

Fragile Sorge: Zumutungen und Konflikte während der COVID-19-Pandemie

ALEXANDRA SCHEELE. HELENE SCHIFFBÄNKER. DAVID WALKER.
GRETA WIENKAMP

Einleitung

Während der COVID-19-Pandemie erhielt die medizinische und pflegerische Sorgearbeit in Krankenhäusern viel öffentliche Aufmerksamkeit. Die zeitweise sehr hohen Hospitalisierungszahlen von Corona-Infizierten und der verschärfte Personalmangel durch Krankheitsfälle und Absonderungen führten in vielen Krankenhäusern zu akuten Versorgungsengpässen und gingen für das dortige medizinische und pflegerische Personal mit erheblichen Zusatzbelastungen einher.

Auch in Österreich und Deutschland sahen sich Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in den ersten Wellen der Pandemie wiederholt der Gefahr einer systematischen Überlastung gegenüber. Zwar wurden von Seiten der Regierungen beider Länder unterschiedliche Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung getroffen, um den steigenden Infektions- und Hospitalisierungsraten entgegenzuwirken. Nichtsdestotrotz führten der intensive Mehraufwand in der Pflege der Erkrankten sowie unvorhersehbare Erkrankungen der Beschäftigten in Krankenhäusern dazu, dass Pflegekräfte und Ärzt*innen in hohem Ausmaß Überstunden leisten mussten. Zudem stellten die Schul- und Kitaschließungen Pflegekräfte und Ärzt*innen mit jüngeren Kindern auch im Privaten vor zusätzliche Herausforderungen. Denn während viele Beschäftigte ins Homeoffice wechseln (mussten) und dadurch die Betreuung ihrer Kinder – wenn auch unter erschwerten Bedingungen – gewährleisten konnten, stand den meisten Krankenhausmitarbeitenden eine solche Option nicht zur Verfügung.

Ausgehend von der Annahme, dass viele Ärzt*innen und Pflegekräfte während der Pandemie im Zentrum sowohl einer Krise unbezahlter als auch einer Krise bezahlter Sorgearbeit standen, gehen wir in diesem Beitrag¹ der Frage nach, mit welchen konkreten beruflichen Herausforderungen Pflegekräfte und Ärzt*innen während der Pandemie konfrontiert waren und wie im Krankenhaus arbeitende Eltern die Betreuung ihrer Kinder während der Pandemie sicherstellen konnten. Wir stellen die These auf, dass während der COVID-19-Pandemie nicht nur die bereits seit längerem diskutierte Reproduktions- bzw. Sorgekrise (Jürgens 2010; Dowling 2021) deutlich hervorgetreten ist, sondern dass es überwiegend dem individuellen Arbeitsinsatz der Beschäftigten zu verdanken ist, dass die Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen sichergestellt werden konnte. Diese Bereitschaft zur Mehrarbeit ist Teil eines spezifischen beruflichen Care-Ethos², das viele Beschäftigte im Gesundheitsbereich mitbringen. Es handelt sich um ein besonderes berufliches Selbstverständnis, das als „Haltung der Verantwortlichkeit, Zuwendung und Empathie“ (vgl. Senghaas-Knobloch 2008, 239) beschrieben werden kann, und das von dem

normativen Anspruch geleitet wird, Kranke und Pflegebedürftige gut zu versorgen. Angesichts bislang ausbleibender struktureller Reformen und fehlender Perspektiven auf zukünftig verbesserte Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor stellt sich die Frage, ob sich die Gesellschaft dauerhaft darauf verlassen kann und will, dass die Gesundheitsversorgung durch diesen individuellen (Mehr-)Einsatz sichergestellt wird. Dass die Beschäftigten – insbesondere die Pflegekräfte – ihre Unzufriedenheit zunehmend öffentlich in Form von Protesten und Streikaktivitäten artikulieren, kann zum einen als Beleg für eine längerfristige Krise gedeutet werden. Zum anderen deuten die vermehrten Protestaktionen auf eine subjektiv wahrgenommene Erhöhung der Streikmacht hin, die sich maßgeblich auf die zumindest zeitweise erhöhte politische und mediale Aufmerksamkeit für die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem zurückführen lässt.

Unser Beitrag basiert auf empirischen Befunden aus einem Forschungsprojekt³, das die Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeitsmodelle von Beschäftigten in Krankenhäusern in Deutschland und Österreich untersucht, und ist wie folgt gegliedert: Zum Einstieg zeigen wir die unterschiedlichen Facetten der Krise der sozialen Reproduktion. Anschließend gehen wir basierend auf unseren Forschungsergebnissen auf die Verschärfung der Arbeitsbelastungen sowie der Vereinbarkeitsproblematik in der privaten Fürsorge während der Pandemie ein. Abschließend diskutieren wir Ansatzpunkte zur Überwindung der multiplen Krise.

Die Krise sozialer Reproduktion als Krise der Gesundheitsberufe

Als Teil der gesellschaftlich notwendigen sozialen Reproduktion ist die Behandlung und Versorgung von (kranken) Menschen Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und „unverzichtbare Hintergrundbedingung für die Möglichkeit kapitalistischer Produktion“ (Fraser/Jaeggi 2020, 52). Allerdings, hier schließen wir an die Analysen von Aulenbacher und Dammayr (2014), Dowling (2021), Plomien, Scheele und Sproll (2022) oder Dück (2022) an, wird die Sphäre der sozialen Reproduktion in kapitalistischen Gesellschaften nicht nur im Sinne einer „Sorglosigkeit“ (Aulenbacher/Dammayr 2014, 68) vernachlässigt, sondern auch systematisch in ihrer Funktionsfähigkeit destabilisiert (vgl. Fraser/Jaeggi 2020, 57) – mit der Gefahr, dass die Gesellschaft in ihrer Reproduktion gefährdet ist (Aulenbacher/Dammayr 2014, 66). Die öffentliche Daseinsvorsorge wird durch den „markteffizienten Umbau, zunehmende Privatisierungen, Wettbewerb und Profitdruck“ (Dück 2022, 12) ausgehöhlt und der Staat zieht sich als Anbieter öffentlicher Daseinsfürsorge hinter privatwirtschaftliche Träger zurück (Weber 2022, 98).

Obwohl die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen eine Voraussetzung für das Wohlergehen von Gesellschaften ist und ihre Bedeutung während der COVID-19-Pandemie noch deutlicher wurde, haben bereits frühere neoliberale Transformationsprozesse, einschließlich Budgetkürzungen und Privatisierung von Krankenhäusern, dazu geführt, dass viele Länder weniger in der Lage sind, eine aus-

reichende und qualitativ hochwertige Versorgung bereitzustellen – so auch Deutschland und Österreich (Gerlinger/Mosebach 2009; Lindner 2007; Senghaas-Knobloch 2008). In beiden Ländern gibt es einen Personalmangel im Gesundheitssektor, der sowohl das pflegerische als auch das ärztliche Personal betrifft (Bundesärztekammer o.J.). Bereits vor der Pandemie fehlten in den Krankenhäusern in Deutschland mehr als 100.000 Vollzeitkrankenpfleger*innen (Simon 2018) und 76.000 Personen im Pflegesektor in Österreich (BMSGPK 2021, 5).

