

Ulrike Tikvah Kissmann

Fürsorgliche Orientierung jenseits des Arzt-Patienten-Verhältnisses: Informationsarbeit im Operationssaal

Krankenhäuser stehen heute mehr denn je unter Veränderungsdruck.¹ Einerseits haben die hohen Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere diejenigen des Krankenhaussektors die Häuser unter einen erheblichen Druck gestellt, wirtschaftlicher zu arbeiten und dysfunktionale Bereiche abzubauen. Andererseits wurde durch zahlreiche Streiks deutlich, dass viele Veränderungen zulasten der Beschäftigten gehen. Der taylorisierte² Operationssaal steht dabei im Brennpunkt der Interessenkonflikte. Aus der Sicht der Geschäftsführungen stellt er den Ort dar, über den die

größten Erträge erzielt werden können. Je kürzer die Schnitt-Naht-Zeiten der Operationen, desto größer die Fallzahlen und die Gewinnsteigerung. Für das Personal dagegen ist der Operationssaal der Ort, an dem Zeit- und Effizienzdruck am stärksten zu spüren sind (vgl. z.B. Welk/Bauer 2006; Barnsteiner 2007).

Computeranwendungen wie die OP-Managementsysteme werden von den Geschäftsleitungen eingesetzt, um die Arbeitsabläufe im Operationssaal aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu optimieren. Neben zahlreichen Informationen über die Patienten bilden sie die Schnitt-Naht-Zeiten einschließlich der Vor- und Nachbereitungszeiten in den jeweiligen Sälen ab. Sie ermöglichen damit den Leitungen einen Überblick über die Effizienz der einzelnen Berufsgruppen. Gleichzeitig können Computeranwendungen eine Unterstützung für die Beschäftigten des Operationssaals sein, indem sie Informationen systematisch zur Verfügung stellen und dadurch die Kommunikation der Berufsgruppen verbessern. Die unterschiedliche Verwendung von OP-Managementsystemen im Zusammenhang mit dem Wandel von Fürsorgearbeit ist Gegenstand dieses Beitrags. Ich werde der Frage nachgehen, wie aus der Geschlechterperspektive die Fürsorgearbeit in Zentral-OP's der großen Krankenhäuser beschaffen ist und wie sie sich durch Technikeinsatz verändert. Große Krankenhäuser mit 500 bis 1000 Betten verfügen über zentralisierte OP's mit bis zu 15 Sälen. Dort ist der Koordinationsaufwand sehr hoch, weil viele Patienten den zentralisierten OP durchlaufen und viele unterschiedliche

¹ Für wertvolle Hinweise zu diesem Text möchte ich mich bei Eva Senghaas-Knobloch und den anonymen Gutachterinnen bedanken. Außerdem gilt mein Dank Silvia Schürmann, die die Fussnotendatei erstellt und die Videostandbilder verfremdet hat.

² Effizienzsteigerung durch exakte Vorgaben und Leistungsmessung ist das Grundgerüst der taylorisierten Arbeitsorganisation. Sie nutzt und fördert hoch arbeitsteilige Prozesse, weil Handlungen singulären Zwecken zugeordnet werden, um enge Zielsetzungen umsetzen und kontrollieren zu können. Der ursprünglich für die Industrie genutzte Begriff der Taylorisierung wird auch für andere Branchen verwendet (z.B. Matuschek/Arnold/Voß 2007; Bosch 2000). In diesem Beitrag wird der Begriff taylorisierter Operationssaal verwendet, weil das pflegerische und das medizinische Personal im OP exakte Handlungs- und Leistungsvorgaben zu erfüllen haben. Die OP-Managementsysteme werden von den Klinikleitungen nicht nur zur Dokumentation der Schnitt-Naht-Zeiten sowie der Vor- und Nachbereitungszeiten verwendet, sondern auch zum Vergleich der geplanten mit den tatsächlich erreichten Zeiten herangezogen. Auf diese Weise findet die Leistungsmessung statt.

Disziplinen in Teams zusammenarbeiten. Die Beschäftigten sind mit einer ständigen Gratwanderung zwischen effizienten »Fließprozessen« und sorgender Tätigkeit konfrontiert (vgl. z.B. Wagner 1993, 1995). Wie verhalten sich die Berufsgruppen bei zunehmendem Zeit- und Effizienzdruck? Gelingt es ihnen trotzdem, Empathie und Sorge in die Arbeit mit den Patienten zu integrieren?

Gegenwärtig wird in der Arbeits- und Geschlechtersoziologie die herausragende Bedeutung der Interaktionsarbeit für die personenbezogene Dienstleistungsarbeit diskutiert (vgl. Böhle/Glaser 2006; Kumbrock/Senghaas-Knobloch 2007; Eckart/Senghaas-Knobloch 2000). Die Fürsorgearbeit ist dabei ein Bestandteil der Interaktionsarbeit, wie z.B. der sorgsame Umgang des Krankenhauspersonals mit einem Patienten. Obwohl die Interaktionsarbeit an Bedeutung gewonnen hat, ist unklar, aus welchen Komponenten sie im Detail besteht und wie die einzelnen Elemente strukturiert sind. Im professionellen Arbeitshandeln werden allgemein die objektivierbaren Anteile, die sich an Resultaten messen lassen und an denen sich Entlohnung orientiert, von denjenigen Anteilen unterschieden, die z.B. auf Empathie sowie Sorge beruhen und die sich nur schwer objektivieren lassen (z.B. Waerness 2000; Böhle/Bolte/Dunkel et al. 2004). Für den Zentral-OP werde ich die nicht-objektivierbaren Elemente im professionellen Arbeitshandeln von Ärzten und Ärztinnen darstellen. Es wird im Folgenden gezeigt, wie neben der traditionellen Fürsorgearbeit an *Patienten* die fürsorgliche Orientierung an *Kollegen* an Bedeutung gewonnen hat. Mit zunehmender Informatisierung des Operationssaals hängt das Wohl der Patienten nicht mehr nur von der unmittelbaren Zuwendung des Personals ab, sondern auch von der Kommunikation unter den Kollegen. Die aktuelle Datenflut bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung

erfordert es, Informationen sorgsam an Kollegen zu übergeben, um die Patienten adäquat zu behandeln. Diese zu leistende Informationsarbeit wird innerhalb der Berufsgruppen vom anästhesiologischen Personal ausgeführt, den so genannten OP-Koordinatoren und OP-Koordinatorinnen. Mit den Ergebnissen meiner Studie³ wird insgesamt deutlich, dass die Technisierung im Operationssaal zu neuen beruflichen Anforderungen führt. Die Anwendung von OP-Managementsystemen ist nur mit der Unterstützung besonderer Kommunikationsarbeit möglich, die durch die OP-Koordinatoren geleistet wird. Diese stellt einen nicht-objektivierbaren Bestandteil des professionellen ärztlichen Handelns dar und ist damit weder formalisierbar noch in den Algorithmus der Computeranwendung einschreibbar. Gleichwohl ist die Kommunikationsarbeit notwendig, um OP-Managementsysteme nutzen zu können.

