

Wolfgang Hien¹ / Hubertus von Schwarzkopf²

Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – eine explorative Studie mit Hinweisen auf erweiterte Gesundheitsschutzkonzepte³

Ein Projekt des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie (Bremen),
gefördert von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
(BGW), Fördernummer: ext FF_1475.

– Forschungsbericht (Langfassung) –

Bremen, September 2020

¹ Dr. rer. pol. Wolfgang Hien, Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Am Speicher XI 9, 29217 Bremen (kontakt@wolfgang-hien.de)

² Dr. med. Hubertus von Schwarzkopf, Arbeitsmediziner, Friedrichrodaer Straße 2, 28205 Bremen

³ Wir danken allen, die uns bei der Kontaktnahme im Feld halfen. Unser besonderer Dank gilt allen Interviewpartner/innen, die bereitwillig und umfassend an diesem Projekt mitgewirkt haben. Bei der Manuskripterstellung erhielten wir hilfreiche Korrekturen und Anregungen von Viola Funk-Soykan, B. Sc., Gudrun Funk, Dipl.-Päd., Edith Werdemann, exam. Krankenschwester, und Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dipl.-Psych. et Dipl.-Soz. Auch ihnen gebührt Dank.

Abstract

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung war die Fragestellung, wie Pflegekräfte⁴ in ihrem professionellen Alltag die Corona-Krise erleben und welche Einflüsse sie belasten und ihre Gesundheit gefährden. Da auch neue Konstellationen erkundet werden sollten, empfahl sich der qualitative Ansatz der grounded theory. Im Zuge eines theoretischen Samplings ergaben sich 26 Interviews mit Pflegekräften aus Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, die zwischen Mai und Juli 2020 durchgeführt wurden. Als hoch belastend zeigte sich weniger die Angst vor dem Virus selbst als eher die Problematik der unzureichenden betrieblichen und überbetrieblichen Organisation. Die Corona-Krise deckte schnell die Versäumnisse und die seit Jahren sich kumulierenden Belastungsstrukturen auf. Neben der unzureichenden Raum-, Material- und Personalausstattung erwiesen sich auch das tradierte Medizin-Pflege-Verhältnis und die fehlende Interdisziplinarität als problematisch. Belastend waren die widersprüchlichen und vielfach als chaotisch empfundenen Verordnungen, Vorgaben und Anweisungen der Behörden, namentlich der Gesundheitsämter. Als positive Ressource wurde in vielen Fällen das unterstützende Team wahrgenommen, auch wenn immer wieder Beispiele unsolidarischen Verhaltens zu beklagen sind. SARS-CoV-2 induzierte in keinem Fall eine differenzierte Gefährdungsbeurteilung. Die Corona-Pandemie zeigt, dass Politik, Gesellschaft und Organisationen herausgefordert sind, ausreichende und klare Strukturen zu schaffen, den Pflegeberuf erkennbar attraktiver zu gestalten, dem Pflegenotstand entgegen zu wirken und die Arbeitsbedingungen sichtbar zu verbessern. Dem Arbeits- und Gesundheitsschutz muss ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt werden. Das Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und Arbeitsschutz muss mit klaren Aufgabenverteilungen für betriebliche und überbetriebliche Akteure definiert werden. Unsere Studie hat dazu einige relevante Hinweise erbracht. Vorgeschlagen wird eine sichtbarere Intervention und Hilfestellung der zuständigen Unfallversicherungsträger vor Ort.

Einleitung

Die Corona-Krise hat die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen weitgehend unvorbereitet getroffen. Binnen kürzester Zeit mussten besondere Schutzmaßnahmen entwickelt werden, wobei sich die materiellen, organisationalen und personalen Voraussetzungen teilweise als mangelhaft und ungenügend erwiesen. Die Mehrebenen-Problematik – Notfall- und Intensiv-Versorgung, Hygiene- und Gesundheitsschutz-Maßnahmen, Organisations- und Materialprobleme, in manchen Fällen auch die Angst vor Ansteckung – verursachten ein deutlich erhöhtes Maß an Gefährdungen und Belastungen. Das Infektions- und Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen ist deutlich erhöht (Chou et al. 2020; Möhner/Wolik 2020). Eine Auswertung der AOK-Daten von März bis Mai weist für Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege einen Krankenstand von 12,3 % und für Beschäftigte in der Altenpflege einen Krankenstand von 12,8 % aus - damit liegen Pflegeberufe um den Faktor 2,5 höher als der Versichertendurchschnitt. Hier gehen zwar auch die nach Infektionsausbrüchen verhängten Quarantänezeiten

⁴ Der von uns genutzte Begriff „Pflegekräfte“ umfasst examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, examinierte Altenpfleger/-innen und Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeassistenten/-innen .

mit ein, doch Pfleger/-innen waren auch besonders stark von schweren Erkrankungsverläufen betroffen. Die Covid-19-Erkrankung ist eine über den pulmonalen Bereich hinausgehende systemische Erkrankung, deren Spätfolgen noch nicht absehbar sind. Das Robert-Koch-Institut (RKI) weist in seinem täglichen Lagebericht die Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens als gesonderte Erkrankungsgruppe aus: Danach waren bereits Mitte Mai 2020 (RKI 2020b) von 534 hospitalisierten Covid-19-Fällen bei Krankenhausbeschäftigten 18 verstorben (case fatality ratio: 3,4 %), von 348 hospitalisierten Covid-19-Fällen bei Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen waren 41 verstorben⁵ (case fatality ratio: 11,8 %). Der Altersmedian der erkrankten Pflegekräfte lag bei 40 Jahren. Im ersten Halbjahr wurden von den mehr als 25.000 Infektionsfällen im Gesundheits- und Sozialwesen der BGW mehr als 6000 Fälle unter Berufskrankheiten-Verdacht gemeldet (Nienhaus et al. 2020).

Die vergleichsweise hohe Zahl der berufsbedingten, tödlich verlaufenen Covid-19-Fälle unter Altenpflegepersonal verlangt nach einer Erklärung. Da im Heim normalerweise eine Vielzahl von Humankontakten und Interaktionen stattfinden, ist es nicht verwunderlich, dass sich Viren, einmal ins Heim gelangt, schnell ausbreiten können. Pflegebedürftige, zumeist multimorbide und immungeschwächte Menschen, sind für pathogene Keime besonders empfänglich. Infizierte und zunächst unerkannt Erkrankte können gleichsam Virus-Brutstätten sein, wodurch Beschäftigte einer hohen Exposition ausgesetzt sind. Altenpflege ist in besonders hohem Maße mit Körpernähe und Körperkontakt verbunden. So können sich unter der gut begründeten Annahme einer Dosis-Wirkungsbeziehung (Rabinowitz/Bartman 2020) schnell sehr schwere Erkrankungsverläufe einstellen. Diese Zusammenhänge sind im Wesentlichen schon länger bekannt. Schon 2005 hat daher das RKI entsprechende Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime veröffentlicht (RKI 2005). So sollten in jedem Heim Hygieneverantwortliche benannt und entsprechend qualifiziert, Hygienekommissionen gebildet und Hygiene- und Maßnahmenkonzepte erstellt werden, einschließlich des Vorhaltens von ausreichend Schutzausrüstungen. Doch diese Empfehlungen wurden nicht umgesetzt – ein Versäumnis der Heimbetreiber wie der Behörden, welche jene unterstützen und überwachen sollten. Nicht zuletzt fehlte es an rechtlich bindenden Verfügungen. Im März 2020 wurden dann viele Pflegeheime von der Infektionswelle unvorbereitet überrascht.

Über die infektionsbedingten Gesundheits- und Lebensgefahren hinaus müssen weitere gesundheitliche Gefährdungen in Betracht gezogen werden, welche auf große Teile der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen ausstrahlen. Erste wissenschaftliche Berichte zu den Folgen der Corona-Pandemie bei Pflegepersonal bzw. Health Care Workers in China und Italien deuten auf ein gravierendes Ausmaß arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen hin (Lai et al. 2020; Shaukat et al. 2020; Wang et al. 2020). Auch im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen sind die psychosozialen Belastungen merklich gestiegen (Arndt et al. 2020; Bradtke et al. 2020; Rheindorf et al. 2020). Die neuartige Situation, vor die Medizin und Pflege hierzulande gestellt waren, hat eine neuartige Belastungsstruktur geschaffen. Zur Frage, welche Einflussfaktoren in welcher Gewichtung hier wirksam waren und sind, gibt es noch kein genaues Bild.

⁵ Die Zahl wurde später vom RKI auf 40 Verstorbene korrigiert.

Die explorative Kleinstudie stellte sich zur Aufgabe, anhand der von professionellen Pflegekräften erlebten Corona-Gefährdung Hinweise zu gewinnen, die zur Weiterentwicklung des um Pandemiegefahren erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes dienen können. Besonderes Augenmerk wurde auf die psychosozialen Belastungen und die Frage gelegt, wie diese betrieblich und überbetrieblich aufgefangen und bearbeitet werden können. Untersucht werden die Erfahrungen und Belastungen für Pflegekräfte in Kliniken und in Altenheimen, d.h. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen und Pflegehelfer/-innen. Auch wenn sich zwischen diesen Berufsgruppen einige Aufgabenbereiche unterscheiden, so sind Pflegekräfte in allen Bereichen mit Grund- und Behandlungspflege sowie mit vielen Aspekten der psychosozialen Betreuung befasst. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, das Erleben der Corona-Krise bei Pflegekräften in Kliniken und Altenheimen in einer gemeinsamen Studie zu untersuchen, wie dies auch in der internationalen Pflegeforschung üblich ist. Um neue Gesichtspunkte zu erfassen, wurde bewusst der in der Pflegeforschung etablierte qualitative Ansatz der grounded theory gewählt (Strauss 1994; Holloway/Wheeler 1998; Akbar et al. 2017).

Methode

Vor dem Hintergrund einer offenen und an der grounded theory (Strauss 1994; Flick 2007; Strübling 2018) orientierten explorativen Fragestellung ging es nicht um eine repräsentative Studie. Qualitative Studien haben zum Ziel, charakteristische Wahrnehmungs-, Interaktions- und Handlungskonstellationen herauszuarbeiten, mit der Chance, neue und bisher wenig beachtete und für die Belastung und Belastungsbewältigung relevante Aspekte der Arbeitssituation zu finden und aufzudecken. Anzunehmen war, dass zu den bekannten Belastungs- und Bewältigungskonstellationen neue und bisher nicht oder nur wenig beachtete Aspekte hinzukommen würden. Zu beachten ist hierbei, dass in diesem Zusammenhang nicht nur Informationen zu „materiell fassbaren“ Sachverhalten eine Rolle spielen, sondern auch das subjektive Erleben, welches sich zu nennenswerten psychischen Arbeitsbelastungen und Gesundheitsgefährdungen verdichten kann. Ausgangspunkt war die Idee, im norddeutschen Raum zunächst zwölf Interviews mit Pflegekräften aus Kliniken und Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Methodisches Konzept war das theoretische Sampling (Flick 2007, S. 158 ff.), welches ein schrittweises Vorgehen hinsichtlich der Zusammensetzung der Samplestruktur im Forschungsprozess beinhaltet. Hierbei werden Auswahlentscheidungen für weitere Interviews auf der Basis des Informationsgehaltes der jeweils durchgeführten Interviews getroffen, d.h. es wurde nach möglichen minimalen und maximalen Kontrastierungen hinsichtlich Stadt-Land, Organisationstyp, Arbeitsaufgabe, Altersgruppe, Geschlecht und persönlicher Orientierung gesucht. Das Forschungsprojekt ist von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hauptverwaltung Hamburg, Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, hinsichtlich ethischer Fragen geprüft und genehmigt worden.

