Franz Schultheis, Berthold Vogel, Kristina Mau (Hg.)

Im öffentlichen Dienst

Kontrastive Stimmen aus einer Arbeitswelt im Wandel

[transcript]

Das Buch entstand im Rahmen eines von der DFG, dem SNF und dem FWF geförderten D-A-CH-Projektes mit freundlicher Unterstützung durch den Dr. Albert Bühler-Reindl-Fonds der Universität St. Gallen (Schweiz).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© 2014 transcript Verlag, Bielefeld

Die Verwertung der Texte und Bilder ist ohne Zustimmung des Verlages urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Korrektorat: Andreas Merkel, Köln
Satz: Michael Rauscher, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-2770-1
PDF-ISBN 978-3-8394-2770-5

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *http://www.transcript-verlag.de*
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter: *info@transcript-verlag.de*

Inhalt

Dank | 7

Einleitung
Franz Schultheis/Berthold Vogel | 9

»Dann kann man Leute von der Straße holen und ans Bett stellen«
Zwei Einschätzungen zu Anerkennung, Kompetenz und Qualifikation unterschiedlicher Ausbildungsabschlüsse innerhalb der Pflege in der Schweiz
Kristina Mau/Constantin Wagner | 19

Should I stay or should I go
Strategien des Umgangs mit einem unmöglich gewordenen Beruf
Andreas Pfeuffer | 39

»Ich bin immer noch Pöstler«
Metamorphosen des »Gelben Riesen« aus divergierenden Blickwinkeln
Franz Schultheis | 63

»Also es ist einfach die hohe Flexibilität vom Springerteam, wo mir gefällt«
Flexibilisierte Arbeitsverhältnisse aus Sicht der Arbeitnehmer
Kristina Mau | 83

Ein weites Feld
Berufsbiographische Flugbahnen
in und durch den öffentlichen Dienst im Vergleich
Franz Schultheis | 113

»Und ich möchte auch die Leute motivieren, einen Gesundheitsberuf zu erlernen«
Zur Bedeutung von »Herkunft«: zwei Ausbildner in der Pflege im Vergleich
Constantin Wagner | 129

Zwischen »Fordern« und »Fördern«
Das Doppelmandat in der Sozialhilfe
Kristina Mau/Constantin Wagner | 147

Wer trägt die Verantwortung für öffentliche Güter?
Ein Kämmerer, ein Hauptamtsleiter, ein Infrastrukturmanager und ein Postbetriebsrat nehmen Stellung
Berthold Vogel | 165

New Public Management im Rathauskeller
Andreas Pfeuffer | 185

»Noch nicht genug« oder »zu viel des Guten«?
Die Veränderung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege aus der Sicht eines Leitenden Arztes und einer Pflegedienstleiterin
Michael Gemperle | 207

»Auch wenn wir keine Zeit mehr haben, nehmen wir uns manchmal noch welche«
Zusteller unter dem Druck betriebswirtschaftlicher Restrukturierungen
Michael Gemperle | 223

»Wir Alten sind die Blödsten«
Implizite und explizite Generationenkonflikte zwischen Mitarbeitenden der Verkehrsbetriebe
Kristina Mau/Constantin Wagner | 241

Vom »Dienen« mit Leib und Seele zur »Work-Life-Balance«
Metamorphosen des ärztlichen Habitus am Beispiel zweier weiblicher Berufsbiographien
Franz Schultheis/Tina-Maria Willner | 257

Wie lassen sich Erwerbsbiographie und Berufsethos im Dienste öffentlicher Güter darstellen?
Abschließende Anmerkungen zum methodischen Experiment der Fallkontrastierung
Franz Schultheis/Berthold Vogel | 283

Literatur | 287

Kurzbiographien | 293

Dank

Diese Publikation entstand im Rahmen des Projektes »Im Dienste öffentlicher Güter: Akteure, Institutionen, Praktiken«, beruhend auf einer Forschungskooperation zwischen dem Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen, dem Hamburger Institut für Sozialforschung und der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt in Wien, und wurde von Oktober 2010 bis März 2013 finanziert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, den Österreichischen Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung FWF und den Schweizerischen Nationalfonds SNF.

Mit freundlicher Unterstützung durch den Dr.-Albert-Bühler-Reindl-Fonds der Universität St. Gallen (Schweiz).

Unser Dank gilt Dr. Artur Göser für das sorgfältige und kompetente Lektorat sowie all jenen Produzenten öffentlicher Güter, die bereit waren, Zeugnisse von ihren Erfahrungen in der Arbeitswelt zu liefern.

Verhaltensweisen einhergehen, die selbst wiederum im Sinne einer »sich selbst erfüllenden Prophezeiung« reale soziale Wirkungen erzielen und dazu beitragen, dass Herr Paul in seinem Kollegenkreis bestens integriert ist und sich hier wohl aufgehoben fühlt, während Frau Gubser mehr und mehr auf Distanz zu ihnen geht und sich dabei auch aktiv ausgrenzt.

Beide Erzählungen erinnern an die Parabel »Boule de suif« (Fettklößchen) bei Guy de Maupassant. Es geht um einen Pferdewagen, bei dem eine Person vorne auf dem Bock sitzt und den eingeschlagenen zukünftigen Weg vor Augen hat, während die andere hinten mit dem Rücken zur Fahrtrichtung sitzt und den zurückgelegten Weg sich zwischen den Rädern des Wagens »abspulen« sieht. Unterschiedliche Positionen – unterschiedliche Perspektiven – unterschiedlich (erlebte) Wirklichkeiten.

Es gehört zum »Schicksal« von Generationen, dass sie beim Eintritt in eine spezifische Arbeitswelt immer auf ein mehr oder weniger offenes Feld des Möglichen treffen, welches ihren Mitgliedern mehr oder minder attraktive und verlässliche Lebenschancen eröffnet. Von einer Generation zur nächsten können sich Arbeitswelten radikal wandeln, im Laufe des Arbeitslebens einer Generation aber auch, wie wir das soeben anhand des »Schicksals« einer älteren Busfahrerin in Kontrast zu den Erfahrungen und Einstellungen eines jüngeren Kollegen erkennen konnten.

Im nachfolgenden Dialog zwischen zwei Ärztinnen des gleichen Spitals wird die Frage der generationsspezifischen Erfahrung in einer konkreten Arbeitswelt mit der Frage nach dem besonderen »Geschlechtsschicksal« von Frauen verknüpft und aufgezeigt, wie sehr sich im Laufe einer Generation ein Berufsethos und die mit ihm verknüpften Selbstverhältnisse verändern können und wie unterschiedlich Frauen beim schwierigen Balanceakt ihrer Work-Life-Balance entscheiden und handeln.

Vom »Dienen« mit Leib und Seele zur »Work-Life-Balance«

Metamorphosen des ärztlichen Habitus am Beispiel zweier weiblicher Berufsbiographien

Franz Schultheis/Tina-Maria Willner

Die hier präsentierte soziologische Analyse geht anhand zweier ausgewählter qualitativer Interviews mit Ärztinnen des gleichen Schweizer Kantonsspitals der Frage nach dem Wandel von institutionellen Strukturen und beruflichem Habitus, also objektiven Gegebenheiten der ärztlichen Arbeitswelt und subjektiven Dispositionen und Selbstverhältnissen innerhalb einer von beschleunigten Transformationsdynamiken betroffenen Sphäre des öffentlichen Dienstes, nach. Hierbei gilt der Frage nach dem soziohistorischen Wandel eben dieses »öffentlichen Dienstes« ein ganz besonderes Erkenntnisinteresse.[1]

Wie kaum ein anderer Sektor der Arbeitswelt stehen die öffentlichen Dienstleistungen im Spannungsfeld starker wirtschaftlicher Restriktion und öffentlicher Anforderung. Strategien effizienter Mittelverwendung müssen mit der Sicherung des Gemeinwohls in Einklang gebracht werden. Die Qualität gesellschaftlichen Zusammenlebens wird in Zukunft nicht zuletzt davon abhängen, welche Wege in der Herstellung öffentlicher Güter von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern öffentlicher Dienste gefunden werden.

1 | In diesen Beitrag fließen Material und Befunde aus einem dem DACH-Forschungszusammenhang angegliederten Projekt von Tina Willner ein. Ihre Promotionsarbeit »Vom Halbgott in Weiß zum Unternehmer: Chefärzte und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens«, die in Zusammenarbeit mit einem Schweizer Kantonsspital entstand, beschäftigt sich u.a. mit der zunehmenden Migration von Kaderärzten aus öffentlichen Krankenhäusern. Dank zahlreicher Experteninterviews mit Chefärzten und Leitenden Ärzten öffentlicher und privater Spitäler konnten weitere Forschungsschwerpunkte wie die Auswirkungen der Privatisierungswellen und der Managerialisierung und (De)professionalisierungstendenzen auf den Arztberuf kritisch beleuchtet werden.

Das Forschungsvorhaben sollte neue Einsichten darüber bringen, mit welchen Chancen und Belastungen, mit welchen Widersprüchen und Konflikten die veränderten Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen für diejenigen, die im Dienste öffentlicher Güter stehen, verknüpft sind. Weitgehend unbemerkt von der breiten Öffentlichkeit veränderten sich in den letzten Jahrzehnten deren Arbeitsbedingungen durch neue Organisationskonzepte, Privatisierung und Rationalisierung grundlegend. Der öffentliche Sektor folgt neuen Leitbildern, die stärker privatwirtschaftlich geprägt sind. Das Projekt möchte die Umbrüche aus der Perspektive der Beschäftigten nachzeichnen und analysieren, wie die betroffenen Personen die Entwicklungen deuten und verarbeiten.

Gefragt wird u.a., wie sich diese Veränderungen auf die Erwerbsbiographien, beruflichen Identitäten und das Arbeitsethos der Beschäftigten auswirken. Diesen und anderen Fragen wird nachfolgend am Beispiel weiblicher Berufsbiographien innerhalb der Krankenhaus-Ärzteschaft nachgegangen. Auf den ersten Blick mag dieses Beispiel wenig repräsentativ wirken, waren solche Karrieren doch bis vor kurzem noch durchaus selten und, wenn überhaupt, in der Regel auf untere hierarchische Stufen beschränkt. Dies trifft durchaus auf die jüngere der beiden nachfolgend ausführlich zu Wort kommenden Probandinnen zu. Sie hat sich bewusst und gezielt für eine spezifische Form der Work-Life-Balance entschieden und befindet sich in einer für ihre Bedürfnisse geradezu maßgeschneidert wirkenden beruflichen Position, die ihr die gewünschte optimale Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht. Damit scheint sie im Übrigen dem seit kurzem im Schweizer Krankenhauswesen herrschenden neuen Arbeitsregime, basierend auf einer klaren arbeitsrechtlichen Regulierung der Arbeitszeit, geradezu idealtypisch zu entsprechen. Die ältere der beiden hingegen, eine Generation früher in diese damals noch deutlich als Männerdomäne konnotierte Berufskarriere tretende Gesprächspartnerin verkörpert ebenso idealtypisch das überkommene Arbeitsethos des alten Krankenhausregimes, und dies sogar in der besonders exponierten und fordernden Position und Rolle einer Chefärztin, eine für Frauen ihrer Generation höchst selten erreichte Karrierestufe.

In dem hier präsentierten »Dialog« zweier unterschiedlicher biographischer Werdegänge und Identitätskonstruktionen wird bewusst polarisierend verfahren, um verstehend nachvollziehbar zu machen, dass es sich zwar um entgegengesetzte weibliche Selbstentwürfe im Spannungsfeld familialer und beruflicher »Karrieren« handelt, beide auf ihre je eigene Art jedoch völlig stimmig und konsequent erscheinen und das »Feld des Möglichen« gemäß den je eigenen normativen Ansprüchen an ein »gelungenes Leben« nutzen. Trotz der zunächst offenkundigen Gegensätzlichkeit der beiden Lebensentwürfe kommt dennoch auf markante Weise das von beiden geteilte weibliche »Geschlechtsschicksal« zum Ausdruck, zwischen den Erfordernissen und Anforderungen zweier getrennter Lebenswelten – Beruf und Familie – und zwischen zwei verschiedenen Funktionen – produktive Tätigkeit hier, Reproduktions- und Regenerationsarbeit dort – zu vermitteln und eine schwierige Balance zu finden.

