

Kerstin Rego

MEDIZINISCHE FACHLICHKEIT UND EMOTIONEN

Voraussetzungen,
Funktionsweise und Folgen
des gynäkologischen
Emotionsmanagements

Aus:

Kerstin Rego

Medizinische Fachlichkeit und Emotionen
Voraussetzungen, Funktionsweise und Folgen
des gynäkologischen Emotionsmanagements

Februar 2019, 252 S., kart.

34,99 € (DE), 978-3-8376-4680-1

E-Book:

PDF: 34,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4680-5

In der Gynäkologie liegen intensive positive und negative Emotionen nah beieinander – denn hier geht es täglich um Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod. Für Gynäkolog*innen stellen sich dadurch hohe Anforderungen an den Umgang mit den eigenen Gefühlen und denen der Patientinnen. Kerstin Rego zeichnet mit ihrer detailreichen qualitativen Grounded-Theory-Studie nach, wie Gynäkolog*innen dieses Management der Emotionen durch den Rückgriff auf ihre medizinische Fachlichkeit gelingt. Sie betrachtet die Rolle der Profession, findet bislang unbeachtete Strategien und nimmt Machtprozesse in den Blick. So werden neue Impulse für eine sich festzufahren drohende Emotionsmanagementdebatte geliefert.

Kerstin Rego (Dr. rer. pol.) arbeitete am Lehrstuhl für Organisation an der TU Chemnitz und am Fachgebiet Organisationssoziologie der TU Berlin. Sie promovierte bei Rainhart Lang und G. Günter Voß. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich von Organisation, Arbeit, Gesundheit und Gesundheitswesen.

Weiteren Informationen und Bestellung unter:
www.transcript-verlag.de/978-3-8376-4680-1

Inhalt

- 1 Einleitung** | 7
 - 1.1 Wissenschaftliche Relevanz und konzeptioneller Anknüpfungspunkt | 9
 - 1.2 Methodik: Interviewdaten und Grounded Theory Methodologie | 16
 - 1.2.1 Das Interview als Datenerhebungsmethode | 16
 - 1.2.2 Die Grounded Theory Methodologie | 20
 - 1.3 Präkonzepte: Explizierung subjektiver Forschungseinflüsse | 31
 - 1.4 Aufbau der Arbeit | 34

- 2 Gynäkologie: Arbeit, Organisation und Emotionen** | 39
 - 2.1 Profession, Arbeitstätigkeiten und Arbeitsorganisation | 40
 - 2.1.1 Gynäkologie als Teil der medizinischen Profession | 40
 - 2.1.2 Arbeitstätigkeiten in der Gynäkologie | 43
 - 2.1.3 Organisationsformen gynäkologischer Arbeit | 47
 - 2.2 Emotionen | 57
 - 2.2.1 Zum Emotionsbegriff | 58
 - 2.2.2 Die Bedeutung einzelner Emotionen in der gynäkologischen Arbeit | 64
 - 2.3 Gynäkologische Arbeit als Emotionsarbeit | 73
 - 2.3.1 Emotionsarbeit: Konzepte und Weiterentwicklungen | 73
 - 2.3.2 Emotions- und Gefühlsarbeit bei Gynäkolog*innen | 83

- 3 Das Gleichgewicht von Medizinischer Fachlichkeit und Emotionen** | 87
 - 3.1 Ausgangspunkt: Die emotionsneutrale Medizin | 88
 - 3.2 Den Umgang mit Emotionen erlernen als Lernen durch Erfahrung | 91
 - 3.3 Zwei Ausprägungen der Balance zwischen Medizin und Emotion | 107
 - 3.3.1 Sich distanziert einlassen | 107
 - 3.3.2 Sich einlassen | 112

- 3.3.3 Von Sich-Distanziert-Einlassen bis Sich-Einlassen: Ausdruck der Person oder der Situation? | 121
- 3.4 Die Notwendigkeit zu balancieren: Widersprüche in der gynäkologischen Arbeit | 123
 - 3.4.1 Die emotionsneutrale Medizin trifft auf die Patientin als Mensch | 123
 - 3.4.2 Emotionen sind wichtig, aber auch belastend | 129
 - 3.4.3 Gynäkolog*innen zwischen Selbstsorge und der Sorge für Andere | 136

4 Das Gleichgewicht halten: Strategien als Balancierstäbe | 143

- 4.1 Strategien der Grenzziehung und Herstellung von Nähe | 144
 - 4.1.1 Strategien der Emotionsbegrenzung in der Interaktion | 144
 - 4.1.2 Strategien der (emotionalen) Trennung von Arbeit und Leben | 153
 - 4.1.3 Emotionsvermeidung durch Delegation | 161
 - 4.1.4 Strategien der Herstellung von Nähe | 163
- 4.2 Sich anderen mitteilen als Strategie | 168

5 Konsequenzen des Ausbalancierens für Gynäkolog*in und Patientin | 179

- 5.1 Das Gleichgewicht halten als Gratwanderung | 180
- 5.2 Das gelingend erlebte Gleichgewicht von Medizin und Emotion | 185
- 5.3 Die Machtasymmetrie zwischen Gynäkolog*in und Patientin | 189

6 Schlussbetrachtung | 195

- 6.1 Zusammenfassung | 195
- 6.2 Diskussion der zentralen Ergebnisse und Beiträge | 206
- 6.3 Diskussion der Begrenzungen dieser Arbeit | 218
- 6.4 Ausblick | 222

Literatur | 227

Danksagung | 243

Darstellungsverzeichnis | 244

Anhang | 245

1 Einleitung

„Das Positive an unserem Beruf äh, das ist phantastisch, das ist überhaupt gar keine Frage, nech. Und wenn man 'ne Schwangerschaft betreut, Risiko, Problem, wo man am Ende sag ich mal, siegreich ist, und 'nen gesundes Kind äh, geboren wird und die Eltern sehr glücklich sind, das sind Momente, wo ich heute noch Tränen vergieße.“

(G5, leitender Gynäkologe Klinik¹)

Wie das Zitat exemplarisch veranschaulicht, haben Gynäkologinnen und Gynäkologen einen Beruf, der ihnen viel Freude bereiten kann und sie zufrieden sein lässt. Insbesondere die Begleitung einer Geburt, bei der Mutter und Kind wohl auf sind, beschreiben sie als herausragend schönes Ereignis. Doch wie jeder Beruf, hat auch der der Gynäkolog*innen² seine Schattenseiten. Zu diesen Schat-

-
- 1 „G5“ steht für „Gynäkologe 5“ und gibt an Zitate jeweils die fortlaufende Nummer des Interviews an. Als „leitend“ werden in dieser Arbeit Ober- und Chefärzte bezeichnet.
 - 2 Üblicherweise findet sich an dieser Stelle der Hinweis, dass aufgrund der besseren Lesbarkeit die männliche Schreibform Angehörige beider Geschlechter umfasst. Durch die Lektüre verschiedener, mit der Geschlechtsneutralität (z.B. zur vermeintlichen Geschlechtsneutralität von Organisation: Acker (1990) oder zur „männlichen Herrschaft“ (Bourdieu 2012 [1998]) und der symbolischen Gewalt, die von diesen scheinbar neutralen Sprachregelungen ausgeht (vgl. auch hier: Kapitel 6.2, Punkt 3)) befasster Arbeiten, hat die Autorin ein zunehmendes Unbehagen gegenüber dieser Handhabung entwickelt. Zunächst wurde eine protestierende Gegenschreibweise ins Auge gefasst: „Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit verwendet die Autorin in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die weibliche Schreibweise zur Bezeichnung beider

tenseiten gehören, mit den Worten des in einer Klinik tätigen Gynäkologen 9, „schlimme Dinge“, gar „extreme Dinge“. Zu diesen schlimmen oder extremen Dingen zählen z.B. Abtreibungen in fortgeschrittenen Schwangerschaftsmonaten und Totgeburten ebenso wie nicht heilbare Krebserkrankungen. In der Gynäkologie werden tagtäglich Themen behandelt, die sozial als schwierig oder gar widerlich gelten (Bolton 2005a: 169f.). Und Gynäkolog*innen gehen mit diesen Themen und den dazugehörigen Emotionen um. Sie nehmen Abtreibungen vor, teilen Eltern mit, dass ein Kind im Mutterleib verstorben ist, oder bringen Patientinnen bei, dass medizinisch nichts mehr für sie getan werden kann. Und – es gelingt ihnen.

Darum steht im Mittelpunkt dieser Arbeit die Frage, wie es Gynäkolog*innen gelingen kann und gelingt, mit diesen schwierigen Ereignissen ihres täglichen Berufsalltags umzugehen und den Balanceakt zwischen herausragend schönen und extremen, schlimmen emotionalen Ereignissen zu meistern. In diesen Balanceakt fließen neben den eigenen Emotionen auch die Emotionen Anderer, insbesondere der Patientinnen, mit ein. Verbunden mit dieser Frage nach dem gynäkologischen *Management der Emotionen* und seiner Funktionsweise frage ich in dieser Arbeit insbesondere nach den sozialen Voraussetzungen eines solchen Emotionsmanagements sowie den damit verbundenen Folgen.

Ohne die Ergebnisse im Einzelnen vorwegzunehmen, lässt sich zur *Funktionsweise* an dieser Stelle sagen: Gynäkolog*innen bewegen sich in ihrer täglichen Arbeit zwischen medizinischer Fachlichkeit einerseits und eigenen Emotionen und denen Dritter andererseits. Dies sind die beiden Größen, die sie in ihren alltäglichen Arbeitshandlungen ausbalancieren und miteinander in Einklang bringen. Auf der einen Seite steht die emotionsneutrale, rein fachliche Welt der *Medizin*, wie sie in der Ausbildung vermittelt wird. Auf der anderen Seite bedeutet die praktische Arbeit an und mit der Patientin, über das Fachlich-Medizinische hinaus eigene *Emotionen* ebenso wie die Emotionen Anderer in Rechnung zu stellen und mit ihnen umzugehen. Die Art der medizinischen Ausbildung und die sich in der praktischen Arbeit manifestierenden Emotionen sind Beispiele für die spezifischen *Voraussetzungen* dieses Balanceakts. Diesen Balanceakt zwischen medizinischer Fachlichkeit und Emotion bewältigen Gynäkolog*innen mittels bestimmter Strategien. Aus der Art des Ausbalancierens zwi-

Geschlechter“. Da andererseits sicher auch männliche Gynäkologen ungern unter einer rein weiblichen Schreibweise subsumiert werden möchten, werden im Folgenden beide Geschlechterbezeichnungen (z.B. „Gynäkologen und Gynäkologinnen“) angegeben oder aber in einem Begriff vereint (z.B. „Gynäkolog*innen“). Die Autorin hofft, dass der oder die nicht-feministisch inspirierte Leser*in dem hierdurch etwas verkomplizierten Text mit Nachsicht begegnen wird.

schen medizinischer Fachlichkeit und Emotionen sowie den dazu herangezogenen Strategien, die durch die Voraussetzungen geprägt sind, ergeben sich wiederum spezifische *Folgen* für die Gynäkolog*innen und ihre Patientinnen, etwa mit Blick auf das Machtverhältnis zwischen beiden. Die detaillierte Darstellung dieser hier kurz umrissenen Ergebnisse bildet den Kern der vorliegenden Arbeit.

1.1 WISSENSCHAFTLICHE RELEVANZ UND KONZEPTIONELLER ANKNÜPFUNGSPUNKT

Die diesem Kapitel vorangestellten Absätze zeigen zunächst nah am empirischen Gegenstand auf, *dass* Emotionen in der praktischen gynäkologischen Arbeit eine Rolle spielen und, so die Folgerung, auch mit ihnen umgegangen werden muss. Wie bereits angedeutet erlernen Gynäkolog*innen den Umgang mit Emotionen in bestimmter Weise und erhalten ihn mittels noch zu konkretisierender Strategien aufrecht. In diesem Abschnitt soll die praktische Frage nach dem Umgang und den Umgang ermöglichenden Prozessen um die wissenschaftliche Relevanz einer solchen Frage ergänzt werden. In einem zweiten Schritt soll dann die Wahl des Bereichs der Gynäkologie zur Beantwortung der zunächst allgemeinen Frage nach dem Umgang mit arbeitsbezogenen Emotionen, seinen Voraussetzungen und Folgen begründet werden.