Die Interviews wurden zwischen Mai und Juli 2020 geführt. Ende Juli war mit dem 26. Interview ein Niveau der theoretischen Sättigung erreicht, d.h. die beschriebenen Phänomene begannen sich zu wiederholen, und wesentliche, neue Erkenntnisse waren nicht mehr zu erwarten. Zudem hatte sich die epidemiologische Situation geändert und der gesellschaftliche Umgang mit der Pandemie wurde etwas

routinierter. Der Feldzugang erfolgte über ein Anschreiben an Klinik- und Heimleitungen, welche uns die Erlaubnis gaben, über die betreuenden Betriebsärzte bzw. im Falle der Pflegeeinrichtungen über Pflegedienstleitungen potentielle Interviewpartner/-innen zu finden und für ein Interview zu gewinnen. Die Interviews wurden teilweise in der Klinik oder dem Altenpflegeheim „live“ geführt, coronabedingt jedoch überwiegend über Telefon, zumeist während der Arbeitszeit. Zu Beginn jedes Interviews wurde über Sinn und Zweck des Forschungsprojektes, über Anonymisierung und Datenschutz informiert und das Einverständnis der Interviewten über Audioaufzeichnung und anonymisierte Verwendung der Daten eingeholt. Es handelt sich um offene, narrativ-episodische Interviews, die zwischen 20 und 60 Minuten dauerten. Genutzt wurde ein Leitfaden, wobei der Narration des subjektiven Erlebens breiter Raum gewährt wurde. Als Eingangsfrage wurde folgende Formulierung gewählt: „Die Corona-Krise hat uns alle unvorbereitet getroffen. Wie haben Sie als professionelle Pflegekraft in ihrem beruflichen Alltag die Krise erlebt? Was fällt Ihnen dazu als erstes ein?“ Es folgten Fragen zur veränderten Arbeitssituation und zum Arbeitsklima, zum persönlichen Umgang mit Gefährdung und ggf. mit Infektion und Erkrankung, zur Unterstützung durch betriebliche Stabsstellen wie Hygiene, Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie durch Gesundheitsamt und weitere überbetriebliche Stellen. Thematisiert wurde auch das private Umfeld. Zum Schluss wurde gefragt: „Was ist aus Ihrer Sicht aus der Corona-Krise zu lernen? Was könnte man künftig besser machen?“

Es ergab sich folgende Samplestruktur: Notaufnahme (3), Intensivstation (3), Kardiologie (2), OP-Bereich (2), Kinderklinik (2), Psychiatrie (1), stationäre Altenpflege (12), Heilerziehungspflege (1). Unter dem befragten Krankenhauspersonal befanden sich fünf Stationsleitungen (StL), unter dem übrigen Pflegepersonal befanden sich zwei Personen der Pflegedienstleitung (PDL) und zwei Stationsleiterinnen (StL). Die Aufteilung, auch diejenige zwischen Frauen (F) und Männern (M), ist folgender Tabelle zu entnehmen:

	Pflegehelferin	Examam. Kraft	StL	PDL	Gesamt
Krankenpflege	1 F	6 F 2 M	2 F 3 M	-	8 F 5 M
Altenpflege	3 F	5 F 1 M	2 F	1 F 1 M	11 F 2 M
gesamt	4 F	11 F 3 M	4 F 3 M	1 F 1 M	19 F 7 M

16 Pflegekräfte gehörten zur Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen, zehn Pflegekräfte waren älter. 18 der Interviewpartner/-innen arbeiten in Häusern, die in Städten gelegen sind, sieben Interviewpartner/-innen arbeiten in einer ländlichen Region. Zur Rechtsform der Kliniken: kommunal (8), freigemeinnützig (2) und privat (2); zur Rechtsform der Pflegeeinrichtungen: freigemeinnützig (11), privat (3). Mit infizierten und an Covid-19-erkrankten Patienten und Patientinnen hatten naturgemäß die Notaufnahmen und Intensivabteilungen zu tun, fünf der befragten Pflegekräfte haben sich selbst infiziert, zwei davon nachweislich im Dienst, zwei Infizierte entwickelten

eine Covid-19-Erkrankung mittelschweren Grades. Die Interviews wurden teiltranskribiert, einige Eckinterviews wurden in einem mehrstufigen Verfahren kodiert (Flick 2007, S. 386 ff.), um schließlich mittels Kategorienbildung ein Auswertungsraster für das gesamte Interviewmaterial zu gewinnen. Einzelne Aussagen wurde hermeneutisch analysiert (Kurt 2004, S. 255 ff.) und hinsichtlich offener und latenter subjektiver Deutungsmuster untersucht.

Ergebnisse

Im Interviewmaterial haben sich, nach der Kodierung und Kategorisierung vier Kernkategorien bzw. Kernthemen herausgeschält:

- Organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung.
- Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes.
- Arbeitskultur und Arbeitsatmosphäre im Verlauf der Krisenbewältigung.
- Körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise.

Organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung

– zum Alltag in den Kliniken –

Zu den Voraussetzungen gehören zunächst die Rechtsform der Organisation, die Raumverhältnisse, die Materiallage, die innerbetriebliche organisationale Struktur, die Personalausstattung, die Hygiene- und Arbeitsschutz-Organisation und nicht zuletzt das jeweilige Führungskräfteverhalten. Die räumlichen Verhältnisse, auf die die Pandemie traf, waren höchst ungünstig. Die schon in den 1990er Jahren einsetzenden Rationalisierungsmaßnahmen (vgl. Auth 213; Mohan 2018; Raehlmann 2020) waren darauf ausgerichtet, Raum und Personal zu sparen. Die Zusammenlegung kleiner und mittelgroßer Abteilungen zu großen Abteilungen war hierbei von besonderer Bedeutung (Hilsenbeck 2006). Es entstanden große Intensiv- und OP-Abteilungen, Funktionsbereiche wurden zentralisiert, kleine Stationen zu großen Stationen zusammengefasst und Ausweichmöglichkeiten abgebaut. Die Materiallogistik wurde zentralisiert, teilweise in oder an externe Stellen ausgelagert. Die Bevorratung mit Schutzkleidung und Schutzmasken war – entgegen den behördlichen Vorgaben zur Pandemievorsorge, die freilich nie kontrolliert wurden – auf ein Minimum heruntergefahren.

Die Personalausstattung befindet sich schon seit Jahren auf einem völlig unzureichenden Niveau, wobei die Gründe vielschichtig sind (vgl. Hien 2016, S. 123 ff.). „Im Gesundheitssystem ... ist der Personalmangel, vor allem bei den Pflegekräften, ein Gutteil auf die prekären Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Das Defizit bedeutet für die verbliebenen Beschäftigten eine Arbeitsintensivierung verbunden mit erheblichen Überstunden bei einem gleichzeitig geringen Entgelt, was weitere Kündigungen und sogar frühzeitigen Verschleiß mit Ausscheiden aus dem Beruf begünstigt sowie die Gewinnung von Nachwuchskräften erschwert“ (Raehlmann 2020, S. 219). Der Mangel an Fachkräften führt dazu, vermehrt Medizinische Fachangestellte, angelernte Assistenten und Absolventen eines freiwilligen sozialen Jahrs zu beschäftigen, mit der Folge der Deprofessionalisierung von Teams. In den Gesprächen wurde immer wieder auf die mangelnde gesellschaftliche

Wertschätzung der Pflege hingewiesen, die sich nicht alleine durch das „Klatschen“ aufbessern lässt. Einige Interviewpartner/-innen aus dem Klinikbereich erwähnten explizit das DRG-System, d.h. die Fallpauschalen, die ihrer Meinung nach die große Variabilität der Erkrankungsverläufe und insbesondere des Pflegeaufwandes vernachlässigen. Fallpauschalen und Vergrößerung der Abteilungen haben dazu geführt, dass sich paradoxe Arbeitssituationen ergeben. Hier zwei Einlassungen:

„Corona – das führt uns die sowieso existierenden Probleme nur stärker vor Augen. Wenn wir rationalisieren und alles kaputtsparen, und es ist ja vor allem am Personal gespart worden, statt hier sehr viel mehr Geld reinzutun, dann dürfen wir uns nicht wundern, dass alle aus der Pflege weglaufen. Das ist der Teufelskreis: Personal fehlt, die Arbeitsbedingungen sind mega-schlecht, dann fehlt noch mehr Personal“ (Frau X.).

„Ich arbeite jetzt mehr als 30 Jahre hier, in der Intensiv, und da wurde immer mehr zusammengelegt, und wieder zusammengelegt. Jetzt haben wir eine Riesen-Station, und der Personalbestand ist nicht mit der Arbeit mitgewachsen, und das führt dazu, dass du letztlich mehr und mehr lustlose Fließbandarbeit machst. In solchen Riesenabteilungen bist du kein Team mehr, da bist du Einzelkämpfer. So empfinde ich das, ja, das war mal ein Teamberuf, und wenn du's mal genau nimmst, wenn du da in deiner Einheit einen Patienten ordentlich versorgst, da kommst du da nicht raus. Und jetzt mit Covid-Patienten, das ist unheimlich anstrengend. Das ist im Prinzip gar nicht möglich, du musst da mal raus, einfach zum Luft holen, und dann arbeitest du die Sachen halt mechanisch ab“ (Frau V.).

In der letzten Sequenz wird deutlich, wie die lange Zeit der Rationalisierung an der berufsethischen Haltung der Protagonistin nagt. Die Attribute „lustlos“ und „mechanisch“ stehen auch in ihrem Bewusstsein konträr zur Orientierung, mit Einfühlung und Verantwortung die Versorgung schwer Erkrankter sicher zu stellen. Ein berufliches Selbstverständnis, das sich an Einfühlung und Verantwortung orientiert, kann im Arbeitsalltag nur dann gelebt werden, wenn unter den Mitarbeitenden ein solidarischer Geist herrscht. Dazu gehört auch, dass man „mal raus kann“ und „mal Luft holt“, dazu gehören die kleinen Erholzeiten und die nicht zweckgebundene Kommunikation am Rande. Doch das alles wird durch die Rationalisierung zunichte gemacht. Die Poren des Arbeitstages werden geschlossen, und damit erodieren auch die „verborgenen Situationen“ der sozioemotionalen Regeneration. In der zitierten Sequenz schwingt die Trauer über den Verlust dieser Arbeitsatmosphäre und dieser Eingebundenheit mit. Als lebenspraktisches Resultat wird die pragmatische Anpassung an die gegebenen Verhältnisse sichtbar, d.h. eine Anpassung, die selbst im inneren Konflikt mit der ursprünglichen beruflichen Orientierung steht.

Zwar gab es in den Kliniken immer einen betriebsärztlichen Dienst, der sich auch im Rahmen von Testungen und Betreuung kranker Mitarbeiter/-innen engagierte, doch fehlte der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin durchgehend vor Ort. Sie führten keine Unterweisungen durch, gaben keine Erläuterungen zur richtigen Anwendung von Persönlichen Schutzausrüstungen und führten keine Begehungen bei räumlichen Veränderungen durch. Bemängelt wurde in den meisten Interviews die generelle

Lückenhaftigkeit des bestehenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sowohl explizit wie implizit:

„Einen Betriebsarzt hier auf der Kardiologie-Station hab ich noch nie gesehen. Irgendwie hab ich immer das Gefühl, wir sind hier auf uns allein gestellt, und ob es eine Gefährdungsbeurteilung gibt, weiß ich gar nicht“ (Frau R.).

