

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P06-133

**Wissenstransfer in der Pflege.
Ergebnisse eines Expertenworkshops**

Doris Schaeffer (Hg.)

Bielefeld, September 2006

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Wissenstransfer ist im Gesundheitswesen und besonders in der Pflege ein überaus wichtiges Thema. In Kontrast dazu steht, dass sich der dazu vorliegende Erkenntnis- und Wissensstand eher bescheiden ausnimmt und wenig systematischen Charakter aufweist. Dennoch liegen etliche Erkenntnisse und Erfahrungen vor, die allerdings über unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen verstreut sind und bislang nicht zusammengetragen wurden. Ziel dieses Papers, das auf einen vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld durchgeführten Expertenworkshop zurückgeht, ist es daher, vorliegende Erfahrungen und Überlegungen zum Thema „Wissenstransfer“ aus der Perspektive unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und vor dem Hintergrund unterschiedlicher institutioneller Kontexte zu diskutieren, um so zu einer Bündelung vorliegenden Wissens zu gelangen und aus ihm resultierende Lehren heraus zu destillieren und zusammen zu fassen.

Mein Dank gilt den Autoren für die unkomplizierte und produktive Kooperation und auch der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., die dieses Vorhaben gefördert hat.

Inhalt

<i>Doris Schaeffer</i> Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss	1
<i>Bernd Dewe</i> Transfer, Transformation oder Relationierung von Wissen. Theoretische Überlegungen zur berufsbezogenen Wissensforschung	15
<i>Andreas Heller, Klaus Wegleitner</i> Wissenstransfer und Wissensgenerierung in Organisationsentwicklungsprozessen des Gesundheitssystems	28
<i>Martin Moers, Doris Schiemann</i> Expertenstandards in der Pflege – Implementation als Strategie des Wissenstransfers	41
<i>Klaus Wingenfeld</i> Wissenstransfer in der vollstationären Pflege. Erfahrungen aus dem Modellprojekt "Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege"	63
<i>Uwe Wilkesmann</i> Wissensmanagement als Motor von Innovationen in der Arbeits- und Berufswelt	79
<i>Doris Schaeffer</i> Wissenstransfer: Zusammenfassende Thesen und Empfehlungen	94
Angaben zu den Autoren	98

Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss

Doris Schaeffer

Vorbemerkung

Das Thema „Wissenstransfer“ ist ein seit langem aktuelles Thema in der Pflege, über das gleichwohl bislang relativ wenig auf wissenschaftlicher Ebene gearbeitet wird. Auch ein systematischer Diskurs über das Thema existiert bislang nicht, weder in der Pflege, noch im Gesundheitswesen bzw. den sie repräsentierenden Wissenschaftsbereichen. Die in der Pflege vorliegende Literatur, die dies suggeriert, deckt „nur“ einen sehr beschränkten Bereich ab und widmet sich speziell der Frage, wie die Vermittlung von Theorie- und Praxiswissen in der Grundausbildung verknüpft werden kann und welcher neuer Lernformen es dazu bedarf (ex. Roes 2004). Daher fragt sich, ob es in dieser Diskussion überhaupt im eigentlichen Sinn um Wissenstransfer geht, zumindest dann, wenn man davon ausgeht, dass Wissen evidenzbasiertes bzw. wissenschaftliches Wissen meint. Das hier angedeutete Phänomen ist nicht untypisch und deutet an, dass das Thema „Wissenstransfer“ sehr facettenreich ist.¹

Doch dass kein systematischer umfassender Diskurs und keine Literatur existiert, bedeutet keineswegs, dass das Thema Wissenstransfer *nicht* diskutiert wird. In unterschiedlichen Wissenschafts- und Praxisbereichen liegen sehr wohl Erkenntnisse und Erfahrungen vor, aber sie existieren sehr verstreut und sind bislang nicht systematisch zusammen getragen worden. Dazu einen Beitrag zu leisten, ist Anliegen meiner Ausführungen, mit denen zugleich ein erster Problemaufriss und eine Einführung in das Thema vorgenommen werden soll.

Wissenstransfer – Relevanz des Themas

Warum ist „Wissenstransfer“ eigentlich ein so relevantes Thema im Gesundheitswesen und der Pflege geworden? Besondere Relevanz hat es im Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion bekommen. Denn überall dort, wo es um Fragen der Verbesserung der (Pflege-) Qualität geht, stellt sich die Frage, wie neu erarbeitete Erkenntnisse und Konzepte, die auf evidenzbasiertem Wissen beruhen, in die Praxis gelangen und so in die Praxis gelangen, dass sie dort rezipiert und umgesetzt werden und zur einer Optimierung der Pflegequalität führen. Wie also, so die dahinter liegende Frage, kann neues wissenschaftliches Wissen so in die Pflegepraxis transferiert werden, dass es dort rezipiert, angeeignet und intentionsgemäß verwendet wird. Wie auch, so die weitere sich stellende Frage, kommen wir zu einer *lernenden Pflege* – der Begriff wird hier bewusst in Anspielung auf den Begriff der „lernenden Organisation“ verwendet – zu

¹ In diesem Bericht interessiert – systematisch betrachtet – der Transfer wissenschaftlichen Wissens in die Praxis, streng genommen also das Thema *Wissenstransfer*.

einer Pflege also, die neue Erkenntnisse aufgreift, reflektiert und produktiv zur Weiterentwicklung der eigenen Praxis und die Qualität ihres Handelns nutzt.

Diese Frage ist kein Spezifikum der Pflege, sondern ist im gesamten Gesundheitswesen längst zu einem drängenden Problem geworden. Stellvertretend für andere sei hier auf die Berichte des Sachverständigenrats hingewiesen, der sich in den letzten Jahren mehrfach mit dem Thema Qualität befasst und dabei im Jahr 2000/2001 auch das Thema Wissenstransfer aufgegriffen hat (SVR 2000/2001). Ihn beschäftigte die Frage, wie angesichts des enormen Zuwachses an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und des schnellen Verfalls vorhandenen Wissens, die Qualität professionellen Handelns im Gesundheitswesen aufrechterhalten und gefördert werden kann. Er kommt zu dem Fazit, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung verändert und intensiviert und eine neue Professionskultur entfaltet werden muss, in der die Aneignung neuen Wissens zum selbstverständlichen Bestandteil professionellen Handelns im Gesundheitswesen gehören (ebenda). Auch ihm schweben also faktisch *lernende Gesundheitsprofessionen* vor, wenngleich dieser Begriff nicht explizit verwendet wird – eingebettet in eine entsprechende zu implementierende Professionskultur. Wie zu einer neuen Professionskultur zu gelangen ist – und dies in Zeiten, in denen Erosionstendenzen im Gefüge der Gesundheitsprofessionen um sich greifen – verrät er allerdings nicht.

Gehen wir jedoch noch einen Schritt weiter. Denn das Problem des Wissenstransfers stellt sich auch nicht nur im Gesundheitswesen. Es ist längst zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem geworden. Glauben wir sozialwissenschaftlichen Zeitdiagnosen befinden wir uns im Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft, der alle Gegenwartsgesellschaften damit konfrontiert, dass Wissen zu einer zunehmend wichtigen Ressource geworden ist (Stehr 1994). Ganz in diesem Sinn gilt Wissen mittlerweile als „bedeutendster Rohstoff“ und „immaterieller Vermögenswert“ – so ein Paper des BMWA. Die Verfügung über Wissensressourcen wird in Korrespondenz dazu als gleichbedeutend und mittlerweile sogar als bedeutender als die Verfügung über materielle Ressourcen angesehen. Der Zugang zu Wissensressourcen und die Nutzung von Wissen wird somit für alle Gegenwartsgesellschaften zu einem zusehends wichtigen Faktor und – den sozialwissenschaftlichen Diagnosen zufolge – zugleich zum zentralen Inklusions- und Exklusionsmechanismus. Mit anderen Worten, diejenigen Gesellschaften, die nur eingeschränkt über Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten von Wissensressourcen verfügen, werden geringer an Fortschrittmöglichkeiten teilhaben als andere und unterliegen Exklusionsgefahren. Ebenso ist es innerhalb der Gesellschaften. Auch hier brechen neue Verwerfungslinien auf: Bevölkerungsgruppen und auch – wie hier zu betonen ist – Professionen (Berufe/Institutionen), die nicht in der Lage sind, sich Wissensressourcen zu erschließen und sie optimal zu nutzen, werden über geringere gesellschaftliche Teilhabe-, Einfluss- und Statusmöglichkeiten verfügen und stehen in Gefahr, die Verlierer von morgen zu sein.²

² Diese Gefahr ist gerade für die Pflege nicht unrealistisch, da sie in Deutschland erst sehr viel später als in anderen Ländern in einen Professionalisierungspro-

Verbunden mit dem enormen Bedeutungsgewinn von Wissen und Wissensressourcen entstehen also auch neue gesellschaftliche Probleme und Herausforderungen. Mehr als bislang müssen Gesellschaften fähig sein, sich Wissensressourcen zugänglich zu machen und sie zu nutzen. Mehr als bislang müssen sie also zu wissensproduzierenden und zugleich *lernenden Gesellschaften* werden (Degele 2000; Steinbicker 2001). Verbunden damit wird – wie in der Erwachsenenbildung bereits seit den 1970er Jahren postuliert – die Sicherung „lebenslangen Lernens“ (auf individueller, organisatorischer und professioneller Ebene) zu einer gesellschaftlichen Kern- und auch Überlebensaufgabe.

Soweit zu einigen Dimensionen des aufgeworfenen Themas. Gezeigt werden sollte mit diesen Andeutungen, dass hier keineswegs ein pflegespezifisches, sondern einem gesamtgesellschaftliches Problem zur Diskussion steht – ein Problem zudem, das zusehends an Relevanz gewonnen hat. So viel zur Beruhigung, aber auch zur Beunruhigung. Denn mit der Erkenntnis, dass die Verfügung und erst recht die Nicht-Verfügung von Wissen(sressourcen) auf individueller, professioneller und gesellschaftlicher Ebene gravierende Folgen zeitigen dürfte, steigt der Druck, tragfähige Lösungen zu finden. Doch eben diese sind bislang nicht wirklich in Sicht – auf keiner der thematisierten Ebenen. Zwar ist das Problembewusstsein gestiegen, ebenso die Zahl an z. T. wieder entdeckten Leitmaximen (wie lebenslanges Lernen, Professionskultur etc., siehe SVR 2000/2001) oder an Versuchen, Bewegung in die Nutzung von Wissen zu bringen, wie Stichworte wie Wissensmanagement, Bildungscontrolling, Wissensbilanzen, Wissensberichte exemplarisch andeuten. Doch gleichzeitig stellen sich nach wie vor auf viele Hürden und Probleme, wenn es um den realen Umgang mit Wissen geht und Wissenstransfer praktisch zu bewältigen ist.

Gerade in der Pflege sind all diese Hürden und Probleme sehr wohl bekannt. Mit einigen von ihnen will ich mich im Folgenden befassen, dann derzeit beobachtbare und praktizierte Strategien erörtern. Also zurück zur Pflege und noch einmal zur Frage, wie sich dort eigentlich das Problem darstellt.

Wissenstransfer in der Pflege

Landauf landab ist die Klage zu hören, dass neues Wissen an der Pflegepraxis abprallt und ergo nicht aufgegriffen wird. Sie wird von Führungskräften und von Pflegeexperten, die Innovationen einführen wollen, geäußert, von Qualitäts-, Fort- und Weiterbildungsbeauftragten und natürlich ist sie auch von Wissenschaftlern zu hören: Denn seit vor ungefähr einem Jahrzehnt begonnen wurde, mit großer zeitlicher Verzögerung auch in Deutschland Pflegewissenschaft zu etablieren, wurde in kürzester Zeit eine Fülle neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Konzepte erarbeitet, die jedoch keineswegs so ihren Weg in die Praxis finden, wie einst erhofft. Ganz im Gegenteil, die Wissensproduktion ist beachtlich, aber: wie an einem Ölpapier perlen erarbeitete wissenschaftliche Erkenntnisse an der Praxis ab. Dabei sollten sie – so die damalige Intention – zur Mo-

zess eingetreten ist. Wenn es ihr nicht gelingt, rasch Lösungen zu finden, wie sie zu Wissensbasierung gelangen kann, könnte sie zu den Verlierern gehören.

ernisierung und Professionalisierung der Pflege führen, dazu, dass sie sich von einem vor-modernen Helferberuf zu einem modernen Dienstleistungsberuf entwickelt, der auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und Instrumente agiert, und außerdem dazu beitragen, dass auch die bundesdeutsche Pflege den Anschluss an internationale Entwicklungen findet. Sie sollten also einerseits zur Veränderung des Pflegeberufs und Innovation der Pflegepraxis führen und zugleich – so die weitere Intention – das bislang weitgehend erfahrungsgestützte Pflegehandeln auf eine wissenschaftlich fundierte Basis stellen, bzw. so die aktuelle Terminologie, Evidenzbasierung der Pflege ermöglichen.

Und eben das scheint sehr viel schwerfälliger und schwieriger zu sein als zunächst antizipiert (Brandenburg 2005). Heute sehen wir, dass wissenschaftliche Befunde und Forschungsergebnisse keineswegs automatisch in der Praxis auf Resonanz stoßen und dort Gehör finden. Ganz im Gegenteil: Stattdessen scheint die Praxis auch ohne auszukommen, so, wie sie es vor der Etablierung von Pflegewissenschaft, schließlich auch vermochte. Ebenso ist zu sehen, dass *einfache*, in wissenschaftlichen Kontexten sonst übliche Transferstrategien – etwa Information über Printmedien (Zeitschriften, Bücher, Internet), über direkte Kommunikation (Vorträge, Fort- und Weiterbildung) – auch nicht weiterführen. Zwar wird mittlerweile recht viel publiziert – sei es in Zeitschriften, Büchern oder im Internet – doch ohne bemerkenswerte Resonanz in der Praxis, wie folgendes Zitat einer Pflegedienstleitung eines Universitätskrankenhauses exemplarisch verdeutlicht: „Papier interessiert uns nicht, die Praxis ist nicht gewohnt zu lesen, die Praxis liest nicht“ – ein ernüchterndes Fazit. Auch die zu Transferzwecken heute in großem Umfang und in beachtlicher Formvielfalt angebotene Fort- und Weiterbildung hat – Erfahrungsberichten zufolge – nur bedingt Wirksamkeit. Auch hier ein Beispiel: So berichtete vor kurzem ein großer Träger, man habe nun fünf Jahre intensivste Fortbildung zum Thema Pflegeprozess durchgeführt, doch werde der Pflegeprozess im Alltag noch immer nicht beherrscht. Beide Beispiele sind symptomatisch: Erarbeitete wissenschaftliche Ergebnisse werden nicht so rezipiert wie intendiert. Sie stoßen zwar auf gewisse Zustimmung, aber auch auf Ratlosigkeit, stillschweigende Meidung und Abwehr.

Man könnte jetzt schlussfolgern, dass einfache Transferstrategien nicht greifen und ergo die Strategien zu verfeinern, sie individueller zuzuschneiden sind etc. etc. Man könnte ebenso argumentieren, die Wissenschaft bearbeite die falschen, nämlich praxisirrelevante Themen, sie müsse sich ergo mehr in den Dienst an der Praxis stellen und normativ kontrolliert werden. Auch dies ist eine beliebte Argumentation, die in der Pflegewissenschaft zu manchen Blüten geführt hat, was das Wissenschaftsverständnis in der Pflege anbetrifft. Doch besteht dann die Gefahr, dass Wissenschaft der ihr zugedachten Aufgabe nicht nachkommen kann und mehr noch, dass sie angesichts des Modernisierungs- und Entwicklungsrückstands der bundesdeutschen Pflege mit viel Verve und Energie Erkenntnisse für eine eigentlich für revisionsbedürftig erachtete Praxis, für Probleme also von heute und gestern erarbeitet – Erkenntnisse, die schon in dem Moment, in dem sie erarbeitet sind, veraltet sind.

Diese Strategie greift also nicht bzw. beschert über kurz oder lang neue Probleme. Wissenschaft „darf“ sich also nicht in den Dienst der Praxis stellen, weil sie dann ihres vorantreibenden Potenzials verloren geht und außerdem der internationale Entwicklungsrückstand, in dem wir uns in

Deutschland auf diesem Gebiet befinden, nicht oder nur mit riesigem Zeitverlust einholbar ist. Das heißt freilich nicht, dass Wissenschaft sich nicht der mühseligen Aufgabe stellen muss, die Anschlussfähigkeit von ihr erarbeiteter Erkenntnisse sicherzustellen. Doch wie? Denn auch die Verfeinerung von Transferstrategien wird nicht helfen. Ursächlich dafür ist – so meine These – zweierlei: zum einen das *Tempo des Wissenszuwachs* und zum anderen die *Art des produzierten Wissens*, das in die Praxis gelangen soll. Im Folgenden will ich diese These kurz ausführen und begründen.

Die Beschleunigung des sozialen Wandels hat zur Folge, dass auch die Wissensproduktion enorm an Tempo zugelegt hat, wie gerade im Gesundheitswesen zu beobachten ist. Zu beobachten ist auch, dass der rasche Wissenszuwachs offenkundig für alle Gesundheitsprofessionen schwer zu bewältigen ist und das gilt – wie erwähnt – besonders für die Pflege. Denn auf der einen Seite führt er zur Auflösung tradierten Wissens, erfordert Revisionen bis dato gültiger Vorstellungen, Konzepte und auch Handlungsrouninen und zieht damit Verunsicherungen nach sich (Schaeffer 1994). Auf der anderen Seite unterbindet er die Herausbildung neuen stabilen handlungsleitenden Wissens. Zwar wird eine Fülle an neuem Wissen produziert, das zur Ablösung überkommenen Wissens dienlich gemacht werden kann, doch stößt dessen Aneignung allein aufgrund der Schnelllebigkeit der Wissensproduktion und der Vielzahl an Informationsquellen (Internet) an Grenzen. Nicht nur ist das, was heute noch gilt, morgen höchstwahrscheinlich schon veraltet, vielmehr ist aus Sicht der Praktiker auch schwierig zu identifizieren, wo überall für sie relevantes Wissen produziert wird, welche der vielfältigen neuen Erkenntnisse für sie überhaupt handlungsrelevant sind, welche verwendbar sind und folglich angeeignet werden müssen und wie sie nutzbar zu machen sind etc. Und weil die Beschleunigung der Wissensproduktion eher Fragen aufwirft, als Lösungen anbietet, stößt die Wissensaneignung auf Probleme. Phänomene wie „selektives Ergebnispflücken“ (Beck/Bonß 1989), Suche nach rezeptologischem Wissen oder „unerschütterlich“ anmutenden Erkenntnissen, die zwar fraglich sind, aber Halt und Orientierung zu bieten scheinen, und ebenso Ratlosigkeit und Abschottungen, sind daher immer häufiger zu finden. Sie verweisen darauf, dass sich die Schere Wissenschaft und Praxis nicht mehr mit den herkömmlichen Strategien schließen lässt und *neue Wege* der Überbrückung gefunden werden müssen. Das gilt umso mehr, als der Wissenszuwachs sich auch künftig nicht verlangsamen wird, aber die Folgen unzureichender Wissensnutzung dramatischer ausfallen dürften.

Hinzu kommt ein weiteres Problem, das gerade für die Pflege von besonderer Bedeutung ist. Denn das anzueignende Wissen ist in der Regel sperrig und dem Charakter nach fremd. Es ist sperrig, weil es Modernisierungsprozesse befördern und Innovation einleiten soll. Machen wir uns dies noch einmal in Gänze klar: Selten wird Wissen in reiner Bildungsabsicht vermittelt, also indem Bestreben, zur Reflexion und Erweiterung des (Wissens-)Horizonts der Teilnehmer beizutragen, sondern fast immer mit der Intention, Veränderungen der gewohnten Alltagspraxis einzuleiten und herkömmliche Routinen, die sich aus Sicht der Teilnehmer bis dato aber als tragfähig erwiesen haben, zu revidieren. Wissenstransfer dieser Art startet also faktisch mit einer Negativbotschaft – die vorhandene Praxis ist defizitär, obwohl sie funktioniert – und stellt die Sinnhaftigkeit des bisherigen, für sinnvoll erachteten und tragfähigen Handelns in Frage.

Nicht verwunderlich daher, dass er auf Abwehr, Abschottung und andere vergleichbare Formen des Widerstands trifft.

Nun ist allerdings für Veränderungen und Innovationen, die Motor von Modernisierungsprozessen sind, typisch, dass sie – so hat Zapf (1994) einst betont – *immer* auf Widerstand stoßen und das aus dem genannten Grund. Daher stellt sich die Frage, ob nicht folglich, auch wenn es um Wissenstransfer geht, der ja stets auf Veränderung und Innovation zielt, *immer* mit Widerstand zu rechnen ist? Anders formuliert und etwas provokativ gefragt: Müssen wir nicht, statt über Wissenstransfer zu diskutieren, eher über so etwas wie „Widerstandsmanagement“ nachdenken?³

Diese etwas befremdlich anmutende Frage ist um so wichtiger als das in die Praxis zu transferierende Wissen der Pflege *fremd* ist, denn es handelt sich um einen speziellen Typus von Wissen: um wissenschaftliches Wissen. Die Pflege – in Deutschland nach wie vor ein Ausbildungsberuf garniert mit Teilakademisierungen – handelt hierzulande bislang nicht auf der Basis wissenschaftlichen Wissens, sondern stützt sich auf additives, handlungspraktisches und erfahrungsgesättigtes Wissen. Erst seit Beginn der Etablierung von Pflegewissenschaft wird die Pflege vermehrt mit wissenschaftlichem Wissen konfrontiert. Allerdings verfügt sie nicht über die qualifikatorischen Voraussetzungen dafür, mit dieser Art von Wissen umzugehen. Nochmals: Bislang sind in der Praxis überwiegend beruflich qualifizierte Pflegenden tätig, die in ihrer Ausbildung nicht gelernt haben, wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsbefunde zu handhaben, ja nicht einmal sie zu rezipieren. Mit anderen Worten: In der Praxis fehlt es an der nötigen Expertise zur Rezeption und zum Umgang mit wissenschaftlichem Wissen. Wissenschaftliches Wissen stößt hier auf einen nicht vorbereiteten Boden und dies setzt, nebenbei bemerkt, der Forderung nach Evidenzbasierung abrupte Grenzen.

Der verstorbene Kollege Axmacher hat vor vielen Jahren darauf verwiesen, welche Verwerfungen daraus entstehen können und prognostiziert, dass eine schwer zu überbrückende Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis entstehen dürfte (Axmacher 1991). Doch weniger das soll hier thematisiert werden, als vielmehr gefragt werden, welche Konsequenzen daraus unter Transforgesichtspunkten erwachsen. Zum einen ist auch aus diesem Grund mit Ratlosigkeit, Verunsicherung und Widerstand zu rechnen, geboren aus der Not nicht vorhandener Expertise im Umgang mit wissenschaftlichem Wissen. Dies spricht nochmals dafür, die Frage des „Widerstandsmanagements“ ernsthaft zu diskutieren. Zum anderen ist von grundlegender Irritation auszugehen, weil ungewohntes bzw. fremdes Terrain zu betreten ist. Für die hier zu führende Debatte legt dies die Schlussfolgerung nahe, dass Wissenstransferstrategien die Vermittlung von notwendigen Kompetenzen, um dies Terrain zu erschließen, umfassen müssen, also *zum Umgang mit wissenschaftlichem Wissen* befähigen müssen.

Ich halte diese Schlussfolgerung für richtig, aber zugleich für verkürzt und das aus zwei Gründen. Einerseits verkennt sie, dass der Umgang mit

³ Oder sollen wir – wie in der Medizin und anderen Gesellschaftsprofessionen mit neuen Weiterbildungsregelungen faktisch geschehen – auf „Verordnung von oben“ setzen und Widerstand damit gesetzlich aushebeln? Aus erziehungswissenschaftlicher Sicht ist dies eine Strategie, die nach Unterlaufung ruft und diese ist in der Tat heute schon zu beobachten.

wissenschaftlichem Wissen nicht im Schnellverfahren vermittelbar ist, sondern es auch zum Umgang mit wissenschaftlichem Wissen wissenschaftlicher Kompetenz und auch Zeit bedarf. Wieso wird sonst dafür in langjährigen Studiengängen ausgebildet? All das ist verzichtbar, wenn wissenschaftliches Wissen und wissenschaftliche Expertise auch per Fortbildung oder im Schnellverfahren vermittelbar wäre. Dieser Vorstellung, die u.a. auch das österreichische Krankenpflegegesetz beherrscht, unterliegt also ein naives Wissenschaftsverständnis.

Andererseits – und das ist in diesem Kontext gravierender – übersieht sie, dass wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen (auch berufspraktisches Alltagswissen) zwei unterschiedliche Typen von Wissen darstellen, die ganz unterschiedlich strukturiert sind und jeweils anderen Logiken und Relevanzen folgen. Alltagswissen ist handlungsorientiert und auf Problemlösung ausgerichtet. Wissenschaftliches Wissen hingegen ist analytisch orientiert, zielt auf Erkenntnisgewinn und darauf, bestehende Lösungen zu hinterfragen und zu relativieren. Beide Typen von Wissen sind also nur bedingt vereinbar. Damit wissenschaftliches Wissen überhaupt im Alltag nutzbar gemacht werden kann, ist die schwierige Aufgabe zu bewältigen, es in Alltagswissen zu übersetzen. Das geschieht nicht automatisch und ist – wie Bernd Dewe mehrfach betont hat (u.a. Dewe/Radke 1989; Dewe 2005), – weitaus schwieriger als üblicherweise unterstellt. Denn dazu muss wissenschaftliches Wissen verwandelt, ja transformiert werden. Es muss faktisch – wie die Wissensverwendungsforschung schon in den 1980er Jahren eindrucksvoll gezeigt hat – seiner wissenschaftlichen Identität entkleidet und unter den Bedingungen der alltäglichen Handlungspraxis neu konstituiert werden (auch Beck/Bonß 1989). Für die Diskussion erwächst daraus eine weitere Frage: Kann Transferstrategien überhaupt Gelingen beschert sein oder benötigen wir stattdessen nicht Strategien der *Wissenstransformation*, Strategien also, die der Tatsache Rechnung tragen, dass Wissenschaftswissen und Alltagswissen tendenziell unvereinbar sind und es daher besonderer Transformationsschritte bedarf, damit wissenschaftliches Wissen angeeignet und verwendungsrelevant werden kann?

Bejaht man diese Frage, wofür vieles spricht, erwachsen daraus weit reichende Konsequenzen. Zum einen können wir endgültig von einfachen, gemeinhin üblichen Transferstrategien Abschied nehmen, auch davon, sie verfeinern oder anreichern zu wollen, denn auch das dürfte ohne die gewünschten Effekte bleiben. Ebenso müssen wir uns von herkömmlichen, Vorstellungen der Wissensvermittlung verabschieden, denen zufolge Wissen zwar didaktisch raffiniert aufbereitet, dann aber lediglich weitergegeben wird, in der Hoffnung, dass es schon auf fruchtbaren Boden fallen und zur rechten Zeit Früchte tragen wird. Denn bei all diesen Vorgehensweisen wird die Aneignungsseite zu wenig beachtet.

Stattdessen sind Transferprozesse als Vermittlungs- und Lernprozesse zu konzeptualisieren, die um die zur Verwendung wissenschaftlichen Wissens notwendigen Transformationsschritte zentriert sind.⁴ Anders formuliert: Wir müssen die am weitesten verbreitete Transferstrategie – Qualifi-

⁴ Dazu muss es vom Rezipienten a) anschlussfähig gemacht, b) mit dem bestehenden Wissensrepertoire verknüpft und c) in brauchbares Handlungswissen umgesetzt werden, also einem mehrschichtigen Transformationsprozess unterworfen werden (Schaeffer 1994).

zierung bzw. Fort- und Weiterbildung – auf den Prüfstand stellen. Wie weit sind Qualifikationsmaßnahmen so konzipiert und organisiert, dass sie solche Transformationsprozesse ermöglichen? Ist die eingangs angedeutete und vielfach beklagte begrenzte Wirksamkeit von Qualifikationsstrategien darauf zurückzuführen, dass sie – abgesehen von der zuvor erwähnten Paradoxie und den daraus erwachsenen Widerständen – nach wie vor als Transfer und eben nicht als Transformation von Wissen konzipiert sind? Wie aber können sie so konzipiert werden, dass sie Wissenstransformation ermöglichen und welche didaktischen und organisatorischen Konsequenzen erwachsen daraus? Weiterhin ist zu fragen, ob Wissenstransfer, als mehrschrittiger Prozess der Transformation angelegt, nicht eine sehr anspruchsvolle Strategie ist? Welche Mindestvoraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Wissen angeeignet und intentionsgemäß verwendet wird?

Kommen wir zu einer *anderen Strategie*, die für die hier zur Diskussion stehende Thematik nicht minder wichtig ist. Qualifikationsstrategien zielen immer auf das Individuum und geraten leicht an Grenzen, weil sie den institutionellen Kontext, in dem das Wissen zur Anwendung kommen soll, zu wenig im Blick haben und der Verwendung von Wissen zu wenig Beachtung schenken. Angespielt ist auf das allen hier Anwesenden vertraute Problem, dass Qualifikationsmaßnahmen oft kurzfristig große Effekte zeitigen – motivierte, beflügelte, handlungswillige und veränderungsbereite Teilnehmer entlassen – aber schon mittelfristig von all den positiven Effekten nichts mehr zu bemerken ist.

Eine der Ursachen dafür ist, dass die Teilnehmer mit ihren Intentionen alsbald im Alltag stranden, weil das neu erworbene Wissen mit den dort vorfindbaren organisatorischen Bedingungen und institutionellen Strukturen kollidiert. Martin Moers und ich konnten dies in unseren Untersuchungen über die Aids-Krankenversorgung hinlänglich beobachten – auch was passiert, wenn professionelle Akteure sich darüber hinweg setzen und mit einem gehörigen Maß an Pioniergeist oder auch Resilienz über widrige organisatorische Gegebenheiten hinweg Neuerungen und Innovationen umsetzen und so neues Wissen zur Anwendung bringen. Meist liefen sich die Innovationen über kurz oder lang leer, weil sie nicht durch die gegebenen Strukturen abgesichert waren, oder sie strandeten an professionellen Hürden und Hierarchien (ein für die Pflege wichtiger Befund, weil sie sich am unteren Ende der professionellen Hierarchie befindet) und immer führten sie mittel- und längerfristig zu burn-out Phänomenen, weil gegenläufiges, institutionell nicht abgesichertes Handeln nicht dauerhaft aufrechterhalten werden kann und zu Erschöpfung führt (Schaeffer/Moers 2002; Rosenbrock/Schaeffer 2002; Schaeffer 2002).

Lange Rede kurzer Sinn: Muss – so die daraus erwachsene Frage – auf Veränderung und Innovation zielender Wissenstransfer – bzw. Wissenschaftstransfer – nicht immer auch in Strategien der *Organisationsentwicklung* eingebunden sein? Es gibt Verfechter der These, dass es sogar umgekehrt sein müsse, der Organisationsentwicklung der prioritäre Part zukomme und Qualifikationsmaßnahmen nur dann in dem gewünschten Sinn – Veränderung – wirksam werden, wenn sie in diese eingebunden sind? Welche Erfahrungen liegen zu all dem aus dem Bereich der Organisationsentwicklung vor? Welche Potenziale, Möglichkeiten und Grenzen bietet die Strategie Organisationsentwicklung in dem hier zu diskutierenden Zusammenhang? Welcher Stellenwert kommt neueren, aus der Managementdiskussion stammenden Konzepten wie beispielsweise dem Wis-

sensmanagement zu? Welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen haben diese Konzepte unter Gesichtspunkten des Wissenstransfers?

Folgt man den Überlegungen Druckers (1994) zur Informations- und Wissensgesellschaft, ist es für Organisationen schon heute und künftig noch mehr eine überlebenswichtige Aufgabe, Wissensressourcen zu erschließen und für die Bereitstellung von Wissen Sorge zu tragen, um die Anforderungen an Innovation und Flexibilität zu erfüllen, neue Trends erahnen und in Produkte bzw. Prozesse umsetzen zu können (Drucker 1994). Ohne näher auf die Überlegungen zur Wissensgesellschaft einzugehen, stellt sich die Frage, ob Wissensmanagement die dazu geeignete Strategie ist. Oder zielt Wissensmanagement nicht zu sehr auf das in Organisationen bereits vorhandene Wissen, vernachlässigt also die Erschließung von neuem wissenschaftlichen Wissen.

Verweilen wir noch einen Moment bei dem Thema Nutzung oder Umsetzung von Wissen, richten den Blick jedoch auf eine andere Strategie richten: *das Implementationsmanagement*, das eng mit der Organisationsentwicklung verbunden ist, aber einem anderen Fokus folgt und gezielt auf die Umsetzung zwecks Veränderung abhebt.

Anlass sich mit dieser Strategie hier zu beschäftigen ist folgender: Es gehört zu den vertrauten Erscheinungen im Gesundheitswesen und auch in der Pflege, dass Reform- und Innovationsprozesse mit viel Energie geplant und vorbereitet werden, aber die reale Umsetzung den Akteuren vor Ort überlassen ist. Bestenfalls wird noch für die geplante Innovation geschult und qualifiziert – was ein Fortschritt ist. Doch dann obliegt die Realisierung den beteiligten Akteure – in der Regel ohne weitere Implementationsbegleitung. Und immer wieder kann am Ende mit Erstaunen festgestellt werden, dass Innovationen fehlgegangen oder gar gescheitert sind oder aber, dass von den einstigen Zielen nicht mehr viel zu sehen ist und aus der Reform ein Reförmchen geworden ist. Der eigentliche Innovationsgehalt wurde im Verlauf des Geschehens so klein gearbeitet, dass er sich zwar als kompatibel mit der bisherigen Praxis erweist, aber nicht mehr viel mit den einstigen Zielen gemein hat. Unter Wissensgesichtspunkten besehen, wurde Wissen also anders verwendet als intendiert.

Glauben wir den Ergebnissen der in Deutschland nur schwach ausgebildeten Implementationsforschung, ist das ist nicht verwunderlich. Einer ihrer prominentesten Vertreter Fritz Scharpf hat bereits in den 1980er Jahren darauf verwiesen, dass Veränderungs- und Reformprozesse fehlgehen, wenn der Implementation von Reformen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie ohne systematische Implementationssteuerung und -begleitung realisiert werden, die für eine zielkonforme Umsetzung Sorge trägt und dabei behilflich ist, Hindernisse zu erkennen und auszuräumen (Scharpf 1982; auch Mayntz 1983 oder Shadish 1990). Deutlich wurde auch, dass es nicht ausreicht, den umsetzenden Akteuren das für die Innovation/Reform nötige (Fach-)Wissen zu vermitteln, sondern dass sie Umsetzungswissen benötigen (was ein gänzlich anderes Wissen ist) und auch der während der Implementation erfolgende Lernprozess systematischer Begleitung bedarf (Schaeffer 2002). Diese Erkenntnisse finden – wiewohl nicht neu, aber immer wieder neu gemacht – im Alltag nach wie vor wenig Beachtung. Sie sind für die Pflege von besonderer Relevanz, weil die Innovations- und Implementationsvoraussetzungen hier in der Regel schwierig sind. In den nachfolgenden Beiträgen von Martin

Moers und Klaus Wingenfeld wird aus unterschiedlichen Qualitätsentwicklungsprojekten berichtet, in denen diese Erkenntnis nicht ignoriert, sondern mit großer Sorgfalt umgesetzt wird. Welche positiven und negativen Erfahrungen dort mit der Strategie Implementationsmanagement gemacht wurden und was diese mit Blick auf die hier zur Diskussion stehende Thematik lehren, werden beide Autoren diskutieren und auch der Frage nachgehen, was zu beachten ist, wenn neues wissenschaftliches Wissen zur Veränderung der Praxis nutzbar gemacht werden soll und wie sich Implementationsmanagement zu den anderen Strategien verhält.

Eine weitere wichtige Erkenntnis, die wir der Implementationsforschung verdanken und die sich auch in den erwähnten Untersuchungen über die Aids-Krankenversorgung als zentral erwiesen hat, besteht darin, dass so genannten *top-down Strategien* in Reformprozessen meist geringerer Erfolg als *bottom-up Strategien* beschieden ist. Top-down Strategien (also von oben nach unten erfolgenden Innovationen, wie sie auch für Wissenstransferprojekte typisch sind) leiden fast immer daran, dass sie auf Akzeptanzprobleme stoßen und Reformprozesse unterlaufen werden (Brown 2001) – insbesondere dann, wenn – wie erwähnt – eine Implementationsbegleitung fehlt, die Kontrollfunktion übernimmt. Doch auch kontrollierte Reformprozesse stoßen – von oben angeregt – meist an Grenzen und haben mit Widerstand zu kämpfen (aus dem gleichen Grund wie von oben stimulierter Wissenstransfer). Wir kennen dieses Phänomen zur Genüge aus der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich, in dem sich mehr und mehr die Erkenntnis durchsetzt, dass Qualität nicht von außen in eine Einrichtung hineinkontrolliert werden kann, sondern von innen und eben unten entwickelt werden muss. Was – so die Frage – bedeutet das für Qualitätsprojekte, was für die hier zur Disposition stehende Thematik? Wissenstransfer wird fast immer top-down konzipiert, ist hier ein Umdenken nötig? Zugleich stellt sich die Frage, ob Wissenstransfer eingedenk der Tatsache, dass nicht ohne Weiteres anschlussfähige, wissenschaftliche Erkenntnisse diffundiert und Veränderungsprozesse eingeleitet werden sollen, überhaupt bottom-up erfolgen kann. Welche Erfahrungen liegen dazu aus der Praxis vor?

Abschließend sei ein anders gelagerter Aspekt angesprochen, die Frage, wer eigentliche die *geeignete Instanz* für die Aufgabe Wissenstransfer ist und wie Wissenstransfer organisiert werden kann. Diese Frage mag zunächst erstaunlich klingen, zumindest wenn man die hiesige Pflegediskussion betrachtet. Dort scheint völlig selbstverständlich zu sein, dass dies die Aufgabe von Wissenschaft sei. Dies gilt sowohl für die Praxis, die zwar mittlerweile etwas frustriert, dennoch erwartungsvoll auf die Wissenschaft schaut und – so die bereits zitierte Pflegedienstleiterin – von der Wissenschaft „an die Hand genommen und geführt werden möchte“. Auch Pflegewissenschaft scheint diese Aufgabe selbstverständlich als die ihre anzusehen – so jedenfalls der Eindruck, wenn man die immer wieder neu zu hörenden Selbstbeteuerungen glaubt „Pflegewissenschaft sei eine Praxiswissenschaft“ und habe ergo die Weiterentwicklung der Praxis zur Aufgabe. Nicht nur ist – wie schon angedeutet – das postulierte Wissenschaftsverständnis aus meiner Sicht fragwürdig und irreführend, vielmehr scheint mir die Aufgabenzuschreibung auch angesichts der gegebenen quantitativen Realitäten schlicht einer Überforderung gleichzukommen: Den insgesamt 1 Mio. beruflich ausgebildeten Pflegekräften (die in den nächsten 30 Jahren tätig sein werden) stehen in Deutschland 50-100 Pfl-

gewissenschaftler an Fachhochschulen und Universitäten gegenüber. Dieser kleinen Gruppe zu all den mit der Entwicklung einer neuen wissenschaftlichen Disziplin verbundenen Aufgaben auch diese noch zuzuweisen, dürfte an Machbarkeitsgrenzen stoßen. Zudem hat Wissenschaft in erster Linie die Aufgabe der Wissensproduktion. Auf die Praxis zielender Wissenstransfer ist – so eine weitere These – eine eigene Aufgabenstellung und braucht, vor allem wenn er als Transformation konzeptualisiert wird und auf Veränderung zielen soll, *eigene Instanzen*.

