

Evaluation eines Gemeindeschwesterprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde

Evaluation of a Community-Nurse-Project in a Small Rural Village

Johannes Hänel¹, Jörg Haasenritter², Detlef Kuhn³, Erika Baum²

Hintergrund: Vor dem Hintergrund limitierter Ressourcen für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum wurde im Frühjahr 2012 in einem Dorf in Mittelhessen aufgrund einer kommunalen Initiative ein Gemeindeschwesterprojekt initiiert. Als Gemeindeschwestern fungierten eine Medizinische Fachangestellte und eine Krankenschwester, beide ortsansässig mit langjähriger Berufserfahrung sowie spezieller Einweisung. In der ersten, explorativen Evaluationsstudie fragten wir, wer das Projekt aus welchen Gründen in Anspruch nahm und wie die Teilnehmer es wahrnahmen bzw. beurteilten. Zudem untersuchten wir, ob es Hinweise auf relevante Endpunkte gab.

Methodik: Mit zwölf Personen (zehn Projektteilnehmern und zwei Gemeindeschwestern) wurden Leitfadenterviews geführt. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. 45 Projektteilnehmer nahmen an der quantitativen Evaluation teil.

Ergebnisse: Vor allem Frauen (69 %) und ältere Menschen (Median: 72 Jahre) nahmen das Versorgungsangebot in Anspruch. Der Großteil der Befragten nutzte die Sprechstunde für die Kontrolle von Blutdruck- (93 %) und Blutzuckerwerten (69 %). Außerdem stand für ein Drittel der Teilnehmer das persönliche Gespräch mit einer Vertrauensperson im Mittelpunkt. Als Pluspunkte nannten die Teilnehmer vor allem die Zeitersparnis gegenüber dem Hausarztbesuch und die ausreichende Gesprächszeit. Bei 91 % der befragten Teilnehmer herrschte große oder sehr große Zufriedenheit mit dem Projekt.

Schlussfolgerungen: Im Rahmen der ersten Evaluationsstudie wurde deutlich, dass das Gemeindeschwesterprojekt eine hohe Akzeptanz und positive Beurteilung der Projektteilnehmer findet. Es konnten wichtige Ansatzpunkte für eine konzeptionelle Weiterentwicklung und die weitergehende Evaluation aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: Gemeindeschwester; Primärversorgung; ländliche Region; Prävention

Background: Against the background of limited resources of health care in rural regions, a community-nurse-project was initiated in spring 2012 in a village in central Hesse due to a communal initiative. A doctor's assistant and a nurse, both locals and with special briefing and long-time work experience, provided a community-nurse-service to citizens. In this first explorative evaluation study we asked who participated on what grounds in the project and how participants perceived and rated it. In addition, we aimed to explore relevant outcomes.

Methods: Guided interviews were conducted with 12 persons (10 participants of the project and both community-nurses). On the basis of the results a standardized questionnaire was developed. 45 participants of the project took part in the quantitative evaluation.

Results: Especially women (69 %) and older people (median 72 years) made use of the offer of this special health care service. Most frequent reasons for encounter were to measure blood pressure (93 %) and blood glucose (69 %). About one third of the participants did appreciate to have regular one-to-one conversations with a trusted person. Participants named time saving compared to visiting the family practitioner and having more time for conversation as main advantages of the service. 91 % of the participants were satisfied with the health care service offered by the community-nurses.

Conclusions: This first evaluation study showed that the participants did accept the community nurse health service and rated it positively. In addition, main topics for the further conceptual development and evaluation were pointed out.