– zum Alltag in der Altenpflege –

Die Altenpflege leidet aufgrund der offenen Vermarktlichung seit den 1990er Jahren noch deutlich mehr unter dem Personalmangel als das Krankenhauswesen. Es entstanden große Pflegekonzerne und Pflegeketten mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt waren. Seit Jahren werden in den Medien gravierende Missstände berichtet, so z.B. mancherorts für 60 kranke und schwerkranke Bewohner/-innen nur eine nachwachsende Pflegekraft. Armin Rieger, selbst Pflegeunternehmer, kommt in seinem beeindruckenden Erfahrungsbericht zum Schluss, dass würdige Altenpflege prinzipiell machbar ist, nicht aber unter dem Diktat einer „freien“, d.h. unregulierten „Profitwirtschaft“ (Rieger 2017). Eine groß angelegte Studie der Universität Bremen kommt zu dem Schluss, dass in Pflegeeinrichtungen bundesweit ein Defizit von 100.000 Vollzeitstellen besteht (Rothgang et al. 2020). In der arbeitswissenschaftlichen Forschung wird zunehmend kritisiert, dass industrielle Rationalisierungskonzepte der „lean production“ auf die Pflegearbeit übertragen werden (Raehlmann 2020) – ein Vorgang, den grundrechtlichen Auftrag einer menschenwürdigen Pflege unterminiert. Wie im Krankenhauswesen auch, erweisen sich, neben den personalpolitischen Defiziten, Rationalisierungsmaßnahmen als problematisch, vor allem dann, wenn Krisen auf das System treffen: unzureichende Raumausstattung, unzureichende Materialausstattung, unzureichende bis nicht vorhandene Arbeitsschutz-Organisation. In den Pflegeeinrichtungen wurden Gemeinschaftsräume zugunsten neuer Bewohner/-innen-Einheiten zurückgefahren, und Stationen wurden teilweise zu Riesen-Stationen zusammengelegt. Bedrückend ist der Umstand, dass es an präventiven Maßnahmen, die für den Fall einer Epidemie oder Pandemie vorgesehen waren, in den Heimen umgesetzt und behördlicherseits hätten durchgesetzt werden müssen, offenbar flächendeckend fehlte. In den Interviews gab es freilich auch Befürworter großer Pflegekonzerne, weil dann zumindest an einem zentralen Ort eine Hygiene- und Arbeitsschutzabteilung besteht, die in kleinen Häusern oft fehlt bzw. an externe Stellen ausgelagert wurden, die – das sagen selbst Pflegedienstleitungen – kaum verfügbar und daher wenig hilfreich sind.

„Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, nee, das haben wir eigentlich nicht, Hygiene schon ein bisschen, aber mit Lücken. Besonders gravierend sind die Lücken in so kleinen Häusern. Manchmal hast Du gar nicht mitgekriegt, wenn Du da einen MRSA-Patienten hattest. Das ist schon krass“ (Frau A).

In Pflegeeinrichtungen fehlen zumeist Gefährdungsbeurteilungen, sodass es schon gar nicht zu neuen, die Corona-Gefährdung berücksichtigenden Gefährdungsbeurteilungen kam. In vielen Einrichtungen wurden auf die Schnelle Hygienepläne erstellt als grobe Orientierung und zum Vorweisen bei Behörden. Insgesamt scheint die Situation in Alten- und Pflegeeinrichtungen bundesweit sehr viel heterogener und stärker von regionalen Gegebenheiten abhängig zu sein als im Krankenhäusern.

Dies mag auch mit den unterschiedlichen Überwachungs- und Beurteilungssystemen der Länder und Kommunen zusammenhängen.

– ähnliche Problemlagen in Kliniken und Altenheimen –

Die Pandemie erzwang überall da, wo Infektionen ausbrachen oder Infizierte ins Haus kamen, innerhalb kürzester Zeit Raumtrennungen und das Errichten von Schutzwänden und Schleusen. Bereiche wurden wieder provisorisch unterteilt, um möglicherweise oder tatsächlich Infizierte von den übrigen Patienten/-innen bzw. Bewohner/-innen zu trennen. Soweit möglich, wurden auch Luftführung und Klimatechnik angepasst. Von fast allen Befragten erfuhren wir, dass es bis vor wenigen Jahren – zumindest in den Kliniken – wesentlich mehr Isoliermöglichkeiten gab, die dann abgebaut wurden und nun wieder überstürzt und in vielen Fällen provisorisch und auch lückenhaft wiedereingerichtet werden mussten. Die anfängliche Materialknappheit wuchs sich teilweise zu einem enormen Problem aus, was die psychosozialen Belastungen deutlich negativ beeinflusste. Zu erwähnen ist, dass nach genauer Durchsicht des Interviewmaterials hinsichtlich der städtischen oder ländlichen Region und der Rechtsform von Klinik oder Einrichtung keine nennenswerten Unterschiede in der Wahrnehmung der organisationalen und strukturellen Voraussetzungen festgestellt werden können. Vor diesem Hintergrund mahnten alle Interviewpartner/-innen die dramatische Notwendigkeit einer verbesserten Logistik an, speziell diejenige der persönlichen Schutzausrüstung – dies schon für den Regelbetrieb, aber ganz besonders für Krisensituationen. Die Kommunikationsstruktur zwischen Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen einerseits und staatlichen Stellen, insbesondere Gesundheitsamt, andererseits, war vor der Corona-Krise kaum ein Problem, da kaum erforderlich. Doch die Krise zeigte, dass klare Strukturen der Kommunikation fehlten, dies sowohl intern als auch extern mit den Gesundheitsämtern. Die Politik möge auch ehrlich sein und ihre Versprechen einhalten. Applaus sei schön, aber es dürfe dabei nicht stehen bleiben. Wirtschaftlichkeit und Personalbesetzung müssen neu diskutiert werden. Auch mehr Angebote für die Beschäftigten wurden auf die Wunschliste gesetzt, insbesondere für den Erfahrungsaustausch und die gegenseitige soziale Unterstützung.

Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes

– in den Kliniken –

Zunächst ist einzuräumen, dass in den Anfangswochen der Krise angesichts der Bilder und Berichte aus Norditalien mit sehr viel mehr Covid-19-Fällen gerechnet wurde, als dann tatsächlich eintraten. Nicht dringend notwendige OPs wurden zurückgestellt; auch verschoben Patienten und Patientinnen selbst die Einweisung ins Krankenhaus. Das führte in den ersten Krisenwochen dazu, dass einige Krankenhausstationen nicht ausgelastet waren und – wie es einige Interviewte ausdrückten – „zunächst nichts zu tun war“. Gleichwohl war dies beileibe nicht überall der Fall, und es gab auch Kliniken und Klinikabteilungen, die schnell an ihre Kapazitätsgrenzen kamen.

Zu den problematischen Voraussetzungen der Krisenbewältigung zählen auch Rolle und Zusammensetzung der Krisenstäbe. Neben der Klinikleitung auf Verwaltungs-

ebene und ggf. der betrieblichen Interessenvertretung, befinden sich in Krisenstäben Vertreter/-innen der Chefarztebene, der Pflegedienstleitungen, der Infektiologie, der Hygiene, des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin; essentiell vertreten sind überbetriebliche Institutionen der Seuchenbekämpfung, insbesondere das Gesundheitsamt und ggf. auch die Ordnungsbehörde. Doch zeigte sich, dass auf betrieblicher Ebene die Zusammensetzung teilweise erheblich variierte. So war der Arbeitsschutz in manchen Fällen überhaupt nicht beteiligt. Doch durchgehend wurde von allen in Kliniken Befragten bemängelt, dass das Erfahrungspotential der Pflegekräfte vor Ort nicht oder nur ungenügend berücksichtigt wurde. Berichtet wurde von unpraktischen Entscheidungen, so z.B. von Trennwänden ohne Berücksichtigung von Wegen und Geräten. Zimmer wurden für Covid-Patienten in verschiedenen Bereichen definiert, abgetrennt und eingerichtet, was als Aufgabe der Pflege „aufgedrückt“ wurde, ohne dass die entsprechenden Räumlichkeiten zur Verfügung standen. Schon vor Corona war, wie mehrfach berichtet wurde, die Logistik anfällig und nicht immer verlässlich, in der Krise wurde es wiederum für diejenigen Pflegekräfte, die sich um die Logistik kümmern sollten, extrem anstrengend und aufwändig. Was schon vor der Corona-Krise ein Problem war, nämlich der hohe Pegel der Lärmbelästigung durch Gespräche, Telefonate, Klingeln und Geräte, steigerte sich krisenbedingt erheblich. Insgesamt wurde die Vielzahl verschiedener und sich oft widersprechender Ansagen und Aufgabenstellungen als Belastung empfunden, auch solche Ansagen, die rein fachlich als unsinnig angesehen wurden, wie z.B. die tägliche Desinfektion des Bodens. Die organisatorische Problematik spitzte sich zu, wenn im Arbeitsumfeld Infektionen und Erkrankungen unter den Mitarbeitern/-innen auftraten. Ein Klinik-Stationsleiter gab zu Protokoll:

„Chaos pur, es gab Tage mit drei unterschiedlichen Ansagen des Gesundheitsamtes, Mundschutz ja, Mundschutz nein, und dann waren innerhalb kürzester Zeit acht Mitarbeiter/-innen infiziert, sieben davon sind erkrankt, drei sind richtig schwer erkrankt, keine Luft und so, riesige Unsicherheit, auch bei den Familien, die dann betroffen waren, Quarantäne, beklemmende Situation, vor allem, nachdem wir die Bilder aus Italien gesehen haben. Und die Frage, die wir uns alle stellten: ‚Was kommt da auf uns zu? Was können wir machen? Was können wir tun?‘ Und dann ging es los mit der Improvisiererei. Ich habe in meinen 30 Jahren Beruf ja schon viele Katastrophen erlebt, aber da kamen doch nochmal neue Dinge hinzu. Und dann soll ich als Leitung meinen Mitarbeitern vermitteln, dass sie ihren Mundschutz eine Woche lang tragen sollen. Und dann kam noch die Info vom Gesundheitsamt, dass auch infizierte Mitarbeiter/-innen, wenn sie keine Symptome haben, weiterarbeiten sollen. Wurde dann zwei Tage später wieder zurückgenommen. Ist nicht gut sowas. Corona hat uns ganz schön aus der Bahn geworfen, es war ja dann die halbe Abteilung in Quarantäne. Zum Glück gab es dann unter den Pflegekräften genügend Freiwillige, die aus dem „Frei“ kamen und ausgeholfen haben“ (Herr K.).

Aus der zitierten Passage wird ersichtlich, wie belastend die ersten Wochen der Krise gewesen sein müssen, auch und gerade für Stationsleitungen, die die unterschiedlichen und oft widersprüchlichen Vorgaben und Anweisungen umzusetzen hatten. Zugleich lässt sich aber auch ein gewisser Stolz der Erzählenden erahnen,

dass er es – in Solidarität mit seinen Mitarbeitenden – geschafft hat, die Situation zu meistern.

