

Einleitung: Praxisentwicklung und Akademisierung in der Pflege

Michael Schilder, Thomas Boggatz & Hermann Brandenburg

Hintergrund und Ausgangslage

Verbunden mit dem demografischen Wandel und der daraus resultierenden Veränderung der klinischen Versorgungsbedarfe der Klientel, haben sich die Anforderungen an die Praxis deutlich erhöht. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Coronapandemie wurde deutlich, dass Praxisentwicklung und Innovation im Feld der pflegerischen Versorgung kein Selbstläufer ist, sondern dafür Voraussetzungen gegeben sein müssen, und zwar in allen Settings. Mitentscheidend ist unserer Auffassung nach das Aufgaben- und Kompetenzprofil der Pflege, hier vor allem die Qualifikation. Um auf Herausforderungen in der Praxis nicht nur zu reagieren, sondern prospektiv und konzeptionell zu antworten, ist eine akademische Grundqualifikation unabdingbar. Und dass diese einen signifikanten Einfluss auf die Praxisentwicklung vor Ort hat, ist international längst bestätigt (vgl. z. B. Stiftung Münch 2019).

Auch in Deutschland wurden seit den 1990er Jahren Pflegestudiengänge aufgebaut, deren Ziel in der Weiterentwicklung der Pflegepraxis liegt. Wenn die Beschäftigung

von hochschulisch qualifiziertem Pflegefachpersonal zu keinen spürbaren Veränderungen in der Praxis führt, sind diese Studiengänge letztendlich überflüssig – sowohl aus Sicht der Pflegeempfängerinnen¹ als auch aus Sicht der Absolventeninnen. Aus Sicht der Pflegeempfänger, weil nicht mehr Pflegekompetenz bei ihnen ankommt als im bisherigen System, und aus Sicht der Absolventen, weil für die Kompetenz, die sie im Rahmen eines Studiums erworben haben, offensichtlich keine Verwendung besteht. Der hochschulische Mehrwert der Absolventen würde damit auch nicht für potenzielle Arbeitgeber deutlich werden können. Letztlich würde damit die Akademisierung »am Patientenbett« verpuffen.

Es reicht daher nicht aus, im Rahmen eines Studiums pflegewissenschaftliche Kompetenzen zu vermitteln und die Absolventen in die derzeit bestehende Pflegepraxis zu entlassen, in der Hoffnung, dass sie als change agents von sich aus die notwendigen Veränderungen herbeiführen können. Vielmehr wurde deutlich, dass Prozesse zur Anregung und Steuerung von Veränderungen initiiert und konkrete Rollen für akademisch ausgebildetes Pflegepersonal geschaffen werden müssen, die

1 Texte sollten lesbar und verständlich sein, und dazu muss auch die Sprache beitragen. Sprache bildet allerdings auch Aspekte der Wirklichkeit ab bzw. schafft neue »Wirklichkeiten«. Da in dem hier zu verhandelnden Bereich der Pflege überwiegend Frauen arbeiten, sollte dies auch sprachlich zum Ausdruck kommen. Zum Gendern bietet die deutsche Schriftsprache mehrere Möglichkeiten an, die allerdings die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte reduzieren können. Wir als Herausgeber und Autoren dieses Buches werden daher auf das Gendern verzichten und stattdessen wenn möglich eine neutrale Form wählen. Falls dies nicht möglich ist, werden wir (überwiegend) die weibliche Form benutzen. Sie schließt – sofern nicht anders genannt – alle weiteren Geschlechtsformen mit ein. Da dieses Buch jedoch von mehreren Personen verfasst worden ist, war diesen die Freiheit ihres sprachlichen Ausdrucks zuzugestehen. Es war daher den Autoren und Autorinnen überlassen, ob sie sich in ihren Beiträgen für die von den Herausgebern präferierte Lösung oder für eine Variante des Genderns entscheiden.

