukturaufbau in der Praxis
 - Konzeptionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis
- Bekanntmachen des Berufsbildes
 - bei den Patient:innen sowie den An- und Zugehörigen
 - in der Fachöffentlichkeit
 - bei den regionalen Gesundheitsdienstleistern
- Entwickeln von Perspektiven für das Berufsbild, z. B. mit Hilfe von
 - Beteiligung an der Leitlinienentwicklung
 - Engagement in Arbeitsgruppen z. B. bei Pflegekammern, Berufsverbänden und Netzwerken (Anlage 7)

Um die Ausschöpfung des vollen Potentials der APNs zu gewährleisten, bedarf es rechtlicher Befugnisse zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten. Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Aufgabengebiete:

1. Diagnostik und Monitoring

- Anordnung von Labordiagnostik
- Anordnung von apparativer Diagnostik
- Veranlassung fachärztlicher Konsile
- Einweisung ins Krankenhaus (geplant und notfallmäßig)

2. Therapie

- Verordnung von Hilfsmitteln (bspw. Rollator, Respirator, Lifter, Prothese und Orthese, suprapubischer Blasenkatheter)
- Veranlassung leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhand einer Positivliste und Anpassung der Dosierung
- Verordnung von Verbandsmaterialien
- Veranlassung von Heilmitteln (bspw. Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Rehasport, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege
- Verordnung von Behandlungspflege gem. SGB V (bspw. Katheter- und Trachealkanülenwechsel, Stomaversorgung, Substitution hochkalorischer Ernährung)

3. Begutachtung von

- Pflegebedarf
- Grad der Behinderung
- Bedarf an Rehabilitationsleistungen
- Kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit (s. Anlage 7)

Die Erfahrungen im Forschungsprojekt FAMOUS zeigen, dass APNs in der Primärversorgung selbstständiger und eigenverantwortlicher arbeiten könnten, als es ihnen unter den aktuell gültigen, formalrechtlichen Rahmenbedingungen möglich ist. Im Mittelpunkt steht die Übernahme pflegerischer Verantwortung in einem sinnvollen Kompetenz-, Verantwortungs- und Zuständigkeitsmodell.

6.2 Konkrete Schritte, um Projektergebnisse in die Regelversorgung zu überführen

In der aktuellen rechtlichen Struktur ist die Anstellung von APNs mit einem einschlägigen Bachelor- und Masterabschluss in allgemeinmedizinischen Einrichtungen wie hausärztlichen Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) grundsätzlich möglich. Dabei wird ausdrücklich empfohlen, APNs in bestehende Strukturen einzubinden, um Kontinuität und Qualität der Versorgung sowie eine effiziente Nutzung von Ressourcen sicherzustellen. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Vorgaben ist es erforderlich, dass verordnungspflichtige Maßnahmen – insbesondere im Bereich Diagnostik und Therapie (z. B. Medikation, Heil- und Hilfsmittel) – durch APNs in enger Abstimmung mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt erfolgen.

Die Aufgaben von APNs umfassen dabei unter anderem die eigenständige Behandlung und Versorgung von Patient:innen im Rahmen von Hausbesuchen oder Sprechstunden. APNs übernehmen darüber hinaus koordinierende und kommunizierende Aufgaben im interprofessionellen Versorgungsteam. Dazu gehören das Durchführen, Koordinieren und Nachbereiten von Fallbesprechungen mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie das gemeinsame Besprechen diagnostischer Befunde. Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Aufbau und in der Pflege multiprofessioneller Netzwerke. APNs gestalten aktiv den Informationsfluss

zwischen den beteiligten Berufsgruppen, etwa durch die Teilnahme an regionalen Pflegekonferenzen oder durch Vernetzung mit regionalen Gesundheitsdienstleistern.

Für die Durchführung dieser Tätigkeiten ist eine entsprechende Ausstattung/Infrastruktur notwendig: Für Hausbesuche werden ein Fahrzeug sowie eine Behandlungstasche mit medizinischer Grundausstattung (z. B. Blutdruckmessgerät, Stethoskop, Blutzuckermessgerät) benötigt. Für die Sprechstunde in der Praxis ist ein separater Behandlungsraum mit praxisüblichem Equipment wie Behandlungsliege, Arbeitsplatz mit technischer Ausstattung und medizinischem Material erforderlich. Damit APNs evidenzbasiert arbeiten können, benötigen sie Zugang zu medizinischen Fachdatenbanken, Volltexten und weiterer Fachliteratur. Ebenso sind technische Voraussetzungen wie ein Laptop mit Fernzugriff auf die Praxissoftware sowie ein Diensthandy notwendig, um die Erreichbarkeit für die Patient:innen, und das Praxisteam sicherzustellen.

Kapitel 4.1.2.3 stellt die Kontaktanalyse im Rahmen der Versorgung innerhalb des FAMOUS-Modells dar und leitet daraus eine strukturierte Implementierung von Versorgungskontakten ab. Dabei wird eine modulare Kontaktstruktur vorgeschlagen, die eine personenzentrierte, sektorenübergreifende Versorgung durch APNs ermöglicht und systematisch abbildbar ist. Diese Struktur kann über die gezielte Nutzung und Implementierung spezifischer EBM-Ziffern für delegierbare ärztliche Leistungen, insbesondere für Hausbesuche und Fallmanagementleistungen, realisiert werden. Die folgende Tabelle 101 stellt die Übersicht der benötigten Leistungen dar:

Leistung	Kurzbeschreibung	Dauer (Median)
Leistung 1	Erstkontakt und Versorgungsinitiierung	90 Minuten
Leistung 2	Folgekontakt persönlich	30 Minuten
Leistung 3	Folgekontakt telefonisch	15 Minuten
Leistung 4	Zuschlag für das Aufsuchen in der Häuslichkeit (anwendbar bei Erbringung von Leistung 1 und Leistung 2)	20 Minuten

Tabelle 100: Übersicht der benötigten Leistungen

In Deutschland wird derzeit intensiv über die Einführung eines APN-Gesetzes diskutiert, das einen verbindlichen rechtlichen Rahmen für die erweiterte Pflegepraxis schaffen soll. Das geplante Gesetz zielt darauf ab, Rechtssicherheit für APNs bei eigenverantwortlichen Entscheidungen und Handlungen – etwa in den Bereichen Diagnostik oder Verordnung von Heil-,Hilfsmitteln oder Medikamenten, – zu etablieren. Die akademische Qualifikation auf Masterniveau soll dabei ausdrücklich anerkannt werden. Nicht zuletzt ist die Entwicklung einer Vergütungsstruktur vorgesehen.

Strukturell ist die Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland durch Etablierung von Primärversorgungszentren - wie von der Robert Bosch Stiftung vorgeschlagen – anzugehen. Das hier zugrunde gelegte mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit zielt nicht darauf ab, Lücken zu füllen, sondern auf eine Weiterentwicklung der Primärversorgung, die den Bedarfen des zunehmenden Anteils an Personen mit vielfältigen chronischen Erkrankungen besser gerecht wird. Dies gelingt nur, wenn die beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe kooperieren [46].

In Zukunft ist die in Tabelle 101 dargestellte modulare Kontaktstruktur somit auch als Direktabrechnung durch die APN denkbar und wünschenswert. Die Ansiedlung von Advanced Practice Nurses (APNs) in Gesundheitszentren ist von zentraler Bedeutung, um eine koordinierte, patientenzentrierte und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Gesundheitszentren bieten durch ihre interprofessionelle Ausrichtung und infrastrukturelle Ausstattung ideale Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von APNs. Hier können sie ihre erweiterten Kompetenzen – etwa in der Fallsteuerung, der klinischen Einschätzung oder der Beratung – wirkungsvoll einsetzen und mit anderen Berufsgruppen eng verzahnt arbeiten. Insbesondere bei der Versorgung chronisch erkrankter oder multimorbider Patient:innen tragen APNs in Gesundheitszentren dazu bei, Versorgungsabläufe effizient zu gestalten, Schnittstellenprobleme zu reduzieren und die Behandlungsqualität nachhaltig zu verbessern.

6.2.1 Versichertenpotential und benötigtes Behandlungsnetz

Eine neuere Schätzung des schweizerischen Netzwerks der Sentinel-Praxen beziffert den Anteil multimorbider Patient:innen (≥ 3 chronische Erkrankungen) unter der regelmäßigen hausärztlichen Klientel auf 25,5 % in der Altersgruppe 41–60 Jahre, 51,9 % in der Altersgruppe 61–80 Jahre und 67,3 % bei über 80-Jährigen [47]. Die starke Altersabhängigkeit der Multimorbidität wird auch in weiteren Prävalenzstudien bestätigt [2]. Die Notwendigkeit, zwischen einfachen und komplexen Patientenkonstellationen zu unterscheiden, wird in der Fachliteratur betont, allerdings bislang nicht systematisch quantifiziert.

Für die folgende Analyse wird angenommen, dass etwa 30 % der Patient:innen in hausärztlichen Praxen als multimorbid einzustufen sind. Rund die Hälfte dieser Gruppe, also etwa 15 % der Gesamtklientel, gilt als hochkomplex² und würde nach aktuellen Versorgungskonzepten besonders von einer Betreuung durch APNs profitieren.

Eine einzelne APN kann gemäß den in Kapitel 4.1.2.1 dargelegten Annahmen bis zu 125 hochkomplexe Fälle betreuen. Daraus ergibt sich ein rechnerisches Verhältnis von einer APN pro 850 Patient:innen in der hausärztlichen Versorgung. Im vierten Quartal 2023 wurden bundesweit 56.145.147 Behandlungsfälle in der hausärztlichen Versorgung abgerechnet, verteilt auf insgesamt 62.372 Hausärzt:innen (Köpfe). Das entspricht durchschnittlich rund 900 Fällen pro Ärzt:in und Quartal.

Legt man den Anteil von 15 % hochkomplexen Patient:innen zugrunde, betreut jede Hausärzt:in im Schnitt etwa 135 dieser Fälle. Da eine APN 125 dieser Fälle versorgen kann, ergibt sich ein nahezu ideales Verhältnis von einer APN pro Hausärzt:in – oder genauer: ein Bedarf von etwa 1,08 APN pro ärztlicher Person. Auf Praxisebene bedeutet das Folgendes: Für das Jahr 2024 wurden insgesamt 24.869 hausärztliche Praxen erfasst. Bei einer durchschnittlichen Arztzahl von 2,4 pro Praxis ergibt sich ein hochkomplexes Patientenaufkommen von rund 297 Fällen je Praxis. Um diese Anzahl adäquat versorgen zu können, wären im Schnitt etwa 2,3 APNs pro Hausarztpraxis erforderlich. Hochgerechnet auf die gesamte hausärztliche Versorgung ergibt sich damit ein bundesweiter Bedarf von etwa 66.000 APNs, wenn man von der Gesamtzahl der Hausärzt:innen ausgeht. Alternativ ergibt sich ein

² <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>
https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q4-2023.pdf

Bedarf von rund 58.000 APNs, wenn man die Anzahl der Praxen als Berechnungsgrundlage heranzieht.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass der gezielte Einsatz von APNs – insbesondere zur Betreuung hochkomplexer Patient:innen – nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll und realistisch planbar ist. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Multimorbidität in der Bevölkerung stellt die Integration von APNs eine strukturell tragfähige Entlastung sowie eine qualitative Erweiterung der hausärztlichen Versorgung dar.

Allerdings bestehen derzeit noch wesentliche strukturelle Hürden für eine flächendeckende Etablierung. Neben der bislang fehlenden gesetzlichen Grundlage für die eigenverantwortliche Ausübung komplexer Tätigkeiten durch APNs mangelt es auch an geeigneten Abrechnungsmodellen. Die daraus resultierende unzureichende Finanzierung stellt eine zentrale Barriere dar, die den flächendeckenden Einsatz von APNs derzeit stark einschränkt – trotz des nachgewiesenen Potenzials und der bestehenden Versorgungslücken.

6.2.2 Vergütungsspanne

Nach Kapitel 4.1.2.1 beträgt die Vergütung einer APN 59,26 Euro pro Stunde. Diese Einstufung orientiert sich an der Qualifikation sowie am erweiterten Aufgabenprofil der APNs, das weit über klassische Pflegeleistungen hinausgeht. Da es im hausärztlichen Bereich bislang keine tariflich verbindliche Regelung gibt, erfolgt die LohnEinstufung in Anlehnung an den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), Entgeltgruppe E13, Bereich VKA (Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände).

Zur Abbildung der erforderlichen Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte APN-Versorgung ist darüber hinaus eine sachgerechte Infrastruktur notwendig. Wie in Kapitel 6.2 dargelegt, umfasst dies unter anderem räumliche, technische und organisatorische Voraussetzungen. Für deren Finanzierung wird eine Infrastrukturpauschale (IFP) in Höhe von 25 % der Personalausgaben als realistisch und notwendig erachtet (Tabelle 102)

Leistung	Kurzbeschreibung	Dauer (Median)	Vergütung (inkl. IFP)
Leistung 1	Erstkontakt und Versorgungsinitiierung	90 Minuten	111,11 €
Leistung 2	Folgekontakt persönlich	46 Minuten	56,79 €
Leistung 3	Folgekontakt telefonisch	15 Minuten	18,52 €
Leistung 4	Zuschlag für das Aufsuchen in der Häuslichkeit (anwendbar bei Erbringung von Leistung 1 und Leistung 2)	20 Minuten	24,69 €

Tabelle 101: Dauer und Vergütung APN-Einsatz

6.3 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Insgesamt lässt sich eine deutliche Entwicklung hin zur Ausweitung der APN-Versorgung in Deutschland feststellen. Zunehmend qualifizieren Studiengänge Pflegefachpersonen auf Masterniveau für die anspruchsvollen Tätigkeiten einer APN.

Immer wenn neue Akteur:innen in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden, besteht die Gefahr einer mangelnden Akzeptanz. Insbesondere wenn APNs unerwartet neue oder erweiterte Aufgaben übernehmen sollen, können bei Ärzt:innen sowie Patient:innen Unsicherheiten und Vorbehalte entstehen. Veränderungen gewohnter Arbeitsabläufe erfordern daher eine sorgfältige Anpassung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie eine klare Definition von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Ärzt:innen äußern mitunter Bedenken hinsichtlich der Qualifikation und Kompetenzbereiche der APNs, während Patient:innen zunächst Vertrauen in die neue Versorgungsform aufbauen müssen.

Hinsichtlich der Validierung und allgemeinen Akzeptanz der APN-Versorgung leistete das Projekt FAMOUS einen bedeutenden Beitrag. Im Verlauf des Projekts zeigte sich, dass APNs eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte und interprofessionell abgestimmte Versorgung sicherstellen können. Die Akzeptanz seitens Ärzt:innen und Patient:innen erwies sich als sehr hoch, und die Integration der APNs wurde von allen Beteiligten ausdrücklich gewünscht und als wertvoll anerkannt.

Daraus lässt sich ableiten, dass APNs ein erhebliches Potenzial besitzen, maßgebliche Funktionen in der Behandlung und Betreuung von Patient:innen mit chronischen und/oder geriatrischen Krankheitsbildern sowie Multimorbidität zu übernehmen. Insbesondere umfasst dies eine umfassende Einschätzung der gesundheitlichen Situation, die frühzeitige Identifikation von Risiken, die Erstellung und Umsetzung eines evidenzbasierten und personenzentrierten Behandlungsplans unter Beachtung der Konsequenzen der Erkrankung sowie der Behandlungsstrategien für die Alltagsgestaltung, die koordinierte Steuerung von Versorgungsprozessen sowie die umfassende Schulung und Beratung in diversen Versorgungsbereichen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

7.1 Erfolgte Veröffentlichungen

Büchler, B., Pfrommer, L., Gianicolo, E., Singer, S., & Stemmer, R. (2025). Erwartungen von Hausärzten im ländlichen Raum an Advanced Practice Nurses. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s44266-025-00368-z>

Brehm, L., Drevermann, U., Gerz, M., Kopp, I. & Leyendecker, C. (2024). Patientenedukation in der Primärversorgung – Erfahrungen von Advanced Practice Nurses im Forschungsprojekt FAMOUS. *PADUA* 19(4), 215-219. doi: 10.1024/1861-6186/a000820.

Gerz, M., Brehm, L., Leyendecker, C., Hentel, I. & Kopp, I. (2023). Unterwegs mit der FAMOUS-APN. *Die Schwester / Der Pfleger* 62(6), 20-24.

Henderson, C., Mackavey, C., Petri, S. & Wöhrle, O. (2023). Germany pioneers an expansion of the advanced practice nurse role. *International Journal for Advancing Practice* 2(1).

Petri, S., Stemmer, R. (2025). Physician Assistants und Advanced Practice Nurses - Unterschiedliche Kompetenzen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. *Pflege & Gesellschaft* (im Reviewprozess)

Stemmer, R., Bott, S., Brehm, L., De Paula Souza, T., Drevermann, U., Gerz, M., Hentel, I., Kopp, I., Leyendecker, C., Petri, S., Salbach, C., Schüßler, N. & Strunk-Richter, G. (2024). Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis – Aufgabenprofil. Hrsg. Katholische Hochschule Mainz.

Stemmer, R., Wöhrle, O., Klein, J. & Strunk-Richter, G. (2024). APN in der hausarzt-nahen Versorgung. *Die Schwester / Der Pfleger* 63(2), 34-38.

Stemmer, R., Arnold, D., Beckmann, C., Doppelfeld, S., Geschke, K., Köpke, S., Petersen-Ewert, C., Mühlichen, F., Nock, A., Seismann-Petersen, S., Sirsch, E., Strunk-Richter & G., Weber, T. (2023). Ambulante Versorgung neu denken. *Pflege & Gesellschaft* 28(2), 171-180.

Stemmer, R., Büchler, B., Büttner, M., Dera-Ströhm, C., Klein, J. & Gianicolo, E. (2023). Effects of care of multimorbid patients in general practices by Advanced Practice Nurses (FAMOUS): Study Protocol for a non-randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/s12913-023-09460-1.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09460-1>.

Stemmer, R. & Wöhrle, O. (2023). FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses. *Interdisziplinäre Versorgungsforschung* 3(1), 18-19

Stemmer, R., Wöhrle, O., Klein, J. & Strunk-Richter, G. (2023). FAMOUS – Der Einsatz von Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung von Patient:innen mit Multimorbidität. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S)* 77(2), 13-19.

Ströhm, C. & Stemmer, S. (2020). APN im ländlichen Raum – Forschungsprojekt FAMOUS. *Die Schwester / Der Pfleger* 20(9), 46.

Wöhrle, O., Henni Rached, I. & Stemmer, R.: Implementierung und Entwicklung der APN-Rolle in der hausarzt-nahen Versorgung in Deutschland – eine qualitative Untersuchung. *Pflege* (eingereicht)

Wöhrle, O., Klein, J. & Stemmer, R. (2023). Erwartungen von Advanced Practice Nurses (APNs) und Hausärzt:innen an die Zusammenarbeit in der Versorgung multimorbider Patient:innen. *Psychotherapie im Alter* 23(2), 171-181.

Veranstaltung	Datum	Beteiligte	Art	Inhalt
PTHV Vallendar	19.06.2020	Renate Stemmer Christina Ströhm	Vortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient:innen in der Hausarztpraxis durch APN
DBfK-Pflegetag Südwest	15.09.2021	Renate Stemmer	Vortrag	APNs in Hausarztpraxen
FAZ-Konferenz „Gesundheit und Versorgung“	23.09.2021	Renate Stemmer	Vortrag	Es muss nicht gleich der Hausarzt sein: Wie Advanced Practice Nurses die ambulante Versorgung ergänzen können

Unimedizin Heidelberg	01.12.2021	Christina Ströhm Karin Hermany-Maus	Vortrag	APNs in der hausarztnahen Versorgung – Einblicke in ein innovatives Forschungsprojekt
22nd World Congress of Gerontology and Geriatrics IAGG 2022, Buenos Aires, digital	12.-16.06.22	Renate Stemmer	Poster	Implementation of APNs in GP practices in Germany – a qualitative study
Pflegesymposium der DHBW, Stuttgart	11.07.2022	Karin Hermany-Maus, Olivia Wöhrle	Vortrag	Gut versorgt auf dem Land. Akademisch qualifizierte Pflegende in der hausärztlichen Versorgung.
12th ICN NP/APN Network Conference, Dublin	21.-24.08.22	Olivia Wöhrle	Vortrag	APN's and GP's expectations of collaboration regarding multimorbid patients: a mixed method design
Forum Geriatrie, Landeskrankenhaus, Bad Kreuznach	03.09.22	Renate Stemmer	Vortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten/Patientinnen in der Hausarztpraxis durch masterqualifizierte Pflegende
RCN International Nursing Research Conference, Cardiff	05.-06.09.22	Renate Stemmer	Vortrag	Role development in the initial phase of implementing APNs in primary health care in Germany – a model based reflection
Pflegekongress 22, Wien	29.-30.09.22	Janina Briem (APN), Nicole Schüßler (APN)	Vortrag	APN in der Hausarztpraxis: Eine FAMOUS-Versorgung auf dem Land
21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Potsdam	05.-07.10.22	Renate Stemmer	Vortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient/-innen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses – ein Studienprotokoll für eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie
Pflegetag Rheinland-Pfalz	30.11.2022	Christina Dera-Ströhm	Vortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient:innen in der Hausarztpraxis durch masterqualifizierte Pflegende
Seminar BA-Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaft, DHBW	07.02.2023	Renate Stemmer	Vortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient:innen in der Hausarztpraxis durch masterqualifizierte Pflegende
15. Fachtagung der Abteilung Pflege und Gesundheit der Hochschule Hannover	10.05.23	Sophie Petri	Podiumsdiskussion	Rollenprofil der FAMOUS-APNs, bisherige Erfahrungen des APN-Einsatzes
3rd International Conference of the German Society of Nursing Science	12.05.23	Renate Stemmer	Vortrag	Expectations of patients and relatives in APN-care – a quantitative study

29th ICN Congress Montreal	01.-05.07.2023	Sophie Petri, Olivia Wöhrle	Vortrag	Role transition of Advances Practice Nurses in Germany in first year of primary care
7. Internationaler Kongress des Deutschen Netzwerkes APN & ANP g.eV. (DNAPN)	06.-09.09.23	Ines Kopp (APN), Christine Leyendecker (APN)	Vortrag	„Das ist bisher niemandem aufgefallen ...“ Patient:innensicherheit in der ambulanten Versorgung durch APNs
35. Jahreskongress der DGG, Frankfurt	14.-16.09.23	Olivia Wöhrle, Joachim Klein, Renate Stemmer	Poster	Personenzentrierte und evidenzbasierte Versorgung geriatrischer multimorbider Patient:innen durch Advanced Practice Nurses (APNs) in der Hausarztpraxis
19th EuGMS Congress, Helsinki	20.-22.09.23	Renate Stemmer, Joachim Klein	Poster	Expectations of Multimorbid Patients and their Relatives towards APN-Care – A Quantitative Study
Deutscher Pflgetag Berlin	28.-29.09.23	Renate Stemmer	Vortrag	Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung in Deutschland – dringend benötigt und erfolgreich
HS Ludwigshafen, Online-Veranstaltung in MAPP 2.3	18.10.2023	Sophie Petri, Sabine Bott (APN)	Vortrag	APN in der hausarznahen Versorgung
Pflgetag Rheinland-Pfalz	29.11.2023	Christine Leyendecker (APN), Maria Gerz (APN)	Vortrag	Mehr Praxis geht nicht – Ein Tag mit der APN in der hausarznahen Versorgung
Alumni KH Mainz	30.11.2023	Olivia Wöhrle, Christine Leyendecker, Sophie Petri	Vortrag	APN in der hausarznahen Versorgung in RLP. Projektvorstellung – Einblick in die APN-Tätigkeit und Rollenentwicklung
Fachtag Primärversorgung neu denken, Uniklinik Köln	06.03.2024	Renate Stemmer	Vortrag	APNs in der Primärversorgung in Deutschland
		Lara Brehm (APN)	Talk	Der Versorgungsalltag aus der Perspektive von APNs
AG Bachelor KH	13.05.2024	Olivia Wöhrle	Vortrag	Eckpunkte des Projektes FAMOUS
Junge-Pflege Kongress im Rahmen der Messe Pflege Plus, Stuttgart	15.05.2024	Sophie Petri	Vortrag	Advanced-Practice Nurse – ein neues Berufsbild in der Pflege
27th Congress of Gerontology, Stockholm	12.-14.06.24	Olivia Wöhrle, Joachim Klein, Renate Stemmer	Poster	APNs in primary care for ageing people in rural areas – a longitudinal study

DIP an der KH	25.06.2024	Sophie Petri	Vortrag	APNs – ein Gewinn für die zukünftige Primärversorgung
BFLK Fachtagung	05.09.24	Sophie Petri	Vortrag	The right person at the right place – APNs und ihr Gewinn für die Patientenversorgung
22. Mainzer Wissenschaftsmarkt	07./08.09.2024	Christine Leyendecker (APN), Ines Kopp (APN), Renate Stemmer, Nicole Schüssler Sabine Karlstätter, Olivia Wöhle, Sophie Petri	Stand, Bühnenbeitrag	Gute Gesundheitsversorgung trotz Hausarztmangel. Geht das?
Gemeinsamer Jahreskongress der DGGG und DGG Kassel	11.-14.09.2024	Nicole Schüssler	Vortrag	Signifikante Reduktion des Unterstützungsbedarf älterer Patient:innen in der Häuslichkeit nach APN-Einsatz
13th ICN NP/APN Network Conference, Aberdeen	09.-12.09.24	Renate Stemmer	Poster	Networking as essential part of APN work in primary health care – q qualitative study
		Olivia Wöhrlé	Vortrag	High satisfaction despite some unfulfilled expectations – what affiliates/relatives of multimorbid patients expect from APN care and what they experience
		Sophie Petri	Vortrag	APNs and PAs –two new and different job profiles for sustainable health care in Germany The Implementation of APNs in Primary Health Care in Germany
		Renate Stemmer, Olivia Wöhrlé, Sophie Petri	Symposium	
Barts Health ACP Conference, London (digital)	23.09.24	Sophie Petri, Olivia Wöhrlé	Vortrag	The Implementation of APNs in Primary Health Care in Germany
DEGAM Würzburg 58. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	26.-28.09.24	Renate Stemmer	Vortrag	Erfolgreicher Einsatz von Advanced Practice Nurses in der hausarznahen Versorgung multimorbider Patient:innen

DKVF, Potsdam 23. Kongress für Versorgungsforschung 2024	25.-27.09.24	Renate Stemmer, Olivia Wöhrle	Poster	Erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit nach Implementierung von APNs in der Hausarztpraxis – eine qualitative Studie
		Renate Stemmer	Kurzvortrag	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient:innen in der Hausarztpraxis durch APNs
Fortbildung Ärztekammer NRW Fortbildungsreihe “Der ältere Mensch – Patientensicherheit für ältere und hochbetagte Menschen”	27.09.24	Renate Stemmer	Vortrag	FAMOUS – APNs in der Primärversorgung
Pflegetag RLP	10.10.24	Nicole Schüssler, Olivia Wöhrle, Sophie Petri	Stand	Erfahrungen im Projekt FAMOUS
KBV-Herbsttagung, Berlin	15.10.2024	Renate Stemmer	Workshop	Vertiefungsworkshop zu Session 1 „Teamwork in der ambulanten Versorgung. Neue Berufe im Gesundheitswesen; innovative Versorgungsideen“: FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient:innen in der Hausarztpraxis durch APN
9. Fachkräftegipfel in Mainz – Fachkräfte Strategie Pflege 2025	06.11.24	Olivia Wöhrle, Sophie Petri, Sabine Karlstätter, Renate Stemmer	Stand	Erfahrungen im Projekt FAMOUS
Gesundheitsausschuss RLP	06.11.2024	Renate Stemmer, Sophie Petri	Vortrag	FAMOUS - Eckpunkte und erste Ergebnisse
FH Ludwigshafen	07.11.1024	Nicole Schüssler	Vortrag	APNs in der hausärztlichen Versorgung in RLP – Projektvorstellung, APN- Aufgabenprofil, interpersonelle Zusammenarbeit, Rollenentwicklung
7. Community Health Conference, Bochum	21.- 22.11.2024	Sophie Petri	Poster	Eine neue Perspektive in der Hausarztpraxis. Wie APNs Versorgungsbedarfen multimorbider Personen begegnen
Ev. HAW Dresden	12.2023 + 12.2024	Maria Gerz (APN)	Vortrag	APNs in der hausärztlichen Versorgung in RLP – Projektvorstellung, APN- Aufgabenprofil, interpersonelle

				Zusammenarbeit, Rollenentwicklung
VUSN digitale Veranstaltung an der Vanderbilt University School of Nursing, USA	18.12.2024	Sophie Petri, Olivia Wöhrle	Vortrag	Advanced Practice Nursing Role in Germany: Education, Regulation, Practice
Forum Geriatrie, Landeskrankenhaus Geriatrische Fachklinik Rheinhausen-Nahe	15.03.2025	Renate Stemmer	Vortrag	Ergebnisse zum Innovationsfondsprojekt FAMOUS
4th International Conference of the German Society of Nursing Science, Berlin	08.- 09.05.2025	Renate Stemmer	Vortrag	The APN care process in primary care for people with multimorbidity - a longitudinal study
12. Internationaler Gesundheitskongress, Springer Pflege, Online	12.- 23.05.2025	Renate Stemmer	Live- Webinar	APNs in der hausarztnahen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität – notwendig und erfolgreich
24. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Hamburg	22.- 24.09.2025	Renate Stemmer / Nicole Schüssler	Vortrag	APNs in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer nicht- randomisierten kontrollierten Studie

Tabelle 102: Vorträge / Poster

IV Literaturverzeichnis

- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM (2015) Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 350:h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>
- Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. (2014) Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS ONE* 9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>
- Marengoni A, Angleman S, Melis R et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10:430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Robert Koch-Institut (2023) 12-Monats-Prävalenz von Multimorbidität unter älteren Menschen in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1419787/umfrage/praevalenz-einer-multimorbiditaet-bei-aelteren-menschen-in-deutschland/>. Zugriffen: 5. Juni 2025
- Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B (2020) Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. *J Am Med Dir Assoc* 21:181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.10.022>
- Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM (2021) Easier Said Than Done: Healthcare Professionals' Barriers to the Provision of Patient-Centered Primary Care to Patients with Multimorbidity. *Journal of Environmental Research and Public Health* 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116057>
- Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT (2011) The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int* 108:255–261. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0255>

8. Nolting H-D, Ochmann R, Zich K (2021) Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf. Zugriffen: 7. Oktober 2023
9. Delamaire M-L, Lafortune G (2010) Nurses in advanced roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers(54)
10. Maier CB, Aiken LH, Busse R (2017) Nurses in advanced roles in primary care. Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, 98
11. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J (2021) The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. J Am Assoc Nurse Pract. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000660>
12. Lovink MH, Laurant MGH, van Vught AJ et al. (2019) Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. BMJ Open 9:e028169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028169>
13. Path-Theta Collaboration (2013) Optimizing chronic disease management mega-analysis. economic evaluation. Ontario health technology assessment series(13):1–148
14. Normann Müller (2024) Masterstudiengänge in der Pflege mit direktem Versorgungsbezug. Zusammenfassung der Befunde zur Sondererhebung 1/2024 im BIBB-Pflegemonitoring. https://res.bibb.de/vet-repository_782405
15. Scherer M, Wagner, Hans-Otto, Lühmann, Dagmar, Muche-Borowski C et al. (2023) Multimorbidität. S3-Leitlinie- Living Guideline. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-047>. Zugriffen: 4. Dezember 2023
16. Torrens C, Campbell P, Hoskins G et al. (2020) Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. Int J Nurs Stud 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
17. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I et al. (2016) Die TIDieR Checkliste und Anleitung - ein Instrument für eine verbesserte Interventionsbeschreibung und Replikation (Better Reporting of Interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist and Guide). Gesundheitswesen 78:175–188. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111066>
18. Thoemmes FJ, Kim ES (2011) A Systematic Review of Propensity Score Methods in the Social Sciences. Multivariate Behav Res 46:90–118. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.540475>
19. Fassmer AM, Hoffmann F (2020) Acute health care services use among nursing home residents in Germany: a comparative analysis of out-of-hours medical care, emergency department visits and acute hospital admissions. Aging Clin Exp Res 32:1359–1368. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01306-3>.
20. Wood M (2005) Bootstrapped Confidence Intervals as an Approach to Statistical Inference. Organizational Research Methods 8:454–470. <https://doi.org/10.1177/1094428105280059>
21. Rose CE, Martin SW, Wannemuehler KA, Plikaytis BD (2006) On the use of zero-inflated and hurdle models for modeling vaccine adverse event count data. J Biopharm Stat 16:463–481. <https://doi.org/10.1080/10543400600719384>

22. Gelman A, Carlin, John B, Stern, Hal S Dunson, David B, Vehtari A, Rubin DB (2021) Bayesian Data Analysis. <https://sites.stat.columbia.edu/gelman/book/BDA3.pdf>. Zugriffen: 10. Juli 2025
23. Wickham H, Averick M, Bryan J et al. (2019) Welcome to the Tidyverse. JOSS 4:1686. <https://doi.org/10.21105/joss.01686>
24. Bürkner P-C (2021) Bayesian Item Response Modeling in R with brms and Stan. J. Stat. Soft. 100. <https://doi.org/10.18637/jss.v100.i05>
25. Kushary D, Davison AC, Hinkley DV (2000) Bootstrap Methods and Their Application. Technometrics 42:216. <https://doi.org/10.2307/1271471>
26. Ho DE, Imai K, King G, Stuart EA (2011) MatchIt : Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference. J. Stat. Soft. 42. <https://doi.org/10.18637/jss.v042.i08>
27. Arel-Bundock V, Greifer N, Heiss A (2024) How to Interpret Statistical Models Using marginalesffects for R and Python. J. Stat. Soft. 111. <https://doi.org/10.18637/jss.v111.i09>
28. Song Q, Shepperd M (2007) Missing Data Imputation Techniques. IJBIDM 2:261. <https://doi.org/10.1504/IJBIDM.2007.015485>
29. Statista (2024) Krankheitsbedingte Fehltage im Jahr je Arbeitnehmer in Deutschland von 1991 bis 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/13441/umfrage/entwicklung-der-jaehrlichen-anzahl-krankheitsbedingter-fehltage-je-arbeitnehmer/>. Zugriffen: 17. Juli 2025
30. Kim JH (2019) Multicollinearity and misleading statistical results. Korean J Anesthesiol 72:558–569. <https://doi.org/10.4097/kja.19087>
31. Lê Cook B, McGuire TG, Lock K, Zaslavsky AM (2010) Comparing methods of racial and ethnic disparities measurement across different settings of mental health care. Health Serv Res 45:825–847. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01100.x>
32. Manning WG, Basu A, Mullahy J (2005) Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. J Health Econ 24:465–488. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.011>
33. Diane K. Boyle, Marianne Baernholdt Overview of the Quality Health Outcomes Model. In: Nurses Contributions to Quality Health Outcomes, S 3–17
34. Kalbe E, Kessler J, Calabrese P et al. (2004) DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. Int J Geriatr Psychiatry 19:136–143. <https://doi.org/10.1002/gps.1042>
35. Braun T, Schulz R-J, Hoffmann M et al. (2015) [German version of the de Morton mobility index. First clinical results from the process of the cross-cultural adaptation] Deutsche Version des De Morton Mobility Index. Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation (German version of the de Morton mobility index. First clinical results from the process of the cross-cultural adaptation). Z Gerontol Geriatr 48:154–163. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0648-3>
36. Braun T, Schulz R-J, Reinke J et al. (2015) Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation hospital. BMC Geriatr 15:58. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0035-y>
37. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C et al. (2009) Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 13:782–788. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7>

38. Guigoz Y (2006) The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 10(6):466-85; discussion 485-7
39. Basler HD, Hüger D, Kunz R et al. (2006) [Assessment of pain in advanced dementia. Construct validity of the German PAINAD] Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens (Assessment of pain in advanced dementia. Construct validity of the German PAINAD). *Schmerz* 20:519–526. <https://doi.org/10.1007/s00482-006-0490-7>
40. Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU (1994) Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten (Assessing disability in chronic pain patients). *Schmerz* 8:100–110. <https://doi.org/10.1007/BF02530415>
41. Tait RC, Pollard CA, Margolis RB, Duckro PN, Krause SJ (1987) The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Arch Phys Med Rehabil* 68(7):438–441
42. Hjerstad MJ, Fayers PM, Haugen DF et al. (2011) Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 41:1073–1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
43. Lautenschläger J, Mau W, Kohlmann T et al. (1997) Vergleichende Evaluation einer deutschen Version des Health Assessment Questionnaires (HAQ) und des Funktionsfragebogens Hannover (FFbH) (Comparative evaluation of a German version of the Health Assessment Questionnaire and the Hannover Functional Capacity Questionnaire). *Z Rheumatol* 56:144–155. <https://doi.org/10.1007/s003930050030>.
44. Adler G, Tremmel S, Brassen S, Scheib A (2000) Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter (Social status and life satisfaction of the elderly). *Z Gerontol Geriatr* 33:210–216. <https://doi.org/10.1007/s003910070062>
45. Leonhart R (2013) Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung, 3. überarb. u. erw. Hans Huber, Bern
46. Robert Bosch Stiftung (2021) Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf. Zugegriffen: 10. Juli 2025
47. Excoffier S, Herzig L, N'Goran AA, Déruaz-Luyet A, Haller DM (2018) Prevalence of multimorbidity in general practice: a cross-sectional study within the Swiss Sentinel Surveillance System (Sentinella). *BMJ Open* 8:e019616. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019616>

V Anlagen

- Anlage 1: Prozess- und Strukturanpassung HA-Praxen
- Anlage 2: Modulübersicht APN-Fortbildung
- Anlage 3: Begleitkonzept
- Anlage 4: TiDier Bedarfserhebung
- Anlage 5: TiDier Behandlungsplanung
- Anlage 6: TiDier Steuerung und Durchführung der Behandlung

- Anlage 7: Aufgabenprofil APN
- Anlage 8: Vernetzung – Handreichung für APNs
- Anlage 9: Checkliste zum Start in Hausarztpraxis
- Anlage 10: Strategien Ausleitung von Patient:innen
- Anlage 11: Übersicht Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierungszahlen
- Anlage 12: Abweichungen von Struktur und Prozess der geplanten nVF
- Anlage 13: Abweichung vom geplanten Vorgehen - Evaluation
- Anlage 14: Teilnehmende BKKen
- Anlage 15: Leitfaden Hausarztinterviews t1
- Anlage 16: Leitfaden Hausarztinterviews t2
- Anlage 17: Erhebungsbogen Hausärzt:innen t0
- Anlage 18: Erhebungsbogen Hausärzt:innen t2
- Anlage 19: Leitfaden Interviews MFA/VERAH/NäPa t0
- Anlage 20: Leitfaden Interviews MFA/VERAH/NäPa t2
- Anlage 21: Leitfaden Interviews APN_KH t0
- Anlage 22: Leitfaden Interviews APN_KH t1
- Anlage 23: Leitfaden Interviews APN_KH t2
- Anlage 24: Leitfaden Interviews APN_IMBEI
- Anlage 25: Erhebungsbogen Patient:innen t0
- Anlage 26: Erhebungsbogen Patient:innen t2
- Anlage 27: Leitfaden Interviews Patient:innen
- Anlage 28: Erhebungsbogen An-/Zugehörige t0
- Anlage 29: Erhebungsbogen An-/Zugehörige t2
- Anlage 30: Schulungsmaterialien hausärztliche Praxen
- Anlage 31: Curriculum APN-Fortbildung
- Anlage 32: Formular Evaluationsgespräch APN
- Anlage 33: Formular Evaluationsgespräch Hausärzt:innen
- Anlage 34: Monitoringkonzept
- Anlage 35: Schulungsunterlagen zum Dokumentationstool incl. Screenshots



Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

Leitfaden

für ein Konzept zur Prozess- und Strukturanpassung in der Hausarztpraxis

Präambel

Im Rahmen des Projektes FAMOUS wird eine akademisch qualifizierte Pflegefachperson (Advanced Practice Nurse, APN) Teil Ihres Praxisteam und im Delegationsmodell Patienten und Patientinnen mit Multimorbidität versorgen. Nachfolgend finden Sie die zentralen Informationen für die Erstellung eines Konzeptes zur Prozess- und Strukturanpassung in Ihrer Hausarztpraxis. Der Leitfaden ist als Checkliste aufgebaut. Die ausgefüllte Checkliste stellt das Konzept zur Prozess- und Strukturanpassung dar. Sie ist der Katholischen Hochschule Mainz (KH Mainz) bis September 2021 bzw. vor Beginn der Betreuung von Patienten/Patientinnen durch den/die APN zu übermitteln.

Unterstützend zur Entwicklung des Leitfadens wird von der KH Mainz im Zeitraum von Mai bis Juli eine einstündige Informationsveranstaltung in Ihrer Hausarztpraxis durchgeführt. In Vorbereitung auf die Umsetzung des Leitfadens bitten wir Sie in einer praxisinternen Schulung, Ihrem gesamten Praxisteam die Inhalte des Leitfadens zu vermitteln. Für eine gute Qualität der Umsetzung des Projektes ist es erforderlich, dass mindestens 70% aller in der Praxis Tätigen (Ärzte/Ärztinnen, MFA, etc.) an der Informationsveranstaltung durch die KH Mainz sowie an der praxisinternen Schulung teilnehmen.

Bitte beachten Sie, dass aus forschungsmethodischen Gründen die von dem/der APN betreuten Patienten/Patientinnen im Projektzeitraum nicht parallel von einer VERAH oder NÄPa betreut werden können.

Nachfolgend werden Bereiche definiert, die bei der Erstellung und Umsetzung des APN-Konzeptes in Ihrer Praxis zu berücksichtigen und entsprechend zu planen sind. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Felder an bzw. füllen Sie die Freitextfelder aus.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

1. Ansprechpersonen

Bitte benennen Sie einen Hauptansprechpartner/eine Hauptansprechpartnerin seitens der Ärzte/Ärztinnen sowie einen Hauptansprechpartner/eine Hauptansprechpartnerin seitens der MFAs.

Name ärztliche Ansprechperson:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Name Ansprechperson MFA/Praxismanagement:

Mailadresse:

Telefonnummer:

☐ Die beiden Hauptansprechpartner/Hauptansprechpartnerinnen der Hausarztpraxis (je eine Person der Berufsgruppen Arzt/Ärztin und MFA) schulen gemeinsam das Praxisteam

☐ Die Schulung findet statt am:

2. Raum- und Materialausstattung

Der/Die APN benötigen für die Durchführung von Sprechstunden mit seinen/ihren Patienten/Patientinnen, für die Dokumentation sowie für Vorbereitungen oder Recherchen einen Raum, der ihm/ihr während seiner/ihrer Arbeitszeit zuverlässig zur Verfügung steht. Dies wird wie folgt organisiert:

☐ Dem/Der APN wird ein eigener Raum in der Praxis zur Verfügung gestellt.

Anlage 2

zum Kooperationsvertrag

☐ Der/Die APN nutzt einen Raum gemeinsam mit weiteren Praxismitarbeiter/-innen – für die Zeit seiner/ihrer Anwesenheit steht dieser Raum ihm/ihr zur Verfügung.

☐ Sonstiges:

Der/Die APN benötigt eine angemessene Ausstattung des Arbeitsplatzes. Dazu gehören im Wesentlichen ein Schreibtisch, ein Schreibtischstuhl, ein Besucherstuhl, eine Behandlungsliege sowie ein abschließbarer Schrank. Darüber hinaus wird ein Druckzugang, Zugang zum WLAN, ein Monitor sowie eine Tastatur und Maus benötigt. Ein Laptop wird dem/der APN von der KH Mainz zur Verfügung gestellt.

☐ Die notwendige Ausstattung wird dem/der APN für die Zeit der Anstellung in der Hausarztpraxis vollständig von der Arztpraxis zur Verfügung gestellt.

☐ Die notwendige Ausstattung wird dem/der APN für die Zeit der Anstellung in der Hausarztpraxis teilweise von der Arztpraxis zur Verfügung gestellt.

Vorhanden sind:

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

☐ Die notwendige Ausstattung muss vollständig von der Arztpraxis bestellt werden (Prozedere zur Kostenübernahme durch die KH siehe Bedarfsanmeldung, Anlage 7 des Kooperationsvertrages).

☐ Die notwendige Ausstattung muss teilweise von der Arztpraxis bestellt werden (Prozedere zur Kostenübernahme durch die KH siehe Bedarfsanmeldung, Anlage 7 des Kooperationsvertrages). Zu bestellen ist:

☐

Die Vollständigkeit der Ausstattung wird bis zum 01.08.2021 sichergestellt.

☐ Sonstiges:

Der/Die APN benötigt des weiteren medizinisches Verbrauchsmaterial für die Arbeit in der Hausarztpraxis sowie bei Hausbesuchen. Es wird davon ausgegangen, dass für Blutentnahmen die für die Praxis üblichen Blutentnahmesysteme genutzt werden können. Weiteres medizinisches Verbrauchsmaterial kann entsprechend der Regelungen der Bedarfsanmeldung (Anlage 7 des Kooperationsvertrages) bestellt und abgerechnet werden. Eine Behandlungstasche mit folgenden medizinischen Produkten: RR-Messgerät, Stethoskop, Stimmgabel, Pupillenlampe, Reflexhammer, BZ-Messgerät, Thermometer, Pulsoxymeter und einer ersten Grundausstattung an medizinischem Verbrauchsmaterial wird dem/der APN von der KH Mainz zur Verfügung gestellt.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

- ☐ Die Bestellung des medizinischen Verbrauchsmaterial wird wie in der Bedarfsanmeldung vorgesehen über die Hausarztpraxis sichergestellt.
- ☐ Die Hausarztpraxis stellt dem/der APN das benötigte Verbrauchsmaterial aus dem eigenen Bestand zur Verfügung.
- ☐ Die Vollständigkeit der Ausstattung bis zum 01.10.2021 wird sichergestellt.
- ☐ Sonstiges:

Ansprechperson für die projektbezogenen Bestellungen in unserer Hausarztpraxis ist:

Name und Funktion:

Erreichbarkeit:

3. Integration des/der APN in das Praxisteam und in die Praxisabläufe

- ☐ Der/Die APN wird dem Praxisteam vorgestellt und in die Praxisabläufe eingeführt.
- ☐ Die Organisation der Termine des/der APN mit den Patienten/Patientinnen erfolgt
 - ☐ durch den/die APN selbst
 - ☐ der/die APN notiert die Termine in seinem/ihrem Kalender
 - ☐ der/die APN erhält Zugang zum praxisüblichen Terminvergabeverfahren
 - ☐ durch den/die MFA über das praxisübliche Terminvergabeverfahren

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

☐ Der/Die APN nimmt an internen Besprechungen und anderen Formen der Regelkommunikation teil.

☐ Weiteres:

4. Rekrutierung der teilnehmenden Patienten und Patientinnen

☐ Alle geeigneten Patienten/Patientinnen (mit mind. drei chronischen Erkrankungen) bzw. deren Angehörige erhalten bei der Anmeldung von dem/der MFA einen Informationsflyer zur Projektteilnahme.