Für die folgende Darstellung kommunikativer Prozesse im OP-Saal werde ich im ersten Schritt darauf eingehen, was unter Fürsorgearbeit zu verstehen ist. Dazu werden aktuelle Befunde aus der feministischen Theorie, theoretischen Ansätzen aus der Konversationsanalyse sowie der Arbeitssoziologie herangezogen und in Bezug auf ihre Schnittstellen verglichen. Im zweiten Schritt werde ich aus dem Sample von 40 narrativen Interviews mit dem gesamten OP-Personal ausgewählte Interviews mit OP-Koordinatoren vorstellen. Mit dem Arzt Dr. Meister wird zunächst ein Einzelfall in seiner spezifischen Dynamik vorgestellt. Mittels dieser Einzelstudie lassen sich Phänomene heraus-

³ Die Daten wurden im Rahmen meines DFG-Projekts »Zum Wandel von Arbeit durch computerisiertes Wissen im Operationssaal aus der Geschlechterperspektive« erhoben. Gegenstand der Untersuchung waren die Zentral-OP's von insgesamt zwei Berliner Krankenhäusern.

arbeiten, die in der komparativen Analyse mit Ausschnitten aus anderen Interviews verglichen werden. Auf diese Weise lassen sich unterschiedliche Typen beschreiben und eine Generalisierung wird möglich gemacht.⁴ Im dritten Schritt werden anhand der Videoanalyse einer Interaktion die Strukturen der Informationsarbeit beschrieben. Die präsentierten Ergebnisse basieren auf der Auswertung von insgesamt 50 Stunden Videomaterial aus dem Koordinationsraum der OP-Koordinatoren.⁵

Was ist Fürsorgearbeit?

In gegenwärtigen feministischen Diskussionen (Eckart/Senghaas-Knobloch 2000; Kumbrock/Senghaas-Knobloch 2007; Nickel 2008) wird Fürsorge- oder Care-Arbeit durch zwei grundlegende Begriffe charakterisiert: die Fürsorgetationalität und die Fürsorgereziprozität. Der Begriff der Fürsorgetationalität geht auf Kari Waerness (2000) zurück. Er bezeichnet eine kontextuell konkrete Denk- und Handlungsweise (Waerness 2000, 60), die es ermöglicht, sich in Andere hinein zu versetzen sowie Empathie zu empfinden. Diese Denkweise steht im Gegensatz zum rationalen Denken, weil sie »etwas gedeihen lässt« (ebd., 62) und nicht unmittelbar auf Resultate ausgerichtet ist. Da sich materielle Entlohnung jedoch an Resultaten orientiert, wird das empathische und beziehungssensible Denken im Arbeitsalltag oft zugunsten des zweckrationalen Denkens abgewertet. Mit dem Begriff der Fürsorgetationalität sollen deshalb auch diejenigen Tätigkeiten als ernst zu nehmende professionelle Handlungen begründet werden, die auf Empathie und Mitgefühl beruhen. In Kari Waerness' Ansatz werden zweck-

rationalen und empathischen Denkweisen als zwei grundverschiedene und dennoch gleichberechtigte Formen von Ratio angesehen. Für Waerness ist Fürsorgetationalität ein »sensitizing concept«, das erlaubt, einen neuen Blick auf klassisch »weibliche« Tätigkeiten wie die Pflege von Kindern, Kranken und Alten zu werfen.

Christel Eckart (2000, 19) hat auf den besonderen Charakter der Reziprozität in Fürsorgebeziehungen abgehoben und stellt dabei die Anerkennung der Asymmetrie in der Fürsorgebeziehung und die damit verbundene Verantwortung in den Mittelpunkt. Die Fürsorgearbeit ist durch ein einseitiges Geben und Nehmen gekennzeichnet. Der bewusste und zugleich sorgsame Umgang mit Asymmetrie wird von Christel Eckart als grundlegende Eigenschaft von Fürsorgearbeit bezeichnet. Die Fürsorgereziprozität weist Parallelen auf zu dem Konzept der Perspektivenübernahme in Arzt-Patient Gesprächen von Douglas Maynard (1991). Danach wird die professionelle Asymmetrie im Gespräch dadurch hergestellt, dass der Arzt die Perspektive des Patienten einnimmt. Mittels der Konversationsanalyse hat der Autor gezeigt, dass Ärzte zunächst die Alltagserfahrung der Patienten einfordern, um sie in ihrer medizinischen Evaluierung zu berücksichtigen. Er nennt diese Gesprächsführung »perspective-display series« (ebd., 449), weil ein Interaktionspartner die Meinung des Anderen hervorlockt, um sie anschließend in seine eigene Sicht mit ein zu beziehen.⁶

Die arbeitssoziologischen Studien von Fritz Böhle und Mitarbeitern (vgl. z.B. Böhle/Bolte/Dunkel et al. 2004) unterscheiden das objektivierende Arbeitshandeln von dem subjektivierenden Arbeitshandeln. Während der erste Terminus

⁴ Als Überblick für die Narrationsanalyse siehe Przyborski/Wohlrab-Sahr (2008).

⁵ Als Überblick zur Methodologie von Videoanalysen siehe Kissmann (2009b).

⁶ In der Konversationsanalyse wurden zahlreiche Studien zu Arzt-Patient Gesprächen durchgeführt (z.B. Ten Have 1990; Maynard 1991; Heath 1992).

das rationale Denken bezeichnet, umfasst der zweite Begriff sinnlich-körperliche Wahrnehmungen sowie assoziatives und bildhaftes Denken. Die Autoren gehen davon aus, dass in dem so genannten Erfahrungswissen, zurzeit eine Grenzverschiebung stattfindet. Während bisher das gesamte Erfahrungswissen zugunsten des rationalen Denkens abgewertet wurde, genießen inzwischen einige Bestandteile des Erfahrungswissens Anerkennung. Fritz Böhle und Mitarbeiter stellen die These auf, dass die neue Grenze zwischen den objektivierbaren und nicht-objektivierbaren Anteilen des erfahrungsgebundenen Wissens verläuft. Empathie und Sorge gehören dabei zu den nicht-objektivierbaren Elementen und werden nach wie vor abgewertet. Im Anschluss daran haben Fritz Böhle und Jürgen Glaser (2006) die unterschiedlichen Elemente im Erfahrungswissen charakterisiert, die für die Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit von Bedeutung sind. Die Autoren unterscheiden die Emotionsarbeit einerseits von der Gefühlsarbeit und dem subjektivierenden Arbeitshandeln andererseits. Während die Emotionsarbeit den eigenen Gefühlshaushalt des Dienstleisters bezeichnet, sind die Gefühlsarbeit und das subjektivierende Arbeitshandeln auf den Dienstleistungsempfänger ausgerichtet.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie die Fürsorgearbeit in der Medizin unter dem Genderaspekt strukturiert ist und wie sie sich mit der Einführung der OP-Managementsysteme verändert hat. Ein Vergleich des althergebrachten »Handwerker-Anästhesisten«-Typus mit dem Typus der neuen OP-Koordinatoren zeigt, wie sich das Verhältnis zwischen Emotions-, Gefühlsarbeit und subjektivierendem Arbeitshandeln verändert hat.