– in den Pflegeheimen –

Erst Mitte April gab es für Altenpflegeheime, auf der Basis einer auf die aktuelle Situation unter SARS-CoV-2-Bedingungen bezogenen RKI-Empfehlung (RKI 2020a), differenzierte Anweisungen der Gesundheitsämter. So sollten u.a. Teams mit klaren Zuordnungen von Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Bereiche wie z. B. Infektionskontrolle und Materialbeschaffung gebildet sowie Schulungen der Pflegekräfte und weiterer im Heim beschäftigten Berufsgruppen durchgeführt werden. Einmal davon abgesehen, dass es im April schon massive Infektionsherde im Altenpflegebereich gab, viele Anordnungen also zu spät kamen, wurde von einigen Interviewpartnern/-partnerinnen berichtet, dass trotz neuer Vorgaben in vielen Punkten weiter Ratlosigkeit herrschte. So wurden Einweisungen, wie Schutzkleidung zu tragen sei, oft nur lückenhaft oder sogar fehlerhaft gegeben. Nach Ausbrüchen entstanden, wie uns mehrfach berichtet wurde, oftmals chaotische Situationen. Nun kamen behördliche Vorgaben, die auf Handlungsunsicherheit und mangelnde Ausstattung trafen. Bewohner/-innen mussten sich Quarantäneauflagen beugen; Angehörige, außerbetriebliche Fachkräfte und sonstige betreuende Personen hatten keinen Zugang mehr, und die Pflegekräfte waren mit einer völlig neuen Situation konfrontiert: Sie mussten die Versorgung und Betreuung der Alten und Kranken völlig alleine bewältigen. Es gab – wie es von einer Stationsleiterin ausgedrückt wurde – „einen Rückfall in die allernötigste Grundpflege“. Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fielen für viele Wochen aus. Die psychosoziale Seite der Pflege wurde aufgrund der ohnehin schmalen Personaldecke stark vernachlässigt, was die ethisch-moralische Dissonanz und damit den Distress enorm erhöhte. Die Corona-Krise brachte die Altenpfleger/-innen an ein emotionales Limit. Die fehlende überbetriebliche Unterstützung war Thema in allen Interviews. Besonders problematisch erwies und erweist sich dieses Manko in kleinen Pflegeheimen. Es wurde berichtet, dass kleinere Einrichtungen über Tage hinweg niemanden beim Gesundheitsamt erreichen konnten. Trat ein Corona-Fall ein, konnte es sein, dass Heimleitung und Stationsleitung überfordert waren. Dann rächte sich die fehlende Arbeitsschutzorganisation: Ein bestellter Betriebsarzt hätte die betriebliche Organisation mit planen und unterstützen können.

„Das Traurige war, dass es niemanden vom Gesundheitsamt gab, keinen Arzt, kein Mensch, da wo wir wirklich jemanden gebraucht hätten, der uns sagt, was wir machen müssen. Es war Freitag, und niemand war zu erreichen. Und einen Betriebsarzt, ja, den konnten wir auch nicht erreichen. Zum Glück kannten wir einen Privatarzt, und der kam dann. Das Verrückte war ja: Keiner wusste, was wir jetzt machen müssen, oder anders: Jeder hat was anderes gesagt, und alles war durcheinander, da brauchten wir einen, der uns einen Weg weist“ (Frau I.).

Krisenstäbe gab es im Altenpflegebereich nicht systematisch und wenn überhaupt, auf der überregionalen Ebene, die weit weg war von den Problemen vor Ort. Im unserem Altenpflegerischen Interviewmaterial konnte niemand von der Arbeit eines Krisenstabes konkret berichten. Manchmal gab es Anweisungen aus der Konzernzentrale, oftmals waren insbesondere die kleineren Häuser auf sich allein

gestellt. Eine hoch relevante Problematik, die sich als ausgeprägter Belastungsfaktor für Pflegekräfte herausstellen sollte, war die Arbeit der Gesundheitsämter und weiterer staatlicher und überbetrieblicher Institutionen nach Corona-Ausbrüchen:

„Die Sache mit dem Gesundheitsamt, das hat uns echt Probleme gemacht. Wir hatten hier Verdachtsfälle, und das hat Tage gedauert, einmal sogar eine Woche, bis das Ergebnis kam“ (Frau B.). „Es wurden Abstriche so im Vorübergehen, so halb-und-halb gemacht, das war schon sehr komisch, so als ob das ein ganz besonderes Geschenk wäre, einen Abstrich machen zu dürfen. Das ist doch idiotisch. Das Haus müsste doch ein Interesse haben, zu wissen, dass in der Abteilung ist alles ok. Es war ja fast so, als müsste man betteln für einen Test. Und dann kamen Ergebnisse mit der Formulierung ‚schwach positiv‘. Was ist das denn? Da fühlt man sich doch verarscht“ (Frau V.). „In meinem Fall, ich war negativ getestet, ich sollte aber trotzdem in häuslicher Quarantäne bleiben, weiß der Geier warum, so hat es mein Heimleiter mir gesagt – Anweisung vom Gesundheitsamt – und dann kamen ein paar Tage später zwei Herren von Gesundheitsamt und sagten: ‚Nee, das wäre aber nicht nötig gewesen.‘ Sowas macht mich richtig sauer“ (Frau W.).

Das sind keine Einzelfälle. Viele Interviewte beklagten die widersprüchliche und oft von Tag zu Tag – und manchmal auch von Stunde zu Stunde – sich ändernden Anweisungen und Vorgaben, die oftmals zu doppelter, überflüssiger oder in sich inkonsistenter und zuweilen sinn- und zweckloser Zusatzarbeit geführt habe. Gesundheitsämter, Heimaufsicht, Ordnungsämter, Polizeidienststellen und weitere Institutionen sprachen sich oft untereinander nicht ab und erzeugten im Gefolge dessen paradoxe und hoch belastende Situationen. Infizierte Pflegekräfte, deren Wohnort in einem anderen Gesundheitsamtsbezirk lag, erhielten zeitweise strikt gegensätzliche Anweisungen, die in einem Falle sogar durch einen Polizeieinsatz flankiert waren. Eine besondere Problematik im Bereich der Altenpflege war das Agieren der Heimaufsicht und gelegentlich auch das des Medizinischen Dienstes. Auch hier gab es offensichtlich keine oder nur mangelhafte Absprachen mit Gesundheits- und Ordnungsamt, eine Situation, die sich wiederum zu Lasten der Pflegekräfte auswirkte.

„Die Heimaufsicht sagt hüh und das Gesundheitsamt sagt hott, also ob Besuch kommen darf oder nicht, und dann wird gesagt, die Heimleitung soll das entscheiden, und dann aber, wenn was passiert, ist die Heimleitung, ja und letztlich die Pflegedienstleitung verantwortlich“ (Herr D.).

Immer ging und geht es um die Abwägung und Abstimmung zwischen Schutz der anvertrauten Patienten und Patientinnen bzw. Schutz der Heimbewohner/-innen und Gesundheitsschutz der im Arbeitsprozess stehenden Pflegekräfte. Überwiegend waren – und sind dies auch gegenwärtig noch – Maßnahmen nicht gut aufeinander abgestimmt. So mussten die Mitarbeiter/-innen im fortlaufenden und zuweilen extrem hektischen Arbeitsvollzug ihren eigenen Gesundheitsschutz oftmals hintenanstellen. Gewerbeaufsicht und Unfallversicherungsträger waren, obwohl gerade sie koordinierende Aufgaben hätten übernehmen können, in allen Fällen unseres Samples abwesend. Ebenso wenig waren die Handlungsanleitungen des Kompetenznetzes Public Health COVID-19 (Kämpf et al. 2020) oder der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bekannt (BGW

2020a, 2020b), auch und gerade in den Pflegedienstleitungen nicht, wo sie viel zur besseren Aufklärung hätten beitragen können.

– Zwischenfazit –

Die Corona-Krise hat das betrieblich-organisatorische Koordinatensystem verändert. Als eigentlicher Lenker fungiert im Erleben der Pflegekräfte nunmehr der staatliche Infektionsschutz. Stabsstellen erscheinen als dessen Erfüllungsgehilfen – eine durchaus realitätsnahe Sichtweise. Das Problem besteht darin, dass die Seuchenbekämpfung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz – wie es ein Gesprächspartner ausdrückte – „mehr schlecht als recht“ verknüpft ist und konfliktäre Konstellationen gleichsam vorprogrammiert sind. Hinzu kommt die als problematisch empfundene Dreigliederung der Gesundheitsämter: Bund, Land und Kommune, wobei es auf Länder- und Gemeindeebene zuweilen sehr unterschiedliche Vorgehensweisen gab und gibt. Vor dem Hintergrund einer sowohl wissenschaftlich wie anwendungspraktisch noch weitgehend unbekanntem Viruspandemie sind die Unklarheiten und Ungereimtheiten verständlich; für die berufliche Alltagspraxis der im Gesundheits- und Sozialwesen „vor Ort“ Arbeitenden ist diese Situation unbefriedigend.

Arbeitskultur und Arbeitsatmosphäre im Verlauf der Krisenbewältigung

– Fallgeschichten aus Kliniken und Pflegeheimen –

Unter Pandemiebedingungen ergaben sich für die Kliniken als Ganzes und im Gefolge dessen für einzelne Abteilungen teilweise völlig neue Arbeitsaufgaben, so z.B. Geburtshilfe bei Corona-Infizierten auf einer Normalstation, d.h. Arbeitsaufgaben, die nun vom medizinischen und pflegerischen Personal abgedeckt werden sollten, das dafür nicht ausgebildet ist. Transferleistungen wie z.B. das Herbeiholen einer Hebamme waren schwierig oder scheiterten wegen Problemen andernorts. Insgesamt zeigt sich, dass Aufklärung, Schulung und Unterweisung in Sachen Pandemie – geschuldet situativer Überforderung – zunächst nicht auf dem wünschenswerten Niveau waren. In bestimmten Bereichen, in denen schon zuvor ein ungünstiges und hierarchisches Verhältnis zwischen Medizin und Pflege bestand, verstärkte sich krisenbedingt diese „Unwucht“, was die Konfliktlagen verstärkte. Einzelne Stationsleiter bemängelten, dass das tradierte Hierarchieverhältnis wieder Raum griff, so beispielsweise die „Feldherren-Mentalität“ mancher Chef- und Oberärzte.

„Dass in einer Krisensituation bestimmte Dinge schnell entschieden werden müssen, leuchtet ein. Aber mir scheint, dass die Chef- und Oberärztlichkeit nun daraus Honig zu ziehen versuchen und einfach ihr Diktat durchsetzen wollen. Ein Feldherr eben, der diskutiert nicht, der gibt vor. Oder es heißt ganz einfach, ‚es ist im Krisenstab so und so beschlossen worden, und das wird jetzt gemacht‘. Wo bleibt da die Interdisziplinarität? Eigentlich müssten man die Hierarchien abbauen, doch gerade werden wieder welche aufgebaut“ (Herr M.).

Manche Oberärzte sind sehr daran interessiert, beim Wiederanfahren eher mehr Patienten als auf Station verkraftbar aufzunehmen, ohne diese Aufnahme mit der Pflege ausreichend abzusprechen. Dies wird nicht nur als unzureichende Planung und Kommunikation wahrgenommen, sondern auch und vor allem als fehlende Wertschätzung. Pflegekräfte fühlen sich mitunter brüskiert angesichts nicht nachvollziehbarer Anweisungen. So ordnete beispielsweise die Geschäftsleitung einer psychiatrischen Klinik Abstandsregelungen für die Betten an:

„Wir in der Psychiatrie hatten zwar keinen Corona-Fall bisher, aber wir sollten dann die Betten auf 1,5 Meter Abstand rücken, wobei auf der anderen Seite aber Freigang nach draußen erlaubt wurde. Da war dann kein Abstand oder so. Das ist doch total widersinnig“ (Frau F.).

Heimleitungen wie Beschäftigte erlebten und erleben die Auflagen und Vorschriften, die ihnen seitens der Gesundheits- und Ordnungsämter auferlegt werden, als undurchdacht, widersprüchlich, inkonsequent und oft als realitätsuntauglich. Die Isolation alter Menschen wurde und wird von vielen Pflegekräften als unmenschlich angesehen. Die Auflage, nur „bewachen“ Besuch in separaten Besuchszimmern zu erlauben, scheitert nicht selten an mangelnden Räumlichkeiten. Dass schließlich bei kleinen Lockerungen jeder Besucher bis zum Bewohner einzeln begleitet werden muss und dies zu jeder Zeit möglich sein soll, kann aufgrund des Personalmangels nicht oder nur selten realisiert werden. Scurril, weil ohne fachliche Abstimmung, waren und sind manche Anweisungen, beispielsweise für die logopädische Behandlung in der Geriatrie und Altenpflege. So sollten Schlaganfall-Folgen mit schweren Schluckstörungen „auf Abstand“ und mit doppeltem Mundschutz behandelt werden, was von Fachkräften als wirklichkeitsfremd angesehen wird.

