

DOI: 10.5771/0342-300X-2022-5-363

Die Macht der Gefühle

Emotionsregimes und Solidaritätshorizonte in der Pflegekrise

Beschäftigte in der Langzeitpflege haben seit Langem ein Statusproblem: Sie leiden unter mangelnder Wertschätzung, kämpfen mit immer neuen Zumutungen und sind hochgradig belastet. Doch Impulse aus der Berufsgruppe zur Verbesserung ihres Status sind bislang eher schwach ausgeprägt, anders als in benachbarten Dienstleistungssektoren. Ursächlich dafür ist nicht zuletzt das Gefühlsleben der Beschäftigten im Kontext widriger Rahmenbedingungen. Am Beispiel der ambulanten Pflege zeigt sich, wie hier Emotionen mit besonderen Solidaritätshaltungen verwoben sind. Das Zusammenspiel beider führt dazu, dass die Berufsgruppe ihren Status kaum aus eigener Kraft verbessern kann, sondern breitere Unterstützung von außen benötigt.

ANDREAS ALBERT, SIGRID BETZELT, INGO BODE, SARINA PARSHICK

1 Einleitung

Die organisierte Pflege (vor allem alter) gebrechlicher Menschen in Deutschland unterliegt mehr denn je schwierigen Rahmenbedingungen. Die öffentliche Debatte zu bestehenden Systemmängeln und die Erfahrungen nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie verweisen auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Versorgungswirklichkeit und bestehenden Erwartungen. Das geflügelte Wort vom „Pflegernotstand“ adressiert dabei gleichermaßen das Erleben von Nutzer*innen wie die Situation der Beschäftigten. Trotz dieser weithin geteilten Diagnose ist Entspannung nicht in Sicht, und auch von den Beschäftigten gehen – anders als in benachbarten Sektoren (z. B. Kindertageseinrichtungen, Krankenhäuser) – keine durchschlagenden Veränderungsimpulse aus. Wir beabsichtigen in diesem Beitrag zu zeigen, dass diese Malaise maßgeblich mit *emotionalen Dynamiken* in diesem Bereich zusammenhängt.¹ Aufgezeigt wird, dass es hier nicht allein um die Umstände und Folgen der arbeitssoziologisch viel-

fach beleuchteten interaktiven Gefühlsarbeit (vgl. u. a. Schmedes 2021) geht. Vielmehr wird der Gefühlshaushalt des Pflegepersonals durch die institutionellen, d. h. wohlfahrtsstaatlich gesetzten, Rahmenbedingungen und die Art und Weise ihrer Umsetzung innerhalb von Einrichtungen in spezifischer Weise vorstrukturiert. Wir argumentieren, dass sich in diesem Kontext *Emotionsregimes* herausbilden, die Einfluss darauf haben, wie in der Praxis mit bestehenden Dilemmata der Altenpflege umgegangen wird. Zugleich soll unsere Analyse verdeutlichen, dass diese Emotionsregimes für jene Orientierungen mitverantwortlich sind, die die subjektive Verbundenheit von Beschäftigten mit anderen betreffen und damit ihre *Solidaritätshorizonte* reflektieren. Beides zusammen befördert nicht nur die Reproduktion des Statusdefizits der Berufsgruppe, sondern macht es auch unwahrscheinlich, dass von dieser selbst stärkere Veränderungsimpulse ausgehen, die Gruppe also aus eigener Kraft ihren Status verbessern kann (z. B. durch kämpferische Interessenvertretung).

Wir entfalten unser Argument anhand der Befunde einer Organisationsfallstudie² aus dem mittlerweile über 400 000 Beschäftigte umfassenden *ambulanten* Pflege-

¹ Insofern untersuchen wir tieferliegende Ursachen einer geringen gewerkschaftlichen Organisierung von Beschäftigten in der Altenpflege, die im Beitrag von Schroeder et al. in diesem Heft breiter thematisiert werden.

² Grundlage ist das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Forschungsprojekt „EmoSol – Emotionsregimes und Solidarität in der Interaktionsarbeit“ (2020–2022), durchgeführt an der Hochschule für Wirtschaft und Recht

sektor mit dem Ziel, die Reproduktion der seit Längerem virulenten Pflegekrise nachvollziehbar zu machen und die Diskussion über Möglichkeiten bzw. Voraussetzungen ihrer Bekämpfung zu bereichern. Es folgen zunächst Ausführungen zu den theoretischen Konzepten, auf die wir uns stützen (Abschnitt 2). Deren Fruchtbarkeit wird dann anhand von Impressionen aus der aktuellen Fallstudie illustriert (3). Abschnitt 4 zieht Schlussfolgerungen aus unserer Studie.

2 Forschungskontext und theoretischer Rahmen

2.1 Emotionsregimes in der Altenpflege

Die Altenpflege ist zunächst im breiteren Kontext von Care-Arbeit zu verorten, die durch strukturelle Gemeinsamkeiten gekennzeichnet ist. Wie in der facettenreichen Debatte um Sorgearbeit vielfach herausgearbeitet wurde (u. a. Gottschall 2018), sind Prozesse der *geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibung* und die Konstituierung entsprechender Tätigkeiten als entweder „privat“ unentgeltlich von Frauen zu erbringender „Liebesdienst“ in der Familie oder als lediglich „semi-professionelle“ Berufsarbeit mit niedrigem Status bis heute wesentliche Ursachen ihrer gesellschaftlichen Geringschätzung. Letztere steht in augenfälligem Kontrast zu den komplexen Arbeitsanforderungen, wie sie (auch) die Altenpflege kennzeichnet. Als Interaktionsarbeit mit vulnerablen Personen hat das Pflegepersonal den Auftrag, den Adressat*innen mit Empathie, Geduld und Flexibilität zu begegnen. Die Bedingungen zur Ausübung dieses Mandats hängen dabei nicht zuletzt mit übergeordneten, traditionell stark geschlechtsspezifisch angelegten Normierungen von Care-Arbeit zusammen (vgl. Nielbock 2017), sind also gesellschaftlich konstituiert und bei Beschäftigten potenziell identitätsstiftend. Unter Gegenwartsbedingungen wird diesen u. a. abverlangt, *Emotionen* zu bearbeiten, konkret: eigene Gefühle situationsangemessen an Verhaltenserwartungen anzupassen, aber auch gezielt zur Befriedigung von Bedürfnissen einzusetzen (klassisch: Hochschild 1983; vgl. Schmedes 2021). Gerade in ambulanten Settings sind die Spielräume dafür strukturell eng begrenzt.