Dafür spricht u.a., dass all die heute zu diskutierenden Strategien dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre Anwendung neben Fachexpertise ergänzend jeweils unterschiedlich gelagerte (pädagogische, organisationsentwickelnde, implementationssteuernde) Interventionskompetenz voraussetzen, über die Wissenschaftler keineswegs naturwüchsig verfügen, sondern die ihrerseits der Ausbildung bedürfen. Doch auch die zur Wissensgesellschaft vorliegenden Überlegungen sprechen dafür. Dazu nochmals Drucker (1994): Ihm zufolge stellen wissenschaftliche Erkenntnisse und wissenschaftliches Wissen nur ein Potenzial dar. Darin, es produktiv werden und zur Anwendung kommen zu lassen, sieht er die eigentliche Herausforderung und neue Aufgabe, für deren Bewältigung es seiner Sicht zufolge eigener Wissensarbeiter, also eigener Instanzen bedarf, die als Team in Organisationen tätig sind, für die Organisation relevantes Wissen aufspüren und es durch „Anwendung von Wissen auf Wissen“ produktiv nutzbar machen (Drucker 1994).

Doch auch angesichts der besonderen Bedingungen in der hiesigen Pflege braucht Wissenstransfer eigene Instanzen. Gemeint sind wissenschaftlich ausgebildete Pflegeexperten, die in der Praxis tätig sind, dort als Mittlerpersonen zwischen Wissenschaft und Praxis fungieren und zugleich als change agents tätig werden: Veränderungserfordernisse sichtbar machen, aktuelle Trends aufspüren und Innovationen anregen (unter Nutzung neuen wissenschaftlichen Wissens), neue wissenschaftlich fundierte Konzepte in die Praxis einführen und deren Umsetzung begleiten, Erfordernisse des Wissenstransfers verdeutlichen, in der Praxis den Boden für Evidenzbasierung bereiten und mit all dem dazu beitragen, den dringend nötigen Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis herzustellen. Denn nochmals: Bislang existieren zwei „Welten“, hinter denen faktisch unterschiedliche gesellschaftliche Teilsysteme mit jeweils eigenen gegenläufigen Regeln stehen: hier die große und facettenreiche Praxis mit wissenschaftsunvertrauten Mitarbeitern und dort ein neuerlich addierter, kleiner Wissenschaftsbereich, dem mit dünner personeller Decke eine überaus große Zahl an Aufgaben zugeordnet ist. Ohne dass wissenschaftliche Expertise bzw. Wissensarbeiter konkret: die Absolventen der Studiengänge in die Praxis Einkehr halten, dort die Anschlussfähigkeit sichern und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse produktiv werden lassen, scheint mir unmöglich, wissenschaftliches Wissen so in der Praxis verankern zu können, dass es verwendungsrelevant werden und schlussendlich zu einer evidenzbasierten, innovativen Pflegepraxis führen kann. Fragt sich, welche Erfahrungen dazu aus der Praxis vorliegen. Wie können wir erreichen, dass Pflegeexperten bzw. „Wissensarbeiter“ mehr als bislang Eingang in die noch keineswegs wissenschaftsfreundliche Praxis finden – eine Praxis, die zudem zusehends von ökonomischen Zwängen gebeutelt wird und Pflegeexperten bislang als vermeidbaren Kostenfaktor wahrnimmt – und auch: Welcher Expertise bedürfen Pflegeexperten bzw. „Wissensarbeiter“, um

die ihnen zugedachte Aufgabe wahrnehmen zu können? – Fragen, die nicht außer Acht gelassen werden sollten.

Erste Thesen und Fragen

Kommen wir zum Schluss. Absicht meiner Ausführungen war, unterschiedliche Problemdimensionen der hier aufgeworfenen Thematik anzudeuten und das Spektrum an offenen und zu diskutierenden Fragen aufzufächern. Damit nicht zu viel an Aspekten im Raum steht, sei das Gesagte noch einmal thesenförmig gebündelt.

1. Systematisch betrachtet geht es weniger um Probleme des Wissens-, sondern des *Wissenschaftstransfers*, die Frage also, wie Forschungsbefunde bzw. generell pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis gelangen. Zu erörtern ist auch, wie sie so dorthin gelangen, dass sie angeeignet und intentionsgemäß für Veränderungen verwendet werden können.
2. Wissenschaftliches Wissen wirft zwangsläufig, weil es für die hiesige Pflege fremdes und sperriges Wissen ist, Widerstand und Abwehr in der Praxis hervor und dies erschwert den Wissenstransfer. Das gilt ebenso für die Schnelligkeit des sozialen Wandels und der Wissensproduktion. Zu diskutieren ist daher, ob Wissenstransfer folglich „Widerstandsmanagement“ beinhalten muss.
3. Wissenstransfermaßnahmen sind wenig effektiv, wenn sie wie meist üblich als bloße Dissemination von Wissen betrieben werden. Stattdessen ist offenkundig notwendig, sie als Vermittlungs- und Lernprozesse zu konzeptualisieren.
4. Wissenstransfermaßnahmen stoßen zudem rasch an Grenzen, wenn sie der besonderen Differenz zwischen Wissenschafts- und Alltagswissen zu wenig Beachtung schenken und sind eher als Transformations-, denn als Transferprozess zu konzeptualisieren. Wie das geschehen kann, ist ebenfalls zu diskutieren.
5. Wissenstransfer reibt und zerreibt sich oft an gegenläufigen organisatorischen Bedingungen und institutionellen Strukturen und dürfte ohne korrespondierende Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und zum Wissensmanagement nicht erfolgreich sein. Auch hier fragt sich, wie dies erfolgen kann.
6. Wenn Wissenstransfer im Ergebnis Veränderungen/Innovationen einleiten soll, dürfte notwendig sein, dem Verwendungskontext und ebenso der Umsetzung von Wissen und angestrebten Innovations- und Reformprozessen besondere Aufmerksamkeit zu schenken und mehr noch: die Umsetzung und Implementation persuasiv zu begleiten. Vieles spricht dafür, sich dabei mehr als bislang bottom-up Strategien zu bedienen. Allerdings ist fraglich, wie das in Anbetracht der realen Gegebenheiten in der hiesigen Pflege geschehen kann.
7. Wissenstransfer ist eine eigene Aufgabenstellung, die auf qualifikatorischer Ebene neben Fachexpertise zugleich intervenierender Kompetenzen bedarf und deren Realisierung eigene Instanzen (Wissensarbeiter) in der Praxis voraussetzt. Teilt man diese These erwachsen daraus weit reichende Konsequenzen, die ebenfalls der Diskussion bedürfen.

8. Wissenstransfer – und damit möchte ich schließen – ist offenkundig eine sehr komplexe und anspruchsvolle Aufgabe, die unterschiedlicher Bausteine und Schritte bedarf, soll ihr Erfolg beschieden sein. Fraglich ist, ob dies breitenwirksam realisierbar ist und welches die *Mindestvoraussetzungen* sind – sowohl für einen gelingenden Wissenstransfer wie auch dafür, um schlussendlich zu einer lernenden und einer überlebendfähigen Pflege zu gelangen.

Literatur

- Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, U./Krüger, H./Karsten, M./Bals, T. (Hg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person. Bielefeld: KT-Verlag, 120-138
- Beck, U./Bonß, W. (1989): Verwissenschaftlichung ohne Aufklärung? Zum Strukturwandel von Sozialwissenschaft und Praxis. In: Beck, U./Bonß, W. (Hg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 7-45
- Brandenburg, H. (2005): Zwei Seiten einer Medaille. *Nightingale* 2, 29-38
- Brown, S. J. (2001): Managing the Complexity of Best Practice Health Care. *Journal of Nursing Care Quality* 15 (2), 1-8
- Degele, N. (2000): Informiertes Wissen: eine Wissenssoziologie der computerisierten Gesellschaft. Frankfurt/Main: Campus-Verlag
- Dewe, B. (2005): Von der Wissenstransferforschung zur Wissenstransformation: Vermittlungsprozesse – Bedeutungsveränderungen. In: Antos, G./Wichter, S. (Hg.): Wissenstransfer durch Sprache als gesellschaftliches Problem. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag, 365-379
- Dewe, B./Radke, F.-O. (1989): Klinische Soziologie – eine Leitfigur der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. In: Beck, U./Bonß, W. (Hg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 46-71
- Drucker, P. F. (1994): Post-capitalist society. New York: HarperBusiness
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Roes, M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege: Neues Lernen in der Pflegepraxis. Bern: Huber
- Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Berlin: Sigma
- Schaeffer, D. (1994): Wissenstransfer im Gesundheitswesen. Analyse eines in der Aids-Krankenversorgung erprobten Modellversuchs. *Neue Praxis* 24 (2), 154-167
- Schaeffer, D. (2002): Innovation versus Normalisierung: Anpassungsversuche der ambulanten Pflege an HIV und Aids. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: Sigma, 229-242
- Schaeffer, D./Moers, M. (2002): Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten – Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: Sigma, 171-184

- Scharpf, F. (1982): Implementationsprobleme offensiver Arbeitsmarktpolitik. Das Sonderprogramm der Bundesregierung für Regionen mit besonderen Beschäftigungsproblemen (with D. Garlichs et al.). Frankfurt/Main: Campus
- Shadish, W. R. (1990): Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch, U./Wittmann, W. (Hg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, 159-182
- Stehr, N. (1994): Arbeit, Eigentum und Wissen: zur Theorie von Wissensgesellschaften. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Steinbicker, J. (2001): Zur Theorie der Informationsgesellschaft. Ein Vergleich der Ansätze von Peter Drucker, Daniel Bell und Manuell Castells. Opladen: leske + budrich
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Zapf, W. (1994): Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformation: soziologische Aufsätze 1987-1994. Berlin: Sigma

Transfer, Transformation oder Relationierung von Wissen. Theoretische Überlegungen zur berufsbezogenen Wissens- forschung

Bernd Dewe

Ziele der Erforschung des Wissenstransfers

Zweifellos ist Wissen wie vordem schon Kommunikation und Wissenschaft nicht nur zur Ikone der neuen Informations- oder Wissens(technologie-)gesellschaft, sondern auch zum Problem geworden. Die gegenwärtige „Renaissance des Wissens“ und der Wissenstransferforschung wurzelt in einer Reihe von Entwicklungen, die schlagwortartig benannt werden können: 1. Technisierung (Digitalisierung) von Wissen, 2. Ökonomisierung (Kommerzialisierung) von Wissen, 3. Modularisierung von Wissen, 4. Selbstreflexion über Wissen. Wissenstransferforschung hat es allgemein formuliert mit der Erforschung von Prinzipien, Wegen und Strategien zu tun, die einen allgemeinen, freien, schnellen und selektiven Zugang zu Wissen ermöglichen und optimieren sollen. Die Transferforschung erkundet die kulturellen, sozialen, kognitiven, sprachlich-medialen und emotionalen Bedingungen, die medialen Wege sowie Prinzipien und Probleme der Wissensrezeption unter dem Gesichtspunkt ihrer strukturellen und sozialen Vernetzung, ihrer Relevanz für Nicht-Experten und den Chancen ihres berufsgruppen- und zielspezifischen Transfers. Forschungen zum Transfer von Wissen sind darauf verwiesen Vermittlungswege und -instrumentarien, Probleme und Erfolge im Wissensverwendungsprozess zu untersuchen. Felder derartiger Untersuchungen sind prominenterweise und vorzüglich:

- Didaktik und Weiterbildung/Fortbildung
- Berufe und Professionen
- Journalistische Praxis
- öffentliche Medien- und Kommunikationsstrukturen
- institutionalisierte Informationsprozesse
- Technikfolgenabschätzung etc.

Die Frage nach den Möglichkeiten einer für Pflegeberufe brauchbaren Vorstellung von der Verwendung von wissenschaftlichem Wissen in der konkreten Berufspraxis ist vor dem Hintergrund der allgemeinen Diskussion um Transferforschung erst zu beantworten. Seit geraumer Zeit ist Wissenschaftstransfer zu einem Schlagwort geworden. Doch sind verschiedene Begriffe im Umlauf, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Auffallend dabei ist die oft völlig unreflektierte Verwendung von zentralen Begriffen und ihr undefinierter, gewissermaßen vorwissenschaftlicher Gebrauch: geht es z.B. um "Technologietransfer", "Wissenschaftstransfer", "Wissens-" oder "Informationstransfer"? Ich will im folgenden als Arbeitsgrundlage den neutralen Oberbegriff "Wissenschaftstransfer" benutzen, da er den Vorteil genießt, Inhalte und Methoden wissenschaftlichen Wissens gleichermaßen zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf die allgemeine Transferdiskussion kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der vorliegenden Untersuchungen aus handlungspragmatischer Sicht verschiedenste Aspekte des Vermittlungsprozesses zwischen Theorie und Praxis zum Gegenstand haben (vgl. Antos/Wichter 2005). Dabei geht es z.B. um Gründungs- und Innovationsberatung, um die Tätigkeit von wissenschaftlich-technischen Vereinen im Weiterbildungs- und Fortbildungsbereich, um die Probleme des Personaltransfers, um Informationsdefizite und Barrieren im Kommunikationsprozess zwischen Wissenschaftlern und beruflichen Anwendern wissenschaftlichen Knowhows und vieles mehr.

Im Zuge der Institutionalisierung von Transferstellen sind mittlerweile verschiedene Formen von Transferprozessen entstanden, je nachdem, ob Großforschungseinrichtungen, Universitäten, Bundesinstitute oder andere Einrichtungen die Vermittlungsleistungen des Transfers kontrollieren. Bei genauer Betrachtung der Diskussion um den Wissenschaftstransfer fällt auf, dass die Untersuchungen zur Vermittlung wissenschaftlichen Wissens in der Regel auf einem schlichten Nachrichtenübertragungsmodell basieren, und, wie auch die didaktischen Modelle, eine im Prinzip verlustfreie Transmission wissenschaftlicher Konzepte und Ergebnisse von der Ebene der Wissensproduktion auf die der Wissensanwendung unterstellen (vgl. Dewe 2005).

Die Mehrzahl der vorliegenden Untersuchungen beschränkt sich auf die Analyse der Bedingungen der Maximierung des innerorganisatorischen Gewinns des Wissenstransfers und schenkt der Wechselbeziehung zwischen den die jeweilige Innovation aufnehmenden Organisationen/Praxisfeldern und deren Umwelt zu wenig Beachtung. Neben der Einteilung in zeitliche Phasen und unterscheidbare Situationen konzentrieren sich die bisherigen Transferansätze auf die Ermittlung innovationsfreudiger oder -hemmender Organisationsstrukturen und Persönlichkeitsvariablen.

Darüber hinaus wird der Transfervorgang in aller Regel einseitig aufgefaßt, d.h. die Rückkopplung der Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis wird in aller Regel nicht systematisch thematisiert. Auch geben die bisherigen Transferstudien nur eine recht unbefriedigende Antwort auf das Problem des Wandels bzw. der Transformation des Gegenstandes der Diffusion. So wird Wissenschaftstransfer in der Regel lediglich als die Übertragung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse/Technologien in eine nicht-wissenschaftliche Praxis aufgefaßt. Die vorliegenden Transferstudien sind allgemein betrachtet inhaltlich von fast ausschließlich praktizierten "laissez-faire"-Komponenten geprägt, die auf den jeweiligen konkreten Fall von Transfer angewandt werden, ohne in diesem Prozeß zugleich von kategorialen Vorstellungen über basale Mechanismen, Hemmnissen und Prinzipien gesättigt zu sein.

Wissenschaftstransfer beansprucht zwar, die Gesamtheit aller Maßnahmen zu beinhalten, die zur angewandten Innovationsforschung beitragen, kann diesen Anspruch aber aufgrund mangelnder Grundlagenforschung realiter nicht erfüllen. Arbeiten, die eine anspruchsvollere Definition und theoretische Erfassung des Innovations- und Transferprozesses versuchen, zeichnen sich demgegenüber durch eine unübersichtliche Vielfalt von verschiedenen Perspektiven aus, so dass es zu sehr unterschiedlichen Einteilungen und Modellvorschlägen kommt. Es werden z.B. folgende Ebenen des Problembereiches unterschieden: Informationstransfer,

Technologietransfer, Weiterbildung, Transferforschung, oder vertikaler und horizontaler Transfer, oder Systematisierungen, die den Weg des wissenschaftlichen Ergebnisses von Produzenten zum Anwender beschreiben, bzw. Versuche, Transferprozesse mittels des kommunikationstheoretischen Sender-Empfänger-Modells zu beschreiben.

Vom einfachen zum didaktisch aufbereiteten Transfer

Rekonstruiert man die transfertheoretische Forschung – namentlich die neuere Wissensverwendungsforschung –, so lässt sich überblicksartig folgendes feststellen: In einem ersten Zugriff lassen sich zwei konträre Konzepte unterscheiden, die ihrerseits analytisch ausdifferenziert werden können: Wissenstransfer- und Wissenstransformationsvarianten samt den entsprechenden Forschungs- und Implementationskonzepten.

Obwohl bereits in der älteren, noch auf kausale Zusammenhänge rekurrierenden Technologiediskussion die Figur des Transfers bereits problematisch geworden war (vgl. Alisch/Rössner 1978), herrschte während der Innovationsperiode der Bildungsreform in den 1970er Jahren beinahe unangefochten eine naive Transfermentalität. Unter der Dominanz strukturfunktionalistischer, aber auch behavioristischer Theorieannahmen gingen die Überlegungen der Innovatoren von der Vorstellung eines technischen Transfer, exakter formuliert: eines sozial technologisch gedachten Transfers, aus. Gefolgt wurde implizit einem Konzept, dem eine Verwechslung von Verwissenschaftlichung und Innovation nach dem Muster „knowledge informs action“ zugrunde lag. Transfer stellte sich sozusagen als ein Logistikproblem dar bzw. als ein einfaches Sender-Empfänger-Modell.

In derartigen Konzeptualisierungen des Verhältnisses von wissenschaftlichem Wissen und beruflichem Handeln wurde eine Bedeutsamkeit wissenschaftlich erzeugten Wissens für die Praxis aufgrund seiner vermeintlich höheren Rationalität beansprucht. Wenn wissenschaftliche Argumentationen praktisch würden, dann deshalb, so war die Logik, weil sie vernünftig(er) seien. Die Funktion des wissenschaftlichen Wissens wurde folglich darin gesehen, das vorhandene Rationalitätsgefälle zwischen Wissenschaft und berufspraktischen Entscheidungsprozessen aufzuheben und dabei die gesellschaftlichen Praxisfelder im Zuge der Verwendung wissenschaftlichen Wissens auf das Rationalitätsniveau der Wissenschaft zu heben.

Getragen von der Vorstellung, wissenschaftliches Wissen – (als Theorie) – habe „als Basis des praktischen-Handelns“ zu fungieren, forderten die Transferprotagonisten vom Berufspraktiker die rationale Ableitung seiner Handlungsvollzüge aus wissenschaftlichem Wissen. Diese Vorstellung mag als Beleg für die einfache Transfermentalität gelten. Nicht hinreichend wird in derartigen Vorstellungen der Umstand berücksichtigt, dass wissenschaftliches Wissen von vornherein nicht ein besseres Handeln-Können impliziert. „Erklärungswissen“ (Hartmann 1968), welches auf Generalisierung ausgerichtet ist, ist als solches prinzipiell unanwendbar außerhalb des Wissenschaftssystems und kann mit „Handlungswissen“ nicht in eins gesetzt werden: „Das wissenschaftliche Wissen ist deshalb wie ein Sonderwissen, weil Erwerb, Benutzung, Verteilung und Produktion wis-

senschaftlichen Wissens durch besondere soziale Normen und Werte gesteuert werden, die lediglich für die soziale Gruppe der Wissenschaftler handlungsrelevant sind. Außerdem verfügen diese über eigene methodische Regeln bei der Überprüfung vorgebrachten wissenschaftlichen Wissens, um eine intersubjektiv erfolgende Kontrolle durch andere Wissenschaftler zu gewährleisten. Überdies wird das wissenschaftliche Wissen nicht durch bloße Teilnahme an sozialen Interaktionen erworben und als konkretes Handlungswissen für typisch ablaufende Handlungssituationen mit der Aussicht auf einen sich durchschnittlich einstellenden Handlungserfolg eingesetzt. Vielmehr wird es in einem für den jeweiligen Wissensbestand einer Fachdisziplin gültigen wissenschaftlichen Bezugsrahmen erworben und stellt ein von konkret ablaufenden Handlungsvollzügen relativ unabhängiges Wissen dar, das zudem deshalb von allgemeiner und formaler Art ist, weil es sich dann nicht mehr unvermittelt in konkreten Handlungsvollzügen einfügen lässt.“ (Riegel, 1974: 12).

Die sich alsbald einstellenden negativen empirischen Erfahrungen machten es zwingend, das den Transfervorstellungen zugrundeliegende technokratische Wissensverwendungsmodell im Sinne der Verwissenschaftlichung der Praxis auf Rezeptionshindernisse und Aufnahmewiderstände hin zu überprüfen. Im Ergebnis sah man sich zu dieser Zeit aber lediglich vor die Aufgabe gestellt, diese gewissermaßen kommunikativ mit Hilfe didaktischer Hilfen zu überwinden.

In Verkennung der Differenz zwischen Erklärungs- und Handlungswissen konzentrieren sich die Verfechter einer verfeinerten Transferkonzeption auf die Ermittlung innovationshemmender Organisationsstrukturen sowie auf die Manipulation von Persönlichkeitsvariablen ihrer Adressaten. Der Transfer wissenschaftlichen Wissens wird nun als Transportproblem auf schwieriger Trasse behandelt oder, um in den Worten von Beck/Bonß (1989) zu sprechen, nach dem Modell des Riesels im Stundenglas gedacht. Dabei ist die obere Hälfte des Glases angefüllt mit den Sandkörnern der wissenschaftlichen Erkenntnis, die allmählich in die gesellschaftlichen Praxisfelder rieseln.

Zur Erleichterung des Transfers käme es so, hier die Einsicht, darauf an, die Engstelle im Transferprozess durch kommunikative Prozesse und didaktische Operationen' gleichsam zu weiten. Solange der Sand ungehindert durchläuft, gibt es keine Probleme: Hingegen führen Verengungen und Blockaden in dem jeweiligen beruflichen Praxisfeld zu Erscheinungen, die als Verständigungsschwierigkeiten, Rezeptionswiderstände und Selektionsfilter ausgemacht werden, um sie dann didaktisch ausräumen oder einer entsprechenden Sonderbehandlung zuführen zu können. Exemplarisch für diese Konzeptionen eines didaktisch verfeinerten Transferdenkens standen die Sozialtechnik des survey feedback sowie die Übernahme eines modifizierten Diskurskonzepts in bestimmten Varianten der Handlungsforschung (vgl. etwa Bulla 1976).

Beide Konzeptionen waren Ausdruck eines Wissenschaftszentrismus, der auf die sozialtechnische Steigerung der Effizienz der Vermittlung zielte. Auch wenn versucht wurde, unmittelbar an die Problem- und Fragestellungen der berufspraktisch Handelnden anzuschließen, waren es didaktisch motivierte und weiterhin unter dem Effektivitätsanspruch wissenschaftlich angeleiteter Innovation stehende Ansätze. Gefordert wurde, dass nicht nur fachliche Inhalte, sondern auch deren Entstehungs- und

Verwendungszusammenhang und schließlich der Vermittlungsvorgang selbst mitthematisiert wird. Nicht nur Theorien sind zu vermitteln, sondern metatheoretischen Überlegungen muss Raum gegeben werden, so eine Forderung.

Das vorläufige Fazit zu diesen beiden Transferkonzepten lautet, dass sowohl im feedback-Verfahren als auch im sozialtechnisch adaptierten Diskurskonzept bzw. didaktisch flankierten Transferversuchen die kommunikative Vermittlung von vorab erzeugten, außerhalb des praktischen Handlungsvollzuges zustande gekommenen, nach Kriterien wissenschaftlicher Logik validierten Wissensbeständen anstand, die im Diskurs gerade nicht auf ihre Geltungsbedingungen hin überprüft wurden, so eine bekannte Empfehlung von Jürgen Habermas in dieser Sache, sondern vornehmlich überredend in den Deutungshaushalt der Praktiker integriert werden sollten.

Vom Wissenstransfer zur Transformation

Angesichts der Unzulänglichkeit und des praktischen Scheiterns der Transferkonzeptionen rückten in komplexeren Untersuchungsdesigns und kritisch-reflexiven Studien in der Folge Transformationsvorstellungen in den Vordergrund. Hierbei handelt es sich um keine bloße Begriffsspielerei, sondern die neue Begrifflichkeit ist Ausdruck eines Strategiewechsels, der allerdings anfangs noch intentional von der Wissenschaft ausgehende Innovationsabsichten einschloss.

Der zunächst betriebene „Einbau von Verwendungsfähigkeit“ bei der Generierung von wissenschaftlichem Wissen, der nicht zuletzt das Problem der Finalisierung der Wissenschaft mit sich bringt, wurde in einer zweiten Stufe abgelöst von Überlegungen über die Selektionsfähigkeit der Abnehmerseite und ihren produktiven Umgang mit dem adaptierten Wissen. Diese Positionen wurden bald um Konzepte ergänzt, die von einem Verhältnis der wechselseitigen Bereicherung beider Wissensformen ausgingen, bis schließlich in einer Radikalisierung das Transformationsverhältnis nur noch von der Seite der Abnehmer (Praktiker) her gedacht wurde.

Zur Transformationsforschung und ihren Variationen Im einzelnen: Stand bei raffinierteren Transferkonzepten die Überwindung von Rezeptionswiderständen im Mittelpunkt, so reagieren Transformationsmodelle unter dem Eindruck phänomenologischer und kognitionswissenschaftlicher Einsichten auf die Entdeckung der Strukturdivergenz von wissenschaftlichem und handlungspraktischem Wissen. Die zentrale Annahme der Wissenstransformationsforschung lautet, dass die Praxis nicht als ein verdorrtes Feld aufzufassen ist, das von der Wissenschaft zu bewässern wäre. Praktisches Handlungswissen und Wissenschaftswissen seien vielmehr zwei Varianten gesellschaftlicher Wirklichkeitskonstruktion, die nicht individual- oder motivationspsychologisch, sondern sozialstrukturell divergent hervorgebracht sind.

Zwar wird das Theorie-Praxis-Problem unter einer Einheitsvorstellung weiter als Vermittlungsaufgabe angesehen, jetzt aber als „Theorie-Theorie-Problem“ reformuliert. Aufgegeben wird die Vorstellung, dass praktische Handlungsregeln schlichtweg durch wissenschaftliche Erklärungen zu optimieren bzw. zu ersetzen seien. Mit Hilfe wissenschaftlicher Theorien

kann es - so die neue Einsicht - allenfalls in besonderen, empirisch angebbaren Prozessen zu einer Revision der praktischen Handlungstheorien kommen. Gefragt wird nun nach dem Subjekt der notwendigen Transformationsleistung und nach den Transformationsmodalitäten. Als Kandidaten angeboten werden die Erzeuger-/Senderseite ebenso wie die Empfänger-/Verwenderseite.

In der Absicht der indirekten Intervention in die Berufspraxis wurde im Transformationsmodell die überkommene behavioristische Konstruktion der Einstellung resp. der Einstellungsänderung durch das Konstrukt des „Alltagswissens“ bzw. in manchen Fällen auch der „Alltagstheorie“ ersetzt. Mit der Wendung zum „epistemologischen Subjekt“ ging es nun um die wissenschaftliche Anreicherung „handlungsleitenden Wissens“ und „subjektiver Theorien“, welche in dieser Konzeption das Handeln von Praktikern steuern. Unter subjektiven Theorien wird ein Aggregat von bewußten bzw. teilbewußten Kognitionen der Selbst- und Weltsicht verstanden, die zumindest implizit analoge Strukturen zu 'objektiven', systematisierten, d.h. wissenschaftlichen Theorien aufweisen (vgl. Schütz 1971; Sprondel/Grathoff 1979; Laucken 1974).

Konsequenterweise wird das Verhalten des Berufspraktikers „aufgefaßt als etwas, dem Einschätzung der Situation, Informationsverarbeitung, Diagnose, Erwägung von Maßnahmen und Entscheidung für eine Maßnahme vorausgehen“ (Hofer 1986: 6). In diese Abfolge wollen die Transformationsexperten eindringen, indem sie die Verwendungsfähigkeit ihrer Theorieangebote dadurch zu erhöhen suchen, dass sie ihre Produktion anschlussfähig an die jeweils unterstellten oder zuvor erhobenen Wissensbestände des beruflichen Alltags von Praktikern machen.

Auch dieses Transformationskonzept bleibt allerdings einem Wissenschaftszentrismus verhaftet, der erst abgelöst wird in einem Wissensverwendungsmodell, das v. Engelhardt (1982) für den Bereich der Lehrerbildung entworfen hat. In seinem Modell wird der Akteur, der die Transformation zu leisten hat, von der Wissenschaftsseite auf die Verwenderseite verschoben. Neben der fortbestehenden Vorstellung eines Diffusionsprozesses, der bisher im Zentrum der Aufmerksamkeit stand, soll jetzt zusätzlich, aus der Perspektive des Verwenders, mit einem gleichsam parallel laufenden Umsetzungsprozeß gerechnet werden. Allein schon diese Vermutung deutet an, dass der Transformationsprozeß von wissenschaftlichem Wissen in Berufspraxis nicht uno actu zu erledigen ist, sondern differenzierter konzipiert werden muß. In der Umsetzung werden 'brauchbare' wissenschaftliche Wissenselemente unter der Dominanz berufspraktischer Motive in Handlungsstrategien verwandelt – so die Annahme. Die beiden bestenfalls analytisch trennbaren Prozesse der Diffusion und Adaptation, werden kategorial als doppelter Transformationsprozeß (Dewe 1982) wissenschaftlichen Wissens analysiert.

Die Transformationsposition behauptet, dass wissenschaftliche Denkweisen nicht in schlichter Übersetzungsregel an die Praxis vermittelt werden können. Betrachtet man die Dissoziation wissenschaftlich erzeugten und alltags- bzw. berufspraktisch verfügbaren Wissens als prinzipielles Problem, stellt sich beim Umgang mit Wissenschaftswissen zwingend die Frage der Selektion von Wissen beim Übergang in Praxisstrukturen.

Dass beruflich Handelnde im Sozial- und Gesundheitswesen mit den in der Ausbildung und wissenschaftlichen Fortbildung erworbenen wissen-

schaftlichen Wissensbeständen in der Praxis hochselektiv umgehen, ist in einer Reihe von Untersuchungen beschrieben worden. „Die Beschreibung solcher Verwendungs- und Nutzungsmöglichkeiten macht (zudem) deutlich, dass es gerade nicht um direkte, sondern eher um indirekte Umsetzungen ins konkrete Handeln geht“ (Pieper 1988: 184). Gezeigt werden konnte, wie wissenschaftliches Wissen in den Legitimationshaushalt einer institutionell aufgenötigten Praxis gleichsam „eingebaut“ wird.

Von Engelhardt unterscheidet mit Blick auf Lehrer/innen (1) die Form der „Abschirmung“, die dadurch charakterisiert ist, „das wissenschaftliche Wissen nur so weit aufgegriffen wird, wie es entweder die eingeschliffenen Zielsetzungen, Handlungsweisen und Interpretationsmuster bestätigt oder für sie irrelevant ist“; (2) die Form der „Umfunktionierung“, in der das wissenschaftliche Wissen zwar aufgenommen wird, die beruflichen Handlungsmuster aber nur unmerklich verändert werden, so dass dieses Wissen mit der etablierten Praxis vereinbar bleibt oder nur unwesentliche und äußerliche Modifikationen notwendig werden“; (3) die Form der inkontingenten „Abspaltung“ des wissenschaftlichen Wissens von den alltagsbezogenen Deutungsmustern. Diese drei Formen des Umgangs mit wissenschaftlichem Wissen folgen noch der Logik einer selektiven Nutzung.

Aber die von v. Engelhardt untersuchte vierte Form, die der „produktiven Auseinandersetzung“, besteht jedoch darin, dass neues wissenschaftliches Wissen aufgegriffen wird aus dem Interesse und der Erwartung heraus, „dass auf diese Weise berufliche Probleme neu und angemessener wahrgenommen und erklärt werden können und dass sich auf diese Weise notwendige Veränderungen beruflicher Zielsetzungen und Handlungsweisen einleiten lassen“ (vgl. Engelhardt 1982: 97). Diese Form des Umgangs mit wissenschaftlichen Wissensangeboten durch Berufspraktiker kann als erste Operationalisierung dessen angesehen werden, was in der neueren Wissenstransferforschung als „reflexive bzw. strategische Transformation“ bezeichnet worden ist. Neben dem Diffusionsprozess, der in der Transferforschung im Zentrum stand, muss aus der Aktorperspektive ein mitlaufender Umsetzungsprozess in Rechnung gestellt werden, in dem brauchbare sozialwissenschaftliche Wissens Elemente unter der Dominanz berufspraktischer Deutungs- und Handlungsmuster erst in Handlungsstrategien umgesetzt werden (vgl. auch Dewe 1991).

Erst in dieser Form des Umgangs mit wissenschaftlichem Wissen - der produktiven Auseinandersetzung mit demselben -, wird neues wissenschaftliches Wissen substantiell aufgegriffen.

In der Wissensverwendungsforschung folgten allerdings noch weitere Konzeptualisierungen: Das Problem der Verschiebung des Akteurs von der Seite der Wissenschaft auf die Seite der Praxis und vice versa wird in Studien wie denen von Rebel (1989) und Tietgens (1988) für den Bereich der beruflichen Weiterbildung gewissermaßen synthesehaft 'gelöst' durch die Vorstellung eines gegenseitigen Enrichment-Prozesses bzw. einer wechselseitigen Befruchtung, in der beide Wissensformen als „gleichberechtigte Partner“ voneinander „lernen“. So spricht Tietgens von einer anzustrebenden Perspektivenverschränkung von Wissenschaftswissen und Alltagstheorien aus der Berufspraxis, die auf die Deutungssysteme „beiderseitig auflockernd“ wirken soll: „Worauf dabei zu achten wäre, das ist die Wechsel-

seitigkeit der Transformationsprozesse, die sich aus einem holistischen Hintergrundwissen entwickeln kann" (a.a.O.: 5).

Eine weitere Radikalisierung erfahren die Überlegungen zur Verwendung wissenschaftlichen Wissens in berufspraktischen Handlungskontexten durch die Auffassung, dass dieser Vorgang in keiner Weise mehr von der Wissenschaftsseite her zu beeinflussen ist. Im Rahmen der Analyse des „beruflichen Handlungswissens“ von in der Erwachsenenbildung pädagogisch Tätigen stellt Sylvia Kade fest, dass „der Erwerb einer Transformationskompetenz (nicht) ausreicht, um Theorie in Praxis zu 'übersetzen'. Vielmehr führt überhaupt kein direkter Weg vom Sonderwissen der Theorie zum Handlungswissen der Praxis.“ (1989: 59). Die Idee des immer noch präformierenden Einflusses auf den Verwendungsprozeß von seiten der Wissenschaft ist hier vollends aufgegeben. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass der Umgang mit den wissenschaftlichen Wissensangeboten jeweils spezifischen, situativ-pragmatischen Regeln folgt, wobei im Adaptionprozeß wissenschaftliches Wissen erst durch den beruflich Handelnden selbst aktiv in praktische Problemlösungsweisen und -situationen eingeführt wird.

Relationierung, Resonanz und Reflexion von Wissen im Berufsfeld

Von der Adaptionforschung, in der die Verwenderseite das wissenschaftliche Wissensangebot im beruflichen Handlungskontext neu konstituiert, war es nur noch ein kleiner Schritt, die am Modell von „Arbeit“ und „Tausch“ orientierte „Transfervorstellung“ wie aber auch die komplexeren Transformationskonzeptionen gänzlich zu verlassen und die dort verfolgte Akteursperspektive („Sender“ oder „Empfänger“) überhaupt aufzugeben. Vom radikalen Konstruktivismus und der neueren Systemtheorie inspirierte Konzeptualisierungen der Verwendung wissenschaftlichen Wissens in der Berufspraxis überwinden die Transferthematik radikal und sprechen von der Konstituierung einer eigenständigen „dritten“ Wissensform, die aus der Begegnung wissenschaftlicher und berufspraktischer Sichtweisen resultiert. Nicht mehr am Modell der physikalischen Mechanik einliniger Kausalitäten, sondern am biologischen Modell der „Selbstähnlichkeit“ und „Selbstbezüglichkeit“ sind systemtheoretische Wissensverwendungsvorstellungen gewonnen, die die Denkfigur der Vermittlung von Theorie und Praxis aufgeben und ihre „Begegnung“ zu einem eigenständigen Ereignis machen, das dadurch zustande kommt, dass wissenschaftliche und berufspraktische Betrachtungsweisen als solche erhalten bleiben aber wechselseitig „kontrastiert und relationiert“ werden.

Aufgelöst wird damit ein Paradox der zuvor skizzierten Wissensverwendungsforschung, die sich mit der Transformationsprogrammatisierung auch Probleme des „Verschwindens“ bzw. der „Nicht-mehr-Identifizierbarkeit“ des wissenschaftlichen Wissens im gelungenen Verwendungsfall eingehandelt hatte.

Wingens/Fuchs (1989) offerieren für dieses Problem eine „nicht-semantic Lösung“, indem sie vorschlagen, die Entscheidung darüber, ob ein Fall von wissenschaftlicher Wissensverwendung vorliegt, an die Selbstetikettierung durch die Verwender, also die Berufspraktiker, zu binden. Dies ist allerdings nur eine Scheinlösung: Zu klären blieben dann

zwar nicht länger Transformation-, stattdessen aber Etikettierungsregeln,- aufgrund derer Praktiker vorgefundene bzw. verwendete Wissensbestände und Sachverhalte als „wissenschaftlich“ bezeichnen.

Auf der Basis empirischer Untersuchungen solcher Etikettierungsprozesse charakterisieren Kroner/Wolff (1984) den in der Transformationsdiskussion beschriebenen Adaptationsprozeß als Herstellung von Ähnlichkeitsrelationen zwischen Wissenschafts- und Praxiswissen durch den praktisch Handelnden im Berufsfeld. „Anwendung bzw. die Herstellung von Ähnlichkeit zwischen Wissenschaft und einem ... Praxisfeld läßt sich als Kontrastierung und damit zugleich als Relationierung zweier Sprachspiele verstehen, wobei diese gerade durch das voneinander Abheben als soziale Tatbestände an Gestalt, aber auch an Begrenzung gewinnen“ (ebenda: 453). Als Produkt dieser Herstellung von Ähnlichkeitsrelationen zwischen beiden Wissensformen (Wissenschaftswissen und berufliches Alltagswissen) kann ein spezifischer Synergismus gelten.

Verwendung läßt sich dann als „eigene Handlungsform“, als „eigene hybride Handlungsebene, auf der zugleich ein Zueinanderin-Beziehung-Setzen wie auch eine klare Differenzierung zwischen diesen Funktionsbereichen erfolgt, rekonstruieren. Auf dieser Handlungsebene können die unterschiedlichen Problemperspektiven der Wissenschaft in der Praxis „relativ risikolos ausgetauscht“ werden. Es entwickeln sich „eigene Binnenrationalitäten“ und eine eigenständige Kompetenz von Verwenden: nämlich: Es ist die Kompetenz die Realisierungsprobleme der Handlungsform unter den gegebenen Bedingungen gewissermaßen elegant zu lösen“ (ebenda: 413).

Mit der Metapher des „kubistischen Bildes“, das „ein und denselben Gegenstand zugleich aus zwei oder mehr Perspektiven“ zeigt, haben Dewe/Radtke (1989: 64) die Begegnung von Theorie und Praxis als eine „Wirklichkeit sui generis“ beschrieben. Die wissenschaftliche Perspektive, die darauf zielt, die Regel zu formulieren, unter der eine Handlung gestanden hat, und die berufspraktische Perspektive, in der der Regel gefolgt wurde, ergänzen sich in dieser Anordnung nicht, sondern bleiben nebeneinander stehen. Wissenschaftliche Erkenntnis und praktisches Handlungswissen beobachten sich gegenseitig und können die blinden Flecken der jeweils anderen Perspektive aufdecken (Luhmann 1988). Diese artifizielle Wirklichkeit lehrt Sehen und die berufspraktisch-situative Deutung der Wirklichkeit zu relativieren. Die Betrachtung des kubistischen Bildes erlaubt dem Betrachter die Reflexion der eigenen, subjektiv-natürlichen Sichtweise, die erst auf der Folie der Verfremdung als je besondere sichtbar wird.