Wie gezeigt werden soll, entscheidet sich die ältere der beiden Probandinnen für eine steile Berufskarriere und eine Form des Dienstes am öffentlichen Gut Gesundheit mit »Leib und Seele« und einer an eine »totale soziale Rolle« (Goffman) erinnernden Hingabe, unter notwendigem Tribut an Karriere und berufsständisches Ethos zu zahlenden Verzicht auf eine Familienkarriere. Diese Form des Geschlechtsschicksals wirkt aus der Sicht der traditionellen weiblichen Rollendefinition wie die Wahl zwischen »alles« oder »nichts«, nimmt sich jedoch in der von der Probandin gelieferten Erzählung ihres Lebensweges eher als eine Wahl zwischen »alles« hier oder »alles« dort aus. Demgegenüber erscheint ihrer jüngeren Kollegin, wie zu sehen sein wird, eine solch totale Rollenzuschreibung erst gar nicht im Horizont des biographisch Denkbaren, da der Kinderwunsch und das Projekt einer Familiengründung geradezu selbstevidenter Bestandteil des eigenen Lebensentwurfes sind. Damit einher geht eine ganze Reihe an ebenfalls bewusst in Kauf genommenen Verzichten, Einschränkungen und Abflachungen der biographischen Flugkurve. Für die Ärztinnen beider Generationen ist das jeweilige biographische Schicksal bei allen sichtbaren Differenzen immer noch insofern »geschlechtsspezifisch«, als ihre männlichen Kollegen vor ihren Augen ihre Berufskarrieren ohne dieses grundlegende Dilemma und ohne vergleichbare kognitive und moralische Dissonanzen absolvieren können: ein beachtliches Privileg!

Wenn wir dieser Frage hier gerade am Beispiel des Arztberufes nachgehen wollen, so liegt dies zuallererst am Gegenstand unseres Forschungsvorhabens und unseren diesbezüglichen Erkenntnisinteressen: dem öffentlichen Sektor und seinen Arbeitswelten.

Der Beruf des Krankenhausarztes war bis vor kurzem eine typische Männerdomäne, und erst in den letzten Jahrzehnten haben Frauen vermehrt Zugang zu dieser Berufswelt erhalten. Selbstverständlich waren sie auch zuvor massiv präsent, jedoch als Pflegepersonal und in einer gegenüber den männlichen Akteuren subalternen Rolle.[2] Vor dem Hintergrund der Bildungsexplosion gerade unter der weiblichen Bevölkerung unserer fortgeschrittenen kapitalistischen Gesellschaften kam es dann ab den 1980er Jahren zu einer verstärkten Feminisierung des Arztberufes im Allgemeinen und der Ärzteschaft des Krankenhauswesens im Besonderen, allerdings weiterhin in deutlich hierarchischen Abstufungen mit der dortigen Männerwelt. Dass sich in eben diesen Jahrzehnten der Feminisierung der Ärzteschaft auch ein grundlegender Strukturwandel in der Arbeitswelt Kran-

2 | Es sei hier en passant an die Sonderrolle der Schweiz in Sachen weiblicher Emanzipation in dieser Berufswelt erinnert. Nachdem die Universität Zürich im Jahre 1868 erstmals eine Frau, Marie Vögtlin, zum Studium der Medizin zugelassen hatte, promovierte diese – ein internationales Novum – im Jahre 1874 und eröffnete eine Arztpraxis.

kenhaus vollzog und sich im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens unter der Ägide wirtschaftswissenschaftlich ausgebildeter und orientierter Manager ein deutlicher Machtverlust dieses Berufsstandes abzeichnete, ist durchaus signifikant, und man könnte die Hypothese aufstellen, dass beide Prozesse deutliche Interdependenzen aufweisen, die es im Folgenden zu skizzieren gilt. Erinnert sei auch schon jetzt daran, dass die von sozialwissenschaftlichen Analysen des modernen Welfare State immer wieder betonte und belegte enge Verbindung zwischen dem Ausbau der staatlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme und der fulminanten Zunahme weiblicher Erwerbstätigkeit gerade in den Sektoren öffentlicher Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen hier einen direkten Niederschlag findet. In den oft stark ideologisch gefärbten politischen Debatten, die bis in den wissenschaftlichen Diskurs hineinwirken, wird immer wieder kontrovers über die gesellschaftlichen Konsequenzen dieses Prozesses diskutiert. Kritiker machen den Vorwurf, der öffentliche Dienst ziehe die weibliche Arbeitskraft aus ihrer ureigensten und angestammten Domäne, dem familialen Haushalt und ihren dortigen Funktionen, ab in ein Erwerbsverhältnis in anonymen Institutionen, wo diese sich dann um die Kinder anderer Mütter kümmerten, anstatt um ihre eigenen, die ja in dieser Logik der Externalisierung von Reproduktionsarbeit ebenfalls einer öffentlichen Betreuungsanstalt anheimgestellt würden, Kranke und pflegebedürftige ältere Menschen in öffentlichen Einrichtungen versorgten, statt ihre eigenen Familienmitglieder in ähnlicher Situation etc. etc. Unter der halb ironischen, halb polemischen Losung »two times married to welfare state« wird dann immer wieder darauf verwiesen, dass das sich in den letzten Jahrzehnten tiefgehend und nachhaltig verändernde weibliche Geschlechtsschicksal ganz zentral der Rolle des modernen Staates verdankt. Dessen »linke Hand« offeriert den Frauen nicht nur qua Bereitstellung außerhäuslicher Betreuungseinrichtungen für ihre Kinder die materiellen Voraussetzungen einer beruflichen Tätigkeit und Karriere. Die »linke Hand« des Staates eröffnet ihnen gleichzeitig interessante berufliche Felder, welche nicht nur in den Nachkriegsjahrzehnten geradezu boomten, sondern bietet im Vergleich zu den meisten privatwirtschaftlichen Sektoren auch deutlich bessere Rahmenbedingungen für eine Doppelkarriere aus Familie und Beruf. Auch diesem Aspekt werden sich unsere Überlegungen entlang der Erzählungen unserer beiden Probandinnen zuwenden.

Diese Erzählungen sind jedoch nicht allein durch einen unterschiedlichen historischen Generationenzusammenhang gekennzeichnet, der deutlich divergierende Handlungs- und Karrierechancen für Frauen bot, sondern auch durch eine sehr unterschiedliche familiale Herkunft und je andere, mit dieser sozialen Herkunft einhergehende Affinitäten mit der Arbeits- und Lebenswelt des Ärztestandes. Während die ältere der beiden aus einer regelrechten Ärztedynastie stammt und dieser Beruf seit mehreren Generationen den sozialen Status, das Alltagsleben und das Selbstverständnis ihrer Familie prägt, ist die jüngere Kollegin Kind einer bildungsfernen Familie und ohne eine solche Mitgift. Mehr noch: Während sich im ersten Falle schon in der Kindheit ein klares Berufsziel profiliert

und der eigene Vater als unerschütterliches Vorbild für die Ausprägung der eigenen berufsethischen Motive und Rollenverständnisse fungiert, wird bei ihrer jüngeren Kollegin zwar auch der Vater eine zentrale Rolle spielen, jedoch allein durch seinen ehrgeizigen Wunsch, die eigene Tochter in eine so erstrebenswerte berufliche Laufbahn einmünden zu sehen. Wenn im ersten Falle die imposante Vaterfigur als eine Art Patron über eine Art familiales Minispital nachhaltigen und mächtigen Ansporn dafür bietet, so weit wie möglich die eigene ärztliche Karriere voranzutreiben und zu perfektionieren, wird die jüngere Kollegin oft mehr durch sich bietende Gelegenheiten, pragmatische Arrangements und Kompromisse angeleitet.

Aber auch hier gibt es neben den offenkundigen Divergenzen der beiden biographischen Flugbahnen wieder bedeutsame Konvergenzen: Die künftige Chefärztin und Mitglied der Geschäftsleitung des Kantonsspitals beginnt diese Flugbahn ja auf einer beachtlichen familialen Flughöhe, die jüngere Kollegin hingegen startet von tief unten in der gesellschaftlichen Hierarchie und kann deshalb das von ihr Erreichte ebenso als beachtlichen Erfolg einer »selfmade woman« verbuchen.

An diesem Punkt unserer Polarisierung zweier individueller Werdegänge im »Dienste des Gutes Gesundheit« bedarf es einer stärkeren Kontextualisierung vor dem Hintergrund der Transformationsprozesse des betreffenden gesellschaftlichen Feldes. Denn nur auf diese Art gewinnen die beiden kontrastierenden Profile ihre soziologische Signifikanz und werden gegen den Kurzschluss gewappnet, es handele sich um irreduzibel singuläre Fälle, direkte Niederschläge zweier unterschiedlicher Persönlichkeiten und verschiedener rein subjektiver Lebensentwürfe. Die beiden hier gegenübergestellten »Generationen« stehen für zwei unterschiedliche historische Momente des Feldes der öffentlichen Gesundheitsversorgung bzw. des Krankenhauswesens der Schweiz, und zwischen diesen beiden Momenten liegt, wie bereits angedeutet, eine Phase intensiver, tiefgehender und nachhaltiger struktureller Veränderungen, ja Verwerfungen, welche den Beruf des Krankenhausarztes, seine soziale Position innerhalb dieser Institution in Relation zu anderen Akteursgruppen und nicht zuletzt auch sein berufsständisches Selbstverständnis und -verhältnis sehr grundlegend tangieren. Denn der Wandel der objektiven gesellschaftlichen Strukturen als alltagsweltlicher Handlungsraum, die Veränderung in der Verteilung von Handlungschancen der unterschiedlichen Akteursgruppen in ihm und der Wandel der Machtbalancen, nicht zuletzt zwischen den Geschlechtern, gehen in ihrer Gesamtdynamik unweigerlich mit ebenso grundlegenden Veränderungen der subjektivierten bzw. dem Habitus eingeschriebenen mentalen, ethischen und verhaltensmäßigen Dispositionen einher. Anders gesagt, galten zu der Zeit, als die ältere Kollegin ihre erstaunliche Karriere im Feld der Krankenhausmedizin startete, um Bourdieu zu paraphrasieren, andere Spielregeln, ging es um andere Spieleinsätze, wurde seitens der »Spielenden« ein anderer »Spielsinn« und andere Strategien erwartet und gefordert als 30 Jahre später, drei Jahrzehnte, die durch eine massiv beschleunigte Veränderungsdynamik charakterisiert sind.

Im Dienste der Patienten: Wege in den Ärztberuf, historischer Kontext und Geschlechterschicksal am Beispiel zweier biographischer Flugbahnen

Nachfolgend präsentieren, kommentieren und analysieren wir die in qualitativen Interviews mit zwei Ärztinnen des gleichen Schweizer Kantonsspitals gewonnenen Einblicke in die jeweiligen Lebensentwürfe, den familialen Hintergrund, die Motivationen und Dispositionen, die der Studien- und Berufswahl zugrunde lagen, die Rollenwahrnehmungen und -definitionen, Karrierestrategien, Erfahrungen in der Arbeitswelt, die Beziehungen zwischen Berufs- und Privatsphäre und die in einer Vielzahl von Äußerungen, Stellungnahmen und Urteilen zum Ausdruck kommenden Habitus der beiden Probandinnen. Was sie bei vielen Gemeinsamkeiten trennt, ist zunächst der familiale Hintergrund, dann der generationsspezifische Kontext, das heißt je unterschiedliche soziohistorische Zustände des Feldes der Krankenhausmedizin und der sich dort – gerade für Frauen – auftuenden Felder des Möglichen und ihre Grenzen. Diese gehen, wie Bourdieu immer wieder unterstreicht, auch mit in die dem Habitus eingeschriebenen Grenzen des Vorstellbaren und Machbaren einher.

»Die pure Kopie des Vaters«: Die Erbin einer Ärztedynastie

– Ich würde zu Beginn gerne von Ihnen erfahren, wie Sie zum Beruf des Arztes bzw. der Ärztin kamen?

Frau Stieger: Das ist sehr einfach, da ich aus einer Ärztefamilie stamme. Mein Vater war Hausarzt hier in der Region mit einer großen Allgemeinpraxis, damals noch ohne Spital; alles, was dazugehörte, wurde behandelt: Medizin, Unfall, Kind, Frauen, Heilkunde etc. Der Großvater war bereits Mediziner im selben Haus, seitens der Mutter auch bereits, ihr Vater war Tierarzt. Über drei Generationen verteilt, sind wir nun etwa 14 Ärzte: Humanmedizin, Veterinärmedizin, Zahnmedizin etc. Seit dem Kindergarten wollte ich schon immer Medizin machen, immer... Bei uns war die Praxis im Wohnhaus integriert, nicht mal eine Türe hat beides abgetrennt. Bei uns war immer Durchgangsverkehr, nach der Schule bin ich inmitten der Praxis im Parterre gelandet. Sie müssen sich dies wie ein Wohnhaus vorstellen, unten wohnt man und oben was auch immer. Das war ein durchgängiges Haus mit nur einer Treppe und auch nur einem Telefon. Wenn folglich ein Anruf kam, dann wusste man nie, ist dies nun privat oder für die Praxis. Bei uns waren die Praxis und der Haushalt eine Einheit.