Die Krise sozialer Reproduktion schlägt sich im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen in den Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen von Ärzt*innen und Pflegekräften nieder. Ihre alltäglichen Arbeitsbedingungen sind von hohen Belastungen (atypische und lange Dienstzeiten, Überstunden, Exposition, Arbeitsintensität und Verantwortung) gekennzeichnet (DGB 2020, 5; Maier/Schmidt 2019; Schönherr/Zandonella 2020, 7f.), die sich während der Pandemie zusätzlich verschärften und einen extremen Einsatz erforderten (Bundesärztekammer o.J.). Im Zentrum unserer empirischen Untersuchung stehen daher in erster Linie die *geteilten* Erfahrungen von Pflegekräften und Ärzt*innen während der Pandemie.

Während insbesondere vollausgebildete Fachärzt*innen über ein hohes Prestige und Einkommen verfügen (Schrenker/Samtleben/Schrenker 2021, 14), sehen sich die überwiegend weiblichen Pflegekräfte mit Formen der Prekarisierung konfrontiert: Lohndumping, Abwertung und De-Professionalisierung sind weit verbreitet und reduzieren nicht nur die Qualität der pflegerischen Sorgearbeit, sondern haben auch eine Erschöpfung der Arbeitskräfte zur Folge (Dück 2014, 55f.). Wie die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung des DGB (2020) zeigen, sind Pflegekräfte häufig verschiedenen Arten von Stress ausgesetzt, wie etwa Zeitdruck, erhöhter Arbeitsbelastung durch Personalmangel oder körperlicher Belastung (ebd., 6). Fast die Hälfte von ihnen fühlt sich zudem häufig erschöpft und ausgebrannt (ebd.). Im Ergebnis können weder die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen noch jene der Pflegekräfte erfüllt werden (Schmucker 2019).

Nach der EU-Arbeitskräfteerhebung 2020 stellen Frauen in Deutschland etwa 77% aller Beschäftigten in den Gesundheitsberufen⁴, während der Anteil in Österreich dem EU-Durchschnitt von etwa 75% entspricht (EIGE 2021). Betrachtet man ausschließlich die Pflegeberufe, so liegt der Frauenanteil in Deutschland sogar bei 84% (DGB 2020, 2; auch Öz 2020). Trotz Unterschieden in der Berechnungsgrundlage sind die Zahlen für Österreich ähnlich: 82% der Beschäftigten in Pflegeberufen und 80% im Bereich der medizinischen Assistenz sind Frauen (Schönherr/Zandonella 2020, 3). Im Vergleich zur Pflege ist der Frauenanteil unter Ärzt*innen in beiden Ländern niedriger und liegt laut Daten der statistischen Ämter derzeit sowohl in Österreich als auch in Deutschland bei etwa 48%.⁵

Der durchschnittliche Stundenverdienst in den Gesundheits- und Sozialberufen liegt in Deutschland bei 19,04 Euro und in Österreich bei 17,32 Euro (Eurostat 2018; Schönherr/Zandonella 2020, 8). Allerdings ist auch hier die Heterogenität des Sektors zu beachten und zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen zu differenzieren.

Als ‚feminisierte‘ Tätigkeit mit unterdurchschnittlichem Berufsprestige weist insbesondere die Pflege ein niedriges durchschnittliches Lohnniveau auf (vgl. Schrenker/Samtleben/Schrenker 2021). Hinzu kommt, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung einerseits und aus Gründen der Vereinbarkeit mit familiären Aufgaben andererseits der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in beiden Ländern relativ hoch ist (Auffenberg et al. 2022; Schrenker/Samtleben/Schrenker 2021),⁶ wodurch die tatsächlichen monatlichen Verdienste der Pflegekräfte noch einmal niedriger sind. Das niedrige Lohnniveau in Pflegeberufen kann damit erklärt werden, dass es sich um „weibliche Berufsfelder handelt, die mitunter einer ‚kulturellen Entwertung‘ unterliegen und in denen genderstereotype Zuschreibungen Diskriminierung begünstigen“ (Schrenker/Samtleben/Schrenker, 18).⁷ Die „Sinnhaftigkeit“ der Arbeit – was wir mit dem Begriff des Care-Ethos fassen – diene seitens der Arbeitgeber im Sinne „nicht-monetärer Entlohnungskomponenten“ als Kompensation für geringe Löhne (ebd.). So ist die Arbeit für die meisten Beschäftigten sinnstiftend, da „im direkten Kontakt mit den Patient*innen als auch durch die gesellschaftliche Notwendigkeit der Versorgung von alten und kranken Menschen der unmittelbare Bedarf dieser Arbeit sichtbar und erfahrbar wird“ (Rudolph/Schmidt 2019, 11). Der DGB-Index „Gute Arbeit“ kommt zu dem Ergebnis, dass nahezu alle Beschäftigten (93% bzw. 94%) in Pflegeberufen den Eindruck haben, dass sie mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten (Schmucker 2019, 52). Dieses Care-Ethos war auch – wie noch gezeigt wird – zentrale Ressource zur Bewältigung der Corona-Krise.

Methode

Die empirischen Ergebnisse in diesem Aufsatz basieren auf halbstrukturierten, leitfadengestützten Interviews, die in verschiedenen Phasen der Pandemie mit Krankenhausbeschäftigten aus Deutschland und Österreich geführt wurden. Die beiden Länder wurden aufgrund ihrer Ähnlichkeit als konservative Wohlfahrtsstaaten einerseits und ihrer ähnlichen Corona-Politik ausgewählt. Insgesamt umfasst das Sample 39 leitfadengestützte Interviews mit Krankenhausbeschäftigten aus verschiedenen Berufsgruppen, davon 15 aus Deutschland und 24 aus Österreich. Befragt wurden Krankenpfleger*innen, Ärzt*innen, Stations- und Zentrumsleitungen mit Kindern unter 15 Jahren sowie, als Expert*innen des Feldes, Betriebsratsmitglieder, Verwaltungs-, Management- und Personalvertreter*innen mit und ohne Kinder.⁸ In Österreich fand die Erhebung zwischen Mai und Oktober 2021 in zwei Krankenhäusern in verschiedenen Regionen des Landes und mit unterschiedlichen Kontextbedingungen statt. In Deutschland erfolgte die Erhebung zwischen Mai 2021 und Februar 2022. Befragt wurden Mitarbeiter*innen eines großen Krankenhauses in einer mittelgroßen Stadt in einem Flächenland sowie eines großen Krankenhauses in einer Großstadt. Ergänzt wurde das deutsche Sample zudem durch fünf weitere Interviews mit Mitarbeiter*innen anderer Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse trotz des langen Untersuchungs-

