

Doris Kleinz

# Gefühlsarbeit in Gesundheitsberufen

## Reflexivität als Voraussetzung für Gefühlsarbeit

WULF-BODO WAHL

### Zusammenfassung

Patienten und Patientinnen bei der Entwicklung eines eigenen Weges zu unterstützen, um Patientenkarrerien in die vom Krankheitsverlauf her günstigste Richtung zu steuern, erfordert auf der Ebene der direkten Interaktion eine ärztliche Kompetenz, die mit dem Begriff Gefühlsarbeit zu bezeichnen ist. Gefühlsarbeit ist notwendige Arbeit. Ein Großteil der medizinischen Arbeit könnte nicht so leicht, so effizient oder überhaupt nicht ausgeführt werden, wenn die erforderliche Gefühlsarbeit nicht geleistet würde. Strauss et al. (1980) zeigten, dass die Einflussnahme auf die Gefühle von Patienten die Hauptarbeitslinie der instrumentellen Arbeit beständig begleitet und für deren Erfolg sogar maßgeblich sein kann. Zur Gefühlsarbeit gehören Akte wie Trost geben, helfen, die Fassung aufrecht zu erhalten, Vertrauen begründen, Ablenkung, Nähe herstellen und Ähnliches. Dies gilt für alle personenbezogenen Dienstleistungen - wie Therapie, Erziehung und Pflege - unabhängig vom Grad ihrer Professionalisierung.

Gefühlsarbeit hat aber auch einen übergreifenden Bogen, der den Themen "Identitätsarbeit" und "Biografiearbeit" zuzuordnen ist und sich im engeren Sinne auf die Patientenkariere (Gerhardt 1991) bezieht. Dazu gehören alle Interaktionen, die den Patienten besonders bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen dabei unterstützen, ein neues Selbstgefühl zu entwickeln und die eigene Biografie neu zu entwerfen, so dass die Krankheit ein zu bewältigender Teil davon wird. Misslingende oder nicht geleis-

tete Gefühlsarbeit hat erhebliche Konsequenzen für den Erfolg, die Qualität und die Kosten medizinischer Versorgung sowie für das Beanspruchungserleben von Ärztinnen und Ärzten. Hingegen steigen die Arbeitszufriedenheit und der Behandlungserfolg, wenn Ärzte und Patienten gemeinsam rückblickend ihre Kooperation als gelungen hinsichtlich der anfangs festgelegten Ziele bezeichnen können. Um Patientenkarrerien in dieser Weise zu gestalten, bedarf es Arbeitsmittel, die eine solche Vergewisserung des Erfolgs bzw. Misserfolgs unterstützen, und Methoden zur Klärung persönlicher arbeitsbezogener Fragestellungen, die routiniert in Formen kollegialen Austauschs ihren Platz finden können.

Der Beitrag stellt eine Verbindung zwischen dem Arbeitsmittel der epikritischen Fallbetrachtung - eFB (Brucks u.a. 1998a) und der Methode der Selbstvergewisserung in der Gruppe - (Wahl 2011) her. Beide Ansätze eröffnen Zugangswege zur Frage nach Voraussetzungen und Bedingungen für Gefühlsarbeit und wurden vom Freien Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung AuG über Jahre hinweg in forschender Kooperation mit Ärzten und Pflegekräften entwickelt. Den Rahmen dafür wie auch für die theoretische Begründung gab eine Folge von Forschungsprojekten, die mit Mitteln der Bundesministerien gefördert wurden (Brucks 1998, Wahl 2011). Abschließend wird ein Modell vorgestellt, das wir in dem jüngst abgeschlossenen Vorhaben

Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege QUIERO entwickelt haben; es zeigt, wie reflexive Handlungskompetenz auf der institutionellen Ebene verankert und in ihren Resultaten im Sinne eines Kompetenzgradienten beschrieben werden kann.

*Schlüsselwörter: Gefühlsarbeit, Selbstreflexivität, reflexive Handlungskompetenz, epikritische Fallarbeit, Kompetenzgradient*

### **Exkurs: Die Crux mit dem Gefühl**

Es ist noch nicht lange her, dass Gefühle als Arbeitsanforderungen einen legitimen Platz in den Arbeitswissenschaften erhalten haben. Arbeit und Arbeitsplanung sind zweckrational bestimmt – was haben Gefühle da zu suchen? Das schwierige Verhältnis von Fühlen und Denken, der Gegensatz von Ratio und Gefühl, von Vernunft und Leidenschaft, zieht sich wie ein roter Faden durch die europäische Geistesgeschichte. Auch heute noch schlägt sich dies in philosophischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen nieder und ebenso in Alltagsannahmen.

Von Platon ist das Seelen-Rosse-Gleichnis (Phaidon) überliefert: Ein Wagenlenker mit zwei Rossen, das eine edel, schön und leicht lenkbar, das andere schwarz, ungestüm, hässlich und gewalttätig. Der Lenker des Wagens versinnbildlicht die Vernunft. Sie muss die Vorherrschaft über die beiden anderen Seelenteile erlangen, da nur die Vernunft zur Erkenntnis führen kann. Auf der anderen Seite steht: "Gefühl ist alles!", die Antwort von Faust in einem vernebelndem Schwall von Worten auf die Frage Gretchens:

*Und wenn Du ganz in dem Gefühle selig bist,*

*Nenn es dann, wie du willst,*

*Nenn's Glück! Herz! Liebe! Gott!*

*Ich habe keinen Namen*

*Dafür! Gefühl ist alles; ...*

*(aus J. W. Goethe: Faust).*

Dies war im Kern auch die Reaktion der Sturm und Drang Dichter auf eine einseitig verstandene Rationalität, die im Zuge der Aufklärung mit einer schulmeisterlichen Reglementierung in vielen Lebensbereichen einherging (Steiner 2004).

Die Betonung von Gefühl, Phantasie und Subjektivität, Überschwang und Leidenschaft rückte auch das schöpferische Tun ins Blickfeld, damals unter dem leidigen Begriff des Genies. Heute fragen wir uns, was unter Kreativität zu verstehen ist und wie kreative Neuerungen und Erfindungen zustande kommen können. In den Sozialwissenschaften der letzten drei Jahrzehnte etwa haben wir es mit einer Neuentdeckung der Gefühle zu tun. Bedingt auch durch Änderungen in den Arbeitsanforderungen ergaben sich praktische Fragestellungen, nämlich was Personen in bestimmten Berufen über ihre „Intelligenz“ hinaus dazu befähigt, erfolgreich zu sein. „Soziale Intelligenz“ oder „emotionale Intelligenz“ sind hier die Stichworte. Oder die Entdeckung von flow-Erleben bei meisterlicher Ausführung von Aktivitäten, in denen Anforderungen und Fähigkeiten einander entsprechen und Bewusstsein und Handlung miteinander verschmelzen (Brucks 1999).

