



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Who cares? Weibliche Pflegepersonen in der Rolle als Double Duty Caregiver
im Gesundheitswesen.

verfasst von | submitted by

Jasmin Abdelsamad BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitingner
Privatdoz.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Persönlicher Zugang	4
1.2	Problemstellung.....	6
1.3	Forschungsfrage	7
1.4	Zielsetzung	8
2	THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN.....	8
2.1	Double Duty Caregiving	9
2.1.1	Vereinbarkeit Beruf und Care-Arbeit	12
2.1.2	Geschlechterrollen und ihre Sozialisation	13
2.2	Frauen als Care-Arbeiterinnen	15
2.2.1	Verweiblichung des Pflegeberufes	16
2.2.2	Informelle Pflege.....	18
2.3	Care-Arbeit während der Pandemie.....	20
2.3.1	Geschlechtsspezifische Arbeitsaufteilungen	23
2.3.2	Fokus Pflege.....	24
2.4	Doing Family	25
2.4.1	Mental Load.....	27
2.4.2	Ausgebrannt-Sein	29
3	METHODIK	30
3.1	Design	31
3.2	Vorgehen der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen	31
3.3	Zugang zum Feld und Gewinnung	33
3.4	Datenerhebung	35
3.5	Datenanalyse.....	37
3.6	Forschungsethik.....	39
3.7	Gütekriterien qualitativer Sozialforschung	42
4	ERGEBNISSE.....	46
4.1	Fall-Charakteristika	46
4.2	(Un-)Vereinbarkeiten	49
4.2.1	Spannungsfelder beruflicher Care-Arbeit	55
4.2.2	Spannungsfelder privater Care-Arbeit.....	58
4.3	Motivationen.....	63
4.3.1	Erwartungen und Rollen: caring for all	64
4.3.2	Hauptverantwortung	67
4.4	Herausfordernde Lebensumstände	68

4.5	Copingstrategien	73
4.5.1	Kinderbetreuung als Copingstrategie	74
4.5.2	Freund:innen	75
4.5.3	Wunsch nach Unterstützung	76
4.5.4	Externe Einflussfaktoren	77
4.5.5	Durchhaltevermögen	78
5	DISKUSSION.....	79
5.1	Limitation.....	88
5.2	Stärken.....	89
6	ZUSAMMENFASSUNG.....	90
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	92
8	ANHANG.....	100
	Interviewleitfaden	100
	Information zur Teilnahme.....	102
9	KURZFASSUNG	105

1 Einleitung

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und *Care*-Arbeit ist im Gesundheitswesen eine komplexe Herausforderung. Zumeist trifft diese Art der unbezahlten *Care*-Arbeit Frauen. Bereits in der Kernfamilie erleben Mütter eine höhere Belastung als Väter in der Betreuung und Versorgung von Kindern (DeGroot & Vik, 2020; Klünder & Meier-Gräwe, 2018; OECD, 2020; Stadt Wien, 2016). Mitarbeitende im Gesundheitswesen, darunter vor allem Pflegepersonen, sind von unbezahlter Vereinbarkeit von *Care*-Arbeit stark betroffen. Eine Betriebsumfrage von Bischofberger et al. (2012) ergab, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen im Vergleich zu Beschäftigten in anderen Branchen häufiger vor der Herausforderung stehen, ihre beruflichen Verpflichtungen mit der privaten Pflege zu vereinbaren. Es ist wichtig zu betonen, dass Frauen unabhängig von ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind, wenn es um die Vereinbarkeit von Beruf und privater *Care*-Arbeit geht. Angesichts der Tatsache, dass ein hoher Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich ist, trifft diese Problematik besonders auf weibliche Pflegepersonen zu. Diese stehen somit vor einer herausfordernden Situation, die es zu bewältigen gilt. In den folgenden Abschnitten werde ich näher auf diese Thematik eingehen und die Auswirkungen auf die Pflegepraxis näher beleuchten. Weitere Studie zu dieser Thematik zeigen, wie Staszcyk et al. (2018), dass die private *Care*-Arbeit durch berufliche *Care*-Arbeit zunehmend erschwert wird. Frauen haben oft eine höhere Belastung, da sie nicht nur ihre eigenen Pfl egetätigkeiten am Arbeitsplatz erfüllen, sondern auch den Anforderungen der privaten *Care*-Arbeit gerecht werden müssen (Staszcyk et al. 2018; Volkert et al., 2017). Die Wissenschaftler:innen betonen, dass eine umfassende Unterstützung durch Gesundheitsorganisationen notwendig ist, um die Vereinbarkeit von Pflege und Arbeit erfolgreich umzusetzen (Bischofberger & Jähnke, 2018; Staszcyk et al. 2018; Volkert et al., 2017). Eine weitere Studie von Lohmann et al. (2019) zeigt, dass Gesundheitsmitarbeitende in der Pflegebranche insbesondere dann zufriedener sind, wenn sie eine bessere *Work-Life-Balance* erreichen können. Eine mögliche Lösung kann die Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen sein. Die Tätigkeiten im Gesundheitswesen werden größtenteils von Frauen bewältigt, weltweit zu über 80 Prozent (WHO, 2019; Dettl et al., 2019). In der genannten Literatur werden verschiedene Gründe für die

Übernahme informeller Betreuungsaufgaben genannt. Die Hauptgründe hierfür sind das Gefühl familiärer Verpflichtungen, das oft durch Tradition, kulturelle Aspekte, moralische Werte und vorhandenes Fachwissen beeinflusst wird (Chiao et al., 2015; Van Groenou & De Boer, 2016). Es wurde festgestellt, dass die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen an Frauen ein bedeutender Motivator sind, Betreuungsaufgaben zu übernehmen, selbst wenn dies als belastend empfunden wird (Sutter et al., 2016). Wie Huber und Kuehlmeier (2012) berichten, ist die Entscheidung, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen, nicht freiwillig, sondern hängt von der zugeschriebenen Verantwortung ab. Daher haben die weiblichen Pflegepersonen nicht die Möglichkeit, über die Bedingungen zu verhandeln. (Halpern et al., 2017; Wang et al., 2018). Allgemein wird beschrieben, dass Frauen in der Rolle als *Double Duty Caregiver* ein höheres Risiko haben, Burnout zu erleiden, sowie unter körperlichen Beschwerden zu leiden, da die Pflegeaufgaben dauerhaft in Kombination mit anderen Aufgaben belastend sind (Revenson et al., 2016; Gérardin & Zech, 2020). Frauen, die im Gesundheitswesen arbeiten, übernehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit die Hauptverantwortung für die Versorgung, Betreuung oder Pflege von Angehörigen und sind stärker in die Durchführung alltäglicher Aktivitäten involviert als ihre männlichen Kollegen (Killien, 2004). Häufig sind Pflegepersonen mit informellen Pflegeaufgaben am Ende des Tages erschöpft und berichten über eine schlechtere Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit (DePasquale et al., 2016). Die Literatur zeigt auf, dass weibliche Pflegepersonen in der Rolle als *Double Duty Caregiver* eine geringere Arbeitsfähigkeit haben als Beschäftigte ohne zusätzlichen informellen Pflegeaufgaben (Heger, 2014). Diese Faktoren können zu längerem Krankenstand und zu Fluktuation im Gesundheitssektor führen (Holland et al., 2019). Im Gesundheitswesen sind verschiedene Arbeitsmarkttrends und Entwicklungen im Gange, die sich auf Arbeitskräfte und Qualität auswirken.

Der Pflegebereich ist durch ein markantes Merkmal gekennzeichnet: eine alternde Belegschaft steht kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand, während gleichzeitig der Zustrom junger Arbeitnehmer:innen unzureichend ist (Détaille et al., 2019, Pilwarsch et al., 2022). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für Gesundheitsorganisationen, verstärkt auf die langfristige Arbeitsfähigkeit ihres Personals zu achten, insbesondere auf diejenigen, die auch als *Double Duty*

Caregiver tätig sind (Detaile et al., 2019). Im Kontext der Doppelbelastung bedeutet langfristige Arbeitsfähigkeit eine konkrete Frauenfördermaßnahme, sodass jede Pflegeperson kontinuierlich realisierbare Möglichkeiten in ihrem Arbeitsleben hat um in der Lage zu sein, in der aktuellen und zukünftigen Arbeit zu funktionieren. Dabei sollen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit gesteigert werden (De Boer et al., 2019; De Lange & Van der Heijden, 2016; Plaisier et al., 2015).

Bei ihrer qualitativen Forschung fassten Giles und Hall (2014) die Hauptprobleme und Unterstützungsbedürfnisse von *Double Duty Caregiver* zusammen. Die wesentlichen Herausforderungen und Unterstützungsbedürfnisse der Pflegepersonen schienen unabhängig von Dauer und Umfang der informellen Pflegesituation sehr ähnlich zu sein. Dies gilt insbesondere für die wahrgenommene emotionalen Belastung zwischen den beiden Rollen. Darüber hinaus wurde das spezialisierte Wissen und die daraus resultierende Rolle der Fürsprecher:innen thematisiert.

Die Rolle der modernen Frau hat sich im Laufe der Jahre verändert. Heutzutage finden sich Frauen in unterschiedlichsten Berufswelten und weiterhin gibt es Berufe, in denen Frauen als tragende Säulen tätig sind. Laut dem österreichischem Gesundheitsberufsregister arbeiten in der Pflege zu 85 Prozent Frauen (Pilwarsch et al., 2022). In einer Erhebung der WHO „*Delivered by women, led by men*“ (2019) wurde festgestellt, dass Frauen weltweit 80 Prozent aller Gesundheitsmitarbeiter:innen ausmachen. Bestimmte Rollenbilder oder (un-)ausgesprochene Pflichten, mit denen Frauen assoziiert und als junge Mädchen erzogen werden, prägen heutige Handlungen und auch Berufsentscheidungen. Weibliche Pflegepersonen, die demnach nicht nur während ihres beruflichen Alltags Betreuung- und Pflegtätigkeiten übernehmen, sondern auch privat hauptsächlich Care-Arbeit leisten, wie die Betreuungspflicht ihrer Kinder oder die Fürsorgetätigkeit von Familie und Freund:innen übernehmen, sind im ständigen Rad herausfordernder, anspruchsvoller Doppelbelastung. Der Alltag dieser Frauen ist geprägt von einem Spagat zwischen stressigem Arbeitsleben in der Pflege und den Pflichten als *Double Duty Cargiver*. Diese Balance zu halten, erfordert nicht nur physische Ausdauer, sondern auch emotionale Belastbarkeit. In der Regel sind es

vor allem Frauen, die diese Herausforderung annehmen und sich bemühen, beiden Rollen gerecht zu werden (Raiber, 2020). So machte unbezahlte *Care*-Arbeit während der Covid-19-Pandemie 44 Prozent der österreichischen Wirtschaftsleistung aus. Zudem ist die Verteilung der Erwerbsbeteiligung zwischen den Geschlechtern ziemlich gleich, die der bezahlten Löhne jedoch nicht (Statistik Austria, 2020).

1.1 Persönlicher Zugang

Mein Interesse an dem Thema *Double Duty Care* entwickelte sich aus einer tief verwurzelten Verbindung zum Gesundheitswesen und zur Pflege. Mit mehrjähriger Erfahrung im Krankenhausumfeld sowie in einer Familie, in der Pflegeberufe eine bedeutende Rolle spielen, wurde mein persönlicher Zugang zu diesem Thema maßgeblich geprägt. Bereits in meiner Kindheit konnte ich durch meine Mutter und ältere Schwester, die ebenfalls in der Pflege tätig sind, einen ersten Einblick in dieses Berufsfeld gewinnen. Ihre Geschichten und Erfahrungen, die sie mit mir teilten, erweckten mein Interesse an der Pflege und den ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen. Doch im Laufe der Jahre wurde mir bewusst, dass die Pflege nicht nur ein Beruf ist, sondern meist für Frauen zudem eine gewollt oder ungewollt gewählte Lebensaufgabe, die sich über ihren Arbeitsplatz hinaustreckt.

Im Verlauf meiner beruflichen Laufbahn in der Pflege hatte ich die Gelegenheit, in verschiedenen Teams mitzuarbeiten, die größtenteils aus engagierten Frauen bestanden. Dies ist keineswegs ein Zufall, denn Frauen sind nach wie vor überrepräsentiert im Gesundheitswesen, sei es als Pflegeperson, Medizinerin, Therapeutin oder in einem weiteren Gesundheitsberufen. Diese Tatsache steht im Kontext einer gesellschaftlichen Realität, in der bestimmte Geschlechterrollen und Erwartungen oft immer noch auf Frauen projiziert werden. Von Kolleginnen habe ich erfahren, dass sie aufgrund ihrer privaten *Care*-Arbeit ihre Arbeitsstunden nicht erhöhen konnten. Dies führte dazu, dass sie Frustration und Unzufriedenheit empfanden. Frauen werden häufig in eine Doppelrolle gedrängt, in der sie nicht nur beruflich erfolgreich sein, sondern auch die Hauptverantwortung der privaten Fürsorgearbeiten tragen sollen. Diese Erwartungen und gesellschaftlichen Rollenbilder können Frauen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Es ist nicht nur die Pflege am Arbeitsplatz, sondern auch die private *Care*-Arbeit, die

hauptsächlich unbezahlt von Frauen übernommen wird. In dieser Rolle als *Double Duty Caregiver* finden sich viele weibliche Pflegepersonen wieder. Ich konnte miterleben, wie Kolleginnen nicht nur ihren Beruf mit Hingabe ausübten, sondern auch nach Feierabend und am Wochenende weiterhin *Care*-Arbeit leisteten. Die Doppelbelastung wurde für sie zur Normalität. Diese persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen haben mein Interesse an der Erforschung der Doppelbelastung im Pflegeberuf verstärkt. Vor allem erlebte ich, wie die Covid-19-Pandemie unter den Kolleginnen im Pflgeteam Angst auslöste. Sie hat die ohnehin schon anspruchsvolle Doppelbelastung noch weiter verschärft. Überbelastung, die durch Herausforderungen im Gesundheitswesen und die gleichzeitige private *Care*-Arbeit entstanden ist, erreichte ein nie dagewesenes Ausmaß. Lockdowns, Schule- und Kindergarten-Schließungen sowie die Umstellung auf Fernunterricht komplizierten die Situation für weiblichen Pflegepersonen mit privater *Care*-Arbeit weiter. Dadurch entstand ein weiterer Faktor an Belastung.

Mit meiner Forschung möchte ich nicht nur die komplexen Dynamiken, vor denen weibliche Pflegepersonen mit betreuungspflichtigen Kindern stehen, verständlich aufzeigen, sondern auch Lösungen und Empfehlungen entwickeln, um die Lebensumstände und Arbeitszufriedenheit dieser Pflegepersonen zu verbessern. Es ist ein Schritt, um die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen weiter in Frage zu stellen und die Anerkennung und Unterstützung für Frauen in der Pflege und ihrer *Double Duty Care* Rolle zu stärken. Gesundheitssysteme werden effektiver sein, wenn Frauen, die sie betreiben, gleiches Mitspracherecht bei der Gestaltung von Gesundheitsplänen und Gesundheitspolitik haben. Ein erster Schritt ist, diese Frauen zu sehen, zu hören und zu fördern.

Meine Arbeit ist nicht nur darauf ausgerichtet, Schwierigkeiten festzuhalten, sondern auch mögliche Lösungsansätze und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Indem ich die Geschichten dieser Frauen erzähle, möchte ich ihre Anstrengungen anerkennen und dazu beitragen, die Bedingungen für berufstätige Frauen in der Pflege zu verbessern, indem ich sie sichtbar mache. Diese Frauen, weibliche Pflegepersonen, werden zu Heldinnen des Alltags, die nicht nur die

Verantwortung für das Wohlergehen von Patient:innen, sondern auch das Wohl ihres sozialen Umfeldes ermöglichen.

1.2 Problemstellung

Die Pflege ist eine Berufssparte, die stark mit Frauen in Verbindung gebracht wird, historisch und auch heute bilden Frauen die Mehrheit der Pflegepersonen (Pilwarsch et al., 2022; Information Services Division, 2009). *Private Care*-Arbeit ist nach wie vor gesellschaftlich ein Faktor, der die berufliche Entwicklung von Frauen beeinflusst. Dies gilt selbst in Berufen, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden, wie beispielsweise in der Gesundheits- und Krankenpflege. Obwohl in der Vergangenheit viel über die Auswirkungen von Mutterschaft, Arbeitszeiten, beruflichen Unterbrechungen und die Betreuung schulpflichtiger Kinder auf die berufliche Entwicklung diskutiert wurde, legte man bisher weniger Augenmerk auf das tatsächliche Ausmaß ihrer Auswirkungen auf weibliche Pflegepersonen.

Wie schon weiter oben näher erläutert, sind es im Allgemeinen Frauen, die für die Umsetzung globaler Gesundheit sorgen und Männer, die sie managen. Die Fortschritte bei der Geschlechterparität in Führungspositionen variieren je nach Land und Im Allgemeinen haben Männer die Mehrheit der Führungspositionen im Gesundheitswesen von der globalen bis zur kommunalen Ebene inne. 80 Prozent der globalen Gesundheitsvorstände werden von Männern besetzt (WHO, 2019).

Die Covid-19-Pandemie hat das tägliche Leben von Familien, insbesondere von Müttern, stark beeinflusst. Der erste Lockdown im Frühling 2020 führte zu erheblichen Einschränkungen, darunter die Schließung von Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen. Dies zwang Familien zu einer Neustrukturierung, während viele Eltern gleichzeitig Homeoffice und Kinderbetreuung vereinbaren mussten (Bujard, Laß & Diabaté, 2020). Frauen waren überproportional von dieser Doppelbelastung betroffen, was zu einem Anstieg von Stress führte. Sie waren häufiger von Arbeitszeitreduktion betroffen und übernahmen vermehrt Sorgearbeit für die Familie (Berghammer & Schmidt, 2019). Mütter zeigten tendenziell höhere Levels an Unzufriedenheit, Erschöpfung und Existenzängsten im Vergleich zu Vätern während der Pandemie (Haindorfer, 2020; Huebener et al., 2020; Andresen et al. 2020; Möhring et al., 2020; Wilmes, 2020). Die Ungleichheiten wurden durch

die Pandemie verstärkt, dies erlebten besonders für Frauen in prekären Situationen und systemrelevanten Berufen (Berghammer & Schmidt, 2019).