Das organisationswissenschaftliche Interesse an Emotionen ist in den letzten Jahren zunehmend gestiegen (Ashkanasy/ Dorris 2017). Elfenbein (2007: 315) konstatiert sogar: „Emotion has become one of the most popular – and popularized – areas within organizational scholarship“. Auch wenn Emotionsforschung (noch) kein Bestandteil des Mainstreams der Organisationsforschung ist³, spiegelt ein wachsender Korpus an Forschung und theoretischen Konzeptualisierungen das zunehmende Interesse an emotionalen Phänomenen, die organisationales Geschehen beeinflussen. Dabei wird zum einen die Rolle von Emotionen für klassische organisationale Themen wie Führung (z.B. in Ashkanasy et al. 2016, Connelly/ Gooty 2015 zur Einleitung eines Special Issue zu „Leadership and Emotions“ in „Leadership Quarterly“, Croft et al. 2015), Entscheidungsfindung (etwa Ashkanasy et al. 2002, Fineman 2003) oder organisationalen Wandel (z.B. Ashkanasy et al. 2002, Ashkanasy et al. 2016) herausgearbeitet. Zum anderen wird der Einfluss spezifischer Phänomene wie emotionaler Intelligenz, emotio-

3 Allerdings hat das Thema unter dem Titel „Emotion and Organizing“ immerhin bereits Eingang in das bei Sage herausgegebene „Handbook of Organization Studies“ gefunden (Fineman 2006, 1996).

naler Ansteckung oder Emotionsarbeit auf organisationales Geschehen fokussiert. Diese Vielfalt spiegelt sich im Facettenreichtum zahlreicher Herausgeberbände (z.B. Ashkanasy/ Cooper 2008, Ashkanasy et al. 2002, 2000, Fineman 2000, 1993, Härtel et al. 2011, Payne/ Cooper 2001, Schreyögg/ Sydow 2001) ebenso wider wie in verschiedenen Versuchen, das wachsende Wissen zu systematisieren (z.B. Ashkanasy 2003, Ashkanasy/ Dorris 2017, Elfenbein 2007, Grandey/ Gabriel 2015).

Dabei erweist sich Emotionsarbeit als eines der Kernthemen der organisationwissenschaftlichen Emotionsforschung (Elfenbein 2007: 335, Grandey/ Gabriel 2015, Grandey/ Melloy 2017). Unter Emotionsarbeit versteht sich zunächst das Management der eigenen Gefühle in Interaktion mit Kund*innen im Rahmen einer Arbeitstätigkeit. Das Konzept der Emotionsarbeit ist in der derzeitigen Diskussion untrennbar mit dem Namen Arlie Russell Hochschild verknüpft. Hochschild (2006 [1983]) beschrieb bereits in den 1980er Jahren, wie Stewardessen und Rechnungseintreiber einer US-amerikanischen Fluglinie ihren Emotionsausdruck im Rahmen ihrer täglichen Arbeit managen müssen. So bleiben Stewardessen z.B. trotz Turbulenzen oder unfreundlicher Fluggäste freundlich und zuvorkommend, während Rechnungseintreiber säumigen Kund*innen gezielt Angst einjagen sollen. Sie betont dabei, dass Emotionsarbeit immer auch im Privaten, in sozialen Interaktionen, geleistet wird (sie spricht hier von ‚Verbeugungen mit dem Herzen‘). Werden diese ‚Verbeugungen mit dem Herzen‘ jedoch zum Arbeitsgegenstand, und, wie im Falle der Fluglinie den Mitarbeiter*innen genau von der Organisation vorgeschrieben, so ergibt sich nach Hochschild eine neue Qualität der Nutzung von menschlicher Arbeitskraft durch Unternehmen, welche über die Nutzung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten hinausgeht.

Während Hochschilds Konzept von Emotionsarbeit auf der theoretischen Ebene einer marxistischen Argumentation folgt, entwickelten Strauss et al. (1980) etwa zeitgleich eine Konzeption von ‚sentimental work‘, welche auf einer interaktionistischen Tradition fußt. Beide Konzepte wurden auf soziologisch-theoretischer Ebene fort- und zusammengeführt, u.a. von Dunkel (1988) und Gerhards (1988). Emotionsarbeit ist außerdem eine der Komponenten, die in das umfassendere Konzept der Interaktionsarbeit einfließen (Böhle 2011, Beiträge in Böhle/ Glaser 2006, dort insbesondere zum Konzept Böhle/ Glaser/ Büssing 2006, im kurzen Überblick: Dunkel 2013: 46). Auch in der Psychologie wurde das Konzept der Emotionsarbeit aufgegriffen. Auf der konzeptionellen Ebene steht Emotionsarbeit hier in Verbindung mit Emotionsregulation, dem individuellen emotionalen Coping und emotionaler Intelligenz (vgl. z.B. Grandey/ Gabriel 2015). Weiterhin interessieren insbesondere die Bedingungen, unter denen

Emotionsarbeit belastend wirkt (z.B. Dormann/ Zapf/ Isic 2002, Rastetter 2012). Insgesamt sind in der Soziologie, Psychologie sowie der organisations- und personalwirtschaftlich orientierten Betriebswirtschaftslehre zahlreiche empirische Studien zu Ausmaß und Formen von Emotionsarbeit entstanden. So gibt es, um nur einen kleinen Ausschnitt zu präsentieren, Befunde zur Emotionsarbeit bei der Polizei (z.B. Branca 2009, Szymenderski 2012), bei Busfahrer*innen (etwa Scott/ Barnes/ Wagner 2012), in Call Centern (z.B. Dormann/ Zapf/ Isic 2002), im Außendienst von Versicherungsvertretern (z.B. Rastetter 2008, 2001), und gar bei (insbesondere qualitativ) forschenden Wissenschaftler*innen (Dickson-Swift et al. 2009).

Trotz dieses großen Korpus an Forschungsliteratur zum Management von Emotionen in der Arbeitswelt bleibt das Wissen über die Funktionsweise, die Voraussetzungen und auch die Folgen von Emotionsarbeit weiterhin unvollständig. Mit Blick auf die Funktionsweise ist insbesondere zu problematisieren, dass Forschung zum Management von Emotionen Emotionsarbeit mehrheitlich mit den von Hochschild (2006 [1983]) konzeptionalisierten Strategien des Tiefen- und Oberflächenhandels gleichsetzt und auf diese beschränkt wird (Grandey/ Gabriel 2015: 327). Ansätze, die Emotionsmanagement umfassender beleuchten und weitere Strategien hervorheben (z.B. Hayward/ Tuckey 2011) werden demgegenüber kaum rezipiert. Folglich stellt sich die Frage, inwiefern ein Management von Emotionen in seiner Funktionsweise mehr umschließt als die von Hochschild hervorgehobenen Strategien. Ähnlich eingeschränkt ist das Wissen über die Voraussetzungen von Emotionsmanagement im Sinne der weiteren Rahmenbedingungen, die ein spezifisches Emotionsmanagement ermöglichen oder verwehren. Auch ‚umfassende‘ Modelle wie das von Grandey und Gabriel (2015: 325) beschränken sich hier auf persönliche Eigenschaften und Eigenschaften des zu managenden Ereignisses. Ähnlich sieht die Forschungssituation bei den Folgen von Emotionsmanagement aus, wo die Folgen in der Regel mit dem Wohlergehen der Mitarbeiter*innen und der Organisation gleichgesetzt werden (z.B. Grandey/ Gabriel 2015). Insgesamt lässt sich also fragen, ob es über überindividuelle und die konkrete Situation hinausgehende Faktoren gibt, die Voraussetzungen für und Folge von Emotionsmanagement sind.

Dass diese Fragen in der bisherigen Emotionsarbeitsdebatte unzureichend aufgeworfen und beantwortet werden, hat nach Ansicht der Autorin mehrere Gründe. Die interaktionistisch geprägte Forschung von Strauss et al. (1980) arbeitet zum Beispiel eine Reihe von in der Arbeitsinteraktion genutzten Strategien heraus, wird aber in der oben skizzierten heutigen Debatte um Emotionsarbeit kaum mehr rezipiert. Zudem war jene Studie auf die Interaktionen in der Arbeitssituation fokussiert, so dass sich hier die Frage nach den das Management

von Emotionen jenseits der untersuchten Arbeitssituation beeinflussenden Faktoren nicht stellte. Bei Hochschild (2006 [1983]) wiederum finden sich sowohl Hinweise auf die sozialen Voraussetzungen von Emotionsarbeit (etwa in Form verschiedener Emotionssozialisierungen in den verschiedenen amerikanischen Gesellschaftsschichten) sowie einige, wenn auch wenige empirische Hinweise auf die individuellen Folgen von Emotionsarbeit jenseits der konkreten Arbeitssituation. Allerdings werden erstere heute nicht weiter beachtet, und bei zweiteren führt Hochschilds theoretische Fundierung dazu, dass sie diese Folgen konzeptionell lediglich als durch die Verwertung von Arbeitskraft hervorgerufene Entfremdung fasst. Beide Konzeptionen haben gemeinsam, dass ihnen primär an einer Analyse von Veränderungen in der Arbeitswelt gelegen ist. Blickt man auf Hochschild und Strauss et al. nachfolgende, jüngere und insbesondere in der Organisationswissenschaft rezipierte Forschung zu Emotionsarbeit, so muss man feststellen, dass diese weitestgehend durch die Psychologie geprägt ist. Hierbei wird in der Regel auf Hochschild (1983) zurückgegriffen, dabei allerdings die soziologische, marxistischen Theoriefiguren folgende Fundierung fallen gelassen. Im Vordergrund steht dann eine (vorherrschend quantitative) Messung der Auswirkungen von Emotionsarbeit, verstanden als Strategien des Oberflächen- und Tiefenhandelns, auf psychologisch relevante Größen wie z.B. das Wohlergehen („employee well-being“, im Überblick Grandey/ Gabriel 2015, Holman et al. 2008, Zapf 2002) oder die Arbeitszufriedenheit (z.B. zum Einfluss von Emotionen auf Arbeitszufriedenheit und Leistung allgemein: Wagner/ Ilies 2008). Dabei lag der Schwerpunkt lange auf einem vermuteten Zusammenhang von Emotionsarbeit und negativen gesundheitlichen Folgen wie Burnout (z.B. Büsing/ Glaser 1999a, 1999b, Dormann/ Zapf/ Isic 2002, Grandey et al. 2015, Nerdinger/ Röper 1999, Zapf 2002) und wird erst in jüngerer Zeit um positive Auswirkungen ergänzt (vgl. hierzu im Überblick Holman et al. 2008, Humphrey et al. 2015, Mesmer-Magnus et al. 2012, Zapf 2002). Der Umgang mit den organisationalen Anforderungen der Emotionsarbeit wird – aus Sicht jener Disziplin folgerichtig – mittels individueller Coping-Strategien beschrieben. Dass dies zu kurz greift, wird den Psycholog*innen allmählich selbst bewusst:

„Finally, research on emotional labour and well-being has largely focused on intrapersonal processes. [...] On reflection this omission may seem somewhat strange given that emotional labour is a fundamentally social process. A focus on interpersonal processes is required.“ (Holman et al. 2008: 313)

Was ist also aus dem Blick geraten? Der Mainstream der Emotionsarbeitsforschung beschäftigt sich mit Emotionsarbeit ausschließlich im Sinne von indivi-

duellen, psychologischen Strategien und vernachlässigt gleichzeitig Voraussetzungen und Folgen von Emotionsarbeit, die über individuelle und maximal noch organisationale Größen hinausgehen. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass sich dieses Feld derzeit recht fest in der Hand einer psychologisch orientierten Emotionsforschung befindet⁴. Gleichzeitig hat die soziologisch orientierte Emotionsarbeitsforschung zwar sozialtheoretische Grundlagen für das Verständnis von Emotionsarbeit anzubieten, und könnte hieraus sicher auch Voraussetzungen und Folgen ableiten, beschäftigt sich aber nicht mit Fragen des sozial vermittelten, individuellen Managements von Emotionen.