Verfügbare Studien verweisen zum einen auf kleinteilig aufgesplittete Arbeitsabläufe und Beschäftigungsverhältnisse³ sowie strikte Zeitvorgaben, zum anderen auf den unter Beschäftigten verbreiteten Anspruch, in der Lebenswelt der privaten Häuslichkeit der Pflegebedürftigen jedem Einzelfall gerecht zu werden (vgl. Schniering 2021). Dieses – häufig latent bleibende – Element der Berufsidentität befördert situationale, auch ethisch motivierte *Entgrenzung* (also die Erbringung von Extra-Leistungen) – worauf Arbeitgeber wiederum mit Kontrollroutinen reagieren. Die Beschäftigten bewegen sich somit stets in *Dilemmasituationen* (vgl. Albert et al. 2022; Schniering 2021); es gilt, mit Ad-hoc-Erwartungen bzw. -Erfordernissen (vor allem von Nutzer*innen und ihren Angehörigen) spontan umzugehen, aber zugleich den Versorgungsauftrag mit limitierten (Zeit-)Ressourcen so abzuarbeiten, dass alle formalen Vorgaben erfüllt werden. Wie Roth (2007, S. 87) resümiert, korrespondieren dabei permanente Arbeitsbelastungen mit „geringen Entscheidungskompetenzen“ und relativ geringen Gratifikationen. Die Altenpflege ist, wie andere Sektoren feminisierter Care-Arbeit, von einem geringen Status der hier Beschäftigten geprägt, der auch auf deren Berufsidentität abfärbt.

Vor diesem Hintergrund lohnt sich eine Befassung mit emotionalen Aspekten einer solcherart strapazierten Berufsidentität, die über die unmittelbare Gefühlsarbeit in der Interaktion hinausweist. Ein so angelegter emotionssoziologischer Zugang betrachtet den gesamten Kontext, in dem „Individuen ihre Gefühle zum Thema machen“, diese „mit Urteilen, Wertungen oder Überzeugungen“ verbinden, was wiederum die „Bewertung von Situationen“ (Senge 2013, S. 19, 23) und damit das Handeln beeinflusst. In den Blick rückt dabei zunächst der *institutionell* gesetzte Rahmen, der die Settings einhegt; er wird häufig als Korsett von Refinanzierungsregeln, Personalbemessungsnormen und Verrichtungsanweisungen beschrieben, das Pflegenden und ihre Träger dazu nötigt, den Leistungsumfang zu begrenzen und Nutzer*innen mit Mehrbedarf Selbstzahlungen aufzubürden. Diese werden als Kund*innen mit Wahlfreiheit am Pflegemarkt begriffen, auf dem indirekt ein Preis-Leistungs-Druck herrscht. Gleichzeitig befördert die Kundensemantik anklagende, unempathische „Leistungskritik“ vor allem bei Angehörigen. Verlangt wird überdies ein zeitaufwändiger Nachweis von Arbeitsleistungen nach Maßgabe bestimmter Qualitätsstandards im Rahmen von Dokumentations-

Berlin sowie an der Universität Kassel. Untersucht wurden (qualitativ) die Sektoren Altenpflege (ambulant und stationär) und öffentlich geförderte berufliche Weiterbildung. Die referierten Befunde basieren auf der Organisationsfallstudie eines gemeinnützigen ambulanten Pflegedienstes, hier vor allem auf problemzentrierten Interviews mit 13 Personen (Pflegefachkräften, Pflegehelfer*innen, Betreuungskräften, mittlerem Management, Geschäftsführung) und einer Gruppendiskussion mit Beschäftigten

verschiedener Funktionsbereiche (n = 7). Die Auswertung erfolgte teils inhaltsanalytisch, teils hermeneutisch. Zuvor waren Expert*innengespräche mit Akteur*innen der jeweiligen Felder geführt worden (Verbände, Gewerkschaften, Kostenträger), siehe hierzu Albert et al. (2022).

3 Die Mehrheit der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit, z. T. als geringfügig Beschäftigte; die Zerteilung von Arbeitstagen in Teilschichten ist nicht unüblich.

pflichten. Die wachsende Kluft zwischen Nachfrage und Versorgungskapazität wird vorwiegend in diesem Status quo bearbeitet; Sorgearbeit findet im Vergleich zu früher mitunter unter restriktiveren Bedingungen statt, weshalb oft von einem Trend zur Ökonomisierung und *Rationalisierung* gesprochen wird (vgl. Bode 2013). Angesichts der im Feld herrschenden widersprüchlichen Logiken wird sogar eine allgemeine Legitimationskrise der Sorgearbeit konstatiert, da die divergierenden Anforderungen nicht zufriedenstellend erfüllbar sind (Aulenbacher/Dammayr 2014, S.73). Der institutionelle Rahmen beeinflusst auch das Ausagieren von Emotionen und dieses wiederum das Leistungsgeschehen in der Pflege. Das gilt z. B. für den Umgang mit dem durch externe Kontrollen symbolisierten „organisierten Misstrauen“ gegenüber Pflegeeinrichtungen oder den Umgang mit Rationierung und Standardisierung.

Über den institutionellen Kontext hinaus ist in der hier gewählten emotionssoziologischen Perspektive auch die *organisationale Steuerung* bzw. das Management der Pflegesettings relevant. Vieles ist institutionell vorgeprägt, aber es bleiben gewisse Spielräume, die mit Führungspraktiken oder vor Ort genutzten bzw. nutzbaren Ressourcen zusammenhängen. Wie Beschäftigte ihre Berufsidentität ausleben, wird nicht zuletzt durch Gefühle ansprechende bzw. instrumentalisierende Managementstrategien beeinflusst. Die Möglichkeiten dazu sind vielfältig (vgl. Betzelt/Bode 2020): Denkbar sind klassische oder neue Formen der Disziplinierung oder der Rückgriff auf Super- und Intervision. Das Management hat ein „bestimmtes Maß an Kontrolle über das Gefühlsverhalten der Mitarbeitenden“ (Schmedes 2021, S. 67) und kann auf die Ausbildung von Gouvernamentalität ausgerichtet sein (vgl. Bröckling 2017), also die Beschäftigten veranlassen, Resilienz bzw. eine eigene, emotional vermittelte Form der Bewältigung bestehender Zumutungen zu entwickeln und so z. B. Selbstausbeutung auszuhalten. In der Praxis mündet Gefühlsarbeit an der „ganzen Person“ indes häufig in „halben Sachen“; die Beschäftigten müssen stetig improvisieren und erleben nicht selten Zerrissenheit, Erschöpfung und Sinnverlust (vgl. Schniering 2021; Schmedes 2021; Nielbock 2017).