Der Handwerker

Der Anästhesist Dr. Meister⁷ stand zum Zeitpunkt des Interviews kurz vor der Pensionierung. Er ist der älteste der interviewten Anästhesisten. Er versteht keine Koordinationsarbeit im engeren Sinne, wenn er die Funktion des OP-Koordinators ausfüllt. Der Arzt Dr. Meister nimmt z.B. Telefonate von seinen Kollegen an; anstatt die Informationen aber mit dem OP-Managementsystem abzugleichen und strukturiert weiterzugeben, geht er selbst zu den Sälen, wo gerade Bedarf ist. Er koordiniert damit nicht und benutzt bei seiner Arbeit auch nicht das OP-Managementsystem. Die Auswertung der narrativen Interviews hat gezeigt, dass er den Typus des Anästhesisten darstellt, der sich als Handwerker sieht. Seine Gefühlsarbeit am Patienten ist mit seinem handwerklichen Können verwoben. Wenn er seine Arbeit gut macht, dann ist sie für den Patienten direkt erfahrbar. Wir haben es mit dem klassischen Arzt-Patient Verhältnis zu tun, in dem nur der Patient Gegenstand der fürsorglichen Orientierung ist.

Dr. Meister führt von sich aus den Begriff »Spiel« ein. Er kontrastiert dabei das Spielen mit Computern gegen das »andere« Spielen in der Medizin. Er stellt das Spiel in der Medizin als das wirkliche und richtige Spiel dar. Nachdem die Interviewerin ihn bittet, von einer solchen Situation des »anderen« Spiels zu erzählen, hebt er gleich hervor, dass »ja das is aber dann nicht mehr in den Computer zu übersetzen«. Wie wir sehen werden, handelt es sich bei dem »anderen« Spiel um den Teil des subjektivierenden Arbeitshandelns, das nicht formalisierbar und nicht in das OP-Managementsystem eingeschrieben ist. Fritz Böhle hat die Gemeinsamkeiten von subjektivierendem Arbeitshandeln

⁷ Wie auch bei allen anderen erwähnten Interviewpartnern ist dieser Name chiffriert.

deln und dem Spiel charakterisiert (vgl. Böhle 2006a, 252ff.). Danach gehört zu den gemeinsamen Merkmalen das Probieren sowie Experimentieren, das assoziative Denken sowie intuitive Entscheidungen, sinnlich-körperliche Wahrnehmungen und schließlich das persönliche Involvement. Sowohl das Probieren und Experimentieren als auch das persönliche Involvement sind Eigenschaften, die in der Darstellung des Spiels von Dr. Meister genannt werden.

... ein äh dem, dem Patienten geht's nicht gut; dem Patienten der Patient hat einen Haufen Nebenerkrankung'n und aber der Patient muss operiert werden äh. Ich kenne noch die Zeiten dazu bin ich alt genug, wo man, solche Leute, äh, dann, äh na ihrem Schicksal überlassen, das das ist etwas, wäre zu negativ formuliert, aber man hat sich nicht rangetraut, man hat's einfach sein lassen, ich kenn noch die Zeiten wo man über 60 nur operiert hat, wenn se lebensgefährlich erkrankt war'n dann hat man sich's gewagt, nach dem Motto hier ist nichts mehr zu verlieren, auch ne Form von Spieltrieb, ja?

Mittels einer Situationsbeschreibung⁸ wird in dem Interviewausschnitt dargestellt, wie sich die Arbeitsaufgaben mit der Zeit verändert haben und der Umgang mit den Patienten ein anderer geworden ist. Es wird deutlich, dass der Spieltrieb den integralen Bestandteil Dr. Meisters Arbeitsaufgaben ausgemacht hat und heute auch noch ausmacht. Der Arzt Dr. Meister schließt den Abschnitt mit »das hat man lernen müssen und vor diesem Hintergrund ist das auch zu dem, äh mit dem Spieltrieb, dass heißt die Aufgaben stiegen immer weiter und wir mussten uns drauf einstellen, damit fertig zu werden«. Durch diese Bewertung deutet sich bereits an, dass der Spieltrieb

aus der Fähigkeit besteht, das handwerkliche Können in immer komplexeren, schwierigeren Aufgaben einzusetzen.

Nach dem Ende der Situationsbeschreibung beginnt Dr. Meister von der Situation zu erzählen, als er noch neu in dem untersuchten Krankenhaus war. Aus dieser Erzählung gehen die Eigenschaften des Spieltriebs hervor. Damals bekam Dr. Meister die Arbeitsaufgabe, eine 91-jährige alte Patientin narkosetechnisch auf eine totale Magenentfernung vorzubereiten und die Narkose während des Eingriffs zu überwachen. Er erzählt davon, dass er damals sehr skeptisch war und eigentlich »das Haar in der Suppe finden wollte«, um der alten Dame die Operation zu ersparen. Dr. Meister hat aber keine gesundheitlichen Risiken ausmachen können, um die Operation aus anästhesiologischer Sicht zu untersagen. An dem Punkt in der Erzählung nennt er den Umstand, dass der Spieltrieb mit sich bringen kann, dass man »psychisch dabei fast umkommt«. An der Stelle leitet Dr. Meister eine »Expansion« zu den jungen Anästhesisten und Anästhesistinnen ein, die der Plausibilisierung dient (vgl. Kallmeyer/Schütze 1977, 194ff.). Solange die Kollegen beim Intubieren⁹ noch nicht sicher sind, hätten sie einen Schweißfilm zwischen den Schulterblättern. Dr. Meister spricht von einer »dermaßen psychischen Anstrengung«, die erst nach einer Zeit und mit dem Erlernen der Technik nachlasse. »Dann brauchen die auch andere Aufgaben« fügt er hinzu. Mithilfe dieser Plausibilisierung, die in die Erzählung eingebaut ist, wird präzisiert, worum es sich beim Spieltrieb handelt. Der

⁸ Für die Situationsbeschreibung ist charakteristisch, dass eine Konstellation von sozialen Einheiten einschließlich ihrer Zustandsänderung dargestellt wird (vgl. Kallmeyer/Schütze 1977, 201–251).

