

Danksagung	13
Einleitung	15
Methodologie der Studie	27
1 Soziale Praxis als Forschungsgegenstand	28
2 Methodologische Reflexion der Datenerhebung	32
2.1 Phänomenologische Grundannahmen.....	33
2.2 Gesamtübersicht der erhobenen Daten	38
2.2.1 Sample der Interviewpartnerinnen und -partner	38
2.2.2 Teilnehmende Beobachtungen.....	41
2.3 Ethnographischer Forschungsprozess.....	42
2.3.1 Zweifache Verortungen: Teilnahme und Beobachtung	44
2.3.2 Strategien der Erzeugung von „Distanzierung“ und „Einlassung“	45
3 Interaktionsbeschreibungen	49
3.1 Beschreibungen in den teilnehmenden Beobachtungen.....	49
3.1.1 Selektivität: gewinnbringende Verluste	51
3.1.2 Perspektivität: Subjekte im Feld.....	53
3.2 Interaktionsbeschreibungen in den Interviews.....	58
3.2.1 Interaktionswissen als Gegenstand der Analyse	59
3.2.2 Aufbau des Interviewleitfadens	61
3.2.3 Aufforderung zum Perspektivwechsel: „Wenn Sie sich jetzt mal vorstellen, Sie selbst wären ein Pfleger ...“	62
3.2.4 Fragen nach konkreten Situationsbeschreibungen.....	63
3.2.5 Fragen nach dem Wissen um den Zusammenhang von Geschlecht und professionellem Handeln.....	65
4 (Re-)Konstruktion von Profession und Geschlecht	68
4.1 Interpretationsarbeit: suchen, auffinden, verdichten.....	68
4.2 (Re-)Konstruktion von Konstruktionen	70
4.2.1 Einübungen im „zweifachen Blick“	73
4.2.2 Praxis der Forschungswerkstatt	74
4.2.3 Arbeit mit dem Datenanalyseprogramm Max QDA	74
4.3 Kontextualisierung von Profession und Geschlecht	76
4.4 Grenzen von Profession und Geschlecht	81

Teil I Zuständigkeitsgrenzen	85
Theoretischer Rahmen: Zuständigkeit	85
1 Jurisdiktion	88
2 Negotiated Order	93
3 Boundary-Work	96
4 Doctor-Nurse-Game	99
Empirische Studie: Zuständigkeitsgrenzen	101
5 Gute Zusammenarbeit: Die kleinen Gefälligkeiten	102
5.1 Wechselseitigkeit von Gefälligkeiten	103
5.2 Medizinperspektive: „Sich-was-Trauen“	110
5.3 Pflegeperspektive: „Sich-nicht zu-schade-Sein“	113
5.4 Hierarchie und Geschlecht des Gefallens	118
6 Wie entstehen „ärztliche Entscheidungen“?	120
6.1 Pflegeperspektive: Vorschläge machen	121
6.1.1 „Die haben zwar alles Mögliche studiert, aber stehen doch manchmal hilflos da.“	122
6.1.2 „Die Ärzte werden dann langsam routinierter und dann geht es andersherum.“	124
6.1.3 „Das und das fehlt aber hier. Warum nicht?“	126
6.2 Medizinperspektive: Unterstützungen erhalten	128
6.2.1 „Einen unerfahrenen Arzt haben, dem man auch mal was helfen kann.“	129
6.2.2 „Ärzte auflaufen lassen. Das können sie ja durchaus machen.“	131
6.2.3 „Es ist ganz einfach so, dass der Ton die Musik macht.“	133
6.3 Entscheidungen als „Doctor-Nurse-Game“?	136
7 Dokumentation im Krankenhaus	139
7.1 „Spielregeln“	140
7.1.1 „Reiter ziehen“	141
7.1.2 „Zur richtigen Zeit anordnen“	143
7.1.3 „Einen Strich ziehen“	146
7.2 Schriftliche Professions- und Geschlechterhierarchie	148

8	Mit den Patientinnen und Patienten sprechen	152
8.1	Stellvertretendes Sprechen und Zuhören	153
8.1.1	„Eine gute Schwester wird hinterher noch einmal hingehen.“	154
8.1.2	„Die [Patienten] trauen sich dann gar nicht mehr, viele Fragen zu stellen.“	156
8.2	Die „volle Wahrheit“ über die Patienten	158
8.2.1	Patienten, „die mir möglicherweise als Arzt nicht die volle Wahrheit sagen“	159
8.2.2	„Das geben wir dann als Sprachrohr ja an die Ärzte weiter.“	163
8.2.3	„Dass man oftmals den Arzt erst drauf aufmerksam machen muss, dass der Patient Schmerzen hat.“	164
8.3	Konstruktionen von Nähe und Distanz	166
8.4	„In-between“ der Pflege als Professionalisierungschance?	170
	Zwischenstand I	174
	Teil II Raum- und Körpergrenzen	177
	Theoretischer Rahmen: Raum, Körper, Geschlecht	177
1	Raum als Konstruktion – Konstruktionen von Raum	179
1.1	Zeit-Räume: Zeitliche Begrenzungen von Raum	182
1.2	Machträume – physisch objektiviert soziale Räume	183
1.3	Zwischenstand 1: Raumkonstruktionen	185
2	Geschlechterraume	186
2.1	Interaktionsraum als Geschlechterraum	187
2.2	Episodische Räume und institutionelle Arrangements	192
2.3	Zwischenstand 2: Geschlecht und Raum	194
3	Konstruktionen von Körper und Geschlecht	196
3.1	Verkörperung durch Erwartungs-Erwartungen	198
3.2	Symbolisierung von Reinheit und Gefährdung	200
3.3	Zwischenstand 3: Geschlecht-Körper-Raum	203