Keywords: Community-Nurse; Primary Care; Rural Region; Prevention

¹ Doktorand der Medizin an der Philipps-Universität Marburg

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg

³ Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Gießen

Peer reviewed article eingereicht: 12.06.2013, akzeptiert: 20.09.2013

DOI 10.3238/zfa.2014.0013-0019

Hintergrund

Die medizinische Versorgungssituation ländlicher Regionen steht vor Problemen. Es zeigt sich rein zahlenmäßig ein Verteilungsproblem der Ärzte¹ [1]. Zusätzlich verschärft der demografische Wandel mit zunehmendem Anteil älterer Menschen die Versorgungssituation [2]. Somit ist anzunehmen, dass der Bedarf an professioneller medizinischer Versorgung stetig steigt. Vielerorts wird versucht mit neuen Versorgungsmodellen, welche häufig auf nicht-ärztliches Personal bauen, den Problemen entgegenzuwirken [3]. Zu nennen sind hier z.B. für Deutschland die Modelle VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder AGnES (arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte, systemische Intervention). Auf landespolitischer Ebene wurde am 11. November 2011 ein „Hessischer Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012 bis 2014“ beschlossen. Ein Teilaspekt dieses Paktes sind Erprobung und Evaluation von „Modellprojekte[n] zur Delegation von ärztlichen Leistungen“.

Von den geschilderten Problemen ist auch der Licher Stadtteil Muschenheim in Mittelhessen betroffen. In der Gemeinde gibt es weder einen ortsansässigen Hausarzt noch einen eigenen Pflegedienst. Die Versorgung findet durch Anbieter der umliegenden Ortschaften statt. Im Frühjahr 2011 wurde dort auf Initiative eines kommunalen Fördervereins (im Weiteren Projektträger genannt) und unter Leitung des Ortsvorstehers ein Gemeindegeschwisterprojekt geplant und vorbereitet.

Erklärtes Ziel des Projektes ist, die Gesundheitsversorgung vor Ort zu verbessern und damit die Attraktivität des Ortes zu erhöhen. Als wichtige Anforderungen bzw. Merkmale formulierte der Projektträger zu Beginn:

- Zielgruppe sind vor allem ältere Menschen, grundsätzlich wendet sich das Angebot jedoch an alle Bürger der Gemeinde.
- Das Angebot der Sprechstunde ist ein niedrigschwelliges bzw. direkt vor Ort verfügbar. Die Gemeindegeschwister leben selbst im Ort und sind dort sozi-

al verankert, d.h. sie kennen die Menschen und deren Umfeld.

- Die Ärzte der umliegenden Ortschaften und Gemeinden, die für die hausärztliche Versorgung zuständig sind, sollen von Beginn in das Projekt integriert werden. Keinesfalls soll das Projekt als eine Konkurrenz zur hausärztlichen Versorgung, sondern als eine sinnvolle Erweiterung bzw. Entlastung verstanden werden.

Das Projekt wurde im Februar 2012 begonnen. Als Gemeindegeschwister fungieren eine Medizinische Fachangestellte (MFA) und eine Krankenschwester, die beide über langjährige Berufserfahrungen verfügen. Zusätzlich schulte eine erfahrene Hausärztin beide Gemeindegeschwister im Bereich des geriatrischen Assessments und der Dokumentation. Die Gemeindegeschwister bieten regelmäßige (3x/Woche, jeweils 2 Stunden) Sprechstunden im örtlichen Kommunikationszentrum an. Die Bürger können die Sprechstunde aus eigenem Antrieb aufsuchen oder um einen Hausbesuch bitten. Zudem haben Hausärzte die Möglichkeit, z.B. Hausbesuche durch die Gemeindegeschwister zu initiieren. Neben Beratungen zu Gesundheitsfragen bieten die Gemeindegeschwister an, einfache Befunde wie Blutdruck, Blutzucker oder Gewicht zu erheben. Zur Dokumentation und Information zwischen Hausarzt und Gemeindegeschwister dient ein Gesundheits-Checkheft. Die Projektteilnehmer sind aufgefordert, dieses Heft sowohl bei Besuchen beim Hausarzt als auch bei der Gemeindegeschwister mitzuführen. Die Finanzierung des Projektes übernimmt komplett der Projektträger. Weder Bürgern noch Hausärzten entstehen durch die Inanspruchnahme der Gemeindegeschwister Kosten. Zu Projektbeginn wurden die Bürger durch eine Informationsveranstaltung bzw. Presseberichte über Art und Umfang des Projektes informiert. Zusätzlich gab es eine Informationsveranstaltung speziell für die Hausärzte der Region.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg ist das Projekt zu evaluieren und Empfehlungen für die weitere konzeptionelle Entwicklung zu geben. Fragestellungen der ersten Evaluationsphase waren:

- Wer nimmt das Projekt in Anspruch?
- Wie wurden die Teilnehmer auf das Projekt aufmerksam?
- Welche Gründe gibt es für den Besuch?
- Gibt es Hinweise auf mögliche Effekte (z.B. Senkung der Hausarztbesuche)?
- Wie bewerten die Teilnehmer das Projekt?
- Werden zusätzliche Angebote genutzt?

Methodik

Das Studiendesign verbindet qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung und -analyse. Zunächst wurden Leitfadenterviews mit Bürgern, die das Angebot der Sprechstunde wahrgenommen hatten (im Weiteren Projektteilnehmer genannt), sowie mit den beiden Gemeindegeschwister geführt. Die qualitative Forschung ist in der Lage, über die reine Zahlenanalyse der quantitativen Forschung hinaus, Zusammenhänge, Hintergründe und Begründungen von Begebenheiten zu ergründen [4]. Es wurden so lange neue Interviewteilnehmer rekrutiert, bis in Bezug auf die Fragestellungen keine neuen Erkenntnisse mehr auftraten, „also eine theoretische Sättigung“ eingetreten war [5]. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und thematisch codiert (Doktorand/Medizinstudent) [6, 7]. Um der Subjektivität bei der Codierung entgegenzuwirken, wurden die transkribierten Interviews zweicodiert (Allgemeinmedizinerin) und die Ergebnisse mit einem Expertenteam der Universität Marburg besprochen.

Auf der Grundlage der in den Interviews gewonnenen Erkenntnisse wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt [8, 9], in dem neun Themenkomplexe thematisiert wurden: Demografische Angaben, Zugang zum Gemeindegeschwisterprojekt, Mobilität, Hausarzt/Hausbesuche, Bewertung des Gemeindegeschwisterprojekts, Information über die Gesundheit der Teilnehmer, Sonstige Angebote, Gesundheits-Checkheft und Gesundheitsstatus/Lebensqualität. Letzteres wurde mithilfe der „Wonca-Charts“ erhoben [10].

Im Zeitraum vom Oktober 2012 bis Februar 2013 luden die Gemeindegeschwister jeden Projektteilnehmer ein, an der standardisierten Befragung

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form gewählt, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Demografische und gesundheitliche Merkmale	
Alter, Median (Spannweite, Q25%-Q75%)	72 (4-89, 60-78), n = 45
Geschlecht, n (%)	
Frauen	31 (69)
Männer	14 (31)
Berufstätigkeit, n (%)	
Nein	28 (62)
Teilzeit	8 (18)
Ganztags	5 (11)
Keine Angaben	4 (9)
Erkrankungen/Person, Median (Q25%-Q75%)	3 (1-5), n=45
Eingenommene Medikamente/Person und Tag, Median (Q25%-Q75%)	3 (2-6), n=43**
Gesundheitsstatus*, Median (Q25%-Q75%)	
Körperliche Belastbarkeit	3 (1-3), n=34**
Seelisches Befinden	2 (1-3), n=42**
Erledigung von Alltagsaufgaben	2 (1-2), n=43**
Soziale Kontakte	1 (1-2), n=45
Schmerzen	3 (1-4), n=44**
Allgemeiner Gesundheitszustand	3 (2-4), n=44**
Merkmale der Inanspruchnahme	
Projektteilnehmer wurden aufmerksam durch#: n (%)	
Gemeindeschwester	21 (47)
Projektträger	22 (49)
Presse	8 (18)
Hausarzt	4 (9)
Teilnahme aus Veranlassung durch, n (%)	
Teilnehmer selbst	39 (87)
Gemeindeschwester	4 (9)
Hausarzt	2 (4)
Häufigkeit der Inanspruchnahme der Sprechstunde pro TN, Median (Q25%-Q75%)	4 (2-7)
Gründe für Inanspruchnahme/ Beratungsanlässe#, n (%)	
Blutdruckkontrolle	42 (93)
Blutzuckerkontrolle	31 (69)
Gewichtsmessung	19 (42)
Akute Erkrankung	4 (9)
Allgemeiner Gesprächs- und Beratungsbedarf	18 (40)
Inanspruchnahme sonstiger Angebote im Rahmen des Projektes#, n (%)	
Hockergymnastik	8 (18)
Vortragsveranstaltungen	11 (24)
Medikamentensprechstunde	5 (11)
Gedächtnistraining	5 (11)
Mittagstisch	18 (40)
„Ich bringe das Gesundheitscheckheft zu jedem Besuch bei der Gemeindeschwester mit“, n (%)	
Stimme voll zu	40 (89)
Stimme eher zu	2 (4)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	3 (7)
„Ich bringe das Gesundheitscheckheft zu jedem Besuch beim Hausarzt mit“, n (%)	
Stimme voll zu	16 (36)
Stimme eher zu	6 (13)
Stimme eher nicht zu	7 (16)
Stimme nicht zu	10 (22)
Keine Angaben	6 (13)
Gemeindeschwester ist persönlich bekannt, n (%)	
Ja	44 (98)
Nein	1 (2)

