

# Der Gesundheitszirkel als Methode der partizipativen Gesundheitsforschung

## Working Paper

von Sebastian Starystach, Stefan Bär und Elif Sari

### Zusammenfassung Deutsch:

Der Beitrag stellt eine kommunikations- und systemtheoretisch reflektierte Modifikation des aus der betrieblichen Gesundheitsförderung stammenden Instruments des Gesundheitszirkels vor. Ziel ist es, den Gesundheitszirkel als Forschungsmethode in das Paradigma der partizipativen Gesundheitsforschung zu überführen. Als partizipative Forschungsmethode wird der Gesundheitszirkel dabei eingebettet in einen Institutionalisierungsprozess, der Partizipation als regulatives Ideal begreift und in Form eines Verfahrens zu verwirklichen sucht. Anhand eines Beispiels im Krankenhaussetting wird aufgezeigt, dass diese partizipative Methode es auf Dauer gestellt ermöglicht, die Arbeitswirklichkeit gemeinsam mit Beschäftigten in einem geschützten Raum diskursiv zu analysieren und auf dieser Basis im Sinne von durch Belastungserfahrungen Betroffenen strukturell zu verändern.

### Zusammenfassung Englisch:

This article presents a modification of the Health Circle, which originates from workplace health promotion, reflected in terms of communication and system theory. The aim is to transfer the Health Circle as a research method into the paradigm of Participatory Health Research. As a participatory research method, the Health Circle is embedded in an institutionalization process that sees participation as a regulative ideal and seeks to realize it in the form of a procedure. With the help of an example in the hospital setting, it will be shown that this participatory method makes it possible on a sustained basis to discursively analyze the reality of work together with employees in a protected environment and on this basis to structurally change it as defined by those affected by stress experiences.

**Keywords:** *Fokusgruppe, Gesundheitszirkel, partizipative Forschungsmethoden, Krankenhaus, Gesundheit, Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung, Organisationen, Communicative Space (Deutsch); Focus Group, Health Circles, Participatory Research Methods, Hospital, Health, Health Research, Health Promotion, Organizations, Communicative Space (Englisch);*

## 1. Einleitung

Der Gesundheitszirkel ist ein heute in der gesundheitsförderlichen Praxis bekanntes Instrument, das in unterschiedlichen Settings zum Einsatz kommt (HOLLEDERER & WIEßNER, 2015). Insbesondere zählt die Methode zum Standardrepertoire anspruchsvoller Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung (FRICZEWSKI, 2016). In diesem Kontext dient er dem Ziel, gemeinsam mit Beschäftigten Wege zu finden, gesundheitliche Belastungen abzubauen und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln (SCHRÖER & SOCHERT, 2011). Hier findet häufig als analoger Begriff auch derjenige der Fokusgruppe Verwendung (SCHRÖER & SOCHERT, 1997, S.290). Fokusgruppen kommen jedoch im Gegensatz zu Gesundheitszirkeln auch ohne Gesundheitsbezug zur Anwendung (PELZ, SCHMITT, & MEIS, 2004), z.B. in der Markt- und Evaluationsforschung. Zudem besteht ein weiterer zentraler Unterschied darin, dass Gesundheitszirkel als solche noch nicht als partizipative Forschungsmethode methodisch reflektiert und etabliert sind, während Fokusgruppen in der partizipativen Gesundheits- bzw. Public-Health-Forschung in Bezug auf „communities“ – z.B. ethnische Minderheiten – bereits seit langem eingesetzt werden (BECKER, AFFONSO, & BEARD, 2006; BRANDENBURGER, WELLS, & STLUKA, 2017).

Wir sehen aufgrund des thematischen Zuschnitts auf die Gesundheit der Beteiligten und seinen ausdrücklich partizipativen Grundlagen den Gesundheitszirkel als einen idealen Kandidaten, um mit seiner Hilfe nicht nur gesundheitsförderliche Praxis, sondern auch partizipative Gesundheitsforschung zu betreiben. Damit jedoch der Gesundheitszirkel als Methode partizipativer Gesundheitsforschung eingesetzt werden kann, bedarf es entsprechender Anpassungen, die wir zentral in diesem Beitrag diskutieren. Dazu unterscheiden wir analytisch zwischen allgemeinen methodischen Grundlagen des Gesundheitszirkels, dem Gesundheitszirkel als Methode der partizipativen Gesundheitsforschung sowie dem Gesundheitszirkel im Rahmen eines Verfahrens der partizipativen Praxis zur Veränderung des Settings.

Wir möchten dabei nicht nur die Methode des Gesundheitszirkels der partizipativen Gesundheitsforschung durch Modifikationen seiner methodischen Grundlagen zugänglich machen, sondern wir adressieren auch zentrale methodologische Weichenstellungen. Diese bestehen darin, im Anschluss an das Konzept des „Communicative Space“ von WICKS und REASON (2009), den Gesundheitszirkel im Rahmen der partizipativen Gesundheitsförderungspraxis an die Besonderheiten eines Settings anzupassen. Im konkreten Fall ist es das organisationale Setting des Krankenhauses.

Auf diese Weise kann der Gesundheitszirkel als partizipative Forschungsmethode zur Erschließung der im Setting tradierten Sinngehalte als Geltung beanspruchendes Deutungswissen einen doppelten Beitrag leisten:

Er generiert (1) als methodisch angeleiteter Diskurs zunächst latentes Wissen, das auf andere Weise kaum zugänglich ist. Er lässt sich also als Erhebungsmethode einsetzen, die sich insbesondere durch eine umfassende partizipative Validierung der rekonstruierten Wissensbestände auszeichnet.

Dieses Wissen kann dann (2) weiterführend in der gesundheitsförderlichen Praxis Anwendung finden, wenn der Gesundheitszirkel nicht nur methodisch reflektiert zum Einsatz kommt, sondern auch an das Setting angepasst wird. Diese Anpassung fassen wir mit dem Begriff der Institutionalisierung. Wird der Gesundheitszirkel selbst zur Institution, das heißt zum dauerhaften Bezugspunkt organisationaler Praxis, werden die aus der Lebenswelt „Arbeit“ partizipativ rekonstruierten Wissensbestände kommunikativ anschlussfähig an das System der Organisation.

Auf diese Weise kann tradiertes Deutungswissen, das mit gesundheitlichen Belastungserfahrungen verbunden ist, im Sinne des partizipativen Paradigmas in seiner Struktur rekonstruiert und reflektiert werden. Zugleich werden den Beteiligten durch die Institutionalisierung des Gesundheitszirkels im organisationalen Setting die Mittel an die Hand gegeben, auf Basis der damit verbundenen praktischen Implikationen, die Organisationswirklichkeit zu verändern.

Wir verstehen unseren Beitrag damit auch als einen Vorschlag, die Methodendiskussion im Feld der partizipativen Gesundheitsforschung anzuregen. Wir möchten den Mehrwert aufzeigen, der entsteht, wenn das Setting, in dem eine partizipative Forschungsmethode zum Einsatz kommt, explizit mitreflektiert wird und die erkenntnistheoretischen Bezugspunkte systematisch auf einen theoretischen Zugang bezogen werden.

Die Darstellung gliedert sich wie folgt: Wir stellen zunächst die Grundlagen der Gesundheitszirkelarbeit vor und arbeiten deren partizipative Aspekte heraus: es zeigt sich, dass der Ansatz selbst, da er im betrieblichen Kontext Verwendung findet, bereits stark partizipativ sowie an die lokalen Gegebenheiten angepasst ist und dass er Wissen generiert, welches kooperativ und in einem dialektischen Prozess erarbeitet wurde und dadurch eine multiperspektivische Sicht auf den Alltag der Beschäftigten ermöglicht (INTERNATIONAL COLLABORATION FOR PARTICIPATORY HEALTH RESEARCH, 2013, S.6–22). Nach einer kommunikations- und systemtheoretischen Reflektion auf die Implikationen des Konzeptes des „Communicative Space“ für die Methode des Gesundheitszirkels stellen wir unsere modifizierte Form des Gesundheitszirkels vor und explizieren diese anhand eines Fallbeispiels. In der abschließenden Diskussion diskutieren wir die zentralen Herausforderungen, die sich ergeben, wenn eine Methode aus der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Kontext der partizipativen Gesundheitsforschung übertragen werden soll.

## **2. Der Gesundheitszirkel als Methode**

Der Ursprung von Gesundheitszirkeln steht im Zusammenhang mit Industriearbeit und der dort – z.B. im dezentralen Qualitätsmanagement – praktizierten Zirkelarbeit. Zirkelarbeit ist, wie andere Formen der Kleingruppenarbeit im betrieblichen Kontext auch, zunächst ein Instrument, um Beschäftigte und ihre Wissensbestände zur Lösung von Problemen bei Arbeitsorganisation, -abläufen und -prozessen heranzuziehen. Im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung knüpften Gesundheitszirkel dabei an ein gewandeltes Verständnis von betrieblicher Organisation an, das sich als Versuch der Überwindung der tayloristischen Arbeitsorganisation durch Rückverlagerung von Intelligenz oder Re-Professionalisierung der Arbeit (KERN & SCHUMANN, 1986) bezeichnen lässt. In dezentraler Zirkelarbeit erhielten Beschäftigte damit eine Möglichkeit, um über Veränderungsbedarfe bei den Arbeitsbedingungen zu diskutieren und diese anzustoßen. Im Industriekontext stand bei der Durchführung von Gesundheitszirkeln im Vordergrund, mit den gesundheitlichen Beanspruchungen und Belastungen infolge repetitiver Arbeit umzugehen (SCHRÖER & SOCHERT, 2011, S.291–292).

### **2.1. Gängige Modelle des Gesundheitszirkels**

Bekannt geworden sind insbesondere zwei Ansätze, die in Kooperationen zwischen Universitäten und Industrieunternehmen entstanden sind und sich hinsichtlich ihrer Zielsetzung und dazugehörigen Zusammensetzung der Teilnehmenden unterscheiden: Das Düsseldorfer und das Berliner Modell (SUSEN, NIEDERMEIER, & MAHLTIG, 1996, S.140). Beide Weichensteller haben als zentrale Gemeinsamkeit, dass die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zu belastenden Arbeitsbedingungen durch Beschäftigte im Fokus steht, welche unter externer Moderation in Kleingruppen über einen begrenzten Zeitraum erfolgt (SCHRÖER & SOCHERT, 2011, S.291–292).

Das Düsseldorfer Modell suchte das damalige Arbeitsschutzsystem zu innovieren. Es nutzte das Erfahrungswissen der Beschäftigten zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen (SLESINA, BEUELS, & SOCHERT, 1998), um damit die gesundheitsförderliche und ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung zu adressieren (ULICH & WÜLSER, 2015). Unter Hinzuziehen möglichst vieler Perspektiven sollte hier Expertenwissen – z.B. das des Arbeitsschutzes - mit Erfahrungswissen der Beschäftigten kombiniert werden (SCHRÖER & SOCHERT, 1997), um Lösungsvorschläge zur Anpassung der Arbeitsumgebung zu erarbeiten.

Hingegen war, aus der Herzinfarktforschung kommend (FRICZEWSKI, 1994), der Schwerpunkt des Berliner Modells vor allem auf psychosozialen Stress und Kommunikation gerichtet (SUSEN et al., 1996, S.141). Mithilfe der Zirkel sollte die vorherrschende „Sprachlosigkeit“ und Nicht-Thematisierung gesundheitlicher Probleme überwunden werden, um die damit zusammenhängende Zunahme stressbedingter Erkrankungen einzudämmen. Das übergeordnete Ziel war es, (psychosoziale) Belastungen aufzudecken und die Teilnehmenden dazu zu befähigen, diese in ihrem Arbeitsalltag zu identifizieren und thematisieren (FRICZEWSKI, 1994).

