

„Machen Sie ihm doch seine Lieblingssuppe“

Gefühls- und Emotionsarbeit in Dienstleistungsbeziehungen der ambulanten Palliativversorgung

Sabine H. Krauss

Beitrag zur Ad-Hoc-Gruppe »Polarisierte Welten – polarisierte Emotionen? Theoretische und empirische Perspektiven auf Emotionen und Geschlecht in Arbeit und Organisationen«

Einleitung

Seit Beginn der 2000er Jahre beschäftigt sich die arbeitssoziologische Dienstleistungsforschung in Deutschland intensiv mit Interaktionen zwischen professionellen Akteur/-innen und den Adressat/-innen der Leistung. Unter anderem aufbauend auf Erving Goffmans Dienstleistungsdreieck (Goffman 1973, S. 309) wurden Konzepte entwickelt, die zu einem besseren Verständnis von personenbezogenen Dienstleistungen beitragen. Zentral ist dabei, dass die Leistungserstellung in Ko-Produktion erbracht wird: Sowohl Dienstleistungsgeber/-in als auch Dienstleistungsnehmer/-in müssen einen Beitrag leisten, damit das „Produkt“ erstellt werden kann. Daher können Dienstleistungen als neue Formen eines gesellschaftlichen Miteinanders gelten, bei denen alle Beteiligten grundsätzlich „auf Augenhöhe“ interagieren müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Dienstleistungen wird somit Potential zugeschrieben, Machtasymmetrien und gesellschaftliche Polarisierungen im konkreten Umgang miteinander abzumildern (Dunkel und Wehrich 2014; kritisch dazu: Baethge 2014).

Im Gesundheitsbereich sind Rollen im Rahmen der „Dienstleistungsbeziehung“ typischerweise asymmetrisch angelegt. Sie basieren auf Seiten der professionellen Akteur/-innen auf Fachautorität, während es sich bei den Adressat/-innen oft um vulnerable Gruppen handelt (Becke und Bleses 2015, S. 24; Kerber-Clasen und Zörkler 2014, S. 303; Pongratz 2005, S. 63–64). Palliative Care, die Begleitung und Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden, hat dagegen den Anspruch, den Belangen der Patient/-innen absoluten Vorrang zu geben, auch vor professionellen oder organisatorischen Erwägungen (vgl. u. a. Stadelbacher und Schneider 2017, S. 76). Sie kann damit als Versuch gewertet werden, das klassische asymmetrische Verhältnis „umzukehren“.

Ausgehend von diesen Überlegungen beleuchtet der Beitrag die Gefühls- und Emotionsarbeit von Akteur/-innen der ambulanten Palliativversorgung mit einem Fokus auf Geschlecht.

Interaktionsarbeit

Zentrale Aspekte von Interaktionsarbeit¹, die im Rahmen der arbeitssoziologischen Forschung herausgearbeitet wurden, sind die Kooperationsarbeit, das subjektivierende Arbeitshandeln und die Gefühls- und Emotionsarbeit. Vor allem in der älteren Literatur spielen zudem die „Kundenorientierung“ und „Kundenkontrolle“ sowie die Materialität in Form von sozio-materiellen Prozessen und Praxen als weitere Bestandteile eine Rolle (vgl. u. a. Böhle und Wehrich 2020; Dunkel und Voß 2004; Dunkel und Rieder 2004).

Kooperationsarbeit bedeutet zunächst die Herstellung einer Kooperationsbeziehung. Es ist hierbei davon auszugehen, dass Dienstleistungsgeber/-in und Dienstleistungsnehmer/-in unterschiedliche Ziele und Erwartungen in Bezug auf die gemeinsame Interaktion haben, es ist daher mit Konflikten zu rechnen. Das (gemeinsam erarbeitete) Ziel der Dienstleistung ist jedoch nur durch Kooperation erreichbar (Böhle und Wehrich 2020, S. 16–17; Dunkel und Rieder 2003). Subjektivierendes Arbeitshandeln beinhaltet eine „*empfindende und spürende sinnliche Wahrnehmung*“ sowie ein „*exploratives dialogisch-interaktives Vorgehen*“ und dient dazu, mit Unwägbarkeiten und Grenzen der Planung umzugehen (Böhle und Wehrich 2020, S. 18–19, Herv. i. Orig.). Gefühls- und Emotionsarbeit sind ebenfalls wesentliche Bestandteile des Konzepts der Interaktionsarbeit. Mit Gefühlsarbeit wird die Beeinflussung der Gefühle anderer bezeichnet, mit Emotionsarbeit die Arbeit an den eigenen Gefühlen², um diese in Übereinstimmung mit Gefühlsregeln bzw. Erwartungen anderer zu bringen (Böhle und Wehrich 2020, S. 16–18). Arlie Russel Hochschilds (2006) Konzept des „emotion work“ als Arbeit an den eigenen Emotionen wird im Konzept der Interaktionsarbeit somit erweitert um die Arbeit an den Gefühlen der Dienstleistungsempfänger/-innen, die von Anselm L. Strauss et al. (1980) als „sentimental work“ beschrieben wurde (vgl. auch Böhle und Wehrich 2020; Birken und Dunkel 2013). Hochschild (2006) hat bereits am Beispiel von Flugbegleiter/-innen herausgearbeitet, dass bei personenbezogenen Dienstleistungen die Darstellung von Emotionen geschlechtsspezifischen Erwartungen folgt. In der deutschsprachigen arbeitssoziologischen Forschung zu Interaktionsarbeit spielt Geschlecht dagegen bisher eine eher untergeordnete Rolle (siehe jedoch Dunkel und Wehrich 2007).