⁹ D.h. das Einführen des Atemschlauchs in die Luftröhre. Vor dem Intubieren wird den Patienten intravenös ein Muskelrelaxanz gespritzt. Es bewirkt, dass sie nach einigen Minuten nicht mehr selbstständig atmen können. Während diesen Minuten muss dem anästhesiologischen Personal das Intubieren gelingen, sonst stirbt der Patient.

Spieltrieb gehört zum handwerklichen Können, wie z.B. dem Intubieren, dazu und bezeichnet die Fähigkeit, mit immer neuen Aufgaben fertig zu werden. Nach der Plausibilisierung wird die Erzählung zu der 91-jährigen Patientin abgeschlossen. Dr. Meister beschreibt detailliert die Situation, als er nach der Operation an das Bett der Patientin ging und sie wieder zu Bewusstsein kam. Er beendet die Erzählung mit »und ick war na äh, so'n so'n Runde beglückt, das Spiel war geglückt«.

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie stark Emotions-, Gefühlsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln miteinander verwoben sein können. Das subjektivierende Arbeitshandeln von Dr. Meister zeichnet sich durch den Spieltrieb aus, der integraler Bestandteil des handwerklichen Könnens eines Anästhesisten ist. Die Funktion des Spieltriebs besteht darin, sich auf neue Aufgaben einlassen zu können und mit ihnen fertig zu werden. Damit können die von Fritz Böhle genannten Charakteristika des Spiels, das Probieren sowie Experimentieren und das persönliche Involvement, im anästhesiologischen Arbeitshandeln identifiziert werden (vgl. Böhle 2006a). Speziell die Erzählung zu der 91-jährigen Patientin zeigt, dass zu den Aufgaben auch gehört, mit dem möglichen Tod von Patienten umzugehen. Diese Emotionsarbeit wird von Dr. Meister als psychische Anstrengung beschrieben. Die Emotionsarbeit besteht aus dem Umgang mit dem eigenen emotionalen und psychischen Gleichgewicht (vgl. Böhle 2006b) und gehört, wie gezeigt wurde, unmittelbar zum Spieltrieb dazu. Erst wenn die jungen Anästhesisten und Anästhesistinnen keinen Schweißfilm mehr zwischen den Schulterblättern haben, dann beherrschen sie ihr Handwerk und den Umgang mit dem möglichen Tod eines Patienten. Die Gefühlsarbeit am Patienten ist gleichermaßen mit dem Spieltrieb und dem handwerklichen Können verknüpft. In der Darstel-

lung von Dr. Meister wurde deutlich, dass gute handwerkliche Leistungen zusammen mit Einfühlungsvermögen dem Wohl der Patienten dienen.

Die Informationsarbeit der neuen OP-Koordinatoren

Die neuen OP-Koordinatoren gehören der jüngeren Oberarzt-Generation an, die zwischen 40 und 55 Jahren alt sind. Sie stellen sich der Koordinierung und dem dafür notwendigen Informationsaustausch. Aus den Interaktionsanalysen mit Video wurde insgesamt deutlich, dass die Informationsarbeit der neuen OP-Koordinatoren daraus besteht, dass sie sich auf die Situation der Adressaten einstellen. Für ihre Kommunikation mit allen Berufsgruppen war charakteristisch, dass sie sich entsprechend der Fürsorgerationalität von Waerness in die Kollegen hinein versetzen und an ihrem Relevanzsystem orientieren. Dieses einführende Mitdenken bezeichne ich als eine fürsorgliche Orientierung, die auf die Kollegen ausgerichtet ist, ohne welche die Informationen nicht adäquat übergeben würden. Obwohl die fürsorgliche Orientierung der OP-Koordinatoren auf die anderen Berufsgruppen im OP abzielt, stehen am Ende der Handlungskette immer die Patienten.

Bei der Auswertung der narrativen Interviews zeigte sich, dass die neuen OP-Koordinatoren keine Narrationen sondern nur Deskriptionen generiert hatten. Narrationen sind, weil sie kaum Lesarten vorgeben, prinzipiell offener für die Deutungen der Zuhörer als Beschreibungen, die eng mit der Lesart des Interviewten verknüpft sind.¹⁰ Für unseren Zusammenhang bedeu-

¹⁰ Im Gegensatz zu Narrationen wird bei Deskriptionen die Lesart durch den Interviewten verstärkt vorgegeben, weil den Handlungen generalisierende Um-zu-Motive unterstellt werden. Je anonym

tet dies, dass die neuen OP-Koordinatoren, die ausschließlich Deskriptionen lieferten, die Deutungen ihrer Handlungen stark kontrollierten. Der Handwerkertyp konnte dagegen besser »loslassen« und sich von den taylorisierten Abläufen distanzieren. Außerdem zeigt die Narrationsanalyse, dass sich das Verhältnis zwischen Emotions-, Gefühlsarbeit und subjektivierendem Arbeitshandeln verschoben hat. Während bei Dr. Meister alle drei Anteile miteinander verwoben waren, taucht die Emotionsarbeit bei der jüngeren Oberarztgeneration nicht mehr auf. In der folgenden Darstellung wird deutlich, dass Gefühlsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln, beides Eigenschaften, die laut Böhle (2006b) auf den Dienstleistungsempfänger zielen, bei den neuen OP-Koordinatoren eine Umorientierung erfahren und sich auf die Kollegen richten.

»Zwischen Baum und Borke«

In dem Beispiel »zwischen Baum und Borke« oszilliert ein OP-Koordinator zwischen seiner Rolle als »trouble shooter« einerseits und dem betriebswirtschaftlichen Relevanzsystem der Klinikleitung andererseits. Er bezeichnet sich als »trouble shooter«, der die Fähigkeit hat, »Probleme riechen zu können«. Anhand der Daten im OP-Managementsystem hat er z.B. das »Problem gefühlt«, dass sich ein Team von Gefäßchirurgen nicht darüber bewusst war, dass bei der Planung einer gefäßchirurgischen Operation kaum Zeit für die anästhesiologische Prämedikation

des Patienten gelassen worden war. Dadurch aber, dass der OP-Koordinator »das Problem gerochen hat«, konnte er die Gefäßchirurgen rechtzeitig ansprechen und sie darauf hinweisen, dass sie Zeit für die Prämedikation des Patienten einplanen müssen. Es handelt sich hierbei um Einfühlungsvermögen, durch das er auf die Situation seiner Mitarbeiter eingeht und von dem auch der Patient profitiert. Gefühlsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln unterliegen damit einem Wandel. Während die Gefühlsarbeit bei dem Handwerkertyp mit einem Spieltrieb verknüpft war und wie im klassischen Arzt-Patient-Verhältnis an dem Patienten »vollzogen« wurde, ist die fürsorgliche Orientierung der neuen OP-Koordinatoren auf die Kollegen gerichtet.