es ihnen ermöglichen, ihre im Studium erworbenen Kompetenzen anzubringen. Modellprojekte, wie sie die Robert-Bosch-Stiftung im Programm 360°-Pflege fördert, oder Netzwerke zum Erfahrungsaustausch über Praxisentwicklung wie der Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) machen deutlich, dass diese Problematik und die möglichen Lösungsansätze in der Fachöffentlichkeit diskutiert werden. Auch aus Initiative der Fachverbände, wie dem DBfK, der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) und der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft wird die Implementierung hochschulisch qualifizierter Pflegenden in die Versorgungspraxis intensiv diskutiert, was die Relevanz und Aktualität dieses Themenbereichs unterstreicht. Nicht zuletzt auch die 2020 eingeführte hochschulische Pflegeausbildung als zweite reguläre Säule der Berufsausbildung fordert Diskurse und Lösungsansätze zur Integration neuer Rollenbilder in die Pflegepraxis für Bachelorabsolventen und Advanced Practice Nurses, damit im Rahmen eines Grade- und Skill-Mix die Voraussetzungen einer Praxisentwicklung geschaffen werden, die einerseits die Implikationen einer Implementationswissenschaft aufzunehmen in der Lage sind (Hoben et al. 2016) und andererseits eine Partizipation und ein Empowerment aller Pflegenden ermöglicht wird, sodass letztendlich auch die Kultur der Pflege verändert werden kann (McCormack et al. 2013).

Herausforderungen und Perspektiven

Es ist bereits deutlich geworden, dass Akademisierung allein noch keinen Unterschied macht. Entscheidend ist einerseits die Vorbereitung der Studierenden auf den sog. »Theorie-Praxis-Transfer« (und zwar während des Studiums) und andererseits die Schaffung von personellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen im Kontext von »lernenden Organisationen«. Wir wissen, dass ansonsten

einer weiteren Entkoppelung von Theorie und Praxis wenig entgegengesetzt wird.

Beobachten lässt sich aber eine ambivalente Entwicklung. Zwar werden akademisch qualifizierte Pflegenden zunehmend in der Praxis eingesetzt, ihr Einflussbereich ist jedoch häufig erheblich begrenzt, eine nachhaltige Wirkung ihres Engagements nur ansatzweise erkennbar. Eine Ursache dafür liegt unserer Meinung nach daran, dass die Akademisierung in Deutschland nur halbherzig betrieben wurde, ein entsprechender Ausbau der Hochschulen real nicht stattgefunden hat. Im Unterschied zur Medizin verfügt die Pflegewissenschaft nach wie vor über marginale Zugänge zu den Universitäten und kann daher nur bedingt die theoretischen Probleme einer Dissemination und Implementierung von praxisrelevanten Innovationen im klinischen Feld reflektieren.

Insgesamt sehen wir also drei Herausforderungen:

1. muss das Thema »Praxisforschung und Innovation« in den Studiengängen besser curricular verankert werden,
2. kann die Arbeit vor Ort nicht auf ein kurzfristiges Projekt reduziert ohne Aussicht auf Nachhaltigkeit und Verstetigung ausgerichtet sein, sondern muss finanziell adäquat entlohnt werden und
3. sollte im hochschulischen Sektor eine grundlegende Auseinandersetzung mit den Anforderungen zur Umsetzung von neuen Erkenntnissen in die Routinen der Praxis ermöglicht werden²; die Entwick-

2 Howaldt et al. (2014, S. 13) bezeichnen »soziale Innovationen in einem nicht normativ angelegten analytischen Konzept als intentionale Neukonfiguration sozialer Praktiken« (Howaldt et al. 2014, S. 13). Wenn man an Praxisentwicklung im Pflegesektor denkt, dann ist zu diskutieren, ob dieser Ansatz letztlich ausreicht und nicht vielmehr inhaltlich-fachliche Begründungen einer guten Pflege stärker mit berücksichtigt werden sollten.

lung von Leitlinien (vergleichbar der Medizin) ist nur ein Desiderat.