Die Mehrheit der Befragten nahm und nimmt die Corona-Gefährdung ernst, sowohl für die zu Pflegenden wie für sich selbst. Im Datenmaterial imponiert eine hohe Bereitschaft vieler Pflegekräfte, sich zu engagieren, teilweise bis an der Rand der Erschöpfung. Ausschlaggebend für diese Bereitschaft ist eine hausinterne solidarische Atmosphäre, d.h. das Gefühl, dass „alle an einem Strang“ ziehen (so beispielsweise Frau F., Frau I., Herr K., Frau S., Frau T.). Auf das Engagement beschränkend und ausbremsend wirken sich mehrere Faktoren aus, insbesondere die mangelnde Gratifikation (Siegrist 2015) seitens der Politik und der Organisation.

„Ich glaube, dass Pflegekräfte in einer Krise wie dieser auch mal bereit sind, alles zu geben, nur muss da auch mal irgendwann was zurückkommen. Es wurden uns ja schon jahrelang Zuschlüge versprochen, doch auch jetzt, im fünften Monat dieser Ausnahmesituation, ist nichts passiert, keine Zuschlüge, keinen Bonus, kein Nix. Ich muss kein Held sein, aber ich möchte anständig behandelt werden wie jeder andere auch. Wir sind eigentlich ein Super-Team, doch dann stellt sich irgendwann der Frust ein, und das Schlimme ist ja, dass mit Frust dann auch der Teamgeist bröckelt“ (Frau U.).

Negativ wirkt sich auch – dies gilt vor allem für die Kliniken – die mangelnde Unterstützung durch Pflegedienst- und Stationsleitungen aus, insbesondere wenn Leitungskräfte die Situation nicht transparent machen oder den Eindruck erwecken, dass sie selbst die Gefährdung nicht ernst nehmen (Frau G., Frau H.). Manche Stationsleitungen gaben den Druck, den sie „von oben“ bekamen, sehr schnell und

oftmals ungefiltert an ihre Mitarbeiter/-innen weiter. In solchen Fällen verschlechterte sich die Arbeitsatmosphäre im Team, sodass sich das „Einzelkämpfertum“ verstärkte. Aus der Überforderung und aus dem Gefühl heraus, nicht ernst genommen zu werden, haben sich einige der Arbeitssituation auch durch Krankmeldung entzogen.

Beklagt wurde von mehreren Interviewten, dass „manche Kollegen und Kolleginnen auf den Zug aufgesprungen sind und dann mal `ne Woche oder zwei zu Hause blieben“ (Herr C.; ganz ähnlich Frau W.).

Solche Stationsleitungen wiederum, die eine eher partizipative Kultur pflegten, versuchten, den Teamgeist in ihrem Bereich zu stärken und bezogen ihre Mitarbeiter/-innen in die Problembewältigung und Entscheidungsprozesse mit ein. In diesen Fällen wurde das Team als solidarisch und als Ressource wahrgenommen.

– Unterwürfigkeit oder Selbstbewusstsein –

Einzelne Befragte thematisierten das ihrer Meinung nach grundsätzliche Problem der Unterwürfigkeit vieler Pflegekräfte, eine Haltung, die sich aus der langen Tradition des selbstlosen Helfens nährt. Hier zeigten sich im Sample deutliche Unterschiede zwischen Krankenhaus und Pflegeheim. Während bei den im Krankenhaus Arbeitenden zumindest Ansätze eines professionellen Selbstbewusstseins spürbar waren, fand sich diese Haltung bei Altenpfleger/-innen nur selten. Hier stand das „Mitleiden“ ganz im Vordergrund. In den Interviews wurde immer wieder das Fehlen eines durchsetzungsfähigen beruflichen Selbstbewusstseins thematisiert. Einerseits wird von vielen gesehen, dass man/frau sich gewerkschaftlich und verbandspolitisch organisieren und engagieren müsste, andererseits räumen fast alle Interviewten ein, dass ihnen selbst dafür die Kraft fehle. Der Beruf ist anstrengend, und die freie Zeit muss genutzt werden, sich halbwegs zu regenerieren.

Die folgende Schilderung einer Kinderkrankenschwester, deren Examen noch nicht lange zurückliegt, gibt einen Einblick in die Problemkonstellation möglicher Perspektiven im Krankenhaus:

„Ich bin Kinderkrankenschwester geworden, aus Überzeugung. Das wollte ich machen. Und ja, die Arbeit ist eigentlich toll, das Team ist toll, wir haben ein klasse Verhältnis mit den jungen Ärzten und Ärztinnen, wir sind alle per ‚du‘, ja, ich arbeite gerne da. Aber die Arbeitsbelastung ist schon auf der Kippe, wir haben zu wenige Leute. Die Corona-Krise hat ja das Problem nur klarer hervortreten lassen: die Attraktivität in der Pflege. Und da muss ich sagen: Es ist nicht alleine das Geld, sondern die Arbeitsbedingungen insgesamt. Ich arbeite sehr gerne in der Pflege, das ist eigentlich ein Superberuf, aber es wird mir dadurch vermiest, dass die Arbeitsbelastung immer mehr wird und wenig Perspektiven geboten wird, dass sich was ändert. Nur wenn es wieder einen besseren Personalschlüssel gibt, wird sich was ändern. Natürlich muss dann auch mehr Geld kommen, damit wieder mehr in der Pflege arbeiten. Gerade auch der Schichtdienst ist sehr belastend, das kann man auf Dauer nicht durchhalten. Da müssen andere Lösungen her, auch gesellschaftlich

und politisch. Die Marktwirtschaft richtet das nicht. Vielleicht tut sich ja jetzt etwas. Oder ich muss mir selbst einen anderen Weg suchen“ (Frau S.).

Das Zitat lässt erahnen, wie sehr die Befragte mit ihrer Situation ringt. Die Arbeitsbelastung ist so sehr „auf der Kippe“, dass eine weitere Arbeit auf dieser Station, die eigentlich als höchst solidarisch und beruflich lebenswert erlebt wird, auf Dauer kaum noch möglich erscheint. Die persönliche Zukunft ist für sie völlig offen, ihre Haltung und ihre Reflexionen werden von Ratlosigkeit durchkreuzt. Die zitierte Sequenz macht betroffen. Sie spiegelt die gesellschaftlich prekäre Situation des Gesundheits- und Sozialwesens wider, das durch jahrelange Sparmaßnahmen, Restrukturierungen und Reformen, die in Wirklichkeit nur die Arbeitsbelastungen erhöhten, immer mehr seines Wesenskerns beraubt wurde. Die junge Kinderkrankenschwester verhehlt nicht ihre Kritik an der Vermarktlichung des Gesundheitswesens. Zugleich schwingt im Gesagten die Hoffnung mit, dass die Corona-Krise den politisch und ökonomisch Verantwortlichen vielleicht doch die Augen geöffnet haben könnte und eine eher gemeinwirtschaftliche Umsteuerung möglich sein könnte. Hier sei nochmal eine Stimme aus der aktuellen arbeitswissenschaftlichen Diskussion zitiert: „Mit den organisatorischen Korrekturen sind auch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erforderlich, was für das medizinische Personal, aber besonders für die pflegenden Arbeitskräfte gilt. Solche Anstrengungen sind zudem geboten, um den Fachkräftemangel dauerhaft zu beheben. Die Wertschätzung in der Pandemie sollte sich auch beim Entgelt zeigen“ (Raehlmann 2020, S. 220).

Körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise

– berufsbedingte Gefährdungslage –

Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sind in deutlich erhöhtem Maße gegenüber SARS-CoV-2 exponiert und tragen ein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko. In besonders hohem Maße – hinsichtlich Schwere und Letalität von Covid-19-Erkrankung – sind Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen betroffen (Möhner/Wolik 2020; RKI 2020b, 2020c). Das war und ist vielen Pflegekräften sehr bewusst. Diese Gefährdung hat die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen in den ersten Wochen des Covid-19-Ausbruchs sehr verunsichert. Für die hiesige Situation lässt sich sagen: Es fehlte an klaren Informationen seitens der Behörden, und viele Informationen und Anweisungen waren widersprüchlich. Das führte bei manchen Mitarbeitern/-innen zu Angst- und Panikzuständen, die aber von den Leitungen – bis auf wenige Ausnahmen – sukzessive aufgelöst werden konnten. Was sich freilich zum Schlechteren entwickelt hat, war die aufgrund der Maskenpflicht steigende körperliche Belastung. Insbesondere die Anweisung in manchen Kliniken, FFP2-Masken mit einem zusätzlichen OP-Mundschutz zu verstärken, führte zu nennenswert erhöhtem Atemwiderstand und einer entsprechend höheren Herz-Kreislauf-Belastung (Fikenzer et al. 2020). Entsprechende Belastungserfahrungen wurden von allen befragten Krankenpfleger/-innen berichtet, ebenso – als Folge dieser Belastungen – von Müdigkeit, Erschöpfungszustände, Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

„Diese Art zu arbeiten mag in manchen Fällen notwendig sein, sie aber durchgängig anzuordnen, das ist eine Zumutung. Und die schönen Pausenempfehlungen, die das RKI hierzu abgibt, sind komplett realitätsfern. Oder die berufsgenossenschaftliche Empfehlung, das Maskentragen auf 1,5 Stunden zu begrenzen, und dann eine halbstündige Pause einzulegen, wie soll das gehen, wie soll das im Arbeitsalltag gehen?“ (Frau E.).

Ein zusätzliches Ärgernis war in vielen Fällen die mangelhafte Qualität der persönlichen Schutzausrüstungen. So berichteten mehrere Interviewpartner/-innen von stark riechenden bis stinkenden Schutzmasken, die insofern für einen Gebrauch untauglich waren. Auch wurde von Schutz-Overalls berichtet, die schon beim Anziehen „auseinanderfallen“. Dies führte zwar zu Nachlieferungen besseren Schutzmaterials, doch blieben bei den Betroffenen negative Eindrücke haften:

„Wie kann das sein, dass man uns mit der Maßgabe, das überfällige Schutzmaterial zu liefern, reinen Schrott anbietet? Sowas, das ist eine Zumutung. Wir haben aber gezeigt, dass wir uns das nicht gefallen lassen“ (Frau X.).

Doch es ist nicht alleine das Maskenproblem, das zu erhöhten körperlichen Belastungen führte. Viele interviewte Kranken- und Altenpfleger/-innen beklagten die teilweise erheblich angestiegenen Wege, die sie in ihrer Arbeit zurückzulegen hatten, ebenso wie die hierdurch verursachten Folgeprobleme und Mehrbelastungen (Frau A., Herr C., Frau F., Frau R., Frau X.). Räumliche Veränderungen und die Verlegungen von Stationen und Arbeitsbereichen erhöhten die Zahl der Bettentransporte und der Begleitungen von Bewohner/-innen und Angehörigen. Diese Veränderungen verstärkten wiederum die Personalnot über das übliche Maß hinaus. Dies hatte zur Folge, dass für viele Arbeitsgänge wie z.B. Mobilisierungen, keine zweite Kraft zur Verfügung stand, d.h. in solchen Situationen war die allein arbeitende Pflegekraft extremen Anstrengungen und Belastungen ausgesetzt.