Andererseits stellt sich der OP-Koordinator in dem Beispiel »Zwischen Baum und Borke« auf das betriebswirtschaftliche Relevanzsystem der Klinikleitung ein und nutzt das OP-Managementsystem zur Kontrolle seiner Kollegen. Dies widerspricht seiner oben geschilderten fürsorglichen Orientierung. In dem folgenden Ausschnitt beschreibt er die potentiellen Eigenschaften des OP-Managementsystems, die es ermöglichen sollen, die Computeranwendung als »psychologischen Marker« einzusetzen. Sie sollte den Mitarbeitern sichtbar machen, wo jeder Einzelne in den Arbeitsabläufen gerade steht und sie dadurch zu Effizienz anhalten.

... wenn ein paar Eigenschaften, die sozusagen den Mitarbeitern auch deutlich machen, was du da machst und wie lange du dafür brauchst, das kann jeder sehen, ja? Dann ist das nicht nur ein ganz guter Vergleichsparameter für mich und alle anderen, sondern auch für den jeweiligen Mitarbeiter, für den manchmal ja Zeit und Raum völlig verschwimmen, während er da in Ruhe seiner Arbeit nachgeht, egal von welchen Abteilungen der jetzt sein mag ja also das ist schon irgendwo auch ein Hilfsmittel. Für alle, die von draußen reingucken, für die Geschäftsführung, ist es ein beliebtes Fernsehprogramm,

die typisierenden Konstruktionen, desto abgelöster sind sie von der Einzigartigkeit des Interviewten und desto geringer die Deutungsmöglichkeiten (vgl. Schütz 1971, 20). Gleichwohl eignen sich sowohl Erzählungen als auch Beschreibungen zur Rekonstruktion von Handlungspraxen (vgl. Bohnsack 2005, 73f.; Schütze 1987, 67).

natürlich, klar, an jeder Stelle des Hauses kann man das einsehen. Es hilft viel, für mich ist es unabdingbar, ich muss immer wissen, wo stehen wir gerade jetzt, und ich muss dann allerdings auch immer Fragen parieren können, die, allfällig auftreten. Und da kann es durchaus sein, dass ich mal ganz unvermittelt, ganz unvorbereitet von der Geschäftsführung angerufen werde, was ist da los, wo klemmt da?

In dem Beispiel ist die zentrale soziale Einheit, das OP-Managementsystem, Gegenstand von Aktivitäten.¹¹ Es geht darum, was man mit der Computeranwendung machen kann, während die Träger der Aktivität generalisiert dargestellt und nicht im Einzelnen benannt werden. Damit wird die Kontrollfunktion der Computeranwendung unterstrichen, durch die Kollegen überwacht werden können. Das OP-Managementsystem dient in dem Beispiel der Umsetzung der Grundsätze der wissenschaftlichen Betriebsführung von Frederick W. Taylor (1917). Die Bemühungen um Erhöhung der Leistungsfähigkeit durch »Budgetierung der menschlichen Kraft« beruhen auf der Annahme, dass die Belegschaft wie in dem Interviewausschnitt prinzipiell zu langsam und ineffizient arbeitet. Ziel der wissenschaftlichen Betriebsführung ist es, durch die Studie von Bewegungen jede Handlung einem singulären Zweck zuzuordnen, um dadurch effizienter zu arbeiten.

»Deswegen gehe ich da hin und sage denen Bescheid«

Während es dem OP-Koordinator in dem Beispiel »zwischen Baum und Borke« ge-

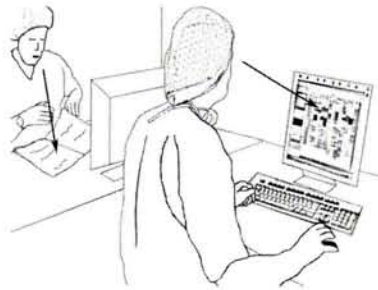
lang, über die Anwendung des OP-Managementsystems Macht über die Kollegen auszuüben, wird an der folgenden Sequenz deutlich, wie die OP-Koordinatorin Computeranwendungen nutzt, um Transparenz herzustellen. Das OP-Managementsystem wird hier genutzt, um eine gemeinsame Perspektive auf die Arbeit aller Berufsgruppen im OP herzustellen. Vergleichbar mit Andrew Feenberg's Sicht auf Technik (vgl. Feenberg 1991; als Überblick Veak 2006) dienen Computeranwendungen der »Demokratisierung« von Arbeitszusammenhängen. Durch die geteilte Perspektive eines *Wer? Wann? Wo? Was?* im OP, erhält das Personal eine Gesamtsicht auf die Arbeitsabläufe.

In den ausgewählten Videosequenzen wurden die Interpretationsleistungen rekonstruiert, die notwendig sind, damit die OP-Koordinatorin Informationen sammeln und an ihre Kollegen übergeben kann. Dazu wurden gemäß dem von mir entwickelten Ansatz zur Rekonstruktion von interpretativen Leistungen anhand von Missverständnissen (vgl. Kissmann 2009a) missverständliche und problematische Situationen in den Interaktionen ausgewählt. In der hier beschriebenen Interaktion der OP-Koordinatorin Oberärztin (OÄ) Merlin und der leitenden OP-Schwester Magdalene wird die gemeinsame Sicht auf die Arbeitsabläufe seitens der leitenden OP-Schwester verweigert. Unter Bezugnahme auf das OP-Managementsystem fordert OÄ Merlin dagegen die gemeinsame Sicht ein und nutzt sie, um sich in ihre Kollegen hinein zu versetzen. Es wird gezeigt, dass die Nutzung des OP-Managementsystems mit ihrer fürsorglichen Orientierung gegenüber den Kollegen verknüpft ist.¹²

¹¹ Es handelt sich in dem Interviewabschnitt um eine Vorgangsbeschreibung vom »Typ B«. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die zentrale soziale Einheit Gegenstand der Aktivität ist und explizit benannt wird, während der Träger der Aktivität implizit bleiben kann (vgl. Kallmeyer/Schütze 1977, 201–251).

¹² Die Transkriptionsregeln befinden sich am Ende des Aufsatzes.

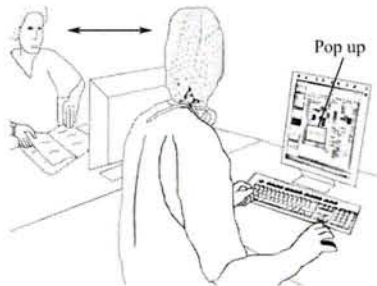
Magdalene: die habn jetzt n bisschen
 umje:stellt↑, ich hoffe
 auch in Ihrem Interesse↑ (2)
 das Radjußköpfchen ist noch
 nicht da:, die haben jetzt
 gleich die Hüfte
 /bestellt↓((Rascheln))/ (3)



Die Interaktionspartnerinnen gucken sich nicht an. Magdalene (linke Person) spricht. In den 3 Sekunden Pause guckt Magdalene auf. Danach guckt sie wieder auf ihre Papiere.