Während das Düsseldorfer Modell eine heterogene, also hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Zirkelzusammensetzung vorsieht, ist diese nach dem Berliner Modell weitgehend homogen (SCHRÖER & SOCHERT, 1997). Des Weiteren werden im Düsseldorfer Modell die zu bearbeitenden Problemfelder nicht von den Zirkelteilnehmenden selbst festgelegt (SLE-SINA et al., 1998).

Begleitet wird die Zirkelarbeit in beiden Fällen von einem Steuerungsgremium, welches in letzter Instanz über mögliche Lösungen entscheidet (FRICZEWSKI, 2016). Es umfasst Repräsentanten der Geschäftsleitung oder Personalleitung, des Betriebsrats und des betriebsärztlichen Dienstes sowie im Falle des Düsseldorfer Modells eine Fachkraft für Arbeitssicherheit (SLE-SINA et al., 1998; SUSEN et al., 1996, S.141).

Bei ähnlicher Ausgangslage haben sich zwei Zirkelmodelle ausgebildet, die sich in ihren Elementen und dadurch auch in ihrer Wirkung im Betriebssetting selbst voneinander unterscheiden. Ungeachtet der eigentlich voraussetzungsvollen Aufgabe, die Zirkelarbeit als Verfahren dem jeweiligen Setting anzupassen, hat sich der Gesundheitszirkel über die Jahre als Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements in unterschiedlichsten Sektoren etabliert (HOLLEDERER & WIEßNER, 2015).

## **2.2. Gesundheitszirkel und Partizipation**

Der Gesundheitszirkel ist im Kontext von Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der Alma Ata Deklaration (1978) und vor allem der Ottawa Charta (1986) entstanden. Die hier eingeführten Begriffe und Konzepte prägen den heutigen Blick auf seine Potentiale, Chancen und Einsatzgebiete.

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung waren nämlich die Themen der Schaffung von Möglichkeiten, auf die eigene Gesundheit Einfluss zu nehmen („Empowerment“) sowie der Stärkung der Entfaltung der eigenen gesundheitsfördernden Potentiale („Capacity Building“) in den internationalen gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskurs gerückt (WHO, 1986, S.2). Auf diese Weise haben die Begrifflichkeiten Empowerment, Capacity Building und damit auch Partizipation in das Verständnis und den Einsatz der Methode Eingang gefunden.

Bei der Verwirklichung dieser Konzepte gibt es jedoch in Bezug auf die beiden Grundmodelle wesentliche Unterschiede: Während das Düsseldorfer Modell die Beschäftigten tendenziell eher als Experten ihrer Arbeitswelt zu festgelegten Problemstellungen der Arbeitsumgebung heranzieht, verfolgt das Berliner Modell umfangreicher die Verwirklichung partizipativer Grundkategorien des Empowerments und Capacity Buildings und darüber hinaus der Schaffung von Awareness. Insbesondere durch die Zielsetzung, diskursiv die „Sprachlosigkeit“ in Bezug auf Gesundheit am Arbeitsplatz zu überwinden, schafft das Berliner Modell einen „sicheren Raum“ (BERGOLD & THOMAS, 2012), was sich auch in einer tendenziell homogeneren Zusammensetzung konkreter Zirkel widerspiegelt: Die Teilnehmenden an der Zirkelarbeit rekrutieren sich aus dem Kreis derjenigen, die direkt von den Arbeitsbedingungen und dazugehörigen Belastungserfahrungen betroffen sind. Auf diese Weise kann zusätzlich ein Beitrag zur Schaffung und Erhaltung von innerorganisationalen „Communities“ (UNGER, 2012) geleistet werden. Ihre Perspektive steht im Vordergrund und wird nicht unmittelbar mit der Außenperspektive von mit der Verwaltung bzw. Organisation von Arbeit beauftragten Akteuren konfrontiert.

Heute können wir daher vor diesem Hintergrund bei Gesundheitszirkeln von einer partizipativen Methode der Gesundheitsförderung sprechen, und die Zirkel sind zumeist in gesundheitsförderliche Projekte oder Strukturen von betrieblichem Gesundheitsmanagement eingebettet. Die Beschäftigten, deren Arbeitsbedingungen verbessert werden sollen, werden aktiv an dem an ihrem Arbeitsplatz stattfindenden Prozess beteiligt und erhalten die Möglichkeit, dialogisch und unter Berücksichtigung der Perspektiven der einzelnen Berufsgruppen bzw. Hierarchieebenen, Lösungen und Strategien für den Umgang mit belastenden Arbeitsbedingungen zu entwickeln. So kann die Bedarfsgerechtigkeit geplanter Veränderungen verbessert und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Einzelnen gestärkt werden (SLESINA & BOHLEY, 2011, 619). Durch diese Art von kooperativer Partizipation rückt auch das gemeinsame Engagement der Mitarbeitenden in den Mittelpunkt, und die Teilnehmenden können insbesondere nach dem Berliner Modell dazu ermächtigt werden, kleinere Projekte selbstverantwortlich anzustoßen und durchzuführen (SUSEN et al., 1996).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Gesundheitszirkel sich als Instrument oder Methode der *partizipativen Gesundheitsförderung* vor allem im betrieblichen Kontext etabliert haben, die Möglichkeit, sie auch als Methode der *Gesundheitsforschung* nutzbar zu machen jedoch bisher wenig mitgedacht wurde.

Aufbauend auf den bisherigen methodischen Grundlagen des Gesundheitszirkels, modifizieren wir diesen auf Basis einer kommunikations- und systemtheoretischen Reflektion des Konzeptes des Communicative Space.

Als Ausgangspunkt unserer nachfolgenden Überlegungen schließen wir an die Grundlagen des Berliner Modells an, da es dem Grundgedanken der Partizipation und die mit ihm verbundenen Konzepte des Empowerments, des Capacity Buildings und der Schaffung von Awareness und Communities am nächsten steht.

### **2.3. Methodische Grundlagen von Gesundheitszirkeln**

Grundlegend entspricht die Methodik des Gesundheitszirkels zunächst der als Forschungsmethode bekannteren Fokusgruppe. Diese stellt eine in unterschiedlichen Feldern eingesetzte Form des Gruppeninterviews dar (BECKER et al., 2006; BRANDENBURGER et al., 2017; BREITENFELDER, HOFINGER, KAUPA, & PICKER, 2004; KAISER, BARRY, & KAISER, 2002; PELZ et al., 2004; PETERS, 1993; ROMM, 2015). Ähnlich dem Einzelinterview wird bei einer Fokusgruppe das Gespräch durch Forschende mit Hilfe eines Leitfadens vorstrukturiert, und es werden Personen befragt, die fokussiert über ein bestimmtes Thema sprechen.

Ebenso bedient sich der Gesundheitszirkel Methoden der moderierten Gruppendiskussion (LAMNEK, 2015, S.408), welche im Kontext sozialpsychologischer Kleingruppenexperimente entstanden ist (LEWIN, 1946). Anders als in diesem ursprünglichen Rahmen, sprechen die Teilnehmenden im Gesundheitszirkel jedoch nicht unter Labor-, sondern unter Realbedingungen miteinander, und das Erkenntnisinteresse steht hinter dem Anwendungsinteresse zurück. Es geht bei den Gruppendiskussionen im Gesundheitszirkel primär darum, Beschäftigte an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen zu beteiligen (SUSEN et al., 1996, S.142). Gesundheitszirkel sind dabei systematisch zeitlich befristet, thematisch orientiert, ergebnisoffen (SUSEN et al., 1996) und sanktionsfrei.

Im so geschaffenen Interaktionssystem werden folglich durch leitfadengestützte Befragung und Diskussion der Teilnehmenden implizite Bedeutungsgehalte intersubjektiv hervorgebracht und (kritisch) validiert. Der Anteil leitfadengestützter Befragung sollte im Verlauf einzelner Sitzungen zu Gunsten von diskursiver Kommunikation abnehmen.

Der Vorteil gegenüber dem Einzelinterview besteht in der direkten Hervorbringung des intersubjektiv Geteilten. Im Vergleich zu Einzelinterviews ermöglicht die entstehende Gruppeninteraktion auf diese Weise, an Informationen zu gelangen, die ansonsten im Verborgenen

geblieben wären (KITZINGER, 1995). Insbesondere können so kognitive Muster an Bedeutung gewinnen, die nur in Interaktion mit Peers aktiviert werden. Der Nachteil gegenüber dem Einzelinterview besteht darin, dass durch die Gruppensituation Mechanismen der sozialen Erwünschtheit greifen können. Insbesondere im Falle des Themenfelds Gesundheit können dadurch entsprechend tabuisierte Bedeutungsgehalte nicht kommunizierbar werden. Daher strebt die Zirkelarbeit an, einen sicheren Raum für die Beteiligten zu schaffen, um das Greifen dieser Mechanismen einzudämmen.

Hinsichtlich einer optimalen Gruppengröße variieren die Angaben für Gruppendiskussionen allgemein zwischen drei und 15 Teilnehmenden (vgl. LAMNEK, 2005, S.435), und auch für Gesundheitszirkel wird ein Maximum von 15 Teilnehmenden genannt (SCHRÖER & SOCHERT, 1997, S.292).

Aufgrund des Praxisbezuges erfolgt bei der Implementierung jedoch eher wenig forschungsmethodische Reflektion. Die Durchführung und etwaige Modifikationen orientieren sich an Ansprüchen der Organisationspraxis (KHAN, THINSCHMIDT, & SEIBT, 2006; KONRADT & WILM, 1999) und damit nicht daran, die Modelle durch eine Weiterentwicklung als partizipative Forschungsmethode fruchtbar zu machen. Insbesondere bleibt unklar, welche Implikationen die Modifikationen für die gemeinsame Definition der (Arbeits-) Wirklichkeit mit sich bringen und wie diese Definition Geltung innerhalb des organisationalen Kontextes erfahren kann, um im Sinne des Paradigmas der partizipativen Gesundheitsforschung notwendige Strukturveränderungen erfolgreich anzustoßen.

#### **2.4. Der Gesundheitszirkel als Methode der partizipativen Gesundheitsforschung**

Partizipative Gesundheitsforschung zielt als Paradigma darauf „die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich zu erforschen und zu beeinflussen“ (UNGER, 2012, § 1). Erforschung und Veränderung der Wirklichkeit sollen in einem partizipativen Geschehen systematisch aufeinander bezogen sein. Der Interventionscharakter kann folglich nicht gänzlich unberücksichtigt bleiben. Die Anwendung des Gesundheitszirkels als Methode ist zwar ebenso eingebettet in einen gesundheitsförderlichen Prozess im betrieblichen Kontext, aber zeitlich begrenzt zur Lösung einer spezifischen Problemstellung im Themenbereich Arbeitsbelastung bzw. Gesundheit der Beschäftigten.

