



Leseprobe aus Garcia, Geschlechterordnung zwischen
Wandel und Permanenz, ISBN 978-3-7799-6800-9
© 2022 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6800-9](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6800-9)

Inhalt

1	Einleitung	9
1.1	Rückblick auf arbeitsteilige Differenzierungen im westlichen medizinischen Berufsfeld	10
1.2	Wandlungsspielräume und -resistenzen mikrosoziologisch erklären	18
2	Männlichkeit(en) und Arbeit im soziologischen Diskurs	21
2.1	Mannsein und Arbeitsteilung bei soziologischen Klassikern	22
2.1.1	Ferdinand Tönnies – Der Kürwille des männlichen Arbeiters	22
2.1.2	Émile Durkheim – Die geschlechtliche Arbeitsteilung als soziale Tatsache	26
2.1.3	Georg Simmel – Die weibliche Bereicherung von Männerberufen	33
2.2	Die Berufstätigkeit als Quelle männlicher Identität	38
2.2.1	Die Berufsorientierung als Kern der männlichen Persönlichkeitsstruktur in der parsonschen Geschlechtsrollentheorie	39
2.2.2	Die Berufsarbeit als ‚Einfachrolle‘ des Mannes in der soziologischen Frauenforschung	44
2.2.3	Die Erwerbssphäre als Hauptbühne männlicher Darstellungen	49
2.3	Die Verknüpfung von Erwerbsarbeit und Männlichkeitskonstruktionen in der Geschlechtersozilogie	59
2.3.1	Die geschlechtliche Arbeitsteilung als Säule der männlichen Hegemonie	60
2.3.2	Symbolische Verweiblichung und männliche Grenzziehung in gegengeschlechtlichen Berufen	71
	Konzeptionelle Präzisierung – Symbolische Tiefenstrukturen als Gegenstand der soziologischen Analyse	76
3	Männliche Ärzte – Erkenntnisstand und -hindernisse	81
3.1	Die doppelte Distinktionslogik innerhalb der Ärzteschaft um 1900	82
3.1.1	Im Namen der Differenz – Zum männlichen Schutz der Frauen	84
3.1.2	Männliche Hierarchien innerhalb der Ärzteschaft	90

3.2	Soziologische Diagnosen zu ärztlichen Praxen in Krankenhäusern	93
3.2.1	Die Hierarchie der vergeschlechtlichten Fachgebiete	94
3.2.2	„Doing being a doctor“ – Dar- und Herstellung interberuflicher Hierarchien	100
3.3	Epistemologische Reflexion über die Erforschung der Geschlechterverhältnisse in der Berufssphäre	104
3.3.1	Die Feminisierung als erkenntnishindernder Begriff	106
3.3.2	Plädoyer zur Erforschung der Entmaskulinisierung	110
	Zwischenfazit – Geschlechter im Ärzt:inberuf	114
4	Zur Methode soziologischer Erforschung symbolischer Tiefenstrukturen	115
4.1	Über die Erhebung des Interviewmaterials	118
4.1.1	Das problemzentrierte Interview	118
4.1.2	Rekrutierung von Interviewpartnern und Beschreibung des Korpus	121
4.2	Schritte und Instrumentarium der strukturalen Interviewanalyse	123
4.2.1	Codieren und Recodieren nach Roland Barthes’ Beschreibungsebenen	124
4.2.2	Von der Erläuterung von Disjunktionen bis zur Interpretation von Kategorisierungen und Hierarchisierungen	128
4.3	Einblick in die Analysepraxis – Die Geschlechter im Ärzt:inberuf bei Martin Schweitzer	132
4.3.1	Kategorisierungen und Hierarchisierungen der Aktant:innen	132
4.3.2	Die Unfallchirurgie als Männerbastei	135
	Methodische Zwischenbetrachtung – Eine Fremde im Feld	138
5	Hürden und Spielräume des Geschlechterwandels in Erzählungen von Ärzten	141
5.1	Geschlechtliche Kategorisierungen und Hierarchisierungen von Ärzt:innen	142
5.1.1	Taffe Frauen sind Männer wie alle Anderen	143
5.1.2	Vergeschlechtlichung von Elternschaft(en)	155
5.2	Zwischen Zusammenarbeit und Konkurrenz	171
5.2.1	Ärzt:innen vs. Krankenpfleger:innen? Komplexe Hierarchiegefüge zweier Berufskategorien	172
5.2.2	Ärztliche Kämpfe – Zwischen Allianzen und Fronten	184

5.3 Die versteckte Vergeschlechtlichung ärztlicher Idealfiguren	200
5.3.1 Superheld	202
5.3.2 Wissenschaftler	206
5.3.3 Barmherziger Mensch	210
5.3.4 Doppelbegabte	215
Resümee – Wandlungsräume und Persistenzen in Erzählungen männlicher Ärzte	221
6 Fazit – Wandel in der Permanenz	225
Literatur	233
Anhang A: Berufstätige Ärzte und Ärztinnen nach Jahr in der BRD	247
Anhang B: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen und Jahr in der DDR	251
Anhang C: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen und Jahr in der BRD	253
Anhang D: Tabellarische Kurzdarstellung der Interviewten	265
Innere Medizin	265
Pädiatrie	266
Chirurgie	267
Anhang E: Alphabetisch geordnete Kurzbiografien	269

