

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

- Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (2007): Gesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, 2477) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. September 2007 (BGBl. I, 2246)
- Vespermann, S. (2001): Akademisierung der Erstausbildung. Erprobte Möglichkeiten und Schwierigkeiten einer Hochschulerstausbildung an der Fachhochschule Fulda. In: PR-Internet 3 (3), 54-61
- Vespermann, S. (2003): Berufliche Perspektiven von Diplom-Pflegewirtinnen und -Pflegewirten. In: PR-Internet 5 (9), 101-109

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Ev. Fachhochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, hohemann@efh-darmstadt.de
(Korrespondenz)

Prof. Dr. Eva-Maria Panfil

Fachhochschule Frankfurt

Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Fachhochschule Fulda

Dr. Eva-Maria Krampe

Fachhochschule Frankfurt am Main, Lehrbeauftragte in den Studiengängen Pflege und Pflegemanagement

Oliver R. Herber, Monika A. Rieger, Wilfried Schnepf

Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege

The impact of the Tandem Practice Model for the professionalisation of nursing

The German Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System suggested in its 2007 report that special nurses in cooperation with physicians could take over certain tasks that until now have been the physicians' responsibility. On the basis of similar considerations a new concept for the provision of health care in Germany was tested in the years 2005-2007: the Tandem Practice. This model describes physician-nurse specialist collaboration for delivering care for leg ulcer patients. Within the scope of an intervention study the Tandem Practice Model was developed and evaluated. Therefore, in addition to

eingereicht 7.4.2008
akzeptiert 2.6.2008

Dies ist ein Projekt aus dem Interdisziplinären Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen (IZVF) der Universität Witten/Herdecke.

Das dem Artikel zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert (01GL0507). Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autoren. Zusätzliche finanzielle Unterstützung durch die B. Braun Stiftung und Bauerfeind AG.

medical care, leg ulcer patients received an evidence-based nurse-led education programme that aimed at enhancing self-care agency. A mixed-method design was used to evaluate the intervention. Besides a randomised controlled trial, a qualitative study was conducted consisting of semi-structured interviews with 12 patients, 5 nurse specialists, and 5 physicians that were analysed using a content analysis. This article presents the results of the qualitative part of the study. The qualitative data revealed that the conceptions and needs of the individual stakeholders about the shaping of the Tandem Practice Model differed. Physicians expect nurse specialists to provide professional exchange, updated knowledge of wound care materials, new ideas for physicians' everyday practice, and intense support of patients. On the part of patients, besides the transfer of practical tips through nurse specialists, their psychosocial support was judged helpful. Nurse specialists, however, would like to take over traditionally medical activities in addition to patient education. These results are discussed against the background of the advisory council's call for the revaluation of non-medical professions and the endeavours towards professionalisation of nursing by means of a functionalist perspective of professionalisation.

Keywords

Tandem practices, education, professionalisation of nursing, functionalist perspective of professionalisation

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen regt in seinem Gutachten 2007 an, dass spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten bestimmte Aufgaben übernehmen könnten, die bisher in der Verantwortung des Arztes lagen. Aufgrund ähnlicher Überlegungen wurde in den Jahren 2005-2007 ein für Deutschland neuartiges Versorgungskonzept erprobt: die Tandempraxis. Unter diesem Konzept ist die Kooperation von Ärzten und Pflegeexperten zur Versorgung von Menschen mit Ulcus cruris zu verstehen. Das Tandempraxen-Konzept wurde im Rahmen einer Interventionsstudie entwickelt und evaluiert. Hierfür wurde Ulcus cruris-Patienten zusätzlich zur ärztlichen Behandlung eine evidenzbasierte pflegerische Beratung angeboten, deren Ziel die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz war. Die Evaluation dieser Intervention erfolgte in einem Mixed-Method-Design. Neben einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde auch ein qualitativer Studienteil durchgeführt. Dieser bestand aus leitfadengestützten Interviews mit zwölf Patienten, fünf Pflegeexperten und fünf Ärzten aus Tandempraxen, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Inhalt dieses Artikels ist die Darstellung von Ergebnissen aus dem qualitativen Studienteil. Aus den qualitativen Daten wurde deutlich, dass die Vorstellungen und Bedürfnisse der einzelnen Akteure zur Ausgestaltung des Tandempraxen-Modells voneinander abweichen. So erwarten die Ärzte vom Pflegeexperten einen fachlichen Austausch, aktuelles Wissen über Materialien zur Wundversorgung, neue Ideen für den Praxisalltag und eine intensivere Betreuung der Patienten. Auf Seiten der Patienten wird neben der Vermittlung von alltagspraktischen Tipps durch die Pflegeexperten insbesondere deren psychosoziale Unterstützung als hilfreich bewertet. Die Pflegeexperten möchten dagegen auch ärztliche Tätigkeiten übernehmen zusätzlich zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz der Patienten durch Beratung. Diese Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der vom Sachverständigenrat geforderten Aufwertung nicht-ärztlicher Berufe und den damit einhergehenden Professionalisierungsbestrebungen der Pflege anhand des funktionalistischen Professionalisierungsverständnisses diskutiert.

