



**Oliver R. Herber**, RN, BScN,  
MCommH (Liverpool),  
Institut für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin & Institut  
für Pflegewissenschaft,  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
D-58448 Witten  
Tel.: +49 (0) 2302 926-713  
Fax: +49 (0) 2302 926-745  
[Oliver.Herber@uni-wh.de](mailto:Oliver.Herber@uni-wh.de)

Prof. Dr. **Wilfried Schnepf**,  
Institut für Pflegewissenschaft,  
Fakultät für Medizin,  
Universität Witten/Herdecke  
Stockumer Str. 12  
D-58453 Witten  
[W.Schnepf@uni-wh.de](mailto:W.Schnepf@uni-wh.de)

PD Dr. med. **Monika A. Rieger**,  
Institut für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin,  
Fakultät für Medizin,  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
D-58448 Witten  
[Monika.Rieger@uni-wh.de](mailto:Monika.Rieger@uni-wh.de)  
und  
Institut für Arbeits- und  
Sozialmedizin, Universitäts-  
klinikum Tübingen  
Wilhelmstr. 27  
D-72074 Tübingen  
[Monika.Rieger@med.uni-tuebingen.de](mailto:Monika.Rieger@med.uni-tuebingen.de)

Dr. med. **Stefan Wilm**,  
Institut für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin,  
Fakultät für Medizin,  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
D-58448 Witten  
[Stefan.Wilm@uni-wh.de](mailto:Stefan.Wilm@uni-wh.de)

## Schlüsselwörter

Tandempraxen

Zusammenarbeit von  
Medizin und Pflege

evidenzbasierte Pflege-  
intervention

Ulcus cruris venosum

Selbstpflege

qualitative Forschung

Seite 581-586

Eingereicht am: 01.08.2008

Akzeptiert am: 12.09.2008

# „... seitdem ist ein heilendes Moment drin“: Die pflegerische Begleitung zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz

## von Patienten mit Ulcus cruris in Tandempraxen<sup>1</sup>

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

*Im Rahmen einer Interventionsstudie wurde zusätzlich zur ärztlichen Behandlung von Ulcus cruris-Patienten eine evidenzbasierte pflegerische Beratung (=Tandempraxen) angeboten, deren Ziel die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz war. Die Evaluation dieser Intervention erfolgte in einem Mixed-Method-Design. Neben einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden leitfadengestützte Interviews mit zwölf Patienten, fünf Pflegeexperten und fünf Ärzten aus Tandempraxen durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. In den qualitativen Daten wird deutlich, dass die Patienten den größten Nutzen aus dem Tandempraxen-Modell zu haben scheinen. Sie erleben die psychosoziale Unterstützung und die Vermittlung von Wissen zur Wundheilung durch den Pflegeexperten als sehr hilfreich. Die Patienten berichten über eine Zunahme von alltagsorientierten Selbstpflegekompetenzen und einer Verbesserung der Wundheilung. Die Ärzte stehen dem Konzept Tandem generell positiv gegenüber und wollen mehr von der Fachkenntnis des Pflegeexperten profitieren. Aus Sicht der Pflegeexperten empfinden Patienten die Beratung als sehr positiv. Bezüglich der Ärzte äußern die Pflegeexperten eine Unzufriedenheit mit der Kontaktaufnahme und der Zusammenarbeit. Die Ergebnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Unterstützung und Wundheilung bzw. Selbstpflegeverhalten hin.*

## Einleitung

Patienten mit Ulcus cruris haben häufig chronische Krankheitsverläufe mit Beeinträchtigung des Alltagslebens. Damit sie ihre täglichen Lebensanforderungen besser bewältigen können, wurde für die Betroffenen ein von Pflegeexperten geleitetes Edukationsprogramm entwickelt (Herber et al. 2008). Die Evaluation dieser pflegerischen Intervention erfolgte in einem Mixed-Method-Design. Neben einer randomisiert-kontrollierten Vergleichsstudie in Nordrhein-Westfalen (ISRCTN42122226) wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. 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 und speziell geschulten Pflegeexperten auf der Basis von evidenzbasierten Pflegeinterventionen zur Selbstpflege angeleitet (Herber et al. 2008). Die Pflegeexperten waren in den Arztpraxen verortet; die Beratung fand jedoch überwiegend in der häuslichen Umgebung der Patienten statt. 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, dessen Ergebnisse Gegenstand dieses Artikels sind, sollte herausgefunden werden, wie sich der Einsatz von Pflegeexperten auf die beteiligten Akteure (Arzt, Patient, Pflegeexperte) auswirkt.