Besonderheiten der ambulanten Palliativversorgung

Die SAPV, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, ermöglicht die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in den eigenen vier Wänden. Die Versorgung wird von Ärzt/-innen, Pflegefachkräften und – allerdings optional – sogenannten dritten Berufsgruppen, also unter anderem Psycholog/-innen und Sozialarbeiter/-innen geleistet (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021; Meißner et al. 2020). Die SAPV ist eine soziale Dienstleistung und daher eine staatlich gesteuerte Hilfe für besondere Personen und Gruppen (Hielscher et al. 2013, S. 11–12). Im Fall der SAPV müssen diese besonderen Personen als in hohem Maß hilfsbedürftig gelten. Typischerweise sind sie somit im Verhältnis zu den professionellen Akteur/-innen der SAPV in einer höchst asymmetrischen Situation (May und Schütte-Bäumner 2018, S. 525). Die Besonderheit palliativer Versorgung, auch Palliative Care, besteht nun darin,

¹ Die beiden Konzepte der Interaktionsarbeit und der interaktiven Arbeit wurden zum Konzept der Interaktionsarbeit zusammengeführt, wobei im Konzept der interaktiven Arbeit das Zusammenwirken von Kund/-in und Dienstleister/-in fokussiert wird, bei der Interaktionsarbeit dagegen die Dienstleistenden und ihre Arbeit (siehe Böhle und Wehrich 2020; Birken und Dunkel 2013).

² Die Begriffe „Gefühle“ und „Emotionen“ sind in der Literatur nicht trennscharf definiert und werden daher in diesem Beitrag synonym verwendet, im Gegensatz zur „Emotionsarbeit“ und „Gefühlsarbeit“, die unterschiedliche Formen von Arbeit benennen.

die Belange der Patient/-innen auch gegen „besseres“ Wissen und Können der professionellen Kräfte gewissermaßen zur Maxime des Handelns zu machen (Stadelbacher und Schneider 2017, S. 76). Eine weitere Besonderheit ist die hohe Komplexität der SAPV als Dienstleistung. Dies betrifft vor allem die besondere Problemlage der Patient/-innen, d. h. sie erhalten die Leistung nur bei „Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021, §4, Satz 2; vgl. auch Hodiamont et al. 2019). Patient/-innen der SAPV sind teilweise nicht oder nur eingeschränkt in der Lage zu Interaktion und Kooperation. Angehörige³ haben in der ambulanten Palliativversorgung daher eine wichtige Rolle. Sie werden typischerweise zusammen mit den Patient/-innen in einer „unit of care“ adressiert (Saunders 2000), haben allerdings eine Mehrfachrolle als Empfänger/-in von Leistungen der SAPV und als selbst Leistungen erbringende – z. B. als pflegende Angehörige (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021, §5, Abs. 3; vgl. auch Krauss et al. 2022; Krauss 2020).

Forschungsrahmen und -methode

Für die Analyse der Gefühls- und Emotionsarbeit werden empirische Daten eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Verbundprojekts mit dem Ziel der Evaluierung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung herangezogen („SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“, siehe Meißner et al. 2020). Datengrundlage für die Sekundäranalyse sind qualitative Interviews in der Form problemzentrierter Leitfadeninterviews aus dem Teilprojekt „Was ist gute Versorgungspraxis – Versorgungsqualität aus Sicht von SAPV-Teams und weiterer Leistungserbringer in der SAPV“⁴. Insgesamt wurden im Teilprojekt 113 Interviews mit Mitarbeiter/-innen von SAPV-Diensten und Kooperationspartnern geführt. Es fanden keine Interviews mit Patient/-innen und Angehörigen statt. Für die Sekundärauswertung werden Interviews mit professionellen Akteur/-innen verwendet, die SAPV-Leistungen erbringen. Die Daten werden angelehnt an die Grounded Theory (Glaser und Strauss 2010; Strauss und Corbin 1996) ausgewertet, unter Nutzung arbeitssoziologischer Konzepte zu Dienstleistungsarbeit im Sinn von *sensitizing concepts* (vgl. Blumer 1954; Bowen 2006).

