

## Einleitung

*I: Es wird manchmal gesagt, dass Pflegende lieber mit Ärztinnen zusammenarbeiten. Wie sehen Sie das?*

*A: Also das hat sich so in meiner beruflichen Laufbahn so nicht dargestellt. Wenn ich mir hier so zum großen Teil unsere Ärztinnen angucke, kann ich die Einschätzung überhaupt nicht teilen. Also ich hätte große Mühe, mit der einen oder anderen hier zusammenzuarbeiten. Da würde es sicherlich anfänglich ziemlich krachen, weil ich mir eine bestimmte Verhaltensweise nicht bieten lassen würde. Aber das ist wirklich vom Geschlecht her absolut unabhängig. Und mir war das immer egal, ob das nun ein Mann oder eine Frau ist. Ich hatte eine bestimmte Erwartung an die Kompetenz oder an das Verhalten oder an den Menschen, aber jetzt nicht eine andere Erwartung, weil das jetzt eine Frau ist.*

*(Pflegedirektorin Anne Hafter)*

Die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin im Krankenhaus ist durch die Kompetenzen, das Verhalten und die menschlichen Qualitäten der handelnden Personen bestimmt. Ob sie gelingt, so die Pflegedirektorin, ist absolut *unabhängig vom Geschlecht* der Beteiligten. Zugleich wird in der hier aufgegriffenen Interaktionssituation mit Ärztinnen „eine bestimmte Verhaltensweise“ wahrnehmbar, die es „krachen lassen“ kann. Die Situation wird quasi „durch die Hintertür“ doch als eine geschlechtliche wahrgenommen.

Die vorliegende Untersuchung richtet sich auf die Wahrnehmungen und Zuschreibungen von Geschlecht im Krankenhaus, die einerseits innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit unbedeutend sind oder sein sollen und andererseits als ein Unterscheidungskriterium Bedeutung erlangen können, z.B. für die Bewertung einer Situation als „konflikthaft“. Hier schließen sich die zentralen Fragestellungen der Studie an. Es soll erkundet werden, wie und durch welche Vermittlungs- und Symbolisierungsformen das Geschlecht der Schwestern, Pfleger, Ärztinnen und Ärzte innerhalb ihrer alltäglichen Zusammenarbeit sozial relevant werden kann.

Hierfür werden Interviews mit Ärztinnen, Schwestern, Pflegern und Ärzten ausgewertet, in denen sie von ihrem beruflichen Selbstverständnis und ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin berichten. Ein zweiter empirischer Zugang zum Feld sind teilnehmende Beobachtungen auf Krankenhausstationen. Die Beobachtungsbeschreibungen und die Be-

schreibungen in den Interviews werden daraufhin untersucht, ob und wie das „Geschlecht bei der Arbeit“ mitarbeitet.

### **Professions- und Geschlechterverhältnisse von Pflege und Medizin**

Das ausgewählte Forschungsfeld „Krankenhaus“ ist durch die tradierte zweigeschlechtlich getrennte Besetzung der Arbeitsbereiche Pflege (weiblich) und Medizin (männlich) in spezifischer Weise „geschlechtlich“. Die beiden Berufsgruppen stehen zudem in einem professionshierarchischen Verhältnis zueinander, sie sind im Alltag ihrer Zusammenarbeit aber ebenso auf eine enge Kooperation angewiesen.

Das Verhältnis von Medizin und Pflege ist historisch betrachtet, ein klassisches Beispiel für Professionalisierungsprozesse und die darin vollzogene Aufteilung und Hierarchisierung von Arbeit in „professionelle“ und „nicht-professionelle“ bzw. „semi-professionelle“ Arbeit (vgl. Freidson 1979; Abbott 1988). Zugleich sind die Professionalisierungsprozesse der Medizin auch als eine Formierung von Geschlechterverhältnissen zu verstehen, in denen zwischen „Profession“ und „Semi-Profession“ auch die Differenzen zwischen Männern und Frauen sozial festgelegt und hierarchisiert werden. Das bereits im 19. Jahrhundert entstandene Professionsverhältnis von Pflege und Medizin ist in dieser Hinsicht als ein Verhältnis von „male dominance“ und „female submission“ zu beschreiben (vgl. Davies 1995; Mackay 1993; Witz 1992; Rabe-Kleberg 1987; Wetterer 2002).