## Title

**„... since that time there is a healing momentum“: A Nurse-Led Education Programme for the Enhancement of Self-Care Agency in Leg Ulcer Patients in Tandem Practices**

## Abstract

*In the course of an interventional study, leg ulcer patients received – in addition to usual medical care – a nurse-led education programme (i.e. Tandem practices) which aims at enhancing patients' self-care agency. A mixed-method design was used to evaluate the intervention. Besides the randomised controlled trial semi-structured interviews were undertaken with 12 patients, 5 nurse specialists, and 5 physicians and analysed using content analysis. The qualitative data revealed that patients seemed to benefit most from the Tandem Practice Model. They experienced psychosocial support and knowledge impartation concerning wound healing through nurse specialist as very helpful. Patients reported an enhancement of everyday self-care agency and an improvement in wound healing. Generally, German physicians have a positive attitude towards Tandem practices and wish to benefit more from the expertise of the nurse specialists. From the nurse specialist's point of view, patients experienced the nurse-led education programme as favourable. With regard to the physicians, nurse specialists express dissatisfaction with establishing contacts and collaboration. The qualitative results suggest that there is an interrelation between psychosocial support and wound healing and self-care agency respectively. However, there is no evidence to support this.*

## Keywords

Tandem Practice Model

Physician-Nurse specialist collaboration

Evidence-based nursing

Leg ulcer

Self-care

Qualitative research

## Methode

Im Rahmen der hier beschriebenen Evaluationsforschung wurden nach Zustimmung der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke Einzelinterviews geführt, um festzustellen, was als Wirkung der pflegerischen Intervention gewertet werden kann. Mit Hilfe von Interviews können subjektive Sichtweisen der Akteure im Hinblick auf die Intervention erfragt werden, die für die Evaluation des Tandempraxen-Konzeptes von hoher Bedeutung sind. 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 (Flick, 2006). Hieraus lassen sich Hinweise für die konkrete Umsetzung ableiten. In den Interviews mit den Akteuren des Tandempraxen-Modells konnten Informationen zu den Fragen „Wie funktioniert Tandem?“, „Was hat geholfen, was war hinderlich?“ und „Wie beurteilen die beteiligten Akteure das Konzept Tandempraxen?“ gewonnen werden. Unter dem Gesichtspunkt einer zukünftigen Implementierbarkeit von Tandempraxen sind diese Erkenntnisse von Bedeutung.

## 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 zwölf 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 Absprache 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 halbstrukturierten 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 wurde im ersten Teil des Interviewleitfadens eine erzählgenerierende Eröffnungsfrage bzw. Erzählaufforderung 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 auch die nachfolgenden Fragen offen genug gestaltet wurden, um Texte zu erzeugen, anhand derer die Fragestellung beantwortet werden kann (Kruse, 2007). Im anschließenden Teil des Interviews wurden Formulierungen gewählt und festgehalten, die an die erzählten Inhalte des Befragten anknüpfen oder diese vertiefen sollten. Am Ende des Interviews wurden standardisierte Strukturfragen zu biographischen und soziodemographischen Daten der Interviewten erhoben. Die Dauer der Patienteninterviews wies eine Spannbreite 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 H 120) und einem Philips 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, die mit der Datenauswertung befasst war, 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 Pflegerwissenschaftlern 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 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. 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 Ankerbeispiele aus dem analysierten Material angegeben und, falls erforderlich, mit Abgrenzungsbeispielen versehen. Nachdem alle Interviews analysiert wurden, fand eine Ergebnispräsentation innerhalb der Projektmitglieder (Analysegruppe & vier Wissenschaftler) statt (sog. peer-checking). Ziel dieser Präsentation war es, weiterführende Fragen an das Material zu stellen, so dass bislang durch die Analysegruppe unentdeckte gebliebene Aspekte angesprochen werden konnten. Dadurch, dass die Analysegruppe sich den Fragen aus der Gruppe stellt, können eine eventuelle Voreingenommenheit aufgedeckt und Fehler erkannt werden (Lincoln & Guba, 1985). 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 wurden mit Äußerungen aus dem Text exemplarisch belegt. Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte computergestützt mit Hilfe der Software MAX-QDA 2007. Die im Analyseprozess identifizierten Kategorien wurden in der fortlaufenden Analyse weiterer Interviews bestätigt; neue Kategorien kamen in den letzten Interviews nicht mehr hinzu. Aufgrund dessen kann von einer Datensättigung ausgegangen werden, die jedoch nicht bestätigt werden kann, da über die bereits interviewten Akteure hinaus keine weiteren Interviewpartner zur Verfügung standen. Durch die ausführliche Beschreibung des Analyseprozesses und das Führen von Aufzeichnungen („record keeping“) über den gesamten Analyseprozess hinweg ist eine virtuelle Wiederholbarkeit der Analyse gewährleistet (Smaling, 1996).