– Wie war dies für das Familienleben?

Frau Stieger: Es gab zwei Aspekte. Das Familienleben hat man dem Beruf des Vaters untergeordnet. Er war Bezirksarzt, er war im Schulrat, in der Aufsichtskommission der psychiatrischen Klinik, er war dann noch Oberst im Militär, in der Sanität. Er war so, wie Abbe Pierre gesagt hat: »Il faut s'engager jusqu'à la mort.« Das habe ich bei ihm wirklich erlebt. Das Leben des Vaters war die Medizin, und die Mutter hat sich quasi diesem angepasst oder untergeordnet. Sie hat dort nicht direkt mitgearbeitet, außer Ferienvertretungen gemacht, aber sie hat das ganze Büro gemacht, Rechnungen mit der Schreibmaschine geschrieben, Krankenscheine ausgefüllt etc. und eben, wenn eine Praxisschwester weg war, hat sie die Vertretung gemacht. Es ist schon so, dass der Beruf des Vaters unser Leben geprägt hat, und bereits als Kinder waren wir sehr involviert, da man jedes Telefon auch im Wohnbereich hörte. Wenn ich dieses Bild so skizziere, dann bin ich von meiner Einstellung, von der Berufsvorstellung, vom Engagement und vom Leistungsvermögen das pure Abbild, die pure Kopie des Vaters. Ich wollte immer hundertprozentig und zwar ohne Abstrich Medizin machen. Da ist bei Frauen immer noch die Frage nach Familie und Kindern. Und ich fand immer, dass wenn ich etwas mache, dann mache ich es vollumfänglich. Die Alternative war ein Bauernhof und ein paar Kinder, aber auch das hätte aufgehen müssen.

Eine berufliche Primärsozialisation wie aus dem Bilderbuch! Ein idealtypischer ärztlicher Habitus ist ihr geradezu in die Wiege gelegt worden. Der Vater als großes biographisches Vorbild ist zweifacher Patriarch: gegenüber seinen Patienten, über deren Wohl er mit väterlicher Sorge und Aufopferung wacht, wie auch gegenüber seiner Familie. Die für die bürgerliche Familie übliche Trennung von Arbeitswelt und Privatsphäre ist hier aufgehoben: Man lebt und wirkt in einem entgrenzten Lebensraum. Der ganze private Kosmos dreht sich um ihn, er bestimmt die räumlichen und zeitlichen Strukturen des Alltags. Die väterliche Praxis bildet den Kernbereich des Familienlebens, an dem buchstäblich kein Weg vorbeiführt. Die klassische bürgerliche Trennung von Arbeits- und Privatleben ist nicht vorzufinden, hingegen aber die geschlechterspezifischen Rollenbilder.

Der Vater ist auch eine Autorität des öffentlichen Lebens und nimmt eine Spitzenstellung unter den örtlichen Honoratioren ein. Hinter dieser Omnipräsenz und Omnipotenz des Pater familias wirkt eine Gesinnungsethik, die keine Halbheiten kennt bzw. zulässt. Funktionieren kann dieses radikale Berufsethos allerdings nur dank einer klaren Delegation aller Reproduktions- und Regenerationsaufgaben an den weiblichen Part der Familie. Es bedarf einer nicht minder radikalen komplementären Rolle des Mutter- und Ehefrau-»Berufes« mit ebenso totaler Hingabe, ergänzt durch Funktionen der Arzthelferin und Sekretärin. Mann und Frau ergänzen sich in Perfektion und bieten der Tochter zwei alternative, gleichermaßen stimmige und legitime Rollenmuster an, zwischen denen sie sich wird entscheiden müssen. Das Feld des biographisch Möglichen wird für sie durch die Radikalität beider Formen des »Dienens« und der »Hingabe« klar strukturiert und sie wird zwischen diesen beiden »totalen Rollen« wählen: Laue Kompromisse, ein Sowohl-als-auch, kommen hier für den eigenen Lebensentwurf nicht in Frage. Sie entscheidet sich dafür, in die Fußstapfen des großen Vorbildes zu treten, und sie wird dies mit aller Konsequenz tun, also zuallererst unter Verzicht auf die Alternative »Bauernhof und ein paar Kinder«, welche ihrer Ansicht nach durchaus auch hätte »aufgehen« können. Sie entscheidet sich »vollumfänglich« (!) für die Medizin, die sie »ohne Abstrich« machen will und schließlich auch machen wird, denn sie bringt ja alles Notwendige und Denkbare für eine erfolgreiche Karriere in diesem Berufsfeld mit, scheint geradezu prädestiniert

für sie. Wie zu sehen sein wird, durchläuft sie diesen früh gewählten Lebensweg sehr geradlinig, und es wirkt fast so, als ob die wohlbekannten geschlechtsspezifischen Hindernisse für sie ab dem Zeitpunkt, wo die große Weichenstellung zwischen beiden Lebensentwürfen erfolgt ist, nicht mehr gelten. Frau Stieger bringt vieles mit, um einen solchen beruflichen Erfolg in einer damals noch viel stärker männerbeherrschten Domäne zu haben: das große Vorbild, die seit der frühen Kindheit erworbene und dem Habitus eingefleischte Vertrautheit mit der ärztlichen Praxis im zweifachen Sinne des Wortes, wohl auch eine gehörige Portion Selbstbewusstsein und -sicherheit und einen klaren Lebensentwurf. Sie ist »Erbin«, aber, um Marx zu paraphrasieren, kann man ebenso gut sagen, dass das väterliche Erbe, das sie antreten wird, auch von ihr Besitz ergreift, sie in Beschlag nimmt. Als Erbin bringt sie das von mehreren Generationen einer Ärztedynastie erarbeitete und akkumulierte berufliche Kapital mit, der gute Name der Ahnen als symbolisches Kapital, das schon früh erworbene Know-how als kulturelles Kapital, die väterlichen Netzwerke als soziales Kapital – vom ökonomischen schweigen wir, denn wie sie selbst sagen wird: Geld hat man, darüber spricht man nicht!

Mit dieser biographischen Ausgangslage unterscheidet sich Frau Stieger mehr als deutlich von ihrer jüngeren Kollegin. Selbst wenn diese auch in den Genuss einer solchen intergenerationellen Transmission der ärztlichen Berufsrolle gekommen wäre, so doch kaum mehr in Form einer derart radikalen Immersion ab der frühen Kindheit.

»...DA HATTE MEIN VATER IMMER GEDACHT, SEINE TOCHTER WIRD ÄRZTIN, UND SO IST ES GEWORDEN«: EINE PRAGMATISCHE AUFSTEIGERIN

– War Arzt Ihr Wunschberuf? War das Ihnen klar oder ist das doch eher zufällig?
Frau Warg: Also ich wollte nie Frauenärztin werden. Ich wollte nie Psychosomatik machen. Es ist so, wie es im Leben kommt, gell? Ich habe dann halt angefangen zu studieren und habe gesagt: Gut, Frauenärztin willst du nie werden, dann mache ich mal ein Praktikum und guck mir das an. Weil da wirst du ja nie mit zu tun haben. Und dann hat es mir aber so gut gefallen und irgendwie bin ich es geworden. Und bei der Psychosomatik habe ich mir auch gedacht: Nee, so psychisch ist mir viel zu kompliziert und (.) irgendwie bin ich gefragt worden, ob ich das mache und, ähm, da habe ich mich beraten, so mit meinem privaten Umfeld. Und die haben gesagt: Ja, das machst du doch sowieso die ganze Zeit. Das passt doch sowieso zu dir! Dann dachte ich mir: Gut! Und es ist wirklich das, was mich auch am Menschen interessiert. Also nicht so die Oberfläche, mich interessiert schon, wie geht es dem? Darum bin ich wirklich zufrieden. Ich mach es super, super gerne. Dadurch, dass ich nur 50 Prozent arbeite, habe ich auch den Ausgleich, die Familie. Und wenn man so eine Familie hat mit kleinen Kindern, da ist man total froh, dass man arbeiten gehen kann. Das

schätze ich wirklich sehr! Mal in Ruhe arbeiten können. Und das ist wirklich, also für mich persönlich jetzt perfekt so.
– Was hatten Sie denn für eine Vorstellung, was Sie dann machen wollten? Also wenn Sie sagen, Sie wollten sicher nicht Frauenärztin werden?
Frau Warg: Ich wollte Hals-Nasen-Ohren-Ärztin werden. Da hatte ich ein ganz tolles Team und hab mich auch super verstanden und war wirklich toll. Und dann hat mein Vater gesagt: Das ist kein richtiger Arztberuf! Da hat er gesagt: Du hast jetzt so lange studiert für Hals-Nasen-Ohren-Arzt? Dann habe ich gesagt, na gut. Also ich habe dann auch nicht insistiert, aber so kam das irgendwie, dass ich dann doch was anderes gemacht habe.
– Aha. Aber Arzt war Ihr Traumberuf? Das schon oder war das auch Zufall?
Frau Warg: Das wollte mein Vater immer. Mein Vater hat immer gesagt: Meine Tochter wird Ärztin. Und darum habe ich mir nie Gedanken gemacht. Bei mir war das so. Das ist auch okay.
– Also Ihr Vater hat den Beruf für Sie ausgesucht...
Frau Warg: Genau. Also als ich schon ganz klein war, hat er immer gesagt: Meine Tochter wird Ärztin. Dann war mir automatisch klar, ich mache Abitur und studiere natürlich Medizin, und so kam es auch tatsächlich. Ich glaube, das ist auch nicht typisch für meine Familie, aber da hatte mein Vater immer gedacht, seine Tochter wird Ärztin, und so ist es geworden.
– Haben Sie denn noch mehr Ärzte in der Familie?
Frau Warg: Nee, gar nicht. Aber er hat, glaube ich, einfach gedacht, das ist so ein toller Beruf, da ist man auch sein eigener Chef, und der wollte immer, dass wir selbstständig sind und nicht immer unter jemandem stehen oder so als Arbeiter - das wollte er nie für seine Kinder.
– Da hat er doch das Richtige für Sie ausgesucht.
Frau Warg: Ja, wirklich. Stimmt, daran habe ich nicht gezweifelt. Eigentlich gar nicht. Ich hatte zwar schwere Zeiten, wo ich dachte: Was mache ich hier? So im Gebärsaal, wenn alles ziemlich schlimm ist, aber der Arztberuf ist okay. Also das wollte ich schon gerne.

Frau Warg hat sich den Arztberuf also nicht ausgesucht: Er wurde ihr vom Vater bestimmt, der sich diese ihm so erstrebenswert scheinende Zukunft für seine Tochter ausmalte. Ärzte gab es in ihrer Familie keine, und so kann Frau Warg den Erfolg eines beachtlichen sozialen Aufstieges für sich – und die Ambitionen ihres Vaters – verbuchen. Sie tut das allerdings auf ihre eigene, sehr bescheidene und zurückhaltende Art und lässt ihren beruflichen Werdegang unverblümt eben als weitgehend fremdbestimmt erscheinen, statt wie so häufig als Manifestation eines klaren biographischen Entwurfes, autonomer Entscheidungen und persönlicher Weichenstellungen. In die Falle der »biographischen Illusion« (Bourdieu), die uns retrospektiv den auf so vielen Zufällen, Irrwegen und Umwegen beruhenden Werdegang als folgerichtig und planmäßig bzw. wie eine persönliche »Heilsgeschichte« erscheinen lässt, geht sie nicht. Überhaupt wollte sie auch nie Frauenärztin werden oder Psychosomatik machen und ist doch dort gelandet, statt ihrem Plan zu folgen und Hals-Nasen-Ohren-Ärztin zu werden – eine

vom Vater verschmähte Spezialisierung. Und auch da insistierte Frau Warg nicht, sondern folgte den väterlichen Vorstellungen. Diese waren vom Wunsch beseelt, die Kinder sollten einmal »nicht immer unter jemand stehen oder so als Arbeiter...«, wie es wohl sein eigenes Schicksal war. Und die folgsame Tochter erfüllt den väterlichen Wunsch, auch wenn es manchmal »ziemlich schlimm« wurde. Dennoch steht sie zu der väterlichen Wahl, die sie ja insgesamt zufrieden macht: Der »Arztberuf ist okay«, lautet ihre ausgewogene, aber keineswegs enthusiastische berufsbiographische Bilanz. Welch ein Kontrast zu Frau Stieger mit ihrer an Prädestinationsglauben grenzenden Zielstrebigkeit hin zur verantwortlichen Krankenhaus-Chefärztin. Frau Warg legt die für den weiblichen Habitus unter den Vorzeichen männlicher Herrschaft, sei sie väterlicher, partnerschaftlicher oder berufsweltlicher Art, so typische »soziale Bescheidenheit« an den Tag, die wir gleich auch in ihren Aussagen über ihren Alltag am Krankenhaus wieder antreffen werden, während Frau Stieger davon nur in widerständiger Form trotzigen Stolzes etwas spüren lässt.