Gefühls- und Emotionsarbeit in der Palliativversorgung

Im Folgenden wird anhand von vier Interviewbeispielen aus der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aufgezeigt, wie und mit welchem Effekt auf die asymmetrischen Beziehungen Gefühls- und Emotionsarbeit geleistet wird. Dabei spielen Erwartungen an die „unit of care“ eine bedeutsame Rolle. Zudem scheinen vielfältige Verbindungen zwischen Interaktionsarbeit und Geschlecht auf.

Verletzlichkeit

Am folgenden Interviewbeispiel wird deutlich, wie der besonderen Situation von Patient/-innen begegnet werden kann, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, sich verbal zu äußern:

³ Der Begriff der Angehörigen meint nach Seeger (2011, S. 11) „alle verwandten, vertrauten, nahe stehenden und freundschaftlichen Beziehungen eines Menschen“.

⁴ Das innerhalb der Soziologie verortete Teilprojekt wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Werner Schneider an der Universität Augsburg durchgeführt. Die Autorin war als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Projekt SAVOIR beteiligt.

„Ich frage jede Frau ‚Ist es Ihnen recht, wenn wir jetzt einen Blasenkatheter legen [...]‘. Und wenn ich irgendjemand, der nicht mehr ganz bei Verstand, antreffe, der so im Bett liegt, dann sage ich ‚Wenn das für Sie nicht geht, dann verzichten wir da drauf [...]‘. [...] ich werde niemals, so wie ich das erlebt habe mit sechzehn Jahren im Krankenhaus ‚So, einmal Beine auseinander – zack rein‘, gibt's bei mir nicht.“ (PC031-1:54, Pflegefachkraft)

Die Pflegefachkraft adressiert die Patientin, indem sie ihr Fragen stellt. Dabei spielt es für sie zunächst keine Rolle, ob die Patientin in ähnlicher Art antworten kann, ob sie also in der Lage ist, sich sprachlich auszudrücken. Es bleibt sogar unklar, ob die Patientin die Pflegefachkraft versteht. In solch einer unklaren Situation geht die Pflegefachkraft Schritt für Schritt vor und nutzt ihre sinnlich-spürende Wahrnehmung für die Klärung der Bedürfnisse der Patientin. Das Vorgehen findet also inkrementell statt, im Vollzug des praktischen Handelns. Sie leistet somit subjektivierendes Arbeitshandeln und versucht, eine Kooperationsbeziehung herzustellen. Die Pflegefachkraft verdeutlicht und erklärt ihr Vorgehen, indem sie ihre Vorgehensweise mit einer persönlichen Erfahrung im Krankenhaus kontrastiert. Sie stellt ihre eigene Erfahrung als Patientin in einer ähnlichen Situation dar, als bei ihr vor Jahren ein Blasenkatheter gelegt wurde. Dies erlebte sie so, dass das Krankenhauspersonal die Handlung ohne Rücksprache und ohne Vorbereitung durchgeführt hat („zack rein“) – es fand also vor der Situation keine Kommunikation darüber statt. Damals hatte sie selbst somit eine Rolle als Patientin. Sie bewertet das damalige Handeln des Krankenhauspersonals sehr negativ, wobei sie ihre damaligen oder auch heutigen Gefühle nicht direkt ausdrückt. Im Gesamtzusammenhang wird jedoch deutlich, dass es sich um ein Gefühl der Ohnmacht gehandelt haben muss. Auch wurde die Handlung offenbar sehr schnell durchgeführt. Es ist daher von einer subjektiv als Gewalt erlebten Erfahrung auszugehen, in der ihr in der Situation selbst keine Reaktion möglich war. Die Pflegefachkraft verbindet nun diese, ihre eigene Erfahrung, mit ihrem Tun in der Gegenwart: Nun ist sie selbst allerdings in der machtvollen Position. Sie nutzt ihre Erinnerung, um ihr Handeln anders zu gestalten, so wie sie es sich selbst vermutlich in der lange zurückliegenden Situation gewünscht hätte. Sie stellt also eine Verbindung zwischen ihr und der Patientin her, und zwar nicht nur über die Ähnlichkeit der Handlung selbst, sondern auch über das Geschlecht, denn sie leitet die Sequenz ein mit: „Ich frage jede Frau“. Sie bringt ihre lange zurückliegende spezifische Erfahrung somit in Verbindung mit sich selbst als weibliche Person und es bleibt offen, wie der Umgang mit einem Mann gewesen wäre.

