

Wolfgang Hien

Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – Eine explorative Studie

Im Rahmen des methodischen Ansatzes der grounded theory wurden zwischen Mai und Juni 2020 insgesamt 26 Interviews mit Pflegekräften aus Krankenhäusern und Altenpflegeheimen im Raum Bremen und Nordniedersachsen durchgeführt. Die Corona-Krise deckte die Versäumnisse und die seit Jahren sich kumulierenden Belastungsstrukturen in der Pflegearbeit 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.

Schlagwörter: Corona-Gefährdung, professionelle Pflegearbeit, subjektives Erleben

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. Schon in der ersten Corona-Welle zeigte sich ein deutlich erhöhtes Infektions- und Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Chou et al., 2020). 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 (vgl.

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 verstorben (case fatality ratio: 11,8 %). Der Altersmedian der erkrankten Pflegekräfte lag bei 40 Jahren. Im Juli 2021 waren bereits mehr als 260 Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen an Covid-19 verstorben (vgl. RKI, 2021). Das berichterstattende RKI räumt hierbei ein, dass die tatsächliche Zahl aufgrund mangelhafter Meldungen wahrscheinlich noch deutlich höher liegt.

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 und verbreiten diese zunächst unerkannt weiter. Altenpflege ist in besonders hohem Maße mit Körpernähe und Körperkontakt verbunden. So können sich aufgrund der virologisch gut beschriebenen Dosis-Wirkungsbeziehung schnell sehr schwere Erkrankungsverläufe einstellen. Schon 2005 hat daher das RKI entsprechende Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime veröffentlicht (vgl. RKI, 2005). So sollten in jedem Heim Hygieneverantwortliche benannt und entsprechend qualifiziert werden, ebenso sollten Hygienekommissionen gebildet und Hygiene-Maßnahmen-Konzepte 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.

Die explorative Studie stellte sich zur Aufgabe, anhand der von professionellen Pflegekräften erlebten Corona-Gefährdung Hinweise zu gewinnen, die zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Weiterentwicklung des um Pandemiegefahren erweiterten Arbeits- und Gesund-

heitsschutzes dienen können. Besonderes Augenmerk wurde auf die psychosozialen Belastungen und die Frage gelegt, wie diese betrieblich und überbetrieblich aufgefangen und bearbeitet werden können. Um neue Gesichtspunkte zu erfassen, wurde bewusst der in der Pflegeforschung etablierte qualitative Ansatz der *grounded theory* gewählt (vgl. Strauss, 1994). Vor dem Hintergrund einer offen-narrativen Methodik 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. Zwischen Mai und Juni 2020 wurden insgesamt 26 offene, narrativ-episodische Interviews mit Pflegekräften durchgeführt, die je zur Hälfte aus Kliniken und Altenheimen in Bremen und Nord-Niedersachsen kamen. 80 % der Interviewten waren weiblich, 30 % waren keine examinierten Kräfte, 15 % standen als Stations- oder Pflegedienstleitungen in Führungsverantwortung.

Die Situation der Pflegekräfte in der Krisenbewältigung

Organisationale und strukturelle Voraussetzungen

Zu den Voraussetzungen gehören zunächst die Rechtsform der Organisation – handelt es sich um kommunale, freigemeinnützige oder privatkapitalistische Einrichtungen? –, die Raumverhältnisse, die Materiallage, die innerbetriebliche organisationale Struktur, die Personalausstattung, die Hygiene- und Arbeitsschutz-Organisation und nicht zuletzt das jeweilige Führungskräfteverhalten. Von fast allen Interviewten wurden die fehlenden, beengten oder ungünstigen räumlichen Verhältnisse thematisiert, die die Bewältigung der pandemiebedingten Aufgaben erheblich erschwerten. Die schon in den 1990er Jahren einsetzenden Rationalisierungsmaßnahmen (vgl. Auth 2013; Mohan 2018; Raehlmann 2020) waren darauf ausgerichtet, Raum und Zeit einzusparen. In den Kliniken war die Zusammenlegung kleiner und mittelgroßer Abteilungen zu großen Abteilungen von besonderer Bedeutung. Es entstanden große Intensiv- und Operations-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.