»...JA, WENN ICH BERUFEN WERDE, DANN KOMME ICH... ICH HABE MICH IN MEINEM LEBEN MEINES WISSENS NIE BEWORBEN«: EINE FRAU STEHT IHREN »MANN«

– Weshalb entschieden Sie sich für das Spital und gingen nicht in eine Praxis?
Frau Stieger: Innerhalb meiner Ausbildung habe ich mich primär auf hausärztliche Tätigkeit konzentriert, ich habe dann sehr viel gemacht, Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, also Kinder, Pathologie, ich habe den FMH, den Facharzt für Allgemeine Medizin, gehabt. Damals hatte man noch keine Entwürfe wie heute. Ich war damals Anfangs 30 und habe mir dann vorgestellt, und jetzt 30 Jahre am gleichen Ort in einer Praxis, ich habe mich dann schwergetan mich einfach so festzusetzen,... Am Anfang war es, um etwas Zeit zu gewinnen, und ich habe ein wenig dieses und ein wenig jenes gemacht. Ich war dann in einem öffentlichen Spital hier in der Region als erste Oberärztin, nachdem dies so konzipiert wurde, das war im '85, ich hätte auch dort bleiben können. Es gab einen Chef dort, der gesagt hat, wir können es so gut miteinander, bleib doch. Ich dachte dann, oh nein... Ich, jetzt, Leitender Arzt an diesem kleineren Kantonsspital mein Leben lang, oh Gott. Ich war dann schon etwas mehr in der Medizin drin und habe dann immer wieder zum hiesigen Kantonsspital hinaufgeschaut, da ich ja im benachbarten Kantonsspital war, und gedacht, ich war immer in kleineren Kantonsspitälern, ich hätte was verpasst und die können mehr als ich. Ich hatte so eine Ehrfurcht vor dem hiesigen Kantonsspital und habe mir dann gedacht, dass ich nun was machen muss, und ging dann an die Uni nach Zürich und schaue, wie dies so ist. Ich habe zwischenzeitlich auch noch mit der Chirurgie geliebäugelt, da dies ein sehr handwerkliches Gebiet ist, gleichzeitig kam in dieser Zeit eben auch die Entwicklung der Spezialgebiete auf. Mein Spezialgebiet innerhalb der Inneren Medizin ist medizinisch sehr breit, aber auch sehr chirurgisch, also es ist eine Kombination, da wir ja vieles von Innen machen, operieren und so. Das ist eine gute Kombination. Ich bin dann ans Universitätsspital und wusste dann

aber nicht, ob ich eine Stelle kriege. Ich war dann dort auf der Medizin und meine heutige Spezialität war eine absolute Männerdomäne, noch viel, viel mehr als Chirurgie. Als ich ans Universitätsspital kam, gab es noch keine Frau, die diese Spezialität in der Schweiz gemacht hat. Es war auch relativ schwierig, eine solche Stelle zu kriegen. Ich habe diese dann gekriegt, kam dann in die Abteilung der Spezialität hinein; es ist ein Gebiet, das enorm expandiert hat. (...) Wir machen so viele Eingriffe von innen heraus (.) sehr technisch, handwerklich. Ich bin handwerklich auch ziemlich geschickt.
– Das war dann am Universitätsspital oder?
Frau Stieger: Ja. Ich war dann von '85 bis '96 am Universitätsspital und dachte immer, dass es dort noch spannend gewesen wäre. Es hätte mir dort auch eigentlich sehr gut gefallen, es war ein gutes Umfeld. Dann gab es aber einen Wechsel und ich habe bemerkt, dass ich hier in diesem Umfeld nicht bleiben kann. Ich wollte dann eigentlich ins kleinere Kantonsspital, wo ich bereits tätig war, und meinen Spezialbereich übernehmen, was eigentlich abgemacht war. Es gab auch bereits einen Handschlag mit dem Regierungsrat, da ich ja im Kanton lebe und man sich dort kennt. Da ich eigentlich dachte, dass mich das große Kantonsspital nicht groß interessiere, es war mir auch zu groß, einfach so. Dann haben sie mich aber am hiesigen Kantonsspital gefragt, es war ausgeschrieben, ich habe mich aber nicht gemeldet. Sie haben mich dann aber danach gefragt, und so habe ich mir gesagt, wenn sie mich doch fragen, dann hat mich dann eben doch der Ehrgeiz gestochen. In der Zwischenzeit kam ich im Universitätsspital natürlich voran und habe dann auch immer so ein wenig forschungsmäßig, also einfache Forschung, klinische Forschung, also kleine Sachen, nichts Hochkarätiges, gemacht und war dann auf dem Weg zur Habilitation, das wollte ich auch nie, das hat sich dann einfach so ergeben. Ich kam dann hierhin, wenn sie mich schon fragen, ich melde mich aber nicht, dafür war ich dann zu stolz, ich habe mich in meinem Leben meines Wissens nie beworben.
– Weshalb waren Sie zu stolz, wenn ich fragen darf?
Frau Stieger: Da es immer hieß, dass ans Kantonsspital jemand anders kommen sollte, der war dann aber nicht so genehm. Sie haben es dann eben ausgeschrieben, ich habe mich dann nicht gemeldet, es hat sich dann irgendein Deutscher gemeldet, der hat dann aber abgesagt, da er eine Doppelbewerbung habe. Und ich fand dann immer, also mein Vorgänger hat ja nie gesagt, dass das was für mich wäre, niemand hat je was gesagt, niemand hat mich je ermuntert, mich zu bewerben. (...) Dann war ich dann wieder zu stolz. Es hätte ja mal einer etwas sagen können, und niemand hat dann was gesagt. Und dann sagte dann der deutsche Kollege eben ab. Dann waren sie natürlich in der Bredouille. Das war dann aber lustig, einer der Professoren einer anderen Spezialität kam extra ans Universitätsspital. Jedenfalls hat er dann gesagt: »Na kommen Sie doch!«, und ich sagte daraufhin: »Ja, wenn ich berufen werde, dann komme ich.«

Es ist eine erstaunliche Mischung aus Selbstbewusstsein und Ambition auf der einen Seite, und Bescheidenheit und Zurückhaltung auf der anderen Seite, die Frau Stiegers berufliche Flugbahn kennzeichnen. Wenn ihre Flugbahn durch das Feld der Krankenhausmedizin auch noch so geradlinig und steil erscheint, kann von einer bewussten Karrierestrategie kaum die Rede sein. Vielmehr scheinen

sich die Dinge ihres Lebens nach und nach wie zufällig zu ergeben: Sie bewirbt sich nie, sondern wird angeworben, umworben, sie klopft nicht an Türen, sondern wartet darauf, ge- bzw. berufen zu werden. Wenn es jedoch ihrerseits eine auf den ersten Blick passive, abwartende Haltung gegenüber beruflichen Lebenschancen (Weber) zu geben scheint, trügt dieser Schein wohl stark und ist eher mit dem Motiv zu erklären, dass sie beansprucht, in ihrem Wert erkannt und anerkannt zu werden und nicht für sich werben zu brauchen. Dieser Wert basiert allein auf fachlichen Kompetenzen und Leistungen, auf beruflicher Expertise. Sie hat im Laufe der Jahre »sehr viel gemacht« (FMH, Chirurgie, Pädiatrie...), betreibt viel medizinische Forschung, was aber sofort von ihr heruntergespielt wird (»also kleine Sachen, nichts Hochkarätiges«), wählt ein besonders breites Spezialgebiet der Inneren Medizin für ihre Spezialisierung, und die ausgerechnet – vielleicht gezielt? – in einer »absoluten Männerdomäne« als Schweizer Pionierin auf den Spuren Marie Heim-Vögtlins. Sie schreckt immer wieder vor der Idee, sich mit dem Erreichten, zum Beispiel die erste Schweizer Oberärztin zu sein und an diesem Spital dauerhaft zu bleiben, zurück, will weiterkommen und noch mehr aus sich, ihrem Beruf und ihrem Leben machen und sagt auch unverblümt, dass sie in einer bestimmten Situation vom »Ehrgeiz« gepackt wurde.

Frau Stieger ist also sehr ambitioniert, aber auf unprätentiöse Weise, immer mit hoher »Ehrfurcht« vor den Institutionen der Medizin wie etwa dem Kantonsspital, zu dem sie »hinaufgeschaut« hat, bevor sie dorthin berufen wurde. Zu stolz sein, um sich zu bewerben, könnte psychologisch als Ausdruck von Selbstzweifel interpretiert werden, erscheint in soziologischer Sicht aber eher als ein auch für Frauen, die sich an die Eroberung von Männerdomänen machen, fortbestehender Effekt symbolischer Gewalt im Kontext männlicher Herrschaft. Der weibliche Habitus geht auch in diesen Spitzenpositionen mit dem Selbstzwang zur Bescheidenheit einher und trägt gewissermaßen die berüchtigte »gläserne Decke« als eine dauerhafte Kopfbedeckung mit sich durch die Etappen der biographischen Flugbahn. Sich zu bewerben birgt das Risiko, im Falle der Ablehnung nicht nur dem Scheitern des unternommenen Versuchs, sondern auch dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, man kenne seine Grenzen nicht, überschätze sich etc. In dieser Sicht der Dinge haben wir es also mit Formen der Widerständigkeit in einer beherrschten Rolle zu tun, zu denen Selbstbescheidung und Selbstzensur gehören und die das Feld des biographisch möglich Erscheinenden im vorauseilenden Gehorsam begrenzen. Nicht selbstbewusstes Auftrumpfen mit herausgestellten Ellbogen, wie es gerade in Männerdomänen der oberen gesellschaftlichen Sphären typisch ist, ist bei solchen weiblichen »Karrierestrategien« angesagt, sondern beharrliches Lernen und Arbeiten, Erbringen von anzuerkennenden Leistungen, die für sich selber sprechen, um nicht in die Peinlichkeit zu geraten, sie selbst anpreisen und damit hausieren gehen zu müssen. Vielleicht bietet sich aber auch noch eine andere Interpretation dieser wenig mit »Marktkonkurrenz« kompatiblen Dispositionen an. Wenn Frau Stieger vom »Dienen« spricht und sich offenkundig mit Leib und Seele dem Dienst am Menschen verschreibt, dann ist das Denken und Handeln in marktwirtschaftlichen Kategorien der Rechenhaftigkeit, der Profitmaximierung und der Durchsetzung individueller Karrierepläne wenig mit einem solchen Berufsethos vereinbar. Es scheint so, als ob sich gerade der weibliche Habitus mit dem von Ökonomien öffentlicher Güter geforderten »intérêt du désintéressement« (Bourdieu) bzw. mit der Ethik des »Dienens« und der »Gabe« in spezifischer Wahlverwandtschaft befindet. Bei allen Unterschieden der hier skizzierten Berufsbiographie gegenüber jener der jüngeren Kollegin, gibt es genau in diesem Punkt deutliche Hinweise auf ein geteiltes Geschlechtsschicksal.