☐ Alle geeigneten Patienten/Patientinnen, die keinen Praxisbesuch absolvieren können, erhalten beim Hausbesuch einen Informationsflyer zur Projektteilnahme.

☐ Alle Hausärzte/Hausärztinnen der teilnehmenden Hausarztpraxen informieren die geeigneten Patienten/Patientinnen aktiv hinsichtlich der Möglichkeit der Projektteilnahme.

☐ Der Hausarzt/Die Hausärztin spricht Patienten/Patientinnen, welche die Einschlusskriterien erfüllen, gezielt an und informiert sie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite sowie die Inhalte und Ziele des Angebots.

☐ Der Hausarzt/Die Hausärztin klärt die Patienten/Patientinnen über die Rolle der am Projekt FAMOUS teilnehmenden APNs als nichtärztliche Leistungserbringer/-innen und die Möglichkeit ihrer freiwilligen Teilnahme auf.

☐ Insbesondere klärt der Hausarzt/die Hausärztin die Patienten/Patientinnen über die Widerrufsmöglichkeit sowie über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten im Rahmen ihrer Teilnahme am Projekt FAMOUS auf.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

☐ Bei Aufnahme des Patienten/der Patientin in das Projekt FAMOUS auf der Grundlage des Behandlungsvertrages nach § 630a BGB übermittelt der Hausarzt/die Hausärztin den Behandlungsvertrag zur *Teilnahme am Projekt „FAMOUS – fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)“* inklusive Anlagen an die an der Teilnahme interessierten Patienten/Patientinnen.

☐ Die Entgegennahme des von dem Patienten/von der Patientin unterschriebenen Behandlungsvertrages zur *Teilnahme am Projekt „FAMOUS – fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)“* inklusive Anlagen und die zur Verfügung Stellung einer Kopie an den Patienten/der Patientin sowie einer digitalen Kopie des Behandlungsvertrages einschließlich der Anlagen innerhalb von 7 Tagen an die KH Mainz

☐ erfolgt durch den Hausarzt/die Hausärztin.

☐ wird durch den Hausarzt/die Hausärztin an den/die APN delegiert.

☐ Die Weiterleitung eines etwaigen Widerrufs des Patienten/der Patienten bzgl. des Behandlungsvertrages zur *Teilnahme am Projekt „FAMOUS – fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)“* als digitale Kopie innerhalb von 7 Tagen an die KH Mainz

☐ erfolgt durch den Hausarzt/die Hausärztin.

☐ wird durch den Hausarzt/die Hausärztin an den/die APN delegiert.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

5. Generierung und Weiterleitung der Patientendaten

Die Generierung und Weiterleitung der Patientendaten erfolgt unter Berücksichtigung des praxisinternen Datenschutzkonzeptes.

- ☐ Zugangsrechte für die Praxis-Software werden dem/der APN zur Verfügung gestellt.
- ☐ Der/Die APN erhält mindestens für bisher bestehende Daten der von ihm/ihr betreuten Patienten/Patientinnen ein Leserecht.
- ☐ Für den Zeitraum der Intervention wird dem/der APN ein Bearbeitungsrecht für die von ihm/ihr betreuten Patienten/Patientinnen eingeräumt, um die von ihm/ihr erhobenen patientenbezogenen Daten in die Datenbank der Praxis einfließen lassen zu können.
- ☐ Die Einarbeitung des/der APN in die Praxis-Software erfolgt durch folgenden Praxismitarbeiter/folgende Praxismitarbeiterin:

Name, Funktion:

6. Zusammenarbeit zwischen Hausarzt/Hausärztin und APN

Der/Die APN und der Hausarzt/die Hausärztin arbeiten eng zusammen. Zwischen dem zuständigen Hausarzt/der zuständigen Hausärztin und dem/der APN findet eine fallbezogene Regelkommunikation statt. Diese Fallbesprechungen von ca. einstündiger Dauer finden wöchentlich statt und dienen dem Austausch über die von dem/der APN versorgten Patienten/Patientinnen.

- ☐ Die Fallbesprechungen werden wöchentlich mit dem Hausarzt/der Hausärztin organisiert, der/die für die Patienten und Patientinnen zuständig ist. Bitte erläutern Sie, wie Sie die regelmäßige Kommunikation sicherstellen.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

☐ Verantwortliche/r Ärzte/Ärztinnen:

Wie wird Planbarkeit sichergestellt?

☐ Regelmäßiges Zeitfenster an einem festgelegten Wochentag

☐ Festlegung jeweils zum Ende einer Fallbesprechung für die kommende Woche

☐ Sonstiges:

Inhalt der Fallbesprechung:

☐ Der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin stellt dem/der APN vor dem ersten Patientenkontakt die Krankengeschichte und das aktuelle Behandlungsregime vor.

☐ Nach dem Beginn der Versorgung durch den/die APN stellt der/die APN dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin den aktuellen Zustand und den Versorgungsverlauf vor.

☐ Kostenwirksame Entscheidungen z.B. medizinische Diagnostik, Anordnung von Heil- und Hilfsmitteln werden ggf. von dem Hausarzt/der Hausärztin getroffen.

Anlage 2 zum Kooperationsvertrag

- ☐ Medizinische Therapieanpassungen werden ggf. von dem Hausarzt/der Hausärztin entschieden.
- ☐ Der Hausarzt/Die Hausärztin unterzeichnet das von dem/der APN erstellte Protokoll der Fallbesprechung.

Darüber hinaus wird dem/der APN eine bedarfsorientierte Kommunikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin ermöglicht. Sie dient der kurzfristigen Rücksprache, wenn einzelne Schritt in der Patientenbehandlung dies erfordern.

- ☐ Die Bedarfsorientierte Kommunikation wird folgendermaßen sichergestellt:

2.6 Mobilität des/der APN

Der/Die APN muss während seiner/ihrer Arbeitszeit über ein Auto verfügen, um Hausbesuche durchführen und diese ggf. auch kurzfristig planen und umsetzen zu können. Die Mobilität des/der APN wird wie folgt sichergestellt:

- ☐ Dem/Der APN wird während seiner/ihrer Arbeitszeit ein Auto zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um
 - ☐ ein Auto, das im Besitz der Hausarztpraxis ist
 - ☐ ein Auto, das von der Hausarztpraxis bereits geleast ist
 - ☐ ein Auto, das von der Hausarztpraxis in Zusammenhang mit dem Projekt FAMOUS geleast wird

Anlage 2

zum Kooperationsvertrag

Die Bereitstellung der Schlüssel und die Organisation der Autonutzung
(Nutzungszeiten, Tankregelungen, Verhalten bei Unfall, ...) ist folgendermaßen
geregelt:

Modulübersicht

der Fortbildung für Advanced Practice Nurses im Projekt FAMOUS

Modultitel	1. Projektorganisation	
Veranstaltung	1.1 Einführung	Phase: 1
Veranstaltung	1.2 Datenerhebung und Datenmanagement	Phase: 1
Modultitel	2. Rechtliche Rahmenbedingungen der HA-Praxis	
Veranstaltung	2.1 Das Setting der HA-Praxis als spezifisches Versorgungsangebot im Gesundheitswesen	Phase: 1
Veranstaltung	2.2 Rechtsrahmen des APN-Einsatzes	Phase: 1
Modultitel	3. Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen personenzentriert und evidenzbasiert versorgen	
Veranstaltung	3.1 Patienten/Patientinnen mit kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Depression) versorgen	Phase: 1
Veranstaltung	3.2 Patienten/Patientinnen mit Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen (z. B. Atherosklerose, Herzinfarkt, Hypertonie, Asthma) versorgen	Phase: 1
Veranstaltung	3.3 Patienten/Patientinnen mit neurologischen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Parkinson) versorgen	Phase: 1
Veranstaltung	3.4 Patienten/Patientinnen mit orthopädischen Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose) versorgen	Phase: 1
Veranstaltung	3.5 Patienten/Patientinnen mit Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Gicht) versorgen	Phase: 1
Modultitel	4. Patienten/Patientinnen mit Multimorbidität personenzentriert und evidenzbasiert versorgen	
Veranstaltung	4.1 Mit medizinischen und psychosozialen Auswirkungen umgehen	Phase: 1
Veranstaltung	4.2 Medikamenteninteraktion und Polypharmazie bewältigen und Adherence anregen	Phase: 2
Modultitel	5. Den Versorgungsprozess personenzentriert und evidenzbasiert gestalten	
Veranstaltung	5.1 Evidenzbasierte Assessments einsetzen und personenzentrierte Ziele setzen	Phase: 1
Veranstaltung	5.2 Versorgungspläne personenzentriert und evidenzbasiert erstellen, überwachen, evaluieren und ggf. anpassen	Phase: 1 und 2
Modultitel	6. APN-Handeln gemäß den Prinzipien personenzentrierter Versorgung gestalten	
Veranstaltung	6.1 Behandlungsprinzipien personenzentriert ausrichten	Phase: 1
Veranstaltung	6.2 Multimorbide Patienten/Patientinnen personenzentriert versorgen	Phase: 2
Modultitel	7. Versorgungskontinuität befördern	
Veranstaltung	7.1 Mit Versorgungsbeteiligten kommunizieren	Phase: 1

Veranstaltung	7.2 Patienten/Patientinnen und Angehörige bedarfsgerecht informieren, schulen und beraten	Phase: 1 und 2
Veranstaltung	7.3 Case Management aufbauen und personenzentriert gestalten	Phase: 1 und 2
Modultitel	8. Die APN-Rolle ausfüllen	
Veranstaltung	8.1 Aufgaben eines/einer APN übernehmen und den erweiterten Verantwortungsrahmen reflektieren	Phase: 1
Veranstaltung	8.2 Die professionelle Person als APN weiterentwickeln	Phase: 2
Veranstaltung	8.3 Unterstützungsstrukturen bei der Etablierung der APN-Rolle nutzen	Phase: 1 und 2
Veranstaltung	8.4 Ethisch reflektieren und entscheiden	Phase: 2



Konzept zur Begleitung

**der Advanced Practice Nurses und der Hausarztpraxen
im Forschungsprojekt FAMOUS**

Inhalt

Vorwort	3
1. Begleitung der APNs während der Fortbildungsphasen	4
1.1 Fortlaufende Begleitung	4
1.2 Team Building Maßnahme	4
2. Begleitung der Hausarztpraxen vor der Interventionsphase	5
2.1 Informationsveranstaltung	5
3. Begleitung der Hausarztpraxen und der APNs während der Interventionsphase durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen.....	6
3.1 Begleitgespräche und Bedarfskommunikation.....	6
3.2 Reflexionstage für die APNs.....	8
4. Weitere Möglichkeiten des Austauschs	9
4.1 Möglichkeit der Nutzung von Open Olat als Informationsplattform.....	9
4.2 Der strukturierte APN- Austausch.....	9
4.3 Supervision	10
4.4 Der Stammtisch der Hausärzte und Hausärztinnen	10
Anlagen	11

Vorwort

Die Begleitung der Advanced Practice Nurses (APNs) und Hausarztpraxen beginnt mit der Finalisierung des Matchings zwischen APN und Praxis mit der Benennung einer festen Ansprechperson. Als Ansprechpartnerin für die APNs und die Hausarztpraxen sind zwei wissenschaftliche Mitarbeiter:innen zuständig. Die finale Zuständigkeit der wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen für die Hausarztpraxen und APNs ist im Original dem Konzept angefügt.

Internationaler Literatur zufolge sind der Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit anderen Fachkräften des Gesundheitswesens und das Aushandeln der Rolle entscheidend für den Erfolg der Implementierung der Advanced Practice Nurse- Rolle. Das Verständnis des Teams für die APN-Rolle und ihre Einbindung in das gesamte Team ist ebenfalls entscheidend¹.

Ziel dieses Begleitkonzeptes ist es, die APNs und die Hausarztpraxen bei der Implementierung der innovativen Versorgungsform nach besten Möglichkeiten zu unterstützen. Fragestellungen zu Bereichen wie die Rollenfindung der APNs, die Integration der APNs in die Hausarztpraxis, die Zusammenarbeit zwischen APN und Praxisteam oder ähnlichen sollen somit von festgelegten Ansprechpartnerinnen beantwortet und bearbeitet werden können. Elemente dieses Begleitkonzeptes sind unter anderem die Regelkommunikation, die Informationsveranstaltungen sowie die fortlaufende Möglichkeit der Information und des Austausches.

Die Grundhaltung der wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen gegenüber den APNs und den Hausarztpraxen ist empathisch und offen mit stetiger Bereitschaft für Gespräche und Reflexionsprozesse. Die Zusammenarbeit erfolgt partnerschaftlich auf Augenhöhe. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen bemühen sich um einen möglichst transparenten und kontinuierlichen Informationsfluss. Die Kontaktdaten sowie die Erreichbarkeiten sind im Original-Begleitkonzept hier angegeben.

¹ Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, Bottone H, Polson R, Maxwell M. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2020 Apr;104:103443. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443. Epub 2019 Sep 27.

1. Begleitung der APNs während der Fortbildungsphasen

1.1 Fortlaufende Begleitung

Während der Fortbildungsphasen begleiten die Ansprechpartnerinnen die jeweiligen Fortbildungstage in digitaler Form oder in Präsenz im Erbacher Hof an insgesamt 44 Terminen. Währenddessen stehen sie für Rückfragen und organisatorische Absprachen jederzeit zur Verfügung. Organisatorische Änderungen und gemeinsame Absprachen können per Mail kommuniziert werden. Einige Fortbildungsmodule werden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen, die als Ansprechpartnerinnen für die APNs fungieren, übernommen. Die Fortbildungseinheiten können ebenfalls zur Reflexion, Absprache von aktuellen Anliegen oder Problemlagen genutzt werden. Die Ansprechpartnerinnen achten auf eine partnerschaftliche Kommunikation und einen transparenten Informationsfluss mit den APNs.

1.2 Team Building Maßnahme

Während des vorbereitenden Fortbildungszeitraumes vor Beginn der Intervention findet eine Abendveranstaltung (Weinprobe, Stadtführung o.Ä.) für die APNs gemeinsam mit dem Team der KH statt. Ziel ist es, das persönliche Kennenlernen der Gruppe, die Vertrauensbildung und die Entwicklung eines informellen Netzwerkes anzustoßen und zu vertiefen. Der Aufbau eines Gefühls des Zusammenhaltens sowie des Teamgeists dient als Basis für die formelle sowie informelle Beratung und Begleitung der APNs. Während der Interventionsphase ist zu erwarten, dass die APNs mit neuartigen Situationen konfrontiert werden. Die APNs sollen sich im informellen Austausch auch gegenseitig unterstützen und beraten, sodass es von Anfang an wichtig ist, das Gefühl der gemeinsamen Aufgabe zu stärken. Für die Begleitung des Prozesses der Rollenfindung ist ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den APNs sowie zwischen den begleitenden wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen von Bedeutung. Ein gemeinsamer Abend soll dieses Gruppengefühl stärken, um den zukünftigen Austausch und Reflexionsgespräche auf einer guten Ebene durchführen zu können. Die Auswahl der Aktivität erfolgte unter Beteiligung der APNs.

Die Planung und Umsetzung erfolgt unter Beachtung der aktuell geltenden Pandemieregelungen.

2. Begleitung der Hausarztpraxen vor der Interventionsphase

2.1 Informationsveranstaltung

Die Informationsveranstaltungen der Hausarztpraxen erfolgen parallel zu der ersten Fortbildungsphase der APNs durch das Projektteam. Die Informationsveranstaltung umfasst allgemeine Inhalte zum Projekt, zur Tätigkeit und Rolle der APNs in der Praxis sowie zur Akquise von Patient:innen. Die Veranstaltung wird dem gesamten Praxisteam angeboten und findet in den Räumlichkeiten der Praxis statt. Eine Terminierung erfolgt in Abstimmung mit den Hausarztpraxen durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin. Die Informationsveranstaltungen werden anhand einer Teilnehmerliste dokumentiert und mittels einer Präsentation strukturiert. Zusätzlich zur Informationsveranstaltung wird den Praxen eine Informationsmappe zur Verfügung gestellt. Die Informationsmappe enthält einen Patienteninformationsflyer, die Präsentation in ausgedruckter Form, das Begleitkonzept sowie eine Übersicht aller Ansprechpersonen mit den jeweiligen Zuständigkeiten. Relevante Vorlagen (z.B. Leitfaden zur Struktur- und Prozessanpassung, Bedarfsanmeldung, Vorlage des Behandlungsvertrages) gehen den Hausärzten und Hausärztinnen per E-Mail für die digitale Bearbeitung zu. Die Teilnahme der APNs an der Informationsveranstaltung ist nach individuellen Zeitressourcen möglich, aber nicht verpflichtend.

3. Begleitung der Hausarztpraxen und der APNs während der Interventionsphase durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen

3.1 Begleitgespräche und Bedarfskommunikation

Während der Interventionsphase (01.10.21 – 31.03.24) finden regelmäßige Begleitgespräche mit den APNs und den Hausärzten und Hausärztinnen statt. Der Turnus der Gespräche ist wie folgt geplant:

- APNs: wöchentlicher Kontakt
- Hausärzte und Hausärztinnen: quartalsweiser Kontakt

Begleitgespräche mit den APNs

Zielsetzung der Gespräche ist die gemeinsame Reflexion des Prozesses der Rollenentwicklung als APN. Weiterhin sollen eventuelle Herausforderungen erfasst, besprochen und nachbereitet werden. Soweit erforderlich werden gemeinsam Maßnahmen entwickelt, mit dem Ziel die aktuelle Problemlage zu bearbeiten. Neben der Reflektion der Rolle und der Integration der APN in das Praxisteam wird die organisatorische und strukturelle Integration in den Praxisalltag thematisiert. Die Gespräche bieten einen Rahmen für einen offenen, vertrauensvollen Austausch, sodass auch möglicherweise sensible Themen angesprochen werden können.

Drei von vier in einem Monat stattfindenden Gesprächen zwischen der begleitenden wissenschaftlichen Mitarbeiterin und einer APN können telefonisch oder per Videokonferenz geführt werden. Einmal im Monat findet ein Austauschtermin zwischen APN und wissenschaftlicher Mitarbeiterin im Präsenzkontakt statt. Die telefonisch oder digital geführten Gespräche finden offene und ohne vorgegebene Struktur statt. Das vierte Gespräch (strukturiertes Evaluationsgespräch) wird mittels eines strukturierten Gesprächsleitfadens (s. Anlage 1) geführt, dokumentiert und für die Evaluation des Projektes nachbereitet. Dabei geht es unter anderem um die strukturierte Erfassung der aktuellen Arbeitssituation sowie die Erfahrungen bei der Ausübung der APN Rolle.

Die Terminierung der Gespräche erfolgt nach individueller Rücksprache flexibel oder zu gemeinsam festgelegten Zeitpunkt. Die Dauer des Gesprächs orientiert sich an dem aktuellen Bedarf. Alle Gespräche werden durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin dokumentiert. Das Protokoll wird der APN zur Abstimmung zugesandt. Sollten während des Gespräches Aspekte thematisiert werden, welche den Hausarzt oder die Hausärztin sowie das Praxisteam betreffen, so werden in Abstimmung mit der APN die betroffenen Personen über die Inhalte und mögliche Maßnahmen informiert. Eine Weitergabe des Gesprächsprotokolls ist nicht vorgesehen, um den vertraulichen Charakter des Gespräches zu erhalten.

Begleitgespräche mit den Hausärzten/Hausärztinnen

Zielsetzung der Gespräche ist die gemeinsame Reflektion der Implementierung der APN in die Organisationsstruktur der Hausarztpraxis, die Zusammenarbeit mit den Patient:innen sowie dem Praxisteam. Weiterhin sollen eventuelle Herausforderungen erfasst, besprochen und nachbereitet werden. Gemeinsam werden Maßnahmen entwickelt, welche die Bearbeitung dieser Herausforderungen ermöglichen sollen. Die Gespräche bieten einen Rahmen für einen offenen, vertrauensvollen Austausch, sodass auch möglicherweise sensible Themen angesprochen werden können. Diese Evaluationsgespräche sollen je nach Möglichkeit in Präsenz in der Hausarztpraxis durchgeführt werden. Die Terminierung erfolgt nach individueller Rücksprache flexibel oder zu gemeinsam festgelegten Zeitpunkten. Die Dauer des Gesprächs orientiert sich an dem aktuellen Bedarf. Die Gesprächsführung wird durch einen strukturierten Gesprächsleitfaden (s. Anlage 2) unterstützt. Alle Gespräche werden durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin dokumentiert und zur Evaluation des Projektes nachbereitet. Das Protokoll wird dem Hausarzt/ der Hausärztin im Nachgang des Gesprächs zur Überprüfung der Vollständigkeit zugesandt. Sollten während des Gespräches Aspekte thematisiert werden, welche die APN oder das Praxisteam betreffen, so werden die betroffenen Personen über die Inhalte und mögliche Maßnahmen informiert. Eine Weitergabe des Gesprächsprotokolls ist nicht vorgesehen, um den vertraulichen Charakter des Gespräches zu erhalten.

Außerhalb der Begleitgespräche ist eine Bedarfskommunikation mit den wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen sowohl für die APNs aber auch für die Hausärzte und Hausärztinnen möglich.

Weiterverarbeitung der Gesprächsergebnisse

Die Protokolle der strukturierten Reflexionsgespräche dienen auch der formativen Evaluation des Projektes. Eine weitere Verarbeitung dieser Daten erfolgt in pseudonymisierter Form unter Einhaltung aller Richtlinien des Datenschutzes. Bei der Vorstellung der Ergebnisse ist kein Rückschluss auf beteiligte Personen möglich. Die Weiterverarbeitung der Gesprächsergebnisse erfolgt fallübergreifend inhaltsanalytisch in Form von Kategorien- und Subkategorienbildung. Namen von Personen werden bei der Weiterverarbeitung nicht verwendet. Lediglich die Berufsbezeichnung (Bsp.: Hausarzt/Hausärztin; APN; MFA; NÄPA) bleibt erhalten. Auch eine regionale Einordnung oder die Nennung des Gesprächsdatums erfolgt nicht. Somit ist gewährleistet, dass Potenziale und Probleme erfasst, aber nicht auf beteiligte Personen zurückzuführen sind.

3.2 Reflexionstage für die APNs

Nach Abschluss der Fortbildung finden im zweiten und dritten Jahr der Interventionsphase vier Reflexionstage nach Möglichkeit in Präsenz in Mainz statt. Sollte die Durchführung in Präsenz durch die Entwicklung der Pandemie nicht möglich sein, erfolgt die Durchführung digital. An diesen Veranstaltungen nehmen die APNs sowie Mitglieder des Projektteams der KH teil. Ziel ist die Reflexion der aktuellen Arbeitssituation sowie der Ausübung der Rolle und die Besprechung individueller Fälle, bei denen Fragestellungen und Reflexionsbedarfe bestehen. Bei der Durchführung werden verschiedene Methoden der partizipativen Beratung und Intervention sowie der kollegialen Beratung oder ähnliche Konzepte genutzt. Die APNs werden in die Planung, Gestaltung und Durchführung dieser Tage mit eingebunden, indem sie im Vorfeld ihre Themenwünsche und Bedarfe äußern können. In der Durchführung der Reflexionstage sollen die APNs durch aktive Beteiligung in den Beratungsprozessen unter anderem Selbstwirksamkeit und Unterstützung durch die Gruppe erfahren. Neben dem fachlichen Austausch wird auch der informelle Austausch Raum finden.

4. Möglichkeiten des informellen Austauschs

4.1 Möglichkeit der Nutzung von Open Olat als Informationsplattform

Den APNs wird Open Olat als interne Kommunikationsplattform zur Verfügung gestellt. Zielsetzung ist die Unterstützung des Austausches von Informationen, Materialien oder Nachrichten zwischen den APNs und somit die Möglichkeit der gegenseitigen Beantwortung fachlicher Fragestellungen. Die APNs können eigenständig den Teilnehmerbereich nutzen und nach eigenem Ermessen Dokumente erstellen, hochladen, nutzen und ordnen. Auch der gezielte Austausch per Gruppennachricht ist möglich (um z.B. Versorgungsangebote zu finden und nutzen). Bei der Einstellung von Materialien und Fragestellungen sind die Richtlinien des Datenschutzes sowie des Urheberrechtes stets zu beachten. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen können ebenfalls auf den Teilnehmerbereich zugreifen. Sie werden jedoch nur den Ordner „Organisatorisches“ mit relevanten Informationen und Dokumenten pflegen. Eine weitere Möglichkeit des informellen Austausches zwischen den APNs bietet die in Open Olat integrierte Videokonferenzmöglichkeit, die von den APNs eigenständig genutzt werden kann.

4.2 Der strukturierte APN-Austausch

Ab April 2022 findet auf Wunsch der APN der sog. strukturierte Austausch statt. Das Instrument des strukturierten Austausches dient neben der Reflexion der APN-Rolle dem regelmäßigen Austausch zwischen dem Projektteam und den APNs. In diesem Forum werden Lösungsstrategien für geteilte Herausforderungen gemeinsam entwickelt und Best-Practice-Beispiele vorgestellt werden. Primär fand der strukturierte Austausch 1x im Monat, ab Mitte 2023 alle 2 Monate statt. Der Zeiteinsatz beträgt 90 Minuten. Die Themen zum Austausch werden von den APNs eingebracht. Zur Themenfindung sollte eine Abstimmung innerhalb der Gruppe der APNs vor dem Austausch erfolgen.

4.3 Supervision

Ab Dezember 2021 fand - ebenfalls auf Wunsch der APNs - eine externe Supervision etwa alle 2 Monate bis zum Ende der Intervention teilweise in Präsenz, teilweise digital statt.

4.4 Der Stammtisch der Hausärzte und Hausärztinnen

Während der Interventionsphase wird halbjährlich oder nach Bedarf durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen ein digitaler Stammtisch für die Hausärzte und Hausärztinnen organisiert. Dieser dient der Vernetzung und dem informellen Austausch, zwischen den Hausärzten/Hausärztinnen und dem KH-Team in entspannter Atmosphäre. Der Zeitrahmen beträgt ungefähr zwei Stunden.

Anlage1:

Leitfaden und Protokoll: strukturiertes Evaluationsgespräch zwischen wissenschaftlicher Mitarbeiterin und APN

Datum:	Uhrzeit:
Name APN:	
Name wissenschaftliche Mitarbeiterin:	
Offene Themen:	
Wie geht es Ihnen aktuell in ihrer Rolle als APN im Hinblick auf 1. Fachliche Kompetenz 2. Zuständigkeit/Abgrenzung 3. Zusammenarbeit mit HÄ 4. Einbindung des Netzwerkes	
Welches Fallbeispiel beschreibt Ihre erlebte Wirksamkeit am besten? (der letzten vier Wochen)	
Gab es Situationen, in denen Sie die Rollenausgestaltung als herausfordernd erlebt haben? Wenn ja, welche? Wie sind sie damit umgegangen?	
Ggf. Welche Maßnahmen benötigen Sie zur Festigung/Entwicklung ihrer Rolle? Seitens der wissenschaftlichen Mitarbeiterin? (beispielsweise Feedback, fachlicher Input) • Seitens des Hausarztes/der Hausärztin (beispielsweise Unterstützung im Clinical Assessment; Etablierung von Fallkonferenzen) • Seitens des Praxisteam s (beispielsweise die Integration des Terminkalenders der APN in der Praxisdokumentation) •	
Welche Aufgaben gelingen besonders gut?	
Welche Aufgaben stellen aktuell eine Herausforderung dar?	
Bei welchen Aufgaben stellen Sie eine Entwicklung fest?	

Wie erleben Sie die Aufgaben im Kontext der Patientenrekrutierung und Datenerhebung?

- Unterstützung bei der Patientenrekrutierung
- Weitergabe der Erhebungsbögen an Patienten und Patientinnen sowie der An- und Zugehörigen

Wie erleben Sie die Aufgaben im Kontext der Ausleitung?

- Inhaltliche Ebene
- Kommunikative Ebene
- Organisatorische Ebene

Wie entwickelt sich die Zusammenarbeit (ggf. konkretisieren) mit den Patienten und Patientinnen?

•

mit den Hausärzten und Hausärztinnen?

•

mit dem Praxisteam?

•

ggf. mit regionalen Gesundheitsdienstleistern?

•

Wie gestaltet sich die patientenbezogene Kommunikation zwischen APN und HA?

•

Finden wöchentliche Fallbesprechungen statt?

•

Falls keine Fallbesprechungen stattfinden: welche Unterstützung benötigen Sie, damit zeitnah regelmäßige Fallbesprechungen stattfinden können?

•

Falls ja, wie erleben Sie die wöchentlichen Fallbesprechungen mit dem Hausarzt/ der Hausärztin?

•

Haben Sie im Rahmen einer Fallkonferenz bereits Empfehlungen gegeben?

•

In welchen Bereichen?

•

Falls nein: Welche Unterstützung benötigen Sie, um Empfehlungen in allen Bereichen (medikamentöse Anpassungen, Diagnostik, Behandlungsempfehlungen) abgeben zu können?

•

Wie erleben Sie die organisatorische Einbindung in die Hausarztpraxis?

Eigenständigkeit/Zeiteinteilung (Überstunden, Erleben der Zeiteinteilung; Limitationen z.B. Patientenwünsche, strukturelle Aspekte)

-
-

Organisation der Patientenkontakte (*Zeitplanung*: Erstkontakt, Folgekontakt, Häuslichkeit, Sprechstunde in der Praxis; *Kriterien für Ort des Patientenkontakts*: anhand welcher Kriterien entscheiden APNs, ob Patientenkontakt in Praxis oder in Häuslichkeit stattfindet? *Terminplanung*: Wer macht Termine?)

-
-

Mobilität/Verfügbarkeit Auto (Nutzung privater PKW – haftungsrechtliche Aspekte)

-
-

Strukturen der Praxiskommunikation/Teambesprechungen (Vorhandensein von Teambesprechungen/Teilnahme an und Erleben von Teambesprechungen, falls keine Strukturen vorhanden sind: erlebte Einbindung ins Team)

-
-

Verfügbarkeit und Nutzung der Räumlichkeiten für Patientenkontakte (flexible Raumnutzung in der Praxis etabliert? oder APN als Ausweichoption); Erleben der APN in Bezug auf die Raumnutzung

-
-

Verfügbarkeit und Nutzung der Räumlichkeiten für Administration und Recherche (Homeoffice nur als Ausnahmesituation bei Knappheit der Raumsituation)

-
-

sonstige Faktoren

-

Ggf. welche Maßnahmen müssten zur Verbesserung der Situation ergriffen werden?

(Durch die APN, durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin, durch den Hausarzt/die Hausärztin, durch das Praxisteam)

-

Ggf. wie könnten diese Maßnahmen kommuniziert und umgesetzt werden?

-

Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Begleitung durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin?

-

Rückmeldungen der wissenschaftlichen Mitarbeiterin in Bezug auf
(beispielsweise Dokumentation)

-

Zusammenfassung/Zielvereinbarungen

Rubrik	Inhalt	Zuständigkeit	Frist
Dokumentation	Vervollständigung der Erst-Assessments laut Liste	APN	

Ist ein zusätzlicher Kontakt gewünscht? Falls ja, Terminvereinbarung am			
Sonstige Wünsche/Anregungen der APN			
Wünsche/Anregungen/Ideen der wissenschaftlichen Mitarbeiterin an die APN/den APN:			

Anlage 2:

Leitfaden und Protokoll: strukturiertes Evaluationsgespräch zwischen wissenschaftlicher Mitarbeiterin und Hausarzt/ Hausärztin

Datum:	Uhrzeit:	bis
Name Hausarzt/Hausärztin: Name Wissenschaftliche Mitarbeiterin:		
Wie geht es Ihnen aktuell mit der Teilnahme im Projekt FAMOUS?		
Welchen Eindruck haben Sie von der Qualität der Patientenversorgung durch den/die APN? - Was macht für Sie Qualität in der Patientenversorgung aus? - Wie bewerten Sie die Versorgungskontinuität? (Übersorgung, Unterversorgung)		
Wie entwickelt sich die Zusammenarbeit des/der APN - mit Ihnen? - mit dem Praxisteam?		
Welchen Eindruck haben Sie von der Vernetzung des/der APN mit den regionalen Gesundheitsdienstleistern?		
Wie bewerten Sie aktuell die Einbindung des/der APN in das Praxisteam in Hinblick auf - die Kommunikationsstrukturen der Praxis (z.B. Teilnahme an Teambesprechungen, Zugang zur Praxissoftware, Zugang zum Kalender, Messenger-Gruppen) - den Informationsfluss der Praxis (formell und informell) - die soziale Einbindung (z.B. gemeinsames Mittagessen, Feierlichkeiten der Praxis)		

Wie gestaltet sich die patientenbezogene Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem APN?

Finden wöchentliche Fallbesprechungen statt?

Falls keine Fallbesprechungen stattfinden, welche Unterstützung benötigen Sie, damit zeitnah regelmäßige Fallbesprechungen stattfinden können?

Falls ja, wie erleben Sie die wöchentlichen Fallbesprechungen?

Wurden von dem/der APN im Rahmen der Fallkonferenz bereits Empfehlungen gegeben?

- Wenn ja, in welchen Bereichen? (medikamentöse Anpassungen, Diagnostik, Behandlungsempfehlungen, Hilfsmittel)
- Wie erleben Sie die Qualität (Angemessenheit in Bezug auf die Versorgungssituation) der APN-Empfehlungen?
- Welche Unterstützung benötigt der/die APN aus Ihrer Sicht, um Empfehlungen in allen Bereichen abgeben zu können?

Inwieweit hat sich die organisatorische Einbindung der/ des APN in die Hausarztpraxis entwickelt? In Hinblick auf

- die Eigenständigkeit/Zeiteinteilung (Kommunikation, Regelungen bzgl. des Umgang mit Überstunden)
- Unterstützungsleistungen durch die MFA (Organisation der Patientenkontakte, Ausstellen von Überweisungen/Rezepten)
- die Mobilität/Verfügbarkeit Auto (Nutzung des Privat PKW? Auf wessen Initiative hin? Ggf. Hinweis auf haftungsrechtliche Aspekte)
- die Verfügbarkeit und Nutzung der Räumlichkeiten für Patientenkontakte
- die Verfügbarkeit und Nutzung der Räumlichkeiten für Administration und Recherche
- Nutzung von Homeoffice (Homeoffice nur als Ausnahmesituation bei Knappheit der Raumsituation)
- sonstige Faktoren

Ggf. welche Maßnahmen müssten zur Verbesserung der Situation ergriffen werden?

(Durch den Hausarzt/die Hausärztin, den/die APN, die wissenschaftliche Mitarbeiterin, das Praxisteam)

Ggf. wie könnten diese Maßnahmen kommuniziert und umgesetzt werden?

Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Begleitung durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin?

Ist ein zusätzlicher Kontakt gewünscht?

Falls ja, Terminvereinbarung am

Sonstige Wünsche/Anregungen des Hausarztes/der Hausärztin

Wünsche/Anregungen/Ideen der wissenschaftlichen Mitarbeiterin an die HÄ/den HA:





Beschreibung der Intervention nach TiDier-Checkliste /Bedarfserhebung

Element	Beschreibung	
1. Name der Intervention	Personzentrierte und evidenzbasierte Erhebung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs	
2. Warum (Rationale/Theorie)	Ein fundiertes Assessment und die darauf basierende Identifikation des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs stellt die Grundlage für einen zielgerichteten Behandlungsplan dar. Das Handeln der APNs orientierte sich an den beiden Prinzipien Personzentrierung und Evidenzbasierung. Diese beiden Prinzipien ergänzen sich gegenseitig und sichern einerseits die Beachtung und Integration der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und zugleich die Perspektive und Wertsetzungen der Menschen mit chronischen Versorgungsbedarf, ohne die eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich ist. Bei dem Blick auf die Personzentrierung standen im Projekt FAMOUS die individuellen Bedürfnisse, Wertsetzungen und Prioritäten der Patient:innen im Vordergrund. Deren Klärung hinsichtlich der gesundheitlichen Situation war essenziell und die Ermutigung der Patient:innen mit Multimorbidität, ihre persönlichen Ziele, Werte und Prioritäten zu klären und einzubringen, waren im Rahmen der Versorgung und Behandlung durch die APN grundlegend. Dies wurde unterstützt durch die Ermittlung der erlebten Belastung durch die vorliegenden Erkrankungen und Therapien, der Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf den Alltag, die Klärung der reziproken Beeinflussung von Gesundheitsproblemen (wie Schmerz und Mobilität), die Klärung, inwieweit der/die Patient:in eine Person seines/ihrer Vertrauens in den Entscheidungsprozess über das Management gesundheitsbezogener Fragen einbeziehen möchte. Falls der/die Patient:in zustimmte, wurde diese Person informiert und beteiligt. Die Evidenzbasierung wurde umgesetzt durch die - soweit vorhanden - Nutzung von standardisierten Assessmentinstrumenten mit ausreichend guten psychometrischen Werten.	
3. Was (Materialien)	Die Erhebung der Ausgangsdaten erfolgt strukturiert sowie - soweit möglich und sinnvoll - standardisiert. Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten mit guten psychometrischen Werten unterstützte ein verlässliches Assessment, das zudem je nach Instrument geeignet war, bei einer Zweiterhebung eine Zustandsveränderung abzubilden. Eingesetzt wurden folgende Instrumente: <table border="1"><tr><td>Dementia-Detection (DemTect)</td></tr></table>	Dementia-Detection (DemTect)
Dementia-Detection (DemTect)		

	<table><tr><td>Mini Nutritional Assessment (MNA)</td></tr><tr><td>Numerische Rating Skala (NRS)</td></tr><tr><td>Pain Disability Index (PDI)</td></tr><tr><td>Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)</td></tr><tr><td>Health Assessment Questionnaire (HAQ)</td></tr><tr><td>de Morton Mobility Index (DEMMI)</td></tr><tr><td>Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA)</td></tr></table> Nicht für alle Fragen und Phänomene lagen standardisierte Erhebungsinstrumente mit ausreichend guten psychometrischen Daten vor. In diesen Fällen erfolgte die strukturierte Datenerhebung und die Einschätzung der Daten auf der Grundlage fachlicher Expertise. Alle Daten wurden in einem digitalen Dokumentationstool, das eigens für den Einsatz im Projekt FAMOUS entwickelt wurde, erfasst.	Mini Nutritional Assessment (MNA)	Numerische Rating Skala (NRS)	Pain Disability Index (PDI)	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	de Morton Mobility Index (DEMMI)	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA)
Mini Nutritional Assessment (MNA)								
Numerische Rating Skala (NRS)								
Pain Disability Index (PDI)								
Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)								
Health Assessment Questionnaire (HAQ)								
de Morton Mobility Index (DEMMI)								
Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA)								
4. Was (Verfahren)	Die APN strebte eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit Behandlungs- und Versorgungsbedarf an. D.h. eine personenzentrierte Bedarfserhebung bei Menschen mit Multimorbidität durch eine APN musste verschiedene Bereiche abdecken. Im Projekt FAMOUS haben die APNs in insgesamt 14 Bereichen den Unterstützungsbedarf erhoben. Diese waren: • Körperliche Gesundheit • Mobilität/Lokomotion • Ernährung • Metabolische Stabilität • Kognition • Stuhl- und/oder Harn(in)kontinenz • Hautzustand • Schmerzen • Medikamentenmanagement • Psychosoziale Situation • Selbstwirksamkeit • Selbstversorgung • Häusliche Situation • Soziale Situation Die Assessmentwerte sowie die abgeleiteten Behandlungs- und Versorgungsbedarfe wurden digital dokumentiert.							

5. Wer (Durchführende)	Für die Versorgung von Menschen mit Multimorbidität spezifisch qualifizierte Advanced Practice Nurses (Pflegefachpersonen mit pflegebezogenem Bachelor- und Masterabschluss und projektspezifischer Fortbildung im Umfang von 500 Stunden).																	
6. Wie (Modus der Durchführung)	Die Bedarfserhebung bestand grundsätzlich aus zwei Teilen: a) dem Assessment, d.h. der Erhebung der Daten einschließlich der Bewertung sowie b) deren individuelle Einordnung gemeinsam mit dem/der Patient:in mit Behandlungsbedarf sowie ggf. deren An- und Zugehörigen. Die Datenerhebung erfolgte mittelst körperlicher Untersuchung (u.a. Auskultation der Lunge, neurologischer Status, Hautstatus), dem Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente, strukturierter Befragung und Beobachtung; ggf. unter Einbezug von An-/ Zugehörigen.																	
7. Wo (Ort der Durchführung)	Die Bedarfserhebung fand in der Regel in der Häuslichkeit der Menschen mit Multimorbidität statt; dies konnte das eigene Zuhause, ein Pflegeheim oder eine andere Wohnform sein. Hin und wieder fand die Bedarfserhebung auch in den Räumen der Hausarztpraxis statt.																	
8. Wann und wie viel (Dosierung)	Das Erstassessment und die damit verbundene Bedarfserhebung fand einmalig statt.																	
9. Anpassungen (Tailoring)	Bei allen Patient/-innen wurde eine Einschätzung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs in allen 14 Bereichen durchgeführt. Jedoch wurden in Abhängigkeit vom DemTect- Wert unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. <table><tr><td></td><td>DemTect > 8</td><td>DemTect ≤ 8</td></tr><tr><td>Ernährung</td><td>Mini Nutritional Assessment (MNA) mit Patient:in</td><td>Mini Nutritional Assessment (MNA) mit An-/ Zugehörigen</td></tr><tr><td>Schmerzen</td><td>Numerische Rating Skala (NRS) Pain Disability Index (PDI)</td><td>Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)</td></tr><tr><td>Mobilität/Instrumentelle Fähigkeiten</td><td>Health Assessment Questionnaire (HAQ)</td><td>de Morton Mobility Index (DEMMI)</td></tr><tr><td>Psychosozialer Bereich</td><td>Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit Patient:in</td><td>Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit An-/ Zugehörigen</td></tr></table>				DemTect > 8	DemTect ≤ 8	Ernährung	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit Patient:in	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit An-/ Zugehörigen	Schmerzen	Numerische Rating Skala (NRS) Pain Disability Index (PDI)	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)	Mobilität/Instrumentelle Fähigkeiten	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	de Morton Mobility Index (DEMMI)	Psychosozialer Bereich	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit Patient:in	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit An-/ Zugehörigen
	DemTect > 8	DemTect ≤ 8																
Ernährung	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit Patient:in	Mini Nutritional Assessment (MNA) mit An-/ Zugehörigen																
Schmerzen	Numerische Rating Skala (NRS) Pain Disability Index (PDI)	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)																
Mobilität/Instrumentelle Fähigkeiten	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	de Morton Mobility Index (DEMMI)																
Psychosozialer Bereich	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit Patient:in	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) mit An-/ Zugehörigen																

10. Modifikationen während der Durchführung	Es gab zum Assessment und zur Bedarfserhebung keine Modifikationen.
11. Mechanismen zur Unterstützung der Durchführungstreue (Adhärenz/Treue)	Die APNs wurden im Rahmen der Fortbildung sowohl im Hinblick auf die Durchführung der Assessments und der personenzentrierten Ableitung der Bedarfe geschult als auch im Hinblick auf deren Dokumentation. Die fachliche Schulung fand durch Fachexpert/-innen (spezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss /Hausarzt/-innen), die technische Schulung im Umgang mit dem Dokumentationssystem durch den Entwickler dieses Dokumentationstools statt. Die Qualität der Dokumentation wurde stichpunktartig durch interne Audits überprüft und bei offenen Fragen wurde diesen nachgegangen.



Beschreibung der Intervention nach TiDier-Checkliste / Behandlungsplanung

Element:	Beschreibung
1. Name der Intervention	Behandlungs- und Versorgungsplanung
2. Warum (Rationale/Theorie)	Eine Behandlungs- und Versorgungsplanung bildet die Grundlage für eine zielgerichtete und strukturierte Behandlung und Versorgung sowie für die Steuerung des Versorgungsprozesses. Sie greift den in der Bedarfsanalyse identifizierten Behandlungs- und Versorgungsbedarf auf und dokumentiert einen personenzentrierten und evidenzbasierten zielgerichteten Ziel- und Maßnahmenplan. Vorteile der systematischen Behandlungsplanung: • Individuelle und bedarfsgerechte Behandlung und Versorgung, angepasst an die konkrete Lebenssituation der Patient:innen • Erhöhte Versorgungsqualität durch personenzentrierte und evidenzbasierte Entscheidungsfindung • Vermeidung von Versorgungsbrüchen, indem alle relevanten Faktoren in die Planung einbezogen werden • Effiziente Ressourcennutzung durch Vermeidung unnötiger Maßnahmen
3. Was (Materialien)	Der personenzentrierte und evidenzbasierte Behandlungsplan basiert auf Informationen aus vier zentralen Quellen: <u>Daten aus der Ersterhebung</u> • Initiale Assessments • Vorliegende Dokumente wie Arztbriefe, Laborergebnisse, Berichte • Fachliche Einschätzung der APN zu den Bereichen, zu denen keine geeigneten Assessments vorlagen • strukturierte Bedarfsanalyse <u>Wissenschaftliche Grundlagen</u> • AWMF-Leitlinien, Nationale Versorgungsleitlinien • Expertenstandards, aktuelle Studien etc. <u>Patientenpräferenzen</u> • Wertsetzungen, Erfahrungen, Machbarkeit, zur Verfügung stehende Ressourcen der Patient:innen Der Behandlungsplan wurde in einem digitalen Dokumentationstool, das eigens für den Einsatz im Projekt FAMOUS entwickelt wurde, niedergelegt.
4. Was (Verfahren)	In der Behandlungsplanung wurde festgelegt, mit welcher Zielsetzung welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt / in welchem Zeitfenster in welcher Häufigkeit und welchem zeitlichen Abstand von wem durchgeführt werden sollte.

	Die geplanten Maßnahmen konnten umfassen: • Diagnostik (z.B. Labordiagnostik, radiologische Diagnostik) • Therapie (z.B. Anpassung Medikation, Heil-, Hilfsmittel; Wundbehandlung) • Beratung (z.B. hinsichtlich Symptommanagement, Selbstmanagement, Therapiemanagement; Alltagsbewältigung; sozialrechtliche Leistungsansprüche) • Steuerung (z.B. Festlegung von Zuständigkeiten für die Umsetzung der verschiedenen Punkte des Behandlungsplans, • Vernetzung (bedarfsangepasste Einbeziehung formeller Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, von Beratungsstellen oder informeller Kontakte) • Monitoring (Kontrolle des Gesundheitszustandes incl. der Therapiewirkungen entsprechend Zeitplan) • Planung von bedarfsorientierten Anpassungen des Behandlungsplans
5. Wer (Durchführende)	a) Für die Versorgung von Menschen mit Multimorbidität spezifisch qualifizierte Advanced Practice Nurses (Pflegefachpersonen mit pflegebezogenem Bachelor- und Masterabschluss und projektspezifischer Fortbildung im Umfang von 500 Stunden). b) Die Freigabe oder Anpassung der verordnungspflichtigen Maßnahmen, die von den APNs jeweils als Empfehlungen formuliert wurden, erfolgte durch die Hausärzt:innen.
6. Wie (Modus der Durchführung)	Der personenzentrierte und evidenzbasierte Behandlungsplan wurde von den APNs in Rückkopplung mit den Patient:innen bzw. Angehörigen erstellt. Bei Beginn der APN-Versorgung gab es je Patient:in im Schnitt einen Interventionsbedarf in 7,7 von 14 Bereichen. D.h. es war regelmäßig erforderlich eine Priorisierung der Bedarfe im Hinblick auf die zeitliche Abfolge der Bearbeitung der einzelnen Punkte vorzunehmen. Im Sinne einer personenzentrierten Versorgung erfolgte die Priorisierung unter Beachtung fachlicher Notwendigkeiten gemeinsam mit dem/der Patient:in. Der Behandlungsplan umfasste vielfach Ziele und Maßnahmen, die von professioneller Seite von den APNs selbstständig verantwortet wurden. Der Behandlungsplan umfasste darüber hinaus verordnungspflichtige Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Durchführung des Projektes in den Verantwortungsbereich der Hausärzt:innen fielen. Entsprechend des gültigen Rechtsrahmens wurden diese Maßnahmen, die von den APNs im Sinne von Empfehlungen ausgesprochen wurden, von den Hausärzt:innen freigegeben, mit Veränderung freigegeben oder abgelehnt. Die APN-Empfehlungen der verordnungspflichtigen Maßnahmen wurden im Projekt FAMOUS zu 94,7% von den Hausärzt:innen angenommen.