Noch mehr als das Krankenhauswesen leidet die Altenpflege aufgrund der rigorosen Vermarktlichung seit den 1990er Jahren unter einem strukturellen Personalmangel. Es entstanden große Pflegekonzerne und Pflegeketten mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt waren. Die Interviewten berichteten von gravierenden Missständen. Beispielsweise gibt es mancherorts für 60 kranke und schwerkranke Bewohner/-innen nur eine nachwachende Pflegekraft. Pflegedienstleitungen bestätigten den aus der arbeitswissenschaftlichen Literatur bekannten Verdacht, dass industrielle Rationalisierungskonzepte der »lean production« auf die Pflegearbeit übertragen werden (vgl. 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, auch hier wurden Stationen teilweise zu Riesen-Stationen zusammengelegt. Durchgängig wurde berichtet, dass es an präventiven Maßnahmen, die für den Fall einer Epidemie oder Pandemie vorgesehen und behördlicherseits hätten durchgesetzt werden müssen, offenbar flächendeckend fehlte.

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 Infi-

zierte von den übrigen Patienten/-innen und 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. Die Kommunikationsstruktur zwischen Kliniken bzw. Heimen einerseits und staatlichen Stellen, insbesondere dem Gesundheitsamt andererseits, war vor der Corona-Krise kein Problem, da kaum erforderlich. Doch die Krise zeigte, dass klare Strukturen der Kommunikation und Kooperation fehlten.

Krisenverlauf und die Rolle des Gesundheitsamtes

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 Patient/-innen 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 Verwaltungsebene und ggf. der betrieblichen Interessenvertretung, befinden sich in Krisenstäben Vertreter/-innen der Chefärzt/-innen-Ebene, der Pflegedienstleitungen, der Infektiologie, der

Hygiene und – häufig nur lückenhaft oder gar nicht – des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin; essentiell vertreten sind überbetriebliche Institutionen der Seuchenbekämpfung, insbesondere das Gesundheitsamt und ggf. auch die Ordnungsbehörde. 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-Patient/-innen 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 Pflegeeinrichtungen hatten mit ganz ähnlichen Problemen zu kämpfen: ungünstige Raumaufteilungen, unzureichende Logistik, zunächst fast völlig fehlendes Schutzmaterial. 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. Einmal davon abgesehen, dass es ab März schon massive Infektionsherde im Altenpflegebereich gab, viele Anordnungen also zu spät kamen, wurde von einigen Interviewpartner/-innen 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. Bewohner/-innen mussten sich den

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 Logotherapie 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 durchgängig 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. 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. Eine betriebsärztliche Betreuung fehlte in den Altenpflegeheimen weitgehend. Interviewte berichteten, dass Gesundheitsämter, Heimaufsicht, Ordnungsämter, Polizeidienststellen und weitere Institutionen oft widersprüchliche Anweisungen gaben, die in manchen Fällen – wenn der Wohn- und Arbeitsort von Beschäftigten in unterschiedlichen Amtsbezirken lag – zu sehr unangenehmen und hoch belastenden persönlichen Situationen führen konnten.

Arbeitskultur und Arbeitsatmosphäre

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 ausge-

bildet 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 Patient/-innen 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.).

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 den 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 (vgl. 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.).

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.

Pflegedienst- und Stationsleitungen waren in einer besonderen Weise gefordert. Für die Leitungskräfte bestand die Aufgabe, den Betrieb am Laufen zu halten, ständig über Änderungen zu informieren und Wider-

sprüchlichkeiten zu klären. Viele hielten auch regelmäßigen Kontakt zu Kolleg/-innen in Quarantäne. Von den verantwortlichen Vorgesetzten wurde ein Höchstmaß an Variabilität und Flexibilität gefordert, um dem Schutz von Patient/-innen und Beschäftigten ausreichend Rechnung zu tragen – und dies bei unsicherer Faktenlage. 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. 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.

Diskriminierungserfahrungen

Die Corona-Krise hat allen im Gesundheits- und Sozialwesen Arbeitenden viel abverlangt, nicht nur im Arbeitsprozess selbst, sondern auch darüber hinaus. Zu nennen sind hier die im Medizin-Pflege-Verhältnis zuweilen durchbrechenden standespolitischen Herabsetzungen. Zu nennen ist hier auch die besondere Problematik der älteren Pflegekräfte, die als »Risikopersonen« angesehen wurden; zu nennen ist vor allem die Problematik der negativen Erfahrungen, die Pflegekräfte allein aufgrund ihres Arbeitsplatzes und des Verdachtes, sie könnten »ansteckend« wirken, in der Öffentlichkeit machen mussten. Zum Umgang mit sogenannten Risikoperson in der Belegschaft: Generell, sowohl in den Kliniken, als auch in Pflegeeinrichtungen, wurden älteren und vorerkrankten Kolleg/-innen 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 schwang auch die Angst vor Ausgrenzung und eventuell auch die Angst vor 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 (vgl. Hien, 2009, S. 135 ff.). 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, S. 4).