## Ergebnisse

Im Folgenden wird das Erleben der Intervention aus der Perspektive aller Akteure auf der Basis des Interviewmaterials dargestellt. Danach wird aufgezeigt, was der Einsatz von Tandempraxen den beteiligten Akteuren im Alltag bringt; der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Ergebnisse aus Sicht der Patienten. Zugunsten einer möglichst unmittelbaren Wiedergabe der Aussagen aus den Interviews erfolgt die Darstellung im Präsens und unter Verzicht auf die Verwendung des Konjunktivs.

### **Schnellere Wundheilung: „...seitdem ist ein heilendes Moment drin“**

Patienten sehen in dem Einsatz des Pflegeexperten bzw. in dessen Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt einen die Wundheilung positiv beeinflussenden Faktor.

*„Der Herr Kühn [Name des Pflegeexperten] hat gesagt, die Kompresse war nicht so geeignet. Das war nicht gut für die Wunde gewesen. Und erst hinterher, wie der Arzt und der Herr Kühn zusammen gearbeitet haben, da hat das wirklich einen Erfolg ausgemacht.“ (Patient L.; 37-37)*



Patienten sind der Meinung, dass seit der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegeexperte eine deutliche Verbesserung der Wunde zu erkennen ist. Ein anderer Patient ist der Auffassung, dass das Ulkus durch eine frühere Zusammenarbeit mit dem Pflegeexperten zum heutigen Zeitpunkt bereits abgeheilt wäre bzw. das Ulkus niemals so tief geworden wäre. Insgesamt heilen die Wunden der Patienten während der Studie gut ab. Die Patienten berichten von Schorf- und Inselbildung, Verringerung der Wundgröße sowie Abheilung der Ulzera und Reduktion der Wundschmerzen. Zudem berichten die Patienten von dem Eindruck, dass es seit dem Einsatz des Pflegeexperten zu einer Beschleunigung der Wundheilung gekommen ist. Diesen Erfolg schreiben die Patienten teilweise dem Gebrauch von Wundauflagen und Salben zu, die das Ergebnis eines interdisziplinären Austauschs zwischen Arzt und Pflegeexperte sind, den es vorher nicht gegeben hat.

#### **Informationelle Unterstützung: „... die mir wirklich wertvolle Tipps gegeben haben“**

Aus Sicht der Patienten geben ihnen die Pflegeexperten wertvolle praktische Tipps, die sich positiv auf die Wundheilung und -umgebung auswirken. Hierunter fallen Tipps zu venengymnastischen Übungen, Präparate zur Behandlung trockener Haut sowie spezielle Wundauflagen zur Geruchsbindung. Als praktischer Tipp wird auch die intensive Anleitung zum fachgerechten Anlegen von Kompressionsmaterialien genannt. Auch wenn ein Patient kein konkretes Beispiel für den Nutzen des Pflegeexperten nennen kann, so wird dessen Einsatz dennoch als hilfreich empfunden. Die Patienten beschreiben, dass die nützlichen Kleinigkeiten in dem Ganzen untergegangen sind. Auch Patienten, die ihre Wundversorgung selbst übernehmen, bewerten das Anleiten zum Umgang mit der Erkrankung anhand von vielfältigen Beispielen als positiv. Aus den Interviews wird deutlich, dass die Ärzte häufig weder erklären, was der Patient tun kann noch was der Arzt mit dem Patienten geplant hat. Patienten äußern das Gefühl, dass sie der Arzt unaufgeklärt und ratlos mit ihrer Erkrankung alleine lässt.