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

Schlüsselwörter

Tandem-Praxen, Beratung, Professionalisierungsbestrebungen der Pflege, funktionalistisches Professionalisierungsverständnis

Einleitung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Jahr 2007 ein Gutachten mit dem Titel „Kooperation und Verantwortung“ vorgelegt, das sich mit Möglichkeiten zur Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens beschäftigt. Demzufolge könnten spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten bestimmte Aufgaben übernehmen, die bisher in der Verantwortung des Arztes lagen. Nach Ansicht der Gutachter des Sachverständigenrates sollen Pflegekräfte in Modellversuchen eigenständig den Pflegebedarf einschätzen, Pflegehilfsmittel verordnen können und bei chronisch Kranken Arzneimittel zeitlich begrenzt verordnen dürfen. Neben der Entlastung der Ärzte könnte durch die Aufwertung so genannter nicht-ärztlicher Berufe eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Akteure und vor allem eine höhere Wirtschaftlichkeit durch Kooperationen erzielt werden. Laut Gutachten bietet sich eine Kooperation unter anderem im Bereich der Patientenberatung und -schulung an (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Aus ähnlichen Überlegungen heraus wurde in den Jahren 2005-2007 im Rahmen einer Studie ein für Deutschland neuartiges ambulantes Versorgungsangebot entwickelt und im Hinblick auf seine Effektivität unter Alltagsbedingungen evaluiert: die Tandempraxis. Ähnlich wie bei einem Tandem, mit dem sich zwei Fahrradfahrer durch Zusammenwirken besser fortbewegen können, ist mit „Tandempraxis“ die Kooperation von Ärzten und Pflegenden zur Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Selbstpflegekompetenz zu verstehen. Im Rahmen der Studie erfolgte die Evaluation am Beispiel von Patienten mit *Ulcus cruris venosum*. Diese Menschen entwickeln häufig chronische Krankheitsverläufe, die zu einer Beeinträchtigung des Alltagslebens führen. Damit sie ihre täglichen Lebensanforderungen besser bewältigen können, wurde für die Betroffenen ein von Pflegeexperten geleitetes Edukationsprogramm entwickelt (Herber et al. 2008a). Dieses wurde im Rahmen einer offenen, multizentrischen und auf Ebene der Arztpraxen randomisierten Vergleichsstudie (ISRCTN42122226) in Nordrhein-Westfalen evaluiert. Die benötigten Arztpraxen und Pflegeexperten wurden vor Studienbeginn rekrutiert; die Ansprache der Patienten für die Studie erfolgte über die Arztpraxen. Patienten in den Kontroll- und Interventionspraxen wurden durch die behandelnden Ärzte betreut; Patienten aus den Interventionspraxen (Tandempraxen) erhielten zusätzlich ein niederschwelliges Angebot pflegerischer Expertise. Hierbei wurden Patienten von spezifisch ausgebildeten Pflegeexperten auf der Basis von evidenzbasierten Pflegeinterventionen zur Selbstpflege angeleitet. Vorrangiges Ziel der Intervention war die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen, deren Erfolg anhand einer Verbesserung der Wundheilung, Reduktion der Wundgröße und Zunahme von Lebensqualität mit Hilfe quantitativer Methoden gemessen wurde. Neben dem quantitativen Studienteil, auf den hier nicht näher eingegangen werden soll, wurden auch Interviews mit Patienten, Pflegeexperten

und Ärzten aus Tandempraxen durchgeführt. Mit Hilfe des qualitativen Forschungsansatzes sollte herausgefunden werden, wie sich der Einsatz von Pflegeexperten auf die beteiligten Akteure (Arzt, Patient, Pflegeexperte) auswirkt. Darüber hinaus kamen auch Themen zur Sprache, die nicht explizit in den Interviews erfragt wurden. Gegenstand der vorliegenden Publikation ist die Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews zu den Vorstellungen und Bedürfnissen der einzelnen Akteure über die Ausgestaltung des Tandempraxen-Modells. Diese Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Diskussion um die Aufwertung nicht-ärztlicher Berufe und der damit einhergehenden Professionalisierungsdebatte in der Pflege anhand des funktionalistischen Professionalisierungsverständnisses (Combe & Helsper 1997) diskutiert.

Methoden

Nach Zustimmung der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke wurde mit der Erhebung der Einzelinterviews begonnen. Auf diese Weise sollten die standardisiert erhobenen Kennziffern aus dem quantitativen Studienteil um detaillierte Erkenntnisse ergänzt werden, wie sie nur aus qualitativem Datenmaterial gewonnen werden können (Grypdonck 2004; Flick 2006).