Projektbewertung durch Projektteilnehmer	
Wichtigster Pluspunkt aus Sicht der Projektteilnehmer, n (%)	
Geldersparnis	3 (7)
Zeitersparnis	14 (31)
Viel Gesprächszeit	10 (22)
Hausbesuche durch Gemeindeschwester	3 (7)
Keine Angaben	14 (31)
„Ich bin mit dem Projekt insgesamt zufrieden“, n (%)	
Stimme voll zu	39 (87)
Stimme eher zu	2 (4)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	4 (9)
„Es ist hilfreich, dass ich die Gemeindeschwester persönlich kenne“, n (%)	
Stimme voll zu	39 (87)
Stimme eher zu	3 (7)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	3 (7)
„Es ist hilfreich, dass die Gemeindeschwestern aus Muschenheim kommen“, n (%)	
Stimme voll zu	38 (84)
Stimme eher zu	5 (11)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	2 (4)
„Das Gesundheitscheckheft ist eine sinnvolle Maßnahme“, n (%)	
Stimme voll zu	39 (87)
Stimme eher zu	4 (9)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	2 (4)
„Ich hoffe, dass das Gemeindeschwesterprojekt fortgeführt wird“, n (%)	
Stimme voll zu	44 (98)
Stimme eher zu	1 (2)
Stimme eher nicht zu	0 (0)
Stimme nicht zu	0 (0)
Keine Angaben	0 (0)
Inanspruchnahme des Hausarztes/Gesundheitsverhalten/Funktioneller Gesundheitszustand	
Hausarztbesuche/Person, Median (Q25%–Q75%)	3. Quartal 2011: 2 (1–3), n = 35** 3. Quartal 2012: 1 (1–3,5), n = 35**
„Haben Sie Ihr Gesundheitsverhalten durch den Besuch der Gemeindeschwestersprechstunde verändert?“, n (%)	
Ja	6 (13)
Nein	38 (84)
Keine Angaben	1 (2)
„Seit Beginn des Gemeindeschwesterprojektes hat/haben sich mein/e ...“	
Körperliche Belastbarkeit, n (%)	
Nicht verändert	36 (80)
Verbessert	4 (9)
Verschlechtert	1 (2)
Keine Angaben	4 (9)
Seelisches Befinden, n (%)	
Nicht verändert	29 (64)
Verbessert	8 (18)
Verschlechtert	0 (0)
Keine Angaben	8 (18)