Perspektivisch muss Klarheit darüber erzielt werden, dass Akademisierung in der Pflege kein Selbstzweck ist, sondern als substanzieller Bestandteil der Professionalisierung des Pflegeberufs angesehen werden sollte. Und wenn man dies wirklich will, dann muss auch eine grundlegende Veränderung einen echten Schritt nach vorne wagen und eine stufenweise Vollakademisierung der Pflege realisieren. Pflege sollte als eigenständiges universitäres Fach eingeführt und nicht nur der Medizin angegliedert werden. Konsequente Entscheidungen im Hinblick auf eine Professionalisierung der Pflege – vor allem im Hinblick auf eine Verbesserung der Aufgaben- und Kompetenzprofile, der Veränderung der Arbeitsbedingungen sowie der Praxisentwicklung (in Verbindung mit Hochschulen) – würden nicht nur die aktuellen Lücken stopfen, sie wären mit positiven Veränderungen im Gesundheitswesen allgemein und in der Langzeitpflege im Besonderen verbunden. Sicher, all dies scheint im Moment politisch nicht durchsetzbar zu sein. Aber wenn wir eines aus der Corona-Krise gelernt haben, dann ist es doch dies: Milliardenunternehmen geraten ins Wanken und ganze Industriezweige müssen finanziell massiv gefördert werden. Dann kann doch die Vollakademisierung eines (immerhin ja systemrelevanten) Berufs kein unüberwindbares Hindernis darstellen.

Inhalt und Zielsetzung des Buches

Der erste Teil dieses Buches (► Teil I) beleuchtet grundlegende Positionen zur Praxisentwicklung und zu Innovationen im Gesundheitswesen und setzt diese ins Verhältnis zu den Erfordernissen gesellschaftlicher Entwicklungen und beruflicher Bedarfe. Der erste Beitrag beginnt mit einer Darstellung des Theorie-Praxis-Konfliktes, der die Grundproblematik bei jedem Versuch der Praxisent-

wicklung aufzeigt (► Kap. 1). Daran schließt sich die Frage nach den möglichen Zielen von Innovation und Praxisentwicklung an (► Kap. 2). Führt der darin enthaltene Fortschrittsglaube dazu, dass das beständige Verbessern der Praxis zu einem Selbstläufer wird, mithin zu einem Angebot, das auf keine Nachfrage reagiert, sondern eine solche erst erschafft? Oder dient sie den Bedürfnissen der Pflegeempfänger und dem Empowerment des Pflegepersonals? Vor diesem Hintergrund lassen sich die möglichen Ansätze zur Praxisentwicklung als Positionen auf einem Kontinuum beschreiben, das von der Implementierung externer Evidenz im Top-down-Approach bis hin zur Entwicklung interner Evidenz in einem partizipatorischen Bottom-up-Ansatz reicht (► Kap. 3). Während die deutschsprachigen Länder sich, was diese Ansätze anbelangt, noch in einem Versuchsstadium befinden, kann Großbritannien auf eine längere Tradition der Praxisentwicklung zurückblicken, die in einem weiteren Kapitel (► Kap. 4) dargelegt wird. Außerdem wird der Frage nachgegangen, wie Praxisentwicklung zur Etablierung neuer Rollen für akademisch gebildete Pflegekräfte im Rahmen von Grade- und Skill-Mix beitragen kann. In Ansätzen der Konzeptentwicklung von Rollenbildern, Grade- und Skill-Mix wie auch Karrieremodellen werden theoretische Positionen aufgezeigt und mit Blick auf die Ausgestaltung des Rollenbildes eines hochschulisch qualifizierten Pflegeexperten auskonturiert (► Kap. 5). Das Verhältnis von Praxisentwicklung und der hierzulande besser bekannten Qualitätsentwicklung soll mit einem kritischen Blick auf letztere beleuchtet werden, um dem Leser zu verdeutlichen, was neu und anders an den nun entstehenden Ansätzen zur Praxisentwicklung ist (► Kap. 6).