Allerdings hat sich die Arbeitssituation von Pflege und Medizin im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten deutlich durch gesellschaftliche Modernisierungsprozesse gewandelt. Drei Veränderungsprozesse sind hervorzuheben:

1) Zunächst ist eine Auflösung der eindeutigen geschlechtlichen Besetzung der Berufe zu beobachten: Die Anzahl der weiblichen Ärztinnen ist in den letzten Jahrzehnten ständig angestiegen, sie sind – wenn auch nicht in den Leitungspositionen – fast in allen Fachgebieten der Medizin vertreten. Im Durchschnitt liegt ihr Anteil beim medizinischen Personal des Krankenhauses bei ca. 34%. Der Anteil der ausgebildeten männlichen Krankenpfleger im Verhältnis zu den Krankenschwestern liegt bei ca. 13 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2003).

2) Des Weiteren hat sich die Arbeitssituation im Krankenhaus durch die Professionalisierung der Pflege verändert. Im deutschsprachigen Raum bekamen die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege in den 80er Jahren eine deutliche Kontur. Durch die wissenschaftliche Fundierung der Ausbildung und die höhere Qualifikation von Führungskräften wurde eine Emanzipation gegenüber der Medizin angestrebt, die den „medizinischen Hilfsberuf“

aufwerten soll (vgl. Bischoff 1992; Moers/Schaeffer 1993; Corsten 1998; Robert-Bosch-Stiftung 2000; Schmidbauer 2002).

3) Zudem befinden sich die Krankenhäuser als Organisationen seit Mitte der 90er Jahre in einem dynamischen Veränderungsprozess. Ausgelöst durch die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 und die Bundespflegesatzverordnungen von 1995 wurde die Finanzierung grundlegend umgestellt. In diesem Zusammenhang lässt sich eine Auflösung von ärztlicher Autonomie zugunsten der Qualitätsparadigmen beschreiben (vgl. Klatetzki 2005). Sie ist durch die Veränderungen der Finanzierungssysteme begründet (vgl. Kühn/Klinke 2006). Allgemein ist festzuhalten, dass sich die grundlegenden strukturellen Rahmenbedingungen des Arbeitsverhältnisses von Pflege und Medizin in den letzten Jahren deutlich gewandelt haben. Der durch die Professionalisierung der Pflege angestrebte Statusgewinn der Pflege trifft auf einen derzeit festzustellenden allgemeinen Autonomieverlust der medizinischen Profession im Krankenhaus (vgl. Vogd 2006).

Eine übergeordnete Fragestellung der Untersuchung schließt an den dargestellten Veränderungsprozessen an: Führen die strukturellen Veränderungen in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin zu einem Bedeutungsverlust von Geschlecht und zu einer Enthierarchisierung der Zusammenarbeit? Die Geschlechtersoziologinnen Bettina Heintz und Eva Nadai (1998) gehen davon aus, dass durch gesellschaftliche Modernisierungsprozesse eine zunehmende „De-Institutionalisierung“ von Geschlecht und Geschlechtsbedeutungen erfolgt. Sie betonen, dass die „geschlechtlichen Differenzierungen heute vermehrt aktiv hergestellt und symbolisch bekräftigt“ (ebd., 88) werden müssen, um Relevanz zu erhalten. Eine Veränderung von Rahmenbedingungen, wie z.B. die vermehrte Aufnahme von Frauen in ehemals von Männern besetzten Berufsfeldern, führen – dieser Annahme folgend – zu einem zunehmenden Bedeutungsverlust von geschlechtlichen Unterscheidungen und Hierarchien.

In der Studie soll diese These aufgegriffen und einer kritischen Überprüfung unterzogen werden: Es soll untersucht werden, welche Rahmenbedingungen und Situationsmerkmale der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin einen *Bedeutungsverlust* oder auch einen *Bedeutungserhalt* von geschlechtlichen Unterscheidungen und Hierarchisierungen bewirken. Ob Geschlechterunterscheidungen „aktiv hergestellt und symbolisch bekräftigt“ werden müssen, um soziale Relevanz zu erhalten, wird als eine theoretisch wie empirisch bedeutsame Frage der Erforschung von dem „Geschlecht bei der Arbeit“ aufgegriffen.

