

Daniela Hardenacke, Sabine Bartholomeyczik, Margareta Halek

## Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA

Implementation and Evaluation of „Understanding Diagnostics“ on the example of the light house project InDemA

*The aim of the lighthouse project InDemA was to introduce „understanding diagnostics“ as a part of the general nursing guidelines for challenging behaviour of persons with dementia in nursing homes. The next step was to evaluate the impact of „understanding diagnostics“ on the challenging behaviour of nursing home residents. Following the implementation of „understanding diagnostics“ less challenging behaviour was observed, which in itself can be considered a successful intervention. At the same time, the study results generate a variety of additional questions above all the interdependency of the intervention.*

*Following a short introduction of the topic „understanding diagnostics“ and how it was implemented, a critical reflection of the quasi-experimental study design of the InDemA study is being conducted.*

### Keywords

Dementia, challenging behavior, case conferences, intervention study

*Mit dem Leuchtturmprojekt InDemA war das Ziel verbunden, die „Verstehende Diagnostik“ als Teil der pflegerischen Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz für den Einsatz in der stationären Altenhilfe zu operationalisieren und im zweiten Schritt eine erste Evaluation hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das herausfordernde Verhalten der dort lebenden Menschen mit Demenz vorzunehmen. Die Ergebnisse der Studie zeigen eine deutliche Reduktion des herausfordernden Verhaltens nach Einführung der „Verstehenden Diagnostik“, was zunächst als Erfolg der Intervention zu bewerten ist. Gleichzeitig werfen die Ergebnisse der Studie eine Vielzahl an offenen Fragen auf, allen voran die Frage nach den Wirkungszusammenhängen der Intervention.*

*Nach einer kurzen Einführung in die Thematik der „Verstehenden Diagnostik“ und ihrer gewählten Form der Operationalisierung erfolgt eine kritische methodische Reflexion*

eingereicht 03.02.2011

akzeptiert 14.03.2011 (nach Überarbeitung)

*der Ergebnisse aus der InDemA-Studie vor dem Hintergrund des gewählten Designs einer quasi-experimentellen Studie.*

#### Schlüsselwörter

Demenz, herausforderndes Verhalten, Fallbesprechungen, Interventionsstudie

## Einleitung

Eine angemessene Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe erfordert hohe fachliche Kompetenzen von professionell Pflegenden. Insbesondere der Umgang mit Menschen, deren Verhalten sich im Zuge der Demenzerkrankung so stark verändert, dass es für Außenstehende als störend oder belastend empfunden wird, setzt besondere Fähigkeiten und Kenntnisse Pflegender voraus (Halek et al. 2006).

Vor diesem Hintergrund wurden im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten auf Grundlage von Forschungsliteratur und Expertenwissen entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Das Ergebnis dieser Entwicklung waren sieben Empfehlungen, deren Basis die „Verstehende Diagnostik“ darstellt. Die „Verstehende Diagnostik“ hat als pflegediagnostischer Prozess zum Ziel, das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz aus der Perspektive des Demenzkranken zu verstehen. Denn erst, wenn Kenntnisse darüber vorliegen, warum sich ein Mensch mit Demenz so verhält, wie er sich verhält, können zielgerichtete Maßnahmen eingeleitet oder begründet unterlassen werden (ebd.).

Mit dem ebenfalls vom BMG geförderten Leuchtturmprojekt InDemA (Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen) war unter anderem das Ziel verbunden, die „Verstehende Diagnostik“ als Teil der pflegerischen Rahmenempfehlungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe einzuführen und eine erste Evaluation hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das herausfordernde Verhalten der dort lebenden Menschen mit Demenz vorzunehmen (<http://www.uni-wh.de/forschung/izvf/projekte/beispielprojekte/>). Geleitet wurde die Studie von der Forschungsfrage, wie wirkt sich die Anwendung der „Verstehenden Diagnostik“ auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege aus?

Im vorliegenden Beitrag geht es darum, am Beispiel dieses Projektes und seiner Ergebnisse die Einführung und Evaluation komplexer Interventionen in einem quasi-experimentellen Projektdesign zu untersuchen.

## Theoretische Basis der Intervention: Konzept der Verstehenden Diagnostik

Eine Demenzerkrankung geht mit einer Vielzahl an kognitiven Abbauprozessen einher, die auch dazu führen können, dass die Kommunikationsfähigkeit der Menschen

mit Demenz eingeschränkt ist. So ist es den Betroffenen oftmals nicht mehr möglich, ihre Bedürfnisse der Außenwelt auf direktem Wege mitzuteilen (Förstl 2009). Menschen mit Demenz müssen daher nach Alternativen suchen, um ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Diesen Aspekt der Kompensation greift die „Verstehende Diagnostik“ auf. Sie geht davon aus, dass hinter jedem Verhalten Gründe liegen, die individuell zu erkunden sind.

Da die potenziellen Gründe und Auslöser für herausforderndes Verhalten unendlich sein können, wird in der Empfehlung zur „Verstehenden Diagnostik“ auf die Nutzung eines Strukturmodells, wie das in Nordamerika entwickelte NDB-Modell (need-driven-behaviour compromised model) verwiesen (Kolanowski 1999). So unterscheidet das NDB-Modell zwischen Hintergrundfaktoren für herausforderndes Verhalten die es erklären, aber nicht verändert werden können und direkten Faktoren, die als Gründe oder Auslöser fungieren und von Dritten beeinflussbar sind (Algase et al. 1996) (Abbildung 1).

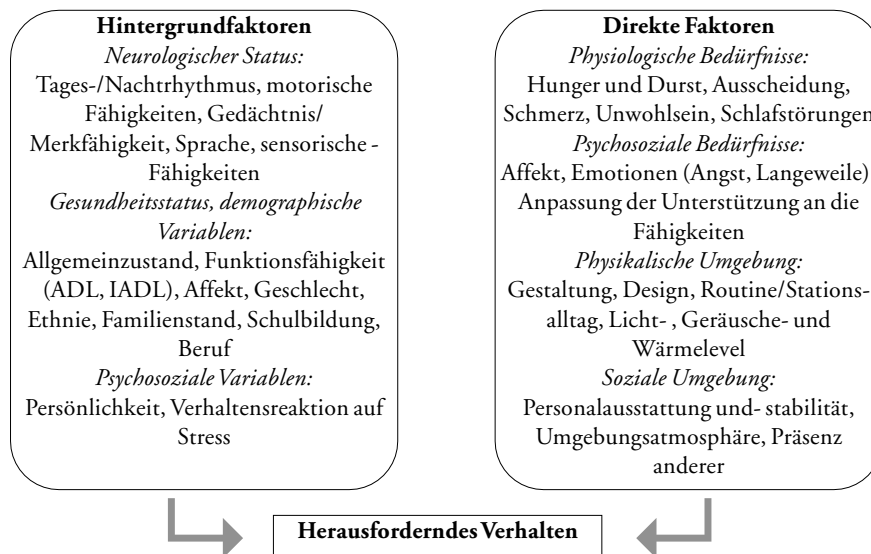


Abb. 1. NDB-Modell nach Kolanowski 1999 in (Halek et al. 2009)

Neben der Nutzung eines Strukturmodells fordert die „Verstehende Diagnostik“ eine möglichst breite Beteiligung von Personen am Verstehensprozess, die für die Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz Verantwortung tragen. Diesem Kriterium der Mehrperspektivität kann mit Hilfe von Fallbesprechungen nachgekommen werden (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Fallbesprechungen sind eine Methode der Fallrekonstruktion, mit deren Hilfe die einem Verhalten zugrundeliegende Eigenlogik und Struktur aufgedeckt und entschlüsselt werden und in einem erweiterten Sinn-/Fallverstehen münden (Schrems 2008; Darmann-Finck et al. 2009). In der vorzustellenden Studie wurde, wie nachfolgend beschrieben, die „Verstehende Diagnostik“ unter Anwendung von strukturierten Fallbesprechungen implementiert und evaluiert.

## Die Intervention

Zur Einführung der Inhalte der „Verstehenden Diagnostik“ wurde das Assessment IdA (Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem) verwendet, das sich an der Struktur des NDB-Modell orientiert (Halek et al. 2009). IdA hat zum Ziel, Pflegende durch den Prozess der Ursachensuche für herausforderndes Verhalten im Rahmen von Fallbesprechungen zu leiten (Bartholomeyczik et al. 2011). Um die Durchführung von Fallbesprechungen zielgerichtet realisieren zu können, wurden die Pflegenden zunächst in einer zweiteiligen Fortbildung zu den Inhalten der „Verstehenden Diagnostik“ und dem Assessment IdA geschult:

### Fortbildung Schlüsselpersonen

Pflegefachkräfte, die in der Lage sind, den diagnostischen Prozess auf den Wohnbereichen zu steuern und zu stützen, wurden in einer eintägigen Gruppenfortbildung zur „Verstehenden Diagnostik“ und der Anwendung von IdA geschult. Sie fungierten im Verlauf des Projektes als Ansprechpartner auf den Projektbereichen.

### Anwendungsbezogene Fortbildung

In Ergänzung zu den eintägigen Fortbildungen der Schlüsselpersonen fanden für alle Mitarbeiter auf den Wohnbereichen zweistündige Fortbildungen statt. Der Fokus der Fortbildungen lag hierbei primär auf der praktischen Umsetzung der „Verstehenden Diagnostik“ und der technischen Handhabung des Leitfadens IdA. Zur Anwendung von IdA erhielten die Teilnehmer zusätzlich ein Handbuch.

### Fallbesprechungen

Sieben monatliche Fallbesprechungen waren im Anschluss an die Fortbildungen geplant, die im Wechsel vom Projektteam und den Schlüsselpersonen moderiert werden sollten. Nach jeder unbegleiteten Fallkonferenz (ohne Projektteam) war ein telefonisches Feedbackgespräch geplant, um die Inhalte der Fallbesprechung zu reflektieren. Während der gesamten Interventionszeit stand den Mitarbeitern auf den Wohnbereichen eine telefonische Hotline zur Verfügung, mit der sie zu festgelegten Zeiten Kontakt zum Projektteam aufnehmen konnten (Abbildung 2).

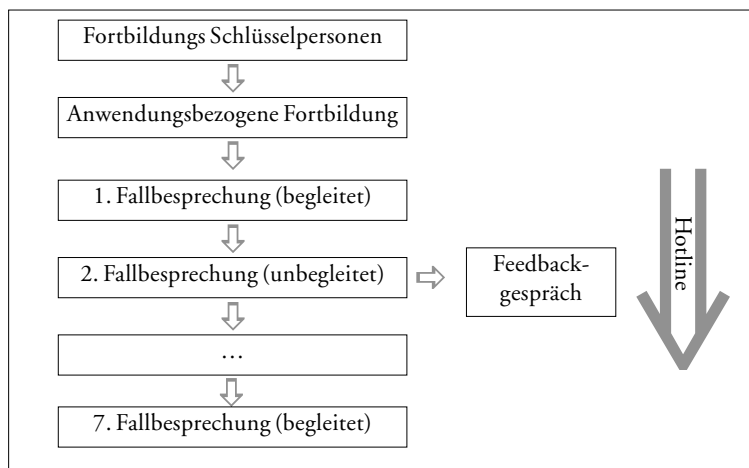


Abb. 2: Intervention

Die Fallkonferenzen basierten auf dem Konzept nach Perrar (Perrar 2005): 1. Problemanalyse, 2. Wissenssammlung, 3. Reflexion eigener Erklärungstheorien, 4. Erarbeitung von Lösungsstrukturen. Die inhaltliche Struktur orientierte sich am IdA-Leitfaden. Die Fallbesprechungen sollten möglichst interdisziplinär unter Beteiligung der Pflegenden, Therapeuten, Ärzten und Angehörigen/Betreuern der Bewohner stattfinden.

## Design, Stichprobe und Instrumente

### Studiendesign

Zur Überprüfung, ob die Anwendung der „Verstehenden Diagnostik“ Auswirkungen auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz hat, wurde ein einfaches Vorher-Nachher-Design gewählt, bei dem das herausfordernde Verhalten der Bewohner vor (T0) und neun Monate nach Beginn der Intervention (T1) erhoben wurde. Im Vorfeld der Studie wurde ein ethisches Clearing am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke eingeholt.

### Stichprobe

Die Stichprobe war regional konzentriert und stellte eine Gelegenheitsstichprobe dar. Zur Teilnahme an der Studie konnten im Zeitraum von Mai bis Oktober 2008 15 stationäre Altenhilfeeinrichtungen mit 23 Wohnbereichen aus dem Raum Witten und Dortmund gewonnen werden. In die Studie eingeschlossen wurden alle Wohnbereiche, auf denen mindestens 50% der Bewohner an einer Demenz erkrankt waren. Auf 9 der 23 Wohnbereiche lebten ausschließlich Menschen mit Demenz.

### Outcomeinstrument

Das herausfordernde Verhalten der Menschen mit Demenz wurde mit Hilfe des Neuropsychiatrischen Inventar: Version Pflegeheim (NPI-NH) erhoben. NPI-NH stellt eine modifizierte Version des NPI dar, welche speziell für den stationären Altenhilfebereich entwickelt und auf seine wissenschaftliche Güte überprüft wurde (Cummings et al. 1994; Wood et al. 2000; Lange et al. 2004; Selbaek et al. 2008b). Es wird als Fremdeinschätzungsinstrument verwendet, bei dem Pflegenden rückblickend über einen vorab definierten Zeitpunkt das Verhalten ihrer Bewohner einschätzen. Das Instrument wird von dem europäischen Konsortium INTERDEM als Outcomeinstrument für die demenzspezifische Interventionsforschung empfohlen (Moniz-Cook et al. 2008).

Das NPI-NH ist ein standardisierter Fragebogen und enthält Abfragen zu zwölf verschiedenen Verhaltensweisen, von denen zehn erhoben wurden (nicht erhoben wurden Schlaf und Appetit/ Essstörungen). Sowohl Häufigkeit (F) als auch Schwere (S) jeder Verhaltensweise werden auf einer 4-Punkt (1-4) und 3-Punkt (1-3) Ratingskala erfasst. Ein NPI-NH-Index pro Verhaltensweise wird durch die Multiplikation der Häufigkeit und Schwere ( $F \times S$ ) errechnet (max. 12 Punkte). Ein NPI-NH-Index größer/gleich 4 ( $F \times S \geq 4$ ) wird als klinisch relevant bewertet (Zuidema et al. 2007; Selbaek et al. 2008a).

## Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch fünf Rater, die zuvor in einer eintägigen Raterschulung mit anschließendem Pretest zur Anwendung des NPI-NH fortgebildet wurden. Um die Qualität der Daten über den Verlauf der Studie möglichst konstant zu halten, wurde die Raterschulung vor Beginn der zweiten Datenerhebung wiederholt.

Vor Ort in den Einrichtungen wurde die jeweilige Bezugspflegekraft zu dem Verhalten ihrer Bewohner rückblickend über einen Zeitraum von zwei Wochen befragt.

## Datenauswertung

Die Datenanalyse wurde mit SPSS Version 18 durchgeführt. Die Analysen zwischen T0 und T1 erfolgten deskriptiv. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde von der Überprüfung statistischer Signifikanzen abgesehen, zumal die nachfolgend beschriebene Fallzahlschätzung ausschließlich auf das primäre Outcome (Neuroleptikagabe) der Studie ausgerichtet war.

## Ergebnisse

Geplant war eine Stichprobe von 128 Bewohnern nach einer erwarteten Dropout-Rate von 30%. Die Stichprobengröße basierte auf einer vorherigen Powerkalkulation (Power = 80% und  $\alpha = 0,05$ ), die sich an einer geschätzten Effektstärke von 0,25 des hier nicht beschriebenen primären Outcomes (Neuroleptikagabe) orientierte. 163 Bewohner konnten bei T0 in die Studie aufgenommen werden. Darunter waren 120 Frauen (73,6%) und 43 Männer. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 84,5 (SD 8,7) Jahre, die Mehrheit der Personen (60,7%) erzielte einen MMST-Wert < 10 und war in die Pflegestufe 2 eingruppiert (46%) (Tabelle 1).

Im Verlauf der Studie schieden 56 Teilnehmer aus, so dass 107 (65,6%) der 163 Bewohner in die zweite Datenerhebung eingeschlossen werden konnten. Unter den 56 Dropouts waren 29 Verstorbene, 7 Personen sind aus den Wohnbereichen ausgezogen und bei 20 Bewohnern ist ihr Wohnbereich frühzeitig aus dem Projekt ausgestiegen. Die Dropouts waren im Mittel älter als die verbliebenen Personen.

Um Aussagen über die Auswirkungen der Intervention auf das herausfordernde Verhalten der Bewohner treffen zu können, wurden ausschließlich die Bewohner in die Analysen eingeschlossen, von denen zu beiden Zeitpunkten Daten vorlagen ( $n = 107$ ).

## Durchführung der Intervention

Die Fortbildungen der Pflegenden fanden auf allen 23 Wohnbereichen statt. Im Zuge der Intervention war es nur einem Wohnbereich möglich, die 7 geplanten Fallbesprechungen zu realisieren. Im Mittel (Median) wurden 5 Fallkonferenzen pro Wohnbereich durchgeführt, in 5 Wohnbereichen gab es keine Fallbesprechung. Während der insgesamt 85 Fallbesprechungen wurden 19 der 107 Bewohner aus der Studie besprochen. Weitere 39 in den Fallbesprechungen behandelte Bewohner waren nicht in die Datenerfassung eingeschlossen, weil sie nicht daran teilnehmen wollten/konnten. Die

Tab. 1: Stichprobe

	Ausgangsstichprobe T0 (n=163)	Vergleichspopulation T0 (n=107)	Dropouts T0 (n=56)
	n (%)	n (%)	n (%)
Geschlecht			
Frauen	120 (73.6)	81 (75.7)	39 (69.6)
Männer	43 (26.4)	26 (24.3)	17 (30.4)
MMSE <sup>1</sup>			
MMST <10	99 (60.7)	63 (58.9)	36 (64.3)
MMST ≥10	64 (39.3)	44 (41.1)	20 (35.7)
Pflegestufe			
0	3 (1.8)	3 (2.8)	0 (0.0)
1	46 (28.2)	32 (29.9)	14 (25.0)
2	75 (46.0)	47 (43.9)	28 (50.0)
3	34 (20.9)	21 (19.6)	13 (23.2)
Härtefallregelung (keine Angaben)	1 (0.6) 4 (2.5)	1 (0.9) 3 (2.8)	0 (0.0) 1 (1.8)
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
Alter	84.5 (8,70)	83.4 (9,05)	86.6 (7,66)

<sup>1</sup>MMST – je kleiner der Wert desto schwerer die kognitiven Einschränkungen

Auswahl der zu besprechenden Bewohner erfolgte durch die an der Fallbesprechung teilnehmenden Pflegenden aufgrund ihres Bedarfs.

### Herausforderndes Verhalten

Zum Zeitpunkt T0 lag die Prävalenz der Bewohner mit mindestens einem herausfordernden Verhalten bei 89%, nach der Intervention war die Prävalenz auf 77% zurückgegangen. Auch die Anzahl der Verhaltensweisen reduzierte sich im Zuge der Intervention. Vor der Intervention zeigten die Bewohner im Mittel (Median) drei Verhaltensweisen, nach der Intervention waren es noch zwei.

In der detaillierten Betrachtung der einzelnen Verhaltensweisen zeigte sich, dass die Prävalenzen in allen Subskalen des NPI-NH zwischen 3 und 25 Prozentpunkten zurückgegangen sind. Besonders hervor trat dabei die Reizbarkeit/Labilität, deren Prävalenz um 25 Prozentpunkte gesunken ist. Ein starker Rückgang um mehr als 20 Prozentpunkte war bei ängstlichem und depressivem Verhalten zu beobachten. Die wenigsten Veränderungen zeigten Apathie, Euphorie, Enthemmung und Wahnvorstellungen ( $\Delta$  3-7%-P.) (Abbildung 3).

Vergleicht man die Veränderungen der einzelnen Verhaltensweisen mit klinischer Relevanz, also die Kombination aus Häufigkeit und Schwere ( $F \times S \geq 4$ ) vor und nach der Intervention, ging die Prävalenz des abweichenden motorischen Verhaltens und die

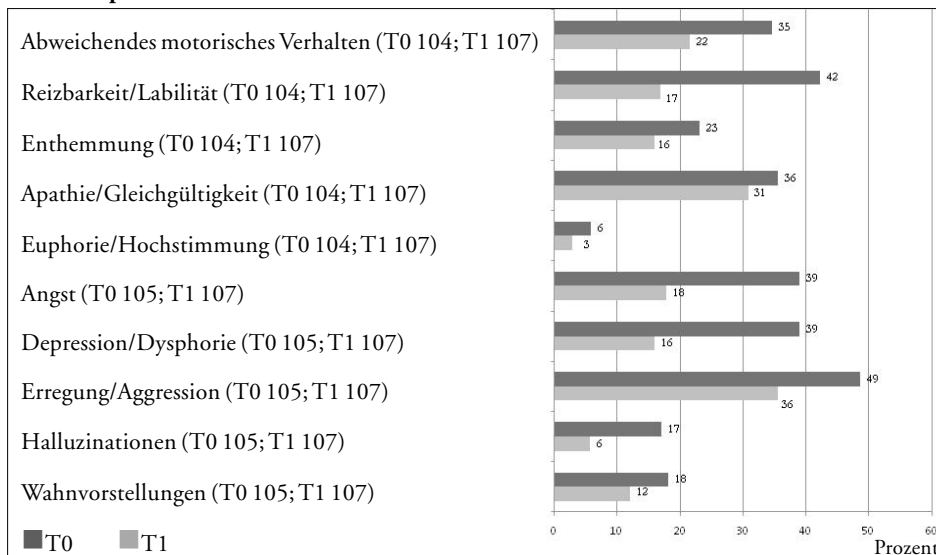
**Prävalenz pro Verhaltensweise vor und nach Intervention**

Abb. 3: Prävalenz pro Verhaltensweise vor und nach Intervention

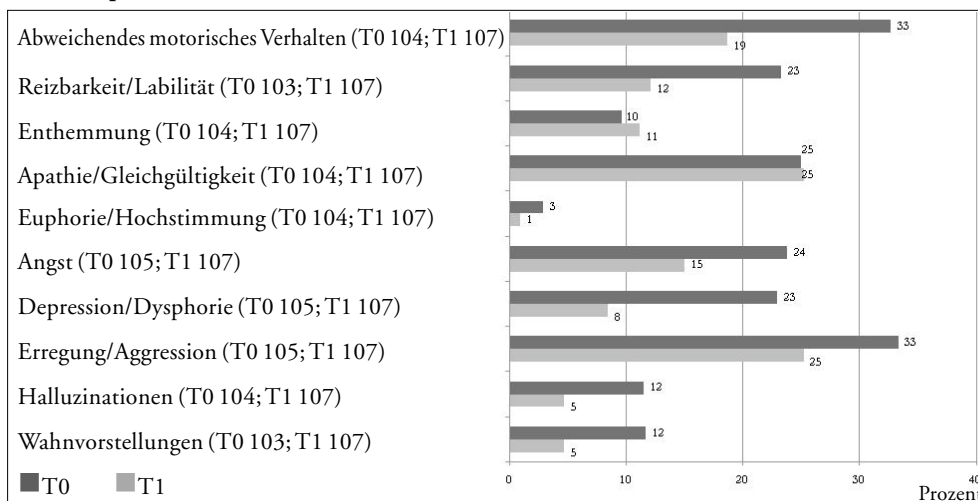
**Prävalenz pro Verhaltensweise mit klinischer Relevanz ( $F \times S \geq 4$ ) vor und nach Intervention**

Abb. 4: Prävalenz pro Verhaltensweise mit klinischer Relevanz vor und nach Intervention

der Depression am stärksten zurück ( $\Delta$  14-15%-P.). Eine Minimierung der Prävalenz um 11 Prozentpunkte war bei Reizbarkeit/Labilität zu erkennen. Nahezu keine Veränderungen waren bei der Apathie, Euphorie und Enthemmung festzustellen (Abbildung 4).

Betrachtet man zuletzt die Differenzen der NPI-NH-Indexe auf individueller Ebene, ist zu beobachten, dass in allen zehn Verhaltensweisen der prozentuale Anteil der Bewohner, bei denen der NPI-NH-Index im Zuge der Intervention konstant geblieben ist, am größten ist. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass es bei jeder Verhaltensweise so-

**Veränderungen im NPI-NH Index im Vergleich vor und nach Intervention**

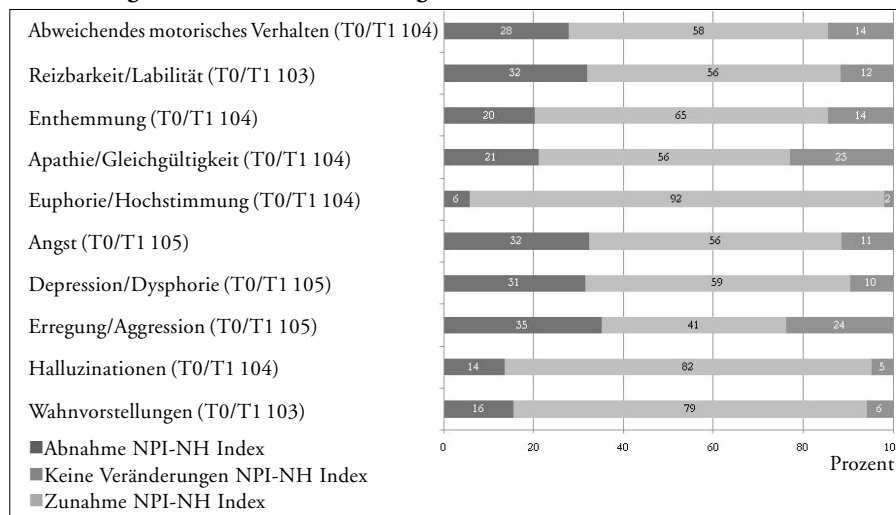


Abb 5: Veränderungen des NPI-NH Indexes

wohl Personen gibt bei denen der NPI-NH Index im Projektverlauf abgenommen hat, als auch Bewohner bei denen der NPI-NH-Index gestiegen ist. Insbesondere bei der Apathie und der Erregung/Aggression ist bei knapp einem Viertel (23-24%) der Bewohner der NPI-NH Index gestiegen (Abbildung 5).

Insgesamt zeigten die Ergebnisse also eine deutliche Reduktion des herausfordernden Verhaltens in der Gesamtprävalenz. Ebenso war ein Rückgang der Prävalenzen auf der Ebene der Subskalen des NPI-NH zu erkennen. Die Ergebnisse zum NPI-Index zeigen eine Minderung in Kombination von Häufigkeit und Schwere des Auftretens von herausforderndem Verhalten auf Gruppenniveau. In der Auswertung der NPI-Indexe auf individueller Ebene war die Gruppe der Person, bei denen der NPI-Index sich nicht verändert hat, am stärksten vertreten. Bei allen Verhaltensweisen gab es auch Personen, bei denen entgegen dem Gruppentrend das Verhalten gestiegen ist.

**Bedeutung der Ergebnisse**

Ausgehend von den Ergebnissen der InDemA-Studie sprechen die Daten zunächst für den Erfolg der Intervention, werfen bei genauerem Hinsehen jedoch eine Reihe von offenen – unter anderem methodische – Fragen auf, die im Folgenden dargelegt und diskutiert werden sollen:

**Hat sich das Verhalten oder die Wahrnehmung des Verhaltens nach der Intervention verändert?**

Die „Verstehende Diagnostik“ im Rahmen von strukturierten Fallbesprechungen und unter Nutzung des Assessments IdA fokussieren auf ein Verstehen des Verhaltens und das Erkennen von möglichen Auslösern und Ursachen für das Verhalten. In der vertieften Auseinandersetzung mit dem herausfordernden Verhalten der Bewohner reflektie-

ren Pflegenden deren Verhalten, entwickeln neue Haltungen und Einstellungen und gelangen zu einem erweiterten Verständnis für das Verhalten. Als mögliche Konsequenz werten sie das Verhalten der Bewohner nicht mehr als problematisch bzw. herausfordernd, sondern als Form der Kommunikation über die ein Mensch mit Demenz das eigene Ich und seine eigenen Bedürfnisse zum Ausdruck bringt. Aus diesem Grund ist nicht auszuschließen, dass der Rückgang des herausfordernden Verhaltens eine veränderte Wahrnehmung der Pflegenden widerspiegelt, da das NPI-NH Aussagen der Pflegenden nutzt, um das Verhalten der Bewohner einzuschätzen (Fremdeinschätzungsinstrument). Sofern die Ergebnisse lediglich eine veränderte Wahrnehmung der Pflegenden widerspiegeln, ist dies dennoch als wichtiger Erfolg der Intervention zu werten, weil die Pflegenden nunmehr das Verhalten der Bewohner anders interpretieren und dies nicht mehr als so problematisch und störend werten.