Dabei ist die Autorin überzeugt, dass sich mit einem frischen Blick auf die Frage nach dem Emotionsmanagement und seinen Rahmenbedingungen eine über psychologische Coping-Strategien hinausgehende Antwort finden lässt, die für die organisationswissenschaftliche Emotionsforschung relevante Einsichten bietet. Im Einzelnen sollen die drei Aspekte Funktionsweise, Voraussetzungen und Folgen von Emotionsmanagement untersucht werden, die sich folgendermaßen untersetzen lassen:

- Wie werden Emotionen in der und für die Arbeit bearbeitet? Wie funktioniert das Management von Emotionen, und welche Strategien werden jenseits von Oberflächen- und Tiefenhandeln gegebenenfalls noch eingesetzt?
- Welche sozialen Voraussetzungen lassen sich herausarbeiten, die zu einer spezifischen Form des Emotionsmanagements führen? Gibt es hier mehr Einflussgrößen als individuelle Eigenschaften und organisationale Gefühlsdarstellungsregeln?
- Welche Folgen gehen, neben den in der Forschung bereits beschriebenen individuellen Folgen, mit einem spezifischen Emotionsmanagement einher? Und wie wirken sich ggf. die sozialen Voraussetzungen auf individuelle Folgen aus?

Um dieses Ziel zu erreichen, erschien es zielführend, die empirische Untersuchung zunächst auf eine Berufsgruppe zu beschränken. Aus mehreren, im Folgenden angeführten Gründen erweist sich das medizinische Teilgebiet der Gynä-

4 Dies zeigt einerseits ein Blick auf die Lebensläufe der oben für den Bereich der Emotionsforschung in Organisationen zitierten Autor*innen. Andererseits manifestiert sich dies auch institutionell: „Emonet“ (<http://www.emotionsnet.org/>) als *das* Netzwerk von Organisations- und Emotionsforschern organisiert neben einer Mailingliste regelmäßige Tagungen und Herausgeberbände. Die Mailingliste ist in ihren Beiträgen sehr von Psycholog*innen geprägt, und auch das auf den Tagungen präsentierte Selbstverständnis deckt sich – nach eigener Erfahrung der Autorin – damit.

kologie als besonders vielversprechend hierfür. *Erstens* gibt es einige Besonderheiten dieser Berufsgruppe, die diese zwar nicht singulär auszeichnen, welche sich aber in ihrem Zusammenspiel als analytisch wertvoll erweisen:

- Innerhalb der medizinischen Spezialgebiete ist die Gynäkologie, ähnlich wie die Urologie, ein besonders heikler und tabubeladener Bereich. Hier werden die weiblichen Geschlechtsorgane untersucht und es wird mit sozial unangenehmen Themen, wie Abtreibungen oder Geschlechtskrankheiten, umgegangen (vgl. z.B. Bolton 2005a: 169f.). Aus diesem Grund lässt sich eine besondere Intensität der auftretenden Emotionen erwarten und man kann folglich davon ausgehen, dass es sich um einen besonders erkenntnisgenerierenden Extremfall handelt.
- Bei der Gynäkologie handelt es sich um ein Fachgebiet der Medizin, und somit um eine Profession. Professionen unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Länge und Intensität der Ausbildung und somit der Sozialisationsphase in den Beruf, hinsichtlich des Vorhandenseins und Wirkens von ethischen Standards und hinsichtlich der Selbstkontrolle durch die Gruppe der Gynäkolog*innen von anderen Berufen. Es ist anzunehmen, dass sich hieraus Auswirkungen auf die Art des Umgangs mit Emotionen ergeben⁵.
- Der Beruf de*r Gynäkolog*in lässt sich, im Unterschied zu vielen anderen Berufen, in verschiedenen organisationalen Kontexten (z.B. Krankenhaus oder Einzelniederlassung) ausführen. Somit kann hier nachgezeichnet werden, inwiefern der Umgang mit Emotionen vom organisationalen Kontext beeinflusst wird.

Zweitens ist die Gynäkologie ein Bereich, der bislang innerhalb der Studien zur Emotionsarbeit keine Berücksichtigung gefunden hat. Es gibt zwar einige Studien für Berufe im Gesundheitswesen im weiteren Sinne. Aber diese beziehen sich auf andere Berufsgruppen wie die der Krankenpfleger*innen (nursing) (Büssing/ Glaser 1999a, 1999b, Hayward/ Tuckey 2011, Overlander 1994, Strauss et al. 1980, Ward/ McMurray 2011: 1584, vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.1), der Gesundheitsassistenten (engl. ‚healthcare assistants‘, bei Kessler/ Heron/ Dopson 2015) oder die Hospizarbeit (Cain 2017). Mann (2005) versucht,

5 Einen kurzen Hinweis auf die Besonderheiten von Emotionsarbeit bei Professionen bietet Fineman (2006: 678), ohne allerdings weiter auf Ärzte einzugehen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum wird die Krankenpflege zu den Professionen gezählt, was u.a. mit einem anderen, akademischen Ausbildungsweg zusammenhängt. Dennoch lassen sich die weiter unten genannten Studien zu Emotionsarbeit in der Krankenpflege nicht einfach auf die Ärzteschaft übertragen.

diese begrenzte Literaturlage zu überwinden, indem sie ein allgemeines Modell der emotionalen Arbeit im Gesundheitsbereich entwickelt. Zu Mediziner*innen und im Speziellen Gynäkolog*innen sind der Autorin keine Studien bekannt. Somit liegt ein weiterer Beitrag dieser Arbeit darin, empirisches Wissen über die bislang nicht auf ihr Management der Emotionen hin untersuchte Berufsgruppe der Gynäkolog*innen bereitzustellen.

Diese Lücke im Bereich der Forschung zum ärztlichen Umgang mit Emotionen ist *drittens* vor dem Hintergrund der eingangs kurz skizzierten Relevanz von Emotionen im gynäkologischen Arbeitsalltag erstaunlich. Denn Gynäkolog*innen haben in ihrer täglichen Arbeit emotionale Anforderungen zu erfüllen:

- Sie zeigen Emotionen, die sie nicht empfinden und gegebenenfalls erst hervorrufen müssen, zum Beispiel wenn sie Verständnis und Zuwendung bei einem Schwangerschaftsabbruch zeigen, auch wenn sie die Gründe der Frau individuell nicht nachvollziehen können.
- Sie unterdrücken unpassende Gefühle und zeigen diese nicht, etwa wenn ein*e Gynäkolog*in sexuelles Interesse an einer Patientin hat und dies aber aus berufsethischen Gründen nicht zum Ausdruck bringt.
- Und Gynäkolog*innen müssen im Rahmen ihrer täglichen Arbeit auch die Gefühle ihrer Patientinnen, Angehörigen, Kolleg*innen usw. bearbeiten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Patientin durch gutes Zureden oder Ablenken sich soweit beruhigt und entspannt, dass eine Unterleibsuntersuchung durchgeführt werden kann.

Folglich ist es lohnenswert, der Frage auf den Grund zu gehen, wie Gynäkolog*innen mit aus ihrer Arbeit resultierenden Emotionen umgehen und welche Rahmenbedingungen das Emotionsmanagement beeinflussen. Da sich für die Forschungsfrage keine befriedigende Antwort finden ließ, und auch keine empirischen Befunde für die aus den oben genannten Gründen gewählte Untersuchungsgruppe der Gynäkolog*innen vorliegen, ist eine explorative empirische Studie zielführend. Dabei sollte die empirische Methode zugleich einen möglichst frischen Blick auf die Thematik ermöglichen, um über die Grenzen bisheriger Konzeptionalisierungen hinaus neue Erkenntnisse gewinnen zu können. Darum folgt das hierfür gewählte qualitative Vorgehen der Grounded Theory Methodologie.

1.2 METHODIK: INTERVIEWDATEN UND GROUNDED THEORY METHODOLOGIE

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die dieser empirischen Studie zugrunde liegenden Daten erhoben und analysiert werden. In Abschnitt 1.2.1 wird zunächst der Prozess der Datenerhebung beschrieben und begründet, warum ich⁶ mich für die Methode der Interviewdurchführung entschieden habe. Abschnitt 1.2.2 veranschaulicht anschließend die Grounded Theory Methodologie als das Verfahren, mit welchem ich die Interviewdaten analysiert habe und welches auch den Auswahlprozess meiner Interviewpartner*innen beeinflusst hat.

1.2.1 Das Interview als Datenerhebungsmethode

Die Datengrundlage für die vorliegende Untersuchung stellen Interviews mit Gynäkolog*innen dar. Die Entscheidung zur Durchführung von Interviews habe ich aus forschungspraktischen Überlegungen getroffen. Sie bringt grundsätzliche Vor- und Nachteile mit sich. Zu den *Vorteilen* zählt, dass Interviews in der empirischen Forschung beliebt sind, relativ oft angewendet werden (Breuer 2010: 63, Lamnek 2010: 301) und somit als Methode der Datengewinnung gut ausgearbeitet sind. Es existieren eine Reihe von verschiedenen Interviewformen, die sich unter anderem durch den Grad ihrer Standardisierung unterscheiden (vgl. für Übersichten über verschiedene Interviewformen z.B. Hopf 2012, Lamnek 2010: 326 ff., Mey/ Mruck 2007). So lässt sich, mit Blick auf das jeweilige For-

6 Im Folgenden verwende ich das sogenannte „sprechende Ich“ insbesondere dann, wenn über für den Forschungsprozess relevante Entscheidungen Auskunft gegeben werden soll (z.B., warum eine bestimmte Interviewform gewählt wird oder eine spezifische Fallauswahl getroffen wird), wenn eigene Handlungen beschrieben werden (z.B. die Durchführung der Interviews) oder eigene Beobachtungen (z.B. im Rahmen der Interviews) wiedergegeben werden. Auch in der Darlegung der Analyseergebnisse wird teilweise auf die Ich-Form zurückgegriffen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn meine eigene Perspektivität als Einflussgröße auf den Forschungsprozess veranschaulicht werden soll. Im Sinne der für diese Arbeit bedeutsamen reflexiven Grounded Theory Methodologie (Breuer 2010) ist es ein Bestandteil des Analyseprozesses, die eigene Subjektivität zu reflektieren, um sie so produktiv für den Analyseprozess nutzen zu können (vgl. Kap. 1.2.2 und 1.3). Der angenehme Nebeneffekt: ich muss mich als Forscherin nicht aus dem Produkt meiner Forschung herausstellen, sondern durch die Verwendung der Ich-Form wird kenntlich gemacht, dass diese Arbeit das Ergebnis meiner, meine Subjektivität einschließenden, Forschungsentscheidungen ist.

schungsthema, die angemessene Form der Interviewführung auswählen. Weiterhin kann man mit Interviews unverzüglich und relativ direkt an die Informationen gelangen, die man zur Beantwortung der Forschungsfrage benötigt. Somit erlauben Interviews die zielgerichtete Erfassung von relevanten Informationen und bieten folglich eine ökonomische Form der Datenerhebung (Deppermann 2013, Abs. 3). Auch können die Informationen zum Zeitpunkt ihres Entstehens direkt und unverzerrt aufgezeichnet werden, wodurch sie intersubjektiv nachvollziehbar und reproduzierbar sind (Lamnek 2010: 301). Zu den *Nachteilen* hingegen zählt, dass ein Interview als sprachbasiertes und nach der Transkription textbasiertes Medium auch nur sprachlich Ausdrückbares enthält. Dies kann mit Blick auf meinen Forschungsgegenstand, Emotionen, von Nachteil sein. Um diesen Nachteil aufzuwiegen, hatte ich zu Beginn meiner Arbeit auch vorgesehen, Beobachtungsdaten zu erheben. Am Ende mehrerer Interviews mit niedergelassenen Gynäkolog*innen habe ich nach der Möglichkeit, einen Arbeitstag zu begleiten, gefragt, allerdings durchweg (bedauernde) Ablehnung mit Verweis auf die Vertraulichkeit der Ärzt*in-Patient*innen-Beziehung erhalten (siehe auch Kapitel 6.3). Somit erlaubt mir die Datenerhebung über die Form des Interviews einen Einblick in einen Bereich, der mir sonst, z.B. über die Form der ethnografischen Datengewinnung, verschlossen geblieben wäre (Deppermann 2013, Abs. 3). Zu guter Letzt könnte man der ‚zügigen‘ Datengewinnung via Interview zwar durchaus den Vorwurf der ‚Verandasozioologie‘ (Girtler 2004: 9ff.) machen. Denn ich habe mein Untersuchungsfeld tatsächlich nur sehr kurz, für die Dauer der Interviewführung, betreten und verlasse mich in meinen Analysen auf die Beschreibungen und Ausführungen meiner Interviewpartner*innen. Gleichzeitig erfolgt im Rahmen der Grounded Theory Methodologie (vgl. Abschnitt 1.2.2) eine derart intensive und tiefe Auseinandersetzung mit dem Material, dass sich auch ‚nur‘ mit Interviewmaterial eine sehr solide Analyse erarbeiten lässt. Somit entgegne ich dem Vorwurf der Verandasozioologie, dass eine Empirie, bei der die Veranda zwar nur kurz zur Datenerhebung verlassen wird, aber danach eine sehr ausführliche und gründliche Analyse der Daten (gerne auch auf der bequemen Veranda) erfolgt, durchaus einiges taugt.