»Ich habe einen supertollen Chef, der alle fördert«: eine Frau sagt, sie habe Glück gehabt

– Frau Warg, vielleicht erklären Sie uns zuerst einmal Ihre Position.
Frau Warg: Erst mal von meiner Position her, Spitalfachärztin, das ist so schon eine Sonderstellung. Also ich bin Fachärztin für Frauenheilkunde. Ich bin dieses Jahr jetzt genau zehn Jahre an der Klinik, habe also hier meine Ausbildung fertig gemacht, habe 2007 meine Facharztprüfung absolviert.
– Und Sie haben Ihre Ausbildung auch hier am Haus gemacht?
Frau Warg: Ja.
– Also, dass Sie 2007 den Facharzt abgeschlossen haben, das war auch schon hier?
Frau Warg: Also es ist so, nein, ich habe den deutschen Facharzt. Weil, ich komme aus Deutschland. Und da habe ich dann schon angefangen gehabt zu arbeiten, bin dann hier in die Schweiz gekommen und dann habe ich die Facharztprüfung in Deutschland gemacht, weil ich auch dort den Ärztekassen dann also angehört habe.
– Darf man fragen, warum Sie in die Schweiz kamen?
Frau Warg: Ja, das ist aufgrund des Jobs meines Mannes. Ganz klar!
– Das ist ja sehr spannend, wenn Sie den Vergleich haben, zwischen Deutschland und der Schweiz. Was fällt Ihnen denn da so zentral auf?
Frau Warg: Also erst mal ich finde das Arbeitsklima sehr, sehr gut. Also ich habe das Gefühl, ich habe auch wirklich Glück gehabt und ich bin wirklich in einem sehr, sehr guten Krankenhaus und ich habe einen supertollen Chef, der alle fördert, da bin nicht nur ich die Einzige. Er guckt halt, jeder hat so sein Spezialgebiet und die Oberärzte und Ärzte, die sich engagieren, die können sich dann da weiterbilden. Die gehen auch ins Ausland, um dort zu lernen, können zurückkommen und das ist natürlich toll, das Arbeitsklima. Das heißt mit einem guten Chefarzt, der frühere war auch sehr, sehr gut, also ich hatte jetzt einen Wechsel, aber die sind beide wirklich sehr gut. Und der jetzige, der fördert noch mehr. Also der guckt wirklich auf die Leute, und das schätze ich sehr. Und ich denke, das ist auch ein Grund, warum viele jetzt hierbleiben und nicht so weggehen. Weil, ich hatte mir auch überlegt, ob ich vielleicht in die Praxis gehe, aber mit diesen guten Arbeitsbedingungen würde ich das nicht machen.

– Was waren denn die Gründe, dass Sie sich für das Kantonsspital entschieden haben im Vergleich zu anderen Kliniken? War das einfach der Ort oder...
Frau Warg: Also ich habe mich in sechs Kliniken beworben und bin dann mit meinem Mann hier vorbeigefahren und habe gedacht: Ach, hier wirst du nie einen Job bekommen! Und das ist der einzige Job, den ich bekommen habe. Und das passt total! Wir wohnen hier in der Stadt.
– Haben Sie eine Einschätzung? Warum glauben Sie, dass Sie hier genommen wurden? Was hat für Sie gesprochen?
Frau Warg: Ich habe ein Vorstellungsgespräch gehabt und mein Chefarzt, also der damalige... Also ich denke mal von meinen Qualifikationen. Ich hatte ein Jahr Berufserfahrung; dann war ich halt im Mutterschutz ein Jahr und dann hatte er eine Stelle frei und das passte und ähm... Er hat mich auch unterstützt. Ich habe auch gesagt, ich möchte nicht mehr zu Hause bleiben. Jeden Tag Kind und Haushalt, also ich möchte arbeiten und ich wäre wirklich froh, wenn ich bei Ihnen eine Stelle bekommen würde. Und dann habe ich sie bekommen. Das ist sehr gut gegangen. Also er ist auch ein sehr mensch... Also war sehr, sehr menschlich, der Professor P., der war vorher da. Der hat viele auch so unterstützt und er hat immer einen guten Riecher gehabt, dass das Team gepasst hat, also er war wirklich gut.
– Könnten Sie sich vorstellen, in Deutschland als Ärztin zu arbeiten? Oder müsste sich da viel ändern am System?
Frau Warg: Ich habe so ein bisschen Angst, ich habe wirklich Angst, dass ich da zurückgehe und dann denke: Oh Gott! Was für eine Arbeitswelt ist das? Aber letztendlich bin ich Ärztin. Ich denke mir, die in Deutschland sind nicht schlechter oder besser als ich und ich nicht schlechter oder besser als sie. Ich kann ja eigentlich nur ein Fachgebiet. Und ich denke, wenn man sich Mühe gibt, kann man sich schon arrangieren. Also... Also ich habe ein bisschen Angst, habe ich schon davor. Dass es ein hartes Klima sein könnte, nicht dieses doch diplomatische und auch mal dieses zwischendurch, das Menschliche: Kaffeetrinken gehen, gemeinsam Mittagessen gehen – also ich habe schon ein bisschen Angst davor. Aber... Nachher denke ich: Gut. Aber die anderen Ärzte arbeiten ja dort auch. Also, und Deutschland ist ja kein Drittweltland. Also das wird schon gehen.
– Aber das heißt, das ist für Sie und Ihre Familie durchaus eine biographische Option, also zurückzugehen nach Deutschland?
Frau Warg: Nee, im Moment gar nicht. Wir sind jetzt zehn Jahre hier, wir haben ein Haus gekauft, die Kinder sind in der Schule – *dann* ist das schwierig zurückzugehen. Aber man weiß nie, was ist. Jetzt mit der Wirtschaftskrise, also wir versuchen flexibel zu bleiben, einfach. Also es ist jetzt wirklich was Persönliches so von meiner Familie, dass wir sagen: Was wäre wenn? Wo gehen wir hin? Was machen wir? Wenn mein Mann die Arbeit verlieren würde... So, also solche Szenarien. Aber sonst würden wir hierbleiben und hier alt werden.
– Ihre Position, die Sie hier haben, gibt es die auch in deutschen Spitälern oder ist das ein Schweiz-typisches Phänomen?
Frau Warg: Ein Spitalfacharzt gab es, als ich in Deutschland gearbeitet habe, noch nicht. Ich weiß nicht, wie es jetzt ist, aber das kannte ich dort nicht.
– Hat man das gemacht, vielleicht um Frauen auch hier zu halten? Also es hört sich so an, als wäre das eine Tätigkeit als Arzt, die sich auch Frauen mit Familie einfach auch leisten könnten im Vergleich zu allem anderen, was man hier tun kann im Spital. Hat das damit zu tun oder wissen Sie, warum das eingerichtet wurde, warum es das gibt?
Frau Warg: Ich muss ganz ehrlich sagen, ich weiß nicht, ob es primär für die Frauen ist! Weil ich kann nicht so sagen, dass die Schweiz ein so frauenfreundliches Land ist, dass die dann so was denken würden. Und da denke ich einfach so an Mutterschutz beginnt erst mit Geburt; nicht mal Entbindungstermin, sondern ab Geburt. Und das ist schon schwierig, da mit so einem Bauch bis zum Schluss zu arbeiten. Aber es ist halt so, und ich finde es nicht sehr frauenfreundlich. Ich könnte mir vorstellen, dass es deshalb eingerichtet worden ist, damit die Station... Also, dass ein Arzt, der halt jetzt nicht so die Karriere machen will, aber doch arbeiten will, da am Ball bleiben will, dass der die Möglichkeit hat, gerade wenn ich mir jetzt die Station angucke, dass er die Stationsarbeit macht, dabei ist, seinen Lohn bekommt und nicht operiert – so ist er keine Konkurrenz für die operierenden Ärzte, weil jeder versucht, seinen Operationskatalog voll zu kriegen – und dass es einfach auch sehr bequem ist. Es ist weniger Bezahlung als für Oberärzte und dass das vielleicht eher so der Grund ist.

Frau Warg ist ihrem Mann von Deutschland, wo sie ihre Facharztausbildung begonnen hatte, in die Schweiz gefolgt, ohne dort konkrete Anstellungsmöglichkeiten zu haben. Sie berichtet, dass sie ihrem Mann sogar nach China gefolgt wäre, wenn sich dieser für eine berufliche Perspektive dort entschieden hätte. Es sind die beruflichen Motive des Mannes, die die Weichen auch für sie stellen, und der Umstand, dass man gerade ein Kind bekommen hat, könnte diese Entscheidung, verbunden mit einer Elternpause für Frau Warg, erleichtert haben. Frau Warg wird also ihre Arztkarriere durch diesen Schritt erst einmal suspendieren, schaut sich aber nach dem Umzug doch nach möglichen Arbeitsstellen um u.a. am Wohnort, ist aber zunächst wenig optimistisch, hier jemals genommen zu werden. Und dann kommt doch die Einladung zum Vorstellungsgespräch und ein netter Chefarzt sitzt ihr gegenüber. Er zeigt sich »*menschlich*«, als sie ihre Situation schildert und ihm sagt: »...ich möchte nicht mehr zu Hause bleiben. Jeden Tag Kind und Haushalt, also ich möchte arbeiten und ich wäre wirklich froh, wenn ich bei Ihnen eine Stelle bekommen würde.« Diese Situation erinnert stark an eine traditionelle patriarchale Konstellation mit einem klaren Machtgefälle. Die um eine Stelle bittende Ärztin will heraus aus der Enge von Haushalt und Kind und zurück in den Beruf und hat, wie sie selbst sagt, »Glück«, auf einen menschlichen Arbeitgeber zu stoßen, der sie aufnimmt. Sie bekommt eine für ihre spezifische familiale Situation und die aus ihr erwachsenden Bedürfnisse regelrecht maßgeschneiderte Halbtagsstelle ohne Nachtschichten und Wochenenddienst: geradezu ideal! Und sie wird an diesem Spital die nächsten zehn Jahre bleiben. Man erinnert sich: Für Frau Stieger schien die Idee, sich dauerhaft auf ein solches Gleis zu begeben, in der gleichen Altersphase und beruflichen Situation noch völlig inakzeptabel! Aber für Frau Warg ist die Stelle so bedürfnisgerecht, dass ihr schon die Vorstellung, nach Deutschland zurückzugehen, als Horrorvision erscheint und »Angst macht«. Überhaupt scheint es die ihr auf den Leib geschneiderte Stelle an deutschen Spitälern in dieser Form gar nicht zu

geben. Auf die Frage hin, ob diese Stellendefinition nicht vielleicht speziell für Frauen in Arztkarrieren erfunden wurde, reagiert sie zunächst skeptisch-zurückhaltend und unterstreicht, dass ihr die Schweiz nun nicht gerade als besonders frauenfreundliches Land erscheine. Sie erwägt andere Hypothesen und sagt: »Ich könnte mir vorstellen, dass es deshalb eingerichtet worden ist, damit die Station... Also, dass ein Arzt, der halt jetzt nicht so die Karriere machen will, aber doch arbeiten will...«. Die gewählte männliche Form »der Arzt« überrascht im Zusammenhang mit der Zuschreibung »der halt jetzt nicht so Karriere machen will« und überdeckt den immer noch vorhandenen »gender bias« in einer solchen Haltung, selbst wenn die Frage der Work-Life-Balance, wie nachfolgend entwickelt wird, tatsächlich im neuen Regime der Krankenhausmedizin generell, das heißt tendenziell auch geschlechterübergreifend eine Rolle spielt.

Jedenfalls scheint es ganz so, als lieferte das Kantonsspital das ideale Habitat zu ihrem Habitus: eine wenig stressige, mit angenehmen sozialen Beziehungen einhergehende Arbeitswelt mit großer Zeitautonomie für sie, ein überschaubares Pflichtenheft, geringe Konkurrenz, etwa um knappe und begehrte Operationsmöglichkeiten, menschliche Chefs und die Bequemlichkeit, Wohn- und Arbeitsort unter einen Hut zu bringen. Man könnte von einer optimal ausgewogenen Work-Life-Balance sprechen, und diese scheint Frau Wargs Herzenswunsch zu sein. Während ihre Vorstellung von einer pragmatischen Verknüpfung von Familienwunsch und Berufskarriere sich am Ideal eines Lebens als »langem ruhigen Fluss«, Ortsverbundenheit, ausreichendem, wenn auch nicht übermäßig komfortablem Einkommen und befriedigendem beruflichen Alltag zu orientieren scheint, wirkt der Lebensentwurf ihrer älteren Kollegin, die ja keinen Spagat zwischen Familie und Beruf zu leisten braucht, sondern alles auf eine Karte setzt und diese kompromisslos ausspielt, eher wie ein rastloses Suchen nach immer neuen Herausforderungen unter der Losung »Qui n'avance pas recule...«. Erst nach langen Lehr- und Wanderjahren lässt sie sich im Kantonsspital, zu welchem sie ja immer emporblickte und das ihr eine breite Palette immer neuer Herausforderungen bietet, nieder. Wir haben es also auch hier mit offenkundig gegenläufigen Modellen der Lebensplanung und -führung zu tun, verbunden mit je anderen berufsethischen Dispositionen. Diesen wollen wir im nächsten Abschnitt nun in umgekehrter Folge auf den Grund gehen. Zuerst kommt die jüngere Frau Warg zu Wort und beschreibt die verschiedenen Konsequenzen ihrer biographischen Entscheidungen, dann ihre ältere Kollegin, die auf die veränderten Mentalitäten in ihrem Berufsfeld zu sprechen kommt.