	Der Behandlungsplan wurde von den APNs in dem Dokumentationstool teilstandardisiert dokumentiert, d.h. die Themenbereiche waren vorgegeben, die individuelle Ausprägung konnte frei formuliert eingegeben werden.
7. Wo (Ort der Durchführung)	Der Behandlungsplan wurde in den Räumen der Hausarztpraxis erstellt. Die Abstimmung zu den Empfehlungen fand in Rahmen von Fallkonferenzen oder bei Bedarf auch kurzfristig statt. Die Rückkopplung und Abstimmung des Behandlungsplans mit den Patient:innen und ggf. An-/Zugehörigen fand überwiegend im direkten Kontakt in der Häuslichkeit bzw. der Hausarztpraxis oder ggf. telefonisch statt.
8. Wann und wie viel (Dosierung)	Der umfassende Behandlungsplan wurde zu Beginn der APN-Versorgung erstellt. Er wurde im Verlauf der Versorgung bedarfsgerecht angepasst.
9. Anpassungen (Tailoring)	Der Behandlungsplan wurde grundsätzlich individuell erstellt. Es gab keine standardisierten Inhalte zum Behandlungsplan. In formaler Hinsicht gab es nur die Vorgabe, dass es zwischen einem/einer Patient:in und der APN mindestens 1x im Quartal einen Kontakt geben musste.
10. Modifikationen während der Durchführung	Zu der im Studienprotokoll vorgegebenen Vorgehensweise zur Erstellung des Behandlungs- und Versorgungsplans gab es im Verlauf der Intervention keine weitreichende Modifikation. Einzig die Abstimmungen zu den verordnungspflichtigen Maßnahmen fanden nur teilweise im Rahmen von Fallkonferenzen statt. Stattdessen wurde mit zunehmendem Vertrauen zwischen Hausarzt/Hausärztin und APN vielfach eine schnelle Absprache realisiert.
11. Mechanismen zur Unterstützung der Durchführungstreue (Adhärenz/Treue)	Die APNs wurden im Rahmen der Fortbildung zur personenzentrierten und evidenzbasierten Erstellung sowie zur Dokumentation eines Behandlungsplans geschult. Die fachliche Schulung fand durch Fachexpert/-innen (spezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, Hausärzt/-innen, Fachärzt:innen), die technische Schulung im Umgang mit dem Dokumentationssystem durch den Entwickler dieses Dokumentationstools statt. Die Qualität der Dokumentation wurde stichpunktartig durch interne Audits überprüft und bei offenen Fragen wurde diesen nachgegangen.



Beschreibung der Intervention nach TiDier-Checkliste / Steuerung und Durchführung der Behandlung

Element	Beschreibung				
1. Name der Intervention	Umsetzung und Steuerung des Behandlungs- und Versorgungsplans				
2. Warum (Rationale/Theorie)	Ein Behandlungs- und Versorgungsplan kann nur wirksam werden, wenn er umgesetzt wird. Unter ‚Umsetzung‘ wurde sowohl die unmittelbare Realisierung von Maßnahmen durch die APN als auch die Steuerung der Umsetzung geplanter Maßnahmen durch die APN verstanden. In dem die APN im Rahmen ihrer Fallführung Verantwortung für die sektorenübergreifend Umsetzung geplanter Maßnahmen durch weitere Dienstleister:innen sowie formelle und informelle Netzwerkpartner:innen übernahm, unterstützte sie den adäquaten Umgang mit Ressourcen und sicherte die Versorgungsqualität.				
3. Was (Materialien)	<u>Steuerung:</u> Kommunikationsmedien (z.B. Laptop, Handy); formale Klärung von Entscheidungs-/Handlungsspielräumen <u>Unmittelbare Realisierung von geplanten Maßnahmen</u> Die potentiell benötigten Materialien sind abhängig von der geplanten Behandlung- und Versorgung. Sie können umfassen: <table border="1"> <tr> <th><i>Behandlungs-/Versorgungsbereich</i></th><th><i>Potentiell benötigtes Material (nicht vollständig)</i></th></tr> <tr> <td>Körperliche Gesundheit</td><td> Messutensilien: RR-Gerät, Pulsoxymeter, Stethoskop, Stimmgabel und Reflexhammer, Thermometer, Maßband; Utensilien zur Blutentnahme – je nach den zu kontrollierenden Blutwerten; Materialien zur Blutzuckerkontrolle Utensilien zur Abnahme von Sputum, Urin und Stuhl; verschiedene Abstrichtupfer für eine mikrobiologische Untersuchung Verbrauchsmaterialien (z.B. Einmalhandschuhe, Spatel, Kompressen) </td></tr> </table>	<i>Behandlungs-/Versorgungsbereich</i>	<i>Potentiell benötigtes Material (nicht vollständig)</i>	Körperliche Gesundheit	Messutensilien: RR-Gerät, Pulsoxymeter, Stethoskop, Stimmgabel und Reflexhammer, Thermometer, Maßband; Utensilien zur Blutentnahme – je nach den zu kontrollierenden Blutwerten; Materialien zur Blutzuckerkontrolle Utensilien zur Abnahme von Sputum, Urin und Stuhl; verschiedene Abstrichtupfer für eine mikrobiologische Untersuchung Verbrauchsmaterialien (z.B. Einmalhandschuhe, Spatel, Kompressen)
<i>Behandlungs-/Versorgungsbereich</i>	<i>Potentiell benötigtes Material (nicht vollständig)</i>				
Körperliche Gesundheit	Messutensilien: RR-Gerät, Pulsoxymeter, Stethoskop, Stimmgabel und Reflexhammer, Thermometer, Maßband; Utensilien zur Blutentnahme – je nach den zu kontrollierenden Blutwerten; Materialien zur Blutzuckerkontrolle Utensilien zur Abnahme von Sputum, Urin und Stuhl; verschiedene Abstrichtupfer für eine mikrobiologische Untersuchung Verbrauchsmaterialien (z.B. Einmalhandschuhe, Spatel, Kompressen)				

		und Hygieneprodukte (z.B. Hände- und Hautdesinfektionsmittel)
	Mobilität /Lokomotion	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung auch physiotherapeutischer Übungen sowie papierbasiertes Informationsmaterial über Angebote und Finanzierung von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität/Lokomotion
	Ernährung	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial für eine angepasste Ernährung; Adressen für Essen auf Rädern oder andere Lieferdienste
	Metabolische Stabilität	(Labor-)Materialien zur Kontrolle metabolischer Daten; digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial zur selbstständigen Kontrolle des Blutzuckers durch die Patient:innen
	Kognition	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Übungsmaterial zum Training kognitiver Fähigkeiten; Adressen einer Gedächtnisambulanz; Adressen unterstützender Dienste, z.B. Tagespflege;
	Stuhl- und/oder Harninkontinenz	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial über Möglichkeiten der Kontinenzförderung sowie über geeignete Hilfsmittel und deren Finanzierung; Adressen von Sanitätshäusern oder weiteren Bezugsquellen
	Hautzustand	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes

		Informationsmaterial über Maßnahmen und Mittel zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität; Materialien zur Wundversorgung
	Schmerzen	Je nach Schmerzanlass und –ursache digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial über medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Reduktion von Schmerzen; Adressen einer Schmerzzambulanz
	Medikamentenmanagement	Bedarfsangepasste digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial zur Applikationsform, Dosierung, Wirkung und Nebenwirkung verordneter oder geplanter Medikamente Hilfsmittel zur zeitgerechten Einnahme und Dosierung von Medikamenten
	Psychosoziale Situation	Adressen von Angeboten im Quartier oder der Kommune zur Herstellung/ Unterstützung von sozialen Kontakten (z.B. Seniorennachmittag, Besuchsdienste)
	Selbstwirksamkeit	Die in den verschiedenen Bereichen genannten digitalen oder papierbasierten Informationsmaterialien, Anleitungen und Übungen zielen auf Empowerment ab und haben das Potential das Erleben von Selbstwirksamkeit zu stärken.
	Selbstversorgung	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial, das dazu beiträgt, die Selbstversorgung in möglichst vielen Bereichen des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten; Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes

		Informationsmaterial über ergotherapeutische Maßnahmen und Mittel zur Unterstützung der Alltagsbewältigung
	Häusliche Situation	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial zu Möglichkeiten und Finanzierung • barrierefreier Umgestaltung des eigenen Wohnumfeldes, • von angepasstem Mobiliar • von angepasster Beleuchtung • ergonomischer Gestaltung von Griffen etc. • Ausstattung zur Unterstützung im Notfall (Hausnotruf)
	Soziale Situation	Digitale Quellen (Apps, Links, Videos, Homepages) zur Information und Anleitung sowie papierbasiertes Informationsmaterial zum Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes sowie zu Transportmöglichkeiten und deren Finanzierung z.B. zu Aktivitäten in der Kommune, zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen oder zu Beratungsstellen (z.B. Pflegeberatung).
4. Was (Verfahren)	<u>Verfahren zur Steuerung:</u> Die Umsetzung der Fallführung durch die APNs erfolgte durch die proaktive Einbindung und Koordination von Netzwerkpartner:innenn sowie das Management von Schnittstellen. Durch ein fortlaufendes Monitoring wurde der Gesundheitszustand der Patient:innen, der Erfolg der Maßnahmen zur Behandlung und Versorgung sowie die Umsetzung der Maßnahmen durch Dienstleister und Netzwerkpartner überwacht. <u>Verfahren zur Umsetzung des Behandlungsplans:</u> Der Edukationsbedarf, der von den APNs im Behandlungs- und Versorgungsplan festgehalten wurde, wurde nun umgesetzt.	

	Der Aufbau eines patientenindividuellen Netzwerkes wurde von den APNs initiiert und nur dann von ihnen übernommen, wenn die Patient:innen bzw. deren An-Zugehörige nicht selbst dazu in der Lage waren.
5. Wer (Durchführende)	Für die Versorgung von Menschen mit Multimorbidität spezifisch qualifizierte Advanced Practice Nurses (Pflegefachpersonen mit pflegebezogenem Bachelor- und Masterabschluss und projektspezifischer Fortbildung im Umfang von 500 Stunden). Patient:innen und deren An- und Zugehörige Weitere Dienstleister:innen sowie formelle und informelle Netzwerkpartner:innen (u.a. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie; Pflegeberatungsstellen, Sanitätshäuser, Gemeindeschwester Plus, ambulante Pflegedienste, Haushaltshilfen, Besuchsdienste, An-Zugehörige)
6. Wie (Modus der Durchführung)	Die APN übernahm die Fallführung bei der Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans. In der Rolle als federführende Ansprechpersonen übernahm sie die Umsetzung des sektoren-übergreifenden und interprofessionellen Schnittstellenmanagements. Maßnahmen des Monitorings umfassten körperliche Untersuchungen sowie Rücksprachen mit den Patient:innen bzw. mit deren An-/Zugehörigen bzgl. der von ihnen übernommenen Maßnahmen (z.B. Kontaktaufnahme zu externen Dienstleistern; Umsetzung von Maßnahmen, die zuvor Gegenstand der Edukation gewesen waren) Patientenedukation wurde als übergeordneter Begriff zu Information, Schulung und Beratung verstanden. Information: Weitergabe oft standardisierten Wissens, mündlich oder schriftlich (z.B. mittels Flyer, Broschüren oder Hinweis auf spezifische Internetportale oder Apps) Schulung: geplante Vermittlung von Wissen und/oder Fertigkeiten (z.B. Anleitung und Einübung des Handlings z.B. von Hilfsmitteln) Beratung: Die Beratung zielt auf fachlich fundierte, individuelle und personenzentrierte Lösungen ab. Die verschiedenen Formen der Edukation wurden planmäßig umgesetzt bzw. bedarfsangemessen adaptiert.
7. Wo (Ort der Durchführung)	Maßnahmen wurden in der Häuslichkeit der Patient:innen oder während der APN-Sprechstunde in der Hausarztpraxis umgesetzt.
8. Wann und wie viel (Dosierung)	Der Zeitpunkt und die Häufigkeit/Portionierung von Maßnahmen wurde entsprechend der Vorgaben aus dem Behandlungs- und Versorgungsplan (z.B. hinsichtlich Reihenfolge und Priorisierung) umgesetzt.

9. Anpassungen (Tailoring)	Die Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans erfolgte entsprechend des individuellen Behandlungs- und Versorgungsplans. Er wurde – wie im Studienprotokoll vorgesehen - bei Änderung des Gesundheitszustandes oder ggf. der Präferenzen der Patient:innen oder der An- und Zugehörigen bedarfsangemessen angepasst.
10. Modifikationen während der Durchführung	Zu der im Studienprotokoll vorgegebenen Inhalten und zur Vorgehensweise bei der Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans gab es im Verlauf der Intervention keine Modifikation.
11. Mechanismen zur Unterstützung der Durchführungstreue	Die APNs wurden im Rahmen der Fortbildung zur personenzentrierten und evidenzbasierten Durchführung des Behandlungs- und Versorgungsplans sowie dessen Dokumentation geschult. Die fachliche Schulung fand durch Fachexpert/-innen (spezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, Hausarzt/-innen, Fachärzt:innen), die technische Schulung im Umgang mit dem Dokumentationssystem durch den Entwickler dieses Dokumentationstools statt. Die Qualität der Dokumentation wurde stichpunktartig durch interne Audits überprüft und bei offenen Fragen wurde diesen nachgegangen.



Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis



Aufgabenprofil

Katholische
Hochschule
Mainz



Catholic University
of Applied Sciences



Die bisherige Aufgabenverteilung in den unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen stößt in Anbetracht des demografischen Wandels und weiterer Herausforderungen zunehmend an ihre Grenzen. Gerade Menschen mit multiplen Erkrankungen weisen komplexe Bedarfe auf, die derzeit häufig unzureichend beantwortet werden können. Um diesen Anforderungen adäquat begegnen zu können, bedarf es neben einer Neuorganisation von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen auch der Ausschöpfung der bestehenden Kompetenzen des Pflegeberufs sowie der Kompetenzerweiterung für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Zudem empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote von 20 % an Pflegefachpersonen in der unmittelbaren Patientenversorgung. Das in Deutschland noch sehr junge, international aber bereits seit langem anerkannte und etablierte Berufsbild Advanced Practice Nurse (APN) birgt hierfür ein hohes Potenzial.

Dies hat auch die deutsche Gesundheitspolitik erkannt, die 2024 damit begonnen hat, die Regulierung und Etablierung von APNs in der Regelversorgung zu prüfen. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz wurde dabei schon früh in diesen Prozess mit einbezogen und hat sich hierin auch umfassend eingebracht. Dabei ist klar, dass die Einführung von APNs nicht von heute auf morgen gelingen kann, sich aber langfristig für eine qualitativ

hochwertige Gesundheitsversorgung rentieren wird.

Neben entsprechenden Studiengängen, die die erforderlichen Kompetenzen, insbesondere zur eigenständigen Heilkundenausübung, vermitteln, bedarf es auch eines Aufgabenprofils, das nicht nur Aufgaben und Verantwortlichkeiten einer Rolle definiert, sondern auch an internationale Standards anschließt. Ein solches Aufgabenprofil ist als Grundlage notwendig, um die Arbeit von Advanced Practice Nurses leistungsrechtlich abzubilden und in bestehende Strukturen zu integrieren.

In den vergangenen Jahren wurde der Einsatz und die Ausgestaltung von APNs in einigen Projekten untersucht und erprobt. Aus deren Ergebnissen lassen sich wertvolle Ansätze für die Weiterentwicklung und Implementierung im deutschen Gesundheitswesen ableiten. Das Forschungsprojekt FAMOUS der Katholischen Hochschule Mainz untersuchte über mehrere Jahre den Einsatz von Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung. Auf Grundlage seiner Ergebnisse schlägt die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ein Aufgabenprofil für APNs vor, das eine zukunftsorientierte und evidenzbasierte Pflegepraxis unterstützt.

Dr. rer. cur. Markus Mai
Präsident der Pflegekammer RLP



Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis Aufgabenprofil

Autorenteam

Stemmer, Renate
Bott, Sabine
Brehm, Lara
De Paula Souza, Thaïs
Drevermann, Ute
Gerz, Maria
Hentel, Ingo
Kopp, Ines
Leyendecker, Christine
Petri, Sophie
Salbach, Corinna
Schüßler, Nicole
Strunk-Richter, Gerlinde

Lizenzen



Dieses Werk bzw. der Inhalt ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz. Link: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Zitieren als

Stemmer, Renate et al. (2024).
Advanced Practice Nurses in der
Hausarztpraxis – Aufgabenprofil.
Hrsg. Katholische Hochschule Mainz.
<https://www.kh-mz.de/forschung/projekte/famous>

Herausgeberin

Katholische Hochschule Mainz
Saarstr. 3
55122 Mainz
ISBN 978-3-00-078860-4

November 2024

Gefördert durch:



Das Projekt FAMOUS wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (01NVF19012)

Inhalt

Präambel.....	5
1 Rahmenbedingungen.....	6
1.1 Definition	6
1.2 Qualifikation.....	6
1.3 Gesetzliche Grundlagen.....	6
1.4 Anstellungsmöglichkeiten	7
1.5 Finanzierungsmodelle.....	7
1.6 Lohneinstufung	8
1.7 Ausstattung	8
2 Aufgabenprofil.....	9
2.1 Steuern komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen	9
2.2 Umsetzen komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen	10
2.3 Interprofessionelles Arbeiten	11
2.4 Initiieren und Gestalten ethischer Entscheidungsfindung	11
2.5 Beratung und Fortbildung von Beteiligten im professionellen Feld	12
2.6 Wissenschaftliches Arbeiten	12
2.7 Berufsfeldentwicklung	12
3 Ausblick	13
4 Zusammenfassung	14
Literatur	15

Präambel

In einer älter werdenden Bevölkerung und der damit einhergehenden Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen können Advanced Practice Nurses (APNs) in Teilen die Versorgung von Menschen mit Multimorbidität in der Primärversorgung übernehmen und ergänzen damit zielgruppenspezifisch das Versorgungsangebot. Menschen mit Multimorbidität haben komplexe Bedarfe, welchen multiprofessionell begegnet werden muss. Neben den medizinischen Versorgungserfordernissen stehen Aspekte des Krankheits- und Therapiemanagements und der Alltagsbewältigung im Vordergrund. APNs arbeiten personenzentriert und evidenzbasiert. Sie nehmen die gesamte gesundheitsrelevante Situation in den Blick und werden somit den spezifischen Bedarfen der Menschen mit Multimorbidität besonders gerecht. Die Förderung der Autonomie, die Beachtung der Bedürfnisse und die Würdigung der individuellen Lebenssituation der Patienten und Patientinnen zählen zu den Grundsätzen ihres professionellen Handelns.

Basierend auf den Erfahrungen aus dem Forschungsprojekt FAMOUS (Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses) wurde das vorliegende Aufgabenprofil für APNs in der Hausarztpraxis entwickelt. Somit beschreibt das vorliegende Papier die Aufgaben von APNs in der Primärversorgung gemäß der aktuell gültigen Rechtslage. Ergänzend wurden Theorien und Konzepte aus der Fachliteratur hinzugezogen. FAMOUS wurde von 2020 bis 2024 unter Konsortialführung der Katholischen Hochschule Mainz in Rheinland-Pfalz durchgeführt (<https://www.kh-mz.de/forschung/projekte>). Dieses Aufgabenprofil bietet eine Grundlage für die Ausgestaltung des Einsatzes von APNs in der hausärztlichen Versorgung. APNs können auch in anderen Settings tätig werden. Dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Broschüre.

1 Rahmenbedingungen

1.1 Definition

APNs versorgen Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis bedarfsgerecht, präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ. Sie sind Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen, die vor allem Patienten und Patientinnen mit hochkomplexen Krankheitsbildern und Versorgungsanliegen betreuen und behandeln. Sie unterstützen diese personenzentriert und evidenzbasiert im Umgang mit den Erkrankungen im Alltag. Falls erforderlich, integrieren sie weitere Leistungserbringer. APNs steuern und koordinieren den Versorgungsprozess. Diese fortgeschrittene Pflegepraxis erfordert eine umfangreiche fachliche Wissensbasis, Entscheidungsfähigkeiten in hochkomplexen Situationen und klinische Kompetenzen, die die APNs über einen mehrschrittigen Qualifikationsweg, inkl. eines pflegebezogenen Studiums auf Masterniveau, erworben haben.

1.2 Qualifikation

Für die Tätigkeit als APN in einer Hausarztpraxis wird die Berufszulassung als Pflegefachperson vorausgesetzt. Unabhängig vom Weg zum Erwerb der pflegerischen Berufszulassung ist eine zweistufige akademische, pflegebezogene Qualifizierung erforderlich, die mit einem Mastergrad abschließt. Dadurch ergibt sich ein Qualifikationsweg von insgesamt mindestens fünf Jahren. Zudem wird eine mindestens zweijährige pflegerische Berufserfahrung in der Patientenversorgung vorausgesetzt.

1.3 Gesetzliche Grundlagen

In Deutschland gilt seit dem 01.01.2020 das Pflegeberufegesetz (PflBG) als Grundlage für die Ausbildung und die Ausgestaltung des Pflegeberufs. Im Hinblick auf die akademische Qualifizierung ist dort nur das primärqualifizierende duale Bachelor-Pflegestudium geregelt. Formale Bestimmungen für die Ausgestaltung eines pflegebezogenen Masterstudiengangs existieren – jenseits der in einer Akkreditierung überprüften Strukturvorgaben – in Deutschland nicht. Auch das spezifische Arbeitsfeld der masterqualifizierten

APNs ist bis zum jetzigen Zeitpunkt weder strukturell noch leistungrechtlich geregelt. In beiden Bereichen besteht normativer Regelungsbedarf.

Der Grad der Handlungsautonomie von APNs orientiert sich an den geltenden Rechtsnormen.

1.4 Anstellungsmöglichkeiten

Die Anstellung einer APN in einer allgemeinmedizinischen Einrichtung kann z. B. in einer hausärztlichen Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum erfolgen. Dabei wird die Einbindung der APN in bestehende Strukturen ausdrücklich empfohlen, um Kontinuität und Qualität der Versorgung sowie Effizienz und Ressourcenoptimierung zu gewährleisten.

1.5 Finanzierungsmodelle

Innerhalb der bestehenden Instrumentarien zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen bietet der Selektivvertrag nach §140a SGB V schon heute einen Weg, um die APN-Versorgung als neue Leistung zusätzlich zur Regelversorgung einzuführen. Eine weitere Möglichkeit ist die Erweiterung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73b SGB V um die Finanzierung der APNs. Auch die Etablierung einer Modellregion für APNs in der Primärversorgung ist eine kommunalfinanzierte Zwischenlösung. Für eine breit angelegte Implementierung der APN-Versorgung im Bereich der Primärversorgung müssen jedoch neue Finanzierungsmodelle entwickelt werden.





1.6 Lohneinstufung

Die Einstufung begründet sich durch den Qualifikationsabschluss und das Aufgabenprofil der APNs. Die Lohneinstufung erfolgt, mangels tariflicher Vorgaben im hausärztlichen Setting, in Anlehnung an TVöD-E 13, Bereich VKA.

1.7 Ausstattung

Die APNs versorgen die Patienten und Patientinnen im Rahmen von Hausbesuchen oder Sprechstunden. Für die Hausbesuche wird der Zugang zu einem Auto sowie eine Behandlungstasche mit entsprechender Ausstattung (bspw. RR-Gerät, Stethoskop, Stauschlauch, BZ-Gerät, Reflexhammer, Pupillenlampe, Mundspatel) benötigt. Für die Durchführung der Sprechstunde ist ein Behandlungszimmer mit praxisüblichem Equipment (bspw. Behandlungsliege, Arbeitsplatz mit technischer Ausstattung, medizinisches Behandlungsmaterial) erforderlich. Um evidenzbasiert handeln zu können, benötigen APNs den Zugang zu Fachdatenbanken, Volltexten und weiterer Fachliteratur. Darüber hinaus sind APNs auf eine technische Anbindung an die Hausarztpraxis angewiesen. Dies beinhaltet die Bereitstellung eines Laptops sowie einen Fernzugriff auf die Praxissoftware. Um sowohl für Patienten und Patientinnen als auch für die Praxis erreichbar zu sein, benötigen APNs ein Diensthandy.

2 Aufgabenprofil

APNs versorgen im Rahmen von Hausbesuchen oder Sprechstunden Patienten und Patientinnen, welche aufgrund der Multimorbidität hochkomplexe Versorgungssituationen mit ggf. akuten Veränderungen des Versorgungsbedarfs aufweisen. Die Versorgung erfolgt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich. Hierbei übernehmen APNs evidenzbasiert, personenzentriert und bedarfsorientiert folgende Aufgaben:

2.1 Steuern komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen

Planen, Erstellen und Monitoren (fortlaufende Verlaufskontrolle und Evaluation) des Versorgungsprozesses nach systematischem Vorgehen:

- ▶ **Erheben der gesundheitlichen Lebens- und Versorgungssituation mittels**
 - ▷ umfassender Anamnese und körperlicher Untersuchung
 - ▷ standardisierter Assessmentinstrumente
 - ▷ professioneller Beobachtungs- und Gesprächsführungstechniken
 - ▷ klinischer Einschätzung
- ▶ **Analysieren der Bedarfe**
- ▶ **Definieren von Zielen und Festlegen von Evaluationskriterien**
- ▶ **Erstellen eines individuellen Versorgungsplans**
 - ▷ Planen von Maßnahmen und Umsetzen des Shared Decision Making
 - ▷ ggf. Einbeziehen externer Versorgungsdienstleister
- ▶ **Monitoren mittels pflegerisch- und medizinisch-diagnostischer Maßnahmen (bspw. Labordiagnostik, apparative Diagnostik, körperliche Untersuchung)**



2.2 Umsetzen komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen

- ▶ **Umsetzen pflegerisch-therapeutischer Maßnahmen**
 - ▷ Informieren, Schulen und Beraten von Patienten und Patientinnen sowie An- und Zugehörigen
 - ▷ psychosozial Unterstützen
 - ▷ Unterstützen bei der Krankheits- und Alltagsbewältigung
 - ▷ Durchführung nicht-medikamentöser Interventionen (bspw. Schmerzmanagement, Wundmanagement, Überwachung der Kompressionstherapie)
- ▶ **Prävention und Gesundheitsförderung**
 - ▷ Förderung der Gesundheitskompetenz (gesundheitsförderliches Verhalten: Rauchen, Bewegung, gesunde Ernährung)
 - ▷ Anwenden erweiterter Pflegeassessments zur Früherkennung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Verlaufskontrollen
- ▶ **Durchführen abgestimmter medizinisch-therapeutischer Maßnahmen**
 - ▷ Medikamentenmanagement
- ▶ **Durchführen dringender Hausbesuche in akuten Situationen**
- ▶ **Umsetzen des Medikamentenmanagements**
 - ▷ Erheben aller verordneten Arzneimittel und der Selbstmedikation
 - ▷ Überprüfen von Kontraindikationen, unerwünschten Wirkungen und Arzneimittelinteraktionen

- ▷ Stärken der Medikationsadhärenz
- ▷ Anleiten zur Arzneimittelhandhabung

- ▶ **Aufbauen und Koordinieren eines patientenbezogenen informellen und formellen Netzwerkes zur Versorgungssicherung**
- ▶ **Umsetzen eines sektorenübergreifenden und interprofessionellen Schnittstellenmanagements**

2.3 Interprofessionelles Arbeiten

- ▶ **Koordinieren, Durchführen und Nachbereiten von Fallbesprechungen mit ärztlichen Kollegen und Kolleginnen**
 - ▷ Besprechen der Befunde
 - ▷ Vor dem aktuellen gesetzlichen Hintergrund ist es notwendig, die verordnungspflichtigen Maßnahmen beziehungsweise auf Diagnostik und Therapie (bspw. Medikation, Heil- und Hilfsmittel), die von APNs empfohlen werden, mit dem Hausarzt/der Hausärztin abzustimmen
- ▶ **Aufbauen und Pflegen eines multiprofessionellen Netzwerks**
 - ▷ Gestalten des Informationsflusses zwischen den Professionen (z. B. Teilnehmen an regionalen Pflegekonferenzen) oder
 - ▷ Vernetzen mit regionalen Gesundheitsdienstleistern

2.4 Initiieren und Gestalten ethischer Entscheidungsfindung

Die Anlässe für ethische Entscheidungsfindungen sind vielfältig. Dazu gehören u. a. gegensätzliche Überzeugungen zwischen Beteiligten im Versorgungsprozess, wahrgenommene Versorgungsdefizite, palliative Prozesse und die vorausschauende Vorsorgeplanung. Ethische Entscheidungsfindung geschieht – wann immer möglich – im Zusammenwirken mit Patienten und Patientinnen sowie deren An- und Zugehörigen. APNs übernehmen folgende Aufgaben:

- ▶ **Initiieren, Strukturieren und kontinuierliches Begleiten der Aushandlungsprozesse zu ethisch relevanten Fragen**
- ▶ **ethisch-moralisches Prüfen der Entscheidungen und der Handlungen**
- ▶ **Mitorganisieren und/oder Moderieren fallbezogener Besprechungen zur Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele**

2.5 Beratung und Fortbildung von Beteiligten im professionellen Feld

APNs übernehmen die fachliche Führung im Sinne des Clinical Leadership.
Adressaten können sein:

- ▶ **Mitarbeitende in den Hausarztpraxen**
- ▶ **weitere Gesundheitsdienstleister im multiprofessionellen Netzwerk**

Aufgaben sind beispielsweise:

- ▶ **Bereitstellen und Vermitteln von Expertenwissen**
- ▶ **Einnehmen einer fachlichen Vorbildfunktion**

2.6 Wissenschaftliches Arbeiten

- ▶ **Durchführen wissenschaftlicher Recherchen zu klinischen und versorgungsbezogenen Fragestellungen**
- ▶ **Erstellen von wissenschaftlichen und praxisnahen Publikationen für Fachzeitschriften und andere Medien**
- ▶ **Halten von Fachvorträgen auf Tagungen und Kongressen**
- ▶ **Anregen von und Mitwirken an pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekten**

2.7 Berufsfeldentwicklung

- ▶ **Unterstützen bei der Implementierung des Berufsbildes der APN in der Hausarztpraxis durch**
 - ▷ Strukturaufbau in der Praxis
 - ▷ Konzeptionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis
- ▶ **Bekanntmachen des Berufsbildes**
 - ▷ bei den Patienten und Patientinnen sowie den An- und Zugehörigen
 - ▷ in der Fachöffentlichkeit
 - ▷ bei den regionalen Gesundheitsdienstleistern
- ▶ **Entwickeln von Perspektiven für das Berufsbild, z. B. mit Hilfe von**
 - ▷ Beteiligung an der Leitlinienentwicklung
 - ▷ Engagement in Arbeitsgruppen z. B. bei Pflegekammern, Berufsverbänden und Netzwerken

3 Ausblick

Die Erfahrungen im Forschungsprojekt FAMOUS zeigen, dass APNs in der Primärversorgung nach einer gewissen Qualifikationszeit selbstständiger und eigenverantwortlicher arbeiten könnten, als es ihnen unter den aktuell gültigen, formalrechtlichen Rahmenbedingungen möglich ist. Im Mittelpunkt steht die Übernahme pflegerischer Verantwortung in einem sinnvollen Kompetenz-, Verantwortungs- und Zuständigkeitsmodell.

Um die Ausschöpfung des vollen Potentials der APNs zu gewährleisten, bedarf es rechtlicher Befugnisse zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten. Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Aufgabengebiete:

- ▶ **Diagnostik und Monitoring**
 - ▷ Anordnung von Labordiagnostik
 - ▷ Anordnung von apparativer Diagnostik
 - ▷ Veranlassung fachärztlicher Konsile
 - ▷ Einweisung ins Krankenhaus (geplant und notfallmäßig)
- ▶ **Therapie**
 - ▷ Verordnung von Hilfsmitteln (bspw. Rollator, Respirator, Lifter, Prothese und Orthese, suprapubischer Blasenkatheter)
 - ▷ Veranlassung leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhand einer Positivliste und Anpassung der Dosierung
 - ▷ Verordnung von Verbandsmaterialien
 - ▷ Veranlassung von Heilmitteln (bspw. Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Rehasport, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
 - ▷ Verordnung von häuslicher Krankenpflege
 - ▷ Verordnung von Behandlungspflege gem. SGB V (bspw. Katheter- und Trachealkanülenwechsel, Stomaversorgung, Substitution hochkalorischer Ernährung)
- ▶ **Begutachtung von**
 - ▷ Pflegebedarf
 - ▷ Grad der Behinderung
 - ▷ Bedarf an Rehabilitationsleistungen
 - ▷ Kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit



4 Zusammenfassung

APNs in der Hausarztpraxis steuern und übernehmen komplexe Versorgungsprozesse. Sie arbeiten interprofessionell, initiieren und gestalten ethische Entscheidungsfindungen. Sie bieten Fortbildungen an und beraten Angehörige der Gesundheitsfachberufe. APNs fördern aktiv die Berufsfeldentwicklung und arbeiten wissenschaftlich.

APNs leisten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung multimorbid chronisch erkrankter Menschen und potenziell weiterer Zielgruppen.

Literatur

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2019). [Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung](#). (abgerufen am 01.08.2024).

Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V. & Bundesverband Pflegemanagement e.V. (Hrsg.) (2022). [Positionspapier – Empfehlungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses](#). (abgerufen am 01.08.2024).

Gerz, M., Brehm, L., Leyendecker, C., Hentel, I. & Kopp, I. (2023). Unterwegs mit der FAMOUS-APN. Die Schwester | Der Pfleger 62(6), 20-24.

FAMOUS - Katholische Hochschule Mainz (2024). [FAMOUS \(Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses\)](#). (abgerufen am 01.08.2024).

Stemmer, R., Büchler, B., Büttner, M., Dera-Ströhm, C., Klein, J. & Gianicolo, E. (2023). Effects of care of multimorbid patients in general practices by advanced practice nurses (FAMOUS). Study Protocol for a non-randomized controlled trial. BMC Health Services Research. doi: 10.1186/s12913-023-09460-1.

Tracy, M. F., O'Grady, E. T. & Phillips, S. J. (Hrsg.) (2022). Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. 7. Auflage. St. Louis: Elsevier.

Zumstein-Shaha, M. & Schlunegger, M. (o. J.). [Nurse Practitioner in Hausarztpraxen im Kanton Bern. Rahmenbedingungen und Stellenprofil](#). Berner Fachhochschule. (abgerufen am 01.08.2024).

Weitere Informationen zum
Projekt FAMOUS unter:
www.kh-mz.de/famous



IMPRESSUM

FAMOUS

Katholische Hochschule Mainz
Saarstraße 3, 55122 Mainz

Telefon +49 6131 289 44-0

E-Mail renate.stemmer@kh-mz.de

Fotos

Soweit nicht anders ausgewiesen:

Doris Kohlhas, Hachenburg

Gestaltung

Tanja Labs, artefont.de





Vernetzung / Handreichung für APNs

1. Notwendigkeit und Grundsätzliches

Ausgangssituation

- Patienten und Patientinnen sowie ihre Angehörigen kommen mit Fragen bzgl. Versorgungsangeboten auf de/die APN zu
- Der/die APN erkennt zusätzlichen Versorgungsbedarf in manchen Versorgungsbereichen (medizinisch, pflegerisch, sozial)

Notwendigkeit der Information über das regionale Versorgungsangebot

- Der/die APN muss bei erkannten Bedarfen oder bei Nachfragen adäquat beraten können
- Dafür benötigt sie ein umfassendes Bild der regionalen Angebote verschiedener Institutionen Trägerschaften oder das Wissen über mögliche Anlaufstellen

Das Aufgabenprofil des/der APN

- Analyse des bestehenden Versorgungsnetzwerkes und Erkennen von Versorgungslücken
- Initiierung der Anpassung oder des Aufbaus des individuellen Versorgungsnetzwerkes der Patienten und Patientinnen gemeinsam mit den Betroffenen oder deren Angehörigen
- Beratung zu weiteren Leistungserbringern oder Angeboten
- Vermittlung der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen an Beratungsstellen/Institutionen; Begleitung des Prozesses der Anbindung
- Kommunikation und Informationstransfer mit und zwischen verschiedenen Leistungsanbietern
- Der/die APN ersetzt keine Versorgungsstrukturen, sie ebnet den Weg zur Versorgung und unterstützt Patienten und Patientinnen die besten Versorgungsangebote/Unterstützungsangebote zu finden und zu nutzen

Das heißt für die Rolle des/der APN im Versorgungsnetz

- Entweder kommt der/die APN in ein bestehendes Versorgungsnetz hinzu, welches er/sie analysiert und bei Bedarf eine Erweiterung initiiert
- Oder er/sie ist Initiator/in eines neuen Versorgungsnetzwerkes

Eine Vorstellung des/der APN bei den regionalen Dienstleistern ist erforderlich, um

- Gegenseitiges Vertrauen zu schaffen
- Eine Grundlage für eine gute Zusammenarbeit zu schaffen
- Zuständigkeiten transparent zu machen
- Irritationen und wirtschaftlichem Konkurrenzdenken vorzubeugen
- Bei Bedarf kollegiale Unterstützung einholen zu können
- Synergien nutzbar zu machen
- Das Angebot von FAMOUS bekannt zu machen

2. Mögliche Bedarfe und Dienstleister (Beispiele)

Unterstützung bei der Körperpflege, der Haushaltsführung, der Medikamenteneinnahme

- Ambulante Pflegedienste

Psychosoziale Unterstützung (bspw., Austauschrunden, Freizeittreffs, Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppen, Alltagsbegleitung)

- Wohlfahrtsverbände (Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter Samariter Bund, Johanniter Unfallhilfe, Malteser Hilfsdienst, Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Diakonie etc.)
- Private Vereine

Unterstützung bei dem Transport zu Arztterminen oder anderen Versorgungsangebote

- Wohlfahrtsverbände
- Private Anbieter
- Taxiunternehmen

Betreuungsangebote, Angebote der Verhinderungspflege oder der Tagespflege, geriatrische Tagesstätten

- Pflegeeinrichtungen
- Pflegestützpunkte

Beratung bzgl. Anliegen rund um die Pflegeversicherung

- Pflegestützpunkte

Beratung bzgl. weiterer sozialgesetzlicher Ansprüche (Pflegegrad, Grad der Behinderung, persönliches Budget, Hilfe zur Pflege, Rehabilitation, Eingliederungshilfe)

- Pflegestützpunkte
- Sozialamt
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Beratung bzgl. des Prozederes zum Treffen verschiedener Vorsorgemaßnahmen

- Patientenverfügung: kann mit jeder Vertrauensperson ausgefüllt werden, bei Beratungsbedarfen kann der/die APN oder der Hausarzt/ die Hausärztin hinzugezogen werden
- Vorsorgevollmacht oder gesetzliche Betreuung: Betreuungsbehörde

Initiierung einer weiteren Begleitung nach der Versorgung durch den/die APN

- Gemeindeschwester Plus
- Quartiersmanager/-innen

Weitere Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten (Ergotherapie, Physiotherapie, MRT, Spirometrie, Fachärzte und Fachärztinnen etc.)

- Der/die APN sollte einen groben Überblick der regionalen Praxen haben, kein primärer Fokus, keine Vorstellung nötig

Vernetzung des/der APN in der Region

- Anfrage und ggf. Vorstellung bei den Pflegekonferenzen

3. Vorgehensweise zur Sondierung und Vorstellung bei den regionalen Dienstleistern

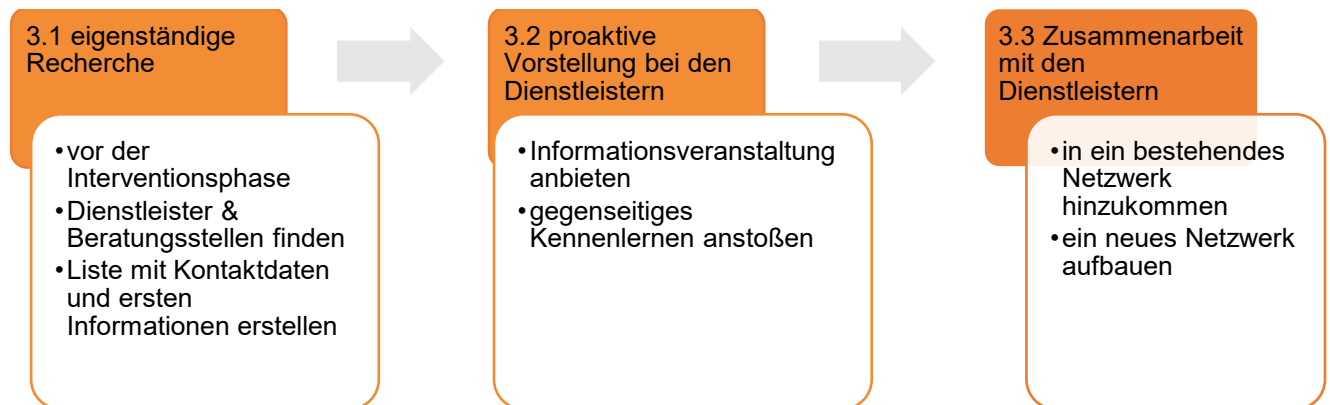


Abbildung 1 schematische Darstellung des Prozesses der Einarbeitung in und Vernetzung mit dem regionalen Versorgungsnetz

3.1 Checkliste für die eigenständige Recherche

Vorbereitung der Recherche

- Information der Hausarztpraxis, dass der/die APN sich mit dem regionalen Versorgungsnetz beschäftigt und sich den Dienstleistern vorstellen wird

Einbindung der Hausarztpraxis in das regionale Versorgungsnetzwerk kennenlernen

- Gibt es eine Übersicht über regionale Dienstleister?
- Gibt es Dienstleister, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird?
- Gibt es Dienstleister, mit denen vertragliche Absprachen bzgl. der Vermittlung von Patienten und Patientinnen bestehen?
- Gibt es Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den regionalen Dienstleistern?

Recherche nach regionalen Dienstleistern

- Homepages der regionalen Wohlfahrtsverbände
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Behörden (Betreuungsbehörde, Sozialamt, Versorgungsamt, Gesundheitsamt etc.)
- Gemeindepsychiatrischer Verbund bezüglich psychiatrischer Versorgungsangebote
- Weiße Liste: Arzt, Pflegeheim und Krankenhaus Suche
- Anfrage Gesundheitsamt bezüglich eines Versorgungskompass
- Homepage der regionalen Pflegestützpunkte
- Amtsblättchen, regionale Zeitung
- Ehrenamtsinitiativen der Kreisverwaltung
- Kontakt und Informationsstellen des Gesundheitsamtes für Selbsthilfegruppen
- Etc.

Hintergrundinformationen zu sozialrechtlichen Angeboten/ Anrechten und überregionale Anbieter

Publikationen des Bundesgesundheitsministeriums rund um das Thema Pflege und Demenz
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege.html>

Publikationen des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitssystem und der Krankenversicherung
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheit.html>

Publikation des Bundesgesundheitsministeriums zu den Akteuren des Gesundheitswesens
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3284>

Publikation: „Pflegebedürftig, was nun?“
[Publikation - Bundesgesundheitsministerium](#)

Übersicht der psychiatrischen Versorgungsangebote in Rheinland-Pfalz
https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Familie/Wegweiser_psychische_Erkrankung_Endf.pdf

Homepage des GKV Spitzenverbandes, Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung
<https://www.gkv-spitzenverband.de/startseite/startseite.jsp>

Informationen zur häuslichen Krankenpflege
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/haeusliche_krankenpflege_1.jsp

Informationen zu Heilmitteln
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel.jsp

Homepage der Landeszentrale für Gesundheit RLP, Informationen zu Gesundheit in Kommunen
<https://www.lzg-rlp.de/de/gesundheit-in-der-kommune.html>

Übersicht der ambulanten Pflegedienste in RLP
<https://www.seniorenportal.de/ambulante-pflegedienste-in-rheinland-pfalz>

Übersicht der Pflegeeinrichtungen in RLP
<https://www.pflegegesellschaft-rlp.de/pflegeeinrichtungen/ambulante-pflege/>

Informationen zur Gemeindegewerkschaft Plus
<https://mastd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerkschaft-plus/>

Selbsthilfegruppen in RLP
<https://www.selbsthilfe-rlp.de/>



Informationen zum Betreuungsrecht

<https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.html>

Informationen zur Patientenverfügung

<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/patientenverfuegung-726466>

Homepage des Land RLP zum Thema ehrenamtliche Arbeit

<https://www.rlp.de/de/regierung/staatskanzlei/ehrenamtliches-engagement/>

Homepage des Sozialportal RLP

<https://sozialportal.rlp.de/en/hilfe-und-pflege/angebote-fuer-betreuung-ehrenamt/0bb3c47729a8969efc36644e592e2c45/?showall=1>

3.2 Proaktive Vorstellung bei den Dienstleistern (optional)

Der/Die APN könnte z.B. eine Informationsveranstaltung für regionale Dienstleister organisieren und durchführen. Die folgende Auflistung soll die Vorbereitungen erleichtern.

Ziel der Veranstaltung

- Vorstellung des Projektes und der Aufgaben/Zuständigkeiten des/der APN
- Vernetzung mit und Kennenlernen von den regionalen Anbietern
- Kennenlernen der Zuständigkeiten, Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Angebote und Spektrum der Angebote
- Austausch von Informationsmaterialien und Kontaktdaten
- Schaffen von Vertrauen

Teilnehmerkreis der Veranstaltung

- Vertreter/innen der Pflegestützpunkte
- Vertreter/innen der regional zuständigen Wohlfahrtsverbände
- Vertreter/innen des sozialpsychiatrischen Dienstes
- Weitere zentrale Anbieter/Beratungsstellen der Region
- Auf Wunsch kann die zuständige wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Informationsveranstaltung anwesend sein. Die Verantwortung für Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung liegt bei dem/der APN. Sollte die Teilnahme der wissenschaftlichen Mitarbeiterin gewünscht sein, muss eine vorherige Terminabsprache erfolgen.