Die eigentliche Interviewdurchführung lehne ich an das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel (1982, 1989, 2000, sowie vergleichend zum narrativen Interview: Mey 2000) an. Der Erkenntnisgewinn der Forscherin entsteht in dieser Interviewform in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel. Das induktive Element wird durch die Darstellung der subjektiven Problemsicht der Interviewten vertreten, während die Forscherin durch Nachfragen von der narrativen in eine eher dialogische Form wechseln kann, um so eigene, sich entwickelnde Hypothesen zu prüfen. Damit lehnt sich das problemzentrierte Interview deutlich

an die Verfahren der Grounded Theory Methodologie an (Witzel 1996: 51ff., 2000: Absatz 3) und ist somit stimmig zu der von mir gewählten Datenanalysemethode (vgl. Kapitel 1.2.2). Witzel (1982: 89ff., 2000: Absätze 5ff.) beschreibt vier Instrumente des problemzentrierten Interviews: den Kurzfragebogen, die Tonträgeraufzeichnung, den Leitfaden und das Postskript. Ich habe alle vier Instrumente eingesetzt. Der Kurzfragebogen (vgl. zur konkreten Ausgestaltung Anhang A, „Kurzfragebogen“) wurde den Interviewpartner*innen zugesandt beziehungsweise übergeben, nachdem sie die Bereitschaft zur Teilnahme am Interview signalisiert hatten und lag mir jeweils spätestens zu Beginn des Interviews vor. Das eigentliche Interview wurde von einem Leitfaden unterstützt, den ich unter Bezug auf die allgemeinen Gestaltungsempfehlungen bei Witzel (2000) sowie Mey und Mruck (2007) ausgestaltet habe. Der Leitfaden gliedert sich in vier Themenbereiche: Arbeitstag und organisatorisches Umfeld, Emotionen in der Arbeit, Bewältigung von Emotionen sowie Profession und Sozialisation (vgl. Anhang B, „Interviewleitfäden“). Außerdem habe ich zwei alternative Ausstiegsfragen formuliert, die die Interviewpartner*innen gegen Ende des Interviews auf positive Aspekte zu sprechen lassen kommen sollen. Die Interviews endeten mit der Gelegenheit zur Ergänzung nicht thematisierter Aspekte und Feedback zur Interviewgestaltung seitens der Interviewten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass der Leitfaden eher eine Art Orientierungsfolie darstellt und in jedem Interview situations- und gesprächsverlaufsbedingt angepasst umgesetzt wurde. Durch die Konkretisierung des Forschungsanliegens im Prozess der Datenanalyse hat sich der Leitfaden auch über die Interviews weiterentwickelt und verändert.

Ich habe alle Interviews mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss an jedes Interview ein Postskript erstellt, diese beiden Elemente werden weiter unten erläutert.

Insgesamt habe ich zwischen 2011 und 2014 zehn Interviews sowohl mit niedergelassenen als auch mit in einer Klinik beschäftigten Gynäkolog*innen in Sachsen geführt. Die Interviews dauerten zwischen 28 und 135 Minuten mit einer durchschnittlichen Länge von 76 Minuten. Die Kontaktaufnahme erfolgte dabei auf verschiedenen Wegen. Zunächst habe ich zehn zufällig ausgewählte niedergelassene Gynäkolog*innen angeschrieben, von denen auf telefonische Nachfrage hin fünf zu einem Interview bereit waren. Allerdings hat sich einer dieser Gynäkologen gegen die Teilnahme entschieden, als er bei der telefonischen Kontaktaufnahme von meiner Absicht, das Interview aufzuzeichnen, erfahren hat. Diese vier Interviews habe ich im ersten Halbjahr 2011 geführt. Ein zweiter Ansprecheweg verlief über eine persönlich bekannte Geschäftsführerin einer Klinik, die den Kontakt zu fünf in dieser Klinik arbeitenden Gynäko-

log*innen hergestellt hat. Auch diese fünf Interviews wurden im ersten Halbjahr 2011 geführt. Im zweiten Halbjahr 2014 kam (als drittem Weg der Proband*innenansprache) durch meine persönliche, informelle Ansprache ein weiterer Interviewtermin mit einer niedergelassenen Gynäkologin zustande. Besonders für dieses letzte Interview habe ich meinen Leitfaden noch einmal deutlich überarbeitet, um dem Stand der Datenanalyse bis zu jenem Zeitpunkt gerecht zu werden (vgl. Kapitel 1.2.2 zur sukzessiven Konkretisierung des Forschungsgegenstandes und der Entwicklung der Kernkategorie).

Bei der Gestaltung der Interviewsituation habe ich mich weitestgehend an die Vorschläge von Mey und Mruck (2007) gehalten. So habe ich jede*r Interviewpartner*in vorab ein Informationsblatt mit dem Thema der Forschungsarbeit, meinen Kontaktdaten und einer Vereinbarung zum Umgang mit den Daten zugeschickt bzw. übergeben. Während die Befragten ein Exemplar behalten sollten, habe ich ein zweites Exemplar zu meinen Unterlagen genommen, damit beide am Interview beteiligten Parteien Transparenz über den vereinbarten Umgang mit den Daten haben (vgl. Anhang C, „Interviewvertrag“). Dieses Vorgehen umschließt auch, dass meine Interviewpartner*innen, wie von Witzel (2000: Absatz 11) empfohlen, im Vorfeld bereits den grob umrissenen Gegenstand meiner Untersuchung kannten. Weiterhin habe ich vor jedem Interview in einem Präskript handschriftlich Aspekte wie meine Eindrücke zu*r Interviewpartner*in aus den bisherigen Kontakten, meine Stimmung und meine Erwartungen an das Interview festgehalten. Im Anschluss an jedes Interview habe ich in einem Postskript alles notiert, was mir kurz vor und während des Interviews aufgefallen ist (vgl. zu Prä- und Postskript Mey/ Mruck 2007: 271, sowie zu Postskripten auch Witzel 2000: Absatz 9). Gegenstand dieser Postskripte waren alle von mir erinnerten Informationen zum Beispiel über Lage des Interviewortes (bei den Niedergelassenen: der Praxis), Ausstattung des Intervieworts/ der Praxis, Art der Begrüßung, durch die Interviewten gewählte Sitzordnung, Störungen oder Unterbrechungen im Interviewverlauf, Verabschiedung, meine persönlichen Eindrücke und Stimmungen.

Um den interviewten Personen einen Interviewrahmen zu bieten, in dem sie sich möglichst wohlfühlen können (vgl. Mey/ Mruck 2007: 265), habe ich jeweils ihren Arbeitsort oder Räumlichkeiten innerhalb der Universität als Alternativen angeboten. Alle niedergelassenen Gynäkolog*innen haben ihren Arbeitsort, also ihr Sprechzimmer in ihrer Praxis, gewählt. Die in der Klinik beschäftigten Gynäkolog*innen hatten diese Wahlmöglichkeit in der praktischen Umsetzung nicht, da die Interviewtermine hier durch die Geschäftsführung koordiniert und als Örtlichkeit ein Besprechungsraum innerhalb der Klinik festgesetzt war. Dementsprechend fanden diese Interviews während der regulären Arbeitszeit der

Gynäkolog*innen statt, während die niedergelassenen Gynäkolog*innen ihre Termine in die gewöhnliche Arbeitszeit, aber außerhalb ihrer Sprechzeiten gelegt haben.

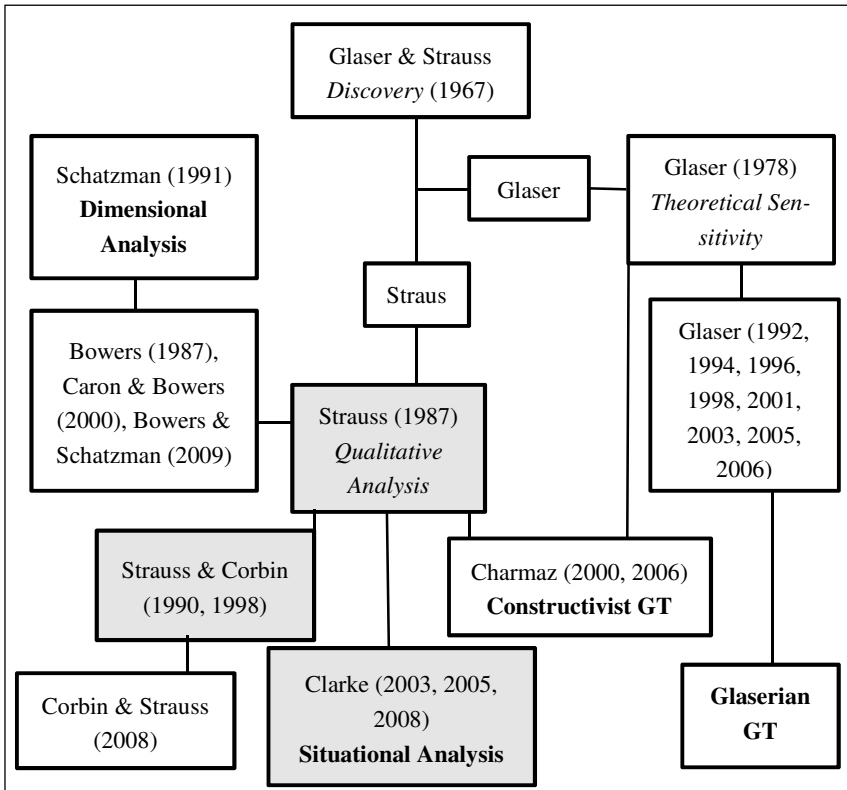
Das eigentliche Interview wurde, wie mit den Interviewpartner*innen vereinbart, aufgenommen und im Anschluss von mir transkribiert. Dabei habe ich mich für das Verschriftlichen der Interviews in Standardorthographie und im Fließtext entschieden. Transkriptionssysteme wie GAT oder HIAT (vgl. z.B. Kowal/ O'Connell 2012) erschienen mir entsprechend des Grundsatzes, nur Merkmale zu verschriftlichen, die auch analysiert werden sollen (Kowal/ O'Connell 2012: 444), nicht sinnvoll. Ich habe die Transkription der Interviews größtenteils selbst durchgeführt. Dies hat den Vorteil, dass ich mit der Stimmlage und den Betonungen durch das häufige Hören gut vertraut bin und sich ein gutes Gefühl für d*ie Interviewpartner*in herausbildet. Des Weiteren habe ich mich bemüht, die Interviews sprachlich nicht zu glätten, etwa in Bezug auf Satzbau, Abbrüche im Satz oder Verwendung von Dialekt, um die Satzmelodie und damit auch die Betonungen nicht zu verändern. Während der Verschriftlichung eingefügte Zeichen, z.B. eine viersekündige Redepause („...“), werden an den in dieser Arbeit verwendeten Zitatstellen erläutert. Die Analyse der Daten wird im folgenden Unterkapitel beschrieben. Technisch wurde sie von der Software zur qualitativen Datenanalyse MAXQDA unterstützt.

