

**Knut Hüneke:**

## **Beteiligung von Betroffenen bei technischen und organisatorischen Innovationen im Krankenhaus**

### **1. Einführung**

Über den Zustand des 'Patienten Krankenhaus' brauche ich an dieser Stelle keine weiteren Worte mehr zu verlieren. Auch die spezielle Situation der Pflegekräfte findet in den anderen Kapiteln/ Artikeln dieses Buches ausreichend Niederschlag. Strukturelle Rahmenbedingungen (Entlohnung, Arbeitszeiten, Arbeitsintensitäten in quantitativer und qualitativer Hinsicht, Status) sowie hohe psycho-mentale und emotionale Belastungen führen zunehmend zu Berufsmüdigkeit mit Folgen für Berufswahl, Fluktuation, Absentismus und Verweildauer im Beruf. Ob nun von Personalengpässen, Personalknappheit oder gar Pflegenotstand gesprochen wird, ein Handlungsbedarf offenbart sich allemal und fand 1991 in teilweise kuriosen Maßnahmen zur Besetzung von Planstellen seine Entsprechung<sup>1</sup>.

Tiefgreifendere Ansätze, die sich nicht nur mit kurzfristigen und oberflächlichen Lösungen begnügen und über die sicherlich notwendige Ausweitung von Planstellen hinaus grundlegende Veränderungen auch nur in Teilbereichen einfordern sind dringend erforderlich und werden auch zunehmend vorgelegt.

Im Folgenden sollen jedoch nicht solche Ansätze an sich sondern ein besonderer Aspekt bei der konzeptionellen Erarbeitung, Planung und Umsetzung von Maßnahmen am Patienten Krankenhaus insbesondere in der Pflege abgehandelt werden: Betroffenenbeteiligung.

#### **1.1 Was ist Betroffenenbeteiligung?**

Im allgemeinen wird Betroffenenbeteiligung oder Partizipation als eine Form des Einflußversuchs auf Entscheidungen durch direkte Aktivitäten solcher Gruppen und Personen bezeichnet, die von diesen Entscheidungen oder ihren Folgen betroffen und nicht schon qua Amt oder Funktion für diese Akzeptanzerhöhung und Effizienzsicherung sowie der benutzer- und betroffenengerechten Gestaltung von technischen, organisatorischen und sozialen Maßnahmen in Betrieben und Verwaltungen dienen. (...). Beteiligung von Planungs- und Innovationsbetroffenen soll dem Management der Anwenderorganisation einen Weg der Loyalitäts- und Leistungssicherung bieten; für die Betroffenen soll sie ein Weg zur Sicherung ihrer Interessen darstellen" (ebd., S.13).

Während Beteiligung im Bereich des Staates repräsentative Kontrolle der demokratischen Herrschaftsausübung von der Basis her ergänzt, gilt in der Wirtschaft das alleinige Verfügungsrecht der EignerInnen/des Kapitals (im Krankenhaus des/der Trägers/-in). Nur über die Mitbestimmung von Vertretungsorganen der Beschäftigten (Montanmitbestimmungsgesetz von 1951, Betriebsverfassungsgesetz von 1972, Bundes- und Landespersonalvertretungsgesetze, Mitarbeitervertretungsordnungen), tarifliche und betriebliche Regelungen bestehen kollektive Kontrollinstanzen. Neben diese kollektive Mitbestimmung tritt die Beteiligung der Betroffenen.

---

<sup>1</sup> Ich meine hier nicht die Tarifverhandlungen für den Pflegebereich sondern die im Frühjahr 1991 durch die Presse geisternden Meldungen über Abwerbungen von Pflegekräften aus den fünf neuen Ländern sowie die seit Jahren erstmalige Aufhebung des Anwerbestopps für ausländische ArbeitnehmerInnen für den Bereich Pflegekräfte inkl. einer entsprechenden Vereinbarung mit der jugoslawischen Regierung im Herbst 1991.

## **1.2 Worin liegt die Bedeutung/Chance von Betroffenenbeteiligung?**

### **1.2.1 Akzeptanz und Motivation**

Unter dem Label 'Wertewandel' wurden in den vergangenen Jahren intensiv Veränderungen der Grundhaltungen bestimmter Bevölkerungsgruppen und insbesondere jüngerer Menschen zur Arbeit diskutiert<sup>2</sup>. Partizipative und kommunikative Elemente der Arbeit, Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung werden wichtiger. Ich möchte mich über die Bezeichnung 'Wertewandel' hier nicht weiter auslassen, impliziert sie doch eine Neuerung, die ich nicht konzedieren kann. Ausgehend von Maslows allgemeiner hierarchischer Bedürfnispyramide (Abb. 1) scheint mir, daß es sich hier eher um einen Vorgang qualitativen Wachstums handelt.

Auch (und gerade) die Krankenpflege ist von solchen Veränderungen betroffenen. Die Pflegeberufe befinden sich in einem Prozeß zunehmender Professionalisierung. Kernpunkt dieser Entwicklung ist der steigende Anspruch des Pflegepersonals an eine systematische, zielorientierte Planung und Durchführung der pflegerischen Arbeiten. An die Stelle weisungsgebundener Ausführungen von Pflegeverrichtungen tritt das Verlangen, den pflegerischen Aufgabenbereich eigenverantwortlich und prozeßhaft ganzheitlich zu gestalten. Im Fordergrund steht nicht mehr eine arztorientierte Funktionspflege, sondern eine umfassend patientenorientierte Pflege.

### **1.2.2 Benutzer- und betroffenengerechte Gestaltung**

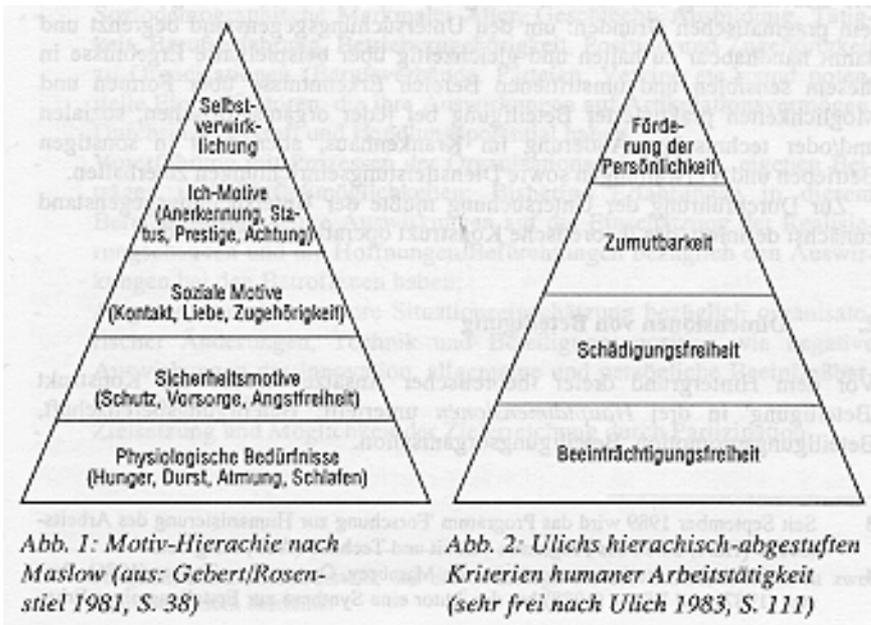
Werteveränderung und Leidensdruck führen zu Anforderungen an eine humane Arbeitstätigkeit auch in der Krankenpflege, die vor dem Hintergrund der humanen Zielsetzung pflegerischen Tuns in der Vergangenheit eher vernachlässigt wurden:

"Als human bezeichnen wir eine Arbeitstätigkeit, die die psycho-physische Gesundheit des Arbeitenden nicht schädigt, sein psychosoziales Wohlbefinden nicht -oder allenfalls vorübergehend- beeinträchtigt, seinen Bedürfnissen und Qualifikationen entspricht, individuelle und/oder kollektive Einflußnahme auf Arbeitsbedingungen und Systeme ermöglicht und zur Entwicklung seiner Persönlichkeit im Sinne der Förderung seiner Handlungskompetenz beizutragen vermag." (Ulich 1983, S.112)

Ulichs hierarchisch-abgestuften Kriterien humaner Arbeitstätigkeit (ebd., S.111) lassen sich dabei analog zu Maslows Bedürfnispyramide darstellen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Schmidtchen 1984; Noelle-Neumann/Strümpel 1984; Pflaumer 1983; Klipstein/Strümpel 1984



### 1.2.3 Aufgabenangemessenheit und Sicherung von Effizienz

(Nicht nur) die Krankenhausleitung hat ein Interesse an der Effizienz der Dienstleistung Krankenhaus -wie auch immer diese im einzelnen aussehen mag. Die Investitionen in technische und organisatorische Innovationen sollen kostenneutral oder gar kostenmindernd bei gleichzeitiger Beibehaltung oder gar Steigerung qualitativer und quantitativer Ergebnisse wirken. Innovationen müssen daher auf ein Mindestmaß an Akzeptanz aller Beteiligten treffen und aufgabenangemessen, d.h. ein wirksames Werkzeug zur Unterstützung der erforderlichen Tätigkeiten sein. Eine in diesem Sinne 'gute' Innovation ist von keinen der Beteiligten alleine zu bewerkstelligen, davor stehen sowohl fachliches Knowhow als auch Gruppeninteressen. Die größtmögliche Effizienz dürfte nur über einen Aushandlungsprozeß zwischen den fach- und gruppenspezifisch divergierenden jeweils 'besten' Lösungen zu erreichen sein.

Der Autor hat vor diesem Hintergrund im Rahmen eines Projektes, das der Vorbereitung des neuen Arbeitsschwerpunktes 'Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei der Pflege und Betreuung von Alten, Kranken und Behinderten' im AuT-Programm<sup>3</sup> diene, eine Bestandsaufnahme praktizierter Betroffenenbeteiligung bei der Einführung von Informations- und Kommunikationstechniken (IuK) im Pflegebereich von zwei Krankenhäusern vorgenommen. Die Beschränkung auf die Einführung von IuK-Techniken erfolgte dabei aus rein pragmatischen Gründen: Um den Untersuchungsgegenstand begrenzt und damit handhabbar zu halten und gleichzeitig über beispielhafte Ergebnisse in diesem sensiblen und umstrittenen Bereich Erkenntnisse über Formen und Möglichkeiten praktizierter Beteiligung bei jeder organisatorischen, sozialen und/oder technischen Änderung im Krankenhaus aber auch in sonstigen Betrieben und Verwaltungen sowie Dienstleistungseinrichtungen zu erhalten.