### **Hat sich das Verhalten aufgrund des Fortschreitens der Demenzerkrankung verändert?**

Der Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Datenerhebung betrug neun Monate. Es ist zu vermuten, dass innerhalb dieser Zeitspannen ein Fortschreiten der Demenz stattgefunden hat. Aus der Literatur geht hervor, dass im Zuge der Demenzerkrankung das abweichende motorischen Verhalten, Depression, Angst und Euphorie zurückgehen, hingegen ein Anstieg der Apathie, Reizbarkeit/Labilität und Enthemmung festzustellen ist (Wetzels et al. 2010). Von daher ist nicht auszuschließen, dass Veränderungen im herausfordernden Verhalten auf das Fortschreiten der Demenz zurückzuführen ist. Insbesondere der hohe Anteil an Bewohnern bei denen der NPI-NH-Index des apathischen Verhaltens im Zuge der Intervention gestiegen ist, wäre auf diese Weise zu erklären. Eine andere Erklärung des Apathieanstiegs kann in einer gesteigerten Aufmerksamkeit auf dieses Verhalten liegen. Apathie wird häufig von den Betreuern nicht als problematisch wahrgenommen. Das IdA aber thematisiert dieses Verhalten als problematisch, rückt es in das Blickfeld der Pflegenden und macht es damit erfassbarer.

### **Welche Teile der multimodalen Intervention wirken?**

Zur Einführung der „Verstehenden Diagnostik“ wurde eine multimodale Intervention gewählt, die sowohl verschiedene Formen der Fortbildungen und strukturierte Fallbesprechungen als auch die Anwendung des Leitfadens IdA einschließt. Die Ergebnisse der Studie lassen jedoch keine Rückschlüsse darauf zu, was letztendlich zur Veränderung geführt hat. So können die Fallbesprechungen dazu beigetragen haben, dass Pflegenden sich intensiv Zeit genommen haben, sich mit dem Verhalten auseinanderzusetzen oder sich tatsächlich einfach validierender mit den Menschen mit Demenz befasst haben. Aber auch die Anwendung von IdA kann maßgeblich zum Erfolg der Studie beigetragen haben, weil es die Pflegenden dazu anhält, sich ein sehr genaues Bild von der betreffenden Person zu machen, weil sie dabei erst feststellen, wie wenig sie diese kennen und weil ihnen tatsächlich deutlich wird, welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Angesichts der zunehmend knapper werdenden Ressourcen in der Pflegepraxis wäre es jedoch von großer Bedeutung zu wissen, welcher Teil der Intervention Wirkungen erzielt oder ob nur alles zusammen wirksam sein kann. Schließlich sollte ein aufwendiges

Instrument wie IdA nur dann zum Einsatz kommen, wenn es Pflegenden auch tatsächlich bei der Suche nach möglichen Auslösern für herausforderndes Verhalten Unterstützung bietet.

### **Strahlt die Besprechung eines Falles auf den Umgang mit anderen Bewohnern aus?**

Nicht geklärt sind auch mögliche Ausstrahlungseffekte der Fallbesprechungen auf Bewohner, die nicht in den Fallbesprechungen thematisiert werden. Nur 19 der 107 Bewohner wurden im Verlauf der Studie in Fallbesprechungen besprochen, zu 88 fanden hingegen keine Fallbesprechungen im Rahmen des Projektes statt. Dennoch ist bei den 88 Bewohnern ohne Fallbesprechung ein deutlicher Rückgang in den Prävalenzen der einzelnen Verhaltensweisen zu erkennen (Abbildung 6). Wenn dieser Rückgang des

**Prävalenz pro Verhaltensweise bei Bewohnern, die nicht in Fallbesprechungen besprochen wurden vor und nach Intervention**

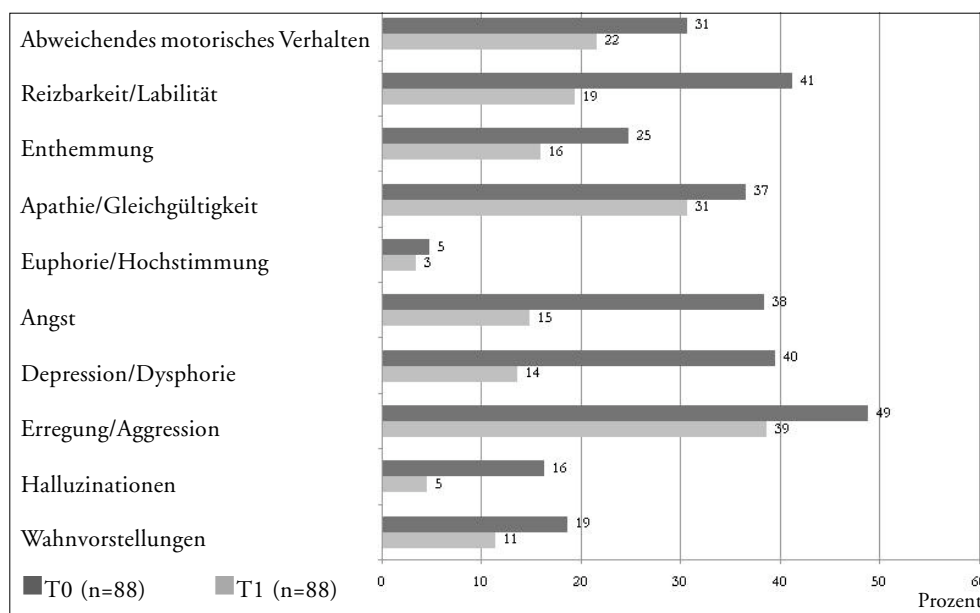


Abb. 6: Prävalenz pro Verhaltensweise bei Bewohnern, die nicht in Fallbesprechungen besprochen wurden vor und nach Intervention

herausfordernden Verhaltens auf den Ausstrahlungseffekt der Fallbesprechungen zurückzuführen ist, dann ist dies als Erfolg der Intervention zu interpretieren. Aufgrund vieler anderer der hier genannten Fragen kann dies jedoch nur als Annahme angesehen werden. Nicht ausgeschlossen werden kann der Hawthorne Effekt, der bei der Diskussion um die Bedeutung der Ergebnisse bedacht werden sollte (Bartholomeyczik et al. 2008). So kann die alleinige Tatsache, dass Pflegende an einer Studie teilgenommen haben, dazu geführt haben, dass sie sich intensiver um ihre Bewohner mit Demenz bemüht haben, was sich in einer Reduzierung des herausfordernden Verhaltens niederschlagen haben könnte.

### **Wie häufig müssen Fallbesprechungen stattfinden?**

Wie beschrieben, gab es nur einen Wohnbereich, in dem tatsächlich alle geplanten Fallbesprechungen durchgeführt wurden. Anhand der quantitativen Daten lässt sich jedoch nicht feststellen, welche Auswirkungen die Häufigkeit der Fallbesprechungen hat. Die Rahmenempfehlungen fordern Fallbesprechungen anlassbezogen, wenn bei einem Bewohner das herausfordernde Verhalten nicht verstanden werden kann, wenn deswegen alle Kenntnisse und Ideen zum „Fall“ von allen an der Versorgung Beteiligten systematisch zusammen getragen werden sollten. Im Projekt waren die Fallbesprechungen in festen Intervallen geplant, wurden aber nicht so umgesetzt. Die Frage der Anlassbezogenheit konnte hier nicht überprüft werden.

### **Welche Art der Fallbesprechung ist wirksam?**

Nach dem Projektplan sollte mindestens jede zweite Fallbesprechung von den Pflegenden selbstständig durchgeführt werden. Gegen Ende der Interventionsphase sollte es nur noch telefonische Beratung von Seiten des Projektteams geben. Tatsächlich aber wurden von den 85 Fallbesprechungen auf Bitten der teilnehmenden Pflegenden 31 von den Wissenschaftlerinnen direkt begleitet. Der Grund kann in mangelnden Kompetenzen und Fachwissen der Pflegenden liegen. Die angebotene Hotline für Nachfragen aus den teilnehmenden Einrichtungen wurde dagegen fast gar nicht genutzt. Eng verbunden mit diesen Entwicklungen ist natürlich die Frage nach der Nachhaltigkeit der Intervention nach Beendigung der Studie und dem Wegfall der externen Begleitung.

### **Wie nachhaltig ist die Intervention?**

Diese Frage wäre bei jedem Interventionsprojekt zu stellen und beinhaltet eines der Grundprobleme der Interventionsforschung. Bis eine Intervention Bestandteil des täglichen Arbeitshandelns geworden ist und damit im Bewusstsein der Pflegenden nicht mehr mit demselben Aufwand verbunden wird, wie bei einer neu zu lernenden Maßnahme, muss Zeit vergehen. Eine Verstetigung ist aber sehr häufig nicht mehr im Rahmen einer Studie, die in der Regel maximal 3 Jahre umfasst – dieses Leuchtturmprojekt dauerte nicht einmal 2 Jahre-, zu erreichen. Die teilweise erheblichen Fluktuationen beim Personal der teilnehmenden Wohnbereiche stellt eine zusätzliche extrem erschwerende Bedingung für die Umsetzung einer Innovation dar.

## **Diskussion und Ausblick**

Die Ergebnisse der InDemA-Studie sind bestechend positiv, werfen bei genauerem Hinsehen aber eine ganze Reihe von Fragen auf, allen voran die Frage, ob die sehr eindeutigen Ergebnisse als Erfolg der Intervention gewertet werden können und wie der Erfolg der Intervention zu erklären ist. Von daher sollte in nachfolgenden Studien an den ungeklärten Aspekten aus dem InDemA-Projekt angeknüpft werden.

Auf Grundlage des gewählten Designs einer quasi-experimentellen Studie können mit den vorliegenden Ergebnissen keine Kausalzusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung nachgewiesen werden. Von daher wäre eine erste Überlegung die der

Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie, die allgemein als zuverlässigste Methode zum Nachweis der Effektivität von Interventionen in der empirischen Gesundheitswissenschaft gewertet wird (Kuß et al. 2009; Moher et al. 2010). Aber selbst die Ergebnisse einer qualitativ hochwertigen RCT würden ohne weitere Forschungsaktivitäten keine Aussagen darüber zulassen, wie der Erfolg der Intervention zu erklären ist (van Meijel et al. 2004; Hallberg 2009). Schließlich kann mit einer RCT nur nachgewiesen werden, ob die Intervention in ihrer Gänze erfolgreich war (ebd.). Der Prozess der Intervention, ihre Implementierung als auch Variationen der Implementierung werden ausgeblendet. Insbesondere für die Einführung von komplexen Interventionen unter Alltagsbedingungen sind Kenntnisse über Wirkungszusammenhänge sowie fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung jedoch von zentraler Bedeutung, nicht zuletzt um eine Verstetigung der Intervention in die Routinepraxis und nachhaltige Effekte gewährleisten zu können (Murray et al. 2010). Von daher sollten zukünftige Interventionsstudien zusätzlich durch eine Prozessevaluation begleitet werden, die neben der Evaluation von Outcomes auch einen Blick in die „Blackbox“ der Intervention zulassen (Hasson 2010). So hätte eine Prozessevaluation möglicherweise Aufschluss darüber geben können, welche Faktoren dazu geführt haben, dass es nur einem Wohnbereich im InDemA-Projekt möglich war, die sieben geplanten Fallbesprechungen zu realisieren.

Ferner sollten in nachfolgenden Studien die verschiedenen Komponenten der Intervention aus InDemA getrennt voneinander oder in verschiedenen „Armen“ einer Studie auf ihre Effektivität überprüft werden. Denn nur auf Grundlage dieser differenzierten Datenanalyse und Darstellung, kann eine konkrete Modifikation der Intervention vorgenommen werden (van Meijel et al. 2004). Allerdings muss auch hier sehr genau inhaltlich reflektiert werden, welche Bestandteile getrennt untersucht werden können, ohne den Interventionsansatz vollständig zu verändern. Die Zusammensetzung einzelner Teile der Intervention ergibt möglicherweise etwas völlig anderes als die einzelnen Teile alleine (das Ganze ist mehr als die Summe der Teile). Sicher aber wäre eine Studie zum Vergleich von Fallbesprechungen mit und ohne Nutzung des Assessments IdA unerlässlich, um herauszufinden, ob und in welchem Ausmaß IdA zum Gesamterfolg der Intervention beiträgt.

Um ausschließen zu können, dass die Reduktion im herausfordernden Verhalten der Bewohner nur das Ergebnis einer veränderten Wahrnehmung der Pflegenden widerspiegelt, sollte das Verhalten der Bewohner zukünftig weniger durch Fremdeinschätzung, sondern primär durch direkte Beobachtungen erfasst werden. Denkbar wäre hier die Methode der Videosequenzanalyse, wie sie in der Studie von Schmid (Schmid 2005) zur Anwendung gekommen ist.

Schließlich sollte zu einer genaueren Analyse der Intervention jeder einzelne beabsichtigte Schritt untersucht werden. Hat die Fallbesprechung die beabsichtigten Erkenntnisse bei den Pflegenden hervorgerufen? Konnten die Pflegenden sich alle Informationen für den Suchprozess beschaffen? Haben Sie vor diesem Hintergrund das Ver-

halten neu bewertet und Gründe dafür benennen können? Konnten sie entsprechend Schlussfolgerungen daraus ziehen und Maßnahmen ableiten oder begründet ablehnen?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychosoziale Interventionen wie die der „Verstehenden Diagnostik“ nicht nur in ihrer Anwendung sehr komplex und methodisch anspruchsvoll sind, sondern ihre Evaluation sich als umfassend und vielschichtig gestaltet. So konnte aufgrund der Ergebnisse aus der InDemA- Studie aufgezeigt werden, dass man mit einem herkömmlichen quasi-experimentellen Design wertvolle Hinweise auf den Effekt einer Intervention erzielen kann. Was jedoch zu diesem Effekt führte, konnte in dieser Untersuchung nicht abschließend geklärt werden.

#### Literatur

- Algase, D. L./Beck, C. K./Kolanowski, A. M./Whall, A. L./Berent, S./Richards, K. C./Beattie, E. R. (1996): Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. in: *American Journal of Alzheimer's Disease* 11, 10-19
- Bartholomeyczik, S., Halek, M. (2011): Herausforderndes Verhalten demenzkranker Menschen, in Haberstroh/ J., Pantel, J. (Hrsg.): *Demenz psychosozial – Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung*, Heidelberg, Akademische Verlagsgesellschaft, 281-293
- Bartholomeyczik, S./Linhart, M./Mayer, H./Mayer, H. (2008): *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Wien: Urban & Fischer
- Bundesministerium für Gesundheit, (Hrsg.) (2007): *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin
- Cummings, J. L./Mega, M./Gray, K. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. in: *Neurology* 44, 2308-2314
- Darmann-Finck, I./Böhnke, U./Straß, K., (Hrsgg) (2009): *Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit*. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag
- Förstl, H. (2009): *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Halek, M./Bartholomeyczik, S. (2006): *Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG
- Halek, M./Bartholomeyczik, S. (2009): 3.4 Assessmentinstrumente für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA), in Bartholomeyczik, S., Halek, M. (Hg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege*, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, KG, 94-104
- Hallberg, I. (2009): Moving nursing research forward towards a stronger impact on health care practice? in: *International Journal of Nursing Studies* 46, 407-412
- Hasson, H. (2010): Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. in: *Implementation Science* 5,
- Kolanowski, A. M. (1999): An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. in: *Journal of Gerontological Nursing* 25, 7-9
- Kuß, O./Jahn, P./Renz, P./Landenberger, M. (2009): Cluster-randomisierte Studien in der Pflegewissenschaft. Beitrag zur 4. Tagung der Forschungsverbände „Pflege und Gesundheit“ und zum 7. Internationalen Kongress der österreichischen, deutschen und schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie vom 26.-28. März 2009 in Halle (Saale). *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* <<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=599>> [14.01.2011]
- Lange, R. T./Hopp, G. A./Kang, N. (2004): Psychometric properties and factor structure of the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version in an elderly neuropsychiatric population. in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19, 440-448
- Moher, D./Hopewell, S./Schulz, K. F./Montori, V./Gotscher, P. C./Deveraux, P. J./Elbourne, D./Egger,

- M./Altman, D. G. (2010): CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. in: *JOurnal of Clinical Epidemiology* 63, e1-e37
- Moniz-Cook, E./Vernooij-Dassen, M./Woods, R./Verhey, F., Chattan, R./de Vugh, M./Mountain, G./O'Connell, M./Harrison, J./Vasse, E./Dröes, R. M./Orrell, M. (2008): A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. in: *Aging & Mental Health* 12, 14-29
- Murray, E./Tweek, S./Pope, C./Mac Farlane, A./Ballini, L./Dowrick, C./Finch, T./Kennedy, A./Mair, F./O'Donnell, C./Ong, B. N./Roplex, T./Rogers, A./May, C. (2010): Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. in: *BMC Medicine* 8,
- Perrar, K. M. (2005): Angehörige als Partner im multiprofessionellen Team – Fallkonferenzen in der Altenpflege. 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin
- Schmid, W. (2005): „Swing in my Brain“: Active Music Therapy for People with Multiple Sclerosis, in Aldrige, D. (Hg.): *Music Therapy and Neurologic Rehabilitation*, London, Jessica Kingsley Publishers, 161-188
- Schrems, B. (2008): *Verstehende Pflegediagnostik*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Selbaek, G./Kirkevold, O./Engedal, K. (2008a): Psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian nursing homes. in: *Scand J Caring Sci* 22, 568-573
- Selbaek, G./Kirkevold, O./Sommer, O. H./Engedal, K. (2008b): The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, Nursing Home Version (NPI-NH). in: *International Psychogeriatrics* 20, 357-382
- van Meijel, B./Gamel, C./von Swieten-Duijffjes, B./Grypdonck, M. H. F. (2004): The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. in: *Journal of Advanced Nursing* 48, 84-92
- Wetzels, R./Zuidema, S./Jansen, I./Verhey, F./Koopmans, R. (2010): Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. in: *International Psychogeriatrics* 22, 1040-1053
- Wood, S./Cummings, J. L./Hsu, M. A./Barclay, T./Wheatley, M. V./Yarema, K. T./Schnelle, J. F. (2000): The Use of the Neuropsychiatric Inventory in Nursing Home Residents - Characterization and Measurement. in: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 75-83
- Zuidema, S. U./Derksen, E./Verhey, F. R. J./Koopmans, R. T. C. M. (2007): Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22, 632-638

*Daniela Hardenacke*

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*

*Dr. Margareta Halek*

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten  
Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Kontakt: Daniela.Hardenacke@dzne.de

Gabriele Müller-Mundt, Doris Schaeffer

# Herausforderungen der Evaluation eines Interventionskonzepts zur Selbstmanagementförderung bei komplexen Medikamentenregimen in der ambulanten Pflege

Challenges in the evaluation of an intervention to integrate self-management support in multiple medication regimes in home care

*The paper outlines the challenges imposed in the development and evaluation of an intervention to integrate self-management support for elderly chronically ill patients with multiple medication regimes in home care. Based on a qualitative exploration of the patients' and professionals' view a two-tier intervention concept, consisting of a vocational training and a practice guideline to support the intervention practise was developed and evaluated in a prospective control study. These tools served to enlarge the nurses' professional competence to provide the needed individual tailored self-management support in home care. A comprehensive evaluation was conducted, covering the process and outcome evaluation of the training and the guideline to integrate self-management support for elderly patients with multiple medication regimes in home care. Conducting the prospective control study in home care agencies turned out to be difficult. Apart from structural barriers the target group was hard to reach.*

## Keywords

Chronic illness, multi-morbidity, multiple medication regimes, self-management support, home care, intervention, evaluation, control study

*In dem Beitrag werden am Beispiel eines Interventionskonzepts, das sich der Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit in der häuslichen Pflege widmete, Herausforderungen der Evaluation erörtert. Das auf der Basis einer mehrperspektivischen qualitativen Exploration entwickelte zweistufige Interventionskonzept zielte zunächst auf die ambulante Pflege, um dort die Qualifikationsvoraussetzungen für die Umsetzung von Selbstmanagementförderung zu schaffen. Diesem Schritt schloss sich die Erprobung eines Praxisleitfadens zur Selbstmanagementförderung älterer chronisch erkrankter Menschen an. Die Evaluation umfasste eine Prozess- und Ergebnis-evaluation des Qualifikationstrainings und der Erprobung des Praxisleitfadens. Zur Prü-*

eingereicht 15.02.2011

akzeptiert 10.03.2011 (nach Überarbeitung)

*fung der Wirksamkeit wurde eine Kontrollstudie durchgeführt, deren Realisierung aufgrund der Feldbedingungen in der ambulanten Pflege, aber auch der Besonderheiten der Zielgruppe und Fragestellung nicht einfach war.*

#### Schlüsselwörter

Chronische Krankheit, Multimorbidität, komplexe Medikamentenregime, Selbstmanagementförderung, häusliche Pflege, Evaluation, Kontrollstudie

Angesichts der ungebrochenen Zunahme chronischer Krankheiten haben in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung auf Kompetenz- und Selbstmanagementförderung setzende Interventionskonzepte an Bedeutung gewonnen (Nolte/McKee 2008; Schaeffer 2008; SVR 2009). Das Projekt, aus dem hier berichtet wird, zielte auf eine der zentralen Herausforderungen bei chronischer Erkrankung: Es widmete sich der Selbstmanagementförderung bei komplexen Medikamentenregimen in der ambulanten Pflege und intendierte damit zugleich, einen Beitrag zur Erweiterung des Pflegehandelns zu leisten, denn edukative Aufgaben können dort bislang nur begrenzt wahrgenommen werden. Sie stoßen aufgrund des verengten Pflegeverständnisses auf strukturelle Hürden und auf Qualifikationsdefizite (BMG 2009; Schaeffer/Moers 2011; WHO 2005).

Soweit dies in dem durch die Förderkriterien<sup>1</sup> abgesteckten Rahmen möglich war, wurde ein umfassender Evaluationsansatz verfolgt (Mittag/Jerusalem 1997; Rossi et al. 2006), der sich auf die Konzeptentwicklung, Erprobung und Wirkung der Intervention erstreckte. Das Projektvorhaben bewegte sich dabei im Spannungsfeld zwischen der geforderten Orientierung an den Maximen klinisch-experimenteller Interventionsforschung und der Vielschichtigkeit des Gegenstands und des Bedingungsgefüges der Intervention. In dem nachfolgenden Beitrag sollen die daraus erwachsenen methodischen und forschungspraktischen Fallstricke erörtert werden. Zunächst jedoch zu dem Problemhintergrund und den Grundüberlegungen, die uns dazu bewogen haben, die Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime zum Gegenstand eines Interventionsprojekts in der häuslichen Pflege zu erheben.

## 1. Bedeutung der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit im Alter und der Unterstützung des Selbstmanagements

Die Arzneimitteltherapie ist nach wie vor ein Eckpfeiler der Therapie und Versorgung bei chronischer Krankheit (SVR 2005), der mit dem Fortschreiten der Erkrankung an Bedeutung gewinnt. Dies spiegelt sich in den Verordnungsdaten wider. So wurden in Deutschland 2009 mit knapp 171 Mrd. Euro rund 19% der Ausgaben der Gesetz-

<sup>1</sup> Das Projekt wurde im Rahmen des Förderschwerpunkts „Anwandte Pflegeforschung“ als Teilprojekt B2 des Pflegeforschungsverbands NRW vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 05/2004 bis 03/2011 gefördert (BMBF-Förderkennziffer – Phase I: 01GT0315 / Phase II: 01GT0615). Die Interventionsstudie wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster geprüft (AZ: 2007-241-f-S).

lichen Krankenversicherung (GKV) für verschreibungspflichtige Arzneimittel aufgewendet (Schwabe 2010). Ein Großteil der Arzneimittel entfiel auf chronisch Erkrankte und alte Menschen mit Multimorbidität (Glaeske/Schick Tanz 2010; Schwabe 2010). So war die Anzahl der verordneten Arzneimittel mit durchschnittlich 4,1 Definierten Tagesdosen (DDD) in der Altersgruppe von 85 bis unter 95 Jahren unter den GKV-Versicherten am höchsten (Coca/Nink 2010).

Mit der Dauer der Anwendung und Anzahl der Wirkstoffe steigt zugleich das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Hinzu kommen altersspezifische Risiken der Arzneimittelanwendung (Borchelt 2005; Burkhardt et al. 2007; Holt et al. 2010). Zudem fällt älteren Menschen aufgrund von altersassoziierten Einbußen der sensorischen und feinmotorischen Fähigkeiten oft die Handhabung der Medikamente schwer (Beckman et al. 2005). Insgesamt werfen komplexe Medikamentenregime speziell bei älteren Patienten mit multiplen Gesundheitseinschränkungen erhebliche Probleme auf (Wu et al. 2010). Für Deutschland zeigen die in den Pharmakovigilanz-Zentren erhobenen Daten, dass mit knapp 60% vor allem Menschen im Alter ab 70 Jahren von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen waren, die eine klinische Behandlung nach sich zogen (Thürmann et al. 2007). In einer Studie von Gurwitz et al. (2003) mit ambulant behandelten Patienten kristallisierten sich Verordnungsfehler und unzureichende Therapiebeobachtung, gefolgt von Adhärenzproblemen als häufigste Ursachen für schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen heraus. Für die Medikationssicherheit im Alter ist daher die Beachtung der Erkenntnisse der geriatrischen Pharmakologie und ein systematisches Monitoring, einschließlich der Verlaufsbeobachtung klinischer Symptomlagen essentiell (Borchelt 2005; Burkhardt et al. 2007; Hanke/Füsgen 2009; Thürmann et al. 2007). Soweit einige der zentralen Herausforderungen, die sich auf der Ebene der Gesundheitsprofessionen stellen.

Obschon der Korpus wissenschaftlicher Studien zum Leben mit chronischer Krankheit und dauerhaften Medikamentenregimen in den letzten Jahrzehnten stetig gewachsen ist (vgl. exempl. Charmaz 2000; Pound et al. 2002), sind Untersuchungen aus der Patientenperspektive, die sich den Problemen widmen, die chronische Krankheit und speziell Multimorbidität und ein komplexes Medikamentenregime im Alltag aufwerfen, weiterhin eher rar (Bayliss et al. 2003; Elliot et al. 2007; Townsend et al. 2003). In der ersten Projektphase wurde daher zunächst eine qualitative Studie durchgeführt<sup>2</sup>. Deren Ziel bestand zugleich darin, die Interventions- bzw. Implementationsvoraussetzungen im hiesigen Gesundheitssystem zu prüfen. Zur Exploration des Unterstützungsbedarfs und der Interventionsbedingungen aus der Patientenperspektive wurden 27 Fallverlaufserhebungen auf der Basis von jeweils zwei bis drei narrativ angelegten Patienteninterviews in einem Zeitraum von 10 bis 12 Monaten durchgeführt. Ergän-

2 Das Forschungsvorhaben knüpfte an von der Arbeitsgruppe getragene Projekte und Qualifikationsarbeiten zu Herausforderungen des Lebens mit chronischer Krankheit an (vgl. Dybowski 2005; Müller-Mundt 2005; Schaeffer 2004). Im Rahmen des Projekts wurden Literaturanalysen zur Compliance/Adhärenz (Ludwig 2005), Selbstmanagementförderung (Haslbeck/Schaeffer 2007) und Patientenedukation (Müller-Mundt 2011) durchgeführt.

zend wurden 26 Experteninterviews im ambulanten Sektor geführt, darunter Hausärzte, Apotheker und Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen eindrucksvoll, wie zahlreich die Herausforderungen für chronisch erkrankte Menschen sind und wie wichtig eine begleitende Förderung des Selbstmanagements bei der Bewältigung der Probleme ist, die chronische Krankheit(en) und das Medikamentenregime im Alltag aufwerfen (Haslbeck 2010; Müller-Mundt et al. 2008; Schaeffer et al. 2007). In der Summe zeigen die Ergebnisse, wie groß der Wunsch der Erkrankten nach einer über Aufklärungs- und Therapiegespräche hinausgehenden kommunikativ-educativen Begleitung ist, die sie bei der emotionalen Verarbeitung der chronischen Erkrankung und der dauerhaften Abhängigkeit von Medikamenten ebenso unterstützt, wie dabei, die Anforderungen des Medikamentenregimes mit denen des Alltags in Einklang zu bringen. Zugleich zeigt sich, dass die eigenständige Bewältigung des Medikamentenregimes für die Wahrung des Selbstbilds der Erkrankten hohe Bedeutung hat.