Zunächst ist festzuhalten, dass innerhalb der bundesdeutschen Diskurse das Arbeitsverhältnis von Pflege und Medizin per se weitgehend als „geschlechtslos“ beschrieben wird. Als Ursache für die nach wie vor bestehen-

den hierarchischen Arbeitsverhältnisse von Pflege und Medizin greifen die vorliegenden Studien vor allem die Qualifikationsdifferenz der Pflege im Verhältnis zur Medizin und die mangelnden Kooperationsbeziehungen im Krankenhaus auf (zusammenfassend Stratmeyer 2002, 18-48). In diesem Rahmen wurden sowohl aus der Perspektive der Organisationssoziologie (vgl. Büssing/Barkhausen/Glaser 1996) wie der Gesundheitswissenschaften (vgl. Badura 1994) und Pflegewissenschaft (vgl. Stratmeyer 2002) seit dem Beginn der 90er Jahre Vorschläge unterbreitet, wie innerhalb des Krankenhauses die tradierten, ineffektiven Arbeitsverhältnisse verbessert und Konflikte zwischen den Berufsgruppen vermieden werden könnten. Das Geschlechterverhältnis findet dabei nur selten eine Erwähnung.

Diese Studie setzt sich explizit zum Ziel, das *Professionsverhältnis von Pflege und Medizin* auch als ein *Geschlechterverhältnis von Frauen und Männern* zu untersuchen. Hierfür sind zwei theoretische Vorüberlegungen wichtig:

(a) Zunächst ist zu fragen, wie eine Verbindung von Geschlecht und beruflichem Handeln gedacht werden kann, ohne sich lediglich auf die natürlich erscheinende unterschiedliche „Eignung“ von Frauen und Männern zu beziehen. Sie führt dann quasi zwangsläufig dazu, dass die zwei Geschlechter unterschiedliche Berufe wählen bzw. ihre jeweiligen Berufe als „typisch Mann“ oder „typisch Frau“ ausüben.

(b) Daran anschließend stellt sich die grundlegende Frage, wie eine Erforschung von Geschlecht und Profession theoretisch und empirisch entwickelt werden kann, ohne bereits vorab zu definieren, was „den Unterschied“ ausmacht. Es geht also darum, ein theoriegeleitetes Verständnis zu den aufgegriffenen Untersuchungskategorien „Geschlecht“ und „Profession“ zu definieren.

### **a) Arbeitsteilung als Arrangements, in denen „Geschlechter gemacht werden“**

Wie im bundesdeutschen Kontext insbesondere durch Angelika Wetterer (vgl. 1992; 1995; 2002; 2007) hervorgehoben wurde, sind Arbeitsteilungen, zugleich Arrangements, an denen sich beschreiben lässt, „wie Geschlechter gemacht werden“ (Gildemeister/Wetterer 1992). Durch die Prozesse der Arbeitsteilung können „die interaktive und situationsspezifische Verortung der Prozesse der Herstellung und Validierung von sozialem Geschlecht“ (ebd., 213) aufgezeigt werden.

Zu der Frage, wie zwei soziale Geschlechter in den alltäglichen Situationen der beruflichen Zusammenarbeit „gemacht werden“, existieren im Wesentlichen zwei theoretische Erklärungsansätze:

### **„Doing gender while doing the job“**

Die beruflichen Situationen lassen sich im Anschluss an die ethnomethodologische Doing-Gender-Forschung (vgl. Kessler/McKenna 1978; West/Zimmermann 1987) als „Gendering“ im Beruf, d.h. als eine im praktischen Vollzug hervorgebrachte Verbindung zwischen Arbeitsinhalten und Geschlecht beschreiben. Prozesse von „doing gender while doing the job“ (Leidner 1991) verknüpfen spezifische Tätigkeiten mit Vorstellungen von Männlichkeit oder Weiblichkeit immer wieder neu. Die in unterschiedlichsten beruflichen Feldern beschriebenen Phänomene der interaktiven Verknüpfung von beruflichem Handeln und Geschlecht durch Arbeitsteilung (zusammenfassend: Gottschall 1998) folgen der von Ruth Milkman (1987) formulierten Regel: „Sex typing can be flexibly applied to whatever jobs women and men happen to be doing“ (ebd., 50). So lassen sich beispielsweise für die männlichen Pfleger unterschiedliche, „ihrem Geschlecht entsprechende“ Tätigkeiten beschreiben. Die jeweiligen Tätigkeiten, z.B. die Übernahme von Pflegetechnik, bestätigen ihre Männlichkeit.