»Ja, man kann überlegen, ob man da Abstellgleis ist...«

– Könnten Sie uns Ihre jetzige Position im Kantonsspital näher beschreiben?
Frau Warg: Ich habe hier die Möglichkeit, ein bisschen anders zu arbeiten, als es vielleicht üblich ist. Ich habe Familie, und diese Spitalfacharztstelle ist eher so am Büropersonal orientiert. Das ist, einmal habe ich eine kürzere Arbeitswoche; das heißt, als Oberarzt hat man so 52 Stunden die Woche, ich habe als Spitalfachärztin 42 Stunden pro Woche. Ich kann auf 50 Prozent arbeiten. Ich arbeite auch 50 Prozent und ich habe keine Nachtdienste und keine Wochenenddienste, keine Rufbereitschaft und habe trotzdem meine eigene Stellung. Das heißt, ich bin halt Facharzt, kann selbst entscheiden, ich muss... Also bei schwierigen Fragen frage ich schon den Leitenden Arzt oder den Chefarzt, aber ich bin von meiner Position her den Oberärzten, also zumindest in meiner Klinik, gleichgestellt. Ich habe auch in Teilbereichen eine Oberarztfunktion, wir haben so ein Beckenbodenzentrum, wo ich als Oberärztin hingehe, also was die anderen Oberärzte auch machen, oder Brustultraschall, aber hab halt jetzt nicht die Nachteile dieses Nachtdienstes. Das war jetzt für mich persönlich dieser Schritt, das zu wählen.
– Und das war jetzt aber nur für Sie jetzt möglich oder gibt es das insgesamt, ist das institutionalisiert?
Frau Warg: Das gibt es im Spital insgesamt. Das heißt, die Chirurgen haben das zum Beispiel auch, dass sie Spitalfachärzte einstellen. Zum Beispiel Allgemeinmediziner, die dann die Stationsarbeit machen; nicht operieren und dann meistens so dann Daily Work, halt auf den Stationen dann erledigen. Aber ich bin ja selbst von der Frauenklinik und hab eine Ausbildung als Frauenärztin, also ich hab da... Also ich bin da... Na ja, man kann überlegen, ob man da Abstellgleis ist. Also operieren tue ich nicht mehr. Aber für mich musste man eben überlegen, also die Vorteile waren eben die Familie, die ich haben kann, und geregelte Arbeitszeiten, die ich haben kann. Und das ist mit einer Spitalfacharztstelle schon eher zu gewährleisten.
– Das heißt aber, Sie würden eigentlich gerne operieren?
Frau Warg: Nee! (.) Das ist auch, man muss dann die Entscheidung machen... Ich denke, nicht viele würden diese Stelle vielleicht auch haben wollen. Zum Beispiel für viele ohne Familie, für die ist das nicht lukrativ. Was wollen die denn, wenn sie nicht operieren können, ist es für die nicht so attraktiv. Aber für mich, ich will schon aus Operationen raus. Also ich würde schon insgesamt, also wenn ich jetzt die Möglichkeit jetzt gehabt hätte, wäre ich schon im Operativen drinnen geblieben; aber ich selbst jetzt, muss nicht operieren. Weil, ich habe meinen Katalog voll, und man muss ja nicht immer alles machen.
– Haben Sie da den Überblick, wie viele Männer, wie viele Frauen sind auf solchen Stellen?
Frau Warg: Nur Frauen. Aber ich weiß nicht, ob es primär für die Frauen gemacht worden ist oder weil einfach Frauen, die müssen ja entscheiden, was machen sie? Machen sie jetzt Karriere oder was für Möglichkeiten bleiben ihnen? Dann nehmen die natürlich gerne so eine Stelle. Aber ob das jetzt ist... um Frauen zu unterstützen, das weiß ich nicht. Aber ich sehe das bei mir ja jetzt nicht so. Ich bin ja in meinem Fachgebiet. Und also da werde ich auch gefördert und kann auch normal Frauenarzt sein und muss jetzt nicht Stationsarbeit machen.

– Das heißt, für Sie persönlich war das auch eine Entscheidung gegen Karriere?
Frau Warg: Hmm... Gegen kann ich nicht sagen. Aber zu dem Zeitpunkt, als ich das gewählt habe, passte das. Weil eben dieser pure Oberarztstatus mit Nachtdiensten, da hätte ich jetzt auch nicht gewusst, ob ich das jetzt machen wollte mit Familie. Ja.

Frau Warg hat sich für eine Strategie der Harmonisierung von Familie und Beruf entschieden, die für ihren Lebensentwurf von zentraler Bedeutung zu sein scheint und deren Kosten sie bereitwillig, wenn auch mit einigem Bedauern und Dissonanzen in Kauf zu nehmen scheint. Bei ihrer Sicht der Work-Life-Balance kommt es offensichtlich zu einer Umkehrung: Sie schreibt »Familie« groß und definiert ihre beruflichen Pläne in Funktion dieser Life-Work-Balance, indem sie sagt: »Und wenn man so eine Familie hat mit kleinen Kindern, da ist man total froh, dass man arbeiten gehen kann...«. Keine Rede davon, dass ihr ähnlich qualifizierter Ehemann und Vater dieser Kinder auch einen Beitrag zur gemeinsamen Life-Work-Balance leisten könnte. Für sie ist die Arbeitsteilung selbstverständlich, denn als Frau müsse man halt Abstriche machen, wenn man sich eine Familie wünscht. Die Opfer, die sie hierfür erbringt, betreffen weniger die materiellen Arbeitsbedingungen, die durchweg positiv dargestellt werden: geringere Wochenarbeitszeit als Oberärzte, davon nur 50 Prozent, keine Nachtschichten, keine Wochenendarbeit. Dieser positiven Bilanz stehen aber Negativposten auf der Seite des beruflichen Status, der Autonomie und Handlungsspielräume gegenüber: Ihre Stelle »ist eher so am Büropersonal orientiert«, sagt sie lapidar, was jedoch hinsichtlich der traditionellen Berufsrolle des Krankenhausarztes wenig kompatibel, geschweige denn attraktiv klingt. Frau Warg darf in ihrem Status nicht operieren, ist dadurch dem damit verbundenen Stress enthoben, was sie wiederum positiv hervorhebt, drückt aber auch Bedauern aus: »wenn ich jetzt die Möglichkeit gehabt hätte, wäre ich schon im Operativen drinnen geblieben...« – aber diese Möglichkeit gab es nicht bzw. treffender: sah sie nicht oder sah sie als zu schwer zu realisieren an. Statt zu operieren, macht der Spitalfacharzt die Daily Work der Station, was ganz so klingt, als handele es sich um eine Entlastungsfunktion für die Oberärzte, denen sie formal gleichgestellt ist. Bedenkt man, dass das qualifizierte Pflegepersonal am gleichen Spital mittlerweile durch eine deutliche Akademisierung aufgewertet wurde und schon mit den Assistenzärzten »auf Augenhöhe« Umgang zu pflegen scheint, so rückt Frau Warg tendenziell auch in diese Zone sich treffender vertikaler Mobilitäten mit Aufwärtstrends für die qualifizierte Pflege und gewissen Abstiegsprozessen bei der Ärzteschaft. An dieser potenziellen Statusmisere scheint sie nicht sonderlich zu leiden, auch wenn bestimmte Widersprüche und Euphemisierungen in ihrer Erzählung darauf hinzuweisen scheinen, dass sie sich dieser »Karriereopfer« für die Familie bewusst ist. Da Frau Warg ohnehin ohne dezidierte persönliche Ambitionen bzw. eher fremdbestimmt in die Arztkarriere eingestiegen war und auch beim Profil ihrer jetzigen Stelle letztlich von Bekannten und Freunden gedrängt werden musste (»Das passt doch sowieso zu dir!«), statt sie aus intrinsischen Motiven und klaren

Karriereabsichten heraus zu wählen, kompensiert sie wohl diese Einbußen an »symbolischem Kapital« mit der Befriedigung, die die Mutterrolle ihr bietet. Sie scheint hierin ein unausweichliches Geschlechtsschicksal berufstätiger Frauen zu sehen: »Die müssen ja entscheiden, was machen sie? Machen sie jetzt Karriere oder was für Möglichkeiten bleiben ihnen?« Auf die Frage, ob diese Entscheidung denn für sie eine gegen Karriere gewesen sei, will sie den Begriff »gegen« nicht gelten lassen: Es passte so, wie es jetzt ist nun einmal, und dieser »pure Oberarztstatus« hätte ja andere Probleme mit sich gebracht. Man, bzw. »Frau« arrangiert sich mit den gegebenen Verhältnissen, und Frau Warg gelingt dies auf sehr überzeugende Weise im Rahmen des ihr »möglich« Erscheinenden. Dass diese Situation nicht einfach nur als »Los der Frau« interpretiert werden kann, wird in den nachfolgenden Darlegungen ihrer älteren Kollegin deutlich, die durch ihren kompromisslosen und geradlinigen Karriereweg als Gegenpol zu Frau Wargs Lebensentwurf und -weg erscheint.

»Sich einer Aufgabe aber komplett unterwerfen ist doch sehr altmodisch«: Zur Erosion eines Ethos des »Dienens«

– Haben Sie das Gefühl, dass es im Arztberuf heute noch solche Persönlichkeiten wie die Ihres Vaters oder Sie selbst gibt?
Frau Stieger: Ich glaube schon, dass sich ein Wandel vollzogen hat. Ich kenne nach wie vor, gut das ist jetzt vom Alter her, Kollegen in der Praxis, die dem Bild des guten Hausarztes, des guten Doktors entsprechen, die sich engagieren, die interessiert sind, die für die Leute schauen. Das ist unbestritten. Von der Grundeinstellung gibt es noch sehr, sehr viele, die so arbeiten. Was sich aber sicherlich verändert hat, ist, dass sie Ansprüche an ein Leben neben der Praxis stellen. Heute ist es nicht mehr so, dass man sich selber sagt, nun bin ich an einem Posten und bleibe 30, 40 Jahre. Ein junger Mensch strebt nicht nur die Teilzeittätigkeit an, die tage- oder wochenweise dauert, sondern auch die Teillebensarbeitszeit.
– Diese sind Ihrer Meinung nach größer geworden?
Frau Stieger: Ja. Ich würde sagen, dass sich das Engagement der ärztlichen Tätigkeit, inhaltlich und von der Qualität her, nicht bei allen geändert hat. Wenn ich unsere Jungen, die wir hier haben, anschaue, dann haben wir ungeheuer gute und engagierte Ärzte, die dem alten Bild eigentlich entsprechen. Der Anspruch aber ist einfach anders, sie wollen daneben noch etwas leben, möchten Freizeit haben, möchten Familie haben. Parallel kommt, so denke ich, der Anspruch des Partners oder der Partnerin, das ist auch anders. Das Aufopfernde einer Mutter wie meiner, die ich daheim hatte, das können Sie vergessen. Das habe ich auch mit meinen Kollegen des Kaders, die hier am Spital arbeiten, die teilweise seitens der Familie unter einem unheimlichen Druck stehen. Der Wertewandel.
– Welches sind die Gründe dafür, dass dies früher anders funktioniert hat? Früher hat die Frau doch eher auf den Beruf des Mannes Rücksicht genommen und ihm den Rücken frei gehalten.
Frau Stieger: Ich glaube schon, dass die dienende Haltung, das Dienen, ein altmodischer Ausdruck wurde. Dass jemand zurücksteht und sich vollumfänglich dem Manne und seiner

Aufgabe gegenüber zurückstellt oder in den Hintergrund tritt, das ist bei den modernen Vaterschaften schon nicht mehr so. Die Lasten müssen paritätisch geteilt sein. Ich glaube, dass dies schon anhand des Ärzteberufes und des Anhanges, aber auch anhand der Pflegeberufe ersichtlich ist. Es ist das Leisten einer professionellen Arbeit, das Wort Dienen hört jemand nicht mehr so gerne. (.) Man dient vielleicht schon einer Aufgabe, sich einer Aufgabe aber komplett unterwerfen, ist doch sehr altmodisch. Ansonsten sind Ärzte aber »Jommeris« [Jammerer] wie die Bauern, oder, sie sind »Jommeris«. Sie müssen übers Geld und über alles jammern.

– Weshalb ist dies Ihrer Meinung nach so?

Frau Stieger: Ich weiß es auch nicht. Weil es ihnen einfach zu gut geht. Alle jammern auf hohem Niveau, oder. Sie können mit ein paar Ärzten am Tisch sein, ich schaue dann auf die Uhr und betrachte, wie lange es geht, bis alle vom Geld sprechen. Es ist furchtbar.

– Hat der monetäre Faktor...

Frau Stieger: Ich glaube es schon.