Zusammenfassend lässt sich folgende Pflegerelevanz ableiten: der Pflegeberuf mit einer Beschäftigungsquote von über 85 Prozent Frauen kennzeichnet sich mit einer erheblichen Personalfluktuations- und hohem Personalmangel (Statistik Austria, 2023; Pilwarsch et al., 2022). Eine Umfrage der Arbeiterkammer Wien aus dem Jahr 2021 ergab, dass fast die Hälfte der Pflegepersonen über ein mögliches Aufhören nachdenkt. Zusätzlich sind laut dem Gesundheitsministerium „Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich“ über 30 Prozent des gesamten Personals 50 Jahre alt oder älter (Pilwarsch et al., 2022). Dieser Umstand führt zu einem Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen von rund 42.000 Personen bis zum genannten Jahr. Es wird prognostiziert, dass bis 2030 zwischen 75.000 und 100.000 Pflegepersonen fehlen werden und ein Drittel der derzeit aktiven Pflegepersonen pensioniert sein wird (Rappold et al, 2019).

Untersuchungen wie die von Cartaxo et al. (2022) zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit einen bedeutenden Einfluss auf die Dauer des Arbeitsverhältnisses hat. Die Identifikation der Auslöser für verschiedene Lebensumstände könnte daher die Grundlage für organisatorische Maßnahmen schaffen, die zu Erleichterungen führen könnten. In diesem Zusammenhang weist Bischofberger et al. (2013) darauf hin, dass Personen im Pflegebereich besonders von der sogenannten Doppelbelastung betroffen sind. Diese Individuen stellen eine bedeutende Ressource für das Gesundheitssystem dar und erfordern gezielte Frauenfördermaßnahmen, um die Arbeitszufriedenheit zu steigern und die Fluktuation zu reduzieren. Es ist evident, dass die Pflegebranche von der Identifizierung und Bewältigung der Lebensumstände von ihren Mitarbeitenden profitieren kann, um langfristig eine stabile und zufriedenstellende Arbeitsumgebung zu gewährleisten.

1.3 Forschungsfrage

Basierend auf den vorausgehenden Überlegungen ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Welchen Einfluss hat die Rolle als Double Duty Caregiver auf die Lebenssituation von weiblichen Pflegepersonen mit betreuungspflichtigen Kindern?

1.4 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit hat das übergeordnete Ziel, die vielschichtigen Lebenssituationen von *Double Duty Caregiver* zu erforschen und zu analysieren. Die sich durch die Doppelbelastung auf arbeitstätige weibliche Pflegepersonen mit betreuungspflichtigen Kindern unter der besonderen Berücksichtigung der allgemeinen unbezahlten Care-Arbeiten auswirken. Dabei sollen nicht nur die klassischen beruflichen und sozialen Belastungsfaktoren betrachtet werden, sondern auch die spezifischen Lebensumstände, die sich aus der unbezahlten Care-Arbeit ergeben.

Durch die Erforschung der unbezahlten Care-Arbeit, die von weiblichen Pflegepersonen geleistet wird, welche zudem die Verantwortung für private Care-Arbeit tragen, soll die individuelle Lebenssituation besser verstanden werden. Ebenso soll der Einfluss der gesellschaftlichen Wertschätzung und Anerkennung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit gefördert werden. Ein untergeordnetes Ziel ist es, die weiblichen Pflegepersonen in ihrer doppelten Rolle zu bestärken. Mit dieser erweiterten Zielsetzung strebt meine Forschungsarbeit an, nicht nur die traditionellen Herausforderungen zu erfassen, sondern auch einen vertieften Einblick in die spezifischen Lebenssituationen zu gewinnen und damit eine Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Frauen in der Pflegebranche zu schaffen.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird auf die Lebenssituationen von weiblichen Pflegepersonen eingegangen, die sowohl beruflich als auch privat Care-Arbeit leisten. Dies dient als Reaktion auf die Einführung in die Thematik und die damit verbundenen Herausforderungen. Dieses Kapitel bietet einen umfassenden

Überblick über die relevanten Themen. Theoretische Grundlagen werden erläutert, die für das Verständnis und die Untersuchung der Forschungsfragen von Bedeutung sind.

Im ersten Abschnitt werden zunächst die verwendeten Fachtermini und Konzepte beleuchtet, um die Relevanz sowie Einflussfaktoren zu erforschen. Das Kapitel schließt mit Thema „Ausgebrannt-Sein“ ab. Durch diese umfassende Herangehensweise wird der Rahmen für die empirische Untersuchung geschaffen. Insbesondere im Hinblick auf die Herausforderungen, denen Frauen im privaten und beruflichen Pflegekontext durch die Doppelbelastung ausgesetzt sind, sollen die unterschiedlichen Perspektiven einen entsprechenden Kontext schaffen.

2.1 Double Duty Caregiving

Die Bezeichnung *Double Duty Caregiver* wurde ausschließlich in der Arbeit verwendet, um weibliche Pflegepersonen zu beschreiben, die sich privat informellen Pflegeaufgaben widmen. Ergebnisse der verwendeten Literatur beschreiben, dass *Double Duty Caregiving* möglicherweise nicht nur auf die Betreuung und Pflege älterer Verwandter beschränkt ist. Ward-Griffin (2004) beschreibt demnach *Double Duty Caregiving* als *Care-Arbeit* anderer Familienmitglieder sowie von Personen aus sozialen Kreisen, wie Freund:innen und Bekannte.

Wenn Angehörige oder Freund:innen gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen, stehen sie vor der Herausforderung, Beruf, Familie und die Betreuung ihrer Liebsten zu vereinbaren. Besonders anspruchsvoll wird es, wenn Angehörige selbst im Gesundheitsbereich arbeiten und sich zusätzlich um die Betreuung und Pflege eines Familienmitglieds kümmern. Diese spezielle Gruppe von Pflegenden wird oft als "*Double Duty Caregiver*" bezeichnet, da sie nicht nur eine doppelte Belastung tragen, sondern auch eine doppelte Verpflichtung zur Pflege und Betreuung haben (Bischofberger & Jähnke, 2015; Jähnke, 2023).

Die Balance zwischen der familiären *Care-Arbeit* und den eigenen Bedürfnissen stellt sowohl *Double Duty Caregiver* vor große Herausforderungen als auch das Gesundheitswesen an sich. Neben den psychischen und physischen Anforderungen steht dieses System vor organisatorischen Hürden wie Schichtarbeit

und kurzfristige Änderungen im Dienstplan (Jähnke, 2023). Bisherige Unterstützungsmaßnahmen auf betrieblicher, individueller und gesellschaftlicher Ebene sind nur rudimentär vorhanden. Viele Berufstätige stehen vor der Herausforderung, Arbeit und Pflege zu vereinbaren, was zu erheblichem Stress führen kann. Pflegepersonen, die auch Angehörige betreuen, sind durch ihre Doppelrolle zusätzlich belastet und können vermehrt unter Stress und Erschöpfung leiden, besonders wenn sie zusätzlich ihre Kinder betreuen. (Bischofberger & Jähnke, 2015). Die Forscherin Jähnke (2023) zeigten, dass Pflegepersonen oft eine zentrale Rolle im Unterstützungsnetzwerk ihrer Angehörigen und Freund:innen einnehmen. Sie übernehmen Aufgaben wie Übersetzung und Koordination und fühlen sich oft besonders verantwortlich, sich in privaten *Care*-Arbeiten zu engagieren (Jähnke, 2023).

Zu Beginn der Covid-19-Pandemie standen Frauen, insbesondere Alleinerziehende mit betreuungspflichtigen Kindern, oft vor großen Herausforderungen bei der Kinderbetreuung. Durch die Schließungen von Schulen und Betreuungseinrichtungen sowie die allgemeinen Kontaktbeschränkungen war der Zugang zu Unterstützungsnetzwerken stark eingeschränkt (Beham-Rabanser et al., 2022; Zartler et al., 2021). Diese Situation stellte weibliche Pflegepersonen, die auch betreuungspflichtige Kinder zu versorgen hatten, vor große Herausforderungen, ihre Kinder zu betreuen und zu beschäftigen, während sie gleichzeitig beruflichen Verpflichtungen nachkommen mussten. Die Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf berufliche und private Vereinbarungen variierten je nach Familienstand, *Care*-Arbeiten, Alter der Kinder, beruflichem Arbeitsausmaß und Tätigkeitsbereich (Zartler et al., 2021).

Eltern, sofern es beruflich machbar war, passten ihre Arbeitszeiten an die Kinderbetreuung an oder reduzierten diese gegebenenfalls (Beham-Rabanser et al., 2022). Für beschäftigte Pflegepersonen standen Kindergärten und Schulen im Notfall zur Verfügung, *Homeoffice* war aufgrund der Systemrelevanz und der Notwendigkeit der physisch-körperlichen Anwesenheit und Arbeit nicht möglich. Alleinerziehende oder Frauen in Pflegebranchen mussten auf alternative Unterstützungsnetzwerke zurückgreifen, um Fürsorgearbeit und berufliche

Verpflichtungen zu organisieren. Flexible Arbeitszeiten zu koordinieren war herausfordernd, insbesondere für Pflegepersonal, auch aufgrund von Schichtdiensten und Nachtarbeiten.

Das Alter der Kinder, das Vorhandensein einer Partnerin oder eines Partners und die Flexibilität der Arbeitszeiten erwiesen sich als entscheidende Faktoren für die Bewältigung von Privat- und Berufsleben. Ältere Kinder ermöglichten eine leichtere Vereinbarung von *Double Duty Caregiving*, weil diese schon selbstständiger waren. Das Vorhandensein einer Partnerin oder eines Partners erleichterte die Koordination der Kinderbetreuung, besonders wenn diese/r im *Homeoffice* arbeitete.

Eine Studie des Sora Instituts ergab, dass Frauen in systemrelevanten Berufen überproportional vertreten sind, insbesondere in Pflege und medizinischer Assistenz (Schönherr & Zandonella, 2020). Während des ersten Lockdowns übernahmen Frauen laut der Studie "Wenn das Leben zu Hause bleibt" hauptsächlich die Kinderbetreuung und sorgten weitgehend allein für den Familienalltag (Beham-Rabanser et al. 2022).

Familien setzten sich das Ziel, den unterschiedlichen Erwartungen und Herausforderungen gerecht zu werden. Insgesamt versuchten sie, eine Tagesstruktur zu bieten, ihre Kinder zu motivieren und den Familienalltag umzustrukturieren (Beham-Rabanser et al., 2022). Ergebnisse der BiB Corona-Studie zeigten, dass Eltern von kleineren Kindern in der Krise höher belastet waren als Personen ohne oder mit älteren Kindern, wobei alleinerziehende Mütter am stärksten betroffen waren (Bujard et al. 2020).

Die Familien strebten eine optimale Lösung für die Kinder an, um ihnen während des Lockdowns Sicherheit und Struktur zu bieten. Die Anpassung der Arbeitszeiten an die Kinderbetreuung sowie die Bereitstellung und Aufteilung räumlicher Ressourcen stellten organisatorische Herausforderungen dar. Jede Familie griff auf unterschiedliche Bewältigungsstrategien zurück, wobei eine Struktur im Alltag als

wichtig erachtet wurde, um dem Krisenleitbild „verantwortungsvoller Eltern“ gerecht zu werden (Beham-Rabanser et al. 2022, S.33).

2.1.1 Vereinbarkeit Beruf und Care-Arbeit

In der Untersuchung von Bischofberger & Jähnke (2018) wurde mittels eines leitfadengestützten Interviews mit 30 Gesundheitsmitarbeitenden befragt, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern. Nach rund sechs Monaten wurden elf dieser Personen für ein weiteres Interview kontaktiert. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie die Befragten im Laufe der Zeit verschiedene Strategien entwickelten, um die konkurrierenden beruflichen und privaten Care-Arbeiten zu bewältigen. Insbesondere ihr Fachwissen und ihre Erfahrung spielten dabei eine wichtige Rolle bei der Pflege ihrer Angehörigen (Bischofberger & Jähnke, 2018).

Allerdings brachte die *Double Duty Care* Rolle auch Herausforderungen mit sich. Oft bemerkten die Forschungsteilnehmenden Veränderungen an ihrem Gesundheitszustand, die den Mitarbeitenden nicht auffielen. Wenn erfahrene Angehörige Fehler in der Versorgung ihrer Angehörigen feststellten, standen sie vor dem Dilemma, ob sie eingreifen sollten, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen, oder ob sie aus Angst vor Konflikten mit dem Behandlungsteam schweigen sollten. Ihre Einschätzung der Risikosituation beeinflusste maßgeblich ihre Entscheidung. Indem sie Stellung bezogen, trugen sie zur Sicherheit der Patient:innen bei. Die persönlichen Erfahrungen führten als Angehörige dazu, dass die Forschungsteilnehmenden in ihrem beruflichen Umfeld sensibler für die Bedürfnisse pflegender Angehöriger wurden und sich verstärkt für eine unterstützende Umgebung für diese einsetzten (Bischofberger & Jähnke, 2018).

Basierend auf den Interviewergebnissen und bestehenden Instrumenten wurde eine Online-Befragung entwickelt, an der insgesamt 4559 Mitarbeitende aus fünf Trägerorganisationen teilnahmen. Die Ergebnisse zeigten, dass viele Mitarbeitende Erfahrungen mit der Unterstützung ihrer Angehörigen hatten. Ein Großteil unterstützte einen Elternteil, aber auch Partner:innen, Kinder, Geschwister und Freund:innen wurden betreut. Die Unterstützung umfasste verschiedene Aufgaben, darunter Freizeitgestaltung, Mobilität und Gespräche mit Gesundheitsmitarbeitenden. Die Forschungsteilnehmenden investierten

unterschiedlich viel Zeit für die Unterstützung ihrer Angehörigen, wobei flexible Arbeitszeiten und das Verständnis der Vorgesetzten und Kolleg:innen in Krisensituationen besonders wertvoll waren (Bischofberger & Jähne, 2018).

Laut den Ergebnissen der Wissenschaftlerinnen Bischofberger und Jähne (2018), hört *Care-Arbeit* nicht bei der Versorgung eigener Kinder in einem betreuungspflichtigen Alter auf. *Double Duty Caregiver* sind in einer ständigen Rolle der Versorgung. Demnach sind sie im ständigen Kreislauf des Handelns oder Denkens über oder in der Umsetzung von *Care-Arbeit*. Frauen sind in dieser Rolle oft stärker involviert als Männer.

2.1.2 Geschlechterrollen und ihre Sozialisation

In zahlreichen Diskursen über Geschlecht und Gesellschaft wird oft auf die Bedeutung von Sozialisationsprozessen und gesellschaftlichen Einflüssen verwiesen. Die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und *Care-Arbeit* ist eine komplexe und drängende Herausforderung in der heutigen Gesellschaft. Insbesondere im Gesundheitswesen, wo Pflegepersonen eine zentrale Rolle einnehmen, wird dieses Thema besonders akut. Diese Herausforderung trifft Frauen, unabhängig von ihrem Berufsfeld, in besonderem Maße. Angesichts der Tatsache, dass ein beträchtlicher Anteil der Beschäftigten im Gesundheitssektor weiblich ist, verstärkt sich die Dringlichkeit dieser Thematik. Durkheim (1984), einer der Pioniere der systematischen Theoretisierung gesellschaftlicher Prozesse, hat bereits vor langer Zeit darauf hingewiesen, dass die Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen und Normen ein zentraler Aspekt der Sozialisation ist. Diese Anpassung, die er als "*aufgeklärte Zustimmung*" (S.36) beschrieb, spiegelt wider, wie die Gesellschaft bestimmte Verhaltensweisen und Rollen von Individuen erwartet, um ihre innere Ökonomie aufrechtzuerhalten. Laut Durkheim (1984) ist der Mensch demnach das Produkt nicht nur seiner natürlichen Anlagen, sondern auch der gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen. Diese Anpassung an gesellschaftliche Normen und Rollenbilder, insbesondere in Bezug auf Geschlechterrollen, prägt das individuelle Verhalten und die Berufswahl (Durkheim, 1984).

Im Kontext der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Care-Arbeit, insbesondere im Gesundheitswesen, wird diese Thematik besonders relevant. Frauen, die einen Großteil der unbezahlten Care-Arbeit übernehmen, stehen vor einer besonderen Herausforderung, wenn es darum geht, ihre beruflichen Verpflichtungen mit der Sorge für Angehörige und Freund:innen zu vereinbaren. Diese Herausforderung wird verstärkt durch die Tatsache, dass ein Großteil der Gesundheitsmitarbeitenden weiblich ist und Pflegepersonen insbesondere stark von der (Un-)Vereinbarkeit von privater Care-Arbeit und Berufstätigkeit betroffen sind. Für weibliche Pflegepersonen ist diese (Un-)Vereinbarkeit von privater und beruflicher Care-Arbeit von besonderer Relevanz, da sie nicht nur die Erwartungen und Anforderungen ihres Berufs, sondern auch die gesellschaftlichen Erwartungen bezüglich Care-Arbeit erfüllen müssen.

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, einen genaueren Blick auf die Situation weiblicher Pflegepersonen zu werfen, um die Herausforderungen, die mit dieser Doppelbelastung einhergehen, besser zu verstehen und geeignete Lösungsansätze zu entwickeln. Durch die Analyse und Vertiefung dieses Themas können wir nicht nur die individuellen Erfahrungen der betroffenen Pflegepersonen besser verstehen, sondern auch die strukturellen und gesellschaftlichen Barrieren aufdecken, die einer echten Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit im Wege stehen.

In diversen Einleitungen zum Themenbereich Gender und Gesellschaft wird oft auf Durkheim (1858–1917) verwiesen, der als erster eine systematische Theoretisierung der gesellschaftlichen Prozesse als Sozialisation präsentierte (Abels & König, 2010; Tillmann, 2010).