Verbleibt der Gesundheitszirkel im Rahmen einer zeitlich begrenzten Intervention, besteht nicht die Möglichkeit, durch die andauernde Bezugnahme der Teilnehmenden in den Sitzungen unter methodischer Anleitung ein stabiles geteiltes System der Bedeutung zu schaffen (MEAD, 1981b, S.266; MEAD, 2005, S.89). Unserer Ansicht nach muss folglich der Gesundheitszirkel, damit dieser als Methode der partizipativen Gesundheitsforschung dienen kann, dauerhaft als partizipatives Element in den betrieblichen Kontext implementiert werden, so dass dieser die Perspektive der Betroffenen auf die Arbeitsbedingungen nicht nur hervorbringt, sondern als sich stets aktualisierende Wirklichkeitsdefinition Einfluss auf die Organisationsstruktur nehmen kann. Er muss mit anderen Worten zur Institution werden. Auch ist erst mit einer Institutionalisierung des Gesundheitszirkels möglich, über die Zeit eine handlungsfähige Community auszubilden.

In der Folge plädieren wir dafür, dass der Gesundheitszirkel als partizipative Forschungsmethode nicht freischwebend als Erhebungsmethode diskutiert oder gar angewendet wird.

Weiterhin möchten wir argumentieren, dass neben den Konzepten des Empowerments, des Capacity Buildings sowie den Zielen der Schaffung und Aufrechterhaltung von Awareness und Communities, die Bedingung der Möglichkeit dafür geschaffen werden muss, dass die Wirklichkeitsdeutungen im organisationalen Kontext legitime Geltung beanspruchen können. Aus der Perspektive eines partizipativen Forschungsgeschehens sind die Wirklichkeitsdefinitionen der Betroffenen zwar stets legitime Äußerungen, aber nicht zwangsläufig für die für Strukturveränderungen notwendigen Stakeholder, die der Systemlogik der Organisation folgen.

Unser Versuch, die damit verbundenen methodischen Problemstellungen zu lösen, besteht darin, in Anschluss an WICKS und REASON (2009) den Gesundheitszirkel als ein Verfahren zur Institutionalisierung eines Communicative Space zu operationalisieren. Ein „Communicative Space“ ist dabei „a delicate place where the lifeworld meets the system, a liminal, in-between space where two opposing qualities meet.“ (WICKS & REASON, 2009, S.258). Im Kontext des Gesundheitszirkels bedeutet Lebenswelt Arbeitswelt, und System Organisation.

Die Produktion von geteilten Wirklichkeitskonstruktionen ist als ein Diskurs gedacht und somit von der Existenz einer Diskursgemeinschaft abhängig. Die Schaffung notwendiger struktureller Voraussetzungen hat damit für die Anwendung der Methode oberste Priorität. Sie zielt auf die Schaffung eines sicheren Raumes innerhalb des Systems Organisation, der nach dem Ideal des „herrschaftsfreien Diskurses“ strebt, der sich nur am „eigentümlich zwanglosen Zwang des besseren Argumentes“ entlang der Gültigkeitsansprüche von „Verständlichkeit“, „Wahrheit“, „Richtigkeit“ und „Wahrhaftigkeit“ orientiert (HABERMAS, 1981, S.126–200).

Die Besonderheit eines solchen sicheren Raumes liegt darin, dass er die Möglichkeit eröffnet, bisherige Wirklichkeitsdeutungen von ihrer Überformung durch die Steuerungsmedien<sup>1</sup> Macht und Geld zu befreien und tradierte Wirklichkeitskonstruktionen, die durch mediengesteuerte Interaktion als Fakten erscheinen, wieder einem kritischen Diskurs und zwar unter Partizipation der von dieser Konstruktion Benachteiligten zuzuführen. Ohne Rücksicht auf vermeintliche Sachzwänge sollen dadurch kritisch-kreatives Handeln (JOAS, 2009; MEAD, 1981a, S.329; PEIRCE, 1965, 5) befördert und Probleme nicht nur gegenstands- sondern auch teilnehmeradäquat einer Lösung zugeführt werden (BERGOLD & THOMAS, 2012, S.11). Machtverhältnisse und ökonomische Kolonialisierungen der Arbeitswelt sollen reflektiert werden können, um dem Ideal des herrschaftsfreien Diskurses möglichst nahe zu kommen.

Wird aber die analytische Unterscheidung zwischen System und Lebenswelt ernst genommen, folgt daraus, dass auf Konsens ausgerichtete Kommunikation, wie sie im sicheren Raum des Gesundheitszirkels stattfinden soll, nicht unmittelbar an Systemprozesse anschlussfähig ist. Die hier gemeinsam geschaffene Wirklichkeitskonstruktion kann die Organisationswirklichkeit nicht direkt beeinflussen. Es bedarf der kontextadäquaten Institutionalisierung dieser Kommunikation, um ihre Geltung gegenüber der Organisation durchsetzen zu können. Die im Gesundheitszirkel produzierten Wirklichkeitskonstruktionen bzw. Wissensbestände müssen also als Prämissen zukünftigen Handelns bzw. Entscheidens in der Organisation legitim Geltung beanspruchen können.

Daraus folgt aber zugleich, dass der Gesundheitszirkel als Verfahren zur Schaffung und Aufrechterhaltung eines Communicative Space auch sicherstellen muss, dass die erarbeiteten geteilten Wirklichkeitskonstruktionen anschlussfähig sind an die organisationale Umwelt, die sie zu beeinflussen sucht. Der Communicative Space ist eben der Raum, in welchem sich Organisation und Arbeitswelt treffen sollen.

Um dieses methodologische Problem zunächst auf der konzeptionellen Ebene zu lösen, sind frühe systemtheoretischen Überlegungen LUHMANNs zum Mechanismus von Legitimation durch Verfahren instruktiv. Folgt man LUHMANN, ist „Legitimität“ die „generelle Bereitschaft, inhaltlich noch unbestimmte Entscheidungen innerhalb gewisser Toleranzgrenzen hinzunehmen.“ (LUHMANN, 1983, S.28).

---

<sup>1</sup> Folgt man HABERMAS (1981), ist die Moderne durch einen Differenzierungsprozess gekennzeichnet, bei dem die durch Systeme prozessierten generalisierten Steuerungsmedien Macht und Geld zunehmend verständigungsorientierte Kommunikationsprozesse ersetzen. Erhebung und Einlösung von Geltungsansprüchen sind zunehmend medial strukturiert und stellen so auf funktionaler Ebene die materielle Reproduktion der Gesellschaft sicher (HABERMAS, 1981, S.272–274). In der Moderne sind es zentral Arbeitsorganisationen, die mit Hilfe von Steuerungsmedien diese Funktion der gesellschaftlichen Reproduktion ausführen. Durch zweckrationales Handeln unter Verwendung der Steuerungsmedien Macht und Geld, verursachen sie spezifische Belastungserfahrungen, z.B. in Form einer „Ökonomisierung“ der Arbeitswirklichkeit (PEETZ, 2014). Auf Konsens ausgerichtete Kommunikation, wie sie im Gesundheitszirkel stattfinden soll, ist Organisationen äußerlich.

Legitimation kann durch Verfahren mit offenem Ausgang hergestellt werden. Dieses Vorgehen ermöglicht „Lernen im sozialen System“ (LUHMANN, 1983, S.35) durch die ko-produktive Erzeugung einer Verfahrensgeschichte, wobei die von der Entscheidung Betroffenen zentral an der Herstellung des Ergebnisses durch die Übernahme von Rollen mitwirken (LUHMANN, 1983, S.45). Motiviert werden die Beteiligten durch die Ungewissheit über den Ausgang bzw. die Offenheit des Verfahrens. Nur durch Ungewissheit ist nämlich gesichert, dass das jeweilige Rollenhandeln der Beteiligten auch die Möglichkeit besitzt, die Verfahrensgeschichte und damit den Verfahrensausgang zu beeinflussen. Die Ungewissheit des Verfahrensausgangs, so LUHMANN (1983, S.116), ist „die treibende Kraft des Verfahrens, der eigentlich legitimierende Faktor“.

Durch die Übernahme von Verfahrensrollen wird Komplexität reduziert, das heißt soziale Wirklichkeit konstruiert, da sich die Teilnehmenden freiwillig in Referenz zum Sachverhalt festlegen. Jedes eingespeiste Rollenhandeln (bspw. Redebeitrag, Protokoll), d.h. Information, entfaltet im Verfahren eine Bindewirkung, da nachfolgende Information an bisheriger in ihrer *verfahrensinternen* Konsistenz bemessen wird.

Die gemeinsame Schaffung einer Verfahrensgeschichte reduziert aber nicht nur sachverhaltsbezogene Komplexität; zudem wird von den Beteiligten durch Partizipation das Verfahren als Mechanismus der Komplexitätsreduktion (implizit) anerkannt. Damit wird die reduzierte Komplexität *intersubjektiv* übertragbar (LUHMANN, 1983, S.30). Das heißt, im Falle einer Infragestellung kann darauf verwiesen werden, dass die von Entscheidungen Betroffenen freiwillig an der Schaffung dieser Wirklichkeit beteiligt waren.

Äußerer Halt für diese Form der Übertragung reduzierter Komplexität ist aber, dass diese Form der Komplexitätsbewältigung „generelle Anerkennung“ (LUHMANN, 1983, S.31) erfährt. Ohne dieses „soziale Klima“ (LUHMANN, 1983, S.34) ist der Verweis auf eine gemeinsame Schaffung einer Wirklichkeitskonstruktion nicht anschlussfähig. Im Falle des Gesundheitszirkels kann dies durch den Verweis auf rechtliche Grundlagen, wie der in Deutschland institutionalisierten Mitbestimmung, gelingen.

Wird vor diesem Hintergrund der Gesundheitszirkel als ein institutionalisiertes Verfahren verstanden, kann der Diskurs im sicheren Raum des Zirkels lediglich eine Verfahrensstufe darstellen. Im Verfahren muss insbesondere den durch die Verfügungsgewalt über Macht und Geld positiv Privilegierten (Management) im Forschungsprozess, der sich durch einen sichtbar ungewissen Ausgang auszeichnet, eine eindeutige Rolle zugewiesen werden, die nicht nur auf rechtlichen Vorgaben gründet, sondern sie durch Ko-Produktion an die Ergebnisse und darauf resultierende Entscheidungen bindet. Ein Problem, das nicht theoretisch, sondern nur auf Ebene der Methode bzw. praktischen Durchführung zu lösen ist.

Damit lässt sich aus theoretischer Perspektive festhalten, dass ein so durchgeführter Forschungsprozess unter größtmöglicher Beteiligung aller Betroffenen und verfahrenstechnischer Einbindung von Stakeholdern stattfinden muss. In der Folge haben wir nicht nur methodische Modifikationen an der konkreten Zirkelarbeit vorgenommen (vgl. 2.5. und 2.6.), sondern ebenso den Gesundheitszirkel als einen Prozess zur Institutionalisierung eines Communicative Space konzipiert (vgl. 2.6.)

Dies verspricht lokal situiertes, kollektives, multiperspektivisches und kritisch reflektiertes Wissen zu erzeugen, das allen zugerechnet wird, also gehört. Zugleich wird diese Wirklichkeitskonstruktion mit Legitimität versehen, damit gegen Instrumentalisierung in Form von Rationalitätsfassaden (MEYER & ROWAN, 1977) oder Bagatellisierung gesichert, für welche partizipatorische Forschung besonders anfällig erscheint (BERGOLD & THOMAS, 2012, S.18). Die durch ein Verfahren geschaffene Wirklichkeitskonstruktion wird zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung und kann als Prämisse für zukünftiges Handeln im organisationalen Kontext weitreichende Wirkung entfalten. Theoretisch können damit Benachteiligte ermächtigt werden, Veränderungsprozesse in der Organisationsstruktur anzustoßen, wo es ihnen vorher verwehrt war.