Erledigung von Alltagsaufgaben, n (%)	
Nicht verändert	33 (73)
Verbessert	3 (7)
Verschlechtert	2 (4)
Keine Angaben	7 (16)
Soziale Kontakte, n (%)	
Nicht verändert	29 (64)
Verbessert	8 (18)
Verschlechtert	0 (0)
Keine Angaben	8 (18)
Schmerzen, n (%)	
Nicht verändert	34 (76)
Verbessert	1 (2)
Verschlechtert	2 (4)
Keine Angaben	8 (18)
Allgemeiner Gesundheitszustand, n (%)	
Nicht verändert	32 (71)
Verbessert	3 (7)
Verschlechtert	3 (7)
Keine Angaben	7 (16)
TN: Teilnehmer; Q25%–Q75%: 25% bzw. 75% Quartil * gemessen mit WONCA Charts, für jede Dimension geht die Skala von 1–5, höhere Werte bedeuten einen schlechteren Gesundheitszustand; ** Abweichungen von n = 45 durch fehlende Werte # Mehrfachnennung möglich	

Tabelle 1 Ergebnisse der quantitativen Evaluation (n = 45)

teilzunehmen. Die Rekrutierung fand ausschließlich in der Sprechstunde oder bei Hausbesuchen statt. Ausschlussgründe waren Ablehnung der Teilnahme, bereits stattgehabte Teilnahme und körperliche oder geistige Einschränkung, die ein Ausfüllen des Fragebogens verhinderten.

Zur Datenanalyse wurden die Programme MAXQDA Version 10 [11], GNU PSPP Statistical Analysis Software, Version 0.7.9 [12] und OpenOffice Calc genutzt.

Die Ethikkommission der Universität Marburg erteilte der Evaluationsstudie ein positives Votum. Jeder Teilnehmer willigte nach einer Aufklärung schriftlich in die Teilnahme ein.

Ergebnisse

Die Gemeindeschwestern registrierten vom Start des Projekts (02/2012) bis 02/2013 eine Zahl von insgesamt 92 Teilnehmern. Dies entspricht ca. 9 % der Bürger Muschenheims. Im Untersuchungszeitraum der qualitativen Befragung (03/2012–06/2012) wurden 10 Projektteilnehmer rekrutiert. Eine Re-

krutierung von Bürgern, die das Angebot nicht wahrnahmen, gelang trotz entsprechender Versuche leider nicht. Im Untersuchungszeitraum der quantitativen Befragung (10/2012–02/2013) kamen 58 Bürger mindestens einmal in die Sprechstunde bzw. baten um einen Hausbesuch und wurden daher eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Unter diesen lehnten 13 eine Teilnahme an der Befragung ab bzw. waren aus körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen nicht in der Lage teilzunehmen. Damit bilden 45 Projektteilnehmer die Grundlage der quantitativen Auswertung (siehe Tab. 1).

Wer sind die Teilnehmer und warum nehmen sie das Angebot wahr?

Die Befragten waren eher älter (Median: 72 Jahre) und Frauen (69 %). Sie hatten mehrere Erkrankungen (Median: 3) und nahmen täglich mehrere Medikamente ein (Median: 3). Am häufigsten wurden genannt: Hypertonus (62 %), Erkrankungen und Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates (40 %) und Diabetes mellitus (24 %). Als häufigsten

Anlass die Sprechstunde zu besuchen, nannten sie die Messung des Blutdrucks (93 %), gefolgt von der Blutzucker- (69 %) und Gewichtsmessung (42 %). Akute Erkrankungen nannten nur vier Befragte (9 %) als Anlass. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten kam aus eigenem Anlass (87 %), während nur zwei Besuche (4 %) vom Hausarzt veranlasst worden waren. Viele suchten die Sprechstunde mehrfach auf (Median: 4).

Wie wird das Angebot beurteilt?

In der Gesamtbeurteilung äußerte sich die Mehrheit der Befragten (87 %) sehr zufrieden mit dem Projekt und alle befürworteten eine Weiterführung. Als wichtigste Pluspunkte wurden Zeitersparnis und die ausreichende Gesprächszeit genannt. Als sehr hilfreich beurteilte die Mehrzahl der Befragten auch Teilaspekte wie das Gesundheits-Checkheft und die Tatsache, dass ihnen die Gemeindeschwestern persönlich bekannt waren. Dies wurde durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews bestätigt. Auf der anderen Seite zeigten sich in den qualitativen Interviews die meisten Interviewteilnehmer zufrieden

mit der hausärztlichen Versorgung. Vereinzelt wurden zu wenig Gesprächszeit, lange Wartezeit auf Termine und schlechte Erreichbarkeit des Hausarztes thematisiert.