Ein anderer Zweig, der auf Versöhnung von Verstand und Gefühl hinweist, ist die Neuropsychologie und -physiologie. Gefühle haben ihre physiologischen Korrelate mit Auswirkungen auf andere Gehirnareale und deren Leistungen und umgekehrt. Man kann berechtigt von einer Interaktion solcher Prozesse sprechen, die auf der phänomenologischen Seite eher dem Denken oder dem Fühlen zugeordnet werden (Eccles 1997; Rizzolatti/Sinigaglia 2008). Bei der Bewertung unterschiedlicher (theoretischer) Ansätze und ihren Methoden in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften ist dieser kulturhistorische Kontext zu beachten. Er bestimmt implizit nicht nur die berufliche Praxis, sondern reicht weit hinein in die Alltagsvorstellungen der Beschäftigten in helfenden und erziehenden Berufen und nimmt Einfluss auf berufliches Handeln und seine Begründungen.

### **Interaktionsarbeit in nicht-reziproken Beziehungen**

Die Interaktionen zwischen Dienstleistendem und Klienten ist in den medizinischen, pflegerischen, pädagogischen und Erzieherberufen – im Unterschied zu alltäglichen – nicht reziprok. An den Klienten werden nicht die Anforderungen gestellt, die im Alltag als Regeln der ‚Kommunikation unter Erwachsenen‘ gelten (Brucks 1998, S.10). Dem Erkrankten wird ein Schonraum, dem Kind/Schüler/Auszubildenden ein Freiraum zugestanden, ein Status, der sie (vorübergehend) von den Regeln sozialer Austauschbeziehungen unter Erwachsenen befreit. Der Behandelnde hingegen ist (Mit)Ausführender in einem Prozess, der die psychophysische oder die geistige Entwicklung des Klienten entscheidend beeinflussen oder auch existentiell berühren kann. Die Nicht-Reziprozität verweist auf die ethische Verantwortung, die der Behandelnde in der Beziehung hat: nämlich aus beidseitigem Bedürfnis nach Reziprozität nicht die angemessene Distanz zu verlieren und die personalen Grenzen des Klienten zu verletzen. Das Behandlungsziel wiederum kann nur in Kooperation mit dem Behandelten erreicht werden und erfordert Empathie. Gefühlsarbeit ermöglicht es, die Balance zu finden zwischen professioneller Distanz und der in der unmittelbaren Interaktion erforderlichen Zuwendung zum Klienten. Regulierung eigener Gefühle oder das Zeigen erwünschter Gefühle („emotional work“), die für andere Dienstleistungsberufe als charakteristisch gelten (z.B. im Verkauf, Callcenter), sind in der unmittelbaren Interaktion gefordert, stehen aber im Dienst der Gefühlsarbeit.

Gefühlsarbeit gegen den emotionalen Aufwand, den Dienstleistungserbringer leisten müssen, begrifflich abzugrenzen, ist vor allem dann wichtig, wenn die Frage nach den Qualifikationsanforderungen in personenbezogenen Dienstleistungen und Kompetenzentwicklung in und durch das Arbeitshandeln zu beantworten ist. Dies trägt auch dem Sachverhalt Rechnung, dass es sich „bei den sozialen (und gesundheitlichen, Anm. d.V.) Dienstleistungen um ‚Arbeit im Ungewissen‘ und um ‚Beziehungsarbeiten‘ im Sinne komplexer Erfahrungs- und/oder Vertrauensgüter handelt“ (Bauer 2001). Die Frage also, wie professionell zu erbrin-

gende Gefühlsarbeit erlernt werden und in reflexives Handeln einmünden kann, bedarf einer handlungstheoretischen und methodologischen Begründung.

Ursula Brucks hat hierfür theoretisch breit fundiert den Rahmen aufgespannt und Wege für die Methodenentwicklung aufgezeigt und in einer „Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen“ zusammengefasst (Ursula Brucks 1998a). Es bedurfte aber noch einer methodisch-didaktischen Einbettung in strategische und innovative Veränderungsprozesse, um die komplexen Voraussetzungen für professionelle Arbeit an und mit Personen zu klären und zu gestalten. Mit dem BMBF-Verbundprojekt Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege – QUIERO (<http://www.quiero-online.de/>) wurde die langjährige Forschungs- und Entwicklungsarbeit des „Freien Instituts für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung - AuG“ in einem praxistauglichen Gesamtkonzept zur Entwicklung einer professionsübergreifenden Praxis in personenbezogenen Dienstleistungen verdichtet (Wahl 2009).

Unser Forschungsansatz zur Untersuchung der institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen für die explizite Verankerung von Gefühlsarbeit war von dem Grundgedanken getragen, dass Qualifizierung, Kompetenzentwicklung und Förderung einer salutogenetischen Orientierung der Beschäftigten bei der primären Arbeitsaufgabe ansetzen muss. Die von uns favorisierte Bezeichnung personenbezogene Dienstleistung verweist darauf, dass alle Tätigkeiten gemeint sind, deren Aufgabe es ist, andere Menschen in ihrer persönlichen, körperlichen und geistigen Entwicklung zu unterstützen. Aber der Anspruch, durch professionelle Gestaltung der Beziehung zum anderen Einfluss auf dessen Veränderungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten zu nehmen, bleibt faktisch häufig auf der Strecke (Stadelmann 1996). So führt bei einem größeren Teil der Beschäftigten in der Pflege die Diskrepanz zwischen hohen psychosozialen und emotionalen Anforderungen und darauf nicht hinreichend bezogener Qualifikation zu emotionaler Erschöpfung und Berufsmüdigkeit (vgl. auch Büsing u.a. 2003, Stab u.a. 2007).