Die Pflegefachkraft leistet in der geschilderten Situation, dem Legen des Blasenkatheters, eine Vielfalt an Gefühls- und Emotionsarbeit. Zunächst erinnert sie sich an ihre eigenen negativen Emotionen in der von ihr selbst erlebten Situation, um sich in die Patientin hineinzusetzen. Gleichzeitig muss sie diese Emotionen so bearbeitet haben und einhegen, dass die Emotionen sie nicht überwältigen – ein Handeln in der aktuellen Situation darf dadurch nicht verhindert werden. Es wäre zudem kaum adäquat, wenn sie diese Gefühle gegenüber den Patient/-innen zeigen würde. Sie leistet also Emotionsarbeit. Die Gefühlsarbeit an der Patientin wiederum findet in der Form statt, in der es darum geht, auf Gefühle der Patientin Rücksicht zu nehmen, d. h. es findet ein Umgang mit bei der Patientin nur vermuteten bzw. potentiell evozierbaren Gefühlen statt im Sinn einer Nicht-Beeinflussung der Patientin: Gefühle der Patientin sollen weder verletzt noch negative Gefühle geweckt werden und dies, indem die Rücksichtnahme auf die Gefühle der Patientin erfolgt, ohne dass die Patientin sich äußern kann.

Das Vorgehen ist zutiefst vergeschlechtlicht, denn die Emotions- und Gefühlsarbeit erfolgt unter Rückgriff auf ihr eigenes Erleben als Frau und ihren weiblichen Körper und sie wertet die Situation der Patientin als besondere Situation aufgrund der Weiblichkeit der Patientin. Dieses Hintergrundwissen auf Basis ihrer eigenen Erfahrung nutzt die Pflegefachkraft, um über ihre sinnlich-spürende Wahrnehmung die Bedürfnisse und mögliche Abwehrhaltungen der Patientin zu erkunden.

Rationalität

Mitarbeiter/-innen müssen damit umgehen, dass sich Angehörige aus Sicht der professionellen Kräfte unpassend verhalten:

„Ja, wir haben jetzt auch wieder jemanden, der, also seine Ehefrau ist halt betroffen, und er ruft halt auch öfters nachts an und schildert am Telefon massive Schmerzen seiner Frau. Ja, und wenn man da nachfragt, dann heißt's (lacht) ‚Ja, also sie hat Schmerzen, Sie müssen sofort kommen‘, dann fragt man nach ‚Ja, und wo hat sie denn Schmerzen?‘, ‚Ja, das kann ich Ihnen jetzt auch nicht sagen‘, ‚Ja, warum können Sie mir das nicht sagen?‘, ‚Ja, weil sie schläft.“ (PC010-2:183, Pflegefachkraft)

Ein Ehemann ruft bei den Mitarbeiter/-innen der SAPV „öfters“ nachts an und fordert die Pflegefachkräfte zu einem sofortigen Hausbesuch auf. Er begründet dies mit den Schmerzen seiner Ehefrau, einer Patientin der SAPV. Die SAPV-Kräfte möchten von ihm Näheres zu den genannten Schmerzen erfahren. Dabei zeigt sich, dass der Ehemann dazu keine Auskunft geben kann, weil die Patientin schläft. Vom Ehemann als Angehörigen wird erwartet, dass er eine sachlich richtige und für die SAPV brauchbare Information geben kann. Die SAPV geht also von (zweck-)rationalem Handeln (Weber 1980, S. 12–13) des Ehemanns aus und er muss sich darüber hinaus so ausdrücken, dass die Mitarbeiter/-innen ihn verstehen, seine Informationen müssen somit Accountability aufweisen. Accountability ist „die in Interaktionen hergestellte soziale Erkennbarkeit, Verstehbarkeit und Anschlussfähigkeit von Äußerungen, Handlungen und Darstellungen“ (Bethmann 2013, S. 202, Fußnote). Weder Rationalität noch Accountability ist in diesem Fall gegeben, die SAPV kann mit dem Hilferuf des Angehörigen nichts anfangen und die Pflegefachkraft verdeutlicht durch ihr Lachen, dass für sie das Verhalten des Angehörigen nicht nachvollziehbar ist.