Die qualitative Analyse hat darüber hinaus gezeigt, dass krankheitsspezifische Konzepte der Patientenedukation und Adhärenzförderung, aber auch kursmäßig angebotene Schulungsprogramme dem Bedarf und den Bedürfnissen älterer Patienten, die zu meist auf eine lange Krankheits- und Therapiegeschichte zurückblicken, nicht gerecht werden (vgl. auch Coulter/Ellins 2007; Gereoni et al. 2007; Haynes et al. 2005; Müller-Mundt 2011; Newbould et al. 2006; Newman et al. 2008; Warsi et al. 2004). Hochstandardisierte Interventionskonzepte sind daher wenig zur Selbstmanagementförderung älterer chronisch Erkrankter geeignet. Vielmehr ist hier eine individuell zugeschnittene Unterstützung angezeigt, die an den Erfahrungen und der Eigenexpertise der Erkrankten anknüpft. Ebenso wichtig ist, dass Interventionen bei den Problemen ansetzen, die sich im Alltag stellen.

## 2. Interventionskonzept zur Selbstmanagementförderung

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen (s. ausführlicher Haslbeck 2010; Müller-Mundt/Schaeffer 2011; Müller-Mundt et al. 2008; Schaeffer et al. 2007) stand in einer weiteren Projektphase die Erprobung und Evaluation eines von der ambulanten Pflege getragenen Interventionskonzepts zur Selbstmanagementförderung bei komplexen Medikamentenregimen im Mittelpunkt, das sich an chronisch kranke Menschen richtete.

Das Interventionskonzept sah zwei miteinander verschränkte Arbeitsschritte vor: In einem ersten Schritt erfolgte die für die Konzeptumsetzung erforderliche Qualifizierung der Pflegenden. Der zweite Schritt zielte auf die Erkrankten selbst, deren Selbstmanagement der Probleme, die Arzneimitteltherapien bei chronischer Krankheit im Alltag aufwerfen, angeleitet durch die ambulante Pflege verbessert werden sollte. Erprobt und evaluiert wurden also (1) ein *Qualifikationstraining für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege* und (2) die *Einführung eines Praxisleitfadens zur Unterstützung der Selbstmanagementförderung*.

## 2.1 Qualifikationstraining für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege

Das *Qualifikationstraining* zielte darauf, die Pflegekräfte zu befähigen, im Sinne des Empowerments die Eigenkompetenz und das Selbstmanagement bei chronischer Krankheit und einem komplexen Medikamentenregime alltagsnah und zugeschnitten auf die individuellen Problemlagen der Erkrankten zu unterstützen. Konstitutiv für Selbstmanagementförderung ist, dass die von den erkrankten Menschen artikulierten Probleme im Mittelpunkt stehen und sie befähigt werden, diese Probleme eigenständig zu lösen, um so die Kontrolle über ihre Situation (zurück) zu erlangen (vgl. Haslbeck/Schaeffer 2007; Lorig/Holman 2003). Dies schließt die Befähigung und Ermutigung der Erkrankten ein, ihre Anliegen und Probleme gegenüber professionellen Instanzen zu kommunizieren, gezielt nach Problemlösungen zu suchen und im Bedarfsfall stellvertretend *im Auftrag* der Erkrankten tätig zu werden.

Das Qualifikationstraining widmete sich daher inhaltlich (1) der Sensibilisierung der Pflegenden für die Herausforderungen, die das Leben mit chronischer Krankheit und multiplen Gesundheitsproblemen im Alter und (2) mit einem komplexen Medikamentenregime aus Patientensicht mit sich bringt, (3) der Erweiterung ihrer klinisch-pharmakologischen Fachkompetenz, (4) der Einführung in das Konzept der Selbstmanagementförderung und der Vermittlung der für die Umsetzung erforderlichen kommunikativ-edukativen Kompetenzen sowie (5) der Befähigung zum Umgang mit dem Praxisleitfaden. *Zielgruppe* waren *Pflegekräfte* mit einer dreijährigen Ausbildung und mindestens einem Jahr Berufserfahrung in der ambulanten Pflege. Das Training gliederte sich in vier Kernmodule, deren Inhalte in einem modular aufgebauten Schulungshandbuch festgehalten wurden. Das insgesamt 40 Stunden umfassende Kernprogramm wurde in drei Veranstaltungsblocken und im vierwöchigen Turnus angeboten. Die vier Kernmodule wurden durch ein 24 Stunden umfassendes fünftes Modul zur Begleitung der Konzeptumsetzung abgerundet. Für die Praxisbegleitung waren über einem Zeitraum von ca. sechs Monaten halbtägige Seminare im vier- bis sechswöchigen Turnus vorgesehen.

Das *didaktische Vorgehen* orientierte sich an den Maximen des aktivierenden und fallverstehenden Lernens. Fallverstehen ist Voraussetzung für eine patientenorientierte Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements. Für die Vermittlung der dazu erforderlichen Kompetenzen wurde vorrangig auf Strategien der Fall- und Problembearbeitung zurückgegriffen, die eine alltagsnahe Auseinandersetzung mit den Lerninhalten und damit zugleich das Anknüpfen an die Wissensbestände, die Kompetenzen und den Erfahrungshintergrund der Teilnehmenden ermöglichen (Dewe 2005; Gudjons 2008; vgl. auch Geuter et al. 2009). Die Grundlage bilden exemplarische Fallvignetten, die auf Fallverlaufsstudien beruhen, die in der ersten Projektphase (Haslbeck 2010; Müller-Mundt et al. 2008) und einer vorangegangenen Studie (Höhmann et al. 2004) erhoben worden waren. Die Bearbeitung und Diskussion der Fallbeispiele sollte die Pflegekräfte für die Patientenperspektive sensibilisieren und zugleich dazu befähigen, fallspezifische Probleme zu analysieren und individuell zugeschnittene Interventionen zu planen, die die Besonderheit des Einzelfalls im Sinne der Patientenorientierung und Selbstmanagementförderung berücksichtigen. Zugleich sollte den Pflege-

kräften möglichst viel Raum für den kollegialen Erfahrungsaustausch, die gemeinsame Diskussion und Reflexion der Inhalte und die Entwicklung von Lösungsstrategien eingeräumt werden.

## 2.2 Praxisleitfaden zur Unterstützung der Intervention in der ambulanten Pflege

In einem zweiten Schritt erfolgte die Einführung des Praxisleitfadens zur Unterstützung der Umsetzung des Konzepts zur Förderung des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit und einem komplexen Medikamentenregime im Alltag. Dem Interventionskonzept liegen interaktionstheoretische, an das Trajektkonzept anknüpfende Überlegungen zur Bewältigung chronischer Krankheit (Corbin/Strauss 2004; Corbin et al. 2009; Schaeffer 2004) zugrunde. *Hauptzielgruppen* waren *ältere Patienten mit einer Herz-Kreislaufkrankung* und mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung, die auf eine ärztlich verordnete Dauermedikation mit mindestens drei unterschiedlichen Wirkstoffen angewiesen sind<sup>3</sup>.

In dem Praxisleitfaden sind Kernpunkte für eine verantwortliche Mitwirkung der Pflege an der Arzneimitteltherapie und die Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime festgehalten. Er dient dazu, die ambulante Pflege bei der Förderung des Selbstmanagements unterschiedlicher Patientengruppen zu unterstützen und ein systematisches Vorgehen zu ermöglichen. Der Praxisleitfaden gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil sind die *Rolle der Pflege im Medikationsprozess* (Hanke/Füsgen 2009; Thürmann et al. 2007) und zentrale *Handlungsebenen einer verantwortlichen Mitwirkung* an der Arzneimitteltherapie zur Unterstützung des Selbstmanagements festgehalten. Der zweite Teil umfasst Hilfen zur *Einschätzung des individuellen kommunikativ-educativen Unterstützungsbedarfs*. Die Einschätzungshilfen wurden in Orientierung an erprobte Checklisten für die Adhärenzförderung chronisch erkrankter Menschen entwickelt (vgl. exempl. CMSA 2006; Levy 2003). Sie dienen der *Sensibilisierung* für solche Merkmale der Medikation und Phasen im Krankheits- und Therapieschehen, die mit einem erhöhten Risiko verbunden sind und daher eine besondere (Selbst-)Achtsamkeit erfordern (s. Borchelt 2005; Burkhardt et al. 2007; Hanke/Füsgen 2009; Holt et al. 2010; Thürmann et al. 2007). Die Checklisten zur *Einschätzung des individuellen Informations-, Beratungs-, Anleitungs- und Unterstützungsbedarfs* beziehen sich auf die Klärung der Vertrautheit der Patienten mit der Medikation und ihrer Anwendung sowie auf das Adhärenzverhalten. Sie dienen auch dazu, Anzeichen für sich anbahnende Motivationskrisen und problematische Umgangsweisen mit der (Selbst-)Medikation zu erkennen (s. Battersby et al. 2003; Horne et al. 2001, Svarstad et al. 1999).

<sup>3</sup> Ausschlusskriterien für die Aufnahme von Patienten in die Kontrollstudie waren das Vorliegen einer schweren letalen Erkrankung, eine (geronto-)psychiatrische und/oder demenzielle Erkrankung sowie eine eingeschränkte verbale Ausdrucksfähigkeit und mangelnde deutsche Sprachkenntnisse.

### 3. Evaluationskonzept: Studiendesign und Erhebungsinstrumente

Die analog zur Anlage des Interventionskonzepts gestufte Evaluation bestand aus drei Hauptkomponenten: (1) der *prozessbegleitenden und Ergebnisevaluation des Qualifikationstrainings und der Einführung des Praxisleitfadens* sowie (2) der *Prüfung der Qualifikationseffekte* und (3) der *Wirksamkeit bei den Patienten* im Rahmen einer zweiarmligen Kontrollstudie mit einem Kontroll-Warte-Design.

Damit wurde versucht, der in den Förderkriterien geforderten Orientierung an den Maximen klinischer Evidenzbasierung Rechnung zu tragen (vgl. auch Bortz/Döring 2006). Das in der klinischen Forschung erprobte Kontrollstudiendesign sieht eine randomisierte Zuweisung der „Probanden“ zur Interventions- und Kontrollgruppe vor, um eine systematische Ergebnisverzerrung auszuschalten und mögliche Störfaktoren zu kontrollieren. Maßgeblich für einen Wirksamkeitsnachweis ist die Effektmessung anhand des definierten zentralen Outcome-Parameters. Dies setzt die Quantifizierbarkeit der Ergebniskriterien und die Verfügbarkeit validierter Instrumente für deren Messung ebenso voraus, wie eine hinreichende Anzahl an „Probanden“, um die Erklärungskraft der Studie („Power“) zu gewährleisten. Die Fallzahlschätzung und Poweranalyse dient der Optimierung der Stichprobengröße.

Bei der Entwicklung des Methodenrepertoires zur Datenermittlung für die Evaluation wurde – soweit möglich – auf erprobte Instrumente zurückgegriffen. Allerdings zeigte sich, dass keine geeigneten Instrumente zur Messung der in dem Qualifikationstraining angebahnten Kompetenzerweiterung vorlagen. Um die Kontrollstudie zu realisieren, wurde parallel zu der noch laufenden qualitativen Studie mit der Entwicklung eines Verfahrens zur Kompetenzmessung begonnen.

Methodische Probleme zeigten sich auch auf der Ebene der Prüfung der Wirksamkeit der Intervention bei den Patienten angesichts des noch rudimentären Entwicklungsstands veränderungssensibler Outcome-Indikatoren zur Wirksamkeitsprüfung von Interventionen, die wie im vorliegenden Projekt auf der Ebene der kommunikativ-educativen Unterstützung ansetzen. Die eindimensionale, im Kern von einfachen Kausalitätsbeziehungen ausgehende Ergebnismessung ist bei komplexen Phänomen fragwürdig (vgl. auch Legewie 2000; Kriz 2004). Die klassischen Endpunkte klinischer Studien – Mortalität und Morbidität –, aber auch Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schienen angesichts des zumeist fragilen Gesundheitszustands der Zielgruppe wenig geeignet. Auch hier galt es daher, zunächst geeignete Ergebnisparameter und Messinstrumente zu prüfen.

#### 3.1 Evaluation des Qualifikationstrainings

Ziel der prozessbegleitenden Evaluation war, das Qualifikationskonzept einschließlich der Arbeitshilfen (Schulungshandbuch, Praxisleitfaden) einer begleitenden Analyse zu unterziehen, um es bei Bedarf weiterzuentwickeln und eine adäquate Gestaltung der

Praxisbegleitung zu ermöglichen. Für die jeweils unmittelbar nach Abschluss der Veranstaltungsböcke vorgesehenen schriftlichen Teilnehmerbefragungen wurden teilstandardisierte Feedbackbögen entwickelt. Der Kernfragebogen umfasste 34 Items zur erlebten Wissens- und Kompetenzerweiterung, zur Praxisrelevanz sowie zur Qualität des didaktischen Vorgehens, der Schulungsmaterialien und Arbeitshilfen. Ergänzend wurden die Teilnehmer gebeten im Freitext ihre Erwartungen, Kritikpunkte und zu vertiefende Inhalte festzuhalten. Ziel war es, hierdurch Hinweise für angezeigte inhaltliche Ergänzungen oder Modifikationen des didaktischen Konzepts zu gewinnen. Für die Evaluation der über einen Zeitraum von fünf bis sechs Monaten im vierwöchigen Turnus vorgesehenen vierstündigen Seminare zur Praxisbegleitung der Umsetzung des Interventionskonzepts (Modul 5) wurde der Kernfragebogen um Fragen zur Gesamtbewertung des Qualifikationskonzepts und für eine Einschätzung des Praxistransfers ergänzt.

### 3.2 Prüfung des Qualifikationseffekts bei den Pflegenden

Entsprechend der gestuften Anlage des Interventionskonzepts war zunächst eine Prüfung der Wirksamkeit des Qualifikationstrainings bei den Pflegenden vorgesehen. Zur Ermittlung der Ergebnisparameter und Kontextvariablen wurden für die Baseline- und Follow-up-Erhebung Befragungsinstrumente zur subjektiven Selbsteinschätzung der Arbeitssituation und Tätigkeitsmerkmale in der ambulanten Pflege entwickelt. Kernstück der Evaluation war das zur Kompetenzmessung entwickelte Rating strukturierter Fallbearbeitungen, die in die schriftliche Befragung der Pflegekräfte integriert wurden. Die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung wurden durch einen *Strukturerhebungsbogen* erhoben, der sich an die Leitung der Pflegedienste richtete.

#### *Fragebogen zur Ermittlung der Arbeits- und Belastungssituation*

Der für die *schriftliche Befragung der Pflegekräfte* entwickelte standardisierte Fragebogen „ASK – Arbeitssituation und Kooperation in der ambulanten Pflege“ diente sowohl der Erfassung soziodemografischer Grunddaten und des beruflichen Erfahrungshintergrunds der Pflegekräfte wie auch der Ermittlung der Arbeits- und Belastungssituation, einschließlich des Stellenwertes kommunikativ-educativer Unterstützung in der ambulanten Pflege. Die Konzeption orientierte sich an vorliegenden Instrumenten zum Screening der Arbeitsbelastung in der ambulanten Pflege (Büssing et al. 2005; DAK-BGW 2006). Ermittelt wurden belastende Aspekte (Arbeitsintensität/Zeitdruck, Beeinträchtigung sozialer Beziehungen), persönlichkeits- bzw. gesundheitsförderliche Merkmale der Arbeitstätigkeit (Handlungsspielraum, Qualifikationsherausforderungen) und das Maß psychosozialer Beanspruchung (Burnout) anhand erprobter Skalen. Hier konnte auf eigene Vorarbeiten zurückgegriffen werden (Stern et al. 1995; Körner et al. 2000). Angesichts der restriktiven Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege waren nicht-intendierte Effekte des Qualifikationstrainings durch die Sensibilisierung der Pflegekräfte für die Bedeutung interaktiver Bezüge und kommu-

nikativer Anteile der Pflegearbeit nicht auszuschließen. Daher wurde in Orientierung an Herschbach (1991) eine Skala zur Ermittlung belastender Kommunikations- und Interaktionsituationen (Interaktionsstress) entwickelt. Die Operationalisierung orientierte sich an den von den Pflegekräften in den Experteninterviews als konfliktträchtig beschriebenen Situationen in der Interaktion mit den Patienten, Angehörigen und behandelnden Ärzten (vgl. Schaeffer et al. 2007). Für die Follow-up Erhebung wurde eine Kurzversion des ASK-Fragebogens erstellt, die sich auf die für den prä-post-Vergleich zentralen Dimensionen konzentriert.

### *Erfassung von Kompetenzen zur Förderung des Selbstmanagements*

Das Schulungsprogramm diente der Befähigung der Pflegenden zur gezielten Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit und Multimorbidität. Verfahren zur (Fremd-)Einschätzung kommunikativ-educativer Kompetenzen wurden vorrangig zur Evaluation formalisierter Beratung und der motivierenden Gesprächsführung entwickelt (vgl. Lane et al. 2005; Trasher et al. 2006). Ein vergleichbarer Ansatz im Bereich der beruflichen Bildung sind Performanzprüfungen<sup>4</sup>. Ihre Durchführung in der häuslichen Pflege ist jedoch ethisch fragwürdig. Gegen die alternative Durchführung von Performanzprüfungen mit Simulationspatienten sprach der damit verbundene zeitliche und organisatorische Aufwand, da für die Projekteinrichtungen bereits die Freistellung der Pflegekräfte für das Qualifikationstraining an die Grenze des Leistbaren ging.

Zur Erhebung der in dem Qualifikationstraining vermittelten Kompetenzen wurde daher als Hilfskonstrukt auf das Rating strukturierter Fallbearbeitungen zurückgegriffen. Das Verfahren ermöglicht die Ermittlung von situativem, reflexivem und deklarativem Wissen, jedoch keine Prüfung der Wissensanwendung im Handlungsvollzug. Für die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte wurden authentische Fallbeispiele mit einem vergleichbaren Komplexitätsgrad didaktisch aufgearbeitet (Hundenborn 2007) und Musterlösungen für das Rating definiert.

Der Schwerpunkt des Ratings liegt auf der (1) Breite der Problemerkennung und Sensibilität für die Patientenperspektive, (2) Ressourcen- und (3) Empowermentorientierung, (4) edukativen Kompetenz und (5) interdisziplinären Handlungsorientierung. Die Auswertung erfolgte jeweils unabhängig durch zwei Rater, dem sich ein Abgleich der Ratingergebnisse anschloss. Das Verfahren wurde 2007 in einer Pilotstudie, an der sich zwölf Pflegekräfte beteiligten, erprobt und überarbeitet. Bei dem ersten Testlauf zeigte sich eine prozentuale Übereinstimmung von rd. 80% zwischen den beiden (Test)Ratern bei der Zuordnung der in den Fallbearbeitungen herausgearbeiteten Aspekte zu den in der Modelllösung definierten Teilkomponenten (vgl. Wirtz/Caspar 2002: 47 ff.). Das Verfahren erschien daher praktikabel, wenngleich optimierbar.

<sup>4</sup> Konzepte für Performanzprüfungen wurden auch in der Pflegepädagogik entwickelt (vgl. exempl. Bomball 2009), jedoch keine Verfahren zur Quantifizierung der Bewertung der Performanz kommunikativ-educativer Interventionen.

### 3.3 Prüfung der Wirksamkeit bei den Patienten

Zur Ermittlung der für die Prüfung der Wirksamkeit bei den Patienten definierten Ergebnisparameter und Kontextvariablen wurde ein Instrument für ein *strukturiertes persönliches Interview* entwickelt. Der Fragebogen umfasste in Orientierung an erprobte Skalen entwickelte Fragenkomplexe zur Ermittlung der als Hauptziel- und Nebenzielvariablen definierten Dimensionen des Adhärenzverhaltens und Selbstmanagements und der Versorgungsnutzung (akute Behandlungsanlässe im letzten halben Jahr) sowie der wahrgenommenen Unterstützung durch die an der (Arzneimittel-)Versorgung beteiligten professionellen Akteure (Hausarzt, Bezugspflegekraft, Apotheker). Ergänzend wurden – neben den soziodemografischen Grunddaten – die Selbsteinschätzung der Gesundheits- und Versorgungssituation, einschließlich der Krankheits- und Symptomlast, der Komplexität und Vertrautheit mit dem Medikamentenregime sowie die Unterstützung im informellen Netz ermittelt. Bei der Fragebogenentwicklung konnte jedoch nur teilweise auf geprüfte Skalen zurückgegriffen werden. So lagen im deutschsprachigen Raum vor allem für Interventionen, die auf der Ebene der kommunikativ-educativen Unterstützung ansetzen, keine hinreichenden Instrumente für die Wirksamkeitsprüfung vor (vgl. auch Schwarze et al. 2008: 196). Speziell hier war also ebenfalls die Instrumentenentwicklung und -überprüfung erforderlich.

Als Haupt- und Nebenzielvariablen für die Überprüfung der Wirksamkeit der auf der Ebene der Stärkung der Eigenkompetenz ansetzenden Intervention wurden das arzneimittelbezogene Adhärenz-/Selbstmanagementverhalten und die Anzahl akuter Behandlungsanlässe (vgl. Ritter et al. 1999) definiert. Bei dem Adhärenz- und Selbstmanagementverhalten handelt es sich allerdings um Phänomene, die im hohen Maße normbesetzt und in standardisierten Befragungen oft mit sozialkonformem Antwortverhalten verbunden sind (vgl. auch Battersby et al. 2003; Mühlig 2003). Zur Ermittlung der Selbsteinschätzung des Adhärenzverhaltens liegen unterschiedliche Skalen vor (vgl. z.B. Morisky et al 1983; Willey et al. 2000). Ihre Anwendung ist bei älteren Patienten angesichts des bei ihnen besonders ausgeprägten sozialkonformen Antwortverhaltens jedoch umstritten. In den Fragebogen wurde daher in Orientierung an dem von Vik et al. (2005) erprobten Ansatz für die Befragung älterer Patienten zur Adhärenz eine offene Frage zu Situationen integriert, in denen es den Patienten nicht möglich war, die Medikation einzuhalten<sup>5</sup>. Im Anschluss daran wurde in Orientierung an vorliegenden Adhärenzskalen gefragt, ob und wie häufig die Medikamenteneinnahme in Vergessenheit gerät und die Patienten bei Befindensveränderungen mit der Medikation experimentieren (z.B. Absetzen ohne Rücksprache mit dem Arzt). In Ermangelung deutschsprachiger Instrumente zur Erfassung des Selbstmanagements wurde ergänzend in Orientierung an der „Partners in Health (PIH) Scale“ (Battersby et al. 2003) ein Instrument zur Ermittlung zentraler Dimensionen des krankheits- und (arzneimittel-)therapiebezogenen Selbstmanagements entwickelt<sup>6</sup>.

5 Die Frage lautete: „Im Alltag kann es gelegentlich Probleme bereiten, Medikamente immer genau so und dann einzunehmen, wie es vom Arzt verordnet wurde. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie Ihren Medikamentenplan nicht genau eingehalten haben, können Sie uns sagen, wann und warum dies der Fall war?“

6 Bei der Entwicklung der angepassten Skala wurden Aspekte des Managements der Arzneimitteltherapie stärker

Der Fragebogen „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“ für ein persönliches strukturiertes Interview wurde im Vorfeld der Interventionsstudie in drei Wellen anhand von zwölf Probeinterviews auf seine logische Konsistenz und den Schwierigkeitsgrad für die Zielgruppe der von ambulanten Pflegediensten betreuten älteren Patienten geprüft und überarbeitet. Eine weitergehende Überprüfung der entwickelten Skalen erfolgte auf der Grundlage der Daten der Baselineerhebung. Für die Follow-up Erhebung wurde – analog zum Vorgehen bei der Befragung der Pflegekräfte – eine Kurzversion erstellt<sup>7</sup>. Unmittelbar nach der Interviewdurchführung wurden jeweils ein ausführliches Protokoll erstellt.

#### 4. Modellhafte Erprobung und Evaluation des Interventionskonzepts

Das gestufte Interventionskonzept wurde im Zeitraum von Anfang 2008 bis Ende 2009 in einer zweiarmigen nicht *Kontrollstudie* erprobt und evaluiert. Die Datenerhebung für die Wirksamkeitsprüfung erfolgte unmittelbar vor Beginn des Qualifikationstrainings im Frühjahr 2008 ( $t_1$ ) und sechs Monate nach Abschluss der Qualifizierung und Einführung des Praxisleitfadens im Herbst 2009 ( $t_2$ ). Die Patienten der Kontrollgruppen erhielten die „übliche“ pflegerische Versorgung („usual care“). Für die der Kontrollgruppe zugeordneten Pflegekräfte wurde das Kernprogramm des Qualifikationstrainings nach Abschluss der Evaluation angeboten.

Das Qualifikationstraining für die Pflegekräfte der Interventionsgruppe wurde im Zeitraum von März bis Juli 2008 durchgeführt. Den Kernmodulen schlossen sich die praxisbegleitenden Seminare (Modul 5) in der Zeit von August bis Dezember 2008 an. Angeboten wurden jeweils zwei um eine Woche zeitversetzte Termine je Veranstaltung, um den Pflegekräften eine durchgängige Teilnahme zu ermöglichen. Die schriftlichen Befragungen zur begleitenden Evaluation des Qualifikationstrainings erfolgten jeweils unmittelbar nach dem Abschluss der einzelnen Module.

##### *Rekrutierung(sprobleme) der Projekteinrichtungen, Pflegekräfte und Patienten*

Die Wirksamkeitsprüfung von Interventionen auf der Grundlage prospektiv angelegter Kontrollstudien setzt hinreichende Fallzahlen und die längerfristige Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Teilnehmer voraus. In Ermangelung entsprechender Vergleichsstudien konnte im Rahmen der Projektplanung nur eine grobe Fallzahlab-schätzung durchgeführt werden. Auch erwies sich die Rekrutierung – wie nachfolgend zu sehen sein wird – angesichts des Gesundheitszustands der Patienten und der teilweise recht prekären Personalsituation der ambulanten Pflegedienste als schwierig.

---

berücksichtigt und – nach einer ersten Erprobung – eine vereinfachte, d.h. eine fünf-stufige verbal markierte Antwortskala, statt der achtstufigen Antwortskala der PIH-Scale gewählt.

<sup>7</sup> Eine Dokumentation der (weiter-)entwickelten Instrumente für die Befragung der Pflegekräfte und der Patienten ist in Vorbereitung.

Angestrebt wurde eine Zufallsauswahl von Pflegediensten in drei Versorgungsregionen sowie eine randomisierte Zuweisung der Patienten und Pflegekräfte zur Interventions- und Kontrollgruppe auf der Ebene der Pflegedienste. In den ausgewählten Versorgungsregionen waren zum Zeitpunkt der Projektplanung insgesamt rd. 105 Pflegedienste ausgewiesen, die Pflegeleistungen auf der Grundlage der Pflege- und Krankenversicherung erbrachten (LDS NRW 2005). Eine Stichprobengröße von 160 Patienten und 80 Pflegekräften von zehn Pflegediensten (16 Patienten je Pflegedienst bzw. 4 je Pflegekraft), bzw. je Interventionsarm 80 Patienten erschien daher realisierbar. Auf Grundlage dieser Fallzahlen wurde eine Poweranalyse durchgeführt. Diese ergab unter Berücksichtigung eines Design-Effekts von 1.5, dass bezogen auf die Zielgröße Adhärenzverhalten mit einer Power von 80% auf einem Signifikanzniveau von 5% (zweiseitiger t-Test) eine Effektgröße mit einem Wert von 0,55 nachgewiesen werden kann.