1 Einleitung

Die Spannung zwischen Wandel und Permanenz, die seit den Anfängen der Soziologie immer wieder durchscheint, zieht sich in aktuellen Studien über Männlichkeit(en) besonders stark durch. Gleichzeitig beobachtet werden u. a. Brüche mit der zweigeschlechtlichen Ordnung der Geschlechter oder mit der Hegemonialität vom Modell des männlichen Ernährers, Verschiebungen auf der Ebene der reflexiven Diskurslogik oder der Thematisierung von Geschlecht sowie Resistenzen betreffend alltägliche Handlungen oder naturalisierende Deutungen von Neigungen und Kompetenzen. Je nach analytischer Ebene und theoretischer Prägung wird mehr oder weniger auf eine Pluralisierung von Männlichkeiten (u. a. Baur/Luedtke 2008a; Buschmeyer 2013; Lengersdorf/Meuser 2016a), Prozesse der rhetorischen Modernisierung (u. a. Wetterer 2003, 2005), habituelle Beharrungseffekte (u. a. Meuser 2010a; Baar 2010) oder eine Modularisierung des Mannseins (u. a. Böhnisch 2018) rekurriert. In der vorliegenden Studie wird vorgeschlagen, Wandel und Permanenz nicht oppositionell zu deuten, sondern ihre Gleichzeitigkeit als Ergebnis von Spielräumen innerhalb symbolischer Tiefenstrukturen zu betrachten. Dieser Blickwinkel versteht sich keineswegs als eine grundsätzliche Kritik gegen bisherige Forschungsperspektiven, sondern als eine Erweiterung der Analysestränge.

Diese Perspektive entstand einerseits unter der Prägung französischer epistemologischer, theoretischer und methodischer Ansätze und andererseits mit Blick auf den deutsch- und englischsprachigen männlichkeitssoziologischen Forschungsstand.¹ Ziel der vorliegenden Schrift ist es nicht, eine durchgereifte neue Theorie des Männlichen auszubreiten, sondern es geht darum, in die ‚Tiefe der Köpfe‘ sozialer Akteur:innen² einzutauchen, um die Gleichzeitigkeit von Wandel und Permanenz mikrosoziologisch zu untersuchen.

Diesem Vorhaben wird in der vorliegenden Studie am Beispiel der Humanmedizin in Deutschland nachgegangen. Den Wandel der Geschlechterverhältnisse betreffend ist dieses Feld besonders untersuchenswert, denn (1) die Ausübung der Heilkunde wurde lange Zeit mithilfe von Zulassungsverboten an deutschen Universitäten sowie Approbationsanordnungen für Ärzte den Frauen verwehrt;

-
- 1 Die Fundamente meiner eigenen Position sind ein Einstieg in das soziologische Denken in Frankreich, eine jahrelange Auseinandersetzung mit geschlechtersoziologischen Studien sowie meine Spezialisierung auf die Mikroebene bei der Analyse des Sozialen.
 - 2 In dieser Arbeit wird im Sinne einer geschlechtergerechten Schreibweise der Gender-Doppelpunkt verwendet. Diese gegenderte Schreibweise symbolisiert den Abstand gegenüber dem kulturellen System der Zweigeschlechtlichkeit.

(2) Soziolog:innen betrachten die Medizin häufig als den Archetyp der männlich codierten Professionen; (3) die starke Erhöhung des Frauenanteils während der letzten Jahrzehnte lassen Infragestellungen und Umformungen der *bis dato* vorherrschenden Deutungsmuster vermuten; (4) die medizinischen Subspezialisierungen und Hierarchiegefüge ermöglichen eine Fokussierung auf Akteure, die in ihrem beruflichen Alltag an verschiedenen Konstellationen teilhaben, sodass die Gleichzeitigkeit von Wandel und Permanenz in ihrer Komplexität analysiert werden kann.

1.1 Rückblick auf arbeitsteilige Differenzierungen im westlichen medizinischen Berufsfeld

Im Herrschaftsbereich der römisch-deutschen Kaiser wurde die Heilkunde vom Frühmittelalter bis zum Hochmittelalter vor allem durch Mitglieder männlicher und weiblicher Klöster ausgeübt. Dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit und der Nächstenliebe folgend behandelten Ordensmenschen alle um Hilfe bittenden Kranken. Die medizinische Versorgung lag hauptsächlich in den Händen von Mönchen und Nonnen, denen ein Wissen zur Heilwirkung von Kräutern und Pflanzen innerhalb ihres Ordens weitergegeben worden war. Der Zugang zur klostermedizinischen Ausbildung hing zu dieser Zeit nicht von der Geschlechtszugehörigkeit³ ab, sondern von der Zugehörigkeit zu einem Orden, welcher sich der Erlangung des Seelenheils der Armen- und Krankenversorgung widmete. Innerhalb der Hospitäler herrschte eine vertikale Arbeitsteilung zwischen den Geistlichen und den meistens aus den ärmsten Schichten der Bevölkerung stammenden Nicht-Geistlichen – sogenannte Wärter:innen, die im Rahmen des Lohnwartsystems Aufgaben ausführten, die als zu grob oder zu schmutzig für Ordensmitglieder gehalten wurden (Bischoff 1984, S. 16 ff.).⁴ Außerhalb der Hospitäler wurden die Kranken durch zahlreiche Kategorien von Heilkundigen mit höchst unterschiedlichen Wissenshintergründen behandelt. Bader, Barbieri, Scherer, Bruchschneider und Knocheneinrenker besaßen handwerkliche Fertigkeiten, die sie anwendeten, um bestimmte Leiden aufzuheben. Sogenannte ‚weise Frauen‘ nutzten mittels Erfahrungen über Generationen von Frauen gesammelte Kenntnisse, um Beschwerden von Schwangeren und Gebärenden zu lindern sowie um den Geburtsprozess zu fördern. Medikusse stützten sich auf die Lehre von