Beschreibung des Studienkollektivs

Potenziell kamen alle Ärzte aus den Interventionspraxen, in denen Patienten zur Studie gemeldet wurden (n=6), alle Pflegeexperten, die Patienten betreuten (n=5), und alle Patienten, die durch einen Pflegeexperten im Rahmen der Studie betreut wurden (n=17), als Interviewteilnehmer in Frage. Fünf der sechs Ärzte, alle fünf Pflegeexperten sowie zwölf der 17 Patienten erklärten sich bereit, über ihre Erfahrungen im Tandempraxen-Modell zu berichten. Fünf der 17 Patienten und einer der sechs Ärzte konnten aus Zeitgründen, mangelndem Interesse bzw. auf Wunsch eines Patienten nach langem Krankenhausaufenthalt nicht befragt werden. Die Altersspanne der befragten Ärzte (3 weiblich, 2 männlich) variierte von 42 bis 53 Jahre, die durchschnittliche Berufspraxis als niedergelassener Arzt (Hausarzt, Dermatologe, Phlebologe) betrug 12 Jahre (Spannbreite 9-15 Jahre). Das Alter der Pflegeexperten (3 weiblich, 2 männlich) bewegte sich zwischen 33 und 42 Jahren mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung im Bereich chronischer Wundversorgung von 6,8 Jahren (Spannbreite 5-9 Jahre). Die Patienten (6 weiblich, 6 männlich) waren zwischen 56 und 87 Jahre alt (Durchschnitt: 69,5 Jahre) und litten durchschnittlich seit 25,4 Jahren unter offenen Beinen (Spannbreite: 0,5-60 Jahre; Median: 19 Jahre).

Datenerhebung

Mit einer Vorlaufzeit von zwei Wochen wurden die Interviewteilnehmer im Zeitraum von Januar bis Juni 2007 telefonisch angefragt, ob sie in einem Interview über ihre Erfahrungen in den Tandempraxen berichten könnten. Nach Zustimmung und Abspra-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

che mit den Interviewpartnern wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews wurden von einem den Befragten nicht bekannten Pflegewissenschaftler geführt, der bereits praktische Erfahrung im Führen von Interviews gesammelt hatte. Der Interviewer wurde nach den ersten Interviews von einer methodisch erfahrenen Sozialwissenschaftlerin bezüglich der Interviewführung supervidiert. Am Tag der Befragung holte der Interviewer nach einem vorherigen Aufklärungsgespräch eine mündliche Einverständniserklärung ein. Die Ärzte wurden aus Gründen der Praktikabilität in ihren Praxen interviewt; die Interviews der Patienten und Pflegeexperten fanden in deren Wohnung statt. Die narrativen Interviews wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens geführt. Im Entstehungsprozess des Interviewleitfadens wurde von der Autorengruppe zunächst überlegt, welche Informationen und Inhalte durch das Interview erlangt und wie gefragt werden sollte. Dem entsprechend wurden im ersten Teil des Interviewleitfadens erzählgenerierende Eröffnungsfragen für den Hauptteil des Interviews notiert. In diesem wurden gleiche Inhalte mit ähnlichen Fragen aus der Perspektive der drei Akteure (Patienten, Pflegeexperten, Ärzte) formuliert. Um den Erzähler möglichst früh mit seinen biographischen Erinnerungen einsetzen zu lassen, wurde der Anfangspunkt zeitlich vor das lebensgeschichtlich interessante Thema gesetzt. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Fragen offen genug gestaltet wurden, um Texte zu erzeugen, anhand derer die Fragestellung beantwortet werden kann (Kruse 2007). Im zweiten Teil des Leitfadens wurden Formulierungen überlegt, um an die erzählten Inhalte des Befragten anzuknüpfen oder diese zu vertiefen. Der Leitfaden sollte gewährleisten, dass nicht nur die Inhalte zum Thema des Interviews werden können, die der Forscher als relevant erachtet, sondern auch, was der Befragte davon denkt und hält, und vor allem, wie er dies tut (Flick 2006). Am Ende des Interviews wurden standardisierte Strukturfragen zu biographischen und soziodemographischen Daten der Interviewten erhoben. Die Dauer der Patienteninterviews wies eine Spannweite von 17-80 Minuten, die der Pflegeexperten von 39-77 Minuten und die der Ärzte von 15-31 Minuten auf. Nach jedem Interview fertigte der Interviewer ein Postscript an, in dem die Besonderheiten zur Gesprächsatmosphäre und zum Gesprächsverlauf notiert wurden. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit einem MP3-Rekorder (iriver(r) H 120) und einem Philips(r) Elektret-Stereo-Tischmikrofon (SBC-ME 500). Nachdem die Interviews auf einen Computer überspielt wurden, erfolgte die Transkription durch eine erfahrene externe Transkripteurin mit Hilfe der Transkriptionssoftware F4 anhand von standardisierten Transkriptionsregeln. Persönliche Daten, die Rückschlüsse auf die interviewten Personen zuließen, wurden anonymisiert.