Hinweise auf mögliche Ergebnisparameter?

Um Hinweise auf einen möglichen Nutzen bzw. zu untersuchende Endpunkte in zukünftigen Evaluationen zu erhalten, wurden die Befragten gebeten, die Anzahl der Hausarztbesuche im Quartal vor Einführung des Projekts und im entsprechenden Quartal im Folgejahr zu schätzen. Zudem sollten sie einschätzen, inwiefern sie eine Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens bzw. eine Veränderung in einer der sechs Dimensionen des Gesundheitsstatus durch die Teilnahme am Projekt wahrgenommen hatten. Hier zeigte sich eine geringfügige Reduktion der Hausarztbesuche. Im Gesundheitsstatus zeigten sich in der Stichprobe die größten Änderungen im Bereich des seelischen Befindens und der sozialen Kontakte. Hier sahen jeweils acht Befragte (18 %) eine Verbesserung.

Diskussion

Die Auswertung der Studienergebnisse zeigte, dass überwiegend weibliche Menschen älter als 65 Jahre das Gemeindegeschwisterprojekt in Muschenheim in Anspruch nahmen. In der Gemeinde liegt das Geschlechterverhältnis bei nahezu 1:1 (Zahlen des Bürgerbüros Lich, Stand 05.01.13), sodass das Geschlechterverhältnis nicht in der Bevölkerungsstruktur des Ortsteils begründet liegt. Auch andere Studien belegen einen Unterschied in der Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung zwischen Männern und Frauen: So hat das Robert-Koch-Institut im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes festgestellt, dass das Interesse an Präventionsangeboten bei Männern generell geringer ist als bei Frauen [13].

Hinsichtlich der Krankheitslast der Teilnehmer zeigte sich, dass Hypertonie, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Diabetes mellitus die vorherrschenden Erkrankungen der Projektteilnehmer waren.

Die Teilnehmer wurden hauptsächlich durch eine Informationsveranstal-

tung und das persönliche Engagement der Gemeindegewestern auf das Projekt aufmerksam. Die wichtigsten Gründe das Angebot wahrzunehmen, waren einerseits gesundheitliche Aspekte; vorwiegend sind hier routinemäßige Befunderhebungen zu nennen. Andererseits war aber auch das persönliche Gespräch mit einer vertrauten Person für die Teilnehmer von großer Bedeutung. Dabei war hier die reichlich vorhandene Gesprächszeit in der Sprechstunde vorteilhaft. Außerdem war es für den erfolgreichen Verlauf bedeutsam, dass die Gemeindegewestern selbst Gemeindeglieder waren und somit viele Teilnehmer sie persönlich kannten. Generell zeigte es sich, dass die Befragten die soziale Komponente des Angebotes schätzten. Dies wurde sowohl dadurch deutlich, dass Teilnehmer durch die Sprechstunde neue Kontakte knüpfen als auch durch die große Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote. Dass der Aspekt der psychosozialen Unterstützung durch die Gemeindegewestern für Teilnehmer von hoher Bedeutung ist, wurde auch in einer Studie von Williams et al. gezeigt [14].

Insgesamt wurde das Projekt vonseiten der Teilnehmer als positiv beurteilt und allgemein eine Fortführung gewünscht. Zu der positiven Beurteilung trugen die lokale Nähe bei, die ausreichende Zeit bei Gesprächen und die Tatsache, dass die Gemeindegewestern persönlich bekannt sind. Damit wurde ein Ziel des Projektträgers, die Attraktivität der Gesundheitsversorgung vor Ort zu erhöhen, erreicht. Inwieweit das Projekt darüber hinaus einen Nutzen im Hinblick auf eine Verbesserung etwa der Lebensqualität oder eine sinnvollere Ressourcenallokation erbrachte, konnte durch die vorliegende Studie jedoch nicht beurteilt werden. Erste Hinweise für mögliche Effekte zeigten sich bei der Anzahl an Hausarztbesuchen und in den Dimensionen „seelisches Befinden“ und „soziale Kontakte“. Aufgrund Design und Fallzahl der vorliegenden Studie ließ sich dies jedoch statistisch nicht überprüfen.