Dieser empirisch immer wieder bestätigte Befund findet dann eine Antwort, wenn Ansätze kreativen Handelns (Joas 1992) mit einer Praxis reflexiver Arbeitsgestaltung verbunden werden (Brucks 1996). Gesundheitliche Folgen sind dann wahrscheinlich, wenn die Balance von fachlichen Standards, Anforderungen des Einzelfalles, informelle und formelle Regeln der Organisation sowie institutionellen Normen dauerhaft misslingt. Im konkreten Fall muss die behandelnde bzw. pflegende Person einen Kompromiss finden zwischen instrumentellen Handlungserfordernissen und der „vollen Konkretheit des Einzelfalles“ (Lewin 1947) einerseits und den strukturellen Anforderungen der Arbeitsorganisation und den Regularien und Leitideen der Organisation andererseits. In der Krankenpflege kann dies für einen Minutenausschnitt beispielsweise bedeuten: Einem Patienten muss der Verband gewechselt werden (instrumentelles Erfordernis oder „handwerkliche“ Arbeit). Dies ist schmerzhaft für den Patienten. Der Bitte

des Patienten, sofort einen Arzt kommen zu lassen, entspricht die Pflegerin nicht (Leitlinie und Regeln), sondern tröstet den Patienten auf die anstehende Visite (Gefühlsarbeit). Die Pflegerin achtet auf Atmung und Ausdrucksverhalten des Patienten und begleitet ihre Arbeit mit beruhigenden und tröstenden Worten (Gefühlsarbeit). Sie steht unter Zeitdruck, es ist gerade wenig Personal auf Station (Anforderungen durch die Arbeitsorganisation). Sie schätzt die Zeit ein, die sie noch benötigen wird und gibt sich dafür zur eigenen Beruhigung das Okay (Regulierung eigener Gefühle).

### **Die Entwicklung von Selbstreflexivität durch „Selbstvergewisserung in der Gruppe - SiG“**

Die Methode der Selbstvergewisserung in der Gruppe - SiG<sup>1</sup> erweitert durch die kollegiale Bearbeitung persönlicher-arbeitsbezogener Fragestellungen die Fähigkeit zu Selbstreflexivität; sie ist zu unterscheiden von interkollegialer Beratung, Intervision oder einer klassischen Fallbesprechung mit dem Fokus auf Problemlösung. Eine Fragestellung bezieht sich auf das Erleben einer Begebenheit aus dem Arbeitskontext, die emotional nachgeht und gegebenenfalls auch eine fachliche Fragestellung enthält. Bei einer solchen Begebenheit kann es sich um eine emotional bedeutsame Situation handeln, um eine Beobachtung, um eine Information, um eine Begegnung, kurz: um Gedanken, die um etwas, was mit der Arbeit zu tun hat und für den/die Teilnehmer/in wichtig ist, kreisen.

Durch Beachtung grundlegender Regeln der Kommunikation und strikter Einhaltung der Abfolge von Schritten innerhalb der unten genannten Phasen ermöglicht die Gruppe einem Mitglied ausgehend von seiner Fragestellung in einem konkreten Fall oder einer Arbeitssituation, den für ihn wichtigen nächstmöglichen Schritt zu finden, d.h. eine Handlung zu vollziehen oder eine Änderung der Sichtweise zu gewinnen, die ihn der Lösung näher bringen. Professionelle, die sich zu regelmäßigen Besprechungen treffen, haben in dem methodisch kontrollierten Vorgehen der Selbstvergewisserung in der Gruppe - SiG eine Möglichkeit, die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu vertiefen, dadurch ihre Handlungskompetenz zu erweitern, sowie mehr Transparenz hinsichtlich des Erfolgs der Arbeit zu erhalten und ihre Kommunikationsfähigkeit im Team und in der Kooperation mit anderen Professionen zu verbessern. Die strukturierte Bearbeitung persönlicher-arbeitsbezogener Fragestellungen in der Gruppe fördert zugleich das Vertrauen untereinander und ermöglicht einen verbesserten Umgang mit Fehlern, Schwierigkeiten und Erfolglosigkeit in der Arbeit. Mit der Zeit entsteht eine sichere Grundlage für interkollegialen Austausch und fallbezogene Beratung.

Der strikt einzuhaltende Ablauf einer SiG-Sequenz unterteilt sich in vier Phasen (in der folgenden Ablaufbeschreibung wird durchgehend die weibliche Form gewählt:

<sup>1</sup> Copyright: Freies Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheit - AuG, Hamburg-Oldenswort 2004

### Phase 1 - Die Definitionsphase: Trennung von sachlicher Struktur und Emotion.

Eine Teilnehmerin der Gruppe entwickelt in Bezug auf eine Situation, in die sie emotional und/oder sachlich involviert war, ihre vorläufige Fragestellung, die ihr persönliches Problem in der Situation beschreibt. Sachfragen dienen dazu, die hinter der Fragestellung liegenden Bedingungen zu klären. Von der Sachebene wird anschließend auf die Gefühlsebene gewechselt. In einer kurzen Sequenz erzählt jede Teilnehmerin ihre unmittelbaren emotionalen Reaktionen auf die Geschichte, die Situation und die Fragestellung. Es folgt eine kleine Sequenz der Vertiefung; sie dient allein dazu, die Breite emotionaler Reaktionen deutlich zu machen und ihnen Ausdruck zu geben, damit „der Kopf frei wird“. Abschließend beschreibt die Vortragende, wie sie die anderen in dieser Runde erlebt hat, welche Gefühle in ihr ausgelöst wurden.

### Phase 2 - Die Bearbeitungsphase: Ideen zur Lösung und ein erster Lösungsansatz.

In einer konzentrierten knappen Runde werden Ideen im Sinne eines Brainstormings bzw. Erfahrungsaustauschs gesammelt. Das Ziel ist, Erfahrungen als Ressourcen zu entdecken, so dass die Fallvortragende am Ende dieser Runde die Möglichkeit hat, mit Blick auf die Vorschläge der Gruppenmitglieder einen ersten, eigenen Lösungsansatz zu formulieren.

### Phase 3 - Die Lösungsphase und der nächstmögliche Schritt:

Hier finden eine offene Diskussion und ein breiter Austausch über Ansichten und Meinungen zur Fallgeschichte und zur Fragestel-

lung statt. Verschiedene Lösungsansätze werden unter sachlichen und fachlichen Aspekten gründlich diskutiert und immer auf die entwickelte Fragestellung der Vortragenden bezogen sowie der zentralen Frage nachgegangen: Kann sie denn das realisieren, was sie in ihrem ersten Lösungsansatz formuliert hat? Es wird in dieser Phase immer nach der Beziehung zwischen den objektiven und subjektiven Handlungsvoraussetzungen geschaut, um gemeinsam Veränderungs- und Lernpotenziale zu entdecken. Dies ermöglicht der Fallvortragenden, einen für sie persönlich gangbaren Weg, das heißt den nächstmöglichen Schritt zu finden.