Das Konzept des *Emotionsregimes* erlaubt es, diese komplexen Zusammenhänge als Verschränkung von Struktur- und Handlungsebene genauer auszuleuchten und die ambulante Altenpflege als einen Arbeitskontext zu beschreiben, bei dem institutionelle Regulierungen, die Praktiken des Managements sowie der Umgang der Belegschaften damit ineinandergreifen. Mit diesem Analyserahmen gehen wir der Frage nach, wie Berufsidentität und -status im Bereich der ambulanten Pflege emotional vermittelt werden und inwiefern sich beides darauf auswirkt, mit wem sich Beschäftigte verbunden fühlen und was daraus für ihre kollektive Interessenvertretung folgt.

2.2 Die Rolle von Solidaritätshorizonten

Wie abhängige Erwerbsarbeit reguliert und ausgestaltet ist, beruht immer auch auf bestehenden Solidaritätskonstellationen. Allgemein steht der Begriff Solidarität für gegenseitige Verbundenheit – im persönlichen Nahbereich wie in einem Betrieb, einer Gesellschaft oder global. Im Kontext eines bestimmten Arbeitsfeldes unterfüttert eine solche Verbundenheit Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. den Schulterschluss Letzterer. Solidarität ist aber ebenso eine relevante Ressource im Hinblick auf die wohlfahrtsstaatliche Regulierung und Ausstattung dieses Feldes. Beides hängt auch davon ab, wie stark sich beispielsweise Wähler*innen oder Verbände mit diesem Sektor solidarisieren. Solidarität ist also mehrdimensional und betrifft, betrachtet man die organisierte Altenpflege, die Ebenen Berufspraxis und Klientelbeziehung, Betrieb und Branche sowie Sozialpolitik und Gesellschaft.

Auf allen diesen Ebenen kommen stets auch *Emotionen* ins Spiel, konkret etwa das „Gefühl der Zusammengehörigkeit“ (Fehmel 2020, S.27) oder das Empfinden eines „gemeinsamen Schicksals“ (ebd., S. 26). Das betrifft zunächst praktische Solidarisierung, also das Engagement für andere im sozialen Nahbereich. Darüber hinaus beeinflussen Gefühle die „Organisation der Solidarität“ (Bode 1997), also kollektives Handeln zur Erreichung bestimmter Ziele. Ausgetragen werden dann häufig Verteilungs- und Anerkennungskonflikte mit konkurrierenden Gruppen. Dabei kommen auch moralische Orientierungen zur Geltung, die sich auf eine gefühlte Verbundenheit mit anderen Gruppen beziehen (ebd., S. 60ff.). Solidarisierung schließt dabei nicht selten Dritte aus, beispielsweise Geflüchtete. Wesentlich erscheint, auf wen und was Solidarität bezogen ist, wie weit sie reicht und auch inwieweit der Eindruck besteht, dass andere (z. B. Kolleg*innen) sich „gefühlte“ unsolidarisch verhalten.

Die entsprechenden Haltungen und Wahrnehmungen lassen sich als *Solidaritätshorizonte* fassen. Für das Feld der Pflege sind drei Horizonte zu unterscheiden. *Erstens* gelten im Arbeitskontext bestehende Nahbeziehungen als potenziell solidaritätsstiftend: Die Verbundenheit mit Nutzer*innen entsteht durch Empathie und wird interaktiv erlebt; sie erscheint tendenziell altruistisch (Schniering 2021, S. 67ff.), kennzeichnet unbezahlte wie bezahlte Care-Arbeit und ist Teil einer sozial engagierten Berufsidentität (vgl. Vogel/Pfeuffer 2016). Diese kann indes – gerade in Sozialberufen – auf die Selbstausbeutung von Humankapital bzw. Burnout hinauslaufen und insofern die Berufsidentität schwächen (vgl. Thunmann 2013) oder in Exit-Verhalten (Kündigung) münden.

Potenziell relevant ist Solidarität *zweitens* als Band zwischen Beschäftigten, einerseits als Zusammenhalt (inklusive gegenseitiger Opferbereitschaft) unter Kolleg*innen in einem Betrieb und andererseits vor allem als Zusammenschluss für organisierte Interessenvertretung.

Als exklusive Solidarität kann dieses Band bestimmte Beschäftigtengruppen ausgrenzen, z. B. Leiharbeitskräfte oder geringer qualifiziertes Personal, etwa um damit den eigenen Status aufzuwerten. In der Altenpflege ist die kollektive Organisation – betrieblich wie überbetrieblich – auch aus strukturellen Gründen gering ausgeprägt (vgl. Heinz 2021; Schroeder 2018; Schroeder et al. in diesem Heft). Hier gelten auch die Arbeitgeber aufgrund staatlicher Vorgaben als wenig handlungsfähig, wenn es darum geht, Arbeitsbedingungen zu verbessern; zugleich erwarten sich Beschäftigte von der Politik kaum Unterstützung (vgl. Schroeder 2018, S. 224).

Allerdings ist, *drittens*, eine Solidarität zwischen unterschiedlich positionierten Gruppen in der Gesellschaft denkbar. Sie kann auf moralischen Normen und Vorstellungen einer allgemeinen Verbundenheit beruhen – so wie dies z. B. während der Corona-Pandemie zeitweise spürbar war, als die Altenpflege viel Zuspruch aus der Bevölkerung erfuhr. Hier hat Solidarität dann eine große Reichweite, ist jedoch auf Dauer oft wenig verlässlich. Die Frage ist, wie die verschiedenen Dimensionen der Solidarität in einem Feld wie dem der Altenpflege miteinander verschränkt sind und wie diese Verschränkung durch Emotionsregimes im oben angesprochenen Sinne beeinflusst wird – auch wenn es um die Aufwertung der Berufsgruppe geht.