3 Eine der bekanntesten Figuren der Klostermedizin war die Benediktinerin Hildegard von Bingen. Sie genoss lange Zeit eine besonders hohe Anerkennung aufgrund der zwei natur- und heilkundlichen Abhandlungen, die sie im 12. Jahrhundert verfasste.

4 Nach der Auflösung zahlreicher Klöster infolge der Reformation gewann das Lohnwartsystem an Relevanz für die Krankenversorgung in evangelischen Gemeinden (Bischoff 1984, S. 22).

den vier Körpersäften – die Humoralpathologie, um Krankheiten zu verhindern und gegebenenfalls zu heilen.⁵

Im 18. Jahrhundert geht der politische und wirtschaftliche Wandel mit Erneuerungen gesellschaftlicher Idealvorstellungen und Deutungsmuster einher. Während die feudalen Agrargesellschaften im Verschwinden begriffen sind, gerät die Legitimität der Einteilung und Hierarchisierung der Gesellschaftsmitglieder nach ihrer Standeszugehörigkeit ins Wanken. Die vormoderne Sozialordnung löst sich sukzessive auf, während andere Kategorisierungs- und Zuordnungsprinzipien an gesellschaftlicher Relevanz dazugewinnen. In den bürgerlichen Gesellschaften wird etwa ab dem letzten Drittel des 18. Jahrhunderts insbesondere die Geschlechtszugehörigkeit zu einem fundamentalen Element sozialer Differenzierung. Das hier dazugehörige ideologische Gerüst beruht auf einem polarisierten Leitbild. Dieses Deutungsmuster, das als „Ordnung der Geschlechter“ (Honegger 1991) bezeichnet wird, ist durch homologe Gegensätze charakterisiert. Die sogenannten Geschlechtercharaktere werden dabei als naturgegebene Merkmale verstanden und verschärfen so die binäre Opposition der Geschlechter. Mit Blick auf historische Arbeiten von Karin Hausen (1976) und Ute Frevert (1995) können u. a. folgende Eigenschaften zum Weiblichen bzw. Männlichen zugeordnet werden: Als ‚weiblich‘ gelten Passivität, Emotionalität, Subjektivität sowie Schwäche; als ‚männlich‘ gelten Aktivität, Rationalität, Objektivität und Stärke. Frauen werden der Sphäre der Natur und Männer der Sphäre der Kultur zugeordnet.

Diese Geschlechtercharaktere korrelieren mit einer normativen Neuformung der geschlechtlichen Arbeitsteilung, insofern der Übergang in den Industriekapitalismus auch eine neue Verteilung und Verortung der Erwerbsarbeit mit sich bringt. Die Sphären der Produktion und der Reproduktion werden dabei deutlicher voneinander getrennt. Dem Idealbild der bürgerlichen Kleinfamilie entsprechend, bedeutet dies eine strikte Separierung und Hierarchisierung der beruflichen und familialen Funktionen. Frauen sollen ihren ‚natürlichen Pflichten‘ im Bereich des Privaten nachgehen. Männer hingegen sind durch die Ausübung ihres Berufs sowohl für das Haushaltseinkommen als auch für den gesellschaftlichen Fortschritt verantwortlich.⁶ Auf kognitiver Ebene wird die

5 Von der Antike bis ins 18. Jahrhundert erklärten Anhänger:innen dieser Theorie Krankheiten mittels Störungen in der Zusammensetzung und im Fluss von gelber Galle (*cholera*), schwarzer Galle (*melancholia*), Blut (*sanguis*) und Schleim (*phlegma*). Da sie die Prozesse der Diagnosestellung und der Aufhebung von Säfteungleichgewichten in erster Linie theoretisch erfassten und vermittelten, bestrebten sie eine Akademisierung der medizinischen Ausbildung.

6 Dieses Leitbild hatte nur wenig mit der Lebensrealität der Familien der Arbeiter:innenklasse zu tun. So nahm die Mehrheit der weiblichen Bevölkerung vielmehr aktiv an der Bestreitung des Lebensunterhaltes teil; etwa als Näherin, Amme, Feldarbeiterin oder auch als Fabrikarbeiterin (u. a. Perrot 1978; Cockburn 1985/1988; Hausen 1993; Wikander 1998, S. 28 f.; Battagliola 2008).