zeitraums zu gewährleisten und retrospektiv auch die Erfahrungen zu Beginn der Pandemie erfragen zu können, wurde den Befragten im Vorfeld der Interviews und/oder während der Interviews ein jeweils aktueller Zeitstrahl mit zentralen Eckpunkten zum Pandemieverlauf sowie etwaigen Maßnahmen hinsichtlich der Schließung von Schulen und Betreuungseinrichtungen vorgelegt, mit dessen Hilfe wir dann detailliert auf die Situation zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pandemie eingehen konnten. Die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen erfolgte zunächst über formale Anfragen. Nachdem ein erster Zugang zum Feld hergestellt war, wurde primär auf das Schneeballsystem zurückgegriffen. Angesichts des dynamischen Infektionsgeschehens wurden die Interviews mehrheitlich online als Videokonferenz (oder in Ausnahmefällen per Telefon) durchgeführt und dauerten zwischen 30 und 90 Minuten. Um ein möglichst differenziertes Bild von der Situation auf den Stationen zu erhalten, lag der Fokus der Expert*innengespräche auf Interviews mit Beschäftigten des Pflegemanagements. Angesichts ihrer engen Zusammenarbeit mit den Pflegekräften auf den Stationen konnten diese aufschlussreiche Einblicke in die strukturellen Herausforderungen der Pflege während der Pandemie eröffnen. Zudem handelte es sich bei den Interviewpartner*innen aus dem Pflegemanagement überwiegend um ausgebildete Pflegekräfte mit Kindern unter 15 Jahren, die während der Pandemie persönlich stark von der Verschärfung der Krise unbezahlter und bezahlter Sorgearbeit betroffen waren. Sie trugen nicht nur durch die Personal- und Bettenplanung sowie die Entwicklung von Umstrukturierungs- und Hygienekonzepten zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung bei, sondern halfen in Hochphasen der Pandemie zuweilen selbst in der unmittelbaren Patient*innenversorgung aus. Bei der Interviewdurchführung wurde daher darauf geachtet, sowohl Fragen aus dem Leitfaden für Expert*innen als auch aus dem Leitfaden für betroffene Eltern zu berücksichtigen. Eine ähnliche Strategie wurde überdies auch bei Interviews mit Stations- und Zentrumsleitungen verfolgt, da diese in den meisten Fällen ebenfalls eine Doppelfunktion einnahmen und sowohl Managementtätigkeiten ausübten als auch an die Patient*innenversorgung angebunden waren.⁹

Alle Interviews wurden transkribiert und mittels Auswertungssoftware MaxQDA theoriegeleitet kodiert, wobei wir uns der Methode des thematischen Kodierens (Fereday/Muir-Cochrane 2006) bedienen, bei der deduktives und induktives Vorgehen miteinander kombiniert werden. Dieses Vorgehen ermöglichte es, sowohl die strukturellen Herausforderungen im Krankenhaus und in der Kinderbetreuung als auch die subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen unserer Interviewpartner*innen zu erfassen.

Ergebnisse der Studie

Arbeiten am Limit

Die COVID-19-Pandemie hatte einen starken Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten. Das medizinische und pflegerische Personal war einem hohen Expositions- und Infektionsrisiko ausgesetzt. Insbesondere zu Beginn der Pandemie, als Schutzmöglichkeiten in Form von Schutzausrüstung, Testinfrastruktur oder Impfangeboten noch fehlten, kam es häufig zu infektionsbedingten Ausfällen und Absonderungen in Teams, die den vorherrschenden Personalmangel verschärften. Die Personalknappheit wurde dadurch verstärkt, dass die Pflege und Behandlung von mit COVID-19 infizierten Patient*innen wesentlich (betreuungs-)intensiver war. So mussten verschärfte Hygienerichtlinien eingehalten und Patient*innen wie auch Kolleg*innen täglich getestet werden. Für die Behandlung schwerer Verläufe war die Nutzung zusätzlicher Geräte (z.B. Beatmungsgeräte, ECMOS) erforderlich, die individuell eingestellt werden mussten. All diese Anforderungen veränderten die Berufsroutinen von Pflegekräften und Ärzt*innen und wurden als erhebliche Zusatzbelastung erlebt:

Das ständige Anziehen, Ausziehen, das Arbeiten mit der Maske, zwölf Stunden in der Nacht die FFP-Maske tragen, das war der Wahnsinn, das kann man sich gar nicht vorstellen, wie gruselig das ist, also es waren halt sehr viele Bestimmungen, und es waren schwere Arbeitsbedingungen (Interview Österreich, Pflegerin COVID-Station).

Arbeitsintensivierung gekoppelt mit infektionsbedingten Ausfällen waren die Hauptgründe, weswegen ein erhöhter Personaleinsatz erforderlich war. Für Ärzt*innen und Pfleger*innen bedeuteten die Ausfälle, dass sie eine Vielzahl an Überstunden leisten mussten, auf anderen Stationen eingesetzt wurden und teilweise das Beschäftigungsausmaß erhöht wurde. Eine weitere Konsequenz bestand darin, dass insbesondere bei hohen Hospitalisierungsraten an Urlaubstage und damit verbundene Erholungs- bzw. Ruhezeiten nicht zu denken war:

Dieser extrem hohe Arbeitsaufwand, also das war so meine größte Herausforderung und jeden Tag immer auf hundert Prozent oder auf mehr, und dass man gar nicht sagen konnte, ok, jetzt können wir mal runterkommen, mal entspannen, in Urlaub fahren. Wir schieben, glaube ich, drei Urlaube vor uns vor, die wir alle schon bezahlt haben, schon seit einer ganzen Weile und dann hoffentlich irgendwann mal nehmen können, also / und gar nicht auch rauszukommen, weil man die ganze Zeit in dieser Anspannung ist (Interview Deutschland, Qualitätsbeauftragte/Abteilung Leitung Intensivstationen).

Im Lauf der Pandemie wurde immer mehr zeitliche und funktionale Flexibilität von den Beschäftigten gefordert, um die Versorgung der Patient*innen sicherzustellen.

(D)as Problem war, ich habe meistens die Dienstpläne nur für 4-5 Tage gehabt, weil es sich ja immer was verändert hat, weil irgendwer wieder positiv geworden ist, dann haben sie mich wieder früher gebraucht, und das war natürlich eine sehr große Aufgabe, besonders

die Kinder spielen dann ja nicht mit, die sind es nicht gewohnt, dass die Mama so viel weg ist (Interview Österreich, Pflegerin).