### Phase 4 - Rückmeldung:

In den nachfolgenden Terminen wird im Rückblick nach Erfahrungen mit der Umsetzung gefragt. Wichtig ist zu erkunden, ob sich für die Fallvortragende in der Realisierung ihres Lösungsansatzes möglicherweise ihre Fragestellung verändert hat.

Die Methode kann z.B. ergänzend zu einer Fallbesprechung oder als Teil von Team- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden und bedarf keines von außen herangezogenen Experten. Es wird in der Abfolge jeweils starker Wert auf die Schilderung der Situationen - die, in der etwas „nachgeht“ und die, in der etwas Neues probiert wird - gelegt. Damit wird auch zu Überlegungen angeregt, Lösungen in der Änderung der Situation suchen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Durchführung konkreter vorbeugender Maßnahmen, um das Aufkommen starker Scham- und Ekelgefühle bei Pflegehandlungen zu mindern und damit Patient und Behandelnden entlasten (Brucks 1996). Die Wiederholung des Bearbeitungszyklus vor neuem Erfahrungshintergrund, dann

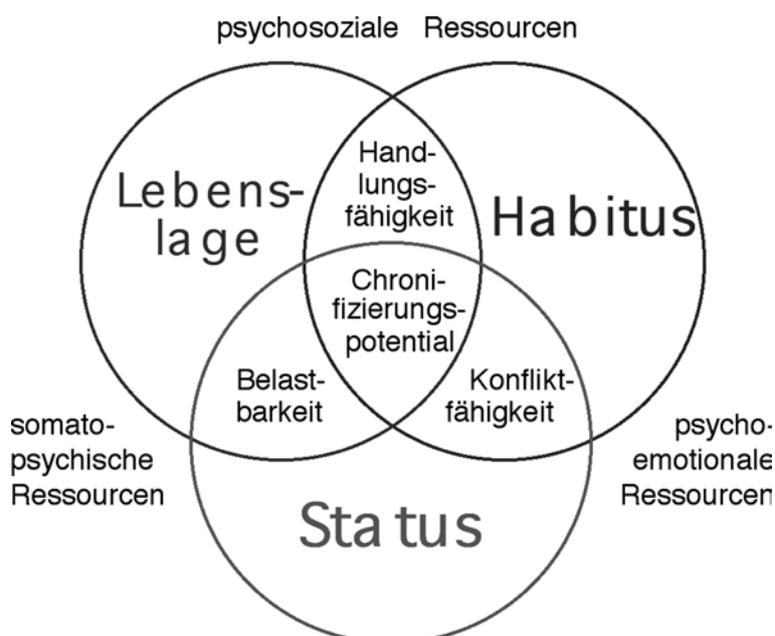


Abb. 2: Dynamik von Krankheits- bzw. Gesundheitsentwicklung, Brucks 1998: 145

nämlich wenn der Lösungsansatz nicht als zufriedenstellend erlebt worden war, regt zu einer differenzierteren Wahrnehmung und Deutung der anfänglich vorgetragenen Situation an, was auch bedeuten kann, eigene Anteile an der Situation, „die nachgeht“, besser reflektieren zu können. Die Arbeit in der Gruppe kann eine Clearing-Funktion haben für das weitere Vorgehen: Es können z.B. Vorschläge an die Organisation gerichtet werden (z.B. zur Organisation der Arbeit, Fortbildung, Personal), und es können Absprachen für praktikable Änderungen im Arbeitsablauf vorgenommen werden. Eine Lösung der Fragestellung kann darin gesehen werden, sich eingehender mit dem Patienten, dem Behandlungsverlauf und der eigenen Beteiligung an diesem Prozess auseinanderzusetzen (Beispiel: epikritische Fallbetrachtung), oder auch darin, außerhalb der Gruppe für sich persönlich Hilfeleistung zu suchen.

### Epikritische Sicht von Behandlungsprozessen

Die *epikritische Fallbetrachtung (eFB)* ist als ein Arbeitsmittel zur Dokumentation und Evaluation von Behandlungsverläufen in einem BMG-geförderten Forschungsvorhaben vom Freien Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung - AuG entwickelt worden. Sie ermöglicht eine systematische Selbstüberprüfung, um von eher „anlassbezogenen“ Handlungen zu einer planenden Strategie zu kommen. Dabei werden Fragen zur somatischen,

psychischen und sozialen Situation des Patienten oder Klienten sowie ihrer Veränderung an das vorliegende Datenmaterial herangetragen und Hypothesen über die Verlaufsdynamik entwickelt.

Inwieweit die Verlaufsgestalt und die Dynamik zum gegebenen Zeitpunkt den Vorstellungen des Patienten oder Klienten entsprechen, ist in einem gemeinsamen Gespräch zu entdecken: Hierfür eignet sich ein Bilanzierungsdialog (Bahrs 2011 a und b) mit dem Ziel, den „nächstmöglichen Schritt“ (Brucks 1998a: 83) zusammen mit dem Patienten oder Klienten zu bestimmen.

Die Handlungsstruktur der epikritischen Fallbetrachtung entspricht dem idealtypischen Ablauf eines vollständigen Handlungsbogens, der sich in vier große Schritte unterteilen lässt (Ulich 1991; Schmale 1995; Brucks 1998b: 39):

#### Schritt 1, die Entwicklung der Fragestellung:

Dieser Schritt enthält den Grundgedanken, dass auch Nebenbefunde und der intuitive Eindruck beachtenswert sind.

#### Schritt 2, Sammlung relevanter Tatsachen:

Hier werden Befunde und Kenntnisse zusammengestellt, die bereits dokumentiert sind und durch ein gezieltes Gespräch ergänzt werden. „Relevant“ bezieht sich auf die im ersten Schritt erarbeitete Fragestellung.



Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege

## Arbeitsblatt zur epikritischen Fallbetrachtung in der Pflege – eFB/P

Schritt 1: Anlass

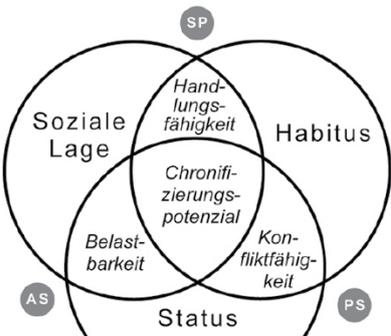
Name / Sozialdaten etc.

