

Bedingungen für die erfolgreiche Einführung von neuen Erkenntnissen in die Praxis.

Sabine Bartholomeyczik, Fribourg, Schweiz 30.3.07

Ich wurde gebeten, über Bedingungen für die Einführung von Innovationen zu sprechen. Diese sehe ich aus meiner Perspektive als Wissenschaftlerin, setze sie also mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und Ergebnissen gleich. Bei der offenbar allgemeinen Akzeptanz von Pflegewissenschaft in der Praxis und der Forderung, dass praktisches Handeln wissenschaftlich untermauert sein müsse - alle sprechen von Evidence Based Nursing - bleibt die Frage, warum dieses Thema überhaupt so wichtig ist.

folie 2: Bedeutung

In Deutschland gibt es seit 16 Jahren pflegewissenschaftliche Studiengänge, deren erklärtes Ziel war und ist, die Pflegepraxis voranzubringen, zu professionalisieren. Es wurde eine Fülle wissenschaftlicher Erkenntnisse geschaffen oder zusammengeführt - auch dies schafft neue Erkenntnisse. In der Praxis jedoch scheint sich wenig zu bewegen, es gibt Klagen, dass diese Kenntnisse "wie an einem Ölpapier [an der Praxis] abperlen" (Schaeffer 2006). Ich gehöre zu denen, die meinen, dass es nicht ganz so schlimm ist, aber dennoch ist es ungeheuer schwierig, etwas zu bewegen. Einfache Transferstrategien, z.B. veröffentlichte Informationen über Gedrucktes, über Vorträge oder auch Weiterbildung scheinen wenig zu greifen.

Oft werden diese Schwierigkeiten mit dem Hinweis abgetan, dass Pflegende zu wenig läsen. Aber das ist - wenn überhaupt - höchstens ein Teil des Problems. Und es ist ja auch nicht so, als gäbe es in der Pflegepraxis kein Wissen. Abgesehen von dem in der Ausbildung erworbenen Kenntnissen, ist das Erfahrungswissen aus dem beruflichen Alltag ein nicht zu unterschätzender Schatz, ohne den praktische Handeln nicht denkbar ist.

Für die Medizin zeigen Untersuchungen, dass es dort 15 - 20 Jahre dauert, bis neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis angelangt sind.

folie 3. zwei Welten

Ein Grundproblem des schwierigen Wissenstransfers liegt darin, dass wissenschaftliches Arbeiten und pflegepraktisches Arbeiten zwei unterschiedliche Welten darstellen, die unterschiedlichen Zielen und Normen unterworfen sind. Ebenso stellen wissenschaftliches Wissen und Praxiswissen unterschiedliche Typen von Wissen dar, die verschiedenen Logiken und Bedeutungen folgen. Pflegepraktische Arbeit ist vor allem auf Handeln und auf Problemlösung orientiert, wissenschaftliche Arbeit ist analytisch und auf Erkenntnisgewinn hin orientiert, Lösungen werden eher hinterfragt, zweifelnde Kritik ist konstituierender

Bestandteil. Wenn Sie in der Pflegepraxis ständig alles hinterfragen würden, würden Sie Patienten kaum bei ihren Problemen helfen können.

folie 4. wissenschaftliches Produkt

Die bekannte Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner hat sich in einer Untersuchung über das Expertentum in der Pflegepraxis auch mit dem Verhältnis von Theorie und Praxis auseinandergesetzt (Benner 1994). Dabei kennzeichnet sie das, was mit wissenschaftlicher Arbeit erreicht werden soll, folgendermaßen: Das Produkt sollte

- widerspruchsfrei sein,
- einer bestimmten Systematik gehorchen,
- verallgemeinerbar sein,
- Regeln müssen daraus abgeleitet werden können,
- Erklärungen liefern können, die für den ganzen Geltungsbereich gleich sein sollen,
- Und schließlich muss alles transparent und nachvollziehbar sein.

Den Aufzählungen von Benner möchte ich noch etwas hinzufügen: Trotz der genannten Anforderungen sind wissenschaftliche Erkenntnisse nie "unerschütterlich", sie gelten nur so lange, bis es neue Erkenntnisse gibt. Gerade diese Tatsache ist aus Sicht der Praxis oft kaum zu verstehen, weil die Wissenschaft doch eigentlich Sicherheit vermitteln sollte.

folie 5: Praktische Arbeit

Die Kriterien für wissenschaftliche Produkte gelten in der Praxis gar nichts und wären eher hinderlich. Es ist alles nicht so glatt, so regelhaft, deshalb erscheint hier nicht mehr die glatte Ellipse, sondern eine gezacktes Bild:

- es geht nicht um Verallgemeinerbarkeit, sondern um eine individuelle Problemlösung,
- dazu kommt, dass häufig die Problemlösung nicht geplant werden kann, sondern in dem Moment erfolgen muss, in dem das Problem auftritt,
- Situationen verändern sich plötzlich und Widersprüche treten auf,
- nicht alles kann erklärt werden und schon gar nicht in dem Augenblick, in dem eine Handlungsnotwendigkeit entsteht.