Information der Hausarztpraxis über die geplante Informationsveranstaltung

- Frühzeitige Information des Hausarztes/ der Hausärztin sowie des / der Praxismanager/in über Ziel, Inhalt und Form der geplanten Informationsveranstaltung
- Können/dürfen die Räumlichkeiten der Praxis genutzt werden?
- Möchten Teammitglieder an der Informationsveranstaltung teilnehmen um ebenfalls die Dienstleister der Region kennenzulernen?

Einladung der Dienstleister der Region

- per E-mail spätestens vier Wochen vor dem geplanten Termin
- zu einer Informationsveranstaltung per Zoom/in Präsenz
- Inhalte des Einladungsschreibens (Vorlage wird zur Verfügung gestellt)
 - Datum, Ort, Zeitrahmen (Empfehlung: 1,5std)
 - Ziel der Veranstaltung
 - Ablauf der Veranstaltung
 - Hinweis, dass Dienstleister nach Möglichkeit Informationsmaterial mitbringen/zusenden sollen
 - Kontaktdaten
 - Bitte, dass eine Anmeldung erfolgen soll

- Anhang des Einladungsschreibens
 - Ggf. Versand des Patientenflyers, wenn die Veranstaltung digital stattfinden soll

Vorbereitung der Informationsveranstaltung

- Personalisierung der Power-Point Präsentation (eine Vorlage wird zur Verfügung gestellt)
- Zusammenstellung der Informationsmappen (Flyer, Visitenkarte des/der APN, die Powerpoint Präsentation als Handout, etc.)
- Vorbereitung des Raumes (Bestuhlung, Getränke)
- Ggf. Vorbereitung der Technik (Laptop, Beamer, Projektionsfläche)

Durchführung der Informationsveranstaltung und Moderation durch den/die APN

- Begrüßung und Vorstellungsrunde
- Präsentation des Projektes FAMOUS durch den/die APN
- Vorstellung der Angebote der Dienstleister
- Offener Austausch
- Austausch von Informationsmaterialien
- Austausch von Kontaktdaten mittels Kontaktliste (eine Vorlage wird zur Verfügung gestellt)
- Verabschiedung

Sollte die Veranstaltung alleine durchgeführt werden wollen, muss eine Zoom Lizenz gekauft werden, diese kann mit der KH abgerechnet werden. Soll eine wissenschaftliche Mitarbeiterin dabei sein, so kann die Zoom Lizenz der wissenschaftlichen Mitarbeiterin genutzt werden.

3.3 Zusammenarbeit mit den Dienstleistern

Die Zusammenarbeit mit den regionalen Dienstleistern kann je nach Fallkonstellation unterschiedlich sein. Die nachfolgende Grafik stellt dies exemplarisch dar. Der Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes oder die Initiierung sozialrechtlicher Ansprüche kann komplex sein, dabei sollte der/die APN nicht den Anspruch haben sozialdienstliche Tätigkeiten umfänglich alleine erfüllen zu müssen. Es sollte aber bekannt sein, an welche Dienstleister für eine tiefergehende Beratung vermittelt werden kann.

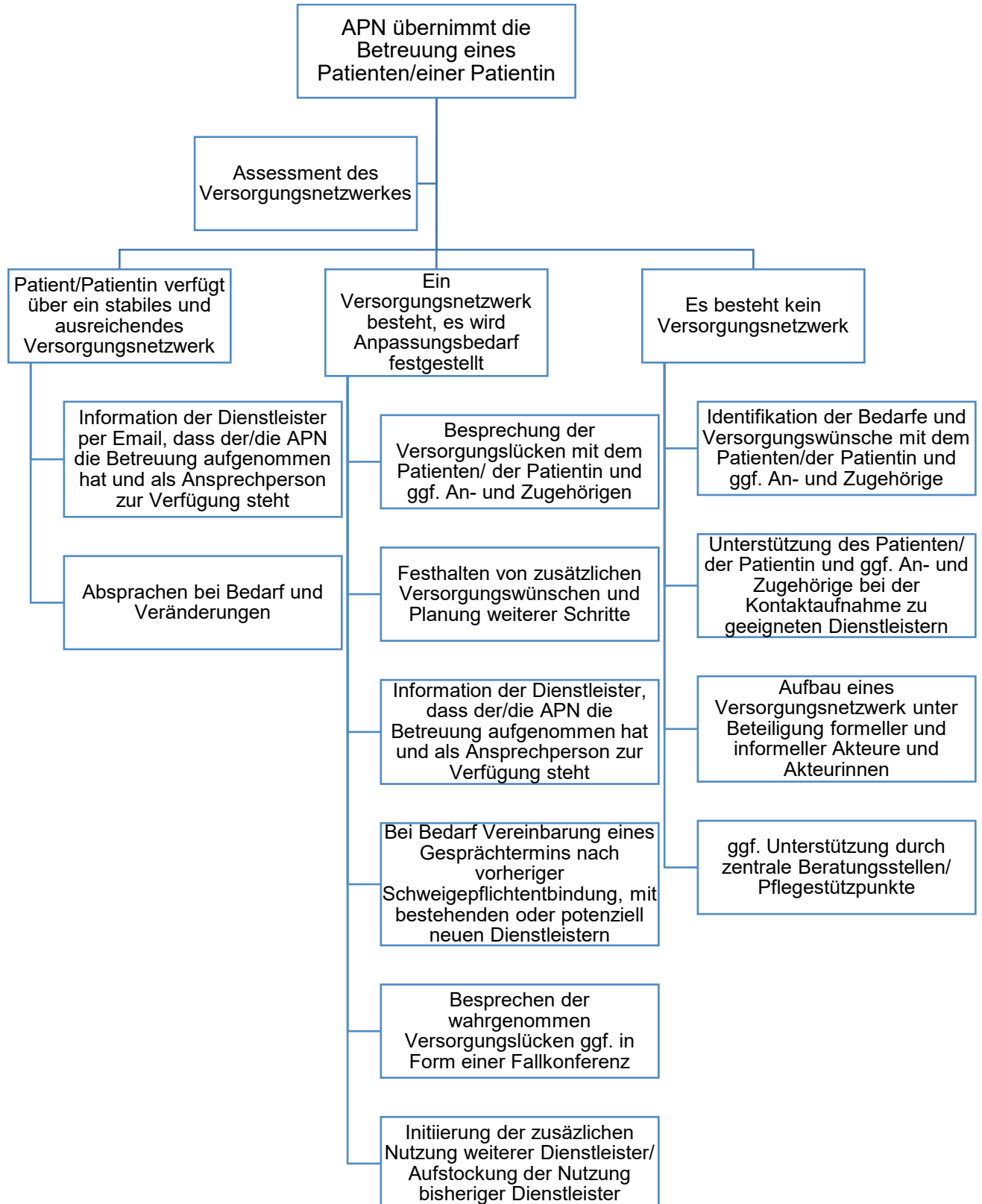


Abbildung 2 Schematische Darstellung der Zusammenarbeit mit den regionalen Dienstleistern
Stand: 15.01.2023



Checkliste zum Start der Arbeit in der Hausarztpraxis

August 2021

Liebe APNs,

diese Checkliste ist für euren internen Gebrauch zu eurer Orientierung und Reflexion erstellt. Sie dient nicht dem Ersatz eines praxisinternen Einarbeitungskonzepts und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Checkliste kann von euch je nach individuellem Bedarf ergänzt und bearbeitet werden.

Generell gilt, dass ihr nicht von Anfang an alles Können und Wissen müsst. Erlaubt euch, lernende Personen zu sein und nach und nach Wissen und Können zu erwerben.

Habt nicht den Anspruch, dass ihr euch in den ersten acht Wochen auf alle Eventualitäten vorbereiten wollt. Erarbeitet euch eine grundlegende Sicherheit in der Hausarztpraxis und mit jedem neuen Patienten, mit jeder neuen Patientin werdet ihr Wissen, Struktur, Organisation und Können dazu erlangen. Vertraut trotz der Neuartigkeit des Arbeitsgebietes auf eure klinische Expertise und wissenschaftliche Kompetenz, sich neue Inhalte erarbeiten zu können.

Traut euch, von Beginn an Entscheidungen bzgl. eurer Arbeitsorganisation zu treffen und baut euch eine eigene Struktur auf. Nutzt den Gestaltungsspielraum eurer Arbeit auch um Erfahrungen zu sammeln und eine Struktur zu entwickeln. Der Fokus eurer Arbeit sollte stets auf einer personenzentrierten und evidenzbasierten Patientenversorgung liegen. Die Recherchen und Praxisaufträge dienen somit ebenfalls der Patientenversorgung, da sie euch Reflexion und Wissenszuwachs ermöglichen.

Wir wünschen euch einen guten Start,

viele Grüße

xx xx

Orientierung in der Hausarztpraxis

Räumlichkeiten:

- Habe ich einen Schlüssel für die Praxis und für mich relevante/wichtige Räumlichkeiten?
- Kenne ich die Räumlichkeiten?
- Gibt es in meinem Raum einen abschließbaren Schrank für FAMOUS-Unterlagen?
- Weiß ich, wo ich meine persönlichen Gegenstände ablegen kann

Personen:

- Kenne ich alle Personen und ihre Funktionen? Weiß ich, welche Person ich bei welchem Anliegen ansprechen kann?

Ablauf/Struktur:

- Kenne ich relevante Termine der Praxis? Teambesprechungen, Urlaub etc.?
- Kenne ich den Leitfaden zur Prozess- und Strukturanpassung? Verstehe ich ihn?
- Wie ist die Nutzung des Autos geplant?
- Wie wird die Dienstzeit erfasst?
- Welche Regelungen gibt es in der Praxis bzgl. einer Krankmeldung? Kenne ich das Behandlungsspektrum der Hausarztpraxis?

Dokumentation und Administration

- Wurde ich in die Praxissoftware eingewiesen?
- Habe ich einen Zugang für die Praxissoftware?
- Welche relevanten Sicherheitsaspekte muss ich bzgl. des Dokumentationssystems der Praxissoftware wissen?
- Weiß ich, wie Patientenakten in der Praxis geführt werden?
- Wie werden Informationen intern weitergegeben?
- Ist mein Laptop gegen Viren geschützt? (eingestellt über EDV-Dienstleister der Praxis oder von KH bezahltes Anti-Virenprogramm)
- Habe ich für meinen Laptop einen Zugang zum Drucker der Praxis?
- Wie erfolgt die Terminvergabe in der Praxis?
- Wie werde ich meine Termine vereinbaren? Oder wird jemand für mich Termine vereinbaren?
- Weiß ich, wie man einen Krankentransport bestellt, einen Transportschein ausfüllt und wie das Prozedere ist?
- Welche relevanten Formulare und Verfahren gibt es in der Hausarztpraxis? (Schweigepflichtentbindung, Reha-Antrag, Überleitungsbogen etc.) *sollte keine Schweigepflichtentbindung vorliegen, so kann ein Formular über das Projektteam erstellt werden*

Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Hausärztinnen

- Haben wir besprochen, wann wir die Fallbesprechungen durchführen?
- Haben wir besprochen, wie im Falle eines Notfalls vorgegangen werden soll?
- Haben wir die Kontaktdaten ausgetauscht?

- Gibt es klare Regelungen über den Einsatz der Kontaktdaten? (dienstliche Handynummer und Mail zur dienstlichen Verwendung – private Handynummer und private Mailadresse nur zur privaten Verwendung)
- Haben wir besprochen, wie die Bedarfskommunikation sichergestellt werden kann?

Corona Informationen

- Kenne ich das Hygienekonzept in der Praxis?
- Kenne ich das Hygienekonzept für Hausbesuche?
- Kenne ich die Testarten und die jeweilige Indikation?
- Kenne ich das Prozedere der Impfterminvergabe?

Einweisung

Allgemein: Gibt es Einweisungen und wo werden diese dokumentiert (Gerätepass o.ä.)?
Obliegt es mir, mich um die Terminierung der Einweisungen zu kümmern?

Geräte:

- Weiß ich, welche Geräte die Praxis vorhält?
- Weiß ich, in welchem Raum, welches Gerät steht?
- Kann ich die für meine Arbeit relevanten Geräte bedienen?
- Weiß ich, welche Geräte ich zum Hausbesuch mitnehmen kann?
- Für welche Geräte ist eine Einweisung erforderlich?

Brandschutz:

- Weiß ich, wo die Feuerlöscher/Brandschutzhauben lagern?
- Kenne ich die Notausgänge und das Verhalten im Brandfall?
- Ist eine Einweisung in die Thematik Brandschutz erforderlich?

Notfallmanagement:

- Kenne ich das praxisinterne Notfallmanagement bei einem Notfall in der Praxis und in der Häuslichkeit?
- Weiß ich, wo wichtige Notfall-Utensilien (Reanimationsbrett, Sauerstoffflasche, Ambu-Beutel, Notfalltasche oder Rucksack) stehen?
- Ist eine Einweisung in die Thematik Reanimation/Notfallmanagement erforderlich? Welche Kenntnisse bringe ich diesbzgl. mit und welche bisherigen Einweisungen kann ich evtl. vorweisen?

Hygiene:

- Kenne ich die praxisinternen Hygienevorgaben/Hygienestandards?
- Kenne ich den Umgang/das Prozedere zur Wiederaufbereitung von Sterilgut?
- Ist eine Einweisung in die Thematik Hygiene erforderlich?

Diagnostikprozesse

- Kenne ich das Prozedere der Blutentnahme (Terminvergabe)?
- Kenne ich das Prozedere der Mitteilung der Laborparameter an die Patienten?
- Kenne ich das Prozedere der Verordnung von Diagnostik?
- Weiß ich, welche Diagnostikmaßnahmen in der Praxis durchgeführt werden können?

Üben und recherchieren

- Fühle ich mich sicher mit der körperlichen Untersuchung?
- Welche Aspekte des Clinical Assessment muss ich noch üben?
- Fühle ich mich sicher bei der Anlage eines EKGs?
- Welche Aspekte in der Thematik des EKG muss ich weiter vertiefen?
- Fühle ich mich sicher bei der Blutentnahme?
- Welche Aspekte bei der Blutentnahme muss ich noch erfragen?
- Gibt es besondere Bedingungen beim Transport der Blutproben von der Häuslichkeit zur Praxis?
- Welche Blutentnahmesysteme gibt es in der Praxis und kenne ich die Vorgehensweise?
- Habe ich einen Überblick über das regionale Versorgungsnetz?

Vor dem ersten Patientenkontakt

- Wie möchte ich meine Termine koordinieren?
- Wie lang kann/möchte ich meine Patientenkontakte machen?
- Wie viele Patientenkontakte schaffe ich in welcher Form an einem Tag?
- Wann möchte ich Termine vor- und nachbereiten?
- Welche Literatur möchte ich in der Hausarztpraxis griffbereit haben?
- Welche zusätzlichen Utensilien benötige ich in meiner Behandlungstasche?
- Welche Materialien muss ich zu meinem ersten Hausbesuch mitnehmen?
- Wann möchte ich dokumentieren?
- Welche Parameter müssen im Dokumentationstool und welche in der Praxissoftware dokumentiert werden?
- Wann möchte ich Hausbesuche machen?
- Wann möchte ich Sprechstunden machen?
- Nach welchen Kriterien möchte ich entscheiden, ob ich einen Hausbesuch mache oder einen Sprechstundentermin vergebe?



Strategien zur Ausleitung von Patient:innen nach Interventionsende

Handeln der APNs:

1. Inhaltliche Ebene
 - Evaluierung offener Bedarfe_Schwerpunktsetzungen für die verbleibende Zeit der APN-Versorgung mit Patient:innen/Angehörigen
 - Bearbeitung der priorisierten Versorgungsbedarfe
 - Aktualisierung des Doku-Tools (Versorgungspläne, Kontrolle der Daten auf Vollständigkeit)
 - Abschluss im Doku-Tool (Evaluierung der Versorgungspläne, Assessments, Abschlusskontakt, Markierung des Falls als beendet)
2. Kommunikative Ebene
 - Mündliche Ankündigung des Interventionsendes bei den zwei letzten Hausbesuchen/Sprechstunden/Kontakten bei Patient:innen und ggf. Angehörigen
 - Offizielles Schreiben von HÄ für Patient:innen und Angehörige 2 Monate vor Ende der Intervention aushändigen
 - Ggf. Information über weitere/zukünftige Ansprechpartner:innen (Zuständigkeit innerhalb der HA-Praxis, ggf. weitere Netzwerkpartner:innen)
3. Organisatorische Ebene
 - Abschlusserhebungsbogen an Patient:innen und Angehörige im vorletzten Kontakt austeilen
 - Übersicht erstellen mit den relevanten Telefonnummern und Ansprechpersonen für den individuellen Fall inkl. der jeweiligen Zuständigkeit (HA, Facharzt, Pflegestützpunkt, Pflegedienst, Medizinversand, 116117, Hersteller von Geräten, Besuchsdienste, etc.) -> Aushändigen an Pat. und Angehörige
 - Doku-Zeiten einplanen
 - Zeit für Abschlusskontakt einplanen
 - Abschlusskontakt durchführen
 - Abschluss-Assessment durchführen
 - Informations- und Ausklärungsunterlagen für Patientenbefragung durch das IMBEI austeilen
 - Übergabe organisieren, ggf. Übergabeprotokoll (Versorgungsplan?)
 - Übergabe innerhalb der HA-Praxis
 - ggf. Netzwerkpartner:innen informieren

Anlage 2
zum Antrag auf Laufzeitverlängerung
im Projekt FAMOUS (01NVF19012)

Übersicht Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung

Die Kontrolle der Rekrutierungszahlen geschieht seit Interventionsbeginn fortlaufend. Schon zum Ende des ersten Quartals wurde erkennbar, dass die angestrebten Fallzahlen nicht erreicht wurden. Dies führte zeitnah zur Entwicklung von Gegenmaßnahmen.

- Verschiedene Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung wurden erprobt und umgesetzt:
 - individuelle Herausforderungen wurden für jede Hausarztpraxis und jede APN ermittelt
 - zentrumspezifische Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung wurden erarbeitet und umgesetzt
 - individuelles APN-Coaching fand statt: 5 APNs wurden durch ein Mitglied des KH Projektteams in ihrem Arbeitsalltag begleitet und gecoacht
 - Hausärzte/Hausärztinnen-Stammtisch zum Thema Rekrutierung fand statt inkl. Videoaufzeichnung/Bereitstellung des Inputs auch für entschuldigte Hausärzten/Hausärztinnen
 - MFAs wurden stärker in administrative Tätigkeiten der APNs einbezogen (bspw. Unterstützung bei der APN-Terminvergabe oder bei der Ablage projektrelevanter Dokumente) um die APNs zu entlasten und Ressourcen für die Rekrutierung zur Verfügung zu stellen
 - Ständige Weiterentwicklung des Doku-Tools zur Vereinfachung der Dokumentation und zur Reduzierung des damit verbundenen Zeitaufwandes
- Folgende Best-Practice-Strategien wurden identifiziert:
 - Monatliches Update an die Hausärzte/Hausärztinnen (per Telefon oder per Mail) zum SOLL-IST-Stand der Rekrutierung in der eigenen Praxis motiviert diese, sich noch intensiver um die Gewinnung geeigneter Patientinnen und Patienten zu bemühen
 - formale Anpassung des Vertragswesens durch Erstellung einer Unterschriftenseite, die dem Behandlungsvertrag nach §630a BGB vorangestellt werden kann; Entwicklung dieser Unterschriftenseite in Anlehnung an das Format von DMP-Verträgen (Disease Management Programm), das vielen multimorbiden Patienten/Patientinnen bekannt ist, um so bestehende mit dem Vertragswesen verbundene Ängste zu reduzieren
 - monatlicher strukturierter APN-Austausch zu Best Practice Beispielen aus dem Arbeitsalltag der APNs, Themen werden von den APNs gesetzt, KF organisiert das digitale Angebot und übernimmt die Moderation
- Rück- und Ausblick:
 - Steigerung der Rekrutierungszahlen (vgl. v.a. Juni 2022) zeigt Effizienz der oben angesprochenen Maßnahmen
 - die genannten Maßnahmen und insbesondere die Best-Practice-Strategien werden auch in Zukunft fortgeführt
 - zudem sind weitere Vereinfachungen im Bereich der Dokumentation vorgesehen: ab Q3 2022 sollen nur noch Ziele und Maßnahmen im Versorgungsplan dokumentiert und der Dokumentationsaufwand damit an dieser Stelle deutlich reduziert werden

Abweichungen von Struktur und Prozess der geplanten nVF

Abweichungen: Verfügbarkeit eines Sprechzimmers/Behandlungsraums für die APN	
Ursprünglich geplant	Für die Untersuchung und Beratung von teilnehmenden Patient:innen steht den APNs ein Behandlungsraum zur Verfügung.
Tatsächliches Vorgehen	3 APNs hatten einen eigenen Behandlungsraum, 5 APNs mussten sich den Behandlungsraum mit anderen Behandler:innen teilen. In einem Fall stand überhaupt kein Behandlungsraum zur Verfügung, so dass die APN die Patient:innen ausschließlich zu Hause oder telefonisch betreute.
Erläuterung	Die APNs kamen jeweils als zusätzliche behandelnde Fachperson mit Raumbedarf in die Praxis. Es wurde in keinem Fall für das befristete Projektzeitfenster zusätzlicher Raum geschaffen, so dass es – trotz anderslautender vertraglicher Vereinbarungen im Kooperationsvertrag – von den Bedingungen der Praxis abhing, ob und in welchem Rahmen den APNs ein eigener Behandlungsraum zur Verfügung stand.
Abweichungen: Verfügbarkeit eines Dienstwagens	
Ursprünglich geplant	Es ist sichergestellt, dass eine APN zu jedem erforderlichen Zeitpunkt einen Dienstwagen zur Verfügung hat.
Tatsächliches Vorgehen	Insgesamt wurde diese Projektforderung gut umgesetzt. Eine Hausarztpraxis hat das Angebot, ein Auto auf Projektkosten zu leasen, jedoch nicht in Anspruch genommen, obwohl die Ressource Dienstwagen knapp war. Dies führt zu Engpässen und hin und wieder auch zu Behinderungen der Hausbesuche durch die APN.
Erläuterung	Zur Sicherstellung der Mobilität der APN konnten Auto-Leasing-Kosten gegen Vorlage eines entsprechenden Leasing-Vertrages sowie einer Rechnung, die den einschlägigen Einsatz des Fahrzeuges für das Projekt FAMOUS sichtbar macht, bis zu einer Höhe von maximal 180 €/Monat (inkl. Benzinkosten) durch die KH Mainz erstattet werden. Wenn kein Leasing-Vertrag vorlag oder abgeschlossen wurde, konnten die Fahrtkosten auf der Grundlage individueller Vereinbarungen erstattet werden.
Abweichungen: Erstkontakt als Hausbesuch	
Ursprünglich geplant	Der Erstkontakt mit Durchführung der klinischen Untersuchung, der Assessments incl. der Datenerhebung in insgesamt 14 Bereichen findet in der Häuslichkeit der Patient:innen statt.
Tatsächliches Vorgehen	Dies wurde in ca. 92% aller Fälle umgesetzt, in ca. 8 % der Fälle fand der Erstkontakt in der Hausarztpraxis statt.
Erläuterung	In jenen Fällen, in denen der Erstkontakt in der Hausarztpraxis stattfand, wurde der Umstand genutzt, dass der/die Patient:innen unabhängig vom APN-Kontakt einen Praxisbesuch geplant hatte. Der Hausbesuch, der aus Projektsicht relevant war, um die Lebens- und Wohnsituation der Patient:innen gut einschätzen zu können, wurde beim Folgekontakt nachgeholt.
Abweichungen: Fallkonferenz	
Ursprünglich geplant	Es findet 1x wöchentlich eine Fallkonferenz im Umfang von 60 Minuten statt. In den Fallkonferenzen besprechen APNs und Hausärzt:innen den Gesundheitszustand und die Versorgungssituation der teilnehmenden Patient:innen. Zu den verordnungspflichtigen Maßnahmen sprachen die APNs Empfehlungen aus. Entsprechend des zum Projektzeitpunkt gültigen Rechtsrahmens lag die Entscheidung darüber bei den Hausärzt:innen.
Tatsächliches Vorgehen	Regelmäßige einstündige Fallkonferenzen fanden nur vereinzelt statt. Stattdessen wurden häufig bei Abstimmungsbedarf nur sehr kurze Absprachen getroffen. Das Prinzip der Entscheidung von verordnungspflichtigen Maßnahmen durch Mediziner:innen wurde stets umgesetzt.
Erläuterung	Einerseits zeigte sich, dass sich die Idee einer wöchentlich stattfindenden 60minütigen Fallkonferenz nur schwer in die Routinen einer Hausarztpraxis integrieren lässt. Andererseits waren die Ärzt:innen sehr schnell von der hohen Kompetenz der APNs überzeugt, so dass aus deren Sicht eine Fallkonferenz nicht erforderlich war. Dies schlug sich in einer hohen Akzeptanz der APN-Empfehlungen nieder. Ca. 95 % der APN-Empfehlungen von verordnungspflichtigen Maßnahmen wurden vollständig von den Hausärzt:innen angenommen.

Anhang: Abweichungen vom ursprünglichen Vorgehen

Abweichungen vom geplanten Vorgehen bei der Evaluation

Abweichungen: Rekrutierungszeitraum	
Ursprünglich geplant	12 Hausarzt-Praxen
Tatsächliches Vorgehen	9 Hausarzt -Praxen
Erläuterung	
Abweichungen: Berechnung Fallzahl	
Ursprünglich geplant	Interventsgruppe: 628 + 189 (erwartete Dropouts) = 817 Kontrollgruppe: 1.256 + 378 (erwartete Dropouts) = 1.634
Tatsächliches Vorgehen	Primäre Fragestellung I (Anzahl der Notfallkontakte): Interventsgruppe: 705 (873 - Dropouts von 168) Kontrollgruppe: 1.410 (1.746 - 336 Matching Partner von IG-Dropouts) Primäre Fragestellung II (Anzahl der ungeplanten stationäre Aufnahmen): Interventsgruppe: 577 (873 - Dropouts von 168 - 128) Kontrollgruppe: 1.154 (1.746 - 592 Matching Partner von IG-Dropouts)
Erläuterung	Zur Primäre Fragestellung I: Die Dropouts sind Patienten, die die Intervention nicht planmäßig beendet haben. Zur Primäre Fragestellung II: Die Dropouts sind Patienten, • die die Intervention nicht planmäßig beendet haben (168 Patienten), und • bei denen keine Daten von folgende Krankenkassen zur Verfügung stehen: ○ AOK-Rheinland Pfalz ○ TK ○ BKK ○ DAK ○ BARMER
Abweichungen: Power	
Ursprünglich geplant	Eine Power von 80% wurde bei der Fallzahlplanung festgestellt.
Tatsächliches Vorgehen	Die Power unter signifikantem Niveau von 5 % mit einer Fallzahl von 705 beträgt 90,15 %. Dies basiert auf den Annahmen der Fallzahlplanung: • Effektstärken von einer Reduktion von 0,405 Notfallkontakten (15 % Reduktion der erwarteten 2,7 Notfallkontakte) und • möglicher Cluster-Effekt von 20 %. Bei der Power-Berechnung wurde ein t-Test verwendet.
Erläuterung	Mehr Patienten wurden rekrutiert.
Abweichungen: statistische Verfahren	
Ursprünglich geplant	t-test/ Poisson-Regressionsmodell
Tatsächliches Vorgehen	Zero-Inflated Negative Binomial-Regressionsmodell
Erläuterung	Die geplanten Verfahren (t-Test und Poisson-Regressionsmodell) sind aus folgenden Gründen nicht geeignet: • Es wurde eine übermäßige Anzahl von Null-Werten bei den Notfallkontakten in der Interventions- und Kontrollgruppe beobachtet. • Außerdem fiel die starke Abweichung bei den Notfallkontakten in beiden Gruppen auf. (Verletzung der Annahmen des Poisson-Regressionsmodells)
Abweichungen: Anzahl Interviews Hausärz:innen t0	

Ursprünglich geplant	12 Hausärzt:innen
Tatsächliches Vorgehen	6 Hausärzt:innen
Erläuterung	Die Zahl der Hausarztinterviews ist abhängig von der Zahl der teilnehmen Praxen. Diese reduzierte sich von 12 auf 9, somit auch die Zahl der zur Verfügung stehend am Interviewteilnehmenden Ärzt:innen. 3 der Teilnehmenden Hausarztpraxen gaben an, aus zeitlichen Gründen nicht an einem Interview teilnehmen zu können. Die theoretische Sättigung wurde dennoch mit den durchgeführten Interviews erreicht, so dass nicht davon ausgegangen wird, dass zusätzliche neue Informationen verpasst wurden.
Abweichungen:	•
Ursprünglich geplant	•
Tatsächliches Vorgehen	
Erläuterung	

Anlage 14: Teilnehmende BKKen

Teilnehmende BKK FAMOUS SGB V §140a-Vertrag

Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen für das 3. Quartal 2024

VKZ: 12051400222 Stand: 21.06.2024

BKK Kurzname	IK
BKK Akzo Nobel Bayern	108833355
BKK B. Braun Aesculap	105530444
BKK Diakonie	103724294
BKK evm	106331593
BKK exklusiv	102122557
BKK Faber-Castell & Partner	109033393
BKK Freudenberg	107036370
BKK GILDEMEISTER SEIDENST	103724272
BKK Herkules	105530331
BKK Linde	105830517
BKK MAHLE	108036145
bkk melitta hmr	103726081
BKK PFAFF	106431572
BKK Pfalz	106431652
BKK ProVita	108591499
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	107532042
BKK Technoform	102031410
BKK Textilgruppe Hof	108632900
BKK VDN	103526615
BKK VerbundPlus	107832012
BKK Würth	108036577
BKK ZF & Partner	107829563
BKK_DürrkoppAdler	103724249
BKK24	102122660
BMW BKK	109034270
Continental Betriebskrankenkass	103523440
Debeka BKK	106329225
energie-BKK	102129930
Koenig & Bauer BKK	108833674
Novitas BKK	104491707
Pronova BKK	106492393
R+V Betriebskrankenkasse	105823040
Salus BKK	105330168
VIACTIV Krankenkasse	104526376
vivida bkk	107536262
WMF Betriebskrankenkasse	108036441

Interviewleitfaden Hausärzte t1

Interview-ID: _____

Einstieg & Ablauf

- **Dank für die Teilnahme:** *„Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für unser Interview nehmen.“*
- **Inhalt der Befragung:** *„Sie haben sich bereit erklärt an der FAMOUS-Studie teilzunehmen. Wie Ihnen bekannt ist, beschäftigen uns mit dem Einsatz von masterqualifizierten Pflegenden – sog. Advanced Practice Nurses (APN) – in ländlich gelegenen Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz. Insbesondere betrachten wir hier die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. In den nächsten Wochen beginnt der Einsatz einer APN in Ihrer Praxis. Um die kommende Zeit evaluieren zu können, benötigen wir die Sicht aller Projektbeteiligten. Da Sie als Hausarzt/ Hausärztin ein/-e wichtige/-r Akteur/-in im FAMOUS-Projekt sind, möchten wir zwei Interviews mit Ihnen durchführen. Eines heute und eines nach Abschluss des Projekts.“*
- **Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und Möglichkeit, das Gespräch jederzeit beenden zu können:** *„Die Teilnahme an der Befragung ist völlig freiwillig für Sie. Es können Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht teilnehmen. Sie haben außerdem die Möglichkeit die Beantwortung einzelner Fragen abzulehnen oder das Interview vorzeitig zu beenden. Auch hieraus entstehen Ihnen keine negativen Konsequenzen.“*
- **Hinweise zum Datenschutz → Einwilligungserklärung:** *„Die Auswertung der Befragung erfolgt in anonymisierter Form und erlaubt im Nachhinein keine Rückschlüsse auf Ihre Person. Eventuell von Ihnen genannte Namen oder Orte werden bei der Transkription - also der Verschriftlichung des Interviews - geschwärzt.“*
- **Hinweis auf Aufzeichnung (Audio) und Einwilligung:** *„Um die Inhalte des Interviews besser auswerten zu können, möchten wir das Interview gerne digital aufzeichnen. Ist das für Sie in Ordnung?“*
- **Erklärungen zum Ablauf und Überleitung zum Interview:** *„Wir werden Ihnen nun einige offene Fragen stellen. Hierbei geht es vor allem darum, dass Sie möglichst frei auf die Fragen antworten. Deshalb werde ich mich eher zurückhalten und nur wenige Nachfragen stellen. Da ich Ihnen genug Zeit lassen möchte, um auf meine Fragen zu antworten, kann es passieren, dass gelegentlich Gesprächspausen entstehen. Lassen Sie sich dadurch nicht irritieren. Ich bin da und höre Ihnen zu. Da es um Ihre persönliche Sichtweise geht, gibt es auch keine falschen Antworten. Alles was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheint, ist auch interessant für uns zu erfahren. Lassen Sie sich gerne Zeit bei der Beantwortung.“*
- **Nachfrage:** *„Haben Sie vorab noch Fragen?“*

Generelle Motivation (Frage 1)

- Was hat Sie dazu gebracht an dem Projekt teilnehmen zu wollen?

Aktuelle Situation (Frage 2)

- Welche Probleme und Hindernisse sehen Sie aktuell in der Behandlung oder im Praxisalltag bei denen APNs unterstützen können?

Aktuelle Situation – spezifisch für Multimorbide PatientInnen (Frage 3 und Frage 3.1)

- Welche Probleme gibt es spezifisch bei der Versorgung multimorbider Patienten?
 - Und wie könnten APNs dort unterstützen?

Erwartungen an APN (Frage 4 – Frage 5.2)

- Welche Erwartungen haben Sie an den Einsatz Ihrer APN?
 - Welche Aufgaben und Verantwortungen soll/kann sie übernehmen?
- Wenn Sie an die Abläufe in Ihrer Praxis und die Ausbildung der APN denken: Welche Aufgaben soll oder kann die APN **nicht** übernehmen?
 - Was soll die APN nicht an Aufgaben übernehmen?
 - Was kann die APN hinsichtlich ihrer Qualifikation nicht übernehmen?

Eingliederung der APN in bestehende Abläufe (Frage 6 und Frage 7)

- Wie grenzen sich die Aufgaben der APN Ihrer Meinung nach von den Ihren und denen Ihrer anderen MitarbeiterInnen ab?
- Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag und die bestehenden Praxisabläufe denken, wie soll der Arbeitsalltag der APN aussehen?

Antizipierte Vor- und Nachteile (Frage 8 – Frage 9.3)

- Welche Vorteile sehen Sie in dem Einsatz einer APN in Ihrer Praxis?
 - Für Sie selbst (den Hausarzt/ der Hausärztin)
 - Für Ihre PatientInnen?
 - Für die anderen MitarbeiterInnen
- Welche Nachteile sehen Sie in dem Einsatz einer APN in Ihrer Praxis?
 - Für Sie selbst (den Hausarzt/ der Hausärztin)
 - Für Ihre PatientInnen?
 - Für die anderen MitarbeiterInnen

Schlussfragen und Wrap-Up

- Ihre APN kommt nun in den nächsten Wochen. Gibt es noch Erwartungen oder Befürchtungen für die Zeit mit ihr, die Sie noch nicht mitgeteilt haben?
- Gibt es irgendeinen Punkt, der noch nicht angesprochen wurde, den Sie aber gerne noch erwähnen oder ergänzen möchten?

Vielen Dank für das Gespräch!

Interviewleitfaden Hausärzte t2

Interview-ID: _____

Einstieg & Ablauf

- **Dank für die Teilnahme:** „Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für unser Interview nehmen.“
- **Inhalt der Befragung:** „Sie haben sich bereit erklärt an der FAMOUS-Studie teilzunehmen. Wie Ihnen bekannt ist, beschäftigen uns mit dem Einsatz von masterqualifizierten Pflegenden – sog. Advanced Practice Nurses (APN) – in ländlich gelegenen Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz. Insbesondere betrachten wir hier die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. Hierzu hatten wir bereits Interviews zu Projektstart geführt. Heute würden wir Sie gerne noch einmal zu Ihren Erfahrungen befragen.“
- **Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und Möglichkeit, das Gespräch jederzeit beenden zu können:** „Die Teilnahme an der Befragung ist völlig freiwillig für Sie. Es können Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht teilnehmen. Sie haben außerdem die Möglichkeit die Beantwortung einzelner Fragen abzulehnen oder das Interview vorzeitig zu beenden. Auch hieraus entstehen Ihnen keine negativen Konsequenzen.“
- **Hinweise zum Datenschutz → Einwilligungserklärung:** „Die Auswertung der Befragung erfolgt in anonymisierter Form und erlaubt im Nachhinein keine Rückschlüsse auf Ihre Person. Eventuell von Ihnen genannte Namen oder Orte werden bei der Transkription - also der Verschriftlichung des Interviews - geschwärzt.“
- **Hinweis auf Aufzeichnung (Audio) und Einwilligung:** „Um die Inhalte des Interviews besser auswerten zu können, möchten wir das Interview gerne digital aufzeichnen. Ist das für Sie in Ordnung?“
- **Erklärungen zum Ablauf und Überleitung zum Interview:** „Wir werden Ihnen nun einige offene Fragen stellen. Hierbei geht es vor allem darum, dass Sie möglichst frei auf die Fragen antworten. Deshalb werde ich mich eher zurückhalten und nur wenige Nachfragen stellen. Da ich Ihnen genug Zeit lassen möchte, um auf meine Fragen zu antworten, kann es passieren, dass gelegentlich Gesprächspausen entstehen. Lassen Sie sich dadurch nicht irritieren. Ich bin da und höre Ihnen zu. Da es um Ihre persönliche Sichtweise geht, gibt es auch keine falschen Antworten. Alles was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheint, ist auch interessant für uns zu erfahren. Lassen Sie sich gerne Zeit bei der Beantwortung.“
- **Nachfrage:** „Haben Sie vorab noch Fragen?“

Einstieg (Frage 1)

- Berichten Sie doch bitte einmal von der Zeit im FAMOUS Projekt.
 - Wie war für Sie persönlich die Zusammenarbeit und Zeit mit der APN?

Rückblick Praxisalltag (Frage 2)

- Inwiefern hatte der Einsatz der APN Einfluss auf Ihren Praxisalltag?
 - Wie hat sich die Zusammenarbeit im Praxisteam gestaltet?

Resümee: Erwartungen an die APN (Frage 3 – Frage 5)

- Nun haben wir ja über Ihre allgemeinen Erfahrungen gesprochen. Gibt es hier Unterschiede zu den Erwartungen, die Sie zu Beginn des Projektes hatten?
- Welche Aufgaben hat die APN übernommen?
- Inwiefern hat die APN Ihre Anforderungen an ihre Arbeitsweise erfüllt?

Versorgungssituation der PatientInnen (Frage 6)

- Inwiefern hat sich die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten durch den Einsatz der APN verändert?

Generelles Projektfazit (Frage 8 – Frage 10)

- Inwieweit denken Sie, dass ein solches Konzept den Versorgungsnotstand auf dem Land entgegenwirken kann?
- Sie haben jetzt über ein Jahr mit der APN zusammengearbeitet. Wie fanden Sie das Konzept?
- Welche Änderungswünsche haben Sie?

Schlussfrage und Wrap-Up

- Gibt es irgendeinen Punkt, der noch nicht angesprochen wurde, den Sie aber gerne noch erwähnen oder ergänzen möchten?

Vielen Dank für das Gespräch!



Fragebogen Hausärzte/Hausärztinnen zur APN-Patientenversorgung t0

Ausgangserhebung

Code Hausarzt/Hausärztin
(wird von der KH Mainz ausgefüllt):

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

1. Bei wie vielen Ihrer Patienten/Patientinnen ist aus Ihrer Sicht das Angebot der APN-Patientenversorgung indiziert?

(ca.) _____ % meiner/unserer Patienten/Patientinnen

2. Welche Erwartungen haben Sie an die Durchführung der Patientenversorgung durch den/die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Die Patienten/Patientinnen <u>können ihre gesundheitliche Situation treffender einschätzen.</u>	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen sind besser <u>in der Lage, eigenständig zur Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation beizutragen.</u>	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen werden selbst <u>aktiver</u> sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen erhalten eine <u>effektive Hilfestellung</u> bei der Beschaffung der richtigen Hilfsmittel.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt zu einem <u>effizienteren Medikamenteneinsatz</u> (z. B. Vermeidung von Polypharmazie, adäquate Medikamenteneinnahme)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen erhalten insgesamt eine <u>bessere medizinisch-pflegerische Versorgung.</u>	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 2:
Welche Erwartungen haben Sie an die Durchführung der Patientenversorgung durch den/die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
<u>Gesundheitliche Beschwerden</u> der Patienten/Patientinnen (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden) werden reduziert.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit den Patienten/Patientinnen</u> werden effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit Angehörigen/Betreuungspersonen</u> der Patienten/Patientinnen werden effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit anderen Personen/Institutionen</u> (z. B. Krankenhaus, Fachärzte/Fachärztinnen, Pflegedienst) werden effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen werden besser in ein <u>unterstützendes Versorgungsnetzwerk</u> eingebunden (z. B. Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen werden mehr <u>soziale Kontakte</u> bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen werden <u>länger zu Hause/im familiären Umfeld</u> verbleiben können (Verzögerung/Vermeidung einer Pflegeheimweisung).	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Angehörigen</u> (unterstützenden Personen) der Patienten/Patientinnen werden <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Ich</u> werde in meiner eigenen Arbeit <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>medizinischen Fachangestellten</u> in unserer Praxis werden in ihrer Arbeit <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Wir können in unserer Praxis eine <u>größere Anzahl an Patienten/Patientinnen</u> betreuen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte <u>keine</u> für mich oder die Patienten/Patientinnen bzw. deren Angehörige (unterstützende Personen) <u>positiven Effekte</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

3. Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf die Teilnahme am Modellprojekt der Patientenversorgung durch APNs?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Ich selbst habe eine <u>erhöhte zeitliche Belastung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>medizinischen Fachangestellten</u> meiner Praxis haben eine <u>erhöhte zeitliche Belastung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt vermehrt zu <u>persönlichen Problemen</u> innerhalb des Praxisteam.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt vermehrt zu <u>unklaren Zuständigkeiten</u> innerhalb des Praxisteam.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt vermehrt zu <u>Unzufriedenheit bei Patienten/Patientinnen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen haben anschließend <u>unrealistische Erwartungen</u> im Hinblick auf unsere Versorgungsmöglichkeiten nach Beendigung des Modellprojekts.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

4. Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der APN-Patientenversorgung?

sehr sinnvoll	sinnvoll	nicht sinnvoll	überhaupt nicht sinnvoll	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐

... geben Sie bitte stichwortartige Gründe für Ihre Einschätzung an:

5. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 2340
55013 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Fragebogen Hausärzte/Hausärztinnen zur APN-Patientenversorgung t2 Abschlusserhebung

Code Hausarzt/Hausärztin
(wird von der KH Mainz ausgefüllt):

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der Ihrer Meinung nach zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

1. Bei wie vielen Ihrer Patienten/Patientinnen ist aus Ihrer Sicht das Angebot der APN-Patientenversorgung indiziert?

(ca.) _____ % meiner/unserer Patienten/Patientinnen

2. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und dem/der APN?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachangestellten in Ihrer Praxis und dem/der APN?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Wie bewerten Sie die fachliche Qualität der Arbeit des/der APN in Ihrer Praxis?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wie bewerten Sie insgesamt den Ablauf des Einsatzes des/der APN in Ihrer Praxis?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Welche positiven Effekte haben sich aus Ihrer Sicht durch den Einsatz der APN ergeben?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	<i>nicht einschätzbar</i>
Die Patienten/Patientinnen <u>können ihre gesundheitliche Situation treffender einschätzen.</u>	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen sind besser <u>in der Lage, eigenständig zur Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation</u> beizutragen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen sind aktiver geworden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen haben <u>effektive Hilfestellungen bei der Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</u> erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt zu einem <u>effizienteren Medikamenteneinsatz</u> (z. B. Vermeidung von Polypharmazie, adäquate Medikamenteneinnahme)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen haben insgesamt eine <u>bessere medizinisch-pflegerische Versorgung</u> erhalten	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Gesundheitliche Beschwerden</u> der Patienten/Patientinnen (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden) wurden reduziert.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit den Patienten/Patientinnen</u> waren effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit Angehörigen/Betreuungspersonen der Patienten/Patientinnen</u> waren effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Abstimmungsprozesse</u> (von mir und/oder den anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unserer Praxis) <u>mit anderen Personen/Institutionen</u> (z. B. Krankenhaus, Fachärzte/Fachärztinnen, Pflegedienst) waren effektiver.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen sind besser in ein <u>unterstützende Versorgungsnetzwerke</u> eingebunden (z. B. Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten/Patientinnen haben mehr <u>soziale Kontakte</u> bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 6:

Welche positiven Effekte haben sich aus Ihrer Sicht durch den Einsatz des/der APN ergeben?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Die Patienten/Patientinnen können/konnten <u>länger zu Hause/im familiären Umfeld verbleiben</u> (Verzögerung/Vermeidung einer Pflegeheimweisung).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Angehörigen (unterstützenden Personen) der Patienten/Patientinnen wurden <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>medizinischen Fachangestellten</u> in unserer Praxis wurden in ihrer Arbeit <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Wir können in unserer Praxis eine <u>größere Anzahl</u> an Patienten/Patientinnen betreuen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Es gab <u>keine</u> für mich oder die Patienten/Patientinnen bzw. deren Angehörige (unterstützende Personen) <u>positiven Effekte</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

7. Welche negativen Effekte haben sich aus Ihrer Sicht durch den Einsatz des/der APN ergeben?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
<u>Ich selbst</u> hatte eine <u>erhöhte zeitliche Belastung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>medizinischen Fachangestellten</u> meiner Praxis hatten eine <u>erhöhte zeitliche Belastung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Es kam vermehrt zu <u>persönlichen Problemen</u> innerhalb des Praxisteam.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kam vermehrt zu <u>unklaren Zuständigkeiten</u> innerhalb des Praxisteam.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kam zu einer <u>schlechteren medizinisch-pflegerischen Versorgung</u> von Patienten/Patientinnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kam vermehrt zu <u>Unzufriedenheit bei</u> Patienten/Patientinnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt nun <u>unrealistische Erwartungen</u> bei den <u>Patienten/Patientinnen</u> im Hinblick auf unsere Versorgungsmöglichkeiten nach Beendigung des Modellprojekts.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

8. Wie gut wurde Ihrer Einschätzung nach Ihren Patienten/Patientinnen durch den Einsatz des/der APN geholfen?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Wie bewerten Sie persönlich insgesamt die Effektivität des Einsatzes des/der APN in Ihrer Praxis?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Wie zufrieden sind Sie persönlich insgesamt mit dem Einsatz des/der APN in Ihrer Praxis?

sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	weitgehend unzufrieden	sehr unzufrieden	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

... geben Sie bitte stichwortartig die Gründe für Ihre Einschätzung an:

11. Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der APN-Versorgung?

sehr sinnvoll	eher sinnvoll	eher nicht sinnvoll	überhaupt nicht sinnvoll	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

... geben Sie bitte stichwortartig die Gründe für Ihre Einschätzung an:

12. Würden Sie das Konzept der APN-Versorgung über die Teilnahme an dem Modellprojekt hinaus in Ihrer eigenen Praxis als Angebot etablieren, sofern die rechtlichen Möglichkeiten dazu geschaffen werden?

auf jeden
Fall

☐

eher ja

☐

eher nein

☐

auf keinen
Fall

☐

*nicht
einschätzbar*

☐

13. Wo sehen Sie noch Verbesserungsmöglichkeiten im Angebot der APN-Versorgung allgemein?

14. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 87
55247 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Gesprächsleitfaden MFA-Interview t0

Fragen

Einstieg

Fra	Konnten Sie den/die APN schon kennen lernen? Wie viel hatten Sie bereits miteinander zu tun?