## **2.5. Überblick zu den methodischen Modifikationen der Zirkelarbeit**

Unsere wichtigste methodische Modifikation auf Ebene der konkreten Zirkelarbeit besteht darin, die in der praktischen Zirkelmoderation genutzte Technik der Zerlegung von komplexen Sachverhalten zu deren Bearbeitbarkeit, in ein Analysetool zu überführen, das zunächst den Ist-Zustand der Arbeitswirklichkeit in vier Dimensionen tabellarisch erfasst. Auf diese Weise kann die Arbeitswirklichkeit als Forschungsgegenstand begriffen werden. Die Dimensionen beschreiben die Arbeitsbedingungen nach ihren sachlichen, sozialen, zeitlichen und strukturellen Aspekten. Die in Gruppendiskussionen zusammengetragenen Informationen und subjektiven Erfahrungen zu Belastungen im Arbeitsalltag werden schrittweise über mehrere Zirkelsitzungen hinweg in die Tabelle eingepflegt.

Die zweite Modifikation betrifft die Protokollierung dieses Prozesses. Es handelt sich dabei nicht um ein reines Sachprotokoll, sondern es fungiert als soziales Gedächtnis. Dies versetzt den Zirkel als Interaktionssystem in die Lage, seinen Arbeitsfortschritt transparent selbst zu beobachten und das in den Gruppendiskussionen gewonnene Material immer wieder zu prüfen und neu zu diskursiveren.

Auf der Ist-Analyse aufbauend werden zu den in den vier Dimensionen identifizierten Belastungsmomenten jeweilige Soll-Zustände formuliert und in die Tabelle eingetragen. Diese müssen analog zu klassischen Methoden in der Zirkelarbeit erreichbar und evaluierbar sein. Zuletzt werden darauf bezogene Ideen für Maßnahmen erarbeitet und eingetragen. Ist- und Soll-Zustände sowie Maßnahmenvorschläge werden Schritt für Schritt in das Protokoll aufgenommen und bilden in einer umfangreichen Matrix die geteilte Sicht der Zirkelteilnehmenden auf ihre Arbeitswirklichkeit in ihrem derzeitigen und im gewünschten zukünftigen Zustand ab.

Gleichzeitig dienen Tabelle und Protokoll als Instrumente der Validierung. Denn in fortlaufenden Rückkoppelungsschleifen über die Zirkelsitzungen hinweg wird beides immer wieder überarbeitet und konsentiert und auf diese Weise eine kollektiv geteilte Sichtweise auf die Arbeitswirklichkeit erarbeitet. Dies ermöglicht, latentes Wissen der Teilnehmenden zu explizieren und damit geteilte Wirklichkeitskonstruktionen partizipativ zu erarbeiten, die durch methodisch angeleitete Validierungsschleifen auch als wissenschaftliches Wissen Geltung beanspruchen können.

Diese starke Strukturierung des Diskursgeschehens scheint zunächst der Herstellung eines herrschaftsfreien Diskurses entgegenzustehen. Jedoch ist es das Ziel durch die differenzierte Analyse, den Beteiligten Instrumente an die Hand zu geben, die es ihnen ermöglichen, tradierte Sinngehalte aus einer neuen, forschenden Perspektive zu reflektieren und diese sowie in ihnen enthaltene Machtverhältnisse zu hinterfragen. Die Beteiligten übernehmen eine neue Rolle als Forschende, die im Diskurs aus kritischer Perspektive ihre Arbeitswelt analytisch betrachten.

## **2.6. Prozessverlauf eines Gesundheitszirkels**

Bei unserer modifizierten Form des Gesundheitszirkels als institutionalisierter Communicative Space handelt es sich um eine partizipative Forschungsmethode in Kombination mit Intervention (UNGER, 2012), die sich dadurch kennzeichnet, dass das im Laufe des Forschungsprozesses generierte Wissen dazu beiträgt, einen Entwicklungsprozess in dem Feld anzustoßen, in dem sie eingesetzt wird (UNGER, BLOCK, & WRIGHT, 2007, S.11). Die Schritte im Institutionalisierungsprozess sind: (1) Feldzugang, (2) Schaffung der Voraussetzungen für den partizipativen Forschungsprozess, (3) Durchführung des Gesundheitszirkels als partizipativer Forschungsprozess, (4) Einleitung von Strukturveränderungen und (5) Ausbildung internen Sachverständes.

### *2.6.1. Prozessschritt 1 – Feldzugang*

Die Phase des Feldzugangs zielt darauf, zunächst das Vertrauen der Stakeholder in den partizipativen Forschungsprozess und seinen Nutzen für die Organisation herauszustellen. Es muss folglich plausibel der funktionale Gehalt des partizipativen Forschungsprozesses und sein offener Ausgang herausgestellt werden. Dies ist die Bedingung dafür, dass die Institutionalisierung des Gesundheitszirkels überhaupt gelingen kann und der Forschungsprozess Zugang zur Organisation und ihren Ressourcen bekommen kann. Dabei sollte zugleich der Kontakt zu Vertretern der Mitarbeiterschaft gesucht und diese in den Prozess miteingebunden werden. Das Ziel der Institutionalisierung, das heißt der innerorganisationalen Aufdauerstellung des Gesundheitszirkels, sollte in dieser Phase explizit formuliert werden. Im Anschluss müssen die materiellen und immateriellen Voraussetzungen für den partizipativen Forschungsprozess organisationsintern akquiriert werden.

### *2.6.2. Prozessschritt 2 - Schaffung der Voraussetzungen für den partizipativen Forschungsprozess*

Die Einrichtung eines Steuerungsgremiums dient dem Ziel, organisational bedingte Interessen, materielle Ressourcen und Fachverstand zusammenzuführen, um die Rahmenbedingungen für die Zirkelarbeit bereit, sowie dessen Durchführung auf Dauer zu stellen. Die Festlegung folgender Funktionen sollte im Fokus stehen:

- Bereitstellung materieller Ressourcen, notwendigem Organisationswissen und Entscheidungsbefugnissen zur Durchführung des partizipativen Forschungsprozesses
- Diskussion der Ergebnisse des partizipativen Forschungsprozesses unter aktiver Beteiligung von Mitarbeitenden (Expertise für die Arbeitswirklichkeit)
- Beschlussfassung, welche Maßnahmen vor dem Hintergrund der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion zu ergreifen sind

Das Steuerungsgremium symbolisiert die Relevanz des Themas und erzeugt so Legitimität und Awareness. Es stellt Ressourcen bereit und dient der Festlegung eines ersten Problemhorizontes, der bearbeitet werden soll. Es sorgt zudem für die Durchsetzung konsensual verabschiedeter Maßnahmen bzw. Strukturveränderungen. Dies kann bereits unter Partizipation der Organisationsmitglieder erfolgen.

### *2.6.3. Prozessschritt 3 - Durchführung des Gesundheitszirkels als partizipativer Forschungsprozess*

Ziel des Gesundheitszirkels ist es, einen Communicative Space herzustellen, dessen manifeste Funktion es ist, partizipativ die Arbeitswirklichkeit mit Fluchtpunkt auf belastende, entlastende und kompensierende Eigenschaften der Organisationsstruktur zu bestimmen. Die latente Funktion dieser Wissensproduktion im sicheren Raum lässt sich dabei analytisch wie folgt aufgliedern:

- Entdeckung geteilter Problemlagen, sodass insbesondere Belastungserfahrungen nicht als Versagen des Individuums, sondern als Struktureffekte gedeutet werden können, die sämtliche Belastete betreffen (Awareness)
- Kritische Reflexion des wirklichkeitsdefinierenden Einflusses der Steuerungsmedien Macht und Geld auf den Status quo (Emancipation)
- Schaffung einer Gemeinschaft auf Basis geteilter Perspektiven auf die Arbeitswirklichkeit (Community Building)

- Ausbildung notwendiger Kompetenz zur Erfassung der Arbeitswirklichkeit, in der Form, dass sie auf organisationale Strukturen erfolgreich Einfluss nehmen kann (Capacity Building)
- Systematische Übernahme von Verantwortung der Mitarbeitenden bei der Durchführung von organisationalen Strukturveränderungen (Empowerment)

Zusammengenommen soll der Gesundheitszirkel der Zielgruppe einen zunehmend selbstbestimmten Zugriff auf ihre Arbeitswirklichkeit dauerhaft ermöglichen.

Die konkrete Durchführung beginnt mit der diskursiven Festlegung eines spezifischen Themas unter dem Dach eines Problemhorizontes, wie er im Steuerungsgremium vorformuliert wurde. Weitere Themen, die sich in der ersten Sitzung ergeben, werden als Themenspeicher angelegt. Es folgt die Ist-Analyse entlang des nachstehenden analytischen Rasters:

- Sachebene: Worin besteht die Belastung in dieser Unterdimension konkret?
- Zeitebene: Wann, zu welchen Zeitpunkten bzw. -räumen tritt die durch den Sachverhalt ausgelöste Belastung auf?
- Sozialebene: Welche Personen- und Hierarchieverhältnisse spielen bei diesem Sachverhalt eine Rolle?
- Ebene der Materialität: Welche Gegenstände und Räume sowie ökonomische Restriktionen sind in diesen Sachverhalt involviert?

Durch eine solche Analyse von Unterdimensionen, die sich über eine Reihe von Zirkelsitzungen erstreckt, soll erreicht werden, dass komplexe Sachverhalte auf kognitiv handhabbare Elemente heruntergebrochen werden. Dadurch können neue Aspekte an der Wirklichkeit entdeckt werden, die einer alltagsweltlichen Kommunikation über Belastungen nicht zugänglich sind. Denn diese setzen in der Regel bei der Belastungserfahrung, also bei der Wirkung der Gesundheit abträglicher Strukturen und nicht bei der Analyse der ursächlichen Strukturen selbst an. Die angestrebte latente Funktion ist, dass die Beteiligten Erfahrungen machen, ihre Arbeitswirklichkeit mit Hilfe analytischer Kategorien zu untersuchen. Die Heuristik soll dabei im Idealfall auch zunehmend gemeinsam geschärft werden.

Die Zirkelarbeit geht dann über in die Definition von Soll-Zuständen.

Diese dienen als Orientierung für die Erstellung von Maßnahmen. Weiterhin ermöglichen sie die spätere Evaluation von Interventionen: Strukturveränderungen können danach bewertet werden, ob die Soll-Zustände erreicht wurden. Daher ist hier von Seiten der Projektleitung nicht nur darauf zu achten, dass die Zielzustände eindeutig formuliert und auf die Unterdimension bezogen sind, sondern darüber hinaus, dass das Erreichen dieser Zielzustände auch in der einen oder anderen Weise messbar und damit innerorganisational sichtbar gemacht werden kann.

Darauf aufbauend werden Maßnahmenvorschläge erarbeitet.

Sind durch die Ist-Analyse die Ausgangsstrukturen und ihre Folgen bekannt, können vor dem Hintergrund der definierten Soll-Zustände entsprechende Strukturveränderungen („Maßnahmen“) erarbeitet werden. In diesem Schritt des Prozesses ist insbesondere darauf zu achten, dass weniger Veränderungen von Personen oder die Kompensation von Belastung angestrebt werden, denn diese lassen die organisationalen Ursachen von Be- und Entlastung unberührt. Vielmehr sollte die Veränderung belastender organisationaler Struktureigenschaften im Fokus der Analyse stehen. Erst wenn keine solche Lösung diskursiv erarbeitet werden kann, sollte über mögliche kompensatorische Interventionen nachgedacht werden. Abschließend wird zusammengetragen, welche von Veränderungsvorschlägen betroffenen Akteure, einschließlich Stakeholdern, beteiligt werden sollten.