Datenauswertung

Die Analysegruppe bestand aus drei Studierenden (1 weiblich, 2 männlich) und einem Absolventen des Studiengangs „Pflegerwissenschaft“, deren Alter zwischen 28 und 45 Jahren lag. Der Interviewer war an der Analyse nicht beteiligt. Die Analysemitglieder, die innerhalb des Studiums praktische Erfahrung in der Auswertung von Interviews gesammelt hatten, wurden auf Empfehlung eines Dozenten für qualitative Forschung ausgewählt. Lucius-Hoene & Deppermann (2004) halten die Analyse in einer Gruppe

als unverzichtbar. Die Arbeitsweise der Analysegruppe hätte durch Interdisziplinarität (neben Pflegewissenschaftlern auch Ärzte und Gesundheitswissenschaftler) bereichert werden können (Kalitzkus 2005); dies unterblieb aus lediglich organisatorischen Gründen. Im Vorfeld der Analyse fixierte jedes Mitglied der Analysegruppe seine Erwartungen, Vorannahmen und eigene Erfahrungen schriftlich, um das Vorverständnis nicht in der Analyse zu bestätigen, sondern zu modifizieren oder zu korrigieren (sog. Prinzip der Selbstüberraschung) (Kruse 2007). Die Analyse der Interviews erfolgte nach dem Prinzip der Offenheit (Hoffmann-Riem 1980). Die Datenauswertung wurde wie folgt durchgeführt. Zunächst lasen alle Gruppenmitglieder jedes Interview getrennt voneinander und untergliederten den gesamten Interviewtext in Erzählsegmente. Zur Erweiterung subjektiven Verstehens und zur Kontrolle eigener Verzerrungstendenzen wurde die Analyse innerhalb der Gruppe durch Dialog kommunikativ validiert (Schreier & Odag 2007). Dabei kam der Einstiegspassage eine besondere Bedeutung zu, da sie aufgrund der narrativen Erzählaufforderung eine verdichtete Kernpassage des Interviews mit langen Erzählpassagen darstellt. Die weitere Analyse erfolgte sequenziell, d.h. Satz für Satz, Abschnitt für Abschnitt. Längere Textabschnitte wurden thematisch gegliedert, um die Sinnstruktur der inhaltlichen Analyse offen zu legen. Jeweils zwei bis drei Patienten-, Pflegeexperten- und Arztinterviews wurden innerhalb der Analysegruppe in einem ersten Analysedurchlauf im Sinne des gemischt induktiv-deduktiven Kodierens auf zentrale Thematiken untersucht, d.h. induktiv aus dem Material heraus und deduktiv anhand von gängigem Vorwissen. Damit wurde der Forderung von Mayring Rechnung getragen, dass 10-40% des Datenmaterials zur Erstellung des Kategoriensystems genutzt werden sollte (Mayring 2003). Sich wiederholende Thematiken wurden im weiteren Analyseprozess reflexiv kontrolliert und weiterentwickelt und schließlich zu Kategorien zusammengefasst. Alle nachfolgenden Interviews wurden dann inhaltsanalytisch dem bereits bestehenden Kategoriensystem zugeordnet oder durch neue Kategorien ergänzt. Die Kategorien erhielten eine Kategoriendefinition und -erläuterung zur eindeutigen Zuordnung. Zur Veranschaulichung der Kategorien wurden Ankerbeispielen aus dem analysierten Material angegeben und, falls erforderlich, mit Abgrenzungsbeispielen versehen. Nachdem alle Interviews analysiert wurden, fand eine Ergebnispräsentation innerhalb der Projektmitglieder (Analysegruppe + 4 Wissenschaftler) statt, in der weiterführende Fragen an das Material gestellt wurden. Anschließend erfolgte in einem Prozess der analytischen Abstraktion die schriftliche Bündelung und Verdichtung der Kategorien unter Abwägung bedeutungsgleicher ebenso wie sich widersprechender Informationen. Die einzelnen Kategorien wurden dann in Verbindung zueinander gesetzt, die eine abschließende Interpretation ermöglichte. Zentrale Kategorien werden mit Äußerungen aus dem Text exemplarisch belegt. Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte computergestützt mit Hilfe der Software MAX-QDA 2007. Für den Methodenteil siehe auch Herber et al (2008b).

Ergebnisse¹

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse basiert auf den während der Analyse des Datenmaterials herausgearbeiteten Kategorien. Nachfolgend werden die Vorstellungen und Bedürfnisse der Ärzte, Pflegeexperten und Patienten als Akteure im Tandempraxen-Modell dargestellt. Die Ergebnisse stammen aus den Kategorien „Nutzen des Pflegeexperten aus Arztsicht“, „Kooperation Pflegeexperte/Arzt“ (Pflegeexpertensicht) und der Kategorie „Nutzen des Pflegeexperten aus Patientensicht“. Abschließend werden die Vorstellungen und Bedürfnisse der einzelnen Akteure gegenüber gestellt.