In der hier abschließend gekennzeichneten konstruktivistischen Perspektive der Wissensverwendung kann Wissenschaft weder neues, gegenstandsbezogenes Wissen direkt in die Berufspraxis einführen, noch bedient sich die Berufspraxis selektiv aus der Wissenschaft. Vielmehr kommt es zu wechselseitiger Resonanz (vgl. Luhmann 1987). Wissenschaftliches Wissen und berufspraktischem Handlungswissen stehen im Verhältnis der Komplementarität: Als Ergebnis der 'Kontrastierung' oder wechselseitigen Beobachtung von Wissenschaft; als einer bestimmten Sichtweise auf die Praxis und Praxis als einer anderen, entsteht eine Relativierung der Perspektive, die nicht mehr versöhnt bzw. auf die eine oder andere Wissensform reduziert werden kann.

Resümee und Ausblick

Man kann Verwendung bzw. Transfer prinzipiell als einen Wirkungszusammenhang verstehen, in dem wissenschaftliches Wissen darauf Einfluß nimmt, wie Nicht-Wissenschaftler in der Wahrnehmung und Begründung ihrer praktischen Handlungsalternativen vorgehen. Wissenschaftliche Ergebnisse werden dann also effektiv verwendet, „wenn sie sich in die Handlungsperspektiven und Handlungsmöglichkeiten der beurteilenden Akteure einordnen lassen“. (Weber 1980, 302) Dieses „Einordnen“ bringt aber notwendigerweise mit sich, dass die wissenschaftlichen Wissensbestände in praktische Deutungsmuster integriert und von diesen auch in ihrer Begrifflichkeit aufgesogen werden. Dieser Sachverhalt ist verschiedentlich als „Laisierung“ (Schelsky 1965) oder als „Trivialisierung“ bzw. „Veralltäglichung“ (Beck/ Bonß 1984) des wissenschaftlichen Wissens charakterisiert worden. Während naturwissenschaftliches Wissen sich in seiner Verwendung in meßbaren Veränderungen des praktischen Umgangs mit der Naturwelt manifestiert, kann ein solches Ursache-Wirkungsverhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis für die Sozialwissenschaften bei einer ausschließlichen Betrachtung der praktischen Verwendungsseite nicht unterschieden werden. Hier erschließen sich Ursache-Wirkungszusammenhänge nur, wenn es gelingt, auf der einen Seite wissenschaftliche Argumentationssysteme und ihre Ergebnisse und auf der anderen Seite rezipierende praktische Handlungskontexte gegeneinander abzugrenzen.

Wissenschaftliche Wissenssysteme lassen sich prinzipiell in zweierlei Weise ausgrenzen. In dezisionistischer Absicht kann Transferforschung versuchen, aus ihrem Verständnis für den Gehalt wissenschaftlichen Wissens dieses im untersuchten Verwendungszusammenhang durch das Anlegen eines innerwissenschaftlichen Maßstabs zu definieren und so zu ermitteln. Aus einer wissenschaftssoziologischen Sicht, die die Ausgrenzung wissenschaftlicher Argumentationssysteme als Resultat gesellschaftlicher Konventionen ansieht, würde sich eine bloße „Selbstdefinition“ verbieten. Hier bestimmen sich ausdifferenzierte wissenschaftliche Argumentationssysteme aus den gesellschaftlichen Erwartungen, die diese von praktischen und anderen Argumentationssystemen abheben (vgl. Dewe 2005).

Vor dem Hintergrund der vorgestellten Transferansätze lässt sich mit einiger Gewissheit sagen, dass wir im Großen und Ganzen über brauchbare Strategien des Wissenstransfers verfügen. Die realen Bedingungen des Transfers also sind es, die in erster Linie zu bedenken sind und nicht die Techniken des Transfers. Die Eruierung der Interessenlagen schließt also Antworten auf Fragen nach dem Gebrauchwert des in Rede stehenden Wissens für den Berufspraktiker; nach dem zeitlichen und finanziellen Aufwand, den er zum Erwerb des Wissens zu betreiben bereit ist; nach emotionalen Bindungen usw. und nach der Art, wie er sich den Umgang mit dem wissenschaftlichen Experten wünscht usw. ein.

Wissenstransfer kann nach den voranstehenden Ausführungen allemal nicht zu Formen der reinen Transaktion im Sinne des Nürnberger Trichters regredieren. Indem der Begriff zwar die Seite der Wissensproduktion fokussiert, Wissensproduktion jedoch nicht mehr als Monopol der traditio-

nell hierfür zuständigen Instanzen verstanden wird, ergibt sich für den enorm handlungssensitiven Bereich des Transfers von wissenschaftlichem Wissen gerade innerinstitutionell eine Fülle von möglichen Neuansätzen, die ebenso Gegenstand wissenschaftlicher Erforschung wie berufspraktischer Erprobung zu sein haben. Für den Prozess der berufspraktisch sinnvollen Verwendung und wissenschaftlichen Wissens im berufspraktischen Kontext sind dabei die folgenden Bedingungsfaktoren konstitutiv:

a) Kontextbedingungen des Transfers:

- das situative Umfeld, in dem der Wissenstransfer stattfindet
- das kommunikative oder interaktionale Umfeld, in dem der Wissenstransfer stattfindet
- die anthropologischen Voraussetzungen der sich Wissen aneignenden Personen
- die individuell-psychologischen Einstellungen der sich Wissen aneignenden Personen

b) der Transfer selbst:

- Weg, Medium, Dauer, Verzögerungen, Verzeitlichungen
- Art und Weise der Wissensaufnahme (Strategie)
- Die Quelle, der das Wissen entnommen wird
- Die Qualität des Wissens

Folgende Prinzipien des Wissenstransfers können schlußendlich aufgestellt werden:

- Um Wissen berufspraktisch zugänglich zu machen, muss es nach bestimmten Klassifikationskriterien segmentiert, klassifiziert und in einem Wissenshaushalt vernetzt werden.
- Wissenskomplexe müssen nach bestimmten Kriterien der Wissensrelevanz für mögliche Transferzwecke selektiert werden.
- Wissen ist seinem Wesen nach „kommunizierbares Wissen“: daraus folgt, dass Aufgabe des Wissenstransfers es ist, die beste(n) Kommunikationsform(en) und damit auch die medienspezifisch sinnvollste Darstellung zu ermitteln.
- Je nach Ziel und Adressaten ist beim Wissenstransfer zu ermitteln, was und wie viel an implizitem (Hintergrund-)Wissen darzustellen ist.
- Wissen ist immer nur perspektivisch repräsentier- und transferierbar.
- Formen der Wissensselektion und damit der Komplexitätsreduktion sollten in angemessener Weise transparent gemacht werden.
- Die Qualität eines Wissenstransfers bemisst sich an dem Grad der Wahrung von Wahrheits- bzw. Korrektheitskonstanz des Ausgangswissens.
- Wissenstransfer sollte die Bereitschaft zur Wissensrevision fördern, in jedem Fall jedoch nicht einschränken.
- Jeder Wissenstransfer sollte an den Wissensvoraussetzungen der Adressaten ansetzen, deren kognitive Grenzen, also Wissensverarbei-

tungsmöglichkeiten berücksichtigen und dabei entsprechende Werte, Interessen und Motivationen der Adressaten systematisch in Rechnung stellen.

- Ziel des Wissenstransfers ist die Erhöhung der Chance auf Rezeption, auf nachhaltige Erinnerung (Kriterium: Reproduzierbarkeit) und – wenn möglich – auf tiefe Verarbeitung (Kriterien: Fähigkeit zur Inferenzziehung und zur Anwendung).
- Wissenstransfer ist ohne Wissenstransformation, d.h. ohne Änderung des Wissensangebots in Abhängigkeit von den berufspraktischen Deutungsmustern der „Wissensrezipienten“ nicht gelingensfähig.
- Bei Kommunikations- und Verstehensakten in beruflichen Kontexten dominieren fachliche vor gemeinsamen lebensweltlichen Deutungsmustern.
- Kommunikation über nicht-triviales Wissen sollte in dem Maße erfolgreicher werden, je konvergenter die Berufspraktiker über Inhalt, Umfang und Modalitäten des Wissenstransfers gleiche oder zumindest nicht widersprechende Relevanzsetzungen vornehmen.

Diese Grundpfeiler gehören in ein zukunftsfähiges Modell zum Wissenstransfer, müssen für jeden konkreten Wissenstransfer jedoch unterschiedlich gewichtet werden. Eine angemessene Beurteilung des Wissenstransfers erfordert letztendlich noch einen weiteren Aspekt, nämlich die Prüfung, ob das Wissen tatsächlich aufgenommen worden ist. Dieser letzte Schritt, der außerhalb des eigentlichen Transfers liegt, lässt sich mit eigens dafür ausgelegten Mitteln (Evaluationsforschung) operationalisieren.

Literatur

- Alisch, L.-M./Rössner, L (1978): Erziehungswissenschaft als technologische Disziplin. Ein Beitrag zur Technologiediskussion in den Sozialwissenschaften. München: Reinhardt
- Antos, G./Wichter, S. (Hg.) (2001): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Frankfurt a.M.: Lang
- Beck, U./Bonß, W. (1984): Soziologie und Modernisierung. Zur gesellschaftlichen Ortsbestimmung der Verwendungsforschung. Diskussionspapier zum 2. Kolloquium des DFGSchwerpunktprogramms: „Verwendungszusammenhänge sozialwissenschaftlicher Ergebnisse“, *Soziale Welt* 4, 381-406
- Bulla, H. G. (1976): Zur Entwicklung der Konzeption des Survey Feedback: Übersicht über Kontext, Verlauf und Probleme der klassischen Projekte. Univ. Konstanz, Zentrum I, Bildungsforschung, Sonderforschungsbereich 23, Arbeitsbericht Nr. 3
- Dewe, B./Radtke, F. O. (1989): Klinische Soziologie – Eine Leitfigur der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. In: Beck, U./Bonß, W.: Weder Aufklärung noch Sozialtechnologie. Studien zur Praxis sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt: Suhrkamp, 46-71
- Dewe, B. (1991): Beratende Wissenschaft. Unmittelbare Kommunikation zwischen Sozialwissenschaftlern und Praktikern, Göttingen: Schwartz

- Dewe, B. (2005): Von der Wissenstransferforschung zur Wissenstransformation: Vermittlungsprozesse – Bedeutungsveränderungen. In: Antos, G./Wichter, S. (Hg.): Wissenstransfer durch Sprache als gesellschaftliches Problem. Frankfurt a.M: Lang, 365-380.
- Dewe, B. (1982): Zur Wissenschaftssoziologie institutionalisierter Bildungsprozesse. Wissenschaftsorientierte Informationsstrukturen und erfahrungsgeläufiges Wissen, In: Axmacher, D./Dewe, B./Ferchhoff, W./Frank, G./Gillgenmann, K./Motzkau-Valeton, M./Otten, D. (Hg.), Sozialwissenschaften und Gesellschaft Bd. 4, Universität Osnabrück, 46-71
- Engelhardt, M. v. (1982): Die pädagogische Arbeit des Lehrers. Paderborn Hartmann, H.: Arbeit, Beruf, Profession, *Soziale Welt* 19/1968, 193-216
- Hofer, M. (1986): Sozialpsychologie erzieherischen Handelns. Göttingen: Hogrefe
- Kade, S. (1989): Handlungswissen – Erwerbsform und Verwendungsweisen. In: Nuissl, E./Siebert, H./Weinberg, J. (Hg.): Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, Nr. 24, 58-72
- Kroner, W./Wolff, S. (1984): Auf der Suche nach der verlorenen Soziologie. Zu einigen Problemen empirischer Verwendungsforschung. *Soziale Welt* 27, 429-457
- Laucken, U. (1974): Naive Verhaltenstheorien. Stuttgart: Klett
- Luhmann, N. (1987): Die Richtigkeit soziologischer Theorie. *Merkur* 41, 455
- Luhmann, N. (1988): Wissenschaft als System. Manuskript. Universität Bielefeld
- Pieper, M. (1988): „Gebrauchsfertiges“ Wissen? Von den Schwierigkeiten, Wissenschaft in der Praxis sozialer Arbeit zu nutzen. In: Ulke, K.-D. (Hg.): Ist Sozialarbeit lehrbar? Zum wechselseitigen Nutzen von Wissenschaft und Praxis. Freiburg: Lambertus, 166-188
- Rebel, K. (1989): Problem eines Wissenschaftstransfers durch Fernstudien im Medienverbund in der Lehrerfortbildung. In: Rebel, K. (Hg.): Wissenschaftstransfer in der Weiterbildung: der Beitrag der Wissenssoziologie. Weinheim: Beltz
- Riegel, K. G. (1974): Öffentliche Legitimation der Wissenschaft. Stuttgart
- Schelsky, H. (1965): Auf der Suche nach der Wirklichkeit. Düsseldorf, Köln
- Schütz, A. (1971): Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. In: Schütz, A.: Gesammelte Aufsätze, Bd. 1, Das Problem der sozialen Wirklichkeit 14. Den Haag, 3-54
- Sprondel, W. M./Grathoff, R. (Hg.) (1979): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart, 140-154
- Tietgen, E. (1988): Organisation und Erziehung. *Zeitschrift für Pädagogik* 32 (2), 205-225
- Weber, K. (1980): Produktion, Kontrolle, Verteilung und Verwendung soziologischen Wissens. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 6, 299-307
- Wingens, M./Fuchs, S. (1989): Ist die Soziologie gesellschaftlich irrelevant? Perspektiven einer konstruktivistisch ansetzenden Verwendungsforschung. *Zeitschrift für Soziologie* 3, 208-219

Wissenstransfer und Wissensgenerierung in Organisationsentwicklungsprozessen des Gesundheitssystems

Andreas Heller, Klaus Wegleitner

Einleitung

Die Generierung, Verarbeitung, Vermittlung von Informationen und Wissen hat in unserer heutigen Wissensgesellschaft einen bisher nicht gekannten Umfang erreicht. Wissen ist demnach in vielfältiger Weise als sozioökonomische Kategorie zu fassen. Über Wissen findet soziale Differenzierung statt, Kapital wird gesteigert, Marktverhältnisse werden über dessen Verteilung bestimmt und Räume für Innovation und Weiterentwicklung geschaffen.

Ein wesentliches Merkmal der Moderne war, dass ausschließlich das Wissenschaftssystem für die Generierung, Beurteilung, Verbreitung und Weiterentwicklung des erzeugten Wissens zuständig war. Probleme wurden im wissenschaftlichen Diskurs definiert und bearbeitet. Andere gesellschaftliche Funktionssysteme, wie Politik oder Gesundheit, bildeten über unterschiedliche Formen der Vermittlung den Anwendungskontext für neues Wissen und formulierten Anforderungen an die Wissenschaft. Diese klare Arbeitsteilung ist jedoch in den letzten Jahrzehnten deutlich im Wandel begriffen (Willke 1997). Neben der akademisch wissenschaftlichen Wissensproduktion erlangt eine Vielfalt anderer Formen von organisierter Information, wie spezifische Fachexpertise, implizites Wissen, organisationales Wissen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssystemen und damit anderen Orten der Wissensproduktion, hohe Anwendungsrelevanz (Jasanoff 1990). Eine Diversifizierung der Orte, wo Wissensproduktion stattfindet, wie auch eine damit einhergehende massive Zunahme von „Wissensproduzenten“ ist feststellbar. Die Dezentralisierung der Produktion von Wissen entzieht dem Wissenschaftssystem zunehmend die Definitions- und Steuerungsautorität in Problembearbeitungen. Wissensproduktion ist demnach im Kontext eines veränderten Zueinanders von akademischer Wissenschaft und anderen wissensproduzierenden und -anwendenden gesellschaftlichen Subsystemen zu verstehen. Veränderte Formen von Wissensgenerierung haben neue Vermittlungs-, Lehr- und Lernformen zur Folge.

Organisationen bilden jenen Kontext, wo Wissen entlang der Bearbeitung von Herausforderungen und Widersprüchen unserer Gesellschaft produziert wird und jenen, wo dieses Wissen umgesetzt und angewendet werden soll. Die Schlüsselfrage ist, wie produziertes Wissen wirksam werden kann, d.h. wie ein effizienter Transfer von Wissen in die Anwendungskontexte gesichert werden kann.

In welcher Weise der Transfer dieses Wissens gelingt, ist wesentlich von dem dafür zur Verfügung stehenden, von der Organisation strukturell gesicherten Räumen abhängig. Organisationsentwicklung kann die Schaffung solcher Räume fördern. Gleichzeitig bietet Organisationsentwicklung die Möglichkeit, in reflexiver Auseinandersetzung mit der eigenen Praxis und dem transferierten Wissen, neue Wissensinhalte zu generieren und damit die Eigenentwicklung und auch den jeweiligen fachlichen und wis-

senschaftlichen Diskurs voranzutreiben. Nachhaltige Organisationsentwicklung scheint überhaupt erst möglich, wenn in Wechselwirkung mit externer Expertise Wissen im System selbst generiert wird (Grossmann et al. 1997). Das Zueinander von Praxis und Theorie, sowie von individuellem und organisationalem Lernen ermöglicht, dass Lehr- und Lernkontexte in Organisationen ihrerseits zu Orten der Wissensproduktion werden. Ein lineares, einbahnmäßiges Verständnis von Wissenstransfer scheint demnach nicht adäquat.

Im Folgenden werden einige Grundsatzüberlegungen zur Organisationsentwicklung als Bedingung von Wissenstransfer und Wissensgenerierung im Gesundheitssystem angestellt. Projektbeispiele konkretisieren die inhaltliche Annäherung.

Grundsatzüberlegungen

1. Wir leben in einer *Gesellschaft von Organisationen* (Grossmann et al. 1997). Die Fähigkeit Organisationen zu bauen, um die Probleme und Widersprüche dieser Gesellschaft zu bearbeiten, wird zukunftsentscheidend. „Our society is an organizational society. We are born in organizations, educated by organizations and most of us spend most of our lives working for organizations. We spend much of our leisure time paying, playing and praying in organizations. Most of us will die in an organization and when the time comes for burial, the largest organization of all – the state – must grant official permission.“ (Etzioni 1967: 1)

Der Soziologe und Organisationstheoretiker Amitai Etzioni beschrieb bereits für die Gesellschaft der 1960er Jahre jene Realität, mit der wir mehr den je konfrontiert sind. Wir leben in einer Gesellschaft von Organisationen. In wahrscheinlich historisch einzigartiger Weise ist der hohe Organisationsgrad charakteristisch für unsere Gesellschaft: Wir bauen immer neue Organisationen um die Problembearbeitung zu ermöglichen und angemessenen Umgangsformen mit jenen Differenzen und Fragestellungen zu generieren. Organisationen bearbeiten Probleme, indem sie wiederum neue Organisationen und Subsysteme ausbilden. Spezialisierung und Selektion beschleunigen das Werden und Vergehen von Organisationen. Ganz allgemein gesprochen: Wir sind abhängig davon zu leben und zu überleben, dass wir adäquate Organisationen entwickeln (Grossmann 2004, Heintel 1997; Wimmer 2004) .

Die Entwicklung und Steuerung von Organisationen ist jedoch nicht trivial. Organisationen als soziale Systeme sind in ihren Erwartungsstrukturen hochkomplex und damit in der Selektion der Außenreize hochselektiv. Soziale Systeme entscheiden autonom, ob ein Impuls von außen wahrgenommen wird und wie er weiterverarbeitet wird. Diese Eigendynamik sozialer Systeme hat weit reichende Konsequenzen für alle Versuche, Organisationen zu entwickeln und zu steuern. Erkenntnisse und Wissen einzelner Personen oder kleiner Gruppen reichen nicht aus, um organisationale Strukturen zu bewegen (Heimerl et al. 1999).

Es braucht demnach andere Formen des Wissenstransfers und des Lernens als lineare Versuche der Expertisenabsonderung oder der Schulung und Weiterbildung von Mitarbeitern. Die Förderung von Reflexionsprozessen kann einen ersten Schritt darstellen, aus diesen Mustern auszubre-

chen. In einer kollektiven Auseinandersetzung mit der eigenen Praxis und dem Wissen und der Expertise von außen wird Raum für Wissensgenerierung und Eigenentwicklung geschaffen. Kollektive Reflexions-, Lern-, und Wissensproduktionsprozesse werden zum Ausgangspunkt organisationaler Weiterentwicklung.

2. Die herkömmliche *Trennung von akademischer Wissensproduktion und ihrer Anwendung* wird immer brüchiger. Stattdessen muss das Problem des Wissenstransfers im Kontext des koproduktiven Lernens von Personen und Organisationen gestellt werden.

Klassischer Weise hat man die Vorstellung entwickelt, an der Universität wird wissenschaftliches Wissen generiert, das dann in der Praxis anzuwenden ist. In diesem alten Paradigma bildeten sich die sogenannten Anwendungswissenschaften heraus, bzw. in den Lehramtsstudien, die Didaktik als Vermittlungskontext. Entsprechend wird der Vermittlungsvorgang selber in Form von klassischen Lehrveranstaltungen oder aber auch gesellschaftlich im Kontext von Vorträgen und Publikationen beschrieben. Dieses einfache Sender-Empfänger-Modell ist natürlich vielfach zu relativieren und in seinen Wirkungen substanzlos.

Insbesondere für die Sozial- und Geisteswissenschaften ist dieses arbeitsteilige Verständnis von Wissenschaftsproduktion und Anwendung faktisch historisch und inadäquat. In der Wissensproduktion geht es immer häufiger um die Bearbeitung hochkomplexer Problemstellungen. Die Grenzen der Möglichkeiten einzelner Disziplinen werden damit vielfach gesprengt. Wissen wird in transdisziplinären Forschungshybriden produziert. Es kommt zu einer Vervielfältigung von Orten der Wissensproduktion in ganz heterogenen Kontexten, was die Bedeutung der Universitäten als Orte der Wissensproduktion relativiert. Die Kommunikationsnetzwerke zwischen den Akteuren ergeben sich, entsprechend den Erfordernissen der jeweiligen Problemstellung, adaptiv auf verschiedenen Ebenen und in differenzierender Form (Gibbons et al. 1994; Nowotny et al. 2004). Orte der Wissensgenerierung und Kontexte der Anwendung sind nicht mehr trennscharf zu lokalisieren. Vielmehr stehen sie in einem Verhältnis des zirkulären Ineinandergreifens.

Das Problem des Wissenstransfers ist aus Sicht der Organisationsentwicklung und Organisationsberatung im Kontext der Universität wesentlich im organisationalen Selbstverständnis begründet. Die Universität als Organisation hat als Kernaufgabe die Generierung von Wissen, dementsprechend orientiert sie sich in ihrer Differenzsetzung zur Umwelt an den Kategorien wahr und falsch. Diese Leitdifferenz bietet jedoch spätestens seit den wissenschaftstheoretischen Arbeiten David Bloor⁵ (1976), Harry Collins (1975) und den Laborstudien von Latour, Woolgar (1979) und Knorr-Cetina (1981) selbst in den klassischen Naturwissenschaften nur mehr eine sehr bedingte Orientierung. Ihre Arbeiten bedeuteten das Ende der alten positivistischen Hoffnungen in der Wissenschaftsphilosophie und

⁵ David Bloor (1976) entwarf einen programmatischen Rahmen, den er als „strong programme“ bezeichnete, welcher vier Leitlinien umfasste und das Gelingen kritischer Studien im Feld der Naturwissenschaften und der Mathematik, zum Ziele der Dekonstruktion ihres Wissens, ermöglichen sollte.

zeigten die Grenzen der Erkenntnisgewinnung und damit der Wissenschaft an sich auf. Wissen wandelte sich somit im Laufe der Wissenschaftsgeschichte von einem Wissen, das Wahrheit und Wirklichkeit abbildet, hin zu einem Wissen, das sozial konstruiert und kontextuell abhängig ist (Wegleitner 2002).

Wird der Prozess der Wissensgenerierung - im weitesten Sinne der Forschung - als komplexer, sozial höchst voraussetzungsvoller, kontextabhängiger Schaffensprozess verstanden, muss sich auch die Form der Vermittlung wandeln. Es zeigt sich daher immer mehr, dass neben den klassischen Lehrkontexten (Vorlesung, Seminare, etc.) ein neuer projektförmiger, organisationsentwickelnder Lerntypus sich ausbreitet. Dieses veränderte Verständnis von individuellem und organisationalem Lernen setzt sich auch in den forscherschen Bemühungen zum Aufbau von Wissensbeständen in den noch relativ jungen Gesundheits- und Pflegewissenschaften fort.

Die großen Forschungsprojekte in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften entsprechen in der Regel dem Typus eines interventionsorientierten Prozesses mit gesellschaftlichen Akteuren, Partnern und Kooperationskontexten. Akteure sind Personen oder/und Organisationen in unterschiedlichen Funktionen, Rollen. Allerdings wird aus dem Wissenschaftssystem immer auch mit Versorgungskontexten (Trägern, Einrichtungen, ambulanten Versorgungsanbietern, etc.) interagiert. Die sogenannten Modellprojekte werden in einer Projektorganisation forschungsarchitektonisch aufeinander bezogen. Dabei sind unterschiedliche Rollen und Aufgaben zu erfüllen, um die Ziele des Gesamtprojekts zu erreichen. Implizit werden diese Projekte als komplexe Organisationsentwicklungsprojekte geführt und sind auch gar nicht anders zu managen. Die offizielle Etikettierung ist: Forschung (siehe die nachfolgenden Beiträge von Klaus Wingefeld und Martin Moers).

Als wesentliches Charakteristikum dieses Projekttypus lässt sich beschreiben, dass

- die enge Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis/Gesellschaft kennzeichnend für den Forschungsprozess ist,
- der Prozess der Forschung ein Prozess von Interaktion und Reflexion ist,
- das neue Wissen eben nicht allein von der Wissenschaft produziert wird (auch wenn diese in der Regel solistisch publiziert, sich bei den Projektpartnern im Vorwort bedankt, ohne jedoch ihre tragende Rolle bei der Koproduktion von Wissen publizistisch zur Geltung zu bringen.), sondern hier regelrechte Koproduktionsprozesse von Wissen entstehen, die redlicherweise auch gemeinsam publiziert werden müssten,
- in solchen Prozessen sehr komplexe Lernvorgänge zu beobachten sind, in denen sich alle Akteure neues Wissen aneignen. Und zwar indem ihre Perspektive als relevant für die Beschreibung und Bearbeitung der Probleme gesehen wird,
- unterschiedliche Perspektiven aufeinander bezogen werden; überraschende Verknüpfungen (Grossmann/Scala 1996; Pelikan et al. 1993) von Akteuren entstehen, die faktisch viel miteinander zu tun hätten,

aber im Alltag nichts miteinander zu tun haben, über keine Regelkommunikationen verfügen, geschweige denn an gemeinsamen Problembeschreibungen arbeiteten (z.B.: Krankenkassen und Angehörige).

3. In den letzten zwei Jahrzehnten haben wir einige grundlegende Erkenntnisse gewonnen, wie *Personen und Organisationen lernen* und wie nicht. Vor allem die neuere Systemtheorie (Willke 1995, 1996a, 1996b) und ihre Rezeption und Weiterentwicklung in der Organisationstheorie und Organisationsberatung (Grossmann 2004, Heitger 1995, Königswieser/Exner 1998, Pelikan 1993, Wimmer 1992) hat die Eckdaten dieses Lernens evident werden lassen. Diese erkenntnistheoretischen Grundlagen können und sollten für jeden „Wissenstransferprozess“ mitbedacht werden.

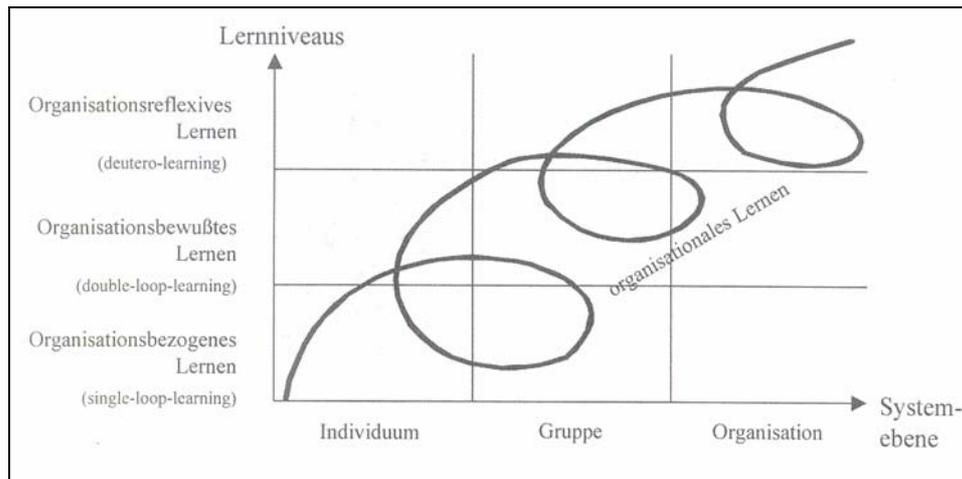
Personen und Organisationen lassen sich bekanntlich nicht „einfach“ beeinflussen – „einfach“ meint im Sinne von Heinz von Foerster (1984) trivial. Als lebendiges System reagieren sie chaotisch und unvorhersehbar und sind weder linear von oben noch von unten steuerbar. Auch die Vorstellung eine irgendwie gedachten Spitze oder eines Zentrum, die Phantasie also, man könne die Organisationen linear und im Sinne einer Input – und – Output - Logik steuern, hat sich als nicht angemessen erwiesen.

Lernen hat im weitesten Sinne damit zu tun, gewachsene und erlernte Muster zu irritieren, also zu entlernen, um neue Muster aufzubauen. Dazu braucht es geeignete Kontexte (Senge 1990).

In der Beschreibung von unterschiedlichen Niveaus organisationalen Lernens von Schiersmann und Thiel (2000) wird die Korrelation von höherem Lernniveau mit der größeren Partizipation von Mitarbeitern und der Schaffung von Reflexionsräumen auf unterschiedlichen Ebenen verdeutlicht (siehe Abb. 1).

- Demnach beschreibt organisationsbezogenes Lernen eher individuumsbezogene, sehr einfache, mechanische und operative Lernprozesse zur Optimierung von Wegen und Strategien im Rahmen normativer Ziele.
- Organisationsbewusstes Lernen setzt bereits einen Reflexionsprozess auf Metaebene mit breiter Beteiligung der Mitarbeiter voraus. Aspekte der Organisation werden mit ihren Einzeldimensionen im Hinblick auf Muster und Normen reflektiert und kritisch hinterfragt. Dieser Prozess zielt auf die Veränderung der Organisationsziele bzw. der organisationalen Normen ab.
- Organisationsreflexives Lernen, das die Selbststeuerungspotentiale von Organisationen ausschöpfen möchte, setzt demgegenüber kontinuierliche Reflexion aller Beteiligten der jeweiligen Projektprozesse in Bezug auf die Organisationsveränderung voraus. Innerorganisationaler Wissenstransfer ist immanenter Bestandteil dieses fortwährenden Prozesses.

Abbildung 1: Organisationales Lernen (Schiersmann/Thiel 2000)



Diese Erkenntnis, wie also Wissen transferiert werden kann, immunisiert gegen triviale Vorstellungen und stellt die Aufgabe nach entsprechenden Lerndesigns, nach Reflexionskontexten und Reflexionsarchitekturen (Zepke 2002) in den Mittelpunkt.

Wissenstransfer kann in dieser Form nicht als ein Kernthema der Organisationsentwicklung gesehen werden. Der Diskurs geht entlang der Frage: Wie lernen Personen und Organisationen, und wie kann das Lernen von Personen mit dem der Organisationen verknüpft werden?

Nachhaltige Veränderungen und wirksamer Wissenstransfer entstehen nicht zufällig. Wissenstransfer, im weitesten Sinne Veränderung, ist in der Regel erzwungene Veränderung. *„Die Überlebensangst muss größer als die Angst zu lernen sein. Wir müssen irgendwie einen psychologischen Punkt erreichen, wo die Furcht oder das Schuldgefühl, nicht zu lernen, größer ist als die Furcht vor dem Betreten des Neuen, des Unvorhergesehenen, des Stadiums der vorübergehenden Inkompetenz.“* (Schein 2003: 4)

Die Wahrscheinlichkeit, dass es in Organisationen zu Veränderungen kommt hängt vom Druck ihrer Umwelten ab, von ökonomischen und rechtlichen Veränderungen, von der Veränderungsfähigkeit der Konkurrenz, von anderen Erwartungen der Kunden, etc. Entscheidend ist eben auch das Potenzial der Organisation selber den Druck wahrzunehmen, aufzunehmen und in Prozesse zu übersetzen (Grossmann 2004), die eine andere wettbewerbsfähigere Zukunft ermöglichen (Heller/Krobath 2003). Damit ist die Leitung von Organisationen besonders gefordert, die Ressourcen der Organisation zu mobilisieren und die geschichtlich gewachsene Kultur der Organisation weiterzuentwickeln, entsprechende Mitarbeiterinnen, Prozesse, Kommunikationen und Interaktionen zu setzen, damit die Lebens- und Überlebensfähigkeit der Organisation gesichert ist. Organisationsentwicklung kann hier so etwas bieten wie eine Architektur des Lernens, die an bestimmten Widersprüchen entlang aufzubauen ist.

In verschiedenen Hinsichten hat Organisationslernen, Organisationsentwicklung deshalb auch eine Konjunktur, weil sie simple Übersetzungsmodelle, Transferprozesse, die Gleichschaltung von individuellem, personalen Lernen und dem Lernen und Verändern von Organisationen kritisch befragen und Alternativen ausweisen kann.

Am Beispiel der Aus- und Weiterbildung lassen sich einige Überlegungen verdeutlichen: In den letzten Jahren hat sich in der gesamten Diskussion um universitäre Weiterbildung und Postgraduierung gezeigt, dass die Verknüpfung von Lehre und Intervention, von Lernen in Theorie und in Praxis, von personalem und organisationalem Lernen eine besondere Dimension aufweist. Weiterbildung verschärft und reproduziert in der Regel jene Spannung, die sie bearbeiten muss, nämlich den Wissenstransfer, das Theorie-Praxis-Dilemma. Warum ist das so? Weil das Lernen von Personen und das Lernen von Organisationen nicht angemessen in den Blick genommen wird. Alle erfundenen Lösungsversuche nehmen das Problem auf, kommen aber zu insuffizienten Lösungen:

- z.B. haben Praxisanleiterinnen zu schmale Schultern dafür, obwohl sie Stellen sind, die den Wissenstransfer unterstützen sollen.
- z.B. führt die Verbindung der Lehrschwestern zu den Stationsschwestern unweigerlich immer in die Systeme bzw. Organisation Schule und Krankenhaus.

Grundsätzlich geht es um Nachhaltigkeit und Wirkung und das Nutzen der Expertise. Damit Wissen transferiert werden kann, ist zu fragen, wie Lernen geschieht und das in doppelter Hinsicht: das Lernen von Expertinnen und das Lernen von Praktikerinnen. Folgende Schlussfolgerungen lassen sich für unseren Themendiskurs herauschälen:

- Die Weiterbildung und das Lernen von Personen muss mit dem Lernen von Kontexten und Organisationen verbunden werden.
- Es braucht daher eine systematische Integration der Leitungspersonen auf mittlerer und höherer Ebene benötigt.
- Es braucht eine Integrationsleistung, in diesem Fall kontraktförmige wechselseitige Verpflichtungen.

Aus der Organisationsentwicklung kann man lernen, dass das Wissen der wissenschaftlichen Experten sich nicht allein im Wissenschaftssystem generiert und dann in die Praxis transferiert wird. Es ist auf das Erfahrungswissen in der Praxis angewiesen, denn wichtiges Wissen wird in der Interaktion mit der Praxis überhaupt erst generiert. Insofern ist die klassische Verhältnisbestimmung und Arbeitsteilung zwischen Wissenschaft und Gesellschaft, die darin besteht, dass die einen reflektieren, was die anderen nur zufällig bedenken obsolet. Wenn dem so ist, dann ist Wissenschaft und wissenschaftliche Arbeit der Pflege immer auch Intervention in Gesellschaft und gesellschaftliche Praxis, und ebenso ist Organisationsentwicklung eine Intervention in Systeme, in Organisationen. Methode, Blicke, Theorien und inhaltliche Voraussetzungen mögen verschieden sein, zentral und gemeinsam ist, dass in neuen Interaktionen mit der Praxis Wissen generiert wird.

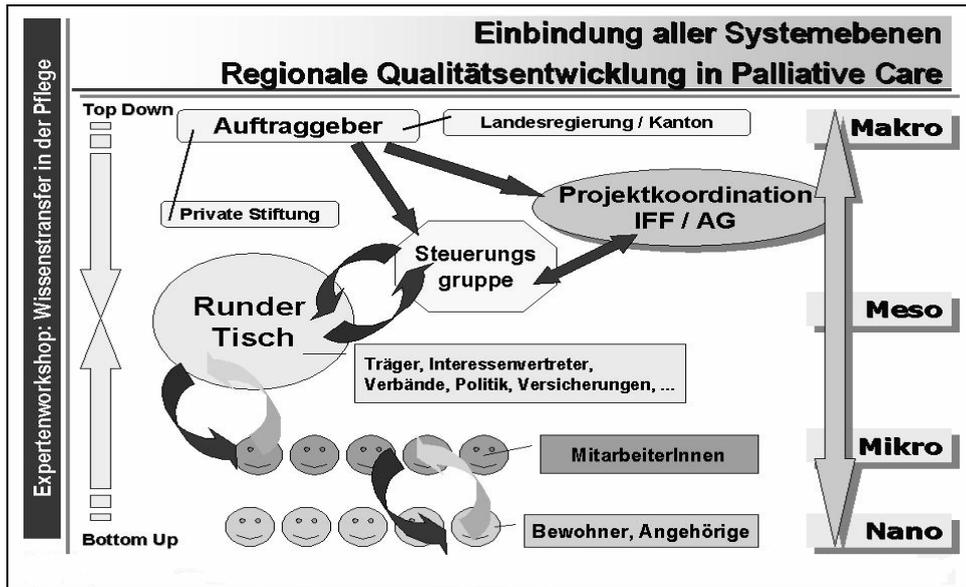
Wissenstransfer im Kontext von Interventionsforschung – am Beispiel des Projektes „Palliative Care in Graubünden“

Im Folgenden werde ich ein Projektbeispiel darstellen. Es handelt sich um ein Praxisprojekt dessen Ziel darin besteht, ausgehend von der Fragestellung - „Wie kann die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Angehörigen in Graubünden verbessert werden?“ – ein auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmtes, integriertes Konzept der Palliativversorgung zu entwickeln. Wesentliche *Bausteine des Projektes* sind:

- Eine interventionsorientierte *Diagnose* der bestehenden Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden, sowie ihrer Angehörigen aus unterschiedlichen Perspektiven und auf unterschiedlichen Ebenen des Sozial- und Gesundheitssystems, d.h. quer zu den Professionen und Organisationen Graubündens. Dazu werden Daten für eine qualitative Beschreibung der bestehenden Versorgung erhoben und andererseits Reflexionsräume geschaffen, die überraschende Vernetzungen und gemeinsame Analyse und Wissensgenerierung mit den lokalen Akteuren ermöglichen.
- Die Integration aller im Bündner Sozial- und Gesundheitssystem relevanten Akteure an einem „*Runden Tisch Palliative Care Graubünden*“. Dieser Baustein dient dazu, die Projektziele und Inhalte und zu definieren, das im Projektprozess generierte Wissen kontinuierlich (d.h. zumindest in vier interaktiven Großveranstaltungen) an die Beteiligten rückzukoppeln und den Reflexionsraum für die Weiterentwicklung des Erarbeiteten zu nutzen.
- Die Etablierung eines regionalen *Steuerteams* „Forum - Palliative Care Graubünden“, das sich aus ExpertInnen Graubündens zusammensetzt, die sich bereits jetzt und auch künftig mit der Versorgung von Schwerkranken, Sterbenden und ihrer Angehörigen beschäftigen. Dazu gehören Entscheidungsträger aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, Interessenvertreter, Repräsentanten von Versorgungsanbietern (Krankenhaus, Altenheim, Spitex), die unter Begleitung und Beratung der IFF den Projektprozess steuern. Ziel ist es Eigenentwicklungspotentiale zu fördern und die Basis für einen nachhaltigen Veränderungsprozess, der über die Projektlaufzeit hinausreicht, zu sichern. In diesem Gremium wird auch das zu entwickelnde Konzept laufend abgestimmt, bzw. Datenauswertungen rückgekoppelt und interpretiert.