1.2.2 Die Grounded Theory Methodologie

Die Sammlung und Analyse der dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten beruht auf der Grounded Theory Methodologie. Da sich diese in den letzten 40 Jahren, seit dem Erscheinen des ersten Buches von Glaser und Strauss 1967, deutlich entwickelt und ausdifferenziert hat (vgl. Darstellung 1), ist es wichtig, die eigene Arbeit innerhalb dieser Methodenfamilie zu verorten. Wie die farbigen Hervorhebungen in Darstellung 1 zeigen, schließt diese Arbeit in erster Linie an die methodischen Überlegungen von Anselm Strauss und Juliet Corbin (1996 [1990]), Strauss (1998 [1987]) sowie, vor allem hinsichtlich ihrer methodischen Anregungen, an Adele E. Clarke (Clarke 2011, Clarke 2005, Clarke 2003, Clarke/Friese 2007) an⁷.

7 Mit der Entscheidung für diesen Zweig der Grounded Theory Methodologie geht auch einher, dass das hier zu entwickelnde Modell in den paradigmatischen Annahmen des amerikanischen Pragmatismus gründet (vgl. dazu etwa Strübing 2008: 37ff.).

Darstellung 1: Genealogie der Grounded Theory Methodologie



Quelle: Eigene Darstellung nach Morse 2009: 17, mit farbiger Hervorhebung der hier verwendeten Grounded Theory Methodologie-Richtungen⁸

Ziel der Grounded Theory Methodologie ist es, aus dem Datenmaterial heraus eine Theorie für einen bestimmten Gegenstandsbereich, hier den Umgang mit Emotionen bei Gynäkolog*innen, zu entwickeln. Diese Theorie (als das Produkt des mit der Grounded Theory Methodologie durchgeführten Forschungsprozesses) beschreibt und erklärt das interessierende Phänomen, und ist dabei in den Daten begründet und verankert (Böhm 2012: 475f.). Um dies zu erreichen, fin-

8 Diese Grafik stellt die englischsprachigen Weiterentwicklungen der Grounded Theory Methodologie dar. Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene zusätzliche Weiterentwicklungen, unter anderem von Franz Breuer (2010) oder Bruno Hildenbrand (2005).

den Datenerhebung, -analyse und -auswertung zeitlich parallel und in Abhängigkeit voneinander statt (Glaser/ Strauss 2005 [1967]: 52). Mit der Analyse der ersten Daten geht eine induktive Hypothesenbildung einher, und die so entstehenden Hypothesen werden anhand neuer Daten geprüft und erweitert. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang das *theoretische Sampling*. Dabei wird anhand der sich ausbildenden Hypothesen entschieden, welche nächsten Daten zur Überprüfung geeignet sind, bzw. in welchen Fällen sich Varianz erwarten lässt. Daraus folgt, dass neue Daten Stück für Stück nacheinander erhoben werden sollten. Diesem Kriterium konnte ich im Rahmen dieser Arbeit nicht gerecht werden. Die persönliche Distanz zum Untersuchungsfeld, Gynäkolog*innen und Medizin ermöglichte mir im Vorfeld der Interviewdurchführung nur eine Zuordnung der möglichen Interviewpartner*innen anhand der Kriterien ‚Niederlassung‘ und ‚Klinik‘. Die Annahme, dass der Kontext der Medizin als eher in sich geschlossener Bereich einer Befragung durch mich als Laien skeptisch gegenüberstehen würde, veranlasste mich im Frühjahr 2011 dazu, zehn niedergelassene Gynäkolog*innen anzuschreiben. (Für mich) überraschend sagten vier direkt zu, und ich führte diese vier Interviews durch. Im gleichen Zeitraum bot eine mir bekannte Klinikleiterin an, mir den Zugang zu den in ihrer Klinik beschäftigten Gynäkolog*innen zu ermöglichen. Im Handumdrehen waren fünf Interviewtermine (mit allen zu dem Zeitpunkt anwesenden Gynäkolog*innen) vereinbart und durchgeführt. Es gelang mir lediglich, das Angebot, alle weiteren dort arbeitenden Gynäkolog*innen zu befragen, auf einen möglichen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Dennoch hatte ich mit einem Schläge neun Interviews geführt. Mit Strauss und Corbin (1996: 155) kann man in diesem Zusammenhang von einem systematischen Sampling sprechen. Um das Kriterium des den gesamten Analyseprozess begleitenden theoretischen Samplings dennoch erfüllen zu können, habe ich im Weiteren innerhalb meiner systematischen Stichprobe gesampelt und jeweils nach minimalen und maximalen Vergleichsmöglichkeiten in meinem Datenkorpus gesucht. Darstellung 2 zeigt den Prozess des theoretischen Samplings innerhalb von vorliegendem Material anhand der Schlüsselkategorie exemplarisch auf. Ein solches Vorgehen ist nach Truschkat, Kaiser-Belz und Volkmann (2011: 362ff. sowie 372) durchaus vertretbar, sofern die möglichen Konsequenzen für das sich entwickelnde Modell berücksichtigt und reflektiert werden.

Darstellung 2: Veranschaulichung des theoretischen Samplings anhand der Schlüsselkategorie „sich (distanziert) einlassen“

| Theoretisches Sampling zur Kategorie „sich (distanziert) einlassen“ | | |
|---|--|--|
| Überlegung zur Interviewauswahl | Interview | Kernergebnisse |
| Da ich bereits einige in die Richtung der Kategorie zielende Kodierungen vergeben hatte, wollte ich bei der vertieften Beschäftigung mit einem Interview beginnen, das noch frei von solchen Kodierungen ist und mir einen frischen Blick erlaubt | Gynäkologin 10 (G10) (zuletzt erhobenes Interview) | <ul style="list-style-type: none"> • Alle relevanten Zitatstellen beziehen sich auf „sich einlassen“ (neue Kategorie) • Dabei lassen sich drei Unterformen (Subkategorien) differenzieren: sich emotional einlassen, sich für sich selbst reflektierend einlassen (auch über die Interaktion hinaus), und sich fachlich-medizinisch einlassen (über die Interaktion hinaus und in der Regel über die Arbeitszeit hinaus) |
| Als nächstes wollte ich einen Kontrastfall analysieren, um mehr über den angenommenen Gegenpol „sich distanzieren“ zu erfahren | Gynäkologin 4 (G4) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und partielle Kodierungen) | <ul style="list-style-type: none"> • Revidierung der Vorannahme: lässt sich insgesamt am ehesten als „sich distanziert einlassend“ beschreiben (neue Kategorie) • Dennoch gibt es Situationen, in den auch sie sich einlässt (-> inhaltliche Ergänzung der vorab gebildeten Subkategorien) • Und: es gibt Situationen, in denen sie sich tatsächlich „distanziert“ (neue Kategorie) |
| Nach Gynäkologin 10, die sich freiwillig einlässt, und Gynäkologin 4, die sich in der Hauptsache bewusst dis- | Gynäkologe 7 (G7) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und | <ul style="list-style-type: none"> • Tatsächlich gibt es hier einen Zwang, sich einzulassen, den ich in der Subkategorie „sich einlassen müssen“ fassen • Auch die Subkategorien „sich fachlich-medizinisch einlas- |

| | | |
|--|---|---|
| <p>tanziert einlässt, wollte ich mir einen Fall ansehen, dem diese Bewusstheit oder Freiwilligkeit fehlt</p> | <p>partielle Kodierungen)</p> | <p>sen“ und „sich emotional einlassen“ können weiter ausdifferenziert werden. Neu und damit kategorienweiternd ist die Wahrnehmung, dass dieses sich einlassen belastend ist (statt bereichernd)</p> |
| <p>Im Interview 7 wurde ein Zwiespalt deutlich, zwischen „Emotionen nicht an sich herankommen lassen“ und „sich einlassen müssen“. Diesem nicht recht erklärbaren Zwiespalt wollte ich weiter auf den Grund gehen.</p> | <p>Gynäkologin 1 (G1) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und partielle Kodierungen vermutete ich ähnliche Figuren, die einen guten Vergleich erlauben würden)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Meine Vermutung widerlegt sich. G1 beschreibt sich selbst als jemanden, der „sich distanziert einlässt“, zeigt aber in vielen Fundstellen, dass sie sich tatsächlich vielfach emotional, fachlich-medizinisch einlässt oder mitunter auch die Position vertritt, „sich einlassen zu müssen“ • G1 weiß, dass sie sich nicht zu sehr einlassen darf, tut es aber dennoch oft: wenn hier ebenfalls ein Zwiespalt vorliegt, dann unter umgekehrten Vorzeichen als bei G7 |
| <p>Aufgrund der bereits erreichten Ausgestaltung der Kategorie „sich einlassen“ suche ich einen Vergleichsfall, der mir mehr über den Pol „sich distanzieren/distanziert einlassen“ verrät</p> | <p>Gynäkologe 9 (G9) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und partielle Kodierungen)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Neu entsteht die Unterkategorie „professionelle Distanz“ als Grenzfall des „sich distanziert Einlassens“ • Aber ich muss meine erste Einschätzung revidieren. G9 ist nicht per se „distanziert“, sondern zeigt starke Momente des „sich für sich selbst reflektierend einlassen“ und hilft so, diese Unterkategorie stärker auszudifferenzieren (Beispiel: verdeutlicht, dass er so einen inneren Abstand zu emotionalen Ereignissen des Arbeitsalltags gewinnt) |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Gynäkologe 7 und 9 sind bemüht, einen inneren Abstand zu den emotionalen Ereignissen im Arbeitsalltag zu gewinnen. Beide eint die hierarchisch höhere Position in einer Klinik und der Kontakt mit vielen „drastischen“ Ereignissen. Dennoch wählen sie unterschiedliche Umgangswege.</p> | <p>Gynäkologe 5 (G5) teilt beide Merkmale – Vergleich, um ggf. ein gemeinsames Muster entdecken zu können</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die hierarchische Position ist nicht von erklärender Bedeutung, auch wenn damit mehr wahrgenommene Verantwortung einhergeht • Relevanter erscheint das Fachgebiet: G7 und G9 sind primär in der Gynäkologie tätig, die Zahl der drastischen (und belastenden) Ereignisse, über die G5 als Geburtshelfer berichtet, ist deutlich geringer. Folglich lässt er sich primär emotional ein. |
| <p>Ich modifiziere meine vorhergehende These und formuliere: Man lässt sich dann eher nicht ein, wenn man weiß, dass es einen belastet oder belasten würde.</p> | <p>Gynäkologin 6 (G6) beschreibt sich selbst als „Hineinfühl-Mensch“. Stimmt meine These, müsste sie sich distanziert einlassen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die These kann verworfen werden. Auch sie lässt sich primär emotional ein. |
| <p>Mit Blick auf die herausgearbeiteten Kategorien und Subkategorien stellt sich eine Sättigung ein. Neue (Unter)Kategorien werden nicht gefunden. Das heißt, im Sinne einer <i>Beschreibung</i> der (Unter)Kategorien sind diese theoretisch gesättigt. Eine <i>Erklärung</i> für die Positionierung der Gynäkolog*innen innerhalb dieser Kategorien konnte an dieser Stelle allerdings (noch) nicht gefunden werden. Die weitere Analyse zeigt, inwiefern diese in den ursächlichen Bedingungen zu finden sein wird.</p> | | |

Lediglich das zehnte Interview ist mit einer bewusst theoretisch ausgewählten Interviewpartnerin erfolgt. Hier ging es mir darum, eine*n Gynäkolog*in zu befragen, welche*r sich erst vor kurzer Zeit mit einer eigenen Praxis niedergelassen hat. Eine solche Gynäkologin war mir zufällig bekannt. Somit hat sich mein Interviewleitfaden auch nur für das zehnte Interview verändert, da die bis dato herausgebildeten Hypothesen andere Fragen nahelegten, um Daten zu ihrer Überprüfung zu generieren.