– Covid-19-Erkrankungen bei Beschäftigten –

Dass SARS-CoV-2 schwere Erkrankungen zu erzeugen vermag, haben Pflegekräfte am eigenen Leib erfahren müssen. Im Sample selbst waren es zwei Personen, die eine durchaus mittelschwere Erkrankung durchgemacht haben. Die folgende Passage aus dem Interview mit einer Intensivpflegerin gibt einen Eindruck:

„Ich habe mich bei der Reanimation eines Kranken angesteckt. Und das hat mich umgehauen. Das war dann schon heftig. Ich bin jung, treibe Sport, bin kerngesund, und dann das: 41 Grad Fieber, keine Luft, Treppensteigen ging kaum, zwei Wochen echt flach gelegen, das ist schon irritierend. Wie kann das sein? Ich dachte, ok, wenn Vorerkrankungen da sind, wenn der Körper schon ausgelaugt ist, dann kannst du krank werden, dann kann das Virus sich breit machen. Dass nun ausgerechnet ich krank werde, ok, ich bin ja jetzt wieder einigermaßen auf dem Damm, aber das ist schon irritierend. Und von den Kollegen war ich dann doch sehr enttäuscht. Die gaben mir dann die Schuld, dass sie jetzt die blöden Masken tragen müssen. Das war alles schon `ne seltsame Erfahrung“ (Frau U.).

Mit der zweimaligen Benennung ihres Irritiertseins unterstreicht die Protagonistin der geschilderten Situation ihre nachhaltige Verstörung – über die Erkrankung und zugleich über die Art und Weise, wie zumindest ein Teil ihres Teams auf ihre Erkrankung reagierte. Trotz der einschneidenden und vielleicht auch schockierenden Erfahrung bezeugt diese Passage, dass die Betroffene die Situation keinesfalls dramatisiert. Deutlich werden gleichwohl die allgemeine Unsicherheit und das allgemeine Unwissen über Infektionswege, Infektionsstärke, Erkrankungsschwere und Erkrankungsformen bezüglich dieses neuartigen Virus. Es erstaunt, dass trotz solcher Erkrankungserfahrungen die Corona-Gefährdung auch bagatellisiert werden kann, was die folgende Passage aus einem Interview mit einer examinieren Krankenschwester, die ebenfalls eine Covid-19-Erkrankung durchgemacht hat, belegt:

„Das ist halt `ne Infektion wie jede andere Infektion auch, das weiß ich doch, wenn ich diesen Beruf mache, dass ich mich da jederzeit infizieren kann. Aber ich sag da nicht, das ist ganz schlimm, nein, ich sag da, das ist halt so. Gut, jetzt ist das Wochen her und ich hab immer noch Probleme mit meiner Atmung, bin auch schnell erschöpft, aber ich sag mir, ich kann mich auch zu anderen Zeiten woanders anstecken. Da bin ich sehr nüchtern, was das angeht. Ich sag mal so: Der, der es kriegen soll, wird es dann auch irgendwie kriegen. Ich seh´ doch in der Nachbarschaft, da kriegen welche Corona, die waren nie draußen, und andere, die sich dauernd umarmen, kriegen es nicht. Ist doch so, oder?“ (Frau N.).

Frau N. versucht offensichtlich, ihre eigene Erkrankung nicht so tragisch zu nehmen und bringt viele Argumente ins Spiel, die ihre Haltung, die Corona-Gefährdung zu bagatellisieren, untermauern könnten. Der Verdacht ist nicht von der Hand zu weisen, dass es sich hier um eine Angstabwehr handelt. Die reale Gesundheitsgefahr wird verleugnet oder heruntergespielt, die Angst davor wird verdrängt (Haubl et al. 1986, S. 190 ff.).

– emotionale Belastungen und Bewältigungsmuster –

Das Auftreten von Corona-Fällen kann zu dramatischen Situationen führen, wie die folgende Sequenz aus dem Bericht einer Altenpflegerin zeigt:

„Ich hab mich freiwillig für ein Team gemeldet, das bereitsteht, wenn ein Fall auftritt. Und der trat dann auch ein. Die Türen wurden zugemacht. Wir haben drei Tage Früh-, Spät- und Nachtschicht geschoben, mit diesem Personal. Wir kamen nicht raus, Feldbetten, bis das Gesundheitsamt uns freigab. Ich habe geweint, ich habe die ganze Nacht geweint, weil niemand wusste, was wird alles. Wir haben zusammen geweint, aber das hat auch das Team zusammengeschweißt. Dann ging es nach Hause, wir haben dann sechs Tage freigekriegt, aber wir haben dann wieder geweint, vor Freude, dann aber hab ich Alpträume gekriegt, tagelang, und dann aber bin ich schon bald wieder zu Arbeit, ich hab die sechs Tage gar nicht ausgenutzt, weil die Bewohner und meine Kollegen, die brauchten mich ja. Meine Familie, unser Dorf, alle haben uns unterstützt, haben uns was zu essen gebracht, und ich muss sagen: Unsere Leitung war voll dabei, die hat voll rund um die Uhr

mitgearbeitet, da gab es kein Unten und Oben. Das war `ne tolle Erfahrung“ (Frau I.).

Diese berührende Schilderung mag durch die sehr emotionale Arbeitsorientierung der Protagonistin gefärbt sein, doch sie offenbart eine beeindruckende solidarische Orientierung, sowohl im Arbeitsteam, als auch im umliegenden sozialen Feld der Familie und der Gemeinde. Dies bedeutet aber zugleich, als Mitglied dieser Gemeinschaft viel geben zu müssen und in Krisensituationen auch Opferbereitschaft zu zeigen. Die Paradoxie dieser Situation liegt darin, dass mit einer solchen Orientierung auch das berufliche und berufspolitische Selbstbewusstsein konterkariert wird. Ähnliche Haltungen begegneten uns auch bei anderen Interviews, insbesondere solchen aus der Altenpflege. Gleichwohl waren, insbesondere beim Krankenhauspersonal, auch andere Haltungen zu sehen, die zumindest die Notwendigkeit eines professionellen Selbstbewusstseins erkennen ließen.

„Bei uns war es so: Wir haben alles auf Freiwilligen-Basis gemacht. Und die wenigsten haben gesagt: ‚Da geh‘ ich jetzt nicht rein‘, vor allem, weil sie Angst hatten, wegen ihrer alten Eltern zuhause. Die meisten bei uns haben das eher rational gesehen: ‚Da gibt es jetzt Schutz-ausrüstungen, da kann jetzt eigentlich nix passieren.‘ Man muss das ganz rational sehen. Das ist halt ein Virus, und wenn man im Gesundheitswesen arbeitet, da gibt es halt Viren. Das ist eigentlich ganz normal. Und natürlich kann da immer was passieren, das ist so. Damit muss man leben. Und man kann sich ja streng an die Vorgaben halten. Und jeder konnte und kann sich ja testen lassen, wenn er denn wollte. Wichtig ist einfach, seine Grenzen zu kennen und sich nicht über den Tisch ziehen zu lassen“ (Herr L.).

Ins Auge springt, neben dem beruflichen Selbstbewusstsein, die stark rationale Haltung des Erzählers. Es verwundert jedoch, dass die von allen, auch dem hier Befragten, immer wieder die chaotischen Vorgaben der Behörden und Krisenstäbe kritisiert wurden, doch der Topos „sich an Vorgaben halten“ als beruhigend angesehen wird (ganz ähnlich Herr O.). In psychischen Rationalisierungen schwingen immer auch Momente der Angstabwehr mit. Zugleich scheint ein gewisses Maß an Abwehr zur Stabilisierung einer funktionierenden Arbeitsatmosphäre notwendig zu sein.

– Herausforderungen für Leitungskräfte –

Pflegedienst- und Stationsleitungen waren in einer besonderen Weise gefordert. Für die Bereichsleitungen bestand die Aufgabe, den Betrieb am Laufen zu halten, ständig über Änderungen zu informieren und Widersprüchlichkeiten zu klären. Viele hielten auch regelmäßigen Kontakt zu Kollegen und Kolleginnen in Quarantäne. Von den verantwortlichen Vorgesetzten wurde ein Höchstmaß an Variabilität und Flexibilität gefordert, um dem Schutz von Patienten und Beschäftigten ausreichend Rechnung zu tragen – und das bei unsicherer Faktenlage.

„Die Teams waren sehr gefordert, täglich Neues, mit der Folge von Umorganisation, Mehraufwand durch zusätzlich rekrutiertes Personal, das geschult werden musste. Dann gab es viel Aufwand mit den Kontaktlisten, der Organisation für die Abstriche mit vielen Telefonaten. Viel Zeit für An- und

Aussprache. Dann die sozial isolierten Patienten, weil keine Besuche möglich waren – auch das bedeutete einen erheblichen Mehraufwand für die Pflege: Gespräche, Telefonate mit Verwandten, dann die Probleme mit dem Datenschutz, der dann auch nicht mehr immer gewährleistet war“ (Herr M.).

Stationsleitungen hatten Arbeitszeiten bis zu 12 Stunden am Tag und mussten, wie uns durchgängig alle Leitungspersonen erzählten, in ihrer knappen freien Zeit noch die andauernd neuen Verordnungen und Vorschriften studieren und für ihre Verhältnisse vor Ort in umsetzungsfähige Anweisungen transformieren. Auch in Pflegeheimen standen Leitungen immer wieder vor ganz besonderen Herausforderungen, auch bei nicht coronabedingten Versorgungen. So berichtete und Frau Z., dass in einem Heim eine sehr beliebte Pflegekraft an Krebs verstorben ist, worauf in der Folge das Haus von Trauer erfüllt war. Wie sollte man/frau unter Corona-Bedingungen würdig Abschied nehmen? Es wurde ein Feuer entzündet, in das jeder Bewohner und jede Kollegin einen Abschiedsbrief geben konnte. Singen war wegen der Aerosolbildung nicht möglich. Gravierend waren die Besuchsrestriktionen. Viele alte und demente Menschen verstanden nicht, warum sie isoliert wurden. In vielen Fällen verschlechterte sich ihr körperlicher und mentaler Zustand. Die Leitungen standen in diesem paradoxalen Widerspruch zwischen einerseits dem Versuch, die Alten und Kranken vor der realen Gefährdung zu schützen, und andererseits ihnen aber nicht den lebensnotwendigen Zuspruch zu nehmen.

„Es war furchtbar, ansehen zu müssen, wie unsere Alten leiden, weil wir ihnen die sozialen Kontakte versagen mussten, die sie manchmal im wörtlichen Sinne noch am Leben erhalten. Es sind oft die letzten Monate oder Wochen, und wir nehmen ihnen die Lebensfreude“ (Herr J.).

Wie bereits vielfach angemerkt, entsprachen die Vorgaben und Anordnungen der Behörden nicht der Lebenswirklichkeit in den Heimen. Wie berichtet, gab es auch fulminante Widersprüche sowohl innerhalb einer Institution wie z.B. des Gesundheitsamtes, als auch zwischen den Institutionen, so z.B. zwischen Gesundheitsamt und Heimaufsicht. Wünschenswert wären wesentlich differenzierte und aufeinander abgestimmte Vorgaben und Vorgehensweisen gewesen. Ohne diese Differenziertheit und ohne diese Abstimmungsprozesse wird Leitungskräften wie dem Pflegepersonal insgesamt ein hohes Maß an unnötigen psychischen Belastungen aufgebürdet.