„Der Mensch, den die Erziehung in uns verwirklichen muss, ist nicht der Mensch, den die Natur gemacht hat, sondern der Mensch, wie ihn die Gesellschaft haben will und sie will ihn so haben, wie ihn ihre innere Ökonomie braucht.“ (Durkheim, 1984, S. 44)

Die Auswirkungen von Sozialisationsprozessen und die Prägung der gesellschaftlichen Einflussnahme sind demnach weder systematisch noch zufällig oder historisch konsistent. Das Theoriekonzept von Durkheim (1984) legt nahe, dass Sozialisation teilweise als Anpassung oder sogar als Unterordnung unter die Forderungen der Gesellschaft interpretiert werden kann. Dies drückte der Autor als „aufgeklärten Zustimmung“ aus (Durkheim 1984, S. 161). Spätere Entwicklungen des Sozialisationskonzepts richteten ihren Fokus stärker auf die psychologische Dimension (Abels & König, 2010). Sie betrachteten Individuen in ihren Zusammenhängen zur Gesellschaft zunehmend weniger passiv und betonten ihre langwierigen, aktiven Aushandlungsprozesse mit Gleichaltrigen, anderen Gesellschaftsmitgliedern sowie mit den Erwartungen und Forderungen der Gesellschaft (Tillmann, 2010).

Kinder und Jugendliche sehen sich kontinuierlich mit geschlechtstypisch gestalteten Alltagsrealitäten konfrontiert, die als Modelle für „Weiblichkeit und Männlichkeit“ fungieren. Diese Konstrukte finden sich in Magazinen, in der Öffentlichkeit, in Sachbüchern, Serien und auch in der Ästhetik von Spielzeugen. Deren Einfluss lässt sich nicht vermeiden (Abels & König, 2010; Tillmann, 2010).

2.2 Frauen als Care-Arbeiterinnen

Um die Jahrhundertwende wurden Männer und Frauen idealerweise als komplementäre Charaktere betrachtet, die jeweils unterschiedliche Eigenschaften in eine Ehe einbringen sollten. Traditionell wurde von Frauen erwartet, den passiven und emotionalen Part zu verkörpern, während Männer als die rationalen und aktiven Gestalter des gesellschaftlichen Bildes angesehen wurden. Dies führte dazu, dass Frauen oft als *"sanft, emotional, schwach, fürsorglich, schüchtern, liebevoll und mütterlich"* wahrgenommen wurden (Bischoff, 1994, S.65). Die vorrangige Rolle der Frau galt dem Gebären von Kindern, während Männer in der Gesellschaft und Kultur aktiver agierten. Diese Vorstellungen führten zu einer klaren Trennung zwischen Erwerbsarbeit und weiblicher Hausarbeit. Laut Bischoff (1994) resultierte dieser Wandel aus der wirtschaftlichen Trennung von Arbeitsplatz und Haushalt, wodurch die Ideologie der verheirateten Frau, die den Haushalt führt, in der Gesellschaft gerechtfertigt wurde.

Dies galt für die Oberschicht, die sogenannte Bourgeoisie, jedoch nicht für die Arbeiterklasse. In den unteren sozialen Schichten mussten Frauen oft ihre Familien versorgen und außerhalb ihres eigenen Haushalts lange Arbeitszeiten leisten. Es galt als Berufung der verheirateten Frau, den Haushalt zu führen, einschließlich der Erziehung der Kinder ohne wesentliche Hilfe des Ehemanns. Neben der körperlichen Arbeit im Haushalt wurde der psychologische Aspekt zunehmend wichtiger. Frauen wurden dazu bestimmt, Harmonie in ihre Familien zu bringen und für das Wohlergehen und die emotionale Stabilität zu sorgen. Ohne die Anwesenheit der Frau war es oft unmöglich, diese Harmonie aufrechtzuerhalten, da der Mann außerhalb des Hauses arbeitete. Daher wurde viel Anstrengung unternommen, um Frauen von einer Beschäftigung außerhalb des Haushalts abzuhalten und es wurden sogar verschiedene rechtliche Maßnahmen ergriffen, um dieses Ziel zu erreichen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen jedoch immer mehr Frauen, dieser Ideologie zu entkommen und für ihre Rechte zu kämpfen. Sie strebten nach mehr Unabhängigkeit und danach, außerhalb ihrer Familien Arbeit zu finden. Florence Nightingale und Theodor Fliedner engagierten sich für den Fortschritt der beruflichen Möglichkeiten für bürgerliche Frauen und wollten die Krankenpflege zu einem gesellschaftlich anerkannten Beruf machen (Bischoff, 1994). Die Vorstellung, dass Frauen besonders für die Krankenpflege geeignet seien, war in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts weit verbreitet.

2.2.1 Verweiblichung des Pflegeberufes

Die Konstruktion des Berufes der Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere im Kontext des weiblichen Geschlechts, wurde durch eine Vielzahl von Faktoren geprägt, die die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen widerspiegeln. Historisch gesehen wurde der Bedarf an ausgebildetem zuverlässigem Personal im Gesundheitswesen immer deutlicher. Dabei wurden von den Ärzten bestimmte Ansprüche und Forderungen an das Pflegepersonal gestellt, die es zu erfüllen galt. Dies umfasste die Erwartung, dass das Personal von den Medizinerinnen gelenkt und kontrolliert werden sollte, wobei Gehorsam, Folgsamkeit und Fügsamkeit als wesentliche Attribute angesehen wurden. Das Pflegepersonal sollte stets verfügbar und aufopferungsvoll sein. Diese Anforderungen wurden durch weitere Attribute ergänzt, die traditionell mit Weiblichkeit assoziiert wurden, wie Bescheidenheit,

Sanftmut, freundliches Wesen, Geduld, Verschwiegenheit und Zuneigung gegenüber den Kranken (Seidler, 1993). Nahezu alle etablierten Pflegeausbildungen richteten sich an Frauen. Dies lag zum Teil daran, dass Frauen traditionell als liebevoll und fürsorglich betrachtet wurden. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung der Frauen für die Hausarbeit und der Männer für die Erwerbstätigkeit, oblag es den Frauen, sich um Kranke zu kümmern, während Männer anderen Beschäftigungen nachgingen. Eine ideologische Gleichsetzung der Pflege mit Hausarbeit verstärkte das Bild der Pflege als typische Frauenaufgabe. Dieses Familienideal wurde auf das System des Krankenhauses übertragen (Fürstler & Malina, 2005). Diese Pflicht zum Gehorsam und die hierarchische Unterordnung unter die Autorität der Medizin und des Staates wurden zu beruflichen Maximen (Panke-Kochinke, 2001).

Die Entwicklung der Pflege verlief im Wandel der Zeit von einem geprägten Glauben hin zu einem rationalen Verständnis, das durch wissenschaftliche Erkenntnisse geleitet wurde. Dabei kam es zur Trennung von Medizin und Pflege, wobei die Dominanz der Medizin über die Pflege deutlich wurde. Während die Medizin sich mehr auf den Krankheits- und Organbezug konzentrierte, war die Pflege für den Mitmenschlichkeits- und Ganzheitsbezug gegenüber dem/den Patient:innen zuständig. In diesem Zusammenhang wurden Mediziner oft als Handelnde betrachtet, während die Patient:innen als Behandelte oder Objekte wahrgenommen wurden (Büker et al., 2018; Hausen; 1976). Es wurde angenommen, dass Frauen aufgrund ihrer psychologischen Veranlagung geradezu prädestiniert waren, Kranken und Bedürftigen zu helfen. Der Sozialreformer Fliedner betonte bereits im 19. Jahrhundert die psychologische Eignung der Frau und ermutigte sie, ihre Fähigkeiten zum Wohl der Gemeinschaft einzusetzen (Bischoff, 1994). Die körperliche Eignung der Frau für die Krankenpflege wurde ebenso hervorgehoben, da sie in der Lage war, die langen Nächte der Pflege zu bewältigen, weil sie angeblich weniger Schlaf benötigte als Männer. Diese Auffassungen standen jedoch im Widerspruch zu den Argumenten, die die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium an Universitäten verhinderten (Bischoff, 1994; Panke-Kochinke, 2001). Einerseits wurden Frauen als zu schwach angesehen, um außerhalb des

Hauses zu arbeiten, andererseits wurden ihre psychischen und physischen Stärken hervorgehoben, die sie zu idealen Pflegepersonen machten (Bischoff, 1994).

Die Pflegeerbringung wandelte sich von einer familiären oder kirchlichen Versorgung hin zu einer wohlfahrtsstaatlichen Versorgung, wobei bürgerliche Geschlechterrollen eine bedeutende Rolle spielten. Hierbei wurde die Pflege als typisch weibliche Tätigkeit betrachtet, während Männer eher mit dem Heilen assoziiert wurden. Diese Vorstellung ging oft mit dem Ideal der Nächstenliebe und Barmherzigkeit einher, welche als bürgerlich-weibliche Tugenden angesehen wurden. Die Mitmenschlichkeit, die von Pflegepersonen erwartet wurde, galt als Tugend, die jedoch nicht bezahlbar war und daher oft nicht angemessen entlohnt wurde (Büker et al., 2018; Hausen, 1976).

Die weibliche Gesundheits- und Krankenpflege war der männlichen Medizin unterstellt. Die Pflegeperson war dem Arzt untergeordnet, musste seinen Anweisungen gehorchen und war für die Aufgaben verantwortlich, die er nicht ausführte. Dadurch wurde sie als weniger bedeutend im Vergleich zum medizinischen Personal angesehen. Ähnlich wie bei der sozialen Stellung von Männern und Frauen rückte die Medizin immer mehr in den Mittelpunkt, während die Rolle der Pflegepersonen scheinbar an Bedeutung verlor. Bischoff (1994) hebt hervor, dass diese Abhängigkeit der Pflegepersonen von den übergeordneten Ärzten die Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege zu einem eigenständigen Beruf lange Zeit behinderte. All diese Dynamiken trugen zur Konstruktion des weiblichen Berufes in der Krankenpflege bei und beeinflussten somit maßgeblich die heutige Doppelbelastung von weiblichen Pflegepersonen, die sowohl bezahlte als auch unbezahlte Care-Arbeit leisten.

2.2.2 Informelle Pflege

Informelle Pflege wird definiert als unbezahlte Betreuung, die von Verwandten oder Freund:innen erbracht wird und repräsentiert die am häufigsten durchgeführte Form der Langzeitpflege weltweit (WHO, 2013). Triantafillou et al. (2010), die einen europäischen Bericht über informelle Pflege durchführten, definieren informelle Pflege als *"vorwiegend von Familie, engen Verwandten, Freund:innen oder*

Nachbar:innen erbrachte Pflege" (S.11). Diese Personen sind in der Regel nicht professionell tätig, haben keine Verträge bezüglich ihrer Pflegeverantwortlichkeiten und erhalten kein Gehalt für die erbrachte Pflege. Die Gründe für die Übernahme von informellen Pflegeaufgaben können in einem Gefühl familiärer Verpflichtungen liegen, die von Tradition und moralischen Werten getrieben werden und in vielen Fällen handelt es sich um eine Frage persönlicher Überlegungen, die sich auf Gefühle von Sinnhaftigkeit, Zweck und Gegenseitigkeit konzentrieren (WHO, 2013). Der Begriff "*Care work*" entstand in den 1990er Jahren im englischsprachigen Raum und knüpfte an feministische Theorien der Reproduktionsarbeit und der Haus- und Familienarbeit an, die im Zuge der zweiten Frauenbewegung aufkamen (Abel & Nelson, 1990). Diese Theorien machten die unbezahlte Hausarbeit als gesellschaftlich notwendige Arbeit sichtbar, die größtenteils von Frauen geleistet wurde und betonten ihre Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Arbeitskraft (Haidinger & Knittler, 2014). Der *Care*-Begriff reflektierte unter anderem den Arbeitsinhalt und die Beziehungsaspekte der Pflegearbeit stärker. *Care*-Arbeit bezeichnet eine Vielzahl von Tätigkeiten, die sich um die Sorge und das Kümmeren für andere Menschen drehen. Dazu zählen unter anderem die Kinderbetreuung, die Pflege älterer Menschen, familiäre Unterstützung, häusliche Pflege oder auch die Hilfe unter Freunden.

Die Aufgaben, die von informellen Pflegepersonen übernommen werden, lassen sich grob in drei Hauptgruppen einteilen, wie von Triantafillou et al. (2010) beschrieben. Erstens umfassen sie die Unterstützung bei den alltäglichen Aktivitäten, wie etwa beim Baden, Toilettengang, Essen und Ankleiden. Zweitens beinhalten sie hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen und Putzen. Drittens spielen soziale Interaktionen und emotionale Unterstützung eine wichtige Rolle im Pflegeprozess. Angesichts der Affinität zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die wahrscheinlich weitgehend von Frauen ausgeführt werden, überrascht es nicht, dass Frauen auch das Feld der informellen Pflege signifikant dominieren und etwa 76 Prozent der informellen Pflegepersonen repräsentieren (Triantafillou et al. 2010). Navaie-Waliser et al. (2002) fanden in ihrer Studie heraus, dass Frauen eher dazu neigen, die direkte Pflege im Zusammenhang mit den Aktivitäten des täglichen Lebens von Angehörigen zu leisten als Männer. Die Frauen in ihrer Studie neigten

auch eher dazu, eine schlechtere selbstbewertete Gesundheit zu melden. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Frauen im Allgemeinen am stärksten von den Verpflichtungen der informellen Pflege in der Gesellschaft betroffen sind.

Es ist wichtig zu betonen, dass *Care-Arbeit* sowohl bezahlte als auch unbezahlte Arbeit umfasst und sich an den Bedürfnissen anderer Personen orientiert (Lynch & Walsh, 2009). Dabei ist die Kinderbetreuung ein wesentlicher Bestandteil der informellen *Care-Arbeit*, der oft von Frauen übernommen wird. Die spezielle Situation von Familien, vor allem Mütter mit Kindern hinsichtlich der Kinderbetreuung als Teil der informellen *Care-Arbeit* verdient besondere Aufmerksamkeit. Frauen tragen oft die Hauptlast der Kinderbetreuung in Familien, was sich auf ihre Erwerbstätigkeit und ihre Karrierechancen auswirken kann. Diese Ungleichheiten in der Aufteilung der *Care-Arbeit* können zu einer weiteren Verstärkung von geschlechtsspezifischen Rollenbildern und Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt führen (Haidinger & Knittler, 2014; Lynch & Walsh, 2009).

2.3 Care-Arbeit während der Pandemie

Die Covid-19-Pandemie, welche ab März 2020 das gesellschaftliche Leben in erheblichem Maße beeinträchtigte, wird als die *"größte gesundheitliche, ökonomische und soziale Herausforderung seit Jahrzehnten"* beschrieben (Aschauer et al., 2022: S.2). Diese Krise brachte drastische Veränderungen im Alltag und den zwischenmenschlichen Beziehungen mit sich und stellte die Belastbarkeit von Individuen und der Gesellschaft als Ganzes an ihre Grenzen. Speziell für Frauen mit Kindern entpuppte sich die Covid-19-Pandemie als besonders herausfordernd und belastend (Steiber & Siegert 2021). Die vorübergehende Unterbrechung von institutionellen und informellen Kinderbetreuungsangeboten, die Umstellung auf Distance Learning an Schulen und die Veränderungen an Arbeitsabläufen beeinträchtigten die zeitlichen und emotionalen Ressourcen der Eltern sowie das Wohlbefinden der Kinder (Berghammer & Beham-Rabanser 2020; Steiber & Siegert 2021: S.430).

Die Covid-19-Pandemie weckte ein weitreichendes öffentliches Interesse und führte zu zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, insbesondere im Bereich der

Sozialwissenschaften, die sich darauf konzentrierten, Einblicke in die prägenden gesellschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu gewinnen und zu kommunizieren (Aschauer et al. 2022). Obwohl der Zugang zu Forschungsmöglichkeiten während der Pandemie eingeschränkt war, wurden in Österreich dennoch einige Studien veröffentlicht, die sich mit der Stimmungslage der Bewohner:innen während der Covid-19-Pandemie beschäftigten. Im Verlauf der Covid-19-Pandemie wurden auch sozialwissenschaftliche Umfragen durchgeführt, die verschiedene pandemiebedingte Aspekte thematisierten. Die Vielschichtigkeit der Covid-19-Pandemie führte zu unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten, die durch die durchgeführten Umfragen vielfältige Daten generierten. Diese Daten dienten als Grundlage für Studien, die im Verlauf der Pandemie durchgeführt wurden und Erkenntnisse zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie lieferten (Aschauer et al. 2022). Die Universität Wien initiierte das "Austrian Corona Panel Projekt", das als *"wichtigste Quelle zur Analyse der öffentlichen Meinung in Österreich in der Corona-Krise"* gilt (Aschauer et al. 2022: S.2). Ziel der genannten Projektarbeit war es, die Stimmungslagen, Einstellungen, Verhaltensweisen und Informiertheit der Bevölkerung zu erforschen und deren Entwicklung im Laufe der Krise zu verfolgen (Universität Wien, 2020). Die Stichprobe umfasste 1500 Teilnehmer:innen und die Daten wurden während des ersten Lockdowns im März 2020 bis zum Sommer 2020 wöchentlich und danach monatlich erhoben (Aschauer et al. 2022: S.2). Die Studie ergab unter anderem, dass die Stimmung der österreichischen Bewohner:innen zu Beginn des ersten Lockdowns im Allgemeinen "eher gut" war, jedoch belastete die soziale Isolation (Schiestl, 2020).

Unter diesen Voraussetzungen stehen Frauen in der Pflege vor der einzigartigen Herausforderung, zwei sehr anspruchsvollen Sphären gerecht zu werden. Der Pflegeberuf erfordert nicht nur Fachkompetenz und Sozialkompetenz, sondern auch die Fähigkeit, unter Druck zu arbeiten. Die ständige Balance zwischen den Bedürfnissen der Patient:innen und den organisatorischen Anforderungen des Gesundheitswesens stellt an sich schon eine immense Belastung dar (Gaidys & Begerow, 2021).