Der gesamte Prozess wird begleitet von einer systematischen Protokollierung der Ergebnisse entlang seiner ihn definierenden Dimensionen und Unterdimensionen einerseits, sowie der

verwendeten Heuristik andererseits. Das Protokoll darf dabei nicht bloße Subsumierung von Narrationen unter analytische Kategorien sein, denn ansonsten würden die Mitarbeitenden wieder in die Rolle des Untersuchungsobjektes gedrängt. Vielmehr ist das Protokoll als ein Selbstverständigungsangebot zu verstehen, das im Diskurs wiederholt selbst zum Gegenstand gemacht wird und auf diese Weise zur Validierung des Erarbeiteten beiträgt.

Das Protokoll dient im Anschluss als objektivierte Grundlage der weiteren Schritte des Verfahrens zur Veränderung des organisationalen Settings. Es ist in der Binnenperspektive keine unsystematische Sammlung von Beschwerden oder subjektiven Belastungserfahrungen, sondern eine auf der Grundlage eines moderierten Erkenntnisprozesses entstandene Wirklichkeitskonstruktion, die durch Einbindung des Steuerungsgremiums von Seiten des Managements zentral koproduziert wurde und in der Folge als Prämisse zukünftigen Handelns, das heißt Entscheidungen, umfassende Geltung beanspruchen kann.

#### *2.6.4. Prozessschritt 4 - Einleitung von Strukturveränderungen*

Nach Bearbeitung einer Dimension des Gegenstandes werden die Ergebnisse im Steuerungsgremium unter Beteiligung von Zirkelmitgliedern als Expertinnen und Experten diskutiert und gemeinsam Maßnahmen beschlossen. Die Ergebnisse sollten im Anschluss innerorganisational breit kommuniziert werden. Auf Beiträge von Seiten dieses erweiterten Kreises sollte unbedingt eingegangen werden. Im Falle aufkommender Einwände müssen diese in jedem Fall berücksichtigt werden, denn nur durch eine breite Akzeptanz der Strukturveränderungen kann diese auch erfolgreich sein. Ggf. sind die Maßnahmen erneut im Zirkel oder im Steuerkreis zu überarbeiten.

#### *2.6.5. Prozessschritt 5 - Ausbildung internen Sachverständes*

Die Ausbildung internen Sachverständes umfasst drei Ebenen: Erlernen der Rolle des Forschenden vermittelt über Anwendung und Modifikation der Heuristik, Durchführung von Evaluationstreffen zum Austausch über die Arbeit im Zirkel als Beobachtung 3. Ordnung, Schulung der Teilnehmenden in der Durchführung von Gesundheitszirkeln, einschließlich der Arbeit im Steuerkreis. Das Ziel ist, die Institutionalisierung auf Ebene des Capacity Buildings abzuschließen und Beschäftigte zu empowern. Im Erfolgsfall kann externer Sachverstand einer wissenschaftlichen Projektleitung dann entfallen. Auf diese Weise stellt die Institutionalisierung des Gesundheitszirkels nicht nur eine Maßnahme der Organisations-, sondern auch der Personalentwicklung dar. Im Ergebnis wird eine dauerhafte Beschäftigung mit den Arbeitsbedingungen auf organisationaler Ebene etabliert. Mit der Übergabe der Moderation des Communicative Space an die Mitarbeitenden selbst wird schließlich die letzte Hürde der Institutionalisierung auf Ebene des Capacity Buildings genommen.

### **3. Fallbeispiel - Der Gesundheitszirkel im Setting Krankenhaus als institutionalisierter Communicative Space**

Der Einsatz des Gesundheitszirkels als partizipative Forschungsmethode war eingebettet in ein Projekt der partizipativen Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung. In diesem konkreten Praxisbeispiel aus dem Krankenhauskontext wurden die Arbeitsbedingungen von examinierten Pflegekräften durch unsere modifizierte Form des Gesundheitszirkels zum Gegenstand gemacht.

Den Hintergrund bildete die seit 2003 verpflichtende Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bei der Arbeit nach § 5 (3) Nr. 6 ArbSchG. Die Zielgruppe bestand aus ca. 2.500 examinierten Pflegekräften. Die Berufsgruppe der Pflegenden befindet sich im Krankenhaus seit Jahrzehnten in einer sehr ungünstigen Position (ALBRECHT, BÜCHNER, & ENGELKE, 1982; BARTHOLOMEYCZIK, 1987; BAUMANN & ZELL, 1992; MARRS,

2002; NOCK, HIELSCHER, & KIRCHEN-PETERS, 2013; PROELL & STREICH, 1984; SIMON, 2016). Zwar stand die Veränderung der Arbeitswelt Krankenhaus bereits im Mittelpunkt gesundheitsförderlicher Projekte (LOBNIG, NOWAK, & PELIKAN, JÜRGEN, M., 1997; MÜLLER, MÜNCH, & BADURA, 1997; SENGE & KLOSTERMANN, 1997), aber die gesundheitliche Lage Pflegender im Krankenhaus erweist sich nach wie vor als problematisch (AIKEN et al., 2012; AIKEN, SLOANE, BRUYNEEL, VAN DEN HEEDE, & SERMEUS, 2013). Vor diesem Hintergrund haben wir revitalisiert, dass sich Gesundheitszirkel als probates Mittel zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung im Krankenhaus erwiesen haben (GROSSMANN, 1993b, 331ff.; MÜLLER et al., 1997; WESTERMAYER, 1994). Zum einen stellen Gesundheitszirkel in diesem Sinne eine partizipative Methode der Gestaltung der Arbeitswelt Krankenhaus dar und theoretisch sollten damit positive Gesundheitsfolgen erzielt werden.

Im Gegensatz zum gängigen Vorgehen verwendeten wir den Gesundheitszirkel zum anderen jedoch als partizipative Forschungsmethode. Dabei berücksichtigten wir vor dem Hintergrund unserer theoretischen Annahmen das Setting des Krankenhauses folgendermaßen: Durch die institutionellen Besonderheiten des Krankenhauses ist berufliches Arbeiten für Pflegende in einer ungünstigen, gesundheitlich belastenden Form organisiert, denn das Krankenhaus weist Struktureigenschaften sui generis auf (WILKESMANN, 2017). Dies nicht zuletzt aufgrund der Verwobenheit unterschiedlicher, zum Teil widersprüchlicher, aber sich auch gegenseitig verstärkender tradierter Sinngehalte auf organisationaler Ebene, die der Handlungsorientierung in der Krankenbehandlungspraxis dienen (BÄR & STARYSTACH, 2017). Aktuelles Beispiel dafür ist, dass im Zuge des als „Ökonomisierung“ bezeichneten Wandlungsprozesses die Geltung ökonomischer Prinzipien in Krankenhäusern zunimmt (KÜHN & SIMON, 2001; SIMON, 2014). Die Folge ist, dass Pflegekräfte im Krankenhaus qua Arbeitsorganisation einen „High-Strain-Job“ (KARASEK, 1979) ausüben (BÄR & STARYSTACH, 2018) und damit nicht nur gesundheitlich, sondern auch in Bezug auf ihre Chancen zur Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen systematisch benachteiligt sind.

Fokussiert man den Blick auf latentes handlungsleitendes Wissen und dessen Geltungsansprüche, dann dient der Gesundheitszirkel als Forschungsmethode der gemeinsamen Herausarbeitung dieser Sinngehalte. Ausgestattet mit partizipativ-wissenschaftlichem Wissen über tradierte und ggf. im Zuge der Ökonomisierung sich neu etablierende Sinngehalte wie der Betonung von Effizienz von Arbeitsabläufen, sollten sich unserer Ansicht nach kontextadäquate Strukturveränderungen durchführen lassen. Ziel der Strukturveränderungen sollte es sein, Prinzipien guter Arbeit aus der Perspektive Pflegender in die Organisation als geltend zu integrieren und der Gesundheit abträglicher Prinzipien entgegenzuwirken bzw. diese, soweit möglich, zu de-institutionalisieren.

### **3.1. Prozessschritt 1 - Feldzugang**

Der konkrete Feldzugang erfolgte vermittelt durch die Personalvertretung unter Berufung auf das Mitbestimmungsrecht bei der rechtlich vorgeschriebenen Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nach § 5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG, kombiniert mit dem Vorschlag, ein externes Universitätsinstitut mit der Projektleitung zu betrauen. Die Zustimmung des leitenden Managements konnte erreicht werden, indem (a) Sachverstand und (b) umfangreiche Kenntnisse in der Durchführung von Forschungs- und Organisationsentwicklungsprojekten nachgewiesen worden sind. Weiterhin wurde (c) Neutralität und (d) verfahrenstechnische Offenheit des Forschungsprozesses zugesichert. Darüber hinaus entstanden durch die Durchführung der ersten Projektschritte in Form eines Lehrforschungsprojektes (e) lediglich Opportunitätskosten für die Organisation. Schließlich ermöglichte der (f) Zugang über die Pflege besondere innerorganisationale Relevanz. Gerade nicht, weil insgesamt die Krankenhauspflege aus der Binnen- und wissenschaftlichen Perspektive besonders belastet ist, sondern weil gegenwärtig ein Fachkräftemangel den Betrieb von Großkrankenhäusern bedroht (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2017; GÖRRES, SEIBERT, & STIEFLER, 2017).

### **3.2. Prozessschritt 2 - Schaffung der Voraussetzungen für den partizipativen Forschungsprozess**

Um den partizipativen Forschungsprozess in die Wege zu leiten und die notwendigen Grundlagen für dessen Institutionalisierung im organisationalen Kontext zu schaffen, wurde im konkreten Fall dreistufig vorgegangen.

#### *3.2.1. Implementierung eines Steuerungsgremiums*

Im Steuerungsgremium, das sich regelmäßig traf, wurden Entscheidungen konsensual getroffen. Die Rolle des Steuerungsgremiums wurde gemeinsam bestimmt und orientierte sich an den oben dargestellten Grundfunktionen.

Die Bereitschaft, zukünftig materielle Ressourcen für die Zirkelarbeit zur Verfügung zu stellen, wurde eindeutig geklärt. Um die Beschäftigten bei der Teilnahme am Zirkel zu unterstützen und wertzuschätzen, wurden die Zirkeltreffen als Arbeitszeit gewertet. Im konkreten Projekt waren Krankenhausmanagement, HR-Abteilung, Personalvertretung, Betriebsärztlicher Dienst, Vertreter von Arbeitssicherheit und wissenschaftliches Projektmanagement beteiligt. Nach der Bearbeitung erster Problemfelder in insgesamt drei Gesundheitszirkeln zu verschiedenen Themen wurde der Steuerkreis jeweils bei der Ergebnisdiskussion durch Zirkelteilnehmende ergänzt.