3 Befunde einer Organisationsfallstudie

Die ambulante Pflege hat, wie dargelegt, ein Statusdefizit – aber wie wird dieses Defizit im Zusammenspiel von Gefühlslagen und Solidaritätshorizonten (re)produziert? Zur Beantwortung dieser Frage rekurrieren wir nachfolgend auf empirisches Material, das einer Fallstudie in einem wohlfahrtsverbandlichen Pflegedienstverbund in einer norddeutschen Großstadt entstammt und von uns im Lichte der oben angesprochenen theoretischen Vorüberlegungen interpretiert wird. Befragt wurden unterschiedliche Beschäftigtenkategorien, nämlich Pflegekräf-

te, Personal für (hauswirtschaftliche) Betreuung⁴ sowie der Führungsbereich (Top-Management und Dienstleitung).⁵ Nachfolgend illustrieren wir Befunde mit Blick auf emotionale Dynamiken und damit einhergehende Solidaritätshorizonte.

3.1 Emotionen: Selbst-Beherrschung im Zwiespalt

Die Ergebnisse der Fallstudie zeigen, dass Gefühlsarbeit in ambulanten Pflegesettings einen mehrdimensionalen Charakter hat und systematisch Zwiespalt evoziert. Zunächst betrifft sie, wie andernorts vielfach dokumentiert, die *Interaktion in der Häuslichkeit der Nutzer*innen*. Diese erscheint in vielerlei Hinsicht kontingent, sie hängt von teilweise volatilen Erwartungshaltungen und Verhaltensweisen der Klientel ab, die in vielen Fällen auch Angehörige umfasst. Hier gibt es „dankbare und solche, die einen herumkommandieren“ (La, 8:10).⁶ Vor allem Letztere provozieren unangenehme Gefühle (siehe unten). Aber auch Erstere sind emotional nicht unproblematisch, zumal dann, wenn der Arbeitseinsatz von den Klient*innen als wöchentliches „Highlight“ (F, 8:28) erlebt wird und dies bei den Betreuenden wegen Zeitknappheit das Gefühl auslöst, den Bedarf an Lebensbegleitung nicht befriedigen zu können. Man wähnt sich mitunter in der Rolle eines Gastes, der ständig signalisiert, bald wieder gehen zu müssen: „Ich muss weiter, tut mir leid. Ich bin in einem engen Korsett“ (T-G, A. 46). Generell scheint das Personal auf der ständigen Suche nach der richtigen Balance zwischen Nähe und Distanz zu sein. Man ist bewegt beim Tod von Betreuten und „freut“ sich, weil man „einfach noch nicht so abgestumpft“ (S-G, A. 63) ist. Gleichzeitig muss Interaktion gezielt abgebrochen werden, der bzw. die Nächste wartet, emotionale Betroffenheit darf nicht aufhalten. Gefragt ist Selbst-Beherrschung trotz Zwiespalt.

Dabei können Nutzer*innen (und ihr Anhang) schwierig sein: Das gilt für solche, die „wirklich nur am Schimpfen“ (W, A. 71) sind, solche, die in (hygienisch) verwahrlosten Wohnungen leben,⁷ sowie solche, die Leistungen erwarten, die (weit) über das hinausgehen, was die Arbeitskräfte gemäß Leistungskatalog leisten sollen: „Man macht den Mülleimer, man macht den Therapeuten, man macht den Friseur“ (Ka-G, A. 132). Nicht selten entsteht der Eindruck, als günstige Alternative zu Putzkräften

4 Hauswirtschaftliche Hilfen sind im untersuchten Pflegedienst Teil eines umfassenderen Auftrags der „Betreuung“. Diese Funktion wird im Sozialrecht gesondert definiert und finanziert.

5 Der Pflegeverbund umfasst mehrere Sozialstationen, die jeweils zwei Leitungskräften unterstehen. An der Spitze des Verbunds steht eine zentrale Geschäftsführung.

6 Das Kürzel verweist auf die Funktion der Interviewpartner*in, die Zahlen auf Textstellen des Transkripts bzw. der Audiodatei. Folgende Kürzel werden verwendet: La:

Hauswirtschaft und Betreuung; K: Pflegehelferin; J: Pflegedienstleitung (PDL); Wa: Betreuung und Hauswirtschaft; T-G: Hauswirtschaft und Betreuung in Gruppendiskussion; W: Pflegehelferin; F: Betreuung und Hauswirtschaft; L: Personal- und Qualitätsmanagement Träger; Kr: PDL; D: Leitung des Trägers; S-G: PDL in Gruppendiskussion; Ka-G: PDL und Pflegerin.

7 So berichtet eine Pflegekraft von einer Kundin, welche in ihrer Wohnung raucht, jedoch nicht lüftet, weil freiliegende Wellensittiche sonst entwischen würden – eigentlich ein „No Go“, aber: „Ich opfer’ mich dann.“ (Wa, A. 358)

betrachtet zu werden. Damit können sich einige Betreuer*innen anfreunden, da sie damit Pflegebedürftigen „viel abnehme[n] und helfe[n]“ (La, 3:40); andere wollen sich darauf nicht reduzieren lassen und betonen ihre Rolle als Lebensbegleiter*in. Insbesondere die Pflegedienstleitung (PDL) plädiert diesbezüglich für mehr Selbstbewusstsein und dafür, sich ganzheitlicher zu definieren, als Arbeitsvorschriften oder manche Nutzer*innen sie es spüren lassen: Man sei nicht nur „Waschlappenschwinger“, sondern habe eine umfassendere Versorgungsfunktion, heißt es (Ka-G, A. 22). Die Infragestellung von Selbstkonzepten beschäftigt das Personal, aber zugleich will es funktionieren – auch im Hinblick auf die allseits geteilte Erwartung, Pflegebedürftige trotz aller Widrigkeiten (wie z. B. mangelnde Ausstattung in der Häuslichkeit, Herausforderungen bei Demenz) so lange wie möglich zu Hause zu versorgen. Dieses Dilemma schafft schwer kontrollierbare Situationen, auf die vielfach solitär und ohne schlüssige Problemlösungen reagiert werden muss. Es provoziert ein Oszillieren zwischen Mitfühlen, Aushalten und Abschalten.