Unabhängig davon, ob die Auswahl des zu erhebenden Materials nun gezielt oder zufällig erfolgt, sind also nicht gegenstandsunspezifische, z.B. statistische, Verteilungsmerkmale entscheidend, sondern das theoretische Sampling erfolgt auf Basis der analytischen Fragen, die der jeweilige Stand der Theoriebildung im Projekt vorgibt (Glaser/ Strauss 2005 [1967]: 70, Strübing 2008: 30). Ziel ist es, eine konzeptuelle Repräsentativität zu erreichen:

„d.h. es sollen alle Fälle und Daten erhoben werden, die für eine vollständige analytische Entwicklung sämtlicher Eigenschaften und Dimensionen der in der jeweiligen gegenstandsbezogenen Theorie relevanten Konzepte und Kategorien erforderlich sind.“ (Strübing 2008: 32).

Das Sampling wird folglich durch den Analyseprozess begleitet, und die Analyse der Daten mit der damit einhergehenden Hypothesenentwicklung lenkt den weiteren Samplingprozess⁹. Jede Auswahlentscheidung über neues oder bereits vorliegendes, erneut zu analysierendes Material wird aus den bereits erarbeiteten Elementen abgeleitet, um die Theorie (als Ganzes und in ihren Teilen, den Kategorien) weiter und reichhaltiger auszudifferenzieren (Glaser/ Strauss 2005 [1967]: 53ff., Strübing 2008: 31). Dabei werden die sich dabei allmählich aus dem Material entwickelnden bzw. herausgearbeiteten Kategorien nicht fixiert, wie zum Beispiel in der Qualitativen Inhaltsanalyse, sondern bleiben offen für Veränderungen (Muckel 2011: 336). Es geht bei der Kategorienentwicklung darum, aus dem Datenmaterial heraus Ähnlichkeiten und Beziehungen innerhalb der und zwischen den Kategorien auszuarbeiten. Es werden „polyphone Kategorien angestrebt, die Widersprüche zulassen sowie dem Anspruch der Dichte gehorchen“ (Muckel 2011: 336, Hervorhebungen im Original).

9 In diesem Sinne betont z.B. Hildenbrand (2005: 66) die prinzipielle Sparsamkeit des theoretischen Samplings: es werden immer nur so viele Daten erhoben, wie für den nächsten Auswertungsschritt notwendig sind, und es werden auch nur genau die Auswertungsdaten erhoben, welche sich für den Auswertungsprozess als relevant darstellen.

Der Auswertungsprozess beginnt mit dem offenen Kodieren einiger, in Bezug auf die Forschungsfrage besonders vielversprechend erscheinender Interviewabschnitte. Hier sollte reichhaltiges Material herangezogen werden, um eine Maximierung der möglichen Lesarten und Perspektiven zu erreichen (Strübing 2008: 31). Besonders hilfreich für das konzeptuelle ‚Aufbrechen‘ der Daten wirken die sogenannten ‚generativen Fragen‘ (vgl. Mey/ Mruck 2009: 120 sowie Böhm 2012: 477f.). Durch die Analyse werden erste Konzepte (Kodes)¹⁰ gefunden, die anhand von Vergleichen und Dimensionalisierungen (vgl. Mey/ Mruck 2009: 126, Strauss/ Corbin 1996: 44, 50ff. sowie 63ff.) ausgearbeitet werden. Das Vergleichen und Dimensionalisieren dient dazu, die Variationsmöglichkeiten und -breite eines Kodes, also eines interessierenden Aspektes des Datenmaterials, aufzudecken und systematisch auszuarbeiten (Strübing 2008: 26). Es bildet die Grundlage, um später die Beziehungen zwischen verschiedenen Kodes oder Kategorien herauszuarbeiten (Strauss/ Corbin 1996: 51).

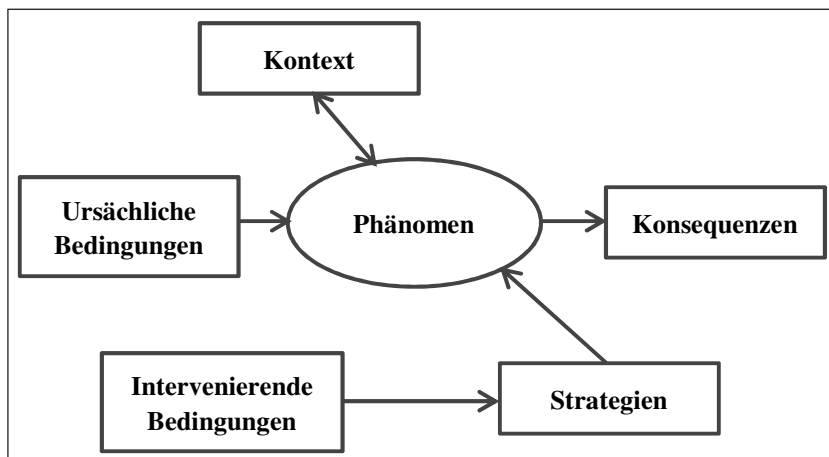
Um diese Verbindungen zwischen verschiedenen Konzepten herauszuarbeiten, wird das axiale Kodieren eingesetzt. Hier habe ich vor allem mit dem Kodierparadigma von Strauss (1998: 56f.) bzw. Strauss und Corbin (1996: 78ff.) und den von Clarke (z.B. Clarke 2011, Clarke/ Friese 2007) vorgeschlagenen *situational maps*¹¹ gearbeitet. Das Kodierparadigma (vgl. in seiner Grundform Darstellung 3) soll dabei unterstützen, die getrennt nebeneinander stehenden Kodes und Kategorien miteinander in einen Zusammenhang zu bringen. Es geht darum, Fragen nach den untersuchten Phänomenen (‚Worum geht es?‘), deren Kontext (‚Welche Einflüsse strukturieren den konkreten Handlungsraum?‘), und ursächlichen Bedingungen (‚was führt zum Phänomen?‘) zu stellen. Auch die intervenierenden Bedingungen als relevante strukturelle (z.B. kulturelle, biographische oder geografische) Vorbedingungen für die Strategien, die phänomenbezogenen Handlungen und Strategien selbst sowie deren Konsequenzen werden hinterfragt. Diese Fragen werden in theoriebildender Absicht an das Material

10 Eine Diskussion der verschiedenen und verschieden verwendeten Begriffe Kode, Konzept und Kategorie findet sich zum Beispiel bei Muckel (2011: 337f.). Hier werden im Folgenden die Begriffe Kode und Konzept als Synonyme verwendet, und lediglich vom größeren Begriff der Kategorie als einer Gruppe von miteinander in Beziehung stehenden Kodes unterschieden.

11 Dabei verwende ich Clarke’s *maps* allerdings eher als Arbeitswerkzeug innerhalb der Arbeit mit dem Kodierparadigma und löse ihren Anspruch an die Berücksichtigung von nicht-menschlichen Akteuren und Diskursen nur sehr bedingt ein. Paradigmatisch bleibe ich also den bei Strauss der Grounded Theory Methodologie zugrunde liegenden interaktionistischen Wurzeln verbunden und folge Clarke nicht ‚around the post-modern turn‘.

herangetragen (Strauss/ Corbin 1996: 78ff., Mey/ Mruck 2009: 129f., Strübing 2008: 28).

Darstellung 3: Das Kodierparadigma



Quelle: Eigene Darstellung nach Mey/ Mruck 2009: 131

Dabei zielt das Kodierparadigma nicht auf die umfassende Beantwortung der Forschungsfrage ab, sondern darauf, den Prozess des axialen Kodierens zu koordinieren, indem systematisch der Kontext eines in den Daten vorkommenden Phänomens aufgearbeitet wird. Dementsprechend leitet die Überprüfung und eventuell anzuschließende Modifizierung von Zusammenhangshypothesen die Fall- und Datenauswahl (Strübing 2008: 31). Ziel ist es, zu einem umfassenden Verständnis eines Phänomens und seines Kontextes zu gelangen, um in späteren Schritten eine umfassende Theorie erarbeiten zu können. Da die mithilfe des Kodierparadigmas aufgearbeiteten Phänomene in vielfältigen Zusammenhängen zueinander stehen, kann dabei eine Ursache eines Phänomens bei einem anderen Phänomen Strategie sein (Strübing 2008: 26ff.).

Es ist naheliegend, dass auch in den Phasen des axialen Kodierens immer wieder auf die Technik des offenen Kodierens zurückgegriffen wird. Entwickelt sich das Modell bzw. die materiale Theorie rund um eine Kern- oder Schlüsselkategorie als dem zentralen Phänomen (hier: die Balance zwischen medizinischer Fachlichkeit und Emotion als ‚sich (distanziert) einlassen‘)¹², geht man

12 Im Rahmen des axialen Kodierens werden also verschiedenste Codes und Kategorien als Phänomen in das Grundschemata des Kodierparadigmas eingesetzt, um Verbindun-

langsam in die Phase des selektiven Kodierens über. Dies dient dazu, letzte Fragen zu einzelnen Kategorien zu beantworten und noch nicht ausgearbeitete Verbindungen zwischen der Kernkategorie und anderen Kategorien zu spezifizieren (Mey/ Mruck 2009: 134). Hier zielt die Sampling-Strategie auf das Schließen von Lücken sowie die Theorieprüfung. Es wird durchaus noch neues Material hinzugezogen, aber auch viel bereits Vorhandenes erneut unter einem veränderten Blickwinkel betrachtet (Strübing 2008: 31).

Die Analysearbeit ist dann abgeschlossen, wenn das sich entwickelnde Modell *gesättigt* ist. Damit ist gemeint, dass die Kategorien selbst sowie die Beziehungen zwischen den Kategorien gut ausgearbeitet sind und dass aus neu hinzugezogenem Material keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf die sich entwickelnde Theorie gewonnen werden können (Mey/ Mruck 2009: 112, Muckel 2011: 337). Truschkat, Kaiser-Belz und Volkmann (2011: 373) heben hervor, dass man hierzu Vertrauen in die Daten und in den Umstand, dass sich soziale Phänomene deutlich schneller wiederholen, als man vermutet, braucht. In meinen Daten zeigte sich eine zügige theoretische Sättigung zum Beispiel an der Kategorie ‚sich anderen mitteilen über Emotionen‘. Das Grundmuster zeichnete sich bereits nach der Analyse von Zitatstellen aus drei Interviews ab. Die Sichtung der entsprechenden Zitatstellen in allen weiteren Interviews brachte noch kleine Verfeinerungen mit sich, hat aber die zentrale Argumentation dieser Kategorie nicht verändert (vgl. hierzu inhaltlich Kap. 4.2). Ein anderer zu beachtender Punkt bei der Bestimmung einer ausreichenden Sättigung ist die Frage nach der Reichweite der entwickelten Theorie. Da hier eine materiale Theorie¹³ entwickelt werden soll, die Aussagen über den empirischen Bereich der Gynäkologie geben will, ist es zum Beispiel im Rahmen dieser Arbeit nicht sinnvoll, das Sampling auf andere medizinische Fachrichtungen auszudehnen.

Im Rahmen der Methodenliteratur zur Grounded Theory Methodologie wird das Forschen in Gruppen immer wieder empfohlen bzw. eingefordert (z.B. Mey/ Mruck 2009: 142f.). Das Forschen in Gruppen dient dabei nicht nur der Quali-

gen zwischen diesem und anderen Kodes/ Kategorien auszuarbeiten. Die Analyse schließt sich, wenn sich eine Kernkategorie als Phänomen abzeichnet, zu der sich die meisten anderen Kategorien in Bezug setzen lassen. Auf eine exemplarische Darstellung habe ich an dieser Stelle verzichtet. Da das finale Kodierparadigma die Organisation der folgenden Kapitel anleitet, findet es sich, sich allmählich in seinen Bestandteilen entfaltend, in den Kapiteln 3 bis 5 jeweils am Kapitelende.