Im Spätsommer 2007 wurde – ergänzend zu den bereits in der ersten Projektphase geknüpften Kooperationen – eine zweigleisige Strategie der Felderschließung eingeleitet. Zunächst wurden Schlüsselpersonen der Trägerverbände und regionale Pflegenetzwerke kontaktiert. Das Vorhaben stieß auf dieser Ebene durchweg auf großes Interesse und wurde durch Empfehlungsschreiben unterstützt. In einem zweiten Schritt wurden die Leitungen der Pflegedienste direkt angesprochen und erhielten schriftliche Projektinformationen. Insgesamt wurden in den drei Versorgungsregionen rd. 90 Pflegedienste der Regelversorgung kontaktiert. Mit wenigen Ausnahmen stieß die Projektanfrage auf großes Interesse. Die vorgesehene Zufallsauswahl von 10 Pflegediensten aus den drei Versorgungsregionen und eine randomisierte Zuweisung der Pflegefachkräfte und von ihnen betreuter Patienten zur Interventions- und Kontrollgruppe ließ sich nicht realisieren, weil auch von den nicht als (geronto-)psychiatrisch ausgewiesenen Pflegediensten etwa die Hälfte vorrangig Menschen mit demenziellen Erkrankungen betreute (vgl. auch Wagner/Fleer 2007). Auch bei den übrigen Pflegediensten erwies sich die Rekrutierung einer hinreichenden Anzahl von Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, als limitierender Faktor. Zudem zeichnete sich ab, dass sich die interessierten Pflegedienste aufgrund knapper Personalressourcen allenfalls mit ein oder zwei Pflegekräften an dem Projekt beteiligen konnten. Daher wurden die Rekrutierungsbemühungen auf fünf weitere Versorgungsregionen ausgeweitet.

Dennoch wurden die angestrebten Fallzahlen bereits im Rahmen der Baseline-Erhebung nicht annähernd erreicht. Nach intensiven Rekrutierungsbemühungen konnten im Frühjahr 2008 insgesamt lediglich 56 Pflegekräfte aus 26 Pflegediensten und 89 von ihnen betreute Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, aus dem Raum Ostwestfalen-Lippe, Münster und Osnabrück für eine Mitwirkung gewonnen werden. In den nach Abschluss der Baseline-Erhebung durchgeführten Gruppenvergleichen zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Ausprägung zentraler Merkmale, so dass nicht von in der Zusammensetzung der Teilgruppen angelegten Verzerrungen der Ergebnisse ausgegangen werden musste. Daher erschien die Weiterführung der Kontrollstudie vertretbar (s. im Detail Schaeffer et al. 2008: 29 ff.).

**Tab. 1: Profil der Pflegefachkräfte der Interventions- und Kontrollgruppe (Responder/Dropouts t<sub>2</sub>)**

Persönliche und berufliche Merkmale	Interventionsgruppe (n=28)		Kontrollgruppe (n=26)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=16)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=12)	Responder t <sub>2</sub> (n=12)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=14)
Geschlecht – weiblich	11 (68%)	9 (75%)	11 (92%)	13 (93%)
Alter (Median)	37 Jahre (Range 36)	28 Jahre (Range 36)	48 Jahre (Range 34)	46,5 Jahre (Range 30)
Partnerschaft	9 (56%)	5 (42%)	5 (42%)	6 (43%)
Kinder-/Angehörige mit Hilfebedarf	9 (56%)	3 (25%)	3 (25%)	9 (64%)
Pflegeausbildung – Altenpflegeausbildung	9 (56%)	4 (33%)	6 (50%)	4 (29%)
Berufserfahrung (Median)	4,5 Jahre (Range 37)	3 Jahre (Range 25)	10 Jahre (Range 29)	4 Jahre (Range 30)
Ambulante Pflegetätigkeit (Median)	2 Jahre (Range 19)	2,0 Jahre (Range 25,5)	6,0 Jahre (Range 14)	3,0 Jahre (Range 11)

© PFV NRW Projekt B2 – ASK-Befragung Baseline 2008

**Tab. 2: Profil der Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe (Responder/Dropouts t<sub>2</sub>)**

Persönliche, krankheits- und therapie- bezogene Merkmale	Interventionsgruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=43)	
	Responder t <sub>2</sub> (n=24)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=22)	Responder t <sub>2</sub> (n=27)	Dropouts t <sub>2</sub> (n=16)
Geschlecht – weiblich	18 (75%)	13 (59%)	24 (89%)	13 (81%)
Alter (Median)	75,5 (Range 38)	80 (Range 60)	82,0 (Range 44)	81,5 (Range 37)
Partnerschaft	4 (17%)	6 (27%)	6 (22%)	3 (19%)
Unterstützung durch Angehörige	20 (83%)	15 (68%)	19 (70%)	10 (63%)
Anzahl chronischer Erkrankungen (Median)	3 (Range 5)	3 (Range 7)	4 (Range 5)	3,5 (Range 7)
Medikation – verordnete Wirkstoffe (Median)	9 (Range 10)	8 (Range 12)	7 (Range 10)	8 (Range 9)

© PFV NRW Projekt B2 - FB Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit, Baseline 2008

Im Projektverlauf waren hohe Drop-out Raten zu verzeichnen. So beteiligten sich an der ein halbes Jahr nach Abschluss der Praxisbegleitung angesetzten Folgebefragung (Herbst 2009) nur noch 28 Pflegefachkräfte und 51 Patienten. Die hohe Ausfallrate von rund 50% betraf sowohl die Interventions- wie auch die Kontrollgruppe. Sie war – wie die Ergebnisse der Drop-out Analyse zeigen – auf Seiten der Pflegenden vor allem zwischenzeitlichen Arbeitsplatzwechseln geschuldet und bei den Patienten auf den fragilen Gesundheitszustand zurückzuführen. Zur Prüfung möglicher systematischer „Drop-outs“ wurden anhand der Daten der Baseline-Erhebung für die Patienten und die Pflegekräfte jeweils vergleichende Analysen der Ausprägung zentraler sozio-demografischer Merkmale zwischen den Studienabbrechern und Respondern der Folgebefragung für die Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt (s. Tabelle 1 und 2).

Mit Ausnahme des Alters der Pflegekräfte zeigten sich weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe statistisch signifikante Unterschiede in der Merkmalsausprägung zwischen Respondern und Non-Respondern der Folgebefragung (s. ausführl. Schaeffer/Müller-Mundt 2010: 27ff.).

Angesichts der geringen Fallzahlen wurde für die vergleichende Analyse zur Prüfung des Interventionseffekts auf nicht-parametrische Testverfahren für kleine Fallzahlen zurückgegriffen (z.B. Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben sowie Wilcoxon Test bzw. bei dichotomen Variablen McNemar Test für abhängige Stichproben, vgl. auch Bortz/Lienert 2008).

## 5. Ergebnisse der Evaluation

Die Darstellung konzentriert sich auf zentrale Ergebnisse der Evaluation des Qualifikationsprogramms sowie der Wirkungsanalyse des gestuften Interventionskonzepts.

### 5.1 Bewertung des Qualifikationstrainings aus Teilnehmersicht

An dem Qualifikationstraining für die Interventionsgruppe nahmen 26 Pflegekräfte teil. Die *Ergebnisse der begleitenden Evaluation der einzelnen Module* zeigen, dass sowohl der inhaltliche als auch der didaktische Zuschnitt von den Teilnehmenden als sehr fruchtbar erfahren wurde. Das *Qualifikationstraining und der Praxisleitfaden* wurde durch die Pflegekräfte, die sich an der Gesamtevaluation beteiligt haben (61% der 26 Teilnehmenden), zu 80 bis 94% durchweg positiv eingestuft. Die positive Bewertung bezog sich sowohl auf die erlebte Wissens- und Kompetenzerweiterung und die Praxisrelevanz der Inhalte als auch auf die Konzeption des Schulungshandbuchs und Praxisleitfadens. Auch die Anwendung des Praxisleitfadens erwies sich als zufriedenstellend, wenngleich optimierbar. So stimmten nach Abschluss der Praxisbegleitung knapp zwei Drittel der Aussage zu: „*Die Checklisten des Praxisleitfadens habe ich in der täglichen Berufspraxis regelmäßig eingesetzt*“ (s. ausführlicher Schaeffer et al. 2008: 42ff.).

### 5.2. Wirksamkeit des Qualifikationstrainings

Von den 28 Respondern der im Herbst 2009 durchgeführten Folgebefragung hatten drei Pflegekräfte die Skalen des ASK-Fragebogens, jedoch nicht die Fallvignette bearbeitet, darunter eine der Interventionsgruppe und zwei der Kontrollgruppe zugeordnete Pflegekräfte.

Im Einklang mit dem in den Feedbackbögen zur Evaluation des Qualifikationskonzepts von den Teilnehmer signalisierten subjektiv erlebten Kompetenzgewinn, lässt das Rating der Fallbearbeitungen unter den Pflegekräften der Interventionsgruppe sechs Monate nach Abschluss der Praxisbegleitung einen deutlichen *Kompetenzgewinn* erkennen. Er ist – auch mit Blick auf die statistische Signifikanz – besonders ausgeprägt auf der Ebene der Sensibilisierung für die Patientenperspektive, der Ressourcenorien-

tierung und dem Empowerment. Zwar sind hier auch in der Kontrollgruppe auf den einzelnen Ebenen „Lerneffekte“ erkennbar, sie sind jedoch im Vergleich zur Interventionsgruppe deutlich geringer und statistisch nicht signifikant (s. Tabelle 3).

**Tab. 3: Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte (Rating der Fallbearbeitungen – prä-post-Vergleich)\***

Ebenen professioneller Kompetenz – Selbstmanagementunterstützung	Interventionsgruppe (n=15)		Kontrollgruppe (n=10)	
	Baseline (t <sub>1</sub> Frühjahr 2008)	Follow-up (t <sub>2</sub> Herbst 2009)	Baseline (t <sub>1</sub> Frühjahr 2008)	Follow-up (t <sub>2</sub> Herbst 2009)
Situationserfassung/Sensibilisierung für Patientenprobleme (Median) (max. Punktzahl: 64)	14 (Range: 32)	34 (Range: 26)	16,5 (Range: 50)	25,5 (Range: 38)
	p=.001 <sup>a</sup>		p = .610 <sup>a</sup>	
Ressourcenorientierung (Median) (max. Punktzahl: 30)	8 (Range: 11)	15 (Range: 13)	8 (Range: 15)	11,5 (Range: 10)
	p=.001 <sup>a</sup>		p = .071 <sup>a</sup>	
Empowerment (Median) (max. Punktzahl: 32)	10 (Range: 12)	17 (Range: 16)	5 (Range: 23)	13 (Range: 10)
	p=.001 <sup>a</sup>		p = .944 <sup>a</sup>	
edukative Kompetenz (Median) (max. Punktzahl: 34)	5 (Range: 14)	11 (Range: 20)	3,5 (Range: 17)	7,0 (Range: 14)
	(p=.006) <sup>a</sup>		p = .193 <sup>a</sup>	
interdisziplinäre Orientierung (Median) (max. Punktzahl: 16)	7 (Range: 10)	10 (Range: 11)	6 (Range: 13)	8,5 (Range: 8)
	(p=.019) <sup>a</sup>		p = .413 <sup>a</sup>	
Vergleich Interventions- vs. Kontrollgruppe – Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (CI 95%)				
<i>Baseline</i>		<i>Follow-up</i>		
Situationserfassung/Sensibilisierung für Patientenprobleme	p = .727	Situationserfassung/Sensibilisierung für Patientenprobleme	p = .030	
Ressourcenorientierung	p = .834	Ressourcenorientierung	p = .019	
Empowerment	p = .078	Empowerment	p = .010	
edukative Kompetenz	p = .440	edukative Kompetenz	p = .055	
interdisziplinäre Orientierung	p = .691	interdisziplinäre Orientierung	= .249	

a) Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben t1/t2 (CI 95%), CI = Konfidenzintervall

© PFV NRW Projekt B2 - Befragung „ASK-Arbeitsituation und Kooperation in der ambulante Pflege“

### 5.3. Wirksamkeit des Interventionskonzepts bei den Patienten

Bereits in der Baseline-Erhebung signalisierten die Patienten eine hohe Adhärenz. Im Ergebnis zeigten sich bei der als Hauptzielvariablen definierten subjektiven Selbsteinschätzung des Adhärenzverhaltens zwischen den Messzeitpunkten keine statistisch signifikanten Effekte. Allerdings zeichnete sich bei den Fragen zur Adhärenz in der Patientenbefragung in der Tat eine ausgeprägte Tendenz zu sozialerwünschtem Antwortverhalten ab. Sowohl die Patienten der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe bekundeten zu beiden Befragungszeitpunkten durchweg eine hohe Therapietreue. Auf die offene Frage zu Situationen und Gründen einer Abweichung vom Medikamentenplan wurde meist einsilbig entgegnet, „dies sei nicht der Fall, es könne aber schon einmal vorkommen, dass die Medikamenteneinnahme in Vergessenheit gerät“. Auch die (Nach-)Fragen zu Modifikationen der Medikation bei Veränderungen des Befindens und zur Selbstmedikation wurden nahezu durchweg verneint; lediglich zwei Fünftel der Patienten konzidierte „gelegentlich“ die Medikamenteneinnahme zu vergessen, bei teilweise deutlicher Diskrepanz zu den Erzählungen „außerhalb des Protokolls“ der strukturierten Interviews. Darin berichteten die Patienten sehr wohl vom Experimentieren mit der Medikation und der Selbstmedikation. Deutlich wurde dabei, dass der Rückgriff auf Restbestände vormals ärztlich verordneter und zwischenzeitlich abgesetzter Medikamente ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, von den Patienten nicht als „abweichendes“, sondern eher ordnungskonformes Verhalten der (Selbst-)Medikation verstanden wurde. Vergleichbare Phänomene zeigten sich bei der subjektiven Selbsteinschätzung der Vertrautheit mit der Medikation und des krankheits- und therapiebezogenen Selbstmanagements (Tabelle 4).

**Tab. 4: Adhärenz der Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe (t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub>)**

Adhärenzverhalten	Interventionsgruppe (n=24)		Kontrollgruppe (n=27)	
	Baseline (t <sub>1</sub> Frühjahr 2008)	Follow-up (t <sub>2</sub> Herbst 2009)	Baseline (t <sub>1</sub> Frühjahr 2008)	Follow-up (t <sub>2</sub> Herbst 2009)
Keine Abweichungen vom Medikamentenregime	13 (54%)	17 (71%)	9 (33%)	11 (41%)
Gelegentliche Abweichungen vom Medikamentenregime	11 (46%)	7 (29%)	18 (67%)	16 (59%)
McNemar-Test für abhängige Stichproben t <sub>1</sub> /t <sub>2</sub> (CI 95%)	p = .344		p = .774	

CI = Konfidenzintervall

© PFV NRW Projekt B2 - Befragung „Leben mit Medikamenten bei chronischer Krankheit“

Mit durchschnittlich ein bis zwei akuten Behandlungsanlässen in den letzten sechs Monaten war die Versorgungsnutzung aufgrund von Krankheitskrisen zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung vergleichsweise gering. Im Zeitverlauf zeichnete sich sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe eine leichte, statistisch jedoch nicht signifikante Zunahme akuten Behandlungsanlässe ab (s. ausführl. Schaeffer/Müller-Mundt 2010).

Anders stellt sich das Bild auf der Ebene der wahrgenommen professionellen Unterstützung dar. Zwar wurde der „behandelnde Arzt“ von den Patienten durchgängig als der primäre Ansprechpartner im Gesundheitssystem benannt. Dafür, die ambulante Pflege mit Aufgaben der Selbstmanagementförderung bei komplexen Medikamentenregimen zu betrauen, spricht, dass die Pflegekräfte der Interventionsgruppe „post interventionem“ – auch im Vergleich zur Kontrollgruppe – häufiger als Ansprechpartner für krankheits- und arzneimittelbezogene Fragen und als Beratungsinstanz bei der Suche nach Lösungen für Probleme mit dem Medikamentenregime wahrgenommen wurden. Zudem äußerten die Patienten der Interventionsgruppe in der Follow-up Erhebung deutlich häufiger, durch die Pflege ermutigt zu werden, arzneimittelbezogene Probleme beim Arztbesuch anzusprechen und professionelle Hilfe zu mobilisieren. Dies deutet daraufhin, dass sie gelernt haben, gezielt(er) professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieser Effekt findet indes keinen Niederschlag auf der Ebene des als Hauptzielvariable definierten Adhärenzverhaltens.

## 6. Schlussfolgerungen und Fazit

Ziel des Projekts war – wie einleitend dargelegt – die Entwicklung und Evaluation eines evidenzbasierten Interventionskonzepts zur Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime in der ambulanten Pflege. Dabei wurde ein umfassender Evaluationsansatz verfolgt, um der Komplexität des Gegenstands und der Intervention im Ansatz gerecht zu werden (Kriz 2004; Mayring 2006). Zugleich wurde der Versuch unternommen, den Anforderungen klinischer Evidenzbasierung gerecht zu werden, wie sie heute nicht nur an die Pflege herangetragen werden. Dies geschah wohlwissend, dass angesichts der Komplexität des Gegenstands und der Bedingungsfaktoren die Wirksamkeitsprüfung auf der Grundlage eines Kontrollstudiendesigns schwierig sein würde. Die sich dabei stellenden Herausforderungen sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. Abgesehen davon, dass es fragwürdig ist, den Effekt komplexer Interventionen bei ebenso komplexen Phänomenen – hier die Erweiterung kommunikativ-educativer Kompetenzen aus Seiten der Pflegekräfte und des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime bei multiplen Gesundheitseinschränkungen auf Seiten der Patienten – eindimensional zu bestimmen, wirft die Übertragung des Designs randomisierter Kontrollstudien auf die Handlungsfelder professioneller Pflege speziell im ambulanten Sektor bereits aufgrund der Feldbedingungen und der Patientenstruktur erhebliche Probleme auf.

Schwierig gestaltet sich bei pflegerischen Interventionen, die wie im vorliegenden Projekt auf der Ebene der Förderung des Selbstmanagements ansetzen, bereits die Definition und Operationalisierung einfacher, quantitativ messbarer Outcome-Parameter. Klassische Endpunkte klinischer Studien – Mortalität und Morbidität – und auch Indikatoren gesundheitsbezogener Lebensqualität sind angesichts des oft fragilen Gesundheitszustands der Patienten in der ambulanten Pflege wenig geeignet. In der deutschsprachigen Pflegeforschung, aber auch international mangelt es hierzu an der Entwicklung einfacher klinisch relevanter Outcome-Indikatoren und Erhebungsins-

trumenten für den Nachweis des „nursing impacts“. In dem vorliegenden Projekt zeigte sich, dass speziell für die Zielgruppe der älteren chronisch erkrankten Patienten in der ambulanten Pflege keine hinreichend geprüften Instrumente verfügbar waren. Die Entwicklung und Anpassung von Erhebungsinstrumenten wurde parallel zur Abschlussphase der auf der Erhebung von Fallverläufen basierenden qualitativen Studie eingeleitet. Wünschenswert wäre die Reservierung einer längeren Projektphase für die (Weiter-)Entwicklung und Prüfung geeigneter Instrumente auf einer breiteren Datenbasis gewesen.

Die Vorbereitung und Durchführung randomisierter Kontrollstudien ist an Voraussetzungen gebunden, die in der ambulanten Pflege nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden können. Besonders die „Erreichbarkeit“ der Patienten ist dort deutlich schwieriger als in der stationären Pflege. Randomisierte Studien lassen sich – wie die (Feld-)Erfahrungen zeigen – dort nur schwer durchführen. Eine *Randomisierung* auf der Ebene der Pflegedienste und ebenso der Pflegekräfte und der Patienten ist – wie im Verlauf des Projekts deutlich wurde – in der ambulanten Pflege auch bei intensiven Bemühungen zur Felderschließung kaum zu realisieren. Dies berührt einen weiteren zentralen Punkt: Die Erzielung *hinreichend großer Fallzahlen für aussagekräftige Studien* ist auf dieser Basis schwer zu erreichen. Hinzu kommt, dass bei der angezeigten prospektiven Anlage von Interventionsstudien für eine Wirksamkeitsprüfung bereits hohe „natürliche“ *Drop-out Raten* eingerechnet werden müssen. So zeigte sich im vorliegenden Projekt, dass etwa die Hälfte der in die Studie eingebundenen Pflegekräfte nicht mehr in dem Pflegedienst tätig war. Auch die Patientenstruktur ambulanter Pflegedienste erwies sich als limitierender Faktor. Die Wirksamkeitsprüfung setzt hinreichende Fallzahlen und eine längerfristige Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Teilnehmer voraus. Dies erwies sich angesichts des fragilen Gesundheitszustands der Patienten und der teilweise prekären Personalsituation als schwierig, wie die Drop-out Raten zeigen. Die Interventionsstudie war daher – wie aufgezeigt – „under-powered“. Dies heißt nicht allein, dass die erzielte *Aussagekraft* der Daten und damit der *empirische Erkenntnisgewinn begrenzt* ist. Insgesamt ist der Aussagewert der Ergebnisse der vorliegenden Studie daher eher auf der Ebene der Exploration anzusiedeln.

Rückblickend betrachtet ist anzunehmen, dass in der vorliegenden Studie in Sinn der Triangulation ein gezielter Rückgriff auf qualitative Methoden speziell für die Evaluation der Wirksamkeit der Intervention bei den Patienten einen tiefergehenden Erkenntnisgewinn ermöglicht hätte. Hierauf deutet zumindest die Analyse der Protokolle der Patienteninterviews hin. Die auch in der Medizin zunehmend kritische Reflexion der „Indikativität der Methode“ findet – so auch das Fazit der Bestandsaufnahme von Mayring (2009) – findet jedoch in der anwendungsbezogenen (Evaluations-)Forschung zu den Problem- und Handlungsfeldern der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen bislang kaum Niederschlag.

---

Danksagung: Unser Dank gilt in besonderer Weise allen Patienten und Pflegekräften die sich an der Studie beteiligt haben. Dies gilt gleichermaßen für Gunnar Geuter, Frank Engel, Frank Hanke und Ursel Sickendiek für ihre engagierte Mitwirkung an der Realisierung des Qualifikationstrainings.

**Literatur**

- Bayliss, E.A./Steiner, J.F./Fernald, D.H./Crane, L.A./Main, D.S. (2003): Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine* 1 (1), 15-21
- Battersby, M./Ask, A./Reece, M./Markwick, M./Collins, J. (2003): The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* 9 (1), 41-52
- Beckman, A. G. K./Parker, M.G./Thorslund, M. (2005): Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling* 59, 186-191
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG  
<<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduerftigkeitsbegr.pdf>> [Stand 2011-02-11]
- Bomball, J. (2009): Kompetenzmessung durch Einsatz von Simulationspatienten/innen in der Pflegeausbildung. In: Walkenhorst, U./Nauerth, A./Bergmann-Tyacke, I./Marzinzik, K. (Hg.): *Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich*. Bielefeld: UniversitätsVerlagWebler, 119-128
- Borchelt, M. (2005): Wichtige Aspekte der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 48, 593-598
- Bortz, J./Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer
- Bortz, J./Lienert, G.A (2008): *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben.* (3. aktual. u. erg. Aufl.). Heidelberg: Springer
- Burkhardt, H./Wehling, M./Gladisch, R. (2007): Prävention unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, 241-254
- Büssing, A./Glaser, K./Höge, T. (2005): *Belastungsscreening in der ambulanten Pflege*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Charmaz, K (2000). Experiencing chronic illness. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Eds.): *The handbook of social studies in health & medicine*. London: Sage, 277-92
- CMSA - Case Management Society of America (2006): CMAG-2: Case Management Adherence Guidelines. Version 2 <<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/CMAG2.pdf>> [Stand 2011-02-11]
- Coca, V./Nink, K. (2010): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.): *Arzneiverordnungs-Report 2010*. Heidelberg: Springer, 933-946
- Corbin, J. M./Strauss, A.L. (2004): *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2. Aufl.). Bern: Huber
- Corbin, J./Hildenbrand, B./Schaeffer, D. (2009): Das Trajektkonzept. In: Schaeffer, D. (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber, 55-74
- Coulter, A./Ellins, J. (2007): Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal* 335, 24-27
- DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse, BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.) (2006): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege: Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Diensten*. Hamburg: DAK, Berlin: BGW
- Dewe, U. (2006): Transfer, Transformation oder Relationierung von Wissen. Theoretische Überlegungen zur berufsbezogenen Wissensforschung. In: Schaeffer, D. (Hg.): *Wissenstransfer in der Pflege* (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 06-133). Bielefeld: IPW, 15-27
- Dybowski, S. (2005): „Soweit nicht anders verordnet...“ - HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Elliott, R.A./Ross-Degnan, D./Adams, A.S./Safran, D.G./Soumerai, S.B. (2007): Strategies for Coping in a Complex World: Adherence Behavior Among Older Adults with Chronic Illness. *Journal of General and Internal Medicine* 22 (6), 805-810
- Gereoni, V./Schönermark, M. P./Hagen, A. (2007): Interventionen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg (Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 65), Köln: DIMDI

- Geuter, G./Müller-Mundt, G./Panhorst, H. (2009): Entwicklung eines Qualifikationsprogramms in der ambulanten Pflege als Beitrag zur Erweiterung der Kompetenz von Pflegenden zur Selbstmanagementförderung. In: Walkenhorst, U./Nauerth, A./Bergmann-Tyacke, I./Marzinzik, K. (Hg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld: UniversitätsVerlagWebler, 157-168
- Glaeske, G./Schicktanzen, C. (2010): BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009 (BARMER GEK, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 2). St. Augustin: Asgard
- Gudjons, H. (2008): Handlungsorientiert lehren und lernen (7., aktual. Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Gurwitz, J. H./Field, T. S./Harrold, L. R./Rothschild, J./Debellis, K./Seeger, A. C./Cadoret, C./Fish, L.S./Garber, L./Kelleher, M./Bates, D.W. (2003): Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *Journal of the American Medical Association* 289 (9), 1107-1116
- Hanke, F./Füsgen, I. (2009): Medikationssicherheit bei geriatrischen Patienten. *European Journal of Geriatrics* 11, 58-63
- Haslbeck, J. (2010): Medikamente und chronische Krankheit, Bern: Huber
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20, 82-92
- Haynes, R. B./McDonald, H. P./Garg, A.X./Montague, P. (2005): Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *Cochrane Library* 3. Oxford: Update Software
- Herschbach, P. (1991): Psychische Belastung von Ärzten und Pflegepersonal. Weinheim: VCH Edition Medizin
- Höhmann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (2004): Kooperative Qualitätssicherung. *Gesundheitsdienste in der Vernetzung* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse
- Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann P. A. (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Deutsches Ärzteblatt International* 107, 543-551
- Horne, R./Hankins, M./Jenkins, R. (2001): The Satisfaction with Information about Medicine Scale (SIMS). *Quality of Health Care* 10, 135-140
- Hundenborn, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Elsevier, Urban & Fischer
- Kelle, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In: Flick, U. (Hg.): *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte - Methoden - Umsetzung*. Reinbek: Rowohlt, 117-134
- Kelle, U./Niggemann C. (2001): „Weil ich vor Jahren schon einmal verhöört worden bin ...“ - Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern. In: Motel-Klingebiel, A./Kelle, U. (Hrsg.): *Perspektiven empirischer Alter(n)ssoziologie*. Opladen: Leske + Budrich, 99-131
- Körner, T./Müller-Mundt, G./Busse, R. (2000): Krankenhausreformen, Pflegearbeit und Patientenversorgung. Ein international vergleichendes Projekt. *Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen* 25 (124), 32-34
- Kriz, J. (2004): Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 6 (1), 6-32
- Lane, C./Huws, T.M./Hood, K./Rollnick, S./Edwards, K./Robling, M. (2005): Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Education and Counseling* 54 (2), 166-173
- LDS NRW - Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2005): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2003 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2003 in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LDS NRW
- Legewie, H. (2000): Psychotherapie unter Rationalisierungsdruck. *Psychomed* 12 (2), 45-50
- Levy, H.B. (2003): Self-administered medication-risk questionnaire in an elderly population. *Annals of Pharmacotherapy* 37, 982-987
- Lorig, K.R./Holman, H. (2003) Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 26 (1), 1-7