Zur Durchführung der Untersuchung mußte der Untersuchungsgegenstand zunächst definiert, das theoretische Konstrukt operationalisiert werden.

<sup>3</sup> Seit September 1989 wird das Programm 'Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens' (HdA) durch das Programm 'Arbeit und Technik' (AuT) fortgesetzt.

## 2. Dimensionen von Beteiligung

Vor dem Hintergrund dreier theoretischer Ansätze<sup>4</sup> wurde das Konstrukt 'Beteiligung' in drei Hauptdimensionen unterteilt:

- Beteiligungsbereitschaft
- Beteiligungspromotion
- Beteiligungsorganisation

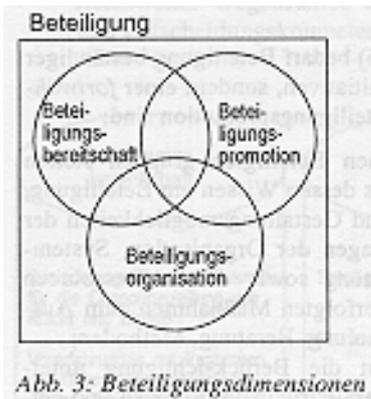


Abb. 3: Beteiligungsdimensionen

### 2.1 Beteiligungsbereitschaft

Die vier bestimmenden Faktoren individueller und kollektiver Beteiligungsbereitschaft, d.h. der Bereitschaft, Beteiligungsangebote wahrzunehmen bzw. einzufordern sind:

- Soziodemographische Merkmale für die Chancenzuteilung von Macht und Einfluß: Alter, Geschlecht, Ausbildung, Tätigkeit, Berufserfahrung, Betriebszugehörigkeit, Position und Zugehörigkeit zu Organisationen (Berufsverbände, Parteien, Vereine etc.) sind potentielle Einflußfaktoren, die ihre Auswirkungen auf Artikulationsvermögen, Durchsetzungskraft und Handlungspotential haben
- Vorerfahrung mit Prozessen der Organisationsentwicklung, eigenen Beiträgen und Einflußmöglichkeiten: Bisherige Erfahrungen in diesem Bereich dürften starke Auswirkungen auf die Einschätzung der Realisierungschancen und die Hoffnungen/Befürchtungen bezüglich den Auswirkungen bei den Betroffenen haben
- Allgemeine und besondere Situationseinschätzung bezüglich organisationalen Änderungen, Technik und Beteiligung: positive wie negative Auswirkungen der Innovation, allgemeine und persönliche Beeinflussbarkeit der Innovation
- Zielsetzung und Möglichkeit der Zielerreichung durch Partizipation

### 2.2 Beteiligungspromotion

Nach Mambrey, Oppermann und Tepper (1986) bedarf Beteiligung beständiger Impulse durch nicht nur einmalige explizite Initiativen, sondern einer fortwährenden Beteiligungspromotion. Quellen der Beteiligungspromotion sind:

- Beteiligungslernen: Die unterschiedlichen Beteiligten/-gruppen stellen eine heterogenes Gemenge dar, was deren Wissen um Beteiligung, Beteiligungsverfahren, Auswirkungen und Gestaltungs-

<sup>4</sup> Aus den drei theoretischen Ansätzen von Mambrey, Oppermann, Tepper (1986), Prester (1987) und Wicke (1988) hat der Autor eine Synthese zur Erstellung eines Erhebungsinstrumentariums erstellt, das die Grundlage für die Untersuchungen in zwei Krankenhäusern darstellte.

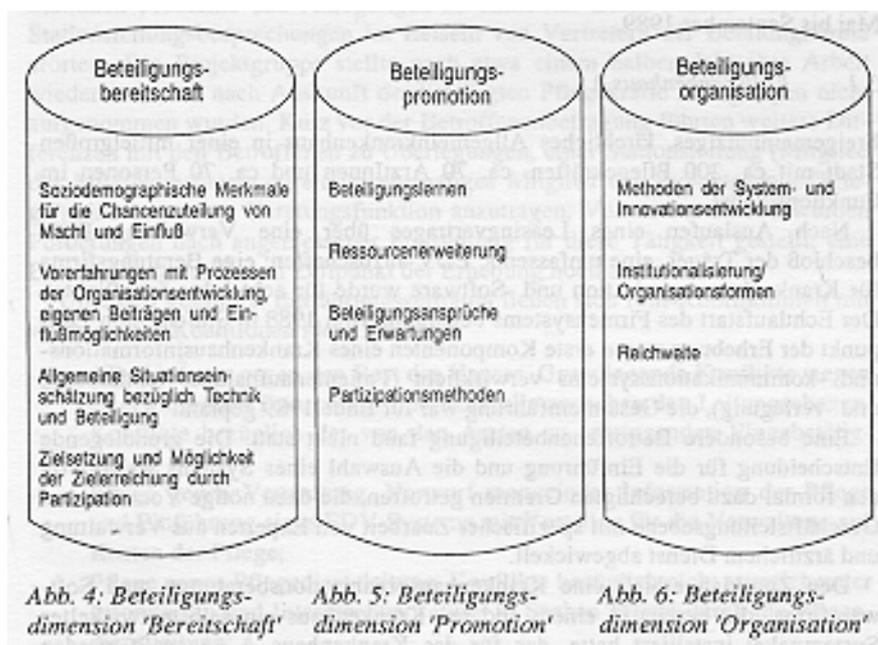
möglichkeiten der EDV, Systementwicklungsverfahren, Fragen der Organisation, Systemanwendung, Betroffenheit, Sachbearbeitung sowie deren Ressourcen betrifft. Hier stellt sich die Frage nach erfolgten Maßnahmen zum Ausgleich bzw. der Annäherung wie z.B. Schulung, Beratung, Methoden

- Ressourcenerweiterung: Maßgeblich ist die Berücksichtigung unterschiedlicher Ressourcen der Beteiligten am Partizipationsprozeß und entsprechende Ausgleichsmaßnahmen in den Bereichen Rechte, Ziele, Situationsdeutungen, Qualifikationen, Finanzen, Hilfsmittel und Zeit
- Beteiligungsansprüche und -erwartungen: Berücksichtigung neuerer Ergebnisse zur modernen Arbeitshaltung, insbesondere den gestiegenen Ansprüchen an partizipative und kommunikative Elemente der Arbeit
- Partizipationsmethoden: Methoden der Promotion, Installation und Durchführung von Partizipation sowie des Partizipationsgegenstandes kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Adäquate Methodenwahl kann u.a. Zielfindung thematisieren, Gestaltungsalternativen generieren helfen, Ressourcen- und Qualifikationsdefizite angemessen berücksichtigen und gegebenenfalls kompensieren. Die Methoden sollen dabei nach Wicke (1988, S.139) partizipationsfördernd, transparent, flexibel im Einsatz bezüglich Personen und Anforderungen sowie lernförderlich sein

### 2.3 **Beteiligungsorganisation**

Wer, was, wann und wo mitreden oder gar mitbestimmen darf ist anhand der Beteiligungsorganisation festzulegen:

- Methoden der Entwicklung der organisationalen und/oder technischen Änderungen: Festlegung eines Entwicklungsmodells sowie fest definierter Sollbruchstellen und Eingriffsmöglichkeiten in Abstimmung mit dem Beteiligungsmodell
- Institutionalisierung/Organisationsformen: zu beteiligende Personen, Vertretungsformen und Entscheidungsstrukturen
- Reichweite: Gegenstände des Beteiligungsverfahrens, Beteiligungstiefe und Entscheidungskompetenzen aller Beteiligten



### 3. Die Datenerhebung

Die anhand des von der prognos ag durchgeführten Krankenhausens (Baumann u.a. 1990, S.79-84) erkennbar geringe Zahl von Krankenhäusern mit pflegeunterstützender IuK-Technologie schloß von vornherein eine repräsentativ-quantitative Erhebung aus, so daß sich eine nichtrepräsentative qualitative Untersuchung als Problemaufriß anhand eines teilstrukturierten Frageleitfadens auf der Basis der erarbeiteten Beteiligungsdimensionen empfahl. Zur Feststellung von Rahmendaten (Daten des Hauses, EDV-Ausstattung und -Planung sowie Einführungspraxis) und zur Erhebung des Kenntnisstands wurde dem eigentlichen Frageblock jeweils ein Ermittlungsteil vorangestellt und der ganze Frageleitfaden in je zwei unterschiedliche Versionen für sogenannte Experten- und EntscheidungsträgerInnen einerseits sowie Betroffene (ausschließlich Stationspersonal) andererseits erstellt.

Zwei Krankenhäuser mit weitgehend gleichen ersten Komponenten an IuK-Systemen aber weitgehend unterschiedlicher Beteiligungspraxis wurden schließlich für die Untersuchung ausgewählt.

Befragt wurden insgesamt 25 Personen in Einzelgesprächen von 30-150 Minuten Dauer im Zeitraum von Mai bis September 1989.

#### 3.1 Fallkrankenhaus A

Freigemeinnütziges, kirchliches Allgemeinkrankenhaus in einer mittelgroßen Stadt. Unter 500 Betten, ca. 200 Pflegekräfte, ca. 70 ÄrztInnen und ca. 70 Personen im Funktionsdienst.

Nach Auslaufen eines Leasingvertrages über eine Verwaltungs-EDV Beschluß des Trägers, eine umfassende EDV anzuschaffen. Verpflichtung einer Beratungsfirma für Krankenhausorganisation und -Software für acht Jahre. Echtlaufstart des Firmensystems ab Mai 88 in Stufen. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren erste Komponenten eines Krankenhausinformations- und kommunikationssystem verwirklicht (Patientenaufnahme, -entlassung, und -verlegung), die Gesamteinführung für Ende 1989 geplant.

Eine besondere Betroffenenbeteiligung fand nicht statt. Die grundlegende Entscheidung für und die Auswahl eines Systems wurde von den formal dazu berechtigten Gremien getroffen, die dazu nötige Vorarbeit auf Geschäftsleitungsebene mit spezifischer Zuarbeit von Experten aus Verwaltung und ärztlichem Dienst abgewickelt.

Den Zuschlag erhielt eine Krankenhausorganisationsberatungs- und Softwarefirma, die bereits in einem anderen Krankenhaus ein selbstentwickeltes Systempaket installiert hatte, das für das Krankenhaus A Krankenhaus angepaßt werden sollte.