Denkbar ist dagegen, dass der Ehemann aus eigenen Angstgefühlen, Gefühlen der Verunsicherung oder sonstigen Gefühlen heraus handelt, der Ehemann also affektiv (Weber 1980, S. 12–13) handelt. Ein Verstehen affektuellen Handelns scheitert jedoch, wenn die professionellen Kräfte von rationalem Handeln ausgehen. Dies zeigt, dass von den Angehörigen ein quasi professioneller Umgang mit ihren Gefühlen (Ängsten, Unsicherheiten) erwartet wird, von den Angehörigen also Emotionsarbeit erwartet wird. Es kann auf Basis des Interviewbeispiels nicht beantwortet werden, ob die Erwartung an männliche Angehörige generell eine andere ist als an weibliche Angehörige. Die an weiterem Datenmaterial zu prüfende These wäre, dass weiblichen Angehörigen eher ein affektuelles Handeln zugestanden wird bzw. dies als solches (an-)erkannt wird, während Männern Rationalität zugesprochen und unterstellt wird, sie gelten als rationale, „objektive“ Zeugen der „Realität“ (vgl. u. a. Haraway 1997).

Höflichkeit und Dankbarkeit

Im folgenden Interviewbeispiel zeigt sich, dass von der „unit of care“ nicht nur Emotionsarbeit, sondern auch Gefühlsarbeit erwartet wird. Eine Patientin verhält sich aus Sicht der Pflegefachkraft unangemessen und die Pflegefachkraft fordert aktiv ein, dass sich die Patientin dem Anspruch der SAPV-Mitarbeiterin gemäß verhält:

„Und die hat mich dann mal in einer Versorgung so angemisst, dass ich gesagt habe ‚Weißt Du was? Es reicht mir jetzt, ich fahre jetzt! Und wenn Du meinst, Du hast Dich wieder beruhigt, kannst Du mich gerne anrufen, dann komme ich. Aber so muss ich mit mir nicht umspringen lassen‘. Und ich bin gefahren. Die hat – ein, zwei Stunden später hat sie mich angerufen ‚Entschuldige bitte, ich brauche Dich‘, weil, wir hatten wie so eine Art Schwesterverhältnis relativ schnell aufgebaut [...]. Und ich bin dann den Abend auch

nicht mehr hingefahren, da rief mich dann der Mann nochmal abends an, was denn vorgefallen wäre. Ich habe ihm das auch gesagt, ich habe gesagt ‚Du, wenn das so weitergeht, gehe ich hier aus der Versorgung raus – kann ich nicht mehr. Ich will das auch nicht mehr.‘ (PC010-1:187–189, Pflegefachkraft)

Die Pflegefachkraft erlebt das Verhalten der Patientin als sehr konflikthaft und beleidigend, denn die Patientin gibt ihren negativen Emotionen freien Lauf und beschimpft die Pflegefachkraft („angemisst“). Das Verhalten der Pflegefachkraft kann sowohl als ein unkontrollierter Ausbruch ihrer Emotionen gedeutet werden oder im Gegenteil durchaus als Emotions- und Gefühlsarbeit in der Form, dass sie ihre Emotionen nicht unterdrückt, sondern ihre Verärgerung über das Verhalten bewusst verdeutlicht. Jedenfalls ist ihr Verhalten spätestens beim Anruf des Mannes der Patientin sehr gezielt gerichtet auf eine generelle Veränderung der Versorgungssituation. Sie droht sogar erneut mit dem Abbruch der Versorgung, falls sich das Verhalten der Patientin nicht ändert. Ihr Rückzug aus der konkreten Situation vor Ort und ihre Forderung nach einer Verhaltensänderung der Patientin zeigt schnell Wirkung, die Patientin meldet sich und entschuldigt sich. Sie zeigt außerdem ihre Dankbarkeit für die Versorgung durch die Pflegefachkraft, denn die Patientin betont, dass sie sie brauche. Sie entspricht mit ihrer Entschuldigung und ihrem Ausdruck der Dankbarkeit allgemeinen Normen der Höflichkeit, drückt damit aber auch Gefühle der Scham über ihr Verhalten und ihre Hilflosigkeit aus. Die Pflegefachkraft ist mit ihrem Handeln also erfolgreich (ob dies längerfristig so ist, kann allerdings nicht beantwortet werden). Ein Angehöriger, der Mann der Patientin, ist ebenfalls eingebunden und er wird in ähnlicher Weise adressiert. Es wird somit von ihm erwartet, dass er Einfluss auf die Patientin nimmt und er eine Vermittlerrolle einnimmt.