- Ludwig, A. (2005): Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen - Eine Literaturanalyse der Compliance- und Adhärenzdebatte (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P05-130). Bielefeld: IPW
- Mayring, P. (2009): Evaluation im Bereich Gesundheit - Beispiel Deutschland. In: Widmer, T./Beywl, W./Fabian, C. (Hg.): Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 321-330
- Mittag, M./Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In: Schwarzer, R. (Hg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, 596-611
- Morisky, D.E./Levine, D.M./Greene, L.W./Shapiro, S./Russel, R.P./Smith, C.R. (1983): Five-year blood pressure control and mortality following education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health* 73, 153-162
- Mühlig, S. (2004): Compliance: Formen und methodische Fragen. *Praxis Verhaltenstherapie. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17 (65), 45-52
- Müller-Mundt, G. (2005): Leben mit chronischem Schmerz. Bern: Huber
- Müller-Mundt, G. (2011): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe)*, Weinheim: Juventa, 705-726
- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D. (2011): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. Förderung des Selbstmanagements als Aufgabe der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44 (1), 6-12
- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D./Haslbeck, J. (2008): Bewältigung komplexer Medikamentenregime. Erfordernisse der Selbstmanagementunterstützung. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Weinheim: Juventa, 30-55
- Newbould, J./Taylor, D./Bury, M. (2006): Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. *Chronic Illness* 2, 249-261
- Newman, S./Steed, L./Mulligan, K. (Hg.) (2008): *Chronic physical illness: self-management and behavioural interventions*, Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press
- Nolte, E./McKee, M. (2008): *Caring for People with chronic conditions: A health system perspective (European Observatory on Health Systems and Policies Series)*. Maidenhead: McGraw Hill, Open University press
- Pound, P./Britten, N./Morgan, M./Yardley, L./Pope, C./Daker-White, G./Campbell, R. (2005): Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science and Medicine* 61 (1), 133-155
- Rossi, P.H./Lipsey, M.W./Freeman, H.E. (2006): *Evaluation: a systematic approach (7. Edition)*. Thousand Oaks: Sage
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer*. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2008): Patientenorientierte Konzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit - der Pflegeforschungsverbund NRW. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Weinheim: Juventa, 13-29
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe)*. Weinheim: Juventa, 329-363
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (2009): Projekt B2 - Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen. Zwischenbericht 2008. In: Schaeffer, D./Horn, A. (Hg.): *Pflegeforschungsverbund NRW: Patienten und nutzerorientierte Pflegekonzepte im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung: Zwischenbericht 2008/2009*. Bielefeld: Universität Bielefeld, 25-53
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (2010): Projekt B2 - Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen. Zwischenbericht 2009. In: Schaeffer, D./Horn, A. (Hg.): *Pflegeforschungsverbund NRW: Patienten und nutzerorientierte Pflegekonzepte im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung: Zwischenbericht 2009/2010*. Bielefeld: Universität Bielefeld, 25-42

- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G./Haslbeck, J. (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-134). IPW: Bielefeld
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G./Geuter, G. (2008): Projekt B2 - Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen. Zwischenbericht 2007. In: Schaeffer, D./Horn, A. (Hg.): Pflegeforschungsverbund NRW: Patienten und nutzerorientierte Pflegekonzepte im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Hg.): Zwischenbericht 2007/2008. Bielefeld: Universität Bielefeld, 23-36
- Schwabe, U. (2010): Arzneiverordnungen 2009 im Überblick. In: Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2010. Heidelberg: Springer, 3-45
- Schwarze, M./Kirchhof, R./Schuler, M./Musekamp, G./Nolte, S./Jordan, J.E./Osborne, R.H./Ehlebracht-König, I./Faller, H./Gutenbrunner, C. (2008): Ein Blick Down Under - Selbstmanagementinitiativen und Patientenschulungen in Australien. Zeitschrift für Rheumatologie 67, 189-198
- Stern, K./Labryga, F./Ortmann, P./Müller-Mundt, G. (1995): Skaldokumentation zum Fragebogen „Arbeitsplatz Krankenhaus“. Forschungsprojekt Arbeitsplatz Krankenhaus. (Arbeitsbericht Nr. 1. Berliner Forschungsverbund Public Health). Berlin: Technische Universität Berlin. Institut für Gesundheitswissenschaften (Manuskript).
- Svarstad, B.L./Chewing, B.A./Sleath, B./Claesson, C. (1999): The brief medication questionnaire for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Education and Counseling 37, 113-124
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, Berlin: SVR
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Berlin: SVR
- Thürmann, P.A./Werner, U./Hanke, F./Schmiedl, S./Drewelow, B./Hippius, M./Reimann, I.R./Siegmond, W./Hasford, J. (2007): Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien. In: BÄK (Hg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin (Band 31). Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 216-224
- Townsend, A./Hunt, K./Wyke, S. (2003): Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. British Medical Journal 327 (7419), 837-840
- Trasher, A.D./Golin, C.E./Earp, J.A./Tien, H./Porter, C./Howie, L. (2006): Motivational interviewing to support antiretroviral adherence: The quality of counseling. Patient Education and Counseling 62, 64-71
- Vik, S.A./Maxwell, C.J./Hogan, D.B./Patten, S.B./Johnson, J.A./Romonoko-Slack, L. (2005): Assessing medication adherence among older persons in community settings. Journal of Clinical Pharmacology 12(1), e152-e164
- Wagner, A./Fleer, B. (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS  
<[http://www.mds-ev.org/media/pdf/pflegebericht\\_2006.pdf](http://www.mds-ev.org/media/pdf/pflegebericht_2006.pdf)> [Stand 2011-01-11]
- Warsi, A./Wang, P.S./LaValley, M.P./Avorn, J./Solomon, D.H. (2004): Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature, in: Archives of Internal Medicine 164, 1641-1649
- Willey, C./Redding, C./Stafford, J./Garfield, F./Geletko, S./Flanigan, T./Melbourne, K./Mitty, J./Caro, J.J. (2000): Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: Development and validation of a measure. Clinical Therapeutics 22 (7), 858-887
- WHO - World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies. Evidence in action, Genf: WHO
- WHO - World Health Organization (2005): Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions, Genf: WHO

Wu, T.-Y./Jen, M.-H./Bottle, A./Molokhia, M./Aylin, P./Bell, D./Majeed, A. (2010): Ten-year trends in hospital admissions for adverse drug reactions in England 1999-200. *Journal of the Royal Society of Medicine* 103, 239-250

*Dr. Gabriele Müller-Mundt*

*Prof. Dr. Doris Schaeffer*

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Müller-Mundt

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

Universität Bielefeld, Postfach 100 131, 33501 Bielefeld

gabriele.mueller-mundt@uni-bielefeld.de

*Michaela Röber und Kerstin Hämel*

## Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen

Structural problems in the implementation of Nursing Advice Centres in Hestia

*This article deals with problems in the implementation of Nursing Advice Centres in Hestia, which were identified in an exploratory study. The influence of state structures as well as difficulties at the local level are discussed. Recommendations for network-oriented development of Nursing Advice Centres are derived.*

### Keywords

Nursing advice centre, structural problems, funding agencies, networks

*Der Beitrag thematisiert Implementierungsprobleme von Pflegestützpunkten in Hessen, die im Rahmen einer explorativen Untersuchung identifiziert werden konnten. Diskutiert werden der Einfluss der Landesebene und Schwierigkeiten der Umsetzung vor Ort. Es werden Empfehlungen für eine netzwerkorientierte Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte abgeleitet.*

### Schlüsselwörter

Pflegestützpunkte, Strukturprobleme, Kostenträger, Netzwerke

eingereicht 19.01.2011

akzeptiert 01.03.2011 (nach Überarbeitung)

## 1. Einleitung

Das Entstehen und Anwachsen von Hilfe- und Pflegebedarfen im Verlauf des Alternsprozesses stellt ältere Menschen und ihr soziales Umfeld vor komplexe Probleme. Der Aufbau von Case und Care Management-Strukturen mit systematisch angelegter Kooperation und Vernetzung verschiedener Kosten- und Leistungsträger sowie Leistungserbringer gilt als wichtige Grundlage für eine effizientere und dem individuellen Bedarf angepasste Versorgung. Bisher waren Case und Care Management in der Altenhilfe und der Pflege der BRD erst in Ansätzen und lediglich regional begrenzt institutionalisiert worden (vgl. z.B. Frommelt et al. 2008: 12ff.).

Zwar wurde auf Bundesebene bereits vor Jahren das Gesetzgebungsprojekt eines Bundesaltenhilfe- oder Altenhilfestrukturengesetzes entwickelt, das als Kern eine personenbezogene Hilfeplanung vorsah, dieses wurde aber politisch nicht umgesetzt (vgl. Ziller 2008). Als im Sommer 2007 die ersten Überlegungen zu einer Etablierung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung bekannt wurden, hatte in der Fachwelt eigentlich niemand mehr damit gerechnet.

Mit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahre 2008 sind die gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau von bedarfsorientierten, wohnortnahen Beratungs- und Hilfestrukturen geschaffen worden. Es wurde ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung für Hilfe- und Pflegebedürftige geschaffen, mit deren Durchführung und Finanzierung die Pflegekassen beauftragt wurden (§ 7a SGB XI). Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt die ihnen obliegende Pflegeberatung in Anspruch genommen werden kann, wenn in einem Land Pflegestützpunkte eingerichtet werden.

Nach § 92c Abs. 1 SGB XI richten die Pflege- und Krankenkassen wohnortnahe Pflegestützpunkte ein, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt. Diese Regelung wurde im Gesetzgebungsverfahren auf Wunsch des Bundesrates in das Gesetz aufgenommen (vgl. Klie/Krahmer 2009: 936 f. zu § 92c SGB XI). Die Pflegestützpunkte sollen als lokale Vernetzungsagenturen eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung sicherstellen. Zu den zentralen Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen neben einer umfassenden und unabhängigen Auskunft und Beratung die Koordinierung und Vernetzung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote (§ 92c Abs. 2 SGB XI). Falls es zum Aufbau von Stützpunkten kommt, sind u.a. die örtlichen Träger der Sozialhilfe in ihrer Rolle als Anlaufstelle für die örtliche Altenhilfe und die Pflegeeinrichtungen zu beteiligen (§ 92c Abs. 2 SGB XI). In den kommunalen Gebietskörperschaften sollen bereits vorhandene örtliche Beratungs- und Koordinierungsstrukturen beim Aufbau einbezogen werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden.

Mit der Institutionalisierung von Pflegeberatung im Pflegestützpunkt hat der Gesetzgeber die Intention verfolgt, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sektorenübergreifend Hilfen aus einer Hand zugänglich zu machen. Beratungs- und Koordinie-

rungsleistungen sollen nicht mehr – wie bisher – isoliert voneinander erbracht, sondern orts- und familiennah gebündelt werden. Im Pflegestützpunkt sollen alle Beteiligten zusammenarbeiten und aufeinander abgestimmte Angebote entwickeln.

Mit Ausnahme von zwei Bundesländern haben sich mittlerweile alle Bundesländer für den Aufbau von Pflegestützpunkten ausgesprochen (vgl. KDA 2010). Auf Landesebene wurden anschließend die Bedingungen des Aufbaus und des Betriebs von Pflegestützpunkten konkretisiert – teils unter Beteiligung der obersten Landesbehörde, teils in Vereinbarungen zwischen Vertretern<sup>1</sup> der Verbände der Kranken- und Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden.

Die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen (StAnz. 2008: 3488) sieht vor, dass zunächst je ein Pflegestützpunkt in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt (das wären 26 im Bundesland Hessen) errichtet wird. Die Einrichtung der Pflegestützpunkte hätte innerhalb von sechs Monaten nach diesem Erlass erfolgen müssen (§ 92c Abs. 1 SGB XI). Doch innerhalb dieser Frist hatte in Hessen kein Pflegestützpunkt die Arbeit aufgenommen. Im Mai 2010 waren erst zwei, im August 2010 vier Pflegestützpunkte eingerichtet. Aktuell (Januar 2011) haben acht Pflegestützpunkte in Hessen ihre Arbeit aufgenommen. Ursprünglich sollte in Hessen eine weitere Allgemeinverfügung baldmöglichst die Grundlagen für den wohnortnahen Ausbau des Systems schaffen. Im August 2010 erklärte das Landesministerium auf die ursprünglich vorgesehene „2. Stufe eines Erlasses“ zu verzichten. Begründet wurde dies mit dem zu diesem Zeitpunkt entwickelten Bemessungsverfahren zur Bestimmung der Wohnortnähe<sup>2</sup>, das als Orientierungsrahmen dienen könne (Marx 2010).

Der erhebliche zeitliche Verzug bei der Implementierung lässt nicht erwarten, dass in Hessen die nach § 92c Abs. 5 SGB XI bis längstens 30. Juni 2011 abrufbaren Mittel der Anschubfinanzierung – maximal 50.000 Euro pro Stützpunkt für insgesamt höchstens 88 Stützpunkte – auch nur annähernd ausgeschöpft werden. Das ursprüngliche Leitkonzept der Wohnortnähe – im ersten Gesetzentwurf war als Richtschnur ein Pflegestützpunkt für rund 20.000 Versicherte vorgesehen (BT-Drs.: 16/439:77) – scheint in Hessen in weite Ferne gerückt.

## 2. Fragestellung und Vorgehen

Im Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Koordination, Vernetzung und Fallmanagement in der Altenhilfe und in der Pflege“<sup>3</sup>, das an der Fachhochschule Frankfurt a. M. durchgeführt wurde, konnten Implementierungsprobleme von Pflegestützpunk-

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Form genannt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

2 Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt a. M. hat im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums Kriterien für Wohnortnähe entwickelt. Diese sollten ursprünglich für den weiteren Ausbau herangezogen werden.

3 Laufzeit: 01.10.2009 - 31.10.2010, Projektteam: Michaela Röber, Claus Reis, Margret Müller, Kerstin Hämel. Finanziert durch die hessischen Hochschulen im Rahmen der Kampagne „Forschung für die Praxis“.

ten mit integrierter Pflegeberatung in Hessen begleitend analysiert und ausgewertet werden.

Ursprünglicher Projektauftrag war es, (1) verschiedene Implementierungspraxen des Auf- und Ausbaus von Pflegestützpunkten in Hessen zu erfassen und vergleichend zu analysieren, (2) erste Erfahrungen aus der Arbeit der Pflegestützpunkte zu eruieren und mit Blick auf die drei Arbeitsebenen im Pflegestützpunkt Vernetzung, Organisation und Einzelfallebene auszuwerten sowie hieraus Empfehlungen für geeignete Arbeits- und Verfahrensweisen zu entwickeln. (3) Zudem sollten Empfehlungen für den wohnortnahen Ausbau von Pflegestützpunkten entwickelt werden.

Bereits zu Projektbeginn (Oktober 2009) zeichnete sich jedoch ab, dass dieses Vorhaben nur teilweise umgesetzt werden kann. Der Projektplan war davon ausgegangen, dass zu Beginn der Begleitforschung bereits der überwiegende Teil der Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufgenommen hat.

Das Projektteam stellte die zeitliche Verzögerung der Implementierung selbst in den Fokus des Interesses. Gründe für die Abweichungen zwischen Norm und Wirklichkeit der Einrichtung von Pflegestützpunkten wurden herausgearbeitet und darauf aufbauend Empfehlungen für den weiteren Aufbau von Pflegestützpunkten entwickelt.

Um Einblicke in den zögerlichen Fortschritt der Implementierung zu erhalten und Gründe für die Verzögerung analysieren zu können, wurde das Vorhaben auf der Grundlage von vier Fragestellungen konkretisiert:

1. Welche Ausgangssituation besteht in den Gebietskörperschaften, in die die Pflegestützpunkte etabliert werden sollen?
2. Welche Ansätze zur Etablierung von Pflegestützpunkten gibt es?
3. Wie ist die Kooperation zwischen den für die Umsetzung relevanten Akteuren gestaltet?
4. Inwiefern beeinflusst die Landesebene den Implementierungsprozess?

Zur Annäherung an diese Fragen war ein exploratives Vorgehen nötig. Es konnten fünf hessische Gebietskörperschaften für eine Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Um systematischen Verzerrungen entgegenzuwirken, wurden bei der Auswahl Landkreise und kreisfreie Städte einbezogen und unterschiedliche Vorstrukturen von Beratungs- und Koordinierungsangeboten berücksichtigt. Zur Eruierung der Entwicklungen und Erfahrungen vor Ort wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (vgl. Meuser/Nagel 1991; Gläser/Laudel 2004). Als Experten wurden Verantwortliche für die örtliche Implementierung von Stützpunkten definiert. Nach einer ersten Anfrage wurde in den Kommunen entschieden, wer am Interview beteiligt sein soll. Es wurden n=6 Interviews mit insgesamt neun Experten<sup>4</sup> durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mithilfe einer sowohl deduktiven als auch induktiven Kategorien-

<sup>4</sup> Die Positionen der Interviewpartner waren: Altenhilfeplaner, Sozialamtsleiter, Sozialdezernent, kommunaler Berater.

bildung. Zusätzlich wurden vorhandene Beratungskonzeptionen, Sachberichte und Konzepte für den Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten zur Anfertigung von Fallbeschreibungen ausgewertet. In einem gemeinsamen Workshop, der Mitte März an der FH Frankfurt a.M. stattfand, wurden ausgewählte Aspekte mit den Experten vertiefend diskutiert. Der Workshop diente der Validierung und ergänzenden Erhebung. Zur Rekonstruktion von für die örtlichen Aufbauprozesse relevanten Entwicklungen auf Landesebene wurden Dokumente auf Landesebene gesichtet und ergänzend zwei Interviews mit Vertretern der Leistungserbringer in Hessen geführt. Leider konnten die Pflegekassen nicht für eine Beteiligung am Projekt gewonnen werden.

In allen beteiligten Gebietskörperschaften zeigten sich Probleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten, die in den Fokus der Auswertungen gestellt wurden. Entwicklungsprozesse in Organisationen und in der Kooperation zwischen Organisationen haben meist einen eigenen Verlauf, der nur bedingt von außen gesteuert werden kann. Die wohnortnahe Vernetzung zwischen dem Pflegestützpunkt und den weiteren Beratungs- und Dienstleistungsanbietern ist vor dem Hintergrund der handelnden Akteure und deren Interessen und Strukturen ein Prozess, der einer langfristigen Entwicklungsperspektive bedarf.

Es konnten drei Bereiche identifiziert werden, die für die Implementierungsprobleme von Pflegestützpunkten in Hessen von Bedeutung sind:

1. Steuerung der Implementierung auf Landesebene
2. Organisationsstrukturen und -kulturen der Pflegekassen und Kommunen
3. Probleme und Möglichkeiten der Ausgestaltung von Pflegestützpunkten vor Ort

Im Folgenden werden diese Bereiche näher erörtert (Pkt. 3-5). Anschließend werden geeignete Bedingungen für die zukünftige Vernetzung der Pflegestützpunkte diskutiert (Pkt. 6).

### 3. Steuerung der Implementierung auf Landesebene

In Hessen wurden bereits Mitte der 1990er Jahre bis zum Jahr 2000 Koordinierungs- und Beratungsangebote trägerübergreifend aus Landesmitteln gefördert. Infolge der konzeptionellen und finanziellen Förderung des Landes kam es zum Aufbau von örtlichen Beratungs- und Koordinierungsstellen in verschiedenen Trägerschaftsmodellen (vgl. LT-Drs. 15/612). Mit dem Wechsel der Landesregierung im Jahr 2000 wurde die finanzielle Förderung der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Hessen eingestellt mit der Konsequenz, dass deren Existenz grundsätzlich in Frage gestellt wurde, sofern nicht in einzelnen Gebietskörperschaften alternative, freiwillige kommunale Finanzierungsstrukturen zur Verfügung gestellt wurden.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz war das Sozialministerium aufgefordert, sich erneut zur Entwicklung örtlicher Beratungsstrukturen zu positionieren. Ausgehend von einem Beschluss des Landespflegeausschusses wurde im Sommer 2008 eine

Arbeitsgemeinschaft „Pflegestützpunkte“ gegründet. Die Akteure<sup>5</sup> sollten dort unter der Moderation des Sozialministeriums zu einer einvernehmlichen Empfehlung gelangen. Es zeichnete sich aber ab, dass kein einheitliches Meinungsbild erzielt werden konnte (vgl. Hessisches Sozialministerium 2008):

Die Kommunalen Spitzenverbände sprachen sich für die Einrichtung von Pflegestützpunkten aus, weil sie in ihnen ein flexibles Instrument sahen, die Verzahnung zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten auszugestalten und Ratsuchende vor Ort individuell bei der Gestaltung von Lösungen zu unterstützen. Auch die Liga der freien Wohlfahrtspflege erwartete vom Land Hessen, dass es der Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen zustimmt. Ebenso sprach sich die Landesseniorenvertretung für eine Umsetzung aus.

Die Verbände privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen vertraten die Auffassung, dass die Schaffung von Pflegestützpunkten zur Verbesserung der Pflegeberatung in Hessen nicht erforderlich sei. Die Verbände der Pflegekassen befürchteten unwirtschaftliche Doppelstrukturen zu finanzieren, die fachlich und ökonomisch nicht vertretbar seien.

Trotz der unterschiedlichen Auffassungen hat der Landespflegeausschuss einen einstimmigen Beschluss zur Einrichtung der Pflegestützpunkte in Hessen gefasst. Ausschlaggebend für diesen Beschluss waren die Stellungnahmen der Kommunalen Spitzenverbände und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege. Der Landespflegeausschuss hat das Sozialministerium aufgefordert, neben anderen folgende „Eckpunkte“ für den Fall der Umsetzung von Pflegestützpunkten zu berücksichtigen (Landespflegeausschuss 2008):

- Zunächst soll ein Pflegestützpunkt pro Landkreis/kreisfreier Stadt an einer kommunalen Stelle unter Berücksichtigung bestehender Beratungsangebote eingerichtet werden.
- Selbsthilfegruppen, ehrenamtlich oder sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sollen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.
- Der Landespflegeausschuss empfiehlt dem Land Hessen sich an den Kosten des Aufbaus und des Betriebs von Pflegestützpunkten zu beteiligen.
- Der weitere Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten hin zur wohnortnahen Beratung und Vernetzung soll von der Arbeitsgruppe „Pflegestützpunkte“ des Landespflegeausschusses begleitet werden.

Statt der geforderten Fortführung der Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses organisierten sich die Pflegekassen und die Spitzenverbände der Kommunen in einem ge-

<sup>5</sup> Neben den Pflege- und Krankenkassen, dem Hessischen Städte- und Landkreistag sowie dem Hessischen Gemeindebund (Kommunale Spitzenverbände) waren dies die Liga der Freien Wohlfahrtspflege, die Verbände privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen sowie die Landesseniorenvertretung in Hessen.

meinsamen Steuerungsausschuss, der die „fachliche Steuerung und Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte“ fortan begleitet (vgl. Rahmenvertrag Hessen 2009).

Ausschließlich die Kostenträger befinden seither in Hessen über die weitere Implementierung. Die Reduzierung der Akteure auf Landesebene zur Umsetzung der Pflegestützpunkte auf die beiden Hauptakteure, die in den Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung zusammen arbeiten sollen: die Pflegekassen und die Kommunen, hat Konsequenzen für den weiteren Implementierungsprozess.

Dies ist auch daher problematisch, da insbesondere die Wohlfahrtsverbände in der Tradition des Subsidiaritätsprinzips auf kommunaler Ebene in (Mit-)Trägerschaft von Beratungsangeboten auftreten. Zwar können Pflegestützpunkte nach § 92c Abs. 4 Satz 1 SGB XI bei einem Leistungsträger errichtet werden; ob das auch eine eigene Trägerschaft einschließt, ist rechtlich umstritten. Die Kostenträger in Hessen lehnen das aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ab und beschränken die Wohlfahrtsverbände auf ihre Rolle als Dienstleister von Pflege- und Betreuungsangeboten (§ 2 Abs. 3 Landesrahmenvertrag).

Das Land Hessen hat sich von seiner moderierenden Funktion zurückgezogen. In dieser Rolle hätte das Land als Vermittler und Begleiter eine Brückenfunktion zwischen den verschiedenen Akteuren einnehmen können. Seither fehlt es an einem Gremium, über das die für das Gelingen von vernetzten Strukturen auf lokaler Ebene wichtigen Vertreter der Leistungserbringer und der Seniorenvertretungen an der konzeptionellen Entwicklung beteiligt werden. Auch lehnt das Land Hessen eine finanzielle Beteiligung an den Kosten des Aufbaus bzw. den laufenden Betriebskosten der Pflegestützpunkte ab.

#### 4. Organisationsstrukturen und -kulturen der Pflegekassen und der Kommunen

Die Pflegekassen vertreten auf Bundes- und Landesebene seit jeher die Auffassung, dass Pflegeberatung von ihnen qualifiziert, neutral und bedarfsgerecht auf Basis eines gesetzlichen Beratungsauftrages ausgeübt wird (§§ 7, 37 SGB XI; vgl. Kesselheim 2008: 31).

Schon an der Finanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Hessen haben sich die Pflegekassen – trotz vielfältiger Bemühungen des Landes und der Kommunalen Spitzenverbände sowie der Liga der Freien Wohlfahrtspflege – nicht beteiligt. Die ablehnende Haltung wurde mit dem ohnehin eigenständig wahrzunehmenden gesetzlichen Beratungsauftrag nach § 7 SGB XI und einer fehlenden leistungsrechtlichen Grundlage im PflegeVG zur finanziellen Beteiligung an trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen begründet (vgl. Klie/Krahmer 2009: 115 zu § 7 SGB XI).

Zwar besteht spätestens seit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes in 2002 eine rechtliche Grundlage für eine mitverantwortliche Beteiligung der Pflegekassen an Beratungsstellen nach § 7 Abs. 4 SGB XI. Demnach können sich seitdem Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmit-

teln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten beteiligen. In der amtlichen Begründung wird hervorgehoben, dass eine gemeinsame Beratungsstruktur vor allem auch deshalb erforderlich sei, weil manche Pflegekassen ein ortsnahes Beratungsangebot nicht vorhalten oder aufgrund ihrer Organisationsstruktur nicht vorhalten können (BT-Drs. 14/5395: 27). Von dieser Möglichkeit wurde in Hessen nie Gebrauch gemacht. Hinzu zeichnete sich das zugrunde liegende Selbstverständnis dieses Beratungsauftrags dadurch aus, dass primär zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beraten wurde, nicht jedoch zu darüber hinausgehenden Hilfen (vgl. Klie/Krahmer 2009: 116 zu § 7 SGB XI). Dies erweist sich auch heute noch als ein zentrales Strukturproblem bei der Implementierung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten.

Die Einführung einer Pflegeberatung im Sinne von Case Management wurde zwar schon vor einigen Jahren von Kassenvertretern begrüßt und gefordert (vgl. z.B. VdAK/AEV 2005). Abgelehnt wurde aber eine Einbettung der Pflegeberatung außerhalb der eigenen Organisationsstrukturen. Schon während des Gesetzgebungsverfahrens in 2007 zeichnete sich eine große Skepsis bezüglich der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten ab (vgl. GKV 2008: 6f., 11f.; Kesselheim 2008).

Der Gesetzgeber hat den Pflegekassen zuerkannt, dass sie für die Pflegeberatung Sozialversicherungsangestellte nach Weiterbildung einsetzen können (BT-Drs. 16/7439: 49). Hinzu kommt, dass die Pflegekassen vor allem wegen ihrer organisatorischen Anbindung an die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen kaum als neutral gelten können. Potenziell haben sie die Möglichkeit, die Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung für eine Schonung der Ressourcen des Krankenversicherungshaushaltes zu nutzen. Eine Sicherstellung von Neutralität könnte über die Professionalisierung der Beratung, aber auch eine gemeinsame Qualitätssicherung der Beratung im Stützpunkt durch Kassen und Kommunen angestrebt werden.

Versuche des Gesetzgebers, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung bei der Umsetzung der pflegerischen Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen, existieren zwar bereits seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. §§ 8, 12 SGB XI), allerdings erwuchs daraus kaum ein umfassendes Kooperationsverständnis. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist die Verpflichtung zur Zusammenarbeit „mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten“ um einen konkreten Arbeitsauftrag erweitert worden: Aufgabe der Pflegekasse soll es nun auch sein „durch die Pflegestützpunkte auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinzuwirken, um eine wohnortnahe Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen“ (§ 12 Abs. 1 SGB XI).

Bisherige Erfahrungen bei der diesbezüglichen Beteiligung der Pflegekassen vor Ort, z.B. in regionalen Pflegekonferenzen, fallen eher gering aus, da deren zunehmend zentrale, einheitliche Organisationsstruktur und Handlungslogik nur schwer mit einer intensiven Vor-Ort-Präsenz zu vereinbaren ist, noch dazu wenn in jeder Region andere Strukturen bestehen (vgl. Müller/Hämel 2011).