Das Corona Panel Project, hat sich hauptsächlich mit dem allgemeinen Stimmungsbild der österreichischen Bewohner:innen befasste, gab es zahlreiche Projekte und Studien, die sich verstärkt auf Familien, während der Covid-19-Pandemie konzentrierten. Die Auswirkungen der Krise machten sich auch in den sozialen Kreisen bemerkbar, weshalb der wissenschaftliche Fokus auf den Folgen und Auswirkungen der Coronakrise auf Familien lag. Die Schließung von Schul- und Betreuungseinrichtungen stellte Eltern vor die Herausforderung, Familien- und Berufsleben in Einklang zu bringen. Die gesellschaftlichen Lebenslagen beschränkte sich zeitweise auf den eigenen Haushalt und Unternehmen wurden aufgefordert, Arbeit ins *Homeoffice* zu verlagern, sofern dies möglich war. Dies führte dazu, dass die Wohnung plötzlich auch als Arbeitsstätte fungierte und die Trennung zwischen Berufs- und Privatleben schwieriger wurde. Beschäftigte in systemrelevanten Berufen, wie im Pflegebereich, waren jedoch weiterhin vor Ort tätig (Beham-Rabanser et al. 2022). Hinzu kommt die Verantwortung als *Double Duty Caregiver*. Diese Frauen kehren nach einem anstrengenden Arbeitstag nicht einfach nach Hause zurück, um sich zu entspannen, sondern stehen vor einer weiteren Aufgabe, wie beispielsweise der Betreuung ihrer Kinder. All dies sind Teil der umfangreichen Aufgabenliste, die diese Frauen Tagtäglich bewältigen (Beham-Rabanser, 2022).

Die Schließung von Betreuungseinrichtungen führte zu zunehmenden Herausforderungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und *Care*-Arbeit, die je nach Tätigkeitsfeld unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Die Schichtarbeit, wie sie im Pflegebereich in der Regel ist, war besonders betroffen. Der gesellschaftliche Druck, Kinder zu Hause zu betreuen, war insgesamt hoch. Kindergärten und Schulen standen zunächst nur für Eltern in systemrelevanten Berufen wie Pflegepersonen zur Verfügung. Die meisten Eltern suchten eigenständig nach Lösungen, um dem Leitbild verantwortungsbewusster Eltern in der Krise gerecht zu werden (Beham-Rabanser et al. 2022). Unabhängig von *Homeoffice*-Möglichkeiten wurden von den Eltern erhebliche Anstrengungen erwartet. Sie mussten ihren Alltag umstrukturieren und nach optimalen Lösungen für die Kinderbetreuung suchen. Einige Eltern empfanden jedoch gerade zu Beginn der Pandemie den Wegfall gesellschaftlicher Verpflichtungen und die intensive Familienzeit als wohltuend und

berichteten von einem Gefühl der Erleichterung. Um eine genauere Darstellung vom Leben der Familien während des Lockdowns zu erhalten, wurde die Studie "Wenn das Leben zuhause bleibt" ins Leben gerufen (Haring-Mosbacher & Scaria-Braunstein, 2020). In dieser Studie wurde das Leben von drei Frauen während des Lockdowns untersucht. Es wurde festgestellt, dass die Alltagswelt von Müttern, die in einer heterosexuellen Partnerschaft leben, zu Beginn der Pandemie im März bis April 2020 stark beeinflusst war (Haring-Mosbacher & Scaria-Braunstein, 2020). Dabei stellte sich heraus, dass selbst bei günstigen Wohnbedingungen sehr heterogenen Arbeitsaufteilungen bestanden (Beham-Rabanser et al. 2022).

2.3.1 Geschlechtsspezifische Arbeitsaufteilungen

Im folgenden Abschnitt wird in das Thema der *Care*-Arbeit und die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie eingeführt. Besonderes Augenmerk liegt auf der Präsentation quantitativer Daten, die die Verschärfung der ungleichen Verteilung von Fürsorgetätigkeiten sowohl weltweit als auch in Österreich verdeutlichen.

Eine Studie von Foissner et al. (2021) zeigt, dass Frauen in Österreich überproportional häufig in Berufsfeldern tätig sind, die von der Krise stark betroffen sind, wie der Gesundheits- und Pflegesektor, der Handel und die Sozialarbeit. Zudem geben Frauen signifikant häufiger an, aufgrund der Kinderbetreuung im selben Haushalt ihre Arbeitszeit reduziert zu haben. Es fällt auf, dass Frauen im Vergleich zu Männern, während der Covid-19-Pandemie einen deutlichen Anstieg bei der Übernahme von *Care*-Arbeit verzeichneten. Dies führt zu einer verstärkten Doppelbelastung von Frauen während dieser Zeit, insbesondere bei Frauen mit niedrigerem Einkommen und Kindern (Foissner et al., 2021).

Eine umfassend qualitative Längsschnittstudie veröffentlicht von Zartler et al. im März 2021 untersuchte, wie Frauen in Wien mit *Care*-Arbeit, während der Covid-19-Pandemie umgingen. Die Befragten waren Mütter mit mindestens einem betreuungspflichtigen Kind. Das Stichprobensample setzte sich aus 27 Frauen aus den Ägypten, Bosnien, Deutschland, Großbritannien, Serbien und Österreich zusammen. Ein Großteil der Frauen lebte in heterosexuellen Partnerschaften, einige auch in Patchwork-Familien oder alleinerziehenden Haushalten. Die Studie

beleuchtete die geschlechtsspezifische Verteilung von Aufgaben und Ressourcen in Familien während der Covid-19-Pandemie. Die Wissenschaftler:innen erkundeten, wie Mütter die Vereinbarkeit von Beruf und Care-Tätigkeiten von betreuungspflichtigen Kindern erlebten. Zudem wurde untersucht, wie sich ihre Beziehungen innerhalb der Familie während des ersten Lockdowns gestalteten (Zartler et al., 2021).

In heterosexuellen Partnerschaften übernahmen während des ersten Lockdowns die Partner der befragten Frauen vermehrt Haushaltstätigkeiten. Dennoch blieb die Verantwortung für die Umsetzung und Organisation der Fürsorgetätigkeiten innerhalb der Familie bei den Frauen. Dies führte dazu, dass die Befragten ihre bezahlte Arbeit aufgrund der unbezahlten Care-Arbeit reduzieren mussten.

Der Lockdown und die Verlagerung vieler Aktivitäten in den Privatbereich verdeutlichten vielen Frauen erstmals die Bedeutung externer Ressourcen für die alltägliche Familienplanung. Hierzu zählten vor allem die institutionelle Kinderbetreuung, die Unterstützung im privaten Umfeld (Großeltern, Freund:innen) sowie Haushaltskräfte bei der Reinigung.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse von Zartler et al. (2021) in Wien eine erhöhte Überlastung von Frauen aufgrund der Anforderung, verschiedene Rollen zu erfüllen. Sie erfüllten (un-)gewollt die Rolle als Mutter, Partnerin, Erwerbstätige, Köchin und weitere. Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit dieser Rollen (Selbstorganisation anstelle von Unterstützung), erhöhte Organisationsaufgaben (Partner unterstützend, aber nicht planend), *Homeschooling* als Hauptaufgabe für Frauen, Überlastung von Alleinerziehenden und eine erlebte Doppelbelastung aufgrund der Anforderungen von *Homeoffice* und *Homeschooling*. Diese Ergebnisse bestätigen die ungleiche Verteilung von Care-Arbeit innerhalb von Familien während der Covid-19-Pandemie in Österreich (Zartler et al., 2021).

2.3.2 Fokus Pflege

Während der Pandemie intensivierte sich die geschlechtsspezifische Ungleichheit: Frauen neigen vermehrt dazu, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, um ihren Anteil an der Care-Arbeit zu intensivieren (Koebe et al., 2020). Hövermann (2020) verdeutlichte

durch seine Erhebung, dass Frauen während der Covid-19-Pandemie mehrfacher Belastungen ausgesetzt waren. Primär übernehmen Frauen einen erheblichen Anteil an zusätzlich anfallender Care-Arbeit, was sich auf die innerfamiliäre Arbeitsverteilung auswirkt. Sekundär sind Frauen vermehrt von Arbeitszeitverkürzungen betroffen. Dies wirkt sich langfristig negativ auf die Erwerbsverläufe von Frauen aus, insbesondere im Kontext der Gehaltsentwicklung, möglicher Altersarmut und Aufstiegschancen. Die Verknüpfung von zusätzlicher Care-Arbeit und wachsendem finanziellen Druck führt somit dazu, dass Frauen besonders stark von der Last der zusätzlichen Fürsorgearbeit betroffen sind. In vielen Fällen haben heterosexuelle Paare nicht die Möglichkeit, auf das – meist höhere – Gehalt des Mannes zu verzichten. Dementsprechend sind Frauen, die nicht nur Pflege als Lohnarbeit, sondern auch privat leisen, in ständiger Konfrontation mit Care-Arbeit. Angesichts dieser Befunde wird evident, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen, um Familien von der Belastung durch Care-Arbeit zu entlasten (Hövermann, 2020; Koebe et al., 2020). Demnach befinden sich Frauen in einem fortwährenden Verhältnis zu unbezahlter Care-Arbeit, wobei weibliche Pflegepersonen zusätzlich auch hauptberuflich tätig sind.

2.4 Doing Family

„Familie existiert in allen bekannten Kulturen und Epochen, doch sie variiert über die Kulturen und über die Zeit“ (Jurczyk, 2014, S.50).

Familie wird durch drei Hauptaspekte charakterisiert: Zunächst fungiert sie als ein Netzwerk von zwischen Generationen und vermittelten Bindungen, die auf Gefühlen der Zuneigung und Verantwortung basieren. Darüber hinaus wird die Familie als ein Lebensraum und Lernumfeld für Menschen jeden Alters betrachtet, in dem eine Vielzahl von Fähigkeiten erworben und eine stabile Bindungsfähigkeit entwickelt wird. Letztlich stellt die Familie ein wichtiges Strukturelement der Gesellschaft dar, das eine breite Palette von Dienstleistungen für die Gemeinschaft, die Wirtschaft und den Staat erbringt. Sie fördert die Entwicklung des Humankapitals, bietet Care-Arbeit an und trägt zum sozialen Zusammenhalt bei. Gleichzeitig ist die Familie jedoch auch auf die Unterstützung durch gesellschaftliche Institutionen angewiesen (Jurczyk et al., 2014). Lange und Alt (2009) betonen den „Arbeitscharakter von

Familie“ (S.35), der nach ihrer Auffassung körperliche, mentale und emotionale Energien bindet. Sie nutzen dabei den Ansatz des „*Doing Gender*“, der die soziale Konstruktion von Geschlecht untersucht, um auf den Prozess des „*Doing Family*“ zu verweisen.

Das Konzept des *Doing Family* bezieht sich auf eine soziologische Perspektive, die den Fokus von traditionellen Definitionen von Familie als rein biologische oder rechtliche Einheit weg und hin zu einem dynamischen Prozess lenkt. Statt sich ausschließlich auf die Struktur oder die Verwandtschaftsbeziehungen zu konzentrieren, betont *Doing Family* die Bedeutung von Handlungen, Interaktionen und Praktiken innerhalb einer sozialen Gruppe, die als Familie betrachtet wird. Im Kern geht es bei darum, wie Menschen durch ihre täglichen Handlungen und Interaktionen eine gemeinsame Identität als Familie konstruieren und aufrechterhalten. Dies kann durch gemeinsame Aktivitäten, Kommunikation, Geschlechterrollen, Erziehungsmethoden und andere alltägliche Praktiken geschehen. Ein zentraler Aspekt ist die Betonung der sozialen Konstruktion von Familie. Dies bedeutet, dass die Definition und Bedeutung von Familie kulturell und kontextabhängig ist und sich im Laufe der Zeit und in verschiedenen Gesellschaften verändern kann (Jurczyk, 2018). Familienformen können vielfältig sein und sich weit über traditionelle Vorstellungen von Vater, Mutter und Kind erstrecken. Beispielsweise sind Patchwork-Familien, gleichgeschlechtliche Elternschaft, Alleinerziehende und andere Formen von Familienleben ebenso gültig und legitim (Jurczyk et al., 2014). Hierbei wird die interaktionistische Dimension des „*Doing Gender*“ auf die Herstellung und die Produktionspraktiken von Familie ausgedehnt (Schier & Jurczyk, 2007). Die Bezeichnung „*Familie als Herstellungsleistung*“ verweist auf den gesellschaftlichen Wandel von einem „*institutionellen, Normen implizierenden Paradigma zu einem Handlungsparadigma*“ (Schier & Jurczyk, 2007: S.10; Lange & Alt, 2009: S.35).

Das Konzept des *Doing Family* betont auch die Bedeutung von Verhandlung innerhalb familialer Beziehungen. Familienmitglieder gestalten aktiv ihre Rollen und Beziehungen, indem sie miteinander kommunizieren, Kompromisse eingehen und Entscheidungen treffen. Dies bedeutet, dass Familien nicht einfach durch äußere

Faktoren determiniert werden, sondern dass die individuellen und kollektiven Handlungen der Mitglieder eine wichtige Rolle bei der Gestaltung des Familienlebens spielen (Jurczyk, 2018). Es entsteht eine flexible und umfassende Perspektive auf das Familienleben, die die Vielfalt und Komplexität moderner Familienformen würdigt und gleichzeitig die Bedeutung von Handlungen und Interaktionen in der Konstruktion familialer Identität hervorhebt. Die Veränderungen in Arbeit, Beruf und Lebensführung haben zweifellos Auswirkungen auf *Care*-Arbeit und den Alltag. Die traditionellen Rollenbilder und Strukturen von Familie und Beruf unterliegen einem Wandel, der sich auf geschlechtsspezifische Verläufe sowie die Verbindung von Arbeit und Familie auswirkt (Jurczyk, 2014). Traditionelle Zuschreibungspraktiken, die Familie mit der „*Ehe, traditionellen Geschlechterrollen sowie mit Zusammenleben in einem Haushalt*“ gleichsetzen, werden als veraltet angesehen (Lange & Alt, 2009: S.35).

Die Entgrenzungs- und Individualisierungsprozesse in privaten und beruflichen Bereichen führen dazu, dass die Gemeinsamkeit als Familie nicht mehr automatisch gegeben ist. Es gibt weniger klare Abgrenzungen zwischen Erwerbstätigkeit und Familienleben und die traditionellen Zeitfenster für gemeinsame Aktivitäten wie Feierabende und Wochenenden werden zunehmend knapper (Jurczyk, 2018). Die Zunahme von Arbeitsstunden erschwert oft die Vereinbarkeit von privater und beruflicher *Care*-Arbeit, weil Arbeit in die Nacht oder an Wochenenden fallen können. Insgesamt verdeutlichen diese Entwicklungen, dass Familien heute mit neuen Kompetenzen konfrontiert sind (Jurczyk et al., 2014).

2.4.1 Mental Load

Die Soziologin Arlie Hochschild beschreibt *Mental Load* als Teil des *Emotional Labor*, dabei handelt es sich um eine Form von unbezahlter und unsichtbarer Arbeit. Die aus der Kombination von Emotions- und Lebensmanagement besteht und darauf abzielt, Wohlbefinden und Glück der Menschen im eigenen Umfeld zu gewährleisten (Beck, 2020).

Die Organisation des Alltags in heterosexuellen Partnerschaften wird hauptsächlich von Frauen übernommen, wie aus einer Untersuchung der Soziologinnen Lott und

Bürger (2023) hervorgeht. Nach den Ergebnissen ist es mit 62 Prozent eher wahrscheinlich, dass Frauen die notwendigen alltäglichen Haushaltsaufgaben planen, organisieren und daran denken, während dies Männern lediglich zu 20 Prozent tun. Selbst bei Frauen in Teilzeitarbeit ist der Prozentsatz höher als bei Vollzeitarbeitenden, wobei letztere immer noch eine Wahrscheinlichkeit von 57 Prozent aufweisen. Die Daten wurden von Lott und Bürger im November 2022 im Rahmen der Erwerbspersonenbefragung der Hans-Böckler-Stiftung erhoben (Lott & Bürger, 2023).

Die vorliegende Untersuchung von Lott und Bürger (2023) basiert auf einer Stichprobe von insgesamt 2255 Personen, von denen 1047 weiblich und 1208 männlich sind. An der Umfrage nahmen 341 Mütter und 463 Väter teil, alle waren erwerbstätig und lebten mit ihrer/ihrer Partner:in im selben Haushalt. Die erste Frage lautete: *"Wer plant, organisiert und denkt in Ihrem Haushalt an notwendige Alltagsaufgaben (zum Beispiel To-do-Listen erstellen, Termine vereinbaren, an Termine denken)?"* Dabei waren folgende Antwortmöglichkeiten möglich: *"(1) (fast) vollständig mein:e Partner:in, (2) überwiegend mein:e Partner:in, (3) beide zu etwa gleichen Teilen, (4) überwiegend ich und (5) (fast) vollständig ich"*. Teilnehmende, die die Kategorien 3 bis 5 auswählten, wurden zudem gebeten anzugeben, inwieweit sie sich von der kognitiven Arbeit belastet fühlten (Lott & Bürger, 2023).

Frauen tragen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als Männer die Hauptverantwortung der kognitiven Arbeit im Haushalt, wobei 62 Prozent der Frauen im Vergleich zu nur 20 Prozent der Männer angeben, die Organisation des Alltags überwiegend zu übernehmen. 66 Prozent der Männer bewerteten, dass beide im gleichen Maße die Alltagsorganisation übernehmen, während nur 35 Prozent ihrer Frauen dieser Ansicht zustimmten. Des Weiteren zeigen Frauen im Vergleich zu Männern eine höher empfundene Belastung durch ihre kognitive Arbeit. Auf einer Skala von eins bis fünf geben Frauen einen durchschnittlichen Wert von 3,3 an, während Männer einen Wert von 2,8 angeben. Bei Männern hingegen hat die Art ihres Beschäftigungsausmaßes, sowie das Vorhandensein von Betreuungspflichtigen Kindern im Haushalt keinen Einfluss auf ihr Belastungsgefühl. Die Wissenschaftlerinnen Lott und Bürger kommen in ihrem Fazit zu dem Schluss,

dass Frauen unabhängig von ihrer Arbeitszeit ähnlich stark unter der mentalen Belastung durch kognitive Arbeit leiden. Dies legt nahe, dass Frauen durch eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit keine wesentliche Entlastung im Alltag erfahren (Lott & Bünger, 2023). Die Wurzeln dieser Belastung liegen in ihrer Sozialisation, welche Frauen oft darauf prägt, für die Familie verantwortlich zu sein, unabhängig von ihrer Erwerbstätigkeit. Diese übermäßige Verantwortung kann zu einer Überlastung führen und sogar in einem *Burnout* enden. Ein weiteres gravierendes Problem besteht darin, dass diese Form der Arbeit oft nicht ausreichend gewürdigt wird, da sie nicht sichtbar ist (Völkening et al., 2022).