Das Beispiel verdeutlicht die Machtasymmetrie zwischen SAPV und Patient/-innen. Die Mitarbeiter/-innen der SAPV können mit einem Abbruch ihrer Tätigkeit drohen, die Patient/-innen nicht bzw. hätte dies auf die SAPV wohl kaum eine Auswirkung. Mit diesem Drohpotential hat die SAPV ein gegebenenfalls sehr großes Kontrollpotential gegenüber den Patient/-innen und ihren Angehörigen. SAPV-Mitarbeiter/-innen können so eine bestimmte Grundhaltung und Gefühlsarbeit einfordern, die dann Voraussetzung für die weitere Zusammenarbeit und somit die Dienstleistungsbeziehung ist.

Die Interviewpassage kann außerdem so interpretiert werden, dass von der Patientin ein typisch bürgerlich-weibliches Verhalten erwartet wird. Insbesondere von Frauen wird die Herstellung einer angenehmen Atmosphäre, eine Sorge und Rücksichtnahme in Bezug auf andere und die positive Beeinflussung der Gefühle anderer erwartet (vgl. u. a. DeVault 1991; Hochschild 2006). Das Interviewbeispiel deutet darauf hin, dass solche Erwartungen auch für Patientinnen gelten können.

Liebe

Im folgenden Beispiel kommt zum Ausdruck, wie bedeutsam Angehörige sein können. Ihre Rolle kann über eine Funktion als Ko-Produzent/-innen hinausgehen, sie können selbst Dienstleistungsgeber/-innen sein:

„Und zu den Angehörigen sage ich immer ‚Es soll doch nicht eine Tablette das Letzte sein, was ein Mensch in seinem Leben zu sich nimmt. Machen Sie ihm doch seine Lieblingssuppe, oder irgendetwas, was er noch essen kann und das noch runter rutschen kann, und wo er das Gefühl hat, ach, das ist das, was meine Frau immer so gut gekocht hat.‘ (PC031-1:50, Pflegefachkraft)

Die Pflegefachkraft erläutert in der Interviewpassage, was sie Angehörigen in der Sterbephase der Patient/-innen sagt: Sie fordert sie auf, etwas für den Patienten (sie wechselt hier zum „er“) zu tun, was positive Gefühle in ihm weckt und erklärt damit, was in dieser Phase wichtig ist und was nicht (mehr)

wichtig ist. Es ist nicht mehr wichtig, Tabletten einzunehmen, dafür ist es wichtig, dass schöne Erinnerungen hervorgerufen werden. Der besonderen Situation am Lebensende wird hier also mit ganz praktischen Anleitungen begegnet.

Verschiedene Aspekte der Arbeit werden hier verdeutlicht. Zunächst ist die „Eduktion“ der Angehörigen eine Leistung der SAPV. Die Edukation erfolgt hier über einen Appell an die Angehörigen: Die Angehörigen werden emotional angesprochen, es wird von Seiten der Pflegefachkraft also Gefühlsarbeit geleistet. Der Appell kann sowohl an das Pflichtgefühl der Angehörigen als auch an ihre Liebe zum Patienten gerichtet sein. Die Pflegefachkraft plant somit etwas, das die Angehörigen umsetzen sollen. Dieses Handeln beinhaltet Ambivalenzen. Einerseits werden die Angehörigen über die Edukation selbst Empfänger/-innen der Dienstleistung SAPV, andererseits sollen sie die Handlung am Patienten ausführen, leisten also selbst. Es sollen also Gefühle des Patienten von den Angehörigen beeinflusst werden, die Angehörigen werden Vermittler/-innen von Gefühlen, welche die SAPV-Mitarbeiter/-in in der Situation als passend ansieht. Die zu vermittelnden Gefühle, Liebe und Fürsorge, sind andererseits nicht unabhängig davon, wer sie gibt. Die Angehörigen sind für die Vermittlung solcher Gefühle geeigneter, denn nur an die Angehörigen hat der Patient eine Erinnerung (die über die Gabe von Suppe geweckt werden soll). Die „Qualität“ der Leistung ist also hier abhängig von der persönlichen Beziehung. Ein solcher Appell an die Liebe von Angehörigen ist allerdings ambivalent, wenn dadurch (auch finanziell) prekäre Bedingungen der Pflegesituation und Asymmetrien überdeckt werden, insbesondere die Asymmetrie zwischen den auf Unterstützung durch die professionellen Kräfte angewiesenen Angehörigen und den SAPV-Mitarbeiter/-innen. Liebe ist zudem ein Gefühl, das in besonders hohem Maß mit der heteronormativen Geschlechterordnung verbunden ist (vgl. u. a. Beck und Beck-Gernsheim 1990; Bethmann 2013). Auch hier wäre also zu prüfen, ob an weibliche Angehörige eher solche Erwartungen gerichtet werden als an männliche.