Zugespitzt formuliert könnte man sagen: Mit der Aufforderung zur Schaffung von regionalen, wohnortnahen Beratungsstrukturen werden die Kassen für einen Bereich Handlungs- und Finanzierungsverantwortlich gemacht, den sie eigentlich nie haben wollten. Aus dem Blickwinkel der Kommunen ergeben sich Probleme: Die Kassen dringen mit diesem Auftrag in Gebiete vor, die bis dato als eine ureigene Kompetenz der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe wahrgenommen wurden (vgl. Trilling 2009).

Die unterschiedlichen Kulturen der beiden Kostenträger treten im Aushandlungsprozess klar hervor. Ausdruck für die zentral organisierte Arbeitsweise der Pflegekassen ist der im Bundesland Hessen in die Diskussion eingebrachte Musterrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI (örtlicher Pflegestützpunktvertrag), der als „Blaupause“ für die örtlichen Verhandlungen gedient hat. Der Vertrag wurde zwischen den Vertretern der Pflege- und Krankenkassen, dem Hessischen Landkreistag und dem Hessischen Städtetag abgestimmt. Es zeigte sich, dass die Pflege- und Krankenkassen ihre Vorstellungen abgestimmt und einvernehmlich einbringen konnten. Demgegenüber hat eine zwischen den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten abgestimmte Positionierung nicht stattgefunden. Lediglich einzelne Kommunen haben sich an der Erstellung der „Blaupause“ beteiligt.

Der Abstimmungsprozess in der kommunalen Gemeinschaft erweist sich als strukturell vielschichtiger und heterogener als bei den Verbänden der Pflegekassen. Das hat zur Folge, dass die eigentlich starke Position der Kommunen, die sich aus der Kenntnis der örtlichen Strukturen ergibt, bislang nur in Ansätzen in einer strategischen Positionierung auf der Landesebene einfließen konnte.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Der Implementierungsprozess von Pflegestützpunkten ist nicht rein technischer Natur, sondern dadurch geprägt, dass mit der gemeinsamen Trägerschaft von Kassen und Kommunen zwei Akteure aufeinander treffen, die unterschiedliche Strukturen, Aufgaben, Interessen und Kulturen mitbringen. Auch frühere Erfahrungen im Umgang mit dem Partner prägen den Implementierungsprozess mit. Kommunen und Pflegekassen treffen nicht erstmals aufeinander. Besonders in Pflegesatzverhandlungen, Schiedsstellenverhandlungen und Qualitätsprüfungen hat man bereits einige „gemeinsame“ Erfahrungen gesammelt, man kennt sich, bestimmte Verhandlungs- und Verhaltensmuster sind ähnlich wie bei Tarifverhandlungen quasi ritualisiert.

Auf dem neuen Gebiet Pflegestützpunkte fehlt es noch an gemeinsamen Erfahrungen. Beiden Akteuren gelingt es noch nicht hinreichend, auf der jeweiligen Ebene des Anderen zu kommunizieren. Für die Kassen ist es schwer, sich einer regional differenzierten Vorgehensweise zu öffnen. Den Kommunen bereitet es Schwierigkeiten, ihre Interessen in inhaltlich strategische Absprachen auf der Landesebene einzubringen. Die Interviewpartner bezeichneten dies als das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Systeme und Logiken.

Kassen und Kommen haben in der Vergangenheit vor allem eines eingeübt: über Verträge zu verhandeln. Dieses Muster setzt sie auch in den Begegnungen zur Entwicklung der Pflegestützpunkte fort. Die beiden Träger haben nicht gelernt, über Inhalte zu sprechen. Dies wird in der Aussage eines im Rahmen unseres Forschungsprojekts interviewten Sozialdezernenten auf den Punkt gebracht:

*„Wir begegnen uns sozusagen am Verhandlungstisch und verhandeln Verträge oder so was, und dann gehen wir auch wieder auseinander. [...] So, und hier [beim Aufbau von Pflegestützpunkten] müssten wir was zusammenbringen. Und da ist eine ganz andere Form auch der kontinuierlichen Zusammenarbeit auf einer fachlichen, inhaltlichen Ebene gefordert als die der Vertragsgestaltung.“* (Int. 3 Abs. 413)

## 5. Probleme und Möglichkeiten der Ausgestaltung von Pflegestützpunkten vor Ort

Im Gegensatz zu den Verbänden der Pflegekassen sind die kommunalen Gebietskörperschaften nur erschwert auf Landesebene „einheitlich“ zu organisieren. Die auf Landesebene begleitenden Kommunalen Spitzenverbände haben eine koordinierende Funktion und bündeln die Interessen der Landkreise und kreisfreien Städte. Die Kommunen selbst sind autonom und heterogen und gegenüber ihrer Landesebene nicht weisungsgebunden. Zwar haben alle 26 Gebietskörperschaften die gleiche Aufgabe zu bewältigen, nämlich Pflegestützpunktstrukturen umzusetzen, aber diese ist aus sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen heraus zu entwickeln. Es konnten Kommunen identifiziert werden,

- die auf bereits vorhandene, gut ausgebaute Beratungs- und Koordinierungsstrukturen zurückgreifen können,
- und andere, die keine oder kaum entwickelte Beratungs- und Koordinierungsstrukturen aufweisen können,
- sowie Kommunen, die Beratungsangebote bislang (teils) an freie Träger delegiert haben.

Erstgenannte haben bei der Implementierung der Pflegestützpunkte vor allem das Interesse geäußert, dass ihre bisherigen Strukturen auch mit (oder sogar trotz) der Einführung der Pflegestützpunkte erhalten bleiben. Teilweise wurde die Besorgnis geäußert, dass das bislang entwickelte „ganzheitliche“ Beratungsverständnis durch die neuen Strukturen auf ein engeres, auf pflegeversicherungsrechtliche Leistungen beschränktes Beratungsverständnis verkürzt werden könnte. Es wurde der Wunsch geäußert, beim Auf- und Ausbau der Pflegestützpunkte dort anzusetzen, wo es noch einen Verbesserungsbedarf im bestehenden Angebot gibt (z.B. in der Behindertenarbeit).

Vertreter von Regionen, in denen bislang kaum Strukturen entwickelt wurden, äußerten in den Interviews die größten Bedenken und sahen sich vor allem in den Verhandlungen „nicht auf einer Augenhöhe“ (Int. 1 Abs. 266) mit der Verhandlungsposi-

tion der Pflegekassen. Sie haben dem Ansinnen der Pflegekassen, den auf Landesebene entwickelten „Standardvertrag“ mit seinen Vorgaben zur Arbeitsteilung zwischen kommunalen und Pflegekassenmitarbeitern umzusetzen, keine Praxiserfahrungen entgegenzusetzen.

Als besonders schwierig erweist sich die Ausgangssituation dort, wo zwar vorhandene Beratungsstrukturen in die Pflegestützpunktverträge eingebracht werden sollten, diese aber nicht kompatibel mit den Vereinbarungen des Landesrahmenvertrages sind. Diese Problematik ergibt sich in Hessen bei jenen Kommunen, die in der Vergangenheit stabile Partnerschaften mit freien Trägern aufgebaut und über viele Jahre hinweg unter Beteiligung und Akzeptanz der unterschiedlichen Träger von Einrichtungen und Diensten vor Ort entwickelt haben. In einem Fall aus unserem Sample wurden die Verhandlungen mit den Pflegekassen über Monate ausgesetzt, weil eine Annäherung der unterschiedlichen Positionen nicht möglich erschien.

Örtliche Besonderheiten spielen in einer weiteren Gestaltungsfrage eine wichtige Rolle. In den von uns untersuchten Kommunen wurden unterschiedliche Modelle der Organisation von Beratungs- und Koordinationsangeboten auf zentraler und dezentraler Gebietsebene entwickelt und in der Vergangenheit teilweise bereits erprobt.

Die Interviewpartner beschrieben es als wichtige Aufgabe, auch die Pflegestützpunkte in der Fläche wirksam werden zu lassen. Ein zentraler Pflegestützpunkt schafft kein wohnortnahes Angebot und kann den Besonderheiten der Akteurs- und Angebotsstruktur in den Gemeinden bzw. den Stadtteilen nicht ausreichend gerecht werden. Umgekehrt allerdings sind kleinräumig verteilte, gleichwertige Stützpunkte kostenintensiv und gelten als politisch kaum durchsetzbar. Um sozialräumliche Arbeitsansätze verwirklichen zu können und den unterschiedlichen Entwicklungsperspektiven in den Gemeinden und Stadtteilen gerecht zu werden, gibt es Überlegungen, Satellitenstützpunkte oder Anlaufstellen sowie gemeinde- oder stadtteilbezogene Netzwerke aufzubauen.

Mit Satellitenstützpunkten sind Filialen eines Pflegestützpunktes gemeint. Die Angebote werden dort nur tageweise vorgehalten, Synergien könnten sich durch eine gemeinsame Büroorganisation ergeben. Beim Modell der „Anlaufstelle“ wird hingegen ein kooperierender Partner einbezogen, der vor Ort als erster Ansprechpartner für Informations- und Ratsuchende zur Verfügung steht und bei Bedarf an das Angebot des Pflegestützpunktes vermittelt. Hierfür wurde im Fall der Landkreise der Kontakt zu den Bürgermeistern der Gemeinden gesucht; Verwaltungsangestellte könnten beispielsweise für diese Aufgabe von Mitarbeitern des Stützpunktes geschult werden. Eingebunden werden die Gemeinden auch bei der (Weiter-)Entwicklung von dezentralen Pflegekonferenzen, die teils als Ersatz und teils als Ergänzung landkreisweit ausgerichteter Pflegekonferenzen fungieren sollen. Die Gesprächspartner aus den Landkreisen sehen es als zentral für die Verbesserung der Infrastruktur für Hilfe- und Pflegebedürftige an, die Themen Altenhilfe und Pflege auf die Agenden der Gemeinden zu bringen.

Solche Überlegungen zur zukünftigen Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte sind hinsichtlich der Forderung nach Wohnortnähe, aber auch eines effizienten Ressourceneinsatzes von großer Wichtigkeit. Jedoch zeigte sich in unseren Interviews, dass angesichts der Schwierigkeiten der beiden Träger, sich auf eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für den ersten Pflegestützpunkt zu einigen, derlei Überlegungen in den Gesprächen nur eine Aufmerksamkeit am Rande erhalten haben.

## 6. Netzwerke entwickeln, aber wie?

Wie kann ein regional verankerter Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen zur Förderung der regionalen Pflegeinfrastruktur gelingen? Welcher Rahmen ist erforderlich, damit Netzwerke entstehen?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass den Steuerungskompetenzen der Kommunen wie der Pflegestützpunkte durch die Wettbewerbsregeln der Pflegeversicherung Grenzen gesetzt sind. Kurz: Man kann nicht steuern, wo keine Kompetenzen vorhanden sind:

*„Das ist ein Markt. [...] Die [großen Pflegeheimbetreiber] kommen hier her und stellen sich vor. Dann sagen wir: ‚Es gibt schon Einrichtungen‘. Dann sagen die: ‚Ja, ich mache es aber trotzdem, weil ich besser und billiger bin!‘ Ich sehe da keinen Steuerungsbedarf. Ich glaube nicht, dass die Kommune da einen Auftrag hat.“ (Int. 5 Abs. 272)*

*„Wenn hier einer investieren will, weil er meint, er verdient sich da eine goldene Nase, dann lässt der sich von uns und so einer Pflegekonferenz also gar nichts erzählen.“ (Int. 2 Abs. 273).*

Trotz dieser Probleme versuchen die Verantwortlichen in den Gebietskörperschaften seit vielen Jahren, über die Koordination verschiedener Netzwerkformen eine Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft voranzubringen. Auch die Pflegestützpunkte haben hier einen klaren Auftrag erhalten, sich zu involvieren.

Ein Netzwerk besteht aus verschiedenen Leistungsanbietern an denen das Case Management im Pflegestützpunkt anknüpft, um ihre Angebote im Einzelfall zu nutzen. Netzwerke können auch eine Beschreibung der Zusammenarbeit in den Regionen sein, die ganz unterschiedlich historisch gewachsen ist. Entwickelt wurden z. B.: „Pflegekonferenzen“, „regionale Arbeitsgemeinschaften“, „Qualitätszirkel“, „Netzwerktreffen“ etc. Regional haben sich unterschiedliche Akteurskonstellationen und Schwerpunktsetzungen etabliert und daher sind die Netzwerke nicht unmittelbar miteinander vergleichbar.

Dennoch nehmen diese vielfältigen Netzwerke ähnliche Funktionen wahr. Über eine Funktionsbeschreibung der Netzwerke könnte eine Vergleichbarkeit hergestellt werden. Eine mögliche Funktionsanalyse und -gliederung, ist die Unterscheidung von Informations- und Produktionsnetzwerken (vgl. Tabelle 1; vgl. Reis 2009: 5ff.).

Tab. 1: Informationsnetzwerke und Produktionsnetzwerke

	Informationsnetzwerke	Produktionsnetzwerke
Beispiel	Austausch über Angebotsstrukturen in der Region z.B. auf der Basis regionaler Pflegekonferenzen, Qualitätszirkel etc.	Entwicklung und Anwendung eines Überleitungsbogens vom Krankenhaus in die Häuslichkeit
Arbeitsweise	richtungsoffen	zielgerichtet
Aufgabe	Beschreibung politischer Probleme, Situationsdeutungen, Herausbildung von Problemlösungen und Handlungsoptionen	Initiierung und Koordinierung von Tauschprozessen
Ziel	Kompromissbildung, kollektive Entscheidungsfindung	Herstellung gemeinsamer Dienstleistungsketten (aufeinander abgestimmter Angebote)

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Reis 2009

Informationsnetzwerke dienen als eine Austauschplattform für die Netzwerkpartner. Ihre Arbeitsweise ist richtungsoffen. Schardt et al. (2009) merken an, dass Netzwerkvorhaben, die überwiegend auf einer allgemeinen informativen Basis die Zusammenarbeit örtlicher Dienste und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens verbessern wollen, eine genauere thematische Zielbestimmung benötigen, um auf Dauer zu tragen. Es sind also gemeinsame Handlungsoptionen zu entwickeln. In Produktionsnetzwerken werden konkrete Leistungen in Kooperation von den Netzwerkpartnern erbracht wie z.B. verbesserte Überleitungsverfahren aus dem Krankenhaus. Ihre Arbeitsweise ist zielgerichtet auf die Herstellung gemeinsamer Dienstleistungsketten. Autonome Organisationen (z.B. Krankenhaus, Pflegedienst, Krankengymnast, Pflegestützpunkt) erbringen aufeinander abgestimmte Dienstleistungen.

Wenn sich Pflegestützpunkte in die Richtung von Produktionsnetzwerken entwickeln sollten, bedarf es einiger Voraussetzungen, die abschließend diskutiert werden:

### Gemeinsame Entwicklungsperspektiven und Ziele formulieren

Eine von den Vertretern der Städte und Landkreise genannte zentrale Entwicklungschance, die mit der Implementierung von Pflegestützpunkten verbunden ist, besteht in einer besseren Verzahnung kommunaler Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII mit den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung:

*„Das ist eine Chance der Personalentwicklung, das ist eine Chance für die Pflegekassen, auch mal über den SGB V und XI -Rand hinaus zu sehen, dass Pflege eben viel mehr ist als SGB V und SGB XI. Und es ist eine Chance für uns, die Verknüpfung in das Gesundheitssystem zu erreichen. [...]*

*Also wenn wir die Situation bekommen, dass im Pflegestützpunkt Menschen aus der kommunalen Sozialverwaltung mit Menschen aus den Pflegekassen zusammenkommen, dann steckt da drin ein Potential, das wir heute noch gar nicht einschätzen können.“ (Int. 1 Abs. 278, 233)*

Ein gemeinsames Ziel könnte schlicht in einer schnelleren und unkomplizierteren Leistungsgewährung liegen, da das fachliche know how von bislang zumeist getrennt agierenden Institutionen und Personen zusammengeführt wird. In einem kooperativen, fachlichen Austausch können neue Handlungsperspektiven der Fallbegleitung eröffnet werden, von denen die Betroffenen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen profitieren können (vgl. Müller/Hämel 2011). Weitere Ziele könnten neben der bereits genannten verbesserten Krankenhausüberleitung die Stärkung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und abgestimmte Hilfeangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen sein.

### **Netzwerke entstehen „aus eigener Kraft“ regional unterschiedlich**

Man könnte meinen, es handle sich um eine selbstverständliche Feststellung, die auch als zentrale Aufgabe der Pflegestützpunkte im § 92c Abs. 2 Nr. 2-3 SGB XI genannt wird: Aufgabe der Pflegestützpunkte soll es sein, alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu koordinieren und die Angebote zu vernetzen. Doch „selbstverständlich“ ist dies allein aufgrund des großen Arbeitsaufwandes, der mit der Initiierung und Entwicklung dieser Netzwerke verbunden ist, sicherlich nicht.

Schardt et al. (2009: 4) stellt fest, dass sich regionale Netzwerke aus der „eigenen Kraft der Beteiligten“ entwickeln, die durch eine „treibende Kraft am Ort“ vorangetrieben werden. Besonders in der Entstehungsphase von Netzwerken benötigt es Pioniere, die z.B. die Kontakte zu umliegenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen etc. knüpfen um so die Basis für Vernetzungen zu schaffen. Zudem benötigt der Aufbau von Netzwerken viel Zeit und eine Frustrationstoleranz derjenigen, die die Vernetzung als Pioniere betreiben.

### **Netzwerke setzen Kooperation auf Augenhöhe voraus**

Kooperation auf Augenhöhe kann sowohl die Beziehung der Mitarbeiter selbst im Pflegestützpunkt umfassen aber auch die Kooperation des Pflegestützpunktes mit Netzwerkpartnern. Produktive Vernetzungen können schwerlich per Anordnung entstehen (vgl. Müller/Hämel 2011), sondern setzen eine gegenseitige professionelle Wertschätzung voraus, damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit berufs- und organisationsübergreifend zustande kommt.

Die befragten Vertreter der Kommunen kritisierten, dass man sich nicht als gleichberechtigter Partner von den Vertretern der Pflegekassen wahrgenommen sähe. Verhandlungen würden „nicht auf Augenhöhe“ geführt, mitunter würden die kommunalen Mitarbeiter im Pflegestützpunktvertrag zum „Ausführungsgehilfen“ (Int. 3 Abs. 191) der Kassenmitarbeiter degradiert. Es konnten aber auch konkrete Hinweise auf eine gelingende Zusammenarbeit gefunden werden. Ganz offensichtlich prägen die handelnden Akteure das Klima und die Kooperationsbereitschaft innerhalb des Pflegestützpunktes.

Besonders bedeutsam werden die Aspekte „Kooperationsbereitschaft“ und „Umgang auf gleicher Augenhöhe“, wenn es darum geht, lokale Akteure für ein gemeinsames Vorhaben zu gewinnen. Wenn Kooperationspartner sich in ein Netzwerk einbringen sollen, stellt sich die Frage, worin für sie der Nutzen besteht. Warum lohnt es sich für den Hausarzt oder für das Krankenhaus, sich mit dem Pflegestützpunkt zu vernetzen? Warum soll sich die Selbsthilfegruppe oder der Leistungserbringer mit dem Pflegestützpunkt im Sinne einer Produktionskette verzahnen und was wären deren Vorteile?

*„Die Frage ist ja: was haben eigentlich die Dienstleister von dem Pflegestützpunkt? Da würde ich sagen: Sie haben eine riesige Chance, wenn sie sich aktiv in das Netzwerk einbringen, sich auch empfehlen als ein zuverlässiger, qualifizierter Leistungserbringer. Sie erhalten Rückmeldungen über Bedarfe im System.“ (Int. 2 Abs. 369)*

Eine Kooperation kann sich ergeben, wenn die Netzwerkpartner für sich einen Nutzen erkennen können und als Partner wahrgenommen werden.

### **Netzwerke brauchen „Räume des Lernens und der Begleitung“**

Eine Begleitung des Auf- und Ausbaus der Pflegestützpunkte und ihrer örtlichen Vernetzung ist nicht nur während der Pionier- und Anlaufphase von Bedeutung. Derzeit fehlt es in Hessen an überregionalen Räumen des Austausches, in denen praxisbezogen die Erfahrungen und der Stand der Umsetzung reflektiert werden können.

Der Versuch, die Leistungserbringer beim Auf- und Ausbau der Pflegestützpunkte auszugrenzen, verbaut die Möglichkeit, wertvolle, gewachsene Strukturen einzubeziehen. Ob es gelingt, diese in einer anderen Form als Netzwerkpartner im Lokalraum wieder zu integrieren, bleibt abzuwarten. Hier wäre es vorstellbar, dass in Hessen das ursprüngliche Gremium, die „Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte des Landespflegeausschusses“, unter Einbeziehung sämtlicher Akteure reaktiviert wird und das Land wieder eine moderierende Rolle übernimmt.

### **Literatur**

- BT-Drs. 14/5395 – Bundestagsdrucksache 14/5395: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), 23.02.2001, Berlin
- BT-Drs. 16/7439 – Bundestagsdrucksache 16/7439: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), 07.12.2007, Berlin
- Frommelt, A./Klie, T./Löcherbach, P./Mennemann, H./Monzer, M./Wendt, W. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre
- GKV – Spitzenverbände der Gesetzliche Krankenkassen 2008: Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich für die Spitzenverbände der Pflegekassen zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) Bundestags-Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007. Stand 16.1.2008
- Gläser, J./Laudel, G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2010): Implementierung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern. Sachstand vom 10.05.2010. <http://www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de> [Stand 2010-09-23]
- Kesselheim (2008): Gesetzesreform: Jedem seinen Pflege-Scout. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 02/2008, 31-35
- Klie, T./Krahmer, U. (Hrsg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden: Nomos
- Landespflegeausschuss (2008): Empfehlung des Landespflegeausschusses zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI vom 03.12.2008. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium
- LT-Drs 15/612 – Hessischer Landtag Drucksache 15/612: Kleine Anfrage der Abgeordneten Schönhut-Keil (Bündnis 90/die Grünen) vom 30.11.1999 betreffend Zukunft der Altenhilfestruktur in Hessen und Antwort der Sozialministerin, 14.02.2000, WiesbadenMarx, M.-L. (2009): Grundsätze und Leitlinien der Seniorenpolitik in Hessen. Vortrag auf der Fachtagung „Altenhilfe und -pflege in der Emilia-Romagna und in Hessen. Stand und Perspektiven. 9.9.2009, Fachhochschule Frankfurt a.M.
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-471
- Müller, M./Hämel, K. (2011): Von Organisationsstrukturen und ihrer Vernetzung zu einer vernetzten Kultur. In: *Case Management* 01/2011 (im Erscheinen).
- Rahmenvertrag Hessen (2009): Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den Kommunalen Spitzenverbänden vom 1.05.2009
- Reis, C. (2009): Anforderungen an Netzwerke zur Unterstützung Alleinerziehender. Frankfurt a. M.: FH FFM. [http://www.lokales-buendnis-fuer-familie.de/pdf/Download\\_Netzwerke.pdf](http://www.lokales-buendnis-fuer-familie.de/pdf/Download_Netzwerke.pdf) [Stand 2011-01-16]
- Schardt, T./Weber, J./Schönemann-Gieck (2009): Vom Modellprojekt zur Regeleinrichtung - das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi.. In: *Informationsdienst Altersfragen* 36, Nr. 4, 2-7
- StAnz 2008: Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 8. Dezember 2008, *Staatsanzeiger für das Land Hessen* 52, 3488
- Trilling, A. (2009): Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management. In: *Psychotherapie im Alter* 6, Nr. 1, 21-30
- VdAK/AEV – Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter Ersatzkassenverband e.V. (2005). Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 07.07.2005, 12-13
- Ziller, H. (2008): Der lange Weg zum Case Management. Vom „Projekt Altenhilfestrukturgesetz“ zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz. In: *Case Management. Sonderheft „Pflege“*, 18-20

*Prof. Dr. Michaela Röber* (Ansprechpartner)

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit  
 Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main, roeberm@fb4.fh-frankfurt.de

*Dr. Kerstin Hämel*

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld  
 Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Kerstin.Haemel@uni-bielefeld.de

---

Frau Hämel war im Rahmen des FuE-Projekts als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Frankfurt a.M. tätig.

Ulrike Höhmann, Sina Schimanski-Kahle, Alessa Schroeder-Müller,  
Jördis Spelzer

# Kinderschutz durch „Frühe Hilfen“: Zentrale Evaluationsergebnisse zum ersten Programmjahr in einer Großstadt

The first Year of a Home Visiting Program for Families with Young Children in a metropolitan area: main results of the evaluation

*The paper presents the results of an evaluation of the first year of a home visiting program for families with young children. Based on a qualitative and quantitative analysis of the home visiting records of all families (n=92) it can be shown that the problems managing the every day life is the dominant obstacle of the women/families, to give adequate care to the child and to show concern about their own health needs. With regard to that result mentioned, recommendations for shaping the program interventions are suggested. Finally the paper reflects the evaluation methods and discusses conditions to be fulfilled for obtaining prosperous evaluations.*

## Keywords

Home Visiting Programs for families with Young Children, Family Support Programs, Family Health Nursing, community-based family service, programevaluation

*Auf der Basis einer qualitativen und quantitativen Evaluation der Freitextdokumentationen aller im ersten Lebensjahr des Kindes vom Jugend- und Kinderärztlichen Dienst betreuten Familien (N=92), beschreibt dieser Beitrag die Problemlagen der Zielgruppe und die Interventionen der Projektmitarbeiterinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Alltagsmanagement der Mutter als Hauptproblem anzusehen ist, das weitere Probleme für die Betreuung, Entwicklung und Gesundheit der Kinder nach sich zieht. Vor diesem Hintergrund werden Empfehlungen zur weiteren Programmgestaltung thematisiert und strukturelle Grenzen der Interventionsmöglichkeiten thematisiert. Der Beitrag schließt mit einer kritischen Reflektion der Evaluationsmethodik und der Diskussion von Voraussetzungen für möglichst ertragreiche Ergebnisse.*

## Schlüsselbegriffe

Frühe-Hilfen, Kinderschutz, Familiengesundheitsschwester, frühkindliche Prävention, Familienhebammen, Programmevaluation

---

eingereicht 12.01.2011

akzeptiert 17.02.2011 (nach Überarbeitung)

## 1. Problemhintergrund für das Interventionsprogramm

Das Thema „Kinderschutz“ rückt auch in Deutschland nicht zuletzt aufgrund von zunehmender sozialer Ungleichheit (BMAS 2009, Diezinger 2009, Robert-Koch Institut 2008, Baier et al. 2009) und der öffentlichen Sensibilisierung für die Bedeutung prekärer Lebenslagen verstärkt in den Blick. Auch wenn bisher keine bundesweite Statistik über „Kinderschutzfälle“ vorliegt, so weisen vorhandene Daten doch auf Probleme hin: laut Todesursachenstatistik versterben hier jährlich 10 bis 20 Kinder in Folge von Vernachlässigung oder Misshandlung. Der Anteil angezeigter Misshandlungsfälle von Kindern unter sechs Jahren stieg zwischen 1990 und 2007 von 600 auf 1707 und zwischen 2005 und 2007 wurden 30% mehr Kinder dieser Altersstufe in Obhut genommen (NZFH 2009, 8). Vor diesem Hintergrund werden in Deutschland von staatlichen Sozial- und Gesundheitsbehörden entsprechende Programme zur Förderung der elterlichen Kompetenz und kindlichen Entwicklung aufgelegt (NZFH 2009, Meysen et al. 2009). Professionspolitische Entsprechungen findet dies in der aktuellen Debatte um die Qualifikation und Einsatzmöglichkeiten von „Familiengesundheits-schwestern“ und „Familienhebammen“ in Deutschland, die darauf abzielt, Anschluss an internationale Entwicklungen zu finden. Vorbilder deutscher Kinderschutzprogramme sind zum einen ehemalige „Säuglingsfürsorgeprogramme“ die, meist angesiedelt beim Gesundheitsamt, in Zusammenarbeit mit den Jugend- und Sozialämtern in den 1950er und frühen 1960er Jahren aufsuchende Familienfürsorge betrieben. Weitere Orientierungspunkte bieten „Home-Visiting-Programme“, die als Teil allgemeinerer „Family Support Programme“ in den USA praktiziert werden und dort konzeptionell erstmals 1880 Erwähnung fanden (Sweet/Applebaum 2004). Family support wird dort verstanden als „ (...) community-based services to promote the well-being of children and families, designed to increase the strength and stability of family, ... to increase parents' confidence and competence in their parenting abilities, to afford children a stable and supportive family environment, and otherwise enhance child development“ (Layzer et al. 2001, 9). Interventionen sind also gehalten, ebenso milieubezogene Risikofaktoren einbeziehen wie auch präventive Aspekte der Beziehungsförderung zwischen Eltern und Kind, wobei ihre Wirksamkeit durchaus differenziert zu bewerten ist, wie der folgende Überblick andeutet.