2.4.2 Ausgebrannt-Sein

Die Themen *Mental Load* und *Burnout* sind in unserer heutigen Gesellschaft von zunehmender Relevanz, insbesondere im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und *Care*-Arbeit, sowie der Geschlechterungleichheit in der Verteilung von Familienaufgaben. Diese Belastung ist oft auf die Sozialisierung zurückzuführen, welche Frauen häufig in die Rolle der primären Familienverantwortlichen drängt, unabhängig von ihrer Erwerbstätigkeit. Diese Überlastung und Unterbewertung der *Care*-Arbeit können wiederum zu *Burnout* führen, einem Zustand chronischer Erschöpfung, der sowohl physische als auch psychische Gesundheit beeinträchtigt. Vor diesem Hintergrund ist es von entscheidender Bedeutung, die Zusammenhänge von *Mental Load* und *Burnout* als Folge zu verstehen.

Burnout, auch als "Berufsausgebrannt" bekannt, ist eine weitere Konsequenz von Arbeitsplatzstress, insbesondere für Pflegepersonen (Fernandes et al., 2017). Es umfasst Kernsymptome wie emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und geringe Arbeitszufriedenheit. Betroffene beschreiben einen Zustand des Energiemangel, Müdigkeit und ein allgemeines Gefühl der Erschöpfung (Hillert et al., 2020).

Die Auswirkungen des Burnout-Syndroms erstrecken sich auf die Pflegequalität und Motivation der Pflegepersonen sowie auf die Versorgungsqualität der Patient:innen (Vargas et al., 2020), was wiederum wirtschaftsökologische Folgen und Belastungen für das Gesundheitssystem nach sich zieht. Die Krankenstände in der Pflegebranche haben aufgrund von *Burnout* laut Breinbauer (2020) in Deutschland

stark zugenommen. Dies führt zu einer belastenden Arbeitssituation für das weitere kollegiale Team (Groß, 2008). Es wurde beobachtet, dass ein höherer beruflicher Status mit einem erhöhten Risiko für *Burnout* für alle Gesundheitsmitarbeitenden einhergeht (Lickiewicz et al., 2021), insbesondere da diese in Spezialbereichen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind (Epp, 2012; Vargas et al., 2020). In einer anderen Studie zeigte sich bei einem Drittel der Pflegepersonen ein schweres *Burnout*-Syndrom. Eine systematische Literaturrecherche ergab hohe Raten von Erschöpfung, Depersonalisierung und geringe Arbeitszufriedenheit bei Pflegepersonen (Jiang et al., 2017).

In einer amerikanischen Studie berichteten 80 Prozent der Pflegepersonen von Arbeitsplatzstress, wobei 74 Prozent diesen Stress als Hauptauslöser für *Burnout* ansahen (Thomas et al., 2019). Dies unterstreicht die signifikante Belastung, der Pflegepersonen in ihrem beruflichen Umfeld ausgesetzt sind. Eine weitere Untersuchung von Myhren et al. (2013) fand einen deutlichen positiven Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzstress und dem Auftreten von *Burnout*. Insbesondere stressige Arbeitsbedingungen auf Spezialstationen, wie ein hoher Arbeitsfluss, Personalmangel, geringe Arbeitszufriedenheit und psychischer Stress wurden als maßgebliche Risikofaktoren für das Entstehen von *Burnout* identifiziert (Ho & Lin, 2022; Vargas et al., 2020). Diese Erkenntnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu verbessern und das Wohlbefinden von Pflegepersonen zu fördern.

3 Methodik

In diesem Abschnitt werden detaillierte Überlegungen zur Vorgehensweise bezüglich der Methodik präsentiert. Zunächst erfolgt die Darlegung des Studiendesigns und der Rekrutierung der Forschungsteilnehmenden. Im Anschluss werden das Forschungsfeld und die Datenerhebung näher beschrieben, gefolgt von einer genauen Betrachtung der Datenanalyse. Zum Schluss findet die ethische Reflexion der Arbeit statt sowie die Beschreibung von Güterkriterien.

3.1 Design

Im kommenden Abschnitt werden detaillierte Überlegungen zum Forschungsdesign präsentiert. Die zuvor skizzierten Forschungsfragen und Ziele sollen durch einen qualitativen Forschungsansatz beantwortet werden, wobei eine induktive Vorgehensweise als geeignet erscheint.

Das Hauptziel dieser Masterarbeit besteht darin, die Perspektiven weiblicher Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Lebenssituation und der Übernahme von unbezahlter *Care*-Arbeit, insbesondere in Bezug auf betreuungspflichtige Kinder, zu untersuchen. Die Generierung dieses Wissens basiert auf den gesammelten Daten, weshalb dem Forschungsdesign ein explorativer und theoriebildender Charakter zugrunde liegt (Mayer, 2022).

Nach Festlegung dieses explorativen, qualitativen Forschungsdesigns erfolgte die Erhebung und Auswertung der Daten. Zur Datenerhebung wurde ein problemzentriertes, leitfadengestütztes Interview gemäß der Methode von Witzel (1982) gewählt. Diese Interviewmethode ermöglicht es, während des Gesprächs auf spezifische Probleme einzugehen. Gleichzeitig erhalten die Interviewpartnerinnen die Gelegenheit, Impulse zu setzen und ihre Erfahrungen zu einem bestimmten Thema einzubringen (Ohlbrecht, 2021). Mithilfe des problemzentrierten Interviews werden Erkenntnisse in induktiv-deduktiver Wechselwirkung gewonnen (Witzel, 1982). Die Datenanalyse erfolgte mittels einer reflexiven thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2022).

3.2 Vorgehen der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte anhand von Kriterien, die eine gezielte Beantwortung der Forschungsfragen ermöglichen sollen, sodass das Forschungsziel erreicht wird. Da das Forschungsinteresse auf dem Bereich weiblicher Pflegepersonen lag, die zusätzlich zu ihrer beruflichen Pflgetätigkeit auch eine oder mehrere private *Care*-Arbeiten leisteten, wie auch Betreuungspflicht von Kindern hatten, wurde bei der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen entsprechend darauf geachtet.

Die Erfahrung im Bereich privater *Care*-Arbeit und beruflicher Pflege Tätigkeit war für die Beantwortung der Forschungsfrage von entscheidender Relevanz. Eine wesentliche Bedingung für die Untersuchung war zudem, dass die Teilnehmerinnen bereits vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie im Pflegebereich tätig waren.

Die angemessene Anzahl der Teilnehmer in qualitativer Forschung wird oft diskutiert, wobei der Fokus auf der Qualität des Interviewmaterials liegt. Es wurde beobachtet, dass ab einer bestimmten Datenmenge eine Sättigung der Informationen eintrat, was die Anzahl der Interviewpartnerinnen beeinflusste (Magnusson & Marecek, 2015). Insgesamt wurden acht weibliche Pflegepersonen im Alter von 29 bis 51 Jahren interviewt. Sieben der Frauen waren zum Zeitpunkt der Erhebung im pflegerischen Setting tätig, eine war seit Mitte 2023 im Hochschul-Setting angestellt. Das Sample setzte sich aus fünf diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie drei Pflegeassistentinnen zusammen. Alle Pflegepersonen im pflegerischen Setting hatten eine Position an der Basis inne. Eine der Teilnehmerinnen war zusätzlich zu ihrer Tätigkeit stellvertretende Leiterin. Die Rekrutierung beschränkte sich auf weibliche Pflegepersonen, welche sich durch den hohen Frauenanteil von 85 Prozent in der registrierten Pflege in Österreich sowie dem generell hohen Frauenanteil in der *Care*-Arbeit ergibt (Statistik Austria, 2023; Pilwarsch et al., 2022). Da in Österreich 87 Prozent der Positionen in der Pflege von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besetzt sind, 1 Prozent von Pflegefachassistent:innen und 12 Prozent von Pflegeassistent:innen, spiegelt die Stichprobe der Interviewpartnerinnen diese Verteilung wider (Pilwarsch et al., 2022). Bei der Auswahl der Organisationen wurde darauf geachtet, unterschiedliche Trägerorganisationen einzubeziehen. Es konnten Pflegepersonen aus konfessionellen und nichtkonfessionellen Organisationen gewonnen werden. Um die Anonymität der Organisationen zu wahren, wird auf eine detaillierte Beschreibung verzichtet. Im nächsten Abschnitt werden die Daten der Studienteilnehmenden in tabellarischer Form präsentiert. Im Zeitraum von November bis Dezember 2023 wurden Pflegepersonen unterschiedlicher beruflicher Hintergründe und Qualifikationsstufen aus verschiedenen *Care*-Situationen befragt. Ausschlusskriterien waren folgende: männliche Pflegepersonen, Personen ohne private *Care*-Arbeit, weibliche Pflegepersonen

ohne betreuungsbedürftige Kinder sowie Personen in anderen Gesundheitsberufen als der Gesundheits- und Krankenpflege. Zusätzlich wurden weibliche Pflegepersonen, die nach 2020 ihren Berufseinstieg hatten, nicht in die Studie einbezogen. Die insgesamt acht Interviewpartnerinnen hatten bereits zwischen vier und achtundzwanzig Jahre Erfahrung im Pflegebereich gesammelt.

Daten der Interviewpartnerinnen	
Anzahl	acht
Alter	von 29 bis 51 Jahren
Geschlecht	weiblich
Bezeichnung	DGKP = fünf PA = drei

Grafik 1: Eigene Darstellung: Daten der Interviewpartnerinnen

3.3 Zugang zum Feld und Gewinnung

Die Identifizierung potenzieller Interviewpartnerinnen erfolgte durch mehrere Wege. In den meisten Fällen konnten die Interviewpartnerinnen durch Gespräche des Studienvorhabens gewonnen werden. Durch das Netzwerk, das die einzelnen Frauen hatten, konnten andere weibliche Pflegepersonen, die private *Care*-Arbeiten und betreuungspflichtige Kinder hatten, rekrutiert werden. Andere Interviewpartnerinnen konnten durch berufliche Kontakte und gezielte Ansprache gewonnen werden. Zunächst wurden diese persönlich oder per Schreiben kontaktiert und umfassend über das Forschungsvorhaben informiert. Ein Informationsschreiben und eine Einverständniserklärung wurden angehängt. Die Interviewpartnerinnen konnten daraufhin über die bereitgestellten Kontaktdaten angeschrieben werden. Ihnen wurde der *Informed Consent* ebenfalls per Mail zugesandt. Es wurden ihnen die Möglichkeit geboten, sich bei etwaigen Fragen direkt an mich zu wenden. Vor den Interviews wurde die Information nochmals mündlich erklärt und ein Raum für Fragen geöffnet, sowie ihr schriftliches Einverständnis eingeholt.

Die persönliche Aufklärung über das Studienvorhaben war in dieser Phase unterstützend, um das Interesse am Gespräch zu wecken. Die Zustimmung wurde

unterstützt, indem die Interviews in der Form für die Interviewpartnerinnen gehalten werden konnte, die für sie am flexibelsten und besten erschien. Bei fünf der Interviewten wurde das Gespräch in der Privatzeit persönlich durchgeführt. Da mit den Partizipantinnen abgesprochen war, dass wir das Gespräch in ihrem gewünschten Format halten werden, entschieden sich drei für ein Audiovideo-Meeting. Die Gespräche hatten eine unterschiedliche Länge, wobei auffallend war, dass die Audiovideo-Meetings länger dauerten als die persönlichen. Meine Annahme basiert darauf, dass, weil die Interviews während der Freizeit der Teilnehmenden durchgeführt wurden, die Teilnehmenden flexibel von daheim aus das Audio-Meeting führen konnten und sich nicht Zeit freihalten mussten, um zu einem bestimmten Zeitpunkt zum persönlichen Treffen zu kommen. Bei den Audiovideo-Meetings konnten die Teilnehmenden neben dem Interview flexibel Betreuungspflichten übernehmen, ohne Rücksicht auf einen vorgegebenen Zeitrahmen. Die Interviewpartnerinnen erhielten den schriftlichen *Informed Consent* und wurden eine Woche vor dem Gespräch und am Tag des Gespräches mündlich informiert. Beim Sampling mittels des Schneeballprinzips führte ich zunächst ein Gespräch mit einer Person aus der relevanten Grundgesamtheit, anschließend wurde diese Person gebeten, eine andere Person zu nennen, die ihrer Meinung nach ebenfalls relevant für die Studie sein könnte. Die so zusammengestellte Stichprobe setzt sich aus acht weiblichen Pflegepersonen zusammen, davon waren vier untereinander bekannt und wurden jeweils auf Empfehlung einer zuvor befragten Person interviewt. Dieser Ansatz des Schneeballverfahrens hat den großen Vorteil, dass der Zugang zu den Teilnehmenden in der Regel einfacher ist, da sie auf Empfehlung einer Kontaktperson kontaktiert werden. Daher sind die durch das Schneeballprinzip rekrutierten Befragten eher bereit, an einem Interview teilzunehmen. Darüber hinaus ermöglicht dieses Vorgehen, schnell eine Vertrauensbasis für das Interview aufzubauen. Die acht weiblichen Pflegepersonen stammten aus unterschiedlichen Bereichen und unterschiedlichen Trägerinstitutionen. Die Daten zur Teilnahme und die Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Information befinden sich im Anhang.

3.4 Datenerhebung

Aufgrund der Entscheidung für ein qualitatives Forschungsdesign zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Methode des qualitativen Interviews als geeignete Form der Datenerhebung gewählt. Ziel des Interviews war es, einen tieferen Einblick in die Situation weiblicher Pflegepersonen in der Rolle als *Double Duty Caregiver* zu erhalten.

Misoch (2015) beschreibt das qualitative Interview als eine effektive Methode, um Perspektiven, Sichtweisen und soziales Handeln zu erfassen. Beides ist für die Beantwortung der Forschungsfrage von gegenseitiger Relevanz. Qualitative Interviews zu führen, wird auch *"the art of hearing data"* genannt (Rubin & Rubin, 2012). Dieser Ausdruck unterstreicht die Fähigkeit und Sensibilität, mit der Wissenschaftler:innen während der Interviews nicht nur oberflächliche Informationen sammeln, sondern auch tiefergehende Nuancen, verborgene Bedeutungen und implizite Zusammenhänge ergründen. Es hebt hervor, dass die erfolgreiche Gestaltung und Umsetzung qualitativer Interviews nicht nur technisches *Know-how* erfordert, sondern auch ein feines Gespür für die Nuancen der menschlichen Erfahrung und der Art, wie diese in den geäußerten Daten zum Ausdruck kommen. Das qualitative Interview soll Daten liefern, die es ermöglichen, ein Phänomen *"von innen heraus"* zu verstehen (Misoch, 2015, S.15). Um optimale Ergebnisse zu erzielen, wurde entschieden Einzelgespräche durchgeführt, um persönliche Lebenserfahrungen unter Ausschluss externer Einflüsse festzuhalten. Ebenso wurde darauf geachtet, die Privatsphäre und Integrität der Teilnehmerinnen sowie ihrer intimen und persönlichen Lebenssituationen zu wahren. Aufgrund der bereits bekannten Inhalte wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982) ausgewählt. Dieses geht gemäß Witzel (2000) von einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung aus, die durch vorhandenes Wissen und angemessene Folgefragen expliziert und vertieft wird. Ein charakteristisches Merkmal des problemzentrierten Interviews ist der narrative Einstieg, der durch eine erzählgenerierende Frage geschaffen wird.

„I want to understand the world from your point of view. I want to know what you know in the way you know it. I want to understand the meaning of your

experience, to walk in your shoes, to feel things as you feel them, to explain things as you explain them. Will you become my teacher and help me understand?“ (Spradley, 1979, S. 34)

Weitere Grundlagen des problemzentrierten Interviews sind die Orientierung am Forschungsgegenstand, was bedeutet, dass die methodische Vorgehensweise auf den Erkenntnisgegenstand und die Prozessorientierung abgestimmt sein muss. Dies erfordert, dass Daten und Erkenntnisse schrittweise im Forschungsprozess entwickelt und wiederholt in Bezug auf die Methode reflektiert werden. Zur Durchführung des problemzentrierten Interviews wurden Hilfsinstrumente gemäß den Richtlinien von Witzel (2000) eingesetzt, darunter ein Interviewleitfaden zur Erfassung von Daten der Interviewpartnerinnen und offene Fragen zu Lebenssituationen, Einflüssen privater und beruflicher Care-Arbeit sowie Karriere. Ebenfalls kam ein Diktiergerät zur Audioaufnahme zum Einsatz.

Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld erarbeitet und während des Gesprächs an den Interviewprozess angepasst. Manche Fragen wurden während der Beantwortung vorheriger Fragen geklärt. Diese waren offen gestellt, um Raum für Erzählungen zu lassen. Das Interview gliederte sich in drei Phasen: eine Einstiegsphase, einen Hauptteil und einen Abschluss. In der Einstiegsphase wurde die Interviewpartnerin erneut über die Forschung informiert und die Einverständniserklärung erneut abgefragt. Um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, begann das Gespräch mit einer Kennenlernfrage. Die Phase endete nach einer kurzen Überleitung in das Forschungsthema mit erzählgenerierenden Fragen: „Könnten Sie mir zum Einstieg bitte kurz etwas über sich selbst erzählen? Wie lange Sie schon in der Pflege tätig sind?“. Der Hauptteil umfasste offene Fragen zu spezifischen Themenbereichen, die sich an der vorliegenden Problematik beziehungsweise Forschungsfrage orientierten. Zu jedem Themenbereich gab es mehrere Unterfragen, die als Impulse dienten und die Gesprächsinhalte vertieften. In der Schlussphase des Interviews wurde die Interviewpartnerin gefragt, ob es noch wichtige Antworten gab, die bisher nicht besprochen wurden, oder ob bestimmte Fragen erneut betont werden sollten. Anschließend wurde der Interviewpartnerin für ihre Teilnahme gedankt und die Wahrung der Anonymität erneut betont.