– War das bei Ihrem Vater auch so?

Frau Stieger: Man hat nicht über Geld gesprochen, man hatte es. Dies war das Motto.

– Haben Sie das Gefühl, dass man heute mehr darüber spricht, oder ist es heute wichtiger geworden, da man vielleicht höhere Ansprüche hat?

Frau Stieger: Ich glaube, dass es schon wichtiger wurde. Früher war es vielleicht auch kein Thema, da man mit einem Arbeitspensum, wie dasjenige, das mein Vater hatte, das waren natürlich harte Tage. Das waren so Vierzehn-, Sechzehnstundentage, Sechstagewochen, drei Wochen Ferien, wenn man so gearbeitet hat, obwohl die Tarifsituation, wenn man das so vergleichen würde, darüber weiß ich aber nicht ganz genau Bescheid, auch nicht super war. Hat man aber viel gearbeitet, dann kam man auf einen rechten grünen Zweig. Und heute, ich habe einen Kollegen aus der Praxis, der uns mit der ganzen Hausarztmedizin hilft, der sagt, dass wenn ein Hausarzt wirklich reinkniet und arbeitet, dann kommt er auch heute noch auf einen grünen Zweig, und zwar auf einen guten grünen Zweig.

– Weshalb wandern Ihrer Meinung nach Ärzte von öffentlichen Spitälern in Privatkliniken ab? Kennen Sie Kollegen, die diesen Schritt gemacht haben, oder haben Sie selber je dazu tendiert, in ein privates Spital zu gehen. Und wenn ja, weshalb?

Frau Stieger: Nein, ich habe eigentlich nie... Ich hatte unzählige Anfragen der Privatklinik, als ich damals am Universitätsspital war. Die Kollegen dort haben mich immer gefragt, ob ich auch komme. Und es wären auch super Kollegen gewesen.

– Das wären Kollegen des Universitätsspitals gewesen?

Frau Stieger: Genau. Da diese ja an die Privatklinik gingen. Die Universitätsklinik hatte ja wahnsinnige Abwanderungen in die Privatklinik, also praktisch jeder, der gut war des Universitätsspitals, ging in die Privatklinik.

– Weshalb?

Frau Stieger: Es ist natürlich eine hervorragende Klinik, das muss man schon sagen. Es haben mal ein paar begonnen und dann sind gruppenweise gegangen. Angefangen hat es bei der Kardiologie, also die Herzchirurgen sind primär gegangen, und dies waren die besten Herzchirurgen, die wir in der Schweiz hatten. Das war natürlich für sie sehr spannend, etwas neu aufbauen. Neuer Raum, Platz, oder? Es fand dann damals auch gerade der Wechsel

von einem Professor zum anderen Professor statt. Für solche Wechselspiele spielen die Entwicklungsmöglichkeiten, die man hatte, eine Rolle. Die Privatklinik hat natürlich sehr investiert, hat gute Möglichkeiten geboten, und wenn natürlich mal so ein Kern von guten Leuten besteht, dann ziehen diese natürlich auch immer wieder gute Leute nach. Es hat aber sicherlich auch einige Nachteile. Mein Chef damals hat x-mal gefragt, ob ich nicht auch kommen wolle. Ich habe viele Kollegen hier, die auch schon gefragt wurden. Ich habe aber immer gesagt, dass ich nie in ein privates Spital gehen möchte. Immer, immer. Also erstens gefallen mir die Menschen, die wir hier behandeln, das ist einfach die Bevölkerung. Das ist einfach... Ich komme da wieder zurück an meinen Ursprung. Ich wollte Medizin machen. Und Medizin so, einfach so, wie der Mensch daherkommt. Ich finde auch, dass die Patienten, die wir hier haben, einen Querschnitt durch die ganze Bevölkerung darstellen. Betrachtet man es vom Medizinischen her, dann ist dies das ganze Spektrum der Medizin, das ist enorm breit und eine spannende Herausforderung. Und trotz... Das ist mal Punkt eins, einfach das ganze Spektrum, das wir hier haben. Etwas ganz Wichtiges, obwohl wir sicherlich ökonomisch betrachtet auch umdenken mussten und sicherlich auch Ertragsoptimierung betreiben, wir arbeiten hier aber nicht primär, damit wir gewinnbringend sind. Das ist interessant, gerade heute Mittag haben wir dies mit einer Pflege..., einer Schwester, die sechs Jahre in einer Privatklinik war und von Adecco kam, thematisiert. Es ist eine Riesengefahr in einem privaten Spital, einfach diejenige Medizin zu machen, die Geld bringt. Sie können jedem Patienten alles verklickern. Wenn Sie ihm sagen [Frau Stieger ahmt einen Arzt bei der Untersuchung nach] »Sie haben da noch etwas, oh, da müssen wir aber, oh, da müssen wir aber noch und so.« Sie können dem Patienten alles einsuggerieren. Sie können jeden Mensch krank machen und Sie können ihm unheimlich viele lukrative Sachen, wenn Sie sagen, »oh je Sie, da müssen wir aber...«. Einen vernünftigen Einsatz der Mittel sind wir dem Staat oder eben dem Einzelnen verpflichtet, dass man mit den Mitteln vernünftig umgeht. Und dennoch haben wir nicht diesen finanziellen Erfolgsdruck wie in einem... Und dann vielleicht auch noch ein weiterer Punkt, derjenige des Erwartungsdruckes. Wir haben einfach eine normale Bevölkerung, diese holt bei uns eine Dienstleistung; er weiß, dass er in einem öffentlichen Spital ist und das Zimmer nicht so ein Hoteldings ist. Es ist super, er wird gut versorgt, aber ein Privatpatient, der in eine Privatklinik geht, hat unheimliche Ansprüche. Dann springen sie dann vielleicht auch nachts, da vielleicht einer ein Augenzippern oder Halsweh hat. Die Erwartungshaltung eines Privatpatienten ist einfach größer. Und eben, ich würde nun nicht sagen ungerechterweise für Sachen, von denen ich nun das Gefühl habe, dass sie fehl am Platz sind, und ich nicht einsehe, weshalb ich nun springen muss. Die Ressource, die ich verkörpere mit diesem Ausbildungsstand und so, setze ich also gescheiter ein, als irgendeinem Privatpatienten nachzurennen, nur damit er zufrieden ist. Diese Medizin ist mir... Nur weil man privat ist, hat man den Anspruch...

– Letzte Frage, würden Sie diesen Beruf nochmals wählen?

Frau Stieger: Absolut. Ohne Abstriche.

– Nie gezweifelt?

Frau Stieger: Nein, nein, nein. Ab und an denke ich, dass ich etwas weniger arbeiten möchte, aber, aber, nein, nein.

Frau Stieger zeigt sich sehr verständnisvoll, wenn es um die jüngere Generation der Ärzteschaft geht, mag deren Arbeitsethos, Lebensstil und Wertehierarchie auch noch so sehr von den ihren abweichen. Sie sieht bei vielen immer noch das Feuer des ärztlichen Ethos brennen, relativiert dann aber unter Verweis auf die »neue Zeit«, andere Mentalitäten, andere Erwartungen an Freizeit und Privatleben, andere Geschlechterbeziehungen mit stärkeren Forderungen der Partnerinnen an eine Präsenz des Vaters im Familienleben etc. Bei dem von ihr beschriebenen »Wertewandel« fällt dann ein Begriff von geradezu programmatischer bzw. emblematischer Bedeutung. Frau Stieger spricht vom »Dienen« und etikettiert dieses Wort mit »altmodisch«, zunächst in Bezug auf die Haltungen der Ärztefrauen gegenüber der Karriere und Funktion ihrer Männer. Ein Dienen, wie ihre Mutter es an den Tag legte, erschiene angesichts des fortgeschrittenen Wandels an Werten und Lebensformen obsolet. Und dies gilt denn auch für die beruflichen Akteure des »Dienens« am Patienten, die dieses Wort ihrer Meinung nach wohl auch »nicht mehr so gerne« hören. Auch wenn man weiterhin einer Aufgabe diene, so käme eine komplette Unterwerfung unter sie nicht mehr in Frage, sagt Frau Stieger und scheint sich dennoch innerlich mit diesem »altmodischen« Konzept identifizieren zu können. Kritisch gegenüber ihren Kollegen wird sie nur, wo es um ihr »Gejammere« in Geldfragen geht, und da kommt sie wieder mit ihrem großen Vorbild, dem Vater, der im Gegensatz zu den heutigen Kollegen nie vom Geld sprach, es schlicht hatte und dafür auch bis zu 16 Stunden jeden Tag arbeitete. Der Umstand, dass ihre jüngeren Kollegen jetzt nur noch die Hälfte dieser 100-Stunden-Woche dienen und dabei immer wieder (auf hohem Niveau) über zu geringe Entlohnung klagen, erscheint ihrem vom Vater geerbten anti-ökonomistischen Habitus und des generösen Dienens ohne Stechuhr und Berechnung völlig inakzeptabel und von geradezu vulgär materialistischer Gesinnung. Ihr eigenes Ethos als Dienerin öffentlicher Güter tritt in den Passagen eindrucksvoll hervor, wo die in der Schweiz überall zu beobachtende Abwanderungsbewegung von hochqualifizierten Fachärzten in private Spitäler zur Sprache kommt. Auch wenn man sie nachdrücklich anwerben wollte, käme ein solcher Schritt für sie nie in Frage, sagt Frau Stieger. Ihre Darstellung der gesellschaftlichen Funktion des öffentlichen Gesundheitswesens in Abgrenzung von den profitorientierten Privatkliniken ist ein flammendes Plädoyer für diese Institution, die der gesamten Bevölkerung zu dienen habe und nicht First-Class-Patienten anzulocken brauche, die sich auch nicht nur den gewinnträchtigsten Operationen zu widmen oder gar den Patienten unnötige, aber kostspielige Angebote aufzuschwatzen brauche, sondern, dem zweifachen Dienst am Staat und dem Einzelnen verpflichtet, mit den knappen Mitteln verantwortlich umzugehen habe, anstatt einem finanziellen Erfolgsdruck gehorchen zu müssen. Hört man Frau Stieger zu, dann erübrigt sich eigentlich die Schlussfrage des Interviews. Frau Stieger würde selbstverständlich diesen Beruf wieder wählen: »Absolut. Ohne Abstriche«, auch wenn sie manchmal gerne etwas weniger arbeitete.

Bei allen noch so markanten Divergenzen beider Lebenswege und Karrieren zeigen sich aber auch bei Frau Warg hinsichtlich des ärztlichen Berufsethos ganz deutliche Gemeinsamkeiten, die es abschließend entsprechend zu würdigen gilt.

»Also ich bin zu allen, versuche ich gleich zu sein«: zur Beharrungskraft ethischer Grundprinzipien in einer sich rasch wandelnden Arbeitswelt

– Sie haben vorher gesagt, es gehört für Sie dazu, Zeit zu haben für die Patienten. Das ist das, was gute Arbeit für Sie auch ausmacht?
Frau Warg: Ja, dass man also... Also erst mal die Wertschätzung des Patienten. Dass man also, wenn man jemanden vor sich hat, dass man guckt: Was für ein Mensch ist da dort vor einem? Und, dass er auch als Mensch wahrgenommen wird. Das ändert schon ganz viel am Blickwinkel. Da hat man auch einen anderen Zugang. Und was damit Wichtiges verbunden ist, ist die Anamnese. Zu fragen: Weshalb ist der Patient da? Und die Anamnese ist das A und O. Bevor ich untersuche, weiß ich eigentlich zum größten Teil schon vorher durch das Erzählte, was dabei rauskommen wird. Und das geht nur, wenn man richtig hinhört und fragt und sich Zeit nimmt. Danach kann man sich wirklich vieles sparen. Und das ist ganz, ganz wichtig.
– Haben Sie das Gefühl, das sind auch Menschen, die ausgeschlossen sind von alledem, was hier geboten wird?
Frau Warg: Gar nicht. Weil die, alle, die in der Schweiz sind, die sind verpflichtet, eine Grundversicherung zu haben. Da gibt es niemanden, auch die Asyl... ah, -beantragenden, also die um Asyl gebeten haben, die haben auch *alle* eine Krankenversicherung. Und die können dann genauso zugänglich gemacht werden wie andere Patienten. Ich sehe das absolut nicht so, dass eben nur die Reichen oder Gutbetuchten sich das leisten – im Gegenteil. Ich habe hier ganz viele, das sind ganz normale Frauen. Ganz normale Arbeiterinnen, die dann eben Beschwerden haben. Das ist nicht so, dass meine Sprechstunde irgendwie eine elitäre Sprechstunde wäre, gar nicht. Und ich betreue auch noch schwerpunktmäßig auch gerade Frauen vom Asylheim, dass ich mit denen die Verhütung bespreche, die brauchen auch ein bisschen mehr Zeit. Und dann habe ich Kontakt zu den... zu den, ähm... u den Arbeitern vom Asylheim, also die die ganze Büroarbeit machen, die Frauen hin- und herfahren und organisieren. Das heißt, da sind sie... Da bin ich auch primär die Ansprechperson, wenn so was ist, dann... Also es kann jeder... Hat eigentlich die Möglichkeit.
– So wie Sie das sagen, hört sich das so an, dass Sie das auch so richtig finden, dass das so ist.
Frau Warg: Doch, das finde ich auch. Also das finde ich furchtbar, wenn ich wüsste, der eine würde jetzt nur einen Termin bekommen, weil er viel Geld hat, und der andere hat aber genauso Beschwerden und bekommt es nicht. Also das... Das war nie mein Ziel als Ärztin. Also ich wollte... Das ist mir ganz wichtig. Also ich bin zu allen, versuche ich gleich zu sein. Auch zu den Frauen, die vielleicht nicht so viel Fragen stellen, vielleicht nicht so viel verstehen. Und genauso wie die Chefpatientinnen dann sehr fordernd sind und dann doch viel fragen.