Die erhoffte Zusammenarbeit mit den Hausärzten in der Region fand nicht im gewünschten Ausmaß statt. Die Gesundheits-Checkhefte wurden durch die Teilnehmer nicht so regelmäßig mit zum Hausarzt genommen wie zur Gemeindegewestern. Die Information über das Pro-

jekt und die Anregung zum Besuch der Gemeindegewestersprechstunde durch die Hausärzte war die Ausnahme. Es wurde kein Hausbesuch durch einen Hausarzt veranlasst. Ob der mangelnden Kooperation Sorge vor einer größeren Belastung – z.B. durch mehr Dokumentationsaufwand durch die Gesundheits-Checkhefte – zugrunde lag oder die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch die Gemeindegewestern nicht im Interesse der Hausärzte lag, kann durch die vorliegende Studie nicht beantwortet werden. In der Region wurden in der Projektphase neue Hausarztverträge verhandelt, die auch die finanzielle Förderung von VERAH zum Gegenstand hatten. Möglicherweise befürchteten die Hausärzte eine Konkurrenzsituation. Expertenmeinungen [15] und Evaluationen aus anderen Projekten [16] weisen darauf hin, dass die Delegation bestimmter Aufgaben wie beispielsweise die regelmäßige Kontrolle von Blutzucker oder Blutdruck an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu einer Entlastung der Hausärzte führen kann, ohne dass dabei die Qualität der Versorgung leidet. Die alleinige Information der Hausärzte über das Projekt bzw. das Angebot, bestimmte Aufgaben an die Gemeindegewestern delegieren zu können, hatte offenbar nicht ausgereicht, die Hausärzte zu motivieren, dieses Angebot auch wahrzunehmen. Andererseits erscheint es aber als offensichtlich, dass eine Akzeptanz des Projektes seitens der Hausärzte und eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit existenziell für dessen Erfolg sind. Dies bedeutet, dass die intensive Kooperation bzw. Kommunikation mit den Hausärzten ein wichtiger Fokus sowohl in der konzeptionellen Weiterentwicklung als auch der Evaluation des Projektes sein müssen.

Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Studie weist hinsichtlich der Rekrutierung Schwächen auf. Eine Rekrutierung von Nichtteilnehmern für die qualitative Studie gelang nicht. Somit konnten nur Informationen von teilnehmenden Personen gewonnen werden.

An der quantitativen Befragung nahmen 45 Personen teil. Gemessen an der Teilnehmerzahl während des gesamten Projektzeitraumes (n = 92) entsprach dies einem Anteil von 49 %. Gemessen

Johannes Hänel ...



... geboren 1988, studiert seit dem Wintersemester 2008/09 Medizin an der Philipps-Universität Marburg. Im Rahmen seiner Doktorarbeit in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin unter Leitung von Frau Prof. Dr. Baum befasst er sich mit der Evaluation des Muschenheimer Gemeindegeschwisterprojekts. Aktuell befindet er sich im Praktischen Jahr.

an der Teilnehmerzahl während der Datenerhebung für die quantitative Befragung ($n = 58$) entsprach dies einem Anteil von 78 %. Es besteht das Risiko, dass diejenigen, die gar nicht an der Befragung teilnahmen bzw. einzelne Fragen nicht beantwortet haben, beispielsweise unzufriedener waren als diejenigen, die geantwortet haben bzw. keine Vorteile in dem Angebot sahen (Non-Response-Bias). Die vorliegende Studie kann zudem keine Aussage zum Nutzen des Gemeindegeschwisterprojektes machen. Dies war zu der aktuellen Phase der Evaluation auch nicht geplant.