Insgesamt konnten über 7,1 Stunden Gesprächsmaterial gesammelt werden, wobei die Länge der Gespräche zwischen 27 und 118 Minuten variierte. Bei der Transkription wurden einfache Regeln angewendet, um den Inhalt der Gespräche klar wiederzugeben (Misoch, 2015). Über Word wurde das Gesprächsmaterial transkribiert und schriftlich anschließend ausgewertet. Während der Transkription hielt ich mich an Erweiterungen, die bestimmte Sonderzeichen enthalten:

(.)	kurze Pausen
(...)	mittlere Pausen
(Pause)	lange Pause
<u>Unterstreichen</u>	Betonungen
(unverständlich)	wenn Sätze unverständlich sind
(weinen....)	bei Gefühlsäußerungen
/	am Ende eines Wortes oder Satzes
//	bei Überlappungen zwischen mir und der Interviewpartnerin
ah, hm, ähm...	Fülllaute (Mayer, 2015).

3.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2022). Das Ziel dieser Methode besteht darin, aus den gesammelten Daten sogenannte Themen zu generieren und dabei systematische Vorgehensweisen zur Entwicklung, Analyse und Interpretation von Mustern innerhalb des Datensets anzuwenden. Diese Analyse ist im Kontext der Prinzipien des qualitativen Forschungsparadigmas verankert.

Ein zentrales Merkmal der thematischen Analyse besteht darin, die Subjektivität der Wissenschaftler:innen als Werkzeug zur Wissensgenerierung zu betrachten und nicht als ein Bias, den es zu verhindern gilt. Die Reflexivität der Wissenschaftler:innen spielt dabei eine wichtige Rolle, weshalb auch von der reflexiven thematischen Analyse gesprochen wird. Es liegt in der Verantwortung der Wissenschaftler:innen, kontinuierlich zu hinterfragen, warum bestimmte Handlungen durchgeführt werden und welche Auswirkungen dies auf die Forschung hat. Nach dem Transkribieren der Interviews ließ ich vor der Analyse die Daten für mindestens einen Tag ruhen. Diese Themen stellen das Ergebnis der Datenanalyse dar und entstehen aus den erstellten Codes.

Die Durchführung der thematischen Analyse erfolgte in sechs Phasen, die jedoch nicht starr voneinander abgegrenzt sind und flexibel angewendet werden können. Die erste Phase besteht aus dem sich Vertraut machen mit dem vorliegenden Datenmaterial. Die Transkripte wurden wiederholt gelesen, erste Gedanken und Ideen wurden gesammelt sowie Memos verfasst. Während dieser Phase der Forschung wurde eine thematische Landkarte erstellt, um Zusammenhänge bildlich besser zu erfassen. In weiterer Phase erfolgte das Codieren. Jedes Interview wurde einzeln und detailliert durchgesehen, relevante Aussagen wurden codiert und jeder Code erhielt eine spezifische Bedeutung. Während das Setzen der Codes wurden stets die Forschungsfragen im Auge behalten, sodass die bestmögliche Beantwortung erzielt wurde. Die dritte Phase besteht darin, die ersten potenziellen Themenbereiche zu generieren. Codes wurden gruppiert, erste vorläufige Themen entwickelt und eine thematische Landkarte erstellt, um Beziehungen visuell darzustellen. In diesem Zusammenhang konnten Hauptthemen, Kategorie und Nebenthemen identifiziert werden. In diesem Prozess wurde wiederholt auf die Forschungsfrage Bezug genommen, sowie erste vorläufige Themen entwickelt. Diese wurden mehrfach auf Flipcharts und als thematische Landkarte visualisiert, um eine bessere Einordnung der Themen und Subthemen zu ermöglichen sowie Beziehungen zwischen diesen zu erkennen. In der vierten Phase wurden die Themen zu Rohdaten entwickelt und weiter überarbeitet. Vorläufige Themen wurden mit den Rohdaten abgeglichen, Beziehungen zwischen den Themen betrachtet und eine erste thematische Landkarte erstellt. Dieser Schritt führte wiederum zu neuen Erkenntnissen und resultierte in entsprechenden Anpassungen, Erweiterungen und Reduzierungen. In der fünften Phase nach Braun und Clarke (2022) wurden die Themen verfeinert und definiert. Jedes Thema wurde klar abgegrenzt, um ein starkes Grundkonzept gebaut, dann erfolgte die konkrete Benennung der Themen.

Zu Schluss wurden die Texte in allen Phasen verfasst, um eine zusammenhängende Geschichte zu schreiben, die die Forschungsfrage beantwortet. Memos, Codes und thematische Landkarten waren Teil dieses fortlaufenden Bearbeitungsprozesses. Das Ziel bestand darin, mittels der

thematischen Analyse einen kohärenten Bericht zu verfassen, der die Forschungsfrage umfassend beantwortet.

Trotz der Eigenständigkeit der einzelnen Themen bestehen Beziehungen untereinander, die für die Beantwortung der Forschungsfrage von Relevanz sind. Die Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse in Form von Hauptthemen, Subthemen und ihren Beziehungen eignet sich besonders gut für diese Forschung, weshalb die thematische Analyse als Methode der Datenauswertung gewählt wurde.

3.6 Forschungsethik

Die Forschung in der Pflegewissenschaft konzentriert sich auf vulnerable Gruppen oder sensible Themen, weshalb die sorgfältige Beachtung ethischer Aspekte von besonderer Bedeutung ist. Diese ethischen Grundsätze orientieren sich an den drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes: umfassende Aufklärung sowie Einwilligung der freiwilligen Teilnahme, Wahrung der Anonymität und Schutz vor möglichen psychischen und physischen Schäden (Mayer, 2022). Im weiteren Verlauf wird die konkrete Umsetzung dieser ethischen Prinzipien näher erläutert.

Die Forschungsteilnehmenden für diese Arbeit waren ausschließlich weibliche Pflegepersonen, die eine Doppelbelastung in beruflicher und privater *Care*-Arbeit erlebten, die aufgrund ihrer Eigenschaft als nicht vulnerabel betrachtet wurde. Daher konnte die Forschung ohne vorherige Einwilligung eines Ethikkomitees fortgesetzt werden. Alle Forschungen am oder mit Menschen müssen den ethischen Richtlinien entsprechen, um sicherzustellen, dass den Forschungsteilnehmenden durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie in keiner Weise Schaden zugefügt wird. Dieser Grundsatz stellt sicher, dass die Integrität, das Wohl und die Rechte der Teilnehmenden während des Forschungsprozesses geschützt werden. Diese ethischen Standards gewährleisten eine verantwortungsbewusste und ethisch vertretbare Forschungspraxis.

Während meiner Erhebung wurden stets die ethischen Prinzipien der umfassenden Information und freiwilligen Zustimmung, der Wahrung der Anonymität sowie des Schutzes vor physischen und psychischen Schäden berücksichtigt. Den

Forschungsteilnehmenden wurde eine umfassende Information über das Forschungsvorhaben bereitgestellt und es wurde ihnen wiederholt die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zu stellen, um eventuelle Unklarheiten aufzuheben. Nachdem alle Informationen vermittelt und der Ablauf erläutert waren, wurden die Forschungsteilnehmenden gebeten, eine Einwilligungserklärung zu unterzeichnen. In dieser bestätigten sie, dass ihre Teilnahme freiwillig erfolgte und sie sämtliche erforderlichen Informationen erhalten und verstanden hatten.

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen wurde den Teilnehmenden schriftlich zugesichert. Um dies zu gewährleisten, wurden sämtliche erhobene Daten geschützt aufbewahrt, wobei ausschließlich ich selbst darauf zugreifen konnte, weil ich diese ausschließlich auf meinem privaten Computer gespeichert hatte und zur Sicherheit auf meiner eigenen externen Festplatte. Es wurden lediglich soziodemografische Daten erfasst, die als notwendig erachtet wurden. Bei der Transkription wurden alle Eigennamen pseudonymisiert, um Rückschlüsse auf Identitäten zu verhindern. Organisationen wurden ebenfalls pseudonymisiert, um den Institutionen Anonymität zu gewährleisten. Die Forschungsteilnehmenden wurden überdies informiert, dass einzelne pseudonymisierte Zitate in der Masterarbeit oder einer möglichen Publikation verwendet werden könnten.

Ich war mir bewusst, dass während der Gespräche verstärkte Emotionen entstehen können. Vor jedem Gespräch wurde betont, dass dieses jederzeit abgebrochen oder Pausen eingelegt werden können. Mir war es wichtig, dass die Forschungsteilnehmenden genug Zeit zum Nachdenken und Sprechen hatten. Da drei Interviews während der Bereuungszeit der Kinder stattfanden, war es auch möglich, das Interview kurzfristig auf einen anderen Tag zu verschieben, falls es zu unerwarteten Zwischenfällen kam. Hierbei war es mir ein besonderes Anliegen sicherzustellen, dass die Partizipantinnen durch mich keiner zusätzlichen Belastung ausgesetzt wurden (Mayer, 2022). Bei den Interviewpartnerinnen, die gleichzeitig eine Verantwortung für die Betreuung ihrer Kinder trugen, wurde besondere Rücksicht auf diese Situation genommen. Es wurde darauf geachtet, die Bedürfnisse des Kindes zu berücksichtigen und der Interviewverlauf bei Bedarf entsprechend angepasst. Ein weiteres Anliegen war, eine unterstützende

Umgebung zu schaffen, die es den Interviewpartnerinnen ermöglichte, ihre elterlichen Pflichten und das Interview miteinander in Einklang zu bringen. Falls erforderlich wurden flexible Zeitpläne erstellt oder Pausen eingeplant, um sicherzustellen, dass die Kinderbetreuungspflichten adäquat erfüllt wurden und die Interviewpartnerinnen sich während des Gesprächs wohl und ungestört fühlen konnten. Dieser Ansatz zielte darauf ab, die Interviewpartnerinnen in ihrer Gesamtsituation zu würdigen und ihre Teilnahme am Interview so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Bereits in der Studieninformation wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme am Interview keinen direkten persönlichen Nutzen hat, jedoch als Möglichkeit betrachtet werden kann, offen über Themen zu sprechen, die sie beschäftigen. Unter Berücksichtigung dieser grundlegenden ethischen Kriterien für qualitative Interviewforschung wird deutlich, dass die Durchführung von qualitativen Interviews mit Sorgfalt vorbereitet und kompetent sowie reflektiert durchgeführt werden muss. Besonders wichtig war die eigene Selbstreflexion während des Forschungs- und Schreibprozesses. Nur durch diese Herangehensweise kann sichergestellt werden, dass die zentralen ethischen Richtlinien seriös angewendet und eingehalten werden. Es liegt in der Verantwortung der Wissenschaftler:innen sicherzustellen, dass die Teilnehmenden respektvoll behandelt werden, ihre Privatsphäre geschützt wird und dass potenzielle Auswirkungen auf die Befragten im Vorfeld bedacht werden. Die Achtung ethischer Prinzipien ist unerlässlich, um eine verantwortungsbewusste und integre Forschung durchzuführen, bei der der Erkenntnisgewinn im Einklang mit dem Wohl der Forschungssubjekte steht.

Während der Durchführung der Interviews kam gelegentlich das Bedürfnis, bestimmte Kommentare abzugeben oder die Interviewpartnerin zu ermutigen. Gleichzeitig war mir wichtig, den natürlichen Fluss des Gesprächs beizubehalten und der Teilnehmerin ausreichend Raum zu geben. Diese Erfahrung hat meine Herangehensweise an weitere Gespräche geprägt und mich dazu veranlasst, darüber nachzudenken, wie ich in solchen Situationen am besten vorgehe. Die Überlegungen und Erfahrungen, die während der Interviews gesammelt wurden, hatten direkte Auswirkungen auf das weitere Vorgehen. Insbesondere führten sie

dazu, dass ich ein Interview-Tagebuch schreibe, um Gedanken, Reflexionen und Empfindungen während der Gespräche festzuhalten. Dies ermöglichte eine strukturierte Analyse der eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen während der Befragung. Darüber hinaus wurden Informationsblätter zu externen Stellen für die Forschungsteilnehmenden zur Verfügung gestellt. Diese Maßnahmen trugen dazu bei, eine professionelle und respektvolle Gesprächsführung zu gewährleisten und den Teilnehmerinnen ausreichend Raum für ihre Perspektiven sowie Erfahrungen zu geben.

Von den Interviewpartnerinnen wurden emotional berührende Situationen berichtet, insbesondere im Zusammenhang während des Gesprächs zu ihrer Rolle und eigenen Erkenntnissen bezüglich Hauptverantwortung. Einige zeigten sichtbare Verzweiflung. Diese auch für mich berührend. In solchen Momenten wurde eine Pause gemacht oder angeboten das Interview abubrechen. Dazu kam es jedoch nie. Mir war bewusst, dass die Befragung Belastungen auslösen könnten, daher wurden Informationen zu möglichen Unterstützungsangeboten bereitgehalten.

3.7 Gütekriterien qualitativer Sozialforschung

Die Gütekriterien beinhalten unterschiedliche Regeln und systematisierte Vorgehensweisen, die darauf abzielen, die Qualität sämtlicher Phasen einer Studie zu gewährleisten. Angefangen bei der Studienplanung über die Datenerhebung, Datenaufzeichnung, Datentranskription bis hin zur Datenanalyse. Diese Kriterien sind entscheidend um sicherzustellen, dass Forschungsarbeiten hohen methodischen Standards entsprechen und ihre Ergebnisse auf verlässlichen und validen erhobenen Daten beruhen.

Die Anwendung und Beachtung dieser regelgeleiteten Verfahren zur Gütesicherung ist von großer Bedeutung, da sie dazu beitragen, mögliche Kritikpunkte an der Beliebigkeit und Willkürlichkeit der Studienergebnisse zu vermeiden. Durch die konsequente Berücksichtigung von Gütekriterien gewinnen empirische Daten ihren wissenschaftlichen Nutzen und ihre gesellschaftliche Relevanz. Die Einhaltung dieser Standards stellt sicher, dass die Forschungsergebnisse nicht nur methodisch fundiert, sondern auch vertrauenswürdig und anerkannt sind (Misoch, 2015). Durch die Wissenschaftlerinnen Braun & Clarke (2022) wird betont, dass die Anwendung

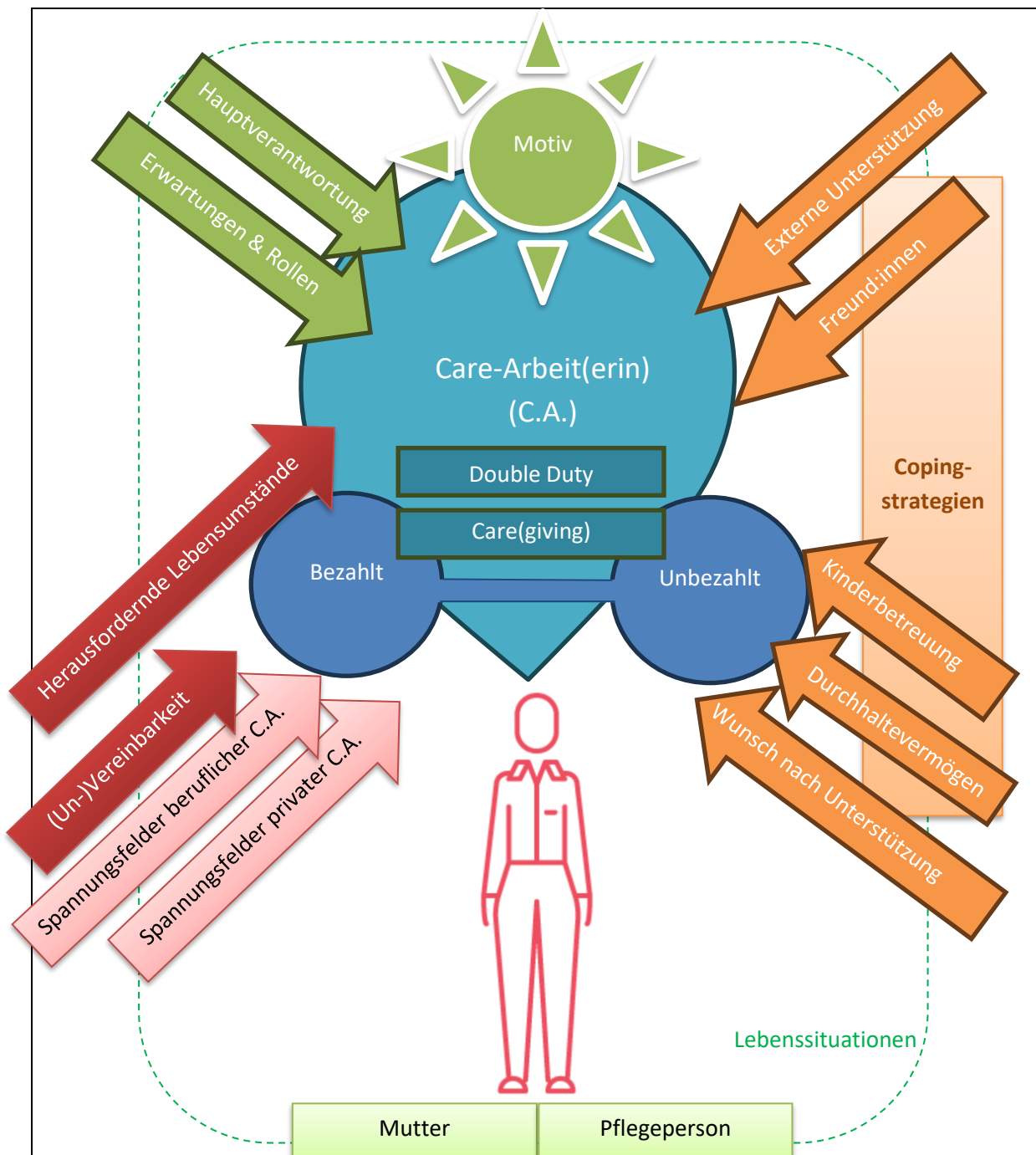
allgemeiner Gütekriterien in einer thematisch reflexiven Analyse sorgfältig abgewogen werden sollte, da nicht alle Kriterien in gleicher Weise erfüllt werden können. Ihre Empfehlung lautet darüber hinaus verschiedene Strategien zur Wahrung der Qualität anzuwenden. Dazu gehören das Führen von Aufzeichnungen zur Selbstbeobachtung und zum Forschungsprozess und der kontinuierliche Austausch mit anderen Forschenden. Die Bereitstellung ausreichender Zeit für die Analyseentwicklung sowie eine besondere Betonung auf die Generierung und Benennung der identifizierten Themen. Diese Maßnahmen sollen dazu beitragen, eine umfassende und gewissenhafte qualitative Analyse zu gewährleisten und gleichzeitig den spezifischen Anforderungen und Besonderheiten des Forschungsprozesses gerecht zu werden.