Während dieser Erklärungsansatz die Varianz und die Wandlungsfähigkeit des „Geschlechts bei der Arbeit“ hervorhebt, betont ein älteres Konzept aus der Frauenforschung die Hartnäckigkeit der Aufteilung von Arbeit in „Frauenarbeit“ und „Männerarbeit“.

### **„Weibliches Arbeitsvermögen“**

Mit dem Konzept des „weiblichen Arbeitsvermögens“ (Beck-Gernsheim/Ostner 1979) wurde die Passgenauigkeit von Frauen zu spezifischen beruflichen Handlungsfeldern mit deren „weiblichem Arbeitsvermögen“ erklärt. So kann beispielsweise die inzwischen hohe Anzahl von *Ärztinnen* in dem Fachgebiet der Inneren Medizin dazu führen, dieses Handlungsfeld als spezifisch „weiblich“ bzw. als „weich“ und „kommunikativ“ anzusehen. Umgekehrt ließe sich die Passgenauigkeit von Männern zu spezifischen beruflichen Handlungsfeldern als „männliches Arbeitsvermögen“ bezeichnen. Der Erklärungsansatz differenziert zwischen Erwerbsarbeit und Hausarbeit und beschreibt anhand dieser Unterscheidung die geschlechterdifferente Aufteilung und Hierarchisierung von Arbeit innerhalb der Gesellschaft. Als Begründung für die Passung von „weiblichem Arbeitsvermögen“ und „weiblicher Arbeit“ wird auf die Hausarbeitsnähe von „Frauenarbeit“ verwiesen (vgl. Ostner 1978; 1991). Der Ansatz wurde empirisch anhand der Krankenpflege entwickelt und vorgestellt.

Während der „doing-gender“-Erklärungsansatz zur Verbindung von Geschlecht und Arbeit auf die Interaktionen und ihre prinzipielle Offenheit für das, was in ihnen sozial relevant wird, abzielt, liefert der Erklärungsansatz

zum „weiblichen Arbeitsvermögen“ Hinweise für die Stabilität der zweigeschlechtlichen Arbeitsteilung. Er bezieht sich auf eine institutionalisierte und gesellschaftlich verfestigte zweigeschlechtliche Ordnung. Die vorliegende Untersuchung der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin setzt sich zum Ziel, selbst einen Beitrag zur Erklärung der Verflüssigungen oder Verfestigungen von geschlechtlichen Unterscheidungen innerhalb von beruflicher Arbeit zu entwickeln. Ob und wenn ja, wie Frauen und Männer z.B. zu dem, was sie als Schwestern und Ärzte professionell tun, „passen“ und wie ggf. eine Passung hergestellt wird, soll als offene empirische Frage verfolgt werden.

Dem Ansatz des „weiblichen Arbeitsvermögens“ wird vorgeworfen, dass er das, was er untersuchen will – den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Arbeit – selbst bereits beantwortet. Innerhalb der Frauenforschung wurde er aus verschiedenen Perspektiven als eine Festschreibung der bestehenden Geschlechterverhältnisse kritisch diskutiert (zusammenfassend Wetterer 2002, 193ff). Wetterer (1995) beschreibt den mit dem „weiblichen Arbeitsvermögen“ entstehenden Irrtum als „Zirkelschluß“, in dem bei der Beschreibung von Zweigeschlechtlichkeit davon ausgegangen wird, dass „ihr Ergebnis zeige, was als Voraussetzung immer schon in sie eingegangen ist“ (ebd., 21). Die als Reifizierung (vgl. Gildemeister/Wetterer 1992; Hagemann-White 1988) der Kategorie „Geschlecht“ in der Forschung diskutierte Herausforderung führt zur grundlegenden Frage, wie Geschlecht innerhalb von beruflichem Handeln untersucht werden kann. Der Anspruch einer reflexiven Geschlechterforschung besteht darin, einen theoretisch und empirisch angemessenen Rahmen zu entwickeln, der nicht entsprechend unseren alltäglichen Seh- und Denkgewohnheiten und dem darin wirksamen „zweigeschlechtlichen Erkennungsdienst“ (Tyrell 1986) die Geschlechterstereotype reproduziert, sondern sie in ihren Erzeugungsmodi erklären kann. Hier setzt die Frage an, wie die beiden zentralen Untersuchungskategorien „Geschlecht“ und „Profession“ in dieser Studie verstanden werden sollen.