#### **Psychosoziale Unterstützung: „... Sie hat mir die Angst genommen und das ist sehr wichtig“**

Aus Sicht der Patienten leisten die Pflegeexperten neben der Vermittlung von fachlichem Wissen insbesondere psychosoziale Unterstützung.

*„Die Psyche, die ist ganz schön angekratzt. Und die Frau Coenen [Name der Pflegeexpertin] hatte mir gesagt, dass es auch ne Funktion ihrerseits ist, mich wieder auf den richtigen Weg zu bringen. Ne, also, das man mit dieser Lebenslage besser fertig wird. Nicht nur jetzt die Wundversorgung, sondern eben auch die Psyche. Ne, und da hat sie also, muss ich ehrlich sagen, mir sehr geholfen.“ (Patient W.; 17-17)*

Die befragten Patienten sagen, dass die Pflegeexperten ihnen gut zusprechen, Halt geben, Gesprächsbereitschaft signalisieren und stets bemüht sind, ihnen etwas Gutes zu tun. Aus den Interviews geht hervor, dass Patienten den Pflegeexperten ein hohes Maß an Vertrauen entgegen bringen, das sich aus der Fachkenntnis und dem Interesse für den Patienten speist. Nach Aussage der Patienten verleiht der Pflegeexperte Sicherheit, da er als zweite Fachperson den Heilungsverlauf mit beobachtet, so dass alles seinen richtigen Weg geht. Die Pflegeexperten wirken nach Patientenaussagen auch beruhigend auf den Patienten ein, da sie Hoffnung geben, dass die Wunden zur Besserung bzw. Abheilung gebracht werden können. Die befragten Patienten sagen, dass bereits das Zeigendürfen der Wunde und das Hinsehen des Pflegeexperten ihnen teilweise die Angst genommen hat. Aus Sicht der Patienten hat sich durch den Einsatz der Pflegeexperten ihre Einstellung zum Umgang mit der Wunde verändert. Nachdem beispielsweise das offene Bein ausschließlich durch pflegende Angehörige versorgt wurde, sind Patienten aufgrund der pflegerischen Beratung nun im Stande, ihr Ulkus selbst zu beurteilen. Aus Patientensicht wird der Pflegeexperte auch wegen der Möglichkeit Fragen stellen zu können als positiv erlebt. Es herrscht Übereinstimmung unter den befragten Patienten, dass sich Pflegeexperten mehr Zeit für ihre Patienten nehmen als Ärzte zu leisten im Stande sind. Nach Ansicht der Patienten lässt der hektische Praxisalltag keine umfangreichen Antworten des Arztes mehr zu. Umso mehr sind die Patienten erfreut, dass sich Pflegeexperten Zeit nehmen und erklären, wie etwas zu tun ist.

Trotz der vielen positiven Bewertungen des Pflegeexperten gibt es auch zwei Patienten, die keinen Nutzen in dem Einsatz des Pflegeexperten sehen. So hat sich nach Aussage eines Patienten der Pflegeexperte das Ulkus nur angesehen und nicht viel gesagt. Zudem sehen diese Patienten bei abgeheilten Ulzera keine Notwendigkeit für weitere Beratungsbesuche.

### **Was das Tandempraxen-Konzept den beteiligten Akteuren bringt**

**Patientensicht:** Neben der als hilfreich empfundenen psychosozialen Unterstützung durch die Pflegeexperten berichten die Patienten von der Umsetzung neuer krankheitsbezogener Selbstpflegetätigkeiten durch die Beratung des Pflegeexperten. Die befragten Patienten äußern, dass für sie das kontinuierliche Tragen der Kompressionsstrümpfe aufgrund der Beratung an Bedeutung gewonnen hat. Nach Aussage der Patienten haben sie die Pflegeex-

perten auch auf die Ausübung von venengymnastischen Übungen hingewiesen und ihnen konkrete Bewegungsübungen gezeigt. Weiterhin geht aus den Patienteninterviews hervor, dass der Pflegeexperte positiv zur Verhaltensänderung der Patienten beiträgt. Beispielsweise hat ein Patient das Rauchen aufgegeben, da ihm der Pflegeexperte gesagt hat, dass sich Rauchen negativ auf die Wundheilung auswirkt. Die befragten Patienten sagen, dass sie aufgrund der Beratung der Hautpflege eine wichtigere Bedeutung beimessen. Außerdem achten die Patienten verstärkt darauf, durch umsichtsvolles Verhalten neue Verletzungen an den Beinen zu vermeiden.