13 Die Unterscheidung zwischen materialer und formaler Theorie findet sich bereits bei Glaser und Strauss (2005 [1967]: 42f.). Sie wird mit Bezug zur Frage der Sättigung der entwickelten Theorie zum Beispiel von Truschkat/ Kaiser-Belz/ Volkmann (2011: 374) aufgegriffen.

tätssicherung von qualitativen Forschungsarbeiten, sondern auch der Maximierung der Perspektivenvielfalt auf das Analysematerial und der Erhöhung der theoretischen Sensibilität der Forschenden. Theoretische Sensibilität meint die „persönliche Fähigkeit des Forschers bzw. der Forscherin, Feinheiten in der Bedeutung der Daten aufzudecken“ (Muckel 2011: 340, vgl. auch Strauss/ Corbin 1996: 25ff.)¹⁴. Um diesem Kriterium auch im Rahmen einer individuellen Qualifizierungsarbeit wie dieser Doktorarbeit gerecht werden zu können, habe ich mich (neben der Nutzung verschiedener Präsenzangebote wie dem Berliner Methodentreffen oder der Göttinger Forschungswerkstatt für qualitative Forschung in der (Palliativ)Medizin) im Dezember 2012 einer neu entstehenden Online-Arbeitsgruppe angeschlossen, in welcher von allen Teilnehmerinnen Grounded-Theory-Projekte bearbeitet werden. Die fachlichen und sozialen Vorteile der Mitarbeit an einer solchen Online-Arbeitsgruppe werden z.B. von Moritz (2009) beschrieben. Potentiale und Herausforderungen von Online-Arbeitsgruppen sowie den praktischen Arbeitsmodus speziell unserer Online-Arbeitsgruppe haben wir in Albrecht-Ross et al. (2015) beschrieben. Dort findet sich auch ein Beispiel für ein Arbeitstreffen, um einen Einblick in unsere konkrete Arbeitsweise zu gewähren. Besonders hilfreich war diese Arbeitsgruppe, um die Interaktion im Interview zwischen mir als Interviewender und den Interviewpartner*innen zu beleuchten und, dem Verständnis des Interviews als Interaktion (Deppermann 2013, Mey 2000) folgend, in die Analyse einzubeziehen. Denn die Analyse in der Gruppe erlaubt es hier eher, aus der ‚eigenen Haut‘ herauszutreten und eine neutral-analytische Perspektive auf das Interviewmaterial anzulegen. Darüber hinaus werden in der Gruppe mehrere Deutungsperspektiven gegenübergestellt, die zum Teil aus der fachlich-heterogenen Gruppenzusammenstellung und unterschiedlichen biografischen Erfahrungen resultieren und das Reflexivitätspotential der Gruppe erhöhen. Diese Vielfalt an Deutungsperspektiven ist auch hilfreich, um eigene Vorannahmen aufzudecken und für die empirische Analyse fruchtbar zu machen. Im nächsten Abschnitt möchte ich einige meiner Vorannahmen explizieren.

14 Das Thema der theoretischen Sensibilität wird von den verschiedenen Strömungen innerhalb der Grounded Theory Methodologie kontrovers eingeschätzt, zum Beispiel mit Blick auf die Quellen der theoretischen Sensibilität und den Einsatz(zeitpunkt) von Literatur. Eine Übersicht und pragmatische Positionierung findet sich bei Truschkat/ Kaiser-Belz/ Volkmann (2011: 356ff.).

1.3 PRÄKONZEPTE: EXPLIZIERUNG SUBJEKTIVER FORSCHUNGSEINFLÜSSE

Franz Breuer (2010) nimmt in seinem Buch ‚Reflexive Grounded Theory‘ die Position ein, dass die Forscherin „selbst als Subjekt und Person im Kontext der sozialwissenschaftlichen Erkenntnisarbeit“ (2010: 115) vorkommt. Daraus folgert er, dass die subjektiven Anteile der Forschenden im Rahmen ihrer Arbeit reflektiert werden sollten, um sich dieser Einflüsse bewusst zu werden. Das Ziel ist, die so gewonnenen Erkenntnisse für die weitere Forschungsarbeit produktiv zu verwenden. Reflexionsbedürftig oder mindestens reflexionsmöglich sind dabei verschiedenste Elemente: die gewählte Form der Datenerhebung, die Interaktionsdynamiken zwischen Interviewpartner*in und Interviewender, die der Interviewführung und -analyse zu Grunde liegenden theoretischen und alltagsweltlichen Vorannahmen der Forscherin und einiges mehr. Breuer (2010) schlägt für die konkrete Umsetzung verschiedene Methoden vor, um die Reflexion über diese Aspekte anzustoßen und kontinuierlich fortzuführen, beispielsweise den Austausch mit anderen Forschenden über eigenes Material und -deutungen. Diesen Austausch, also meine Einbindung in verschiedene Formen der kollektiven Daten- und Ergebnisdiskussion, habe ich bereits im vorhergehenden Kapitel angesprochen. Ein weiteres Hilfsmittel ist das Führen eines Forschungstagebuchs (Breuer 2010: 129ff.). Dieses hat mehrere Funktionen, von denen eine ist, sich über Vorannahmen deutlich zu werden, die man unweigerlich zu Beginn der Empirie über sein Feld hegt. Solche Vorannahmen oder Präkonzepte (ebd.: 130) zu reflektieren, beugt dem vor, dass man eigene blinde Stellen an das Material heranträgt und folglich im ungünstigsten Fall genau das mit seiner Forschung herausfindet, was man bereits vorab vermutet hat. Um den Leser*innen einen Einblick in meine reflexive Arbeit zu geben, möchte ich an dieser Stelle einige meiner zentralen Präkonzepte offen legen. Diese markieren einerseits den wissenschaftlichen (aber auch persönlich-biographischen) Startpunkt dieser Arbeit und können somit hilfreich für das weitere Verständnis sein. Gleichzeitig soll ihre Darstellung aber auch Transparenz über vollzogene (Gedanken-)Schritte liefern und so die Nachvollziehbarkeit der entstandenen Grounded Theory erhöhen.

Im Besonderen möchte ich (1) den Einfluss meiner arbeitssoziologischen Prägung, (2) den Einfluss der wissenschaftlichen Debatte über Emotionsarbeit und (3) den Einfluss meiner eigenen heterosexuellen Lebensweise thematisieren.

(1) Arbeitssoziologische Vorprägung meines Blickwinkels

Vom ersten Moment der Arbeit an diesem Thema ist für mich völlig eindeutig gewesen, dass meine Arbeit darum kreist, wie *Gynäkolog*innen* mit *ihren* aus

der *Arbeit* resultierenden Emotionen umgehen. Insbesondere die Seite der Patientinnen ist mir als Untersuchungsgegenstand gar nicht in den Sinn gekommen. Dabei sind ja die Patientinnen ebenso an der Ärzt*in-Patientinnen-Interaktion beteiligt, und aufgrund individueller Betroffenheit z.B. von Krankheiten oder Schwangerschaften wahrscheinlich sogar einem intensiveren emotionalen Erleben ausgesetzt. Ich denke, dass ich hier einen typisch arbeitssoziologischen Blick auf *die Arbeitenden* einnehme. So beeinflussen meine arbeitssoziologischen Kenntnisse und Interessen von vornherein die Auswahl des Untersuchungsgegenstandes. Diese Vorprägung ist mir erst allmählich bewusst geworden, und zum Teil auch erst durch Irritationen in Gesprächen mit Menschen, die selbst bzw. deren Angehörige schwere gynäkologische Behandlungen aus Patientinnen- bzw. Angehörigensicht erlebt haben. Im Rahmen meiner Forschung habe ich dieses Präkonzept lediglich als Einschränkung meiner Fragestellung zur Kenntnis genommen. Anders verhält es sich mit dem nächsten Punkt.

(2) Die wissenschaftliche Debatte über Emotionsarbeit

Als Studentin der Sozialwissenschaften mit dem Schwerpunkt „Produktion und Arbeit“ habe ich mich zunächst im Kontext von Dienstleistungsarbeit mit Emotionsarbeit beschäftigt und dieses Thema später weiter vertieft. So habe ich das Interesse für mein Doktorarbeitsthema ausgeprägt, aber gleichzeitig auch starke Vorannahmen über den Gegenstand dieser Arbeit entwickelt. Zu Beginn meiner empirischen Arbeit bin ich *erstens* davon ausgegangen, dass der Umgang mit Emotionen *Arbeit* ist. Da dieser Umgang mit Emotionen im Rahmen eines Lohnarbeitsverhältnisses in ganz bestimmter, in der Regel vom Management vorgeschriebener Weise erfolgen muss, handelt es sich um einen neuen Grad der Vernutzung von Arbeitskraft: Hochschild folgend, wird nun nicht nur auf Körper und Geist, sondern auch auf die Gefühle der Arbeitenden zugegriffen. Durch diese (neo)marxistische Brille geprägt, bin ich *zweitens* davon ausgegangen, dass Emotionsarbeit und die daraus resultierende Notwendigkeit, mit den geforderten Emotionen umzugehen, die Arbeitenden *belastet*. Mein Blick war also eher bereit, negative Folgen der Emotionsarbeit aufzunehmen, als nach positiven Effekten zu fragen. Und *drittens* habe ich auch die Annahme unbewusst mit mir herumgetragen, dass negative Emotionen mehr Anstrengungen benötigen, um mit ihnen umzugehen, als positive. Sprich: dass es anstrengender sei, einer Patientin eine für sie schlechte Nachricht zu überbringen, als sich mit ihr zu freuen. Der letzte Punkt ist dabei wohl weniger der Emotionsarbeitsdebatte anzulasten, als meinen eigenen persönlichen Annahmen darüber, dass sich positive Emotionen leichter zeigen als negative. Es ist wohl für lebenserfahrene Leser*innen müßig

zu erwähnen, dass es vielleicht eher mit der eigenen Position und Grundstimmung zusammenhängt, ob das eine leichter gelingt als das andere.

Meinen durch die Emotionsarbeitsdebatte geprägten Blick auf Emotionen als Arbeit habe ich auch mit in meine Interviewführung hineingetragen. Er wurde zum Teil direkt in der Interviewsituation durch meine Interviewpartner*innen korrigiert, zum Teil durch die eigene und gemeinsame Analysearbeit an den transkribierten Interviews. Beide Einflüsse gemeinsam haben mich diese Vorannahmen erkennen lassen, so dass ich ‚meinen‘ Anteil in der Analyse zurücknehmen, und den Blick für einen offeneren Umgang mit dem Thema ‚Emotionen in der Arbeit‘ öffnen konnte.

(3) Heterosexuelle Vorannahmen

Erst im Verlauf meiner Analysearbeit an dem Interviewmaterial ist mir deutlich geworden, wie sehr meine eigene heterosexuelle Lebensweise (eigentlich wider besseren Wissens!) meine Interviewdurchführung geprägt hat. Erst an dieser späten Stelle habe ich bemerkt, dass ich lediglich die männlichen Gynäkologen nach ihrem Umgang mit dem anderen Geschlecht als ‚Arbeitsgegenstand‘ und Interaktionspartnerin gefragt habe. Ich bin davon ausgegangen, dass der Umgang mit dem nackten weiblichen Körper nur für Männer eine besondere Rolle spielen könnte. Dass der Umgang mit einem nackten Körper aber für alle Gynäkolog*innen gewöhnungsbedürftig sein könnte, oder auch Frauen gegenüber ihren Patientinnen sexuelle Gefühle entwickeln könnten, ist mir gar nicht in den Sinn gekommen.

Für den Verlauf der empirischen Analyse ist insbesondere der zweite Punkt, die Vorprägung durch die Emotionsarbeitsdebatte, bedeutsam gewesen. Im Rahmen der Analysearbeit an den Interviews habe ich mich sukzessive von den Vorannahmen gelöst, die ich durch meine Beschäftigung mit der Emotionsarbeitsdebatte erworben hatte. Durch das Erkennen meiner Präkonzepte konnte ich zu ihnen Abstand gewinnen, und auch alternative Deutungen an das Material herantragen. Insgesamt hat dieser Prozess dazu geführt, dass sich der Mittelpunkt meiner Untersuchung verschoben hat: die folgenden Kapitel zeichnen mit großem Respekt für die Gynäkolog*innen nach, wie ihnen der Umgang mit „extremen Dingen“ in einem für sie schönen Beruf *gelingt*.