Fragestellung der Pflege / Begründung / Vorgeschichte

Schritt 2: Bilanzierung

### Sammlung und Bewertung pflegerelevanter Tatsachen

günstig	ungünstig	
3 2 1 0 1 2 3		soziale Einbindung
3 2 1 0 1 2 3		ökonomische Verhältnisse
3 2 1 0 1 2 3		häusliche Situation
3 2 1 0 1 2 3		berufliche Anforderungen



günstig	ungünstig	
3 2 1 0 1 2 3		Gesundheitsverhalten
3 2 1 0 1 2 3		Art der Emotionalität
3 2 1 0 1 2 3		Beziehungsmuster
3 2 1 0 1 2 3		Lebensstil

günstig	ungünstig	
3 2 1 0 1 2 3		Allgemeinzustand
3 2 1 0 1 2 3		Erkrankungen
3 2 1 0 1 2 3		Prädisposition
3 2 1 0 1 2 3		psychische Stabilität

Bild 2: Epikritische Fallbetrachtung

Der Mensch 42/43 1+2-2011

57

**Schritt 3, Auswertung:**

Dieser Schritt ist der Kern der *epikritischen Fallbetrachtung*, denn hier kann die intuitiv gewonnene Einsicht in die Dynamik des bisherigen Verlaufs des Falles ihre Bestätigung finden. Hinsichtlich der Entwicklung des Patienten oder Klienten steht die Frage nach dem Chronifizierungspotential im Mittelpunkt, also die Frage nach der (drohenden) Einengung von Handlungs-, Bewegungs- und Denkspielräumen, aber auch nach entgegenwirkenden salutogenen Kräften, die Spielräume eröffnen können.

Abb. 2: Ausschnitt aus dem modifizierten Arbeitsblatt der eFB/ Pflege. Zusammenfassung von Schritt 2 und 3 unter „Bilanzierung“.

**Schritt 4, Evaluation:**

Die Erörterung des nächstmöglichen Schritts mit dem Patienten bzw. Klienten ist die erste Überprüfung, ob und wie die Neugestaltung des Arbeitsbündnisses gelingt. Mit einer solchen Evaluation erhält die Behandlung oder Betreuung einen zeitlichen Rhythmus mit Behandlungsabschnitten, die sich, was die Intensität anbelangt, nach dem jeweiligen individuellen Bedarf richten. Das übergeordnete Ziel besteht darin, dem Patienten weitestgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu ermöglichen. Dazu gilt es, ihn zu ermutigen, eigene Problemlösungsmöglichkeiten zu entwickeln und zu nutzen.

Antonovskys Entwurf der Salutogenese folgend werden Risiken und Ressourcen gleichermaßen berücksichtigt (Brucks 1998b). Präventive Überlegungen und erforderliche evidenzbasierte Interventionen werden explizit auf die sozialespezifischen und biografisch verankerten Bedingungen und Möglichkeiten des Patienten bezogen und können der individuellen Konstellation entsprechend umgesetzt werden. „But in most cases, to be blind to the sickness of the person, to his total life situation, to his suffering, is not only inhumane; it leads to a failure to understand the etiology of the person’s state of health.“ (Antonovsky 1996).

Mit dem Bilanzierungsdialog nach Bahrs liegt zugleich ein Gesprächstyp vor, der für die Evaluation der epikritischen Arbeit genutzt werden kann (Bahrs/Matthiessen 2007: 295). In Bezug auf den Krankheits- und Behandlungsverlauf wird dem Patienten und dem Pflegenden eine reflexive Distanz im Sinne der reconnaissance ermöglicht (Lewin 1947: 150). Um die Ziele ggf. neu zu justieren und die vorhandenen Ressourcen gezielt zu berücksichtigen, sollte regelmäßig oder punktuell bei begrenzter Behandlungsdauer außerhalb der Routine ein solcher Gesprächsraum zur Verfügung gestellt werden. Ein solches Vorgehen ist mit entsprechenden Anpassungen in allen Bereichen personenbezogener Dienstleistungen möglich, z.B. mit einem zu Pflegenden oder mit einem Schüler.

**Ein Denkmodell zur Beschreibung der Wirksamkeit und des Kreativitätspotenzials: der Kompetenzgradient**

Neuere Beiträge zur Burnout-Forschung geben Hinweise darauf, dass gesundheitliche Folgen dann wahrscheinlich sind, wenn die Balancierung von fachlichen Standards, notwendiger Abstimmung im Einzelfall und Regeln der Organisation dauerhaft misslingt (Rösing 2003; Burisch 2005; Scheuch u.a. 2007). Damit ergibt sich ein weiterer Fokus in der Erforschung von Veränderungsprozessen durch die Ermöglichung reflexiven kreativen Handelns in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder integrierten ambulanten Versorgungsnetzen: nämlich die Untersuchung der Bereitschaft und Fähigkeit von Organisationen, ihre jeweils etablierten Regeln und Routinen für Revisionen offen zu halten (vgl. dazu die Institutionelle Reflexivität bei Moldaschl (Moldaschl 2007; Volkholz 2007). Ansätze der reflexiven Arbeitsgestaltung (Wahl 2010; Wahl/ Ullrich/ Grigorieva 2011) und der Institutionellen Reflexivität (Moldaschl 2007) werden aufgegriffen und zu einem Modell reflexiver Handlungskompetenz mit dem Kompetenzgradienten als Ausdruck für die Ausprägung von Balance erweitert. Die Koor-

**Der Kompetenzgradient: Projektion auf die Flächen des vektoruellen Raums**



**A** Institutionelle Reflexivität

**B** Personenbezogene Reflexivität

**C** Berufsbezogene Reflexivität

dinaten des Gradienten werden aus drei Dimensionen bestimmt: Konkretheit des Einzelfalls/ Leitlinien, Regeln und Wertorientierung der Organisation/Erfahrungswissen und Fachlichkeit der behandelnden Person (vgl. die Abbildung).