Durch bestimmte *Politiken des Managements* wird die Gemengelage noch komplizierter. Die Geschäftsführung vermittelt allen Beschäftigten mit Nachdruck, nur die vorher vertraglich vereinbarten Leistungskataloge abzuarbeiten und alles andere abzulehnen. Im Trägerverbund (und darüber hinaus) wird diesbezüglich von „Eh-da-Leistungen“ gesprochen, also Gefälligkeiten, die Beschäftigte von sich aus spontan erbringen oder die Nutzer*innen und Angehörige mit dem Hinweis einfordern, sie ließen sich rasch erledigen, da das Personal ja gerade im Haushalt anwesend sei. Solche Leistungen kosten, so erläutern Führungskräfte, Zeit und Geld, was die Wirtschaftlichkeit des Trägers gefährde. Die Marschroute laute: „Je weniger ‚Eh da‘, desto mehr kommt unten raus“ (L, A. 266). Pflegekräfte seien angehalten, solche Gefälligkeiten zu vergüteten Leistungen zu machen: „Alles was getan wird, wird verkauft. Es gibt nichts mehr, was es umsonst gibt“ (L, A. 266). Die Umsetzung dieser Anforderung scheint emotional herausfordernd, zumal wenn sich solche Gefälligkeiten länger eingespielt haben. Beschäftigte müssen Nutzer*innen enttäuschen und Abstriche am Selbstkonzept der bedarfsorientierten Versorgung machen; sie sollen Zuzahlungen einfordern, sehen aber zugleich, dass viele arm sind oder von Angehörigen knapp gehalten werden. Für Pflegedienstleitungen besteht ein ähnlicher Zwiespalt, wenn sie – z. B. wegen Personalmangels – Anfragen ablehnen oder Versorgungsverträge auflösen müssen, so wie es die Geschäftsführung verlangt. Aus ihrer Sicht müssen „Leitungskräfte auch lernen [...] Kunden zu kündigen und nicht alle nur weiter zu bedienen“ (D, A. 150), was aber vielen Probleme bereite.

Gewiss stehen dahinter dilemmaträchtige *institutionelle* Vorgaben – Management und Personal reagieren auf gesellschaftliche Erwartungen (in diesem Fall: ambulant vor stationär), bestehende Finanzierungsbedingungen (Teil-

kasko-Modell) und typische Interventionsmodelle (Fragmentierung von Hilfeleistungen, eher rudimentäre, gering qualifizierte Angebote zur Lebensbegleitung). Beim untersuchten Träger kommen noch spezifische organisationale Faktoren hinzu. Das Management verlangt Kund*innenfreundlichkeit und Vertragsstrenge gleichermaßen, als Königsweg beim Umgang mit daraus resultierenden Dilemmata gilt interne „Resilienzberatung“. Es kontrolliert die Bilanzen der einzelnen Sozialstationen akribisch und konfrontiert diese permanent mit Geschäftszahlen; zugleich überlässt es den dortigen Leitungskräften die Quadratur des Kreises in einem Arbeitsgeschehen, bei dem sich die Dynamiken des (Betreuungs- bzw. Pflege-) Falls oder der Interaktion nur begrenzt kontrollieren lassen. So bleibt es trotz aller (freilich nur sporadisch verfügbaren) Unterstützung nicht aus, dass viele Beschäftigte sich in einem Kontext notorischen Zwiespalts bewegen und mit ihren gemischten Gefühlen oftmals allein gelassen werden.

3.2 Solidarität: Engagement ohne Rückhalt

In unserer Fallstudie steht die Beobachtung einer geringen Empathie „von oben“ auf den ersten Blick im Kontrast zu Aussagen des Managements zur Frage nach dem internen Zusammenhalt. Der Träger will eine „Kultur des Miteinanders [...] gestalten“ (L, A. 119). Er setzt auf regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionsangebote, auch mobilisiert er die eigene Belegschaft bei der Anwerbung neuer Arbeitskräfte. Im Alltag gelten Dienstleitungen als diejenigen, die „den Laden zusammenhalten“ (La, 38:10). Dabei beschreibt sich die mittlere Leitungsebene (der PDL) als Unterstützerin, die hilft, wenn Probleme bei der Zeiterfassungs- und Arbeitsauftrag-App auftauchen, Konflikte in der Häuslichkeit gelöst werden müssen oder private Lebensumstände (z. B. Betreuungspflichten) mit Dienstpflichten abzustimmen sind:⁸ „Kriegen wir alles hin. Gibts für alles ‚ne Möglichkeit“ – auch wenn es „viel Arbeit“ ist (J, A. 119).

Die Verbundenheit *zwischen den Beschäftigten* scheint in der Alltagspraxis allerdings eher oberflächlich. Die Kommunikation konzentriert sich darauf, praktische Fragen (Welche Bedarfe gibt es in den Haushalten? Wo steht das Auto? Gibt es noch genug Brot? etc.) und Schichtpläne zu klären, auch bei Krankmeldungen. Ansonsten gibt es wenig Austausch: „Wir gehen im Außendienst alle alleine los“ (T-G, A. 231), man kenne „weit über die Hälfte [des Personals] *überhaupt nicht*“ (T-G, A. 195). Treffen sich Pflege- und Betreuungskräfte in der Häuslichkeit, sei die Zeit für einen Austausch knapp, auch weil Beschäftigte implizit davon ausgehen, dass die Nutzer*innen Zuwendung einfordern: „Hallo, du bist ja für mich heut da. Und

8 Hier geht es darum, die Probleme von Müttern „zeitmanagementtechnisch zu verstehen“ (K, 32:20).

nicht für deine Kollegin“ (Wa, A. 107). Berichtet wird zudem von häufigem Personalwechsel sowie von einem durchaus spannungsgeladenen internen Statusgefälle.⁹