Die MitarbeiterInnen wurden nach der Entscheidung auf drei Teilbetriebsversammlungen (Krankenpflegeschule; Ärzte und Pflegepersonal; Verwaltung und technisches Personal), über Hausmitteilungen sowie in vorhandenen Gremien (Stationsleitungsbesprechungen etc.) informiert. Erste Informationen über eine neu anzuschaffende EDV kursierten allerdings zunächst als Gerüchte oder erster Hand über die Konfrontation mit technischen Vorbereitungen (Kabelverlegung etc.) auf den Stationen noch vor den offiziellen Informationen. Auch die MitarbeiterInnenvertretung verfügte zu diesem Zeitpunkt über keine weitergehenden Informationen.

Im Bereich der Pflege wurden außer der oberen (Pflegedienstleitung) und der mittleren Leitungsebene (turnusmäßig stattfindende Stationsleitungsbesprechungen zur Information und Diskussion) zunächst keine weiteren Personen oder Gremien hinzugezogen.

Größere Auseinandersetzungen über die Hardwareperipherie (Drucker) und diverse Formulare führten zu Beschwerden von Betroffenen an den Träger und in Folge zur Installation einer Projektgruppe 'Pflege', um vor Ort auf den Stationen Probleme und Anregungen zu ermitteln. Erörterung dieser Punkte auf Stationsleitungsbesprechungen im Beisein von Vertretern der Beratungsfirma. Diese Projektgruppe stellte nach etwa 1/2 Jahr ihre Arbeit wieder ein, nach Auskunft der beteiligten Pflegekräfte weil Anregungen nicht aufgenommen wurden. Kurz vor dem Zeitpunkt der Betroffenenbefragung

fürten weitere Differenzen mit den Betroffenen zu Überlegungen, einer Stationsleitung (Mitglied der MitarbeiterInnenvertretung; ehemaliges Mitglied der Projektgruppe 'Pflege') eine besondere Beratungsfunktion anzutragen. Von dieser Person werden jedoch Forderungen nach angemessener Freistellung für diese Tätigkeit gestellt. Eine Entscheidung stand zum Zeitpunkt der Erhebung noch aus.

Über den gesamten bisherigen Einführungszeitraum lassen sich fünf Konfliktlinien mit wechselnden Koalitionen identifizieren:

- (Chef-) Ärzte gegen den Rest des Hauses. Grundlegende Konflikte wegen zu erwartender Transparenz und Kontrolle zwischen den Leitungsebenen. Konflikte bezüglich der von den Ärzten zu erbringenden Eingabetätigkeiten.
- Pflege gegen Verwaltung. Vorwurf mangelnder Information der Pflege und Einführung eines EDV-Systems mit Vorteilen für die Verwaltung auf Kosten der Pflege.
- Pflege gegen Pflegedienstleitung. Konflikte bezüglich nicht ausreichender Information und Interessensvertretung in Sachen Pflege durch die Pflegedienstleitung.
- Beraterfirma gegen Pflegedienstleitung. Vorwurf mangelnden Durchgriffs auf die Untergebenen, nicht sachgemäße Darstellung und Vertretung des Systems bei den Pflegekräften, mangelhafte Zusammenarbeit.
- Ärzte und Pflege gemeinsam gegen die Beraterfirma. Vorwurf, ein nicht für dieses Krankenhaus spezifisch entwickeltes, unausgereiftes Verwaltungssystem auf Kosten der Pflege dem Haus überzustülpen. Vorwurf mangelhafter Information und Qualifizierung der Betroffenen.

Die MitarbeiterInnenvertretung spielte bisher eine unbedeutende Rolle. Dies liegt zum einen an der speziellen Konstruktion der Personalvertretung in kirchlichen Einrichtungen (Mitarbeitervertretungsordnung mit eingeschränkten Rechten im Vergleich zu Personalvertretungs- oder Betriebsverfassungsgesetz(en)). Zum anderen befindet sich die MitarbeiterInnenvertretung nach längerer Zeit selbst auferlegter Beschränkungen erst seit kurzem in einer Neuaufbauphase.

Die Kenntnisse über die Planung und Einführung der EDV waren sowohl bei den Betroffenen als auch in Teilen der Leitungsebene eher dürftig, mehr als die allernächsten Einführungsschritte unbekannt, grundlegende Ausarbeitungen über Zielsetzungen und Zwischenstufen waren nur der Leitungsebene zugänglich. Der Informationsstand der Betroffenen ist damit als durchweg schlecht zu bezeichnen.

Besondere Maßnahmen im Bereich Beteiligungspromotion wurden nicht unternommen, eine spezielle Beteiligungsorganisation wurde nicht bzw. nur sehr rudimentär (Projektgruppe 'Pflege') und isoliert eingerichtet. (Der Bereich Beteiligungsbereitschaft wird in diesem Aufsatz nur am Rande gestreift, er würde den vorgegebenen Rahmen bei weitem Sprengen).

### **3.2 Krankenhaus B**

Öffentliches kommunales Allgemeinkrankenhaus in einer Großstadt. 1000 Betten, ca. 650 Personen im Pflege- und Funktionsdienst sowie ca. 250 ÄrztInnen.

Alle kommunalen Krankenhäuser in Verbundstruktur der Stadt eingebunden (gemeinsame Gremien der Geschäftsleitungen, Aufsicht durch kommunale Behörde mit eigenem Stab etc.).

Die grundlegende Entscheidung über die Einführung von EDV im Krankenhauswesen wurde von der Trägerin (Kommune) getroffen.

Einsetzung eines Projektmanagers in der kommunalen Behörde, Einrichtung einer Projektgruppe und Besetzung der Projektgruppenmitglieder mit Fachkräften (Verwaltung, Pflege, ärztlicher Dienst) über Ausschreibungen in den betroffenen Krankenhäusern (1988). Installation einer hierarchischen Entscheidungs- und Beratungsstruktur, die alle kommunalen Krankenhäuser erfaßt.

Entscheidungskompetenz beim Projektmanager, Projektgruppe mit DV-OrganisatorInnen für Pflege, ärztlichen Dienst, Verwaltung und Systemfragen, Schaffung einer 1/2 Stelle DV-Verbindungskraft pro

Krankenhaus für jeweils Pflege, ärztlichen Dienst und Verwaltung sowie Einrichtung von Arbeitskreisen, die sich im Falle der Pflege aus je zwei Mitgliedern pro Station zusammensetzen. Parallel dazu entscheidungsbefugte Abstimmkreise, wobei sich der 'Abstimmkreis Pflege' aus den Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser sowie dem Stufenpersonalrat (entscheidungsbefugt) und als nicht stimmberechtigte Leitung dem 'DV-Organisator Pflege' (Titel des für die Pflege zuständigen Mitglieds der Projektgruppe 'DV-Organisation') rekrutiert.

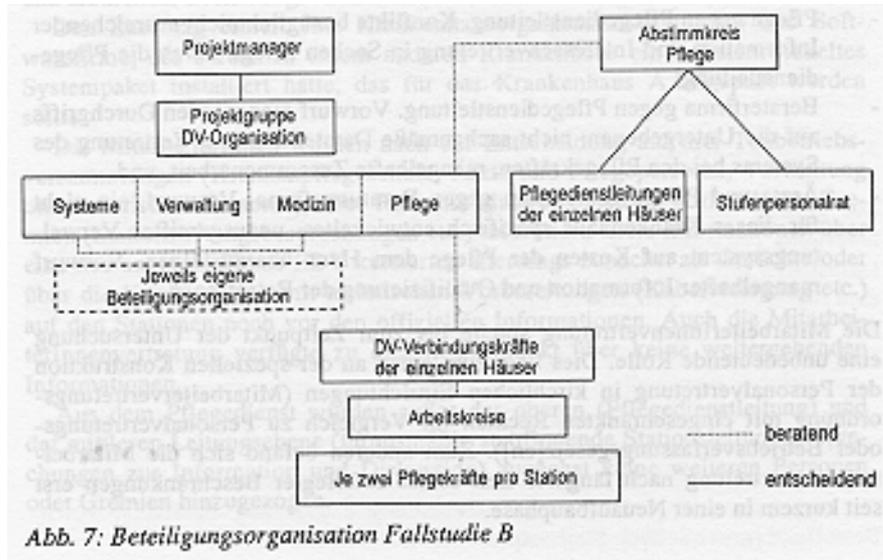


Abb. 7: Beteiligungsorganisation Fallstudie B

Beratungen über Systemarchitektur, Systemkonfigurationen und einzelne Systemkomponenten führten zur einvernehmlichen Entscheidung für eine dezentrale PC-Netzwerkarchitektur in drei Säulen (Verwaltung, ärztlicher Dienst und Pflege) mit zentralem Verwaltungsrechner, dem über Server die Daten der einzelnen PC's von Stationen, Abteilungen, Fachgruppen und Leistungsstellen aktiv zugespield werden (d.h. keine automatisierte Zuspieldung oder Abfrage von Daten).

Entwicklung eines Programms für Patientenaufnahme, -verlegung und -entlassung durch DV-Organisator und DV-Verbindungskraft über evolutionäre Systementwicklung (rapid prototyping) mit dem DV-Arbeitskreis eines anderen Krankenhauses des Kommunalverbundes und Einsatz auf zwei Pilotstationen des Fallkrankenhauses B seit Juli 1989. Weitere Komponenten in Arbeit.

Größere Konflikte traten im Krankenhaus B bisher nicht auf, ein engmaschiges informelles Netz zwischen (Krankenhaus-) Behörde, DV-Verbindungskraft, Personalrat und bestimmendem DV-Protagonisten in der untersuchten Pilotstation (s.u.) sorgen für eine weitgehend konfliktfreie Einführung und Testung des installierten Systems.

Das Krankenhaus verfügt darüberhinaus über Erfahrungen mit bisherigen Projekten, bei denen die Betroffenen u.a. über Vorträge informiert, zu Arbeitskreisen eingeladen oder an Ausarbeitungen beteiligt wurden (Einführung von Pflegedokumentationssystemen, Erstellung von Schulungs- und Präsentationsfilmen zu pflegerischen Themen etc.).