### 1.1 Zentrale Ergebnisse zur Wirkung solcher Programme

Eine erste Metaanalyse (Layzer et al. 2001) untersuchte 2001 655 Studien von 260 verschiedenen US amerikanischen Family-Support-Programmen besonders im Hinblick auf deren Ziele, Angebote, Betreuungsdauer, die Qualifizierung des Personals sowie die erreichten Erfolge. Als wichtigste Ergebnisse lassen sich folgende zusammenfassen:

- Das häufigste Programmziel betraf die Verbesserung der elterlichen Kompetenz (98%), weitere Foki bezogen sich auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes, die Prävention von Kindesmissbrauch sowie positive Veränderungen des kindlichen Verhaltens.

- Die Programmleistungen wurden ca. zur Hälfte (49%) als Hausbesuche erbracht; es wurden aber auch Elterntreffen, Schulungen (z.T. zusammen mit den Kindern) sowie Frühförderungen für Kinder angeboten.
- 87% der Programme beschäftigten als Hauptkontaktpersonen „professionals“ mit akademischem Abschluss und spezieller Schulung, beispielsweise Sozialarbeiter, medizinisches Personal und Seminarleiter<sup>1</sup>; 9% der Programme wurden von non-professionals (mit akademischem Abschluss, aber ohne spezielle Schulung) getragen und 30% von paraprofessionals (ohne akademischen Abschluss und ohne Schulung).
- Die Zielgruppe war in 88% auf milieubezogen „benachteiligte“ Personenkreise ausgerichtet, zum Teil unter Berücksichtigung gesundheitlicher Risikofaktoren.
- Das Eintrittsalter der Kinder schwankte zwischen 0 Jahren und dem Schulkindalter (13% legten keine Altersgrenze fest).
- Die Betreuungsdauer bewegte sich in einem Zeitraum von weniger als einem Jahr und einer sogenannten „open-end“-Betreuung.

Laut Layzer et al. (2001) standen positive Interventionseffekte im Bereich der sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung der Kinder im Vordergrund. Eltern erwarben neue Einstellungen und mehr Wissen über die Versorgung ihrer Kinder, sie konnten ihr Handeln verändern und so die Organisation ihrer Familie verbessern. Die signifikantesten Effekte wurden erzielt, wenn das Programm zum einen eine definierte Zielgruppe ansprach, für deren Betreuung die Mitarbeiter über hohe spezifische Qualifikationen verfügten, und zum anderen ergänzend zu Hausbesuchen Schulungen der Eltern stattfanden (Layzer et al. 2001, 114).

Die Ergebnisse einer zweiten Metaanalyse (Sweet/Applebaum 2004), die 60 Studien über Home-Visiting-Programme mit ähnlicher Fragestellung untersuchten, deuteten in gleiche Richtung: Problemkinder, die in einem der Programme betreut wurden, zeigten generell bessere Fortschritte als die Vergleichsgruppen bezogen auf ihre soziale, emotionale und kognitive Entwicklung. Aber auch Missbrauchsfälle verringerten sich vor allem bei Langzeitinterventionen und die Mütter erwarben häufiger einen Schulabschluss. Einkommen und Arbeitslosenrate der Mütter ließen sich jedoch kaum beeinflussen (Mikton/ Buchart 2009). Die besten Effekte erzielten auch hier besonders gut ausgebildete Professionelle, die gemeinsam mit „ehemaligen“ Unterstützungsempfängerinnen als „paraprofessionals“ Familien berieten (Sweet/Applebaum 2004, 1448).

Ein Programm, mit Vorbildcharakter für viele Home-Visiting-Modelle und auch für das frühe Bremer „Pro Kind“ Programm, ist das Nurse-Family-Partnership-Programm (NFP), das Olds et al. Ende der 1970er entwickelte (Kiesgen/Heine 2010). Es hat eine multifokale Ausrichtung (Olds et al. 2004) und betont die Bedeutung der aktiven Nutzung eines förderlichen sozialen Umfelds verbunden mit Aspekten von posi-

---

<sup>1</sup> Im Originaltext als teacher bezeichnet; halten Vorträge, führen Schulungen durch, üben Verhaltensweisen ein.

ven Selbstwirksamkeitserfahrungen gefährdeter Familien durch das Ablegen „negativer Rituale“. Als weitere Komponente gilt die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, um die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes zu stärken. Olds et al. begleiteten solche Projekte mit einem randomisiert kontrollierten vier Gruppen Design, verteilt über verschiedene Orte der USA (Eckenrode et al. 2009). Ziel war es, Kurz- und Langzeiteffekte der Programminterventionen bei 15 - 19 jährigen Jugendlichen zu ermitteln, die bereits vorgeburtlich und während der Kleinkindzeit von entsprechend qualifizierten nurses besucht und begleitet wurden. Die Ergebnisse belegen vor allem positive Langzeit- und Kurzzeiteffekte für die Mütter und Jugendlichen (Eckenrode et al. 2009). Bei den Müttern konnten vor allem die Kriminalitätsrate, ihre Bildungsdefizite und ihr Angewiesen sein auf öffentliche Sozialbezüge positiv beeinflusst werden, die Kinder profitierten langfristig besonders im Hinblick auf ihre kognitive, emotionale und soziale Entwicklung, Mädchen eher als Jungen. Voraussetzung dafür ist allerdings zum einen eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Hilfsprojekte und zum anderen ein hoher Qualifikationsgrad der Mitarbeiter.

Als Fazit der bisherigen Literaturlage kristallisieren sich multifokale Interventionen als sinnvoll heraus: Hausbesuche, Schulungen und Beratungen von spezifisch und hoch qualifiziertem Personal in vernetzten Strukturen, die „stigmatisierungssensibel“ arbeiten (Ziegenhain et al. 2010). Einen solch breiten Ansatz verfolgt auch das folgende Interventionsprogramm. Es wurde als neu etabliertes öffentlich finanziertes Unterstützungsprogramm einer deutschen Großstadt allerdings seitens der Politik einer Evaluationspflicht unterworfen. An diese Ergebnisse sollte nach der einjährigen Testphase dann die Entscheidung zur Weiterführung geknüpft werden. Vor diesem Hintergrund war eine gewisse Zurückhaltung der Mitarbeiter<sup>2</sup> erwartbar, ebenso wie Schwierigkeiten, ein breites, maximal informatives Evaluationsvorgehen umzusetzen. Skizziert werden im Folgenden das vor diesem Hintergrund gewählte Vorgehen, erste Ergebnisse sowie eine knappe Reflektion deren Bedeutung.

## 2. Zentrale Merkmale des evaluierten Interventionsprogramms: Ziele, Struktur und Vorgehen

Das zu evaluierende „Frühe Hilfen“-Programm (vgl. Stadtgesundheitsamt 2007) wurde am 01.10.2008 vom kinder- und jugendärztlichen Dienst des Stadtgesundheitsamtes in enger Kooperation mit dem Jugend- und Sozialamt aufgenommen. Die Personalausstattung beträgt zunächst zwei Kinderarztstellen sowie fünf Stellen für explizit gut qualifizierte Familienhebammen bzw. entsprechend weitergebildete Kinderkrankenschwestern, z.T. mit FH-Diplom. Alle Mitarbeiterinnen sind zu Kinderschutzfachkräften fortgebildet. Die Zielgruppe der Intervention entspricht der in der Literatur beschriebenen: Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, mit erhöhter Stressbelastung der Mutter, Suchtproblemen, u.U. Migrationshintergrund, Erkran-

<sup>2</sup> Wir möchten an dieser Stelle dennoch den MitarbeiterInnen für ihre Unterstützung trotz der enormen Belastungen danken.

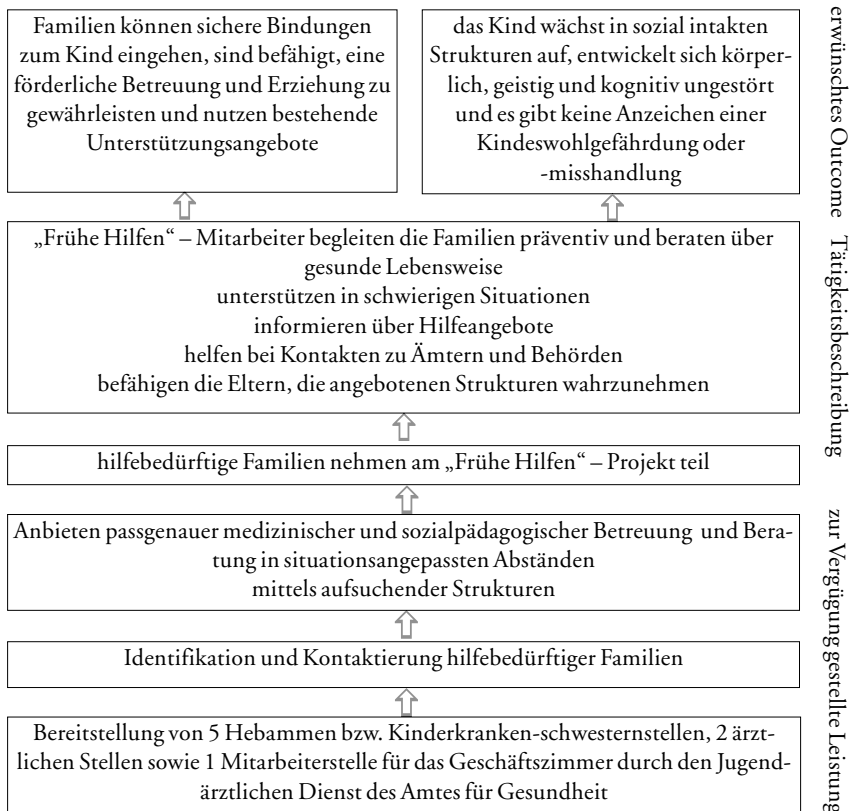


Abb. 1: Programmstruktur des Projektes „Frühe Hilfen“

kungen oder Behinderung von Eltern oder Kind. Als zentrale Unterstützungsmaßnahme gilt die aufsuchende Betreuung – als Hausbesuch – im ersten Lebensjahr des Kindes. Die Zeitabstände dazwischen betragen maximal vier Wochen, die Intervalle sind jedoch individuell bedarfsgerecht anzupassen. Bei drohender Kindeswohlgefährdung wird das Jugendamt eingeschaltet. Außerdem werden die Frauen/Familien bei über einem Jahr hinaus bestehenden Betreuungsbedarf an kooperierende Stellen des Jugend- und Sozialamtes vermittelt. Die Grafik (Abbildung 1.) fasst die Aufgaben, Abläufe und angestrebten Ziele des Gesamtprogramms in einer Übersicht zusammen.

Besonderes Kennzeichen dieses „Frühe Hilfen“-Programms ist die engagierte Unterstützungsorientierung vulnerabler Frauen/Familien. Die Anwendung standardisierter Skalen zur Messung von Risiko- oder Erfolgsfaktoren, die eine wissenschaftliche Vergleichbarkeit mit ähnlich gelagerten, wissenschaftlich ausgewerteten Projekten des NFHZ ermöglichte, treten hier zugunsten der praktischen Problemlösungsorientierung in den Hintergrund.

Die weitere Ausdifferenzierung des Konzeptes, der Aufbau von Kooperationsbeziehungen und projektspezifische Fortbildungen wurden bei laufendem Betrieb geleistet und erfolgen kontinuierlich weiter.

### 3. Der Evaluationsauftrag: Fragestellung und Vorgehen

Zentrale große deutsche „Frühe Hilfen“-Modellprojekte werden aktuell durch das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) koordiniert. Die Vorgehensweisen, Risiko- und Erfolgsassessments sind dort z. T. standardisiert oder explizit vergleichend angelegt, die Evaluationen größtenteils abgestimmt und meist an entwicklungspsychologischen Konzepten und Indikatoren orientiert. Erste Ergebnisse werden ab Mitte 2011 erwartet. Das vorliegende Projekt ist diesem Konsortium nicht angeschlossen, sondern verfolgt eigene Schwerpunkte, für die jedoch mit der Bewilligung der Projektgelder eine Evaluationspflicht des ersten Interventionsjahres seitens der Politik verbunden wurde. Leitender Ansprechpartner für die Evaluation war der Chef des kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Stadtgesundheitsamt als Projektleiter. Für die Evaluation gab er vorrangig die folgenden Fragestellungen in Auftrag: 1. Beschreibung der Zielgruppe und ihrer Probleme, 2. Beschreibung der geleisteten Interventionen sowie 3. eine erste, vorläufige Wirksamkeitsabschätzung, um eine Weiterführung und sogar einen personellen Ausbau des Programms zu erreichen. Damit folgte die Evaluation – mit allen Einschränkungen – einer eher summativen Logik, deren Ergebnisse dann in möglichen späteren Schritten der Programmweiterentwicklung für eine formative Prozessbegleitung nutzbar gemacht werden können.

#### 3.1 Design und Methode

Einschränkend legte die Projektleitung zu Beginn fest, dass die Evaluatoreninnen keinen direkten Kontakt zu den beteiligten Familien und den Mitarbeitern aufnehmen sollten, um den Aufbau ihres Vertrauensverhältnisses nicht zu stören und keine zusätzlichen Belastungen und Störgrößen ins Feld zu tragen. Mit auferlegten Einschränkungen dieser oder ähnlicher Art haben politisch motivierte Evaluationen häufig mehr oder weniger zu kämpfen – gleichwohl paradoxerweise gleichzeitig umfassende Informationen für wohlbegründete Entscheidungen von ihnen erwartet werden (vgl. V. Kardorff 2006; Pawson/Tilley 2006; Rossi et al. 2008). Die genannten Rahmenbedingungen erforderten hier so ein nicht-invasives Evaluationsverfahren, das nur in Form einer Dokumentationsanalyse Zustimmung fand (Höhmman et al. 2010). Die damit von vorneherein verbundene Reduktion der Aussagekraft auf die dokumentierten Sachverhalte wurde erst später seitens der Mitarbeiter als „unbefriedigend“ wahrgenommen (vgl. Abschnitt 6).

Vertretbar erschien diese Dokumentationsanalyse, da die Mitarbeiter ihre Problembeschreibungen und Aktivitäten in sehr ausführlichen Freitextdokumentationen festhalten. Zur Überprüfung der Aussagekraft dieser Dokumentationen wurde ein Pretest mit dem ersten Drittel der erstellten Unterlagen (n=31) und eine anschließende kommunikative Validierung mit den Frühe-Hilfen Mitarbeiterinnen durchgeführt, die zu diesem Zeitpunkt die Analyse der Freitextdokumentation als hinreichend aussagekräftig zur Abbildung ihrer Arbeit einstufen.

Ziel einer Dokumentenanalyse ist es, Kommunikationsinhalte, die in Form von Texten vorliegen, systematisch aufzubereiten und auszuwerten, um eine dahinterliegende soziale Wirklichkeit analysieren zu können (vgl. Knapp 2005, 20). Dazu wurde hier das Textmaterial anhand einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse auf die für die Untersuchungsfragen relevanten Inhalte reduziert (vgl. Mayring 2005, 9). Die theoretischen und pragmatischen Begründungen für die Auswahl und Technik der Kategorienbildung sowie eine systematische Übersicht mit Ankerbeispielen ist andernorts ausführlich dargelegt (Höhmann et al. 2010). Als bedeutsam im Sinne der Fragestellung wurden folgende Kategorien gebildet und einbezogen:

- die üblichen sozialstatistischen und gesundheitlichen Angaben zu Mutter und Kind aus dem Stammbblatt,
- sieben Kategorien zur Problembeschreibung<sup>3</sup> der Familien. Diese lehnen sich zum einen an fünf zentralen Kategorien zur Beschreibung von Bewältigungsarbeiten aus dem Trajektorij Work Modell an (Höhmann 2007) und sollen gleichzeitig – für eventuelle weiterreichende Analysen – anschlussfähig zu den zentralen Evaluationsinhalten der vom NZFH koordinierten Evaluationen sein,
- neun Kategorien zur Beschreibung der Interventionstypen<sup>4</sup>, die die Mitarbeiter anwenden.
- Darüber hinaus wurde codiert, ob von der Mutter/den Eltern oder von „Frühe Hilfe“-Mitarbeitern die Initiative zu einer Intervention ausging.
- Im Hinblick auf eine erste Wirksamkeitsabschätzung wurde zusätzlich erfasst, ob und wie sich die beschriebene Ausgangssituation vom Aufnahmezeitpunkt der Mutter bis zum Stichtag 30.09.2009 verändert hat.

Um Verständlichkeit, Angemessenheit und Zielgenauigkeit sicherzustellen, hat eine Projektmitarbeiterin die im Anschluss an den Pretest endgültig formulierten Kategorien nochmals im Sinne eines „member checks“ überprüft. Zur Sicherung der Inter-coderreliabilität bearbeiteten zudem zwei Codiererinnen das erste Drittel der Akten parallel und besprachen Zweifelsfälle gemeinsam. Trotz solcher Maßnahmen zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Daten erforderten einige uneindeutige Textpassagen und unvollständige Dokumentationsabschnitte Interpretationsleistungen seitens der Codiererinnen, die wiederum in der Gruppe abgesichert wurden.

Nachdem alle Dokumente nach qualitativen Gesichtspunkten codiert waren, wurden die Kategorien, wie oftmals üblich (Höhmann/Koolwijk 1977; Kelle/Erzberger 2006) als SPSS Datensatz aufbereitet und eine frequenzanalytische Auswertung vorgenommen.

3 Gesundheitsmanagement der Mutter, Gesundheitsmanagement für das Kind, Entwicklung des Kindes, Ernährung des Kindes, Alltagsmanagement der Mutter, Alltagsmanagement der kindlichen Versorgung, Interaktion Mutter(Eltern)-Kind;

4 Beobachtung/Überwachung/Beschreibung, Aufklärung/Information, Anleitung/Schulung, Beratung, Vermittlung, Stärkung des Selbstmanagements, Koordination, Übernahme einer Handlung, Abstimmung der Interventionen mit anderen beteiligten Institutionen.

Um belastbare Evaluationsaussergebnisse zu erreichen, wurden die Dokumentationen aller im ersten Projektjahr betreuten Familien (n=92) zwischen dem Stichtag 01.10.2008 - 30.09.2009 in die Analyse einbezogen (Vollerhebung). Dieses vom Auftraggeber geforderte Vorgehen war allerdings mit der Tatsache verbunden, dass die Zeitdauer der Betreuung der Familien erheblich schwankte, da die Familien kontinuierlich in das Projekt aufgenommen wurden. Neben grundsätzlichen Problemen und erheblichem Aufwand, im Rahmen von Evaluationen Kausalzurechnungen in solch komplexen Interventionssettings leisten zu können (z.B. v. Kardorff 2006, Kelle 2006), erwies sich diese unterschiedliche Betreuungsdauer als ein zusätzliches Hindernis für belastbare Wirksamkeitsaussagen des Programms. Denn viele Erfolge stellten sich erst nach längerer Betreuungsdauer ein, die jedoch außerhalb des berücksichtigten Stichtages lagen. Die Evaluatorinnen versuchten dieses Problem zwar im Rahmen der Auswertungsmethodik zu berücksichtigen, müssen ihre Aussagen aber auf erste plausible Abschätzungen der Interventionserfolge begrenzen.

Die folgenden zentralen Teilergebnisse der Evaluation geben einen ersten Einblick in die Arbeit des „Frühe Hilfen“-Projektes und damit in einen potentiellen Arbeitsbereich von Familiengesundheitsschwestern und Familienhebammen.

#### **4. Zentrale Evaluationsergebnisse: Problemlagen der Familien und Interventionen der Mitarbeiter**

Im Laufe des ersten Jahres begleiteten die Projektmitarbeiterinnen 92 Familien/Frauen mit 87 Kindern. 81 der Frauen wurden von Gynäkologen, durch das zuständige Sozialrathaus oder von niedergelassenen Kinderärzten vermittelt, neun Frauen meldeten sich selbst. Die Betreuungsdauer schwankte zwischen weniger als einer Woche (3 Familien) und einem Jahr (2 Familien). Im Durchschnitt wurden die Familien/Frauen ca. 22 Wochen betreut, ein Viertel jedoch länger als 33 Wochen. Die Familien erhielten durchschnittlich 12,7 Hausbesuche, wobei sich die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen nicht nur auf die Hausbesuche beschränkten: Pro Hausbesuch wurden ca. zwei zusätzliche Überwachungs-, Vermittlungs-, Koordinierungs-, Beratungs- oder Abstimmungsaktivitäten dokumentiert, wie z.B. Telefonate, Begleitung zu Ämtern, Erinnerung der Familien an Termine, etc.. Bei ca. einem Drittel der Frauen gelang es, schon vor der Geburt des Kindes Kontakt zum Programm und damit zu frühzeitigen Unterstützungsmaßnahmen herzustellen. In 56% der Fälle erfolgte der Projekteintritt mit dem ersten Kind.

##### **4.1 Merkmale der Zielgruppe**

Die betreuten Frauen hatten zu ca. 46% einen Migrationshintergrund, sie waren zwischen 13 und 43 Jahren alt – im Schnitt 25,5, wobei das Alter von mehr als 2/3 der Frauen zwischen 19 und 32 Jahren lag.

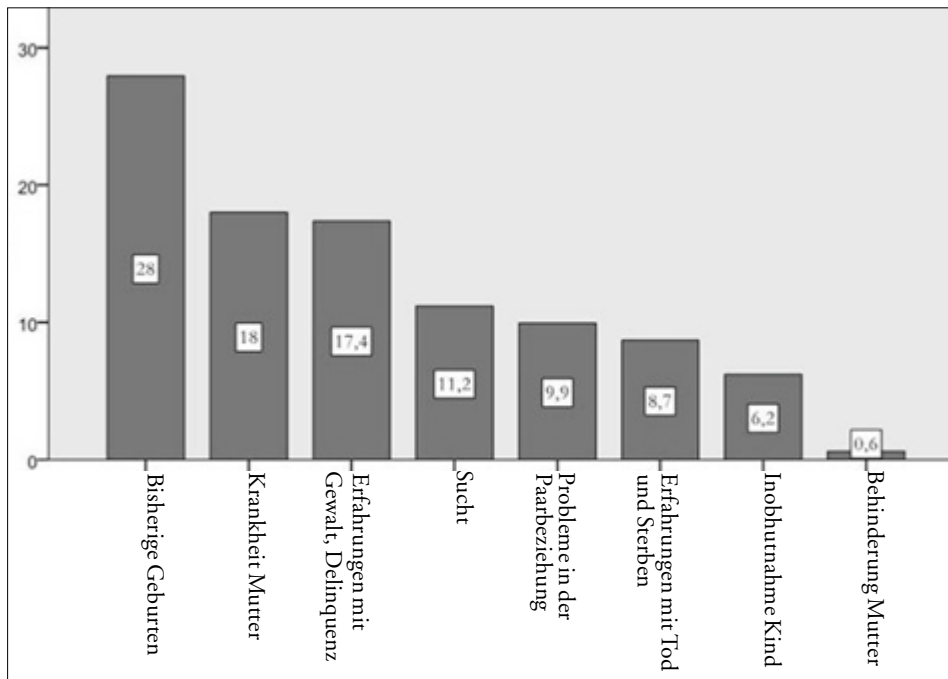


Abb. 2: Gesundheitliche Situation und Vorerfahrungen (n = 161) der 92 Mütter in %

Ein knappes Drittel der Frauen war verheiratet. 43% der Frauen lebten mit Kind und einem Partner im Haushalt, ca. 30% wohnen allein mit Kind. Die restlichen Frauen bildeten eine Haushaltsgemeinschaft mit Eltern/Großeltern oder sonstigen Familienangehörigen. Eine Unterstützung und Beteiligung des Vaters an der Versorgung wurde für ein Drittel der Frauen dokumentiert. Ebenfalls einem Drittel der Frauen fehlte ein Schulabschluss, ca. 37% verfügten über einen Hauptschulabschluss. 75% der Frauen bestritten ihren Lebensunterhalt aus Leistungen gemäß SGB II und III, 93% der Frauen waren nicht berufstätig. 28% der Mütter hatten schon mindestens ein Kind. Zur weiteren Charakterisierung der Zielgruppe wurden folgende gesundheitlichen und sozialen Einflussfaktoren erfasst (vgl. Abbildung 2).

Mit Blick auf die Krankheiten der Mütter ist es interessant zu betonen, dass diese über die Hälfte psychischer Natur waren, worunter depressive Störungen wiederum den größten Anteil ausmachten; die häufigsten körperlichen Störungen waren eine Hepatitis und ein Diabetes mellitus. Davon getrennt wurden auf Wunsch des Programmtteams die Suchterkrankungen betrachtet: Fast 2/3 der dokumentierten Suchterkrankungen entfallen auf illegalen Drogenkonsum, Alkoholabusus nahm mit „nur“ 5,6% einen überraschend geringen Stellenwert ein. Erfahrungen von Gewalt und Delinquenz waren oft miteinander verwoben, wie das folgende Zitat aus der Dokumentation S3 (S. 39) deutlich macht: „Der Kindsvater ist selbst in der Jugendhilfe und konsumiert auch Drogen. Er hat sie (die betreute Mutter) oft unter Druck gesetzt, Geld zu beschaffen, weswegen sie ihre Mutter bestohlen hat.“

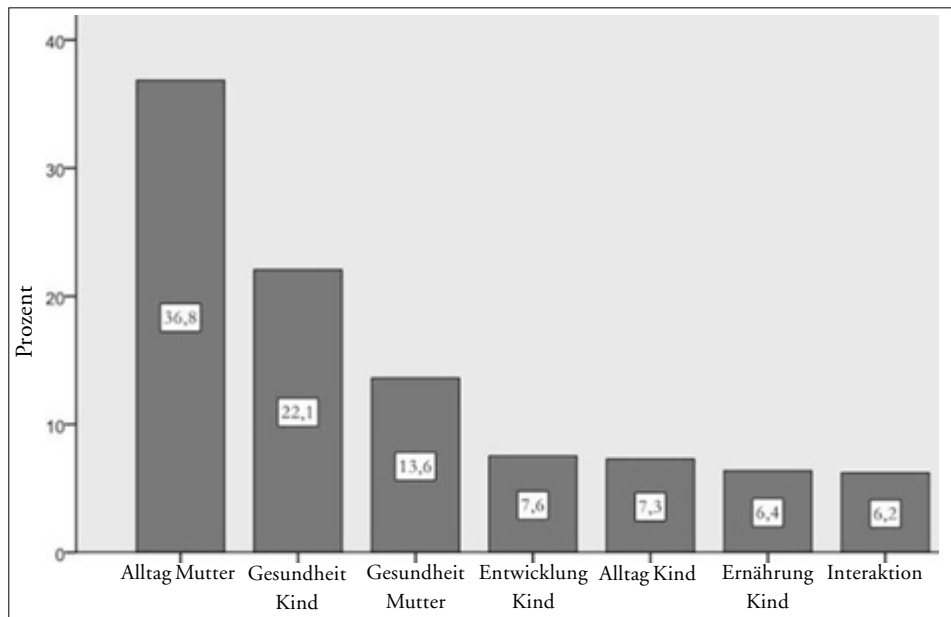


Abb. 3: Dokumentierte Probleme (n=1205) in 7 Hauptkategorien bei 92 Familien in %

Diese Merkmale der betreuten Familien stehen in Einklang mit den in der Literatur typischerweise identifizierten Risikolagen.