Auch für die jüngere Ärztegeneration am öffentlichen Spital scheint das Bewusstsein, im Dienste spezieller Güter und Funktionen zu stehen, die nicht einfach als Waren marktmäßig organisiert werden dürften, fortzubestehen.[3] Dennoch hinterlassen die hier kontrastiv gewonnenen Einblicke in den Wandel des Arztberufes und seines Ethos den Eindruck einer schnellen und nachhaltigen Erosion des von Frau Stieger noch idealtypisch vorgelebten und verkörperten außeralltäglichen beruflichen Habitus.

Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen: biographische Flugbahnen durch Berufswelten im Wandel

Der präsentierte »Dialog« unterschiedlicher Lebensentwürfe, biographischer Flugbahnen und Identitätskonstruktionen zweier Ärztinnen des gleichen Krankenhauses in der östlichen Schweiz entstammt einem Fundus von rund 200 Tiefeninterviews mit Zeitgenossen, die im »Dienste öffentlicher Güter« stehen. Bei der Auswahl dieser beiden Fallbeispiele wurde bewusst polarisierend verfahren, um verstehend nachvollziehbar zu machen, dass es sich hier zwar um entgegengesetzte weibliche Selbstentwürfe im Spannungsfeld familialer und beruflicher »Karrieren« und im Umgang mit diesem strukturellen »Dilemma«, man könnte auch von einem »double bind« sprechen, handelt. Wie zu zeigen versucht wurde, entwickeln beide Ärztinnen jedoch auf ihre je eigene Art Antworten auf dieses Dilemma, die völlig stimmig und konsequent erscheinen und das »Feld des Möglichen« wie auch dessen Grenzen und Zwänge gemäß den je eigenen normativen Ansprüchen an ein »gelungenes Leben« nutzen. Im einen Falle beschreitet man den von den patriarchalen Vorbildern einer noch stabilen Männerdomäne vorgelebten Königsweg, setzt alles auf eine Karte, so wie es dieser Königsweg mit seinen enormen Anforderungen an Motivation, Durchhaltevermögen und Einsatz mit Leib und Seele erfordert, und verzichtet auf die Doppelkarriere aus Familie und Beruf zugunsten des Letzteren. Im anderen Falle wählt man das »Sowohl-als-auch«, geht dafür etliche biographische Kompromisse ein, steckt zurück, was die eigenen beruflichen Ambitionen und Perspektiven betrifft, und arrangiert sich mit einer Berufsrolle, die den Bedürfnissen der gewählten Doppelrolle und -existenz zwar optimal entgegenzukommen scheint, dies aber um den Preis, sich möglicherweise auf einem »Abstellgleis« wiederzufinden und eine bewusst auf sich genommene »Deckelung« der beruflichen Karriere als notwendig in Kauf zu nehmen.

3 | Diese Einstellung von Frau Warg ist allerdings nicht ausschließlich mit tradierten berufsethischen Motiven zu erklären: Die konkreten Beispiele, nämlich dass sie versucht, auch für zugewanderte Frauen aus der Unterschicht Zeit und Aufmerksamkeit zu finden, könnten vielmehr mit ihrer eigenen Herkunft in Verbindung stehen.

Wir haben es mit Kolleginnen zu tun, die zeitgleich im selben öffentlichen Krankenhaus tätig sind, was aber nicht heißt, dass es sich um »Zeitgenossinnen« handelt, denn es trennt sie eine Generation und ein Zeitraum, der von markanten strukturellen Umbrüchen gekennzeichnet ist, welche die berufliche Position, die Arbeitsbedingungen, den institutionellen Status, ja, den »Gesamthabitus« (Weber) des Krankenhausarztes einer tiefgehenden Metamorphose unterziehen.

Frau Stieger wurde in den Ausläufern des alten Regimes einer hochgradig hierarchisch geordneten Institution mit einem Chefarzt als Patron und Inkarnation des Geistes dieser Institution sozialisiert. Sie hatte die biographische Wahl zwischen den in der Familie präsenten Vorbildern des »Dienens« mit Leib und Seele und entscheidet sich für die männliche. Und dies in einer so radikalen Weise, dass sie nicht nur wie ein »Mann«, sondern wie ein »Mann hoch zwei«, eine geradlinige Karriere startet. Das Familienprojekt, der mütterliche Aspekt, kommt fortan für ihren Lebensentwurf nicht mehr in Frage. Die für Frauen in einer typischen Männerdomäne typischerweise anzutreffenden Inkompatibilitäten von geschlechtsspezifischen Dispositionen des weiblichen Habitus und den im Berufsmilieu herrschenden geschriebenen und ungeschriebenen Spielregeln meistert sie dabei umso brillanter, als sie ja von Hause aus alles Notwendige mitbringt, um in dieses Spiel mit bereits verinnerlichtem Spielsinn einzutreten. Man könnte sogar die These aufstellen, dass in ihrem Falle »Geschlecht« zu einer mehr und mehr irrelevanten sozialen Kategorie der Selbst- und Fremdwahrnehmung der beruflichen Rolle wird. Frau Stieger tritt ihre Karriere zu einem Zeitpunkt an, wo das traditionelle Krankenhausregime noch intakt schien, der Chefarzt noch Patron im Hause war, Frauen nur selten in der Rolle des Krankenhausarztes und noch viel seltener auf den Etagen der Oberärzte und Chefärzte auftauchten, die Zahl aus dem Ausland zugezogener Ärzte am Kantonsspital noch deutlich geringer und die hierarchische Distanz zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal noch markant war. Es war eine Zeit, in der seitens der Chefärzte als Tribut an diese Machtfülle und statusmäßigen Privilegien ein hoher beruflicher Einsatz gefordert war und man bis zu 100 Stunden die Woche im Dienste der Patienten stand. Auch Frau Stieger unterwirft sich diesen enormen Ansprüchen. Im Unterschied zu ihren fast durchweg männlichen Kollegen kann sie jedoch die notwendige Reproduktionsarbeit im Dienste eines Familienprojektes nicht delegieren, sondern muss darauf verzichten. Dieses alte Regime der Krankenhausordnung gerät ab den 1990er Jahren schrittweise ins Wanken. Zunächst durch die zunehmende Ökonomisierung der Alltagspraxis, wachsende Anforderungen an Investition von Zeit und Energie in Verwaltungsarbeit und Abrechnung und Schrumpfen der Zeitressourcen für den eigentlichen Kern der Arbeit, die Sorge um die Patienten. Dann durch die schrittweise Verschiebung der Machtbalance zwischen Ärzteschaft und Administration und die Inthronisierung eines neuen Typus »Patron« in der Gestalt von Ökonomen. Und last, but not least trägt dann die vom Arbeitsrecht oktroyierte Beschränkung der Wochenarbeitszeit auf maximal 54 Stunden,

also etwa die Hälfte der zuvor oft zu leistenden Arbeitsstunden, zu einer fundamentalen Veränderung der Praxis und Rolle der Ärzteschaft im Allgemeinen und der Chefärzte im Besonderen bei. Wie die Studie von T. Willner offenlegt, sehen sich die ja fast ausschließlich männlichen Chefärzte durch diese Prozesse massiv in ihrer sozialen Identität und ihrem Berufsethos erschüttert, während Frau Stieger interessanterweise nicht in dieses Klagelied einstimmt, was seinen Grund darin haben könnte, dass sie seit einigen Jahren selbst in der Geschäftsführung des Krankenhauses sitzt und dadurch dieses Verlustgefühl kompensiert bzw. es in ihrer Rolle als Frau in einer Männerwelt erst gar nicht teilt.

Frau Warg kommt eine Generation später in diese bereits tief in den beschriebenen Reformprozess verstrickte Institution. Sie bringt kein vergleichbares familiales Erbe an Vertrautheit mit der Ärzteschaft, Selbstbewusstsein, klaren Vorbildern und Zielvorstellungen mit. Für sie steht von Beginn an fest, dass die Arztkarriere nicht auf Kosten der fest im Lebensentwurf verankerten Familienkarriere gehen darf. Unter den Bedingungen des neuen Krankenhausregimes mit seinen flacheren Hierarchien zwischen den verschiedenen Kategorien der Ärzteschaft, aber auch zwischen diesen und dem Pflegepersonal, mit einer massiven Präsenz von Frauen auch und gerade »oberhalb« der Pflege und angesichts von verständnisvollen und flexiblen Vorgesetzten kann Frau Warg in dieser neuen Zeit des Krankenhauses eine ihr ideal erscheinende Life-Work-Balance gestalten. Eine Generation früher wäre das in dieser Form kaum möglich gewesen. Die objektiven gesellschaftlichen Strukturen des Feldes und die subjektiven Dispositionen seiner Akteure haben sich, so ließe sich als Hypothese aus diesen beiden Fallstudien schlussfolgern, in interdependenter Weise gleichgerichtet verschoben. Dennoch ist festzuhalten, dass die Institution »öffentliches Krankenhaus« weiterhin in der Lage zu sein scheint, für einen Typus Individuum attraktiv zu bleiben, der im »Helfen« und »Sorge tragen« ein wichtiges Motiv für (berufs-)biographische Entscheidungen und Lebensentwürfe sieht, selbst wenn dies in seiner Selbstdarstellung nur auf verhaltene und unspektakuläre Weise zum Ausdruck kommt.

Wie lassen sich Erwerbsbiographie und Berufsethos im Dienste öffentlicher Güter darstellen?

Abschließende Anmerkungen zum methodischen Experiment der Fallkontrastierung

Franz Schultheis/Berthold Vogel

Welche zeitdiagnostischen Möglichkeiten und welchen soziologischen Erkenntnisgewinn bieten die kontrastiven Analysen von Erwerbsbiographien und berufsethischen Haltungen, die dieser Band vorlegt? Ja, ist es überhaupt legitim, mit empirischen Daten, hier mit qualitativen Interviews, so zu verfahren wie vorausgehend vorgeführt? Darf soziologische Forschung, ähnlich wie literarische Fiktion, wenn auch mittels methodisch erhobener Primärdaten, Szenarien entwerfen, soziale Situationen fingieren und zwecks Vermittlung einer bestimmten Deutung die dort zum Ausdruck kommenden gesellschaftlichen Erfahrungen inszenieren?

Nach ausführlichen Diskussionen dieser heiklen theoretischen und methodologischen Frage kam unser Forschungsteam zu dem einvernehmlichen Ergebnis, dass es sich hier um eine durchaus fruchtbare Auswertungsstrategie und Darstellungsform empirischen Materials handelt. Subjektive Sichtweisen werden gerade in der Kontrastierung erkennbar, ebenso die objektiven Gegebenheiten. Die Zeugnisse aus den vier öffentlichen Arbeitswelten werden durch das gewählte qualitative Verfahren in doppelter Weise für einen verstehenden Nachvollzug erschlossen.

Die Fragen, warum unsere Gesprächspartner ihre berufliche Alltagswelt und soziale Praxis so schildern und beurteilen, wie sie es im Interview tun, auf welche konkrete Erfahrungen sie sich dabei beziehen und wie sie ihre Befindlichkeiten und Selbstbilder dabei vermitteln, ist in einer qualitativen »Gesellschaftsdiagnose von unten« ein notwendiger erster und zentraler Schritt, auf dem sich dann objektivierende Verfahren des verstehenden Nachvollzuges des »So-und-nicht-an-