Der Kompetenzgradient beschreibt ein Strukturmerkmal - er ist ein Ausdruck für den jeweiligen Typus des Ausbalancierens von institutionellen, organisationellen und personellen Voraussetzungen und den konkreten auf den Einzelfall bezogenen Anforderungen. Es kann verschiedene Balancierungstypen geben, die auf unterschiedliche Art und Weise das Innovationspotenzial einer Organisation bestimmen bzw. beeinflussen und auf spezifische Entwicklungsbedarfe hinweisen. Dieses Modell ist Resultat der Forschungsarbeit im Verbundprojekt QUIERO und soll weiter empirisch überprüft werden.

Angewandt auf die Arbeit im medizinischen und Gesundheitsbereich lässt sich das Modell wie folgt spezifizieren:

Die Handlungsmöglichkeiten der arbeitenden Person lassen sich vor dem Hintergrund der Voraussetzungen, die den Handlungsrahmen bilden, beschreiben. Das sind zum einen die Anforderungen, die sich aus der Beschaffenheit, Besonderheit und Zielsetzung der behandelten Person (Konkretheit des Einzelfalls) ergeben. Zum anderen müssen die zur Aufgabenerledigung ausgeführten Handlungen den Leitlinien, den Regeln und Normen, dem Wertekodex des Unternehmens entsprechen. Und zusätzlich tritt die handelnde Person mit ihrem Fachwissen, ihrer eigenen Erfahrung, eigenen beruflichen Standards und ethischen Ansprüchen an die Situation heran. Es geht für die handelnde Person darum, innerhalb dieser drei Dimensionen eine Balance zu finden, um größtmögliche Wirksamkeit im Sinne der Zielsetzung Gesundheit zu erzielen. Die Notwendigkeit, erneut und immer wieder eine Balance zu finden, ist kennzeichnend für die personenbezogenen Dienstleistungen. Für das Erreichen des Ziels Besserung, Gesundung muss der Eigenwilligkeit der behandelten Person, der Besonderheit der nicht-reziproken Beziehung zwischen Behandler und Behandeltem, dem Prozesscharakter des Krankheitsgeschehens Rechnung getragen werden. Letztere drei bestimmen zu gegebener Zeit die Aufgaben im Einzelfall. Diese sind nicht gänzlich planbar oder standardisierbar und werden in dem hier vorgelegten Kontext als Gefühlsarbeit gefasst.

In dem Modell des Kompetenzgradienten stellen die Vektoren jeweils die Rahmenbedingungen für das Handeln der Person dar, die Pfeile stehen für Feldkräfte im Lewin'schen Sinne, die auf die Person wirken und in Spannung zueinander stehen. So ist z.B. in Abbildung A die Möglichkeit des Handelns der Person in Ausrichtung an Leitlinien und Regeln und in Ausrichtung an der Konkretheit des Einzelfalls skizziert. Sie könnte im Extremfall vorgegebene Regeln und Normen strikt einhalten, gleichsam „Dienst nach Vorschrift“ machen und Einzelfallbelange missachten (Pfeil „standardisiert“), sie könnte im anderen Extrem über die Maßen unbefangen, spontan und kreativ (Pfeil „kreativ“) mit der Situation umgehen und bestimmte Einzelfallbelange in den Vordergrund

rücken, so dass übergeordnete Normen und Werte verletzt werden. Beide Kräfte müssen in ein (theoretisch) optimales Verhältnis zueinander gebracht werden. Ähnlich muss die handelnde Person die Balance finden zwischen instrumentellen Verrichtungen an der zu behandelnden Person und Beziehungsarbeit (Pfeil „intersubjektiv“). Extreme Ausprägungen würden wiederum Anforderungen, die von den beiden Rahmenbedingungen ausgehen, verletzen. So könnte z.B. eine nur instrumentelle Haltung der zu behandelnden Person gegenüber auch gegen das im Leitbild des Unternehmens enthaltene Menschenbild verstoßen, die Betonung der Intersubjektivität wiederum könnte mit Prinzipien und Vorschriften rationellen und ökonomisch einträglichen Handelns in Konflikt geraten.

Mit dem Modell wird ein Versuch unternommen, die Art des Zusammenwirkens solcher Kräfte darzustellen, die das für den medizinischen und Gesundheitsbereich geltende Ziel Salutogenese befördern helfen.

### **Arbeit in personenbezogenen Dienstleistungen stimmig machen**

Selbstreflexivität ist eine wichtige Voraussetzung, um sich der zentralen Aufgabe in personenbezogenen Dienstleistungen zu vergewissern: nämlich der Gestaltung der Beziehung zum Gegenüber. Erst durch Distanz ohne Verlust an Empathie wird die gezielte Einflussnahme auf die Gefühle des Anderen ermöglicht und damit professionelle Gefühlsarbeit geleistet, die als eine Basis- oder Schlüsselqualifikation für alle personenbezogenen Dienstleistungen betrachtet werden kann.

Selbstreflexivität heißt dann aber auch, sich selbst als eine wichtige Einflussgröße in einem Geschehen wahrnehmen zu können. Dies genau ist der wesentliche Kern der Methode zur Selbstvergewisserung in der Gruppe und zugleich Grund dafür, dass die Etablierung der Methode zur Selbstvergewisserung in der Gruppe in Einrichtungen personenbezogener Dienstleistungen sehr widersprüchlich verlaufen kann. Denn mit Klärung von persönlichen-arbeitsbezogenen Fragestellungen im Prozess der Selbstvergewisserung wie auch durch epikritische Aufarbeitung von Pflege- und Behandlungsverläufen werden Anforderungen gestellt, die unmittelbar das berufliche Selbstverständnis aller Beteiligten berühren und möglicherweise Widerstände hervorrufen. So kann zum Beispiel eine mangelnde Vereinbarkeit von Arbeitsprozessanforderungen mit Unternehmens-, Organisations- oder Bereichszielen deutlich werden. Vorstellbar wäre etwa, dass Intensität und notwendiger Zeitaufwand im unmittelbaren Arbeitsprozess ökonomischen Unternehmenszielen zuwiderlaufen oder umgekehrt, dass die Arbeit, so wie sie organisiert ist, nicht (mehr) den Forderungen nach achtsamem und menschenwürdigem Umgang, wie sie in den Leitlinien des Unternehmens formuliert sind, entsprechen. Oder es entstehen Unsicherheiten auf Führungsebene, wie die Entwicklung von Selbstreflexivität und die Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz in ihrer Wirkung auf Autonomie und Handlungsspielraum der Mitarbei-

ter/innen einzuschätzen sind und welche Wirkungen davon möglicherweise auf Organisation und Arbeitskultur ausgehen. Andererseits liegt darin zugleich eine enorme Chance für alle Beteiligten. Denn die Entwicklung von Kompetenzen zur besseren Gestaltung der primären Arbeit, die Erweiterung der Handlungsspielräume und die Erhöhung beruflicher Selbständigkeit verbessern natürlich auch die Möglichkeiten kreativer Arbeits- und Organisationsgestaltung im behandelnden Team und erzeugen Veränderungs- und Legitimationsdruck innerhalb des Unternehmens. Fragen erfolgreichen bzw. erfolglosen Arbeitshandelns werden damit in den Kontext organisierten Handelns gestellt und verlieren damit den Charakter individuellen Scheiterns. Dies bedeutet, dass reflexive Handlungskompetenz über die Bedeutung für die Erfüllung der primären Aufgabe hinaus auch für die Gestaltung von Veränderungsprozessen in der Organisation und der Unternehmenskultur wirksam werden kann. ■