Stärker akzentuiert erscheint die Verbundenheit mit Nutzer*innen. Sie wird zwar in Einzelfällen abgewogen mit der Rücksicht auf Kolleg*innen,¹⁰ aber das dezidierte Engagement für die eigene Klientel ist augenfällig. Einerseits gilt die Order des Managements, den Wünschen der Kund*innen einen möglichst hohen Stellenwert einzuräumen (siehe oben). Andererseits erscheint es den Beschäftigten selbstverständlich, ein Höchstmaß an (auch zeitlicher) Flexibilität aufzubringen, damit Nutzer*innen adäquat versorgt sind und eigene Ansprüche an gute Arbeit eingelöst werden. Manche unterhalten zu den Nutzer*innen auch freundschaftliche Kontakte; so werden ehemalige Betreute – auch unter erschwerten Corona-Bedingungen – im Heim oder im Krankenhaus besucht. Allerdings gibt es für dieses Engagement bei der Geschäftsführung wenig Rückhalt, zumindest will sie verhindern, dass eine so gelebte Verbundenheit die Praxis der „Ehda-Leistungen“ befeuert und den wirtschaftlichen Ertrag mindert. Dies wiederum löst bei Beschäftigten Bedenken aus: „Wenn ich mir vorstelle, die [nicht gut Betuchten] bekommen 'ne extra Rechnung für 'ne Leistung, die ich gerne gemacht habe. [...] Nee, das möchte ich nicht“ (W, A. 99). Für das mittlere Management erscheint die Bearbeitung dieser Haltung als ein ständiger Kampf, bei Kleinigkeiten muss ein Auge zugedrückt werden. Auch hier scheint die Bereitschaft hoch zu sein, für Interessen von Nutzer*innen einzutreten. Man akzeptiere auch weniger rentable Kund*innen und lege sich mit den Pflegekassen an, wenn es um die Abrechnung von Leistungen oder um spontane Unterstützungsleistungen gehe.¹¹

Die Geschäftsführung betont ihre „Fürsorgepflicht“ (L, A. 213) gegenüber Beschäftigten und leitet daraus die erwähnte Devise der vollen Refinanzierung sämtlicher Leistungen ohne Mehrarbeit ab. Wenn es für Pflegebedürftige im System keine Gelder gibt, „dann haben sie Pech gehabt“ (D, A. 272). Man könne sich in puncto Vergütung auch nicht ständig mit Pflegekassen auseinandersetzen: „Wir gucken da wie ein Unternehmen, wo hab' ich am besten Marge?“ (D, A. 235). Als problematisch gelten „schwarze Schafe“ in der eigenen Belegschaft, die ihre Touren (d. h. in den Haushalten verbrachte Arbeitsstunden) „falsch ab-

rechnen“ (J, A. 43). Solchen Praktiken sagt man den Kampf an. Betont wird überdies die Rivalität mit Konkurrenten, mit denen man sich um knappe Ressourcen (wie Fachkräfte) „kloppt“ (J, A. 127) und ansonsten wenig kommuniziert. Das Engagement für Nutzer*innen bewegt sich hier also im Kontext strikter Marktorientierung.

Mit Blick auf andere Solidaritätshorizonte herrscht allgemein Skepsis, wie unsere Gruppendiskussion vor Augen führt.¹² Selbst in der Corona-Krise, als die „Hand offen“ wie nie gewesen sei, habe man wenig Rückendeckung verspürt. Anderen habe die Politik mehr gegeben – auch Geflüchteten. Hier habe es die Pflege „nicht geschafft sich zu organisieren“ (S-G, A. 212). Intern gebe es wenig kollektives Engagement für politische Anliegen des Sektors – was, so schätzt es ein Teilnehmer ein, immer auch mit der Einschätzung von Wirkmächtigkeit und dem geringen Zusammenhalt in der Branche zusammenhänge. Zudem begriffen sich nicht wenige Beschäftigte vor allem als Mütter, die nebenher arbeiten und dabei einen schwierigen Alltag bewältigen müssen. Andere definierten sich als Fachkraft, welche primär darum bemüht sei, in einem anspruchsvollen Job Bedürftige optimal zu unterstützen. Entsprechend diesen individuellen Orientierungen gibt es auch keinen Betriebsrat, was die Geschäftsführung begrüßt und in der Belegschaft offenbar mit Achselzucken hingenommen wird. Kurzum: Die Solidaritätshorizonte scheinen hier auf die Mikrowelt des Settings fixiert, vor allem mit Blick auf Nutzer*innen und ihre Lebenssituation. Das Management scheint damit beschäftigt, dieses Engagement in Schach zu halten und wirkt im Hinblick auf branchen- oder sozialpolitische Handlungsoptionen zur Änderung von Rahmenbedingungen zurückhaltend. Der interne Schulterschluss bleibt schwach, von außen nimmt man wenig Unterstützung wahr. Das Engagement hat insofern wenig Rückhalt.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Eine Fallstudie wie die hier vorgestellte kann die aktuellen Verhältnisse in der ambulanten Pflege nicht in der Breite

9 So ärgert sich eine Pflegehelferin über ihre examinierten Kolleg*innen: „Das [Tablettengeben] dürfen nur Examinierete. Aber dann kommen wir zu Patient XY und die Tabletten sind völlig verkehrt von der Examinierten gestellt. Dann dürfen wir das erst mal wieder gradebiegen“ (W, A. 299).

10 Eine Befragte berichtet, sie habe den Wunsch einer Pflegebedürftigen ausgeschlagen, nach einer Urlaubsvertretung bei ihr zu bleiben, denn dies wäre dann für ihre Kollegin „ganz traurig“ (F, 35:00).

11 Während der Corona-Pandemie wurden Nutzer*innen beim Einkauf begleitet, trotz anderslautender Hygienebestimmungen – es habe einfach „wirklich keinen“ (Kr, A. 974) privaten Helfer gegeben, man habe handeln müssen.