## **b) Geschlecht und Profession als Untersuchungskategorien**

Die Studie greift auf die innerhalb der Geschlechterforschung geführte Debatte um die „Konstruktion von Geschlecht“ zurück (vgl. Feministische Studien 1993/1; 2001/2). In ihr wird die Frage aufgeworfen, wie Geschlecht als soziale Konstruktion untersucht und bestimmt werden kann.

Die Erforschung von Geschlechterkonstruktionen ist zunächst mit der Frage verbunden, wie überhaupt eine Erkenntnisperspektive auf den untersuchten Gegenstand erreicht werden kann, der sozusagen „hinter“ das alltägliche „Wissen um den Unterschied“ zurückgeht. Carol Hagemann-White (1988)

schlägt vor, zunächst von einer „Null-Hypothese“ auszugehen: Wenn wir, in analytischer Absicht, davon ausgehen, „daß es keine notwendige, naturhaft vorgeschriebene Zweigeschlechtlichkeit gibt, sondern nur verschiedene kulturelle Konstruktionen von Geschlecht“ (ebd., 230), dann kann „die Bezogenheit der Geschlechtereinteilung auf andere symbolische Einteilungen und Polaritäten innerhalb derselben Kultur“ (ebd., 230f) leichter gesehen werden.

Der hier aufgegriffene „analytische Verzicht“ auf die Vorabbestimmung des Geschlechtlichen als „Natur“ von Frauen und Männern stellt einen wesentlichen theoretischen Bezugspunkt der Studie dar. Zugleich werden die hier untersuchten verschiedenen kulturellen Konstruktionen von Geschlecht nicht als unabhängige, sozusagen „frei in der Luft liegende“ Prozesse der Herstellung von Geschlechterunterscheidungen untersucht. Sie werden als Konstruktionen untersucht, die an die zweigeschlechtlichen Positionierungen der befragten und beobachteten Professionellen gebunden sind. Schwestern, Ärztinnen, Pfleger und Ärzte sind in diesem Sinne „Frauen“ und „Männer“. Damit ist gemeint, dass Geschlecht von einem geschlechtlichen Ort aus zweigeschlechtlich erfahren und angeeignet wird (vgl. Hagemann-White 1988; Dausien 1996).

„Profession“ und „Geschlecht“ werden in der Studie als zwei vergleichbare Untersuchungskategorien aufgegriffen, die beide als soziale Konstruktionen innerhalb der Interaktionen von Pflege und Medizin Bedeutung erlangen können und in ein „Verhältnis“ bzw. in „Verhältnisse“ gesetzt werden. Dieses Vorgehen knüpft an die von Sarah Fenstermaker und Candace West (vgl. West/Fenstermaker 1995; Fenstermaker/West 2001) vorgestellte Position an, dass die Konstruktionen von Geschlecht als soziale Differenzierungsprozesse mit anderen sozialen Kategorien verknüpft sind und die „Relevanz dieser Ordnungsmuster je nach Interaktions-Kontext variieren kann“ (Fenstermaker/West 2001, 237). Die Konstruktionsprozesse von Geschlecht und Profession sollen in diesem Sinne als zweiseitige Prozesse der Hervorbringung von sozialen Unterscheidungen und sozialer Ungleichheit untersucht werden, die weiter zu spezifizierenden Ordnungsmustern folgen können.