Fazit

Nicht nur die Fachkräfte der SAPV leisten Gefühls- und Emotionsarbeit, sondern sie erwarten dies auch von den Dienstleistungsnehmer/-innen, also den Patient/-innen und ihren Angehörigen. Die Mitarbeiter/-innen der SAPV bewegen sich dabei zwischen einer Orientierung an und einer Kontrolle der Patient/-innen und ihren Angehörigen. Dabei zeigt sich, dass über Gefühls- und Emotionsarbeit Herstellungs- und Umkehrprozesse von Asymmetrien stattfinden können. Asymmetrien werden in verschiedenen Konstellationen sichtbar und werden unterschiedlich bearbeitet. In allen vier Interviewbeispielen sind die Patient/-innen in einer hilfsbedürftigen Situation und auf die Unterstützung professioneller Kräfte und ihre Angehörigen angewiesen. Diese Verletzlichkeit kann anerkannt werden, indem SAPV-Mitarbeiter/-innen eigene Erlebnisse in ähnlichen Situationen aufrufen und diese dabei helfen, die (vermuteten) Gefühle der Patient/-innen zu berücksichtigen. Die Interessen der Patient/-innen werden damit in den Vordergrund gestellt, auch vor professionellen Überlegungen. Im Gegensatz dazu kann die Asymmetrie betont werden, indem gegenüber Patient/-innen mit einem Versorgungsabbruch gedroht wird, wenn diese aus Sicht der professionellen Akteur/-innen ein nicht angemessenem Verhalten zeigen. Im Umgang mit den Angehörigen zeigt sich die Deutungshoheit der SAPV, die den Angehörigen Anweisungen geben kann und entscheiden kann, ob ein Besuch vor Ort notwendig ist oder nicht. Machtasymmetrien werden also tendenziell eher reproduziert. Zudem wäre noch näher zu prüfen, ob und in welcher Weise Erwartungen – sowohl wie sie die Mitarbeiter/-innen erleben, also auch die Erwartungen an die „unit of care“ – geschlechtsspezifisch geprägt sind. Die SAPV als Dienstleistung ist daher nur bedingt geeignet, ihr eine egalisierende Funktion zuzuschreiben.

Literatur

- Baethge, Martin. 2014. „Labore des Sozialen“ – Verheißungen oder Drohung oder ...? Anmerkungen zum Beitrag von Dunkel/Wehrich „Interaktive Arbeit: die soziale Dimension von Dienstleistungsarbeit“. In *Arbeit – eine Neubestimmung*, Hrsg. Jörg Sydow, Dieter Sadowski und Peter Conrad, 291–298. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Beck, Ulrich, und Elisabeth Beck-Gernsheim. 1990. *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becke, Guido, und Peter Bleses. 2015. Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen zur Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit. In *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen*, Hrsg. Guido Becke und Peter Bleses, 23–49. Wiesbaden: Springer VS.
- Bethmann, Stephanie. 2013. *Liebe – Eine soziologische Kritik der Zweisamkeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Birken, Thomas, und Wolfgang Dunkel. 2013. *Dienstleistungsforschung und Dienstleistungspolitik. Eine Bestandsaufnahme internationaler Literatur zu 'service science' und 'service work'*. Arbeitspapier. Staat und Zivilgesellschaft, 282. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Blumer, Herbert. 1954. What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review* 19:3–10.
- Böhle, Fritz, und Margit Wehrich. 2020. Das Konzept der Interaktionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 74:9–22.
- Bowen, Glenn A. 2006. Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods* 5:12–23.
- DeVault, Marjorie L. 1991. *Feeding the Family. The Social Organization of Caring as Gendered Work*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Dunkel, Wolfgang, und Kerstin Rieder. 2003. Interaktionsarbeit zwischen Konflikt und Kooperation. In *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Hrsg. André Büssing und Jürgen Glaser, 163–180. Göttingen: Hogrefe.
- Dunkel, Wolfgang, und Kerstin Rieder, Hrsg. 2004. *Interaktion im Salon. Analysen interaktiver Arbeit anhand eines Dokumentarfilms zum Friseurhandwerk*. München: ISF.
- Dunkel, Wolfgang, und G. Günter Voß, Hrsg. 2004. *Dienstleistung als Interaktion. Beiträge aus einem Forschungsprojekt. Altenpflege – Deutsche Bahn – Call Center*. München: Hampp.
- Dunkel, Wolfgang, und Margit Wehrich. 2007. Doing Gender in der interaktiven Arbeit – ein handlungstheoretischer Vorschlag zur Verbindung der Geschlechter- und Arbeitssoziologie. In *Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft. Forschung im Dialog*, Hrsg. Brigitte Aulenbacher, Maria Funder, Heike Jacobsen und Susanne Völker, 61–77. Wiesbaden: VS.
- Dunkel, Wolfgang, und Margit Wehrich. 2014. Interaktive Arbeit: Die soziale Dimension von Dienstleistungsarbeit. In *Arbeit – eine Neubestimmung*, Hrsg. Jörg Sydow, Dieter Sadowski und Peter Conrad, 245–289. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2021. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) in der Fassung vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 18. März 2021.
- Glaser, Barney, und Anselm L. Strauss. 2010. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3., unveränderte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Goffman, Erving. 1973. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Haraway, Donna. 1997. *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan_Meets_OncoMouse. Feminism and technoscience*. New York: Routledge.
- Hielscher, Volker, Lukas Nock, Sabine Kirchen-Peters und Kerstin Blass. 2013. *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.