Zugehörigkeit zu einem Geschlecht eng mit bestimmten Kompetenzen für einen Beruf verknüpft, was zu einer vergeschlechtlichten Einteilung der Funktionen der Gesellschaftsmitglieder führt. In der industriellen Moderne war somit die Orientierung an Erwerbsarbeit und beruflichem Erfolg ein prägendes männliches Denkmuster (u. a. Hanisch 2005, S. 353 f.; Meuser 2007, S. 34 f.): Im Sinne des *breadwinner-housemaker*-Modells gehörten bezahlte Arbeit und männliche Identität zusammen.

Neben philosophischen und pädagogischen Schriften⁷ dienten auch zahlreiche wissenschaftliche Texte zur normativen Absicherung des neuen bürgerlichen Geschlechterarrangements. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts begann sich der medizinische Diskurs auf ein Zwei-Geschlechter-Modell (Laqueur 1992)⁸ zu stützen, um die bürgerliche Arbeitsteilung der Geschlechter naturwissenschaftlich zu

7 Etwa von Jean-Jacques Rousseau oder Johann Heinrich Pestalozzi (Garcia/Wobbe 2011).

8 In der erstmals 1990 veröffentlichten Studie *Making Sex*, die auf Deutsch unter dem Titel *Auf den Leib geschrieben* (Laqueur 1992) erschienen ist, zeichnete der US-amerikanische Historiker Thomas Laqueur einen Wechsel vom Ein-Geschlecht-Modell zum Zwei-Geschlechter-Modell nach. Demnach dominierte von der Antike bis ins 18. Jahrhundert ein Ein-Geschlecht-Modell, wonach die männlichen und weiblichen Körperteile verschiedene Ausprägungen eines Geschlechtskörpers seien. In dieser Anschauungsweise unterscheiden sich Frauen- und Männerkörper nicht substantiell, sondern graduell voneinander. Hier wird von einem eingeschlechtlichen Leib (ibid., S. 39 ff.) ausgegangen, in welchem zwischen den Geschlechtsorganen eine spiegelbildliche Ähnlichkeit bestand. Die Fortpflanzungsorgane werden als graduell ähnlich gesehen und unterscheiden sich vor allem durch ihre Lage (innen/außen). Mit anderen Worten: Im vormodernen medizinischen Diskurs galten Männer und Frauen als unterschiedliche Ausprägungen eines und desselben anatomischen Geschlechts. Die Wurzeln dieser Vorstellung liegen in der Kosmologie – der Lehre von der Welt, die Frauen und Männer nicht als grundsätzlich unterschiedliche Geschlechtswesen, sondern als unterschiedliche Intensitäten metaphysischer Vollkommenheit verstand. In dieser Auffassung wurde die Frau als ein minderwertigeres unvollkommenes Wesen als der Mann betrachtet. Ihr Mangel wurde auf ihre Körperwärme zurückgeführt. Folgendes Zitat des griechischen Anatomen und Arztes Galenus von Pergamon illustriert diese hierarchische nicht-dichotomische Vorstellung: „So wie der Mensch von allen Geschöpfen das vollkommenste ist, ist unter den Menschen wiederum der Mann vollkommener als die Frau. Der Grund aber dieser Vollkommenheit ist sein Überfluss an Hitze. Denn diese ist das wichtigste Werkzeug der Natur ... So ist die Frau auch in ihren Zeugungsorganen weniger vollkommen als der Mann. Denn diese Teile wurden im Innern gebildet, als sie noch im Uterus war. Und aus Mangel an Hitze konnten sie nicht nach vorn treten und frei nach außen gelangen“ (zitiert in: Schiebinger 1993, S. 234). Thomas Laqueurs Abgrenzung zwischen zwei Geschlechtermodellen wurde aufgrund vollzogener Vereinfachungen stark diskutiert. Hauptkritikpunkte sind das Verschweigen der Vielfalt an biologisch-medizinischen Vorstellungen innerhalb eines Zeitraums sowie die Darstellung des Übergangs von dem einen zu dem anderen dominanten Modell als Zäsur statt als komplexen langfristigen Wandelprozess (u. a. Park/Nye 1991; Cadden 1993; Schnell 2002; Stolberg 2003; Voß 2009, 2010).

begründen. Mediziner teilten mit Biologen, Phrenologen⁹ und Evolutionstheoretikern die Auffassung einer biologischen universellen Divergenz zwischen den Geschlechtern (Schmersahl 1998). Die Unterordnung aller Frauen und die Aufgabenverteilung zwischen Frauen und Männern wurde dadurch gerechtfertigt, dass die Geschlechtlichkeit jede einzelne Körperzelle und die gesamte Psyche durchdringe:

„Schon der schwächere Körper *bedeutet* das schwächere Geistesvermögen, die weicheren Fibern weisen auf den weicheren Charakter hin. Die kleineren Lungen *künden* von der größeren Frucht, die schlafferen Muskeln vom schlafferen Willen, der stete Wechsel der Geschlechtsverrichtung kündigt von der Launenhaftigkeit, das Unvollkommene des Geschlechtsapparates vom Schamgefühl usw.“ (Honegger 1991, S. 206; Herv. i. O.)