OÄ Merlin: ja=ääh=eh Magdalene
 der war hier
 aber=eh=noch nicht
 prämediziert=ne↑

Magdalene: die
 Hüfte↑



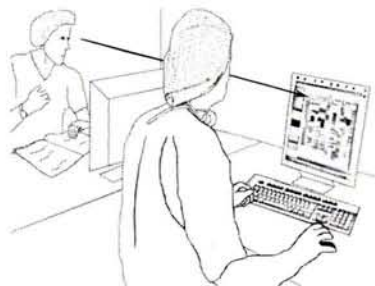
Bei „hier“ geht das Pop up auf. Bei „ne↑“ guckt OÄ Merlin Magdalene an. Bei „die Hüfte↑“ guckt Magdalene auf.

OÄ Merlin: Ja, sieht man
 doch, der ist doch
 gelb



OÄ Merlin guckt auf den Bildschirm zurück.

Magdalene: Ich=ich=ich=hab das
 ((klicken)) gar nicht geguckt
 ((Rascheln)) ich=geb das
 jetzt nur so weiter wie DIE
 ES MIR im Saal >ge-< grade
 eben gesagt /haben ((Rascheln))/



Bei „geguckt“ guckt Magdalene auf den Bildschirm von OÄ Merlin. Danach blättert sie weiter und guckt nicht mehr auf.

In dem ersten Satz von Magdalene wurde mit dem »jetzt« kommuniziert, dass es eine aktuelle Änderung gab, die für OÄ Merlin relevant ist. Gleichzeitig wurde ersichtlich, dass sie über die Änderung nicht informiert worden war, sondern nachträglich – »ich hoffe auch in Ihrem Interesse« – davon in Kenntnis gesetzt wird. Für die Arbeitsabläufe im OP ist ausschlaggebend, *wer wann wo was* entscheidet. Das wird in diesem Textabschnitt deutlich, in dem *jetzt* etwas geändert wurde, der Patient noch nicht *da* ist und *die jetzt* umgestellt haben. Magdalene spricht davon, dass eine Hüft-Operation vorgezogen wurde. Sie ist in ihrer Kommunikation widersprüchlich, weil sie einerseits von der wichtigen Umstellung im OP-Plan spricht und sie andererseits mit »bisschen« die Relevanz dieser Änderung abmindert. Vergleicht man das transkribierte Gespräch mit der Interaktion im Video, dann wird sichtbar, dass Magdalene bei der Informationsübergabe ihr Gegenüber nicht ansieht, sondern stoisches in ihrem Heft blättert. Diese Gesten unterstreichen die Widersprüchlichkeit, weil die Beschäftigung mit dem Heft für sie relevanter ist als die Information, die kommuniziert werden soll.

Außerdem geben Intonation und die Verteilung der Pausen bei Magdalene darüber Auskunft, dass sie eine Positionierung von OÄ Merlin einfordert, ihr aber zugleich keine Gelegenheit eines Sprecherwechsels lässt. Nach »umjestellt« hebt Magdalene die Stimme wie bei einer Frage und setzt dann kurz ab. Das Absetzen ist aber zu kurz, als dass OÄ Merlin etwas dazu sagen könnte. Dasselbe Spiel von Intonation und Pausen wiederholt sich bei »ich hoffe auch in Ihrem Interesse«. Magdalene hebt bei »Interesse« die Stimme und macht 2 Sekunden Pause. Auch hier wird dem Gegenüber einerseits die Möglichkeit eines Sprecherwechsels angedeutet, andererseits ist die Pause wieder zu kurz, um wirklich antworten zu

können. Der Vergleich mit dem Video zeigt hier, dass Magdalene in dem Spiel von fragender Stimme mit angedeuteter Pause nie ihre Gesprächspartnerin angeblickt und damit ihre widersprüchliche Haltung unterstrichen hat. Erst in der darauf folgenden Pause von 3 Sekunden guckt sie OÄ Merlin an, woraufhin dann tatsächlich ein Sprecherwechsel zustande kommt. Diese widersprüchliche Zusammensetzung aus Intonation, Pausen, Gesten und der vermittelten Information selbst zeigt, dass eine Informationsübergabe seitens Magdalene nicht ernsthaft angestrebt wird. Sie nimmt sich aus der Verantwortlichkeit heraus und verweigert ihrem Gegenüber die präzise Vermittlung des *Wer, Wann, Wo, Was*.

Im Gespräch geht OÄ Merlin nicht darauf ein, dass der Zeitplan nicht eingehalten wurde. Ihr geht es also nicht um Effizienzsteigerung wie in der taylorisierten Arbeitsorganisation, vielmehr bezieht sie sich über das OP-Managementsystem auf die OP-Abläufe, um Transparenz herzustellen. Sie nennt Magdalene den Umstand, dass der aktuell anstehende Patient (»die Hüfte«) noch nicht prämediziert wurde. Sie verweist also darauf, dass der Zwischenschritt, der für eine Umstellung des OP-Plans erforderlich ist, nicht geleistet wurde. OÄ Merlin teilt das ihrem Gegenüber mit, indem sie den Blick auf den Bildschirm gerichtet hat und sagt »ja=ääh=eh Magdalene der war hier aber=eh=noch nicht prämediziert, ne«. Bei »hier« öffnet sie das »Pop up« auf dem Bildschirm, aus dem die fehlende Prämedikation des Patienten hervorgeht. OÄ Merlin deutet nicht mit dem Finger auf das »Pop up« oder spricht es an, weil sie weiß, dass Magdalene das im Prinzip ebenfalls ablesen kann. Dies verdeutlicht, dass die fehlende Prämedikation für alle ersichtlich ist und Magdalene von dem fehlenden Zwischenschritt hätte Kenntnis haben sollen. Erst bei »ne« schaut OÄ Merlin auf und

blickt ihr Gegenüber an. Die Silbe »ne« mit gehobener Stimme markiert keinen Interrogativ sondern hat eine Modal-Funktion. Sie sagt damit aus, welche Vermutungen die Sprecherin über das Wissen ihres Gegenübers hat. Die Verwendung der Modal-Funktion macht deutlich, dass Merlin davon ausgeht, dass Magdalene den Sachverhalt hätte kennen müssen.

Nach dem »ne« antwortet Magdalene mit gehobener Stimme »die Hüfte«. Es handelt sich um eine Frage, die eigentlich überflüssig ist, da Magdalene den Sachverhalt wie alle anderen auch über den Computer einsehen kann. An diesem Punkt wird bereits deutlich, dass Magdalene die geteilte Sicht verweigert. OÄ Merlin guckt hier auf ihren Computerbildschirm zurück und sagt »ja sieht man doch, der ist doch gelb«. Sie verweist also wieder auf den für alle sichtbaren Umstand der fehlenden Prämedikation. Obwohl Magdalene einen eigenen Arbeitsplatzcomputer hat, blickt sie bei »ich=ich=ich=hab das gar nicht geguckt« nicht auf ihren eigenen Bildschirm, sondern auf den Bildschirm von OÄ Merlin. Mit dieser Geste verweigert sie die geteilte Perspektive auf den für alle einsehbaren computerisierten Arbeitsplan. Während OÄ Merlin den Computer dazu nutzt, um die Handlungen des *Wer Was Wann Wo* transparent zu machen, widersetzt sich Magdalene dieser gemeinsamen Sicht und blättert zum Abschluss dieser Sequenz wieder stoisch in ihrem Heft.