Die Situation auf der untersuchten Pilotstation ist von der zentralen Stellung einer Person geprägt, die aus früherem und aktuellem Engagement in Verbänden, Gremien, Arbeitsgruppen sowohl auf fachlicher als auch berufspolitischer Ebene inklusive frühesten Selbstorganisations- und Beteiligungsansätzen im Fallkrankenhaus B sowohl Erfahrungen als auch informelle Kontakte vorweisen kann. Sie war es wohl auch, die durch Meldung im DV-Arbeitskreis dafür sorgte, daß 'ihre' Station zu einer der beiden Pilotstationen wurde. Über diese Person laufen alle Informationen die die Station über die DV erhält, sie bedient nach Aussagen von Stationskollegen zu 80% den Stations-PC mit dem Pilotprogramm, hat eigene Programme entworfen, die fast ausschließlich von ihr genutzt werden (Richtlinien für den Umgang mit Cytostatika, Arzneimittelliste). Diese Person scheint durch ihre nach eigenen Angaben "ausgesprochen positive Haltung zu neuen IuK-Techniken" als Informationsfilter zu den Beteiligungs-

strukturen hin die Haltung der Stationsmitglieder wesentlich zu prägen. Es sieht so aus, als ob durch deren positive Ausführungen und unterstützende Maßnahmen zur EDV zwar ein hohes Maß an Akzeptanz, aber zumindest kein ausreichend realistisches Bild von den Haken und Ösen jeden normalen PC-Betriebs geschaffen wurde. Ein 'Realitätsschock' zu einem späteren Zeitpunkt erscheint ohne flankierende Maßnahmen unvermeidlich.

Der Kenntnisstand der Betroffenen ist wohl auch Aufgrund dieses Informationsfilters gleichfalls dürftig. Die mit der EDV-Einführung verbundenen Ziele (Qualitätssicherung, Unterstützung fachlicher Arbeit im Sinne einer Optimierung für die Patienten durch Planungshilfen, Dokumentation und Informationspools, harte Daten für Personalbemessung und Betriebsorganisation) konnten meist nicht benannt werden.

Die dezentrale PC-Netzwerkarchitektur, eines der Kernstücke im Konzept der ehemaligen Pflegekräfte und jetzigen Entscheidungsträger (DV-Organisator, DV-Verbindungskraft und Personalrat) hat bei den Betroffenen keinen besonderen Stellenwert. Sie ist für die Betroffenen entweder nicht erwähnenswert, unbekannt oder sie haben entgegengesetzte Vorstellungen ("zentrales System mit Terminals", "in der Verwaltung steht der zentrale Computer").

Im Bereich der Beteiligungsorganisation haben die Beteiligungsinitiatoren (befragte Experten und Entscheidungsträger) bei allem gutem Willen mit der Installation von Pilotstationen einen 'Pferdefuß' in ihre Einführungs- und Beteiligungsorganisation eingebaut. Ungewollt haben sie über die Schaffung von Pionieren in Pilotstation eine klassische 'Social-Value-Strategie' eingesetzt, die normalerweise als unternehmensorientiertes Konzept von BenutzerInnenbeteiligung zum Einsatz kommt: Die individualisierte Mitwirkung Einzelner oder kleiner Gruppen zur Schwächung kollektiver Interessensvertretung als Reaktion auf Durchsetzungsprobleme. Zumindest die Situation in der untersuchten Pilotstation mit ihrem DV-Protagonisten als Verbindung und Filter zu den Systementwicklern entspricht genau diesem Konzept. Konzentration von Qualifikation, Argumentation und Zuwendung auf die Pioniere sowie Berücksichtigung von mehr oder weniger individuell begründeten Ansprüchen verschaffen den Pionieren zum einen eine herausragende Position, ermöglichen ihnen persönliche Vorteile (individueller Aufstieg), binden sie als Mitverantwortliche ein und begründen somit eine eingeschränkte Kritikfähigkeit, zumindest aber eine eingeschränkte Konfliktfähigkeit. Sie werden durch eine Quasi-Professionalisierung schleichend ins 'andere Lager' hinübergezogen, bzw. diffundieren im hier erörterten Fall ins 'andere Lager'. Prinzipiell ist ein solcher Perspektivenwechsel natürlich zu begrüßen, schafft er doch Know-how-Transfer, wie er ja auch mit der Besetzung von DV-Organisator und DV-Verbindungskraft mit Pflegekräften bewußt eingesetzt wurde. Entzieht ein solcher Prozeß den Betroffenen jedoch gerade die aktivsten und artikulationsfähigsten Personen, entsteht eine (zumindest vorübergehende) Schwächung der Betroffenen. Kompensatorische Maßnahmen wurden -wohl aus Mangel an "Know-how"- nicht ergriffen. Die Findung und Artikulation ureigenster Interessen als Voraussetzung zu deren Berücksichtigung im Rahmen von Beteiligung geht verloren.

#### **4. Bewertung der Ergebnisse**

Aus den nicht repräsentativen Querschnitterhebungen lassen sich zehn wesentliche 'Knackpunkte' extrahieren:

1. Ein dezidiertes Wissen über Vor- und Nachteile, Methoden und Möglichkeiten von Betroffenenbeteiligung liegt nicht vor. Vorurteile bestimmen das Bild.
2. In keinem der erfaßten Häuser wird Beteiligung als spezielles Element von Organisationsentwicklung und konstruktiver Konfliktregelung verstanden.
3. In keinem der Häuser bestehen ausreichende Kapazitäten und Know-how zur Planung und Durchführung sowohl von Beteiligung als auch allgemeiner Organisationsentwicklung im Rahmen der EDV-Einführung oder sonstiger Bereiche. (Die beiden) Krankenhäuser verfügen über keine entsprechenden Einrichtungen/personelle Ressourcen (Organisationsabteilungen, Arbeitsvorbereitung, SozialwissenschaftlerInnen) wie vergleichbar komplexe Industriebetriebe.

4. Ob Beteiligung als Instrument (Akzeptanzproblem, Informationsproblem) oder im Sinne einer ideologischen Position verstanden wird, eine Abgabe von Kompetenzen findet nicht statt.
5. Grundlegende Entscheidungen sind nicht Gegenstand der Betroffenenbeteiligung, Korrekturen an der Peripherie können Friktionen jedoch nicht beseitigen.
6. An der EDV-Einführung kristallisieren sich sowohl benannte als auch latente Probleme der Arbeitsorganisation und Arbeitsverteilung. EDV an sich kann hier nicht helfen, wird fälschlich jedoch als Allheilmittel betrachtet oder als Ursache bekämpft ('Mensch haut den Sack und meint den Esel').
7. Die Betroffenen sind gespalten in resignative DulderInnen (geringes Handlungspotential) und fordernd gestaltende Aktive (hohes Handlungspotential).
8. Ob ohne oder mit speziellen Beteiligungsmaßnahmen, Beteiligung als Beteiligung direkt Betroffener findet nicht statt. Es werden lediglich typisch sozial aktive Personen (männlich, mittleres Alter, höhere Schul- und Ausbildung sowie Funktionen) einbezogen bzw. erreicht.
9. Informationsdefizite zwischen "Machern" und Betroffenen führen zu Verständigungsschwierigkeiten.
10. Mangelhaftes Know-how bei der Information und Beteiligung der Betroffenen führt unabhängig von der tatsächlichen Informations- und Beteiligungstiefe zur Abwehr oder zu falschen bzw. überzogenen Erwartungen und damit über kurz oder lang zu Konflikten.

Fazit:

Betroffenenbeteiligung als produktives Konfliktmanagement im Sinne einer angemessenen und gleichberechtigten Berücksichtigung aller betroffenen Gruppen findet wenn überhaupt nur sehr eingeschränkt statt. Mangelndes Know-how und mangelnde Kapazitäten vor allem kleinerer Häuser bzw. von Häusern ohne externe Unterstützung vergeben die Chance, durch Beteiligung der Betroffenen ein den unterschiedlichen Anforderungen der beteiligten Gruppen jeweils angemessenes und damit 'besseres' System zu erhalten. EDV wird was Darstellung und Auffassung betrifft nicht ausreichend auf seine lediglich unterstützende Funktion bestehender oder zu schaffender Strukturen beschränkt.

Auf einige wenige Aspekte will ich hier näher eingehen und Ansätze für deren Überwindung aufzeigen.

## 5. Innovation als Konflikt

Grundsätzlich muß die Einführung einer organisationalen und/oder technischen Änderung in der Pflege wie überall als konfliktinduzierende Änderung des 'Status Quo' verstanden werden, die sich aus verschiedenen Quellen speist. Dies liegt zum einen an den Änderungen selbst, zum anderen an den vorhandenen Strukturen, in die diese Änderungen eingreifen oder aber auch nicht eingreifen bzw. sogar festschreiben.

Ich kann und will an dieser Stelle keinen soziologischen Exkurs zum Krankenhaus einschieben, kann die Problemfelder Krankenhaus und Pflege nicht allgemein und aus der Sicht jeweiliger Gruppeninteressen heraus beschreiben, sondern muß auf einen allgemein akzeptierten Handlungsbedarf verweisen, wie ich ihn in der Einführung formuliert habe.

Im Rahmen dieses Handlungsbedarfs stellt nun die Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechniken -die hier als Spezialfall von Innovationen untersucht wurde- keine allseits begrüßte Lösung dar<sup>5</sup>, vielmehr wird deutlich,

---

<sup>5</sup> Zum Konfliktfeld der Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechniken im Pflegebereich des Krankenhauses siehe zusammenfassend: Hüneke (1988), aber auch: Büssing (1988), Dahlgaard/Lorenz-Krause

"daß das ob und wie einer solchen Einführung keinen technischer Sachzwang darstellt, sondern eine in weiten Grenzen interessensbestimmte Entscheidung ist, die so oder auch anders getroffen werden kann." (Büssing 1988, S.13)

Eine solche Sichtweise war in keiner der beiden Fallstudien anzutreffen und behinderte so die Ausbildung von konfliktregelungsorientierten Beteiligungsansätzen.

Während nach Jacobi, Lullies et al. (1980) im allgemeinen Verwaltungsbereich es gerade nicht die Bürotechnik sei, die Widerstände bei den Beschäftigten produziere, sondern die dabei ergriffene, aber nicht notwendige Reorganisation der Arbeitsorganisation, scheinen die Verhältnisse in der Pflege von einem 'sowohl als auch' geprägt zu sein. Reorganisation ist das zentrale Problem, wenn auch zuweilen 'der Sack (EDV) geschlagen, aber der Esel (Strukturen) gemeint ist'.