Weitere einschneidende Diskriminierungserfahrungen erlebten manche Pflegekräfte in der allgemeinen Öffentlichkeit: Sie wurden »von Außenstehenden« als Risikopersonen identifiziert, alleine deshalb, weil sie es in ihrer Arbeit 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 ebenso absurde wie extreme Belastung stellte sich erst im weiteren Verlauf der Corona-Krise ein. Im Kontext der ohnehin zunehmend angespannten Situation auf den Intensivstationen, auf denen sich in der dritten und vierten Infektionswelle fast nur noch ungeimpfte Patient/-innen einfanden, müssen gegenwärtig – Ende 2021 – Mediziner/-innen, Physio-

therapeut/-innen und vor allem wieder die Pflegekräfte die Erfahrung machen, zusätzlich zu allen Arbeitsbelastungen auch aggressiven verbalen und zuweilen sogar körperlichen Angriffen ausgesetzt zu sein. Es häufen sich Situationen, in denen Kranke und oftmals Todkranke behaupten, Covid-19 existiere gar nicht; sie behaupten, sie würden wesentlich falsch behandelt (vgl. Laskus, 2021). Dass hier Gesundheitsarbeiter/innen an ihre physischen, psychischen und mentalen Grenzen kommen, ist evident.

Diskussion

Die Corona-Gefährdung im Erleben der Pflegekräfte eröffnet ein thematisches Feld auf mehreren Ebenen. Die grundlegende Faktizität covidbedingter Gesundheitsrisiken ereignet sich im Kontext des gesellschaftlichen Teilssektors Gesundheits- und Sozialwesen, innerhalb dessen wiederum bestimmte Arbeits-, Berufs- und Belastungskulturen das subjektive Erleben sowie die individuellen wie kollektiven Wahrnehmungs- Deutungs- und Handlungsmuster prägen. Arbeitswissenschaftlich auffallend sind strukturell unzureichende und geradezu kontraproduktive Konzepte hinsichtlich einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung. Pflegewissenschaftlich auffallend sind höchst unterschiedliche sozial- und berufsethisch motivierte Haltungen und Orientierungen. Doch zunächst zur Faktizität: 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 Juli 2020 waren bereits mehr als 1000 Pflegekräfte und andere Mitarbeiter/innen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen schwer erkrankt, mindestens 63 von ihnen so schwer, dass sie daran verstarben (vgl. RKI, 2020b). Ein Jahr später waren mehr als 100.000 Covid-19-Fälle als Verdachtsfälle auf eine Berufskrankheit gemeldet worden (vgl. Wallenfels, 2021), mindestens 10.000 Pflegekräfte und andere Mitarbeitende waren schwer erkrankt und mehr als 260 verstorben (vgl. RKI, 2021). Besonders betroffen war die Altenpflege. Diese Zahl an beruflich bedingten und tödlich verlaufenen Infektionskrankheiten ist, gemessen an sons-

tigen berufsbedingten Infektionskrankheiten, sehr hoch und zeigt das Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung sehr drastisch.