An diesen allgemeinen Teil schließt sich die Darstellung konkreter Ansätze und Konzepte an (► Teil II), die denkbar sind und einen Kulturwandel in der Pflege weg von einer Aufgabenorientierung hin zu einer Personenzentrierung verlangen. Dabei wird nicht nur

die Rolle, die Institutionen der Pflegepraxis bei der Praxisentwicklung spielen können, beleuchtet, sondern auch der Beitrag, der durch die Hochschulen geleistet werden kann. Den Beginn macht das Konzept einer gerontologischen Pflegeexpertise, die an die Anforderungen der Pflege- und Betreuungssettings und die zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege anschlussfähig ist (► Kap. 7). Der Beitrag zur hochschulischen Ausgestaltung der im PflBG verankerten Vorbehaltsaufgaben (PflBG § 4 (2) Vorbehaltende Tätigkeiten) macht mit Blick auf den Pflegeprozess deutlich: was sind hochschulische Anteile der Pflegeprozessgestaltung mit Blick auf die Verstehende Pflegediagnostik, Partizipative Entscheidungsfindung und Aushandlungsprozesse in der Pflegesituation. Wie ist die hochschulische Ausgestaltung der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 5 (3), 1d) im Rahmen der Praxisentwicklung zu denken (in Weiterentwicklung Schilder 2010; Brandenburg 2016, S. 52) (► Kap. 8)? Der diesen Teil beschließende Beitrag (► Kap. 9) enthält die Konzeptentwicklung zu einem psychiatrischen Rollenbild mit hochschulischer Qualifikation, das auf empirischen Befunden aufbaut und dies gegenüber anderen Qualifikationen in der psychiatrischen Pflege differenziert.

Im dritten Teil (► Teil III) werden dann empirische Befunde aus der Begleitforschung zu derzeit laufenden Praxisentwicklungsprojekten sowie die Erfahrungen aus Best-Practice-Beispielen vorgestellt, die einen exemplarischen Eindruck über erste Projekterfahrungen in der Umsetzung neuer Konzeptionen bieten. So zeigt die erste Studie Implementationsbedingungen aus Sicht von Pflegefachpersonen in der stationären Altenpflege auf und vermittelt einen Einblick in deren Wahrnehmung von hochschulisch Qualifizierten in ihrem direkten Praxisfeld. Gerade diese Erkenntnisse fordern dazu auf, in zukünftigen Projekten, die Pflegepraktikerinnen bei der Einführung neuer Rollenbilder mehr »mitzunehmen«

(► Kap. 10). Der darauffolgende Beitrag beinhaltet einen Ausschnitt aus einer Implementationsforschung, in der die Bedingungen vor der Implementation hochschulisch qualifizierter Master-Absolventinnen in Pflegeteams eines Universitätsklinikums dargelegt werden (► Kap. 11). Dann werden in retrospektiver Betrachtung eines Praxisentwicklungsprojektes dessen Gelingens- und Misslingenbedingungen aufgeschlüsselt und Implikationen für die zukünftige Ausgestaltung von Projekten zur Praxisentwicklung dargelegt (► Kap. 12). Eine weitere pflegewissenschaftliche Studie beleuchtet die Interprofessionelle Praxisentwicklung in einem klinischen Setting im Kontext der Delirprävention, aus der heraus Schlussfolgerungen für die pflegerische Rollenentwicklung abgeleitet werden (► Kap. 13). Dieser Teil wird durch Einblicke in ein Praxisentwicklungsprojektes eines Klinikums beschlossen, in der es um die Weiterentwicklung der akutstationären Versorgung geriatrischer Patienten mit kognitiven Einschränkungen geht (► Kap. 14).

Im vierten Teil (► Teil IV) wird abschließend ein Fazit u. a. für die hochschulische Gestaltung von Praxisentwicklung gezogen.

Unser Anliegen ist es dabei einerseits eine Übersicht über derzeit entstehende Konzepte und Ansätze der Praxisentwicklung im deutschsprachigen Raum zu geben, andererseits soll aber auch zu einem kritischen Diskurs über die Sinnhaftigkeit eines kontinuierlichen Optimierungsbestrebens, wie es in diesen Bestrebungen zur Praxisentwicklung zum Ausdruck kommt, angeregt werden. Dabei sollte der Leser sich fragen, ob und in welcher Weise Praxisentwicklung der Selbstbestimmung von Pflegeempfängern dient und ein Empowerment der Pflegenden fördert und wann sie stattdessen für alle Beteiligten zu einem Optimierungszwang führt, der aus der Logik eines ungebremsten Fortschrittdenkens resultiert. Die vor diesem Hintergrund erfolgende Darstellung von Ansätzen und Konzepten zur Praxisentwicklung soll Entscheidungsgrägern und Praxisentwick-

lern in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie Studierenden, die sich auf eine derartige Rolle vorbereiten, als Grundlage für

eine informierte Entscheidungsfindung bei der Wahl ihres Ansatzes zur Praxisentwicklung dienen.