Entwicklung und Ausblick

Nach Ablauf des ersten Projektjahres wurde die Ausdehnung des Projektes auf verschiedene benachbarte Stadtteile beschlossen. Finanziert wird auch dies wie-

derum durch den Förderverein. Die Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Hessischen Gesundheitspaktes hat inzwischen das Muschenheimer Modellprojekt in die Förderung durch den Gesundheitspakt aufgenommen. Gegenstand der Förderung ist die weitere Evaluation.

Schlussfolgerungen

Die erhobenen Daten weisen darauf hin, dass das beschriebene Gemeindegeschwisterprojekt ein vielversprechender Ansatz sein könnte, um die Zufriedenheit mit der lokalen Gesundheitsversorgung und damit auch die Motivation für eine Ansiedlung bzw. ein Verbleiben in der Gemeinde zu fördern. Im Mittelpunkt stehen die Routinekontrolle von Befunden, eine soziale und kommunikative sowie möglicherweise eine prä-

ventive Komponente. Hierbei scheint die Beachtung des regionalen Kontextes für den erfolgreichen Projektverlauf von hoher Bedeutung zu sein. Klinische Schlussfolgerungen oder Empfehlungen sind zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht möglich. Jeglicher Effektivitätsnachweis – beispielsweise im Hinblick auf Entlastung der Hausärzte – erfordert eine größere Studie mit geeigneter Vergleichsgruppe. Die vorliegenden Ergebnisse geben Anlass zu einer aufwendigeren Evaluation.

Interessenkonflikte: Dr. med. Detlef Kuhn ist Ortsvorsteher Muschenheims sowie Initiator und Leiter des Gemeindegeschwisterprojekts. Er nimmt im Rahmen des Projektes keine ärztlichen Aufgaben wahr. Die weiteren Autoren haben keine Interessenkonflikte gegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Erika Baum
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg
Tel.: 06421 2865120
erika.baum@staff.uni-marburg.de

Literatur

1. Klose J, Rehbein I. *Ärztatlas 2011: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin, 2011. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf (letzter Zugriff am 21. Februar 2013)
2. Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Begleitheft zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; 2009. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/Bevoelkerung_Deutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationfile (letzter Zugriff am: 21. Februar 2013)
3. American Hospital Association. *Engaging Health Care Users: A Framework for Healthy Individuals and Communities*. Chicago, 2013. <http://www.aha.org/engaging-healthcare-users> (letzter Zugriff am 22. März 2013)
4. Meyer T, Karbach U, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Stamer M. *Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung*. Gesundheitswesen 2012; 74: 510–5
5. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 1. Aufl. München: Oldenbourg, 2008
6. Kuckartz U. *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., 2008
7. Kuckartz U. *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., 2010
8. Pentzek M, Wollny A, Herber OR, et al. *Itemkonstruktion in sequenziellen Mixed-methods-Studien: Methodenbeschreibung anhand eines Beispielprojekts*. Z Allg Med 2012; 88: 520–7
9. Fischer G. *Translation of the COOP-WONCA charts German: Dartmouth COOP Functional Assessment Charts/WONCA*. Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin. http://www.analgesic.ch/analgetika-guide/de/pdf/doc_coop_de.pdf (letzter Zugriff am 09. März 2013)
10. MAXQDA. <http://www.maxqda.de/> (letzter Zugriff am 01. August 2013)
11. GNU PSPP Statistical Analysis Software. <http://www.gnu.org/software/pspp/> (letzter Zugriff am 01. August 2013)
12. *Gesundheit in Deutschland: Zusammenfassung*. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11094&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=50584414&p_lfd_nr=4 (letzter Zugriff am 28. Februar 2013)
13. Williams V, Smith A, Chapman L, Oliver D. *Community matrons – an exploratory study of patients' views and experiences*. J Adv Nurs 2011; 67: 86–93
14. Kalitzkus V, Schluckebier IWS, AGnES, EVA, VerAH und Co – *Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung*. Z Allg Med 2009; 95: 403–5
15. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz*. Dtsch Arztebl 2009; 106: 3–9