### Dipl.- Psych. Wulf-Bodo Wahl

Mit einem breit angelegten Studium in Psychologie und Soziologie an den Universitäten Mainz und Regensburg und einem Abschluss in Hamburg mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Betriebs- und Umweltpsychologie bei Prof. Dr. H. Schmale wurde die Basis für eine berufliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung, der Hochschullehre und der angewandten Forschung gelegt. An die Assistentenzeit bei Prof. Dr. med. Th. Hettinger an der Bergischen Universität Wuppertal im Fachbereich Sicherheitstechnik, Arbeitswissenschaft und Ergonomie, schloss sich eine langjährige Tätigkeit interdisziplinärer Forschung an; zuerst an der Fernuniversität Hagen im Arbeitsbereich Berufs- und Wirtschaftspädagogik von Prof. Dr. W. Georg und später dann am Psychologischen Institut der Universitäten Hamburg. Dort wurde eine Arbeitsgruppe „Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung“ etabliert, in der die Besonderheiten professionellen Handelns zum Ausgangspunkt von Überlegungen zur Gestaltung von Veränderungsprozessen gemacht wurden. Dabei ging es einerseits um eine Systematisierung des Stellenwertes von arbeitspsychologischen Grundlagen und Handlungsmodellen und andererseits um eine differenzierte Betrachtung der Unterschiede von personenbezogenen und anderen Dienstleistungen. Für eine genügende „Bodenhaftung“ sorgten Berateraufträge; forschungsbezogene Methoden zur Gestaltung und Leitung von Prozessen der Qualifizierung und Kompetenzentwicklung wurden in qualifizierende Arbeitskreise zur Personal- und Organisationsentwicklung sowie Ansätze zur Qualitätssicherung umgesetzt.

Im Jahre 1994 erfolgte gemeinsam mit PD Dr. Ursula Brucks (2004) die Gründung des „Freien Instituts für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung – AuG“, in dem vor allem Forschungs- und Entwicklungsaufträge aus den drei Fachministerien Arbeit und Sozialordnung, Forschung und Technologie (BMBF) und Gesundheit bearbeitet wurden, aber auch Aufträge aus dem intermediären Bereich. Die Beteiligungen an den Förderprogrammen „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“, „Humanisierung des Arbeitslebens“ und an einer umfangreichen multizentrischen Studie zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung (BMBF) ermöglichten den Aufbau einer Forschungstradition, in der Strukturforschung und Qualitätentwicklung im Gesundheitswesen mit Fragen beruflicher Bildung und betrieblicher Fortbildung verbunden wurden. Darin aufgehoben waren von Beginn an auch die besonderen Anliegen der Migrationsforschung. Aktuell koordiniert das Freie Institut AuG das Verbundvorhaben „Qualifizierung durch Integration arbeitsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege – QUIERO“, das im BMBF-Förderschwerpunkt „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gefördert und vom DLR-Projekträger „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen“ begleitet wird.

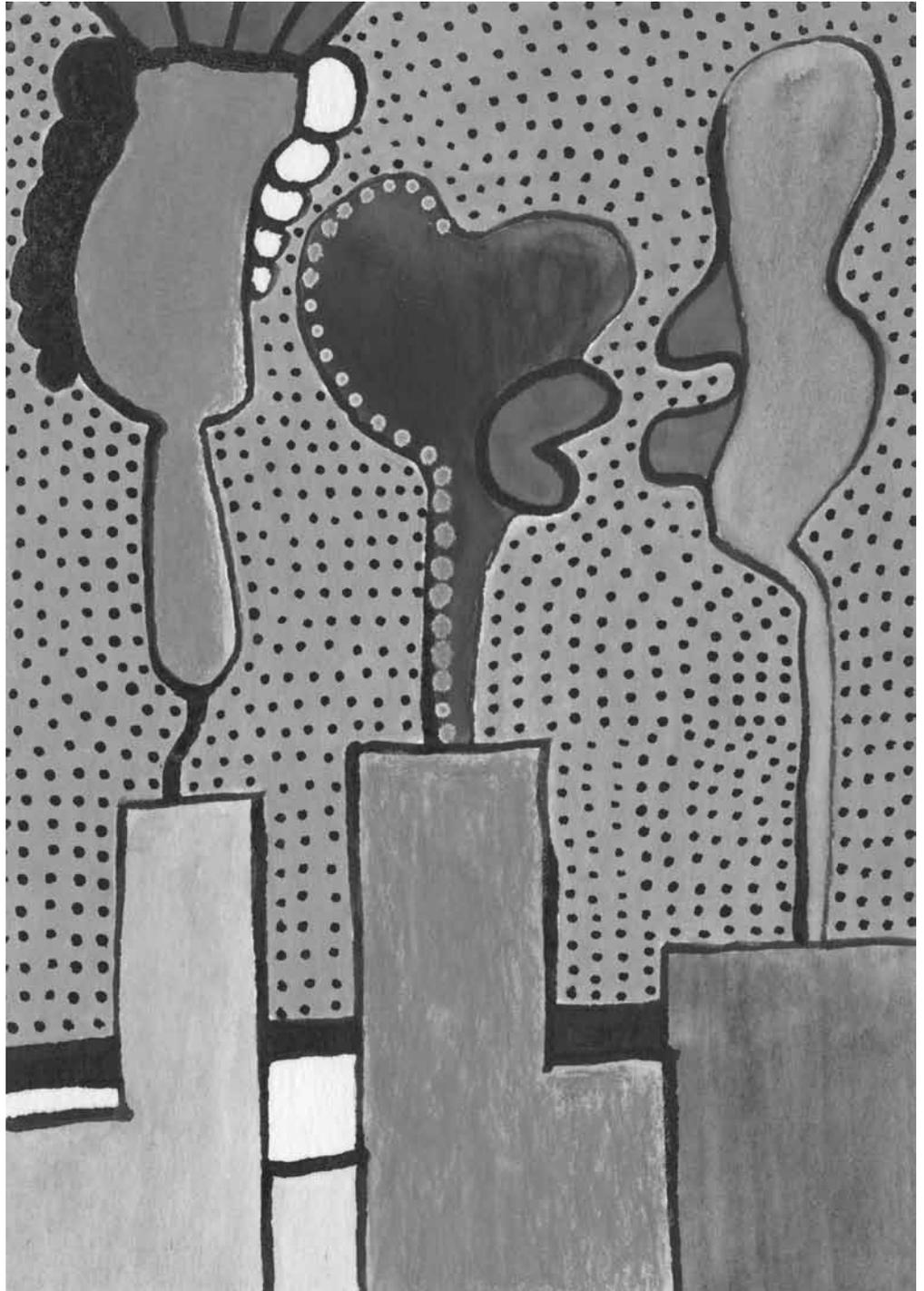
#### Kontakt:

Freies Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung – AuG  
25870 Oldenswort, Moordeich 2,  
Telefon: 04864-796,  
E-Mail: aug.wahl@freenet.de  
www.quiero-online.de/



### Literatur:

- Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996; Vol. 11, No. 1: 11 - 18
- Bahrs O. Matthiesen P.F. (Hrsg.) Gesundheitsfördernde Praxen. Bern: Huber Verlag, 2007
- Bahrs O. Fallverstehen in der hausärztlichen Langzeitversorgung. Familien dynamik 2011a; 36/2: 2-11
- Bahrs O. Bilanzierungsdialog. Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. GGW 2011b; 11/4: 7-15
- Bauer, R. Über Dienste und Dienstleistungen im Sozialwesen. Zur begrifflichen Klärung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) Europäische Integration als Herausforderung. Opladen: Schriftenreihe der Beobachtungsstelle, 2001: 9-22
- Brucks U. Zur Ergonomie der Gefühle. In: Brucks U. Schödlbauer M. Strowick, E. (Hrsg.) Metamorphosen der Arbeit. Reflexionen der Arbeitspsychologie. München: Fink, 1996, 163 - 177
- Brucks Ursula. Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Bern: Huber, 1998a
- Brucks Ursula. Gefühlsarbeit – Begriffsklärung aus arbeitspsychologischer Sicht. Zeitschr. F. Arbeitswissenschaft 1999; 53/3: 182-186
- Brucks Ursula, Wahl W.-B. Schüffel W. Die Bedingungen für Veränderungen erkennen: Salutogenese in der Praxis. In: Schüffel W., Brucks Ursula, Johnen R u.a. (Hrsg.) Handbuch der Salutogenese - Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical: 1998b, 23-36
- Burisch, M. Das Burnout-Syndrom. Heidelberg: Springer Verlag, 2005
- Büssing A, Glaser J. (Hrsg.) Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2003
- Eccles J. C. Wie das Selbst sein Gehirn steuert. Berlin: Springer, 1017
- Gerhardt U. Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parson's. In: Gerhardt U. Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt: Suhrkamp, 1991, 162-202
- Joas, H. Die Kreativität des Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1992
- Lewin K. Frontiers in Group Dynamics: II. Channels of Group Life; Social Planning and Action Research. Human Relations 1947; 1 (2): 143-153
- Moldaschl, M. Innovationsfähigkeit durch nachhaltiges Ressourcenmanagement und institutionelle Reflexivität. In: Ludwig, J. Moldaschl M. Schmauder, M. Schmierl K. (Hrsg.) Arbeit, Innovation und Nachhaltigkeit. München: Rainer Hampp Verlag, 2007
- Rice A.K. The Enterprise and its Environment. London: Tavistock, 1963
- Rizolatti, G. Sinigaglia, C. Empathie und Spiegelneurone: Die biologische Basis des Mitgefühls, Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag, 2008
- Rösing Ina. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Heidelberg: Asanger Verlag, 2003
- Scheuch K., Seibt R. Arbeits- und persönlichkeitsbedingte Beziehungen zu Burnout – eine kritische Betrachtung. In: Richter G. Rau R. Mühlpfordt S. (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit – Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengerich: Pabst, 2007: 42-54
- Schmale H. Psychologie der Arbeit. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995
- Stab Nicole, Hacker W. Gibt es unterschiedlich effiziente Organisationsformen in der stationären Krankenpflege. In: Richter G. Rau R. Mühlpfordt S. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit – Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengerich: Pabst, 2007: 163-177
- Stadelmann Sabine. Supervision und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. „Über die Schwierigkeiten, bewährte Konzepte in neue Anwendungsfelder zu übertragen“. In: Fatzer G (Hrsg.) Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen. Edition Humanistische Psychologie. Wien: Maudrich, 1996: 361-371
- Steiner U. C. „Gefühl ist alles“ - Die Revolution der Gefühle im 18. Jahrhundert. der blaue reiter - Journal für Philosophie 2004; 20: 78-83
- Ulich E. Arbeitspsychologie. Zürich: Stuttgart: Poeschel, 1991
- Volkholz V. Capability for Innovation. In: Ludwig J. Moldaschl M. Schmauder M. Schmierl K. (Hrsg.) Arbeitsforschung und Innovationsfähigkeit in Deutschland. Merzig: Rainer Hampp Verlag. 2007: 41-51
- Wahl W.-B. Partizipative Bewältigung von Veränderungsdruck in Organisationen der Pflege. In: Gatermann I. Fleck M. (Hrsg.) Innovationsfähigkeit sichert Zukunft. Beiträge zum 2. Zukunftsforum Innovationsfähigkeit des BMBF. Berlin: Duncker&Humblot, 2009: 383-393
- Wahl W.-B. Reflexives Handeln im professionsübergreifenden Dialog - Ein methodologischer Zugang zur Bestimmung des Verlaufspotenzials in Behandlungsverläufen. Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 2010; 15. Jg. H.3: 237-254
- Wahl W.-B. Ullrich Karin, Grigorieva Julia Arbeit stimmig machen. Kröning: Asanger Verlag, 2011



Doris Kleinz