Strukturbedingungen/Kontext

Frage	Für MFAs in der Hausarztpraxis gibt es vielfältige Aufgaben. Was sind Ihre Aufgaben? (ggf. Nachfrage: Was sind Ihre spezifischen Aufgaben?)

Fra	Ihre Praxis nimmt am Projekt FAMOUS teil. Seit August erweitert ein/-e APN das Praxisteam. Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie daran denken, dass zu Ihrem Team ein/-e APN gehört?

Fra	Was denken Sie, welche Veränderungen kommen mit Herrn/Frau xxx auf das Praxisteam zu?
Memo	• „Macht“ • Geändertes Hierarchiegefüge: Welche Herausforderungen sehen Sie durch erwartbare Änderungen in der Hierarchie des Praxisteams? • Bestandsschutz

Klient/-in (=MFA)

F	Sie sind ja bereits seit xxx Jahren MFA. Was macht eine MFA aus?
Me	• Welches Selbstverständnis haben Sie von sich als MFA? (ggf. Zuständigkeiten/Stärken)

Fra	Inwieweit berührt der Aufgabenbereich des/der APN Ihren Zuständigkeitsbereich? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	• Konkurrenz um Gunst der Patienten vs. der Hausärzte ○ Sorge um Ablehnung durch Patienten • Verunsicherung (sich in Frage gestellt fühlen) • Loyalitätserwartung/-konflikt

M Fra	Es wird so sein, dass der/die APN zumindest zu Beginn Ihrer Arbeit Unterstützung benötigt. Inwiefern sehen Sie sich als Unterstützerin für den/die APN?
M	• Bereitschaft/Fähigkeit/Notwendigkeit

Intervention

F	Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit dem/der APN vor?
Memo	• APN + MFA als Team: Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit dem/der APN? Welche Herausforderungen befürchten Sie? • Inwiefern kann der/die APN eine Ansprechperson für Sie sein?

Frage	Durch die Implementierung der APN-Rolle in der HA-Praxis werden sich möglicherweise einige Ihrer Aufgaben ändern . Mich interessiert, welche Absprachen hierzu bereits getroffen wurden. (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?)
Memo	- Aufgaben abgeben/umverteilen (APNs zuarbeiten, Termine machen): Wie erleben Sie anstehende Umstrukturierungen Ihrer Aufgaben? In welchem Maß werden Sie dem/der APN zuarbeiten? - Rollen-/Aufgabenverteilung

Frage	Sie arbeiten eng mit dem Hausarzt/der Hausärztin zusammen. Inwiefern erwarten Sie, dass sich durch die Anwesenheit des/der APN in der Praxis an dieser Zusammenarbeit etwas ändert?
Memo	- Zugang zu HÄ - Welche Erwartungen haben Sie an die Fallbesprechungen von Hausarzt/Hausarzt und APN?

Frage	Was denken Sie, was könnte helfen, damit der Einsatz des/der APN erfolgreich wird? Was denken Sie, was könnte verhindern, dass der Einsatz des/der APN erfolgreich wird?

Outcome

M Fra	Wenn Sie jetzt insgesamt auf den Einsatz des/der APN in Ihrer Praxis schauen, woran würde sich zeigen, ob dieser Einsatz ein Erfolg bzw. Misserfolg ist?
M	Inwiefern erwarten Sie eine Entlastung Ihrer Arbeit durch den Einsatz des/der APN?

Gesprächsleitfaden MFA-Interview t2

Fragen

Einstieg

Fra	Die letzten Wochen mit dem/der APN sind angebrochen. Wie blicken Sie auf die gemeinsame Zeit zurück?

Strukturbedingungen/Kontext

Frage	Für MFAs in der Hausarztpraxis gibt es vielfältige Aufgaben. Was sind Ihre Aufgaben? (ggf. Nachfrage: Was sind Ihre spezifischen Aufgaben?)

Frage	Ihre Praxis hat am Projekt FAMOUS teilgenommen. Seit Sommer 2021 hat ein/-e APN das Praxisteam erweitert. Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie daran denken, dass zu Ihrem Team ein/-e APN gehört hat?

Fra	Welche Veränderungen sind mit Herrn/Frau xxx auf das Praxisteam zugekommen? Was hat es für das Praxisteam bedeutet, dass Herr/Frau xxx dazugekommen ist?
Memo	• „Macht“ • Geändertes Hierarchiegefüge: Welche Herausforderungen gab es durch mögliche Änderungen in der Hierarchie des Praxisteams? • Bestandsschutz

Klient/-in (=MFA)

F	Sie sind ja bereits seit xxx Jahren MFA. Was macht eine MFA aus?
Me	• Welches Selbstverständnis haben Sie von sich als MFA? (ggf. Zuständigkeiten/Stärken)

Fra	Inwieweit hat der Aufgabenbereich des/der APN Ihren Zuständigkeitsbereich berührt? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?)
Memo	• Konkurrenz um Gunst der Patienten vs. der Hausärzte ◦ mögliche Ablehnung durch Patienten • Verunsicherung (sich in Frage gestellt fühlen) • Loyalitätserwartung/-konflikt

Fra	Für den/die APN war am Anfang Vieles neu. Inwiefern haben Sie den/die APN im Laufe der Zeit unterstützt?
Me	• Bereitschaft/Fähigkeit/Notwendigkeit • Unterstützung z. B. bei Organisation, Patientenhintergrund und -kontakt

Intervention

F	Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit dem/der APN erlebt?
Memo	• APN + MFA als Team: Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem/der APN gemacht? Welche Herausforderungen gab es? • Inwiefern war der/die APN eine Ansprechperson für Sie?

Frage	Durch die Implementierung der APN-Rolle in der HA-Praxis haben sich möglicherweise einige Ihrer Aufgaben geändert . Mich interessiert, wie Sie damit umgegangen sind. (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?)
Memo	- Aufgaben abgeben/umverteilen (APNs zuarbeiten, Termine machen): Wie haben Sie Umstrukturierungen Ihrer Aufgaben erlebt? In welchem Maß haben Sie dem/der APN zugearbeitet? - Rollen-/Aufgabenverteilung

Frage	Sie arbeiten eng mit dem Hausarzt/der Hausärztin zusammen. Inwiefern hat sich durch die Anwesenheit des/der APN in der Praxis an dieser Zusammenarbeit etwas geändert?
Memo	- Zugang zu HÄ - Welche Erfahrungen haben Sie mit den Fallbesprechungen von Hausarzt/Hausarzt und APN gemacht?

Frage	Was denken Sie, was trägt rückblickend dazu bei, dass der Einsatz des/der APN erfolgreich werden kann? Was denken Sie, was behindert rückblickend, dass der Einsatz des/der APN erfolgreich werden kann?

Outcome

Frage	Wenn Sie jetzt insgesamt auf den Einsatz des/der APN in Ihrer Praxis schauen, woran zeigt sich (rückblickend), ob dieser Einsatz ein Erfolg ist? Und woran zeigt sich (rückblickend), ob dieser Einsatz ein Misserfolg ist?
Me	Inwiefern haben Sie eine Entlastung Ihrer Arbeit durch den Einsatz des/der APN erlebt?

Gesprächsleitfaden APN-Interview t0

Strukturbedingungen/Kontext

Frage	Die Kultur einer HA-Praxis unterscheidet sich erheblich von den Strukturen des klassischen Pflegesettings. Welche Erwartungen haben Sie, wenn Sie daran denken, sich in diesem Setting zurechtzufinden?
Memo	- HA-Praxis als Unternehmen - Wie stehen Sie dazu, dass Sie als APN ein Kostenfaktor für die HA-Praxis darstellen (können)? - APN-Leistung kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden - Hierarchische Strukturen in der HA-Praxis: - Welche Hierarchie erwarten Sie innerhalb des Praxisteam? - Welche Position vermuten Sie, zugeordnet zu bekommen?

Frage	Von der KH Mainz sind bestimmte Rahmenbedingungen definiert, damit der APN-Einsatz in der HA-Praxis umgesetzt werden kann. Wie ist Ihre Vorstellung dazu? Denken Sie, dass das so funktionieren kann? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	- Welche inhaltliche Unterstützung erwarten Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin? - In welchem Zeitrahmen erwarten Sie die Unterstützung? - Unterstützung durch MFAs - Welche Erwartungen haben Sie an die (materielle und technische) Ausstattung in der HA-Praxis? - Mobilität

Frage	Im Rahmen der Patientenversorgung werden Sie auf vielfältige regionale Versorgungsanbieter treffen, die bereits für Ihre Patienten/Patientinnen sorgen. Mich interessiert, wie es Ihnen damit geht, wenn Sie an diese Situation denken.
Memo	- Vorhandensein/Dynamik/Konkurrenz/Diffusität - Beteiligte - Eigene Rolle

Frage	Die KH Mainz ist als Leitung für das Projekt zuständig und versteht sich als Unterstützung für Sie als APN. Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?
Memo	- Welche Unterstützung erwarten Sie durch das Begleitkonzept?/Welche Unterstützung erhoffen Sie sich durch das Begleitkonzept? - Welche Unterstützung ermöglicht/bietet Ihnen die Fortbildung?

Frage	Bei FAMOUS geht es neben der Versorgung von Patienten/Patientinnen auch um Monitoring und Evaluation dieser Versorgung. Erzählen Sie mir von Ihren Empfindungen, wenn Sie daran denken, Teil eines Forschungsprojektes zu sein.

Memo	• Welche Erwartungen haben Sie daran, als APN selbst Forschungsgegenstand zu sein? • Wie gehen Sie damit um, durch die Teilnahme an einem Forschungsprojekt in der Öffentlichkeit zu stehen?

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen förderlich für die Umsetzung der Versorgung? Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Klient/-in (= APN)

Frage	Als APN haben Sie spezifische Aufgaben. Wie gut fühlen Sie sich auf die Übernahme dieser Aufgaben vorbereitet? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	• Inwieweit erwarten Sie einen Schwerpunkt in der Umsetzung des Aufgabenprofils? • Wie gut fühlen Sie sich auf Ihre neue Aufgabe vorbereitet? (fachliche/personale/Methodenkompetenz, Grenzen setzen)

Frage	Zur Implementierung Ihrer APN-Rolle in der HA-Praxis ist es erforderlich, dass Sie selbst Ihre Arbeit strukturieren. Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?
Memo	• Selbstorganisation • Tagesstruktur schaffen, Aufgabenverteilung • Welche Herausforderungen erwarten Sie bei der Bewältigung Ihres Arbeitsvolumens? • Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten im Zeitmanagement ein?

Frage	Das Projekt erprobt eine in Deutschland neue Art der Patientenversorgung. Das bedeutet für Sie, dass Sie ein neues Arbeitsfeld erschließen. Das Projekt erhält von vielen Seiten Aufmerksamkeit. Ich kann mir gut vorstellen, dass diese Situation Druck ausüben könnte. Wie empfinden Sie diese Situation?
Me	• interner und/oder externer Erwartungsdruck • Wie hoch ist Ihr Erwartungsdruck an sich selbst, alles richtig zu machen?

Frage	Das Praxisteam erweitert sich mit Ihnen als APN nicht nur um eine neue Person, sondern auch um eine neue Rolle. Wie stellen Sie sich Ihre Rolle als APN im Praxisteam vor?
Memo	• Was erwarten Sie von Ihrer Rolle als APN in der Hausarztpraxis? ○ Welchen Spielraum erhoffen Sie sich, um Neues anzustoßen? ○ Rollensicherheit ○ Arztähnliche Arbeitsstruktur, Entscheidungsmacht/-spielraum erhöht; Sprechstunde anbieten, Patienten/Patientinnen einbestellen (=neu)

	• Position im Team ○ Strukturen (im Team) setzen/Regeln entwickeln und durchsetzen ○ Selbstverständnis/Abgrenzung zu MFAs ○ Wie schätzen Sie Ihre Akzeptanz im Praxisteam ein?/Welche Herausforderungen erwarten Sie? ○ Welche Herausforderungen vermuten Sie in der Zusammenarbeit mit den MFAs? (Abgrenzung der Aufgaben) ○ Welche Herausforderungen vermuten Sie in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin? ○ Welche Position möchten Sie selbst in einer möglichen Hierarchie des Praxisteams einnehmen? ○ Wie wollen Sie damit umgehen, dass Sie sich durch Ihre Rolle und Ihre Erscheinung vom Praxisteam herausheben? ○ Möglichkeit der Unterstützung für MFAs (z. B. Ansprechperson)

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen förderlich für die Umsetzung der Versorgung? Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Intervention

Frage	Im Zentrum Ihrer Tätigkeit als APN steht die Versorgung multimorbider Patienten/Patientinnen. Das Instrument dazu ist der Versorgungsprozess. Was ist Ihnen bei der Umsetzung des Versorgungsprozesses besonders wichtig?
Memo	• Versorgungsprozess umsetzen/steuern • Versorgungssituation gestalten ○ Patienten/Angehörige ▪ Welchen Spielraum sehen Sie, um sich für Ihre Patienten/Patientinnen einzusetzen?

Fra	Welche Herausforderungen erwarten Sie, wenn Sie an die Umsetzung des Versorgungsprozesses denken?
Memo	• Welche Herausforderungen erwarten Sie in der Zusammenarbeit mit Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörigen? ○ Aushandlungsprozesse (Versorgungsbedarf/Versorgungsplan; personenzentriert) inkl. Präferenzen/Ablehnung von Maßnahmen ▪ Vorschriften/Kritik ▪ Instrumentalisierung der APN ○ Erleben von Akzeptanz/Konkurrenz der Person/Rolle durch Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörige ▪ kritisches Hinterfragen der APN-Kompetenz

Frage	Die Ausgestaltung des Versorgungsplans hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen findet in Rückkopplung mit dem Hausarzt/der Hausärztin statt. Dazu initiieren Sie eine wöchentliche Fallbesprechung. Welche Erwartungen haben Sie an die Fallbesprechungen mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	• Terminorganisation/-absprachen

Frage	Im Rahmen der Fallbesprechung sollen auch die von Ihnen entwickelten Empfehlungen für die Patientenversorgung besprochen werden. Wenn Sie sich diese Situation vorstellen, wie geht's Ihnen damit?
Memo	• Empfehlungen aussprechen • Wie schätzen Sie Ihre Möglichkeiten ein, Leistungen für die Patienten/Patientinnen auszuhandeln?

Frage	Der Aufbau bzw. die Intensivierung eines patientenbezogenen Netzwerks kann helfen, die Situation für multimorbide Patienten/Patientinnen zu verbessern. Wie gehen Sie mit der Aufgabe um, ein patientenindividuelles Versorgungsnetzwerk aufzubauen? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	• Wie haben Sie vor, Ihre eigene Rolle im patientenindividuellen Versorgungsnetzwerk auszugestalten? • Wie planen Sie, die Patienten/Patientinnen in die Netzwerkarbeit einzubeziehen?

Frage	Zu den Kernkompetenzen einer APN gehören neben Pflegekompetenzen auch Forschungskompetenzen. Im Rahmen von FAMOUS beinhaltet das u. a. die Unterstützung bei der Datenerhebung. Welche Bedeutung hat die Forschung in Ihrer Arbeit als APN aus Ihrer Sicht? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend das geplante Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen förderlich für dessen Gelingen? Wenn Sie jetzt zusammenfassend das geplante Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen hinderlich für dessen Gelingen?

Outcome

Frage	Wenn Sie jetzt auf das Ende Ihres Einsatzes in der Hausarztpraxis schauen, woran würden Sie den Erfolg bzw. Misserfolg Ihres Einsatzes festmachen?

Gesprächsleitfaden APN-Interview t1

Strukturbedingungen/Kontext

Frage	Die Kultur einer HA-Praxis unterscheidet sich erheblich von den Strukturen des klassischen Pflegesettings. Welche Erfahrungen haben Sie, in diesem Setting bisher gemacht?
Memo	- HA-Praxis als Unternehmen - Wie stehen Sie dazu, dass Sie als APN ein Kostenfaktor für die HA-Praxis darstellen (können)? - APN-Leistung kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden - Hierarchische Strukturen in der HA-Praxis: - Welche Hierarchie erfahren Sie innerhalb des Praxisteam? - Welche Position haben Sie zugeordnet bekommen?

Frage	Von der KH Mainz sind bestimmte Rahmenbedingungen definiert, damit der APN-Einsatz in der HA-Praxis umgesetzt werden kann. Wie sind Ihre Erfahrungen damit? Inwieweit funktioniert das so? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	- Welche inhaltliche Unterstützung erfahren Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin? - In welchem Zeitrahmen erhalten Sie die Unterstützung? - Unterstützung durch MFAs - Welche Erfahrungen machen Sie mit der (materiellen und technischen) Ausstattung in der HA-Praxis? - Mobilität

Frage	Im Rahmen der Patientenversorgung treffen Sie auf vielfältige regionale Versorgungsanbieter , die bereits für Ihre Patienten/Patientinnen sorgen. Mich interessiert, wie es Ihnen damit geht, wenn Sie an diese Situation denken.
Memo	- Vorhandensein/Dynamik/Konkurrenz/Diffusität - Beteiligte - Eigene Rolle

Frage	Die KH Mainz ist als Leitung für das Projekt zuständig und versteht sich als Unterstützung für Sie als APN. Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?
Me	- Welche Unterstützung erhalten Sie durch das Begleitkonzept? - Welche Unterstützung hat Ihnen die Fortbildung geboten?

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen förderlich für die Umsetzung der Versorgung?
Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Klient/-in (= APN)

Frage	Als APN haben Sie spezifische Aufgaben. Wie sicher fühlen Sie sich in der Übernahme dieser Aufgaben? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	- Inwieweit setzen Sie einen Schwerpunkt in der Umsetzung des Aufgabenprofils? - Wie sicher fühlen Sie sich in der Umsetzung Ihrer neuen Aufgaben? (fachliche/personale/Methodenkompetenz, Grenzen setzen)

Frage	Zur Implementierung Ihrer APN-Rolle in der HA-Praxis ist es erforderlich, dass Sie selbst Ihre Arbeit strukturieren . Wie geht's Ihnen damit, wenn Sie daran denken?
Memo	- Selbstorganisation - Tagesstruktur schaffen, Aufgabenverteilung - Welche Herausforderungen erwarten Sie bei der Bewältigung Ihres Arbeitsvolumens? - Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten im Zeitmanagement ein?

Frage	Das Projekt erprobt eine in Deutschland neue Art der Patientenversorgung. Das bedeutet für Sie, dass Sie ein neues Arbeitsfeld erschließen. Das Projekt erhält von vielen Seiten Aufmerksamkeit. Ich kann mir gut vorstellen, dass diese Situation Druck ausüben könnte. Wie empfinden Sie diese Situation?
Me	- interner und/oder externer Erwartungsdruck - Wie hoch ist Ihr Erwartungsdruck an sich selbst, alles richtig zu machen?

Frage	Das Praxisteam erweitert sich mit Ihnen als APN nicht nur um eine neue Person, sondern auch um eine neue Rolle. Wie erleben Sie Ihre Rolle als APN im Praxisteam?
Memo	- Wie erleben Sie Ihre Rolle als APN in der Hausarztpraxis? - Welchen Spielraum haben Sie, um Neues anzustoßen? - Rollensicherheit - Arztähnliche Arbeitsstruktur, Entscheidungsmacht/-spielraum erhöht; Sprechstunde anbieten, Patienten/Patientinnen einbestellen (=neu) - Position im Team - Strukturen (im Team) setzen/Regeln entwickeln und durchsetzen - Selbstverständnis/Abgrenzung zu MFAs - Wie schätzen Sie Ihre Akzeptanz im Praxisteam ein?/Welche Herausforderungen erleben Sie? - Welche Herausforderungen gibt es in der Zusammenarbeit mit den MFAs? (Abgrenzung der Aufgaben) - Welche Herausforderungen gibt es in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin? - Welche Position möchten Sie selbst in einer möglichen Hierarchie des Praxisteams einnehmen? - Wie gehen Sie damit um, dass Sie sich durch Ihre Rolle und Ihre Erscheinung vom Praxisteam herausheben? - Möglichkeit der Unterstützung für MFAs (z. B. Ansprechperson)

Frage	Bei FAMOUS geht es neben der Versorgung von Patienten/Patientinnen auch um Monitoring und Evaluation dieser Versorgung. Erzählen Sie mir von Ihren Empfindungen, wenn Sie daran denken, Teil eines Forschungsprojektes zu sein.
Memo	• Welche Erfahrungen machen Sie damit, als APN selbst Forschungsgegenstand zu sein? • Wie gehen Sie damit um, durch die Teilnahme an einem Forschungsprojekt in der Öffentlichkeit zu stehen?

Frage	Zu den Kernkompetenzen einer APN gehören neben Pflegekompetenzen auch Forschungskompetenzen. Im Rahmen von FAMOUS beinhaltet das u. a. die Unterstützung bei der Datenerhebung. Welche Bedeutung hat die Forschung in Ihrer Arbeit als APN aus Ihrer Sicht? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen förderlich für die Umsetzung der Versorgung? Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Intervention

Frage	Im Zentrum Ihrer Tätigkeit als APN steht die Versorgung multimorbider Patienten/Patientinnen. Das Instrument dazu ist der Versorgungsprozess. Was ist Ihnen bei der Umsetzung des Versorgungsprozesses besonders wichtig?
Memo	• Versorgungsprozess umsetzen/steuern • Versorgungssituation gestalten ○ Patienten/Angehörige ▪ Welchen Spielraum sehen Sie, um sich für Ihre Patienten/Patientinnen einzusetzen?

F	Welche Herausforderungen erleben Sie in der Umsetzung des Versorgungsprozesses?
Memo	• Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörigen? ○ Aushandlungsprozesse (Versorgungsbedarf/Versorgungsplan; personenzentriert) inkl. Präferenzen/Ablehnung von Maßnahmen ▪ Vorschriften/Kritik ▪ Instrumentalisierung der APN ○ Erleben von Akzeptanz/Konkurrenz der Person/Rolle durch Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörige ▪ kritisches Hinterfragen der APN-Kompetenz

M Frage	Die Ausgestaltung des Versorgungsplans hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen findet in Rückkopplung mit dem Hausarzt/der Hausärztin statt. Dazu initiieren Sie eine wöchentliche Fallbesprechung. Welche Erfahrungen machen Sie mit den Fallbesprechungen mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
M	• Terminorganisation/-absprachen

Frage	Im Rahmen der Fallbesprechung sollen auch die von Ihnen entwickelten Empfehlungen für die Patientenversorgung besprochen werden. Welche Erfahrungen machen Sie damit? Wie geht's Ihnen damit?
Memo	• Empfehlungen aussprechen • Wie schätzen Sie Ihre Möglichkeiten ein, Leistungen für die Patienten/Patientinnen auszuhandeln?

Frage	Der Aufbau bzw. die Intensivierung eines patientenbezogenen Netzwerks kann helfen, die Situation für multimorbide Patienten/Patientinnen zu verbessern. Wie gehen Sie mit der Aufgabe um, ein patientenindividuelles Versorgungsnetzwerk aufzubauen? (ggf. Nachfrage: Wie geht's Ihnen damit?)
Memo	• Wie haben Sie vor, Ihre eigene Rolle im patientenindividuellen Versorgungsnetzwerk auszugestalten? • Wie planen Sie, die Patienten/Patientinnen in die Netzwerkarbeit einzubeziehen?

Frage	Wenn Sie jetzt zusammenfassend das geplante Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen förderlich für dessen Gelingen? Wenn Sie jetzt zusammenfassend das geplante Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen hinderlich für dessen Gelingen?

Outcome

Fra	Wenn Sie jetzt auf das Ende Ihres Einsatzes in der Hausarztpraxis schauen, woran würden Sie den Erfolg bzw. Misserfolg Ihres Einsatzes festmachen?

Gesprächsleitfaden Interviews APN t2

Strukturbedingungen/Kontext

In der Hinführung darauf hinweisen, dass besonders auch auf Perspektive des Verlaufs/der Entwicklung einbezogen werden soll.

1	Die Kultur einer HA-Praxis unterscheidet sich erheblich von den Strukturen des klassischen Pflegesettings. Welche Erfahrungen haben Sie in diesem Setting gemacht? • HA-Praxis als Unternehmen ○ Wie stehen Sie dazu, dass Sie als APN (evtl.) ein Kostenfaktor für die HA-Praxis dargestellt haben? ○ APN-Leistung konnte nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden • Hierarchische Strukturen in der HA-Praxis: ○ Welche Hierarchie haben Sie innerhalb des Praxisteam erfahren? ○ Welche Position haben Sie zugeordnet bekommen?
2	Von der KH Mainz wurden bestimmte Rahmenbedingungen definiert, damit der APN-Einsatz in der HA-Praxis umgesetzt werden kann. Wie waren Ihre Erfahrungen damit? Inwieweit hat das so funktioniert? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?) • Welche inhaltliche Unterstützung haben Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin erfahren? • In welchem Zeitrahmen haben Sie die Unterstützung erhalten? • Unterstützung durch MFAs • Welche Erfahrungen haben Sie mit der (materiellen und technischen) Ausstattung in der HA-Praxis gemacht? • Mobilität
3	Im Rahmen der Patientenversorgung sind Sie auf vielfältige regionale Versorgungsanbieter getroffen, die bereits für Ihre Patienten/Patientinnen gesorgt haben. Mich interessiert, wie es Ihnen mit dieser Situation ging. • Vorhandensein/Dynamik/Konkurrenz/Diffusität • Beteiligte • Eigene Rolle
4	Die KH Mainz ist als Leitung für das Projekt zuständig und verstand sich als Unterstützung für Sie als APN. Wie ging's Ihnen damit? • Welche Unterstützung erhielten Sie durch das Begleitkonzept? • Welche Unterstützung hat Ihnen die Fortbildung geboten?
	Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen (rückblickend) förderlich für die Umsetzung der Versorgung? Wenn Sie jetzt zusammenfassend auf die Rahmenbedingungen schauen, was erscheint Ihnen (rückblickend) hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Klient/-in (= APN)

1	Als APN hatten Sie spezifische Aufgaben. Wie sicher haben Sie sich in der Übernahme dieser Aufgaben gefühlt? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?) • Inwieweit haben Sie einen Schwerpunkt in der Umsetzung des Aufgabenprofils gesetzt? • Wie sicher haben Sie sich in der Umsetzung Ihrer neuen Aufgaben gefühlt? (fachliche/personale/Methodenkompetenz, Grenzen setzen)
2	Zur Implementierung Ihrer APN-Rolle in der HA-Praxis war es erforderlich, dass Sie selbst Ihre Arbeit strukturieren. Wie ging's Ihnen damit? • Selbstorganisation • Tagesstruktur schaffen, Aufgabenverteilung • Welche Herausforderungen haben Sie bei der Bewältigung Ihres Arbeitsvolumens erlebt? • Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten im Zeitmanagement ein?
3	Das Projekt erprobt eine in Deutschland neue Art der Patientenversorgung. Das bedeutet für Sie, dass Sie ein neues Arbeitsfeld erschlossen haben. Das Projekt erhält von vielen Seiten Aufmerksamkeit. Ich kann mir gut vorstellen, dass diese Situation Druck ausgeübt hat. Wie haben Sie das empfunden? • interner und/oder externer Erwartungsdruck • Wie hoch war Ihr Erwartungsdruck an sich selbst, alles richtig zu machen?
4	Das Praxisteam hat sich mit Ihnen als APN nicht nur um eine neue Person, sondern auch um eine neue Rolle erweitert. Wie haben Sie Ihre Rolle als APN im Praxisteam erlebt? • Wie haben Sie Ihre Rolle als APN in der Hausarztpraxis erlebt? ○ Welchen Spielraum hatten Sie, um Neues anzustoßen? ○ Rollensicherheit ○ Arztähnliche Arbeitsstruktur, Entscheidungsmacht/-spielraum erhöht; Sprechstunde anbieten, Patienten/Patientinnen einbestellen (=neu) • Position im Team ○ Strukturen (im Team) setzen/Regeln entwickeln und durchsetzen ○ Selbstverständnis/Abgrenzung zu MFAs ○ Wie schätzen Sie Ihre Akzeptanz im Praxisteam ein?/Welche Herausforderungen haben Sie erlebt? ○ Welche Herausforderungen gab es in der Zusammenarbeit mit den MFAs? (Abgrenzung der Aufgaben) ○ Welche Herausforderungen gab es in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin? ○ Welche Position wollten Sie selbst in einer möglichen Hierarchie des Praxisteams einnehmen? ○ Wie sind Sie damit umgegangen, dass Sie sich durch Ihre Rolle und Ihre Erscheinung vom Praxisteam herausgehoben haben? ○ Möglichkeit der Unterstützung für MFAs (z. B. Ansprechperson)
5	Bei FAMOUS geht es neben der Versorgung von Patienten/Patientinnen auch um Monitoring und Evaluation dieser Versorgung. Erzählen Sie mir von Ihren Empfindungen, wenn Sie daran zurückdenken, Teil eines Forschungsprojektes gewesen zu sein. • Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, als APN selbst Forschungsgegenstand zu sein? • Wie sind Sie damit umgegangen, durch die Teilnahme an einem Forschungsprojekt in der Öffentlichkeit zu stehen?

6	Zu den Kernkompetenzen einer APN gehören neben Pflegekompetenzen auch Forschungskompetenzen. Im Rahmen von FAMOUS hat das u. a. die Unterstützung bei der Datenerhebung beinhaltet. Welche Bedeutung hatte die Forschung in Ihrer Arbeit als APN aus Ihrer Sicht? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?)
	Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen (rückblickend) förderlich für die Umsetzung der Versorgung? Wenn Sie jetzt zusammenfassend Ihre Rolle als APN betrachten, was erscheint Ihnen (rückblickend) hinderlich für die Umsetzung der Versorgung?

Intervention

1	Im Zentrum Ihrer Tätigkeit als APN stand die Versorgung multimorbider Patienten/Patientinnen. Das Instrument dazu war der Versorgungsprozess. Was war Ihnen bei der Umsetzung des Versorgungsprozesses besonders wichtig? • Versorgungsprozess umsetzen/steuern • Versorgungssituation gestalten ○ Patienten/Angehörige ▪ Welchen Spielraum haben Sie gesehen, um sich für Ihre Patienten/Patientinnen einzusetzen?
2	Welche Herausforderungen haben Sie in der Umsetzung des Versorgungsprozesses erlebt? • Welche Herausforderungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörigen erlebt? ○ Aushandlungsprozesse (Versorgungsbedarf/Versorgungsplan; personenzentriert) inkl. Präferenzen/Ablehnung von Maßnahmen ▪ Vorschriften/Kritik ▪ Instrumentalisierung der APN ○ Erleben von Akzeptanz/Konkurrenz der Person/Rolle durch Patienten/Patientinnen/An-/Zugehörige ▪ kritisches Hinterfragen der APN-Kompetenz
3	Die Ausgestaltung des Versorgungsplans hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen fand in Rückkopplung mit dem Hausarzt/der Hausärztin statt. Dazu haben Sie eine wöchentliche Fallbesprechung initiiert. Welche Erfahrungen haben Sie mit den Fallbesprechungen mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin gemacht? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?) • Terminorganisation/-absprachen
4	Im Rahmen der Fallbesprechung sollten auch die von Ihnen entwickelten Empfehlungen für die Patientenversorgung besprochen werden. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Wie ging's Ihnen damit? • Empfehlungen aussprechen • Wie schätzen Sie Ihre Möglichkeiten ein, Leistungen für die Patienten/Patientinnen auszuhandeln?
5	Der Aufbau bzw. die Intensivierung eines patientenbezogenen Netzwerks kann helfen, die Situation für multimorbide Patienten/Patientinnen zu verbessern. Wie sind Sie mit der Aufgabe umgegangen, ein patientenindividuelles Versorgungsnetzwerk aufzubauen? (ggf. Nachfrage: Wie ging's Ihnen damit?) • Wie haben Sie Ihre eigene Rolle im patientenindividuellen Versorgungsnetzwerk ausgestaltet? • Wie haben Sie die Patienten/Patientinnen in die Netzwerkarbeit einbezogen?
	Wenn Sie jetzt zusammenfassend das Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen (rückblickend) förderlich für dessen Gelingen? Wenn Sie jetzt zusammenfassend das Versorgungsgeschehen betrachten, was erscheint Ihnen (rückblickend) hinderlich für dessen Gelingen?

Outcome

	Jetzt ist das Ende Ihres Einsatzes in der Hausarztpraxis gekommen. Woran machen Sie den Erfolg bzw. Misserfolg Ihres Einsatzes fest?

Resümee

	Abschließend auf den Punkt gebracht möchte ich wissen, was aus Ihrer Sicht entscheidend war für • den Erfolg des Projektes, • Ihre Rollenentwicklung als APN, • Ihr Wohlbefinden.

Interviewleitfaden APNs

Interview-ID: _____

Einstieg & Ablauf

- **Dank für die Teilnahme:** „Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für unser Interview nehmen.“
- **Inhalt der Befragung:** „Sie sind ja als APN in dem Projekt FAMOUS beschäftigt, dass sich mit dem Einsatz von APN – in ländlich gelegenen Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz befasst. Insbesondere betrachten wir hier die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. Nun wollen wir von Ihnen als APN in dem Projekt gerne erfahren wie Sie das Projekt und Ihre Rolle als APN erleben.“
- **Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und Möglichkeit, das Gespräch jederzeit beenden zu können:** „Die Teilnahme an der Befragung ist völlig freiwillig für Sie. Es können Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht teilnehmen. Sie haben außerdem die Möglichkeit die Beantwortung einzelner Fragen abzulehnen oder das Interview vorzeitig zu beenden. Auch hieraus entstehen Ihnen keine negativen Konsequenzen.“
- **Hinweise zum Datenschutz → Einwilligungserklärung:** „Die Auswertung der Befragung erfolgt in anonymisierter Form und erlaubt im Nachhinein keine Rückschlüsse auf Ihre Person. Eventuell von Ihnen genannte Namen oder Orte werden bei der Transkription - also der Verschriftlichung des Interviews - geschwärzt.“
- **Hinweis auf Aufzeichnung (Audio) und Einwilligung:** „Um die Inhalte des Interviews besser auswerten zu können, möchten wir das Interview gerne digital aufzeichnen. Ist das für Sie in Ordnung?“
- **Erklärungen zum Ablauf und Überleitung zum Interview:** „Ich werde Ihnen nun einige offene Fragen stellen. Hierbei geht es vor allem darum, dass Sie möglichst frei auf die Fragen antworten. Deshalb werde ich mich eher zurückhalten und nur wenige Nachfragen stellen. Da ich Ihnen genug Zeit lassen möchte, um auf meine Fragen zu antworten, kann es passieren, dass gelegentlich Gesprächspausen entstehen. Lassen sie sich dadurch nicht irritieren. Ich bin da und höre Ihnen zu. Da es um Ihre persönliche Sichtweise geht, gibt es auch keine falschen Antworten. Alles was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheint, ist auch interessant für uns zu erfahren. Lassen Sie sich gerne Zeit bei der Beantwortung.“
- **Nachfrage:** „Haben Sie vorab noch Fragen?“

Einstieg, Erwartungen & Erfahrungen (Frage 1 – Frage 4)

- Zu Beginn des Interviews würden ich gerne von Ihnen erfahren, warum Sie damals am FAMOUS Projekt teilnehmen wollten. Erzählen Sie bitte.
- Berichten Sie doch bitte nun einmal allgemein von Ihrer Zeit im FAMOUS Projekt.
- Nun haben wir ja über Ihre allgemeinen Erfahrungen gesprochen. Inwiefern gibt es hier Unterschiede zu den Erwartungen, die Sie zu Beginn des Projektes hatten?
- Gibt es etwas in der Zeit als APN dass Sie überrascht hat (oder das Sie anders erwartet haben)?

Arbeitsalltag und Aufgaben (Frage 5 – Frage 6)

- Wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Praxisteam?

Rolle der APN (Frage 7 & Frage 8)

- Was ist aus Ihrer Sicht das Besondere an der Rolle der APN? (im Vergleich zu anderen Berufen)
- Welche Kompetenzen und Eigenschaften erachten Sie als besonders wichtig für eine APN?

PatientInnen und Versorgungssituation (Frage 9 & Frage 10)

Okay, nun haben wir über die Rolle der APN und Ihre Aufgaben gesprochen. Als nächstes würde ich gerne mit Ihnen über die Patienten und deren Versorgungssituation sprechen.

- Wie nehmen Sie die Versorgungssituation der Patienten wahr?
- Inwiefern hat sich die Versorgungssituation der Patienten durch Ihren Einsatz verändert?

Generelles Projektfazit (Frage 11 – Frage 13)

- Was ist für Sie während der Zeit als APN das Positivste gewesen?
- Und was ist aus Ihrer Sicht nicht so gut gelaufen?
- Was würden Sie gerne an dem Konzept ändern, wenn Sie könnten?

Schlussfrage und Wrap-Up

- Gibt es irgendeinen Punkt, der noch nicht angesprochen wurde, den Sie aber gerne noch erwähnen oder ergänzen möchten?

Vielen Dank für das Gespräch!



Fragebogen Patienten/Patientinnen zur APN-Patientenversorgung t0 *Ausgangserhebung*

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

- Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.

Beispiel 1:

Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein:

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	<i>nicht einschätzbar</i>
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☒	☐	☐	☐

- Manche Fragen sind blockweise angegeben – dies ist dann der Fall, wenn sich die Frage auf mehrere Dinge bzw. Aspekte gleichzeitig bezieht: Geben Sie in diesen Fällen bitte für jede Zeile eine Antwort.

Beispiel 2:

Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Situation ein, bezogen auf Ihre(n) ...

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	<i>nicht einschätzbar</i>
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☒	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☒	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen u. Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☒	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Code Patient/-in (wird von dem/der APN ausgefüllt): _____

Start des Fragebogens

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der Ihrer Meinung nach zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte treffen Sie zunächst einige Einschätzungen zu Ihrer aktuellen Situation.

Bitte versuchen Sie einzuschätzen, wie gut es Ihnen in dem jeweiligen Bereich momentan geht oder ob es dort aus Ihrer Sicht einen Änderungsbedarf gibt. Falls in einem Bereich (z. B. Mobilität oder Selbstständigkeit) Probleme bestehen, die Sie jedoch alleine oder mit Unterstützung durch andere Personen (z. B. Angehörige, Nachbarn) oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Medikamente) derzeit gut bewältigen können, kann es Ihnen trotz der Probleme hier auch gut oder sogar sehr gut gehen. Dann gäbe es keinen oder nur wenig Änderungsbedarf.

1. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Situation ein, bezogen auf Ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen und Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Stoffwechsel (<i>Blutzuckerwerte, Schilddrüsenfunktion, Gicht etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... geistige Verfassung (<i>Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Kontinenz/Inkontinenz (<i>bezogen auf Urin und/oder Stuhlgang</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Hautzustand (<i>Wunden, Wassereinlagerungen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Schmerzen (<i>Kopf, Gelenke, Weichteile etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... medikamentöse Versorgung (<i>angemessene Art/Menge, korrekte Einnahme etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, Ihre eigenen Werte und Bedürfnisse (<i>z. B. religiöse Werte, Sicherheit, Eigenständigkeit</i>) in Ihrem Leben zu berücksichtigen	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 1:
Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Situation ein,
bezogen auf Ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... Möglichkeit, selbst Einfluss auf Ihre Lebens- und Gesundheitssituation zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
... Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (<i>Telefonieren, Kochen, Einkaufen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... häusliche Lebenssituation (<i>bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... soziale Situation (<i>soziale Kontakte, Hobbys, Einbindung in Gruppen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zu Ihren Erwartungen an die Patientenversorgung durch den/die APN.

Diese Fragen beziehen sich zum Teil auf Sie persönlich und zum Teil auch auf die Versorgung durch den/die APN. Bitte beachten Sie deshalb die jeweilige Formulierung der Aussagen.

2. Welche Erwartungen haben Sie in Bezug auf die Versorgung durch den/die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Ich werde <u>besser über meine Gesundheit informiert</u> sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde besser <u>beurteilen</u> können, ob ich eine <u>Konsultation</u> (<i>Besprechung/Untersuchung</i>) <u>bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin</u> brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde <u>Empfehlungen</u> erhalten, die ich sehr gut <u>im Alltag umsetzen kann</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde von <u>neuen Unterstützungsangeboten</u> erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde selbst <u>aktiver</u> sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde eine wirksame Hilfestellung bei der <u>Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</u> haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde besser mit der <u>Einnahme meiner Medikamente</u> zurechtkommen (z. B. <i>richtige Dosierung, günstigerer Zeitpunkt, keine Einnahme unnötiger Medikamente</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde eine bessere <u>medizinisch-pflegerische Versorgung</u> haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hilft mir bei meinen <u>gesundheitlichen Beschwerden</u> (z. B. <i>Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Meine <u>Abstimmungen mit meiner Hausarztpraxis</u> (<i>Arzt/Ärztin oder anderen Praxis-Mitarbeitern/Praxis-Mitarbeiterinnen</i>) werden besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine <u>Abstimmungen mit anderen Personen des Gesundheitswesens</u> (z. B. <i>Fachärzte/Fachärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Pflegedienst</i>) werden besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde mehr <u>Personen</u> haben, die mich <u>im Alltag unterstützen</u> (z. B. <i>Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde</i>).	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 2:
Welche Erwartungen haben Sie in Bezug auf die Versorgung durch den/die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Ich werde mehr <u>soziale Kontakte</u> haben (z. B. <i>Nachbarschaft, Vereine, Seniorentreff</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde <u>länger zu Hause/im familiären Umfeld verbleiben</u> können (<i>Verzögerung/Vermeidung einer Pflegeheimweisung</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Angehörigen (oder andere mich unterstützende Personen) werden <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte <u>keine</u> für mich oder meine Angehörigen (unterstützenden Personen) <u>hilfreiche Unterstützung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

Nun bitten wir Sie noch um einige allgemeine Einschätzungen.

3. Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein?

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	<i>nicht einschätzbar</i>
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☐	☐	☐	☐

4. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

5. Hatten Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens?

- ☐ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.
- ☐ Ja, ich hatte Unterstützung durch ...
- ☐ meinen Ehemann (Lebenspartner)/meine Ehefrau (Lebenspartnerin)
 - ☐ meinen Bruder/meine Schwester
 - ☐ meinen Sohn/meine Tochter
 - ☐ meinen Schwiegersohn/meine Schwiegertochter
 - ☐ folgende andere Person: _____

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 2340
55013 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Fragebogen Patienten/Patientinnen
zur APN-Patientenversorgung t2
Abschlussserhebung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

1. Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.

Beispiel 1:

Wie gut wurde Ihnen insgesamt durch die APN-Versorgung geholfen?

sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☒	☐	☐	☐

2. Manche Fragen sind blockweise angegeben – dies ist dann der Fall, wenn sich die Frage auf mehrere Dinge bzw. Aspekte gleichzeitig bezieht: Geben Sie in diesen Fällen bitte für jede Zeile eine Antwort.

Beispiel 2:

Wie sehr treffen die folgenden
Aussagen auf die Versorgung durch
den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Ich konnte die Themen und den Verlauf der Versorgung bestimmen.	☒	☐	☐	☐	☐
Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstand.	☐	☒	☐	☐	☐
Ich wusste von Anfang an, wie ich den/die APN telefonisch erreichen konnte.	☒	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Code Patient/-in (wird von dem/der APN ausgefüllt): _____

Start des Fragebogens

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der Ihrer Meinung nach zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte treffen Sie zunächst einige Einschätzungen zu Ihrer aktuellen Situation.

Bitte versuchen Sie, eine Einschätzung zu treffen, wie gut es Ihnen in dem jeweiligen Bereich momentan geht oder ob es dort aus Ihrer Sicht einen Änderungsbedarf gibt. Falls in einem Bereich (z. B. Mobilität oder Selbstständigkeit) Probleme bestehen, die Sie jedoch alleine oder mit Unterstützung durch andere Personen (z. B. Angehörige, Nachbarn) oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Medikamente) derzeit gut bewältigen können, kann es Ihnen trotz der Probleme hier auch gut oder sogar sehr gut gehen. Dann gäbe es keinen oder nur wenig Änderungsbedarf.

1. Wie schätzen Sie Ihre <u>aktuelle Situation</u> ein, bezogen auf Ihre(n) ...?	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen und Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Stoffwechsel (<i>Blutzuckerwerte, Schilddrüsenfunktion, Gicht etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... geistige Verfassung (Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
... Kontinenz/Inkontinenz (<i>bezogen auf Urin und/oder Stuhlgang</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Hautzustand (<i>Wunden, Wassereinlagerungen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Schmerzen (<i>Kopf, Gelenke, Weichteile etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... medikamentöse Versorgung (<i>angemessene Art/Menge, korrekte Einnahme etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 1:
Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Situation ein,
bezogen auf Ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... Möglichkeit, meine eigenen Werte und Bedürfnisse in meinem Leben zu berücksichtigen (z. B. religiöse Werte, Sicherheit, Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, selbst Einfluss auf Ihre Lebens- und Gesundheitssituation zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
... Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (Telefonieren, Kochen, Einkaufen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
... häusliche Lebenssituation (bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
... soziale Situation (soziale Kontakte, Hobbys, Einbindung in Gruppen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
... Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zum Ablauf der APN-Versorgung.

Diese Fragen beziehen sich zum Teil auf Sie persönlich und zum Teil auch auf die Versorgung durch den/die APN. Bitte beachten Sie deshalb die jeweilige Formulierung der Aussagen.

2. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf die Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Ich konnte die <u>Themen und den Verlauf der APN-Versorgung mitbestimmen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte <u>Gelegenheit, Fragen zu stellen</u> , wenn ich etwas nicht verstand.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wusste von Anfang an, wie ich den/die APN <u>telefonisch erreichen</u> konnte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich war im Zeitraum der APN-Versorgung <u>aktiv</u> und habe durch mein Handeln meine Gesundheit positiv beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐
In der APN-Versorgung wurde ich <u>aufgefordert, selber aktiv zu werden</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte volles <u>Vertrauen</u> zum/zur APN.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hatte ein hohes <u>Fachwissen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat meine <u>gesundheitliche Situation</u> (z. B. Ursachen meiner Beschwerden) richtig <u>erkannt</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hatte gute <u>Lösungen für meine gesundheitlichen Beschwerden</u> (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden).	☐	☐	☐	☐	☐
In der APN-Versorgung konnte ich <u>eigene Ziele</u> setzen.	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Meine Sicht der Situation und meine Meinung</u> waren gefragt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde von dem/der APN aufgefordert, <u>eigene Vorschläge</u> zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat meine <u>persönliche Situation</u> berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Länge</u> der Versorgungstermine war genau richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Häufigkeit</u> der Versorgungstermine war genau richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Zusammenarbeit</u> zwischen mir und dem/der APN war insgesamt sehr gut.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zu den Auswirkungen der APN-Versorgung.

3. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre aktuelle Situation nach der Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Nicht zutreffend/ nicht einschätzbar
Ich bin <u>besser</u> über meine Gesundheit informiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann besser <u>beurteilen</u> , ob ich eine <u>Konsultation</u> (Besprechung/Untersuchung) <u>bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin</u> brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die <u>Empfehlungen des/der APN</u> sehr gut <u>im Alltag umsetzen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe <u>von neuen Unterstützungsangeboten erfahren</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin <u>aktiver</u> geworden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte eine wirksame Hilfestellung bei der <u>Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich komme <u>besser mit der Einnahme meiner Medikamente zurecht</u> (z. B. richtige Dosierung, günstigerer Zeitpunkt, keine Einnahme unnötiger Medikamente).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine <u>bessere medizinisch-pflegerische Versorgung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat mir bei meinen <u>gesundheitlichen Beschwerden</u> (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden) gut geholfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine <u>Abstimmungen mit meiner Hausarztpraxis</u> (Arzt/Ärztin oder andere Praxis-Mitarbeiter/Praxis-Mitarbeiterinnen) verlaufen besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine <u>Abstimmungen mit anderen Personen des Gesundheitswesens</u> (z. B. Fachärzte/Fachärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Pflegedienst) verlaufen besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mehr <u>Personen, die mich im Alltag unterstützen</u> (z. B. Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde).	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 3:
**Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre
aktuelle Situation nach der Versorgung durch die
APN zu?**

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	<i>Nicht zutreffend/ nicht einschätzbar</i>
Ich habe mehr <u>soziale Kontakte</u> (z. B. Nachbarschaft, Vereine, Seniorentreff).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann/konnte <u>länger zu Hause/im familiären Umfeld verbleiben</u> (Verzögerung/Vermeidung einer Pflegeheimweisung).	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Angehörigen (oder andere mich unterstützende Personen) sind <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Es gab für mich oder meine Angehörigen (oder andere mich unterstützende Personen) <u>keine hilfreiche Unterstützung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

Nun bitten wir Sie noch um einige allgemeine Einschätzungen.

4. Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein?

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	<i>nicht einschätzbar</i>
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wie gut wurde Ihnen insgesamt durch die APN-Versorgung geholfen?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	<i>nicht einschätzbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Wie zufrieden sind Sie persönlich ...

	sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	weitgehend unzufrieden	sehr unzufrieden	<i>nicht einschätzbar</i>
...mit der <u>Beratung</u> durch die APN?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...mit der <u>medizinisch-pflegerischen Versorgung</u> durch die APN?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...mit der APN-Versorgung <u>insgesamt</u> ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Würden Sie das Angebot der APN-Versorgung noch einmal in Anspruch nehmen?

- ☐ ja, auf jeden Fall
- ☐ eher ja
- ☐ eher nein
- ☐ nein, auf keinen Fall

Bitte begründen Sie kurz Ihre Einschätzung (falls möglich):

8. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

9. Hatten Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens?

- ☐ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.
- ☐ Ja, ich hatte Unterstützung durch ...
- ☐ meinen Ehemann (Lebenspartner)/meine Ehefrau (Lebenspartnerin)
 - ☐ meinen Bruder/meine Schwester
 - ☐ meinen Sohn/meine Tochter
 - ☐ meinen Schwiegersohn/meine Schwiegertochter
 - ☐ folgende andere Person: _____

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 87
55247 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Interviewleitfaden PatientInnen

Interview-ID: _____

Einstieg & Ablauf

- **Dank für die Teilnahme:** „Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für unser Interview nehmen.“
- **Inhalt der Befragung:** „Sie haben sich ja bereiterklärt an der FAMOUS-Studie teilzunehmen und werden im Rahmen dessen durch eine APN – Advanced Practice Nurse (also Frau/Herr _____) betreut. Uns ist es wichtig in diesem Projekt auch die Sicht der Patienten sowie deren Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen. Deshalb haben wir Sie heute zum Interview eingeladen um uns zu erzählen, wie Sie das letzte Jahr erlebt haben.“
- **Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und Möglichkeit, das Gespräch jederzeit beenden zu können:** „Die Teilnahme an der Befragung ist völlig freiwillig für Sie. Es können Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht teilnehmen. Sie haben außerdem die Möglichkeit die Beantwortung einzelner Fragen abzulehnen oder das Interview vorzeitig zu beenden. Auch hieraus entstehen Ihnen keine negativen Konsequenzen.“
- **Hinweise zum Datenschutz → Einwilligungserklärung:** „Die Auswertung der Befragung erfolgt in anonymisierter Form und erlaubt im Nachhinein keine Rückschlüsse auf Ihre Person. Eventuell von Ihnen genannte Namen oder Orte werden bei der Transkription - also der Verschriftlichung des Interviews - geschwärzt.“
- **Hinweis auf Aufzeichnung (Audio) und Einwilligung:** „Um die Inhalte des Interviews besser auswerten zu können, möchten wir das Interview gerne digital aufzeichnen Ist das für Sie in Ordnung?“
- **Erklärungen zum Ablauf und Überleitung zum Interview:** „Wir werden Ihnen nun einige offene Fragen stellen. Hierbei geht es vor allem darum, dass Sie möglichst frei auf die Fragen antworten. Deshalb werde ich mich eher zurückhalten und nur wenige Nachfragen stellen. Da ich Ihnen genug Zeit lassen möchte, um auf meine Fragen zu antworten, kann es passieren, dass gelegentlich Gesprächspausen entstehen. Lassen sie sich dadurch nicht irritieren. Ich bin da und höre Ihnen zu. Da es um Ihre persönliche Sichtweise geht, gibt es auch keine falschen Antworten. Alles was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheint, ist auch interessant für uns zu erfahren. Lassen Sie sich gerne Zeit bei der Beantwortung.“
- **Nachfrage:** „Haben Sie vorab noch Fragen?“

Einstieg (Frage 1)

- Wenn Sie jetzt einmal an Ihre gesundheitliche Verfassung und Behandlung denken, wie war denn das letzte Jahr so für Sie? Berichten Sie doch bitte einmal.

Erwartungen (Frage 2 & Frage 3)

- Wenn Sie jetzt an die Zeit vor der APN denken, also als Ihr Hausarzt sie gefragt hat, ob Sie an diesem Projekt mit der APN (also der Frau/Herr _____) teilnehmen wollen. Welche Erwartungen hatten Sie denn da so gehabt?
 - Welche Hoffnungen hatten Sie?
 - Welche Sorgen hatten Sie?
- Inwiefern haben sich diese Erwartungen in der Zeit mit der APN erfüllt?
 - Sowohl die Hoffnungen als auch die Sorgen

Neue Behandlungsform/ Zeit mit der APN (Frage 4 – Frage 7)

- Wie lief die Umstellung auf die Betreuung durch die APN?
 - (Wie nehmen Sie aktuell Ihre Betreuung durch die APN wahr?)
- Wenn Sie auf Ihre hausärztliche Behandlung vor der APN zurückblicken und dass mit der jetzigen Betreuung vergleichen, was hat sich da für Sie verändert?
- Jetzt haben wir ein bisschen über die Betreuung durch ihre APN gesprochen und über das was sie erlebt haben. Sie haben also schon Erfahrung mit der APN nun würde ich gerne von Ihnen wissen: Was ist Ihnen besonders wichtig an der Person der APN? Zum Beispiel im Hinblick persönliche Eigenschaften oder Ausbildung.

Positives (Frage 8)

- **Positives:** Was war für Sie das Positivste in der Zeit mit der APN?

Negatives (Frage 9 & Frage 10)

- **Negatives:** Was bewerten Sie als „negativ“ bzw. was ist nicht so gut gelaufen?
- Wenn Sie etwas verbessern könnten, an ihrer hausärztlichen Versorgung des letzten Jahres, was wäre das?

Ausblick (Frage 11)

- Wenn Sie jetzt an die kommende Zeit denken, wenn die APN Sie nicht mehr versorgt, was geht Ihnen da durch den Kopf?
- Was würden Sie sich in Zukunft für Ihre hausärztliche Versorgung wünschen?

Schlussfrage und Wrap-Up

- Gibt es irgendeinen Punkt, der noch nicht angesprochen wurde, den Sie aber gerne noch erwähnen oder ergänzen möchten?

Vielen Dank für das Gespräch!



Fragebogen An- und Zugehörige zur APN-Patientenversorgung t0

Ausgangserhebung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

- Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.

Beispiel 1:

Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein:

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	nicht einschätzbar
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☒	☐	☐	☐

- Manche Fragen sind blockweise angegeben – dies ist dann der Fall, wenn sich die Frage auf mehrere Dinge bzw. Aspekte gleichzeitig bezieht: Geben Sie in diesen Fällen bitte für jede Zeile eine Antwort.

Beispiel 2:

Wie schätzen Sie die aktuelle Situation des Patienten/der Patientin ein, bezogen auf seine(n)/ihre(n) ...

	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☒	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☒	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen u. Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☒	☐	☐	☐

3. Sollte in einer Liste von möglichen Antworten keine Nennung auf Sie zutreffen bzw. eine aus Ihrer Sicht passende Antwortmöglichkeit fehlen, haben Sie bei manchen Fragen die Möglichkeit, selbst eine Antwort einzutragen. Kreuzen Sie dazu bitte zunächst die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ an und tragen dann handschriftlich Ihre Antwort auf der dahinter befindlichen Linie ein.

Beispiel 3:

In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten/der Patientin?

- ☐ Ehegatte/Lebensgefährte
- ☐ Geschwister
- ☐ Sohn/Tochter
- ☐ Schwiegersohn/Schwiegertochter
- ☒ Sonstiges: Schwägerin

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Code Patient/-in (wird von dem/der APN ausgefüllt): _____

Start des Fragebogens

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der Ihrer Meinung nach zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Zunächst bitten wir Sie, einige persönliche Angaben zu machen.

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten/der Patientin?

- ☐ Ehegatte/Lebensgefährte
- ☐ Geschwister
- ☐ Sohn/Tochter
- ☐ Schwiegersohn/Schwiegertochter
- ☐ Sonstiges: _____

4. Wie oft sehen Sie den Patienten/die Patientin?

- ☐ ständig (zusammen lebend)
- ☐ täglich
- ☐ mehr als 1x pro Woche
- ☐ ca. 1x pro Woche
- ☐ seltener als 1x pro Woche

Bitte treffen Sie zunächst einige Einschätzungen zur aktuellen Situation des Patienten/der Patientin.

Bitte versuchen Sie eine Einschätzung zu treffen, wie gut es dem Patienten/der Patientin in dem jeweiligen Bereich momentan geht oder ob es dort aus Ihrer Sicht einen Änderungsbedarf gibt. Falls in einem Bereich (z. B. Mobilität oder Selbstständigkeit) Probleme bestehen, die der Patient/die Patientin jedoch alleine oder mit bereits bestehender Unterstützung durch Sie bzw. andere Personen (z. B. andere Angehörige, Nachbarn) oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Medikamente) derzeit gut bewältigen kann, dann kann es dem Patienten/der Patientin trotz der Probleme hier auch gut oder sogar sehr gut gehen. Dann gäbe es keinen oder nur wenig Änderungsbedarf.

5. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation des Patienten/der Patientin ein, bezogen auf seine(n)/ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen und Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Stoffwechsel (<i>Blutzuckerwerte, Schilddrüsenfunktion, Gicht etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... geistige Verfassung (<i>Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Kontinenz/Inkontinenz (<i>bezogen auf Urin und/oder Stuhlgang</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Hautzustand (<i>Wunden, Wassereinlagerungen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Schmerzen (<i>Kopf, Gelenke, Weichteile etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... medikamentöse Versorgung (<i>angemessene Art/Menge, korrekte Einnahme etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, seine/ihre eigenen Werte und Bedürfnisse in seinem/ihrem Leben zu berücksichtigen (<i>z. B. religiöse Werte, Sicherheit, Eigenständigkeit</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, selbst Einfluss auf seine/ihre Lebens- und Gesundheitssituation zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
... Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (<i>Telefonieren, Kochen, Einkaufen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 5:
Wie schätzen Sie die aktuelle Situation des Patienten/der Patientin ein, bezogen auf seine(n)/ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungsbedarf)	eher gut (leichter Änderungsbedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungsbedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungsbedarf)	nicht einschätzbar
... häusliche Lebenssituation (<i>bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... soziale Situation (<i>soziale Kontakte, Hobbys, Einbindung in Gruppen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zu Ihren Erwartungen an die Patientenversorgung durch den/die APN.

Diese Fragen beziehen sich zum Teil auf Sie persönlich und zum Teil auch auf den Patienten/die Patientin oder die Versorgung durch den/die APN. Bitte beachten Sie deshalb die jeweilige Formulierung der Aussagen.

6. Welche Erwartungen haben Sie in Bezug auf die Versorgung durch den/die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Der Patient/Die Patientin und/oder ich sind <u>besser über seine/ihre Gesundheit informiert</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich können besser <u>beurteilen</u> , ob er/sie eine Besprechung/Untersuchung <u>bei seinem/ihrer Hausarzt bzw. seiner/ihrer Hausärztin</u> braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich erhalten <u>Empfehlungen</u> , die er/sie und/oder ich sehr gut <u>im Alltag umsetzen kann</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin und/oder ich erfahren von <u>neuen Unterstützungsangeboten</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin wird selbst <u>aktiver</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin und/oder ich haben eine wirksame Hilfestellung bei der <u>Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich werden besser mit der <u>Einnahme seiner/ihrer Medikamente</u> zurechtkommen (z. B. <i>richtige Dosierung, günstigerer Zeitpunkt, keine Einnahme unnötiger Medikamente</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/die Patientin wird eine bessere <u>medizinisch-pflegerische Versorgung</u> haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hilft dem Patienten/der Patientin bei seinen/ihren gesundheitlichen Beschwerden (z. B. <i>Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden</i>).	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Abstimmungen</u> von Patient/Patientin und/oder mir mit der <u>Hausarztpraxis</u> (<i>Arzt/Ärztin oder anderen Praxis-Mitarbeitern/Praxis-Mitarbeiterinnen</i>) werden besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Abstimmungen</u> von Patient/Patientin und/oder mir mit anderen Personen des Gesundheitswesens (z. B. <i>Fachärzte/Fachärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Pflegedienst</i>) werden besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin wird mehr <u>Personen</u> haben, die ihn/sie im Alltag <u>unterstützen</u> (z. B. <i>Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde</i>).	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 6:
Welche Erwartungen haben Sie in Bezug auf die Versorgung durch die APN?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Der Patient/Die Patientin wird mehr <u>soziale Kontakte</u> haben (z. B. Nachbarschaft, Vereine, Seniorentreff).	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin wird <u>länger zu Hause/im familiären Umfeld verbleiben</u> können (Verzögerung/Vermeidung einer Pflegeheimeinweisung).	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Ich</u> werde entlastet.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte <u>keine</u> für mich oder den Patienten/die Patientin <u>hilfreiche Unterstützung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

Nun bitten wir Sie noch um einige allgemeine Einschätzungen.

7. Wie stark beeinträchtigen die Problemlagen des Patienten/der Patientin aktuell Ihre eigene Lebensqualität?

	sehr stark	eher stark	eher gering	sehr gering	<i>nicht einschätz- bar</i>
Die Problemlagen des Patienten/der Patientin beeinträchtigen meine eigene Lebensqualität aktuell ...	☐	☐	☐	☐	☐

8. Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein?

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	<i>nicht einschätzbar</i>
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☐	☐	☐	☐

9. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 2340
55013 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Fragebogen An- und Zugehörige zur APN-Patientenversorgung t2 Abschlusserhebung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

1. Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.

Beispiel 1:

Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein:

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	nicht einschätzbar
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☒	☐	☐	☐

2. Sollte in einer Liste von möglichen Antworten keine Nennung auf Sie zutreffen bzw. eine aus Ihrer Sicht passende Antwortmöglichkeit fehlen, haben Sie bei manchen Fragen die Möglichkeit, selbst eine Antwort einzutragen. Kreuzen Sie dazu bitte zunächst die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ an und tragen dann handschriftlich Ihre Antwort auf der dahinter befindlichen Linie ein.

Beispiel 2:

In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten/der Patientin?

- ☐ Ehegatte/Lebensgefährte
- ☐ Geschwister
- ☐ Sohn/Tochter
- ☐ Schwiegersohn/Schwiegertochter
- ☒ Sonstiges: Schwägerin

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Code Patient/-in (wird von dem/der APN ausgefüllt): _____

Start des Fragebogens

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte möglichst spontan durch Ankreuzen der Ihrer Meinung nach zutreffenden Antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Zunächst bitten wir Sie, einige persönliche Angaben zu machen.

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten/der Patientin?

- ☐ Ehegatte/-in / Lebensgefährte/-in
- ☐ Geschwister
- ☐ Sohn/Tochter
- ☐ Schwiegersohn/Schwiegertochter
- ☐ Sonstiges: _____

4. Wie oft sehen Sie den Patienten/die Patientin?

- ☐ ständig (zusammen lebend)
- ☐ täglich
- ☐ mehr als 1x pro Woche
- ☐ ca. 1x pro Woche
- ☐ seltener als 1x pro Woche

Bitte treffen Sie zunächst einige Einschätzungen zur aktuellen Situation des Patienten/der Patientin.

Bitte versuchen Sie eine Einschätzung zu treffen, wie gut es dem Patienten/der Patientin in dem jeweiligen Bereich momentan geht oder ob es dort aus Ihrer Sicht einen Änderungsbedarf gibt. Falls in einem Bereich (z. B. Mobilität oder Selbstständigkeit) Probleme bestehen, die der Patient/die Patientin jedoch alleine oder mit bereits bestehender Unterstützung durch Sie bzw. andere Personen (z. B. andere Angehörige, Nachbarn) oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Medikamente) derzeit gut bewältigen kann, dann kann es dem Patienten/der Patientin trotz der Probleme hier auch gut oder sogar sehr gut gehen. Dann gäbe es keinen oder nur wenig Änderungsbedarf.

5. Wie schätzen Sie die aktuelle Situation des Patienten/der Patientin ein, bezogen auf seine(n)/ihre(n)...?

	sehr gut (kein Änderungs- bedarf)	eher gut (leichter Änderungs- bedarf)	eher schlecht (erheblicher Änderungs- bedarf)	sehr schlecht (sehr hoher Änderungs- bedarf)	nicht einschätzbar
... körperliche Gesundheit (<i>Herz-Kreislauf-System, Atmung, Ausdauer etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Mobilität/Bewegungsfähigkeit (<i>Kraft, Beweglichkeit, Gehfähigkeit etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Ernährung (<i>Essen und Trinken, Menge, Art etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Stoffwechsel (<i>Blutzuckerwerte, Schilddrüsenfunktion, Gicht etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... geistige Verfassung (<i>Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Kontinenz/Inkontinenz (<i>bezogen auf Urin und/oder Stuhlgang</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Hautzustand (<i>Wunden, Wassereinlagerungen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Schmerzen (<i>Kopf, Gelenke, Weichteile etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... medikamentöse Versorgung (<i>angemessene Art/Menge, korrekte Einnahme etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, seine/ihre eigenen Werte und Bedürfnisse in seinem/ihrem Leben zu berücksichtigen (<i>z. B. religiöse Werte, Sicherheit, Eigenständigkeit</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Möglichkeit, selbst Einfluss auf seine/ihre Lebens- und Gesundheitssituation zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
... Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (<i>Telefonieren, Kochen, Einkaufen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... häusliche Lebenssituation (<i>bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... soziale Situation (<i>soziale Kontakte, Hobbys, Einbindung in Gruppen etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
... Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zum Ablauf der APN-Versorgung.

Diese Fragen beziehen sich zum Teil auf den Patienten/die Patientin alleine und zum Teil auch auf Sie und den Patienten/die Patientin gemeinsam. Bitte beachten Sie deshalb die jeweilige Formulierung der Aussagen.

6. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf die Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Der Patient/Die Patientin und/oder ich konnten die <u>Themen und den Verlauf der APN-Versorgung mitbestimmen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich hatten <u>Gelegenheit, Fragen zu stellen</u> , wenn wir etwas nicht verstanden haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich wussten von Anfang an, wie wir den/die APN <u>telefonisch erreichen</u> können.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin war im Zeitraum der APN-Versorgung <u>aktiv</u> und hat durch sein/ihr Handeln seine/ihre Gesundheit positiv beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐
In der APN-Versorgung wurde der Patient/die Patientin <u>aufgefordert, selber aktiv zu werden</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich hatten volles <u>Vertrauen</u> zum/zur APN.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hatte ein hohes <u>Fachwissen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat die <u>gesundheitliche Situation</u> des Patienten/der Patientin (z. B. Ursachen seiner/ihrer Beschwerden) richtig <u>erkannt</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hatte gute <u>Lösungen</u> für die <u>gesundheitlichen Beschwerden</u> des Patienten/der Patientin (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden).	☐	☐	☐	☐	☐
In der APN-Versorgung konnten der Patient/die Patientin und/oder ich <u>eigene Ziele</u> setzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine und/oder die Sicht des Patienten/der Patientin zur Situation und meine/seine/ihre <u>Meinung</u> waren gefragt.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich wurden aufgefordert, <u>eigene Vorschläge</u> zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat die <u>persönliche Situation</u> des Patienten/der Patientin berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 6:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf die Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Die <u>Länge</u> der Versorgungstermine war genau richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Häufigkeit</u> der Versorgungstermine war genau richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Zusammenarbeit</u> zwischen dem Patienten/der Patientin und dem/der APN war insgesamt sehr gut.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Zusammenarbeit</u> zwischen mir und dem/der APN war insgesamt sehr gut.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte machen Sie nun einige Angaben zu den Auswirkungen der APN-Versorgung.

Diese Fragen beziehen sich ebenfalls zum Teil auf den Patienten/die Patientin alleine und zum Teil auch auf Sie und den Patienten/die Patientin gemeinsam. Bitte beachten Sie deshalb die jeweilige Formulierung der Aussagen.

7. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre aktuelle Situation nach der Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Der Patient/Die Patientin und/oder ich sind <u>besser über seine/ihre Gesundheit informiert</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich können jetzt besser <u>beurteilen</u> , ob er/sie eine <u>Konsultation</u> (Besprechung/ Untersuchung) <u>bei seinem/ihrer Hausarzt</u> braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich können die <u>Empfehlungen des/der APN</u> sehr gut <u>im Alltag umsetzen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich haben <u>von neuen Unterstützungsangeboten erfahren</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin ist <u>aktiver</u> geworden.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin und/oder ich hatten eine wirksame Hilfestellung bei der <u>Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung zu Frage 7:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf die Versorgung durch den/die APN zu?

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	nicht einschätzbar
Der Patient/Die Patientin und/oder ich kommen <u>besser mit der Einnahme seiner/ihrer Medikamente zurecht</u> (z. B. richtige Dosierung, günstigerer Zeitpunkt, keine Einnahme unnötiger Medikamente).	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin hat eine <u>bessere medizinisch-pflegerische Versorgung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Der/Die APN hat dem Patienten/der Patientin bei seinen/ihren <u>gesundheitlichen Beschwerden</u> (z. B. Schmerzen, offene Wunden, Atembeschwerden) gut geholfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Abstimmungen</u> von Patient/Patientin und/oder mir mit der <u>Hausarztpraxis</u> (Arzt/Ärztin oder andere Praxis-Mitarbeiter/Praxis-Mitarbeiterinnen) verlaufen besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Die <u>Abstimmungen</u> von Patient/Patientin und/oder mir mit <u>anderen Personen des Gesundheitswesens</u> (z. B. Fachärzte/Fachärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Pflegedienst) verlaufen besser.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin hat mehr <u>Personen, die ihn/sie im Alltag unterstützen</u> (z. B. Angehörige, Nachbarschaft, Vertreter/-innen der Kirchengemeinde).	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin hat mehr <u>soziale Kontakte</u> (z. B. Nachbarschaft, Vereine, Seniorentreff).	☐	☐	☐	☐	☐
Der Patient/Die Patientin kann/konnte <u>länger zu Hause/ im familiären Umfeld verbleiben</u> (Verzögerung/ Vermeidung einer Pflegeheimweisung).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin <u>entlastet</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Es gab <u>keine</u> für den Patienten/die Patientin und/oder mich <u>hilfreiche Unterstützung</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

Nun bitten wir Sie noch um einige allgemeine Einschätzungen.

8. Wie zufrieden sind Sie persönlich ...

	sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	weitgehend unzufrieden	sehr unzufrieden	nicht einschätzbar
... mit der <u>Beratung</u> durch den/die APN?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... mit der <u>medizinisch-pflegerischen Versorgung</u> durch den/die APN?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... mit der APN-Versorgung <u>insgesamt</u> ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Wie gut wurde aus Ihrer Sicht dem Patienten/der Patientin insgesamt durch die APN-Versorgung geholfen?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Wie gut wurde Ihnen persönlich insgesamt durch die APN-Versorgung geholfen?

sehr gut	weitgehend gut	eher gut	eher schlecht	weitgehend schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Wie stark beeinträchtigen die Problemlagen des Patienten/der Patientin aktuell Ihre eigene Lebensqualität?

	sehr stark	eher stark	eher gering	sehr gering	nicht einschätzbar
Die Problemlagen des Patienten/der Patientin beeinträchtigen meine eigene Lebensqualität aktuell ...	☐	☐	☐	☐	☐

12. Wie schätzen Sie Ihre eigene Lebensqualität zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt ein?

	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering	nicht einschätzbar
Meine Lebensqualität ist aktuell insgesamt ...	☐	☐	☐	☐	☐

13. Würden Sie das Angebot der APN-Patientenversorgung noch einmal in Anspruch nehmen?

- ☐ ja, auf jeden Fall
- ☐ eher ja
- ☐ eher nicht
- ☐ nein, auf keinen Fall

Bitte begründen Sie kurz Ihre Einschätzung (falls möglich):

14. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen nun in den mitgelieferten Umschlag und senden ihn zurück an folgende Adresse:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS
PF 87
55247 Mainz

Bei Nutzung des mitgelieferten Umschlags übernimmt die Katholische Hochschule Mainz das Porto.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Informationsveranstaltung zum Forschungsprojekt



Fallbezogene Versorgung
multimorbider
Patienten/Patientinnen in
der Hausarztpraxis durch
masterqualifizierte Pflegende

Prof.in Dr. Renate Stemmer
Konsortialführung Projekt FAMOUS
Karin Herrmany-Maus
Wissenschaftliche Mitarbeiterin FAMOUS

27.Oktober 2021

- ▶ Eckpunkte des Projektes FAMOUS
- ▶ Konsortialführung – Konsortialpartner - Kooperationspartner
- ▶ Projektteam
- ▶ Rolle und Aufgabe der Advanced Practice Nurse (APN)
- ▶ Einschlusskriterien und Rekrutierung der teilnehmenden Patient/innen
- ▶ Integration der APN in die Hausarztpraxis
- ▶ Zusammenarbeit KH Mainz - Hausarztpraxis
- ▶ Evaluationskonzept Uni Mainz
- ▶ Monitoringkonzept Kath. Hochschule



Begriffsklärungen

FAMOUS

FAMOUS steht für ‚Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APNs)‘

APN

Advanced Practice Nurses (APNs) sind Pflegefachpersonen

- ▶ mit mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Pflegepraxis
- ▶ mit einem akademischen Hochschulabschluss auf Masterniveau (d.h. ein 5 jähriges Studium)



Projektziel

Erprobung eines Verfahrens zur:

- ▶ Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation multimorbider Patienten und Patientinnen
- ▶ Reduktion der Notfallkontakte sowie insgesamt der Nutzung weiterer versorgender Institutionen
- ▶ Herstellen von Versorgungskontinuität bei Wechseln zwischen Versorgern
- ▶ Entlastung der Hausärzte und Hausärztinnen insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen



- ▶ Laufzeit von 3,5 Jahren (42 Monate)
- ▶ Beteiligung der Hausarztpraxen: vom 01.04.2021 bis 30.09.2023 (30 Monate)
- ▶ Förderung: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

[illegible]

Konsortialführung

Prof.in Dr. Renate Stemmer
Fachbereich Gesundheit & Pflege
Katholische Hochschule Mainz



- ▶ Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- ▶ BKK Landesverband Mitte
- ▶ Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
- ▶ Prof.in Dr. Karin Wolf-Ostermann, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen



- ▶ Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
- ▶ Hausärzteverband RLP
- ▶ Landespflegekammer RLP
- ▶ Landesverband Geriatrie RLP
- ▶ Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit RLP
- ▶ Universität Köln
- ▶ Verbraucherzentrale RLP als Patientenvertretung
- ▶ Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften



Projektteam



Olivia Wöhrle



Christina Ströhm



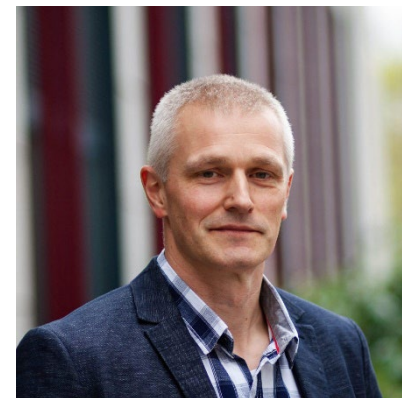
Karin Herrmany-Maus



Dorothea Kollmus



Sophie Petri



Joachim Klein

Die APN



Profil der APN

Die APN:

- ▶ ist zuständig für die Versorgung von multimorbiden Patienten und Patientinnen,
- ▶ handelt personenzentriert, d.h. sie beachtet individuelle Bedürfnisse und die individuelle Lebenssituation
- ▶ handelt evidenzbasiert, d.h. sie integriert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse
- ▶ beachtet gesellschaftliche, berufliche, organisatorische, gesetzliche und politische Rahmenbedingungen



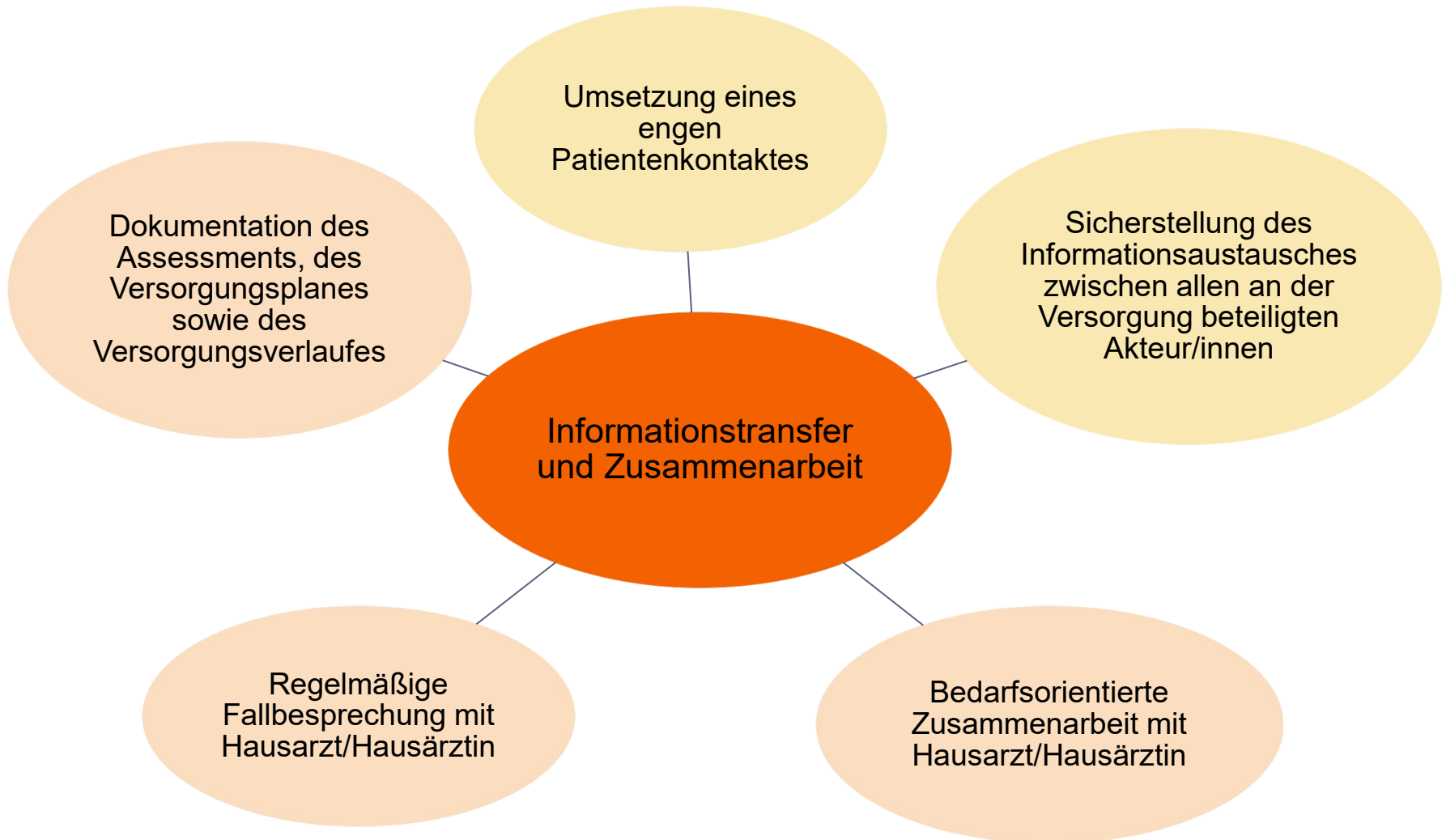
Aufgaben der APNs



Aufgaben der APNs



Aufgaben der APNs



APN Schulung

- 4 Monatige Theoriephase
- Vor dem Einsatz in den Arztpraxen
- 240h
- 2-3 Tage-Blöcke

04 – 07/21

09/21

- Zwischenprüfung

- Theorieeinheiten begleitend zur Interventionsphase
- 110h Präsenzphase (2-3 Tage-Blöcke)
- Praxisreflexion

11/21 –
09/22

09/22

- Abschlussprüfung

Gesamtstundenanzahl: 500h
Schulungsort:
Mainz oder digital

Die Patient/innen und deren Rekrutierung



iStock 694433180 boyie15

Patienten und Patientinnen können unter folgenden Voraussetzungen am Projekt teilnehmen:

- ▶ medizinische Diagnose von **mindestens drei chronischen Erkrankungen**, wovon drei Erkrankung seit mindestens einem Jahr wenigstens 3mal in 4 Quartalen Anlass zu ärztlicher Behandlung gegeben hat
- ▶ Mindestalter **18 Jahre**

Rolle des Praxisteam

- ▶ Patienten und Patientinnen, die die Teilnahmebedingungen erfüllen, erhalten bei der Anmeldung von dem/der MFA einen Informationsflyer zur Projektteilnahme.
- ▶ Alle geeigneten Patienten und Patientinnen, die keinen Praxisbesuch absolvieren können, erhalten beim Hausbesuch einen Informationsflyer zur Projektteilnahme.

Rolle der Hausärzte/Hausärztinnen

- ▶ Information geeigneter Patienten und Patientinnen hinsichtlich der Möglichkeit der Projektteilnahme.
- ▶ Information geeigneter Patienten und Patientinnen über Wesen, Bedeutung und Tragweite sowie die Inhalte und Ziele des Angebots im Rahmen des Projekts FAMOUS.

Rolle der Hausärzte/Hausärztinnen

- ▶ Aufklärung geeigneter Patienten und Patientinnen über die Aufgaben der APNs und die Möglichkeit der Teilnahme
- ▶ Aufklärung geeigneter Patienten und Patientinnen über die Widerrufsmöglichkeit
- ▶ Aufklärung über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten der teilnehmenden Patienten und Patientinnen
- ▶ Übermittlung des Behandlungsvertrag zur Teilnahme am Projekt FAMOUS an die an der Teilnahme interessierten Patienten und Patientinnen.

Teilnahmevoraussetzungen

- ▶ Sie leiden an mindestens drei chronischen Erkrankungen und hatten in den vergangenen 12 Monaten deswegen in mindestens drei von vier Quartalen Kontakt mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin
- ▶ Sie wohnen in Rheinland-Pfalz
- ▶ Sie sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland versichert
- ▶ Sie sind mindestens 18 Jahre alt

Wie kann ich teilnehmen?

Wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin und teilen Sie ihm/ihr Ihr Interesse mit. Er/Sie informiert Sie über die Vorteile und Grenzen der neuen Versorgungsform und händigt Ihnen weiteres Informationsmaterial aus.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie bestätigen dies mit einer schriftlichen Einwilligungserklärung. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne, dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen, widerrufen werden.

Wie lange ist die APN Sabine Bott für mich da?

Sie werden über einen Zeitraum von 12 Monaten durch Ihre APN Sabine Bott medizinisch-pflegerisch versorgt. Der Zeitraum beginnt frühestens am 01.10.2021 und endet spätestens am 30.09.2023.



Kommen Kosten auf mich zu?

Durch die Teilnahme am FAMOUS-Projekt entstehen Ihnen keine Kosten. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) trägt die Gesamtkosten des Projektes.

Forschungsergebnisse und Datenschutz

Die Ergebnisse des FAMOUS-Projektes werden von der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der Katholischen Hochschule Mainz ausgewertet.

Hierfür werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet. Mit der Projektteilnahme erhalten Sie deshalb eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung.

Ihre persönlichen Daten werden streng vertraulich gemäß der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), sofern anwendbar, dem Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG), dem Sozialgesetzbuch (SGB) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), behandelt.

Kontakt

Praxis Curamed
Schwerdstraße 5-7, 67574 Osthofen
Telefon: 06242 915121
E-Mail: info@praxis-curamed.de

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.kh-mz.de/famous



Profitieren Sie von einem
neuen Versorgungsangebot
Patienteninformation
zur Teilnahme am Projekt FAMOUS

- ▶ Integration des/der APN ins Praxisteam z.B. Teilnahme an Teambesprechungen
- ▶ Zugang zu Patientenakten für APN
- ▶ Zusammenarbeit zwischen Hausarzt/Hausärztin und APN
 - ▶ Fallbezogene Regelkommunikation
 - ▶ Bedarfsorientierte Kommunikation
- ▶ Raum- und Materialausstattung
 - ▶ Organisation der Raumnutzung,
 - ▶ Arbeitsplatzausstattung,
 - ▶ Medizinisches Verbrauchsmaterial, Bestellprozesse
- ▶ Mobilität des/der APN



Fallbezogene Regelkommunikation in wöchentlichen Fallbesprechungen

- ▶ Der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin stellt dem/der APN **vor** dem ersten Patientenkontakt die Krankengeschichte und die aktuelle Behandlung vor.
- ▶ Nach dem Beginn der Versorgung durch den/die APN stellt der/die APN dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin den aktuellen Zustand und den Versorgungsverlauf vor.
- ▶ Kostenwirksame medizinische Diagnostik wird von dem Hausarzt/der Hausärztin genehmigt.
- ▶ Medizinische Therapieanpassungen werden von dem Hausarzt/ der Hausärztin entschieden.
- ▶ Der Hausarzt/Die Hausärztin unterzeichnet das von dem/der APN erstellte Protokoll der Fallbesprechung.

Bedarfsorientierte Kommunikation

- ▶ Der Hausarzt/die Hausärztin ermöglicht eine kurzfristige Rücksprache, wenn der/die APN in der Patientenbehandlung bspw. bei den Hausbesuchen Unterstützungsbedarf hat.

- ▶ HA-Praxis: Benennung von Ansprechpartner/innen:
 - ▶ Hausarzt
 - ▶ Medizinische Fachangestellte
- ▶ KH: Zur-Verfügung-Stellung einer Ansprechpartnerin
- ▶ Vierteljährlich Regelkommunikation
- ▶ HA-Praxis: Erfassung und Weiterleitung der Patientendaten auch evtl. des Widerrufs
- ▶ HA-Praxis: Entwicklung und Zur-Verfügungstellung des Konzeptes zur Prozess – und Strukturanpassung
- ▶ KH: Erstattung der Kosten

Bedarfsanmeldung Sachmittel

ANSCHRIFT DER HAUSARZTPRAXIS/STEMPEL DER PRAXIS:

DATUM DER BEDARFSANMELDUNG	ANFORDERNDER/ANFORDERNDE APN

MENGE (durch den/die APN auszufüllen)	ARTIKELBEZEICHNUNG (durch den/die APN auszufüllen)	PREIS/VE (durch die Praxis auszufüllen)	BETRAG (durch die Praxis auszufüllen)
		SUMME	

Bestätigung des projektbezogenen Bedarfs:

 UNTERSCHRIFT APN DATUM

Finanzielle Prüfung und Genehmigung:

 NAME IN DRUCKSCHRIFT

 UNTERSCHRIFT (HAUSARZT/HAUSÄRZTIN
 ODER BERECHTIGTE VERTRETUNG) DATUM

Senden Sie eine Kopie der
 Bedarfsanmeldung inklusive Rechnung
 der bezahlten Artikel bitte postalisch
 oder digital an:

Katholische Hochschule Mainz
Projekt FAMOUS

DOROTHEA KOLLMUS
SAARSTRASSE 1
55122 Mainz
dorothea.kollmus@kh-mz.de

Externe Evaluation

E-Mail – Renate.Stemmer@kh-m... x Projektumsetzung : Katholische x +

https://www.kh-mz.de/forschung/famous/projekt-und-team/projektumsetzung/

Outlook Web App Katholische Hochsc... DGP DeepL Übersetzer Evidence Synthesis... Directory of Open... OpenOlat - infinite... Weitere Favoriten

Projekt und Team

Projektteam

Projektumsetzung

Projektbeirat

Patienten/Patientinnen
und Angehörige

Hausarztpraxen

Advanced Practice Nurses
(APN)

Forschung

Presse & Aktuelles

Forschungsservice

Kooperative Promotion

Qualitätssicherung

Regelungen und Formulare

Kontakt

Konsortialpartner

Drei der vier Konsortialpartner sind an der Projektumsetzung beteiligt:

- Das **IMBEI** ist zuständig für die Evaluation.