Auch wenn für die Veränderung des Untersuchungsgegenstands vor allem der zweite Punkt zentral war, sind dadurch der erste und dritte Punkt nicht unwichtig. Sie stellen grundlegende Spezifizierungen meines Themenbereichs dar, die mir nun als solche bewusst sind. Nebenbei zeigen die obigen Ausführungen, wie weit die eigene Reise in einem Grounded-Theory-Projekt sein kann. Durch das Erkennen eigener Präkonzepte und ‚blinder Stellen‘ verändert sich auch die

eigene Position zum Gegenstand, und letztlich auch man selbst als Forscherin und Person.

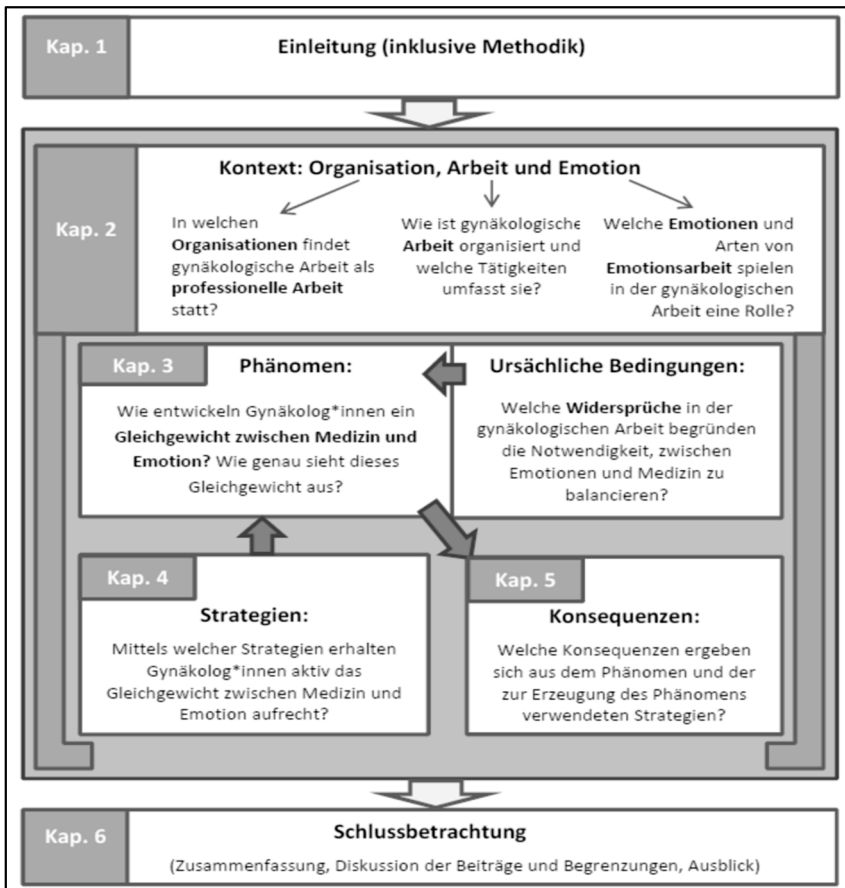
1.4 AUFBAU DER ARBEIT

Im Aufbau dieser Arbeit folge ich der Logik des mittels der Grounded Theory Methodologie entwickelten empirischen Modells und weiche dadurch vom ‚klassischen‘ Aufbau einer Doktorarbeit ab. Anstelle des mehr oder weniger typischen Dreiklangs ‚Theorie – Methode – Ergebnisse‘ sind die nachfolgenden Kapitel 2 bis 5 jeweils bestimmten Elementen des Kodierparadigmas (vgl. Darstellung 3 in Kap. 1.2.2) zugeordnet, so dass sich das entwickelte Modell zum gynäkologischen Umgang mit aus der Arbeit resultierenden Emotionen und seinen Rahmenbedingungen schrittweise entfaltet. Dabei werden insbesondere in Kapitel 2, aber auch in den nachfolgenden Kapiteln, die empirischen Ergebnisse mit den relevanten theoretischen Konzepten und Forschungsbefunden verbunden. Ich habe mich zu diesem Aufbau entschlossen, weil ich ihn zum einen für eine Grounded Theory, also dem Ergebnis einer Untersuchung mit Hilfe der Grounded Theory Methodologie, angemessener empfinde. Zum anderen erscheint mir diese Art der Darstellung auch leser*innenfreundlicher, da empirische Ergebnisse und theoretische bzw. aus der Literatur stammende Erkenntnisse enger verzahnt und somit plastischer einander gegenübergestellt werden können.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Eine grafische Darstellung des Aufbaus findet sich in Darstellung 4. Die oben erwähnte Orientierung der Kapitel 2 bis 5 an dem entwickelten empirischen Modell wird in Darstellung 4 durch die diese Kapitel verbindende farbliche, graue Hinterlegung angezeigt.

Bei der Erläuterung des Aufbaus der Arbeit soll auch die Einleitung (Kapitel 1) der Vollständigkeit halber kurz resümiert werden. Nach der praktischen und theoretischen Herleitung der Relevanz des Themas für eine organisationswissenschaftliche Emotionsforschung folgte die Darstellung des für die empirische Analyse verwendeten Datenmaterials, die Darstellung der Analysemethode und -methodologie sowie ein Einblick in die für eine reflexive Durchführung der Grounded Theory Methodologie notwendige Beschäftigung mit den Präkonzepten der Autorin.

Darstellung 4: Aufbau der Arbeit



Das Kapitel 2, „Gynäkologie: Arbeit, Organisation und Emotionen“ beschreibt den Kontext des Phänomens ‚Gynäkolog*innen im Gleichgewicht zwischen medizinischer Fachlichkeit und Emotionen‘. Zu diesem Kontext (im Sinne von den Untersuchungsgegenstand spezifizierenden Eigenschaften) gehört, dass die Gynäkologie als Teil der Medizin eine Profession ist und spezifische Arbeitstätigkeiten umfasst. Zudem findet gynäkologische Arbeit in verschiedenen organisationalen Kontexten statt, insbesondere den Organisationsformen Niederlassung (einzeln oder zu mehreren) und Krankenhaus. Diese drei Kontexteigenschaften (Profession, Arbeit und Organisation) sind Gegenstand des Kapitels 2.1. Weiterhin grenze ich das dieser Arbeit zugrunde liegende Emotionsverständnis ein, und

zeige empirisch die Bedeutung von drei spezifischen Einzelemotionen (Angst, Empathie und Mitleid) in der Gynäkologie auf (Kap. 2.2). Außerdem wird die gynäkologische Arbeit in Bezug zum Konzept der Emotionsarbeit gesetzt und herausgearbeitet, welche Formen und welchen Umfang an Emotionsarbeit Gynäkolog*innen leisten (Kap. 2.3). Die in der Darstellung 4 vom Kontextkapitel aus nach unten weisenden Klammern sollen verdeutlichen, dass der spezifische Kontext gynäkologischer Arbeit und der Organisationen, in denen diese professionelle Arbeit stattfindet, sowie die damit verbundenen Emotionen die anderen Komponenten des paradigmatischen Modells (ursächliche Bedingungen, Phänomen, Strategien und Konsequenzen) grundlegend beeinflussen und prägen.

In Kapitel 3, „Das Gleichgewicht von medizinischer Fachlichkeit und Emotionen“, wird das Phänomen entfaltet. Es stellt die Antwort auf die Frage dar, wie Gynäkolog*innen mit den aus ihrer Arbeit resultierenden Emotionen umgehen und welche Voraussetzungen diesen spezifischen Umgang begründen. Diese Antwort ist dreigeteilt. Erstens lernen die Gynäkolog*innen im Studium eine emotionsneutrale Medizin kennen (Kap. 3.1). Im Anschluss an diese rein fachlich-medizinische Ausbildung erlernen sie den Umgang mit Patient*innen und damit auch mit in und durch Interaktionen auftauchenden Emotionen im Rahmen ihrer praktischen, alltäglichen Berufstätigkeit (Kap. 3.2). Diese beiden Schritte führen als Voraussetzungen zum Kern des Phänomens (Schlüsselkategorie): in ihrer alltäglichen Arbeitspraxis vermögen Gynäkolog*innen, mit aus der Arbeit resultierenden Emotionen umzugehen, indem sie sich entweder distanziert oder emotional einlassen (Kap. 3.3). Somit werden in diesem Kapitel die verschiedenen Ausprägungen der Balance zwischen Emotion und medizinischer Fachlichkeit beschrieben. Grundsätzlich ergibt sich dabei die Notwendigkeit zum Ausbalancieren von verschiedenen Widersprüchen, die in der gynäkologischen Arbeit angelegt sind. Diese Widersprüche bilden im Sinne des Kodierparadigmas die ursächlichen Bedingungen des Phänomens und werden in Kapitel 3.4 behandelt. Die jeweils spezifische Auflösung der skizzierten Widersprüche liefert Erklärungspunkte dafür, warum Gynäkolog*innen auf bestimmte Ausprägungen des Gleichgewichts zwischen Medizin und Emotion zurückgreifen.

Das Kapitel 4, „Das Gleichgewicht halten: Strategien als Balancierstäbe“, zeigt auf, wie genau es den Gynäkolog*innen gelingt, im Arbeitsalltag das individuelle Gleichgewicht zwischen Medizin und Emotion aufrecht zu erhalten. Hierbei kommt insbesondere verschiedenen Formen der Grenzziehung (Kap. 4.1) eine hohe Bedeutung zu, während Strategien der Herstellung von Nähe eine geringe Rolle spielen. Weiterhin spielt es eine große Rolle, sich anderen mitteilen zu können (Kap. 4.2). Insgesamt stehen nicht alle Strategien allen Gynäkolog*innen gleichermaßen zur Verfügung. Es gibt verschiedene begrenzende und

ermöglichende Faktoren (intervenierende Bedingungen), die zum Beispiel mit dem Organisationstyp gynäkologischer Arbeit zusammenhängen. Auch sie werden in diesem Kapitel erläutert.

Kapitel 5, „Konsequenzen des Ausbalancierens für Gynäkolog*in und Patientin“, behandelt die Folgen, welche sich aus dem Phänomen (Kap. 3.1 bis 3.3) und den mit Blick auf das Phänomen eingesetzten Strategien (Kap. 4) ergeben. Hier ist zunächst augenfällig, dass die Gynäkolog*innen sich trotz des erreichten Gleichgewichts einer Gratwanderung ausgesetzt sehen: jenseits des Gleichgewichts lauern die zwei Gefahren, sich zu sehr auf Emotionen einzulassen oder sich zu wenig einzulassen (Kap. 5.1). Doch trotz dieser wahrgenommenen Bedrohungsszenarien erleben sich Gynäkolog*innen in ihrem jeweiligen Gleichgewicht zwischen medizinischer Fachlichkeit und Emotionen insgesamt durchaus als authentisch und ihren Umgang mit Emotionen als gelingend. Dies betrifft sowohl ihre medizinischen Grundsätze als auch ihren Umgang mit und ihr Zulassen von Emotionen in der Ärzt*in-Patientinnen-Interaktion (Kap. 5.2). Eine weitere Folge des beschriebenen gynäkologischen Umgangs mit Emotionen besteht darin, dass sich die Machtasymmetrie zwischen Gynäkolog*in und Patientin auch auf das Zulassen von und sich Einlassen auf Emotionen in der Interaktion ausdehnt, und zwar zugunsten eines Machtvorsprungs auf Seiten der Gynäkolog*innen (Kap. 5.3).

Die Arbeit schließt in Kapitel 6 mit einer Schlussbetrachtung. Zunächst werden die zentralen Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst (Kap. 6.1). Anschließend stelle ich die Beiträge meiner Arbeit zur organisationswissenschaftlichen Debatte um Emotionen in der Arbeit und Emotionsmanagement heraus, indem ich sie kritisch gegen bisherige Befunde diskutiere (Kap. 6.2). Dem folgt eine Diskussion der methodischen und konzeptionellen Begrenzungen der vorgelegten Arbeit (Kap. 6.3). Ich schließe mit einem Ausblick, indem ich aus meiner Sicht besonders produktive Ansatzpunkte für die weitere Erforschung von Emotionsmanagement in Organisationen herausstelle und auf praxisrelevante Implikationen meiner Ergebnisse verweise (Kap. 6.4).

Dem Literaturverzeichnis nachfolgend findet sich ein Anhang, der die in Kapitel 1.2.1 benannten empirischen Materialien enthält.