Um einerseits das Personal zu entlasten und andererseits die Versorgung der vielen COVID-Patient*innen trotz Personal- und Materialengpässen sicherzustellen, nahmen Krankenhäuser (temporär) weitreichende Umstrukturierungsprozesse und Veränderungen der Arbeitsabläufe vor, welche von einer unserer Befragten treffend unter dem Ausdruck „Katastrophenmodus“ beziehungsweise „Krisenmodus“ zusammengefasst wurden (Interview Deutschland, stellv. Pflegerische Zentrumsleitung und Qualitätsbeauftragte). COVID-Bereiche wurden geschaffen, um das Expositionsrisiko zu verringern. Die stations- und ambulanzübergreifende Personalplanung mittels Personalverschiebungen im Pflegebereich sowie die Unterstützung durch externes Personal konnten die besonders exponierten Bereiche unterstützen. Dies stellte jedoch eine enorme Belastung für die Mitarbeiter*innen dar.

Aber die größte Herausforderung ist hier auch auf Arbeit. Dieser extrem hohe Druck diese Betten der COVID-Patienten zu betreuen. Wie steuern wir das Personal, da ja Stationen geschlossen wurden und wie shiften wir das um?“ (Interview Deutschland, Qualitätsbeauftragte/Abteilung Leitung Intensivstationen).

Der Einsatz auf anderen Stationen ging für betroffene Pfleger*innen nicht selten mit Ängsten und erhöhtem Stress einher, da sie zugleich neue Arbeitsabläufe erlernen und sich in neue Teams einfinden mussten. Dies war mit erhöhten Herausforderungen sowohl für Eingeschulte wie auch für Einzuschulende verbunden:

Gerade jetzt Normalpflegepersonal auf Intensivstationen, das kann man nicht einfach, ne? Man kann nicht einfach auf einer Intensivstation arbeiten, wenn man das noch nie gemacht hat, wenn man da keine Erfahrung hat“ (Interview Deutschland, stellv. Pflegerische Zentrumsleitung und Qualitätsbeauftragte).

Durch die Reduzierung des Normalbetriebs – indem Eingriffe verschoben und in der Folge Bereiche geschlossen oder zusammengelegt wurden – konnten mehr Kapazitäten bereitgestellt werden. Allerdings war die dadurch erreichte Entlastung der Stationen und der Beschäftigten zumeist nur von kurzer Dauer, da die aufgeschobenen Behandlungen nach Abflachen der COVID-Infektionszahlen rasch nachgeholt werden mussten.

Auch die zu Beginn der Pandemie begrenzten Möglichkeiten, auf die schweren Krankheitsverläufe Einfluss zu nehmen, erzeugten bei Krankenhausbeschäftigten ein Gefühl der Ohnmacht, da sie das Leid der Patient*innen nur bedingt mildern konnten. Insbesondere in der zweiten Welle fühlten sich die Beschäftigten der Situation zeitweise „ausgesetzt oder ausgeliefert“ (Interview Deutschland, stellv. Pflegerische Zentrumsleitung und Qualitätsbeauftragte). Verschärft wurden die psychischen Belastungen noch dadurch, dass Patient*innen nicht von ihren Familien besucht werden konnten, während Pfleger*innen aufgrund der Arbeitsintensivierung nur wenig Zeit hatten.

(...) im Endeffekt war es so, dass eben wie die Covidstation dann gekommen ist, haben wir eigentlich hauptsächlich Nachtdienste machen müssen als Stammpersonal, weil da eine fremde Person ja nicht in der Nacht arbeiten lassen kannst, das heißt ich habe halt dann im April, wie das Ganze hoch akut war, für mich neun Nachtdienste innerhalb von einem Monat gemacht, was natürlich mit den Kindern ein bisschen schwierig war (Interview Österreich, Pfleger*in).

Die beschriebenen Anforderungen führten dazu, dass die ausreichende Behandlung und Versorgung erkrankter Personen im Krankenhaus für die von uns Befragten die höchste Priorität erhielt und nicht nur die eigene Regeneration bzw. Selbstsorge, sondern auch die Betreuung und Versorgung der Kinder (gezwungenermaßen) nachrangig wurde.

Kinderbetreuung am Limit

Neben all den Herausforderungen am Arbeitsplatz waren viele Beschäftigte im Gesundheitswesen auch im privaten Bereich mit pandemiebedingten Herausforderungen konfrontiert. Aufgrund der Schließung von Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen, Ferien- und Freizeiteinrichtungen mussten die meisten Kinder ab März 2020 zu Hause betreut und versorgt werden. Vor der Corona-Krise betreuten oft die Großeltern die Kinder, während die Eltern Nacht- oder Wochenendschichten im Krankenhaus leisteten. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie empfahlen die deutsche und österreichische Regierung jedoch, die zu den Risikogruppen zählenden Älteren zu schützen und keinen direkten Kontakt mehr zu haben. Die meisten Interviewpartner*innen handelten entsprechend dieser Aufforderung und involvierten ihre Eltern nicht mehr in die Kinderbetreuung. Auch weitere private Unterstützungspersonen (Babysitter, Haushaltshilfe, Nachbarschaft) fielen wegen des Expositionsrisikos und lange Zeit geltender Kontaktbeschränkungen aus. Die Beschäftigten im Krankenhaus wurden in Deutschland und Österreich als ‚systemrelevante‘ Berufsgruppe eingestuft und erhielten damit die Berechtigung, das Angebot einer Notbetreuung in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen wahrzunehmen.

Viele der interviewten Krankenhausmitarbeiter*innen nahmen dies jedoch besonders zu Beginn der Pandemie nicht in Anspruch. Zum einen entsprach die zeitliche und organisatorische Gestaltung des Betreuungsangebotes nicht immer den Bedarfen, zum anderen wurde die Qualität der Betreuung teils sehr kritisch gesehen. Vor allem hinsichtlich der Notbetreuungsangebote für Schulkinder wurde berichtet, dass teilweise nur wenige Kinder verschiedener Altersgruppen anwesend waren und viele gemeinsame Aktivitäten oder Spiele aufgrund der Infektionsgefahr untersagt wurden. Somit habe es sich mehr um die Verwahrung von Kindern als um eine sinnvolle Betreuung gehandelt. Nicht selten entschieden sich Eltern, die die Notbetreuung ursprünglich nutzen wollten, daher nach einigen Probeversuchen doch gegen das Angebot – auch wenn dies bedeutete, dass die Kinder während der Arbeitszeiten der Eltern teilweise unbetreut zuhause waren:

Ja, meine beiden Grundschul Kinder, das weiß ich auch noch ziemlich genau, die habe ich die ersten zwei Tage in die OGS (offene Ganztagschule, Anm. der Autor*innen) noch gegeben, und die kamen halt nach Hause und sagten, Mama, wir sind die einzigen da (...) / Wir dürfen nur am Tisch sitzen und dürfen uns nicht bewegen, dürfen da halt irgendwie Bilder malen (...). Ja, und dann habe ich nach zwei Tagen entschieden, also das brauche ich jetzt ehrlich gesagt nicht wirklich, dann lasse ich meine Kinder halt lieber zuhause, das bringt nichts“ (Interview Deutschland, Pflegedienstleiterin).