Basierend darauf werden im Folgenden die Kriterien von Steinke (2022) behandelt. Diese umfassen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die empirische Verankerung, die Indikation des Forschungsprozesses, Kohärenz, Limitationen, Relevanz und die reflektierte Subjektivität.

Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, wurden umfassende Dokumentationen zum Forschungsprozess einschließlich Erhebungs- und Auswertungsmethoden erstellt. Ein regelmäßiger Austausch mit der Forschungsbetreuerin und weiteren Kolleg:innen fand statt. Die Forschungsfragen klären den Gegenstand der Untersuchung und basierend darauf wurde das Forschungsdesign ausgewählt. Das Setting und die Teilnehmenden wurden gewählt, um die Indikation des Forschungsprozesses darzulegen. Zur Überprüfung der empirischen Verankerung wurde ein kodifiziertes Verfahren angewendet. Die Arbeit enthält zahlreiche wörtliche Äußerungen, die kontextbezogen verwendet werden, um eine klare Verbindung zum Datenmaterial aufrechtzuerhalten. Methodische und inhaltliche Limitationen werden transparent gemacht und durch die Offenlegung von Widersprüchen und ungelösten Fragen wird das Kriterium der Kohärenz angestrebt. Die Pflegerelevanz der Fragestellung wird sowohl im Kapitel der Problemstellung als auch in der Diskussion erörtert. Darüber hinaus wird ein Ausblick darauf gegeben, wie die Forschungsergebnisse in der Praxis genutzt werden können. Die Wahl der thematisch reflexiven Analyse als

Auswertungsmethode zeigt, dass ich während des gesamten Forschungsprozesses eine kritische Auseinandersetzung mit meiner eigenen Haltung vorgenommen habe. Der regelmäßige Austausch im Rahmen der Betreuung ermöglichte eine ausführliche Auseinandersetzung mit persönlichen Voraussetzungen und Hintergründen, um das Kriterium der reflektierten Subjektivität zu erfüllen. Bei der Überprüfung der Gütekriterien ist zu beachten, dass diese im Rahmen einer Masterarbeit unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen betrachtet werden müssen. In der qualitativen Forschung nach Steinke (2022) geht es weniger darum, einzelne Kriterien abzuschließen, sondern vielmehr darum, sie als Gesamtes zu betrachten und auf dieser Grundlage die Qualität der Forschung zu bewerten.

Grafik 2: Thematische Landkarte



Eigene Darstellung: Thematische Landkarte, 2023

In meiner thematischen Landkarte wird deutlich, dass weibliche Pflegepersonen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Lebenssituationen konfrontiert sind, in die sowohl positive als auch negative Indikatoren einfließen. Die Lebenssituation ist durchgehend präsent und prägt alle Aspekte, markiert durch eine hellgrüne Strichellinie. Die Mutterschaft und ihre Berufstätigkeit in der Pflege wurden als

Grundpfeiler festgelegt. Aus den Interviews geht hervor, wie genderspezifische Rollen verankert sind.

4 Ergebnisse

In diesem Abschnitt wird zunächst ein Überblick über die acht analysierten Gespräche dargelegt. Es werden das Thema weibliche *Care*-Arbeit im beruflichen und privaten Setting sowie bestimmte Einflüsse auf die Lebenssituation erläutert. Ein weiterer thematischer Schwerpunkt ist die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben während der Pandemie, auf die im weiteren Verlauf genauer eingegangen wird. Verschiedene Faktoren wie das Alter der Kinder, soziale Ressourcen, Partnerschaft, das Arbeitsumfeld oder die Arbeitsstundenzahl wirkten unterschiedlich auf die Lebenssituation und beeinflussten das Ausmaß der Unterstützung. Daher wird in diesem Abschnitt konkret auf diese Aspekte Bezug genommen.

Um die Forschungsfrage: *„Welchen Einfluss hat die Rolle als Double Duty Caregiver auf die Lebenssituation von weiblichen Pflegepersonen mit betreuungspflichtigen Kindern?“* zu beantworten, habe ich insgesamt fünf Hauptkategorien und neun Subkategorien gebildet.

4.1 Fall-Charakteristika

Die vorgestellten Fall-Charakteristiken basieren auf den Aussagen der Interviews. Es wurden zum Schutz der Personen Veränderungen vorgenommen, sodass keine direkten Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartnerinnen gezogen werden können. So kann die Anonymität der Forschungsteilnehmerinnen sichergestellt werden.

Interviewpartnerin 1: Julis J.

Zum Zeitpunkt des Interviews beträgt das Alter von Julia Julius vierunddreißig Jahre. Sie lebt mit ihrem Ehegatten und ihren drei Kindern im Alter von zwei, fünf und sieben Jahren. Julia Julius ist seit 2010 als Pflegeassistentin tätig und hat eine Anstellung von zwanzig Wochenstunden. Julius hat vor einem Jahr ungefähr wieder begonnen nach der Karenz zu arbeiten. Sie ist seit 11 Jahren im Kinder- und

Jugendlichenbereich tätig. Sie hatte fünf Stationswechsel und davon zwei in unterschiedlichen Häusern derselben Organisation. Der Schwiegervater hat eine progressive Erkrankung und benötigt immer wieder Unterstützung von der Familie.

Interviewpartnerin 2: Clear C.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Christine Clear einundfünfzig Jahre alt und teilt ihr Zuhause mit ihrem Lebensgefährten und ihren beiden Kindern im Alter von elf und vierzehn Jahren. Die Familie lebt in einer Wohnung. Christine C. ist seit 1999 als Pflegeperson tätig und hat eine Anstellung von vierzig Wochenstunden. Ihre berufliche Tätigkeit findet auf einer onkologischen Station statt. Vor sechs Jahren hat sie die Weiterbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin gemacht, davor war sie Pflegeassistentin. Christines Lebensgefährte ist in einer Anstellung mit dreißig Wochenstunden angestellt.

Interviewpartnerin 3: Dami D.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Dunja Dami neunundzwanzig Jahre und wohnt mit ihrem Partner und ihren zwei und dreijährigen Kindergartenkindern in Wien. Seit 2017 ist sie in der Pflege als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin angestellt. Im Jahr 2023 hat sie ihre Arbeit auf der Intensivstation als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin beendet und ist auf eine Hochschule als wissenschaftliche Mitarbeiterin gewechselt. Sie hat eine Anstellung von fünfunddreißig Wochenstunden. Ihr Mann ist Vollzeit beschäftigt und hat die Möglichkeit im *Homeoffice* zu arbeiten.

Interviewpartnerin 4: Melk M.

Merla Melk ist achtunddreißig Jahre alt zum Zeitpunkt des Interviews. Sie lebt mit ihrem Mann und ihren vier Kindern elf, fünfzehn, sechzehn und einundzwanzig. Seit 1994 ist sie als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig und hat eine Anstellung von dreißig Wochenstunden. Die Interviewpartnerin arbeitet auf einer kardiologischen Station. Ihr Gatte ist Vollzeit berufstätig, hatte jedoch während der Pandemie die Möglichkeit von *Homeoffice*.

Interviewpartnerin 5: Pett P.

Petra Pett, die zum Zeitpunkt des Interviews fünfunddreißig Jahre zählt, teilt ihr Leben mit ihrem dreijährigen Kind und ihrem Mann in einer Gemeindewohnung. Ihre berufliche Laufbahn als Pflegeassistentin begann im Jahr 2002. Derzeit übt sie eine Anstellung mit einer Wochenarbeitszeit von zwölf Stunden aus. Frau Pett arbeitet in der mobilen Pflege. Sie betreut die Großmutter mit, die ungefähr 30 Minuten Autofahrt entfernt wohnt.

Interviewpartnerin 6: Malik M.

Melanie Malik ist im Alter von neunundzwanzig Jahren zum Zeitpunkt des Interviews verheiratet. Sie hat mit ihrem Mann zwei Kinder, ein zweijähriges und fünfjähriges Kind, und sie leben in einer großen Wohnung. Mit einer beruflichen Erfahrung seit dem Jahr 2017 ist sie als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einer stellvertretenden Funktion der Leitung tätig. Sie hat auf einer Intensivstation begonnen, seit Juni 2023 ist sie an einer Hochschule mit dreißig Wochenstunden beschäftigt. Ihr Ehemann ist selbstständig und arbeitet öfters von zuhause aus.

Interviewpartnerin 7: Nadia N.

Nadia Natascha, im Alter von dreißig Jahren zum Zeitpunkt des Interviews, führt als Alleinerziehende ein Leben mit ihrem vierzehnjährigen Kind in einer Penthouse-Wohnung. Seit 2017 ist Frau Nadia als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig und hat eine Vollzeitanstellung. Sie arbeitet an der Basis auf einer psychiatrischen Station und möchte gerne eine Weiterbildung als Wundmanagerin machen.

Interviewpartnerin 8: Samir S.

Samia Samir ist einunddreißig Jahre, sie hat ein achtjähriges Schulkind und wohnt mit ihrem Partner zusammen. Der Partner ist in einem Beruf mit Schichtarbeit tätig. Ihre Wohnung befindet sich in der Nähe ihrer Eltern. Der Vater hat gesundheitliche Probleme mit zunehmender Verschlechterung. Sie arbeitet in der mobilen Pflege als Pflegeassistentin seit sieben Jahren. Demnächst beginnt sie eine Weiterbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Die Gemeinsamkeiten der Teilnehmerinnen zeigen sich darin, dass sie entweder in heterosexuellen Partnerschaften leben oder alleinerziehend sind. Die Möglichkeit, in Vollzeit zu arbeiten, ist nur wenigen von ihnen gegeben. Alle befinden sich in einem Angestelltenverhältnis und verfügen über mehr als fünf Jahre Berufserfahrung in der Pflege. Zusätzlich zu ihren beruflichen Verpflichtungen übernehmen alle Teilnehmerinnen Kinderbetreuungsaufgaben. Aus ihren Berichten wird deutlich, dass die geleistete *Care*-Arbeit nicht nur die Kinder betrifft, sondern sich auch über das Familienleben hinaus erstreckt. Zudem hatten die meisten Interviewpartnerinnen Interesse an einer Weiterbildung oder haben bereits eine geplante in Aussicht. Dies zeigt ihr berufliches Engagement und Interesse.

4.2 (Un-)Vereinbarkeiten

Auf Basis der Interviews kristallisierte sich neben der Bedeutung der Strukturaufrechterhaltung in den familiären Alltagsabläufen vor allem die Absicherung der Kinderbetreuung und die damit verbundene Vereinbarung von beruflicher und mütterlicher Verantwortung als zentrale Kategorie heraus. Dabei wurde deutlich, dass die Absicherung der Kinderbetreuung stark von inner- und außerfamiliären Faktoren wie dem Kindesalter, dem Familienstand und der Flexibilität bei der Arbeitseinteilung abhängt. Diese Faktoren hatten direkte Auswirkungen auf die Bewältigung und Wahrnehmung der Schichtdienste. Neben der Aufrechterhaltung der Arbeit erwiesen sich die Absicherung der Kinderbetreuung und die Abhängigkeit von familiären und externen Faktoren als zentrale Aspekte der Bewältigung.

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse präsentiert, die als Schlüsselaspekte in Bezug auf die Vereinbarung von familiären und beruflichen *Care*-Verpflichtungen während der Nacht- und Tagdienste hervortraten. Dabei wird auch ein Einblick in die Planung des Privat- und Berufslebens der Interviewpartnerinnen gegeben, wobei mögliche Unterschiede in der Organisation beleuchtet werden. Schon im Vorfeld der Forschung wurde die Annahme getroffen, dass die Vereinbarung von Berufs- und Privatleben eine besonders große Herausforderung darstellen würde. Dies bestätigte sich im Rahmen der ersten Analyse der Gespräche, da die Umsetzung von elterlichen und beruflichen Verpflichtungen für die weiblichen Pflegenden problematisch war. Dabei variierte das Ausmaß der

Herausforderungen innerhalb der Interviewpartnerinnen und der Einfluss dieser Unterschiede ergab sich aus internen sowie externen Faktoren.

Wie die Forschungsfrage nahelegt, lag der Fokus der Untersuchung auf den Lebensumständen weiblicher Pflegepersonen mit betreuungspflichtigen Kindern, die auch private Care-Arbeit leisten. Dabei wurde deutlich, dass weibliche Pflegepersonen, aufgrund ihrer Tätigkeit mit unregelmäßigen Dienstzeiten konfrontiert waren. Dies führte zu Schwierigkeiten bei der flexiblen und langfristigen Planung ihrer beruflichen und mütterlichen Verpflichtungen.

Ein zentraler Aspekt bei der Organisation der Kinderbetreuung war die Absprache mit dem Partner, Freund:innen, Großeltern und Kolleg:innen. Fünf der Teilnehmerinnen berichteten von einem starken Gefühl der kollegialen Zusammenarbeit. Somit bestand auch seitens der Arbeitgeber:innen Verständnis dafür, dass die Absicherung der Kinderbetreuung von wichtiger Bedeutung ist und die beruflichen Verpflichtungen dementsprechend an die Betreuungsmöglichkeiten angepasst werden müssen. In drei Fällen war das Fehlen dieser Unterstützung durch Kolleg:innen ein Hemmnis für die Frauen. Auch die Schichtarbeit im Wechsel zwischen Nacht- und Tagdiensten wurde von einigen Frauen als positiv, von anderen jedoch als negativ empfunden.

„Unser Stationsleiter hat darauf g`schaut, dass es uns soweit wie möglich gut geht und wir haben schon gemerkt, dass jetzt der Zusammenhalt stärker gewesen ist.“ (Interview 2, 280-283)

"So war es selbstverständlich, dass ich nicht ständig angerufen worden bin, weil ich Betreuungspflichten zu Hause habe." (Interview 4, 16-17).

"... Wir haben viele Mütter und da war es schon schwierig, dann natürlich zu sagen gut ich (ähm), ich bleib jetzt zuhause, weil dann fällt dir ja wieder jemand weg vom Team für den Tag“ (Interview 7, 30-34).

Zu Adaptierung des Dienstplans erwähnte Julius, dass auf ihrer Station Dienstpläne flexibel angepasst werden können, um private Umstände zu berücksichtigen.

„Auf unsere Station haben wir eine freie Diensteinteilung, naja das bedeutet so viel wie ähm, dass wir 5 Prioritäten haben und wenn ich beispielsweise auf der ersten bin, habe ich den ersten Rang der Priorität, wenn ich in der

letzten Gruppe bin bedeutet das, dass in meinem Dienstplan viel umgeändert werden kann" (Interview 1, 115-119).

„Ja also wir können den Dienstplan so gestalten, dass wir entscheiden, wann die dienste gemacht werden, je nach Gruppe“ (Interview 5, 233-234).

Anbei der Koordination innerhalb des Teams war auch die Absprache mit den Partnern, Großeltern oder Freund:innen ein bestimmter Aspekt bei der Bewältigung sowohl beruflicher als auch familiärer Verantwortung. Ein Beispiel hierfür ist Malik und Samir, die versuchten, ihre Dienstpläne so zu gestalten, dass Malik hauptsächlich Nacht- und Wochenenddienste plante und die Arbeitsstage an die freien Tage des Partners oder unterstützenden Personen anpasste. Ähnlich organisierte Frau Clear ihre Dienste, indem sie vorwiegend Nacht- und Wochenenddienste übernahm, um sicherzustellen, dass ihr Partner zu dieser Zeit zu Hause für die Betreuung der Kinder da sein konnte. Frau Pett hingegen erlebte weniger Schwierigkeiten bei der Planung ihres Privatlebens. Sie betonte, dass sich die Tag- und Nachtdienste besser mit dem Familienleben kombinieren lassen als konstant geregelte Arbeitszeiten.

„Wenns nicht so gewesen wär´ und ich hätte einen 12,5 Stunden Dienst, ich hab um 7:00 Uhr Dienstübergabe, bin ich manchmal bis 20:00 Uhr auf der Station, also das wäre ein Problem.“ (Interview 5, 145-148)

Frau Pett profitierte ebenso von der flexiblen Arbeitsgestaltung ihres Partners. Ähnlich war es bei Frau Melk, da der Partner zu Beginn des Lockdowns an den Tagen, an denen seine Partnerin arbeiten musste, von zu Hause die Arbeit durchführen konnte. Dadurch konnte er die vier Geschwister betreuen und bei Hausaufgaben helfen. Im Gegensatz dazu konnte die Familie von Frau Nadia nicht auf Sonderbetreuungsregelungen zurückgreifen, weil sie als alleinerziehende Mutter keine Unterstützung vom einer/einem Partner:in zuhause hatte. Allerdings bestand seitens der Stationsleitung großes Verständnis für ihre Situation und die Notwendigkeit der Kinderbetreuungsabsicherung.

"... da meine Arbeit jetzt das wichtigere ist, damit wir über die Runden kommen und meine Leitung weiß auch, ich fehle nur bei Notfällen, schätzt sie das sehr ..." (Interview 4, Z.35-38)

Insgesamt bemühten sich die Partner:innen miteinander, bei Möglichkeit, sich beruflich aufeinander abzustimmen. Eine langfristige Dienstplaneinteilung wurde als

positiv beschrieben, weil sich alle Unterstützenden darauf einstellen konnte und Klarheit bestand und man organisieren konnte, dass der Partner, die Großeltern oder Freund:innen frei hatte. Für Alleinerziehende gestaltete sich die Situation anders, da sie in der Regel nicht auf den Beistand des anderen Elternteils zurückgreifen konnten. Somit waren sie allein für die Kinderbetreuung und die Vereinbarung von *Double Duty Caregiving* verantwortlich. Frau Nadia, eine alleinerziehende Mutter, wurde zumindest für die ersten drei Wochen des Lockdowns arbeitsfreigestellt. Sie arbeitete auf einer psychiatrischen Station, wo man für einige Zeit Ersatz fand.