Diese „monokausale Struktur“ verankerte sich tief in die „kognitiven Grundarrangements der Humanwissenschaften“ (ibid., S. 212), bspw. der Anthropologie oder der Psychologie. Im späten 19. Jahrhundert wird diese Vorstellung einer radikalen Differenz zwischen Frauen und Männern durch eine sich in der Institutionalisierung befindende Wissenschaft übernommen: die Soziologie (u. a. Wobbe/Berribi-Hoffmann/Lallement 2011; Gildemeister/Hericks 2012, S. 45 ff.). Soziale Physiker:innen legitimierten eine gesellschaftliche Aufgabenzuweisung in modernen Gesellschaften und stilisierten die Berufsfelder der Ökonomie, der Bildung und der Wissenschaft zu männlichen Monopolen.

Der human-, sozial- und naturwissenschaftliche Diskurs des 18. und 19. Jahrhunderts argumentiert zugunsten eines Geschlechterarrangements, das die Vernunft und Rationalität als Merkmal des Männlichen definiert. Entsprechend sind die qualifizierten Berufe und Professionen nicht nur – wie sämtliche Erwerbstätigkeiten – tragende Säulen der männlichen Identitätskonstruktion, sondern sie sind darüber hinaus das männliche Distinktionsmerkmal schlechthin. Indem die Zugangsbedingungen zur Bildung und zum Beruf eine dauerhafte Exklusion der Frauen aus den qualifizierten Erwerbssphären garantieren, bekommen sie

9 Die Phrenologie war eine der Naturwissenschaften, die beim Ausbau des Zweigeschlechtlichkeitsmodells mitwirkte. In dieser vom deutschen Arzt und Anthropologen Franz Joseph Gall Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelten Wissenschaft wird der Schädel zum Erkennungsmerkmal menschlicher Entwicklung postuliert. Die Angehörigen dieses Wissenschaftszweigs maßen und analysierten Schädelknochen (Form, Größe, Gewicht usw.), um den Anzeichen von Intelligenz und Vernunft auf die Spur zu kommen (Renneville 2000). Sie verglichen dabei hierarchisch geordnete Menschenkategorien, insbesondere ‚Frauen‘ mit ‚Männern‘ und ‚Weiße‘ mit ‚Schwarzen‘. In diesem Zusammenhang wurden u. a. physiologische Ähnlichkeiten von Frauen und Kindern hervorgehoben und Analogien zwischen Geschlecht und Rasse betont. Der männliche weiße Mensch wurde zum Höchstmaß der Entwicklung erklärt, denn es sei bewiesen, dass das Gehirn von farbigen Männern kaum schwerer als das Gehirn von weißen Frauen sei, und dass beide leichtere Gehirne als die weißen Männer besäßen.

gleichzeitig eine besondere Stellung im Vorstellungskomplex der Männlichkeit zugewiesen: Die Abwesenheit von Frauen wird zum Beweis, dass nur der Mann die treibende Kraft des menschlichen Fortschritts sein kann.

Als Prototyp dieses bürgerlichen Arrangements gilt das medizinische Berufsfeld, in welchem die Dichotomie der Geschlechter die Komplementarität sowie die Hierarchie zwischen dem männlichen Experten – dem Arzt – und der ihn unterstützenden Frau – der Krankenschwester – zugrunde liegt. Die Etablierung des Arztberufes als Profession beruhte auf einer ethischen Orientierung am Allgemeinwohl der Bevölkerung sowie auf einer naturwissenschaftlichen Fundierung der medizinischen Handlungen. Die Darstellung der ärztlichen Expertise verlief über eine Abgrenzung und Abwertung vom Laienwissen. Der Zugang zum elitären Kreis der Ärzteschaft wurde sowohl durch universalistische als auch individualistische Kriterien (vgl. Wetterer 2002, S. 273) geregelt, die auf den ersten Blick dem meritokratischen Ideal entsprechen. Diese Logik der Exklusivität erhob aber nicht nur ausgezeichnete Bildungsergebnisse zur Vorbedingung für die Zulassung zur ärztlichen Ausbildung, sondern auch die Zugehörigkeit zum männlichen Genus, denn Frauen waren *per se* vom Hochschulwesen ausgeschlossen. „Der Zusammenhang von Geschlechtsexklusivität und Zugehörigkeit zur Elite“ (ibid., S. 227) bedeutete, dass die Professionalisierung des Arztberufes u. a. über die Vergeschlechtlichung der Hierarchie unter Heilkundigen erfolgte: Die medizinischen Spitzenpositionen waren Männern vorbehalten. Das über Generationen von Frauen zu Frauen weitergegebene erfahrungsbasierte Wissen wurde entweder zum „bloß laienhaften Verständnis [...] physiologischer Prozesse“ (ibid., S. 258) degradiert oder wissenschaftlich legitimiert, indem es von Ärzten ‚neu erfunden‘ wurde. Kurz gefasst: Die Vereinheitlichung und Verwissenschaftlichung der medizinischen Ausbildung, die im 19. Jahrhundert¹⁰ erfolgte, brachte eine Differenzierung zwischen Medizin und Pflege sowie eine hierarchische Arbeitsteilung zwischen diesen beiden Tätigkeitsbereichen mit sich.