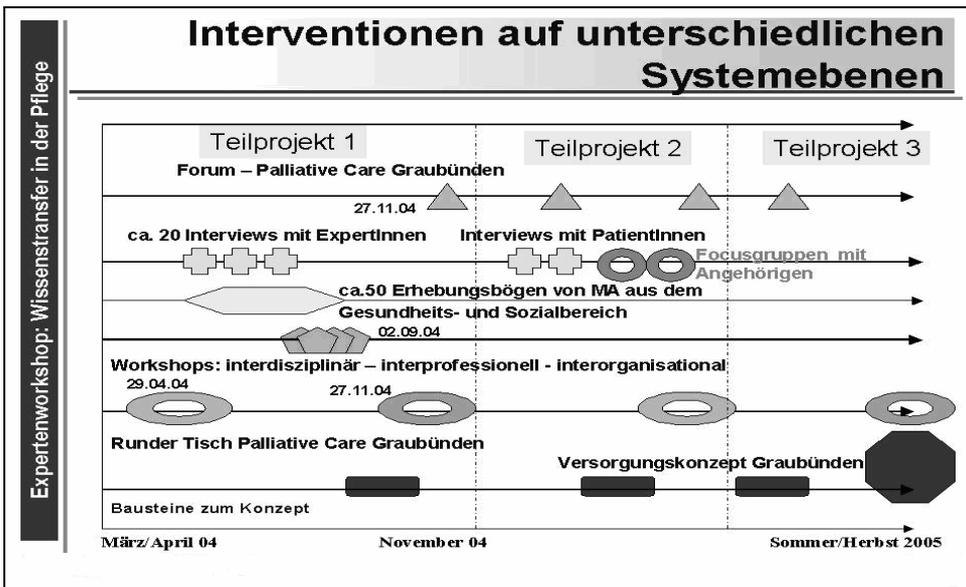
Eine breite Beteiligung auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems bildet die Basis für einen breitgefächerten koproduzierten Wissensbestand (Siehe Abb. 2).

Abbildung 2:



Im Laufe des Projektprozesses erfolgen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems Interventionen wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

Abbildung 3:



Zur Veranschaulichung soll die folgende Tabelle 1 die Interventionen in Teilprojekt 1 (von April 2004 – November 2004) skizzieren:

Tabelle 1: Interventionen in Teilprojekt 1

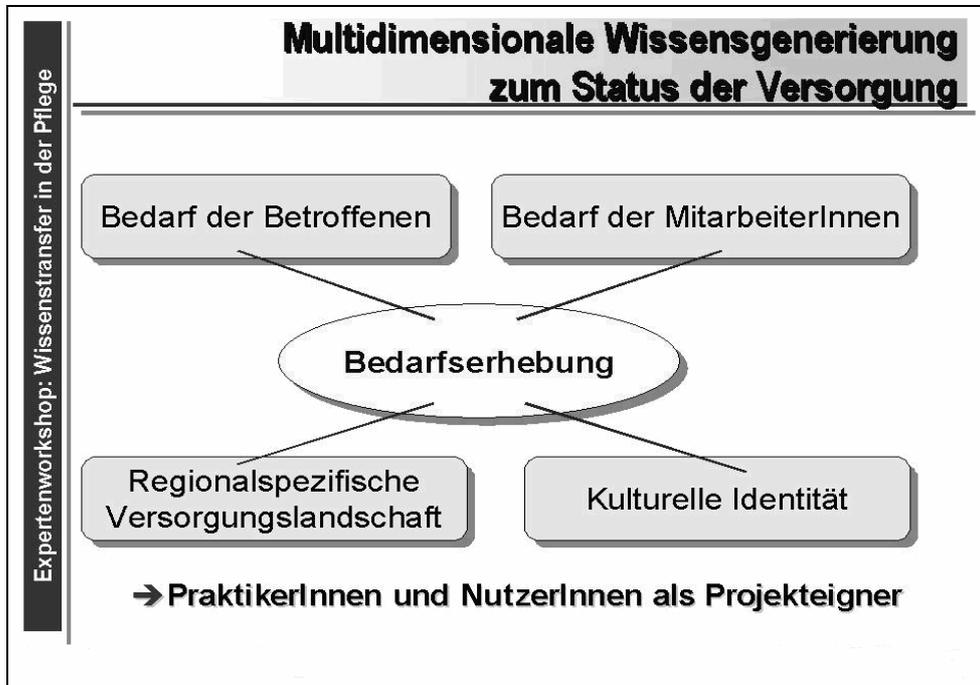
Erhebung/Intervention	Instrument/Prozess	Output
Auftaktveranstaltung „Runder Tisch – Palliative Care“ am 29.04.2004	Treffen und Austausch von ca. 100 Entscheidungsträgern und Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	Vermittlung der Projektidee / inhaltliche Diskussion / Arbeitsgruppen / Dokumentation
Steuerteam „Forum Palliative Care“	Moderiertes Steuertreffen und Analyse mit 20 lokalen Experten	Reflexion / Wissenstransfer / Zielvereinbarungen / Dokumentation
Interviews mit Entscheidungsträger des Sozial- und Gesundheitsbereichs	Leitfadengestützte qualitative Interviews mit 21 Personen aus Politik, Verwaltung, Gesundheits- und Sozialorganisationen	Entscheidungsträger werden über eine inhaltliche Auseinandersetzung auf das Projekt bezogen / Digitalisierte Aufnahme der Gespräche / Transkription bzw. Protokollierung
Workshops mit Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	6 interprofessionelle und interorganisationale Workshops in Chur, Ilanz, Thusis, Davos, Samedan mit 115 Teilnehmern	Angebot eines regionalen Vernetzungs- und Reflexionsrahmens / Analyse bestehender Versorgungspraxis / Wissenstransfer / Dokumentationen der Einzelworkshops / Gesamtdokumentation der Workshops
Erhebungsbögen	50 qualitative Erhebungsbögen von Mitarbeitern aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	Qualitative Einschätzung des Bündner Versorgungssystems
Steuerteam „Forum Palliative Care“	Moderiertes Steuertreffen und Analyse mit 20 lokalen Experten	Reflexion / Wissenstransfer / Interpretation der Daten / Dokumentation
Präsentationsveranstaltung, 2. Runder Tisch – Palliative Care	Treffen mit ca. 100 Teilnehmern	Wissenstransfer / Reflexion / Verbreitung und Diskussion der Projektergebnisse

Wie kommt es zu Wissen?

In diversen Erhebungskontexten (Analyseworkshops, Gruppendiskussionen, Fokusgruppen, Steuerteam, Runde Tische...) werden einerseits jene Daten erhoben, die das bestehende Versorgungssystem beschreiben. Andererseits dienen sie zum Austausch und der Reflexion im Zueinander von Forschung und Praxis. D.h. ein Großteil des für den weiteren Projektpro-

zess relevanten Wissens wird in einem hybriden, transdisziplinären Forschungsrahmen koproduziert. Die PraktikerInnen und NutzerInnen sind demnach sowohl Eigner des Projektprozesses als auch des Wissensbestandes.

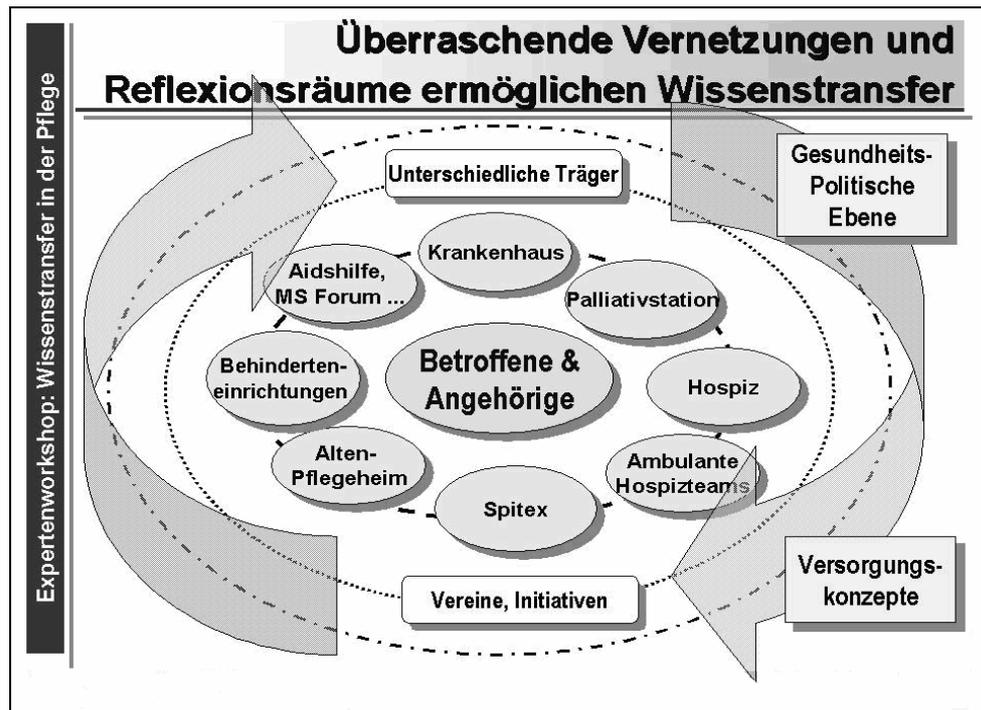
Abbildung 4:



Wie wird das Wissen wirksam?

Wissen wird dort am effizientesten wirksam, wo ein gemeinsamer Schaffensprozess von Wissen die Basis der weiteren Anwendung und Umsetzung im Projekt darstellt. Nicht wie als Universität transformieren einseitig Wissen in die Subsysteme, sondern die Subsysteme des Projektprozesses erhalten die Möglichkeit zu einer multiperspektivischen Auseinandersetzung mit Problemstellungen, Herausforderungen und rückgekoppeltem Datenmaterial, sowie zur überraschenden, außeralltäglichen Vernetzungen in organisierten und zur Verfügung gestellten Reflexionsräumen. Hierarchische, professionelle und systemische Barrieren werden überbrückt. Durch die organisations-, versorgungskontext- und gesundheitssystemübergreifende Beteiligung in den jeweiligen Erhebungs- und Reflexionssettings wird an gemeinsamen Problemstellungen gearbeitet, werden gegenseitige Erwartungen sichtbar gemacht und neue Optionen der Zusammenarbeit und Kooperation eröffnet. Mit anderen Worten: Es findet ein *reflexiver Wissenstransfer* statt.

Abbildung 5:



Resümee

Organisationen neigen immer wieder dazu, komplexe Probleme, letztlich auch die Know-how-Bewirtschaftung zu personalisieren und zu individualisieren. In der Regel sind Probleme und Wissensgenerierung eher intelligente Koproduktionen unterschiedlicher Akteure und Subsysteme in Organisationen und müssen in diesem Sinne auch systemisch komplex bearbeitet werden. Denn Wissen und Qualität werden ja nicht dadurch erzeugt, dass sie deduktiv von oben angeordnet werden, oder aber anarchisch von jedem einzelnen definiert werden können. Der Entwicklungsprozess von Qualität ist eben einer, der unterschiedliche Welten, Systeme und Qualitäten aufeinander beziehen muss, im Letzten ein komplexer Selbstentwicklungsprozess von Organisationen. Dies setzt ein Verständnis von Wissensgenerierung und Wissenstransfer voraus, das sich im wechselseitigen Zueinander von Theorie und Praxis und von individuellem und organisationalem Lernen begreift.

Literatur

- Bloor, D. (1976): Knowledge and Social Imagery. London: Routledge & Kegan Paul
- Collins, H. M. (1975): The TEA Set: Tacit Knowledge and Scientific Community. New York: Free Press
- Foerster, H. von (1984): Sicht und Einsicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Braunschweig, Wiesbaden: Friedrich Vieweg & Sohn
- Gibbons, M./Limoges, C./Nowotny, H. (1994): The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research. London: Sage

- Grossmann, R. (Hg.) (2004): Das öffentliche Organisieren. Iff texte. Wien: Springer
- Grossmann, R./Scala, K. (1996): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Heimerl, K./Heller, A./Zepke, G./Zimmermann-Seitz, H. (1999): Individualität organisieren, Organisationskultur des Sterbens. Ein interventionsorientiertes Forschungs- und Beratungsprojekt mit der DID (Diakonie in Düsseldorf). In: Heller, A./Heimerl, K./Huseboe, S. (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg: Lambertus, 39 – 73
- Heintel, P./Kraimer, L. (2004): Meditation im öffentlichen Raum. In: Grossmann, R. (Hg.): Wie wird Wissen wirksam? iff-texte. Wien: Springer, 71 – 83
- Heitger, B. (1995): Elemente für die Architektur lernender Organisation. In: Beratergruppe Neuwaldegg (Hg.): Intelligente Unternehmen - Herausforderung Wissensmanagement. Wissen strategisch nutzen. Wien: Service-Fachverlag
- Heller, A. (2003): "In Organisationalen Widersprüchen Handeln. Zum Organisationsbezug in Der Krankenhauseelsorge." In: Heller, A./Krobath, T (Hg.): Palliative Care und OrganisationsEthik. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 305-13
- Knorr-Cetina, K. (1981): Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Königswieser, R./Exner, A. (1998): Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager. Beratergruppe Neuwaldegg. Stuttgart. Klett-Cota
- Latour, B./Woolgar, S. (1979): Laboratory Life. The (Social) Construction of Scientific Facts. Beverly Hills/CA: Sage
- Nowotny, H./Scott, P./Gibbons, M. (2004): Wissenschaft neu denken: Wissen und Öffentlichkeit in einem Zeitalter der Ungewissheit. Weilerswist: Velbrück Wiss.
- Pelikan, J. M./Demmer, H./Hurrelmann, K. (Hg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa-Verlag
- Schein, E.H. (2003): Angst und Sicherheit. Die Rolle der Führung im Management des kulturellen Wandels und Lernens. *OrganisationsEntwicklung* 3_03, 4-13
- Schiersmann, C./Thiele, H.-U. (2000): Projektmanagement als organisationales Lernen. Opladen: Leske + Budrich
- Senge, P. M. (1990): Die fünfte Disziplin: Kunst und Praxis der lernenden Organisation . (engl. Originalfassung). 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 1996
- Wegleitner, K. (2002): Wissenschafts- und Forschungspolitik: politische Strategien, Konzepte und Handlungen als Kristallisationspunkte des wissenschaftspolitischen Diskurses in Österreich. Universität Wien
- Willke, H. (1995): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Stuttgart, Jena: Fischer
- Wimmer, R. (Hg.) (1992): Organisationsberatung. Wiesbaden: Gabler
- Zepke, G. (2002): Patientenorientierte Organisationsentwicklung. In: Bischof, H.P./Heimerl, K./Heller, A (Hg.): Für alle die es brauchen. Integrierte Palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Freiburg: Lambertus. 54-60

Expertenstandards in der Pflege – Implementation als Strategie des Wissenstransfers

Martin Moers, Doris Schiemann

Ausgangslage

Die Einführung neuer Handlungskonzepte, Instrumente, Methoden und Techniken in die Pflegepraxis steht vor dem folgenreichen Problem, dass Forschungsergebnisse nicht allein deshalb ihren Weg in die Praxis finden, weil sie evidenzbasiert sind, also bei aller Einschränkung auf den jeweils aktuellen Stand des Wissens beanspruchen können, bestätigtes Wissen als Grundlage zu haben. Vielmehr zeigt die Literatur zur Einführung von Innovationen in die Pflegepraxis deutlich, dass allein das zur Verfügung stellen entsprechenden Wissens, wie es beispielsweise Vertreter des Evidence-based-Nursing gerade mit Blick auf die neuen Informationstechnologien – Stichwort: Internetrecherche – vorschlagen (Thiel et al. 2001; Behrens/Langer 2004), nicht zu den erwünschten Transferleistungen führt und dass Innovationsprojekte in der Regel erhebliche Umsetzungsprobleme gewärtigen müssen. Auch in der Medizin, in der das Konzept der Evidenzbasierung mithilfe der Entwicklung von ärztlichen Leitlinien seit ca. 10 Jahren intensiv verfolgt wird, konstatiert die einschlägige Literatur erhebliche Defizite (Ollenschläger et al. 2004; Boschweiler 2004, Ollenschläger et al. 2005). Es lohnt sich also, vor der Betrachtung eines weiteren Typs von Innovation – den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (im Folgenden: DNQP), – einen Blick auf die bisherige Diskussion zu werfen.

Wir beginnen mit der Frage nach der Art des Wissens, das in der Praxis Verwendung findet, wie sie in den 1980er-Jahren im Rahmen eines soziologischen DFG-Sonderforschungsbereiches unter dem Stichwort Wissenstransfer oder -transformation diskutiert wurde. Der Rückgriff auf die soziologische Debatte rechtfertigt sich durch die Gleichartigkeit der Transferprobleme von sozial- und pflegewissenschaftlichem Wissen, zumal letzteres zu großen Teilen handlungsorientierten Charakter hat. In einem zweiten Schritt zeichnen wir exemplarisch die Themenkarriere der Wissenstransferdebatte nach, wie sie (a) von anderen Disziplinen *auf die Pflegewissenschaft* angewendet und (b) *in der Pflegewissenschaft*, insbesondere in der Qualitätsdebatte gesehen wird. Anschließend soll in einem Durchgang durch die Schritte der Entwicklung, Konsentierung und Implementierung eines Expertenstandards des DNQP beleuchtet werden, ob damit Wege aus dem Dilemma der häufig konstatierten getrennten Welten von Theorie und Praxis möglich sind und wie eine Verbindung aussehen könnte.

Im Labyrinth des Wissens und der Interessen

Beck und Bonß konstatieren es in ihrer Einleitung zum Ergebnisband des DFG-Forschungsverbundes recht lakonisch:

„... daß wissenschaftliches Wissen, um als wissenschaftliches Geltung finden zu können, nur in Abgrenzung von praktischem Wissen Bestand haben kann. Umgekehrt kann sich die Praxis Wissenschaft nur dann zu eigen machen, wenn die jeweiligen ‚Ergebnisse‘ bzw. Interpretationsangebote ihrer wissenschaftlichen Identität entkleidet werden.“ (Beck & Bonß 1989: 11)

Damit ist die Hauptproblematik benannt, die von einer Reihe weiterer Probleme begleitet wird. Eine „einfache Verwissenschaftlichung“ nach dem Modell der Naturwissenschaften scheitert, weil sich mit der Zunahme sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse auch die Widersprüche ihrer Erklärungsansätze häufen. Es entstehen also neue Unsicherheiten, die durch die Akteure für ihre jeweiligen Zwecke auch instrumentalisiert werden können: zu (fast) jeder Expertise kann eine gegenteilige Expertise gefunden werden. Die Fallen häufen sich also, unterschiedliche Interessen von Politik, Institutionen, Wirtschaft, Wissenschaft, Praxis und der von ihr Betroffenen müssen beim Wissenstransfer berücksichtigt werden.

Wissenschaftsbasierte und -zentrierte Lösungsversuche des Theorie-Praxis-Bruchs geraten an ihre Grenzen. Entweder verlängert sich die Implementationsstrecke nahezu unbegrenzt, wenn alle Faktoren der Wissensverwendung ebenfalls beforscht werden, oder es entsteht ein „muddling through“, das die unterschiedlichen Rezeptionshorizonte der jeweiligen Akteure zur Kenntnis nimmt und versucht, irgendwie zu irgendwelchen Ergebnissen zu kommen. Das führt zu der resignativ formulierten Erkenntnis:

„Die Verwendung der Ergebnisse hat nichts mit den Ergebnissen zu tun, die verwendet werden“ (Beck/Bonß 1989: 24).

Ihre Diagnose lautet also: Rationalitätsbruch. Verwendung kann folglich nur als Verwandlung des Wissens gedacht werden, die Argumentationen der Wissenschaftler müssen ihrer sozialwissenschaftlichen Identität entkleidet und nach Maßgabe der Bedingungen der Handlungspraxis neu konstituiert werden.

An dieser Stelle ändert die soziologische Analyse allerdings ihre Richtung. Es wird nicht weiter an der Mikroebene des Handlungsvollzuges gearbeitet, also geklärt, welches denn die Bedingungen der Handlungspraxis seien. Vielmehr zielt die weitere Analyse auf den gesellschaftlichen Kontext der reflexiven Verwissenschaftlichung. Konstatiert wird ein Autoritätsverlust der mehr Unsicherheiten als Sicherheiten produzierenden Sozialwissenschaft, während im Gegenzug die Praktiker in allen Lebensbereichen immer mehr zu autonomen Subjekten des eklektischen, interessegeleiteten Umgangs mit wissenschaftlichem Wissen werden. Sie akzeptieren zwar die Begründungspflichtigkeit ihrer Argumentationen, folgen also der Verwissenschaftlichung ihrer Handlungsfelder, nutzen aber zugleich kreativ die Widersprüchlichkeit der Begründungen für ihre jeweiligen Zwecke, die von der Analyse nicht weiter beleuchtet werden.

Die Blickrichtung der Analysen ist also die von der Sozialwissenschaft auf eine zunächst fremde Praxis. Beispielhaft sei hierzu der Entwurf einer klinischen Soziologie von Dewe und Radke (1989) angeführt, der sich mit den Bedingungen der Handlungspraxis beispielsweise im Kontext beruflicher Fortbildung beschäftigt. Berufspraktikern werden demnach Problemdeutungen angeboten, mittels derer ihr implizites Wissen in explizites

überführt werden kann. Dazu müssen Alltags- und Erfahrungskonzepte grundsätzlich als gelungene Deutung der Wirklichkeit gesehen werden. Es wird also eine mäeutische Technik angewendet, deren Wesen die Reflexion ist. Es geht darum, das „tacit knowledge“ beruflichen Handelns zu explizieren. Berufliche Fortbildung ist also demnach kein Transfer von Wissensbeständen, sondern eine reflexive Verfügung über an sich bekannte Inhalte als Erweiterung professioneller Kompetenz, indem die Deutungskompetenz erhöht wird. Die Autoren folgen für die Herstellung dieser Kompetenz dem wissenschaftstypischen Konzept der Reflexion unter Handlungsentlastung, wenden also Regeln wissenschaftlicher Wissensproduktion auf Berufslernen an.

Wann und unter welchen Bedingungen der Transfer der neuen Kompetenz, die aufgrund der Deutungsangebote wissenschaftlichen Wissens in einem Reflexionsprozess entstanden ist, in alltägliches Handeln erfolgt, bleibt dabei offen. Die Autoren zitieren hier Habermas und weisen auf die „kluge Selbstapplikation“ hin, die in der Autonomie der handelnden Subjekte läge (Dewe/Radke 1989: 66). Gelegenheit zur Reflexion scheint also lediglich *eine* Dimension der Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Wissen zu sein. Die offene Frage, unter welchen Bedingungen das dann erworbene reflexive Wissen handlungspraktisch wird, ist aber ganz entscheidend für die Frage nach dem Gelingen der Implementation von wissenschaftlich gestützten und erarbeiteten Innovationen. Wir kommen bei der Darstellung unseres eigenen Vorgehens auf diesen Punkt zurück. Zur aktuellen Diskussion der Frage des Transfers bzw. der Transformation wissenschaftlichen Wissens und des Verhältnisses von Wissenschaft und Praxis generell siehe die Ausführungen von Bernd Dewe in diesem Band.

Der Diskurs über die beginnende Pflegewissenschaft und ihr Verhältnis zur Praxis

Die deutsche Pflegewissenschaft hat sich als nachholender Modernisierungsprozess zeitgleich mit der Wissenstransfer-Debatte, die im Kern ja eine Modernisierungsdebatte ist, etabliert. Eine Verbindung beider Themenstränge liegt nahe, da sich mit der Verwissenschaftlichung einer bisher nicht-wissenschaftlichen beruflichen Praxis zwingend die Frage nach dem damit geschaffenen Verhältnis von Theorie und Praxis stellt. Hier setzt eine erste Analyse aus soziologischer Sicht an. Axmacher (1991) postuliert in seinem gleichnamigen Beitrag über die Akademisierung der Pflege eine Verschärfung des Theorie-Praxis-Konfliktes. Als neu entstehende wissenschaftliche Disziplin ist Pflegewissenschaft mit Praktikern konfrontiert, die im Unterschied zu den etablierten Professionen keine wissenschaftliche, sondern eine am Lehrlingsmodell orientierte Sozialisation durchlaufen haben. Damit erhöht sich die Schwierigkeit des Theorie-Praxis-Transfers allein schon auf der personalen Ebene des Umgangs mit Wissen. Hinzu kommt, dass die Pflegepraxis durch Modernisierungsprozesse des Gesundheitswesens, insbesondere die Ökonomisierung, zwar zunehmend zum Wandel und damit zu Innovationen gezwungen wird, sie aber häufig aufgrund ihrer traditionellen Berufskonstruktion nicht dazu bereit ist, zumal wenn Vorbehalte gegen die anders sozialisierten Pflegewissenschaftler und ihre andersgearteten Konzepte be- oder entstehen. Axmacher prog-

nostiziert daher, dass der Rationalitätsbruch auch einen sozialen Bruch zur Folge haben wird:

„... die/der Pflegende wird ‚Laie‘ im eigenen Haus, also im Verhältnis zu einem Fachdiskurs, aus dem er/sie sich ausgeschlossen sieht, der gleichwohl aus der wissenschaftlich systematischen Beobachterposition das eigene Praxisfeld zum ‚Gegenstand‘ macht“ (Axmacher 1991: 127).

Er diskutiert mehrere Anschlussversuche für diese neu entstehende Variante des Theorie-Praxis-Bruchs. Erstens könnte die Wissenschaft normativ von der Praxis kontrolliert werden, was er für unwahrscheinlich hält, da Wissenschaft einer anderen, eigenen Logik folgt. Zweitens könnte das neue wissenschaftliche Wissen in die nichtwissenschaftliche Berufspraxis transformiert werden, um es handlungstauglich zu machen, wobei er die Gefahr der „Kolonisierung“, des Beutezuges im Lande der Laien sieht. Als dritte Möglichkeit sieht er die dialektische Verbindung beider Welten:

„Nicht nur die Wissenschaft ist auf der Suche nach ihrem Gegenstand, auch der Gegenstand ist auf der Suche nach reflexiven Ausdrucksformen, die mit spontanen Selbstbeschreibungen anfangen und bei komplexen Formen der Selbstbeobachtung enden.“ (Axmacher 1991: 135)

Er schließt sich also dem Modell von Dewe und Radke (1989) an, nach dem vor allem implizites Wissen explizit gemacht werden soll, es also nicht um Wissenstransfer, sondern um Reflexion im Sinne der Mäeutik geht. Diese Position setzt mit Blick auf Innovationen im Handlungsfeld einseitig auf Initiativen der Praktiker, denen die Wissenschaft lediglich zu sich selbst verhilft. Damit zeichnet er ein Bild der Pflegewissenschaft, die vor allem eine sozialwissenschaftliche geprägte Reflexionswissenschaft zum Handeln von Pflegekräften und Patienten ist. Man könnte dies auch als Pflegesozio­logie bezeichnen.

Das inzwischen gefestigte Selbstbild der internationalen und auch der deutschen Pflegewissenschaft ist ein anderes, nämlich das einer Praxisdisziplin. Dies beinhaltet für die Pflegewissenschaft, eigenständig Interventionen in der Pflege und Betreuung von Patienten und Angehörigen mit und für die Pflegepraxis zu entwickeln. Als Beispiele seien nur Einschätzungsskalen, z.B. zum Schmerzmanagement oder Konzepte zur Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen in Pflegesituationen genannt, die auf Forschungen zum Erleben von und dem Umgang mit Krankheit und Krankheitsfolgen beruhen. Das Wissen dazu mag zwar als implizites Wissen bei den Praktikern vorhanden sein, gleichwohl werden gezielte Innovationen angestrebt, um die Pflegeentwicklung nicht einer schwer vorhersehbaren Eigendynamik zu überlassen (vgl. Schieman/Büscher 2000). Damit schiebt sich das Problem des Wissenstransfers auf der Agenda der Pflegewissenschaft deutlich nach oben.

Ein zeitlich folgender Diskussionsstrang, der von außen das Handlungsfeld Pflege analysiert, setzt inzwischen die Entwicklung pflegewissenschaftlich gestützter Interventionskonzepte voraus und untersucht die aus ihrer Implementierung folgende Modernisierung der Pflegepraxis selbst. Es wird also nicht mehr eine Außenperspektive eingenommen, sondern auf den Transferprozess in der Praxis selbst geschaut. Exemplarisch sei dies an einem Beispiel aus der Arbeits- und Organisationspsychologie aufgezeigt. Büssing et al. (1998) untersuchen den Einfluss ganzheitlicher Pflegesysteme - gemeint ist die Pflegeorganisationsform und der Grad der Patien-

tenorientierung - auf Stress und burn-out bei Pflegekräften. Ihre These ist, dass mit steigenden Anforderungen durch den Typ der vollständigen Arbeit auch die Handlungsspielräume und Ressourcen steigen und dies insgesamt gesundheits- und persönlichkeitsfördernd sei (Büssing et al. 1998: 187). Im Ergebnis der formativen Evaluation eines entsprechenden Projektes stellen sie fest, dass Patientenorientierung ansatzweise vorangekommen, Spielräume und Ressourcen den Akteuren als notwendige Voraussetzung bewusster geworden sind, ihre Realisierung aber an Grenzen stößt. Die Belastungen haben sich nicht wie erwartet reduziert, zumal der Innovationsprozess selbst als belastend erlebt wurde. Sie fordern eine stärkere Einbeziehung der Mitarbeiter- als Ergänzung zur Patientenperspektive, um zu verhindern, „...dass *Patientenorientierung nicht als integraler Teil der Pflege, sondern als zusätzliche Arbeit betrachtet wird*,...“ (Büssing et al. 1998: 190), und damit bei hohem Arbeitsdruck schlicht wegfällt.

Sie verweisen darüber hinaus auf die Debatte zur reflexiven Modernisierung, wie sie im Anschluss an die Wissenstransferdebatte z.B. von Beck et al. (1996) geführt wurde. Neben den angestrebten Ergebnissen der Innovation (und damit auch des Wissenstransfers) kam es zu nicht erwarteten und auch unerwünschten Wirkungen. Sie stimmen der soziologischen Analyse zu, dass es mit einer einmaligen Implementation einer Innovation im Sinne einer einfachen Verwissenschaftlichung nicht getan ist und verweisen als Weg aus den Problemen auf den erfolgreich angestoßenen Prozess der Selbsttransformation der Pflege. Auch darauf wird zurückzukommen sein.

Als Ergänzung zu diesen Befunden sei eine weitere arbeits- und organisationspsychologische Studie benannt, die der Frage nach Strategien der Implementation von Innovationen in den Arbeitsprozess der Pflege in Krankenhäusern nachgeht (Rausch i.E.). Nach den Ergebnissen dieser Studie werden die Belastungen, die die Mitarbeiter im oben angeführten Projekt durch die Implementierung der neuen Pflegesysteme empfunden haben, verständlich, wenn man sich den Zusammenhang mit der erworbenen Berufskompetenz vergegenwärtigt. Berufliche Kompetenz wird in der Ausbildung und im anschließenden Erfahrungsprozess langjährig erworben und gefestigt, bis hin zur Weiterentwicklung beruflicher Praxis. Diesen Wissens- und Kompetenzbestand zu verändern, erfordert Passung, viel Zeit und insbesondere einen Umbau des Berufskompetenzfundus. Dieser Umbau stellt einen Prozess von Verlernen alter Routinen, Umlernen und Neulernen dar. Damit dies erfolgreich geschehen kann, müssen bei einer Intervention (a) die Mitarbeiter beteiligt, (b) der Widerstand, der der Angst vor Verlusten und Neuerungen entstammt, produktiv genutzt, (c) der arbeitsorganisatorische Kontext sichergestellt und (d) vor allem das Belohnungssystem auf Unterstützung des Neuen umgestellt werden (Rausch i.E.).

Bestätigt werden derartige Befunde in der umfangreichen Literatur zur Organisationsentwicklung und dem Change Management, von denen hier nur ein Ansatz erwähnt werden soll, der von Rogers (1995; zitiert nach Roes 2004), der auch in Projekten zur Pflegeentwicklung verwandt wird (z.B. Roes 2004). Als Faktoren für das Gelingen von Innovationen stellt Rogers fünf Aspekte heraus, die das oben gezeichnete Bild ergänzen:

- Der Grad des relativen Vorteils für die Mitarbeiter;
- Die Kompatibilität der Innovation mit der Institution;
- Die Komplexität der Innovation;
- Das aktive Experimentieren mit der Innovation;
- Die Erkennbarkeit von Ergebnissen.

Die große Herausforderung für die Einführung von Innovationen besteht also darin, den Mitarbeitern deutlich machen zu können, dass der Nutzen die in jedem Falle auftretenden Belastungen und Verluste überwiegt. Einige Pflegewissenschaftler ziehen daraus die Konsequenz, den partizipativen Ansatz in den Mittelpunkt zu stellen, wie es im Konzept der nursing development unit, der Pflegeentwicklungsstation, zum Ausdruck kommt (hierzu Jong 2002; Schiereck/Jong 2004). Damit greifen sie die aktuelle Debatte der Organisationsentwicklung auf, die im Konzept der Relationierung den Unterschied der Wissensarten von Wissenschaft und Praxis durch Überblendung beider Perspektiven mittels Relationierung, Resonanz und Reflektion überwinden und zur Wissensgenerierung im Anwendungsfeld, und damit zu einem dritten Wissenstyp, kommen will (siehe dazu Dewe in diesem Band). Im Kontext der Qualitätsentwicklung geht es jedoch um bereits vorhandene, wissenschaftlich generierte oder gestützte Wissensbestände. Daher soll der Blick nun auf den pflegewissenschaftlichen, genauer: auf den qualitätsmethodischen Diskurs zum Wissenstransfer gerichtet werden.

Von der Pflegeforschung in die Pflegepraxis – eine Wiederholung des bekannten Dilemmas?

Methoden der internen Qualitätsentwicklung galten in der internationalen pflegewissenschaftlichen Tradition sehr früh als wichtiger Motor für den Theorie-Praxis-Transfer, da hierbei die Einbeziehung der Praktiker konstitutiv ist (z.B. Schroeder/Maybusch 1984). Gleichwohl entwickelte sich eine Debatte zwischen Vertretern einer offenen Prozessorientierung im Sinne der Selbsttransformationskräfte der Praktiker, für die beispielsweise die Position der niederländischen CBO steht (vgl. Marr/Giebing 1994) und den Vertretern einer Ergebnisorientierung, wie sie in der britischen Tradition vorherrscht. Die ergebnisorientierte Position findet sich auch in den Analysen zweier größerer deutscher Qualitätsprojekte, die die Nachteile einer reinen Prozessorientierung für die Arbeitsgruppen auf den Interventionspflegeeinheiten bei der Einführung der stationsgebundenen Methode betonen und auf eine enge Verbindung von Prozess und Ergebnis setzen (Dahlgaard/Schiemann 1996; Schiemann/Moers 2004).

Im Folgenden seien hier daher die Ergebnisse der britischen Pflegewissenschaft skizziert, die auf mehr als 20 Jahre systematischer Versuche zurückblickt, Forschungsergebnisse in die Praxis umzusetzen (vgl. Altschul 1985; Nachdruck 2003). Die eingesetzten Methoden der Pflegeentwicklung reichen von der nursing development unit, die dem induktiven Ansatz der action research ähnelt, bis hin zu in unterschiedlichem Maße formalisierten Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung. In mehreren Veröffentlichungen des Royal College of Nursing Institute, des zentralen pflegewissenschaftlichen Institutes des starken britischen Berufsver-

bandes, werden Evaluationsergebnisse zu zahlreichen Einzelprojekten sowie Literaturreviews vorgestellt und Modelle zur Förderung forschungsbasierter Praxis entwickelt (z.B. Kitson et al. 1996; Duff et al. 1996; Harvey/Kitson 1996).

Ausgehend von der als „cultural divide“ (Kitson et al. 1996: 431) beschriebenen Andersartigkeit von Forschungs- und Praxiswissen, zugleich aber die Notwendigkeit von ergebnisorientierten Interventionen betonend kommen sie zu dem Schluss, dass deduktive Ansätze, die sie implementation model nennen, mit induktiven Ansätzen, dem practice development model verbunden werden sollten:

„By establishing closer links between knowledge generation and implementation, and between systematic descriptions of practice and subsequent interpretation and theory generation, the gaps may begin to diminish.“ (Kitson et al. 1996: 437)

Gelingt dies nicht, so ist die Gefahr groß, dass Praktiker Innovationen ablehnen, entweder weil sie deren Nutzen für die Patientenversorgung nicht einsehen, Kompetenz- und Autonomieverluste befürchten oder den Empfehlungen nationaler Experten misstrauen (Duff et al. 1996: 893).

Harvey und Kitson (1996) identifizieren folgende generelle Schlüsselfaktoren für Gelingen oder Scheitern der Implementation von Qualitätsprojekten:

- Gründe für den Einsatz des Qualitätssystems
- Reichweite und Formalisierung des Implementationsprozesses
- Rolle und Funktion der Implementierer und Projektbegleiter
- Schlüssel-Zielgruppen im Prozess
- Niveau der Maßnahmen und des feedback

Bei der Umsetzung sind u.a. folgende Aspekte zu beachten:

- Alle Beteiligten müssen informiert und vorbereitet sein;
- Die Projektbegleiter (facilitators) spielen eine zentrale Rolle für Motivation, Fortbildung, Wissens- und Fertigkeitstransfer;
- Feedback von Qualitätsdaten an alle Beteiligten;
- Direkte Unterstützung der Praktiker im Prozess (face to face);
- Beteiligung und Steuerungsmöglichkeiten durch die Praktiker: Ownership als bottom-up Ansatz im Prozess;
- Unterstützung durch die Organisation: top-led Maßnahmen des Managements, um die Bedeutung der Innovation zu betonen, feedback, Anreiz- und Belohnungssysteme.

Zwei Aspekte machen die Verbindung des bottom-up mit dem top-led Ansatz besonders deutlich:

„... quality needs to be viewed as a dynamic and organic concept, located within an general context of organizational development and change. ... This has clear implications ... in terms of the integration of

clinical audit into the quality management structure of the organization as a whole.

Given the complexity of achieving such integration, facilitators may have a vital role to play in developing more organic approaches to quality, fulfilling a central role as catalyst and change agent, and promoting the necessary co-ordination, networking and support of quality improvement initiatives." (Harvey/Kitson 1996: 195)

Die Arbeit der facilitators geht damit weit über top-down Aspekte der Steuerung, Motivation und Fortbildung der Praktiker hinaus, sondern umfasst auch bottom-up Anteile der Einbeziehung der Selbststeuerungselemente der Praktiker, die wiederum an das Management vermittelt werden müssen. Fasst man die britischen Erfahrungen zusammen, so bestätigen sie die Befunde der unterschiedlichen Wissensarten, setzen aber – anders als der reflexive Ansatz der soziologischen Diskussion und die Prozessorientierung der niederländischen Tradition – auf eine Verbindung von Wissenstransfer und Selbststeuerung. Das Verbindungsglied dieses Modell liegt in der Rolle des facilitators, dem allerdings – und auch das zeigen die britischen Projekte – eine enorme Last aufgebürdet wird:

Von der face-to-face-Anleitung über die Moderation von Arbeitsgruppen bis zur Verbindung zum Management landet letztlich alles und jedes bei dieser einen Person. So schlussfolgern Harvey und Kitson denn auch:

„However, the role is one that is relatively uncharted to date, particularly beyond the realms of nursing quality, and there is an obvious need for clearer information of facilitating generally, and in relation to specific factors, such as the selection, training and support requirements of the role.“ (a.a.O.)

Auf diesem Stand der Gesamtdiskussion setzen Entwicklung, Konsentierung und Implementierung der Expertenstandards des DNQP an. Sie stellen ein seit 1999 in der Arbeit mit fünf Expertenstandards kontinuierlich weiterentwickeltes Praxiskonzept dar, das den unterschiedlichen Wissensarten und ihrer Bearbeitung sowie den Fragen der Implementation Rechnung trägt (DNQP 2002, 2004, 2005a, 2005b, 2005c). Bei der folgenden Darstellung soll versucht werden, auf die von Doris Schaeffer in ihrem einleitenden Beitrag gestellten Fragen Antworten zu entwickeln, ohne dabei offene Fragen und „Nebenfolgen“ - unerwünschte Nebenwirkungen oder Risiken - zu verschweigen.