Es gibt noch weitere immanente Probleme, die den Transfer von innovativen und wissenschaftlichen Erkenntnissen so schwer machen. Sie erfordern häufig die Revision tradierter Verhaltens- und Arbeitsweisen. Die WissenschaftlerInnen erwarten, dass PraktikerInnen sich von dem, was sie bisher beruflich für richtig hielten, einfach lösen. Dass hier Widerstand eine mögliche Reaktion darstellt, ist nicht verwunderlich und wurde schon lange für jegliche Art von Modernisierungsprozessen nachgewiesen (Zapf 1994). Dies führte meine Kollegin Schaeffer zu der Frage, ob nicht ein wichtiges Thema bei der Methode des Wissenstransfers die des "Widerstandsmanagements" (Schaeffer 2006) sein müsse.

folie 6: Zusammenführung

Wissenschaftliche Erkenntnisse, die unabdingbar notwendig als Grundlage praktischen Handelns sind, mit dem das Leben von Menschen zusammenhängt, sind allgemein orientiert, für eine konkrete Situation sind sie immer nur bedingt tauglich, sie müssen also spezifiziert werden. Umgekehrt ist es aber ebenso: So betont Benner auch, dass "Expertenwissen nicht vollständig in theoretische Aussagen überführt werden" kann (S. 27). Hier wird also deutlich, dass weder theoretisches Wissen direkt in Praxishandeln umgesetzt werden kann, noch praktisches Expertenwissen direkt in Theorie. Wenn man eine gradlinige Beziehung zwischen Theorie und Praxis und umgekehrt annimmt, muss es schon deswegen immer einen Theorie-Praxis-Konflikt geben, weil es offensichtlich in keine Richtung ein "Eins-zu-Eins"-Verhältnis gibt. Es gibt also einen Theorie-Praxis-Konflikt, teilweise sogar Unvereinbarkeit, der sozusagen in der Natur der Sache liegt. Ich möchte sogar soweit gehen zu behaupten, dass diese Spannung zwischen den beiden Bereichen eine äußerst fruchtbare sein kann und dass sie eine gegenseitige Weiterentwicklung befördern kann (vgl. auch Rafferty et al. 1996).

Dennoch entstehen und bestehen die beiden Handlungs- und Wissensbereiche Praxis und Theorie nicht unabhängig voneinander. Es sind sowohl die Theorien, die sich mit Pflege beschäftigen, nachweislich von der Pflegepraxis inspiriert als auch hat jede Praktikerin, die theoretisches Wissen als unpraktisch ansieht, ihr eigenes, subjektives Theoriegebäude, das ganz wesentlich ihr praktisches Handeln leitet. Praxishandeln und Praxiswissen gehen über empirische Forschung wiederum in wissenschaftliche Erkenntnisse ein.

Jetzt komme ich endlich zum Kern meines Themas, für das ich die vorangegangenen Bemerkungen aber sehr wichtig finde. Denn daran lassen sich schon typische Probleme aufzeigen, die weniger damit zu tun haben, dass die einen gerne als praxisfern - "die haben ja keine Ahnung von der Praxis" - und die anderen als wissenschaftsfern - "die haben ja keine Ahnung von Wissenschaft" - eingestuft werden.

folie 7 Kernsatz

Voranstellen möchte ich den Kernsatz, wonach jede Einführung einer Neuerung einen Prozess darstellt, einen Prozess mit verschiedenen Phasen oder Schritten und mit eigenen Regeln. Sowohl die Schritte als auch die Regeln können je nach Inhalt etwas unterschiedlich ausfallen. Alle erfordern aber Rahmenbedingungen sowohl inhaltlicher als auch struktureller Art. Ich werde die Bedingungen und den Prozess vor allem an einer Art von Beispiel aufzeigen, nämlich an der Einführung von Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), weil wir damit inzwischen einige Erfahrungen gesammelt haben und dadurch auch den Prozess ziemlich klar darstellen können.