- Hochschild, Arlie Russel. 2006. *Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle*. Erweiterte Neuauflage. Frankfurt am Main: Campus.
- Hodiamont, Farina, Saskia Jünger, Reiner Leidl, Bernd O. Maier, Eva Schildmann und Claudia Bausewein. 2019. Understanding Complexity – the Palliative Care Situation as a Complex Adaptive System. *BMC Health Services Research* 19:157.
- Kerber-Clasen, Stefan, und Maria Zörkler. 2014. Spannungsfelder bei personenbezogenen Dienstleistungen. In *Personenbezogene Dienstleistungen im Kontext komplexer Wertschöpfung. Anwendungsfeld „Seltene Krankheiten“*, Hrsg. Daniel Bieber und Manfred Geiger, 297–316. Wiesbaden: Springer VS.
- Krauss, Sabine H., Anna Bauer, Antje Freytag, Cordula Gebel, Michaela Hach, Maximiliane Jansky, Winfried Meißner, Ulrich Wedding und Werner Schneider. 2022. Angehörige aus Sicht von Palliative Care Pflegefachkräften. Versorgungskulturen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). *Pflege & Gesellschaft* 27:119–133.
- Krauss, Sabine H. 2020. Who cares? Rationalitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Zeit. In *Rationalitäten des Lebensendes – Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer*, Hrsg. Anna Bauer, Florian Greiner, Marlene Lippok, Sabine H. Krauss und Sarah Peuten, 173–206. Baden-Baden: Nomos.
- May, Michael, und Christian Schütte-Bäumner. 2018. Macht- und Wissensverhältnisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In *Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution*, Hrsg. Johannes Stehr, Roland Anhorn und Kerstin Rathgeb, 519–531. Wiesbaden: Springer VS.
- Meißner, Winfried, Friedemann Nauck, Ulrich Wedding, Werner Schneider, Antje Freytag und Gebel, Cordula für die SAVOIR-Forschungsgruppe. 2020. *Ergebnisbericht. SAVOIR. Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Unterschiede*. Förderkennzeichen 01VSF16005. Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss.
- Pongratz, Hans J. 2005. Interaktionsstrukturen von Dienstleistungsbeziehungen. Machtanalytische Differenzierungen zum Thema ‚Kundenorientierung‘. In *Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung*, Hrsg. Heike Jacobsen und Stephan Voswinkel, 57–80. Wiesbaden: VS.
- Saunders, Cicely. 2000. The Evolution of Palliative Care. *Patient Education and Counseling* 41:7–13.
- Seeger, Christa. 2011. Leitlinien von Palliative Care. In *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, 4., überarb. und erw. Aufl., Hrsg. Susanne Kränzle, Ulrike Schmid und Christa Seeger, 9–14. Berlin: Springer.
- Stadelbacher, Stephanie, und Werner Schneider. 2017. Selbstbestimmung am Lebensende – empirische Befunde aus der ambulanten Sterbendenversorgung. In *Selbst – oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts*, Hrsg. Josef F. Lindner, 63–82. Baden-Baden: Nomos.
- Strauss, Anselm L., und Juliet M. Corbin. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strauss, Anselm L., Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek und Carolyn Wiener. 1980. Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32:629–651.
- Weber, Max. 1980. *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5. rev. Aufl. Tübingen: Mohr.