Die Darlegung der medizinischen Profession als männlicher Expertenberuf erfolgte darüber hinaus mittels einer Umcodierung der Pflege als weiblich, d. h. als komplementäre und subordinierte Tätigkeit. Die Vergeschlechtlichung der Versorgung am Krankenbett geschah über die Umdefinierung der Pflege als „Beruf für die bürgerliche Frau“ (Bischoff 1984, S. 71). Die Polarisierung der Geschlechtercharaktere in der bürgerlichen Ordnung schrieb Frauen Eigenschaften bzw. Tugenden – bspw. die Wärme, die Empathie, die Geduld und die Mitmenschlichkeit – zu, die als berufliche Kompetenz aufgewertet wurden (u. a. ibid., S. 75;

10 Im Jahr 1852 verankerte der ärztliche Einheitsstand eine rechtliche Codifizierung der Approbation zum praktischen Arzt für Preußen.

Heintz et al. 1997, S. 72 f.; Wetterer 2002, S. 299 ff.). Diese Übereinstimmung zwischen dem neu erfundenen Idealbild der Krankenschwester und der bürgerlichen Frauenrolle begünstigte die Vergeschlechtlichung der hierarchischen Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege im 19. Jahrhundert:

„Für die alltägliche Arbeit am Krankenbett, für die Ausführung seiner Verordnungen brauchte er [der Arzt] deshalb eine zuverlässige, disziplinierte, ausgebildete und gebildete Helferin, die aber gleichzeitig seine Kompetenzen nicht infrage stellen, die sich ihm willig unterordnen, die ergeben und gehorsam seine Anweisungen ausführen sollte: Er fand sie in der bürgerlichen Frau.“ (Bischoff 1984, S. 91)

Trotz Idealisierung der Arzt-Krankenschwester-Komplementarität verlief ihr Duett nicht wie in einem *Pas de deux*. Im medizinischen Berufsalltag spielten noch drei weitere Akteur:innenkategorien eine Rolle. In einer Randposition stand erstens eine kleine aber stabile Anzahl an Krankenwärtern, die als Mitglied des Pflegepersonals Patient:innen versorgten.¹¹ Wie zu der Zeit der Klostermedizin stammten diejenigen Männer aus niedrigen Schichten und wurden insbesondere in Teilbereichen eingestellt, die große körperliche Kraft benötigten, bspw. die Psychiatrie (ibid., S. 131). Die Hebammen ließen sich zweitens trotz Herabsetzung ihres Wissens als laienhaft nur mit großem Widerstand von der Hauptbühne vertreiben.¹² Drittens strebten bürgerliche Töchter danach, zum Wohle von Kindern und Frauen medizinische Untersuchungen durchzuführen und Diagnosen zu erstellen. Trotz ihres angekündigten Interesses zur Mitwirkung blieben sie jedoch bis zur Jahrhundertwende im Publikum stehen. Nachdem sie zum Medizinstudium zugelassen¹³ wurden, stieg aber der Frauenanteil unter berufstätigen Ärzt:innen kontinuierlich an: 0,3% in 1909, 4,0% in 1927, 12,4% in 1942 (siehe Anhang A). Nach der Teilung Deutschlands hielt ein langsames Zuwachstempo in Westdeutschland an (siehe Tabelle 1).

11 Die Umcodierung der Pflege als Frauenberuf bedeutete keine Ausgrenzung von Männern aus der Ausbildung.

12 Die ‚weisen Frauen‘ genossen eine sehr hohe Anerkennung in der Geburtshilfe, und dies insbesondere auf dem Land. Zur Neuvermessung der Zuständigkeiten zwischen Gynäkologen und Hebammen, siehe Angelika Wetterers Habilitationsschrift (2002, S. 263 ff.).

13 1899 in Baden, 1903 in Bayern, 1904 in Württemberg, 1906 in Sachsen, 1907 in Thüringen, 1908 in Hessen, Preußen sowie Elsass-Lothringen und 1909 in Mecklenburg.

Tabelle 1: Frauenanteil unter den berufstätigen Ärzt:innen
in der BRD (Westdeutschland)

Jahr	Anteil
1955	15,8%
1965	17,2%
1975	20,2%
1985	24,7%

Statistiken der BÄK; Statistisches Jahrbuch der BRD

In der DDR wurden keine statistischen Angaben über die Geschlechterverteilung unter den Ärzt:innen veröffentlicht.¹⁴ Dass sich in der DDR der Zuwachs des Frauenanteils in dieser Profession rasant beschleunigte, kann aber an der starken Steigerung des Anteils unter Medizinstudent:innen festgemacht werden. Am Ende der 1970er Jahre waren fast zwei Drittel der jährlichen Absolvent:innen in der Humanmedizin dem weiblichen Geschlecht zugeordnet. Der hohe Anteil an Frauen unter den Medizinstudent:innen wird damit erklärt, dass Männer mit überdurchschnittlichen Abschlussnoten von der Polizei, der Armee sowie anderen als strategisch erachteten Institutionen abgeworben wurden, und dass die Zulassung der Kinder von Ärzt:innen – inklusive Töchtern – als Mittel zur Bremsung der Republikflucht ihrer Eltern verwendet wurde (u. a. *ibid.*, S. 232 ff.; Schagen 1996).