folie 8 Inhaltliche Bedingungen

Die inhaltlichen Bedingungen beziehen sich darauf, wie die Innovation aussieht, die eingeführt werden soll. Beispielsweise soll eine effektive Sturzprophylaxe im Geriatrischen Zentrum XY umgesetzt werden. Es hat natürlich nicht viel Sinn, wenn sich ein kluger Mensch damit befasst, sämtliche internationale Forschungsliteratur zum Thema zusammenzusuchen und diese in einem schönen Stapel dem Zentrum zu Füßen zu legen. Das Wissen zur Sturzprophylaxe muss also aufbereitet werden, manche sagen sogar, es müsse seiner wissenschaftlichen Identität entkleidet werden, um es auf die Bedingungen der Praxis hin zu orientieren. Es darf ja nicht übersehen werden, dass in der wissenschaftlichen Arbeit in großen Teilen eine andere Sprache und Sprachregelung üblich ist als in der Praxis. Forschungsmethodische Kriterien spielen bei der Bewertung von Studien eine große Rolle. Diese Kenntnisse sind in der Praxis ziemlich unwichtig. Hinzu kommt, dass die wissenschaftliche Literatur meist nicht alle Bereiche für ein Praxishandeln abdeckt, oft nicht eindeutig ist, wenn es um daraus abgeleitete Empfehlungen geht. Das bedeutet, dass zur Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse auch Expertenwissen einfließen muss, um die Schnittstelle zwischen wissenschaftlichen Ergebnissen und Praxisanforderungen zu anzupassen.

Im Falle des Expertenstandards des DNQP in Deutschland wurde aus dem Wissen über Sturzprophylaxe, wie es der Literatur zu entnehmen ist, und wie ein Runde von Fachexperten diese bewertet haben, ein Expertenstandard formuliert, der - immer noch auf einer relativ abstrakten Ebene - die Erkenntnisse zu Qualitätsaussagen zusammenfasst, die als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert sind und verbindliche Handlungsempfehlungen darstellen. Die so transformierten Erkenntnisse werden kommentiert, erklärt und begründet, zunächst sehr kurz, um die Umsetzung der Kriterien zu erleichtern. Dem schließt sich in der Veröffentlichung über den Expertenstandard die Literaturanalyse an, aus der die Erkenntnisse gewonnen wurden.

folie 9 Bed. in Praxis

Eine noch so gute Vorbereitung hilft nichts, wenn nicht bestimmte inhaltliche Voraussetzungen in der Praxis sichergestellt sind, die das Anknüpfen einer Neuerung an vorhandene Kenntnisse und berufliche Normen ermöglicht. Ein Expertenstandard, der ein Assessment einschließt und z.B. verlangt, dass Risikofaktoren systematisch eingeschätzt werden, ist dort nicht einführbar, wo kein Verständnis für eine pflegerische Diagnostik vorhanden ist. Er ist aber ebenfalls dort nicht einführbar, wo die Auffassung verbreitet wird, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nichts zur Förderung der Pflegepraxis beitragen können. Auch dies erleben wir in Deutschland als Reaktion auf die Expertenstandards. Es muss also einerseits durch die Anpassung des Materials und andererseits durch Wissen und Normen der Praxiseinrichtung eine inhaltliche Anschlussstelle zwischen beiden Seiten vorhanden sein.

Und letztlich geht natürlich gar nichts, wenn nicht von beiden Seiten eine entsprechende Überzeugung von der Notwendigkeit dieser Innovation vorhanden ist.

folie 10: strukturelle Bedingungen

Zu den strukturellen Bedingungen:

Zunächst benötigt die Implementation von Innovationen spezielle Akteure zur Vermittlung und Erleichterung der Umstellungen, häufig auch als Change Agents oder in der britischen Qualitätsarbeit als Facilitators bezeichnet. Diese ModeratorInnen, wie ich sie hier bezeichnen möchte, müssen in beiden Feldern, sowohl dem wissenschaftlichen wie auch dem handlungsrelevanten Praxisfeld beheimatet sein. Die Einführung von Neuerungen ist also eines der ganz wichtigen Arbeitsfelder von HochschulabsolventInnen der Pflegestudiengänge. Sie kennen die Werthaltungen, Normen und die Sprachen beider Felder und können wesentliches zum Übersetzungsprozess beitragen. Sie sollten als interne Prozessbegleiter fungieren und in der Praxiseinrichtung arbeiten. Sie haben außerdem die schwierige Funktion, die Motivation zur Umsetzung bei den Beteiligten aufrecht zu erhalten. Bei der ersten exemplarischen Implementation eines Expertenstandards hat die Moderatorin die Möglichkeit einer engen Rückkopplung zu den wissenschaftlich Verantwortlichen. Von dieser Seite gibt es auch ein Ablaufschema für die Implementierung, das beispielhaft ist, aber nicht bei jeder Art von Innovation gleich sein muss.