Nachdem OÄ Merlin die OP-Planänderung in den Computer eingegeben hat, geht sie persönlich zu den Kollegen, die von der OP-Planänderung betroffen sind und teilt ihnen mit, dass der anstehende Patient noch nicht prämediziert wurde. Sie kann das machen, weil sie sich einfühlend in die Situation ihrer Kollegen hineinversetzt, von denen sie abschließend in der beschriebenen Interaktion sagt: »Die können nicht dauernd in den Computer gucken. Deswegen gehe ich dahin und

sage denen Bescheid«. Das macht deutlich, dass sie sich an dem Relevanzsystem ihrer Kollegen orientiert und die geteilte Sicht auf die Arbeitsabläufe im OP-Managementsystem dazu nutzt, um einzuschätzen, was die Kollegen brauchen. Das zeigt ihre fürsorgliche Orientierung. Sie ist auf die Kollegen ausgerichtet, dient aber letztendlich den Patienten, die aufgrund ihres Einsatzes noch rechtzeitig prämediziert werden können.

Diskussion

Im Gegensatz zu der Kritik an der »sozialen Rationalisierung«, wie sie Tilla Siegel und Brigitte Aulenbacher (Siegel 1993; Aulenbacher/Siegel 1993; auch Aulenbacher 2005) formulieren, bringen stark rationalisierte und technisierte Arbeitsabläufe (nicht immer) Menschentypen hervor, denen das Denken in Zusammenhängen abhanden gekommen ist und die ihr Handeln an singulären Zwecken orientieren. Die starke Arbeitsteilung mit kleinteiligen Kontrollmechanismen ermöglicht die Effizienzsteigerung im OP. Gleichwohl führt sie nicht zur Schaffung neuer Experten, die die Folgen der Taylorisierung kompensieren. In dem Beispiel von Tilla Siegel wird dem spezialisierten Schuhverkäufer, der durch Ausschaltung aller nebensächlicher Tätigkeiten den Kunden die Schuhe schnellstens aus- und anzieht, ein neuer weiterer Experte zur Seite gestellt, der für die Gefühlsarbeit an den Kunden zuständig ist (vgl. Siegel 1993, 366). Dieser neue Experte ist komplementär zum Schuhverkäufer konzipiert und versieht seine Gefühlsarbeit genau so zeit- und effizienzorientiert wie der Schuhverkäufer selber. Das Beispiel von OÄ Merlin hat dagegen gezeigt, dass durch Computeranwendungen eine Gesamtsicht auf die taylorisierten Abläufe erzielt und das Denken in Zusammenhängen ermöglicht werden kann.

Mit meinen Ergebnissen soll keine euphemistische Sicht auf ganzheitliche Aspekte der informatisierten Arbeit propagiert werden (vgl. zur Kritik Matuschek/Arnold/Voß 2007). Stattdessen wird deutlich, dass die OP-Koordinatoren einen neuen Expertentyp darstellen, der den alten Handwerkertyp wie Dr. Meister ablöst. Die neue Generation kann sich weniger von den taylorisierten Abläufen distanzieren, findet aber dennoch Wege, sich mit den kleinteiligen Kontrollmechanismen auseinanderzusetzen und, wie die Interaktionsanalyse von OÄ Merlin zeigt, sie zu transzendieren. Für eine adäquate technisch gestützte Informationsübergabe ist die beschriebene »weiblich« konnotierte Rollenauffassung relevant, die gewährleistet, dass Technik ihre Funktion erfüllen kann.

OÄ Merlin hat von ihren Kollegen außerdem eingefordert, dass sie die Gesamtsicht teilen und mitdenken. Die leitende OP-Schwester Magdalene hatte die Gesamtsicht verweigert und wurde deshalb von OÄ Merlin zurechtgewiesen. Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob sich die anfangs beschriebene Reziprozität in der Fürsorgebeziehung im Sinne von Christel Eckart auf die Beziehungen des OP-Personals übertragen lässt. Die fürsorgliche Orientierung der OP-Koordinatoren lässt sich an ihrer Ausrichtung an dem Relevanzsystem der Anderen ausmachen. Gleichzeitig erfordert eine adäquate Informationsübergabe, wie an dem Beispiel von Magdalene deutlich wurde, dass alle Berufsgruppen mitdenken und die besondere Stellung der OP-Koordinatoren anerkennen. Das heißt, dass sich nicht nur die OP-Koordinatoren an den Anderen orientieren, sondern umgekehrt sollte auch das OP-Personal die fürsorgliche Leistung der OP-Koordinatoren als einseitige Leistung anerkennen und als solche wertschätzen. Obwohl es sich nicht um das klassische asymmetrische Verhält-

nis der Fürsorgebeziehung handelt, sollte es eine Form von Reziprozität geben, die der symmetrischen Kommunikation unter Kollegen angemessen ist und die einseitige Leistungen wertschätzt.

Man könnte annehmen, dass das chirurgische Personal besser für die OP-Planung geeignet ist, weil es die Reihenfolge der zu operierenden Patienten festlegt und maßgeblich über Änderungen im OP-Plan entscheidet. Chirurgen sind gewissermaßen »näher« am Geschehen, während sich das anästhesiologische Personal wie im Beispiel von OÄ Merlin die Informationen erst zusammen suchen und dann den Chirurgen zuarbeiten muss. Trotz dieses Umstands werden die OP-Koordinatoren meistens aus dem anästhesiologischen Personal rekrutiert, das in den untersuchten Kliniken fast zu gleichen Anteilen aus Männern und Frauen bestand, während sich die Beschäftigten der chirurgischen Abteilungen überwiegend aus Männern zusammensetzten.¹³ Dieses berufsgruppen- und geschlechtsspezifische Gefühlsmanagement im OP kann darin begründet liegen, dass die beschriebene fürsorgliche Orientierung wie die klassische Fürsorgearbeit ein durch Frauen geprägtes Denken darstellt (vgl. Waerness 2000) und als Gegensatz zum kühlen wissenschaftlichen Verhältnis der Chirurgen zum OP-Tisch gesetzt wird (vgl. für den Sezierraum Hochschild 1990, 67).