Die Termini „professionelle Arbeit“ und „Profession“ stehen ebenso wie „Geschlecht“ als Platzhalter. In Anlehnung an das von Andrew Abbott (1988) ausformulierte Professionsverständnis wird in der Untersuchung die „Profession“ der Pflege bzw. der Medizin als eine durch Interaktionen hervorgebrachte Unterscheidung bestimmt. D.h., es wird davon abgesehen, ähnlich wie bei der Untersuchung der Geschlechterkonstruktionen, vorab zu wissen, was „Profession“ oder „professionelles Handeln“ definiert. Der Fokus der Bestimmung von „Profession“ liegt ebenso wie bei Geschlecht auf der Interaktionsperspektive. Anders gesagt, geht es darum, die Professionen „Pflege“ und „Medizin“ und das Geschlecht von Frauen und Männern inner-

halb ihrer spezifischen Interaktionsbezüge zu bestimmen, die für das „was sie sind“, als konstitutiv angenommen werden. Es wird im Folgenden sprachlich keine Unterscheidung von „Beruf“ und „Profession“ vorgenommen. Die Termini „Beruf“ und „berufliches Handeln“ werden im Unterschied zu den klassischen professionssoziologischen Definitionen, die die von Frauen besetzten Arbeitsgebiete häufig als „Semi-Professionen“ oder „Berufe“ unterscheiden und damit abwerten (vgl. Witz 1992), synonym zu „Profession“ und „professionelles Handeln“ verwendet.

### **Einbettung der Studie**

Die Untersuchung knüpft an die in der Bundesrepublik in den 90er Jahren geführte Debatte um die potentiellen Veränderungen von Geschlechterverhältnissen an. Ausgehend von Befunden des sozialen Wandels wird gefragt, ob und wie sich die tradierte geschlechtsspezifische Arbeitsteilung verflüssigt bzw. verfestigt. In diesem Zusammenhang entstand das DFG-Schwerpunktprogramm „Professionalisierung, Organisation, Geschlecht. Zur Reproduktion und Veränderung von Geschlechterverhältnissen in Prozessen des sozialen Wandels“. Es untersucht, in welchem Verhältnis Geschlechterdifferenzierungen und -hierarchisierungen zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen stehen. Die im Schwerpunktprogramm durchgeführten Forschungen konkretisieren, wie Professionalisierungsprozesse in unterschiedlichen beruflichen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern die Geschlechterverhältnisse verändern können (vgl. Gildmeister/Wetterer 2007).

Die vorliegende Studie ist innerhalb dieses Rahmens als eine Promotion in einem DFG-Teilprojekt entstanden. Das Projekt „Interaktion von Pflege und Medizin im Krankenhaus: Konstruktionsprozesse von Hierarchie und Geschlecht und berufliche Sozialisation“ wurde an der Universität Osnabrück unter Leitung von Prof. Dr. Carol Hagemann-White durchgeführt.

### **Zum Aufbau der Studie „Grenzen von Profession und Geschlecht“**

Die Studie analysiert die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin sowie von Frauen und Männern als eine *soziale Praxis*, d.h. es werden konkrete, alltägliche Formen praktischen Handelns sowie des Sprechens der beiden Berufsgruppen in den Blick genommen. Das Buch ist in insgesamt vier Teile untergliedert, die alle in sich abgeschlossen sind. Zunächst werden in der Methodologie das Vorgehen in der Datenerhebung sowie die Auswertung der empirischen Daten erörtert. Es verdeutlicht, *wie* die Erkenntnisse gewonnen wurden. Um die Praxis der Zusammenarbeit im Krankenhaus auf ihre Eigenschaften der Hervorbringung von Geschlecht, Profession und Hierarchie zu



untersuchen, wird als ein zentrales sensibilisierendes Konzept *Grenzarbeit* (vgl. Walby/Greenwell 1994; Allen 1997) genutzt und weiterentwickelt. Es hebt hervor, dass „etwas“ voneinander unterschieden wird, das aber zugleich aufeinander bezogen bleibt (vgl. Bishop/Scudder 1996; Hagemann-White 2001). *Geschlechter- und Professionsgrenzen werden als soziale, symbolische, diskursive und materielle Unterscheidungen verstanden*. Sie werden im Handeln erzeugt und reproduziert und verweisen gleichzeitig auf Strukturen, die das Handeln definieren (vgl. Heintz/Nadai 1998; Giddens 1988).