#### *3.2.2. Durchführung einer Datenerhebung*

Zur Identifikation möglicher Problemfelder wurde im Prozess der Gefährdungsbeurteilung eine standardisierte Datenerhebung mit einem validierten Erhebungsinstrument durchgeführt, was der nachfolgenden Zirkelarbeit notwendige Legitimität im organisationalen Kontext verschaffte. Auf diese Weise konnten Belastungserfahrungen nicht mehr als lediglich subjektive oder gar idiosynkratische Wirklichkeitskonstruktionen etikettiert werden. Der Effekt für die Schaffung eines Communicative Space bestand darin, dass sich die zukünftigen Aktivitäten des Gesundheitszirkels auf diese Grundlage beziehen und die Ergebnisse innerorganisational als legitime Geltungsansprüche formuliert werden konnten. Die Ergebnisse der standardisierten Datenerhebung wurden nicht nur intern im Steuerungsgremium zur Diskussion gestellt, sondern zur Herstellung von Vertrauen und Awareness sämtlichen Beschäftigten zugänglich gemacht. Die zielgruppenadäquate Ergebnisdarstellung wurde mit der Information verbunden, dass zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Einführung von Gesundheitszirkeln geplant ist, an denen Mitarbeitende aus der Zielgruppe teilnehmen können. Weiterhin, dass es sich dabei um einen sicheren Raum handeln wird, in welchem sie sich offen und ohne Angst vor Sanktionen äußern können. Begleitet wurde diese Zusicherungen durch entsprechende und glaubhafte Äußerungen des leitenden Managements und der Personal- bzw. Mitarbeitervertretung.

#### *3.2.3 Projektierung der ersten Zirkelarbeit*

Auf Basis der Ergebnisse der standardisierten Befragung und unter Hinzuziehung von Organisationswissen des Steuerungsgremium wurde konsensual entschieden, zu welchen Problemfeldern Gesundheitszirkel eingerichtet werden. Dabei wurde nicht festgelegt, mit welchen konkreten Themen sich die Teilnehmenden zu befassen hatten. Bereits hier konnte der Projektverlauf von der ersten Institutionalisierung profitieren. Durch das gegenüber den Mitarbeitenden bereits in der frühen Phase der Datenerhebung zugesicherte Commitment zur Durchführung dieser konkreten Organisationsentwicklungsmaßnahme bestand für die Bereitstellung notwendiger Ressourcen eine innerorganisationale Legitimität, die den Prozess gegen Partikularinteressen immunisierte. Im konkreten Projektzusammenhang wurden wegen deutlich

unterscheidbaren Belastungsstrukturen darauffolgend drei Zirkel eingerichtet und zwar zu den Problemhorizonten: (1) Anerkennung der Arbeit von Pflegekräften, (2) Arbeitsbelastung in der Intensivpflege und (3) Arbeitsbedingungen der Pflege in einer konkreten klinischen Abteilung. Angestrebt wurde zunächst eine homogene Zusammensetzung der Zirkel, bestehend aus examinierten Pflegekräften. Durch Personalvertretung und Management wurden die Mitarbeitenden erneut aufgefordert, sich an den Zirkeln in ihrer Arbeitszeit zu beteiligen. Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen wurden veranlasst, Pflegende bei der Teilnahme aktiv zu unterstützen.

### **3.3. Prozessschritt 3 - Durchführung des Gesundheitszirkels als partizipativer Forschungsprozess**

#### *3.3.1. Konstituierende Sitzung*

Die Teilnahme am Zirkel erfolgte freiwillig. In der konstituierenden Sitzung wurde zunächst das Vorgehen sowie das Ziel erläutert, die Organisationsstrukturen (nicht: das Individuum) zu verändern. Weiterhin, dass die Arbeit des Zirkels innerorganisationale Unterstützung erhält und dass sämtliche Ergebnisse des gemeinsamen Arbeitsprozesses protokolliert werden, um einen kumulativen Erkenntnisfortschritt zu ermöglichen. Dies aber dergestalt vollzogen wird, dass eine Zuordnung von Aussagen zu einer konkreten Person möglich ist. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Prozess um ein mittelfristiges Unterfangen handelt, das aber aufgrund seiner Systematik, innerorganisationalen Unterstützung sowie Einbettung in das Arbeitsschutzrecht glaubhaft verspricht, langfristig die Arbeitswirklichkeit im Sinne der Mitarbeitenden zu verändern.

Im konkreten Fall stellte sich hier die Herausforderung, dass Pflegende darüber berichteten, dass bereits viele Projekte zur Verbesserung von Arbeitsbedingung stattgefunden hätten, ohne dass es zu wahrnehmbaren Veränderungen gekommen sei. Die Arbeit an der damit verbundenen Aufrechterhaltung der Motivation zur Teilnahme am Forschungsprozess, das heißt an den an den Zirkel gerichteten Erwartungsstrukturen, wurde zu einer Daueraufgabe für die Projektleitung. Es konnte jedoch je Zirkel eine dauerhafte Beteiligung von 5-15 Teilnehmenden sichergestellt werden.

Im Anschluss wurde der zu bearbeitende Problemhorizont dargestellt. Hier wurden die Teilnehmenden zunächst mit einer externen wissenschaftlichen Wirklichkeitskonstruktion konfrontiert. Um eine Überformung der Perspektive der Zielgruppe durch wissenschaftliche Deutungen zu verhindern, wurde daran anschließend gemeinsam mit den Beteiligten der Gegenstand neu definiert. Dies erfolgte durch eine offene Diskussion, in der zentrale Aspekte des Problemhorizontes gemeinsam entdeckt wurden. Die Aufgabe der Moderation bestand dabei ausschließlich darin, die *Dimensionen* des Forschungsgegenstandes zu systematisieren. Dabei wurden klassische Moderationstechniken eingesetzt.

Im konkreten Projekt wurde bspw. anhand des Gratifikationskrisenmodells (SIEGRIST, 1996) aufgezeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte weniger Gratifikation erhält, als sie an Leistung erbringt sowie, dass bekannt ist, dass dies eine für die Gesundheit ungünstige Konstellation darstellt. Definiert wurde aber nicht, in welcher Form sich diese Konstellation konkret in der Arbeitswirklichkeit konstituiert. Der darauf aufbauende Diskurs zeigte, dass insbesondere im Verhältnis zu Führungskräften und dem ärztlichen Dienst mangelnde Anerkennung ein systematisches Problem darstellte.

Nach der Definition des Gegenstandes wurde nach offener Abstimmung darüber, welche der Dimensionen im Zirkel zuerst bearbeitet werden soll, das Ergebnis konsentiert. Die übrigen Dimensionen wurden in einen Themenspeicher überführt.

Im obigen Fall entschied sich die konstituierte Gruppe zum Problemhorizont Anerkennung der Arbeit von Pflegekräften, die Dimension Anerkennung in Führungsverhältnissen zu bearbeiten

und im Zirkel auch Stationsleitungen zu inkludieren sowie zu einzelnen Sitzungen Pflegedienstleitungen einzuladen, um herausgearbeitete Aspekte der Arbeitswirklichkeit gemeinsam zu reflektieren.

### *3.3.2. Bearbeitung des Gegenstandes*

In den nachfolgenden Sitzungen wurde damit begonnen, die gewählte Dimension des Problemhorizontes zu bearbeiten. Dabei hatte die Projektleitung die Aufgabe, eine Forschungsform bereitzustellen. Ziel war es, die Mitarbeitenden zu ermächtigen, dass es ihnen möglich wird, durch systematische Analyse die Wirklichkeitskonstruktionen des Status quo aufzubrechen. Zu diesem Zweck erfolgte die Bearbeitung einer Dimension im dargestellten Dreischritt.

#### 3.3.2.1. Ist-Analyse

Bei der Ist-Analyse wurden die gewählte Dimension und damit verbundenen Organisationsstrukturen einer systematischen Reflexion zugänglich gemacht. Dazu wurde sie in *Unterdimensionen* zergliedert. So wurde bspw. die Dimension „Mangelnde Anerkennung in Führungsverhältnissen“ nach Führungsverhältnissen aufgegliedert: Pflegekräfte zu Stationsleitungen, Pflegekräfte zu Pflegedienstleitung, usw. Jede Unterdimension wurde systematisch auf vier analytischen Ebenen untersucht, bis die Ist-Analyse der als erstes zu bearbeiteten Dimension abgeschlossen war.

Die besondere Herausforderung bestand für die Projektleitung in dieser Phase darin, Narrationen der Teilnehmenden nicht unter eigene wissenschaftlich-analytische Kategorien zu subsumieren, sondern die Mitarbeitenden bei der Anwendung der Heuristik so zu unterstützen, dass sie diese zunehmend selbständig anwendeten und fortentwickelten.

#### 3.3.2.2. Definition von Soll-Zuständen

Nach der Ist-Analyse wurden aus der Perspektive der Teilnehmenden für die jeweilige Unterdimension Zielzustände definiert; bspw. „Es sollte Lob auch für Routinearbeiten von Seiten des Führungspersonal geäußert werden“.

Eine besondere Herausforderung in dieser Phase war es, dass es den Teilnehmenden oft schwerfiel, Soll-Zustände zu formulieren. Eher gelang es ihnen, direkt Strukturveränderungsvorschläge zu erarbeiten. Es hat sich bewährt, in solchen Fällen „rückwärts“ Soll-Zustände zu entwerfen, da die Strukturveränderung implizit auf das intersubjektiv Gesollte schließen lässt. Auf Basis dieser gemeinsamen Herausarbeitung latenter Sinngehalte konnte bei der Entwicklung von Strukturveränderungsvorschlägen wieder „vorwärts“ verfahren werden. Oft gerieten dann auch neue bisher nicht reflektierte Strukturen in den Blick, deren Veränderung belastende Wirklichkeitskonstruktionen zu de-institutionalisieren im Stande sind. Im konkreten Fall wurde sie bspw. um analytische Kategorien wie Interessen unterschiedlicher Statusgruppen, aber auch die des organisationsbedingten Sachzwangs ergänzt.

#### 3.3.2.3. Entwicklung von Strukturveränderungsvorschlägen

Die Projektleitung hatte in dieser Phase die Aufgabe, darauf zu achten, dass mögliche Strukturveränderungen nicht unter internalisierten Sachzwängen evaluiert und vorschnell verworfen wurden, sondern gerade diese Formen tradierter Wirklichkeitskonstruktionen dekonstruiert wurden. Es war dabei wichtig, dass die Beteiligten bei der Entwicklung von Maßnahmen auf organisationale Sachzwänge sowie formelle und informelle Machtverhältnisse keine Rücksicht nahmen. Diese Reflexion auf die Kolonialisierung der Wirklichkeitskonstruktionen (durch die



Steuerungsmedien Geld und Macht) sollte in jeder Phase des partizipativen Forschungsprozesses erfolgen. Aus der Erfahrung wurde dies gerade bei der Maßnahmenentwicklung besonders virulent. Die Teilnehmenden mussten immer wieder dazu angeregt werden, ihre eigene Perspektive auf scheinbar notwendige Wirklichkeitskonstruktionen zu hinterfragen, bis dies zunehmend selbständig gelang.

#### 3.3.2.4. Protokollierung

Das Protokoll diente dem Zirkel als soziales Gedächtnis. Es stellte die Übertragung der durch gemeinsame Arbeit reduzierten Komplexität in eine intersubjektiv nachvollziehbare Form dar. Auf der praktischen Ebene der Intervention ist dies die Form, die innerorganisational Anerkennung erfahren kann. Auf der Forschungsebene stellte es das Ergebnis der diskursiven Erschließung, Offenlegung und Validierung der geteilten Sicht auf die Arbeitswirklichkeit und ihre Veränderungsbedarfe dar.