Die Abwehr der Pflege begründet sich durch:

- Ein -zum Teil recht diffuses- humanitäres Berufsbild ('Gutes Tun am Patienten', 'Gottes Dienst'), das die Thematisierung der 'Sinnfrage' eigenen Tuns, die Suche nach konkreten Alternativen behindert und DV-technische Hilfsmittel pauschal als unangemessen ablehnt<sup>6</sup>,
- die Abwehr soziotechnischer Sichtweisen der Organisation Krankenhaus, die die Begriffe Kommunikation und Information unzulässig technisch vereinnahmen und die soziale wie humanitäre Definition und Konstruktion des Arbeitsgegenstandes 'Pflege' vernachlässigen (Büssing 1988),
- die Angst vor fachfremden SystementwicklerInnen, die bestehende Verhältnisse zementieren,
- Befürchtungen bezüglich Einflußnahme anderer, berufsfremder Interessensgruppen im und ums Krankenhaus zum Nachteil der Pflege, wie sie viele Pflegekräfte für sich bereits negativ erfahren haben (Problemdefinitionen sind jeweils "ebenenspezifisch" (Döbele-Berger/Martin 1986) wenn nicht gar 'ebenenegoistisch'),
- Furcht der Pflege vor Dequalifizierung zur Befehlsempfängerin eines Funktionspflegesystems im Sinne des Ersatzes/der Abgabe ihres Bewertungs-, Planungs- und Entscheidungswissens durch/an eine 'Black-box', den Computer.<sup>7</sup>

Gleichzeitig werden in den neuen Techniken auch Chancen gesehen:

- den vorhandenen Leidensdruck was Arbeitsbelastung mit pflegefernen Tätigkeiten betrifft zu verringern,

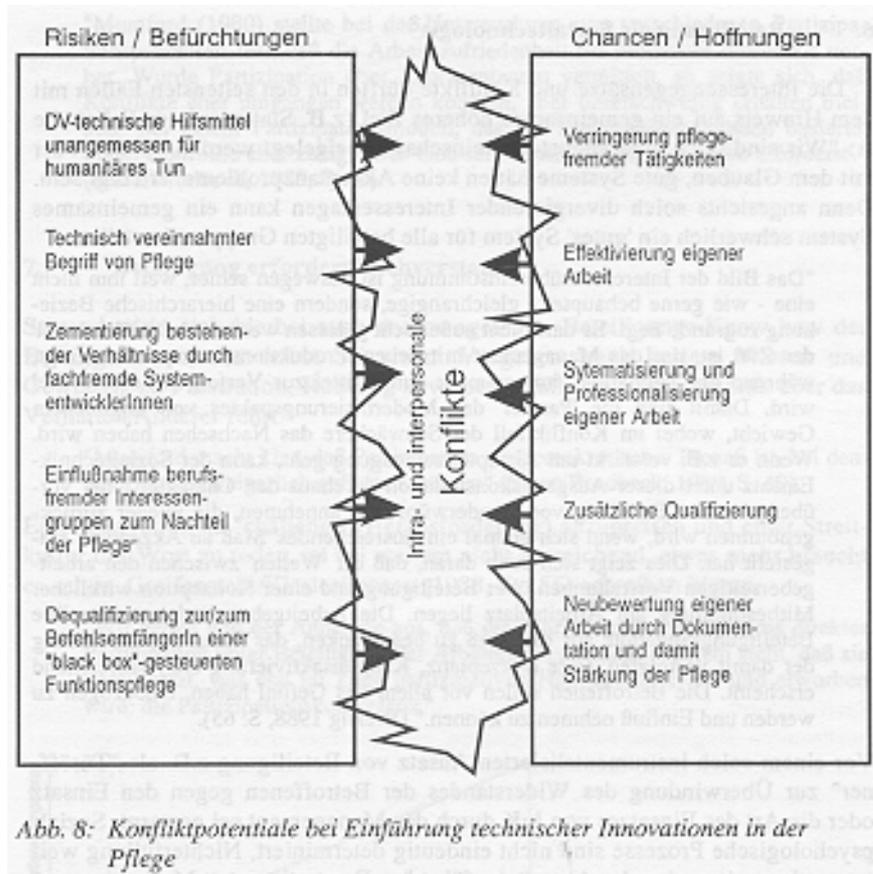
---

(1988), Gredig (1988), Jacobs (1987, insbesondere Wöretshofer S.20-38), Müller/Conrad (1986), Pröll/Streich (1986), Peretzki-Leid (1988) und Stahl (1988) als kleine Auswahl.

<sup>6</sup> Auch in der 'Fachwelt' ist nach wie vor nicht unumstritten, ob denn die digitale Mikroelektronik wirklich frei gestaltbar, in Grenzen gestaltbar oder für bestimmte Bereiche eher ungeeignet ist. Während Brödner (1988, S.52) keine Einschränkungen sieht ("... noch legt die eingesetzte Technologie Arbeitsorganisation und Qualifikationsanforderungen fest") und für Frei (1984, S.65) "eine besondere Technologie, insbesondere die Mikroelektronik (...) noch nicht zwangsläufig zu einer bestimmten Form von Arbeitsinhalt, Arbeitsbedingungen oder Arbeitsorganisation (führt)", argumentieren Kubicek und Rolf (1985, S.55) vorsichtig in eine andere Richtung. Die Computertechnologie habe sich aus den Erfordernissen einer militärisch definierten Steuerungs- und Verarbeitungslogik entwickelt. Diese primäre Ausrichtung auf die Steuerung technischer Abläufe/Prozesse mache sie nur bedingt für andere Prozesse/Arbeitsaufgaben geeignet, in denen keine fortschreitende Steuerung, Soll-Ist-Vergleiche, hierarchische, digitale und mathematisch-logische Vorgehensweisen erforderlich seien bzw. sogar kontraproduktiv wären.

<sup>7</sup> Sog. Kontrollverlust: Aktive Einflußnahme, die Erklärbarkeit und zum Teil auch die Vorhersagbarkeit von Folgen der programmgesteuerten Anweisungen und Empfehlungen sind - zumindest vermeintlich - eingeschränkt oder fehlen ganz. Dieser Kontrollverlust steht der subjektiven Erfassung komplexer und übergreifender Umwelt-, Erlebens- und Verhaltenszusammenhänge im natürlich-alltäglichen Gesamtkontext entgegen. Dies kann nur eine überschaubare und kontrollierbare Technik bewirken (Bungard/Schultz-Gambard 1988 und Martin 1987). Die Handhabung von mit Kontrollverlust behafteten Systemen ist z.B. in ihrer konkreten Auswirkung auf die Pflegesituation mit der ständigen Unsicherheit darüber verbunden, welcher Spielraum für eine weitergehende individuelle, vor allem psychosoziale Betreuung des Patienten gegeben ist (Peretzki-Leid 1988).

- die eigene Arbeit zum eigenen Vorteil zu effektivieren/rationalisieren,
- eine (positive) Systematisierung und Professionalisierung der eigenen Arbeit durch Qualitätssicherung zu erreichen,
- eine Qualifizierung durch zusätzliche Fertigkeiten/Fähigkeiten und
- den Aufwand und Wert eigener Tätigkeit dokumentieren zu können um damit neue Personalbemessungsgrundlagen durchzusetzen und die eigene Stellung sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses zu verbessern.



Damit sind Konfliktfelder nicht nur zwischen Pflege und anderen Berufs- und Interessensgruppen im Krankenhaus gegeben (z.B. der Geschäftsleitung, die ein EDV-System einführen will), sondern auch innerhalb der Pflege, wenn die Pflegekräfte Gefährdungen und Chancen unterschiedlich einschätzen/gewichten.

Beteiligungsinitiativen stehen unabhängig von ihrer realen Zielsetzung dann mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest bei einem Teil der Belegschaft im Ruf, Akzeptanzkatalysator bei der Einführung des neuen Systems zu sein, das an den bestehenden Strukturen langfristig nichts ändert, aber hilft, "das Gold in den Gehirnen der Arbeitnehmer (zu) entdecken" (Roth/Kohl 1988, S.9) wie es für ein funktionierendes System unabdingbar ist.

## 6. Beteiligung als Sozialtechnologie<sup>8</sup>

Diese Interessensgegensätze und Konflikte dürften in den seltensten Fällen mit dem Hinweis auf ein gemeinsames höheres Ziel (z.B. Statement aus Fallstudie A: "Wir sind doch eine Dienstgemeinschaft") beigelegt werden können oder mit dem Glauben, gute Systeme hätten keine Akzeptanzprobleme, erledigt sein. Denn Angesichts solch divergierender Interessenlagen kann ein gemeinsames System schwerlich ein 'gutes' System für alle beteiligten Gruppen darstellen.

"Das Bild der Interessensübereinstimmung ist deswegen schief, weil ihm nicht eine - wie gerne behauptet - gleichrangige, sondern eine hierarchische Beziehung zugrunde liegt. Es darf nicht außer acht gelassen werden, daß 'Effektivität' das Ziel ist, daß das Management mit neuen 'Produktionskonzepten' verfolgt, während die 'Humanität' immer mehr zum Mittel zur Verfolgung dieses Ziel wird. Damit sind die 'Partner' des Modernisierungspaktes von ungleichem Gewicht, wobei im Konfliktfall der Schwächere das Nachsehen haben wird. Wenn es z.B. verstärkt um Akzeptanzerzeugung geht, kann der Sozialtechnik-Einsatz unter dieser Ausgangskonstellation durchaus den Charakter einer vorübergehenden Erfüllung von Sonderwünschen annehmen, die wieder zurückgenommen wird, wenn sich einmal ein 'ausreichendes' Maß an Akzeptanz eingestellt hat. Dies zeigt sich auch daran, daß oft 'Welten' zwischen den arbeitgeberseitigen Vorstellungen über Beteiligung und einer Konzeption wirklicher Mitbestimmung am Arbeitsplatz liegen. Die Arbeitgeber sind bestrebt, ihre Beteiligungsangebote auf das Maß zu beschränken, das ihnen zur Erreichung der damit verfolgten Ziele (Akzeptanz, Kenntnisaktivierung etc.) ausreichend erscheint. Die Betroffenen sollen vor allem das Gefühl haben (Herv.d.d.A.), einbezogen zu werden und Einfluß nehmen zu können." (Breisig 1988, S.65).