Empirische Studie: Raum- und Körpergrenzen	205
4 Ethnographische Erkundung: „Krankenhausstation“	207
4.1 Ortsgeschichten: Arbeitsalltag auf den Stationen	207
4.2 Soziale Bereiche einer Krankenhausstation	209
4.2.1 Vorderer Bereich	211
4.2.2 Mittlerer Bereich	213
4.2.3 Hinterer Bereich	214
4.2.4 Öffentliche Bereiche und Funktionsbereiche	215
4.3 Ortswechsel: Übergabe in der Pflege	216
5 (Un-)Geteilte professionelle Räume	220
5.1 Das „Schwesternzimmer“	221
5.1.1 Der unverschlossene professionelle Raum: „Wir sind immer präsent für jedermann.“	222
5.1.2 Das Ersterben des professionellen Raums: „Die Ärzte kommen rein und sagen was und es ist Totenstille“	224
5.1.3 Verteidigung des professionellen Raums: „Das schaffen die beiden schon.“	227
5.1.4 Professions- und Geschlechtergrenze des unbegrenzten Pflegeraums	229
5.2 Das „Arztzimmer“	232
5.2.1 Der überflüssige professionelle Raum: „Man hätte dieses Zimmer auch abschaffen können.“	232
5.2.2 Der uneinsehbare professionelle Raum: „Da hockt sie auf den Kurven.“	236
5.2.3 Der die Arbeit verzögernde professionelle Raum: „Wann können wir?“ „Ja, gleich Schwester.“	241
5.2.4 Der abgeschlossene professionelle Besprechungsraum: „Ich wollte eigentlich nicht stören.“	244
5.2.5 Professions- und Geschlechtergrenzen des abgetrennten Medizinraums	248
5.3 Hierarchische Raumgrenzen	250

6	Aufräumarbeiten: (Un-)Geordnete Räume	252
6.1	Wer räumt auf?.....	253
6.1.1	„Wo sind meine Unterlagen?“ „Die habe ich da hingelegt, wo sie hingehören.“.....	254
6.1.2	„Eine Viertelstunde brauchen die Ärzte, um alles zu verwüsten.“.....	255
6.2	Erziehungsarbeit der Stationsleiterinnen.....	259
6.2.1	Vorführung von Fehlern: „Nun überlegen Sie mal, was Sie hier vergessen haben.“.....	260
6.2.2	Klärung der Situation: „Das machen Sie mir nie wieder!“.....	263
6.3	Unordentliche Männer – ordentliche Frauen.....	266
7	Gemeinsame Pausen: Stimmungsbarometer I	270
7.1	Wer isst mit?.....	273
7.1.1	Gute Stimmung durch gemeinsames Essen.....	273
7.1.2	Pausen als „Anheizer“ für Geschlechterunterscheidungen.....	277
7.1.3	Machen Ärztinnen keine Pausen?.....	283
7.1.4	Die unterschiedenen Körper: Schwestern, Ärzte, Ärztinnen.....	289
7.2	Das Gelächter der Geschlechter.....	292
7.2.1	Sexualisierende Scherze unter Männern im Beisein von Frauen.....	294
7.2.2	Sexualisierende Scherze unter Frauen.....	296
7.2.3	Sexualisierende Scherze der Schwestern mit einem Arzt.....	298
8	Chefarzt-Visite: Stimmungsbarometer II	302
8.1	Ritueller Aufbau des Machtraums „Chefvisite“.....	304
8.2	Doing Gender oder Doing Profession?.....	307
8.2.1	Fallgeschichte Frau Weiß.....	308
8.2.2	„Herr Doktor Teufert fasst alles an.“.....	309
8.2.3	Verkörperung von Profession und Geschlecht.....	314
	Zwischenstand II	317