Arbeitsschritte in der Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards in der Pflege

Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten, Bewohnern und ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen. Die Standardkriterien behandeln komplexe, interaktionsreiche pflegerische Handlungszusammenhänge in der direkten Patientenversorgung mit dem Ziel eines professionell abgestimmten, überprüfbaren Leistungsniveaus für die Berufsgruppe. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der angesprochenen Bevölkerung und schließen institutionelle Bedingungen sowie eine Überprüfung der erbrachten Leis-

tungen der Pflegeberufe konstitutiv ein. Der gesamte Entstehungs- und Erprobungsprozess erstreckt sich über ca. 2½ Jahre: 1 Jahr Entwicklung, ½ Jahr Konsentierung, ½ Jahr Implementierung und ½ Jahr Auswertung sowie Diskussion der Ergebnisse auf einem Netzwerk-Workshop. Direkt beteiligt sind an jedem Expertenstandard insgesamt weit über 1.000 Pflegepraktiker und -wissenschaftler sowie einzelne Vertreter anderer relevanter Institutionen im Gesundheitswesen.

Auswahl des Themas

Die Auswahl des Themas für einen nationalen Expertenstandard erfolgt durch den Lenkungsausschuss des DNQP. Dabei wird den *pflegeepidemiologisch relevanten Qualitätsrisiken* Rechnung getragen. Da die Datenlage zu den großen Qualitätsrisiken der Pflege nicht besonders reichhaltig ist – die Pflegeberichterstattung steckt hierzulande erst in den Anfängen – besteht die Gefahr, bei der Auswahl von Themen interessengeleitet vorzugehen. Bislang konnte dies vermieden und der Prozess transparent und im Konsens gestaltet werden. Die bisher bearbeiteten Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung, deren Entwicklung vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wurde, sind auf große Zustimmung der Fachöffentlichkeit gestoßen. Ihre Relevanz wird von den jeweiligen Praxisfeldern bestätigt. Die Arbeit mit Expertenstandards wird in den nächsten Jahren fortgesetzt, weitere Förderung ist beantragt. Als nächste Themen werden chronische Wunden, bedarfsgerechte Ernährung und chronischer Schmerz bearbeitet werden. Der Lenkungsausschuss des DNQP geht davon aus, dass mit 10 – 15 Expertenstandards die großen, Sektoren übergreifenden Qualitätsrisiken in der Pflege erfasst sein werden.

Bestellung einer Leiterin der Expertenarbeitsgruppe

Der Lenkungsausschuss des DNQP sucht nach einer in Wissenschaft und Praxis anerkannten Person, die zum einen für das *wissenschaftliche Niveau*, zum anderen für die *Einbeziehung der Praxis* zuständig ist. Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass die „Chefexpertin“ ihre Position nutzt, um eigene Themen bzw. Interessen durchzusetzen. Um diesem Risiko entgegen zu wirken, werden mehrere checks and balances eingesetzt: die Expertenarbeitsgruppe hat die Aufgabe, auf einem konsensfähigen Ergebnis zu bestehen und das wissenschaftliche Team des DNQP sowie der Lenkungsausschuss „bewachen“ den Prozess der Standardentwicklung und damit auch die Arbeit der Expertengruppe. Konsensuskonferenz und Implementierungsprojekt sind weitere Prüfsteine für die Angemessenheit der formulierten Standards.

Zusammensetzung der Experten-AG

Von den bislang Beteiligten werden die Mitglieder der Experten-AG im Konsensverfahren ausgesucht. Die zukünftigen Mitglieder werden vorgeschlagen, können sich aber auch selbst bewerben und müssen ihre Expertise nachweisen. Die aus ca. 12 Personen bestehende Gruppe wird je zur Hälfte mit Mitgliedern aus Wissenschaft und Praxis besetzt. Hinzu kommt

ein Vertreter von Patienten- und Verbraucherverbänden, auf deren Mitwirkung hoher Wert gelegt wird. Damit wird die Grundlage für ein *dialogisches Verfahren* der Standardentwicklung gelegt, das sich außerordentlich bewährt hat. Das zur Diskussion stehende Wissen wird sowohl nach wissenschaftlichen Kriterien, nach dem Stand und den Handlungsbedingungen der Praxis als auch nach den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen bewertet. Die Experten-AG trifft sich im Laufe eines Jahres für ca. vier Arbeitstagen.

Erstellung einer Literaturstudie zum Thema und Bewertung des Wissensstandes

Zunächst wird das zur Bearbeitung anstehende Thema eingegrenzt und spezifiziert. Dabei spielen sowohl die zeitliche Machbarkeit als auch der innere Zusammenhang der später zu erstellenden Standardkriterien eine Rolle. Die Expertenarbeitsgruppe unterstützt einen wissenschaftlichen Mitarbeiter bei der Erstellung einer Literaturstudie, die auch die relevanten internationalen Quellen einbezieht. Im Schnitt werden ca. 250 Titel bearbeitet. Grundsätzlich werden die Studien gemäß der Einstufung von Leitlinienempfehlungen der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung in Empfehlungsklassen entsprechend dem Evidenzgrad bearbeitet (Helou 1998). Da die in Frage stehenden Pflegehandlungen oft komplex sind und hochgradige Evidenz durch randomisierte Studien nur für Einzelfragen und in Einzelfällen zur Verfügung steht, kommt der Bewertung durch die Experten-AG hohes Gewicht zu. In dieser Phase wird das wissenschaftliche Wissen *akkumuliert* und darüber hinaus *synthetisiert*. Es wird nach praxisrelevanten Themen hin geordnet und in der sich am Handlungsbedarf der Praxis orientierenden Logik von Entscheidungsprozessen dargestellt: Einschätzung des Problems, Planung und Durchführung von Interventionen sowie deren Bewertung.

Umformung des wissenschaftlichen Wissens in verbindliche Handlungsempfehlungen

Zunächst wird das Standardziel formuliert, das jedem Patienten oder Klienten professioneller Pflege eine themenspezifisch definierte angemessene Versorgung zusichert. Sodann werden die Kriterien des Standards, die sich jeweils auf strukturelle Voraussetzungen, Prozesse und Ergebnisse beziehen, festgelegt. Die einzelnen Handlungsempfehlungen werden für die Praxis erklärend kommentiert. Dieser Prozess geschieht in Absprache zwischen den Fachexperten der AG und dem wissenschaftlichen Team des DNQP als qualitätsmethodischen Experten, die die Umsetzbarkeit des Standards und die Messbarkeit seiner Ergebnisse vor Augen haben.

Dieser Arbeitsschritt macht den Experten häufig Schwierigkeiten, da sie hier eine gezielte *Transformation* des hoch differenzierten wissenschaftlichen Wissens in verbindliche Handlungsanweisungen für die Praxis vornehmen müssen, bei der sie manche in der Literatur unklar gebliebene Frage für die Praxis entscheiden müssen. Als Beispiel sei die immer wieder auftretende Frage der Empfehlung eines Assessment-Instrumentes genannt, die dann schwierig wird, wenn die vorliegende Evidenz keine eindeutige Entscheidung ermöglicht. Die Mithilfe des wissenschaftlichen Teams hat sich bei diesem Schritt sehr bewährt. Typisch ist aber eine ge-

wisse Frustration der Experten an diesem Punkt, da ein Teil ihres Wissens eben seiner Besonderheit „entkleidet“ und für die Praxis aufbereitet wird. Es trägt zu ihrer Beruhigung – und natürlich zur Qualität der Arbeit - bei, dass in allen Expertenstandard-Veröffentlichungen des DNQP die komplette Literaturstudie enthalten ist.

Die Anforderung an die schlicht wirkenden Kriterien ist hoch: sie müssen (a) den Stand des Wissens in übersetzter Form abbilden, (b) messbar sein und (c) der Pflegepraxis zu einem Qualitätssprung verhelfen, ohne sie zu überfordern. So können beispielsweise bestimmte Interventionen, über die international eigenständig von professionellen Pflegekräften entschieden werden kann, hierzulande nur auf Anordnung oder in Absprache mit der Medizin vorgenommen werden. Dies muss bei der Formulierung der Kriterien berücksichtigt werden. Ein weiteres kommt hinzu: so handlungsorientiert die Kriterien auch sein mögen, sie sind immer noch auf einer relativ *abstrakten Ebene* formuliert und daher nur bedingt gleichzusetzen mit *konkretem Handlungswissen* von Pflegekräften. Weitere Transfer- und Transformationsprozesse stehen an, bevor das neue Wissen im Einzelfall handlungspraktisch werden kann. Dazu mehr bei den Punkten zur Implementierung.

Konsentierung des Expertenstandard-Entwurfs auf einer Fachkonferenz

Der Entwurf wird von den Experten auf einer Konsensus-Konferenz in Osnabrück vorgestellt und begründet. Danach wird er mit dem Fachpublikum erörtert, um Anregungen bzw. Kritikpunkte ergänzt und abschließend förmlich konsentiert. An diesem Verfahren nehmen 450 – 600 interessierte Fachvertreter teil, denen die Unterlagen einen Monat vor der Konferenz zur Verfügung stehen. Damit ist ein weiteres *dialogisches Element* eingebaut, in dem sowohl die wissenschaftliche Wissensbasis als auch das in verbindliche Handlungsempfehlungen transformierte Wissen zur Diskussion steht. Beispielsweise werden Empfehlungen für Einschätzungsinstrumente erweitert, wenn Erfahrungen gezeigt haben, dass bestimmte Formulierungen oder Piktogramme für manche Gruppen (bspw. Kinder oder Migranten) schwierig zu handhaben sind. Die Teilnahme von Mitgliedern anderer Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens sowie Patientenverbänden als Beobachtern und ihre Einbeziehung in Form von Stellungnahmen zum Expertenstandard stellt ein erstes Element der *interdisziplinären Diskussion* dar. Die breite Berichterstattung über die Konferenz in der Fachpresse trägt erheblich zur Verbreitung der Information über den neuen Expertenstandard in der Berufsgruppe bei. Die Experten haben sich – nebenbei bemerkt - nach der Konsentierung meist auch vom „Transformationschock“ erholt und erleben die Bestätigung ihrer Arbeitsergebnisse durch die Fachöffentlichkeit in der Regel als bestandene Feuertaufe. Die Ergebnisse der Konsensuskonferenz werden von den Experten und vom Lenkungsausschuss des DNQP in den Expertenstandard eingearbeitet, der einschließlich der Kommentierung der Standardkriterien durch die Experten und der Literaturstudie alsbald als Sonderdruck veröffentlicht wird.

Auswahl der Einrichtungen für das Implementierungsprojekt

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards in ca. 20 Gesundheitseinrichtungen und solchen der Altenhilfe dient der Erprobung seiner Praxistauglichkeit. Es besteht ein Bewerbungsverfahren, bei dem inzwischen die Zahl qualifizierter Bewerbungen die Kapazitäten bei weitem übersteigt. Die Auswahl wird nach Kriterien der Einrichtungstypen und der regionalen Verteilung vorgenommen. Die Steuerung des Gesamtprojektes wird vom vierköpfigen wissenschaftlichen Team des DNQP geleistet. Dazu finden im Projektverlauf u.a. vier ganztägige Treffen mit den Projektbeauftragten in Osnabrück statt.

Grundsätzlich handelt es sich bei einem Expertenstandard um ein *deduktives Modell* der Implementation. Die Anforderung ist, dieses mit *induktiven und partizipativen Ansätzen* zu verbinden. Dazu müssen die Einrichtungen bestimmte partizipationsförderliche Bedingungen erfüllen. Sie müssen Ressourcen – und damit Handlungsspielräume – für einen Internen Prozessbegleiter als Projektbeauftragten, für die AG-Arbeit der Modellpflegeeinheit, für Fortbildung und Anleitung des Teams und für das Audit bereitstellen. Die Unterstützung des Pflegemanagement kann damit in aller Regel sichergestellt werden. Für andere Berufsgruppen und Betriebsteile fallen Information, Motivation und Einbeziehung in den Projekten dagegen recht unterschiedlich aus.

Etablierung der Projektgruppe beim DNQP an der FH Osnabrück

Für die Implementierung hat das wissenschaftliche Team des DNQP ein eigenes Konzept im Anschluss an den Qualitätszyklus der stationsgebundenen Methode entwickelt. Es beinhaltet die Phasen Fortbildung der Mitarbeiter, Anpassung und Einführung des Standards sowie Audit der Ergebnisse (Moers/Schiemann 2004; Schiemann/Moers 2004). Die Projekttreffen in Osnabrück sowie die laufende Beratung bilden den Kern der Unterstützung der Projektbeauftragten, die als facilitator die Hauptlast der Implementierung tragen. Am Anfang war es, am Rande bemerkt, in vielen Fällen nicht leicht, die Pflegedirektorinnen davon zu überzeugen, dass diese Treffen nicht für das Management, sondern für die change agents gedacht sind. Die Projektbeauftragten werden vom wissenschaftlichen Team geschult, auf den Prozess vorbereitet, begleitet und supervidiert. Darüber hinaus entwickeln sie untereinander ein eigenes Netzwerk, in dem sie ihre Erfahrungen austauschen. Diese Gruppe hat sich außerordentlich bewährt, um die Projektbeauftragten aus ihrer Vereinzelung heraus zu holen und ihrer Überlastung, die die britischen Qualitätswissenschaftlerinnen Harvey und Kitson (1996: 195) als ungelöste Frage der Rolle der facilitators sehen, gezielt zu begegnen. Ein Textauszug aus einem Interview mit einer Projektbeauftragten im Rahmen einer von mir betreuten Diplomarbeit (Krebs 2005) soll daher die mit der Sandwichposition zwischen Management und Mitarbeitern verbundenen Zuweisungen und Belastungen deutlich machen:

„Man muss die Haltung haben, dass dies meine Rolle ist. Ich bin halt in einer Zwitterposition: ich bin nicht innerhalb der Hierarchie, ich bin aber auch nicht wirklich außerhalb. Meine Funktion wird quasi genutzt, von unten und von oben, ein Stück weit auch als Puffer. Das ist nicht immer angenehm, aber wenn man das nicht so auf die eigene Person bezieht, kann man das ganz gut aushalten. Wenn die Mitarbeiter ihren

Frust an uns ablassen oder die Leitungen autoritär mit uns verfahren, weil wir irgendwas durchdrücken sollen, dass wir dann auch ein Stück weit zur Seite treten und sagen können, dass dort gerade mal wieder unsere Funktion missbraucht oder gebraucht wird. ... Da sind wir wieder bei den Netzwerken. Wenn ich dann in einem Haus die einzige Person in dieser Situation bin, dann ist das unheimlich schwierig. Ich finde die Möglichkeit, sich innerhalb eines Hauses auch mit Gleichgesinnten auszutauschen ganz wichtig." (Inter. VI, 11)

Den Internen Prozessbegleitern wird also ein hohes Maß an Flexibilität und auch Ambiguitätstoleranz abverlangt: sie müssen Situationen aushalten, die aus ihrer Sicht nicht in Ordnung sind. Die zusätzliche Unterstützung durch das wissenschaftliche Team des DNQP sowie durch die anderen Projektbeauftragten wird von ihnen deshalb besonders hoch geschätzt.

Fortbildung zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und zum Thema des Expertenstandards

In dieser Phase werden in den Einrichtungen zunächst die notwendigen Informationsprozesse in Gang gesetzt: einmal mit Blick auf die Gesamtorganisation und verstärkt auf den ausgewählten Modellpflegeeinheiten, auf denen die Implementierung stattfindet. Dies sind entweder eine große oder mehrere kleinere Einheiten, auf denen das in Frage stehende Qualitätsrisiko schwerpunktmäßig auftritt. Ein hohes Vorkommen des Risikos erhöht die Bereitschaft der Mitarbeiter, an der Innovation mitzuwirken, da sie die auf sie zukommenden Belastungen besser akzeptieren können, wenn die Ergebnisse für sie deutlich sichtbar werden. Zudem hat es sich bewährt, die Mitarbeiter bei der Entscheidung für die Teilnahme am Projekt einzubeziehen, um die bottom-up Anteile zu stärken. Dies wird allerdings nicht durchgängig so gehandhabt. Für die Projektbeauftragten besteht die schwierige Aufgabe darin, immer wieder vorkommende Widerstände der Praxis zu bearbeiten und den Boden für die Akzeptanz der Innovation zu bereiten. Dazu ein längeres Zitat einer Projektbeauftragten, die aus ihrer Praxis berichtet:

„Eine Modellstation mit dem Sturzstandard hatte erhebliche Strukturveränderungen. Die mussten umziehen, die haben ein neues Patienten-klientel bekommen, es sind Kollegen von einer anderen Fachrichtung dazugekommen, für die das Wort Pflegeplanung etwas völlig fremdes war. Als so eine Kollegin mich da sieht, schaut sie hoch und sagt: ‚Du hast mir gerade noch gefehlt‘. Da habe ich gesagt: ‚Was ist denn los?‘ Sie saß am PC und friemelte da rum und sagte: ‚Ich komm hier nicht zu recht mit dieser Scheiß Pflegeplanung. Wie soll ich denn das jetzt hier machen?‘ Dann habe ich ihr geholfen und ein paar Wege gezeigt, wie sie das machen kann. Über diesen Nebenkriegsschauplatz bin ich dann zum eigentlichen gekommen. Es gab dann kein Befremden bei ihr, als ich nach dem Sturzstandard gefragt habe. Hätte ich das gleich getan, hätte ich eine volle Abfuhr gekriegt.“ (Krebs 2005; Inter. I: 10)

In der Regel gelingt es den Projektbeauftragten, Widerstände situativ zu bearbeiten. Die äußeren Umstände spielen dabei naturgemäß eine erhebliche Rolle. Nicht jede Frustration kann aufgelöst werden.

Die Fortbildung selbst hat zum Teil den Charakter der Selbstreflexion und benötigt dafür Handlungsentlastung, zum Beispiel wenn es um das

eigene Pflegeverständnis im Kontext der Qualitätsentwicklung geht. Im Verlaufe des Projektes steigen aber die Fortbildungs-Anteile, bei denen im Unterschied zum wissenschaftsnah gedachten Fortbildungstyp die *Handlungsorientierung* entscheidend wird. Unsere Erfahrungen aus mehreren Projekten lassen darauf schließen, dass Fortbildungen fern vom Ort beruflichen Handelns ein geringeres Umsetzungspotential haben als solche, die in Form konkreter Anleitungen vor Ort geschehen. So werden Übungen mit Einschätzungsskalen als face-to-face-Anleitung im direkten Kontakt mit Patienten von den Mitarbeitern sehr gut angenommen und sogar eingefordert.

Mit der von der Pflegekraft unter Anleitung durchgeführten Einschätzung, ob für einen Patienten oder Bewohner ein bestimmtes Risiko vorliegt, ist die Transformation des Wissens bei der Handlungskompetenz der Praktiker angelangt. Damit steht nur noch ein Schritt aus, die Überführung in neue Routinen. Dafür sind jedoch noch weitere Hürden des Ver- und Umlernens zu nehmen, bevor das neu Gelernte sich durchsetzen kann. Dafür benötigen die Mitarbeiter Freiräume und Ressourcen, wie Büssing et al. (1998) bereits aufgezeigt haben. Hinzu kommt die *Rückversicherung*, die sie einfordern und durch die Projektbeauftragten und andere Fortbildner auch erhalten. Dieser Punkt ist im reflexiven Fortbildungsmodell nicht enthalten, in der empirischen Literatur zur Organisationsentwicklung aber als Motivation und Belohnungssystem einhellig gefordert. Es geht nicht nur um Akzeptanz der neuen Handlungsformen, sondern auch darum, die Unsicherheit im Umgang mit diesen überwinden zu können. Dazu bedarf es der Unterstützung und Bestätigung durch das Management, die Projektbeauftragten und die Teammitglieder.

Anpassung des Expertenstandards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe der Pflegeeinheit

Der Prozess des deduktiven Wissenstransfers durch Fortbildung wird um Elemente der Mitarbeiterbeteiligung ergänzt. Dazu wird möglichst früh im Prozess eine Arbeitsgruppe aus Teammitgliedern der Pflegeeinheit gebildet, die ggf. um Vertreter anderer Berufsgruppen ergänzt und von der Projektbeauftragten moderiert wird. Diese Gruppe muss ebenfalls Zeit zur Selbstfindung und eigenen Fortbildung eingeräumt bekommen, bevor ihre Mitglieder als Multiplikatoren wirken können. Substanz bekommt dieser *Prozess der Einbeziehung* durch die Aufgabe, den Expertenstandard zu konkretisieren und an die Bedingungen der Pflegeeinheit und ihrer Zielgruppen von Patienten oder Bewohnern anzupassen. Eine Aufgabe der Moderatorin besteht darin darauf zu achten, dass das Handlungsniveau des Expertenstandards dabei nicht unterschritten wird. In diesem Prozess entsteht in aller Regel ein großes Maß an Identifikation mit dem Expertenstandard durch die Arbeitsgruppe. Es wird zu einem Teil „ihr Standard“. Ebenso gilt es, bereits an dieser Stelle das Team der Modellpflegeeinheit durch Informationen und Diskussionen über die geeigneten Konkretisierungen des Expertenstandards einzubeziehen. So können unterschiedliche Skalen im Team gemeinsam getestet und eine Entscheidung über die für die Zielgruppe geeignete herbeigeführt werden.

Den Pflegekräften müssen Handlungsspielräume im Prozess eröffnet werden. Dabei vertrauen wir nicht auf die Kräfte der Selbsttransformation eines rein induktiven und prozessorientierten Ansatzes, sondern sehen

diese Diskussionen und Entwicklungen im Team als durchaus gesteuerten Prozess. Damit entsteht die nicht leichte Aufgabe, Prozess- und Ergebnisorientierung auszutarieren, denn es handelt es sich um unterschiedliche Handlungslogiken, deren Verbindung Spannungen hervorruft: Im Prozess wäre vielleicht eine weitere Reflexionsrunde mit anschließenden organisatorischen oder personellen Veränderungen angebracht, während mit Blick auf das Ergebnis der Zeitplan eingehalten werden muss. Das Geschick der Projektbeauftragten entscheidet darüber, ob dieser Balanceakt gelingt. Die Ergebnisse unserer Projektpartner sind durchaus ermutigend, wenn auch bisweilen Friktionen auftreten. Im Rahmen der Implementierungsprojekte können sie fast immer aufgefangen werden, da das vor Augen liegende Ziel des Projektabschlusses mit zeitnaher Ergebnisüberprüfung und -präsentation zusätzlich motivierend wirkt. Gleichwohl liegt hier ein möglicher Schwachpunkt des Konzepts: Sollte die Einbeziehung der Teammitglieder nur unzureichend gelingen, stehen für die Verstetigung der Projektergebnisse schwere Zeiten ins Haus. Dabei entscheidet unserer Erfahrung nach weniger das Ausmaß der Selbststeuerung über Verstetigen oder Versanden; ausschlaggebend ist vielmehr das Ausmaß und die Nachhaltigkeit der Unterstützung durch die Projektbeauftragten und – das kann nicht genug betont werden – durch das Management.

Einführung des Expertenstandards

Diese Phase beginnt mit einer expliziten Kick-off Veranstaltung und ist gekennzeichnet von möglichst vielen face-to-face Anleitungen durch AG-Mitglieder, Projektbeauftragte und weitere Fortbildner. Ebenso ist hier die Unterstützung der Stationsleitungen und des Management insgesamt gefragt. Unterstützung heißt auch, dass die *Verbindlichkeit der Standardeinführung* vom Management eingefordert werden muss und Anreize explizit auf die neuen Handlungsweisen ausgerichtet werden. Dies geschieht durch Nachfragen nach dem Stand der Umsetzung und durch Bereitstellung der als hierfür notwendig von den Mitarbeitern eingeforderten personellen und sachlichen Ressourcen durch das Management. Dieser Aspekt wird in den Projekten grundsätzlich berücksichtigt, stößt aber in der Praxis auf erhebliche Umsetzprobleme und auch Widerstände. Auch hierzu ein Interviewauszug einer Projektbeauftragten:

„Der Dekubitusstandard sagt, dass die Pflege dafür verantwortlich ist, die Information über eine Gefährdung des Patienten an die anderen Berufsgruppen weiter zu geben. Die Umsetzung ist aber höchst anspruchsvoll. Da neigt man dann dazu, das lassen zu wollen mit der Begründung: ‚Da kommen die Patienten nach 3 Stunden aus dem Röntgen wieder, Gnubbel hier, Gnubbel da‘ (gemeint sind Druckstellen auf der Haut). Ich sage dann: ‚Wir haben jetzt hier einen Ausflug in die wilde Praxis gemacht, aber wir müssen diesen Ansprüchen gerecht werden, sonst können wir unser Ziel nicht erreichen.“ (Krebs 2005; Inter. II: 10)

Unsere Erfahrung zeigt, dass die Motor- und Motivationsfunktion der Projektbeauftragten für das Gelingen der Implementation nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument und Rückmeldung der Ergebnisse

Zum Abschluss der modellhaften Implementierung wird von den Projektbeauftragten ein Qualitätsaudit auf den Modellpflegeeinheiten durchgeführt. Dabei werden Daten zu 40 Patienten aus Dokumentation, Befragung der Patienten oder Bewohner, ggf. ihrer Angehörigen, sowie der jeweils verantwortlichen Pflegekräfte zusammengetragen. Die Daten werden zu Prozentangaben über die Erreichung des jeweiligen Standardkriteriums aggregiert und den Mitarbeitern vorgestellt. Damit wird der als wesentlich erachtete Faktor der *Rückmeldung spürbarer Ergebnisse* eingelöst. Dies ist auch eine Gelegenheit für feedback durch das Management. Diskussionen zum Stand der Umsetzung, *Motivation für weitere Anpassung und Verstetigung* haben hier ihren Platz.

Die Audits zeigen bei vielen Standardkriterien einen hohen Erfüllungsgrad. In ersten Evaluationen nach der Implementierungsphase gibt es auch Hinweise auf erfolgreiche Verstetigung dieser Kriterien. Ein Beispiel aus einer Patientenbefragung im Rahmen einer Diplomarbeit knapp ein Jahr nach Einführung des Expertenstandards zum Schmerzmanagement soll hier genügen (Kuhlmann 2005: 63):

„Vorhin war eine Schwester da und hat mir Schmerzmittel gegeben und da hat sie gesagt: ‚Ich komme in einer halben Stunde noch mal nachfragen, ob sie noch Schmerzen haben.‘ Und sie war auch pünktlich nach einer halben Stunde noch mal da und hat noch mal nachgefragt.“ (I 2/7 11)

Damit bestätigt die Patientin fast wörtlich die Aussage des Expertenstandards, der auf die zeitnahe Überprüfung der Wirksamkeit der verabreichten Medikamente großen Wert legt. Die Beachtung dieses Kriteriums erhöht das Sicherheitsgefühl und auch die Zufriedenheit der Patienten spürbar.

Die größten Schwierigkeiten bereitet den Pflegekräften quer durch alle Standardthemen das Thema Information, Schulung und vor allem die Beratung von Patienten, Bewohnern und ihren Angehörigen. Fachlich ist dies nicht erstaunlich, da hier eine Rollenerweiterung gegenüber medizin- und organisationsorientierten sowie körperlich-pflegepraktischen Handlungsabläufen vorliegt. Dementsprechend ist gerade für die Verstetigung darauf zu achten, dass es Anreize und Belohnungen für die Entwicklung der Anleitung- und Beratungskompetenz gibt und diese Tätigkeiten nicht als zusätzliche Arbeit gesehen und folglich bei Handlungsdruck weggelassen werden.

Interessant ist, dass die Evidenzbasierung der Expertenstandards und das Audit, also Elemente wissenschaftlichen Wissens, weniger Widerstand auslösten, als vielmehr zur Erhöhung ihrer Akzeptanz beitrugen. Dazu eine Pflegefachkraft, die am Implementierungsprojekt zur Dekubitusprophylaxe teilgenommen hat:

„Es gibt Angehörige, wenn man denen sagt, dass die zwei- bis dreistündige Bewegung notwendig ist, die das nicht so glauben wollen. ... (Denen sagen wir) ... Wir arbeiten nach dem Standard und da haben Fachleute dran gearbeitet.“ (Galgan 2005: 59)

Pflegekräfte erleben im Umgang mit anderen Berufsgruppen oder auch Angehörigen eine Stärkung ihrer Position, wenn sie sich auf wissenschaftliches Wissen berufen können, das ihnen zugänglich und verständlich ist.

Bundesweite Diskussion der Ergebnisse in einem Netzwerkworkshop, Buchveröffentlichung und weitere Diffusion

In einem letzten Treffen der Projektbeauftragten in Osnabrück werden Stand der Implementierung und weiterer Handlungsbedarf diskutiert sowie feedback des wissenschaftlichen Teams des DNQP gegeben. Da auch dieses Treffen im *internen Kreis* stattfindet, wird sehr offen diskutiert, so dass auch Probleme und Fehlentwicklungen sowie hindernde äußere Faktoren angesprochen werden können. Die Projektbeauftragten erleben die gegenseitige Vorstellung und das feedback als wichtige Bestätigung ihrer im Alltag oft als mühselig erlebten change agent Rolle.

Nach der anonymisierten Gesamtauswertung durch das DNQP findet ein *Netzwerkworkshop* statt – zur Abwechslung diesmal in Berlin in der Charité –, auf dem die Ergebnisse vorgestellt und von einem Fachpublikum aus ca. 250 Teilnehmern kritisch diskutiert werden. In anschließenden Parallelworkshops diskutieren alle Beteiligten: der Lenkungsausschuss des DNQP, die Experten-AG-Mitglieder und die Projektbeauftragten sowie die anwesenden Pflegekräfte aus den Modellpflegeeinheiten mit den interessierten Praktikern die Ergebnisse der Implementierung. Anschließend wird der Expertenstandard mit Kommentaren und Literaturstudie zusammen mit dem Bericht über die Praxistauglichkeit vom DNQP veröffentlicht. Bisher sind über 42.000 Exemplare (Stand September 2005) von diesen Veröffentlichungen beim DNQP angefordert worden, was die große Resonanz in der Fachöffentlichkeit eindrücklich belegt. Das DNQP und die Experten-AG-Mitglieder beteiligen sich mit zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen an der weiteren Verbreitung der Expertenstandards.

Einige Schlussfolgerungen

Mit der endgültigen Buchveröffentlichung ist die 2 ½ jährige Arbeit des DNQP an einem Expertenstandard zunächst – bis auf die allfällige *Aktualisierung* 3-5 Jahre nach Veröffentlichung – abgeschlossen. Bleibt, eine Bilanz zu ziehen. Was haben wir über den Wissenstransfer lernen können? Wir möchten vier Punkte hervorheben:

Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist in der Pflege nur als Wissenstransformation zu denken

Der Unterschied von wissenschaftlichem und Praxiswissen ist in der Pflege mit ihrer als Sonderform abgeschotteten, oftmals innerbetrieblich geprägten Bildungstraditionen größer als in anderen Gesundheitsprofessionen. Auf der Ebene der nationalen Expertenstandards hat es sich bewährt, den *notwendigen Wissenstransformation* gleich mit zu bedenken und in den Expertenstandards sowohl verbindliche Handlungsempfehlungen zu formulieren als auch die Wissensbasis für diese Empfehlungen zur Verfügung zu stellen. Bei dem so entstandenen deduktiven Implementierungskon-

zept sind die induktiven Elemente der Einbeziehung der Praktiker gestärkt worden. Ermöglicht wird dies aber nicht im freien Spiel der Kräfte oder in ungesteuerten Experimentierfeldern, sondern in gezielter Anleitung durch Pflegeexperten als Projektbeauftragte. Auf der Ebene des Handlungsvollzuges haben sich *Anleitungs- und Rückversicherungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter* sowie *Feedback und Anerkennung* durch Projektleitung und Management als wesentliche Motoren beim Umlernprozess erwiesen. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für andere Fragestellungen – z.B. solche, bei denen die Teamentwicklung im Vordergrund steht, wie es bei vielen Nursing Development Units zu beobachten ist – sich wahrscheinlich andere Implementierungsstrategien empfehlen (siehe dazu ausführlicher Bernd Dewe in diesem Band).

Wissenstransfer in der Pflege benötigt spezielle Akteure

Nur mit Change Agents zur Vermittlung und Erleichterung des Wandels, in der englischen Qualitätsarbeit auch als Facilitator bezeichnet, kann die Aufgabe der Transformation wissenschaftlichen in handlungsrelevantes Wissen bewältigt werden. Der Übersetzungsprozess kann nur von Pflegeexperten geleistet werden, die in beiden Feldern zu Hause sind. Benötigt werden also Pflegefachkräfte, die ein pflegewissenschaftliches Studium absolviert haben. In unseren Projekten stehen mit den Projektbeauftragten als Internen Prozessbegleitern für diese Aufgabe spezifisch qualifizierte Akteure zur Verfügung, von denen zunehmend mehr auch ein pflegewissenschaftliches Studium absolviert haben. Damit verfügen sie neben Kenntnissen des Praxisfeldes und der gängigen Moderationsmethoden auch über die notwendigen pflegewissenschaftlichen und qualitätsmethodischen Kompetenzen, um die weiteren Transformationsprozesse in der Praxis lenken zu können.

Die internen Prozessbegleiter müssen top-down und bottom-up Elemente verbinden. Dazu benötigen sie ihrerseits Unterstützung

Experten für den Wandel haben die schwierige Aufgabe, Widerstände zu bearbeiten und für ein ausgeglichenes Verhältnis des vom Management gewünschten und des von den Mitarbeitern akzeptierten Ergebnisses zu sorgen. Die Pflegeexperten werden zu *zentralen Akteuren* des Implementierungsprozesses und benötigen ihrerseits *Entlastung*, die ihnen in den Projekten auch weitgehend gegeben werden konnte, bzw. die sie sich netzwerkartig selbst holen. Notwendig ist aber auf Dauer eine strukturelle Absicherung dieser Unterstützung. Der Tendenz von Organisationen, Probleme zu personalisieren, muss durch die Schaffung sozialer Systeme für die anstehenden Entwicklungsaufgaben begegnet werden (siehe dazu auch Andreas Heller in diesem Band).

Die wesentliche Zukunftsaufgabe aller Innovationsprojekte ist die Verstetigung

Kritisch ist in allen Innovationsprojekten die Frage der *Verstetigung*. Zu den Expertenstandards stehen systematische Evaluationen noch aus, jedoch liegen zunehmend Qualifizierungsarbeiten vor (Thane 2001; Wilms 2001; Galgan 2005; Kuhlmann 2005; Krebs 2005). Hier werden Erfolge,

aber auch Schwierigkeiten deutlich. Manuela Galgan (2005: 100) fasst in ihrer Masterarbeit an der Uni Witten/Herdecke die Erfahrung zweier Implementierungseinrichtungen vier Jahre nach dem Projekt so zusammen:

„Teile dieser Handlungen sind für die Pflegenden im Laufe der Zeit zu ‚automatisierten‘ Alltagshandlungen geworden. Des Weiteren ist den Pflegenden durch die Implementierungsphase die Wichtigkeit der Dekubitusprophylaxe bewusst geworden. Das Bewusstsein beim Handeln nach dem Standard hat einen wellenförmigen Verlauf. Mit der Zeit fallen die Pflegenden zum Teil in vergangene Gewohnheiten zurück, weshalb durch gezielte Maßnahmen der Standard wieder ins Bewusstsein gerufen werden muss. Es besteht also kein Gegensatz zwischen bewusstem und unbewusstem Handeln, sondern beides ist in wechselnden Phasen notwendig, um die Arbeit mit dem Standard zu verstetigen.“

Die Rückmeldungen durch unsere inzwischen ca. 70 Projektpartner fallen ähnlich aus. Viele arbeiten systematisch an der Einführung der Expertenstandards auf weiteren Pflegeeinheiten, zum Teil sogar flächendeckend, sowie an der Änderung festgestellter Defizite und an regelmäßigen Wiederholungsmessungen, wie sie der Zyklus der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung vorsieht (vgl. Schiemann/Moers 2004: 142–150). Manchmal wird dieses Vorgehen mit jährlichen einrichtungs- oder abteilungsweiten Risikoerhebungen, z.B. zu Dekubitus- oder Sturzraten, kombiniert. Es werden jedoch auch Schwierigkeiten berichtet. Als Hauptgründe für mangelnde Verstetigung werden Ermüdungsprozesse bei den Mitarbeitern, vor allem durch fehlende personelle Ressourcen, mangelnde Aufmerksamkeit durch das Management und weitere hinderliche Rahmenbedingungen genannt. Deutlich wird, dass es mit einer einmaligen Implementierung nicht getan ist. Daraus folgt, dass Pflegeexperten langfristig eine Motivations- und Anleitungsfunktion in diesem Prozess haben. Diese Unterstützung wird von den Mitarbeitern der Pflegeeinheiten auch eingefordert. Eine Pflegeexpertin drückte es so aus, „dass die Pflege mich als Tankstelle für pflegerisches Wissen benutzt“. Darüber hinaus sind die positiven Ergebnisse für die Patienten sichtbar zu halten. Ebenso müssen Handlungsabläufe, Kooperationen an den Schnittstellen und auch Anreizsysteme für die Mitarbeiter an den neuen Routinen ausgerichtet werden, um die Akzeptanz der Innovation auf Dauer zu sichern. Ebenso heißt dies, dass die Expertenstandards in ein betriebsweites Qualitätsmanagement zu integrieren sind. Dazu werden flankierend Maßnahmen der Organisationsentwicklung benötigt. Es bedarf also vorausschauender Überlegungen und Maßnahmen - Andreas Heller nannte es in der Diskussion treffend eine „Reflexionsarchitektur“, die integriert werden müsse, um das Überleben von Projekte zu sichern.

Schauen wir abschließend auf die Gesamtentwicklung der Pflegeberufe, so finden wir durchaus Elemente der angesprochenen reflexiven Modernisierung, einer Modernisierung also, die ihre eigenen Grundlagen verändert. Bald 15 Jahre nach Axmachers Prognose ist die Feststellung zulässig, dass es nicht zu einem direkten oder einfachen Heimatverlust der Krankenpflege gekommen ist. Zwar hat sich die Pflegewissenschaft in der Tat nach der ihr eigenen Logik entwickelt. Die von Axmacher nicht vorhersehbare Ansiedlung von ca. 90 % der über 50 Pflegestudiengänge an Fachhochschulen hat jedoch zu praxisnahen Berufsprofilen der Absolventen geführt, die ihre Arbeitsplätze nur ganz vereinzelt in der Wissenschaft, mehrheitlich aber in Pflegemanagement und -pädagogik sowie als Pflege-

experten in der Praxis finden. Die oben beschriebene Rolle der Projektbeauftragten als change agents ist ein typisches Beispiel für das Aufgabenfeld dieser Pflegeexperten. Seit neuestem arbeiten die ersten promovierten Pflegewissenschaftler/innen als Pflegeexperten oder im Management.

Auf der anderen Seite haben sich die Pflegepraktiker längst auf den Weg der Verwendung pflegewissenschaftlichen Wissens gemacht. In unseren Projekten werden Evidenzbasierung und kontrollierte Messmethoden (Audit) zunehmend von den Praktikern selbst eingefordert. Ebenso sind jedoch auch Formen der reflexiven Verwissenschaftlichung zu finden, in denen Praktiker Strukturen und Ergebnisse wissenschaftlichen Wissens für eigene Zwecke umbiegen, also eine selektive Adaption des angebotenen Wissens vornehmen (siehe dazu Bernd Dewe in diesem Band). Sie nutzen Begründungsstrukturen durchaus für die Verfolgung eigener Interessen, die keineswegs der Innovationsabsicht der Pflegewissenschaft entsprechen müssen. So lehnen sie unter Rückgriff auf das in der Pflegewissenschaft vertretene Konzept der Patientenorientierung manche Innovation als Bürokratisierung ab. Oder sie verlangen die EDV-Gängigkeit einer Innovation als Bedingung für deren Einführung und haben dabei nicht primär die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern rationellere Abläufe, Zeitersparnis und vereinfachte „prüfsichere“ Dokumentationsroutinen vor Augen. Ebenso kann die Einführung neuer Pflegekonzepte als Marketinginstrument genutzt werden. Insgesamt kann man durchaus von einem substantiellen Umbau der „alten Heimat“ Pflege in Richtung eines neuen, differenzierten und modernisierten Berufes sprechen, in den wissenschaftliche Argumentationen zunehmend eingedrungen sind.