#### 4.2 Problemlagen und projektbezogene Unterstützungsleistungen

Insgesamt dokumentierten die Mitarbeiter 1205 Einzelprobleme bei den 92 Frauen/Familien, die sich – wie Abbildung 3 – zeigt auf die sieben Hauptkategorien folgendermaßen verteilen: Deutlich wird, dass die Hauptprobleme der Mütter im eigenen unzureichenden Alltagsmanagement lagen. Dieser Befund steht im Einklang mit den in der Literatur beschriebenen Beobachtungen, dass Alltagsprobleme der Mütter oft so dominant sind, dass darüber erhebliche Folgeeffekte in anderen Lebensbereichen erzeugt werden. Als besonders vulnerabel gilt dabei die Chance, zuverlässige Sorge für die Entwicklung und Gesundheit des Kindes, aber auch für die eigene Gesundheit tragen zu können (z.B. Layzer 2001, Olds et al. 2004, Eckenrode et al. 2009).

Interessant ist allerdings, dass Entwicklungs- und Interaktionsprobleme mit dem Kind als einer weiteren zentralen Zielgröße des Interventionsprogramms im Hintergrund der Wahrnehmung der Mitarbeiter verblieben. Unklar ist, ob dies der medizinischen Verankerung des Projektes, den dort nicht genutzten blickleitenden entwicklungspsychologischen Assessments der Vergleichsprojekte oder einem realen Unterschied in der Zielgruppe geschuldet war (s. Abbildung 3).

Zu den insgesamt 1205 identifizierten Problemen der 92 Familien dokumentierten die Mitarbeiter 3490 Unterstützungsaktivitäten: 2182 (62,5%) wurden während der Hausbesuche erbracht, 1308 (37,4%) außerhalb der Hausbesuche.

**Tab. 1: Interventionen während der Hausbesuche (n=2182 von insgesamt 3490) in den sieben Problemkategorien (Spaltenprozente)**

Interventionen	Gesundheit Mutter n = 265	Gesundheit Kind n = 483	Entwicklung Kind n = 194	Ernährung Kind n = 223	Alltag Mutter n = 702	Alltag Kind n = 149	Interaktion n = 166
Beobachtung, Überwachung, Beschreibung	46,79	41,20	43,30	31,84	49,86	41,61	40,36
Aufklärung, Information	14,72	15,32	10,82	16,14	11,40	14,77	13,25
Anleitung, Schulung	1,13	10,77	8,25	9,87	2,14	6,04	9,04
Beratung	15,09	18,63	15,98	24,66	8,55	16,11	16,87
Vermittlung	2,64	1,24	2,06	2,24	2,85	2,01	1,20
Stärkung, Selbstmanagement	11,32	4,35	5,15	4,93	15,67	6,71	7,23
Koordination	7,17	3,31	5,15	5,38	7,55	8,05	7,23
Übernahme Handlung	1,13	5,18	9,28	4,93	1,99	4,70	4,82

Welche Unterstützungsleistungen erfolgten nun während der Hausbesuche? Tabelle 1 zeigt dazu die Art der dokumentierten Interventionen der Projektmitarbeiterinnen bezogen auf die identifizierten Probleme der Frauen/Familien.

Die Unterstützungsaktivitäten der Mitarbeiter konzentrierten sich während der Hausbesuche vorrangig auf die Aktivitäten der Beobachtung und Überwachung in allen Problemkategorien. Dabei steht die Mutter als Haupteinflussgröße der Situation eindeutig im Fokus des Geschehens, gefolgt von den kindlichen Kategorien: der Entwicklung, den für das Kind erforderlichen Alltagsregelmäßigkeiten (wie regelmäßigem Schlafen und Windel wechseln), der Interaktion zwischen Mutter/Eltern und Kind und der kindlichen Ernährung. Auf der Grundlage ihrer Überwachungsergebnisse ergreifen die Projektmitarbeiterinnen dann vor allem Aufklärungs-, Anleitungs- und Beratungsaktivitäten bezogen auf den praktischen Umgang mit dem Kind. Fasst man die Aktivitäten dieser drei Kategorien zusammen, so werden die inhaltlichen Schwerpunkte der Gesundheitsamtsmitarbeiter deutlich: In der Kategorie Ernährung Kind entfielen ca. 50% der Leistungen auf diese drei Aktivitäten gefolgt von der Kategorie Gesundheit Kind mit ca. 45% der Aktivitäten. In diesen Bereichen lagen die Schwerpunktkompetenzen der Mitarbeiterinnen. Interventionen der Aufklärung, Anleitung und Beratung machten in den mütterlichen Problemkategorien jedoch nur ca. 30% (Gesundheit Mutter) bzw. ca. 23% (Alltag Mutter) aus. In diesen beiden Bereichen setzten die Projektmitarbeiter eher auf die Stärkung des Selbstmanagements der Mutter, das oft mit Loben, Erinnern und gemeinsamem Tun verbunden war, wie z.B. dem gemeinsamen Erstellen eines Putzplans oder der Empfehlung eines Arztbesuches, etc. Diese Maßnahmen zur Stärkung des mütterlichen Selbstmanagements zielten vor allem darauf ab, ihre Kompetenz zu steigern, um das eigene Leben zu managen.

Dies galt als eine Voraussetzung dafür, verantwortliche Sorge für ihr Kind tragen zu können. Sofern die Mitarbeiter während der Hausbesuche Handlungen übernahmen, hieß dies, z.B. mit dem Vater gemeinsam ein Gespräch zu führen, beim Kind einen Verband zu wechseln, ein Telefonat zu führen oder mit dem Kind neues Spielzeug zu erproben.

Welche inhaltlichen Schwerpunkte setzten die Projektmitarbeiter nun außerhalb ihrer Hausbesuche bei ihren Unterstützungsaktivitäten?

Auch hier konzentrierten sich die Interventionen der Vermittlung, Stärkung Selbstmanagement und Koordination wieder auf die Mutter. Interessant ist, dass sich die Tätigkeit Vermittlung, wie z.B. zu niedergelassenen Ärzten, ausschließlich auf die Mutter begrenzte. In den kindbezogenen Kategorien trat diese Zusatzaktivität gar nicht in Erscheinung. Hier übernahmen die Projektmitarbeiterinnen im Rahmen ihrer Hausbesuche die erforderlichen Unterstützungsleistungen meist selbst oder leiteten die Mutter dazu an.

In den Betreuungsschwerpunkten Gesundheit, Entwicklung und Ernährung Kind sind die lehrend-anleitenden Leistungen, wie z.B. Informationsbeschaffung und telefonische Beratung zur Gestaltung der Beikost, wieder höher gewichtet als die direkten Managementaufgaben.

Abstimmung mit anderen Institutionen (z.B. mit Sozialrathäusern, niedergelassenen Kinderärzten, Arbeitsamt oder dem Kinderschutzteam des Jugendamtes) erfolgte in den Bereichen am häufigsten, in denen, wie in der Literatur beschrieben, Kinder ein erhöhtes Risiko haben, Opfer von Vernachlässigung oder Misshandlung zu werden: Entwicklung Kind (29,79%), Alltag Mutter (32,48 %) und Interaktion Mutter-Kind (30,26 %).

Einen konkreten Einblick in die flankierenden Unterstützungsmaßnahmen, die die Mitarbeiterinnen außerhalb der Hausbesuche erbrachten, geben die folgenden Dokumentationsauszüge: *„Kommunikation mit Ämtern: Habe Fr. O. (Jugendamt) die Situation dargestellt. Habe die Dringlichkeit einer sozialpädagogischen Familienhilfe dargestellt. Fr. V. braucht eine Beratung bei Erziehungsfragen, persönlichen Problemen und in Krisensituationen. Auch ganz dringend Schuldnerberatung und Finanzplanung“* (J7, S. 35). *„Kommunikation mit Institutionen: Fr. P. (Jugendamt) möchte von mir eine Stellungnahme zu O's Ernährungssituation. Ich teile ihr mit, das O. absolut korrekt von Familie L. ernährt wird, das sie vom Gewicht her im Normbereich liegt, und ich sehr zufrieden bin“* (J1, S. 19). Deutlich wird hier ihre engagierte „advocacy“ Rolle, die sie für „ihre“ Frauen/Familien übernahmen.

#### 4.3 Initiativen zu Unterstützungsleistungen

Um sich ein Bild von der „Problemeinsicht“ und „Compliance“ der Frauen/Familien als eine Voraussetzung für nachhaltige Interventionserfolge machen zu können, wurde ausgezählt, wer bei den insgesamt 1205 identifizierten Problemen der Familien mehr-

heitlich die Initiative für eine Unterstützungsleistung ergriffen hat: Zu 73,8% ging der Impuls von den „Frühe Hilfen“-Mitarbeiterinnen aus, in 14,9% der Fälle meldete die Patientin laut Dokumentation von sich aus Bedürfnisse an und in 6,3% entwickelte sich die Initiative zu einer Unterstützungsaktivität der Projektmitarbeiterinnen in gemeinsamer Abstimmung mit den Familien. Bei den restlichen 5,1% der Probleme war nicht ersichtlich, von wem die Initiative ausging. Die folgenden Textstellen zeigen Beispiele für die verschiedenen Impulssetzungen:

a) Initiative durch „Frühe Hilfen“-Mitarbeiterin: *„Mir fällt außerdem auf, dass die Matratze der Wiege noch in Plastik eingepackt ist. Ich bitte sie dies zu entfernen, da dies sonst für B. zu warm wird und er beginnt zu schwitzen. Ich bitte sie auch das Babynest zu waschen, da dies stark verschmutzt ist“* (J3, S. 16).

b) Initiative durch Patientin: *„J. bittet mich, gemeinsam mit mir, die Anträge für Kindergeld und Elterngeld auszufüllen“* (J14, S. 26).

c) Initiative von beiden ausgehend: *„Wir machen gemeinsam eine kleine Pflegerunde mit Ohren und Nasenreinigung“* (J11, S. 16).

Interessant ist, dass die Initiative zu Unterstützungsaktivitäten dann mehrheitlich von der Patientin ausging, wenn ein Problem der Mutter selbst, meist ihr Alltag (20,05%), betroffen ist. Aber auch beim zweithäufigsten Thema der Gesundheit, ist die Eigeninitiative in der Kategorie Mutter (17,68%) höher als in der Kategorie Kind (12,41%). Wenn die betreuten Frauen in der Lage sind, aktive „Selbstsorge“ zu betreiben, richtet sich diese eher auf sie selbst als im Sinne aktiver „Fremdsorge“ auf das Kind.

#### 4.4 Erfolge

Endgültige Aussagen zu Erfolgen der Unterstützungsleistungen ließen sich mithilfe des vorliegenden Evaluationsdesigns nur in sehr begrenztem Umfang rechtfertigen. Die bisherigen Daten deuten jedoch darauf hin, dass Interventionserfolge sich in den meisten Bereichen erst nach längerer Betreuungszeiten (6 Monate und mehr) einstellen. Allerdings blieben, wie in der Literatur beschrieben (z.B. Olds et al. 2004), vor allem langfristige, strukturelle Grundsatzprobleme besonders wenn sie den Alltag der Mutter betrafen, wie z.B. Arbeitsplatz- und Ausbildungsprobleme, systematisch der Beeinflussbarkeit durch das bisherige Programm entzogen. Zum einen fehlten noch strukturierte Kooperationen mit entsprechenden anderen Institutionen, zum anderen traten auch solch multiforme Problemlagen zu Tage, dass hier wahrscheinlich Programmgrenzen im Hinblick auf die Problemlösungskapazität systematischer sozialer Strukturprobleme zu Tage treten. Aus den vorliegenden Dokumentationen lässt sich jedoch ungefähr abschätzen, dass ca. die Hälfte aller als problematisch identifizierten Situationen – besonders beim praktischen Handling des Kindes – sich positiv entwickelt haben, jedoch ein Viertel bis ein Drittel der Probleme, besonders im Bereich des Alltagsmanagements der Mutter, im Rahmen der einjährigen Regelinterventionszeit durch dieses Programm nicht verbessert werden können (Höhmann et al. 2010).

## 5. Zentrale Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Fortführung des „Frühe-Hilfen“-Programms

Das erste Programmjahr zeigt, dass die Unterstützung der angestrebten Zielgruppe gelingt. Im Einklang mit der Literatur (zusammenfassend Ziegenhain et al. 2010, Lening 2009) liegt der Hauptfokus auch dieses Kinderschutzprogramms auf der Verbesserung des Alltagsmanagements der Mutter. Es zielt darauf ab, sie darin zu unterstützen, eigenständig für das Kindeswohl, den zweiten Interventionsfokus, sorgen zu können. Der gewählte Programmmzugang über den kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes ist insofern plausibel. Allerdings mag die hohe Bedeutung des Problemkreises der kindlichen Gesundheit eventuell dem „medizinischen“ Blick der Mitarbeiter geschuldet sein – es bliebe zu prüfen, ob Psychologen, Sozialarbeiter etc. u.U. andere Problemschwerpunkte, wie z.B. die kindliche Entwicklung oder die Interaktion zwischen Mutter und Kind in den Vordergrund gestellt hätten. Den Mitarbeitern der Gesundheitsbehörde wird zugeschrieben, eher Niederschwelligkeit und Vertrauensbildung in der aufsuchenden Arbeit erreichen zu können und damit einer befürchteten frühen Stigmatisierung durch die Sozialbehörden entgegenzuwirken (Stadtgesundheitsamt 2007). Dieser Vorteil ist jedoch zwangsläufig mit der Schwäche verbunden, sofort an Schnittstellen zu stoßen, wenn komplexe Probleme des Kinderschutzes oder der mütterlichen Situation bearbeitet werden müssen, die in der Zuständigkeit des Jugendamtes, der Sozialrathäuser oder Arbeitsagenturen liegen. So fordert die Literatur, aber auch erste Erfahrungsberichte aus ähnlichen deutschen Projekten (z.B. Ziegenhain et al. 2010, Meysen et al. 2009) im Einklang mit den vorliegenden Evaluationsergebnissen, für die zersplitterten und gewachsenen Zuständigkeiten deutscher Verwaltungsbehörden systematische, auf die lokale Gegebenheiten abgestimmte Maßnahmen zur Überwindung dieser Schnittstellen zu entwickeln und zu routinisieren. Hier steht das evaluierte Projekt vor Aufbauarbeit, die die Projektmitarbeiter des Gesundheitsamtes auch erkennen. Sie sehen, dass viele Probleme in dem programm-mäßig vorgesehenen Einjahresbetreuungszeitraum nicht „behebbar sind“. Als Ausweg wünschen sie sich, ihre Betreuungszeit auf drei Jahre auszuweiten. Unter grundsätzlichen Erwägungen, bei stabilen Behördenzuständigkeiten, kommt dies allerdings eher einer „Schnittstellenverzögerung“ gleich, die Domänen absichern will. Gleichwohl geben einige „leichtere“ Betreuungsfälle jedoch Anlass zur Hoffnung, dass die vorrangig als „gesundheitsbezogen“ deklarierten Stützinterventionen ausreichende Anstöße zur Verbesserung des Selbstmanagements der Mutter haben geben können. Dies ersetzt jedoch nicht die sowohl international als auch in Deutschland (Ziegenhain et al. 2010) für einen gelingenden Kinderschutz dringend geforderten strukturierten und regelhaft ausgewiesenen Vernetzungen der unterschiedlichen Unterstützungsstellen, damit die Familien nicht im „Behördenschungel“ stranden und nicht aufschaukelnde Problem- und Stigmatisierungsprozesse über alle Instanzen hinweg in Gang gesetzt werden. Ausgewählte Evaluationsergebnisse illustrieren dies. So zielte ein Evaluationsteil (Höhmann et al. 2010, Kap. 4.4.2) auch darauf ab, Familien mit besonders schweren Problemlagen zu identifizieren, bei denen trotz längerer Betreuung (mehr als 6 Monate) kaum Erfolge der Interventionen dokumentiert wurden: Erste Anhaltspunkte deuten

darauf hin, dass dies multibelastete, überproportional häufig deutsche Frauen, meist mit Drogen- und Kriminalitätsproblemen waren. Für diese Gruppe wären übergreifende, umfassende soziale Unterstützungsmaßnahmen notwendig, die jedoch wiederum jenseits der unmittelbaren Beeinflussungsmöglichkeiten durch die Gesundheitsbehörden liegen. Hier wurden kumulierte Notlagen deutlich, für die es allenfalls partielle, kaum jedoch integrierte Hilfeprogramme gibt und die deutlich auf gesamtgesellschaftliche Strukturprobleme verweisen.

Die beobachtete Interventionspraxis, durch ein verbessertes Alltagsmanagement der Mutter auf die am zweithäufigsten dokumentierte Problemlage, die kindliche Gesundheit, hinzuwirken, bedeutet für die Mitarbeiter hohe Qualifikationsanforderungen, die sich sowohl auf die Kenntnis von Risikofaktoren für eine gefährdete Kindergesundheit und -entwicklung, aber auch auf die Belange der Mutter beziehen müssen. Die in der Literatur durchgängig geforderte hohe Qualifikation der Mitarbeiter wird so zum plausiblen Triggerkriterium für die Breite und Qualität der angebotenen Unterstützungen. Hier hat das evaluierte Programm sicher besondere Stärken im Bereich der Kindergesundheit; entwicklungspsychologische Qualifikationen sowie die gerade für die mütterlichen Belange erforderliche Case Management Kenntnisse wären ergänzungsfähig.

Ein anders Erweiterungsdesiderat des Projektes ist in Bezug auf die gerade von Olds et al. (2004) beschriebene Bedeutung von elterlichen/mütterlichen Schulungsmaßnahmen zu diskutieren. Im evaluierten Projekt erfolgen diese engagiert während der Hausbesuche. Feste Konzepte und eventuell übergreifende Schulungsstrukturen zu entwickeln erscheint aufgrund der Literaturlage aber auch im Rahmen der eigenen Projektzielsetzung erstrebenswert.

Nicht zuletzt gilt es, einen Blick auf das Ausgangsmaterial, die Freitextdokumentation, zu werfen. Auch wenn diese als aussagekräftig für die Evaluationsfragestellungen eingestuft wurde, liegen hier Verbesserungs- und Vereinfachungspotentiale: Vereinheitlichte Kriterien für Zustandsbeschreibungen und Interventionen könnten sowohl den Schreibaufwand verringern, als auch die Vergleichbarkeit der Einschätzungen erhöhen. Dies ließe sich auch ohne die vom Projekt wegen des hohen Schulungsaufwandes der Mitarbeiter abgelehnten standardisierten Assessmentinstrumente erreichen. Diese Entscheidung führt allerdings dazu, dass es vorerst noch offen bleibt, ob das hiesige Projekt wissenschaftlich anschlussfähig zu den z.T. stärker sozialwissenschaftlich und entwicklungspsychologisch orientierten nationalen Frühe-Hilfen-Programmen wird, oder ob, wie in der bisherigen Ausrichtung, weniger wissenschaftliche Fundierungen als vielmehr unmittelbare, praktisch problemlösende Unterstützungen im Vordergrund stehen sollen.

## 6. Methodische Reflektion

Präzise Programmevaluationen (z.B. Rossi et al. 2008, Pawson/Tilley 2006, Christiansen 2000, Stockmann 2006, Bohnsack/Nentwig-Geeseman 2010) können als wichtige

Reflexionsbestandteile und Instrumente zur Feinsteuerung und Wirksamkeitsoptimierung von Interventionen nützen. Insofern ist es zu begrüßen, dass dem Projekt seitens der Politik eine externe Evaluationspflicht des ersten Jahres auferlegt wurde, bevor über eine längerfristige Weiterführung entschieden wird. Externe Evaluatoren sollen dabei unabhängiger und offener agieren, sind im Gegenzug jedoch mit Schwierigkeiten beim Informationszugang, der Akzeptanz und der Durchdringung komplexer Sachverhalte konfrontiert (vgl. v. Kardorff 2006). Das ursprünglich seitens der Evaluatoren vorgeschlagene komplexe Untersuchungsdesign, mit dem neben der durchgeführten Dokumentenanalyse prospektiv die Perspektiven der Frauen/Familien, der Mitarbeiter, der Zuweiser und Kooperationspartner hätten erfasst werden sollen, wurde von den Projektverantwortlichen verworfen. Damit wurde eine Chance vertan, die Sichtweisen aller Beteiligten zu erfassen und diese – gerade zu Beginn eines neuen Programms – für eine gezielte Interventions- und Vernetzungsgestaltung zu berücksichtigen.

Hinderungsgrund für eine solche multiperspektivische und partizipative Evaluationsform war die Furcht vieler Projektmitarbeiter vor zu nahen Einblicken der Evaluatoren in ein Handlungsfeld, für das sie selbst noch keine verfahrens- und verwaltungstechnischen Routinen aufgebaut hatten.

Als Kehrseite ihrer relativen Abschottung zeigten die Projektmitarbeiterinnen jedoch bei der Ergebnispräsentation zu drei Punkten kritische Überraschung. Deutlich wurde erstens, dass das von jeder direkten Interaktion „wegdelegierte“ Verfahren der Dokumentenanalyse ihr persönliches Engagement, ihr inneres „Herzblut“ nicht hinreichend zum Ausdruck bringen konnte. Zum zweiten konnten durch die erforderliche Stichtagsfestlegung der Auswertung (01.10.2008 - 30.09.2009) die Erfolge, die sich nach dem 30.09.2009 eingestellt haben, nicht mehr erfasst werden. Dies führte vor allem in einigen Fällen, für die nur Dokumente mit kürzerer Betreuungsdauer vorlagen, bei einigen Mitarbeitern zu dem Gefühl, dass die eigenen „erfolgreichen Bemühungen verkannt“ werden. Hinzu kam ein drittes Problem durch die Angewiesenheit auf schriftliches Dokumentationsmaterial: Unvollständigkeiten in der Dokumentation führten zu Interpretationsschwierigkeiten und abweichenden Sichtweisen zwischen Evaluatoren und Mitarbeitern. So lieferte die Dokumentenanalyse beispielsweise andere Zahlen für die Inobhut genommenen Kinder als die Mitarbeiter in Erinnerung hatten. Auch wenn auswertungsmethodisch durch Gruppen- und Typenbildung versucht wurde, solchen grundsätzlichen Problemen in Ansätzen zu begegnen, blieb die Begrenzung, „die Erfolge des engagierten Handelns“ nicht befriedigend abbilden zu können, für die Mitarbeiter unbefriedigend. Ihre personale Identifikation mit der Arbeit „ging unter“. Sie wünschten sich Evaluationsergebnisse, für die typischerweise Befragungsdaten notwendig sind, deren Erhebung sie sich jedoch im Vorfeld – aus Furcht – verweigerten.

Vorbehalte gegen einen allzu tiefen Einblick von Evaluatoren kann jeder, dessen Arbeitsfeld schon einmal „evaluiert“ wurde, nachvollziehen. Solange jedoch gewachsene Zuständigkeiten und verfahrenstechnische Dominanz in Arbeitsstrukturen eine be-

darfsbezogene Aufgabenteilung zugunsten eines strategischen Kampfes um knappe Ressourcen zurückdrängen, wird sich auch die politische Forderung nach Evaluation in Misstrauen und verständlichen Blockierungslogiken der Akteure verfangen. Wertvolle Erkenntnischancen werden über solches Arbeitsklima so beschnitten, dass inhaltlich ergiebige, wohlwollende, partizipativ angelegte Evaluationen zu der vielgerügten formalen „Evaluitis“ (Schwarz 2006) verkommen müssen oder zu einem „modernen Ritual“ (Schwarz 2006) regredieren, das die Aufgabe hat, die herrschende Praxis symbolisch zu legitimieren. Als verantwortliche und erkenntnisgesättigte Entscheidungsgrundlagen, haben solche Evaluationen dann – trotz hohen Aufwandes – allenfalls zweifelhaften Wert.

### Literatur

- Baier, D./Pfeiffer, C./Simonson, J./Rabold, S. (2009): Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt, Forschungsbericht Nr. 107, Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
- Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I. (Hrsg.) (2010): Dokumentarische Evaluationsforschung, Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Christiansen, G. (2000): Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 8, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Diezinger, A./Mayr-Kleffel, V. (2009): Soziale Ungleichheit: Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Eckenrode, J./Campa, M./Luckey, D./Henderson, C./Cole, R./Kitzman, H./Anson, E./Sidora-Arcoleo, K./Powers, J./Olds, D. (2009): Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of an randomized trial, in: Archives of pediatrics & adolescent medicine 164(1), 9-15
- Höhmman P./Koolwijk J. (1977) Deskriptive Methoden der quantitativen Sozialforschung, in: Koolwijk J.v./ Wieken-Mayser M. (Hrsg.): Techniken der empirischen Sozialforschung, München: Oldenbourg
- Höhmman, U. (2007): Zur Praxisbedeutsamkeit eines pflegewissenschaftlichen Modells: Das modifizierte Trajekt Konzept als Orientierungsrahmen für die berufs- und einrichtungsübergreifende Versorgung multimorbider pflegebedürftiger Menschen, in: Miethe, I./Fischer, W./Giebler, C./Goblirsch, M./Riemann, G. (Hrsg.): Rekonstruktion und Intervention. Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit, Band 4. Opladen: Barbara Budrich, 135- 148
- Höhmman U./Schimanski-Kahle S./Schröder-Müller A./Spelzer J. (2010): Ein Jahr „Frühe Hilfen“ des Amtes für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main, Endbericht, Darmstadt: Evangelische Fachhochschule Darmstadt
- Kardorff, E. v. (2006): Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung (qualitativer) Evaluationsforschung, in: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte - Methoden - Umsetzung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 63 - 91
- Kelle, U./Erzberger, C. (2006): Stärken und Probleme qualitativer Evaluationsstudien – ein empirisches Beispiel aus der Jugendhilfeforschung, in: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte – Methoden – Umsetzung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 284 - 300
- Kißgen, R./Heine, N. (Hrsg.) (2010): Frühe Risiken und Frühe Hilfen, Stuttgart: Klett Cotta,
- Knapp, W. (2005): Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht, in: Mayring, P./Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 20-36
- Lengning, A./Zimmermann, P. (2009): Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen, Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen

- Mayring, P. (2005): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse, in: Mayring, P./Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 7-19
- Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz, Weinheim: Juventa
- Mikton, C./Butchart, A. (2009): Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews, in: Bull World Health Organ, 87, 353-361
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): Frühe Hilfen, Modellprojekte in den Ländern, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Olds, D./Kitzman, H./Cole, R./Robinson, J./Sidora, K./Luckey, Dennis W. Henderson, C. R. Jr./Hanks, C./Bondy, J./Holmberg, J. (2004): Effects of Nurse Home-Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up, Results of a Randomized Trial, in: Pediatrics, 114, 1550-1559
- Pawson R./Tilley N. (2006): Realistic Evaluation, London: Sage Publications
- Robert-Koch-Institut (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)
- Rossi, P./Lipsey, M./Freemann, H. (2008): Evaluation, a systematic Approach, Thousand Oaks: Sage Publications
- Schwarz, C. (2006): Evaluation als modernes Ritual, Hamburg: Lit Verlag
- Stadtgesundheitsamt Frankfurt (2007): Frühe Hilfen-Konzept, Prävention von Kindervernachlässigung in Frankfurt am Main.
- Stockmann, R. (2006): Evaluation und Qualitätsentwicklung, Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement, Münster, New York, München: Waxmann Verlag
- Sweet, M./Applebaum, M. (2004): Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children, in: Child Development, 75 (5), 1435 - 1456
- Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./Künster, A./Höfer, A. König, C./Fegert, J. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung, Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Internetquellen
- [http://www.bmas.de/portal/26896/lebenslagen\\_\\_in\\_\\_deutschland\\_\\_der\\_\\_3\\_\\_armuts\\_\\_und\\_\\_reichumsbericht\\_\\_der\\_\\_bundesregierung.html](http://www.bmas.de/portal/26896/lebenslagen__in__deutschland__der__3__armuts__und__reichumsbericht__der__bundesregierung.html) (Zugriff: 13.04.09)
- <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/ergebnisprotokoll-mpk,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Layzer, J./Goodson, B./Bernstein, L./Price, C. (2001): National Evaluation of Family Support Programs, Final Report Volume A: The Meta-Analysis, Abrufbar unter:  
[http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/19/d4/6b.pdf](http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/19/d4/6b.pdf) (Zugriff: 12.03.10)

*Prof. Dr. Ulrike Höhmann*, ev. Fachhochschule Darmstadt  
*Sina Schimanski-Kahle*, B.A. Pflege und Gesundheitsförderung  
*Alessa Schroeder-Müller*, B.A. Pflege und Gesundheitsförderung  
*Jördis Spelzer*, B.A. Pflege und Gesundheitsförderung

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrike Höhmann  
 Ev. Fachhochschule Darmstadt, FB Pflege- und Gesundheitswissenschaften  
 Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, [hoehmann@efh-darmstadt.de](mailto:hoehmann@efh-darmstadt.de)