Es hat sich dabei bewährt, sich stets explizit auf das Protokoll als Manifestation des fortschreitenden Prozesses zu beziehen, die Inhalte den Zirkelmitgliedern zu spiegeln und ggf. Änderungen dergestalt vorzunehmen, dass alle Beteiligten bereit sind, diese auch zu vertreten.

#### 3.4. Prozessschritt 4 - Einleitung von Strukturveränderungen

Die Forschungsergebnisse wurde im Anschluss im Steuerkreis unter Beteiligung von Teilnehmern aus dem Steuerkreis diskutiert und Maßnahmen in Form von Pilotprojekten in einzelnen Arbeitsbereichen konsensual beschlossen.

Diese Ergebnisse wurden anschließend auf Mitarbeiterversammlungen präsentiert, wobei hier geäußerte Kritik konstruktiv aufgenommen, systematisch gesammelt und in die konkrete Ausarbeitung der Interventionen einfluss, um eine demokratische Rückbindung zu ermöglichen.

Es wurde die Evaluierung der Pilotprojekte, vermittelt über das standardisierte Erhebungsinstrument, nach einem Jahr festgelegt. Im Falle erfolgreicher Evaluierung sollten die Piloten in ähnlich belastete Bereiche übertragen werden. Im Falle, dass sich keine entsprechende Veränderung des Belastungsprofils aufzeigen ließe, sollten die Piloten entsprechend überarbeitet werden.

Ein Stolperstein in der Diskussion der partizipative erarbeiteten Forschungsergebnisse ist erfahrungsgemäß die Frage nach der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Gruppengröße. Hier hat sich eine Erläuterung von Prinzipien qualitativer Sozialforschung bewährt.

Von der zunehmenden Institutionalisierung konnte die Diskussion in der Form profitieren, dass umgekehrt nicht in Frage gestellt wurde, dass auf Basis der Forschungsergebnisse Maßnahmen im Sinne der benachteiligten Gruppe der Pflegenden zu ergreifen waren. Durch die Art und Weise des Zustandekommens der Ergebnisse wurde dies zur Prämisse organisationalen Handelns der Stakeholder. Ein Exit aus dem Gesundheitszirkel wäre vor dem Hintergrund der Verfahrensgeschichte mit einem kaum leistbaren Begründungsaufwand verbunden. Jedoch zeigte sich auf Seiten des Managements die Strategie, den Prozess zum Teil zu verschleppen. Die Organisation des Fortgangs des Verfahrens wurde auf diese Weise ebenso zur Daueraufgabe der Projektleitung.

Neben der partizipativen Entwicklung von Pilotprojekten zur Umsetzung wurde im Gesundheitszirkel die nächste Dimension des Gegenstandes bearbeitet.

### 3.5. Prozessschritt 5 - Ausbildung internen Sachverstandes

Zunächst wurden durch die Arbeit im Zirkel die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen einer kritischen Reflexion zugänglich und als Perspektive von den Teilnehmenden internalisiert und problem- und kontextbezogen modifiziert. Weiterhin wurde durch eine Reflexion des Prozesses selbst, in welcher Mitglieder unterschiedlicher Zirkel in Evaluationstreffen zusammengeführt wurden, ein Verständnis für die Besonderheiten und Möglichkeiten dieses Prozesses in Hinblick auf die Veränderung von Organisationsstrukturen geschaffen. Diese Form der Prozessevaluation hat sich als geeignet erwiesen, um die Gemeinschaftsbildung unter Pflegekräften als von den Organisationsstrukturen negativ Betroffener zu forcieren. Schließlich wurde zur vollständigen Institutionalisierung eine Schulung entwickelt und durchgeführt, in welcher die notwendigen Kompetenzen der Moderation, Protokollierung und Präsentation von Ergebnissen vermittelt wurden. Das Ziel dabei war es, den Prozess möglichst umfangreich in die Hände der Mitarbeitenden selbst zu geben und externen wissenschaftlichen Sachverstand nur zur Beratung im Krisen- und Konfliktfall heranziehen zu müssen. Die internen Expertinnen und Experten wurden nicht nur theoretisch ausgebildet, sondern flankierend durch die Teilnahme an Sitzungen an die Rollenübernahme in Moderation und Protokoll gewöhnt.

## **4. Diskussion**

Der Beitrag hat sich mit der Frage beschäftigt, auf welche Weise Gesundheitszirkel als partizipative Forschungsmethode verwendet werden können. Unser konkreter Vorschlag besteht darin, das aus der Gesundheitsförderung stammende und in der partizipativen Praxis bereits etablierte Instrument des Gesundheitszirkels von seinem reinen Interventionscharakter zu befreien und dadurch dessen Potenziale als partizipative Forschungsmethode zu heben.

Das hierzu präsentierte Fallbeispiel hatte die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Freilegung gesundheitsförderlicher Potentiale in der Arbeitsorganisation unter maximal möglicher Partizipation der Mitarbeitenden aus der Berufsgruppe der Pflegenden im Krankenhaussetting zum Ziel. Unsere modifizierte Form des Gesundheitszirkels verfolgte in diesem Zusammenhang den Doppelanspruch von partizipativer Gesundheitsforschung, partnerschaftlich die soziale Wirklichkeit zu erforschen und zu beeinflussen (UNGER, 2012, § 1). Das Ergebnis unserer Überlegungen ist in mehrfacher Hinsicht ein Desiderat.

Zunächst erscheint es uns wichtig, zu betonen, dass es erst mit der Institutionalisierung des Gesundheitszirkels als ein Verfahren im betrieblichen Kontext möglich ist, eine handlungsfähige Community auszubilden, die dazu im Stande ist, partizipativ eine geteilte Wirklichkeitskonstruktion zu generieren und entsprechende Strukturveränderungen durchzusetzen. Hierzu haben wir erste theoretische Überlegungen und deren Folgen für die Methode präsentiert. Dies soll als ein Deutungsangebot verstanden werden, wie auf methodologisch-theoretischer Ebene mit dem Doppelanspruch der Erforschung und Beeinflussung der sozialen Wirklichkeit sinnvoll umgegangen werden kann. Ob, und wenn ja, in welcher Form diese Überlegungen anschlussfähig sind an andere Anwendungskontexte, bleibt eine offene Frage.

Weiterhin haben wir den Ausgangspunkt eng über den Begriff Organisation gewählt, was im Kontext der Gesundheitsförderung zunächst nicht neu ist (GROSSMANN, 1993a; GROSSMANN, 1993b; GROSSMANN & SCALA, 1996; PELIKAN, 1993). Wir verstehen dabei aber das Phänomen Organisation explizit als soziales System (vgl. auch PELIKAN, 1993, 14 f.; PELIKAN, 2007). Diese Vorentscheidung verbinden wir zusätzlich mit einem in der Institutionentheorie verorteten Ansatz, wodurch Wissensgrundlagen, Normen, Werte und Geltungen von Orientierungen sowie kommunikative Prozesse in den Blick geraten, welche maßgeblich Handlungsorientierungen anleiten und gleichzeitig die organisationale Ordnung stabilisieren. Das sind nicht nur in der Organisation bestehende Regelungen und Vorfestlegungen, wie bspw. die Organisationsstruktur oder ein Leitbild, sondern auch der Organisation immanente Aspekte wie Hierarchien, Statuszuweisungen und Entscheidungsspielräume sowie die damit verbundenen Folgen wie Anerkennung, Autorität und deren jeweilige Legitimationsgrundlagen. Theoretisch lässt sich in dieser Perspektive Organisation als ein auf Legitimation und

Institutionen gründendes soziales Gebilde fassen (vgl. dazu BÄR & POHLMANN, 2016; POHLMANN & MARKOVA, 2011). Damit erlangen für den Forschungsprozess dessen institutionelle Grundlagen und Bedingungen Bedeutung, welche im Falle der Arbeitsorganisation, bspw. rechtliche Vorgaben wie Arbeitsschutz und Mitbestimmung, vor allem aber die institutionalisierte Ordnung der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen sind. Diese Wirklichkeit und ihre Verankerung im kollektiven Wissen freizulegen, ist der Gegenstand des Gesundheitszirkels als partizipative Forschungsmethode. Er dient dabei, wie gezeigt, einerseits als Erhebungs- und andererseits als Validierungsmethode. Auch hier stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit dieser zahlreichen Vorentscheidungen auf andere Anwendungskontexte partizipativer Gesundheitsforschung.

Auch ist unser vorgeschlagenes Konzept des Gesundheitszirkels eingebettet in ein Verfahren, das Partizipation als regulative Idee zu verwirklichen sucht und sich im Rahmen eines Institutionalisierungsprozesses zunehmend entwickelt. Die zunehmende Institutionalisierung korrespondiert mit einer wachsenden Partizipation der Mitarbeitenden, die bis hin zur Stufe 8 „Entscheidungsmacht“ der von Wright vorgeschlagenen „Stufen der Partizipation“ reichen kann (WRIGHT, 2010, S.42) bzw. sich zunehmend von „Teilnahme“ zu „Teilhabe“ (UNGER, 2012, § 29) bewegt. Ausgangspunkt war dabei das Konzept des Communicative Space. Auf der Ebene der partizipativen Methode selbst, steht in kommunikationstheoretischer Perspektive im Anschluss daran die Aufdauerstellung der partizipativen organisationalen Selbstbeschäftigung mit Arbeitsbedingungen und deren Verbesserung in Form eines institutionalisierten Verfahrens im Fokus. Hier stellt sich nicht nur die Frage nach der Übertragbarkeit, sondern auch die Frage nach dem Verhältnis von Lebenswelt und System für jeden Anwendungskontext neu und damit, ob der Zugang über die Institutionalisierung eines Verfahrens außerhalb des Systems Organisation überhaupt erfolgreich sein kann.

Schließlich weist die hier vorgestellte Methode zentrale Charakteristika der partizipativen Gesundheitsforschung auf (INTERNATIONAL COLLABORATION FOR PARTICIPATORY HEALTH RESEARCH, 2013, S.6–22), denn: sie (1) ist an die lokalen Gegebenheiten angepasst, (2) generiert Wissen, welches kooperativ und in einem dialektischen Prozess erarbeitet wurde, (3) ermöglicht eine multiperspektivische Sicht auf den Beschäftigtenalltag und ist (4) in Abgrenzung zu anderen Methoden der (formalen) Miteinbeziehung von Beschäftigten bei der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen hochgradig partizipativ, da nicht nur ausgewählte Personen die Möglichkeit der Beteiligung haben, sondern den Beschäftigten auch Entscheidungsmacht zugesprochen wird (WRIGHT, BLOCK, & UNGER, 2007, S.2–4).

Auf diese Weise konnten auch die so geschaffenen Wissensgehalte den Validitätskriterien der partizipativen Gesundheitsforschung (WRIGHT, 2013, S.129) entsprechen: Mittels umfangreicher Partizipation ist partizipative Validität gegeben. Die systematische Ko-Produktion von Wissen stellt die intersubjektive Validität sicher. Die Berücksichtigung der Funktionsweise des sozialen Konstrukts der Organisation ermöglicht kontextspezifische Validität. Da Machtdifferenziale verfahrenstechnisch eingehegt werden können, kann das produzierte Wissen zur Verbesserung der Situation Benachteiligter eingesetzt werden und ist damit katalysatorisch wie ethisch valide. Schließlich kann durch die Institutionalisierung eines sicheren Raumes theoretisch auch das wechselseitige Verständnis der Beteiligten untereinander verbessert werden, die Wirklichkeitskonstruktion wäre damit auch empathisch valide.

