

Kerstin Rego

MEDIZINISCHE FACHLICHKEIT UND EMOTIONEN

Voraussetzungen,
Funktionsweise und Folgen
des gynäkologischen
Emotionsmanagements

Kerstin Rego
Medizinische Fachlichkeit und Emotionen

Für Reinhard.

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.

KERSTIN REGO

Medizinische Fachlichkeit und Emotionen

**Voraussetzungen, Funktionsweise und Folgen
des gynäkologischen Emotionsmanagements**

[transcript]

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2019 transcript Verlag, Bielefeld

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwertung der Texte und Bilder ist ohne Zustimmung des Verlages urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Kordula Röckenhaus, Bielefeld

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-4680-1

PDF-ISBN 978-3-8394-4680-5

<https://doi.org/10.14361/9783839446805>

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter:
info@transcript-verlag.de

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 Zitaten 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).

nalener 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 organisationswissenschaftlichen 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 zweitem 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. Büssing/ 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, „Interviewleitfaden“). 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 Anspracheweg 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.

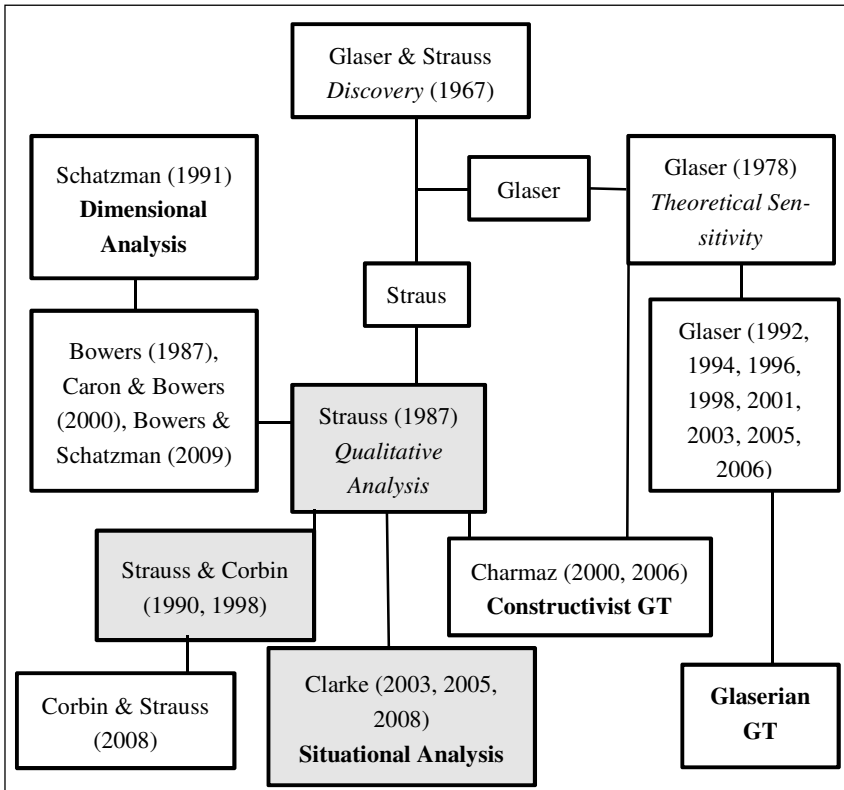
Das eigentliche Interview wurde, wie mit den Interviewpartner*innen vereinbart, aufgenommen und im Anschluss von mir transkribiert. Dabei habe ich mich für das Verschriftlichen der Interviews in Standardorthographie und im Fließtext entschieden. Transkriptionssysteme wie GAT oder HIAT (vgl. z.B. Kowal/ 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 Schlage 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)	• 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)	• 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	• Tatsächlich gibt es hier einen Zwang, sich einzulassen, den ich in der Subkategorie „sich einlassen müssen“ fassen • Auch die Subkategorien „sich fachlich-medizinisch einlas-

tanziert einlässt, wollte ich mir einen Fall ansehen, dem diese Bewusstheit oder Freiwilligkeit fehlt	partielle Kodierungen)	sen“ und „sich emotional einlassen“ können weiter ausdifferenziert werden. Neu und damit kategorienweiternd ist die Wahrnehmung, dass dieses sich einlassen belastend ist (statt bereichernd)
Im Interview 7 wurde ein Zwiespalt deutlich, zwischen „Emotionen nicht an sich herankommen lassen“ und „sich einlassen müssen“. Diesem nicht recht erklär-baren Zwiespalt wollte ich weiter auf den Grund gehen.	Gynäkologin 1 (G1) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und partielle Kodierungen vermutete ich ähnliche Figuren, die einen guten Vergleich erlauben würden)	• 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
Aufgrund der bereits erreichten Ausgestaltung der Kategorie „sich einlassen“ suche ich einen Vergleichsfall, der mir mehr über den Pol „sich distanzieren/ distanziert einlassen“ verrät	Gynäkologe 9 (G9) (aufgrund des Eindrucks durch Interviewführung, -transkription und partielle Kodierungen)	• 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)