folie 11: Projektgruppe

Die ModeratorIn sollte früh im Prozess eine Projektgruppe bilden, deren Mitglieder an der direkten Umsetzung des Expertenstandards beteiligt sind und nach einem eigenen Findungsprozess als Multiplikatoren wirken. In dieser Findungsphase werden die konkreten Pläne der Implementierung basisnah entwickelt, ohne von dem beabsichtigten Niveau abzuweichen. Auf diese Weise wird die themenspezifische Fortbildung um Elemente der Mitarbeiterbeteiligung ergänzt.

An dieser Stelle kann u.U. der ganze Prozess auch begonnen werden, d.h. eine dezentrale Qualitätsentwicklung, bei der die zu lösende Frage aus einer Projektgruppe heraus entwickelt wird, kann ebenfalls den Beginn eines Innovationsprojektes darstellen. Die Projektgruppe hat dann evtl. die schwierige Aufgabe zu lösen, wie ein wissenschaftliches Produkt anschlussfähig gemacht wird. Die Strukturen und Phasen gleichen sich trotzdem weitgehend.

folie 12: Management

Mindestens ebenso wichtig wie die Projektgruppe ist das Management, ohne dessen aktive Beteiligung nichts geht. Diese Beteiligung besteht darin, dass die Innovation, wie z.B. die Einführung und Anwendung des Expertenstandards verbindlich gefordert wird. Die Inhalte müssen auch vom Management vertreten werden können, Anreize sollten explizit darauf ausgerichtet werden, dass die Innovation auch umgesetzt wird. Konkret heißt das u.a., dass

personelle und sächliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen für Fortbildung und für die Zeiten der Einführung.

Die praktische Erprobung nach einer einführenden Schulung sollte dann sehr eng von der Moderatorin und den Projektgruppenmitgliedern begleitet werden. Neues braucht zunächst mehr Zeit, die Pflegende muss sich darauf konzentrieren, das Neue ist erstmal unbequem, auch wenn die Motivation für eine Veränderung vorhanden ist. Und dafür muss die erforderliche Zeit vom Management eingeplant und zur Verfügung gestellt werden. Es ist eine Illusion zu glauben, dass Neuerungen ohne Einzelbegleitungen in der Praxis umzusetzen seien. Auf diese Art und Weise sind schon viele wunderbare Schulungen verpufft.

folie 13 Schritte

Nebenbei wurden jetzt schon einige Schritte des Implementierungsprozesses genannt:

- ModeratorIn und Projektgruppe planen gemeinsam das detaillierte Vorgehen. Damit soll auch sichergestellt werden, dass das Vorgehen auf die Bedingungen der spezifischen Einrichtung angepasst ist. Die Qualitätsanforderungen dürfen dabei aber nicht verringert werden.
- Darüber hinaus muss das Produkt selbst auf die Einrichtung angepasst werden. Bei den Expertenstandards heißt dies, evtl. vorhanden Dokumentationen dafür zu erweitern, vorhandene Instrumente auf ihre Anpassung zu überprüfen. Bei der Pflegedokumentation ist es z.B. unsinnig, einfach die evtl. für den Standard erforderliche Erweiterung dazu zu heften. Sie muss natürlich integriert werden.
- Hausintern hat sich eine Kick-off Veranstaltung bewährt, bei der das Vorhaben bekannt gemacht wird und auch Vorgehensweisen vorgestellt werden.
- Schulungen oder Fortbildungen müssen vor allem für diejenigen durchgeführt werden, die das Instrument anbieten sollen.
- Die Moderatorin begleitet den Umsetzungsprozess vor Ort in der Praxis.

folie 14 evaluation/audit

Wenn die Innovation eingeführt ist, dann muss unbedingt ein nächster Schritt erfolgen, der leicht vor lauter Begeisterung, dass eine Erneuerung geschieht und der Fortschritt so konkret zu werden scheint, übersehen wird: Es muss sehr systematisch untersucht werden, ob die Innovation tatsächlich umsetzbar ist: Können die gesteckten Ziele erreicht werden? Wie weit werden sie erreicht? Kommt auch das bei den Patienten an, was dort ankommen soll? Diese Evaluation oder Auditierung sollte möglichst strukturiert vorgenommen werden, auch um die Ergebnisse vergleichen zu können. Bei der modellhaften Implementierung der Expertenstandards wird für jeden Standard ein Audit-Instrument entwickelt, das sowohl Pflegende erfasst, Dokumentationen analysiert als auch Patienten befragt. Hierbei werden alle Ergebniskriterien erfasst, z.B. bei dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der