¹³ Während von insgesamt 21 Beschäftigten in der untersuchten chirurgischen Abteilung der ersten Klinik 81 % Männer und 19 % Frauen waren, zeichnete sich die Abteilung für Anästhesie durch ein umgekehrtes Verhältnis aus: Dort gab es 56 Beschäftigte, von denen 39 % Männer und 61 % Frauen darstellten. Im zweiten Krankenhaus war die Besetzung von Chirurgie und Anästhesie vergleichbar. Von 19 Beschäftigten der untersuchten chirurgischen Abteilung waren 74 % Männer und 26 % Frauen, während in der Abteilung für Anästhesie von 56 Angestellten 52 % Männer und 48 % Frauen darstellten.

Transkriptionsregeln

,	= kurzes Absetzen
(4)	= Dauer der Pause in Sekunden
ja:	= Dehnung
((lachend))	= Kommentar der Transkribierenden
/	= Einsetzen des kommentierten Phänomens
nein	= betont
viel-	= Abbruch
>nein<	= leise
...	= Auslassungen im Transkript
()	= Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung
(sagt er)	= unsichere Transkription
Ja=ja	= schneller Anschluss
Ja so war	= gleichzeitiges Sprechen ab »so«
Nein aber	
DIE ES MIR	= stark betont
↑	= hebt Stimme
↓	= senkt Stimme

Literatur

- Aulenbacher, Brigitte (2005): *Rationalisierung und Geschlecht in soziologischen Gegenwartsanalysen*. Wiesbaden.
- Aulenbacher, Brigitte/Siegel, Tilla (1993): Industrielle Entwicklung, soziale Differenzierung, Reorganisation des Geschlechterverhältnisses. In: Frerichs, Petra/Steinrücke, Margarete (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Geschlechterverhältnisse*. Opladen, S. 65–100.
- Barnsteiner, Catrin (2007): Stille Helden. OP-Schwester kennen 50 Operationen auswendig. Ihre Ausbildung dauert sieben Jahre. Und ohne sie wären Chirurgen hilflos. Doch Anerkennung ernten sie selten. In: *Brand eins*, H. 11, S. 123–125.
- Böhle, Fritz (2006a): High-Tech-Gespür – Spiel und Risiko in der erfahrungsgeleiteten Anlagensteuerung. In: Gebauer, Gunter/Poser, Stefan/Schmidt, Robert/Stern, Martin (Hrsg.): *Kalkuliertes Risiko – Technik, Spiel und Sport an der Grenze*. Frankfurt a.M., S. 249–267.
- Böhle, Fritz (2006b): Typologie und strukturelle Probleme von Interaktionsarbeit. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden, S. 323–347.
- Böhle, Fritz/Bolte, Annegret/Dunkel, Wolfgang/Pfeiffer, Sabine/Porschen, Stephanie/Sevsay-Tegethoff, Nese (2004): Der gesellschaftliche Umgang mit Erfahrungswissen: Von der Ausgrenzung zu neuen Grenzziehungen. In: Beck, Ulrich/Lau, Christoph (Hrsg.): *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Frankfurt a.M., S. 95–122.
- Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.) (2006): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden.
- Bohnsack, Ralf (2005): Standards nicht-standardisierter Forschung. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, Jg. 4, H. 8, S. 63–81.
- Bosch, Gerhard (2000): Arbeitszeit und Arbeitsorganisation. Zur Rolle von Produkt- und Arbeitsmärkten im internationalen Vergleich. In: *Arbeit*, Jg. 3, S. 175–190.
- Eckart, Christel (2000): Zeit zum Sorgen. Fürsorgliche Praxis als regulative Idee der Zeitpolitik. In: Eckart, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): *Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, Sonderheft Feministische Studien*, S. 9–24.
- Eckart, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.) (2000): *Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. Sonderheft Feministische Studien*.
- Feenberg, Andrew (1991): *Critical Theory of Technology*. New York.
- Heath, Christian (1992): The Delivery and Reception of Diagnosis in the General-Practice Consultation. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge, S. 235–267.
- Hochschild, Arlie R. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt a.M.

- Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, Dirk (Hrsg.): *Gesprächsanalysen*. Hamburg, S. 159–274
- Kissmann, Ulrike Tikvah (2009a): How Medical Forms Are Used: The Analysis of Doctor Patient Consultations from a Sociological Hermeneutic Approach. In: Kissmann, Ulrike Tikvah (Hrsg.): *Video Interaction Analysis: Methods and Methodology*. Frankfurt a.M. u.a., S. 87–105.
- Kissmann, Ulrike Tikvah (Hrsg.) (2009b): *Video Interaction Analysis: Methods and Methodology*. Frankfurt a.M. u.a.
- Kumbruck, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (2007): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. In: *epd-Dokumentation*, hrsg. von Evangelischer Pressedienst, Jg. 40, S. 4–45.
- Maynard, Douglas (1991): Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. In: *American Journal of Sociology*. Jg. 97, H. 2, S. 448–495.
- Matuschek, Ingo/Arnold, Katrin/Voß, Günter G. (2007): *Subjektivierter Taylorisierung. Organisation und Praxis medienvermittelter Dienstleistungsarbeit*. München.
- Nickel, Hildegard Maria (Hrsg.) (2008): *Care – Black Box der Arbeitspolitik. Sonderheft Berliner Journal für Soziologie*. Jg. 18, H. 2. Wiesbaden.
- Przyborski, Aglaia/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München
- Schütz, Alfred (1971): *Gesammelte Aufsätze, Bd. 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Den Haag.
- Schütze, Fritz (1987): *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: erzähltheoretische Grundlagen*. Hagen.
- Siegel, Tilla (1993): Das ist nur rational. Ein Essay zur Logik der sozialen Rationalisierung. In: Reese, Dagmar/Rosenhaft, Eve/Sachse, Carola/Siegel, Tilla (Hrsg.): *Rationale Beziehungen? Geschlechterverhältnisse im Rationalisierungsprozess*. Frankfurt a.M., S. 363–396.
- Taylor, Frederick Winslow (1917): *Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung*. München u. Berlin.
- Ten Have, Paul (1990): Und der Arzt schweigt. Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patienteninformationen sprachlich nicht reagieren. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Annin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen, S. 103–121.
- Veak, Tyler J. (Hrsg.) (2006): *Democratizing Technology: Andrew Feenberg's Critical Theory of Technology*. New York.
- Waerness, Kari (2000): Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffes. In: Eckart, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): *Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. Sonderheft Feministische Studien*, S. 54–66.
- Wagner, Ina (1993): Women's Voice. The Case of Nursing Information Systems. In: *AI & Society, Special Issue on Gender and Computers in a Cultural Context*. Jg. 7, H. 4, S. 295–310.
- Wagner, Ina (1995): Hard Times. The Politics of Women's Work in Computerised Environments. In: *The European Journal of Women's Studies*. H. 2, S. 295–314.
- Welk, Ina/Bauer, Martin (Hrsg.) (2006): *OP-Management: praktisch und effizient*. Heidelberg.