Vorstellungen und Bedürfnisse der Akteure im Tandempraxen-Modell

Sicht der Ärzte: Nach Aussage der Ärzte steht den Pflegeexperten mehr Zeit zur Schulung des Patienten im Umgang mit dem Ulcus zur Verfügung, als Ärzte zu leisten im Stande sind. Die Ärzte sind der Meinung, dass sich die Zufriedenheit ihrer Patienten durch die intensive Begleitung der Pflegeexperten erhöht und vorteilhaft auf die Patienten auswirkt. Insgesamt bewerten die Ärzte den Einsatz des Pflegeexperten als positiv, auch wenn der Nutzen des Pflegeexperten von den Ärzten nicht immer explizit benannt werden kann. Gerade jüngere Ärzte sehen in dem Einsatz des Pflegeexperten die Möglichkeit, ältere Kollegen mit dem Gebrauch des modernen Wundmanagements vertraut zu machen. Zudem wird die Spezialisierung des Pflegeexperten auf die Wundversorgung als vorteilhaft erachtet. Es herrscht die Auffassung, dass sofern der Arzt keine völlig falsche Diagnose gestellt hat, der Pflegeexperte nur von Nutzen sein kann. Die Ärzte erleben den fachlichen Austausch mit den Pflegeexperten als positiv. Das kommt in den folgenden Zitaten zum Ausdruck:

„Das war richtig kollegial und vernünftig. Man konnte richtig fachlich da miteinander diskutieren. Das hat also schon wirklich richtig Sinn gemacht“ (Frau Dr. G., 30-30)

„Ich denke, so grundsätzlich fand ich es nicht schlecht, mit dem Herrn Lundus [Name des Pflegeexperten] einfach sich zu unterhalten, sich über bestimmte Patienten auszutauschen und Erfahrungen auszutauschen. Das fand ich also grundsätzlich nicht schlecht.“ (Herr Dr. R.; 12-12)

Zudem betrachten Ärzte das Tandem-Konzept als ein zweites Kontrollgremium, in dem man sich gegenseitig ergänzen kann. Die Ärzte sind der Ansicht, dass die Pflegeexperten über ein aktuelles Wissen im Umgang mit Verbandmaterialien verfügen, auf das der Arzt bei Bedarf zurückgreifen kann. Nach Auffassung der Ärzte bieten Pflegeexperten die besten Voraussetzungen, um nach Studien zu effizienten Wundauflagen zu recherchieren und Verhandlungen mit den Verbandmittelherstellern zu führen. Die Ärzte erhoffen sich nach eigenen Angaben die Möglichkeit, Patienten zum Zwecke anderer Behandlungsstrategien an den Pflegeexperten weiterleiten zu können, wenn die Ärzte nicht mehr weiter kommen. Trotz dieser Sicht sagen die Ärzte in den Interviews nicht, dass die Behandlungshoheit an den Pflegeexperten übergeben werden kann. Die be-

¹ Zugunsten einer möglichst unmittelbaren Wiedergabe der Aussagen aus den Interviews erfolgt die Darstellung der Ergebnisse im Präsens und unter Verzicht auf die Verwendung des Konjunktivs.

fragten Ärzte sehen die Pflegeexperten zudem als Ideengeber, die aktuelles Wissen in den ermüdenden Praxisalltag hineinbringen.

Pflegeexpertensicht: Die befragten Pflegeexperten sind der Meinung, dass in nächster Zeit ein Umbruch im Bereich der Wundversorgung stattfinden wird, der dazu führen wird, dass sich Ärzte und Pflegenden auf gleicher Augenhöhe begegnen werden. Derzeit fehlt nach Ansicht der Pflegeexperten gerade bei der Versorgung chronischer Wunden die Kompetenz eines Pflegeexperten, der an einer Wunde wesentlich mehr machen kann als der Arzt. Die Pflegeexperten sind nach eigenen Angaben auf dem aktuellsten Stand des modernen Wundmanagements. Die Pflegeexperten sagen, dass im Dialog mit den Ärzten Fachkenntnisse ausgetauscht werden, die zur Heilung des Ulcus beitragen. Der Pflegeexperte sollte sich nach eigenen Angaben nicht in die Behandlung des Arztes einmischen, obschon die Fachkompetenz durchaus bei der Pflegekraft liegen kann. Nach eigenen Aussagen besteht die primäre Aufgabe des Pflegeexperten in der Tandempraxen-Studie in der Beratung der Patienten. Die Pflegeexperten berichten, dass sie in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt ihre Erfahrungen und Therapievor schläge einbringen, wenn sie feststellen, dass die ärztliche Behandlung keinen Erfolg zeigt. Im Idealfall, so die Aussagen der Pflegeexperten, wird die Beratung und Wundbehandlung durch den Pflegeexperten geleistet. Exemplarisch hierzu ein Pflegeexperte:

„Im Idealfall habe ich als Pflegeexperte die Wundbehandlung und die Beratung, das wäre natürlich am Besten, ne, dass das Hand in Hand geht.“ (Pflegeexperte P.; 29-29)

Nach Aussage der Pflegeexperten übernehmen sie die Wundversorgung oder leiten den Patienten zum Verbandwechsel an, bis dieser selbständig damit umgehen kann. Die Pflegeexperten sind der Meinungen, dass die Routineversorgung von ihnen übernommen werden kann. Aus Sicht der Pflegeexperten besteht die Aufgabe des Arztes in der Diagnostik und der Überwachung der Initialtherapie durch den Pflegeexperten. Der Arzt wird nach Meinung der Pflegeexperten nur zur medizinischen Abklärung und bei starken Veränderungen des Ulcus hinzugezogen. Auch wenn der Arzt letztlich für die Behandlung verantwortlich ist, sollten – so der Wunsch der Pflegeexperten – Verordnungen durch Pflegekräfte möglich sein. Nach Ansicht der Pflegeexperten muss sich das Berufsbild der Pflegeexperten zukünftig dahingehend verändern, dass Pflegeexperten die Behandlung übernehmen können.

Sicht der Patienten: Aus Sicht der Patienten leisten die Pflegeexperten neben der Vermittlung von fachlichem Wissen im Hinblick auf die Wundversorgung insbesondere psychosoziale Unterstützung, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Ja, stellen Sie sich mal vor, wenn ich jetzt ganz alleine gewesen wäre. Die Frau Peter [Name des Pflegeexperten] hat mir die Angst genommen. Das ist gar nicht so einfach, denn sie haben praktisch ein Loch in Ihrem Fuß.“ (Patient P.; 13-13)

Die befragten Patienten sagen, dass die Pflegeexperten ihnen Gesprächsbereitschaft signalisieren, gut zuzusprechen oder Halt geben und stets bemüht sind, ihnen etwas Gutes zu tun. Die Patienten fühlen, dass bei den Pflegeexperten der Mensch und nicht das erkrankte Bein im Vordergrund steht. Aus Sicht der Patienten verleiht der Pflegeexper-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

te Sicherheit, indem er in regelmäßigen Abständen zu Besuch kommt und dem Patienten bei der Beratung nichts vormacht. Mit dem Pflegeexperten wird eine zweite Fachperson in die Behandlung eingebunden, die den Heilungsverlauf mit beobachtet, so dass alles seinen richtigen Weg geht. Die Pflegeexperten wirken nach Aussagen der Patienten beruhigend auf den Patienten ein, da sie Hoffnung geben, dass die Wunde zur Besserung bzw. Abheilung gelangt. Die befragten Patienten sagen, dass bereits das Zeigen-Dürfen der Wunde und das Hinsehen des Pflegeexperten ihnen teilweise die Angst genommen hat. Aus Patientensicht wird der Pflegeexperte auch als positiv erlebt, da man ihm Fragen stellen kann. Die Patienten sind der Auffassung, dass man den Pflegeexperten alles erzählen kann, da sie für die Belange ihrer Patienten da sind. Patienten geben an, durch den Einsatz des Pflegeexperten persönlicher behandelt zu werden als dies beim Arzt der Fall ist. Unter den befragten Patienten herrscht Übereinstimmung, dass sich die Pflegeexperten mehr Zeit für sie nehmen als Ärzte um zu erklären, wie etwas zu tun ist:

„Ja, was für Fragen wollen Sie wohl beim Arzt stellen? Hat der Arzt die Zeit, Ihnen das zu sagen? Der sagt da klack, klack, klack, und dann ist gut. Na, so will ich das jetzt auch nicht sagen, aber es ist was anderes. Es ist eben was anderes. Sie kommt und – sie [die Pflegeexpertin] ist eben da, und man kann über alles sprechen und nimmt sich Zeit.“ (Patient R.; 31-31)

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Vorstellungen und Bedürfnisse der einzelnen Akteure zur Ausgestaltung des Tandempraxen-Modells voneinander abweichen. So erwarten die Ärzte vom Pflegeexperten in erster Linie einen fachlichen Austausch, aktuelles Wissen über Materialien zur Wundversorgung, neue Ideen für den Praxisalltag und eine intensivere Betreuung der Patienten. Dem gegenüber stehen die Pflegeexperten, die entsprechend des Studiendesigns primär die Patienten mittels Beratung zur Selbstpflege anleiten. Zusätzlich zur Beratung möchten die Pflegeexperten zukünftig auch Tätigkeiten übernehmen, die bisher von den Ärzten im Zusammenhang mit der Versorgung des Ulcus cruris ausgeübt werden. Auf Seiten der Patienten wird neben der Vermittlung von alltagspraktischen Tipps durch die Pflegeexperten insbesondere deren psychosoziale Unterstützung als hilfreich bewertet. Hierzu zählen Aspekte wie Vertrauen schenken, Sicherheit geben, Hoffnung vermitteln, sich Zeit nehmen oder Patienten die Angst nehmen.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse mit Blick auf die Sichtweise der Pflegeexperten zeigen, dass sie neben der Beratung auch ärztliche Tätigkeiten übernehmen möchten. Hierunter fallen zum Beispiel die vollständige Übernahme der routinemäßigen Wundversorgung und das Ausstellen von Verordnungen im Zusammenhang mit der Ulcus-Behandlung. Weiterhin fordern die Pflegeexperten eine Veränderung des Berufsbildes, so