– Diskriminierungserfahrungen –

Die Corona-Krise hat allen im Gesundheits- und Sozialwesen Arbeitenden viel abverlangt, nicht nur im Arbeitsprozess selbst, sondern auch darüber hinaus. Zu nennen ist die besondere Problematik der älteren Pflegekräfte und die einer möglichen Diskriminierung innerhalb des Betriebes; zu nennen ist vor allem die Problematik der Diskriminierungserfahrungen, die Pflegekräfte allein aufgrund ihres Arbeitsplatzes in der Öffentlichkeit machen mussten. Zum Umgang mit sogenannten Risikopersonen in der arbeitenden Belegschaft: Generell, sowohl in den Kliniken, als auch in Pflegeeinrichtungen, wurden älteren und vorerkrankten Kolleginnen und Kollegen angeboten, sich – ggf. auf der Basis eines ärztlichen Attestes – freustellen zu lassen. Doch dies haben die wenigsten der von diesem Angebot Betroffenen

genutzt. Gerade die Älteren wollten zeigen, dass sie gebraucht werden. Zuweilen schwingt auch die Angst vor Ausgrenzung und eventuell auch die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust mit:

„Da wurde gesagt, wer sich selbst als Risikoperson sieht, soll dies sagen, für den finden wir `ne Lösung, und der kann dann vielleicht zu Hause bleiben. Hat aber keiner gemacht, wer outet sich schon gerne. Und du weißt ja nicht, ist das schon wieder der erste Schritt, dass sie dich loswerden wollen?“ (Frau A.).

Hier schafft sich eine Erfahrung Bahn, dass trotz Fachkräftemangels immer wieder ältere Pflegekräfte von Personalführungen gedrängt werden, in vorgezogenen Ruhestand zu gehen. Betriebswirtschaftlich motivierte Altersdiskriminierung war in der Vergangenheit keine Seltenheit (Hien 2009, S. 135 ff.). Auch wenn dies nur Einzelfälle zu sein scheinen, so öffnet Corona ein Einfallstor für derartige Diskriminierungen, werden doch im Covid-19-Diskurs ältere Personen oftmals pauschal als „Risikopersonen“ bezeichnet. Eine Expertise im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health Covid-19 hat diese Ansicht auf Basis evidenter Erkenntnisse entkräftet. Ein selektives Fernhalten Älterer vom Arbeitsplatz, auch wenn sie an chronischen Erkrankungen leiden, ist sowohl wissenschaftlich wie arbeitsschutzrechtlich ohne Grundlage. „Vielmehr ist ein Niveau des Arbeitsschutzes zu gewährleisten, das älteren Beschäftigten ... die Teilhabe am Arbeitsleben auch in den Zeiten von Covid-19 ermöglicht“ (Seidler/Petereit-Haack 2020). Auf dieser Grundlage hat der Ausschuss für Arbeitsmedizin des Bundesarbeitsministeriums eine Arbeitsmedizinische Empfehlung (AME) "Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten" verabschiedet (BMAS 2020b).

Eine weitere einschneidende Erfahrung mussten manche Pflegekräfte machen, alleine deswegen, weil sie mit Infizierten zu tun haben. Im privaten Umfeld – je nach Region und je nach sozialer Umgebung – kam es immer wieder zu Irritationen, Stigmatisierungen und in Einzelfällen sogar zu Ausgrenzungen.

„Das ist schon ein Widerspruch: da wird geklatscht, weil du diese Arbeit machst, und dann gehen dir Nachbarn aus dem Weg oder wechseln die Straßenseite, wenn sie dich sehen“ (Frau N.).

Eine Krankenhausschwester hat die Erfahrung machen müssen, dass alleine die Tatsache, dass sie auf einer Corona-Station arbeitet, eine massive Diskriminierung ihrer ganzen Familie nach sich ziehen kann:

„Für mich war es überaus belastend, dass mein Mann, nur weil ich in einem Krankenhaus arbeite, für mehrere Wochen aus seinem Betrieb ausgesperrt wurde. Das war wirklich schlimm! Und ich muss jetzt mal sagen: Das ist hier das erste Mal, dass ich über diese Dinge, auch meine Gefühle, sprechen kann“ (Frau P.).

Die zitierten Passagen lassen zweierlei erkennen: Zunächst einmal springt die Notwendigkeit ins Auge, den im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten vor allem in Krisenzeiten eine arbeitsmedizinische und psychosoziale Beratung

zukommen zu lassen. Darüber hinaus zeigen die Beispiele, wie lang und wie schwierig der Weg zu sein scheint, Pflegearbeit die gesellschaftliche Wertschätzung zuzuerkennen, die sie verdient.

Diskussion

Die Corona-Gefährdung traf die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen in den ersten Wochen des Covid-19-Ausbruchs sehr unvorbereitet – weltweit wie auch in Deutschland. Mitte Mai waren mehr als 800 Pflegekräfte schwer erkrankt, 58 von ihnen so schwer, dass sie daran verstarben (RKI 2020b). Besonders betroffen war die Altenpflege. Diese Zahl an beruflich bedingten und tödlich verlaufenen Infektionskrankheiten ist, gemessen an sonstigen berufsbedingten Infektionskrankheiten, sehr hoch und zeigt das Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung sehr drastisch. Die Etablierung und Stabilisierung von Infektions- und Arbeitsschutzmaßnahmen sorgten dafür, dass diese Zahlen seither nicht wesentlich angestiegen sind (RKI 2020c). Doch die erste und durchaus dramatische Phase der Covid-19-Ausbrüche hat die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen sehr verunsichert. Ihre subjektive Situationsdeutung reichte von großer Besorgnis bis zu schweren Angststörungen. Studien aus China und allen Teilen der Welt thematisieren die physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte während der Corona-Krise (Shaukat et al. 2020) und verweisen zugleich auf das erhöhte Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Aus Wuhan wird über ein signifikantes Ausmaß an Schlaflosigkeit, Angststörungen und depressiven Episoden berichtet (Lai et al. 2020); 16 % der Schwestern und Pfleger, die in ihrer Arbeit Covid-19-Patienten versorgten, leiden an einer PTBS (Wang et al. 2020). Carmassi et al. (2020) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass soziale Unterstützung und eine strukturierte Arbeitsorganisation die Resilienz gegen PTBS stärkt. Eine erste deutsche Veröffentlichung, die auf einer Online-Befragung von 2000 Pflegefachpersonen fußt, kann über ähnliche Ergebnisse berichten (Rheindorf et al. 2020). Deutlich zugenommen haben Schlafstörungen, Unruhe, Grübeln, weniger Energie und Freude im Alltag und die Befürchtung, den Berufsalltag nicht mehr gut bewältigen zu können. Die Autorinnen ziehen aus ihrer Befragung den Schluss, dass für Pflegekräfte „die gute Versorgung und Berufsausübung von zentraler Bedeutung sind und eigene Empfindungen hierfür zurückgestellt werden“ (Ebenda, S. 53). Die Corona-Pandemie habe einmal mehr offenkundig gemacht, dass Politik, Gesellschaft und Organisationen herausgefordert sind, den Pflegeberuf erkennbar attraktiver zu gestalten und dem Pflegenotstand entgegen zu wirken. Eine besondere Problematik, die sich in der Krise exorbitant verstärkte, stellen widersprüchliche Arbeitsanforderungen dar. Die arbeitswissenschaftliche Forschung konnte zeigen, dass derartige Situationen zu besonders hohen psychischen Belastungen führen (Moldaschl 2010). Dass an widersprüchlichen Anforderungskonstellationen nicht nur betriebliche, sondern auch überbetriebliche Stellen beteiligt waren, mildert nicht den Umstand extremer Belastungen für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Aus der vorliegenden explorativen Untersuchung lässt sich eine beeindruckende Bereitschaft der Pflegekräfte herauslesen, in einer Krise wie der gegenwärtigen sich weit über das normale Maß hinaus zu engagieren. Ausschlaggebend für diese Bereitschaft ist das Gefühl, dass „alle an einem Strang“ ziehen. Dieses Engagement

wird ausgebremst durch massive Belastungen, die aus überbetrieblichen und betrieblichen Einflussfaktoren resultieren. Diese Belastungen haben viele Facetten, die stark ineinandergreifen und zu einem systemischen Zusammenwirken amalgamieren. Es ist weniger die Angst vor dem Virus selbst als eher die Problematik der unzureichenden überbetrieblichen und betrieblichen Organisation, die zu teilweise exorbitanten Belastungen der Pflegenden geführt hat. Auf eine Pandemie war, trotz gewisser politischer Vorgaben einer Pandemievorsorge, das Gesundheits- und Sozialwesen offensichtlich auf allen Ebenen nicht oder nur unzureichend vorbereitet. Die Corona-Krise schuf keine völlig neuen Belastungen und Gefährdungen, sondern verschärfte die schon bestehenden Belastungen und Gefährdungen. Die Krise deckte schnell die seit Jahren sich kumulierenden Versäumnisse auf. Folgende Einflussfaktoren lassen sich benennen:

- Belastend waren die vielfach als inkonsistent empfundenen Vorgaben und Anweisungen der Gesundheitsämter, welche über Krisenstäbe und Leitungen an die Beschäftigten weitergereicht wurden.
- Belastend war für viele Pflegekräfte der Umstand, dass sie sich in den Krisenstäben nicht repräsentiert fühlten und mit wirklichkeitsfremden Anweisungen zurechtkommen mussten.
- Belastend waren, insbesondere für die Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen, nicht nachvollziehbare Anordnungen, die zu einer faktischen Isolierung der Bewohner/-innen führten.
- Belastend waren die schon länger angehäuften Mängel hinsichtlich einer zureichenden Anerkennung und Gratifikation der Pflegearbeit seitens der Politik und seitens der Organisation.
- Belastend waren die räumlichen Verhältnisse, die Materialausstattung und die Personaldecke, oftmals Resultat langjähriger Einsparungs-, Rationalisierungs- und Restrukturierungsprozesse.
- Als problematisch erwiesen sich im Krankenhausbereich die mancherorts tradierten Hierarchien, insbesondere das tradierte Medizin-Pflege-Verhältnis und die fehlende Interdisziplinarität.
- Neben den organisationalen Problemen, die allen Pflegekräfte zu schaffen machten, waren manche Pflegekräfte zusätzlich mit sozialen Diskriminierungserfahrungen konfrontiert.
- Die Erschwernisse bei der Wahrnehmung und Realisierung organisatorischer, technischer und persönlicher Schutzmaßnahmen erhöhten die körperlichen und psychomentalen Belastungen erheblich.
- Als positive Ressource wurde vielfach das unterstützende Team wahrgenommen, auch wenn zugleich immer wieder Beispiele unsolidarischen Verhaltens zu beklagen sind.
- Im überwiegenden Fall induzierte SARS-CoV-2 keine differenzierte Gefährdungsanalyse und -beurteilung; in Pflegeeinrichtungen fehlten Gefährdungsbeurteilungen grundsätzlich.
- Im überwiegenden Fall gab es keine problemadäquaten und strukturierten Unterweisungen durch Hygienefachkräfte, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte/-ärztinnen.
- Betriebsärzte und -ärztinnen (BÄ) wurden in Kliniken insofern wahrgenommen, als sie Abstriche machten und sich um Infizierte und Erkrankte kümmerten. Bemängelt wird dagegen ihre Abwesenheit vor Ort.

- In Pflegeeinrichtungen wird die Frage nach BÄ zumeist negativ beantwortet. Über ihre Rolle, ihre Aufgaben und die Möglichkeiten der Unterstützung ist nichts oder nur sehr wenig bekannt.
- Die Möglichkeit der arbeitsmedizinischen Wunschvorsorge, die gerade in Krisenzeiten genutzt werden könnte, war weder den Vorgesetzten, noch den Beschäftigten bekannt.
- Auch zu den überbetrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten des zuständigen Unfallversicherungsträgers, der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ist nichts oder nur wenig bekannt.