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Mitarbeitende des IMBEI im Projekt sind:



Dr. rer. physiol. Emilio Gianicolo

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Rolle im Projekt: Koordinator der Evaluation

Qualifikationen: Epidemiologie, Statistik



Britta Büchler, M.Sc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Rolle im Projekt: Qualitative und Quantitative Evaluation

Qualifikationen: Epidemiologie, Soziologie



Matthias Büttner, M.Sc.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Rolle im Projekt: gesundheitsökonomische Evaluation

Qualifikationen: Epidemiologie, Gesundheitsökonomie

Evaluationskonzept IMBEI

Vorgehen zur Evaluierung :

Interventionsgruppe (1200 Pat.): erhält 12monatige Versorgung durch APN

 Davon ca. 100 in Ihrer Praxis **Kontrollgruppe (2400 Pat.):** erhält die normale Versorgung

Indikatoren für die Messung des Erfolges

- ▶ Anzahl der Notfallkontakte
- ▶ Nutzung weiterversorgender Institutionen

Befragung von Hausärzten/Hausärztinnen (2x), APNs und Patienten/Patientinnen (1x) in Form von Telefoninterviews zu ihren Erwartungen an und Erfahrungen mit dem Einsatz der APN



Monitoringkonzept KH

Ziel: Erkenntnisse über die Qualität von Prozessen und Ergebnissen der im Rahmen des Projekts „FAMOUS“ eingesetzten Advanced Practice Nurses (APN)

Die Erhebung der Daten findet statt in Form von:

- ▶ standardisierter Patientendokumentation
- ▶ standardisierten Fragebögen für Hausärzte und Hausärztinnen (2x)
- ▶ Interviews mit den MFAs (2x je eine MFA und eine NäPa)
- ▶ Interviews mit den APNs (3x)
- ▶ Standardisierten Fragebögen für Patienten und Patientinnen (2x)
- ▶ standardisierten Fragebögen für An- und Zugehörige der Patienten und Patientinnen (2x)

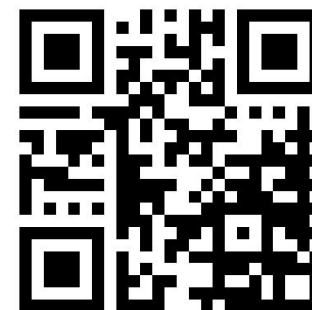




Kontakt:

renate.stemmer@kh-mz.de

karin.herrmany-maus@kh-mz.de





Modulplan

der Fortbildung für Advanced Practice Nurses im Projekt FAMOUS

Modultitel:	1 Projektorganisation		
Veranstaltung:	1.1 Einführung	Phase: 1	
Dozentinnen:	<i>Projektteam</i>		Termin: 12.04.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 8 Std.	Eigenstudium: 3,5 Std.	Lehrform/Methode: Vortrag
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen das Forschungsvorhaben sowie dessen Projektinhalte und -abläufe • ordnen das Forschungsvorhaben in das aktuelle Geschehen der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein • entwickeln erste kritische Fragestellungen zum Projektinhalt, -ablauf und der Umsetzung		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Projektvorstellung • Projektaufbau		

Modultitel:	1 Projektorganisation		
Veranstaltung:	1.2 Datenerhebung und Datenmanagement	Phase: 1	
Dozentinnen:	<i>Andrea Csipak; Funda Seleserpe LL.M.; Projektteam</i>		Termin: 21.07.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 8 Std.	Eigenstudium: 3,5 Std.	Lehrform/Methode: Vortrag, seminaristischer Unterricht, praktische Übung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen die Methoden der Datenerhebung und -auswertung und des geplanten Implementierungsvorhabens • verstehen die Methodenauswahl und begründen diese • wenden die Dokumentationsvorgaben sicher und unter Berücksichtigung des Datenschutzes an • reflektieren im Rahmen von Interviews über ihre erlangten Kompetenzen durch die Schulung sowie ihre Erwartungen an den APN-Einsatz in der HA-Praxis		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• projektbezogene Datenerhebung • Software zur Datenauswertung • Dokumentation von Patientenkonsultationen und Fallbesprechungen • Weiterleitung von Daten zur wissenschaftlichen Verarbeitung (an das IMBEI und die KH) • qualitative Interviews mit den APNsⁱ		

Modultitel:	2 Rechtliche Rahmenbedingungen der HA-Praxis		
Veranstaltung:	2.1 Das Setting der HA-Praxis als spezifisches Versorgungsangebot im Gesundheitswesen	Phase: 1	
Dozent/-in:	<i>Sarah Dietz; Thorben Kleese; Projektteam</i>		Termin: 05.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 8 Std.	Eigenstudium: 4 Std.	Lehrform/Methode: Vortrag, seminaristischer Unterricht, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen und vergleichen die organisatorischen Rahmenbedingungen sowie Routinen und Abläufe von HA-Praxen in Abgrenzung zu anderen Settings (Krankenhaus, ambulante Pflege etc.) • kennen und vergleichen die Kultur von HA-Praxen in Abgrenzung zu anderen Settings (Krankenhaus, ambulante Pflege etc.) • kennen die Richtlinien zum Umgang mit Covid-19 in der HA-Praxis und setzen sie um • vertiefen ihre Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Strukturen von HA-Praxen, ordnen die HA-Praxis rechtlich ein und unterscheiden sie von den rechtlichen Grundlagen anderer Settings		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Struktur und Funktionsweise von HA-Praxen (inklusive Kassenmedizin bzw. WANZ-Kriterien, pharmakologische Zielvereinbarungen, Beschränkungen von Heilmitteln) • Aufgaben und Zuständigkeiten in HA-Praxen • Umgang mit Covid-19 in der HA-Praxisⁱⁱ • Rechtsgrundlage der HA-Praxis		

Modultitel:	2 Rechtliche Rahmenbedingungen der HA-Praxis		
Veranstaltung:	2.2 Rechtsrahmen des APN-Einsatzes	Phase: 1	
Dozent:	<i>Prof. Dr. Jur. Thomas Schlegel</i>		Termin: 12.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 8 Std.	Eigenstudium: 4 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen die rechtlichen Rahmenbedingungen der Advanced Nursing Practice im hausärztlichen Kontext • kennen die rechtlichen Bedingungen der Pflege und Versorgung von Patienten/Patientinnen mit Multimorbidität mit Hilfe- und Pflegebedarf aufgrund von Krankheit oder Behinderung • wissen um mögliche Leistungsansprüche der Patienten/Patientinnen und zeigen sie auf		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Delegationsrichtlinie/Heilkundeübertragung (§63 Abs. 3c SGB V)ⁱⁱⁱ • SGB (Krankenversicherung, Pflegeversicherung; Leistungen der Sozialhilfe, Leistungen zur Teilhabe, Finanzierung der einzelnen Leistungen)^{iv}		

Modultitel:	3 Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen person-zentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltungen:	3.1 Patienten/Patientinnen mit kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Depression) versorgen	Phase: 1	
Dozent:	<i>Dr. med. Carsten Schnieder</i>		Termine: 20.04.21,

			27.04.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Recherche, Fallarbeit, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen spezifische Symptome sowie Ursachen/Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren kognitiver und psychiatrischer Erkrankungen und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen • erkennen Veränderungen in der Symptomatik und legen diese zusätzlich anhand von leitlinienbasierter Diagnostik/Labordiagnostik dar • kennen leitlinienbasierte Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie kognitiver und psychiatrischer Erkrankungen und leiten deren Einsatz aus Symptomatik und Diagnostik ab • passen ihre pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Krankheitsverlaufes evidenzbasiert an • planen ihr Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Beratung anhand der aktuell gültigen Leitlinien der kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Symptomatik von kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen • Spezifische Diagnostik kognitiver und psychiatrischer Erkrankungen • Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie bei kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen • Herangehensweise „vom Phänomen her denken“ für die Therapieableitung aus der Diagnostik • Relevante Aspekte der aktuellen Studienlage sowie der momentan gültigen Leitlinien zu kognitiven und psychiatrischen Erkrankungen • Themenspezifische evidenzbasierte Quellen		

Modultitel:	3 Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen person-zentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltungen:	3.2 Patienten/Patientinnen mit Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen (z. B. Atherosklerose, Herzinfarkt, Hypertonie, Asthma) versorgen	Phase: 1	
Dozent:	<i>Dr. med. Alois Pitzen</i>		Termine: 06.05.21, 10.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Recherche, Fallarbeit, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen spezifische Symptome sowie Ursachen/Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren von Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen • erkennen Veränderungen in der Symptomatik und legen diese zusätzlich anhand von Diagnostik/Labordiagnostik dar • schreiben eigenständig ein EKG		

	• kennen Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie von Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen und leiten deren Einsatz aus Symptomatik und Diagnostik ab • passen ihre pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Krankheitsverlaufes und der Pulmologie evidenzbasiert an • planen ihr Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Beratung anhand der aktuell gültigen AWMF- und Nationalen Versorgungsleitlinien der Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Symptomatik von Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen • Spezifische Diagnostik von Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen inklusive EKG • Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie bei Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen • Herangehensweise „vom Phänomen her denken“ für die Therapieableitung aus der Diagnostik • Relevante Aspekte der aktuellen Studienlage sowie der momentan gültigen Leitlinien zu Herz-Kreislauf- und pulmonalen Erkrankungen • Disease-Management-Programm für Menschen mit Koronarer Herzkrankheit (KHK), Asthma bzw. Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) • Themenspezifische evidenzbasierte Quellen

Modultitel:	3 Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen person-zentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltungen:	3.3 Patienten/Patientinnen mit neurologischen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Parkinson) versorgen		Phase: 1
Dozenten:	<i>Dr. med. Vinzenz Fleischer; Robert Ploen</i>		Termine: 26.05.21, 31.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Recherche, Fallarbeit, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen spezifische Symptome sowie Ursachen/Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren neurologischer Erkrankungen und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen • erkennen Veränderungen in der Symptomatik und legen diese zusätzlich anhand von Diagnostik/Labordiagnostik dar • kennen Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie neurologischer Erkrankungen und leiten deren Einsatz aus Symptomatik und Diagnostik ab • passen ihre pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Krankheitsverlaufes evidenzbasiert an • planen ihr Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Beratung anhand der aktuell gültigen Leitlinien der neurologischen Erkrankungen		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Symptomatik von neurologischen Erkrankungen • Spezifische Diagnostik neurologischer Erkrankungen • Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie bei neurologischen Erkrankungen		

	• Herangehensweise „vom Phänomen her denken“ für die Therapieableitung aus der Diagnostik • Relevante Aspekte der aktuellen Studienlage sowie der momentan gültigen Leitlinien zu neurologischen Erkrankungen • Themenspezifische evidenzbasierte Quellen

Modultitel:	3 Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen person-zentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltungen:	3.4 Patienten/Patientinnen mit orthopädischen Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose) versorgen	Phase: 1	
Dozentin:	<i>Dagmar Heinrichs</i>		Termine: 07.07.21, 19.07.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Recherche, Fallarbeit, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen spezifische Symptome sowie Ursachen/Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren orthopädischer Erkrankungen und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen • kennen Theorien und Modelle von (chronischem) Schmerz und erklären dessen Entstehung sowie seine Auswirkungen • erkennen Veränderungen in der Symptomatik und legen diese zusätzlich anhand von Diagnostik/Labordiagnostik dar • kennen Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie orthopädischer Erkrankungen und leiten deren Einsatz aus Symptomatik und Diagnostik ab • passen ihre pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Krankheitsverlaufes evidenzbasiert an • planen ihr Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Beratung anhand der aktuell gültigen Leitlinien der orthopädischen Erkrankungen		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Symptomatik von orthopädischen Erkrankungen • Theorien und Modelle von Schmerz^v • Spezifische Diagnostik orthopädischer Erkrankungen • Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie bei orthopädischen Erkrankungen und (chronischem) Schmerz • Herangehensweise „vom Phänomen her denken“ für die Therapieableitung aus der Diagnostik • Relevante Aspekte der aktuellen Studienlage sowie der momentan gültigen Leitlinien zu orthopädischen Erkrankungen • Themenspezifische evidenzbasierte Quellen		

Modultitel:	3 Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen person-zentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltungen:	3.5 Patienten/Patientinnen mit Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Gicht) versorgen	Phase: 1	
Dozent:	<i>Dr. med. Markus Wallraven</i>		Termine: 22.06.21, 12.07.21

Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Recherche, Fallarbeit, Diskussion
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen spezifische Symptome sowie Ursachen/Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren von Stoffwechselerkrankungen und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen • erkennen Veränderungen in der Symptomatik und legen diese zusätzlich anhand von Diagnostik/Labordiagnostik dar • kennen Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie von Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen und leiten deren Einsatz aus Symptomatik und Diagnostik ab • passen ihre pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Krankheitsverlaufes evidenzbasiert an • planen ihr Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Beratung anhand der aktuell gültigen Leitlinien der Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Symptomatik von Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen • Spezifische Diagnostik von Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen • Möglichkeiten der Therapie und Pharmakologie bei Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen • Herangehensweise „vom Phänomen her denken“ für die Therapieableitung aus der Diagnostik • Relevante Aspekte der aktuellen Studienlage sowie der momentan gültigen Leitlinien zu Stoffwechsel- und Gastrointestinalerkrankungen • Disease-Management-Programm für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes mellitus Typ 2 • Themenspezifische evidenzbasierte Quellen		

Modultitel:	4 Patienten/Patientinnen mit Multimorbidität personenzentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltung:	4.1 Mit medizinischen und psychosozialen Auswirkungen umgehen	Phase: 1	
Dozent:	<i>Dr. med. Dipl.-Theol. Jochen Heckmann</i>		Termine: 19.04.21, 11.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Praxisauftrag: 19,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Fallarbeit, praktische Übung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen die Charakteristika von Multimorbidität • erklären die gegenseitige Einflussnahme chronischer Erkrankungen • leiten die Folgen von Multimorbidität ab • arbeiten medizinische und pflegerische Herausforderungen der Multimorbidität aus • erkennen Prädispositionen und Einflussfaktoren von Multimorbidität und identifizieren sie bei den Patienten/Patientinnen		

	• schätzen die Auswirkungen von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität auf den Alltag und die Lebensqualität der Patienten/Patientinnen ab • wählen Möglichkeiten aus, um die Lebensqualität zu messen sowie zu beurteilen und wenden diese an • synthetisieren die Einzelinformationen und leiten entsprechende evidenzbasierte pflegerische Entscheidungen und Handlungsmaßnahmen ab
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Multimorbidität (drei chronische Erkrankungen; zusätzlich Aspekte wie Inkontinenz, Wunden, Mobilitätseinschränkung, Schmerzen) inklusive Entstehung und Folgen • Definition(en) und Theorien zur Lebensqualität • Assessmentinstrumente der Lebensqualität • DEGAM-Leitlinie „Multimorbidität“^{vi}

Modultitel:	4 Patienten/Patientinnen mit Multimorbidität personenzentriert und evidenzbasiert versorgen		
Veranstaltung:	4.2 Medikamenteninteraktion und Polypharmazie bewältigen und Adherence anregen	Phase: 2	
Dozent/-in:	<i>Alexandra Knisch M.Sc.; Manfred Krüger</i>		Termin: 13.12.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 7 Std.	Eigenstudium: 4 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche, praktische Übung, Fallarbeit
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • wissen um das Problem der Medikamenteninteraktion bei Polypharmazie • prüfen in Rücksprache mit dem Hausarzt/der Hausärztin die Möglichkeit der Medikamentenreduktion • begleiten Patienten/Patientinnen bei der Medikamentenreduktion mit dem Ziel der Toleranz der Patienten/Patientinnen • überprüfen in Rückkopplung mit dem Hausarzt/der Hausärztin die sich aus unterschiedlichen Quellen (verordnet, informell empfohlen und frei käuflich) ergebende Medikamentenvielfalt mit dem Ziel der Lebensqualität und erstellen eine Übersicht • handeln personenzentriert nach den Prinzipien der Adherence • kennen eine anerkannte/evidenzbasierte App zur schnellen Beurteilung von Medikamenteninteraktionen und wenden diese in Fallbeispielen an • reflektieren den sinnvollen Einsatz der App kritisch • kennen die Priscus-Liste sowie die FORTA-Klassifikation, untersuchen ihren Hintergrund und wenden sie in Fallbeispielen an • nutzen App, Priscus-Liste und FORTA-Klassifikation eigenständig im Praxisalltag • vergleichen und bewerten die Vor- und Nachteile verschiedener Hilfsmittel (inklusive App, Priscus-Liste und FORTA-Klassifikation) zur Beurteilung von Medikamenteninteraktion		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Grundzüge der Medikamenteninteraktion und Polypharmazie sowie Maßnahmen zur Abhilfe^{vii} • App zur Medikamenteninteraktion (z. B. Diagnosia oder Arznei aktuell) inklusive Entstehungshintergrund und Einsatzgebiet • Priscus-Liste		

	• FORTA-Klassifikation • Adherence

Modultitel:	5 Den Versorgungsprozess personenzentriert und evidenzbasiert gestalten		
Veranstaltung:	5.1 Evidenzbasierte Assessments einsetzen und personenzentrierte Ziele setzen	Phase: 1	
Dozent:	Marcel Thra M.A.		Termine: 27.05.21, 28.05.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Gruppen-Experten-Rallye, praktische Übung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen und vergleichen Varianten von Anamnesegesprächen und Assessmentinstrumenten • analysieren und hinterfragen Assessmentinstrumente kritisch • wählen eigenständig passende Assessments aus und führen sie mit Patienten/Patientinnen durch (z. B. körperliche Untersuchung, Beurteilung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes, Pflegebegutachtung, räumliches und soziales Umfeld im Hinblick auf Selbstständigkeit) • bauen im Erstgespräch eine kooperative Beziehung zum Patienten/zur Patientin auf • orientieren sich an den Ressourcen des Patienten/der Patientin • führen das Instrumentarium des präventiven Hausbesuchs (Pflegeberatungsinventar, PBI) zur Einschätzung und Beratung der häuslichen Wohn-/Lebenssituation durch • formulieren präzise die gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse aus Anamnese und Assessment auf der Grundlage des hermeneutischen Fallverständnisses • synthetisieren und priorisieren die Einzelinformationen und priorisieren und leiten fundierte pflegerische und medizinische personenzentrierte Ziele ab		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Anamnese- und klinische Assessmentinstrumente für Pflegebedarf und chronische Erkrankungen^{viii} • Kriterien zur Auswahl von Anamnese- und Assessmentinstrumenten • DEGAM-Praxisempfehlung „Das anamnestische Erstgespräch“^{ix} • professioneller Beziehungsaufbau^x • präventiver Hausbesuch^{xi} • Pflegeberatungsinventar (PBI)^{xii} • Bedarfserhebung und Initiierung des Versorgungsprozesses		

Modultitel:	5 Den Versorgungsprozess personenzentriert und evidenzbasiert gestalten		
Veranstaltung:	5.2 Versorgungspläne personenzentriert und evidenzbasiert erstellen, überwachen, evaluieren und ggf. anpassen	Phase: 1 und 2	
Dozent:	Marcel Thra M.A.		Termine: 01.06.21, 16.11.21

Aufwand:	Präsenzzeit: 15 Std.	Praxisauftrag: 18,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, praktische Übung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • leiten unter Berücksichtigung der Personenzentrierung evidenzbasierte pflegerische und medizinische Entscheidungen und Handlungsmaßnahmen aus den gesetzten Zielen ab • initiieren ggf. in Rückkopplung mit dem Arzt/der Ärztin (z. B. bei finanzwirksamen Maßnahmen, evtl. Änderungen des Medikationsplans) auf Grundlage der Versorgungspläne Interventionen • beobachten und kontrollieren die Umsetzung und Wirksamkeit der Maßnahmen • passen ggf. die Interventionen unter Berücksichtigung der Personenzentrierung evidenzbasiert an • gestalten alle Interventionen im Hinblick auf die Schnittstelle von Krankheits-/Therapiefolgen und Alltagsbewältigung • initiieren Fallbesprechungen mit dem Hausarzt/der Hausärztin • stellen den Versorgungsprozess und das eigene autonome Handeln vor und begründen diese gegenüber dem Hausarzt/der Hausärztin • integrieren die pflegewissenschaftlichen Perspektiven in disziplinübergreifende Zusammenhänge		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Clinical Reasoning und (Shared) Decision Making • wesentliche Aspekte der evidenzbasierten Praxis^{xiii} • Schnittstelle von Krankheits-/Therapiefolgen und Alltagsbewältigung • Evaluation und Monitoring des Versorgungsprozesses^{xiv}		

Modultitel:	6 APN-Handeln gemäß den Prinzipien personenzentrierter Versorgung gestalten		
Veranstaltung:	6.1 Behandlungsprinzipien personenzentriert ausrichten	Phase: 1	
Dozentinnen:	<i>Prof.in Dr. Iren Bischofberger; Dr. phil. Dipl.-Psych. Isabelle Scholl</i>		Termine: 21.06.21, 20.07.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Praxisauftrag: 19,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche, Gruppen-Experten-Rallye
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen die Inhalte und Modelle einer personenzentrierten Versorgung • operationalisieren Teilaspekte personenzentrierter Prinzipien • kennen die Vor- und Nachteile der personenzentrierten Versorgung und vergleichen diese Methode mit anderen Herangehensweisen • sind sich der Bedeutung und Notwendigkeit einer personenzentrierten Versorgung von Patienten/Patientinnen mit Multimorbidität bewusst • begründen den Einsatz der personenzentrierten Versorgung evidenzbasiert		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Inhalte und Modelle der personenzentrierten Versorgung • Evidenzbasierung der personenzentrierten Versorgung		

Modultitel:	6 APN-Handeln gemäß den Prinzipien personenzentrierter Versorgung gestalten		
Veranstaltung:	6.2 Multimorbide Patienten/Patientinnen personenzentriert versorgen	Phase: 2	
Dozentin:	<i>Prof.in Dr. Iren Bischofberger</i>		Termine: 18.01.22, 17.05.22
Aufwand:	Präsenzzeit: 14 Std.	Praxisauftrag: 18 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, praktische Übung, Rollenspiel, Hypothesengenerierung und -bewertung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen - wenden Inhalte der personenzentrierten Versorgung in Fallbeispielen an und begründen ihr Vorgehen anhand der Aspekte aus 5.1 - reflektieren ihr persönliches Vorgehen kritisch und leiten daraus Modifikationsbedarfe ab - sind zu einer eigenständigen zielgruppenspezifischen personenzentrierten Versorgung in der HA-Praxis befähigt		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	- Einsatzmöglichkeiten und relevante Voraussetzungen der personenzentrierten Versorgung - praktische Umsetzung der personenzentrierten Versorgung		

Modultitel:	7 Versorgungskontinuität befördern		
Veranstaltung:	7.1 Mit Versorgungsbeteiligten kommunizieren	Phase: 1	
Dozentin:	<i>Sandra Mantz</i>		Termine: 02.06.21, 08.07.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Praxisauftrag: 19,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Diskussion, Fallarbeit, praktische Übung, Rollenspiel
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen - begreifen Kommunikation als zentrales Instrument der APN-Tätigkeit - verwenden Kommunikationsmethoden zielgerichtet und stellen sich kontextabhängig auf unterschiedliche Gesprächspartner mit verschiedenem Habitus, sozialem Status und hierarchischen Beziehungen ein - nehmen Konfliktsituationen der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen und/oder der Patienten/Patientinnen wahr, erkennen die eigenen und fremden Anteile und tragen zu einem erfolgreichen Konfliktmanagement bei - setzen sich mit Gesprächssituationen analytisch und selbstreflektierend auseinander - reflektieren die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der Interaktionsprozesse		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	- Bedeutung von Kommunikation in der APN-Tätigkeit - Vertiefung der Kompetenzen zur situationsangepassten Gesprächsführung unter Einbeziehung von theoriebasierten Konzepten und Modellen - praktische Erprobung von Konfliktmanagement auf der Grundlage ausgewählter Modelle^{xv}		

	• Vertiefung selbstreflexiver Kompetenzen in Abwägung von Selbstkritik und Souveränität auf der Grundlage psychologischer Erkenntnisse von Kommunikation und Interaktion^{xvi} • Bedeutung von Habitus, Status und Hierarchie in Gesprächen

Modultitel:	7 Versorgungskontinuität befördern		
Veranstaltung:	7.2 Patienten/Patientinnen und Angehörige bedarfsgerecht informieren, schulen und beraten	Phase: 1 und 2	
Dozentin:	Prof.in Dr. Angelika Zegelin		Termine: 09.07.21, 15.11.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 15 Std.	Praxisauftrag: 18,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche, Fallarbeit, Rollenspiel
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen Methoden, um Patienten/Patientinnen in eigenverantwortlichem Umgang mit chronischer Krankheit bzw. Multimorbidität zu informieren, schulen und beraten • wenden Informations-, Schulungs- und Beratungsmethoden sicher an • sind zur professionellen Information, Schulung und Beratung von Patienten/Patientinnen und Angehörigen zu pflegerischen und psychosozialen Themen auf der Grundlage personenzentrierter Bedarfe befähigt • entwickeln Patientenedukationsprogramme, führen sie durch und evaluieren sie		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Methoden und Spezifika der Patienten- und Angehörigenedukation im Hinblick auf Information, Schulung und Beratung • personenzentrierte, lösungsorientierte und systemische Edukations- und Beratungskonzepte zur Information, Schulung und Beratung^{xvii} • Anforderungen an Entwicklung und Umsetzung von Patienten- und Angehörigenedukationsprogramme • Bewertungskriterien für Patienten- und Angehörigenedukationsprogramme • praktische Anwendung von Patienten- und Angehörigenedukation^{xviii}		

Modultitel:	7 Versorgungskontinuität befördern		
Veranstaltung:	7.3 Case Management aufbauen und personenzentriert gestalten	Phase: 1 und 2	
Dozentin:	Prof.in Ruth Remmel-Faßbender		Termine: 13.07.21, 14.03.22
Aufwand:	Präsenzzeit: 15 Std.	Praxisauftrag: 18,5 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Hypothesengenerierung und -bewertung, Gruppen-Experten-Rallye, Fallarbeit
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen die verschiedenen Modelle, Formen und Anwendungsgebiete des Case Managements für die Tätigkeit in der HA-Praxis und stellen sie dar		

	• bauen ein Netzwerk am Einsatzort auf • reflektieren und optimieren die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen • koordinieren Versorgungs- und Übergangsprozesse (z. B. vor/nach Krankenhausaufenthalten)
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• theoretische, empirische und gesetzliche Grundlagen des Case Managements^{xix} • zentrale Modelle sowie problem- und klientelspezifisches Case Management im Gesundheitswesen^{xx} • Methoden und Aufgabenbereiche des Case Managements^{xxi} • Analyse von Praxis- und Fallsituationen • Netzwerkarbeit^{xxii}

Modultitel:	8 Die APN-Rolle ausfüllen		
Veranstaltung:	8.1 Aufgaben eines/einer APN übernehmen und den erweiterten Verantwortungsrahmen reflektieren	Phase: 1	
Dozentin:	<i>Dipl.-Päd. Gerlinde Strunk-Richter</i>		Termine: 13.04.21, 26.04.21
Aufwand:	Präsenzzeit: 16 Std.	Eigenstudium: 8 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche, Diskussion, Rollenspiel
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen ihren Aufgaben- bzw. Verantwortungsbereich in der HA-Praxis, grenzen ihn zu anderen Professionen ab (z. B. Ärzte/Ärztinnen, MFAs, ambulante Pflegedienste) und begründen dies interdisziplinär • differenzieren die Rollenanforderungen für die verschiedenen Berufsgruppen (APNs, Ärzte/Ärztinnen, MFAs etc.) • wissen um die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs, fordern situativ Unterstützung ein und organisieren sie • vertreten das APN-Rollenprofil gegenüber Fachpersonen anderer Disziplinen • setzen sich mit Veränderungen der Versorgung auseinander und analysieren diesen Wandel kritisch • reflektieren die Rolle der APNs und deren Perspektiven vor dem Hintergrund sich verändernder Bedarfe, Strukturen und Angebote • übertragen Aufgaben und Rollenverständnisse von APNs anderer Länder auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland • reflektieren die Herausforderungen des APN-Einsatzes als neues Angebot in der ambulanten Versorgung in Deutschland		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Definition(en) und Modelle von Advanced Nursing Practice bzw. erweiterter Pflegepraxis sowie ihre strukturellen Bedingungen und Aufgabenbereiche^{xxiii} • Aufgaben, Zuständigkeiten und Rollen der APNs in Abgrenzung zu verschiedenen Berufsgruppen (APNs, Ärzte/Ärztinnen, MFAs etc.)^{xxiv} • Geschichte und Entwicklungspotential der APNs • Beispiele der APN-Versorgung u. a. aus Großbritannien, der Schweiz und den USA^{xxv}		

Modultitel:	8 Die APN-Rolle ausfüllen		
Veranstaltung:	8.2 Die professionelle Person als APN weiterentwickeln	Phase: 2	
Dozentin:	<i>Dipl.-Päd. Gerlinde Strunk-Richter</i>		Termine: 14.12.21, 16.05.22
Aufwand:	Präsenzzeit: 14 Std.	Eigenstudium: 12 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, praktische Übung, Diskussion, Fallarbeit
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • reflektieren theoriegestützt ihre eigenen Stärken und Schwächen im Hinblick auf die Anforderung an Rollenentwicklung und -ausfüllung einer/eines APN in der HA-Praxis • verfügen über ein reflektiertes Verhältnis zu sich selbst und ihrer Rolle als APN in der HA-Praxis • nehmen Feedback zu ihrer Arbeit und Rolle offen an und setzen es konstruktiv um		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Selbsterfahrung und Selbstreflexion • Theoriegestützte Reflexion der therapeutischen und interdisziplinären Beziehung • Rollentheorien und Rollenkonflikte aus psychologischer Sicht		

Modultitel:	8 Die APN-Rolle ausfüllen		
Veranstaltung:	8.3 Unterstützungsstrukturen bei der Etablierung der APN-Rolle nutzen	Phase: 1 und 2	
Dozentinnen:	<i>Karin Herrmany-Maus B.Sc.; Sophie Petri B.Sc.</i>		Termine: 14.07.21, 17.01.22
Aufwand:	Präsenzzeit: 15 Std.	Eigenstudium: 13 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Recherche, Fallarbeit
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • kennen verschiedene Formen und Modelle der Unterstützung zur Entwicklung der APN-Rolle und wägen deren Vor- und Nachteile ab • identifizieren Unterstützungsbedarfe und sind in der Lage, diese aktiv einzufordern • initiieren (kollegiale) Unterstützungsformate • nutzen Unterstützung gewinnbringend • reflektieren Beratungs- und Unterstützungsprozesse an individuellen Beispielen aus dem Einsatz in der HA-Praxis und bearbeiten diese einzeln und/oder in kollegialen Gruppen		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Formen und Modelle von Unterstützung (Einzel- und kollegiale Beratung) sowie Gestaltungsmöglichkeiten^{xxvi} • Einsatzgebiete von und Bedarf für Unterstützung und Beratung • Praxisorientierte Umsetzung von Beratung und Unterstützungsformaten		

Modultitel:	8 Die APN-Rolle ausfüllen		
Veranstaltung:	8.4 Ethisch reflektieren und entscheiden	Phase: 2	
Dozent:	<i>Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heine-mann</i>		Termine: 17.11.21, 15.03.22

Aufwand:	Präsenzzeit: 14 Std.	Praxisauftrag: 18 Std.	Lehrform/Methode: Seminaristischer Unterricht, Gruppen-Experten-Rallye, Fallarbeit, praktische Übung
erwartete Kompetenzen	Die Teilnehmer/-innen • arbeiten die theoretischen Grundlagen und Modelle der ethischen Entscheidungsfindung im Kontext der Pflege und Versorgung aus und übertragen sie auf Praxisbeispiele • verfügen über ethische Entscheidungskompetenz • entwickeln eigene Strategien zum Umgang mit ethischen Dilemmata sowie Rollenkonflikten in der hausärztlichen APN-Versorgung		
verbindliche Lehr-/Lerninhalte	• Theorien bzw. Modelle der medizin- und pflegeethischen Entscheidungsfindung^{xxvii} • Bearbeitung ethischer Dilemmata im Kontext von Medizin und Pflege • Kategorien und Systematisierung ethischer Probleme • Reflexion über Pflege und Versorgung im Spannungsfeld von Evidenzbasierung und Patientenautonomie		

Literaturverzeichnis (jew. aktuellste Fassung)

ⁱ Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf.

ⁱⁱ DEGAM S1-Handlungsempfehlung *Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis*. Retrieved from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente/Publikationsdokumente_Version%2016/053-054L_Neues%20Coronavirus_21-12-2020.pdf.

FAMOUS-eigenes Paper

ⁱⁱⁱ Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf.

^{iv} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf.

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch_APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf.

^v DEGAM S1-Handlungsempfehlung *Chronischer Schmerz*. Retrieved from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-036%20chronischer%20Schmerz/S1-HE_Chronischer%20Schmerz_Langfassung.pdf.

^{vi} DEGAM S3-Leitlinie *Multimorbidität*. Retrieved from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047L_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf.

^{vii} DEGAM S2e-Leitlinie *Multimedikation*; DEGAM S1-Leitlinie *Medikamentenmonitoring*. Retrieved from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-037%20Medikamentenmonitoring/S1-HE_Medikamentenmonitoring_Langfassung_201406.pdf.

^{viii} Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch_APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf.

Modulhandbuch Pflegewissenschaft/Pflegemanagement M.Sc. Ernst-Abbe-FH Jena. Retrieved from: https://www.eah-jena.de/fileadmin/user_upload/eah-jena.de/fachbereich/gp/modulhandbuch_ANP_2020.pdf.

^{ix} DEGAM Praxisempfehlung *Das anamnestiche Erstgespräch*. Retrieved from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-Praxisempfehlungen/Das%20anamnestische%20Erstgesprach/DEGAM%20Praxisempfehlung%20das%20anam.%20Erstgesprach_1-2-2018.pdf.

^x Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf.

Advanced Nursing Practice M.Sc. FH Bielefeld. Retrieved from: https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat-II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs_Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+_+Advanced+Nursing+Practice+_+WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf.

^{xi} Zentrum für Qualität in der Pflege (2013). *Präventive Hausbesuche – Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche*. Retrieved from: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf.

^{xii} Hendlmeier, I., Hoell, A. & Schäufele, M. (2014). *Manual zum Pflegeberatungsinventar (PBI)*. Hochschule Mannheim.

^{xiii} Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf.

^{xiv} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf.

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

^{xv} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: [https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch ANP.pdf](https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf).

^{xvi} Modulhandbuch Klinische Expertise in Gesundheit & Pflege M.Sc. KH Mainz. Retrieved from: [https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/STUDIUM/FB_GP/Dokumente/MAGP/ModulhandbuchMAGP Klinik.pdf](https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/STUDIUM/FB_GP/Dokumente/MAGP/ModulhandbuchMAGP_Klinik.pdf).

^{xvii} Modulhandbuch Pflegewissenschaft/Pflegemanagement M.Sc. Ernst-Abbe-FH Jena. Retrieved from: [https://www.eah-jena.de/fileadmin/user_upload/eah-jena.de/fachbereich/gp/modulhandbuch ANP 2020.pdf](https://www.eah-jena.de/fileadmin/user_upload/eah-jena.de/fachbereich/gp/modulhandbuch_ANP_2020.pdf).

^{xviii} Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB ANP SoSe2020.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf).

^{xix} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: [https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch ANP.pdf](https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf).

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

^{xx} Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

^{xxi} Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

^{xxii} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: [https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch ANP.pdf](https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf).

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

Modulhandbuch Erweiterte Pflegepraxis – Advanced Nursing Practice M.Sc. FH Bielefeld. Retrieved from: [https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+ +Advanced+Nursing+Practice+ +WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf](https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs_Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+_+Advanced+Nursing+Practice+_+WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf).

^{xxiii} Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB ANP SoSe2020.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf).

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

Advanced Nursing Practice M.Sc. FH Bielefeld. Retrieved from: [https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+ +Advanced+Nursing+Practice+ +WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf](https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs_Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+_+Advanced+Nursing+Practice+_+WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf).

^{xxiv} Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB ANP SoSe2020.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf).

Advanced Nursing Practice M.Sc. FH Bielefeld. Retrieved from: [https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+ +Advanced+Nursing+Practice+ +WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf](https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Pr%C3%BCfungsangelegenheiten/Studiengangs_Downloads/Erweiterte+Pflegeexpertise+_+Advanced+Nursing+Practice+_+WEP/Studiengangspr%C3%BCfungsordnung+und+Modulhandbuch+Masterstudiengang+Erweiterte+Pflegeexpertise.pdf).

^{xxv} Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB ANP SoSe2020.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf).

Modulhandbuch APN M.Sc. University of Applied Sciences Frankfurt. Retrieved from: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege - Advanced Practice Nursing Master of Science M.Sc. /Dokumente/Modulhandbuch APN Reak final ueberarb nach PO 2016-05-018.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Studium/Studiengaenge/Fb_4/Master-Studiengaenge/Pflege_-_Advanced_Practice_Nursing_Master_of_Science_M.Sc._/Dokumente/Modulhandbuch/APN_Reak_final_ueberarb_nach_PO_2016-05-018.pdf).

^{xxvi} Modulhandbuch ANP Master Hochschule München. Retrieved from: [https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch ANP.pdf](https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/neu_struktur/5/2_2/master_anp/2_dokumente/9/2_2_marginal_inhalte/8/Modulhandbuch_ANP.pdf).

Modulhandbuch ANP M.Sc. OTH Regensburg und Evangelische Hochschule Nürnberg. Retrieved from: [https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB ANP SoSe2020.pdf](https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/studiengaenge/master_anp/module/MHB_ANP_SoSe2020.pdf).

^{xxvii} Modulhandbuch Pflege M.Sc. in Nursing HAW Hamburg; Modulhandbuch Klinische Expertise in Gesundheit & Pflege M.Sc. KH Mainz. Retrieved from: [https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/STUDIUM/FB_GP/Dokumente/MAGP/Modulhandbuch-MAGP Klinik.pdf](https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/STUDIUM/FB_GP/Dokumente/MAGP/Modulhandbuch-MAGP_Klinik.pdf).

Datum:	Uhrzeit:
Name APN:	
Name wissenschaftliche Mitarbeiterin:	
Offene Themen:	
•	
Wie erleben Sie sich aktuell in der Rolle als APN¹?	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Neuling Fortgeschrittene:r Anfänger:in Kompetent Pfleger:in Erfahrene:r Pfleger:in Pflegeexpert:in	
Kommentar	
•	
Welches Fallbeispiel beschreibt Ihre erlebte Wirksamkeit am besten? (der letzten vier Wochen)	
Gab es Situationen und/oder Aufgaben die Sie in den letzten vier Wochen erlebt/durchgeführt haben, bei denen Sie sich gefragt haben inwieweit diese der APN-Rolle entsprechen?	
Wenn ja, welche? Wie sind sie damit umgegangen?	
Was tun Sie um Ihre Rolle zu festigen bzw. zu entwickeln?	
•	
Was wäre notwendig um Ihre Rolle zu festigen bzw. zu entwickeln?	
Hinsichtlich Ihres Fachwissens?	
•	
Hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit?	
•	
Hinsichtlich ihrer personalen Kompetenzen (sicheres Auftreten, Kommunikationsfähigkeit...)	
•	

1

Welche Aufgaben gelingen besonders gut? •
Welche Aufgaben stellen aktuell eine Herausforderung dar? •
Bei welchen Aufgaben stellen Sie eine Entwicklung fest? •
Wie erleben Sie die Patientenausleitung... in Hinblick mit den damit verbundenen Aufgaben? in Hinblick auf die Notwendigkeit der Abgrenzung von den Patientenwünschen nach Weiterbetreuung?
Wie war in den letzten vier Wochen die Zusammenarbeit... mit den Patienten und Patientinnen? mit den Hausärzten und Hausärztinnen? mit dem Praxisteam? ggf. mit regionalen Gesundheitsdienstleistern?
Welche Formen der patientenbezogenen Kommunikation zwischen APN und HA werden genutzt? • Wie erleben Sie die patientenbezogene Kommunikation mit dem Hausarzt/ der Hausärztin? Welche Form und Häufigkeit hat die Fallkonferenzen? • Wie erfolgt die Dokumentation von Fallkonferenzen und Empfehlungen?

Gibt es Veränderungen in Hinblick auf ...

die organisatorische Einbindung (Überstunden, Erleben der Zeiteinteilung; Limitationen z.B. Patientenwünsche, strukturelle Aspekte)

die Organisation der Patientenkontakte (*Zeitplanung*: Erstkontakt, Folgekontakt, Häuslichkeit, Sprechstunde in der Praxis; *Kriterien für Ort des Patientenkontakts*: anhand welcher Kriterien entscheiden APNs, ob Patientenkontakt in Praxis oder in Häuslichkeit stattfindet? *Terminplanung*: Wer macht Termine?)

die Mobilität / Verfügbarkeit des Autos (Nutzung privater PKW – haftungsrechtliche Aspekte)

die Strukturen der Praxiskommunikation (Vorhandensein von Teambesprechungen/Teilnahme an und Erleben von Teambesprechungen, falls keine Strukturen vorhanden sind: erlebte Einbindung ins Team)

die Verfügbarkeit und Nutzung von Räumlichkeiten für Administration, Recherche und Patientenkontakte (flexible Raumnutzung in der Praxis etabliert? oder APN als Auswechoption; Erleben der APN in Bezug auf die Raumnutzung, Homeoffice nur als Ausnahmesituation bei Knappheit der Raumsituation)

Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Begleitung durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin?

Rückmeldungen der wissenschaftlichen Mitarbeiterin in Bezug auf
(beispielsweise Dokumentation)

Zusammenfassung/Zielvereinbarungen

Rubrik	Inhalt	Zuständigkeit	Frist

Sonstige Wünsche/Anregungen der APN

Anhang:

	Neuling	Fortgeschrittener Anfänger	Kompetente Pflegende	Erfahrene Pflegende	Pflegeexperte
Definition	- hat keine Erfahrung mit realen Pflegesituationen - arbeitet regelgeleitet	- verfügen über Erfahrungen - erkennen wiederkehrende, bedeutsame Aspekte - Können unterschiedliche Aspekte einer Situation aufzeigen - Prioritäten festlegen	- handeln zielgerichtet - planen bewusst und überlegt - setzen Prioritäten - betrachten abstrakt und analytisch Probleme	- nehmen Situationen intuitiv als Ganzes auf - längerfristige Ziele wahr - nehmen Nuancen von Veränderungen wahr - begreifen Situationen spontan und stoßen zum Kern des Problems vor - handeln nach Maximen	- erfassen Situationen intuitiv - stoßen direkt zum Kern des Problems vor - handeln auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation - verfügen über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen - haben den Blick fürs „Machbare“
Ziel	sammeln von Erfahrung in und mit realen Situationen Aufbau von praktischem Wissen	Erfahrungen sammeln Immer mehr Aspekte einer Situation erkennen Rangfolge/Priorität erkennen Aufbau von praktischem Wissen	sicheres Festlegen von Prioritäten Handlungsbedarf erkennen Entscheidungen treffen Erweiterung des praktischen Wissens	Generiert neue Wissensbestände und leitet daraus Handlungsanweisungen für die Praxis ab	Beschreiben der eigenen „Pflegekunst“ damit kompetente Pflegende die Chance erhalten eine Stufe weiter zu kommen



Strukturiertes Evaluationsgespräch zwischen wissenschaftlicher Mitarbeiterin und Hausarzt/ Hausärztin

Datum:	Uhrzeit:	bis
Name Hausarzt/Hausärztin:		
Name Wissenschaftliche Mitarbeiterin:		
Offene Themen:		
•		
Wie schätzen Sie die Bedeutung der APN-Versorgung für chronisch kranke Patient:innen im ländlichen Raum ein?		
Wie hat sich die Versorgung Ihrer Patient:innen durch den APN Einsatz verändert?		
Welchen Mehrwert gibt es für die Versorgung der Patienten durch die APNs?		
- Für Sie selber - Für die Patienten		
Nehmen Sie einen Unterschied bei der Patientenversorgung zwischen der Arbeit der APN und der der NÄPA wahr?		
- Wenn ja, wie zeigt sich dieser?		
Welche Formen der patientenbezogenen Kommunikation nutzen Sie mit der/dem APN?		
•		
Welche Form und Häufigkeit haben die Fallkonferenzen?		
Wie erleben Sie die patientenbezogene Kommunikation mit der/dem APN?		
Wie erleben Sie die Qualität der APN Empfehlungen im Hinblick auf die Angemessenheit der Versorgungssituation?		
Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Begleitung durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin?		
Welche Wünsche und Anregungen haben Sie im Hinblick auf die Verstetigung des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis?		
Wünsche/Anregungen/Ideen der wissenschaftlichen Mitarbeiterin an die HÄ/den HA:		



FAMOUS

Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN)

Monitoringkonzept

Zusätzlich zur Evaluation des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz (IMBEI) sollen mithilfe des geplanten Monitoringkonzepts durch die Katholische Hochschule Mainz tiefergehende Erkenntnisse über die Qualität von Prozessen und Ergebnissen der im Rahmen des Projekts „FAMOUS“ eingesetzten Advanced Practice Nurses (APN) gewonnen werden. Im Sinne eines Mixed Methods-Ansatzes werden dabei qualitative und quantitative Ansätze miteinander kombiniert, um je nach Fragestellung die jeweils relevanten Informationen wissenschaftlich fundiert erheben und analysieren zu können.

Als Grundlage für die empirische Erfassung der Erfahrungen mit der nVF dient ein Logic-Model. Dieses identifiziert bei komplexen Interventionen mögliche Beziehungen zwischen Variablen. Bei der erprobten APN-Behandlung und -Versorgung von Menschen mit Multimorbidität handelt es sich um eine komplexe Intervention.

Zur Identifikation der Variablen wird eine Literaturrecherche durchgeführt, werden Ideen mit den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats diskutiert, Stakeholder aus Politik und Praxis konsultiert und Diskussionen innerhalb des Forschungsteams der KH geführt. Die Annahme über die Art Beziehungen zwischen den Variablen stützen sich auf das Quality Health Outcomes Model. Eine Annahme dieses Modells ist, dass die Beziehungen zwischen den meisten Variablen reziprok sind und dass die Qualität des Prozesses durch die Person, die ihn durchführt, gekennzeichnet ist¹.

Im Logic-Model wird das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell aufgegriffen und in die Strukturkomponente personenbezogene Elemente der APN, wie ihre beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen und netzwerkbezogene Merkmale, die sich auf außerberufliche und berufliche Netzwerke beziehen, integriert. Der Prozess setzt sich aus der personenzentrierten und evidenzbasierten Patientenversorgung der APN, ihrer Kooperation mit Netzwerkpartner:innen, ihrer Kooperation mit An-/Zugehörigen des Patienten/der Patientin und der interprofessionellen Kooperation mit den Mitgliedern der Hausarztpraxen zusammen. Die grau hinterlegte Spalte erinnert daran, dass die Art und Weise, wie der Prozess abläuft, von jeder einzelnen beteiligten Person geprägt ist. Als zentrales Outputelement werden die organisatorischen und kulturellen Veränderungen in den Hausarztpraxen angenommen, d.h. insbesondere, dass ein Kulturwandel stattfinden muss, um die APN als Expertin mit erheblichem Entscheidungsspielraum zu akzeptieren und zu integrieren. Das Modell geht davon aus, dass

¹ Diane K. Boyle, Marianne Baernholdt (2021) Overview of the Quality Health Outcomes Model. In: Nurses Contributions to Quality Health Outcomes, S 3–17

vier der Prozesselemente die Kultur der Hausarztpraxis beeinflussen und von ihr wechselseitig beeinflusst werden. Nur die Zusammenarbeit mit An-/Zugehörigen ist davon weitgehend unabhängig. Auf der Ergebnisebene wurden fünf Hauptgruppen identifiziert, die von der APN-Versorgung beeinflusst werden: die Patient:innen, die An-/Zugehörigen, die Mitglieder der Hausarztpraxis, die APNs und die Kostenträger. Die farbigen Linien zeigen die angenommenen reziproken Einflüsse. Der Kern der Intervention ist eingebettet in Kontextfaktoren wie politische Bedingungen, soziale Bedingungen, projektspezifische Bedingungen, Infrastruktur im ländlichen Raum, Berufspolitik. Auch hier gehen wir von wechselseitigen Wirkungen zwischen diesen Kontextfaktoren und den Elementen der Intervention aus.

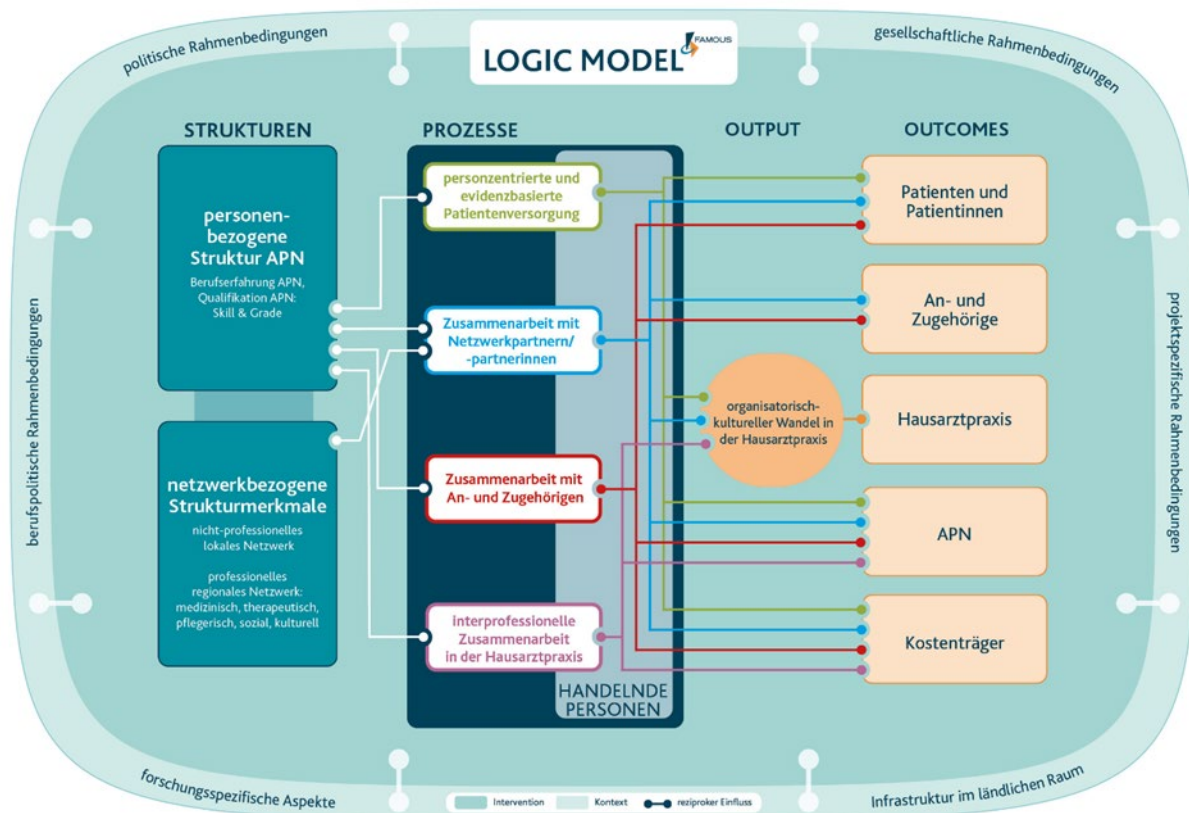


Abbildung 1: Logic Model

Auf der Grundlage dieses Logic-Models wird ein Monitoringkonzept erstellt, das die Datenerhebung und -auswertung zur Erfassung von Erwartungen und Erfahrungen bei der Implementierung der nVF leitet.

Dabei werden auf Prozessebene fokussiert:

- die personenzentrierte und evidenzbasierte Patientenversorgung
- die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner:innen
- die Zusammenarbeit mit An-/Zugehörigen
- die interprofessionelle Zusammenarbeit

Auf der Outcome-Ergebnisebene werden untersucht:

- patientenbezogene Outcomes
- angehörigenbezogene Outcomes
- Auswirkungen auf die Hausarztpraxis / kultureller Wandel
- Auswirkungen auf die APNs

Die aus dem Logic-Model abgeleiteten Fragen lauten:

1. Wie gestaltet sich die personenzentrierte und evidenzbasierte APN-Versorgung?
2. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit Netzwerkpartner:innen?
3. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der APNs mit An-/Zugehörigen?
4. Wie gestaltet sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis?
5. Wie sehen die patientenbezogenen Ergebnisse aus?
6. Wie sehen die an-/zugehörigenbezogenen Ergebnisse aus?
7. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes aus der Sicht der Hausarztpraxis aus?
8. Wie sehen die Ergebnisse des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis für die APNs aus?