Trotz aller (reflexiven) Verwissenschaftlichungsprozesse ist die Entwicklung der Pflegepraxis selbst aufgrund der „Nebenwirkungen“ der massiv spürbaren ökonomischen Modernisierung kaum zu prognostizieren. Im Zeichen des Wettbewerbs und der Kostenbegrenzung finden erhebliche ökonomische Rationalisierungs- und Personalabbauprozesse statt. Diese wirken sich substanziell auf die Berufsgruppe der Pflegenden aus, indem einerseits Fachkräfte deutlich abgebaut werden und die Zahl der eingesetzten Hilfskräfte ansteigt, andererseits weitere Modernisierungsprozesse, wie z.B. die Qualitätssicherung als gesetzlich verpflichtende Aufgabe, voranschreiten und zu einem Mehrbedarf und auch zur Mehrbeschäftigung von Pflegeexperten führen. Welche Auswirkungen das für die Berufskonstruktion haben wird, ist noch nicht wirklich abzusehen. Sowohl eine massive Dequalifizierung der Praxis als auch eine weitere Differenzierung der Berufshierarchien mit neuen Aufgabenteilungen erscheint möglich. Im negativen Fall ist niemand mehr persönlich für die Qualität der Pflege des einzelnen Patienten oder Bewohners verantwortlich und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen stünde im schlimmsten Fall nur noch auf dem Papier. Im positiven Fall käme es unter den Vorzeichen eines vermehrten Wettbewerbs in den innovativen Einrichtungen zu einer Stärkung der Kundenwerbung und -bindung im Sinne der Patientenorientierung, z.B. in Form von Bezugspflegesystemen (primary nursing) mit verantwortlichen qualifizierten Pflegefachkräften, unterstützt von Assistenzkräften einerseits und hoch qualifizierten Pflegeexperten andererseits.

Literatur

- Altschul, A. (1985): Nursing Research for a better Care. In: *Pflege* 2003 16 (1), 26 – 30. Nachdruck aus: *Zeitschrift des Österreichischen Krankenpflegeverbandes*, Wien
- Büssing, A./Barkhausen, M./Glaser, J. (1998): Modernisierung der Pflege durch ganzheitliche Pflegesysteme? Ergebnisse einer formativen Evaluation. *Pflege* 4, 183-191
- Dahlgaard, K./Schiemann, D. (1996): Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: Der Bundesminister für Gesundheit (Hg.): Abschlussbericht: Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 1 -79
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005a): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005b): Sonderdruck Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005c): Arbeitstexte zum Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP
- Duff, L./Kitson, A./Seers, K./Humphris, D. (1996): Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. In: *Journal of Advanced Nursing* 23, 887 – 895
- Galgan, M. (2005): Einflüsse auf die Verstetigung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege nach der Implementierungsphase. Unveröffentl. Masterarbeit. Private Universität Witten/Herdecke, Inst. f. Pflegewissenschaft
- Harvey, G./Kitson, A. (1996): Achieving improvement through quality: an evaluation of key factors in the implementation process. In: *Journal of Advanced Nursing* 24, 185 –195
- Helou, A./Perleth, M./Bitzer, EM./Dörnig, H./Schwartz, FW. (1998): Methodische Qualität Ärztlicher Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 92, 421-428
- Kitson, A./Ahmed, L./Harvey, G./Seers, K./Thompson, D. (1996): From research to practice: one organizational model for promoting research based practice. *Journal of Advanced Nursing* 23, 430 - 440
- Krebs, M. (2005): Wissenstransfer in der Pflege als Aufgabe von Pflegeexperten – eine empirische Untersuchung. Unveröff. Diplomarbeit an der Fachhochschule Osnabrück, Studiengang Pflegewissenschaft
- Kuhlmann, Ch. (2005): Umsetzung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ in einer Universitätsklinik in NRW – aus Patientensicht. Unveröff. Diplomarbeit an der Fachhochschule Osnabrück, Studiengang Pflegewissenschaft

- Moers, M./Schiemann, D. (2004): Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des DNQP, 116-144
- Rausch, K. (i.E.): Strategien der Implementation von Innovationen in den Arbeitsprozess der Pflege in Krankenhäusern. Abschlussbericht eines Forschungsprojektes, gefördert von der Arbeitsgruppe Innovative Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen. Osnabrück
- Roes, M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege: Neues Lernen in der Pflegepraxis. Bern: Huber 2004
- Schiemann, D./Moers, M. (2004): Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege. Mit einem Kapitel von A. Fierdag. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Thane, K. (2001): Die Implementierung eines Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe an zwei ausgewählten Krankenhäusern. Unveröff. Diplomarbeit an der Fachhochschule Osnabrück, Studiengang Pflegewissenschaft
- Wilms, Ch. (2001): Zur Rolle des Pflegemanagements bei der Einführung eines Expertenstandards: Eine empirische Untersuchung. Unveröff. Diplomarbeit an der Fachhochschule Osnabrück, Studiengang Pflegewissenschaft

Wissenstransfer in der vollstationären Pflege.

Erfahrungen aus dem Modellprojekt "Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege"

Klaus Wingenfeld

Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der vollstationären Pflege wird schon seit langem intensiv diskutiert, allerdings stehen durchgreifende Veränderungen in der Versorgungspraxis noch aus. In den vergangenen Jahren wurde zunehmend deutlich, dass gängige Konzepte der Qualitätssicherung zu einseitig auf Anforderungen externer Qualitätsprüfungen ausgerichtet sind und so manche Kernfrage der Sicherstellung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung zu wenig berücksichtigen. Einzelne Einrichtungen und Trägerverbände reagierten darauf mit modifizierten Qualitätsentwicklungsstrategien, nach wie vor fehlt es jedoch an grundlegenden, allgemein akzeptierten Standards, Maßstäben und Kriterien, die das anzustrebende Qualitätsniveau bestimmbar machen und damit Orientierungshilfen für eine zielgerichtete Qualitätsentwicklung liefern könnten.

Das nordrhein-westfälische Modellprojekt *Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege* (im Folgenden kurz: Referenzmodelle) soll solche Grundlagen bereitstellen und darüber hinaus konkrete Wege aufzeigen, wie sich Qualitätsverbesserungen in zentralen Versorgungsfeldern trotz schwieriger Rahmenbedingungen erreichen lassen. Seit Mitte des Jahres 2004 arbeiten in diesem Projekt Wissenschaftler, Berufspraktiker, Vertreter von Trägerverbänden, Kostenträgern, Medizinischen Diensten, Betroffenenorganisationen und noch weitere Akteure zusammen, um tragfähige Konzepte zur Gestaltung der stationären pflegerischen Versorgung zu entwickeln (vgl. MGSFF 2005).

Das Projekt repräsentiert einen eher ungewöhnlichen Ansatz des Wissenstransfers, der sich mit gängigen Begriffen zur Charakterisierung von Transferstrategien (vgl. den Beitrag von Dewe im vorliegenden Band) schwer umschreiben lässt. Das besondere Merkmal des Modellvorhabens besteht zum einen in der engen Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis, die sich sowohl auf die *Entwicklung* zukunftsweisender Versorgungskonzepte als auch die *Implementation* dieser Konzepte (in insgesamt 20 Modelleinrichtungen) erstreckt. Zum anderen ist das Modellvorhaben in einen größeren versorgungspolitischen Kontext eingebunden, der den Rahmen für den Wissenstransfer wesentlich erweitert: Das Projekt soll Ergebnisse bereitstellen, mit denen sich die für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung maßgeblichen Stellen auf Landes-, ggf. auch auf Bundesebene über Qualitätsanforderungen, Fragen des Leistungsprofils und der Personalausstattung in der vollstationären Pflege auf einer rationalen Basis verständigen können.

Der vorliegende Beitrag verdeutlicht den spezifischen Ansatz des Wissenstransfers in diesem Modellprojekt und die besonderen Rollen, die der Wissenschaft und der Praxis hierbei jeweils zukommen. Anhand der (überwiegend positiven) Erfahrungen der inzwischen mehr als ein Jahr

umfassenden Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis sollen hierbei auch einige generelle Fragen aufgegriffen werden, mit denen sich die Diskussion um die Wirksamkeit wissenschaftlichen Wissens beschäftigt.

Entstehung und Organisation des Modellvorhabens

Die Entwicklungsgeschichte des Modellvorhabens reicht bereits einige Jahre zurück. Auf Initiative des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen wurde in der Zeit von 1999 bis 2001 das Forschungsprojekt "Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege" durchgeführt (Wingenfeld/Schnabel 2002), das einen Beitrag dazu leisten sollte, die in vielen Bereichen noch lückenhafte Informationsgrundlage zur Beschreibung und Beurteilung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Untersuchung erstreckte sich auf insgesamt 27 Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, dort jeweils auf eine Wohntage/Pflegegruppe und damit auf rund 730 Bewohner. Wenngleich das Ziel einer Bestandsaufnahme eindeutig im Vordergrund stand, gab es bereits damals Überlegungen, ausgehend von den gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen gegebenenfalls eine breit angelegte Qualitätsentwicklung auf den Weg zu bringen.

Die Ergebnisse der Studie wurden in einer Unterarbeitsgruppe des Landespflegeausschusses NRW und schließlich auch im Landespflegeausschuss selbst eingehend diskutiert. Diese Beratungen führten zu der Entscheidung, aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen weitere Schritte einer landesweit abgestimmten Qualitätsentwicklung einzuleiten. Es bedurfte jedoch noch einiger weiterer vorbereitender Maßnahmen, bis das Modellvorhaben "Referenzmodelle" zustande kommen konnte. Hierzu gehörte u.a. eine Abstimmung zwischen dem nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Spitzenverbände der Pflegekassen, die gemeinsam die erforderlichen Fördermittel bereitstellten. Für die Trägerschaft konnte das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen gewonnen werden.

Mit der Einbindung der beiden Ministerien und der Spitzenverbände der Pflegekassen deutet sich bereits der Stellenwert an, der dem Modellprojekt auf Bundes- wie auf Landesebene zugeschrieben wird und der auch die in diesem Projekt realisierte Strategie des Wissenstransfers maßgeblich prägt: Das Vorhaben soll am Ende modellhafte, praktisch erprobte Konzepte der Qualitätsentwicklung bereitstellen, die nicht nur von einzelnen Pflegeeinrichtungen aufgegriffen werden, sondern in der pflegerischen Versorgung insgesamt Breitenwirkung entfalten können. Dies wiederum setzt voraus, dass alle Stellen, die maßgeblich an der Gestaltung der stationären pflegerischen Versorgung mitwirken, auf der Grundlage der im Rahmen des Modellvorhabens entwickelten Lösungen einen Konsens herstellen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund sind diese Stellen in die Begleitung des Modellvorhabens eingebunden, also auch in der Lage, ihre jeweilige Problemsicht einzubringen. Eine der daraus resultierenden Konsequenzen besteht in einem dichten Geflecht aus Gremien und Abstim-

mungsprozessen, in das die wissenschaftlich gestützte Konzeptentwicklung eingebunden ist.

Das Modellvorhaben weist eine relativ komplizierte Struktur auf, deren Kenntnis notwendig ist, um die hier gewählte Strategie des Wissenstransfers nachvollziehen zu können (vgl. MGSFF 2005):

- Beteiligt sind insgesamt 20 *stationäre Pflegeeinrichtungen* in Nordrhein-Westfalen, durch die fast alle in diesem Bundesland vertretenen Trägerverbände einbezogen sind. Jede dieser Einrichtungen verfügt über einen sog. *Modellbeauftragten*, dem im Rahmen der konzeptionellen Entwicklungsarbeiten und für die praktische Umsetzung bzw. Erprobung der Konzepte eine zentrale Funktion zukommt. Es handelt sich um Mitarbeiter der Einrichtungen, die zumeist schon seit mehreren Jahren in diesen tätig sind und während der Modelllaufzeit ausschließlich projektbezogene Aufgaben wahrnehmen.
- Die Aufgabe der *Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung* wird vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wahrgenommen. Wie dabei im Einzelnen vorgegangen wird, steht im Mittelpunkt der weiteren Ausführungen.
- Die Referenzeinrichtungen werden bei der Konzeptumsetzung durch eine *externe Organisationsberatung* unterstützt, die das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS, Frankfurt a.M.) leistet. Das ISS hat darüber hinaus die Aufgabe übernommen, Strategien der Konzeptumsetzung, Erprobungserfahrungen, Implementationsprobleme und Problemlösungen etc. zu dokumentieren. Dies soll es – nach Abschluss des Modellvorhabens – anderen Einrichtungen ermöglichen, von den Erfahrungen der Referenzeinrichtungen zu profitieren, die Wiederholung von Fehlern zu vermeiden und bewährte Organisationskonzepte zu realisieren, ohne den gesamten Prozess des zum Teil mühsamen Experimentierens mit Umsetzungsstrategien selbst durchlaufen zu müssen.
- Die *wissenschaftliche Evaluation* des Modellvorhabens ist vom Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (IfG) übernommen worden. Ihm kommt die Aufgabe zu, den Grad der Zielerreichung nach Abschluss der Modellerprobung und die mit der Konzeptumsetzung erreichten Veränderungen zu bewerten.

Das Modellvorhaben wird eingerahmt durch verschiedene Arbeitsgruppen und Gremien. Hierzu gehören in erster Linie

- vier *Regionalgruppen*, in denen jeweils fünf Modellbeauftragte und ein Vertreter der beteiligten Institute zusammentreffen. Sie tagen in regelmäßigen Abständen und bilden den zentralen Ort der Abstimmung zwischen Wissenschaft und Praxis.
- ein *Steuerungskreis*, der sich aus den beteiligten Instituten, den Fördergebern und anderen Initiatoren des Modellvorhabens sowie dem Projektträger zusammensetzt, eine allgemeine Steuerungsverantwortung wahrnimmt und auch als Forum der inhaltlichen Abstimmung fungiert.
- ein *Begleitausschuss*, in dem Konzeptentwürfe vor Beginn der praktischen Erprobung eingehend diskutiert werden. Die Beratungen des

Begleitausschusses sind im Blick auf die erwähnte Konsensbildung, die eine Voraussetzung für die angestrebte Breitenwirkung des Modellvorhabens darstellt, von außerordentlich hoher Bedeutung.

- *Expertenrunden*, die jeweils zu ausgewählten Themen ins Leben gerufen werden.

Schließlich sorgt eine Stelle zur *Modellkoordination* (angesiedelt beim Institut für Gerontologie) dafür, dass sich die Kommunikation zwischen den vielen Projektbeteiligten und die Organisation der zahlreichen Teilprozesse trotz der komplexen Modellstruktur einigermaßen reibungslos gestalten.

Zielsetzungen und inhaltliches Programm

Die Modellkonzeption, die im Verlauf der oben angedeuteten Vorbereitungen entstanden ist, legt die wesentlichen Zielsetzungen des Projekts sowie die zu entwickelnden und zu erprobenden konzeptionellen Kernelemente in groben Zügen fest. Danach versteht sich das Modellvorhaben als Versuch, eine auf Landesebene (und zum Teil darüber hinausgehend) abgestimmte, recht weit reichende Qualitätsoffensive zu initiieren. In Kooperation aller auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung maßgeblichen Stellen sollen Wege aufgezeigt werden, wie ein nachhaltiger Prozess der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zur Förderung von Fachlichkeit und Lebensqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen realisiert werden kann. Hierzu sollen vor allem folgende Instrumente entwickelt und erprobt werden:

1. Eine *Leistungssystematik* ("Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege"), die das Profil des Leistungsangebotes, das heute in den Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden sollte, näher definiert. Die vorläufige, praktisch zu erprobende Version der Leistungsbeschreibungen wurde bereits Mitte des Jahres 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt (vgl. Korte-Pötters/Wingenfeld 2005). Es handelt sich allerdings nicht allein um ein Klassifikationssystem, die Leistungsbeschreibungen verstehen sich vielmehr auch als Arbeitshilfe für die Praxis.
2. Ein System zur *Bedarfsklassifikation*, mit dem Aussagen zu Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs in Abhängigkeit vom individuellen Profil der Pflegebedürftigkeit getroffen werden können und das Verkürzungen, wie sie der Pflegestufensystematik nach dem SGB XI vorgehalten werden (vgl. Enquête-Kommission 2005: 29ff.), zu vermeiden versucht.
3. So genannte *übergeordnete Qualitätsmaßstäbe*, die sich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen und Verfahrensweisen in ausgewählten, besonders wichtigen Segmenten des Versorgungsalltags beziehen, und zwar auf
 - Verfahrensweisen im Zusammenhang mit dem Einzug neuer Bewohner,
 - die Zusammenarbeit mit Angehörigen,
 - die Sicherstellung einer bedarfsgerechten nächtlichen Versorgung,

- die Gestaltung des Übergangs von Bewohnern in ein Akutkrankenhaus,
 - die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
 - die fachgerechte Begleitung sterbender Heimbewohner.
4. Konzepte zur Optimierung der Steuerung des individuellen Pflegeprozesses, insbesondere
- Empfehlungen zur Gestaltung von Funktion und Aufgaben der prozesssteuernden Pflegefachkraft und zur Umsetzung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung,
 - Anforderungen an die Gestaltung des pflegerischen Assessments,
 - Anforderungen an die Erfassung von Informationen zur Biographie und Lebenssituation des Bewohners vor dem Heimeinzug und
 - Maßgaben zur Ausgestaltung neuer Formen der Pflegedokumentation.

Wie ersichtlich, handelt es sich um ein recht umfangreiches Programm der Konzeptentwicklung und dementsprechend komplexe Implementationsprozesse. Auch diese Komplexität kann als besonderes Merkmal des Modellvorhabens gelten.

Die Art und Weise, wie wissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen des Modellprojekts in die Praxis transferiert werden, sei im Folgenden am Beispiel der oben erwähnten Leistungsbeschreibungen verdeutlicht.

Von der Defizitanalyse zum Handlungskonzept

Die schon erwähnte Studie "Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege" (Wingenfeld/Schnabel 2002; im Folgenden kurz: *NRW-Studie*), an die das Modellprojekt anknüpft, stellt in weiten Teilen den klassischen Fall einer Forschung dar, die Strukturen und Probleme der pflegerischen Versorgung abbildet. Ihre Ergebnisse dokumentierten u.a. eine einseitige Konzentration der pflegerischen Versorgung auf körperliche Bedarfslagen. Die vielfältigen Fragen der Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die aufgrund des hohen Anteils dementiell Erkrankter den Lebensalltag in den Heimen stark prägen, werden danach zwar nicht gänzlich vernachlässigt, aber auch nicht systematisch aufgegriffen und in Form einer planvollen, individuellen Interventionsstrategie zum Gegenstand der Pflege gemacht. Vielmehr wird auf psychische bzw. verhaltensbezogene Problemlagen vorrangig "spontan" reagiert, vor allem in Situationen, in denen sich eine Gefährdung, Störung, psychische Überforderung oder andere problematische Situationen anbahnen oder bereits manifestiert haben. Die Versorgung ist den Untersuchungsergebnissen zufolge also durch ein Handeln geprägt, welches in erster Linie auf akute, von den Mitarbeitern unmittelbar wahrnehmbare Bedarfslagen ausgerichtet ist. In engem Zusammenhang damit steht die Beobachtung, dass sich die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine un-

mittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner, also je weniger ihre Bedürfnisse und psychischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag präsent sind, umso seltener erhalten sie außerhalb von körperbezogenen Pflegehandlungen Unterstützung. Die Studie zeigte des Weiteren, dass der allseits proklamierte Grundsatz einer ressourcenfördernden bzw. ressourcenerhaltenden Pflege im Versorgungsalltag wenig zum Zuge kommt. Entsprechende Ansätze konzentrieren sich auf Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass sich die jeweilige Pflegehandlung nicht in die Länge zieht. Zeitlich umfangreiche Anleitungssequenzen besitzen im Versorgungsalltag Seltenheitswert. Nicht zuletzt aufgrund der in vielen Fällen angespannten Personalsituation hat sich vielmehr eine Praxis herausgebildet, in der die Mitarbeiter danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivität von Bewohnern zurückzuweisen.

Soweit einige Ausschnitte aus den Untersuchungsergebnissen. Sie stellen eine mehr oder weniger typische Problem- bzw. Defizitbeschreibung dar, die für sich genommen vielleicht geeignet ist, das Problembewusstsein in den Einrichtungen zu schärfen, jedoch keinerlei greifbare Handlungsorientierung beinhaltet. Dies festzuhalten ist wichtig: Untersuchungsergebnisse dieser Art entsprechen nicht, selbst wenn sie mit Handlungsempfehlungen verknüpft werden, der Struktur des berufspraktischen Wissens, auf dem konkretes Versorgungshandeln aufbaut.

Die im Rahmen des Modellvorhabens vom Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft entwickelten Leistungsbeschreibungen beanspruchen, diese Strukturdifferenz überbrücken zu können. Es handelt sich, wie schon angesprochen, um ein Klassifikationssystem, das mit Bedarfskriterien verknüpft wird und zahlreiche Elemente enthält, die in der Praxis als Arbeitshilfe nutzbar sind. Sowohl die Art und Weise, wie Leistungen definiert und voneinander abgegrenzt werden, als auch die Erläuterungen und Maßgaben zur Anwendung der Systematik weisen konkrete Bezüge zu den skizzierten Problemfeldern auf, die mit der NRW-Studie abgebildet wurden. Sie fordern beispielsweise

- eine stärkere Gewichtung von Unterstützungsleistungen, die nicht auf körperliche Defizite, sondern auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind,
- eine Akzentuierung ressourcenfördernder bzw. -erhaltender Maßnahmen,
- die Notwendigkeit einer konsequent bedarfsorientierten Pflege, d.h. einer Pflege, die neben akuten Bedarfslagen die Gesamtsituation des Bewohners und eine vorausschauende Strategie der Hilfe bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt stellt.

Die Leistungsbeschreibungen ließen sich aus den Ergebnissen der Studie nicht unmittelbar ableiten. Vielmehr sind zahlreiche andere Wissensbestände eingeflossen, wissenschaftliche wie nichtwissenschaftliche. Allerdings dienten jene Leistungskategorien als Ausgangspunkt der Entwicklungsarbeiten, die den empirischen Erhebungen, die mit der Studie durchgeführt worden waren, unterlegt waren: Aufgrund der methodischen Anlage der Studie hatte sich damals die Notwendigkeit ergeben, bei der Erhebung mit Kategorien zu arbeiten, die überschaubar waren und von den

Mitarbeitern in der Praxis gut nachvollzogen werden konnten. In dieser Hinsicht hatte sich das Kategorienraster im Großen und Ganzen gut bewährt, so dass der Gedanke nahe lag, es in einer modifizierten Form auch dem Leistungsklassifikationssystem zugrunde zu legen.

Für den weiteren Gang der Entwicklungsarbeiten war es entscheidend, die von der Wissenschaft erstellten Entwürfe eingehend mit der Praxis abzustimmen. In mehreren Diskussionsrunden mit den beteiligten Modellbeauftragten wurden sie Punkt für Punkt beraten und gemeinsam geprüft. Im Mittelpunkt standen dabei folgende Fragen:

- Decken die Leistungsbeschreibungen das Spektrum der Maßnahmen, die heute im Versorgungsalltag erbracht werden, vollständig ab? Wird es den Mitarbeitern in den Einrichtungen ohne größere Probleme möglich sein, ihr pflegerisches Handeln den Leistungskategorien zuzuordnen?
- Berücksichtigen und gewichten die Leistungsbeschreibungen in ausreichendem Maße auch solche Unterstützungsleistungen, die fachlich gesehen einen hohen Stellenwert besitzen, im heutigen Versorgungsalltag aber zu wenig berücksichtigt werden?
- Ist die Systematik so aufgebaut und sprachlich so formuliert, dass sie ohne größere Probleme von der Praxis nachvollzogen werden kann? Welche Unterschiede zu den Leistungsbeschreibungen weisen die sprachlichen bzw. die Dokumentationsgepflogenheiten in den Einrichtungen auf?

Die Bewertung der Entwürfe erfolgte nicht allein im bloßen Austausch in gemeinsamen Diskussionsrunden. Ergänzend prüften die Modellbeauftragten die aufgeführten und noch einige weitere Fragen in ihrer jeweiligen Einrichtung, vorrangig in Form von internen Beratungen und stichpunktartiger Auswertung der Pflegedokumentation. Hierbei wurden beispielsweise Maßnahmen identifiziert, die in den Leistungsbeschreibungen aufgeführt, aber in der Praxis nicht oder nur selten erbracht wurden. Nach entsprechenden Rückmeldungen war dann zu prüfen und zu entscheiden, wie mit diesem Ergebnis weiter verfahren werden konnte. Dieses Vorgehen lieferte den Einrichtungen außerdem erste Anhaltspunkte für spätere Anpassungen ihres Angebotsprofils, denn sie mussten dafür Sorge tragen, dass sämtliche vom Klassifikationssystem definierten Leistungen bei Bedarf auch tatsächlich erbracht werden können.

Im weiteren Verlauf wurden die Entwürfe in die Beratungen mit den Begleitgremien des Modellvorhabens eingebracht. Wie oben angemerkt, zielt das Modellvorhaben auf die Erarbeitung von Konzepten, die Breitenwirkung entfalten sollen. Die Konzepte sind daher nicht nur auf Akzeptanz der einzelnen Einrichtungen, sondern beispielsweise auch der Trägerverbände und Kostenträger angewiesen, deren Vertreter in den Begleitgremien mitwirken.

Auf diese Art und Weise, im Zuge eines mehrstufigen Prüfungs- und Abstimmungsverfahrens und nach mehrfachen Modifikationen, entstand schließlich jene Version der Leistungsbeschreibungen, die im Rahmen des Modellvorhabens praktisch erprobt wird. Die Evaluation wird zeigen, ob es mit dem angedeuteten hohen Aufwand tatsächlich gelungen ist, eine Brücke zwischen Erkenntnis und Handeln bzw. zwischen Problembeschreibung und Problemlösung zu schlagen.

Andere Konzeptbausteine wurden ebenfalls unter Einbindung der Einrichtungen entwickelt. Zum Teil orientierten sich diese Arbeiten noch stärker an der Praxis als im Falle der Leistungsbeschreibungen. Dies gilt vor allem für die meisten der sog. übergeordneten Qualitätsmaßstäbe, deren Abstimmung und Prüfung in vergleichbarer Form erfolgte, deren Entwürfe jedoch auf der Grundlage bereits verfügbarer Ansätze aus der Praxis entstanden. Hier flossen handlungspraktisches Wissen, allgemeine Handlungsorientierungen aus der Qualitätsdiskussion sowie der Fachliteratur und, soweit verfügbar, Forschungsergebnisse in einen von den beteiligten Wissenschaftlern moderierten Prozess der Konzeptgenerierung ein: Die Referenzeinrichtungen übermittelten die von ihnen bereits erarbeiteten Konzepte und andere Handlungsmaßgaben (z.B. hausinterne Richtlinien) an die wissenschaftliche Begleitung und führten gleichzeitig eine Bestandsaufnahme durch, mit der wesentliche Problemfelder im jeweils zur Diskussion stehenden Handlungsfeld (z.B. Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten) abgebildet wurden. Die Wissenschaftler werteten diese Materialien aus, übernahmen und systematisierten Elemente, die sich einpassen ließen (ggf. nach vorheriger Anpassung an das vorgesehene Abstraktionsniveau der Qualitätsmaßstäbe), ergänzten diese durch eigene Vorschläge (zumeist gestützt auf andere Wissensquellen), suchten ggf. gezielt nach Lösungen für die mit der Bestandsaufnahme sichtbar gewordenen Probleme, fassten die Ergebnisse dieser Arbeiten in einem Konzeptentwurf zusammen und brachten diesen schließlich ähnlich wie bei den Leistungsbeschreibungen in die Beratung mit den Modellbeauftragten und anderen Projektbeteiligten ein.

Die geschilderte Strategie der Konzeptgenerierung und -abstimmung hat sich, so kann nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Modellvorhaben festgehalten werden, im Großen und Ganzen bewährt. Die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis verlief reibungsloser als zu Beginn des Projektes erwartet. Der in der Transferdiskussion oft bemühte Hinweis auf Widerstände oder gar Resistenz der Praxis gegenüber wissenschaftlich gestützten Innovationsprozessen wird durch die Erfahrungen mit den Konzeptentwicklungsarbeiten in keiner Weise gestützt. Eine produktive und von gegenseitiger Akzeptanz geprägte Zusammenarbeit setzt danach allerdings voraus, dass

- sich beide Seiten am Leitbild einer professionellen Pflege orientieren und dadurch auf fachlicher Ebene eine gemeinsame Basis für die Entwicklungsarbeiten existiert,
- die Wissenschaft ein ausreichendes Verständnis für die Arbeitsbedingungen und Probleme, die den Versorgungsalltag prägen, und eine entsprechende Lernbereitschaft entwickelt,
- die Rollen von Wissenschaft und Praxis, der Kontext und die jeweiligen Handlungsspielräume von Beginn an klar definiert sind,
- der Praxis Freiräume für konzeptionelle "Feinarbeiten" verbleiben, die sicherstellen, dass die Umsetzung von Konzepten nicht als Störung bewährter interner Abläufe, sondern als Bereicherung erfahren wird.

Das positive Fazit zum bisherigen Projektverlauf soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es immer wieder Differenzen zu bearbeiten und Kompromisse auszuhandeln gab. Diese bezogen und beziehen sich allerdings weniger auf inhaltliche Aspekte als auf die Frage der Machbarkeit. Das

Modellvorhaben verfolgt das Ziel, eine nachhaltige Qualitätsentwicklung anzustoßen, ohne die Praxis, die gegenwärtig unter keineswegs befriedigenden Rahmenbedingungen arbeiten muss, zu überfordern. Insofern sind Aushandlungsprozesse um die Frage, wie hoch die mit den Konzeptbausteinen verknüpften Qualitätsanforderungen sinnvollerweise anzusetzen sind, ein notwendiger Bestandteil der Entwicklungsarbeiten. Es gelingt in der Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis nicht immer, unter allen Beteiligten einen Kompromiss auszuhandeln. Unter diesen Umständen entscheiden die Wissenschaftler, ob umstrittene Konzeptelemente Bestandteil bleiben und in die Erprobung gehen oder nicht. Die Akzeptanz dieser Entscheidungsbefugnis wird den Vertretern der Praxis dadurch erleichtert, dass letztlich die Erprobungs- bzw. Evaluationsergebnisse darüber Auskunft geben, inwieweit an dieser Entscheidung festgehalten werden kann.

Implementationsbegleitung

Die Leistungsbeschreibungen setzen ebenso wie andere Konzeptbausteine der Referenzmodelle Arbeitsstrukturen voraus, die sich in der heutigen Praxis nicht durchgängig wiederfinden. Damit angesprochen ist u.a. die Organisation der individuellen Versorgung nach dem Muster des sog. Pflegeprozesses als international anerkanntem Handlungsmodell zur Gestaltung pflegerischer Versorgung (vgl. WHO Regional Office for Europe 1982, Brobst et al. 1996). In vielen Einrichtungen mangelt es an Qualität des pflegerischen Assessments, der Formulierung von Pflegezielen, der Dokumentation und der Überprüfung der Wirksamkeit von Leistungen (vgl. z.B. Abt-Zegelin et al. 2003, Fischbach/Stinner 2001). Mehrere der am Modellvorhaben beteiligten Einrichtungen bilden in dieser Hinsicht keine Ausnahme.

Insofern stellt sich – nicht nur im Falle der Leistungsbeschreibungen, sondern auch bei mehreren anderen Konzeptbausteinen der Referenzmodelle – die Aufgabe, die notwendigen Voraussetzungen für die Konzeptumsetzung erst noch herzustellen. So müssen Einrichtungen beispielsweise ihre Verfahrensweisen und Instrumente im Zusammenhang mit dem pflegerischen Assessment erweitern oder anpassen, ebenso die Pflegedokumentation, Personalorganisation und Kooperationsformen modifizieren. Der Umfang dieser Anpassungen ist abhängig vom Entwicklungsstand in den einzelnen Einrichtungen und fällt daher sehr unterschiedlich aus.

Der wissenschaftlichen Implementationsbegleitung durch das IPW kommt an dieser Stelle die Aufgabe zu, den Einrichtungen Hilfestellungen zu leisten, um Anpassungen auf eine Art und Weise durchzuführen, die den Anforderungen der Konzepte entspricht. Nach den bisherigen Erfahrungen kann man dies als die größte Herausforderung bei der Konzeptumsetzung bezeichnen. Es ist zeitaufwändig, aber – eine fachlichen Grundkonsens vorausgesetzt – im Gesamtbild relativ unproblematisch, wenn Wissenschaft und Praxis gemeinsam an der Entwicklung einer Leistungssystematik oder anderen Versorgungsgrundlagen arbeiten. Die Implementationsbegleitung hingegen – verstanden als Monitoring und fachliche Beratung bei der Einleitung und Durchführung von organisatorischen Veränderungen, der Weiterqualifizierung des Personals in den beteiligten

Modelleinrichtungen, der Modifizierung/Erweiterung von Arbeitsmethoden und -instrumenten etc. – hat sich für die beteiligten Wissenschaftler als zwar bewältigbare, aber schwierige Aufgabe erwiesen. Hier treten zahlreiche, aus Organisationsentwicklungsprozessen hinlänglich bekannte Probleme und Hürden auf den Plan, die in vielen Fällen nicht antizipierbar sind und die sich in jeder der 20 beteiligten Einrichtungen anders darstellen. Zwar haben die Einrichtungen die Möglichkeit, auf eine professionelle Organisationsberatung zurückzugreifen, doch war von vornherein klar, dass nur jene Pflegewissenschaftler, die die zu implementierenden Konzepte maßgeblich gestaltet hatten, eine adäquate *fachliche* Beratung leisten konnten. Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung hat sich insofern als unerlässlich erwiesen, nach den bisherigen Erfahrungen insbesondere in folgenden Punkten:

- *Prozesssteuerung*: Es bleibt zwar den Einrichtungen überlassen, wie sie ihre Handlungsplanung zur Konzeptumsetzung gestalten und Implementationsprozesse im Einzelnen organisieren. Dies kann angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den Referenzeinrichtungen auch gar nicht anders sein. Allerdings gibt die wissenschaftliche Begleitung eine grobe zeitliche Abfolge vor, schon allein dadurch, dass Konzeptentwicklung und Konzeptumsetzung zum Teil zeitlich parallele Arbeitsstränge darstellen; der enge Zeitrahmen, in dem das Modellvorhaben durchgeführt wird, gestattet es angesichts der zeitintensiven Abstimmungsprozesse nicht, mit der Umsetzung in der Praxis so lange zu warten, bis *sämtliche* Konzeptbausteine ausgereift sind. Da diese jedoch in vielfältiger Weise aufeinander Bezug nehmen und ihre Verschränkung allein von der wissenschaftlichen Begleitung überblickt wird, sind die Praxiseinrichtungen in hohem Maße auf Orientierungshilfen bei der Umsetzung angewiesen, sowohl was die zeitliche Organisation der einzelnen Umsetzungsschritte angeht als auch im Blick auf die inhaltlichen Anforderungen, die aktuelle Umsetzungsschritte beachten müssen, auch wenn die Konzepte, aus denen sie erwachsen, erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Erprobung bereitgestellt werden.
- *Ergebnissicherung bei einzelnen Implementationsschritten*: Trotz Einbeziehung in die konzeptionellen Entwicklungsarbeiten besteht ein mitunter ausgeprägtes Bedürfnis des Praxis, sich zu vergewissern, mit der Konzeptumsetzung auf dem richtigen Weg zu sein und Anpassungen oder Problemlösungen in Übereinstimmung mit den Intentionen vorgenommen zu haben, auf denen die Konzepte beruhen. Diese Rückversicherung ist nicht nur sinnvoll, sondern zum Teil auch unumgänglich: Konzepte wie die Leistungsbeschreibungen müssen, um von der Praxis aufgenommen werden zu können, verhältnismäßig schlank ausfallen und können unmöglich für jede denkbare Detailfrage der Umsetzung eine Antwort bereithalten. Abgesehen davon stellen die Leistungsbeschreibungen einen Entwurf dar, dessen Praxistauglichkeit im Verlauf der modellhaften Umsetzung erst noch unter Beweis gestellt werden muss. Ungeachtet der intensiven Beratungen im Vorfeld der Umsetzung ist es nicht auszuschließen, ja sogar sehr wahrscheinlich, dass sich im Verlauf der Erprobung Unschärfen, dysfunktionale Zuordnungen, Inkonsistenzen und andere Schwachstellen offenbaren. Hier hat der Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis die wichtige Funktion, zu prüfen, ob Implementationsschwierigkeiten auf konzeptimma-

nente Probleme oder Adaptionsprobleme auf Seiten der Praxis zurückzuführen sind.

- *Kontinuierliche "Übersetzungsarbeit" in Detailfragen:* Eine ebenso wichtige Funktion der Implementationsbegleitung besteht in fortgesetzten Erläuterungen zu einzelnen inhaltlichen Aspekten der Konzepte. Auch dieses Erfordernis ergibt sich daraus, dass ein in der Praxis handhabbares Konzept nicht alle Einzelheiten kommentieren und erklären kann, die für die Umsetzung von Bedeutung sein könnten. Hinzu kommen Schwierigkeiten auf begrifflicher Ebene. Wenngleich sich Wissenschaft und Praxis im Rahmen der geschilderten konzeptionellen Entwicklungsarbeiten auf sprachlicher Ebene angenähert haben, bleiben die Leistungsbeschreibungen in weiten Teilen "durchsetzt" von sprachlichen Gepflogenheiten, die im Wissenschaftsbereich wurzeln. Hiervon übrigens wollte die wissenschaftliche Begleitung trotz wiederholter Aufforderungen nicht abweichen. Sie hielt es für wichtig, auch auf sprachlicher Ebene eine Lösung zu finden, die nicht hinter dem aktuellen Stand des pflegfachlichen Diskurses zurückbleibt.
- *Definition von Grenzen für kreative Lösungen:* Keiner der im Modellvorhaben entwickelten Konzeptbausteine legt die Praxis bei der Umsetzung auf starre Lösungen fest. Es besteht für die Einrichtungen immer ein gewisser Spielraum zur Ausgestaltung, der zum Teil sogar sehr breit ausfällt. Gerade deshalb ist es jedoch für die Einrichtungen gelegentlich schwer zu entscheiden, mit welchen Umsetzungsschritten sie möglicherweise die Grenze der Übereinstimmung mit den konzeptionellen Vorgaben überschreiten würden.
- *Legitimation von Handlungsinitiativen der Modellbeauftragten:* Die Modellbeauftragten als "change agents" besetzen innerhalb der Referenzeinrichtungen eine Rolle, die in den meisten Fällen durchaus als prekär bezeichnet werden kann. Sie stoßen Prozesse in Handlungsfeldern an, deren Gestaltung außerhalb des Modellkontextes in den Zuständigkeitsbereich anderer Akteure (vor allem Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen) fallen. Es bedarf keiner näheren Erläuterung, dass sie oftmals mit der Anforderung konfrontiert werden, intensive Überzeugungsarbeit zu leisten und ggf. auch Kompromisse auszuhandeln. In diesem Zusammenhang kommt der wissenschaftlichen Begleitung eine Funktion von eher strategischem Charakter zu: Sie unterstützt die Arbeit der Modellbeauftragten, indem sie deren Handeln indirekt durch ihre konzeptionellen Vorgaben gegenüber allen anderen Mitarbeitern der Einrichtungen legitimiert. Die wissenschaftliche Implementationsbegleitung ist, zumindest bei komplexen Innovationsprozessen wie im vorliegenden Fall, eine unerlässliche Voraussetzung für die erfolgreiche Konzeptumsetzung. Sie kann in diesem Fall auch nur durch eine Instanz geleistet werden, die mit den Zielsetzungen, inhaltlichen Verästelungen und Interdependenzen der Konzeptbausteine und der Modellkonzeption insgesamt gut vertraut ist und Arbeitsbeziehungen zu den beteiligten Praxiseinrichtungen aufgebaut hat, die eine rasche Verständigung und Einschätzung von Implementationsproblemen ermöglichen.

Fazit

Die Debatte um Wissenstransfer im Gesundheitswesen leidet mitunter an einer bemerkenswerten Abstinenz, wenn es darum geht, Konkretisierungen und Differenzierungen vorzunehmen. Dies gilt auch für die Frage nach dem Typus wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Akteure, die sie sich zunutze machen sollen. Bestimmte Typen wissenschaftlichen Wissens sind besser transferierbar als andere, und die Ausprägung der Problematik der Wissensaneignung hängt grundlegend davon ab, ob es sich bei den Adressaten um Individuen oder Organisationen bzw. soziale Systeme handelt.