Einige der Befragten entschieden sich auch gegen die Notbetreuung, um das Corona-Virus nicht zu verbreiten. Als Personengruppe, die im direkten Kontakt mit Patient*innen steht, befürchteten sie, das Virus entweder über ihre Kinder in die Kinderbetreuungseinrichtungen zu bringen oder umgekehrt durch die Kinder ihre Kolleg*innen und Patient*innen zu gefährden.

Nichtsdestotrotz fanden sich in unserem Sample auch einige Eltern, die von den Notbetreuungsangeboten Gebrauch machten. Als Grund dafür wurden oftmals rein pragmatische Überlegungen angeführt, da ohne die Notbetreuung keine Möglichkeit gesehen wurde, Familie und Beruf weiterhin zu vereinbaren. Insbesondere Eltern mit Kleinkindern berichteten in diesem Zusammenhang auch von positiven Erfahrungen. Hingegen beklagten Eltern von Schulkindern, dass die Kinder in der Notbetreuung nicht genug lernten und sie daher mit ihren Kindern am Abend nach einem langen Tag im Krankenhaus die Schulaufgaben nachholen mussten. In zahlreichen Interviews wurde deutlich, dass es insbesondere dieser Bildungsanspruch war, der die Betreuung von Schulkindern während der Pandemie zu einer großen Herausforderung für Eltern machte. Als besonders belastend wurde daher auch die Einführung des Fernunterrichts (Homeschooling) empfunden, durch die Eltern mit Schulkindern in der Praxis plötzlich die Hauptverantwortung dafür hatten, ihren Kindern die Lerninhalte zu vermitteln bzw. ältere Kinder bei den Schulaufgaben zu unterstützen und die entsprechende IT-Infrastruktur bereitzustellen.

Wie unter anderem die Studie von Hipp und Bünning (2021) zeigt, wurde der Großteil der (zusätzlichen) Kinderbetreuung und Hausarbeit in Deutschland von Müttern übernommen. Dies war auch in der Mehrzahl unserer Interviews der Fall, wie das folgende Zitat exemplarisch untermauert:

Für mich war es schon schwierig, weil gerade wenn ich Frühdienst hatte (...) bin ich nach Hause gekommen und ja, und es ist wahrscheinlich der Ehrgeiz einer Mutter, dass (*kurzes Auflachen*) wenn man nach Hause kommt und man merkt, die Schulaufgaben sind doch irgendwie noch nicht so erledigt, dass man sich dann hinsetzt und, also dann habe ich mit den Kindern Schulaufgaben gemacht, (...) / Ich hatte, glaube ich, da wirklich Vierzehn-Stunden-Schichten (Interview Deutschland, Pflegeentwicklerin B).

Wie bereits angesprochen, räumten viele der Krankenhausbeschäftigten notgedrungen ihrer Arbeit im Krankenhaus den Vorrang vor den familiären Aufgaben und der Kinderbetreuung ein. Es gab „nichts Anderes“ neben der anspruchsvollen Arbeit im Krankenhaus, so eine Oberärztin in Österreich, die weiter ausführt:

Ich fand es schwierig. Ich konnte in dieser Zeit nicht an viel denken, weil ich im Krankenhaus so beschäftigt war. Ich war rund um die Uhr damit beschäftigt, Dinge zu erledigen, und selbst wenn ich nicht im Dienst war, habe ich an verschiedenen Themen gearbeitet (...) Aber ich würde es nie wieder tun, dass ich meine Kinder allein lasse. Das war ein großes Opfer, das mir erst im Nachhinein bewusst geworden ist, und ich verstehe jeden, der es nicht getan hat, aber ich verstehe es wahrscheinlich erst im Nachhinein besser (Interview Österreich, Oberärztin).

Die Krankenhausmitarbeiter*innen begründeten die Priorisierung der Erwerbsarbeit damit, dass sie im Krankenhaus dringend gebraucht wurden, dass sie für ihr Team und ihre Patient*innen da sein wollten und dass sie nicht einmal Zeit hatten, dies in Frage zu stellen und die möglichen Folgen für sich selbst und/oder die Familie zu reflektieren.

Mangelnde Anerkennung – fehlender Strukturwandel: Care-Ethos als Ressource

Wie ausgeführt, zeigen die Beschäftigten während der COVID-19-Pandemie trotz der hohen Belastungen eine spezifische Arbeitshaltung, die neben der Sorge um die Patient*innen auch noch die Sorge und spezifische Verantwortung gegenüber den Kolleg*innen, dem Team umfasst. Dieses ‚Care-Ethos‘ kann einerseits als individuelle Strategie zur Bewältigung der hohen Arbeitsbelastung gesehen werden und andererseits unter Pflegekräften auch als Mittel zur Kompensation der vergleichsweise geringen finanziellen Gratifikation. Einige der von uns befragten Pflegekräfte und Ärzt*innen betonten ausdrücklich, dass sie ihre Arbeit lieben und ihren Beruf als ihre Berufung betrachten. Eine österreichische Pflegeleiterin beschreibt, dass alle im Krankenhaus aufgrund ihres ‚Berufsethos‘ in so einer Situation ‚da‘ sind und für den ‚Job brennen‘ (Interview Österreich, Pflegeleiterin). Wie stark dieses Berufsethos ausgeprägt ist, zeigte sich in unseren Interviews unter anderem darin, dass auch Pflegekräfte, die mittlerweile im Management tätig sind, während der Pandemie mit großer Selbstverständlichkeit ‚am Bett‘ aushalfen. So berichtete eine ehemalige Pflegekraft, die erst kurz vor der zweiten Infektionswelle in den Verwaltungsbereich gewechselt ist:

(D)a habe ich im Oktober angefangen (...) und danach hieß es aber ja ‚Alle Pflegekräfte ans Bett wieder zurück‘ und bin dann in den Intensivbereich gegangen, auf die Corona-Station, im November und Dezember, und habe da noch ausgeholfen und ja, deswegen. Da war man dann wieder am Bett dran. Aber man hat natürlich auch die Notwendigkeit gesehen, da mitzuhelfen (Interview Deutschland, Hauptpraxisanleiterin).

