

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

ALEXANDRA SCHEELE. HELENE SCHIFFBÄNKER. DAVID WALKER.
GRETA WIENKAMP

Einleitung

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

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

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

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

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

Die Krise sozialer Reproduktion als Krise der Gesundheitsberufe

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

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