Schon im Jahr 2020 thematisierten zahlreiche Studien aus China und allen Teilen der Welt die physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte während der Corona-Krise (vgl. Lai et al., 2020; Shaukat et al., 2020; Wang et al., 2020). Eine erste deutsche Veröffentlichung, die auf einer Online-Befragung von 2000 Pflegefachpersonen fußt, konnte über ähnliche Ergebnisse berichten (vgl. 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« (vgl. ebd., S. 53). Während des Jahres 2021 erschienen im deutschsprachigen Raum in schneller Folge gewichtige Studien, welche die Arbeitsbelastungen in der Pflege unter Corona-Bedingungen zum Gegenstand haben (vgl. z.B. Begerow & Gaidys, 2021; Eggert & Teubner, 2021; Pfortner et al., 2021). Methodisch handelt es sich durchgehend um Online-Befragungen, wobei als Zielgruppe zumeist Leitungskräfte und nur in wenigen Fällen auch operativ Pflegenden befragt wurden. Generell zeigte sich eine coronabedingte zusätzliche physische und psychische Belastung. Der ohnehin schon bedrückende Personalmangel verstärkte sich durch Krankheitsausfälle, Quarantänen und auch durch vermehrte Berufsaufgabe. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt jedoch gestaltete sich den Umfragen zufolge – ganz analog zu unseren Ergebnissen – als eher schwierig bis unbefriedigend. Angemerkt wurde, dass es den Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes oftmals an pflegefachlicher Kompetenz fehlt. Übereinstimmend mit unserer Studie zeigte sich auch, dass die strukturellen Defizite im Pflegesystem in weiten Teilen durch die Aufopferungsbereitschaft der Gesundheits- und Pflegearbeiter/-innen aufgefangen werden. Begerow & Gaidys (2021) berichten, dass 70 Prozent der Befragten die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen beeinträchtigt sehen. Ein ebenso hoher Anteil der Pflegenden gibt an, aus Angst vor Ansteckung noch tiefer in ein emotio-

nales Dilemma zwischen Berufsethos und Selbstschutz zu geraten. 17 Prozent der Befragten haben keine Motivation mehr für ihren Job. In qualitativen Studien aus Kanada (vgl. Nowell et al., 2021), Korea und Taiwan (vgl. Joo & Liu, 2021) wurde herausgearbeitet, dass inadäquates Management, fehlende Informationen und fehlende organisationale Unterstützung die Belastungen und inneren Zerreißproben noch zusätzlich verstärkten.

Aus dem empirischen Material unserer Pflegestudie geht hervor, dass sich widersprüchliche Arbeitsanforderungen in der Corona-Krise exorbitant verstärkten. Die arbeitswissenschaftliche Forschung konnte zeigen, dass derartige Situationen zu besonders hohen psychischen Belastungen führen (vgl. Moldaschl, 2010). Dass an widersprüchlichen Anforderungskonstellationen nicht nur betriebliche, sondern auch überbetriebliche Stellen beteiligt waren, mildert keinesfalls den Umstand extremer Belastungen für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, im Gegenteil. Aus unserer Studie 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 (vgl. Kämpf et al., 2020). Die Arbeit von Hygienefachkräften, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzt/-innen 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 sichergestellt und die real existierenden Betreuungszeiten so aufgestockt werden, dass in derartigen Krisensituationen auch eine Wunschvorsorge angeboten werden kann.

Ergänzend sollte es Angebote von psychotherapeutisch geschultem nicht-ärztlichem Personal geben (vgl. Arndt et al., 2020).

Aus unserer Empirie lässt sich eine durchgängig hohe Verausgabungsbereitschaft der Pflegekräfte herauslesen. In der pflegewissenschaftlichen Forschung wird seit langem ein Zusammenhang dieser Bereitschaft mit tradierten Weiblichkeitsmustern diskutiert (vgl. Backes et al., 2008; Reitlinger et al., 2020). Die Arbeit von Frauen wird eher mit emotionalem Engagement, situativer Fürsorge und leiblicher Nähe konnotiert, während Männer, auch solche in der Pflege, als eher rational und »checklistenorientiert« gelten. Das Gender-Problem ist evident: Aus vielen Studien wissen wir, dass »Schwestern« sich oftmals weniger gut abgrenzen können als »Pfleger« (vgl. Hien, 2009, S. 170 ff.), was sich beispielsweise in der Einhaltung der Arbeitszeiten, aber auch im Widerstand gegen Zumutungen zeigt, sich über alle Maßen zu verausgaben. Die Pandemie förderte solche Unterschiede. Das Bestreben, berufsethisch auch in schwierigen Zeiten eine gute Versorgungsqualität sicherzustellen, unterminiert die notwendige Selbstsorge. Das wird auch in unserem Interview-Material deutlich. 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 bei ihr 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. Unsere Interviews zeigen indes, dass die alleine auf die Gender-Problematik bezogene Trennungslinie so einfach nicht zu ziehen ist und in der Wirklichkeit deutlich komplexere Konstellationen eine Rolle spielen. Als prädominante Unterscheidung sticht diejenige zwischen Krankenpflege und Altenpflege hervor. Rekrutiert sich diese im überwiegenden Fall noch immer aus teilzeitorientierten Zuverdienerinnen, die sich gewerkschaftlich und betriebspolitisch eher »heraushalten«, finden sich in der Krankenpflege eher vollzeitorientierte Kräfte mit einem berufspoli-