**Sicht der Ärzte:** Die Ärzte beurteilen den Einsatz der Pflegeexperten sehr unterschiedlich. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten differenziert sich die weitere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeexperten im Verlauf der Studie. Einerseits gibt es Äußerungen aus dem Anschein nach gut funktionierenden Tandempraxen, in denen die Pflegeexperten Therapievorschlüsse einbringen und ein fachlicher Diskurs stattfindet. In diesen Fällen wird die Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzte als konstruktiv und kollegial bezeichnet, so dass ein insgesamt gutes Ergebnis für die Patienten erzielt werden kann. Andererseits besteht nach Aussage der Ärzte der Nachteil eines Pflegeexperten im Reibungsverlust, wenn beide Akteure unterschiedliche Richtungen in der Behandlung verfolgen.

*„Nachteil [von Tandempraxen] ist natürlich, es kann Reibungsverluste geben, wenn in unterschiedliche Richtungen gearbeitet wird. [...] Die Kompetenzen müssen klar sein. Und wenn jemand in einer guten Betreuung ist, dann kann es natürlich auch Nachteile geben, wenn da unterschiedliche Interessen verfolgt werden.“ (Dr. W.; 25-25)*

Aus diesem Grund regen die Ärzte eine bessere Absprache über die Inhalte in der Beratung von Patienten mit dem Pflegeexperten an. Aus Sicht der Ärzte müssen Therapieänderungen des Pflegeexperten mit dem Arzt abgesprochen und die Patienten durch den Arzt hierüber informiert werden. Wie auch von Seiten der Pflegeexperten berichtet wird, sagen die Ärzte, dass sie nicht immer die Zeit aufbringen, um die Pflegeexperten persönlich kennen zu lernen. Dennoch sprechen die Ärzte den Pflegeexperten die Fachkompetenz in der Wundversorgung zu. Trotz Fachexpertise ist jedoch die Zusammenarbeit mit den Pflegeexperten im Vergleich zu anderen Kollegen gering.

**Pflegeexpertensicht:** Nach Aussage der Pflegeexperten sind die Ärzte in den Konstellationen, in denen eine gute Zusammenarbeit möglich war, für Therapievorschlüsse aufgeschlossen. Sie fragen den Pflegeexperten nach seinem Rat und nennen ihm Patienten, bei denen der Arzt nicht mehr so richtig weiter weiß. Im weiteren Verlauf der Behandlung haben die Ärzte den Pflegeexperten ihre Patienten ausführlich beschrieben, gemeinsame Gespräche geführt und mögliche Behandlungsstrategien diskutiert. Im Vorfeld der Beratung ist die Vorgehensweise für den Patienten besprochen worden. Dadurch wird verhindert, dass die Patienten unterschiedliche Informationen bekommen. Dennoch gibt es nach Aussage der Pflegeexperten auch eine große Anzahl von Problemen. So müssen die Pflegeexperten nach eigenen Angaben zwischen der Erfüllung von Beratungsaufgaben und dem Respektieren der Behandlungshoheit des behandelnden Arztes gut abwägen. Die Pflegeexperten haben die Sorge, beim Arzt den Eindruck zu erwecken, sich in dessen Therapie einzumischen. Sind die Pflegeexperten beispielsweise der Meinung, Fehler in der Wundversorgung durch den Arzt entdeckt zu haben, verhalten sie sich dem Arzt gegenüber absichtlich still. Zudem überlegen sich die Pflegeexperten sehr genau, was sie dem Arzt mitteilen und was nicht. Das Gros der Pflegeexperten beschreibt, dass sie sich sehr um Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit den Ärzten bemühen. Die Pflegeexperten berichten, dass die Ärzte jedoch kaum den Kontakt zu den Pflegeexperten suchen bzw. zulassen.

## Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Patienten den größten Nutzen aus dem Tandempraxen-Modell erleben. Insgesamt bewerten die Patienten das Konzept Tandem als positiv. Sie erleben die psychosoziale Unterstützung des Pflegeexperten als sehr hilfreich und berichten über eine Zunahme von alltagsorientierten Selbstpflegekompetenzen. Darüber hinaus bietet die Studie nach Ansicht der Patienten einen Rahmen, in dem sich Pflegeexperten und Ärzte austauschen können, um voneinander zu lernen. Patienten verbinden mit dem Einsatz des Pflegeexperten zudem eine Verbesserung ihrer Wundheilung. Die befragten Ärzte stehen dem Konzept Tandem hinsichtlich des Nutzens für ihre Patienten positiv gegenüber. Zudem möchten die Ärzte bzgl. der Wundversorgung mehr von den Pflegeexperten profitieren. Aus Sicht der Pflegeexperten empfinden die Patienten die Beratung als sehr positiv. In Bezug auf die Ärzte äußern die Pflegeexperten eine generelle Unzufriedenheit mit der Kontaktaufnahme zu den Ärzten bei Beginn der Studie und über eine teilweise geringe Zusammenarbeit im Verlauf der Studie. Trotz zurückhaltender Zusammenarbeit verbinden die Ärzte durchaus eigene Wünsche und Vorstellungen mit dem Besuch des Pflegeexperten für sich und ihre Patienten. Nach Aussagen der Pflegeexperten hat es auch Tandempraxen

### Anmerkung

<sup>1</sup> Dies ist ein Projekt aus dem Interdisziplinären Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen (IZVF) der Universität Witten/Herdecke

## Literatur

- Dunkel-Schetter, C.; Bennett, T.L.: Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. In: Sarason, Sarason, Pierce (Ed.): Social support: An interactional view. John Wiley and Sons, Oxford, 1990, pp. 267-269.
- Flick, U.: Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 2006.
- Gallant, M.P.: The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. Health Education & Behaviour 30, 2003, 2: 170-195.
- Glynn, L.M.; Christenfeld, N.; Gerin, W.: Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. Psychosomatic Medicine 61, 1999, 2: 234-42.
- Herber, O.R.; Rieger, M.; Schnepf, W.: Developing a nurse-led education programme to enhance self-care agency in leg ulcer patients. Nursing Science Quarterly, 2008, 21: 150-155.
- Kalitzkus, V.: Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2005: 81: 243-247.
- Knoll, N.; Scholz, U.; Rieckmann, N.: Einführung in die Gesundheitspsychologie. Ernst Reinhardt, München, 2005.
- Kruse, J.: Reader: „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“, Freiburg, 2007. (<http://soziologie.uni-freiburg.de/Personen/kruse/UniHomepage/Workshops/WeitereAngebote.html>)
- Lincoln, Y.; Guba, E.: Naturalistic inquiry. Sage: New York, 1985.
- Lucius-Hoene, G.; Deppermann, A.: Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Beltz: Weinheim und Basel, 2003.
- Smaling, A.: De methodologische kwaliteit van kwalitatief onderzoek. Mogelijke maatregelen. Verpleegkunde, 1996: 11: 240-254.
- Schreier, M.; Odag, Ö.: Workshop: Qualitative Inhaltsanalyse, Handout des ZUMA-Workshops Qualitative Inhaltsanalyse vom 22./23.01.2007 in Mannheim, 2007.
- Weinger, K.: Psychosocial issues and self-care. American Journal of Nursing 107, 2007, 6: Suppl.; 34-38.

gegeben, in denen sich im Laufe der Zeit eine partnerschaftliche Absprache zwischen Arzt und Pflegeexperte entwickelt hat.