Dabei sind die auf diese Weise entstandenen Wissensgehalte auch im externen wissenschaftlichen Diskurs anschlussfähig und das nicht nur in Form der protokollierten Forschungsergebnisse: Die Teilnahme an und Moderation des organisationalen Erkenntnisprozesses erzeugt einen Einblick in die Organisation und die Arbeitswirklichkeit, der mit klassischen Instrumenten der Sozialforschung nicht möglich ist. Weil der gesamte Prozess aus Sicht professioneller wissenschaftlicher Akteure der teilnehmenden Beobachtung ähnelt, empfiehlt es sich, auch die Ergebnisse dieses Erkenntnisprozesses unter Verwendung der aus der Ethnologie bekannten Methoden wie dem systematischen Führen von Beobachtungsprotokollen festzuhalten.

Damit erinnert diese Form des Erkenntnisprozesses insbesondere an die Soziologie der so genannten Chicagoer Schule (BECKER 1999). Die Ausarbeitung dieser Strukturhomologie bildet damit das letzte Forschungsdesiderat, dem vor dem Hintergrund des zentralen paradigmatischen Kerns der partizipativen Gesundheitsforschung unserer Einschätzung nach eine besondere Relevanz zukommt.

## Literatur

- Aiken, Linda; Sermeus, Walter; van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Martin; Bruyneel, Luk; Rafferty, Anne Marie; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria Teresa; Tishelman, Carol; Scott, Anne; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schwendimann, Rene; Heinen, Maud; Zikos, Dimitris; Sjetne, Ingeborg Strømseng; Smith, Herbert L.; Kutney-Lee, Ann (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, 1–14.
- Aiken, Linda, Sloane, Douglas, Bruyneel, Luk, van den Heede, Koen, & Sermeus, Walter (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153.
- Albrecht, Hans, Büchner, Edith, & Engelke, Dirk (1982). *Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern: Analysen und Maßnahmenvorschläge*. Berlin: Berlin Verlag.
- Bär, Stefan, & Pohlmann, Markus (2016). Kurswechsel im Krankenhaus: Auf dem Weg zu einer markt- und profitorientierten Dienstleistungsorganisation? In Ingo Bode & Werner Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 229–250). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bär, Stefan, & Starystach, Sebastian (2017). Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege: Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus. *Soziale Welt*, 64(4), 385–403.
- Bär, Stefan, & Starystach, Sebastian (2018). Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus: Effekte von Status und Organisationsstrukturen. *Das Gesundheitswesen*, 80(08-09), 693-699.
- Bartholomeyczik, Sabine (1987). Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 40(1), 1–9.
- Baumann, Manfred, & Zell, Ulrich (1992). Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege: Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern. In Manfred Baumann & Ulrich Zell (Hrsg.), *Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege* (S. 41–65). Berlin: Sigma.
- Becker, Sara A., Affonso, Dyanne D., & Beard, Madonna B. H. (2006). Talking circles: Northern Plains tribes American Indian women's views of cancer as a health issue. *Public Health Nursing*, 23(1), 27–36.
- Becker, Howard S. (1999). The Chicago School, So-Called. *Qualitative Sociology*, 22(1), 3-12.
- Bergold, Jarg, & Thomas, Stefan (2012). partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1).
- Brandenburger, Shelly J., Wells, Karlys, & Stluka, Suzanne (2017). Utilizing Talking Circles as a Means of Gathering American Indian Stories for Developing a Nutrition and Physical Activity Curriculum. *Health Education & Behavior*, 44(3), 448–453.
- Breitenfelder, Ursula, Hofinger, Christoph, Kaupa, Isabella, & Picker, Ruth (2004). The Use of Focus Groups in the Process of Political Research and Consultancy. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 5(2).
- Bulmer, Martin (1984). *The Chicago school of sociology: Institutionalization, diversity, and the rise of sociological research. The heritage of sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Fachkräfte in der Pflege*, <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646> [06.03.2019].
- Friczewski, Franz (1994). Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: VAP. S, 14–24.
- Friczewski, Franz (2016). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In Gudrun Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 149–155). Bern: Hogrefe.
- Görres, Stefan, Seibert, Kathrin, & Stiefler, Susanne (2017). Perspektiven zum Pflegerischen Versorgungsmix. In Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, & Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 3–17). Stuttgart: Schattauer.
- Grossmann, Ralph (1993a). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung - Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In Jürgen M. Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (S. 43–60). Weinheim, München: Juventa Verlag.

- Grossmann, Ralph (1993b). Leitungsfunktion und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In Bernhard Badura (Hrsg.): *Gesundheitsforschung, System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (S. 301–321). Weinheim: Juventa Verlag.
- Grossmann, Ralph, & Scala, Klaus (1996). *Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement* (2. Aufl.). *Gesundheitsforschung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Habermas, Jürgen (1981). *Theorie des Kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hollederer, Alfons, & Wießner, Frank (2015). Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: results of the IAB Establishment Panel 2012. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), 861–873.
- International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) (2013). *Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013*, [http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr\\_position\\_paper\\_1\\_defintion\\_-\\_version\\_may\\_2013.pdf](http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_defintion_-_version_may_2013.pdf) [06.03.2019].
- Joas, Hans (2009). *Die Kreativität des Handelns: Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kaiser, Margaret M., Barry, Teresa L., & Kaiser, Katherine L. (2002). Using focus groups to evaluate and strengthen public health nursing population-focused interventions. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(4), 303–310.
- Karasek, Robert (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Kern, Horst, & Schumann, Michael (1986). *Das Ende der Arbeit?: Rationalisierung in der industriellen Produktion ; Bestandsaufnahme, Trendbestimmung*. München: Beck.
- Khan, Attiya, Thinschmidt, Marleen, & Seibt, Reingard (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(2), 88–93.
- Kitzinger, Jenny (1995). Qualitativ Research: Introducing Focus Groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299–302.
- Konradt, Udo, & Wilm, Andreas (1999). Gesundheitsförderung an Telearbeitsplätzen: Durchführung von Gesundheitszirkeln. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften - Journal of public health*, 7(3), 267–285.
- Kühn, Hagen & Simon, Michael (2001). *Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung*. Berlin, Hannover.
- Lamnek, Siegfried (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (4., vollst. überarb. Aufl.). *Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz, PVU.
- Lewin, Kurt (1946). Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4), 34–46.
- Lobnig, Hubert, Nowak, Peter, & Pelikan, Jürgen, M. (1997). Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus als Lernende Organisation. In Alice Grundböck, Peter Nowak, & Jürgen M. Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsförderung. Eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Luhmann, Niklas (1983). *Legitimation durch Verfahren*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Marrs, Kira (2002). Die „Quote“: Wie Kundenorientierung zur Leistungsfrage wird. In Dieter Sauer (Hrsg.), *Dienst - Leistung(s) - Arbeit. Kundenorientierung und Leistung in tertiären Organisationen* (S. 233–251). München: ISF München Forschungsberichte.
- Mead, George H. (1981a). A Pragmatic Theory of Truth. In Andrew J. Reck (Hrsg.), *Selected writings: George Herbert Mead* (S. 320–344). Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, George H. (1981b). The Genesis of the Self and Social Control. In Andrew J. Reck (Hrsg.), *Selected writings: George Herbert Mead* (S. 267–293). Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, George H. (2005). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meyer, John W., & Rowan, Brian (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363.
- Müller, Brigitte, Münch, Eckhard, & Badura, Bernhard (1997). *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Nock, Lukas, Hielscher, Volker, & Kirchen-Peters, Sabine (2013). *Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege*. Arbeitspapier 296. Düsseldorf.

- Peetz, Thorsten (2014). *Mechanismen der Ökonomisierung: Theoretische und empirische Untersuchungen am Fall der "Schule"*. Kontanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Peirce, Charles S. (1965). *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. (Hartshorne, C., & Weiss, P., Hrsg.). Cambridge, Mass: Belknap Press.
- Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.) (1993). *Gesundheitsforschung. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Pelikan, Jürgen M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Ein systemtheoretischer Lösungsansatz. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(2), 74–81.
- Pelz, Corinna, Schmitt, Annette, & Meis, Markus (2004). Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 5(2).
- Peters, Donna A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal of Nursing Care Quality*, 7(2), 34–41.
- Pohlmann, Markus, & Markova, Hristina (2011). *Soziologie der Organisation: Eine Einführung*. UTB: Vol. 3573. Konstanz, München: UVK-Verl.-Ges; UVK/Lucius.
- Proell, Ulrich, & Streich, Waldemar (1984). *Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Romm, Norma R. A. (2015). Conducting Focus Groups in Terms of an Appreciation of Indigenous Ways of Knowing: Some Examples from South Africa. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 16(1).
- Schröder, Alfons, & Sochert, Reinhold (2011). Gesundheitszirkel im Betrieb. In Christina Meyn, Gerd Peter, Uwe Dechmann, Olaf Katenkamp, & Arno Georg (Hrsg.), *Arbeitssituationsanalyse. Bd. 2: Praxisbeispiele und Methoden* (S. 290–308). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schröder, Alfons, & Sochert, Reinhold (1997). *Gesundheitszirkel im Betrieb: Modelle und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Universum-Verlag.
- Senge, Peter, & Klostermann, Maren (1997). *Das Fieldbook zur Fünften Disziplin*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegrist, Johannes (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27–41.
- Simon, Michael (2014). Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens: Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus. In Alexandra Manzei & Rudi Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege* (S. 157–177). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Simon, Michael (2016). Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren. In Ingo Bode & Werner Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 29–45). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Slesina, Wolfgang, Beuels, Franz-Rudolf, & Sochert, Reinhold (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*: Juventa Verlag.
- Slesina, Wolfgang, & Bohley, Stefanie (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: BGM. In Schott, Thomas, Claudia Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 619–633). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Susen, Britta, Niedermeier, Renate, & Mahltig, Gert (1996). Gesundheitszirkel im Betrieb. Kritische Betrachtung eines neuen Instrumentes des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. *German Journal of Human Resource Management*, 10(2), 135–154.
- Ulich, Eberhard, & Wülser, Marc (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven*: Springer-Verlag.
- Unger, Hella von (2012). partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1).
- Unger, Hella von, Block, Martina, & Wright, Michael T. (2007). *Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum: Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht*.
- Westermayer, Gerhard (Hrsg.) (1994). *Schriftenreihe Organisation und Medizin. Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen, Stuttgart: Verl. für Angewandte Psychologie.

- World Health Organization (1978): *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. September 1978* [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) [06.03.2019]
- World Health Organization (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [06.03.2019].
- Wicks, Patricia G., & Reason, Peter (2009). Initiating action research. *Action Research*, 7(3), 243–262.
- Wilkesmann, Maximiliane (2017). Methoden und Daten zur Erforschung spezieller Organisationen: Krankenhäuser. In Stefan Liebig, Wenzel Matiaske, & Sophie Rosenbohm (Hrsg.), *Handbuch empirische Organisationsforschung* (S. 1–22). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wright, Michael T. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (Hrsg.), *partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 35–52). Bern: Hans Huber Verlag.
- Wright, Michael T. (2013). Was ist partizipative Gesundheitsforschung? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(3), 122–131.
- Wright, Michael T., Block, Martina, & Unger, Hella von (2007). *Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung* (Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit). Berlin, [http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx\\_gbbkongressarchiv/Wright\\_\\_M.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Wright__M.pdf) [06.03.2019].