tischen Selbstbewusstsein und gewerkschaftlicher Organisationsbereitschaft. Hier tritt der Genderaspekt ein stückweit zurück. Zudem muss bei diesen Betrachtungen das Stadt-Land-Gefälle berücksichtigt werden. Im Hintergrund dieser komplexen Problemlage spannt sich eine Kontroverse auf zwischen der Annahme, Care-Ethik sei eine spezifisch weibliche Kompetenz, und der Position, eine sorge- und verantwortungsethische Haltung könne von allen Geschlechtern gelernt und schließlich auch erwartet werden. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung – so darf die sozial- und pflegepolitische Debatte zusammengefasst werden – muss Care-Arbeit auf alle Arbeitenden verteilt werden, ja: Sie muss in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Arbeit rücken, die fortan nicht mehr nur als Lohnarbeit gesehen werden kann (vgl. Winker, 2015).

Die beiden Erkrankungsfälle fordern ebenfalls zu einem Fallvergleich 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 ihren Lebensverlauf ein. Dies kann – so meine Hypothese – als eine Rationalität begriffen werden, auf deren Basis Schutzmaßnahmen und Bedingungen für eine insgesamt beeinträchtigungsfreie, gesundheitsgerechte und berufsethisch gut vertretbare Pflegearbeit einzufordern ist. Doch zeigen sich hier auch Risse: Diese Rationalität kann nicht auf einer individuellen Ebene verbleiben. Sie bedarf einer kollektiven Orientierung. Frau U. ist verwundert und auch enttäuscht darüber, dass nun ausgerechnet sie, die erkrankt ist, von manchen Kolleg/-innen für die Pflicht des Maske-Tragens verantwortlich gemacht wird. Hier wird 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 (vgl. Antonovsky, 1997), zu dem auch die Teamorientierung gehört. Frau U. benennt klar einen weiteren Zusam-

menhang: Wenn die gesellschaftliche Anerkennung, die sich auch im Materiellen auszahlen muss, ausbleibt, macht sich bei den Pflegenden Frustration breit. Diese ist Gift für einen solidarischen Teamgeist. Symbolischer Beifall und das Gerede von »Systemrelevanz« können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Pflege in der sozialen Status-Rangfolge immer noch keinen höheren Platz eingenommen hat. Das belegen die Diskriminierungserfahrungen, die Pflegekräfte sowohl betriebsintern als auch in der Öffentlichkeit zuweilen haben machen müssen. Die Erfahrungen von Intensivpflegenden mit corona-leugnenden Patienten und Patientinnen können als Spitze des Eisberges gesehen werden. Hier zeigt sich die lange Wegstrecke, welche die Gesellschaft als Ganzes noch zurücklegen muss, wenn sie Pflegearbeit als integralen, ja zentralen Teil ihrer sozioökonomischen und soziokulturellen Struktur wirklich anerkennen will.

► Anmerkungen

Das Forschungsprojekt wurde gefördert von der *Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (BGW), Fördernummer: ext FF_1475. Feldzugang, Erhebung und Interviewauswertung wurden unterstützt von Dr. med. Hubertus von Schwarzkopf, Arbeitsmediziner in Bremen, dem ich zu besonderem Dank verpflichtet bin, ebenso wie allen Befragten, die bereitwillig an diesem Projekt mitgewirkt haben. Details zur Methodik sind der Langfassung unseres Forschungsberichtes zu entnehmen: <http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf>. Ebendort findet sich auch eine umfangreiche Liste der Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Gefährdung der Beschäftigten, ebenso eine detaillierte Liste von Maßnahmen, die aus den Belastungen und Gefährdungen abgeleitet werden können.