Das Care-Ethos ist einerseits eine wichtige Ressource für die Beschäftigten, um Arbeitsbelastungen besser zu bewältigen – und es ist angesichts der skizzierten strukturellen Unterfinanzierung des Gesundheitswesens zugleich auch eine zentrale Ressource zur Gewährleistung seiner Funktionsfähigkeit. Die Behandlung und Ver-

sorgung von kranken Menschen basieren weiterhin auf der Aus-Nutzung des besonderen Arbeits- und Berufsethos von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Diese sind in ihrer professionellen Tätigkeit permanent gefordert, ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten des höheren Zwecks der Krankenversorgung zurückzustellen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie geriet das Care-Ethos dort an seine Grenzen, wo die hohe Arbeitsbelastung andauerte, ohne dass eine entsprechende Anerkennung und Entlastung erfolgten. Die durch die Pandemie verstärkte Care-Krise wurde während der Corona-Krise zwar regelmäßig thematisiert und skandalisiert, deren Folgen bleiben jedoch bislang unbeantwortet oder kurzfristig vertröstet mittels symbolisch-monetärer Formen der Anerkennung, wie etwa der Corona-Prämien für Beschäftigte, dem abendlichen Klatschen am Balkon oder Fenster und ‚warmen‘ Worten von Politiker*innen. So dankte im Mai 2021 die damalige deutsche Bundeskanzlerin Angela Merkel beispielsweise anlässlich des Deutschen Ärztetages in einer Videobotschaft den Ärzt*innen und Pflegekräften für „ihren aufopferungsvollen Einsatz bei der Versorgung der Patienten, natürlich nicht allein der an Corona Erkrankten, wie auch beim Testen und Impfen (...) von ganzem Herzen“ (Merkel 2021, o.S.). Die Beschreibung der Leistungen des medizinisch-pflegerischen Personals in Krankenhäusern als „aufopferungsvoll“ verweist jedoch – wie gezeigt – nicht nur auf *ein Merkmal* der Gesundheitsversorgung, sondern auf ihr Fundament.

Hoffnungen auf eine grundsätzliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen haben sich bisher nicht erfüllt. Stattdessen entschieden sich Österreich und Deutschland zur Zahlung individueller Bonuszahlungen. Am 14. Mai 2020 beschloss der Deutsche Bundestag die sogenannte „Sonderleistung während der Coronavirus-Pandemie SARS-CoV-2“, die ab September 2020 als steuerfreier Bonus gestaffelt an die Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ausgezahlt wurde, erst zwei Jahre später am 19. Mai 2022, dann einen Pflegebonus, der auch Pflegekräften in Krankenhäusern ausgezahlt werden konnte, wenn diese bestimmte Bedingungen hinsichtlich Arbeitsumfang und Tätigkeit erfüllten (BMG 2022). Die österreichische Bundesregierung gewährte im Spätsommer 2021 nach monatelangen politischen Diskussionen einen COVID-19-Bonus für rund 189.000 Beschäftigte im Krankenhaus- und Pflegesektor (Pfleger*innen, Reinigungskräfte). Das Personal erhielt durchschnittlich 500 Euro steuerfrei als Anerkennung für seine Leistungen während der COVID-19-Pandemie. Die österreichische Regierung erklärte: „Die Leistungen, die während der Pandemie erbracht wurden, lassen sich kaum in Geld ausdrücken. Der Beitrag der Bundesregierung in Form einer steuerfreien Prämie für das Personal in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten ist daher als Zeichen der Wertschätzung zu verstehen“ (Die Presse 2021, o.S.). Unsere Interviewpartner*innen begegneten dem Bonus mit gemischten Gefühlen; von den Befragten wurde er teilweise als eine ‚nette Anerkennung‘ erachtet, teilweise jedoch auch als Hohn empfunden. Einig waren sich die Befragten jedoch darin, dass der Bonus keinesfalls ausreicht, sondern dass stattdessen substanziellere, nachhaltigere Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im

Krankenhaus erforderlich sind. So warb die Mitarbeitendenvertretung eines von uns untersuchten Krankenhauses in Deutschland beispielsweise für Sonderurlaubszeiten und die Förderung von Regenerationsmaßnahmen.

Die strukturelle Personalknappheit bedeutet für die Beschäftigten, dass auch nach der Pandemie kaum Aussicht auf ausreichende Erholungszeiten, Möglichkeiten zum Abbau von Überstunden oder längere Urlaubszeiten besteht. Dort wo im Zuge der COVID-19-Pandemie Beschäftigte im Krankenhaus über viele Monate unter enormem Druck, mit erhöhtem zeitlichem Einsatz und unter gesundheitlicher Gefährdung für andere Care-Arbeit auf Kosten ihrer familiären Situation verrichteten, war die gesellschaftliche Wichtigkeit dieser Arbeit sichtbar geworden. Krankenpfleger*innen und Ärzt*innen hatten deshalb die Erwartung, dass dieser Sektor mehr Ressourcen erhalten würde. Umso mehr zeigten sich Enttäuschung, Unmut und Frustration, als von Seiten der Politik keine glaubhaften Signale für eine strukturelle Verbesserung der Situation offeriert wurden, in der Pflege vor allem hinsichtlich einer besseren Entlohnung und/oder einer Erweiterung des Beschäftigtenpools.

Die Stimmung ist sehr schlecht, viele Leute gehen, (...) wechseln, nicht nur aus dem Team, eigentlich auch aus der ganzen Klinik, was man jetzt immer wieder hört, viele wollen auch nicht mehr in dem Beruf arbeiten, (...), also man merkt es schon sehr stark, dass die Leute wechseln wollen, die erschöpft sind, ausgelaugt/ausgebrannt sind, das ist schon eklatant (Interview Österreich, Fachbereichskordinatorin).

Bei den Beschäftigten im Krankenhaus zeigten sich im Verlauf der Pandemie und in Folge der Arbeitsbelastungen nicht nur vermehrte gesundheitliche Probleme, sondern viele Beschäftigte strebten Arbeitszeitverringerung, Arbeitsplatzwechsel in Abteilungen mit besserer Planbarkeit oder eine berufliche Neuorientierung an, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Beruf und persönlichen Bedürfnissen zu erreichen.

Zusammenfassung und Ausblick

Während der Corona-Pandemie haben die gestiegenen Anforderungen sowohl in der bezahlten als auch in der unbezahlten Sorgearbeit zur Erschöpfung der Beschäftigten und damit zu einer Erschütterung ohnehin fragiler Sorge-Arrangements geführt. Diese Fragilität zeigt sich sowohl auf der strukturellen als auch auf der persönlichen oder familiären Ebene, wo diejenigen, die versuchen, die Anforderungen am Arbeitsplatz und die Pflegebedürfnisse zu Hause zu vereinbaren, physisch und psychisch überlastet sind (Schutzbach 2021).