## Diskussion

Mit Blick auf die Sicht der Patienten nimmt der Aspekt der Unterstützung durch die Pflegeexperten einen großen Raum in den Interviews ein. Es wird sichtbar, dass die Patienten die pflegerische Begleitung als positiv für die Wundheilung und die Selbstpflege erleben. Beides beruht in erster Linie auf der durch den Pflegeexperten erbrachten psychosozialen Unterstützungsleistung. Unter Zuhilfenahme von gesundheitspsychologischen Erkenntnissen soll nun der Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Wundheilung diskutiert werden (Knoll et al. 2005). Dabei wird der Pflegeexperte als Unterstützungsquelle und der Patient als Unterstützungsempfänger bezeichnet. Unter sozialer Unterstützung wird die Interaktion zwischen mindestens zwei Personen verstanden, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid auslöst, zu verändern oder das Ertragen dieses Zustandes zu erleichtern. Dabei wird zwischen erhaltener und wahrgenommener Unterstützung unterschieden. Während sich die erhaltene Unterstützung auf die retrospektive Mitteilung realer Unterstützungsleistungen bezieht, wird die wahrgenommene Unterstützung als eine vom Individuum grundsätzlich verfügbare Unterstützung verstanden.

Was macht nun eine soziale Interaktion zur sozialen Unterstützung? Ob eine Unterstützung wirksam oder hilfreich ist, obliegt einzig der Deutung des Empfängers (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Im Idealfall folgt aus der Interaktion zwischen Unterstützungsempfänger und -quelle ein konkretes Unterstützungsangebot von der Unterstützenseite. Falls der Empfänger der Unterstützung diese Leistung als Unterstützung wahrnimmt, sollte sich sein Bedürfnis nach Unterstützung verringern. Die Unterstützungsforschung hat eine Reihe von Parametern identifiziert, die sich auf den Erfolg der Unterstützung auswirken. Demnach profitieren Männer und Frauen anscheinend von weiblicher Unterstützung, nicht aber von männlicher (Glynn et al. 1999). Ebenfalls mitbestimmend scheint die Stimmung des Helfers zu sein. Ist die Stimmung gut, wird mehr Unterstützung durch die Unterstützungsquelle geleistet. Auf der Seite des Unterstützungsempfängers tragen neben aktivem Bemühen um Hilfe bestimmte Persönlichkeitseigenschaften dazu bei, dass ihm mit höherer Wahrscheinlichkeit geholfen wird. Daher sind Unterstützungsinteraktionen wahrscheinlicher, wenn sich die Teilnehmer der Unterstützungsinteraktion gegenseitig mögen.

Wie trägt nun die psychosoziale Unterstützungsinteraktion zur Wundheilung bei? Es gibt Hinweise, die auf einen Zusammenhang zwischen negativen Emotionen und örtlicher Wundheilung hindeuten (Knoll et al., 2005). Es gibt ebenfalls Hinweise, die auf einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Unterstützung und einer Verbesserung des Selbstpflegeverhaltens hindeuten. Hierzu zählt beispielsweise die umfangreiche Literaturübersicht von Gallant (2003). Studien aus den 1980er Jahren zeigen einen Zusammenhang zwischen vermehrter psychosozialer Unterstützung und einer Verbesserung der Selbstpflege bei Menschen mit Diabetes mellitus. Weitere Studien weisen zudem darauf hin, dass der Zusammenhang von psychosozialer Unterstützung und Selbstpflege von der Erkrankung, dem Geschlecht, der Herkunft sowie dem Selbstpflegeverhalten beeinflusst wird (Weinger, 2007). Der bisher nur geringe Wissenskorpus empirischer Arbeiten und die hier verwendete Methode der qualitativen Forschung sind nicht in der Lage, den zugrunde liegenden Wirkungsmechanismus zu erläutern. Auch wenn die Ergebnisse der vorliegenden Studie in die gleiche Richtung weisen, gibt es keine gesicherte Evidenz, die den Zusammenhang von psychosozialer Unterstützung auf die Wundheilung bzw. das Selbstpflegeverhalten untermauert. Weitere empirische Forschung ist vonnöten, um diese Zusammenhänge zu untersuchen.

## Finanzierung

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 wurden durch die B. Braun Stiftung und die Bauerfeind AG gewährt.

## Danksagung

Dank gelten Anja Wollny M.Sc. für die Unterstützung bei der Entwicklung und Supervision der Interviews sowie Prof. Dr. Friederike Störkel für die Literaturhinweise.

## PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

[www.printernet.info/detail.asp?id=816](http://www.printernet.info/detail.asp?id=816)