Literatur

- Brandenburg H (2016) Das Verhältnis von Theorie und Praxis in Pflege und Gerontologie. In: Hoben, M., Bär, M. & Hans-Werner Wahl (Hrsg.). Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie: Grundlagen und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 48–60.
- Hoben M, Bär M, Wahl HW (Hrsg.) (2016) Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie: Grundlagen und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Howaldt J, Kopp R, Schwarz M (2014) Zur Theorie sozialer Innovationen. Tardes vernachlässigter Beitrag zur Entwicklung einer soziologischen Innovationstheorie. Weinheim/Basel: Beltz/Juventa.
- McCormack B, Manley K, Garbett R (Hrsg.) (2009) Praxisentwicklung in der Pflege. Bern: Huber.
- Schilder M (2010) Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung, Pflege & Gesellschaft, 15 (1), S. 48–64.
- Stiftung Münch (Hrsg.) (2019) Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei.

Teil I

Praxisentwicklung: Erfordernisse im Kontext gesellschaftlicher Entwicklung

1 Theorie und Praxis in der Pflege – Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis

Hermann Brandenburg

Zusammenfassung

In einem ersten Schritt erfolgen einige Hinweise zum Verhältnis von Theorie und Praxis. Als Praxiswissenschaft muss die Pflegewissenschaft über Verbindungen zwischen den genannten Bereichen nachdenken und die Frage beantworten, wie diese zu gestalten sind. Das ist nicht einfach, die Herausforderung wird aufgezeigt. Im zweiten Schritt befasste ich mich mit empirischen Befunden dahingehend, wie diese »Umsetzung« von neuem und wissenschaftlich basiertem Wissen in die Praxis ge-

lingen kann. Die Rolle des »Facilitators« ist hier sehr wichtig. Aber es reicht nicht eine/n Verantwortliche/n zu identifizieren, auf die Organisationen kommen Veränderungen zu, die »wehtun« müssen (oder können). Ein pragmatischer Zugang (ergänzt durch eine kritische Perspektive) – so die zentrale Aussage im dritten Teil dieses Beitrags – könnte eine Orientierung sein. Den Abschluss bildet ein Hinweis auf die Notwendigkeit eines fairen Dialogs zwischen Wissenschaft und Praxis.

Schlüsselwörter: *Theorie, Praxis, Pragmatik, Kritik*

1.1 Einleitung

Wenn man die Begriffe »Theorie« und »Praxis« hört, dann denkt man an unterschiedliche Dinge – je nach Standpunkt. Seitens der Theorie (das sei an dieser Stelle einmal unzulässiger Weise mit Wissenschaft und/oder Forschung gleichgesetzt) geht es darum, ein bestimmtes Phänomen oder einen Sachverhalt möglichst genau zu beschreiben, die beeinflussenden Faktoren herauszuarbeiten und möglicherweise Aussagen über weitere Verläufe zu treffen, d. h. Prognosen aufzustellen. Und die Praxis beschreibt ein breites Feld, dazu gehört nicht nur die Aufgaben direkt am Patienten bzw. Bewohner. Praxis wird bestimmt durch organisatorisch-personelle Bedingungen vor Ort, ist eingebettet in institutionelle Logiken und wird bestimmt durch externe finanzielle und politische Rahmenbedingungen.