Am Beispiel der Leistungsbeschreibungen wurde der Versuch illustriert, Ergebnisse einer bestimmten Art wissenschaftlicher Forschung in der Praxis wirksam werden zu lassen. Hier handelte es sich um Problembeschreibungen, deren Charakter eine unmittelbare Wissensanwendung von vornherein ausschließt. Ein großer Teil der empirischen Forschung generiert Ergebnisse dieser Art: Beschreibungen von Phänomenen und Prozessen, ihrer Bedingtheit und Abhängigkeit vom jeweiligen Bedingungsgefüge, ihres Wandels im Zeitverlauf, ihrer Wirkungen und gesellschaftlichen Bedeutung u.a.m.

Der Vorstellung, dieses Wissen müsse Eingang finden in die Berufspraxis, liegt oftmals ein eher traditionell anmutender Aufklärungsgedanke zugrunde: Wenn diejenigen Akteure, die mit den jeweiligen Phänomenen bzw. Prozessen zu tun haben, diese mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse besser verstehen und einschätzen könnten, so wären sie auch in der Lage, besser mit ihnen umzugehen und Probleme ihres Berufsalltags besser zu lösen.

Der Hinweis darauf, dass wissenschaftliches Wissen vielfach aufgrund seines Charakters auch beim besten Willen nicht direkt in die Praxis transferiert, d.h. als verändertes Handeln der dort tätigen Akteure wirksam werden kann, ist schon fast banal, angesichts solcher nach wie vor häufig anzutreffenden Vorstellungen vielleicht jedoch nicht überflüssig: Eine Problembeschreibung beinhaltet noch keine Problemlösung, selbst wenn sie mit konkreten Hinweisen über mögliche Lösungswege verknüpft wird. Forschungsgestütztes Wissen mag Veränderungen von Wahrnehmungen oder gedanklichen Konstrukten der Akteure in der Praxis anstoßen, doch bewirkt dies – wie übrigens in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens – nicht zwangsläufig eine Veränderung des Handelns. Das gilt in besonderem Maße für das Handeln in mehr oder weniger komplexen sozialen Systemen bzw. in Organisationen wie stationären Pflegeeinrichtungen, deren interne Abläufe und Problemlösungskapazität von zahlreichen anderen Faktoren abhängen.

Auch für eine Wissenstransformation scheinen in diesem Fall elementare Grundlagen zu fehlen, zumindest wenn darunter ein Prozess verstanden wird, das gewonnene wissenschaftliche Wissen so aufzubereiten und zu modifizieren, dass die Strukturdifferenz zu handlungspraktischem Wissen besser überbrückt, Anschlussfähigkeit an die in der Praxis verfügbaren Wissensbestände hergestellt und eine Einpassung in gegebene Handlungsstrukturen von Berufspraktikern erleichtert wird. Der angesprochene Typus wissenschaftlichen Wissen ist nichts anderes als eine durch spezifische Fragestellungen und bestimmte methodische Regeln geprägte Reproduktion

tion von Teilen des pflegerischen Berufsalltags. Ein solches Wissen kann nachträglich nicht ohne weiteres transformiert werden, da es von zentralen Elementen, die die Handlungsstrukturen der Praxis bestimmen, von vornherein abstrahiert. Vor allem kann hier die Wissenschaft selbst den Transformationsprozess nicht leisten. Es existieren auch Transformationskonzepte, die diese Aufgabe den Akteuren in der Praxis zuweisen, was dann allerdings die Frage nach Selektionsprozessen und spezifischen, ggf. durch Legitimationsinteressen geprägten Deutungen aufwirft. Ob unter diesen Umständen mit adäquaten Problemlösungen gerechnet werden kann, ist daher unsicher.

Jedenfalls bleibt die Antwort auf die Frage, wie denn eine Transformation der von der NRW-Studie bereitgestellten Erkenntnisse aussehen könnte, ziemlich vage. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit den Referenzmodellen soll an dieser Stelle die These vertreten werden, dass die in der Forschungslandschaft so häufig anzutreffenden Problemanalysen wenig geeignet sind, nachhaltig in praktisches Handeln übergeführt zu werden, sei es nun durch einfachen Transfer oder durch ausgefeilte Transformation. Die angesprochene Strukturdivergenz disqualifiziert wissenschaftliche Problemanalysen von vornherein für diesen Weg. Sie können nur als *ein* Element unter vielen anderen in einen komplexen Qualitätsentwicklungsprozess eingehen – als ein Element, das Zielsetzungen des praktischen Handelns markiert und einen Maßstab liefert, Handlungsergebnisse zu bewerten, jedoch das Handeln selbst nicht zu strukturieren vermag. Was benötigt wird ist vielmehr etwas Drittes, ein Medium gewissermaßen, das sich weder aus den Forschungsergebnissen selbst noch allein aus den Strukturen und Wissensbeständen der Praxis herleiten lässt. Dieses Medium muss "Rezeptoren" aufweisen, um nach beiden Seiten durchgängig zu sein, und es muss in einen *Entwicklungs- und Interaktionsprozess* eingebunden sein, mit dem Anschlussfähigkeit überhaupt erst hergestellt wird. Die Leistungsbeschreibungen, die im Rahmen des Modellvorhabens entwickelt wurden, stellen zusammen mit anderen Konzeptbausteinen ein solches Medium dar. Sie sind nicht das Ergebnis einer Kleinarbeitung von Forschungsergebnissen, um diesen den Weg in die Praxis zu ebnen. Sie stellen vielmehr das Resultat einer wissensbasierten Konzeptentwicklung dar, in die *sowohl* wissenschaftliches *als auch* berufspraktisches Wissen eingeflossen ist.

Soweit zur Frage des Zusammenhangs zwischen Wissenstypus und Transferier- bzw. Transformierbarkeit. Es gibt neben den angesprochenen Problemanalysen andere Wissenstypen, für die die angestellten Überlegungen nicht oder zumindest nicht in Gänze zutreffen. Hingewiesen sei exemplarisch auf Studien zur Wirksamkeit medizinischer oder pflegerischer Interventionen, die vor dem Hintergrund der Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis mehr und mehr Aufmerksamkeit genießen (Wingefeld 2004), oder auf Forschungsarbeiten zur Analyse von Patientenproblemen, die in der Tradition der Grounded Theory auf die Generierung handlungsleitender Mikrotheorien ziehen (z.B. Corbin/Strauss 2004). Ihre Transferproblematik bedarf einer gesonderten Diskussion.

Wenn im Zusammenhang mit der Debatte um Wissenstransfer von *Anschlussfähigkeit* gesprochen wird, so ist fast immer das Wissen selbst gemeint. Dies gerät leicht zu einer verkürzten Sichtweise, wenn nicht Individuen, sondern *Organisationen* Adressaten des Wissens sein sollen. Jede Form nachhaltiger Qualitätsentwicklung setzt mehr oder weniger weit

reichende strukturelle Veränderungen in Organisationen voraus, und deshalb muss die Frage nach der Anschlussfähigkeit von Wissen oder fachlichen Konzepten ergänzt werden um die Frage nach dem Adaptionspotential der Bedingungen, unter denen sie wirksam werden sollen. Ohne Adaptionspotential der Praxis provoziert die Forderung nach Anschlussfähigkeit des Wissens eine Reduktion oder gar Verflüchtigung seines innovativen Gehalts. Neues Wissen kann nur in geeigneten materiellen Strukturen Wirkung entfalten. Wissenstransfer ist daher in den meisten Fällen auf *strukturelle Anpassungen der Praxis* angewiesen – was von Wissenschaftlern leicht übersehen wird, da Organisationsentwicklung (Organisationsentwicklung im weitesten Sinne) nicht ihr Geschäft ist. Die Erfahrungen mit dem Modellvorhaben zeigen, dass es sinnvoll sein kann und unter bestimmten Umständen sogar unerlässlich ist, diese Prozesse wissenschaftlich zu begleiten.

Die Funktionen, die der Wissenschaft dabei zukommen können, wurden in den vorangegangenen Ausführungen unter dem Stichwort Implementationsbegleitung beschrieben. Man kann zurecht die Frage aufwerfen, ob diese Funktionen zwangsläufig von Wissenschaftlern wahrgenommen werden müssen und ob es nicht viel zweckmäßiger wäre, sie qualifizierten Vertretern der Praxis zu überlassen, die als "change agents" fungieren. Diese Frage ist nicht pauschal zu beantworten. Im Blick auf das Modellvorhaben muss sicherlich die Komplexität und der größere (auch politische) Kontext der angestrebten Qualitätsentwicklung berücksichtigt werden, und der vorliegende Beitrag sollte hinreichend verdeutlicht haben, dass unter den konkreten Umständen keine Alternative zur wissenschaftlichen Implementationsbegleitung in Betracht kommt. Für andere Qualitätsentwicklungsprojekte, etwa solche, bei denen es um singuläre Innovationen für den pflegerischen Versorgungsalltag einer einzelnen Einrichtung geht, ist diese Lösung sicherlich nicht zweckmäßig und ebenso wenig realistisch. Mehr noch: Die Praxis darf nicht in eine Abhängigkeit der Wissenschaft bei der Implementation innovativer Konzepte geraten, wenn diese nicht nur in Modellkontexten, sondern in der Regelversorgung greifen sollen. Universitäten und wissenschaftliche Institute verfügen nicht annähernd über die hierzu notwendigen Kapazitäten. Ein Erfolg der mit den Referenzmodellen realisierten Strategie macht es insofern nicht überflüssig, nach anderen erfolgversprechenden Wegen wissenschaftlicher Qualitätsentwicklung zu suchen. So wird sich die Transferproblematik nach Abschluss des Modellvorhabens aufs Neue, allerdings unter anderen Vorzeichen stellen: Wenn, wie geplant, im Verlauf des Jahres 2006 erprobte und praxistaugliche Konzepte vorgelegt, anderen Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung empfohlen und auch aufgegriffen werden, so werden diese Einrichtungen die Transferaufgabe unter gänzlich anderen Bedingungen zu lösen haben.

Wenn Modellprojekte im Hinblick auf Strategien des Wissenstransfers betrachtet und bewertet werden, sind also stets ihre konkreten Zielsetzungen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Dies vorangestellt lassen sich die Erfahrungen des IPW mit dem Modellvorhaben folgendermaßen zusammenfassen:

- Wissenschaftliches Wissen bedarf, um in der Praxis wirksam werden zu können, oftmals eines geeigneten Mediums in Gestalt von Handlungskonzepten, in die Erfahrungen und Wissensbestände der Praxis einflie-

ßen, die also gemeinsam von Wissenschaftlern und Berufspraktikern erstellt werden.

- Reine Top-Down-Strategien erscheinen daher ebenso wenig erfolgversprechend wie reine Bottom-Up-Ansätze. Im einen Fall besteht ein hohes Risiko, dass der Transfer an der Realität des Berufs- bzw. Versorgungsalltags scheitert, im zweiten Fall bleibt unsicher, ob wissenschaftliches Wissen überhaupt intentionsgemäß und in relevantem Maße Eingang in die Praxis findet.
- Wissenstransfer setzt in *Institutionen* der Gesundheitsversorgung *immer* organisatorische Anpassungen voraus. Es geht nicht allein um Veränderungen des individuellen Handelns der Berufspraktiker. Diese sind nur dann zu erreichen, wenn sie sich in einer geeignete Aufbau- und Ablauforganisation entfalten können.
- Wissenstransfer ist auf gut qualifizierte Akteure angewiesen, die diese Anpassungen von innen heraus initiieren und moderieren können, also qualifizierte "change agents" in den Einrichtungen, deren Rolle und Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen einer gesamtorganisatorischen Managementstrategie klar definiert sind.
- Innovationsprozesse rufen in Organisationen immer Widerstände hervor, ganz gleich, ob sie auf wissenschaftlichem oder berufspraktischem Wissen beruhen. Diese Widerstände müssen ernst genommen, bewertet und bearbeitet werden, doch haben wir es hier nicht mit einer spezifischen Problematik des Transfers *wissenschaftlichen* Wissens zu tun. Sie ist vielmehr ständiger Begleiter von Organisationsentwicklungsprozessen jedweder Art.
- Sollen *komplexe* Wissensbestände transferiert werden, so bedarf vielfach einer geeigneten Implementationsbegleitung durch die Wissenschaft selbst. Ihre zentralen Aufgaben liegen hier in der Mitwirkung bei der Prozessteuerung, in der Ergebnissicherung und in der fachlichen Beratung.
- Und nicht zuletzt muss Wissenstransfer bei komplexen Vorhaben in einen geeigneten äußeren Rahmen eingebunden sein. Es hat sich als wichtig erwiesen, dass die beteiligten Einrichtungen über einen Bezugsrahmen verfügen, innerhalb dessen sie ihre Aktivitäten einordnen, Zielorientierungen immer wieder neu justieren und die erreichten Fortschritte bewerten können. Angesprochen ist damit aber ebenso die Kooperation zwischen Pflegewissenschaft und Praxis. Sie setzt nicht nur einen fachlichen Grundkonsens voraus, sondern auch geeignete Formen der Zusammenarbeit und eine klare, von beiden Seiten akzeptierte Rollenverteilung.

Insgesamt geben die Erfahrungen mit dem Modellprojekt Anlass zur Ermutigung. Die Grenze zwischen Wissenschaft und Praxis ist keineswegs so undurchlässig, wie die Diskussion um die Problematik des Wissenstransfers gelegentlich unterstellt.

Literatur

- Abt-Zegelin, A./Budroni, H./Greving, C. (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger* 42 (4), 296-300
- Brobst, R.A./Coughlin, A.M.C./Cunningham, D./Feldman, J.M./Hess, R.G./Mason, J.E./McBride, L.A.F./Perkins, R./Romano, C.A./Warren, J.J./Wright, W. (1996): *Der Pflegeprozeß in der Praxis*. Bern: Huber
- Corbin, J./Strauss, A. (2004): *Weiterleben lernen*. Bern: Huber
- Enquête-Kommission (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen*. Hrsg. vom Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Fischbach, A./Stinner, K. (2001): Von Außenseitern und Etablierten. Quo vadis Pflegeplanung? *Pflegezeitschrift* 54 (4), 245-247
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K. (2005): Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege, Version 1.1. Heft 2 der Schriftenreihe "Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006". Hrsg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MGSFF
- MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): *Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006, Heft 1*. Düsseldorf: MGSFF
- WHO Regional Office for Europe (1982): *Nursing Process Workbook*. Kopenhagen
- Wingenfeld, K. (2004): Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. *Pflege & Gesellschaft* 9 (3), 79-84

Wissensmanagement als Motor von Innovationen in der Arbeits- und Berufswelt

Uwe Wilkesmann

In diesem Beitrag soll die Frage beantwortet werden, wie Wissenstransfer qua Wissensmanagement in der Pflege aussehen kann. Es soll also untersucht werden, ob Wissensmanagement in den Pflegebereich übertragen werden kann und welche Voraussetzungen dabei zu beachten sind. Damit ist schon aus der Sicht des Wissensmanagements eine Vorbeantwortung der Frage gegeben, wie der Transfer wissenschaftlichen Wissens in die Praxis aussehen kann. In der Terminologie nach Dewe (vgl. Dewe in diesem Band) handelt es sich um eine Relationierung. Im Diskurs zur Wissenschaftstheorie ist dies mit dem Begriff Mode 2 beschrieben worden (Gibbons et al. 1994, Nowotny et al. 2001).

Weingart (1997) hat die Ansätze um Mode 2 und post-normal science zusammengefasst und die Kennzeichen der neuen Wissenschaft mit folgenden fünf Punkten umrissen:

- Universitäten sind nicht mehr der einzige und vorherrschende Ort der Wissensproduktion. Wissen wird vielmehr in Netzwerken von Forschungszentren, Regierungsbehörden, Think-Tanks, Universitäten etc. erzeugt.
- Die Wissensproduktion ist in Anwendungskontexte eingebunden und folgt nicht mehr der Suche nach Naturgesetzen.
- Die Wissensproduktion erfolgt problemorientiert und nicht mehr der Logik von Disziplinen oder Fakultäten.
- Aus dem Anwendungskontext heraus erwachsen neue Qualitätsanforderungen an „gute Forschung“. Die Kriterien der Fachdisziplinen und damit das peer review verlieren an Gewicht.
- Die Wissensproduktion – insbesondere die steuerfinanzierte – gerät unter gesellschaftlichen Legitimationsdruck.

In der Fortführung der Mode-2-Argumentation (Nowotny et al. 2001) wird die Koevolution von Wissenschaft und Gesellschaft in Richtung Mode 2 hervorgehoben sowie die Entstehung der Agora als öffentlicher Ort, an dem Wissenschaft und Gesellschaft miteinander kommunizieren.

Im Wissensmanagement werden verschiedene Orte markiert, an denen Praxis und Wissenschaft gemeinsam Probleme definieren und – manchmal in der jeweiligen Funktionslogik alleine oder gemeinsam – gelöst werden. Allerdings wird im Wissensmanagement-Diskurs der Blick auf die Organisation gerichtet und somit die gesellschaftlichen Bedingungen mehr oder weniger ausgeblendet. Aus der Sicht des Wissensmanagement kommt die wissenschaftliche Wissensproduktion über die Professionslogik stärker in die Organisation hinein. In Projektgruppen oder Communities of Practices in Organisationen treffen sich Mitarbeiter mit gleichem Professionshintergrund und entwickeln neues Wissen.

Organisationen können aber auch aus den Innovationen anderer Organisationen lernen. Nach Greve (2005) ist interorganisationales Lernen

durch die Empfänglichkeit der lernenden Organisation, die „Ansteckungswahrscheinlichkeit“ der Organisation, die den Lernprozess gemacht hat sowie die soziale Nähe zwischen beiden Organisationen gekennzeichnet. Die Empfänglichkeit ist wiederum durch die Motivation und den Möglichkeiten innerhalb der Organisation beeinflusst, die lernen will. Die Empfänglichkeit wird dabei von den Faktoren der Leistungsfähigkeit der Organisation, der Größe und des Alters, vom Slack und der Aufnahme des Gelernten in Routinen beeinflusst. Die „Ansteckungswahrscheinlichkeit“ der Lernquelle hängt ab von der Verfügbarkeit der Information über den Lernprozess, der Interpretation, dass das daraus abgeleitete Handeln auch zum Erfolg führt sowie dem sozialen Status der Lernquelle. Dies wird wiederum durch die Faktoren der Größe, der Leistungsfähigkeit und dem Status der Organisation beeinflusst. Die soziale Nähe zwischen zwei Organisationen ist anhängig von der Verfügbarkeit der Information über den Lernprozess und relevanten Urteilen darüber. Die Faktoren, die die soziale Nähe beeinflussen sind: Netzwerkverbindungen, geographische Nähe und organisationale Ähnlichkeit. Es wäre zu prüfen, ob dieses Modell sich auch auf das Verhältnis des Wissenschaftssystems zum Pflegesystem übertragen lässt.

Ein weiterer Diskurs, der interorganisationales Lernen in den Blick nimmt, ist das Wissensmanagement in Netzwerken (vgl. Howaldt/Klatt/Kopp 2004) – ein Diskurs, der aber noch sehr in den Anfängen steckt. Besonders mittelständische Unternehmen sind darauf angewiesen, Wissensressourcen anderer Organisationen anzuzapfen, weil sie selbst nicht genug Ressourcen besitzen. Beim Wissensmanagement in Netzwerken ergeben sich aber nach Howaldt, Klatt und Knopp (2004: 130ff.) mindestens drei ungelöste Probleme: Die Zunahme der Akteurs- und Handlungsebenen: es müssen Akteure und Handlungen in mehreren Organisationen und auf der Netzwerkebene gleichzeitig koordiniert werden.

Wissensmanagement in Netzwerken erhöht die Aufwände: Nur wenn ein Change Agent im Netzwerk tätig ist, werden Ideen auch umgesetzt, andernfalls stirbt jede gute Idee. Sanktionen der Hierarchie entfallen: Die Offenlegung und Umsetzung von Wissen kann nicht befohlen oder belohnt werden, sie muss freiwillig geschehen – mit allen damit verknüpften Problemen.

Ein Wissensmanagement in Netzwerken zwischen gesellschaftlichen Subsystemen, wie Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, würde somit auch entweder von entsprechenden Change Agents abhängen oder müsste institutionalisiert sein. Eine Institutionalisierung bedeutet entsprechend akzeptierte und etablierte Formen des Zusammentreffens, wie Tagungen, Journals, gemeinsamen Professionsorganisationen, wo ein Freiraum für den Austausch und der gemeinsamen Problemdefinition zwischen beiden gesellschaftlichen Subsystemen existiert. Solche Institutionalisierungsprozesse sind aber nur dann erfolgreich, wenn dort für beide Seiten relevante Ressourcen gehandelt werden. Ist dies nicht der Fall, wird jeder Institutionalisierungsversuch scheitern.

Sowohl die Wissensgesellschaft als auch die wissensbasierte Organisation sind jedoch durch eine gemeinsame Veränderung gekennzeichnet: Eine top-down Steuerung wird immer schwieriger. Je mehr Gesellschafts- oder Organisationsmitglieder Experten auf gewissen Gebieten sind und

sich selbständig vernetzen können, desto weniger können Vorgaben top-down gemacht werden und desto stärker sind bottom-up Prozesse in der Zielfindung und Zieldurchsetzung zu berücksichtigen.

Bevor aber analysiert werden kann, wie Wissensmanagement eine neue Perspektive auf den Wissenstransfer innerhalb von Organisationen wirft, müssen zuerst Begriffsklärungen vorgenommen werden, bevor dann Wissensmanagement erklärt und auf den Anwendungsfall der Pflege übertragen sowie kritische Erfolgsfaktoren für das Wissensmanagement diskutiert werden können.

Was ist Wissen?

Zuerst muss definiert werden, was Wissen ist. Als erste allgemeine Definition sei die von Favre-Bulle genannt: „Wissen ist die systeminterne Repräsentation und zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegende Erfahrung eines kognitiven Agenten, die einen zu überprüfenden Anspruch auf Gültigkeit beinhaltet. Als solche prägt Wissen die Einstellungen und Haltungen des kognitiven Agenten und dient zur Lösung von Problemen. Das jeweils aktuelle Wissen bildet einen kontextuellen Rahmen, in dem ankommende und bestehende Informationen interpretiert und zu neuen Erfahrungen verarbeitet werden. Wissen kann sich nicht allein auf Gegenstände beschränken, es muß auch Zusammenhänge erfassen“ (Favre-Bulle 2001: 98). Allerdings muss die Definition um den Aspekt ergänzt werden, dass Wissen zum Handeln anleiten kann, wie Jürgens es nennt: „Wissen als Erklärungszusammenhang für Informationen, als eine mit Erfahrung, Kontext, Interpretation und Reflexion angereicherte Form der Information, geeignet, Arbeitshandeln und Entscheidungen anzuleiten“ (Jürgens 1999: 59).

In der Diskussion spielen aber ebenso die Begriffsdifferenzierungen zwischen Daten, Information und Wissen sowie implizitem und explizitem Wissen eine bedeutende Rolle, wobei erstere Differenzierung implizit in der Definition von Favre-Bulle enthalten ist. Diese Begriffsdifferenzierung soll hier anhand Willkes (1998) Definition erfolgen. Daten sind das „Rohmaterial“, die Variablen, Zahlen und Fakten. Allerdings existieren keine Daten an sich, sondern sie existieren nur als beobachtungsabhängige Daten. Als Beispiel können hier die Zahlen in einer Bilanz genannt werden. Was nicht in einer Bilanz erfasst wird, „existiert“ für das Controlling nicht. Daten müssen zudem immer in Zahlen, Sprache/Text oder Bildern codiert sein (Willke 1998: 7). Wenn jemand aber noch nie eine Bilanz gesehen und nicht gelernt hat, sie zu lesen, dann weiß derjenige nicht, was die Zahlen bedeuten. Der Akteur muss also wissen, was 100 Mio. Euro Umsatz oder 1 Mio. Euro Gewinn bedeuten. Die Daten müssen also in einen Kontext von Relevanzen eingebunden werden, erst dann werden sie zu Informationen. Aus Informationen wird Wissen, wenn sie in einen zweiten Kontext von Relevanzen integriert werden. „Dieser zweite Kontext besteht nicht, wie der erste, aus Relevanzkriterien, sondern aus bedeutsamen Erfahrungsmustern, die das System in einem speziell dafür erforderlichen Gedächtnis speichert und verfügbar hält“ (Willke 1998: 11). Der Betroffene muss also das Unternehmen und seine Geschichte kennen, um beurteilen zu können, was ein Gewinn von 1 Mio. Euro bedeutet. Ist dies

ein Fortschritt gegenüber dem Vorjahr oder ein Verlust etc.? Hier werden die Informationen in schon vorhandenes Wissen integriert. Wichtig an diesem Diskurs ist der Aspekt, dass Wissen nicht getauscht werden kann. Was weitergegeben und getauscht wird, sind nur Daten. In Akten, Dokumenten und Datenbanken sind also immer nur Daten enthalten, die erst „interpretiert“, d.h. zu Information und Wissen generiert werden müssen. In diesem Sinne ist der Begriff „Wissenstransfer“ nicht sinnvoll, dennoch wird er auch im Folgenden verwendet, weil er sich eingebürgert hat, gemeint ist aber immer nur Informationstransfer.

Die Differenzierung zwischen implizitem und explizitem Wissen geht ursprünglich auf Polanyi (1966) zurück. Explizites Wissen ist dabei kodifiziertes Wissen, welches gesprochen oder aufgezeichnet wird, z.B. in Handbüchern, Projektberichten, Datenbanken, Pflegeprotokollen. Implizites Wissen dagegen ist Erfahrungswissen, das Mitarbeiter auf Grund ihrer Berufserfahrung erworben haben. Es ist individuell und nicht genau verbalisierbar oder beschreibbar. Im Pflegebereich wäre ein Beispiel im OP, wo erfahrene Mitarbeiter am Absaugegeräusch hören können, wie viel Blut abgesaugt wird. Dieses Geräusch ist aber nur in Metaphern und Umschreibungen verbalisierbar.

Eine weitere wichtige Differenzierung betrifft die drei Ebenen des Wissens in der Organisation: individuell, kollektiv und organisational. Zuerst lernen Individuen in Organisationen. Allerdings hat die Organisation noch nichts vom individuellen Lernen. Wenn nämlich z.B. Frau Müller lernt, wie sie eine Spritze setzen muss oder wie das neue KIS zu bedienen ist, dann hat Frau Müller Wissen erworben, was kein „Wissen“ der Organisation Krankenhaus ist. Dieses Wissen trägt „nur“ dazu bei, dass Frau Müller ihre Arbeit im Arbeitsablauf des Krankenhauses gut machen kann. Dieses Wissen ist jedoch an ihre Person gebunden und stellt keine neue Information für das Krankenhaus dar. Kollektives Wissen hingegen wird von einer Gruppe geteilt. Es ist Ergebnis eines Lernprozesses, der gemeinsam durchlaufen wurde. Er zeichnet sich durch eine kollektive Argumentation aus. Die kollektive Argumentation führt zu einem Ergebnis, zu dem isolierte Einzelmitglieder nicht gelangen würden - auch nicht der „Beste“ in der Gruppe (vgl. Weber 1997: 157ff.). Die kollektive Argumentation kann bei einer einzelnen Personen zu einer Anregung führen, die „... - wie das 'fehlende Glied in der Kette' - eine Überlegung auslöst, die in einen individuell geäußerten Beitrag mündet, der in das gemeinsame Planungsgefüge ebenfalls als 'fehlendes Kettenglied' passt. Ohne die vorangegangene Anregung wären sie jedoch nicht in der Lage gewesen, den genau passenden Planungsbeitrag zu erzeugen“ (Weber 1997: 157). Häufig werden in kollektiven Lernsituationen komplexe Probleme gelöst. Unter komplexen Problemen sind Probleme zu verstehen, die nicht mit der Information eines Individuums alleine gelöst werden können. Außerdem existieren bei diesen Problemen keine Entscheidungskriterien für eine „richtige“ Lösung, es gibt keinen bekannten Lösungsweg. Auch die Anzahl der notwendigen Bearbeitungsschritte ist unbekannt. Zusätzlich müssen neue Wege zur Gewinnung der Information gefunden werden. Die Lösung solcher Probleme kann nicht durch die Assimilation unter vorhandene Lernroutinen erfolgen, vielmehr bedarf es der Kompetenz der reflexiven Veränderung von Lernregeln. Da die individuelle Wissensbasis zur Lösung dieser Probleme nicht ausreicht und Bewertungskriterien zur Beurteilung der Lösungsmöglichkeiten festgelegt werden müssen, übersteigt diese Art der

Probleme die individuelle, kognitive Verarbeitungskapazität. Sie lassen sich besser in kollektiven Lernsituationen bewältigen. Dabei wird unterschiedliches individuelles Wissen, aber auch die Zusammenführung dieser verschiedenen Sichtweisen verlangt.

Organisationales Wissen ist dagegen in Strukturen und Routinen inkorporiert. Es ist die geronnene Lernerfahrung, die nun das Verhalten aller (oder eines großen Teils) der Organisationsmitglieder bestimmt.

Nachdem diese begrifflichen Vorklärungen getroffen worden sind, kann nun das eigentliche Thema Wissensmanagement näher beleuchtet werden.

Was ist Wissensmanagement?

Beim Wissensmanagement steht nicht der Blickwinkel des „Wissenstransfers“ von der Universität oder einer anderen Organisation, die Wissen erzeugt, in die Klienten-Organisation im Vordergrund, sondern entweder die selbständige Generierung neuen Wissens, die Verteilung dieses Wissens in der Organisation oder die gemeinsame Definition von Problemen mit externen Experten. Dabei soll allerdings nicht verschwiegen werden, dass das Konzept des Wissensmanagement selbst eine Art „Wissenstransfer“ von großen Beratungsorganisationen in Unternehmen darstellt. Viele der neuen Management-Moden sind in den Think-Tanks der großen Beratungsgesellschaften entstanden oder zumindest über sie verbreitet worden.

Bevor auf die Frage eingegangen werden kann, sollen zuerst einige Gründe genannt werden, warum Wissensmanagement sinnvoll ist. Diese Aufzählung ist weder vollständig noch systematisch, sondern assoziativ: Mitarbeiter verlassen die Organisation: Wenn ältere Mitarbeiter die Organisation verlassen, weil sie in den Ruhestand treten, dann geht der Organisation in der Regel viel „Wissen“ verloren, da die Mitarbeiter dies mitnehmen. Es gibt weder andere Kollegen, mit denen diese Informationen geteilt wurde, noch sind die Informationen irgendwo in einer Datenbank abgelegt.

Wer weiß was: Im Arbeitsalltag tauchen häufig Probleme für den einzelnen Mitarbeiter auf, die schon eine Kollegin gelöst hat – nur weiß dies der entsprechende Mitarbeiter nicht. Hätte er diese Informationen, könnte er sich viel Arbeit ersparen. Statt eine weitere Lösung zu diesem Problem zu entwickeln, kann er einfach die Kollegin um Rat fragen und sich so viele Stunden Arbeit ersparen. Diese Suche kann z.B. über ein Yellow Pages-System erfolgen.

Doppelentwicklungen vermeiden: Wenn z.B. eine Projektgruppe in der Forschungsabteilung eines Unternehmens nicht über die Forschungsergebnisse aller anderen Projektgruppen informiert ist, kann das Problem der Doppelentwicklungen eintreten. Ein Produkt bzw. Teilprodukt, welches zur Lösung der Projektgruppe 2 notwendig ist, hat möglicherweise Projektgruppe 1 schon vor zwei Jahren im gleichen Unternehmen entwickelt – nur es weiß keiner mehr, da die Ergebnisse nicht umgesetzt wurden. Eine Projektdatenbank spart so vielen Unternehmen viele Mio. Euro für Doppelentwicklungen.

Neue Unternehmenskommunikation: Früher sind Kommunikationsprozesse in Organisationen ausschließlich nach dem offiziellen Dienstweg erfolgt, was enorme Verzerrungen und Verzögerungen einbrachte. Information muss jedoch direkt von der Informationsquelle zu dem Empfänger fließen, ohne Umwege, ohne Verluste, andernfalls werden viele Ressourcen vergeudet. So kann z.B. bei der Zimmerpflege Information verloren gehen, wenn die entsprechenden Pflegekräfte nicht direkt miteinander kommunizieren können.

Alle sind am Lernprozess beteiligt: Alle Mitarbeiter, Kunden etc. sind an einem Lernprozess beteiligt – alle besitzen wichtige Informationen. So müssen bei der Informationssammlung im Pflegeprozess auch Angehörige und niedergelassene Ärzte miteinbezogen werden.

Kundenorientierung: Der Dienstleistungsprozess soll dem Kunden dienlich sein, dafür ist eine Kundenorientierung notwendig. Wissensmanagement muss deshalb auch immer den Kunden mit einbeziehen. In der Pflege geschieht dies u.a. im Konzept des primary nursing.

Sicherheit in schwierigen Situationen schaffen: Nicht nur neues Wissen muss generiert, sondern auch vorhandenes Wissen verbreitet werden. Dazu sind entsprechende Strukturen oder Routinen notwendig. Im Pflegebereich wäre dies z.B. der Pflegeprozess, der Informationen und damit Handlungssicherheit transferiert.

Beim Wissensmanagement geht es also nicht nur um die Generierung neuen Wissens, sondern auch um die Verbreitung von vorhandenem Wissen. Aus diesem Grunde ist die Differenzierung zwischen Innovations- und Routinespielen sinnvoll. In Organisationen sind grundsätzlich zwei Arten von Spielen zu differenzieren, die die mikropolitischen Aushandlungen beschreiben: Routine- und Innovationsspiele (vgl. Wilkesmann 1999).

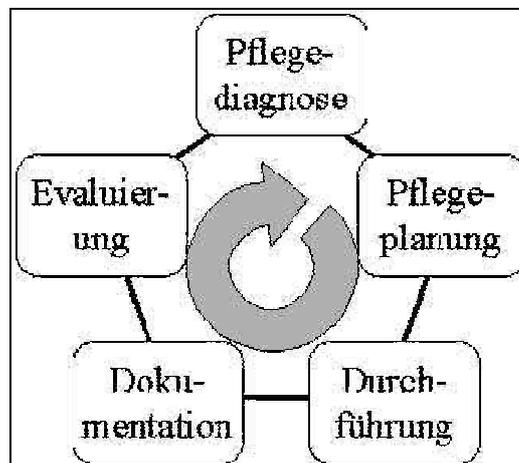
Routinespiele bezeichnen das alltägliche Organisationswissen um den Produktionsablauf und dessen Steuerung. Auch die Koordination einzelner Bereiche kann routinisiert sein. Die Einübung der Routinespiele führt zu dem, was sich als Organisations-"Gedächtnis" bezeichnen lässt. Es spiegelt die geronnene Lernerfahrung früherer Akteure wieder, die auch einen Personalwechsel überdauern. Routinespiele führen zur Strukturierung auf der Organisationsebene. Sie reproduzieren eine Organisation. Innerhalb dieser Routinespiele bringt jeder Akteur seine spezifische Macht ein, um alltägliche Aushandlungen für sich zu entscheiden. Diese Aushandlungen finden aber in dem vom Topmanagement vorgegebenen Rahmen statt: Sie legen Spielregeln fest, z.B. welches Verhalten für die Karriere wichtig ist. Durch die Spielregeln wird u.a. auch bestimmt, welche Ressourcen überhaupt wichtig für die Organisation bzw. für die anderen Mitglieder sind. D.h. das Interesse der anderen Akteure an diesen Ressourcen wird dadurch definiert. Nur die Ressourcen werden nachgefragt, die für ein Verhalten im Sinne der Spielregeln relevant sein können. Damit definieren die Rahmenspielregeln, welche Spiele innerhalb der Routinen möglich sind.

Innovationsspiele bezeichnen das, was jeder intuitiv zuerst mit dem Begriff "organisationales Lernen" assoziiert. Hier geht es um die Generierung und Durchsetzung neuer Ideen, die im Erfolgsfalle zu neuen Organisationsstrukturen, -kulturen oder Anreizen sowie neuem Wissen führen. Wenn sich neue Ideen durchsetzen, beinhaltet dies also eine Strukturveränderung der Organisationen. Der Begriff organisationales Lernen bezieht

sich hier nur auf gelungene Innovationsspiele. In Innovationsspielen werden die Spielregeln der Routinespiele neu festgesetzt. Über neue Strukturen und Anreize wird anderes Verhalten belohnt. Damit kann sich auch das Interesse auf andere Ressourcen verlagern und damit den Akteuren Macht verschaffen, die Kontrolle über diese Ressourcen besitzen. Da Innovationsspiele aus diesem Grunde den Macht-status-quo verändern, sind sie sehr konfliktartig.

In Innovationsspielen wird also – zusammengefasst – neues Wissen generiert und in Routinespiele (z.B. Pflegeprozess) wird dieses neue Wissen in der Organisation implementiert. Deshalb wird im Folgenden sowohl auf die Organisationsform Krankenhaus als auch auf die Routine Bezug genommen. Der Pflegeprozess ist dabei momentan sicherlich die am häufigsten diskutierte Routine, die in den letzten Jahren im Pflegebereich eingeführt wurde. Aus diesem Grunde wird der Pflegeprozess hier exemplarisch als Routine betrachtet. Er wird dabei durch folgende Aspekte gekennzeichnet (vgl. Abb. 6):

Abbildung 6: Der Pflegeprozess

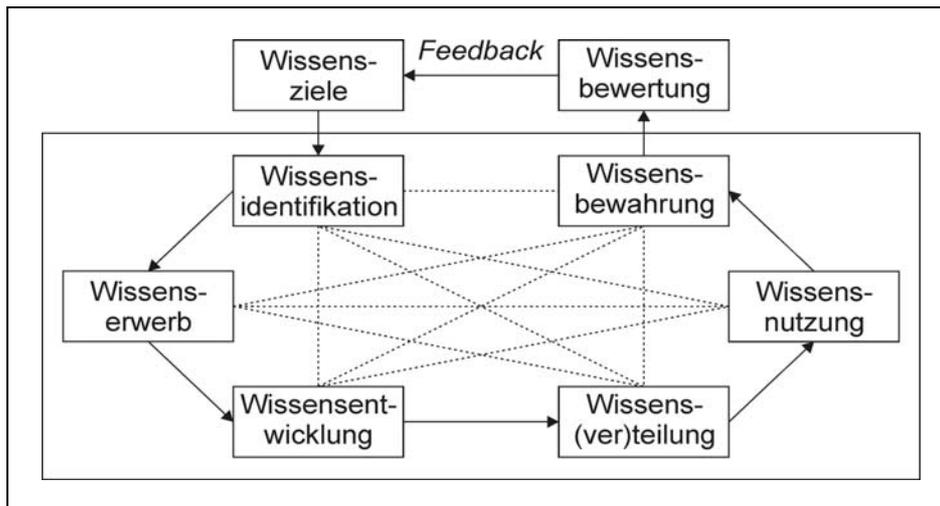


Zu Beginn wird eine Pflegediagnose gestellt, in der Regel kollektiv mit mehreren Pflegekräften zusammen. Hier findet also ein gemeinsamer Reflexionsprozess statt. Anschließend wird das Pflegeziel/-ergebnis bestimmt, welches am Ende des Pflegeprozesses erreicht werden soll. Dazu müssen Pflegeinterventionen geplant und durchgeführt werden. Diese werden immer dokumentiert, sodass am Ende des Pflegeprozesses eine Evaluation stattfinden kann, ob das Pflegeziel auch erreicht wurde.

Die Ausgangsfrage, was Wissensmanagement ist, wird mit dem Ansatz von Probst et al. (1998) beantwortet. Zuerst wird dazu der Ansatz kurz dargestellt und anschließend auf die Organisation Krankenhaus als auch auf den Pflegeprozess angewendet.

Das Modell nach Probst et al. (1998) (vgl. Abb. 7):

Abbildung 7: Wissensmanagement nach Probst et al. 1998



Die einzelnen Faktoren bedeuten aus der Sicht eines Unternehmens folgendes: **Wissensziele:** Die Organisationsziele müssen auch den Faktor Wissen umfassen. Es muss festgelegt werden, in welche Richtung die Organisation ihr Know-how weiter entwickeln will, in welchen Feldern ein Wissensvorsprung vor den Wettbewerbern erhalten oder erreicht werden soll. Nur ist es oft schwierig zu prognostizieren, welches Wissen in zwei oder drei Jahren relevant sein wird.