12 In der Diskussion schwanken die Teilnehmenden zwischen Resignation und „Revolutionswunsch“ sowie zwischen individuellen und kollektiven Strategien zur Verbesserung ihrer Lage – am Ende dominieren indes Tat- und Ratlosigkeit.

ausleuchten. Aber sie vermag es, latente Zusammenhänge zu plausibilisieren und das Augenmerk auf Mechanismen zu lenken, die bislang wenig beachtet wurden, mit Blick auf Problemlösungen jedoch kritisch sein können. Bezogen auf unser Thema legt die Studie zunächst nahe, dass das konstatierte Statusdefizit der Pflege auch durch die „Macht der Gefühle“ vermittelt ist: Die *institutionelle* (sozialpolitische) Regulierung des Feldes verengt Spielräume für Gefühlsarbeit im klassischen Sinne, und das Erleben alltäglicher Dilemmata führt für alle Beteiligten in einen Dauerzustand der (mehrdimensionalen) Zerrissenheit. *Organisationale* Steuerung zwingt Beschäftigte zur Selbst-Beherrschung im Sinne von Gouvernamentalität. In einem Kontext begrenzter Kontrollierbarkeit schafft sie zugleich permanent emotionale Unsicherheit, müssen doch in der *Praxis* stets konfligierende Erwartungen ohne Aussicht auf die Auflösung bestehender Dilemmata provisorisch ausbalanciert werden.

Viel spricht dafür, dass diese Mechanismen miteinander verschränkenden *Emotionsregimes* das Statusdefizit der Berufsgruppe untermauern. Das Pflegepersonal als Berufsgruppe kann sich von der extern und organisational auferlegten notorischen Zeitknappheit nicht befreien; die Beschäftigten kämpfen sich zerrissen und vielfach vereinzelt durch den Alltag. Leitungskräfte erleben eine eigene Art von Zerrissenheit, müssen sie doch die Neigungen des Personals zum spontanen Ausbrechen aus tayloristischen Arbeitsabläufen unterbinden, ohne dabei den Bogen zu überspannen. Hier besteht die Gefahr, das Arbeitsklima mit impliziten Drohungen gegen „schwarze Schafe“ und allzu empathische Beschäftigte zu vergiften und so jene Resilienz, die man eigentlich fördern will, zu schwächen. *Emotionsregimes* der beschriebenen Art haben für alle Beteiligten die paradoxe Konsequenz, die Dauerimprovisation zu stützen, aber an die Substanz zu gehen.

Der niedrige Status der Berufsgruppe reproduziert sich nicht zuletzt deshalb, weil diese Gemengelage mit Solidaritätshorizonten verbunden ist, die die Dauerimprovisation im (historisch und gender-spezifisch) eingespielten „Aufopferungsmodus“ unterfüttern, während Schulter-schlüsse innerhalb der Belegschaften oder zwischen ihnen ausbleiben. Schon die institutionellen Bedingungen (z. B. das System modularisierter Minutenpflege oder auch das allgemeine Konkurrenzdenken) scheinen dem entgegenzustehen. Kollektive Strategien liegen außerhalb des Horizonts, auch da der Arbeitgeber nicht als primär verantwortlich gesehen wird. Angesichts dessen scheint insgesamt eher ein fatalistisches Selbstverständnis zu dominieren, wonach jedes Eingreifen ohnehin zum Scheitern verurteilt ist (vgl. auch Nowak 2017, S. 196). Zudem setzen Managementstrategien der Solidarisierung mit Nutzer*innen enge Grenzen – was ebenfalls für emotionale Anspannung auch jenseits der klassischen Anforderungen an Gefühlsarbeit sorgt.

Die subjektive Wahrnehmung einer geringen Mobilisierungsfähigkeit in der Berufsgruppe korrespondiert mit

Wahrnehmungen, dass die (moralische) Solidarisierung der *Gesellschaft* mit der Pflege blutleer bleibt. Hier zeigen sich markante Unterschiede zu anderen Feldern wie z. B. der öffentlichen Kindererziehung. Die Beschäftigten in der Pflege nehmen sehr wohl wahr, dass die Gesellschaft sich schwertut, den Unterstützungsaufwand für aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene gebrechliche Menschen als Kollektiv so zu tragen, dass menschenwürdige Pflege in Verbindung mit „anständigen“ Arbeitsbedingungen flächendeckend möglich wird – während beispielsweise gute Kindertageseinrichtungen als soziales Investment in die Zukunft und als Garant einer breiten Erwerbsintegration von Erwachsenen verbucht werden. Wie Studien zeigen, kann diese Aufwertung maßgeblich zu einem steigenden Selbstbewusstsein von Sozialberufen beitragen, auch im Zuge einer Solidarisierung der Eltern z. B. bei Streiks (vgl. Rakowitz/Schoppengerd 2017; Heinz 2021).

So können am Ende für den Bereich der Langzeitpflege wohl nur Sozialpolitik und Zivilgesellschaft einen Unterschied machen: Wie deutlich wurde, erscheint es eher unwahrscheinlich, dass Beschäftigte angesichts des als schwach erfahrenen gesellschaftlichen Rückhalts und ihrer Zerrissenheit im Kontext von *Emotionsregimes* selbst initiativ werden. Schubkraft für eine Aufwertung könnte eine umfassendere, „transformative“ Solidarisierung (Lessenich et al. 2020, S. 324) mit den Pflegebeschäftigten entfalten, die sich in neue, ambitioniertere institutionelle Reglements übersetzt. Das scheint mit Blick auf internationale Erfahrungen¹³ und jüngere Reformansätze nicht unmöglich. Allerdings setzt dies neben einer substanziellen Ressourcenausweitung auch ein Steuerungssystem jenseits von Marktwettbewerb, taylorisierter Arbeitsorganisation und „künstlich“ standardisierter Leistungsbewertung voraus. Ein solches System würde vermutlich die Berufsidealität der Pflegenden stärken und ein selbstbewussteres Auftreten der Berufsgruppe befördern, wodurch sie auch für junge Menschen attraktiver würde. Das Fernziel kann erreicht werden, wenn es – über bestehende Differenzen hinweg – von breiten Bündnissen gesellschaftlicher Kräfte getragen wird, also z. B. von Gewerkschaften, (Berufs-)Fachverbänden (inkl. Pflegekammern), Betroffeneninitiativen und sozialen Bewegungen. Gefühle hätten dann vielleicht eine ganz andere Macht: Die Erfahrung von Zusammenhalt, Anerkennung und Berufsstolz würde der Langzeitpflege jene Kraft verleihen, die im 21. Jahrhundert beim Aufbau eines nachhaltigen Unterstützungssystems für alte Menschen gebraucht wird. ■

13 Im Vergleich hochentwickelter Länder ist die Altenpflege in Deutschland insgesamt unterfinanziert (vgl. Deutscher Bundestag 2020; Heintze 2013).