dass sie aufgrund ihrer Fachexpertise zukünftig die Ulcus-Behandlung übernehmen können. Die in den Interviews mit den Pflegeexperten geäußerten Forderungen könnten vor dem Hintergrund des im Jahr 2007 veröffentlichten Gutachtens des Sachverständigenrates die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege in Deutschland weiter vorantreiben. Darin wird die „völlig eigenständige Ausführung bestimmter Tätigkeiten“ durch die Aufwertung nicht-medizinischer Berufsgruppen diskutiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Die daraus resultierenden Chancen und Möglichkeiten, die sich aus der Umsetzung zum Beispiel des Tandempraxen-Konzeptes ergeben könnten, sollen anhand des klassischen Professionalisierungsverständnisses erläutert werden. Zuerst muss jedoch festgestellt werden, dass von dem klassischen Professionalisierungsverständnis nicht die Rede sein kann. Verschiedene soziologische Schulen haben in der Vergangenheit Theorien zur Professionalisierung entwickelt, aus denen differierende Professionalisierungsverständnisse abgeleitet wurden (Krämer 2005). Unter dem Begriff Professionen werden Berufe gefasst, die Leistungen für die Gesellschaft erbringen und dabei einer besonderen Handlungslogik folgen, die sie gegenüber anderen Berufen heraushebt. Professionalisierung beschreibt demnach einen Prozess, der eine vollständige Verberuflichung des Handelns voraussetzt und auf eine Weiterentwicklung zielt, an deren Ende der Status einer Profession erreicht wird (Bögemann-Großheim 2004). Für die weitere Diskussion beschränken wir uns auf das weit verbreitete funktionalistische Professionalisierungsverständnis, das sich auf die Beschreibung der gesellschaftlichen Funktion von Professionen und ihrer Merkmale konzentriert (Combe & Helsper 1997). Wie in fast jedem professionstheoretischen Ansatz betrachtet auch das funktionalistische Professionalisierungsverständnis die Merkmale Zentralwertbezug, Wissenschaftlichkeit und Autonomie zur Beschreibung von Professionen. Diesem Ansatz soll nun bei der Beurteilung der Ergebnisse aus dem Tandempraxen-Projekt im Hinblick auf die Professionalisierung der Pflege gefolgt werden.

Zentralwertbezug: Eine der funktionalen Vorbedingungen für die Gesundheit von Menschen ist die Kompetenz zur Selbstpflege. Diese wurde als Hauptziel aller pflegerischen Bemühungen im Tandempraxen-Konzept definiert, d.h. die Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Selbstpflegekompetenz. Im Sinne der Professionalisierung des Pflegeberufes leistet die Pflege somit einen eigenständigen Beitrag im sozialen System (Weber 2000).

Wissenschaftlichkeit: In der Pflege wurden die Voraussetzungen zum Erwerb von Wissenschaftlichkeit durch die Etablierung von Studiengängen und Pflegeforschung geschaffen (Schaeffer 1998). Mit Bezug auf das Tandempraxen-Konzept erfolgte die Schulung der Pflegeexperten anhand von evidenzbasierten Pflegeinterventionen, die vor dem Hintergrund der pflegewissenschaftlichen Selbstpflegedefizit-Theorie nach Orem umgesetzt wurden.

Autonomie: Als Heilhilfsberuf hat die Pflege allerdings nach wie vor Schwierigkeiten, die zur Professionalisierung benötigte Autonomie der Berufsausübung zu erlangen (Krämer 2005). Dabei könnte die vom Sachverständigenrat geforderte Aufwertung

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

nicht-ärztlicher Berufe die begonnenen Autonomiebestrebungen weiter vorantreiben. An der unterschiedlichen Sichtweise von Ärzten und Pflegenden auf die Aufgaben des Pflegeexperten in den Tandempraxen wurde deutlich, dass eine größere Autonomie der Pflegenden zwischen den Berufsgruppen ausgehandelt werden muss.