Wissensbewertung: Die Investitionen in das Wissensmanagement müssen bewertet werden: Haben sie sich gelohnt? Gehen sie in die richtige Richtung? Dazu ist die Entwicklung entsprechender Indikatoren notwendig, die das immaterielle Gut Wissen messen können. Zentral sind hier die Kennzahlen, die erhoben werden. Falsch gewählte Kennzahlen können zu einem nicht intendierten Verhalten führen und möglicherweise einen genau entgegengesetzten Effekt haben, als der ursprünglich intendierte. Die Balanced Scorecard ist wahrscheinlich der bekannteste Versuch, die „intangible assets“ eines Unternehmens zu operationalisieren und zu erfassen.

Wissensidentifikation: In diesem Punkt findet ein „Wissenstransfer“ durch Identifikation der Akteure innerhalb der Organisation statt. Jedes Unternehmen muss Transparenz darüber schaffen, welche Daten und Informationen bei internen und bei externen Akteuren vorhanden sind. Orte und Träger von Daten müssen identifiziert werden. Wenn Frau Müller Expertin in einem speziellen Pflegebereich ist, dann müssen über bestimmte Tools alle anderen Pflegekräfte dies schnell und einfach erfahren können, damit ihnen Frau Müller bei einem entsprechenden Problem direkt mit ihrem Wissen helfen kann.

Wissenserwerb: In diesem Fall wird ein organisationsexterner „Wissenstransfer“ strukturiert. Es muss geklärt werden, in welcher Form auf externe Daten-Quellen zugegriffen werden kann. Durch welche Formen und Strukturen kann auf externes Wissen (z.B. wissenschaftliches Wissen) zurückgegriffen werden? Ein wichtige Brücke sind hier direkte Kooperationen mit Hochschulen oder Unternehmensberatungen, aber auch Fachtagungen und Fachliteratur.

Wissensentwicklung: Hier wird der organisationsinterne „Wissenstransfer“ unterstützt. Einer der zentralen Aspekte des Wissensmanagements betrifft

die Frage, wie neues Wissen in Organisationen generiert werden kann. Diese Fragestellung wird häufig auch separat unter dem Oberbegriff des „organisationalen Lernens“ diskutiert. Dabei spielt der Begriff der Communities of Practice in der Diskussion eine große Rolle. Diese Gruppen zeichnen sich durch ein gemeinsames Hintergrundwissen aus, welches aus Daten für diese Gruppe immer schon Information macht. In der Regel wird dies durch einen gemeinsamen Professionsrahmen begründet. Wenger et al. (2002) definierten Communities of Practice wie folgt: *“Communities of Practice are groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis. ... This people don't necessarily work together every day, but they meet because they find value in their interactions. As they spend time together, they typically share information, insight, and advice. They help each other solve problems. They discuss their situations, their aspirations, and their needs”* (Wenger et al. 2002: 4). Bei der gemeinsamen Generierung neuen Wissens ist also ein gemeinsam geteiltes Hintergrundwissen, eine gemeinsame Profession, notwendig.

Wissensverteilung: Die Daten aller Akteure im Unternehmen müssen so verteilt werden, dass alle anderen jederzeit darauf zugreifen können. Zu diesem Zweck werden z.B. Datenbanken eingerichtet.

Wissensnutzung: Auch wenn Daten für alle zugänglich sind, heißt dies noch lange nicht, dass sie auch genutzt werden. Es müssen erst Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die eine Nutzung sicherstellen und auf die Rezeptionsgewohnheiten der Akteure Bezug nehmen.

Wissensbewahrung: In diesem Punkt wird ein „Wissenstransfer“ über Raum und Zeit organisiert. Wissen kann z.B. durch den Austritt von Mitarbeitern verloren gehen. Entlassungen von Mitarbeitern können aus diesem Grunde langfristig negative Folgen für das Unternehmen haben.

Die Wissensverteilung und Wissensnutzung wird in der Regel durch Datenbanken unterstützt. Im Diskurs des Wissensmanagements finden sich deshalb sehr häufig Beiträge zu Software-Lösungen. Auch wenn sozialwissenschaftliche Aspekte des Wissensmanagements beleuchtet werden sollen, müssen diese Datenbanken als Typologie kurz vorgestellt werden:

Technische Datenbank: Hier werden für den Produktionsablauf wichtige Daten eingegeben, ohne deren Hilfe die eigentliche Tätigkeit nicht (oder nicht vollständig) ausgeführt werden könnte. Obwohl die Datenbank für die eigentliche Tätigkeit notwendig ist, können Probleme bei der Pflege der Daten auftreten.

Dienstleistungsdatenbank: In dieser Datenbank werden Daten freiwillig zu vordefinierten Themen abgelegt. Untersuchungsergebnisse, Erfahrungen aus anderen Unternehmen, Hilfen für die Akquisition neuer Kunden etc. sind dort zu finden. Bei diesem Typ können aber auch Fragen zu bestimmten Themen gestellt werden, die Kollegen innerhalb kürzester Zeit beantworten. Wenn z.B. der Außendienstmitarbeiter einen Auftrag beim Kunden bespricht und nicht weiß, ob die geforderten Spezifikationen überhaupt realisierbar sind, dann kann er eine dringende Frage ins Netz stellen, die dann von den entsprechenden Experten weltweit beantwortet wird (vielleicht ist dieser Auftrag in anderer Form schon in einem anderen

Land von dem Unternehmen bearbeitet worden). Auch Austausch in Newsgroups zu bestimmten Themen findet in diesem Datenbanktyp statt.

Prozessdatenbank: Dieser Typ wird häufig in der Forschung und Entwicklung verwendet. Hier werden nach einem vorgegebenen Ablaufschema Dokumente über den Fortschritt eines Projektes eingegeben. Die Dateneingabe ist dabei nicht freiwillig, sondern dient zur Arbeitsstrukturierung und zum Controlling. Die gesamte Projektplanung und Abwicklung wird über die Datenbank bearbeitet. Allerdings haben andere Akteure, die nicht an dem Projekt beteiligt sind, nur sehr selten Zugriff auf diese Datenbank, d.h. der User-Kreis ist sehr begrenzt.

Metadatenbank/Suchmaschine: Dieser Typ dient nur zur Verknüpfung vorhandener Datenbanken.

Yellow Pages/Skill-Datenbank: Bei diesem Typ handelt es sich um eine Vorform des zweiten Datenbanktyps, in dem „nur“ personengebundene Daten gespeichert werden. Aufgrund der Brisanz dieses Typs aus der Sicht der Arbeitnehmer wird er hier als eigenen Kategorien erwähnt. Wenn die Daten von der Personalabteilung zentral verwaltet werden, existieren zwar keine Probleme bei der Dateneingabe, aber es existieren rechtliche Probleme der Nutzung. Darf jede Person freiwillig Daten zur eigenen Person ablegen, besteht zumindest die Frage, welche persönlichen Daten öffentlich gemacht werden sollen. Jeder möchte sich als Experte für ein bestimmtes Gebiet ausweisen, darf aber auch nicht zu viel versprechen, da die Angaben im Arbeitsvollzug überprüft werden können.

Knowledge-Base Datenbank: Bei diesem Typ geben fest angestellte Redakteure Daten für ein bestimmtes Sachgebiet ein oder es wird externes Wissen eingekauft, das dann dort abgelegt wird.

Auf die beiden Fallbeispiele Organisation Krankenhaus sowie Pflegeprozess übertragen, bedeutet der Ansatz nach Probst folgendes:

Wissensidentifikation

Krankenhaus: In einem psychiatrischen Krankenhaus konnte z.B. über den Aufbau eines Yellow Pages-System Lösungen vereinfacht werden. In diesem System können Pflegekräfte nach Kolleginnen und Kollegen suchen, die in bestimmten Fragen Experten sind (z.B. bestimmte Pflegeansätze oder juristischen Probleme).

Pflegeprozess: Der Pflegeprozess beginnt mit der Informationssammlung. Dazu werden auch Netzwerkbeziehungen benutzt: Nicht nur der Patient selbst, sondern auch seine Angehörigen sowie die überweisenden Ärzte werden in den Informationssammelungsprozess integriert.

Wissenserwerb

Krankenhaus: Es muss geklärt werden, in welcher Form auf externe Datenquellen zugegriffen werden kann. Dies wird in der Regel über externe Qualifizierung, Konferenzen, Tagungen, Bücher erfolgen. Im Kontext des Wissenserwerbs wird somit die Frage des Lernortes und dezentraler Bildungskonzepte virulent.

Pflegeprozess: Pflegestandards stellen Routine dar, die Handlungssicherheit erzeugen, da sie Informationen transferieren. Wenn der Pflegeprozess

als Routine in einem Krankenhaus etabliert ist, dann zeigen alle Pflegekräfte ein Verhalten, welches durch den Pflegeprozess vorgegeben ist.

Wissensentwicklung

Einer der zentralen Aspekte des Wissensmanagements betrifft die Frage, wie neues Wissen in Organisationen generiert werden kann.

Krankenhaus: In Teamsitzungen, Übergaben, Stationsbesprechungen werden Probleme diskutiert und dazu neue Lösungen gemeinsam erarbeitet oder einfach Information face-to-face transferiert (Communities of Practice). Hier können möglicherweise auch bereichsübergreifende Probleme gelöst sowie Informationen aus dem KIS diskutiert werden. In diesen Situationen kann kollektives Lernen stattfinden und somit neues Wissen generiert werden. Diese Gruppen können im Bedarfsfall auch auf wissenschaftliche Expertise zurückgreifen. Sie muss dann allerdings von ihnen angefordert werden, was schon einen relativ hohen Grad an Professionalisierung voraussetzt.

Pflegeprozess: In der gemeinsamen Pflegediagnose und Pflegeplanung werden ebenfalls unterschiedliche Perspektiven ausgetauscht und zu einer gemeinsamen neuen Perspektive integriert. Auch hier kann demnach gemeinsames Lernen stattfinden. Gleiches gilt für die Phase der Evaluierung. Hier muss der Freiraum bestehen, auch aus Fehlern lernen zu dürfen.

Wissensnutzung

Auch wenn Daten für alle zugänglich sind, heißt dies noch lange nicht, dass sie auch genutzt werden. Es müssen erst Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die eine Nutzung sicherstellen und auf die Rezeptionsgewohnheiten der Akteure Bezug nehmen.

Krankenhaus: Die Einführung von Computersystemen muss auf die Nutzer Rücksicht nehmen, d.h. den Rezeptionsgewohnheiten der Nutzer muss entsprochen werden (z.B. direkte Übersicht über ein OP-Verlaufsprotokoll, EKG etc, darf nicht auf verschiedenen Screen-Seiten verteilt sein).

Pflegeprozess: Das Ausfüllen der Pflegeprozessbögen muss für die Pflegekräfte verständlich und sinnvoll sein. Es entsteht sonst das Problem, dass sie lieber Tätigkeiten der Ärzte übernehmen, als ihre eigenen Tätigkeiten zu professionalisieren, da erstere mit einem höheren Status versehen sind.

Wissensbewahrung

„Wissen“ (d.h. Information) kann z.B. durch den Austritt von Mitarbeitern verloren gehen. Entlassungen von Mitarbeitern können aus diesem Grunde langfristig negative Folgen für das Unternehmen haben. Nicht nur aus diesem Grunde kann eine Dokumentation in Datenbanken wichtig sein.

Krankenhaus: Im Krankenhaus existieren mittlerweile häufig technische Datenbank (z.B. KIS), Dienstleistungsdatenbank sind bisher noch fast überhaupt nicht vorhanden, ebenso andere Datenbanktypen. Damit werden viele Möglichkeiten des Wissensmanagement bisher verschenkt.

Pflegeprozess: Der Pflegeprozess wird über eine technische Datenbank gesteuert.

Wissensziele

Krankenhaus: Eine typische Frage für strategische Wissensziele ist z.B.: Wo wollen wir in 5 Jahren in der Patientenpflege stehen? Daraus abgeleitete Fragen wären: Soll ein Profil durch eine Spezialisierung in einem bestimmten Gebiet erfolgen? Führen wir neue Pflegekonzepte ein, wie primary nursing? Eine Steuerungsgruppe sollte diese Fragen beantworten und somit strategische Ziele definieren.

Pflegeprozess: Die Festlegung der langfristigen Pflegeziele in diesem Bereich kann z.B. die Frage umfassen: Wie wird der Pflegeprozess dokumentiert (in Papierform oder einer technischen Datenbank)?

Wissensbewertung

Krankenhaus: Für ein Krankenhaus wäre sicherlich die „Wissensbilanz“ eine interessante Form der „Wissensmessung“. Ein wichtiger Aspekt dabei ist nicht nur die Erfassung von „Wissen“ innerhalb der Organisation, sondern die organisationsinterne Diskussion der Zusammenhänge und Wirkungen dieses „Wissens“ auf den Output des Dienstleistungsprozesses.

Pflegeprozess: Beim Schritt der Pflegeevaluation müssen Gründe gefunden werden, wenn das Pflegeziel nicht erreicht werden konnte. Hier gibt z.B. die verwendete Software ein Datum vor, wann der Evaluationsprozess stattfinden soll.

Was sind kritische Erfolgsfaktoren beim Wissensmanagement?

Wissensmanagement ist sehr voraussetzungsvoll. Damit Wissensmanagement überhaupt in einer Organisation funktioniert, müssen folgende kritische Erfolgsfaktoren berücksichtigt werden:

Macht: z.B. Wer hat Zugang zu Informationen durch Zugang zum PC, zum Internet, zu den Datenbanken? Gerade in Krankenhäusern ist immer wieder zu beobachten, dass nur bestimmte Personen Zugang zum PC haben und andere systematisch ausgeschlossen werden. Für viele Mitarbeiter in Unternehmen ist Wissen ein Machtfaktor, sie geben kaum wichtige Information weiter. So konnte in einer Untersuchung bei Siemens festgestellt werden, dass 48,9% der Befragten User einer Wissensmanagement-Datenbank Wissen als Macht klassifizieren (Wilkesmann/Rascher 2005) und 19,3% aller Befragten selbst sagten, dass sie mehr Information aus der Datenbank ziehen als sie selbst hineinstellen. In Situationen von Personalabbau und Karriereengpässen wird Wissen zu einer kritischen Machtressource: Jeder versucht sich für die Organisation unentbehrlich zu machen.

Motivation: In einigen Fällen ist mit extrinsischen Belohnungen für die Einstellung von Informationen in Datenbanken experimentiert worden (Wilkesmann/Rascher 2005). Dies ist hilfreich, wenn eine kritische Masse von Information in der Datenbank erreicht werden soll oder die Qualität

wechselseitig beurteilt werden muss. Ansonsten kann Wissenstransfer nur intrinsisch motiviert sein. Niemand kann einem anderen Akteur in den „Kopf sehen“ und einschätzen, ob Information zurückgehalten wird – auch der Vorgesetzte nicht. Aus diesem Grunde sind extrinsische Anreize nur beschränkt für die Motivierung des Wissenstransfers einsetzbar. Vielmehr zählt neben der intrinsischen Motivation auch die Erfahrung der Reziprozität. Wenn durch ein Wissensmanagementsystem meine eigene Arbeit erleichtert wird, bin ich auch bereit, durch Informationseingabe in das System allen anderen zu helfen (vgl. Wilkesmann/Rascher 2005). Intrinsische Motivation wird dann eher attribuiert, wenn die Akteure einen großen Handlungs- und Entscheidungsspielraum haben, als wenn sie nur einen sehr engen Handlungsspielraum besitzen.

Kultur: Teamorientierung, Beteiligung und Konsistenz sind ebenso wichtige Kulturvariablen, die einen Wissenstransfer fördern, wie das Vertrauen und die Frage, welche Abteilung in der Organisation mit der Einführung des Wissensmanagement beauftragt wird. Eine Untersuchung unter Betriebsräten hat ergeben, dass häufig Mitarbeiter bei der Einführung von Wissensmanagement nicht beteiligt werden und dass die IT-Abteilung bei der Einführung leitend ist (Wilkesmann/Rascher 2005). Letzteres führt oft dazu, dass zwar die technisch hochwertigsten Produkte, die auf dem Markt sind, gekauft werden, diese aber nicht den Bedürfnissen der Nutzer entsprechen. Ein anderes Beispiel für die Missachtung des Kulturfaktors ist der Versuch der Pflegedienstleitung ein Yellow-Pages-System für die Pflegekräfte einzurichten (Wilkesmann 2005). Die Pflegekräfte begrüßen im Prinzip dieses System, weil sie erkennen, dass es ihnen in ihrer alltäglichen Arbeit helfen kann, allerdings mussten sie in der Vergangenheit die Erfahrung machen, dass die Pflegedienstleitung solche Systeme nur als Kontrollinstrumente missbrauchte. Jetzt haben sie wieder Angst, dass auch dieses System nur als Kontrollinstrument missbraucht wird und wehren sich deshalb dagegen. „Wissenstransfer“ kann unter Bedingungen des Misstrauens nicht gelingen.

Struktur: Es müssen Freiräume für Interaktion und ein großer Handlungs- und Entscheidungsspielraum geschaffen werden, der nicht durch zu enge Zeitrestriktionen wieder verkleinert werden darf. Wissenstransfer braucht „Möglichkeiten“, d.h. Frei-Räume, die die Informationsweitergabe unterstützen. „Wissenstransfer“ lässt sich nicht anordnen, sondern muss freiwillig geschehen. Dazu muss aber die Organisationsstruktur Gelegenheiten geben, die dies ermöglichen.

Technik: Die technische Umsetzung muss den Rezeptionsgewohnheiten der User entsprechen, stabil laufen und einfach zu bedienen sein. Dies sind zwar triviale Voraussetzungen, aber dennoch wichtig. Wenn sie verletzt werden, was häufiger vorkommt, als zu erwarten ist, dann verlieren die User ganz schnell die „Lust an dem System“.

Resümee

Die Möglichkeiten des Wissensmanagements sind im Pflegebereich noch lange nicht erschöpft – ganz im Gegenteil. Nachdem das Thema lange nicht beachtet wurde, hat es sich in jüngster Zeit in Form neuer Routinen etabliert. Dabei steht der Pflegeprozess im Vordergrund. Die Einführung

von Pflegeroutinen, die einen „eingebauten“ Reflexionsraum haben, weisen in die richtige Richtung. Entsprechende Routinen – mit eingebauten Reflexionsmöglichkeiten – müsste es auch für andere Prozesse im Pflegebereich geben: z.B. in der Patientensteuerung im Krankenhaus. Auf der Ebene der Organisation besteht aber noch viel Handlungsbedarf. Eine klassisch-hierarchische Organisation, wie das Krankenhaus, tut sich mit egalitären Prozessen, wie dem Wissensmanagement, eben sehr schwer. Neben dem Aufbrechen alter Machtstrukturen sind neue Organisationsstrukturen und eine neue Organisationskultur notwendig, damit Wissensmanagement im Krankenhaus gelingen kann. Insbesondere sind noch Potentiale im Bereich der Generierung neuen Wissens und des Wissenstransfers auszuschöpfen. Sowohl die Generierung neuen Wissens über Fach- und Abteilungsgrenzen hinweg ist ausbaufähig, als auch die Speicherung neuen Wissens mit Hilfe von Datenbanksystemen. Ersteres ist zum einen eine Frage der Kultur, zum anderen aber auch eine Frage von entsprechenden Freiräumen. Datenbanken könnten neben Yellow Pages auch als Dokumentendatenbanken, für Probleme oder Nachfragen, die häufig auftreten, gestaltet sein.

Damit Wissen aber überhaupt einen anerkannten Platz innerhalb der Organisation Krankenhaus (oder anderer Organisationen) bekommt, muss es messbar gemacht werden, sonst bleibt es letztendlich unsichtbar oder wird nur auf der Kosten-Seite verbucht. Erst wenn der Einfluss des Wissens auf den Organisationserfolg sichtbar und dessen Steigerungen erfassbar sind, bekommt Wissen innerhalb der Organisation auch den Platz, den es gebührt.

Die Etablierung von Wissensmanagement im Krankenhaus kann darüber hinaus zur Professionalisierung der Pflege beitragen. Eine höhere Professionalisierung würde die Kommunikation zwischen der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis wiederum erleichtern. Wissensmanagement würde so indirekt auch zur besseren Kommunikation zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis beitragen können.

Literatur

- Favre-Bulle, B. (2001): Information und Zusammenhang. Informationsfluß in Prozessen der Wahrnehmung, des Denkens und der Kommunikation. Wien, New York: Springer
- Gibbons, M./Limoges, C./Nowotny, H./Schwartzman, S./Scott, P./Trow, M. (1994): The New Production of Knowledge. London, Thousand Oaks: Sage
- Greve, H.R. (2005): Interorganizational Learning and Heterogeneous Social Structure. *Organization Studies* 26, 1025-1048
- Howaldt, J./Klatt, R./Kopp, R. (2004): Neuorientierung des Wissensmanagements. Wiesbaden: DUV
- Jürgens, U. (1999): Die Rolle der Wissensarbeit bei der Produktentwicklung. In: Konrad W./ Schumm W. (Hg.): Wissen und Arbeit. Neue Konturen von Wissensarbeit. Münster: Westfälisches Dampfboot, 58–76
- Nowotny, H. /Scott, P./Gibbons, M. (2001): Re-thinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty. Cambridge: Polity Press
- Polanyi, M. (1966): The tacit dimension. London: Routledge and Kegan Paul
- Probst, G./ Raub S./Romhardt K. (1998): Wissen managen. Wiesbaden: FAZ Verlag
- Weber, W.G. (1997): Analyse von Gruppenarbeit - Kollektive Handlungsregulation in soziotechnischen Systemen. Bern: Verlag Hans Huber
- Weingart, P. (1997): From "Finalization" to "Mode 2": old wine in new bottles? *Social Science Information* 36, 591-613
- Wenger, E./McDermott R./Snyder W.M. (2002): Cultivating Communities of Practice. Harvard, Massachusetts: Harvard Business School Press
- Wilkesmann, U. (1999): Lernen in Organisationen – Die Inszenierung von kollektiven Lernprozessen. Frankfurt am Main: Campus-Verlag
- Wilkesmann, U. (2005): Die Organisation von Wissensarbeit. *Berliner Journal für Soziologie* 15, 55-72
- Wilkesmann, U./Rascher, I. (2005): Wissensmanagement – Theorie und Praxis der motivationalen und organisationalen Voraussetzungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag (2. erweiterte Auflage mit neuem Nachwort)
- Willke, H. (1998): Systemisches Wissensmanagement. Stuttgart: Lucius & Lucius

Wissenstransfer: Zusammenfassende Thesen und Empfehlungen

Doris Schaeffer

1. Die zurückliegenden Beiträge dürften deutlich gemacht haben, dass das Thema „Wissenstransfer im Gesundheitswesen“ auch weiterhin der Diskussion bedarf - auf wissenschaftlicher wie auf praktischer Ebene. Noch steht der wissenschaftliche Diskurs am Anfang und lässt viele Fragen offen. Zugleich aber wird die praktische Relevanz des Themas immer drängender: Nicht nur in der Pflege, auch in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens stellt der schleppende bzw. unzureichende Wissenstransfer bereits heute ein großes Problem dar, für dessen Bewältigung es an tragfähigen Konzepten und Strategien fehlt. Das gilt besonders für den Transfer *wissenschaftlichen* Wissens und neuer *empirischer* Forschungsbefunde in die Praxis, der – ausgelöst durch die Forderung nach Evidenzbasierung – zu einer zunehmend relevanten, aber bislang keineswegs zufriedenstellend bewältigten Herausforderung geworden ist. Auch künftig sind daher Anstrengungen erforderlich, um den *Diskurs* über Wissenstransfer im Gesundheitswesen zu *intensivieren* und die Vielzahl an noch offenen theoretischen Fragen einer Lösung zuzuführen.

2. Das ist um so nachhaltiger zu betonen, als die vorliegende Literatur zur Wissensgesellschaft eindrucksvoll zeigt, dass für alle Gesellschaften zusehends wichtig geworden ist, der Wissensproduktion und besonders der gesellschaftlichen Verwertung neu produzierten Wissens vermehrt Beachtung zu schenken. Wissenstransfer mit dem Ziel der produktiven Nutzung neuen Wissens wird damit zu einer für die gesellschaftliche Entwicklung überaus bedeutsamen Aufgabe. Darüber wie sie anzugehen ist, herrschen jedoch noch wenig klare Vorstellungen. Mit der schlichten Forderung danach, Wissenschaft müsse sich praxisorientierter als bislang ausrichten (siehe Heller) oder mit bloßen Appellen nach besserer Kooperation von Wissenschaft und Praxis dürfte sie nicht zu lösen sein, wenngleich auch diese wünschenswert ist. Denn Wissenschaft und Praxis folgen – wie gezeigt wurde – jeweils eigenen Prioritäten und Relevanzkriterien, die nur sporadisch Berührungspunkte aufweisen. Allein zu gemeinsamen Problemdefinitionen zu gelangen, ist daher überaus schwierig und noch schwieriger ist es, zu gemeinsamen Prioritätensetzungen zu gelangen. Schon aus diesem Grund ist wenig erfolgversprechend, Wissenstransfer allein als eine von der Wissenschaft (durch Zubewegung auf die Praxis) anzugehende Aufgabe zu konzeptualisieren,⁶ doch ebenso deshalb, weil Wissenschaft sich prioritär der *Wissensproduktion* zu widmen hat.

Vielversprechender ist es Wissenstransfer als eine *eigene Aufgabenstellung* zu konzeptualisieren, die – so ist wichtig zu betonen – *eigener Instanzen* bedarf – seien es *Wissensarbeiter* (Drucker 1994), *change agents*, wie Moers und Wingenfeld in ihren zurückliegenden Ausführungen hervorhe-

⁶ Ebenso wenig ist ihr allerdings Gelingen beschert, wenn sie ausschließlich aus der Praxis heraus erfolgt, weil dann übersehen wird, wo neues Wissen und neue Innovationspotenziale entstanden sind, die anzueignen und auszuschöpfen sind.

ben, facilitators oder aber *eigene Institute*, die sich dieser Aufgabe stellen, wie etwa das Institut für Qualitätssicherung in der Medizin. Für die Pflege ist das angesichts der gegebenen Realitäten besonders zu unterstreichen, denn den 1,2 Mio in der Praxis tätigen Pflegenden stehen in Deutschland nur ca. 100 Pflegewissenschaftler an Universitäten, Fachhochschulen und Forschungsinstituten gegenüber.

Wie auch immer also die gesuchte Form aussehen mag – wichtig ist zu wiederholen, dass Wissenstransfer bestenfalls exemplarisch und punktuell als Aufgabe von Wissenschaft wahrgenommen werden kann, sondern *eigener Instanzen* bedarf. Nur so ist möglich, die vielfältigen Aufgaben auf dem Gebiet des Wissenstransfers gezielt und systematisch anzugehen und im engen Dialog mit der Praxis passgenaue Lösungen zu entwickeln.

3. Konzeptionell ist dabei zu beachten, dass speziell der *Transfer wissenschaftlichen Wissens* dem prinzipiellen Unterschied zwischen wissenschaftlichem und alltagspraktischem Wissen Rechnung zu tragen hat, weil sie zwei divergente Typen von Wissen darstellen, die nicht ohne weiteres anschlussfähig sind. Einfache Transferstrategien – wie sie derzeit die Umsetzungspraxis dominieren – können daher bestenfalls bedingt zu befriedigenden Ergebnissen führen.

Um die Anschlussfähigkeit wissenschaftlichen Wissens zu sichern, ist erforderlich, Wissenstransfer als Transformation zu konzeptualisieren, also der Umwandlung/Übersetzung von wissenschaftlichem Wissen in alltagspraktisch relevantes Wissen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dazu ist erforderlich, dass wissenschaftliches Wissen – wie Dewe unterstreicht – an das organisatorische, situative und kommunikative Umfeld und die jeweiligen personellen Bedingungen der Adressaten angepasst wird. Des Weiteren muss es anschlussfähig gemacht werden, also mit den Wissenshaushalten der Adressaten (wie auch der Organisation) vernetzt und kompatibelisiert werden, und zudem so aufbereitet werden, dass es in den bestehenden Wissenshaushalt integrierbar ist, dabei aber auch mit den Transferzielen in Übereinstimmung steht. Schließlich muss die Verwendbarkeit und Nutzbarmachung wissenschaftlichen Wissens zum Thema erhoben werden und ist es in handlungsrelevantes Problemlösungswissen zu übersetzen.

Wissenstransformation ist also – so deutet dies an – ein *mehrschrittiger Prozess*, der eine ganze Reihe an Vermittlungs- und Lernschritten beinhaltet. Zu empfehlen ist, diese Erkenntnis künftig stärker zu beachten.

4. Die Frage, welche *methodischen Strategien* dabei zur Anwendung kommen sollten, wird noch kontrovers diskutiert. Nach dem heutigen Stand der Auseinandersetzung zu urteilen, sind die Strategien „Qualifizierung“, „Organisationsentwicklung“ und „Implementationsmanagement“ als gleichermaßen wichtig einzuschätzen. Daher ist für einen Strategien- bzw. Methodenpluralismus zu plädieren, wobei ein *Mix* aller Strategien die aussichtsreichste Vorgehensweise sein dürfte.

- *Qualifizierung* ist zweifelsohne ein unverzichtbarer Bestandteil und zentrale Strategie. Dennoch ist es künftig erforderlich, in Qualifizierungsmaßnahmen, die mit dem Ziel „Wissenstransfer“ durchgeführt werden, der Aneignung und Nutzbarmachung zu transferierender Wis-

sensinhalte höhere Beachtung zu schenken als bislang. Erforderlich ist außerdem, Qualifikationsmaßnahmen stärker auf die konkreten Umfeldbedingungen vor Ort und die individuellen Lernvoraussetzungen der Adressaten zuzuschneiden und Lernprozesse sorgfältiger und gezielter anzugehen. Denn Wissenstransfer (bzw. –transformation), mit dem Ziel der Veränderung von Handlungsrouinen und individuellen Verhaltensweisen ist ein anspruchsvoller Prozess. Er muss u.a. an das in der Praxis vorhandene Wissen anknüpfen, ja dies konstitutiv einbeziehen. Dazu ist unter Umständen erforderlich, in der Praxis vorhandenes Wissen zunächst einmal zu „bergen“. Denn zumeist handelt es sich (insbesondere in der Pflege) um implizites Wissen, oft sogar um erfahrungsgesättigtes *intuitives* Wissen, das in explizites und systematisiertes Wissen verwandelt werden muss, um für Interventionen zugänglich gemacht werden zu können. Er bedarf des weiteren *individualisierter Lernkonzepte und –strategien und auch der Begleitung* – etwa durch Co-aching, Super- und Intervention etc..

- Wissenstransfer (bzw. -transformation) setzt außerdem die Unterstützung durch die *Organisation* voraus. Er benötigt – wie Heller und Wilkesmann dargelegt haben – eine stützende Organisationskultur und mehr noch: *fördernde Organisationsentwicklungsmaßnahmen*. Entsprechende Transferprozesse und durch sie ausgelöste Veränderungen müssen von der Organisation bzw. der Leitung gewollt und gewünscht sein, bedürfen der Wertschätzung seitens der Organisation und – wichtiger noch – der Schaffung entsprechender fördernder organisatorischer Rahmenbedingungen und institutioneller Strukturen, weil erworbenes Wissen sonst nicht verwendungsrelevant werden kann.⁷
- Wissenstransfer kann – wie die Erkenntnisse aus der Wissensverwendungsforschung zeigen – nicht mit der Vermittlung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder aber neu erarbeiteter Konzepte enden, sondern muss deren *Umsetzung* begleiten und bedarf eines *systematischen Implementationsmanagements* – ein Aspekt, der von besonderer Wichtigkeit ist, wenn Wissenstransfer zugleich Innovationen in der Praxis anregen und befördern will. Darüber, wie ein solches Implementationsmanagement aussehen kann, liegen inzwischen etliche Erfahrungen vor. Sie zeigen, dass ein sorgfältiges Implementationsmanagement die zielkonforme Nutzung von Wissen begünstigt – vor allem, wenn es zugleich gelingt, erlebbare Erfolge zu schaffen und Wissenserwerb und –verwendung ein „visible face“, also Sichtbarkeit, zu verleihen. Ebenso verdeutlichen die vorliegenden Erfahrungen, dass Wissenstransfer offenkundig dann besonders aussichtsreich verläuft, wenn er sich auf *Bottom-up Strategien stützt*, um so geeignete Bedingungen für die Aneignung von neuem und oft zunächst sperrig anmutendem Wissen zu schaffen. Dagegen sind Top-Down Strategien weniger ergebnisreich, weil sie Widerstände provozieren und sich am Beharrungsvermögen der Praxis reiben. Das bestätigen auch in der Literatur

⁷ Transfermaßnahmen sollten darüber hinaus – so Wilkesmann – in Konzepte des *Wissensmanagements* einer Organisation eingebunden sein. Das bedingt u.a. die Ziele der betrieblichen und der beruflichen Bildung miteinander abzugleichen und die Ziele von Transfermaßnahmen mit denen der Organisation in Übereinstimmung zu bringen.

referierte Erfahrungen aus Projekten, die sich der Aufgabe widmen, Forschungsergebnisse in die Praxis zu transferieren.

- Die von Moers und Wingenfeld dargestellten Erfahrungen zeigen darüber hinaus, dass Implementationsmanagement insgesamt mit einem hohen Ressourcenaufwand (an Zeit und Personal) einhergeht. Unter Ergebnisgesichtspunkten betrachtet lohnt dieser Ressourcenaufwand offenkundig. Gleichwohl wird es künftig darauf ankommen, die derzeit in Modellprojekten gewonnenen Erfahrungen auch darauf hin zu prüfen, welche Mindestvoraussetzungen erfüllt sein müssen.

5. Wissenstransfer ist – so ist abschließend festzuhalten – eine sehr komplexe und anspruchsvolle Aufgabe, die einer Vielzahl an Kompetenzen bedarf. Ohne lerntheoretische, didaktische, organisationsentwicklungs- und entsprechende Managementkompetenzen (u.a. Change Management), aber auch ohne Implementationswissen und damit in Einklang stehende Management- bzw. Steuerungskompetenzen sowie schließlich auch ohne fundierte wissenschaftliche Fachexpertise und sehr gutes Praxiswissen dürfte erfolgreicher Wissenstransfer nicht zu bewältigen sein.

Diese Kompetenzen sind – wiewohl dies meist unterstellt wird – *nicht* naturwüchsig gegeben, sondern bedürfen ihrerseits einer entsprechenden Qualifizierung. Deshalb ist darauf zu drängen, für diese Aufgabe künftig gezielt zu qualifizieren und angemessene Ausbildungsbedingungen für die Vorbereitung auf die Aufgabe „Wissenstransfer“ zu schaffen.

Literatur

Drucker, P. F. (1994): Post-capitalist society. New York: HarperBusiness

Angaben zu den Autoren

DEWE, Bernd, Prof. Dr., Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, Institut für Pädagogik. Arbeitsschwerpunkte:

- Systematische Professionsforschung im Feld bildungs- und sozialpraktischer Berufe und Dienstleitungen;
- Bildungsforschung und Bedarfsanalyse für den Bereich der beruflichen und betrieblichen Weiterbildung;
- Wissenschaftstheorie der Andragogik – historische und synchrone Betrachtungen;
- Beratungsforschung mit Schwerpunkt Personalberatung und -entwicklung/Bildungsbeberatung;
- Wissensverwendungsforschung.

HELLER, Andreas, Prof. Dr., IFF-Fakultät der Universität Klagenfurt in Wien, Leitung der Abteilung Palliative Care und Organisationsethik, des postgraduellen Studiengang „Palliative Care“ und des interdisziplinären Doktorandinnen- und Wissenschaftskolleg. Arbeitsschwerpunkte:

- Versorgungsforschung;
- Konzept- und Modellentwicklung in der Versorgung chronisch kranker, sterbender Menschen und ihrer Angehörigen;
- Implementation von Palliative Care in Organisationen, regionalen und nationalen Kontexten;
- Organisation und Partizipation von (ethischen) Entscheidungsprozessen.

MOERS, Martin, Dr. phil., Professor für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück. Arbeitsschwerpunkte:

- Wissenschafts- und Theorieentwicklung in der Pflege;
- Chronische Krankheiten, insbes. Aids;
- Systematisierung der Pflegepraxis: Pflegeprozessmethode, Qualitätsentwicklung, insbes. Entwicklung von Expertenstandards.

SCHAEFFER, Doris, Prof. Dr., Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Leitung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte:

- Bewältigung und Versorgung chronischer Krankheiten;
- Versorgungsforschung (Health Sciences Research);
- Qualitative Gesundheitsforschung;
- Professionalisierungsprobleme im Gesundheitswesen.

WILKESMANN, Uwe, Prof. Dr., Ludwig-Maximilians Universität München, Institut für Soziologie; Apl. Prof. für Organisationssoziologie an der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte:

- Wissensmanagement;
- Organisationales Lernen, Gruppenarbeit, Motivation und Anreize, Führung, Organisationstheorie, Arbeits- und Wirtschaftssoziologie sowie Weiterbildung und Kompetenzentwicklung;
- Anreize und Motivation bei Wissensmanagement, Benchmarking-Prozesse beim Wissensmanagement.

WINGENFELD, Klaus, Dr., Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte:

- Pflege psychisch kranker alter Menschen;
- Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen;
- Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus;

Bestellschein

An das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Sekretariat, Universitätsstr. 25, D-33615 Bielefeld, Tel.: 0521/106-6880

Hiermit bestelle ich folgende Discussion-Paper:

IPW-Paper	Anzahl
P96-100 Domscheit/Wingefeld: Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen	vergriffen
P98-101 Schaeffer: Pflegewissenschaft in Deutschland	
P98-103 Ewers et al.: Pflegewissenschaftliche Promotionen (Synopsis)	
P98-104 Krajic et al.: Ambulante Versorgung Schwerstkranker	
P99-105 Schaeffer: Nursing Science in Germany	
P99-106 Brömme: Eine neue Kultur des Helfens	
P99-107 Ewers/Schaeffer: Herausforderungen für die ambulante Pflege	
P00-108 Caesar et al.: Community Health Assessment für Bielefeld	
P00-109 Wingefeld et al.: Kooperation, Vernetzung (Bibliographie)	
P00-110 Lademann: Hospital at Home	
P01-111 Müller-Mundt: Schmerztherapie und Pflege (Literaturanalyse)	
P01-112 Ewers: Klinische Pflegeexperten (Infusionstherapie/Bibliographie)	
P01-113 Pleschberger: Palliative Care	
P01-114 Ewers et al.: Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste	
P01-115 Ewers: Anleitung als Aufgabe der Pflege	
P02-116 Wingefeld: Innov. Ansätze der Sterbebegleitung von Kindern	
Wingefeld: Pflegebedarf und Leistungsstruktur (Forschungsbericht)	
P02-117 Röttger-Liepmann/Hopf Müller: „Enquête der Heime“ (Dok.)	
P03-119 Braubach: Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter	
P03-120 Schaeffer et al.: Versorgung in der letzten Lebensphase (Fallverläufe)	
P03-121 Ewers/Schaeffer: Palliativ-pflegerisch tätige HBDs (Endbericht)	
P03-122 Schmidt-Kaehler: Internetkompetenz für chronisch erkrankte Menschen	
P03-123 Tiesmeyer: Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung	
P03-124 Wingefeld: Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege	
P04-125 Ewers/Badura: Kooperation und Netzbildung der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation (Teilbericht)	
P04-126 Schmidt-Kaehler: Ergebnisse zur Evaluation der Internetangebote der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation	
P05-127 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzer-Anfrage-Dokumentation)	
P05-128 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzerbefragung)	
P05-129 Müller-Mundt/Ose: Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen	
P05-130 Anja Ludwig: Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen	
P06-131 Lummer: Zugang zu Patientenberatung und Nutzerinformation	
P06-132 Ewers: Palliative Praxis – Sichtweisen von Mitarbeitern der Altenpflege	
P06-133 Schaeffer: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops	

Absender:

Name:

Institution:

Anschrift:

Bitte beachten:

Bestellungen von IPW-Papern können nur bearbeitet werden, wenn Sie diesem Bestellformular einen an Sie selbst adressierten und mit EUR 2,25 (pro Exemplar) frankierten Rückumschlag (DIN A 4) beigelegt haben. Anstelle einer Erstattung für die Druckkosten erbitten wir eine Spende zugunsten der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V., WestLB, Kto.-Nr. 494 633, BLZ 300 500 00.