Teil III Diskursive Grenzen von Geschlecht und Profession	321
Theoretischer Rahmen: Geschlechterwissen	321
1 Explizites und implizites Geschlechterwissen	323
2 Sprechen und Schweigen über Geschlecht	328
3 Ärztinnen und Pfleger in der Minderheitenposition	331
Empirische Studie: Diskursive Grenzen von Geschlecht und Profession	333
4 Geschlechterwissen über Ärztinnen (und Ärzte)	337
4.1 Begrenzte Zugehörigkeit der Ärztinnen zur Medizin	338
4.1.1 Ärzte: Ärztinnen können „sich in Frauen besser hineindenken“	338
4.1.2 Ärzte: Ärztinnen fehlt die „bestimmte Brutalität“	340
4.1.3 Ärztinnen, Schwestern, leitende Ärzte: Ärztinnen sind „einfühlsamer“	343
4.1.4 Ärzte: Ärztinnen müssen „auf ihre Kinder aufpassen“	348
4.2 Zusammenarbeit von Ärztinnen und Pflege	350
4.2.1 Ärzte, Schwestern: Ärztinnen „haben Schwierigkeiten, sich selbst anerkannt zu fühlen“	350
4.2.2 Leitende Ärzte: Ärztinnen leiden unter „Profilierungszwang“	354
4.2.3 Leitende Schwestern: Ärztinnen müssen „noch viel mehr die Ellenbogen einsetzen.“	356
4.2.4 Ärztinnen: „Ärztinnen müssen erst eine Vertrauensbasis schaffen“	360
4.3 Ärztinnen in der Professionshierarchie	363
4.3.1 Schwestern: Ärztinnen „meinen, dass sie was Besseres sind“	363
4.3.2 Pfleger: Ärztinnen sind „autoritärer“	364
4.3.3 Ärztinnen, leitende Schwestern: Ärztinnen treffen „mit der Pflege Entscheidungen“	367
4.3.4 (Re-)Konstruktion einer Störung: Der „falsche Tonfall“ der Ärztinnen	369

4.4	Diskursive Zugehörigkeitsgrenzen in der Medizin.....	371
4.4.1	„Allgemeine“ und „besondere“ Medizin als Zugehörigkeitsgrenzen	372
4.4.2	Unbegrenzte und begrenzte Zeit als Zugehörigkeitsgrenzen	373
4.4.3	Grenzen der habitualisierten Zugehörigkeit: „Ellenbogen-Einsatz“ und „falscher Tonfall“	374
4.4.4	Doppelte Differenz zur Pflege als Zugehörigkeitsgrenze	375
5	Geschlechterwissen über Pfleger (und Schwestern)	377
5.1	Zugehörigkeit der Pfleger zur professionellen Pflege.....	378
5.1.1	Leitende Schwestern: Pfleger haben sich „emanzipiert“, der Pflegeberuf sich auch	378
5.1.2	Schwester, Ärztinnen: Pfleger sind ein positives „Gegengewicht“	382
5.1.3	Ärzte: Pfleger passen zu „brenzligen Situationen“	384
5.1.4	Schwester: Pfleger haben ein „breiteres Kreuz“	387
5.1.5	Ärzte: Pfleger lassen „die Sache ein bisschen lockerer angehen“	389
5.1.6	Ärztinnen: Pflegern fehlt „das Umsorgende“ und die „weibliche Intuition“	390
5.2	Zusammenarbeit von Pflegern und Medizin	393
5.2.1	Leitende Ärzte, Ärztinnen: Pfleger sind „fachlich kompetenter“	393
5.2.2	Ärzte, Pfleger: Pfleger und Ärzte teilen eine „kumpelhafte Art“	398
5.2.3	Ärztinnen, Ärzte: Pfleger machen „Machtkämpfe“ erforderlich.....	400
5.3	Diskursive Zugehörigkeitsgrenzen in der Pflege	404
5.3.1	Geschlechter- und Professionsbegrenzungen	404
5.3.2	Grenzen homosozialer Weiblichkeit.....	406
5.3.3	Grenzen der Weisungsmacht	409
5.3.4	Doppelte Gleichheit zur Medizin: Auflösung von symbolischen Professionsgrenzen durch Gleichheit.....	410
	Zwischenstand III	412

Schlusskapitel	419
1 (Re-)Konstruktion von „Grenzziehungen“	419
2 „(Re-)Institutionalisierung“ von Geschlecht?	421
3 Gelegenheitsstrukturen der Vergeschlechtlichung	422
3.1 Gelegenheiten des physischen Raums	424
3.2 Gelegenheiten des Körpers	426
3.2.1 „Arbeitende Körper“ als geschlechtliche Körper.....	427
3.2.2 „Differenzkörper“ der Ärztinnen	428
3.2.3 „Sexualisierte Körper“ von Schwestern und Ärzten.....	430
3.3 Gelegenheiten der Bedürftigkeit von Patientinnen und Patienten	431
3.4 Gelegenheiten der Erfahrungshierarchie.....	435
3.4.1 Hinterbühnen-Wissen	436
3.4.2 Heterosoziales Unterstützungswissen.....	437
3.5 Gelegenheiten der Verdeckung von Hierarchien.....	438
3.6 Gelegenheiten der Gelegenheit „Patient“	441
4 Zusammenarbeit der Geschlechter: Aussichten	442
 Literaturverzeichnis	 445
Anhang	472