Das Tandempraxen-Modell bietet den Pflegenden vor dem Hintergrund der Professionalisierungsdebatte gute Möglichkeiten, sich den Merkmalen einer Vollprofession weiter anzunähern. Dies wird einerseits dadurch möglich, dass Beratung, Anleitung und Schulung – ein Kernelement pflegerischen Handelns im Tandempraxen-Modell – durch das Krankenpflegegesetz als eigenverantwortliche Tätigkeit der Pflege legitimiert ist (Krankenpflegegesetz 2003). Die Beratung von Menschen mit Ulcus cruris als Bestandteil beruflicher Handlungskompetenz der Pflegeexperten in Tandempraxen kann als (Weiter-)Entwicklung eines neuen Aufgabenfeldes der Pflege betrachtet werden im Sinne eines „Zuwachses an Berufsautonomie und fortschreitender Professionalisierung“ (Görres 2004). In der Umsetzung des Tandempraxen-Konzeptes wird zudem die vom Sachverständigenrat geforderte „Notwendigkeit einer Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ im Bereich der Patientenberatung und -schulung erprobt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Andererseits bietet die modellhafte Kooperationsform Tandempraxis einen Raum, um die vom Sachverständigenrat geforderte „Übernahme neuer Aufgabenfelder“ durch spezialisierte Pflegekräfte umsetzen zu können. So gaben die Pflegeexperten konkret an, dass sie ärztliche Tätigkeiten übernehmen möchten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Versorgung des Ulcus cruris stehen.

Je nach Ausgestaltung auf der Ebene der einzelnen Praxis eröffnet das Tandempraxen-Konzept einerseits, sich von der medizinerorientierten Krankenpflege zu lösen und verstärkt den Beratungs- und Informationsbedarf von Menschen mit Ulcus cruris in den Blickwinkel der Pflege zu rücken. Andererseits können Pflegeexperten jedoch auch ärztliche Tätigkeiten übernehmen im Sinne der „völlig eigenständigen Ausführung bestimmter Tätigkeiten“ durch nicht-medizinische Berufsgruppen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007).

Bei der Umsetzung neuer Kooperationsformen wie dem Tandempraxen-Modell sollten Professionalisierungsdebatten von Beginn an stärker mitbedacht werden, da sie Auswirkungen auf den späteren Implementierungsprozess haben können. Die Umsetzung neuer Kooperationsformen erfordert eine Ausdehnung von Kompetenzgrenzen, wie sie sowohl von den Pflegeexperten als auch vom Sachverständigenrat gefordert werden. Voraussetzung für jede nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bildet jedoch die Bereitschaft der einzelnen Leistungserbringer zum Umdenken und somit zur Ablösung von traditionellen, inzwischen überholten Verfahren.

Literatur

Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 3, 100-107

- Combe, A./Helsper, W. (1997): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 2. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 9
- Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek: Rowohlt, 228-230, 298-299
- Görres, S. (2004): Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. *Pflege* 17, 105-112
- Grypdonck M. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 9, Nr. 2, 35-41
- Herber, O. R./Schnepf, W./Rieger, M. A. (2008a): Developing a nurse-led education programme to enhance self-care agency in leg ulcer patients. *Nursing Science Quarterly* 21, Nr. 2, 150-155
- Herber, O. R./Schnepf, W./Rieger, M. A. (2008b): „...seitdem ist ein heilendes Moment drin“: Die pflegerische Begleitung zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz von Patienten mit *Ulcus cruris* in Tandempraxen. *Pflege* (zur Publikation eingereicht)
- Hoffman-Riem, C. (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – der Datengewinn; In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, 325-338
- Kalitzkus, V. (2005): Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81, 243-247
- Krämer, U. (2005): Professionalisierung der Pflege – Chance oder Dilemma? *PR-Internet* 3, 159-163
- Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 34 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686). Zugriff am 23.04.2008 über: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf
- Kruse, J. (2007): Reader: „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“, Freiburg (Bezug über: <http://soziologie.uni-freiburg.de/Personen/kruse/UniHomepage/Workshops/WeitereAngebote.html>)
- Lucius-Hoene, G./Deppermann, A. (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 295-300
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag, 100-101
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Bundestags-Drucksache 16/6339. Berlin: Bundestag
- Schaeffer, D. (1998): Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen. *Pflege & Gesellschaft* 3, Nr. 4, 6-10
- Schreier, M./Odag, Ö. (2007): Workshop: Qualitative Inhaltsanalyse, Handout des ZUMA-Workshops Qualitative Inhaltsanalyse vom 22./23.01.2007 in Mannheim
- Weber, H. (2000): Pflege auf dem Professionalisierungsweg: Die Rolle der Pflegenden zwischen Bildungsanspruch und Praxisalltag. *PR-Internet* 2, 37-45

Oliver R. Herber, RN, BScN, MCommH

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin & Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten, Oliver.Herber@uni-wh.de

PD Dr. med. Monika A. Rieger

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten, Monika.Rieger@uni-wh.de

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten, W.Schnepf@uni-wh.de