Die Steigerung des Frauenanteils unter den Medizinstudent:innen wurde aber ab den 1970er Jahren mittels „einer restriktiven Zulassungspolitik“ (Budde 2003, S. 237) angehalten. Die Verwehrung von Studienplätzen an Frauen, die bessere Abschlussergebnisse als zugelassene männliche Kandidaten vorwiesen, wurde als Maßnahme zur Vorbeugung eines Ärzt:innenmangels legitimiert. Sie wurde damit begründet, dass Frauen aufgrund von Schwangerschaften und von Pflegetätigkeiten zugunsten ihrer Babys zeitweise ausfallen würden und während der folgenden Jahre ihr Arbeitszeitpensum reduzieren würden. Aus einer ausgewogenen Verteilung der Studienplätze versprach man sich eine Kontinuität in der Besetzung von Stellen sowie einen breiten Bewerber:innenpool für Leitungspositionen in Krankenhäusern und Universitätskliniken. Infolge der Einführung einer „Männerquote“ (*ibid.*) bildeten die Frauen ab 1981 nur noch 55,0% der jährlichen Absolvent:innen in der Humanmedizin. 1989 lag der Frauenanteil unter den berufstätigen Ärzt:innen im Osten bei 53,5% (siehe Anhang B), im Westen bei 28,0%.

14 Die einzige Ausnahme ist das Statistische Jahrbuch von 1965, in dem angegeben ist, dass 34,8% der 1964 praktizierenden Ärzt:innen Frauen waren und 65,2% Männer (Budde 2003, S. 237). Im gleichen Jahr lagen die Anteile in der Bundesrepublik bei 17,2% für Frauen und 82,8% für Männer.

Durch die Wiedervereinigung erfuhr der Frauenanteil der in der Bundesrepublik berufstätigen Ärzt:innen einen Sprung (siehe Anhang A), und weist seit drei Dekaden einen kontinuierlichen Zuwachs auf (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Frauenanteil unter den berufstätigen Ärzt:innen
 in der BRD (vereinigtes Deutschland)

Jahr	Anteil
1990	29,0%
1995	35,6%
2000	37,1%
2005	39,2%
2010	43,0%
2015	46,0%
2020	47,6%

Statistiken der BÄK; Statistisches Jahrbuch der BRD

Mit Sicht auf aktuelle Zahlen gilt die Ärzt:inprofession als ausgewogene Berufsgruppe. Diese Einordnung muss aber stark nuanciert werden, wenn man die Männer- und Frauenanteile in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen betrachtet. Einige von ihnen bleiben weiterhin männlich dominiert, während andere bereits überwiegend weiblich besetzt sind bzw. es in den kommenden Jahren voraussichtlich werden.¹⁵

Seit fünf Jahrzehnten erfolgt ein Paradigmenwechsel durch zwei Prozesse, der mit Veränderungen im Geschlechterarrangement des medizinischen Feldes einhergeht. Einerseits führte die Transformation von der Industrie- zur Wissensgesellschaft zu einer erhöhten Relevanz von Bildungsabschlüssen. Deren Ergebnisse sind heute zu einem entscheidenden Zugangskriterium für höhere Abschlüsse und qualifizierte Berufe geworden. Anders gesagt: Das Ideal der Meritokratie wird immer vehementer anhand von langfristigen objektivierten Ergebnissen – den Durchschnittsnoten – verwirklicht. Ein Beispiel für diesen Wandel ist die Abschaffung des einheitlichen Tests für medizinische Studiengänge im Jahr 1996, wodurch der Numerus-Clausus zum einzigen Zulassungskriterium für das Medizinstudium geworden ist.¹⁶ Andererseits kann man ein Erodieren jenes Bildungsvorsprunges männlicher Schüler und Studenten beobachten, der Jahrhunderte lang bestand. Mädchen und Frauen haben heute in vielen Fächern ihre Mitschüler bzw. Kommilitonen ein- oft sogar überholt. Es ist festzuhalten, dass

15 Siehe 3.2.1.

16 Ein sogenannter ‚Medizinertest‘ wird zurzeit von einzelnen deutschen Universitäten wieder eingeführt.

besonders weibliche Erwachsene heute von einer Verknüpfung des Bildungserfolgs mit jenem meritokratischen Ideal profitieren. Gerade infolge dieser zweiten Entwicklung lässt sich von einer allmählichen ‚Feminisierung‘ des Bildungsbereichs und der qualifizierten Berufe sprechen. Im Zusammenhang mit diesen strukturellen Veränderungen wird die Berufswelt der Humanmediziner:innen zu einer immer weniger homosozialen Angelegenheit.