Pflegedokumentation: ob die Sturzrisikofaktoren erfasst wurden, Informationen weiter gegeben wurden, ein Maßnahmenplan erarbeitet wurde und bei einem Sturz die Ursachen analysiert wurden. Pflegende werden gefragt, ob sie bei Sturzrisiken evtl. die Umgebung verändert haben und wenn, ja, auf welche Weise. Ob sie entsprechende Maßnahmen koordinieren konnten. Patienten werden gefragt, ob sie über Risikofaktoren informiert wurden, die Informationen verständlich und ausreichend waren, Programme und Hilfsmittel angeboten wurden. Schließlich werden die Pflegenden noch gefragt, ob sie Schulungsmaßnahmen zum Thema erhalten haben.

Dieses Audit muss einerseits kurz sein, damit es im Zuge einer Implementierung überhaupt durchführbar ist, muss aber andererseits so ausführlich sein, dass Schwachstellen festgestellt werden können. Die Ergebnisse des Audit müssen den Beteiligten vorgestellt werden. Dies kann als Abschluss der eigentlichen Implementierungsphase dienen und sollte vor allem Stärken und Schwächen sichtbar machen.

folie 15: Verstetigung

Wenn die modellhafte Implementierung erfolgreich verlaufen ist, folgt die wichtige Zukunftsaufgabe der Verstetigung. Viele Projekte werden zwar zunächst begeistert durchgeführt, verlieren sich aber häufig, wenn die eigentliche Projektphase beendet ist. Die Neuerung muss zur "Gewohnheit" werden. Der Rückfall in möglicherweise alte Gewohnheiten muss verhindert werden. Die Innovation muss zum beruflichen Alltag gehören und Qualitätsüberprüfungen unterzogen werden wie alle anderen Maßnahmen auch.

folie 16: Forschung

Letztlich, leider auch noch lange nicht üblich, sollte es eine wissenschaftliche Überprüfung mit der Frage geben, ob sich die Neuerung auch allgemein positiv für die Versorgung der Patienten auswirkt. Hier ist ein gutes Forschungsdesign gefragt, das auch Erklärungen für Veränderungen zulässt, die nicht auf die Einführung der Innovation zurückzuführen sind. Leider können wir bei den Expertenstandards in Deutschland nur in allerersten Ansätzen auf Forschungsergebnisse zurückgreifen.

folie 17: schluss

Das Thema meines Beitrags war nur in eine Richtung formuliert. Es wurde vorausgesetzt, dass im Wissenschaftsbetrieb Wichtiges und Sinnvolles für die Praxis produziert wird. Das ist natürlich nicht automatisch der Fall. Insofern muss nicht nur die Verbindung der Wissenschaftsseite in die Praxis produktiv sein, sondern auch die Verbindung von der Praxis in die Wissenschaft. Innovationen und neue Erkenntnisse müssen die Fragen aus der Praxis treffen. Von daher finde ich es eine erfreuliche Erfahrung, die wir zunehmend in Witten machen, dass es nämlich immer mehr Anfragen aus der Praxis gibt, die nicht nur das alles-lösende Rezept, also die eierlegende Wollmilchsau erwarten, sondern mit wissenschaftlichen Methoden einzelne Praxisfragen lösen wollen. Frustrationen bleiben dabei natürlich nicht

aus, weil es oft nicht so einfach geht, weil es Geld kostet und dazu noch Zeit braucht. Das Verständnis dafür und die Wertschätzung aus der Praxis wachsen. Derzeit bin ich ganz optimistisch, dass nicht das eintritt, was 1990 von dem Wissenssoziologen Axmacher angesichts der zu erahnenden Pflegewissenschaft vorhergesagt wurde. Er meinte nämlich, dass die PflegepraktikerInnen sich von der Wissenschaft verlassen fühlen würden, dass es einen "Heimatverlust" der Pflege geben werde. Meine Beobachtungen und Erfahrungen in den vergangenen 15 Jahren zeigen zwar, dass es sehr langsam geht, aber es bewegt sich auch an etlichen Stellen sichtlich etwas. Sie zeigen vor allem, dass sich der genannte Heimatverlust nicht eingestellt hat.

Von gesundheitspolitischer Seite weht der Pflegepraxis derzeit in Deutschland jedoch der Wind heftig ins Gesicht. Um dem entgegen zu können, bedarf es ebenfalls einer starken Pflegestimme und einer starken Pflegewissenschaft, sonst sind alle Innovationen wieder zunichte gemacht.