Schauen wir uns einmal das Spannungsfeld von Theorie und Praxis genauer an. Als Beispiel beziehen wir uns auf die Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz. Von der Gerontologin Naomi Feil wurde hierzu die in der Altenpflege bekannte Methode der Validation entwickelt, die für jedes Stadium der Demenz eine passende Kommunikationstechnik beschreibt (Feil 2000). Wie Dammert et al. (2016) in einer Studie feststellen mussten, lässt sich diese in Schulungen so einfach erscheinende Technik in der Praxis jedoch kaum umsetzen. Die Gründe hierfür, welche die Pflegepersonen angaben, waren vielschichtig. Neben einschränkenden, institutionellen Rahmenbedingungen wie Personal- und Zeitmangel und fehlender Unterstützung durch die Lei-

tungsebene, erwies sich die Validation als nicht vereinbar mit der Aufgabenstellung und den Arbeitsgewohnheiten der Pflegenden. Verweigerte zum Beispiel ein Bewohner die Körperpflege, so konnte darauf nicht validierend eingegangen werden, da der Arbeitsauftrag der Pflegenden und die Erwartungen der Angehörigen darin bestanden, die Körperpflege und Hygiene des Bewohners sicherzustellen. Aber neben diesen konkreten praktischen Problemen lassen sich auch im Hinblick auf die Theorie gewisse Rückfragen stellen. Denn man kann durchaus darüber diskutieren, ob die These von Feil, dass die Demenz letztlich nur die Auseinandersetzung mit unerledigten biografischen Themen darstellt und ihr letztlich kein neurologisch bedingtes Substrat zugrunde liegt, haltbar ist (vgl. ausführlicher Boggatz 2022). Wir sehen also bereits an diesem einfachen Beispiel, dass die einfache »Übersetzung« von theoretischen Überlegungen in die Praxis nicht ganz so einfach ist. Zum einen kommt es natürlich auf den theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrund an, der muss stimmen und zumindest keine grundlegenden Fragen aufwerfen. Das gilt auch für die Praxis, welche für die Aufnahme neuer Ansätze und Strategien offen sein muss. Und schließlich – drittens – muss man Überlegungen darüber anstellen, was man tun kann, um den »gap« von Theorie und Praxis zu reduzieren. Man könnte sagen,

dass die entsprechenden Versuche legendär sind und die vor allem US-amerikanisch beeinflusste Debatte die Pflegewissenschaft über Jahrzehnte befruchtet haben (vgl. die mittlerweile klassischen Texte von Dickhoff et al. 1968 a, b; Beckstrand 1978, Mars & Lowry 2006).

Auf zwei Aspekte möchte ich im Folgenden etwas genauer eingehen. Der eine bezieht sich darauf, wie in der Pflegewissenschaft das Verhältnis der beiden genannten Pole (sind es wirklich zwei Pole?) bestimmt wurde; hier kann man grob zwischen Positionen unterscheiden, welche einerseits die Unterschiede betonen oder andererseits die gegenseitigen Verbindungen stark machen. Neben dieser wissenschaftstheoretisch imprägnierten Perspektive (vgl. Brandenburg 2016) möchte ich – zweitens – auf die Empirie blicken. Denn unser Verhalten im Alltag wird (sowohl bei Wissenschaftlern wie auch bei Praktikern) durch die Eigenlogik der jeweiligen Systeme bestimmt, in denen wir uns bewegen (vgl. hierzu grundlegend Schulz-Nieswandt 2020). Inwieweit erlauben es uns die damit verbundenen Zwänge und Arbeitskulturen eigentlich, den Blick über den Tellerrand hinaus zu wagen? Und zwar sowohl von Seiten der Theorie wie von jener der Praxis. Das alles klingt schon recht skeptisch, mein Ausblick ist aber positiv und stellt zwei Begriffe ins Zentrum: Pragmatik und Kritik.

1.2 Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der pflegewissenschaftlichen Diskussion

Eine ganze Reihe von Pflegeetheoretikerinnen hat ihr Augenmerk darauf gelegt Theorien zu entwickeln, die letztlich in die Praxis überführt und diese mit einer bestimmten Agenda verknüpfen sollen; die sog. »grand theories« (z. B. King, Peplau, Orem, Rogers) sind nur ein Beispiel. Die später als »middle range«

(Mishel's uncertainty in illness, Norbeck's model for social support, Swanson's theory of caring) oder als »situation specific« (die vor allem auf klinische Herausforderungen im engeren Sinne fokussiert sind) ausbuchstabilten theoretischen Ansätzen zeigen, dass die Theorieentwicklung in den USA elabo-

riert und weit fortgeschritten ist (für einen Überblick vgl. Nicoll 1997, Reed et al. 2012; für die dt. Diskussion vgl. z.B. Schröck & Drerup 1997, Moers & Schaeffer 2000, Brandenburg & Dorschner 2021).