► Literatur

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

Arndt, Darmar et al. (2020). *Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie*. Online-Publikation. <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, Diana (2013). *Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekariisierung von Pflegearbeit*. WSI Mitteilungen, 6, 412-422
- Backes, Gertrud, Amrhein, Ludwig & Wolfinger, Martina (2008). *Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik*. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Online-Publikation. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf>
- Begerow, Anke & Gaidys, Uta (2021). *COVID-19-Pflege Studie – erste Teilergebnisse*. Pflegewissenschaft, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie. HPS-Media, Hungen.
- Chou, Roger et al. (2020). *Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers*. *Annals of Internal Medicine*, 173(2), 127-177.
- Eggert, Simon & Teubner, Christian (2021). *Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege*. Online-Publikation. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf>
- Haubl, Rolf, Molt, Walter, Weidenfeller, Gabriele & Wimmer, Peter (1986). *Struktur und Dynamik der Person*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hien, Wolfgang (2009). *Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Joo, Jee Young & Liu, Megan F. (2021). *Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review*. *International Nursing Review*. Online-Publikation. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12648>
- Kämpf, Daniel et al. (2020). *COVID-19 und Arbeitsschutz im Gesundheitswesen*. Handreichung des Kompetenznetzes Public Health COVID-19. Online-Publikation. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse-/COVID-19_und_Arbeitsschutz_im_Gesundheitswesen_01.pdf
- Lai, Jianbo et al. (2020). *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*. *JAMA Network Open*. Online-Publikation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>
- Laskus, Marcel (2021). Für einen Patienten, der sich weigert, würde ich nicht kämpfen. *Süddeutsche Zeitung* v. 6./7. November 2021, S.53.
- Moldaschl, Manfred (2010). *Widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Ein nicht-linearer Ansatz zur Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit*. In Falter, Gudrun (Hg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 82-94). Bern. Hans Huber.
- Mohan, Robin (2018). *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit*. Bielefeld: Transcript.

- Nowell, Lorelli et al. (2021). *A grounded theory of clinical nurses' process of coping during COVID-19*. Journal of Clinical Nursing. Online-Publikation. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33955629/>
- Pförtner, Timo-Kolja, Hower, Kira & Pfaff, Holger (2021). *Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona-Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn?* Online-Publikation. <https://kups.ub.uni-koeln.de/52592/1/Ergebnisbericht-2.wissenschaftlicheStudiezurpflegerischenVersorgunginZeitenvonCorona.pdf>
- Raehlmann, Irene (2020). *Corona! Die Krise der Verschlinkung und ihre Folgen*. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 74, 2016-221.
- Reitinger, Elisabeth, Lehner, E. & Pichler, Barbara (2020). Gender im Altenpflegeheim: »Frauenwelt« Pflege. *ProCare*, 25, 40-42.
- Rheindorf, Jessica et al. (2020). Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? *Pflege-Zeitschrift*, 4 (8), 73-53.
- RKI (Robert-Koch-Institut) (2005). Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt*, 48, 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-Publikation. 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-Publikation. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-07-13-de.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (Robert-Koch-Institut) (2020c). *Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-2019)*. Stand v. 31.08.2020. Online-Publikation. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-31-de.pdf?__blob=publicationFile
- RKI (Robert-Koch-Institut) (2021). *Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 (Covid 2019)*. Stand v. 13.07.2021. Online-Publikation. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jul_2021/2021-07-13-de.pdf?__blob=publicationFile
- Seidler, Andreas & Petereit-Haack, Gabriela (2020). *Müssen ältere Beschäftigte dem Arbeitsplatz fernbleiben?* Arbeitspapier des Kompetenznetzes Public Health Covid-19. Online-Publikation. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_04_23_F-act_Sheet_Auswirkungen_auf_ältere_Beschäftigte_V3.pdf

- Shaukat, Natasha, Mansoor, Daniyal & Razzak, Junaid Razzak (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(40). Online-Publikation. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370263/pdf/1-2245_2020_Article_299.pdf
- Siegrist, Johannes (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungs-evidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.
- Strauss, Anselm (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.
- Wallenfels, Matthias (2021). *Rasante Zunahme bei COVID-19 als Berufskrankheit*. *Ärztezeitung* v. 8. August 2021. Online-Publikation.: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Rasante-Zunahme-bei-COVID-19-als-Berufskrankheit-421729.html>
- Wang, Ya-Xi et al. (2020). *Factors associated with post-traumatic stress disorder of nurses exposed to corona virusdisease 2019 in China*. *Medicine (Baltimore)*, Band 99 (26). Online-Publikation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7328992/pdf/medi-99-e20965.pdf>
- Winker, Gabriele (2015). *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: Transkript.