Vor einem solch instrumentalisierten Ansatz von Beteiligung z.B. als "Türöffner" zur Überwindung des Widerstandes der Betroffenen gegen den oder die Art des Einsatzes von IuK durch das Management sei gewarnt. Sozialpsychologische Prozesse sind nicht eindeutig determiniert, Nichterfüllung weiterer oder weitergehender Ansprüche führt "zu Frustration statt Motivation und (weiterer) Entfremdung statt Identifikation" (Breisig 1988, S.65).

"Mumford (1980) stellte bei der Untersuchung von verschiedenen Partizipationsprozessen fest, daß die Arbeitszufriedenheit oft schlechter wurde als vorher. Wurde Partizipation über Repräsentanten vermittelt, so zeigte sich, daß Konflikte eher umgangen werden konnten, aber unterschwellig erhalten bleiben. Bei einem Partizipationsmodell, das auf Mehrheitsbeschlüssen basierte, traten Konflikte eher zutage, was eine sehr sensible Umgangsweise erforderte." (Frese/Brodbeck, 1989, S. 49).

## 7. Beteiligung braucht Sachverstand

Störend wirkt sich hierbei auch das mangelhafte Beteiligungs-Know-how der Beteiligten aus, das selbst bei einem Vorgehen "nach bestem Wissen und Gewissen" zu Frustration, Rückzug bzw. bestenfalls zu Unverständnis über das Verhalten Anderer führt.

"Mumford macht klar, daß Partizipation ein demokratischer Prozeß ist, bei dem Konflikte unweigerlich auftreten müssen".(Frese/Brodbeck, 1989, S. 49).

Eine Innovation als 'challenge' (Herausforderung) anzupreisen und einer Streitkultur das Wort zu reden ist bei weitem nicht ausreichend. Etwas mehr braucht's schon. Greifenstein/Kissler/Jansen (1988, S.156) schreiben hierzu:

---

<sup>8</sup> Sozialtechnologie wird hier in negativster Konnotation verstanden als sozialwissenschaftlich begründetes methodisches Instrumentarium, das Bemühungen unterstützt, Konflikte nicht in beiderseitigem Einvernehmen zu regeln sondern darauf abzielt, eine Seite über den 'Tisch zu ziehen', "ein trickreiches Instrument, um - wieder einmal - die Arbeitnehmer zu übervorteilen." (Frei 1984, S.69). Dazu auch Dieckhoff et al. (1982, S.62): "Dieses Konfliktpotential kann u.E. mit Hilfe psychologisierender Akzeptanzforschung nicht abgebaut werden und schon gar nicht mit Motivationsstrategien, die darauf abzielen 'Menschen dazu zu bewegen, daß sie das tun wollen, was sie sollen' (Kremer 1976, S.70)."

"Wir gehen von der Annahme aus, daß die Einrichtung eines Systems direkter Partizipation unter Beteiligung der Arbeitenden vor dem Problem steht, daß sie voraussetzt, was erst im Zuge partizipativen Handelns aktiviert und erworben wird: die Partizipationskompetenz"

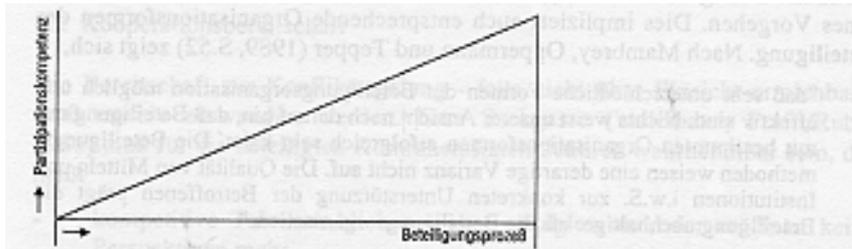


Abb. 9: Beziehung zwischen Partizipationskompetenz und Beteiligungsprozeß (unter vereinfachter Annahme einer linearen Beziehung)

Fehlendes Wissen um die Beteiligungsproblematik führte in beiden Fallstudien auch dazu, daß nur einige wenige, 'sozial aktive' Betroffene, die die Chancen durch IuK-Techniken höher einschätzen als die Risiken durch diese, beteiligt wurden, ein großer Teil Zweifelnder, ihr Durchsetzungspotential gering einschätzender aber unberücksichtigt blieb, und mit ihnen ein Teil der eigentlich zu lösenden Problematik. Wahrgenommene Handlungspotentiale bilden dann eine Polarisierungsdeterminante an der sich RationalisierungsgewinnlerInnen und RationalisierungsdulderInnen (in der Folge oft auch RationalisierungsverliererInnen) scheiden. Die Legitimation der getroffenen Maßnahmen wäre durch Beteiligung erreicht, Akzeptanz-, Durchsetzungs- und Informationsprobleme handhabbar und zudem über 'Partizipation' die Trennung in geschickte, diagnosefähige, verhaltenssichere Schwestern/Pfleger (frei nach Kern/Schumann 1985) einerseits und Personen mit nicht zu rationalisierenden Resttätigkeiten andererseits vollzogen, der Einführung funktionaler Pflegekonzepte der Weg bestens geebnet.

In 20 Jahren Partizipationsforschung, einst erwachsen aus den Ansprüchen nach Bürgerbeteiligung im Rahmen der Stadtplanung, hätte sich dann so gut wie nichts bewegt. So meinte Dienel schon 1971, daß die dünne Schicht der 'sozial Aktiven'<sup>9</sup> auf örtlicher Ebene Partizipation ins Leben ruft, meistens aus Eigeninteresse oder aus Bestreben nach sozialer Anerkennung. Für die gleichgültige Mehrheit von ca 80% werde Beteiligung jedoch veranstaltet (hier greift er für meinen Geschmack etwas zu kurz und vernachlässigt subjektiv als fehlend wahrgenommene Handlungspotentiale).

## 8. Betroffenenbeteiligung als Konfliktregelung

Sachverstand bedeutet allerdings nicht die sklavische Einhaltung eines bestimmten Reglementariums sondern ein flexibles und situationsangemessenes Vorgehen. Nach Mambrey, Oppermann und Tepper (1989, S.52) zeigt sich,

"daß sehr unterschiedliche Formen der Beteiligungsorganisation möglich und effektiv sind. Nichts weist unserer Ansicht nach darauf hin, daß Beteiligung nur mit bestimmten Organisationsformen erfolgreich sein kann. Die Beteiligungsmethoden weisen eine derartige Varianz nicht auf. Die Qualität von Mitteln und Institutionen i.w.S. zur konkreten Unterstützung der Betroffenen prägt die Beteiligung nachhaltiger als die Beteiligungsorganisation."

Die Varianz der Beteiligungsorganisation ist jedoch kein Fakt an sich -ist also nicht beliebig- sondern stark von der jeweils spezifisch vorhandenen Konfliktlage und Machtstruktur abhängt. Konflikte definieren sich aus der subjektiven Wahrnehmung der am Konflikt Beteiligten. Liegt kein wahrgenomme-

<sup>9</sup> "Untersuchungen praktizierter Beteiligungsverfahren ergaben, daß benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Jugendliche und ältere, Frauen und ausländische Einwohner unterrepräsentiert, Vertreter der Mittelschicht dagegen stärker vertreten sind. Der typisch 'sozial Aktive' ist eher männlich, verfügt über höheres Einkommen, zeigt ein sehr vielseitiges kritisches Interesse, ist gut informiert und hat Erfahrungen mit Organisationen und Gruppen." (Löcher 1982, S.15)

nes integratives Potential ('perceived integrative potential' (Pruitt/Rubin 1986)) vor, sind Organisationsformen zu wählen, die der Konfliktlage angemessen sind und durch entsprechende Konfliktregelungsmethoden zu ergänzen.

Ergänzen heißt in diesem Zusammenhang die Einbindung dreier Konfliktregelungsschritte:

- 'Positives' Konfliktklima erzeugen
- Kooperationsbereitschaft erzwingen
- Kreative Konfliktregelung

Zielsetzung ist die Modifikation des 'perceived integrative potential' (ob '+' oder '-') zu einem nutzbaren 'integrative potential'.

### **8.1 Konfliktklima**

Zunächst ist klarzumachen, daß das Auftreten von Konflikten keinen Makel darstellt, sondern Kennzeichen jeglicher Gruppen/Organisationen ist, in denen vorhandene Interessensdivergenzen oder Zielinkompatibilitäten nicht verdrängt oder mit Macht unterdrückt werden.

Konflikte fördern zudem sozialen Wandel ("conflict is the seedbed that nourishes social change" (Pruitt/Rubin 1986, S.6)) und ihnen kann somit ein kreatives Potential zugeschrieben werden ("conflict can be considered a creative force" (ebd., S.7)).

### **8.2 Kooperationsbereitschaft**

Die Bereitschaft zur Konfliktregelung -falls nicht über Einsicht erreichbar- muß massiv erzwungen werden. Eine Sackgasse ('stalemate'; Pruitt/Rubin 1986) muß für die beteiligten KontrahentInnen deutlich wahrnehmbar sein, daß heißt

- kompetitive Taktiken blieben bisher erfolglos und/oder eröffnen keine Perspektiven mehr,
- die Ressourcen zur Aufrechterhaltung kompetitiven Konfliktverhaltens müssen erkennbar zur Neige gehen oder erschöpft sein und
- weitere Kosten zur Aufrechterhaltung des kompetitiven Konfliktzustandes müssen im Verhältnis zu den angestrebten Zielen als zu hoch wahrgenommen werden.

Ein solcher Stillstand der Konflikt- und Eskalationsdynamik kann über eine Strategie der Machtangleichung erreicht werden. Ziel ist hierbei nicht eine wie auch immer definierte Machtgleichheit, sondern die Gleichheit effektiver Macht, die außer Zusammenarbeit keine weiteren Perspektiven zur Erreichung (zumindest eines Teils) eigener Zielsetzungen eröffnet (Pruitt/Rubin 1986, S.132). Zukünftige Abhängigkeiten im Sinne weiter geforderter Zusammenarbeit im Unternehmen und die Wahrnehmung hoher Drohpotentiale der gegnerischen Konfliktpartei (realistisch eingeschätzte Konsequenzen und hohe Wahrscheinlichkeit der Praktikabilität) unterstützen die Entstehung solcher Pattsituationen. Die Problemlösung erfolgt dann unabhängig von deren Wertschätzung, sondern aus der Einsicht, nur in Kooperation mit dem 'Feind' eigene Ziele erreichen zu können.