Die aus Logic-Model ebenfalls anzuleitende Frage nach den ökonomischen Ergebnissen des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis wird nicht im Rahmen des Monitorings, sondern im Rahmen der externen Evaluation durch das IMBEI untersucht.

1 Ziele

Mithilfe der Antworten auf diese Fragestellungen sollen zum einen die Prozesse besser verstanden, die Wirksamkeit des Einsatzes von APNs in der hausärztlichen Versorgung vertiefend untersucht und abgebildet und zum anderen Ansatzpunkte für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung dieser Angebotsform gefunden werden. Darüber hinaus sollen die Projektergebnisse dazu beitragen, eine empirisch belastbare Informationsgrundlage für eine sachorientierte Diskussion über Sinn und Möglichkeiten einer nachhaltigen Verstetigung entsprechender Unterstützungsangebote über die Projektlaufzeit hinaus zu liefern.

2 Design

Datengrundlage/Stichprobe(n)

Zur Beantwortung der oben dargestellten Forschungsfragen werden Informationen bei den folgenden Personen(gruppen) erhoben:

- a) Hausärzte/Hausärztinnen: Angestrebt wird eine Vollerhebung aller Ärzte und Ärztinnen in den beteiligten Hausarztpraxen. Die Datenerhebung wird mithilfe standardisierter Fragebögen durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgt mittels quantitativer deskriptiver und analytischer Methoden. Dabei kommen u. a. inferenzstatistische Testverfahren zur Veränderungsmessung der Untersuchungsstichprobe zwischen zwei Untersuchungszeitpunkten (am Beginn bzw. Ende der APN-Versorgung) zum Einsatz. Mit der zu erwartenden Stichprobengröße von $n \approx 40$ sind bei einer vorausgesetzten Testpower von 0,80 und einer definierten Signifikanzschwelle von 5 % Effekte im kleinen bis mittleren Effektstärkebereich (Cohens $d \geq 0,40$) nachweisbar
- b) Medizinische Fachangestellte (MFA): Angestrebt wird eine Erhebung bei jeweils zwei MFAs aus jeder der beteiligten Hausarztpraxen. Soweit möglich soll eine der beiden MFAs je Praxis eine weitergebildete Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) sein. Die Auswahl der Interviewteilnehmer/-innen erfolgt kriteriengestützt.

- c) Advanced Practice Nurses (APN): Angestrebt wird eine Vollerhebung aller am Projekt beteiligten APNs. Der Einsatz von APNs in der Hausarztpraxis ist in Deutschland neu, dies sowohl hinsichtlich des Rollenprofils als auch des Settings. Um die Erwartungen und Erfahrungen möglichst differenziert zu erfassen, sollen alle APNs in die Datenerhebung einbezogen werden.
- d) Patienten und Patientinnen: Angestrebt wird eine Vollerhebung aller durch APNs betreuten Patienten und Patientinnen.

Die Datenauswertung erfolgt mittels quantitativer deskriptiver und analytischer Methoden. Um bei den Analysen mit den vorgesehenen inferenzstatistischen Testverfahren für gepaarte Untersuchungsstichproben zur Veränderungsmessung zwischen zwei Untersuchungszeitpunkten (am Beginn bzw. Ende der APN-Versorgung) bei einer vorausgesetzten Testpower von 0,80 und einer definierten Signifikanzschwelle von 5 % auch noch Effekte im kleinen Effektstärkebereich (Cohens $d = 0,20$) nachweisen zu können, ist eine Stichprobengröße von ca. 160 Personen erforderlich, von denen zu beiden Zeitpunkten verwertbare Daten vorliegen. Die Festlegung der für den Prä-Test vorzusehenden Stichprobengröße verfolgt demnach die Zielstellung, diese mindestens erforderliche Stichprobengröße für beide Erhebungszeitpunkte zu erreichen. Für eine verlässliche Planung müssen dabei verschiedene Ausfallquoten berücksichtigt werden, die sich im Erhebungsverlauf ergeben:

1. Rücklaufquote: Sowohl bei Versorgungsbeginn als auch bei Versorgungsende ist damit zu rechnen, dass nicht alle Patienten und Patientinnen bereit oder in der Lage sind, sich an der Befragung zu beteiligen. Dabei ist zu erwarten, dass die Rücklaufquote bei Versorgungsende aufgrund der aufgebauten persönlichen Beziehung zwischen Patient bzw. Patientin und APN deutlich höher ausfällt als zu Beginn der Versorgung.
2. Drop-Out-Quote: Aufgrund des hohen Alters der Patienten und Patientinnen sowie deren multimorbider Erkrankung ist im Versorgungsverlauf mit einem vergleichsweise hohen Drop-Out zu rechnen (im Projektverlauf aktualisierte Schätzung des IMBEI: 30 %).

Aufbauend auf diesen Überlegungen ergibt sich folgende Planung zur Festlegung der Stichprobengröße der zu befragenden Patienten und Patientinnen bei Versorgungsbeginn:

1. Die zu erreichende Zielgröße, die sich aus den oben stehenden Berechnungen zur erforderlichen Stichprobengröße für Veränderungsmessungen mit einer gepaarten Stichprobe ergibt, liegt bei 160 Personen.
2. Ausgehend von einer angenommenen Rücklaufquote zu Versorgungsbeginn von 40 %, einer Drop-out-Quote im Versorgungsverlauf in Höhe von 30 % sowie einer erwarteten Rücklaufquote bei Versorgungsende in Höhe von 70 % ergibt sich eine erforderliche Stichprobengröße für den ersten Erhebungszeitpunkt bei Versorgungsbeginn von mindestens 816 Personen.
3. Diese erforderliche Stichprobengröße liegt somit nach den im Projektverlauf durch das IMBEI aktualisierten anzustrebenden Fallzahlen im Bereich der Gesamtzahl aller in die APN-Versorgung aufzunehmenden Patienten und Patientinnen. Deshalb

wird in der Erhebungsplanung vorgesehen, alle in die APN-Versorgung aufgenommenen Patienten und Patientinnen in die Durchführung der ersten Erhebung einzubeziehen.

- e) An- und Zugehörige der Patienten und Patientinnen: Die Planungen zur Anzahl der bei Beginn der APN-Versorgung zu befragenden An- und Zugehörigen folgen denselben Überlegungen wie bei der zuvor beschriebenen Festlegung der Stichprobengröße der Patienten und Patientinnen. Dementsprechend wird auch hier für den Zeitpunkt des Versorgungsbegins eine Befragung bei den An- und Zugehörigen aller in die APN-Versorgung einbezogenen Patienten bzw. Patientinnen vorgesehen.

Erhebungsinstrumente

Zur Erhebung der evaluationsrelevanten Informationen werden die folgenden Erhebungsinstrumente eingesetzt:

1. **Standardisierte Patientendokumentation:** patientenbezogene Erfassung von
 - Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen
 - Prozessdaten der Patientenkontakte (z. B. Häufigkeit, erbrachte Leistungen)
 - Prozessdaten der patientenbezogenen praxisinternen Abläufe (z. B. Häufigkeit, Dauer und Inhalte von Fallbesprechungen und/oder bedarfsorientierten Kontakten)
 - medizinische/pflegerische Versorgungssituation der Patienten und Patientinnen

Die standardisierte Patientendokumentation erfolgt fortlaufend innerhalb der individuellen 12-monatigen Versorgungsphase des Patienten/der Patientin und wird elektronisch durch den/die APN durchgeführt. Projektbezogen erstreckt sich die Dauer der standardisierten Patientendokumentation über einen Zeitraum von 30 Monaten.
2. **Standardisierte Fragebögen für Hausärzte und Hausärztinnen:** individuelle Erfassung von
 - Erwartungen an Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs
 - hausarztpraxisbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
 - patientenversorgungsbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
 - Zufriedenheit mit Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes

Der Einsatz erfolgt zu folgenden Zeitpunkten innerhalb der 30-monatigen Interventionsphase:

 - Beginn der Interventionsphase
 - Ende der Interventionsphase
3. **Leitfäden zur Durchführung von Interviews mit den MFAs:** individuelle Befragung zu
 - Akzeptanz der Rolle der APNs sowie Bereitschaft zur Zusammenarbeit
 - Erwartungen an Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs
 - hausarztpraxisbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
 - Zufriedenheit mit Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes

Der Einsatz erfolgt zu folgenden Zeitpunkten innerhalb der 30-monatigen Interventionsphase:

 - Beginn der Interventionsphase
 - Ende der Interventionsphase
4. **Leitfäden zur Durchführung von Interviews mit den APNs:** individuelle Befragung zu

- Erwartungen an Prozess- und Ergebnisqualität des Einsatzes der APNs
- hausarztpraxisbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
- patientenversorgungsbezogene Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
- Zufriedenheit mit Prozess- und Ergebnisqualität des eigenen Einsatzes

Der Einsatz erfolgt zu folgenden Zeitpunkten innerhalb der 30-monatigen Interventionsphase:

- Beginn der Interventionsphase
- Mitte der Interventionsphase
- Ende der Interventionsphase

5. Standardisierter Fragebogen für Patienten und Patientinnen: individuelle Erfassung der

- (erwarteten u. wahrgenommenen) Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
- eigenen medizinischen/pflegerischen Versorgungssituation

Der Einsatz erfolgt zu folgenden Zeitpunkten innerhalb der 12-monatigen individuellen Versorgungsphase:

- Beginn der Versorgungsphase
- Ende der Versorgungsphase

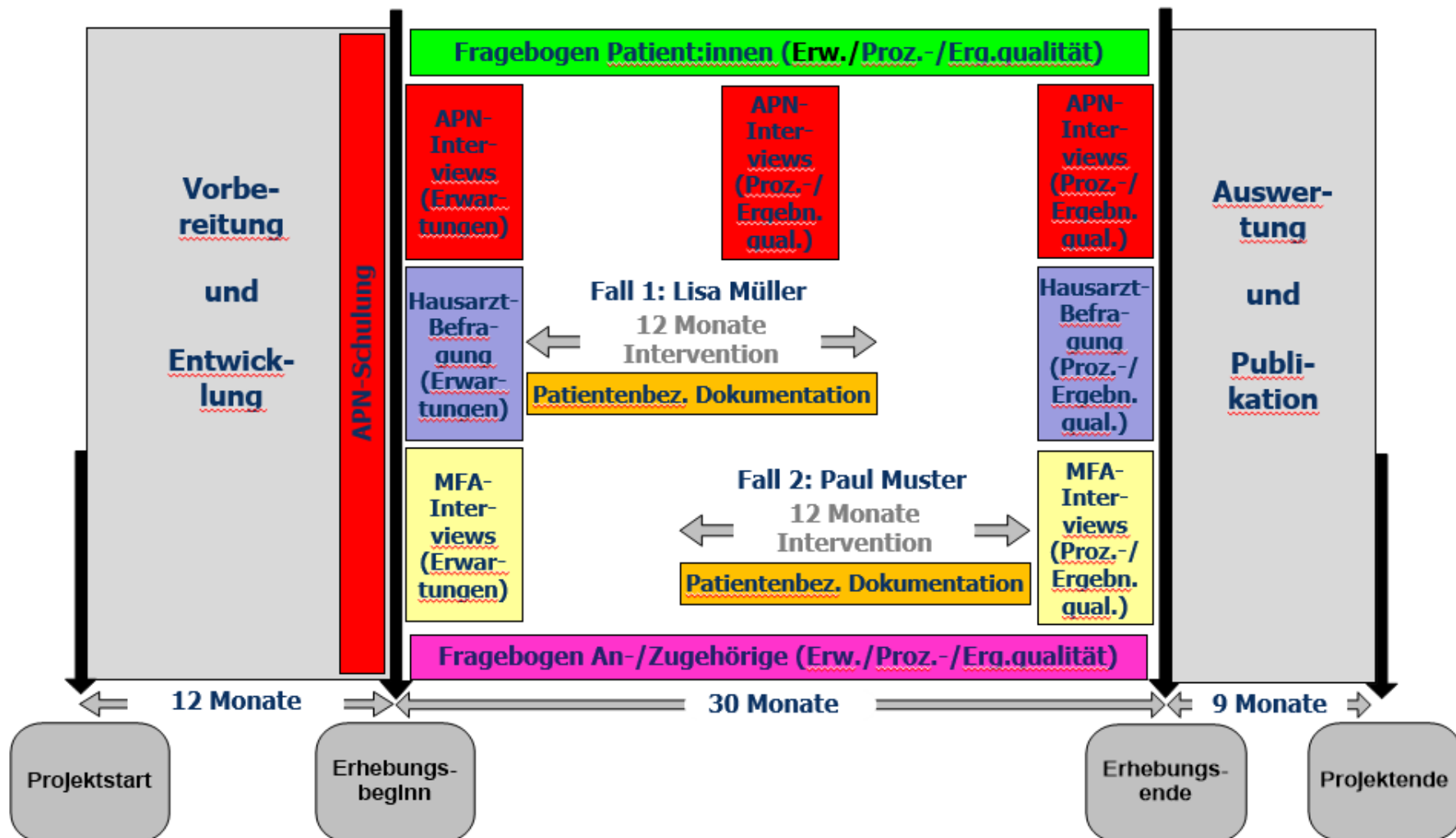
6. Standardisierter Fragebogen für An- und Zugehörige der Patienten und Patientinnen: individuelle Erfassung der

- (erwarteten u. wahrgenommenen) Prozess- und Ergebnisqualität des APN-Einsatzes
- medizinischen/pflegerischen Versorgungssituation der Patienten und Patientinnen

Der Einsatz erfolgt zu folgenden Zeitpunkten innerhalb der 12-monatigen individuellen Versorgungsphase:

- Beginn der Versorgungsphase
- Ende der Versorgungsphase

Zeitablauf der Erhebung



3 Nutzen

Das geplante Monitoring liefert empirisch abgesicherte Informationen

- über die Ausgestaltung der Prozesse bei einem Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) in einer Hausarztpraxis
- über die Wirksamkeit des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) in Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz,
- über positive und negative Einflussfaktoren der Implementierung von Advanced Practice Nurses (APN) in Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz,
- über mögliche Optimierungspotenziale für eine eventuelle weitere Durchführung des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) in Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz sowie
- zur Sinnhaftigkeit einer nachhaltigen Implementierung des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) in Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz und gegebenenfalls auch darüber hinaus.

Diese empirisch fundierte Informationsgrundlage ermöglicht:

- die Einleitung fachlicher Qualitätsentwicklungsprozesse für die konzeptionelle (Weiter-) Entwicklung des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) in Hausarztpraxen sowie
- eine sachbezogene Argumentation im Hinblick auf eine nachhaltige Verstetigung des Modellprojekts in Rheinland-Pfalz bzw. eine Ausweitung auf andere Regionen bzw. Bundesländer.

Mainz, 21.03.2023

gez. Joachim Klein, Prof. Dr. Renate Stemmer

FAMOUS

Vorstellung des Dokumentationssystems

2021

17.09.2021

Tobias Engelmann

Studiensystem & -prozesse, IZKS Mainz

Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien



ÜBER UNS ▾

LEISTUNGEN

SITE MANAGEMENT ORGANISATION

KLINISCHE STUDIEN

VERANSTALTUNGEN ▾

KONTAKT



KLINISCHE FORSCHUNG FÜR MEDIZINISCHEN FORTSCHRITT



Das Interdisziplinäre Zentrum Klinische Studien (IZKS) der Universitätsmedizin Mainz begleitet Sie bei klinischen Studien methodisch und wissenschaftlich von der Idee bis zur Publikation. Hierbei gewährleistet das IZKS die GCP-konforme Planung, Durchführung und Auswertung Ihrer klinischen Studien.

- eine der zentralen Forschungs- und Lehrplattform der Universitätsmedizin Mainz
- Forschungsprojekte (national & international)
- Fort- und Weiterbildungskurse
- interdisziplinäres Team
- ECRIN zertifiziertes Datenzentrum



Entwicklung und Betrieb des Dokumentationssystem

- Softwareentwicklung und technische Weiterentwicklung des Systems
 - Ein Team aus Softwareentwicklern, Datenmanagern, Administratoren, Programmierer und Dokumentare

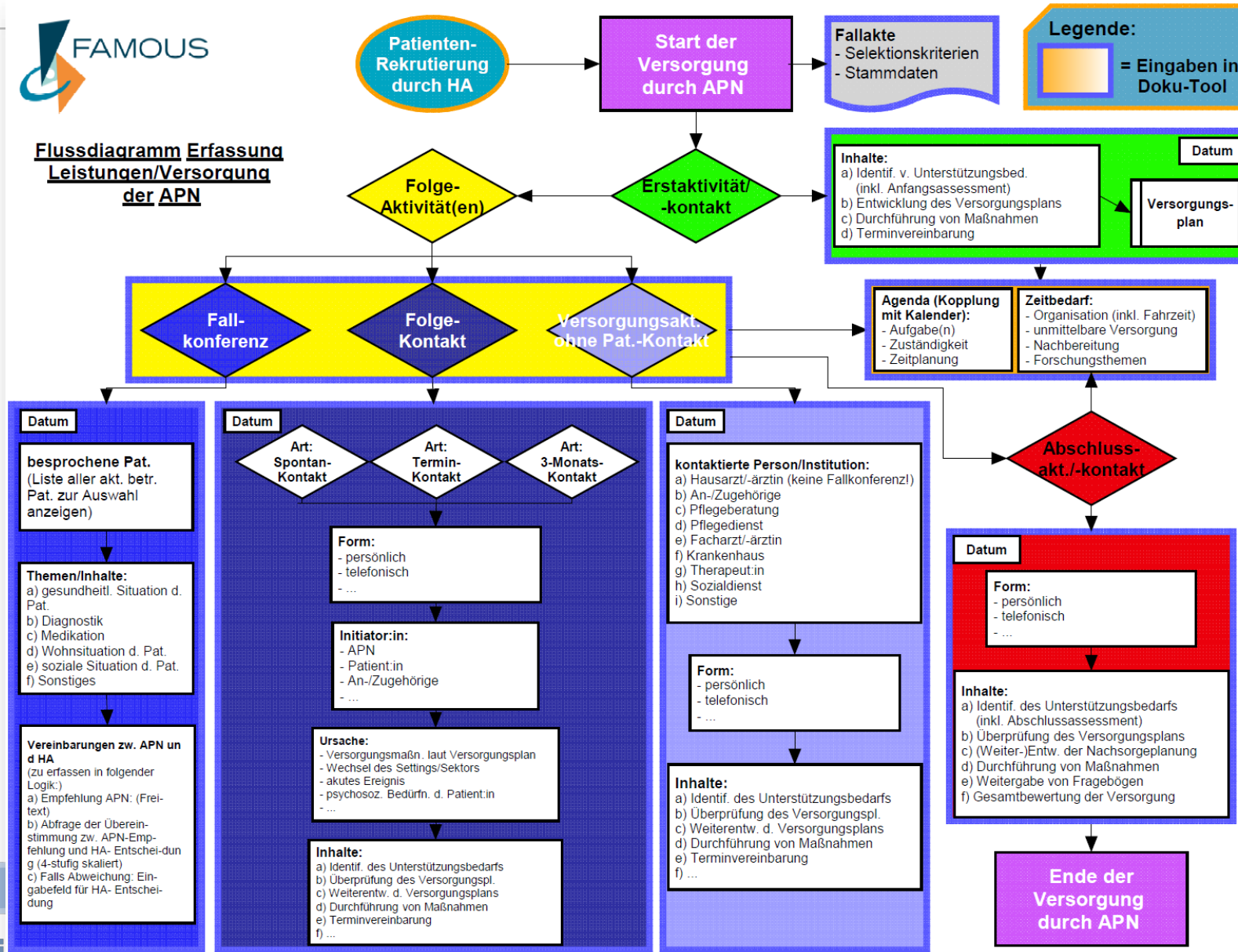
- Hosting und Betrieb
 - Dokumentations-Plattform
 - Webapplikation
 - Versorgungsplan
 - Fallkonferenzen
 - Bereitstellung von Schnittstellen zur Auswertung



Dokumentationsablauf



**Flussdiagramm Erfassung
Leistungen/Versorgung
der APN**

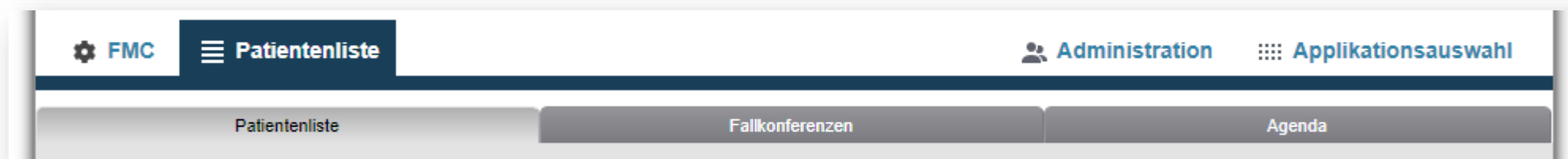
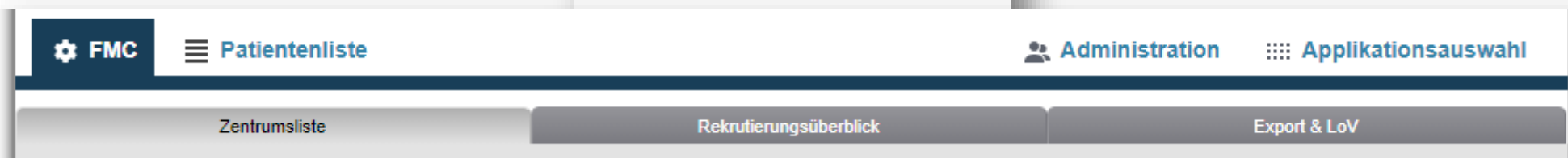


Module der elektronischen Fallakte

- Patientenliste
- Patientenstammdaten
- Status
- Dokumente
- Aktivitäten (Kontaktdokumentation, Assessments, Versorgungsaktivitäten)
- Versorgungsplan mit Zielen und Maßnahmen
- Medikationsplan
- Ambulante und stationäre Krankenhausleistungen mit Diagnosen

- Fallkonferenzen
- APN-Agenda

FAMOUS Management Console und Patientenliste



Patientenliste

+ Patient hinzufügen

Patientenliste

Legende

Status: Erwartet Fehlend Warnung Fehler OK Gesichert Anaeleat Aktiv Beendet Keine Teilnahme

		Pat.Nr.								
		01-0007	Tes							
		01-0006								
		01-0005	Sch							
		01-0004	Mü							
		01-0003	Henschel	Mirco	17.05.1949	14.09.2021	14.09.2021			Details
		01-0002	Hesse	Hans	15.06.1957	13.09.2021	16.09.2021			Details
		01-0001	Anonymisiert			13.09.2021				Details

Zeige Datensatz 1 bis 7

Seite: 1

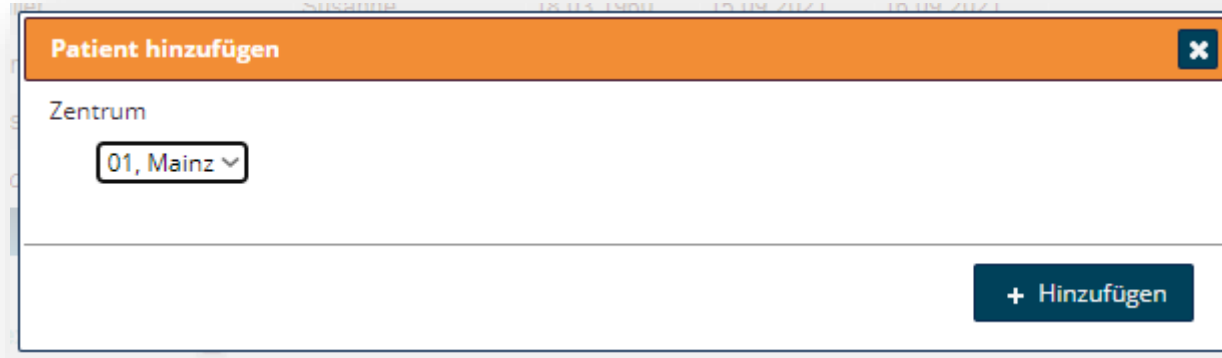
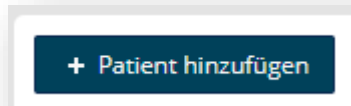
Patient hinzufügen

Zentrum

01, Mainz

+ Hinzufügen

- Neuer Patient registrieren
- Anlegen einer neuen elektronischen Fallakte

A dialog box titled "Patient hinzufügen" with an orange header bar and a close button (X). It contains a label "Zentrum" above a dropdown menu showing "01, Mainz". At the bottom right is a dark blue button with a white plus sign and the text "Hinzufügen".

Patient hinzufügen

Zentrum

01, Mainz

+ Hinzufügen

Patientenstammdaten

- Datenschutzkonforme Erfassung
- Pseudonymisierung
 - Patientennummer:
P##-####
- Datenschutzkonforme Anonymisierung

Elektronische Fallakte für Patient Mirco Henschel, 17.05.1949 (01-0003)

Stammdaten	Patientenstatus	Dokumente	Aktivitäten	Versorgungsplan	Mediplan	Fallkonf. des Pat.	Amb. KH-Leistung	Stat. KH-Leistung
Name Mirco Henschel Geburtsdatum 17. 05. 1949 Straße Sömmeringstr 41 Ort 76703 Kraichtal Telefon 07250 69 42 90 E-Mail Henschel@cuvox.de Versichertennummer Patient B98765432 Institutskennung Krankenkasse 303646979 Personendaten ändern ⓘ Neue Personendaten erfassen ⓘ Anonymisieren / Personendaten löschen ⓘ								

Status des Patienten

■ Status abfragen

★ Angelegt
 ✔ Aktiv
 ⚡ Beendet
 ✖ Keine Teilnahme

■ Änderung verfolgen

■ Fallkonferenzmarkierung setzen

Elektronische Fallakte für Patient **Mirco Henschel, 17.05.1949 (01-0003)**

Stammdaten	Patientenstatus	Dokumente	Aktivitäten	Versorgungsplan	Mediplan	Fallkonf. des Pat.
Patientenstatus Status ✔ aktiv Patientennummer 01-0003 Angelegt von Engelmann, Tobias Angelegt am 14.09.2021 Zuletzt geändert von Engelmann, Tobias Zuletzt geändert am 14.09.2021 Für Fallkonferenz markiert ☐ Nein ☒ Ja Markierung entfernen						

Dokumente des Patienten

- Drag n Drop oder Uploadselector
- Verschiedene Dateiformate
- Automatisches Anfügen der Patientennummer

Elektronische Fallakte für Patient **Mirco Henschel, 17.05.1949 (01-0003)**

Stammdaten	Patientenstatus	Dokumente	Aktivitäten	Versorgungsplan	Mediplan	Fallkonf. des Pat.	Amb. KH-Leistung	Stat. KH-Leistung
+ Datei hochladen								
 000003-Dokumenten-Upload-Test.docx 27.4 KB Löschen								
 000003-Dokumenten-Upload-Test.pdf 40.7 KB Löschen								
 000003-test.txt 15 b Löschen								

- Erstkontakt mit Basisdaten, Assessments und Bedarfsanalyse

Folgekontakt hinzufügen

Vers. ohne Patkontakt hinzufügen

Bedarfsanalyse hinzufügen

Abschlusskontakt hinzufügen

- Folgekontakte
- Versorgungsaktivität ohne Patientenkontakt
- Bedarfsanalyse für zwischendurch
- Abschlusskontakt mit Assessments und Dokumentation des Versorgungsende

[illegible]

Formulare

- Basisdaten
 - Geschlecht,
 - Krankenkasse,
 - Pflege
 - E/A

Basisdaten

Geschlecht des/der Patienten/-in ⁱ

☐ männlich ☒ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt/keine Angabe

Ist der Patient/die Patientin gesetzlich versichert? [?]

☐ Nein ☒ Ja

Name der Krankenkasse des Patienten

Pflegegrad des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der APN-Versorgung ⁱ

Pflegegrad 1

Wohnsituation des Patienten/der Patientin zum aktuellen Zeitpunkt

eigene Wohnung (Eigentum/Miete) allein

Wohnsituation Sonstige Spezifikation

Datum der Einwilligungserklärung (Einbeziehung in die APN-Versorgung) ⁱ

08.09.2021

Chronische Erkrankungen, die zur Aufnahme des Patienten/der Patientin ins APN-Programm geführt haben ⁱ

1. chronische Erkrankung:

Nennung ⁱ

chronische Erkrankung 1

ICD-Codierung ⁱ

123

2. chronische Erkrankung:

Nennung ⁱ

chronische Erkrankung 2

ICD-Codierung ⁱ

456

3. chronische Erkrankung:

Nennung ⁱ

chronische Erkrankung 3

ICD-Codierung ⁱ

C789.2

+ Weitere (chronische) Erkrankung hinzufügen

Nennung	ICD-Codierung	
weitere CE	654	

Zeige Datensatz 1 bis 1

Seite: 1

Formulare

■ Kontakt

Zeitbedarf

Zeitbedarf für Organisation ⓘ

30 Minuten

Zeitbedarf für unmittelbare Versorgungsmaßnahmen ⓘ

48 Minuten

Zeitbedarf für Nachbereitung ⓘ

25 Minuten

Zeitbedarf für Forschungsthemen ⓘ

11 Minuten

Kontaktdokumentation

Kontaktdatum

10.09.2021

Art des Kontakts

Terminkontakt

Form des Kontakts

persönlich

Form des Kontakts sonstige Spezifikation

☒ Versorgungsbedarf nach Versorgungsplan

- ☐ akutes Vorkommnis (z. B. Sturz/Verletzung des Patienten/der Patientin)
- ☐ Wechsel des Settings/Sektors/Lebensumfelds des Patienten/der Patientin
- ☐ psychosoziale Bedürfnisse des Patienten/der Patientin (Kontaktbedürfnis o. Ä.)
- ☐ Sonstiges

Sonstige Spezifikation

durchgeführte Versorgungsmaßnahmen außerhalb der im Versorgungsplan festgehaltenen Maßnahmen

- ☐ persönliche Beratung des Patienten/der Patientin
- ☐ persönliche Beratung von Umfeld/An-/Zugehörigen
- ☒ Medikamentenmanagement
- ☐ pflegerisch-medizinische Leistung(en)
- ☐ psychosoziale Betreuungsleistung(en)
- ☐ Hilfen zur Alltagsbewältigung
- ☐ Netzworfbildung zu anderen Versorgern (Ärzte, Pflegedienste, Rehazentren, Hilfsmittelanbieter, Selbsthilfegruppen etc.)
- ☐ Sonstiges

Sonstige Spezifikation



Entwicklung und Betrieb des Dokumentationssystem

- Zeitmangel
- wenig Plausibilitätsprüfungen bei Eingabe
- Formulierungen bei Erstkontakt

Änderung des Pflegegrads 

☒ nein ☐ ja

neuer Pflegegrad -- Bitte auswählen --
 Gültigkeitsdatum des neuen Pflegegrads

Neueinzug in eine langzeitstationäre Pflegeeinrichtung 

☒ nein ☐ ja

Datum des Einzugs in die langzeitstationäre Pflegeeinrichtung

Gibt es Änderungen am Versorgungsplan?

[Zum Versorgungsplan](#)

Gab es neue ambulante Krankenhausleistungen?

[Zu ambulanten KH-Leistungen](#)

Gab es neue stationäre Krankenhausleistungen?

[Zu stationären KH-Leistungen](#)

Formulare

- Assessments
 - mit automatischer Berechnung der Scores
 - Download des Fragebogens im PDF-Format

DemTect

[Assessmentfragebogen herunterladen](#)

Demenz Detection

Alter des/der Patienten/-in (Jahre) 

77

1. Wortliste

Wiederholen möglichst vieler Wörter aus einer vorgegebenen Liste von 10 Wörtern: Teller - Hund - Lampe - Brief - Apfel - Hose - Tisch - Wiese - Glas - Baum 

1

2. Zahlen umwandeln

Zahlen-Umwandeln - Worte in Ziffern und umgekehrt: 209 = ____, 4054 = ____, sechshunderteinundachtzig = ____, zweitausendsiebenundzwanzig = ____ 

2

3. Supermarktaufgabe

Supermarktaufgabe - Benennen von Gegenständen, die in einem Supermarkt angeboten werden 

3

4. Zahlenfolge rückwärts

Zahlenfolge rückwärts - vorgegebene Zahlenfolgen sollen rückwärts aufgezählt werden 

4

5. Erneutes Abfragen der Wortliste

Erneutes Abfragen der Wortliste - Wiederholen der Begriffe aus Aufgabe 1: Teller - Hund - Lampe - Brief - Apfel - Hose - Tisch - Wiese - Glas - Baum 

5

DemTect-Bewertung (automatische Berechnungen nach Speichern der Seite)

Punktzahl der Aufgabe "Wortliste" laut Umrechnungstabelle 

0

Punktzahl der Aufgabe "Zahlen-Umwandeln" laut Umrechnungstabelle 

1

Punktzahl der Aufgabe "Supermarktaufgabe" laut Umrechnungstabelle 

0

Punktzahl der Aufgabe "Zahlenfolge rückwärts" laut Umrechnungstabelle 

3

Punktzahl der Aufgabe "Erneute Wortliste" laut Umrechnungstabelle 

5

DemTect-Gesamtpunktwert aller Aufgaben 

9

DemTect-Gesamtbewertung 

1: 9-12 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung - nach 6 Monaten neu testen/Verlauf beobachten



■ Bedarfsanalyse

Bedarfsanalyse

Datum der Bedarfsanalyse
10.09.2021

Interventionsbedarf in folgenden Bereichen:

körperliche Gesundheit - festgestellt anhand klinischer Parameter (außerhalb der folgenden Untersuchungsbereiche)

☐ kein Unterstützungs-/Interventionsbedarf ☒ mäßig ☐ erheblich ☐ (sehr) hoch

Umsetzung des Unterstützungs-/Interventionsbedarfs im Versorgungsplan
☒ nein ☐ ja

Gründe für Nichtberücksichtigung des Bedarfs im Versorgungsplan

☐ Wunsch des Patienten/der Patientin
☐ organisatorische Probleme
☒ infrastrukturelle Probleme
☐ Sonstiges

Bitte spezifizieren

Mobilität/Lokomotorik

☐ kein Unterstützungs-/Interventionsbedarf ☒ mäßig ☐ erheblich ☐ (sehr) hoch

Umsetzung des Unterstützungs-/Interventionsbedarfs im Versorgungsplan
☐ nein ☒ ja

Formulare

■ Versorgungsaktivität ohne Patientenkontakt

Versorgungsaktivität ohne Patientenkontakt

Datum der Aktivität (ohne Patient:innen-Kontakt)

Form der Aktivität (ohne Patient:innen-Kontakt) 

-- Bitte auswählen --

Form der Aktivität sonstige Spezifikation

Initiator:in der Aktivität (ohne Patient:innen-Kontakt) 

- ☐ APN
- ☐ Patient:in
- ☐ An-/Zugehörige
- ☐ Hausarzt/-rztin
- ☐ ambulanter Pflegedienst
- ☐ professionelle Mitarbeiter:in aus langzeitstationärer Einrichtung"
- ☐ gesetzliche:r Betreuer:in
- ☐ Sonstige

Sonstige Spezifikation

Ursache der Aktivität (ohne Patient:innen-Kontakt) 

- ☐ Versorgungsbedarf nach Versorgungsplan
- ☐ akutes Vorkommnis (z. B. Sturz/Verletzung des Patienten/der Patientin)
- ☐ Wechsel des Settings/Sektors/Lebensumfelds des Patienten/der Patientin
- ☐ psychosoziale Bedürfnisse des Patienten/der Patientin (Kontaktbedürfnis o. Ä.)
- ☐ Sonstiges

Sonstige Spezifikation

Inhalt der Aktivität (ohne Patient:innen-Kontakt) 

- ☐ Identifizierung des Unterstützungsbedarfs (Ergänzung/Überarbeitung des bislang identifizierten Bedarfs)
- ☐ (Weiter-)Entwicklung des Versorgungsplans
- ☐ Überprüfung/Evaluation des Versorgungsplans
- ☐ Durchführung von Versorgungsmaßnahmen laut Versorgungsplan
- ☐ Durchführung von Versorgungsmaßnahmen außerhalb des Versorgungsplans
- ☐ Terminvereinbarung
- ☐ Weitergabe von Fragebögen
- ☐ Abschluss der Fallakte
- ☐ Sonstiges

Sonstige Spezifikation

■ Versorgungs- ende

Versorgungsende

Datum der formalen Beendigung der APN-Versorgung 

16.09.2021 

Art der Beendigung der Versorgung 

☒ planmäßig (12-monatige Versorgungsdauer erreicht) ☐ abgebrochen

Gründe für die vorzeitige/unplanmäßige Beendigung der APN-Versorgung 

- ☐ Widerruf der Teilnahme (durch Patient:in oder gesetzl. Betreuer:in)
☐ Tod des Patienten/der Patientin
☐ Hausarztwechsel
☐ Sonstige Ursache



Todesdatum



Todesursache



Abschlussbewertung

Kooperation zwischen APN und Patient:in 

☐ sehr schlecht ☐ weitgehend schlecht ☐ eher schlecht ☐ eher gut ☒ weitgehend gut ☐ sehr gut

Adhärenz des Patienten/der Patient:in 

☐ sehr schlecht ☐ weitgehend schlecht ☐ eher schlecht ☒ eher gut ☐ weitgehend gut ☐ sehr gut

Effektivität der Versorgung des Patienten/der Patientin 

☐ sehr schlecht ☐ weitgehend schlecht ☐ eher schlecht ☐ eher gut ☐ weitgehend gut ☒ sehr gut

Versorgungsplan

■ Versorgungsziele

■ Maßnahmen zur Zielerreichung

■ Verlauf

✎ Versorgungsplan weiter bearbeiten					
Versorgungsplan					
Nummer	Ziel	Zielbereich	Erfüllungsdatum	Evaluationsmethode	Zielerreichungsgrad
1.0	Pat. weist stabilere Blutzuckerwerte auf	Verbesserung im Bereich Metabolische (In-)Stabilität	31.10.2021	Tagebuch der Blutzuckermessungen, sowie der verabreichten Insulineinheiten	
2.0	Pat. weist eine ausgeglichene Ernährung auf	Verbesserung im Bereich Ernährung	01.05.2022	Gespräch mit der Patientin Tagebuch der Blutzuckerwerte	
3.0	Pat. ist in einer Selbsthilfegruppe für MS Betroffene angegliedert und nimmt die Termine regelmäßig wahr	Verbesserung im Bereich psychosozialer/soziokultureller Zustand	04.03.2022	Gespräch mit der Patientin	
4.0	Patientin verfügt über alle notwendigen Hilfsmittel - Badewannensitz - Treppenlift	Verbesserung im Bereich häusliche Lebenssituation	01.01.2022	Gespräch mit der Patientin	
5.0	Pat. äußert eine verbesserte eigenständige Mobilität	Verbesserung im Bereich Mobilität/Lokomotion	01.09.2022	Gespräch mit der Patientin Beobachtung der Mobilität der Patientin	
6.0	Pat. äußert eine regelmäßige Einnahme der Medikation	Verbesserung im Bereich medikamentöse Versorgung	01.10.2021	Beobachtung der Medikamentenblister Gespräch mit der Patientin	
Zeige Datensatz 1 bis 6					
Änderungshistorie					
5: 16.09.2021 10:50 (Aktuelle Ansicht) 4: 16.09.2021 10:45 3: 15.09.2021 15:46 2: 15.09.2021 15:39 1: 15.09.2021 15:04					

Versorgungsplan

- Versorgungsziel hinzufügen
- Versorgungsplan bestätigen

Details zum Versorgungsziel

Ziel

Maßnahmen

Nummer

1.0

Ziel mit Unterstützungs-/Handlungsbedarf: freie Nennung

Pat. weist stabilere Blutzuckerwerte auf

Zielbereich mit Unterstützungs-/Handlungsbedarf: Codierung

Verbesserung im Bereich Metabolische (In-)Stabilität

Zielbereich sonstige Spezifikation

zeitliche Perspektive des Ziels: Bis wann soll das Ziel erreicht sein?

31.10.2021

Evaluationsmethode zur Überprüfung der Zielerreichung

Tagebuch der Blutzuckermessungen, sowie der verabreichten Insulineinheiten

Zielerreichungsgrad des Ziels

Bitte wählen
Bitte wählen
Verslechterung
keine Änderung
etwas erreicht
mittel erreicht
weitgehend erreicht
völlig erreicht
Ziel übertroffen

OUS, APN am 15.09.2021 14:42

Abbrechen

OK

✓ Änderung des Versorgungsplans abschließen

Versorgungsplan

■ Maßnahmen zur Zielerreichung

Versorgungsplan bearbeiten

Details zum Versorgungsziel

Ziel

Maßnahmen

+ Maßnahme hinzufügen

Nummer	Maßnahme	Codierung	Verantwortwo
2.0	Überarbeitung des Insulinschemas	Medikamentenmanagement	Hausarzt/ärztin
1.0	Edukationsgespräch zur richtigen Verabreichung von Insulineinheiten entsprechend des Blutzuckerspiegels	persönliche Beratung/Information/Schulung des Patienten/der Patientin	APN

Zeige Datensatz 1 bis 2

Neu

Geändert

Gelöscht

Details zum Maßnahme

Maßnahme

Nummer

2.0

Maßnahme im Zielbereich mit Unterstützungs-/Handlungsbedarf: freie Nennung i

Überarbeitung des Insulinschemas

Maßnahme im Zielbereich mit Unterstützungs-/Handlungsbedarf: Codierung i

Medikamentenmanagement

Maßnahmen im Zielbereich sonstige Spezifikation

Hauptverantwortliche Person zur Umsetzung der geplanten Maßnahme i

Hausarzt/-ärztin

Hauptverantwortliche Person sonstige Spezifikation

Mitverantwortliche Person(en) zur Umsetzung der geplanten Maßnahme i

APN

Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahme im Zielbereich

überhaupt nicht (0 %) v

Start

16.09.2021 🇩🇪

Wiedervorlage

21.09.2021 🇩🇪

Frist

22.09.2021 🇩🇪

Erledigt am

🇩🇪

Verlauf (Datensatz)

Letzte Änderung von FAMOUS, APN am 15.09.2021 14:44

Konsol

Medikationsplan bearbeiten

Medikament bearbeiten

Medikamentendetails

Nummer
3.1

Wirkstoff
Metoprololsuccinat

Handelsname

Stärke / Einheit
47,5
mg

Form
RetardTabl

Dosierung

☒ Genaue Dosierung

Morgens
1
Mittags
0
Abends
0,5
zur Nacht
0

☐ Spezielle Dosierung

☐ Bei Bedarf

Einheit
Stück

Hinweis

Grund

Verlauf (Datensatz)

Nicht speichern & schließen
Speichern & Schließen

x Schließen

	Grund			
2020				
	Schmerzen			

Krankenhausleistungen

Elektronische Fallakte für I

Stammdaten Patientenstatus Do

+ Stat. KH-Leistung hinzufügen

Stationäre Krankenhaus

Tag der Aufnahme ins Krankenhaus	Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus
05.05.2021	09.04.2021

Zeige Datensatz 1 bis 1

Seite: 1

Details zur stat. KH-Leistung

Details

Diagnosen

+ Diagnose hinzufügen

Diagnosen

Seitigkeit der Diagnose zur stationären Krankenhausleistung	Diagnose zur stationären Krankenhaus-Behandlung ohne Seitigkeit	Art der Diagnose zur stationären Krankenhaus-Behandlung	
rechts	489	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose (Hauptdiagnose)	Details

Zeige Datensatz 1 bis 1

Seite: 1

			nach Entlassung	Fachabteilung	
Normalfall (mit Einweisung)	vollstationäre Behandlung (inkl. und exkl. Vorhergehender vorstationärer Behandlung)	Entlassung in ein Pflegeheim	arbeitsfähig	Herzchirurgie	Details

Zeige Datensatz 1 bis 1

Seite: 1

Fallkonferenz

- Patienten markieren
- Fallkonferenz anlegen
- Markierung wird aufgehoben



Patientenliste

Patientenliste

+ Fallkonferenz hinzufügen

Liste der Fallkonferenzen

Datum der Fallkonferenz ▾

16.09.2021
16.09.2021
14.09.2021

Zeige Datensatz 1 bis 3

Seite: 1

Fallkonferenz hinzufügen

Datum der Fallkonferenz

Patienten

× Henschel, Mirco (01-0003)
× Schulze, Thorsten (01-0005)

Kommentar

+ Hinzufügen

01-0002
erste Fallkonferenz
Details

Fallkonferenz

- Patienten zur Fallkonferenz hinzufügen
- Empfehlungen abgeben
- Übereinstimmung oder Abweichung dokumentieren

Details der Fallkonferenz
Patienten der Fallkonferenz

+ Patienten hinzufügen

Patienten der Fallkonferenz

Patient	Kennzeichen Patient	Notizen	Vorname	
			Hans	Details
			Mirco	Details

+ Empfehlung hinzufügen

Empfehlungen dieser Fallkonferenz

Untersuchungsbereich der Empfehlung	Empfehlung durch die APN	Annahme der APN-Empfehlung durch den Hausarzt/die Hausärztin	Entscheidung des Hausarztes/der Hausärztin	
körperliche Gesundheit	Tolle Idee	nein, APN- und HA-Sicht weichen voneinander ab		Details

Zeige Datensatz 1 bis 1

Seite: 1

Agenda

Anstehende Maßnahmen

Farblegende

Wiedervorlagedatum oder Frist überschritten
 ToDos der nächsten Woche
 erledigt

Patient	Maßnahme	Vorname	Nachname	Verantwortung	Mitarbeit	Umsetzungsgrad	Datum ▲	
01-0003	Maßnahme 2 zum Ziel 1	Mirco	Henschel	Patient/-in	NN	0 %	08.09.2021	Details
01-0004	Überarbeitung des Insulinschemas	Susanne	Müller	Hausarzt/-ärztin	APN	0 %	21.09.2021	Details
01-0005	Hinzunahme der Wundexpertin für die Versorgung des Colostomas und zur Entwicklung einer Versorgungsempfehlung	Thorsten	Schulze	APN	N/A	0 %	22.09.2021	Details
01-0004	Klärung der Möglichkeiten der Verordnung von Physiotherapie	Susanne	Müller	APN	Hausarzt	0 %	22.09.2021	Details
01-0004	Edukationsgespräch zur richtigen Verabreichung von Insulineinheiten entsprechend des Blutzuckerspiegels	Susanne	Müller	APN	Frau Müller	0 %	23.09.2021	Details
01-0005	Edukation zur Stomaversorgung	Thorsten	Schulze	APN	Herr Schulze	0 %	24.09.2021	Details
01-0004	Analyse des häuslichen Umfeldes mit der Patientin hinsichtlich mobilitätshindernder Faktoren	Susanne	Müller	APN	Patientin	0 %	29.09.2021	Details
01-0002	Maßnahme 1	Hans	Hesse	APN	N/A	0 %	30.09.2021	Details

**Für Ideen und Fragen zum Dokumentationssystem
stehen wir gerne zur Verfügung.**

Vielen Dank!