In der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material wurde deutlich, dass sich die Grenzziehungsprozesse nicht „einfach“ würden beschreiben lassen. Innerhalb der Interaktionssituationen von Pflege und Medizin erhalten unterschiedliche Vermittlungs- und Symbolisierungsformen von Geschlecht und Profession eine Bedeutung. Aus diesem Grund strukturieren drei voneinander unterschiedene theoretische und empirische Zugänge zur sozialen Wirklichkeit einer Krankenhausstation den Aufbau der Studie. Sie sind durch Querverweise miteinander verbunden, die darauf hinweisen, dass die jeweils innerhalb einer Teilstudie gewonnen Erkenntnisse mit den jeweils anderen Ergebnissen korrespondieren bzw. sich wechselseitig ergänzen. Insbesondere die in den Teilstudien formulierten Aussagen zur Bedeutung von Geschlechterunterscheidungen sind im Rahmen eines parallel verlaufenden Auswertungsprozesses entstanden, sie sind in diesem Sinne immer auch als Gesamtergebnisse der Untersuchung zu verstehen. Die empirischen Teilstudien sind jeweils mit einem eigenen theoretischen Rahmen eingeleitet und enden mit einem kurzen Zwischenstand der Erkenntnisse. Der Schlussteil bindet die Ergebnisse als „*Gelegenheitsstrukturen der Vergeschlechtlichung*“ zusammen und soll weiterführende Diskussionen zur Relevanz des „Geschlechts bei der Arbeit“ anregen. Zu den drei empirischen Teilstudien:

## **Teil I: Zuständigkeitsgrenzen**

In den konkreten Situationen des Stationsalltags von Schwestern, Ärztinnen, Pflegern und Ärzten geht es immer wieder darum, abzugrenzen, wer welche Tätigkeiten übernimmt. Die engen Kooperationsbeziehungen von Pflege und Medizin und die Notwendigkeit in der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten „Hand-in-Hand“ zu arbeiten, evozieren die Frage, wer dafür „wirklich“ zuständig ist. Neben den weithin geklärten Zuständigkeitsfragen gibt es eine Fülle von Tätigkeiten und Entscheidungen in einer „Grauzone“, die tagtäglich dazu auffordern, Grenzen herzustellen, in Frage zu stellen oder zu ignorieren. Zuständigkeitsgrenzen zwischen Pflege und Medizin werden weniger durch die explizite Thematisierung von Zuständigkeitsunklarheiten gezogen, sondern vermitteln sich in unterschiedlichen sozialen

Praxisformen der Zusammenarbeit, z.B. durch den Austausch von kleinen Gefälligkeiten. Die Praxisformen sollen daraufhin untersucht werden, wie Geschlechtergrenzen gezogen werden und wie hierin eine Hierarchisierung der Zusammenarbeit bestätigt oder in Frage gestellt werden kann.

## **Teil II: Raum- und Körpergrenzen**

Die Krankenhausstationen sind als konkrete Orte der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bedeutsam. Die Schilderungen und Beobachtungen der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen spielen sich in den konkreten Stationsräumen ab. Sie bieten die „Bühne“ für das untersuchte Geschehen. Die Art und Weise, wie die Stationsräume praktisch genutzt werden, wie sich darin niedergelassen, gesprochen oder gemeinsam gegessen wird, wie sie geöffnet, in Unordnung gebracht und aufgeräumt werden müssen, ist in der Perspektive der befragten Professionellen für die Frage, ob man „gut“ oder „nicht so gut“ zusammenarbeitet, überaus wichtig. In den Räumen findet eine konkrete Körperpraxis statt, die für „gute Stimmung“ sorgt oder für „Missklänge“. Die in den Interviews wie in den teilnehmenden Beobachtungen geschilderte Raum- und Körperpraxis soll daraufhin untersucht werden, wie sich in ihr Professionsgrenzen und/oder Geschlechtergrenzen „verräumlichen“ und „verkörperlichen“ lassen.