LITERATUR

- Albert, A. / Betzelt, S. / Parschick, S.** (2022): Soziale Dienstleistungen unter Druck: Ökonomisierungsgetriebene Handlungsdilemmata und ihre emotionalen Implikationen, in: Betzelt, S. / Fehmel, T. (Hrsg.): Deformation oder Transformation? Analysen zum wohlfahrtsstaatlichen Wandel im 21. Jahrhundert, Wiesbaden, S. 225–250
- Aulenbacher, B. / Dammayr, M.** (2014): Krisen des Sorgens. Zur herrschaftsförmigen und widerständigen Rationalisierung und Neuverteilung von Sorgearbeit, in: Dies. (Hrsg.): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft, Weinheim/Basel, S. 65–76
- Betzelt, S. / Bode, I.** (2020): Entfremdung vom Sozialstaat? Angsterfahrungen in Arbeitskontexten der Daseinsvorsorge, in: Martin, S. / Linpinsel, T. (Hrsg.): Angst in Kultur und Politik der Gegenwart. Beiträge zu einer Gesellschaftswissenschaft der Angst, Wiesbaden, S. 141–158
- Bode, I.** (1997): Die Organisation der Solidarität. Normative Interessenorganisationen der französischen Linken als Auslaufmodell mit Zukunft, Opladen
- Bode, I.** (2013): Ökonomisierung in der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 48, Hamburg, S. 9–27
- Bröckling, U.** (2017): Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste, Frankfurt a. M.
- Deutscher Bundestag** (2020): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, betreffend „Pflegeausgaben in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern“, Drucksache 19/17074, 07.02.2020, Berlin
- Fehmel, T.** (2020): Konflikt und Solidarität als Verhältnis dynamischer Vergesellschaftung, in: Berliner Journal für Soziologie 30 (1), S. 23–48
- Gottschall, K.** (2018): Arbeit, Beschäftigung und Arbeitsmarkt aus der Genderperspektive, in: Böhle, F. / Voß, G. G. / Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, 2. Aufl., Bd. 2., Wiesbaden, S. 361–395
- Heinz, A.** (2021): Kollektives Handeln in sozialen Berufen. Zur Perspektive der Beschäftigten, Münster
- Heintze, C.** (2013): On the Highroad – The Scandinavian Path to a Care System for Today. A Comparison between Five Nordic Countries and Germany. Friedrich-Ebert-Stiftung: WISO-Diskurs, November 2013, Bonn
- Hochschild, A. R.** (1983): The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling, Berkeley
- Lessenich, S. / Reder, M. / Süß, D.** (2020): Zwischen sozialem Zusammenhalt und politischer Praxis: Die vielen Gesichter der Solidarität, in: WSI-Mitteilungen 73 (5), S. 319–326, https://www.wsi.de/data/wsimit_2020_05_lesenich.pdf
- Nielbock, S.** (2017): Die Arbeitssituation in der Altenpflege – stark durch Genderaspekte geprägt, in: Braun, A. / Kutzner, E. / Pieck, N. / Schröder, C. (Hrsg.): Gender in Arbeit und Gesundheit. Standortbestimmung & Perspektiven, Augsburg/München, S. 86–105
- Nowak, I.** (2017): Perspektiven von Arbeitskonflikten in der Altenpflege, in: Artus, I. / Birke, P. / Kerber-Clasen, S. / Menz, W. (Hrsg.): Sorge-Kämpfe: Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen, Hamburg, S. 182–199
- Rakowitz, N. / Schoppengerd, S.** (2017): Ist Würde tarifierbar? Gewerkschaftliche Ansätze zur „Aufwertung“ von Care-Arbeit in Kitas und Krankenhäusern, in: Widersprüche 37 (145), S. 59–69
- Roth, G.** (2007): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes, in: Berliner Journal für Soziologie 17 (1), S. 77–96
- Schmedes, C.** (2021): Emotionsarbeit in der Pflege. Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegenden in der stationären Altenpflege, Wiesbaden
- Schniering, S.** (2021): Sorge und Sorgekonflikte in der ambulanten Pflege. Eine empirisch begründete Theorie der Zerrissenheit, Baden-Baden
- Schroeder, W.** (2018): Interessenvertretung in der Altenpflege, Wiesbaden
- Senge, K.** (2013): Die Wiederentdeckung der Gefühle. Zur Einleitung, in: Dies. / Schützeichel, R. (Hrsg.): Hauptwerke der Emotionssoziologie, Wiesbaden, S. 11–32
- Thunmann, E.** (2013): Burnout als sozialpathologisches Phänomen, in: Neckel, S. / Wagner, G. (Hrsg.): Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft, Berlin, S. 58–85
- Vogel, B. / Pfeuffer, A.** (2016): Amtsethos oder Job? Zum Arbeitsbewusstsein im öffentlichen Dienst, in: WSI-Mitteilungen 69 (7), S. 513–520, https://www.wsi.de/data/wsimit_2016_07_vogel.pdf

AUTOR*INNEN

ANDREAS ALBERT, M. A., Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt EmoSol an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Forschungsschwerpunkte: Kultur-, Organisations- und Emotionssoziologie.

@ andreasalbert8@gmx.de

SIGRID BETZELT, Dr. phil., Soziologin, Professorin für Gesellschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationssoziologie an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Forschungsschwerpunkte: Soziologie des Wohlfahrtsstaats, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Genderregime, soziale Dienstleistungen.

@ sigrid.betzelt@hwr-berlin.de

INGO BODE, Dr. rer. pol., Sozialwissenschaftler, Professor für Sozialpolitik mit Schwerpunkt organisationale und gesellschaftliche Grundlagen am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel. Forschungsschwerpunkte: Organisationssoziologie für das Gesundheits- und Sozialwesen; politische Soziologie von Wohlfahrtsstaaten, auch im internationalen Vergleich.

@ ibode@uni-kassel.de

SARINA PARSCHICK, M. A., Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt EmoSol und am Fachgebiet Sozialpolitik, organisationale und gesellschaftliche Grundlagen an der Universität Kassel. Forschungsschwerpunkte: Emotionen (insbesondere Angst und Scham) in der Arbeit(sorganisation), soziale Ungleichheit, qualitative Methoden.

@ parschick@uni-kassel.de