1.2 Wandlungsspielräume und -resistenzen mikrosoziologisch erklären

In Verbindung mit der Verschiebung der Geschlechterverteilung in bisher männlich dominierte Berufe wird eine Infragestellung und Umformung der *bis dato* akzeptierten Sinngebungsmuster und Geschlechterordnungen in den betroffenen Feldern erwartet. Bisherige Asymmetrien und Homologien der Geschlechter könnten vor dem Hintergrund eines solchen Prozesses nicht mehr den Status unhinterfragt gültiger Tatsachen behalten, auf die sich die kognitiven Strukturen der Akteur:innen stützen. Jedoch beobachten Sozialwissenschaftler:innen immer wieder, dass der Wandel im Geschlechterverhältnis innerhalb der Erwerbssphäre trotz klarer Verschiebungen auf der Ebene der Diskursivierung nur in sehr begrenztem Umfang mit Transformationen auf der Ebene der Alltagsroutinen einhergeht.

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Untersuchung besteht deshalb darin, die Gleichzeitigkeit von Wandel und Stabilität auf der Mikroebene der Akteur:innen zu entschlüsseln. In Anlehnung an Pierre Bourdieus Sozialtheorie und an die strukturelle Semiotik der *École de Paris* wird angenommen, dass Gesellschaftsmitglieder Träger:innen tief verwurzelter, teilweise nicht-manifester Klassifikations- und Differenzierungsmuster sind, die Verschiebungen und Erneuerungen rahmen. Die wiederkehrenden Kategorisierungen und Hierarchisierungen spiegeln *symbolische Tiefenstrukturen* wider, die ich als Komplexe von miteinander verknüpften kognitiven Elementen, die in geordneten und überindividuellen Mustern auftreten, definiere. Sie lassen sich in Erzählungen von Einzelnen wiederfinden und können mittels semiotisch orientierter Auswertungen rekonstruiert werden. Im Anschluss an Bourdieu verwende ich das Adjektiv ‚kognitiv‘ zur Bezeichnung von verinnerlichten mentalen Schemata der sozialen Akteur:innen, die ihre Wahrnehmung und Bewertung der Welt strukturieren. Mit dieser Arbeit versuche ich, dank der Offenlegung derartiger kognitiver Komplexe, sowohl Wandlungsspielräume wie auch -resistenzen mikrosoziologisch zu erklären.

Um dieses Vorhaben zu verwirklichen, habe ich mich dafür entschieden, den Fokus auf männliche Ärzte zu richten. Eine Fokussierung auf diese Gruppe erscheint mir besonders vielversprechend, denn es handelt sich erstens um eine

Profession, die einst männliche Autorität und Macht auf lokaler Ebene versinnbildlichte – so wie der Pfarrer und etwa auch der Bürgermeister. Zweitens stütze sich die Hierarchisierung zwischen Pflege und Medizin auf die vergeschlechtlichte Arbeitsteilung zwischen männlichem Arzt und weiblicher Krankenschwester. Drittens ist die Zulassung zum medizinischen Studiengang durch einen meritokratischen Auswahlprozess charakterisiert, der zurzeit zu einer schnellen Erhöhung des Frauenanteils unter den angehenden Ärzt:innen führt. Vor dem Hintergrund des mit der wachsenden Inklusion von Frauen in den Ärzt:inberuf verbundenen Strukturwandels sollen sowohl die verwendeten Kategorisierungen und Hierarchisierungen der im medizinischen Berufsfeld tätigen Akteur:innen als auch die professionellen Ideale, an denen sich Ärzte orientieren, rekonstruiert werden, um spannungsverursachende Widersprüchlichkeiten zwischen den offenkundigen und den nicht-manifesten Sinnschichten herauszuarbeiten.

Im Anschluss an diesen einleitenden Gedanken werden in Kapitel 2 ausgewählte soziologische Veröffentlichungen analysiert, deren Konzeptualisierungen der Zusammenhänge zwischen Männlichkeit und Arbeit die theoretische Fundierung meiner Forschungsfrage geprägt haben.¹⁷ Da zu konstatieren ist, dass die bisherigen Forschungsarbeiten über die Geschlechterverhältnisse im medizinischen Berufsfeld Ärzte in ihrer Geschlechtlichkeit nur am Rand behandeln, erfolgt in Kapitel 3 der Überblick über für mein Vorhaben relevante Studien mittels drei komplementärer Perspektiven: Eine sozio-historische Betrachtung männlicher Distinktionspraktiken, eine soziologische Analyse intra- und interberuflicher Beziehungen und Herrschaftsverhältnisse sowie epistemologische Reflexion zur Erforschung vom Wandel der Geschlechterverhältnisse in der Berufssphäre. Das Design der empirischen Studie wird in Kapitel 4 erläutert. Das Herzstück der vorliegenden Schrift bildet das Kapitel 5, in welchem ausgewählte Interpretationen sowie aus der Auswertung rekonstruierte Kategorisierungen, Hierarchisierungen und Ideale dargestellt werden. Das Kapitel 6 dient schließlich der Zusammenfassung der erlangten Ergebnisse sowie der Präzisierung des Begriffes der symbolischen Tiefenstrukturen.

17 Auch wenn die Darlegung mit dem späten 19. Jahrhundert beginnt und sich bis zum frühen 21. Jahrhundert erstreckt, darf sie nicht als Überblick über die Vorstellungen und Konzeptualisierungen des Männlichen im gesamten soziologischen Diskurs gedeutet werden. Dies würde in sich ein eigenes Forschungsvorhaben darstellen.