Es lassen sich eine ganze Reihe von theoretischen Überlegungen zusammenfassen, welche die *Trennung von Theorie und Praxis* akzentuiert haben. Hier wurde postuliert, dass die theoretischen Positionen noch nicht ausreichend spezifiziert wurden, um einen *body of knowledge* für die Pflege zu generieren. Pflege(-wissenschaft) – so die Annahme – kann noch nicht als Kompass für eine veränderte Praxis angesehen werden, denn: »the practice of nursing is still directed by medical orders and institutional policy rather than being grounded in the findings of nursing research (Jacobs & Huether 1978, S. 67). Als zentrale Barrieren wurden die fehlende Bereitschaft für die Aufnahme neuer Ideen in der Praxis, die zunehmende Diversität im Pflegektor sowie ein Anti-Intellectualismus identifiziert. Man kann aber auch das Trennungsargument seitens der Praxis stark machen. So hat z.B. Smith eindeutig Stellung bezogen und die Frage gestellt, warum eigentlich Pflegenden an der Basis »must be afflicted with baroque nursing theories couched in stilted pseudo-intellectual jargon... Who, besides academic luminaries, benefits from this blizzard of inflated words?« (Smith 1981, S. 83).

Umgekehrt gab es aber immer wieder Stimmen, welche die *Verbindung von Theorie und Praxis* stark gemacht haben. Am bekanntesten ist Fawcett, die auf den Einfluss von konzeptionellen Modellen auf das Setting, den Pflegeprozess, Pflegefachsprachen sowie Patientenklassifikationssysteme und Qualitätsprogramm verwiesen hat (Fawcett 1992) und immer weder die Relevanz von theoretischen Überlegungen für eine evidenzbasierte Pflegepraxis betont hat (Fawcett et al. 2001). Ebenfalls hat sich diese Autorin – vor allem an die bahnbrechenden Arbeiten von Silva in den 1980er Jahren zur Testung von Pflege-

theorien – mit diesem Problem beschäftigt und eine entsprechende Kriterienliste vorgelegt (Fawcett 2005). Andere Autor/-innen gehen noch einen Schritt weiter und postulieren, dass »theory is born in practice, is refined in practice, and must and can return to practice« (Dieckhoff et al. 1968a, S. 415). Voraussetzung dafür ist aber eine Offenheit für empirisch relevante Inhalte; die Zusammenarbeit von Theoriebildung und erfahrener Pflegexpertise vor Ort ist in diesem Ansatz zwingend.

Beide Positionen – sowohl die Trennungs- wie auch die Verbindungsprotagonisten – sind nur oberflächlich gesehen grundlegend verschieden und befürworten letzten Endes eine Anwendung bzw. einen Transfer von theoretisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis (alles andere würde ja auch in einer Praxiswissenschaft keinen Sinn machen). Und wie das geschieht, ist ebenfalls Teil einer Forschungsagenda, die in Deutschland als »Implementierungswissenschaft (IW) für Gerontologie und Pflege« (Hoben et al. 2016; vgl. auch McCormack et al. 2013) bekannt geworden ist. Hier geht es um Einflussfaktoren, konkrete Modelle und bereits vorliegende Erfahrungen zur praktischen Umsetzung von klinischen Innovationen in der Pflegepraxis (Beispiele: Schmerzmanagement, Mobilitätsförderung, Medikamentenregime etc.). Bezogen auf die deutsche Situation ist der Verweis auf die »Expertenstandards in der Pflege« angebracht, von denen mittlerweile eine zweistellige Zahl vorliegt. Man muss allerdings nüchtern feststellen, dass der Forschungsstand einer Implementierungswissenschaft nahezu ausschließlich international geprägt ist. In Deutschland kann man die entsprechenden Arbeiten an einer Hand abzählen. Hier ist es jedenfalls bis jetzt nicht gelungen, auch nur ansatzweise einen eigenen Forschungsfundus zur Umsetzung von wissenschaftlichen Befunden in die Pflegepraxis zu etablieren.