### **8.3 Konfliktregelung**

Konfliktregelung heißt nun, über geeignete Methoden einen Zustand herbeizuführen, der den beteiligten Personen/Gruppen ermöglicht,

- wahrgenommene eigene Interessen zu erkennen (Interessensidentifikation)
- diese auf dahinterliegende Ziele zurückzuführen (Zielidentifikation),
- diese übergeordneten Zielen zuzuordnen (Zieltransformation),

- alternative Pfade zur Zielerreichung zu eröffnen (Zielpfade-Generierung),
- den so entstandenen Interessenspool zu hierarchisieren (Prioritätensetzung).

Nach einer gleichgearteten Analyse von Interessensidentifikation, Zielidentifikation, Zieltransformation, Zielpfade-Generierung und Prioritätensetzung der jeweils gegnerischen Konfliktpartei können Lösungen zur Regelung des Konflikts gemeinsam erarbeitet werden.

Pruitt/Rubin (1986) schlagen diesbezüglich vor:

- 'Den Kuchen vergrößern': Insbesondere bei Verteilungskonflikten, die fragliche Ressource soweit vergrößern, daß jede Konfliktpartei einen befriedigenden Anteil daran erhalten kann.
- Unspezifische Kompensation: Durch Zugeständnisse in den der anderen Konfliktpartei wichtigen Bereichen Konzessionen 'erkaufen'. Kompensationsbereiche können dabei entweder konkret (Geld, Güter, Personal) oder abstrakt (Status, Stellung) sein.
- Spezifische Kompensation: Zielerreichung für eine der Konfliktparteien bei gleichzeitiger Kostenbegrenzung für die Andere.
- Gegenseitige Unterstützung: Zugeständnisse bei den der eigenen Partei weniger, der anderen Partei aber eher wichtigen Zielen. Voraussetzung: Inverse Wichtigkeitswerte.
- Brückenbau: Formulierung gemeinsamer, tieferliegender Interessen als Suchmodell für Alternativen zu den bisher konfliktauslösenden Einzelinteressen (z.B. gemeinsame, langfristige, positive Reorganisationsalternative).

## 9. Ein Weg: Beteiligung als Organisationsentwicklung

Ein methodischer Weg (unter anderen) zur Durchführung von Betroffenenbeteiligung ist Organisationsentwicklung (OE). OE definiert sich nach A. Gebert. (1989) als Beeinflussung und Veränderung von Organisationen durch BeraterInnen unter zwei Prämissen:

- Demokratisierung und
- Aktionsforschung.

Ziele orientieren sich dabei an Konzepten humanistischer Psychologie. Dem Sammelsurium verschiedener OE-Methoden gemein ist dabei der Bezug auf Kurt Lewin und seines 'Research Center for Group Dynamics, Massachusetts Institute of Technology (mit)' und dessen Prinzipien von 'survey - research; survey - feed-back' (etwa: Überblick verschaffen - Nachforschungen anstellen; Begutachten - Rückkoppeln) als Begründung der Aktionsforschung und 'unfreezing - moving - refreezing' (auftauen - verändern - stabilisieren) unter den Prämissen des Prozeßcharakters und des Meta-Lernens (Lernen lernen). Das heißt,

"daß bei OE nicht das Ergebnis, sondern der Entwicklungsprozeß gelernt werden soll. (...) Nicht die optimale Konfliktlösung, sondern der Weg, wie Konflikte angesprochen und gehandhabt werden, ist wichtig. Ziel ist keine echte Partnerschaft und totale Gleichberechtigung (zwischen Mitarbeitern und Führungskräften), sondern mehr Sensibilität im Umgang mit der Macht-Ungleichheit, so daß Lernfähigkeit in künftigen Situationen gefördert wird." (Gebert, A. 1989, S.59)

OE versteht sich damit als Beratungsprozeß, Personen in spezifischen Situationen Methoden an die Hand zu geben, mit denen jetzt und zukünftig Probleme und Konflikte selbständig gelöst/geregelt werden können (Hilfe zur Selbsthilfe)<sup>10</sup>. Der Meta-Charakter der OE-Methodik macht sie weitgehend

---

<sup>10</sup> Auch OE-Anwendungen haben häufig nicht nur den Ruf, sondern aus der Anwendungspraxis heraus den tatsächlichen Charakter von 'Sozialtechnologien', indem in Managementseminaren die Sensibilität vermittelt wird, bei anderen die Akzeptanz zur Durchsetzung eigener Ziele zu schaffen. Eine solche Praxis ist hier natürlich nicht gemeint.

objektunabhängig, sollen doch als Ergebnis der OE die Personen in der Organisation Spezifika selbst entwickeln.

OE versteht sich vorwiegend als Methodik zur prozeßhaften Entwicklung von Arbeitsgruppen, Abteilungen und Teams. Einer Ausweitung auf Organisationen stehen die Prämissen (Demokratisierung, Aktionsforschung) sowie die Zielsetzungen (humanistische Psychologie) in keiner Weise entgegen, jedoch müssen noch geeignete Methoden ermittelt werden, die das 'Handling' von Organisationen mit ihrer hohen Zahl von Beteiligten ermöglichen<sup>11</sup>.

## **10. Was tun, um einen Beteiligungsprozeß zu Initialisieren?**

### **10.1 Über eigene Ziele Klarheit verschaffen**

Wer immer die Einrichtung eines Verfahrens zur Betroffenenbeteiligung initialisieren will, sollte sich zunächst über die eigenen damit verfolgten Ziele klar werden.

- Was will ich/wir mit der organisationalen und/oder technischen Innovation erreichen?
- Warum will dazu ich/wir Betroffenenbeteiligung?
- Was erwarte/n ich/wir davon?

### **10.2 Kontaktebene/-personen auswählen**

Der nächste Schritt bezieht sich auf die Auswahl der Personengruppen, denen als nächstes (evtl. in Stufen/Schleifen, s.u.) das Vorhaben Betroffenenbeteiligung zur Diskussion vorgestellt werden soll. In Frage kommen hier (ohne Rangfolge und Anspruch auf Vollständigkeit):

- Leitungsebene (VerwaltungsdirektorIn, Pflegedienstleitung, ärztliche/r DirektorIn)
- Betroffene (Pflege: Stationsleitungen, examiniertes Personal, nicht-examiniertes Personal, PflegeschülerInnen, Zivildienstleistende; ärztlicher Dienst: Chef-, Stations-, AssistenzärztInnen; Funktionsbereiche; Dienstleistungen: Technik, Verwaltung)
- Interessensvertretungen (Vertrauensleutekörper, Betriebs-/Personalrat/MitarbeiterInnenvertretung, PatientensprecherIn)
- Sonstige (Träger, Dienstleister, weitere übergeordnete und/oder koordinierende Stellen)

### **10.3 Kontaktaufnahme**

Vorstellung der eigenen Überlegungen und Zielsetzungen, gemeinsame (erste) Diskussion, Überprüfung des Beteiligtenkreises, ggfls. Erweiterung und weitere Diskussion als Plenum und/oder in Gruppen (Schleifen)

### **10.4 Verständigung**

Gemeinsame erste Verständigung über den weiteren Weg/Schritte (Einrichtung von vorläufigen Gremien, Kontaktaufnahme mit externen Experten, Meilensteine bis zur Entscheidung festlegen)

---

<sup>11</sup> Hier könnten Anleihen aus der 'systemischen Strategieentwicklung' erfolgversprechend sein, wie sie die 'ComTeam Beratungsgesellschaft für Organisation und Kommunikation mbH' aus Gmund am Tegernsee entwickelt hat.

## **10.5 Professionelle Hilfe von Außen einholen**

Hier geht es nicht nur um die Professionalität von Experten (und die sollte auf jeden Fall gegeben sein, denn Betroffenenbeteiligung bietet neben Chancen auch eine ganze Menge an Risiken, s.o.) -die kann auch bei internen Beratern gegeben sein- sondern auch um die Vorteile, die der Status "extern" mit sich bringen kann (kein Prophet im eigenen Land, kein Teil der Problemlage etc.)<sup>12</sup>. Im weiteren Vorgehen empfiehlt sich die Kombination von internen und externen Beratern.

## **10.6 Kontrakt aller Beteiligten über den Prozeß**

Der weitere Weg hängt stark von den Vorstellungen und Vorgehensweisen der externen Berater ab. Zunächst ist auch hier eine Phase des Kontaktes und Einstiegs zu erwarten. Die Vorstellungen der Berater werden formuliert, ihr Vorschlag zur weiteren Vorgehensweise ist Grundlage aller weiteren Diskussionen, Absprachen und Vereinbarungen mit allen Beteiligten. Erst bei Zustimmung aller kann als letzter Schritt der Initialisierung der Kontrakt zwischen allen Betroffenen und den Beratern erfolgen. In diesem Kontrakt sollten die Elemente der Beteiligungsdimensionen (Beteiligungsbreitschaft, -promotion und -organisation, s.o.) in weitgehender Übereinstimmung erfaßt werden. Strategien des "Keiner ist ganz zufrieden, also wird's schon richtig sein" greifen an dieser Stelle zu kurz und werden weder der Problemlage noch den langfristigen Chancen von Betroffenenbeteiligung gerecht

Noch einmal sei jedoch zum Abschluß daran erinnert, daß es nicht auf die Organisationsform sondern die Methoden/Dimensionen von Beteiligung ankommt. Und die Methoden sollte mensch als das Betrachten was sie sind: Hilfsmittel und Werkzeuge die bereitliegen sollten für alle Fälle. Und am Ende hat mensch es vielleicht ohne sie geschafft und damit Kosten und Zeit gespart. Geht es jedoch nicht ohne sie, freut mensch sich, sie benutzen zu können und nicht unverrichteter Dinge wieder abzuziehen zu müssen, gar nichts oder halbe Sachen hinterlassen zu haben und das bei nicht unerheblichen Aufwänden.

## **11. Literatur**

- Baumann, M. u.a. (1990): Neue Wege in der stationären Krankenpflege: Umstrukturierung der Arbeitsorganisation und Entwicklungstendenzen des EDV-Einsatzes. In: Das Krankenhaus, 82(1990)Nr.2, S.79-84.
- Berkel, K. (1984): Konfliktforschung und Konfliktbewältigung. Ein organisationspsychologischer Ansatz. Berlin: Duncker und Humblot.
- Björn-Andersen (Ed.)(1980): The human side of information processing. Amsterdam: North-Holland, S.91-107.
- Brödner, P.: (1988): Umriss der Fabrik 2000: Alle Macht den Automaten?. In: Roth, S.; Kohl, H. (Hg.): Perspektive: Gruppenarbeit. Köln: Bund, S.41-55.
- Bungard, W.; Lenk, H. (Hg.)(1988): Technikbewertung - Philosophische und psychologische Perspektiven. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bungard, W.; Schultz-Gambard, J. (1988): Versäumnisse der Psychologie. In: Bungard, W.; Lenk, H. (Hg.): Technikbewertung - Philosophische und psychologische Perspektiven. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bussche, van den, H.; Dahlgaard, K. (Hg.)(1988): EDV in der Pflege - Chance oder Irrweg? Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen im bfw des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg. Schriftenreihe 1(1988)Nr.1.