Der zeitweise starke Anstieg der zu behandelnden Patient*innen, der erhöhte Behandlungs- und Versorgungsbedarf und die ständigen Veränderungen in der Arbeitsorganisation konnten nur durch viele Überstunden und ein hohes Engagement der Ärzt*innen und des Pflegepersonals bewältigt werden. Dies kann als Ausdruck eines starken Care-Ethos interpretiert werden, das sich aus einem Glauben an ihre

Berufung, der Verbundenheit mit dem Team sowie ihrer Sorge um das Wohlergehen ihrer Patient*innen speist – und das strukturell ausgenutzt wird. Dabei ist es kein Zufall, dass es sich bei den Gesundheits- und insbesondere den Pflegeberufen um typische „Frauenberufe“ handelt. Historische Rekonstruktionen zeigen, dass „(d)as Ethos fürsorglicher Praxis als eine Haltung der Verantwortlichkeit, Zuwendung und Empathie (...) als wesensmäßig weiblich“ (Senghaas-Knobloch 2008, 239) galt. Senghaas-Knobloch schreibt weiter: „Frauen wurden als Verkörperungen dieser Praxis angesehen und die spezifischen Kompetenzen wurden als weibliche Wesensmerkmale naturalisiert“ (ebd.). Diese geschlechtliche Zuschreibung ist Ursache und Ergebnis der Abwertung von Sorge und Fürsorge (Scheele 2019, 26f.). Vor diesem Hintergrund geht es darum, die Komplexität von Care und Care-Arbeit als wechselseitige Angewiesenheit, interaktive Praxis und relational-leibliche Tätigkeit (Müller 2018, 85ff.) zu erhalten, sie jedoch aus ihrer Verknüpfung mit Weiblichkeit zu lösen und stattdessen als allgemeine Voraussetzung und Notwendigkeit zu begreifen.

Die Zuspitzung der aktuellen Sorgekrise (Dowling 2021, kritisch Maier/Schmidt 2019) ist Ausdruck der Krise der sozialen Reproduktion. Die Überwindung der Krise erfordert einen systemischen Wandel, der sich mit dem Begriff der „Anti-Fragilität“ (Taleb 2018) erfassen lässt. Gemeint ist eine Perspektive, in der nicht nur Krisen überstanden werden können (Resilienz), sondern in der ein System aus der Krise verbessert herausgeht (ebd., 21f.). In den Worten Talebs: „Alles, was von zufälligen Ereignissen oder Erschütterungen mehr profitiert, als dass es darunter leidet, ist antifragil; das Umgekehrte ist fragil“ (ebd., 23).

Ob in Zukunft die gesellschaftliche Reproduktion ‚anti-fragil‘ werden kann, hängt auch davon ab, ob die Beschäftigten sich für eine Exit-Strategie entscheiden und den Beruf aufgeben oder ob über Arbeitskonflikte und -kämpfe nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erreicht werden können. Welche Entwicklung wahrscheinlicher ist, lässt sich derzeit noch nicht absehen. Viele Pflegekräfte haben im Zuge der COVID-19-Pandemie darüber nachgedacht, ihre Arbeitszeit zu verkürzen oder ihren Beruf komplett aufzugeben. Zugleich protestierten auch während der verschiedenen Corona-Wellen regional und bundesweit Beschäftigte verschiedener Krankenhäuser für bessere Arbeitsbedingungen, Schutzkleidung und Bonuszahlungen sowie grundsätzlich für mehr Personal und höhere Löhne sowie – in Deutschland – die Einführung des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) für alle Beschäftigten im Krankenhaus. Dies kann ein Hinweis auf „Legitimationskrisen ‚von unten‘“ (Aulenbacher/Dammayr 2014, 73) sein, die – so Aulenbacher und Dammayr – dann aufbrechen, „wenn bzw. sofern die Anforderungen im Rahmen der verschiedenen institutionellen Logiken nicht zufriedenstellend bearbeitet werden können“ (ebd.), also das Care-Ethos bzw. das Ethos der (Für)Sorge, das das berufliche Selbstverständnis vieler Beschäftigten im Gesundheitsbereich prägt, im Widerspruch steht zu der durch Ökonomisierungs- und Rationalisierungsdruck verursachten Personalknappheit und der damit einhergehenden dauerhaften Überlastung

des Krankenhauspersonals. Während der COVID-19-Pandemie ist dies besonders sichtbar geworden – als strukturelles Problem lässt sich diese Krise jedoch schon länger beobachten.

Literatur

Auffenberg, Jennie/Becka, Denise/Evans, Michaela/Kokott, Nico/Schleicher, Sergej/Braun, Esther, 2022: „Ich pflege wieder, wenn ...“. Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Arbeitnehmerkammer Bremen. Internet: https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (31.08.22).

Aulenbacher, Brigitte/Dammayr, Maria, 2014: Krisen des Sorgens. Zur herrschaftsförmigen und widerständigen Rationalisierung und Neuverteilung von Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/Dammayr, Maria (Hg.): Für sich und andere sorgen. Weinheim, Basel, 65-76.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 2022: Karl Lauterbach: „Dank für unermüdlichen Einsatz“ Bundestag beschließt Bonus für Pflegekräfte. Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/karl-lauterbach-dank-fuer-unermuedlichen-einsatz-bundestag-beschliesst-bonus-fuer-pflegekraefte.html> (07.03.23).

BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz), 2021: Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. Wien.

Bundesärztekammer, o.J.: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021. Wenn ein leichter Zuwachs in den Mangel führt. Internet: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2021> (20.01.23).

Die Presse, 2021: Ärzte und Pfleger bekommen Corona-Bonus. <https://www.diepresse.com/5980306/aerzte-und-pfleger-bekommen-corona-bonus> (14.02.2023).

DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund), 2020: Weiblich, systemrelevant, unterbezahlt. Arbeitsbedingungen in vier frauendominierten Berufsgruppen. DGB-Index Gute Arbeit. Kompakt 01/2020. Berlin.

Dowling, Emma, 2021: The Care Crisis. What Caused It and How Can We End It? London, New York.

Dück, Julia, 2014: Krise und Geschlecht. Überlegungen zu einem feministisch-materialistischen Krisenverständnis. In: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft. 44 (1), 53-70.

Dück, Julia, 2022: Soziale Reproduktion in der Krise. Sorge-Kämpfe in Krankenhäusern und Kitas. Weinheim, Basel.

EIGE (European Institute for Gender Equality), 2021: Employment in Human Health Activities by Sex and Age (from 2008 onwards) – 1000. Gender Statistics Database. Internet: https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/ta_wrklab_lab_employ_selected_healthcare__lfsa_egan22d_hlth/bar/year:2021/geo:EU27_2020,DE,AT/nace_r2:Q86/age:Y_GE15/unit:THS/sex:T,M,W (20.01.23).

Eurostat, 2018: Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity. Online Data Code: earn_ses18_13. Internet: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database> (26.08.22).

Fereday, Jennifer/Muir-Cochrane, Eimear, 2006: Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis. A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. In: International Journal of Qualitative Methods. 5(1), 80-92.

Fraser, Nancy/Jaeggi, Rahel, 2020: Kapitalismus. Ein Gespräch über kritische Theorie. Suhrkamp.

Gerlinger, Thomas/Mosebacht, Kai, 2009: Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebacht, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, 10-40.

Hipp, Lena/Bünning, Mareike, 2021: Parenthood as a Driver of Increased Gender Inequality During COVID-19? Exploratory Evidence from Germany. In: *European Societies*. 23 (sup1), 658-673.