Die Gründe hierfür können an dieser Stelle nicht diskutiert werden, vielmehr möchte ich

mich der zweiten Frage zuwenden, die da lautet: Wie stellt sich das Verhältnis von

Theorie in der Logik der jeweiligen Systeme dar?

1.3 Wissenschaft und Praxis – empirisch beobachtbare Systemlogiken

Wer in der Wissenschaft arbeitet (und dort Karriere machen möchte), der muss sich an die Regeln halten. Die bedeuten, dass Drittmittel eingeworben werden müssen, Publikationen (in ausländischen Journals) erwartet werden, die Zumutungen und Anstrengungen innerhalb des wissenschaftlichen »Zirkus« ausgehalten werden (müssen). Und dabei gilt es folgendes zu beachten, so der langjährige Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft: »Wissenschaftliches Wissen ist revisionsoffen auf falsifikatorische Selbstüberholung hin angelegt. Forschung erzeugt vorbehaltliche Erkenntnis. Und die darf nicht mit jener Form des Weisheitswissens verwechselt werden, welche zwischen Erkenntnis und Normativität, zwischen Wissen und Werten, zwischen Epistemischem und Axiologischem nicht zu unterscheiden weiß« (Strohschneider 2020, S. 152). Nun, nicht nur in der Pflegewelt werden von Theoretikern und Wissenschaftlern klare Antworten, Handlungsstrategien und Umsetzungsschritte erwartet – dies können sie aber häufig nicht leisten, dürfen oder wollen das auch nicht. Institutionelle Zwänge, Arbeitsprioritäten und fehlende Kenntnis und Sensibilität für die Komplexität von Transferprozessen hindern sie daran. Warum? Weil das Wissenschaftssystem nach anderen Logiken funktioniert als die Praxis. Hier geht es um Reflexion und *Erkenntnis*, dort um Machbarkeit und *Umsetzung*. Zugegeben, das mag etwas grobschlächtig formuliert sein, denn es gibt natürlich Wissenschaft, deren Reflexionsniveau begrenzt ist und Praxis, welche die

Grenzen ihrer Machbarkeit systematisch problematisiert. Aber eins ist klar: Durch Appelle und Engagements *allein* sind diese beiden Welten nicht einfach miteinander in Verbindung zu bringen.

Es bedarf eines Zwischenschritts, d. h. eines Facilitators. Das hat man in der britischen Diskussion durch Forschung generiert und immer wieder betont. Konsequenz: Wir brauchen sog. »Transferagenten« (vgl. z. B. Harvey et al. 2002; Rycroft-Malone 2007). Aber bevor ich dazu komme, soll noch auf die Logik der Praxis verwiesen werden.

Um die zu verstehen, sollten wir die uns vorliegenden Erkenntnisse zum Arbeitsalltag in der Pflege zur Kenntnis nehmen – jenseits der idealistischen Verkürzungen. Der »Studies of work«-Ansatz wäre hier in Anschlag zu bringen (Bergmann 2005), praxeologische Ansätze sind weiterführend (für einen Überblick siehe: Jonas 2020; weiterführend: Mol 2008, Mol et al. 2010). Diese Zugänge fragen danach, wie die Arbeitswirklichkeit in der Pflege konstituiert wird, nach welchen Imperativen sie funktioniert, durch welche habituellen Konfigurationen sie geprägt wird, welche Emotionsarbeit dort geleistet wird (vgl. insgesamt hierzu: Dunkel 1994, Böhle & Glaser 2006). Erst dann wird einsichtig, dass die Praxis in der Regel gegenüber der wissenschaftlichen Arbeit ein instrumentelles Verhältnis aufweist. Es geht darum, bestimmte Erkenntnisse für die Bewältigung und das Funktionieren der Routinen vor Ort nutzbar zu machen. Daher auch der Hinweis auf »praxisrelevante Befunde« – was auch immer dies sein mag.