## **Teil III: Diskursive Grenzen von Profession und Geschlecht**

Die interviewten Ärztinnen, Ärzte, Pfleger und Schwestern wurden in den Interviews gefragt, ob und, wenn ja, welche Bedeutung das „Geschlecht bei der Arbeit“ hat. Sie geben Einschätzungen und Beispiele für die Relevanz des Geschlechts im Krankenhaus. Das in den Interviews ausgeführte „Wissen, um den Unterschied“ zeigt ein breites Spektrum von zweigeschlechtlichen Unterscheidungen und deren Verknüpfungen mit beruflichem Handeln. Es wird als diskursive Grenzziehungen untersucht. Im Vordergrund der Analysen stehen die jeweils „Ungleichen“, d.h. die Ärztinnen und die Pfleger. An ihnen werden die Geschlechtergrenzen von Pflege und Medizin sowie die Geschlechtergrenzen innerhalb der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen markiert und hierarchisiert.

Dabei ist die Relevanz oder Irrelevanz des „Geschlechts bei der Arbeit“ in widersprüchliche Logiken verwickelt. Der eingangs geschilderte Ärger der Pflegedirektorin über *Ärztinnen*, der zugleich nicht mit dem Geschlecht verbunden zu sein scheint, verweist auf die Widersprüchlichkeit. Sie führt zur zentralen Herausforderung der Studie: Die Prozesse der Herstellung und Auflösung von Geschlechter- und Professionsgrenzen sowie die Möglichkeit

ihrer Hierarchisierung sollen als wechselseitig bedingt sowie als getrennt aufgegriffen werden.

### **Ein Wort an die Patientinnen und Patienten**

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Arbeit im Krankenhaus, die ohne die Patientinnen und Patienten nicht stattfinden würde. Der Fokus der Untersuchung richtet sich jedoch nicht auf konkrete Interaktionssituationen *mit* den Patientinnen und Patienten, sondern auf Situationen in denen die Professionellen aus der Pflege und der Medizin zusammenarbeiten. In diesen Interaktionssituationen kommen Patienten – wenn überhaupt – als „Dritte“ vor. Die gewählte Perspektive erzeugt zum Teil den Eindruck, dass Patientinnen und Patienten relativ unbedeutend sind für das, was im Krankenhaus „eigentlich vor sich geht“. Das ist einerseits als ein Befund der Studie zu interpretieren, andererseits ist dieses Phänomen der eingenommenen Perspektive geschuldet. Patientinnen und Patienten sind in der Studie die bedeutsamen „sozialen Anlässe“ für die Interaktionsprozesse von Pflege und Medizin und werden in dieser Hinsicht thematisiert.

### **Zum Sprachgebrauch der Studie**

Die hier untersuchten Personen sollen als Männer und Frauen sowie als Professionelle sprachlich kenntlich gemacht werden. Die geschlechtlichen Bezeichnungen sind in der Studie überaus bedeutsam, zugleich verschließen sie zum Teil den angestrebten Erkenntnisgewinn. Um Brechungen und Verschiebungen zu erzeugen, werden unterschiedliche Bezeichnungsformen gewählt. Zum einen wird häufig von „der Pflege“ oder „der Medizin“ gesprochen und damit eine geschlechtliche Kennung zugunsten einer allgemeinen Professionsbezeichnung vermieden. Zum anderen wird darauf geachtet, möglichst genau „die Pflegenden“ als „Schwestern“ oder „Pfleger“ zu bezeichnen. Besondere Hervorhebungen der Geschlechterkennung werden durch Bezeichnungen wie „Pflegethemen“ oder „Pflegethemen“ angestrebt. Ebenso werden „die Mediziner“ als „Ärztinnen“ oder „Ärzte“ unterschieden und zur besonderen Hervorhebung ihres Geschlechts auch als „Arztmänner“ oder als „weibliche Ärztin“ erwähnt.

Eine Bezeichnung der Professionellen, z.B. als „Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin“, oder als „Fachärztin für Chirurgie“, erfolgt nur dann, wenn die Differenzierung innerhalb des untersuchten Kontextes sozial bedeutsam erscheint. Kenntlich gemacht werden hingegen die ausbildungs- und funktionshierarchischen Positionen der Professionellen als „Pflegedienstleiterin“ oder „Assistenzarzt“.