---

<sup>12</sup> Zu den Vor- und Nachteilen externen und interner Beratungsleistung siehe Klein (1983), Lippitt/Lippitt (1977) oder Rettenmeir/Wilfer (1980)

- Büssing, A. (1988): Arbeits- und Organisationspsychologie und die Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus. Veränderungen für Behandlung und Pflege. Manuskript, zur Veröffentlichung bestimmt in: Elke, G.; Schubert, A. (Hg.)(im Druck): Psychosoziale Praxis und Arbeitswelt. Tübingen.
- Dahlgaard, K.; Lorenz-Krause, R. (1988): EDV in der Pflege - Anwendungsfelder und Probleme. In: Bussche, van den, H.; Dahlgaard, K. (Hg.): EDV in der Pflege - Chance oder Irrweg? Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen im bfw des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg. Schriftenreihe 1(1988)Nr.1. S.3-22.
- Dieckhoff, J. et al. (1982): Soziale Aspekte des technisch-organisatorischen Wandels in der Textverarbeitung. In: Folgewirkungen neuer Technologien in der Textverarbeitung; Ergebnisse des Forschungsprojekts A 135 des Rationalisierungskuratoriums der deutschen Wirtschaft (RKW) e.V., Hg. vom Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V., Köln: Eigendruck, S.41-85.
- Dienel, P. (1971): Partizipation an Planungsprozessen als Aufgabe der Verwaltung. In: Die Verwaltung (1971), ohne nähere Angaben angeführt in: Städtebauliche Forschung. Bürgerbeteiligung an der Stadtentwicklung und im Wohnbereich. Schriftenreihe des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, Nr. 03.056, 1977.
- Döbele-Berger, C.; Martin, P. (1986): Gestaltungsziele bei der Einführung neuer Techniken und ihre betriebliche Umsetzung. In: Die Mitbestimmung, 32(1986)Nr.11, S.568-571.
- Elke, G.; Schubert, A. (Hg.)(im Druck): Psychosoziale Praxis und Arbeitswelt. Tübingen.
- Frei, F. (1984): Partizipative Arbeitsgestaltung und Automatisierung: Einige Fallstricke. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38/10NF(1984)Nr.2, S.65-70.
- Frese, M.; Brodbeck, F.C. 1989: Computer in Büro und Verwaltung: Psychologisches Wissen für die Praxis. Berlin
- Gebert, A. (1989): Organisationsentwicklung. In: Report Psychologie, 43(1989)Nr.10, S.58-60.
- Gebert, D.; Rosenstiel, L.v. (1981): Organisationspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Geitner, U.W. (Hg.)(1987): CIM-Handbuch. Braunschweig: Vieweg.
- Gredig, C. (1988): EDV contra Krankenpflege?! In: Dr.med.Mabuse, 13(1988)Nr.52, S.43-44.
- Greifenstein, R.; Kissler, L.; Jansen, P. (1988): Arbeitnehmerbeteiligung bei technischen Innovationen: Konzepte und Implementationsprobleme. In: Kissler, L. (Hg.): Computer und Beteiligung - Beiträge aus der empirischen Partizipationsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.140-163.
- Hüneke, K. (1988): Literaturrecherche Krankenhausinformationssysteme. Hg. von der Technologieberatungsstelle des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Landesbezirk Hessen. Frankfurt/Main: Eigendruck.
- Jacobi, U.; Lullies, V. et al. (1980): Textverarbeitung im Büro. Alternativen der Arbeitsgestaltung. Hg. vom Bundesminister für Forschung und Technologie. Frankfurt/Main: Campus.
- Jacobs, P. (Hg.)(1987): Datenverarbeitung für die Krankenpflege. Melsungen: Bibliomed (Einzelbeiträge siehe auch gleichnamige Serie in: Die Schwester - Der Pfleger, 25(1986)Nr.3-10, 11 u. 26(1987)Nr.1-3).
- Jansen, K.-D.; Schwitalla, U.; Wicke, W. (Hg.)(1989a): Beteiligungsorientierte Systementwicklung. Beiträge zu Methoden der Partizipation bei der Entwicklung computergestützter Arbeitssysteme. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kern, H.; Schumann, M. (1985): Das Ende der Arbeitsteilung? Rationalisierung in der industriellen Produktion. München: Beck.
- Kissler, L. (1988)(Hg.): Computer und Beteiligung - Beiträge aus der empirischen Partizipationsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Klein, L. (1983): Sozialwissenschaftliche Beratung in der Wirtschaft. Eine Einzelfallstudie. Stuttgart: Klett.
- Klipstein, M.v; Strümpel, B. (1984): Der Überdruß am Überfluß. Die Deutschen nach dem Wirtschaftswunder. München.
- Kremer, R. (1976): Mitarbeiter-Motivation. Ein Schlüssel zur erfolgreichen Textverarbeitung. In: Der Erfolg, o.Jg.(1976)Nr.10.
- Krückeberg/Oltmanns/Ronneberger (Hg.): Bürotätigkeit in der öffentlichen Verwaltung und technischer Wandel. Regensburg, S.159-175.

- Kubicek, H.; Rolf, A. (1985): Mikropolis. Mit Computernetzen in die "Informationsgesellschaft". Hamburg: VSA.
- Lewin, K. (1953): Die Lösung sozialer Konflikte. Bad Nauheim.
- Lippitt, R.; Lippitt, G. (1977): Der Beratungsprozeß in der Praxis. Untersuchungen zur Dynamik der Arbeitsbeziehungen zwischen Klient und Berater. In: Sievers, B.: Organisationsentwicklung als Problem.
- Löcher, C. (1982): Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung bei der Planung. Am Beispiel des Stadtplatzes "Neumarkt" in Mannheim (Neckarstadt-West). Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität/Gesamthochschule Paderborn, Abtlg. Höxter, Fachrichtung Landespflege.
- Mambrey, P.; Oppermann, R.; Tepper, A. (1986): Computer und Partizipation. Ergebnisse zu Handlungs- und Gestaltungspotentialen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mambrey, P.; Oppermann, R.; Tepper, A. (1989): Erfahrungen mit der Beteiligung bei der Systementwicklung. In: Jansen, K.-D.; Schwitalla, U.; Wicke, W. (Hg.): Beteiligungsorientierte Systementwicklung. Beiträge zu Methoden der Partizipation bei der Entwicklung computergestützter Arbeitssysteme. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.37-55.
- Martin, H. (1987): Auswirkungen auf die Arbeitsituation. In: Geitner, U.W. (Hg.): CIM-Handbuch. Braunschweig: Vieweg.
- Müller, K.; Conrad, P. (1986): Die totale EDV im Krankenhaus. Überlegungen zu einem Programm. In: Das Krankenhaus, 78(1986)Nr.6, S.234-240.
- Mumford, E. (1980): The participative design of clerical information systems: Two case studies. In: Björn-Andersen (Ed.): The human side of information processing. Amsterdam: North-Holland, S.91-107.
- Noelle-Neumann, E.; Strümpel, B. (1984): Macht Arbeit krank? Macht Arbeit glücklich? Eine aktuelle Kontroverse. München: Piper.
- Peretzki-Leid, U. (1988): EDV in der Pflege aus der Sicht der Gewerkschaft ÖTV. In: Bussche, van den, H.; Dahlgaard, K. (Hg.): EDV in der Pflege - Chance oder Irrweg? Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen im bfw des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg. Schriftenreihe 1(1988)Nr.1. S.34-39.
- Pflaumer, G. (1983): Welche auf die Mitarbeiter bezogenen Akzeptanzprobleme sind bei der Bürotätigkeit in der öffentlichen Verwaltung infolge des technischen Wandels in den 80er Jahren zu erwarten? In: Krückeberg/Oltmanns/Ronneberger (Hg.): Bürotätigkeit in der öffentlichen Verwaltung und technischer Wandel. Regensburg, S.159-175.
- Prester, H.-G. (1987): Politischer Protest in der Bundesrepublik Deutschland - Eine sozialpsychologische Analyse der politischen Beteiligung. Bern: Huber.
- Pröll, U.; Streich, W. (1986): Mehr Zeit für Pflegearbeiten? Computer in der Krankenpflege. In: Sozial- und Gesundheitsreport, (1986)Nr.1, S.12-14.
- Pruitt, D.G.; Rubin, J.Z. (1986): Social Conflict. Escalation, Stalemate and Settlement. New York: Random House.
- Rettenmeir, J.; Wilfer, R.F. (1980): Möglichkeiten und Grenzen konfliktlösenden Handelns durch Aktionsforschung. Spardorf: Eigenverlag.
- Roth, S.; Kohl, H. (1988): Einführung. In: Roth, S.; Kohl, H. (Hg.): Perspektive: Gruppenarbeit. Köln: Bund, S.9-12.
- Roth, S.; Kohl, H. (Hg.)(1988): Perspektive: Gruppenarbeit. Köln: Bund.
- Schmidtchen, G. (1984): Neue Technik - Neue Arbeitsmoral. Eine sozialpsychologische Untersuchung über die Motivation in der Metallindustrie. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Sievers, B. (1977): Organisationsentwicklung als Problem.
- Stahl, K. (1988): Computer im Krankenhaus. ÖTV, Stuttgart: Eigendruck.
- Ulich, E. (1983): Industrieroboter: Chance oder Gefahr für die Humanisierung der Arbeit? In: Psychosozial 18(1983), S.109-124.
- Wicke, W. (1988): Methoden der Partizipation bei der Entwicklung computergestützter Arbeitssysteme. In: Kissler, L. (Hg.): Computer und Beteiligung - Beiträge aus der empirischen Partizipationsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.117-139.
- Wöretshofer, C. (1987): Praxis, Probleme, Perspektiven. In: Jacobs, P. (Hg.)(1987): Datenverarbeitung für die Krankenpflege. Melsungen: Bibliomed, S.20-38.