Aus unserem empirischen Material ergeben sich Forderungen an die politische, institutionelle und betriebliche Ebene. Das Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und Arbeitsschutz muss mit klaren Aufgabenverteilungen für betriebliche und überbetriebliche Akteure definiert werden. Die Arbeit von Hygienefachkräften, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten/-ärztinnen muss fachlich und organisatorisch miteinander verzahnt werden, ebenso wie der Gesundheitsschutz der Patient/-innen und jener der Beschäftigten. Die gesellschaftliche Wertigkeit von gesundheitlicher Vorsorge und gesundheitlicher Versorgung muss sichtbar und nachhaltig erhöht werden. So ist, neben einer deutlichen Verbesserung und Aufstockung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, an eine signifikant verbesserte und verbindliche Pflege-Personal-Regelung in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, an eine Erhöhung des Gratifikationslevels und an eine Aufbesserung der Raum- und Materialausstattung zu denken. Hinsichtlich der Arbeitsmedizin ist dafür Sorge zu tragen, dass die betriebsärztliche Betreuung wirklich funktioniert und die real existierenden Betreuungszeiten so aufgestockt und in den Betrieben geleistet werden, dass in derartigen Krisensituationen auch eine Wunschvorsorge angeboten werden kann. Es muss künftig sichergestellt sein, dass Arbeitsschutzakteure und Betriebsärzt/-innen die Vorgaben des Arbeitsschutzrechtes einschließlich der einschlägigen Rechtsverordnungen wie z.B. der Biostoff-Verordnung, der Arbeitsmedizin-Vorsorge-Verordnung und der staatlichen (BMAS 2020a) und berufsgenossenschaftlichen Regeln (BGW 2020a; BGW 2020b) einhalten und proaktiv wahrnehmen (vgl. Kämpf et al. 2020). Ergänzend sollte es Angebote von psychotherapeutisch geschultem Personal geben (vgl. Arndt et al. 2020).

Unsere Exploration impliziert auch die Frage nach den persönlichen Orientierungen der im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigten Pflegekräfte. Neben der insgesamt festgestellten hohen Verausgabungsbereitschaft lassen sich verschiedenen Differenzierungen vornehmen. Unser empirisches Material erlaubt Fallvergleiche auf zwei Ebenen. Zum einen auf der Ebene Emotionalität-Rationalität, zum anderen auf der Ebene Problemadäquatheit und Bagatellisierung. Frau I., die in einer ländlichen Region als Altenpflegerin arbeitet, konnte von einer hoch solidarischen Atmosphäre berichten, die sich nach dem Auftreten von Verdachtsfällen sowohl in der Belegschaft als auch im gesamten sozialen Umfeld herstellte. Frau I. trug aufgrund ihrer fürsorglichen und einführenden Haltung zu dieser Atmosphäre Wesentliches bei. Zugleich verstärkte sich die tradierte Opferbereitschaft. Ganz anders Herr L., der mit seiner ruhigen und rationalen Art viel zur Beruhigung seiner Mitarbeiter/-innen beitragen konnte, zugleich aber der emotionalen Seite des Erlebens weniger Raum gab. Hier wird auch ein Genderproblem sichtbar, das seit langem in der Pflege, der Pflegeethik und der Pflegewissenschaft diskutiert wird (Hien 2009, S. 170 ff.). Die beiden

Erkrankungsfälle fordern ebenfalls zu einem Vergleich heraus: Frau N. wählt, um das Ausmaß des Erkrankungsereignisses nicht voll wahrnehmen zu müssen, den Weg der Angstabwehr und leugnet die besondere Gefahr des Corona-Virus'. Sie findet dabei erstaunlich viele Argumente, welche für eine Bagatellisierung sprechen. Eine andere Wahrnehmung können wir bei Frau U. feststellen: Sie versucht, den Tatsachen ins Auge zu sehen und ordnet ihre Erkrankung als durchaus schweren Einschnitt in ihrem Lebensverlauf ein. Sie ist verwundert und auch enttäuscht darüber, dass nun ausgerechnet sie, die erkrankt ist, von manchen Kollegen für die Pflicht des Maske-Tragens verantwortlich gemacht wird. Hier wird auch die partielle Brüchigkeit der Team-Solidarität sichtbar, welche eng mit der Sinnfrage verbunden ist. Situationen, die aufgrund objektiv mangelnden Wissens nicht gut verstanden werden können und innerhalb derer Handlungsorientierungen schwer zu finden sind, schwächen den Kohärenzsinn (Antonovsky 1997). Von besonderer Bedeutung sind Diskriminierungserfahrungen, die Pflegekräfte in der Öffentlichkeit zuweilen haben machen müssen, alleine deswegen, weil sie als mögliches Infektionsrisiko wahrgenommen wurden. Hier zeigt sich die lange Wegstrecke, welche die Gesellschaft als Ganzes noch zurücklegen muss, wenn sie Pflegearbeit als integralen Teil ihrer sozialen Struktur wirklich anerkennen will.

Als Fazit ist festzuhalten: Die vorliegende Studie gibt Hinweise sowohl für breitere quantitative Studien als auch für überbetriebliche und betriebliche Initiativen zur verbesserten Pandemievorsorge, insbesondere hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten. Deutliche Verbesserungen sind notwendig auf den Feldern Gefährdungsbeurteilung, Unterweisungen, arbeitsmedizinische Vorsorge und psychosoziale Beratung. Vorgeschlagen wird eine für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen gut wahrnehmbare Intervention und Hilfestellung der zuständigen Unfallversicherungsträger, d.h. der Unfallkassen der Länder und Gemeinden sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Letztere könnte aufgrund ihrer besonderen Expertise eine Vermittlerrolle im schwierigen Verhältnis von allgemeinem und arbeitsbezogenem Infektionsschutz und im Verhältnis zwischen diesem und den Anforderungen eines umfassenden, organisatorische und technische Fragen einschließenden Arbeitsschutzes spielen. Mit Empfehlungen zum Maskentragen, Klärung möglicher Anerkennung einer Berufskrankheit, den Branchen-Standards der BGW und den neuen Regeln bzw. Empfehlungen der staatlichen Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizin-Ausschüsse sind Konkretisierungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Zeiten einer Pandemie vorgenommen worden. Es fehlt aber die Hilfe für die Umsetzung vor Ort durch die Präsenz der Unfallversicherungsträger und der Arbeitsschutzbehörden.

Literatur

Akbar, R. et al. (2017): How Do Nurses Cope with Job Stress? A Study with Grounded Theory Approach. In: Journal of Caring Sciences. Band 6 (3), S. 199-211.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Arndt, D. et al. (2020): Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie. Online:

<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200422-empfehlungen-der-divi-fuer-teams-und-mitarbeiter-in-notfall-und-intensivmedizin.pdf>

Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: WSI-Mitteilungen 6/2013, S. 412-422.

Bradtke, E. (2020): Psychische Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Coronavirus-Pandemie. Online:

<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3855>

BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (2020a): Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung Pflege im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie 2020. Online:

https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Gefahrungsbeurteilung/corona-gfb-hilfe-atemschutz-pflege_download.pdf?__blob=publicationFile

BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (2020b): SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen für die Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Online:

https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-Pflege-stationaer_Download.pdf?__blob=publicationFile

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2020a): SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel. Online:

https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AR-CoV-2/pdf/AR-CoV-2.pdf?__blob=publicationFile&v=4

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2020b): Arbeitsmedizinische Empfehlung (AME) Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten. Online:

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/arbeitsmedizinische-empfehlung-umgang-mit-schutzbeduerftigen.pdf;jsessionid=D6659734DAB6D23CD09047498E3998F5.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=1

Carmassi, C. et al. (2020): PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. In: Psychiatry Research. Band 292. Online:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370915/pdf/main.pdf>

Chou, R. et al. (2020): Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. In: *Annals of Internal Medicine*, Band 173, Heft 2, S. 127-177.

Fikenzer, S. et al. (2020): Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. In: *Clinical Research in Cardiology*. Online: <https://www.springermedizin.de/effects-of-surgical-and-ffp2-n95-face-masks-on-cardiopulmonary-e/18150716>

Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Haubl, R. et al. (1986): *Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hien, W. (2009): *Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Hien, W. (2016): *Kranke Arbeitswelt. Ethische und sozialkulturelle Perspektiven*. Hamburg: VSA.

Hilsenbeck, T. et al. (2006): Und hinterher ist man schlauer. Ein Handbuch zur Zusammenlegung von Abteilungen in Kliniken. Online: http://www.thomas-hilsenbeck.de/wp-content/uploads/Dr.-Th.-Hilsenbeck-Handbuch-Zusammenlegung-von-Stationen-Vers-3_0.pdf

Holloway, I. / Wheeler, S. (1998): *Qualitative Pflegeforschung – Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Kämpf, D. et al. (2020): COVID-19 und Arbeitsschutz im Gesundheitswesen. Handreichung des Kompetenznetzes Public Health COVID-19. Online: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/COVID-19_und_Arbeitsschutz_im_Gesundheitswesen_01.pdf

Kurt, R. (2004): *Hermeneutik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Lai, J. et al. (2020): Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. In: *JAMA Network Open*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>

Moldaschl, M. (2010): Widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Ein nichtlinearer Ansatz zur Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In: Faller, G. (Hg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern. Hans Huber, S. 82-94.

Mohan, R. *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit*. Bielefeld: Transcript.

Möhner, M. / Wolik, A. (2020): Berufs- und branchenbezogene Unterschiede im COVID-19-Risiko in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt, Band 117, Heft 38, S. 641-642.

Nienhaus, A. et al. (2020): Berufskrankheitengeschehen Covid-19, BGW-Statistik vom 1.03 bis 29.05.2020. Vortragsmanuskript, unveröffentlicht.

Rabinowitz, J.D. / Bartman, C.R. (2020): These Coronavirus Exposures Might Be the Most Dangerous. As with any other poison, viruses are usually deadlier in larger amounts. In: NY Times v. 1.4.20. Online:

<https://www.nytimes.com/2020/04/01/opinion/coronavirus-viral-dose.html#click=https://t.co/cLwtyFvP1T>

Raehlmann, I. (2020): Corona! Die Krise der Verschlinkung und ihre Folgen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Band 74, S. 2016-221.

Rheindorf, J. et al. (2020): Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? In: Pflege-Zeitschrift, Band 4 (8), S. 73-53.

Rieger, A. (2017): Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System. München: Ludwig.

RKI (Robert-Koch-Institut) (2005): Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 48, S. 1061-1080.

RKI (Robert-Koch-Institut) (2020a): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Stand: 15.04.2020. Online:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile

RKI (Robert-Koch-Institut) (2020b): Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-2019). Stand v. 15.05.2020. Online:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-15-de.pdf?__blob=publicationFile

RKI (Robert-Koch-Institut) (2020c): Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-2019). Stand v. 31.08.2020. Online:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-31-de.pdf?__blob=publicationFile

Rothgang, H. et a. (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). Online: https://www.gs-gsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf

Seidler, A. / Petereit-Haack, G. (2020): Müssen ältere Beschäftigte dem Arbeitsplatz fernbleiben? Arbeitspapier des Kompetenznetzes Public Health Covid-19. Online: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_04_23_Fact_Sheet_Auswirkungen_auf_It_ere_Beschftigte_V3.pdf

Shaukat, N. et al. (2020): Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. In: International Journal of Emergency Medicine. Band 13 (40). Online: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370263/pdf/12245_2020_Article_299.pdf

Siegrist, J. (2015): Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Elsevier.

Strauss, A. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Wilhelm Fink.

Strübing, J. (2018): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. Berlin: Walter de Gruyter.

Wang, Y.-X. (2020): Factors associated with post-traumatic stress disorder of nurses exposed to corona virusdisease 2019 in China. In: Medicine (Baltimore), Band 99 (26). Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7328992/pdf/medi-99-e20965.pdf>

WidO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2020): Krankschreibungen und Krankenhaus-Aufenthalte von Beschäftigten in der Lock-down-Phase: Gesundheitsberufe besonders stark von Covid-19 betroffen. Online: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pm_krankschreibungen_und_kh-aufenthalte_covid-19.pdf