Jürgens, Kerstin, 2010: Deutschland in der Reproduktionskrise. In: *Leviathan*. 38 (4), 559-587.

Lindner, Ulrike, 2007: Die Krise des Wohlfahrtsstaates im Gesundheitssektor. Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und Schweden im Vergleich. In: *Archiv für Sozialgeschichte*. 47, 297-324.

Maier, Friederike/Schmidt, Dorothea, 2019: Das Gespenst der Care-Krise. Ein kritischer Blick auf eine aktuelle Debatte. In: *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*. 49 (2), 239-258.

Merkel, Angela, 2021: Grußwort zur Eröffnung des Ärztetages. Internet: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/merkel-auf-aerztetag-1909244> (14.12.22).

Müller, Beatrice, 2018: Die sorgfreie Gesellschaft. Wert-Abjektion als strukturelle Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus. In: Scheele, Alexandra/Wöhl, Stefanie (Hg.): *Feminismus und Marxismus*. Weinheim und Basel, 84-101.

NACEV2.COM, o.J.: 86 – Gesundheitswesen. Internet: <https://nacev2.com/de/activity/gesundheitswesen> (20.01.23).

Öz, Fikret, 2020: Löhne und Gehälter in systemrelevanten Berufen: Gebraucht und geschätzt, aber unter Wert! Eine Analyse auf Basis der WSI-LohnSpiegel-Datenbank. IAT Discussion Paper No. 20/02. Gelsenkirchen.

Plomien, Ania/Scheele, Alexandra/Sproll, Martina, 2022: Social Reproduction and State Responses to the Global Covid-19 Pandemic: Keeping Capitalism on the Move? In: Kupfer, Antonia/Stutz, Constanze (Hg.): *Covid, Crisis, Care, and Change? International Gender Perspectives on Re/Production, State and Feminist Transitions*. Opladen, 139-152.

Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja, 2019: Einleitung: Ein bisschen Aufbruch, wenig Widerstand – die Kollektivierung und Vertretung von Interessen im Pflegesektor. In: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): *Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure, Handlungsebenen*. Münster, 10-22.

Scheele, Alexandra, 2019: Abwertung von Care-Arbeit durch Vergeschlechtlichung. In: Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (Hg.): *Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure, Handlungsebenen*. Münster, 24-36.

Schmucker, Rolf, 2019: Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin, Heidelberg, 50-59.

Schönherr, Daniel/Zandonella, Martina, 2020: Arbeitsbedingungen und Berufsprestige von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. Wien.

Schrenker, Anne-Katrin/Samtleben, Claire/Schrenker, Marcus, 2021: Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*. 13-15, 12-18.

Schutzbach, Franziska, 2021: Die Erschöpfung der Frauen. Wider die weibliche Verfügbarkeit. München.

Senghaas-Knobloch, Eva, 2008: Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: *Berliner Journal für Soziologie*. 18 (2), 221-243.

Simon, Michael, 2018: Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper der Abteilung Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 96, Oktober 2018.

Statistik Austria, 2022: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2020. Internet: <https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1222> [20.01.23].

Statistisches Bundesamt, o.J.: Gesundheitspersonal. Gesundheitspersonal nach Berufen 2020 (Grafik). Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html#sprg475692 [20.01.23].

Taleb, Nassim Nicholas, 2018: Anti-Fragilität. Anleitung für eine Welt, die wir nicht verstehen. München.

Weber, Lena, 2022: Nach der Krise ist vor der Krise ist in der Krise ...: Geschlechtliche Arbeitsarrangements und ungelöste Care-Konflikte aus der Sicht von Pflegekräften während der Corona-Krise. In: Arbeit. 31, 95–113. <https://doi.org/10.1515/arbeits-2022-0006>.

Anmerkungen

- 1 Wir danken den beiden anonymen Gutachter*innen und den Schwerpunktverantwortlichen für die konstruktive Kritik und die hilfreichen Hinweise zur Überarbeitung.
- 2 Dieser Begriff ist nicht gleichbedeutend mit dem der „Ethics of Care“, die Carol Gilligan in den 1980er Jahren entworfen hat.
- 3 Es handelt sich um das Forschungsprojekt „Double Fragility: The Care Crisis in the Corona Crisis“ (Laufzeit 03/2021-07/2023, Projektleitung: PD Dr. Alexandra Scheele), das von der VolkswagenStiftung im Rahmen der Förderinitiative „Corona Crisis and Beyond – Perspectives for Science, Scholarship and Society“ gefördert wird.
- 4 Unter Gesundheitsberufe fallen dabei sowohl Tätigkeiten von pflegerischem als auch von ärztlichem Personal (NACEV2.COM, o.J.).
- 5 So waren in Deutschland im Jahr 2020 211.000 approbierte Ärzte und 197.000 approbierte Ärztinnen beschäftigt (Statistisches Bundesamt, o.J.). In Österreich belief sich die Zahl der berufsausübenden Ärzt*innen im selben Jahr auf 24.565 Männer und 23.109 Frauen (Statistik Austria 2022, 33).
- 6 Auch bei Ärzt*innen verzeichnete die Bundesärztekammer (o.J.) in Deutschland zuletzt steigende Teilzeitquoten, wodurch sich bereits vorhandene Personal- und Versorgungsengpässe zusätzlich verschärfen.
- 7 Pflege galt lange Zeit nicht als „Beruf“, sondern als „Berufung und Lebensform (...), für die sich Frauen aus einem besonderen Geist entschieden hatten“ (Senghaas-Knobloch 2008, 226).
- 8 In diesem Beitrag wurde das Geschlecht anhand der Selbstzeichnung als Frau/Mann benannt, da die Vereinbarkeitsproblematik in ungleiche Geschlechterverhältnisse eingebettet ist, bei denen Frauen überproportional für die Kinderbetreuung zuständig sind. Damit wird auch den stereotypen Vorstellungen von Wesensarten „der Frau“ sowie der Tatsache, dass der Pflegeberuf mehrheitlich von Frauen ausgeübt wird, Rechnung getragen.
- 9 Stationsleitungen nehmen jenseits ihrer Leitungsaufgaben üblicherweise auch im Tagesgeschäft regelmäßig Aufgaben in der Patient*innenversorgung wahr. Demgegenüber sind Zentrums- bzw. Bereichsleitungen in der Regel zwar nicht in die tägliche Patient*innenversorgung involviert, arbeiten jedoch eng mit den Kräften auf Station zusammen und haben zudem selbst einen pflegerischen/ärztlichen Hintergrund, wodurch sie in Krisensituationen ebenfalls in der Patient*innenversorgung aus-helfen (können). In Österreich wurden Interviews mit anderen Pflegekräften seitens der Pflegeleitung teilweise mit der Begründung abgelehnt, dass diese zeitlich bereits so belastet seien.