Während dieser Zeit konnte sich Frau Nadia vollständig auf die Versorgung ihres Kindes konzentrieren. Als ihre Arbeitsfreistellung endete, sah sie sich mit Betreuungsschwierigkeiten konfrontiert, um wieder ihrer Berufstätigkeit nachgehen zu können. Als Alleinerziehende hatte sie jedoch die Möglichkeit, den Kindergarten im Krankenhaus zu nutzen. Da ihre Tätigkeit aufgrund ihrer systemrelevanten Rolle erforderlich war, musste sie vor Ort arbeiten.

Trotz dieser Möglichkeit erwies sich die Situation dennoch als äußerst stressig für Frau Nadia. Die Betreuungseinrichtung musste strenge Hygieneregeln einhalten, was bedeutete, dass das Kind bei den geringsten Symptomen einer Erkältung unverzüglich die Betreuungsstätte verlassen musste. Frau Nadia berichtete diesbezüglich:

„... in der Zeit bin ich mehrfach auch zwischendurch angerufen worden während des Dienstes und musste mir von der Pädagogin sagen lassen, dass das Kind jetzt abgeholt werden muss und dann habe ich den Dienst beenden müssen. Ich konnte nicht weiterarbeiten, ich musste gehen, es war chaotisch. Ja, war das unangenehm“ (Interview 7, 44-49).

Die Situation für Frau Malik gestaltete sich als besonders herausfordernd. Als stellvertretende Leitung vermied Frau Nadia Ausfälle und musste daher kontinuierlich auf der Station präsent sein. Dies ließ wenig Spielraum für die flexible Gestaltung ihrer Arbeitspläne, wodurch sie auf Unterstützungsnetzwerke angewiesen war, um die Kinderbetreuung zu gewährleisten. Ihre Situation wurde zusätzlich erschwert durch die pandemiebedingten Tätigkeiten, die sehr Zeit intensiv waren und teilweise auch am Wochenende erledigt werden musste.

Dadurch blieb kaum Raum für private Aktivitäten. Mit Nachsicht ihrer familiären Situation und beruflichen Position erhielt Frau Nadia für ihr Kind an der Schule die Möglichkeit den Unterricht an der Schule wahrzunehmen.

„Wenn ich an eine schwierige Zeit denke, dann erinnere ich mich an die Homeschooling Zeit, da ich halt in der Pflege arbeite, hatte ich die Möglichkeit sie in die Schule zu schicken und da war sie die einzige, die da Unterricht bekam. Die Großeltern habe ich nicht fragen können, denn zu dem Zeitpunkt war Besuchsbeschränkung. Somit war das hilfreich für mich, dass sie trotzdem halt in die Schule gehen konnte“ (Interview 6, 310-316).“

Aus dem Zitat geht hervor, dass Frau Nadia ohne die Unterstützung der Schule Schwierigkeiten gehabt hätte, ihrer Arbeit weiterhin nachzugehen. Ebenso wurde deutlich, dass viele Teilnehmerinnen, darunter auch Frau Malik, auf die Unterstützung der Großeltern zurückgreifen konnten, um diese nicht versehentlich anzustecken. Es ist jedoch festzustellen, dass im weiteren Verlauf der Pandemie vermehrt alternative Kinderbetreuungsmöglichkeiten genutzt wurden. Dies führte dazu, dass sich auch die Großeltern stärker in die Betreuung von den Kindern eingebrachten. Auch standen in Sonderfällen Betreuungseinrichtungen offen, die von den Befragten jedoch kaum genutzt wurden.

Anfangs dieses Abschnitts wurde erwähnt, dass sich die Prägung der Schwierigkeiten bei des *Double Duty Caregiving* je nach Alter der Kinder unterscheidet. Eltern von Kleinkindern sahen sich vor allem mit der Herausforderung der Kinderbetreuung konfrontiert, während bei Müttern schulpflichtiger Kinder häufig andere Herausforderungen im Zentrum standen.

Die Familien von Clear und Melk hatten die geringsten Probleme bei der Vereinbarung von Double Duty Caregiving. Dies lag daran, dass ihre Kinder bereits etwas älter waren und die Selbstbeschäftigung gewährleistet war.

„... den Auftrag bekommen von unserer Oberin, dass wir möglichst in keine Risikoländer fliegen und auch angeben, wohin wir fliegen. Mein Team war da relativ stimmig, dass wir unser Privatleben aufs Berufsleben anpassen.“ (Interview 2, Z.142-146).

Wie bereits erwähnt, konnte Großteils analysiert werden, dass die Vereinbarungsschwierigkeiten von mütterlichen und beruflichen Verantwortungen

von inner- und außerfamiliären Indikatoren abhängig waren, wie zum Beispiel dem Alter des Kindes, Unterstützung von Großeltern, Freund:innen und Partnern. Im Allgemeinen empfanden die Interviewpartnerinnen die Zeit während des ersten Lockdowns als die größte Problematik in Bezug auf die Kompatibilität von Berufs- und Privatleben. Zu Beginn der Covid-19-Pandemie bestand große Ungewissheit und Unsicherheit hinsichtlich der Ausprägung und des Verlaufs der Coronavirus-Infektion, da zu Beginn keiner wusste, wie lange die Situation anhält. Im Vergleich dazu konnten die Familien während des zweiten Lockdowns die Situation besser einschätzen, Schul- und Betreuungsstätten vermehrt in Anspruch nehmen und wieder zunehmend auf Unterstützungsnetzwerke der Großeltern oder Freund:innen zurückgreifen. Die Öffnung einzelner Betreuungs- und Bildungsstätten wurde von den Familien als besonderer Entlastungsfaktor wahrgenommen, wodurch sich die familiären Abläufe allmählich einspielen konnten.

„Oft habe ich dann auch mal Unterstützung von Freundinnen bekommen, die selber auch Kinder hatten und von den Schwiegereltern natürlich“ (Interview 5, 35-36).

„Die Öffnung der Kindergärten hat die Planung wirklich erleichtert. Jetzt wissen wir, wann die Kinder betreut werden, und das ermöglicht eine flexiblere und langfristige Planung“ (Interview 1, 22-24).

Die Öffnung des Kindergartens ohne Notbetreuung erleichterte die Situation für Frau Julius und ihrer Familie erheblich. Mit den Kindern im Kindergarten konnten sie ihren normalen Alltag wiederaufnehmen.

Es zeigt sich, dass die Erfahrungen und Herausforderungen während der Pandemiezeit vielfältig waren und von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren beeinflusst wurden. Dazu zählten die Partnerschaft, das Vorhandensein sozialer Unterstützung, das Alter der Kinder und Veränderungen in der Familiendynamik. Die verschiedenen Phasen der Pandemie brachten jeweils spezifische Herausforderungen mit sich, die von anfänglicher Unsicherheit bis hin zu einer gewissen Routine und Anpassung im späteren Verlauf reichten.

Es zeigt sich, dass Frau Julius während des zweiten Lockdowns langsam wieder in ihre alltägliche Routine zurückfand. Die Etablierung einer gewissen Tagesroutine erleichterte die Organisation von Beruf- und Privatleben. Während dem Beginn der

Covid-19-Pandemie konnte niemand die Auswirkungen abschätzen und inwieweit sich ihre Ausprägung auf die von Frauen geleistete *Care*-Arbeit auswirkt.

Im Herbst 2020 konnten die Frauen ungefähr einschätzen, worauf sie sich einstellen mussten und wie sie die Rolle als *Double Duty Caregiver* abstimmen konnten. Insbesondere im Hinblick auf die Selbstständigkeit der Kinder entwickelte sich eine gewisse Struktur und sie gewannen ein besseres Verständnis zu der Situation.

Bei den Interviews wurde deutlich, dass Frau Nadia den zweiten Lockdowns als deutlich stressiger empfand als den Beginn der Pandemie, insbesondere in Bezug auf die Organisation der Betreuung. Dies wurde durch verschiedene Lebenssituationen begünstigt, darunter ihre Hauptverantwortung als alleinerziehende Mutter während der Schichtarbeit und die gesetzlich festgelegten Besuchsbeschränkungen. Die unterschiedlichen Wünsche ihres Kindes und dem jungen Alter. Rückblickend beschrieb Frau Nadia diesen Zeitraum wie folgt:

„Ich hatte nicht wirklich jemanden, der mich unterstützt hätte. Wenn das mit dem Kindergarten im Krankenhaus nicht funktioniert hätte, wäre ich sicher aufgeschmissen gewesen. Alleine ist es schon schwieriger“ (Interview 7, 231-233)

Dennoch lässt sich vermerken, dass die meisten der Interviewpartnerinnen den Beginn der Covid-19-Pandemie als stressig in Bezug auf die Rolle als *Double Duty Caregiver* empfand. In der kleinen Familie sowie im Stationären Setting. Die damit verbundenen Regelungen bereiteten den Befragten Probleme.

„Das, was wir schwierig empfunden hatte war, dass wir es nicht vorausschauen konnten“ (Interview 4, Z.116-117).

4.2.1 Spannungsfelder beruflicher Care-Arbeit

Neben den familiären Umstrukturierungen, die die Pandemie auslöste, erfuhren die Befragten auch berufliche Veränderungen aufgrund ihrer systemrelevanten Tätigkeit als Pflegepersonen. Anders als die Partner der Interviewteilerinnen hatten diese keine Möglichkeit zum Homeoffice und waren daher weiterhin dazu verpflichtet, ihre Arbeit vor Ort zu verrichten. Obwohl sie trotz Anwesenheitspflicht ihre *Care*-Arbeit nicht vernachlässigen konnten, berichteten die Frauen von einem höheren Haushaltsaufwand im Vergleich zu ihren Partnern. Diese Situation führte

dazu, dass sie hautnah von allen pandemiebedingten Veränderungen in ihrem Arbeitsumfeld betroffen waren.

Im vorliegenden Ergebniskapitel sind insgesamt fünf Pflegepersonen vertreten, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten direkt an der Betreuung von an Covid-19 erkrankten Patienten beteiligt waren. Bei den fünf Teilnehmerinnen wurden Veränderungen in den Arbeitsabläufen festgestellt, wobei bisherige Standardtätigkeiten wie unbeschränkte Besuchszeit oder ausführlichere Interaktionen mit Angehörigen und Patient:innen wegfielen. Darüber hinaus sahen sie sich mit neuen und unbekannten Symptombildern konfrontiert, deren Auswirkungen und Verläufe zu Beginn ungewiss waren. Eine bedeutende und belastende Veränderung im beruflichen Umfeld ergab sich durch den mangelnden direkten Kontakt mit Patient:innen und Angehörigen. Vor Beginn der Pandemie befanden sich überwiegend Patient:innen auf der Station von Frau Pett, die ansprechbar waren. Auch der Umgang mit den Kolleg:innen hatte sich reduziert. Laut den Aussagen wurde erfasst, dass typische Traditionen wie das gemeinsame Mittagessen oder Kaffeepausen im Sozialraum weggefallen waren.

„Ganz sicher, es waren definitiv andere Symptome, weil es andere Patienten zu betreuen gab und es wurden wesentlich mehr technische Geräte verwendet. Während der Corona-Pandemie standen viele interdisziplinäre Aspekte im Vordergrund, insbesondere während die meisten Patienten entweder tief schliefen oder einen Großteil ihrer Zeit im Tiefschlaf verbrachten. In dieser Zeit rückten andere Prioritäten in den Fokus, insbesondere die Überwachung der Geräte und die Durchführung zahlreicher Infusionstherapien“ (Interview 5, Z.107-114)

„Im Vergleich zur vorherigen Routine war der signifikante Unterschied, dass aufgrund der Tatsache, dass die Patienten ansprechbar waren, eine stärkere Beziehung zu ihnen aufgebaut wurde, trotz aller Professionalität.“ (Interview 8, Z.165-168)

Frau Clear berichtete außerdem von der oft raschen Verschlechterung des Gesundheitszustands von Patient:innen mit an Covidvirus Erkrankten, welcher den Personen häufig nicht sofort bewusst wurde, sowie von der Zunahme der Todesfälle

auf der Station seit Beginn der Covid-19-Pandemie, was zu mehr psychischer Belastung führte. Gleichzeitig wurde die arbeitsreiche Situation durch die Covid-19-Pandemie als fesselnde Belastung empfunden, die Raum für neue Erfahrungen und Wissensgewinne schuf. Neben den genannten Veränderungen wurde auch die Zeit im Patient:innenzimmer reduziert, um das Risiko einer Ansteckung zu minimieren. So wurde der Patient:innen Kontakt noch weniger, die Interviewpartnerinnen berichteten über eine gegenseitige „Ansteckungsangst“. Eine weitere Veränderung auf der Station von Frau Clear bestand in einer Pflegepersonalaufstockung während der Nachtdienste:

„Definitiv hat sich etwas verändert. Außerdem fällt auf, dass im Nachtdienst jetzt mehr Personal zur Verfügung steht. Früher waren wir drei Pflegenden für bis zu acht Patienten im Nachtdienst, aber jetzt sind wir vier Pfleger bei gleichem Patientenstand.“ (Interview 2, Z.66-69)

Während der Pandemie wurden einige Intensivstationen in separate Covid- und Non-Covid-Stationen aufgeteilt. Dies führte dazu, dass Pflegepersonal häufiger in anderen Stationen eingesetzt wurde.

„Ich erinnere mich daran, als ich in den Nachtdienst kam, wurde mir mitgeteilt, dass sie oben zusätzliche Kollegen benötigen und plötzlich stand ich auf der Covid-Station.“ (Interview 8, Z.97-99)

Eine weitere Neuerung umfasste regelmäßige und strikte Tests für Pflegepersonal, Patient:innen und Angehörige, was häufig zu Ausfällen innerhalb des Kollegiums führte. Auch die Interviewpartnerinnen, die nicht für die Behandlung von Patient:innen mit einer Covidvirus Erkrankung zuständig waren, erlebten pandemiebedingte Veränderungen. Auf diesen Stationen gab es ebenfalls regelmäßige Testungen von Pflegepersonen und Patient:innen, die zu möglichen Personalausfällen und Verschiebungen von Operationen führten. Die Pflegepersonen waren gezwungen, strengen Vorschriften nachzugehen, um das Risiko einer Ansteckung zu minimieren, insbesondere weil sich die behandelten Patient:innen in einer vulnerablen und isolierten Situation befanden. Die Interviewpartnerinnen bedauerten, dass die Angehörigen-Besuche massiv

vermindert oder sogar ganz untersagt wurden. In Bezug auf ihre allgemeine berufliche Tätigkeit änderte sich jedoch nicht besonders viel.

Pflegealltag insgesamt

Die Gespräche ergaben, dass die Schichtarbeit, selbst ohne den Einfluss der Pandemie, insbesondere für weibliche Pflegepersonen in Partnerschaft eine Erleichterung darstellte. Wie zuvor erwähnt, wirkte sich auch die flexible Dienstplaneinteilung und die Rücksichtnahme der Kolleg:innen positiv auf die subjektive Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aus. Die langen Arbeitsstunden wurden hier als positiv bewertet, da sie zu mehr freien Tagen führten.

*„Ich war immer davon überzeugt, dass das Schichtsystem gut funktioniert für Frauen, weil man kann auf einen Schlag ganz viel Stunden abhaken.“
(Interview 5, Z.45-47)*

„... welche Personen es absolut nicht funktioniert - für alle Alleinerzieherinnen. Also das muss also ich weiß nicht, wie die das Handhaben.“ (Interview 3, Z.49-50)

*„Aber ich dachte. Für mich ist es super! Auf einen Schlag. Viele Dienste.“
(Interview 2, Z.51)*

Wie aus den Zitaten herausgelesen werden kann, lässt sich durch die Schichtarbeit die Vereinbarung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit leichter organisieren.

4.2.2 Spannungsfelder privater Care-Arbeit

Zu der Thematik „private Lebensumstände und Care-Arbeit“ im Interviewleitfaden, wurde die Frage „Welche privaten Care-Tätigkeiten übernehmen Sie, können Sie mir von Ihrem Ablauf erzählen und alles, was darunterfällt oder mitwirkt?“ gestellt. Die Interviewteilnehmerinnen gingen hier auf die Alltagstätigkeiten und Tagesstrukturen oder Abendstrukturen ein. Durch die Interviewpartnerinnen wurden Beispiele genannt, vor der Covid-19-Pandemie sowie Alltagbeispiele vor und nach der Pandemie Zeit.

Während der jeweils durchgeführten Interviews und im Anschluss daran nach der Auswertung über die unterschiedlichen Gespräche hinweg zeigte sich, dass die Frauen einen hohen Stellenwert darauflegten, während des Lockdowns eine

gewisse Struktur in ihren Alltag zu integrieren. Vor allem das Bedürfnis der Mütter, ihren Kindern in dieser bereits unsicheren Zeit ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und sicherzustellen, dass die Kinder auch während des Lockdowns Unternehmungen hatten. Durch den Wegfall von sozialem persönlichem Austausch und die Schließung von Einrichtungen wie Gemeinschaftsgärten verringerten sich gleichzeitig einige Möglichkeiten für Aktivitäten und Beschäftigungen. Daher setzten die Frauen sich intensiv dafür ein, alternative Aktivitäten für ihre Kinder zu finden. Die Bedeutung der Bereitstellung ausreichender räumlicher Ressourcen und des Zugangs zu frischer Luft wurde in diesem Zusammenhang betont.

„Naja... man bemüht sich, weißt du? Sie hat es geliebt zum Spielplatz zu gehen und mit ihren Kindergarten-Freunden zu spielen. Oder, ja wenn sie bei Ihnen daheim zum Spielen war. Als das weg war, war das schon schwierig. Sie ist laut und aktiv, möchte spielen und in der kleinen Wohnung. Ja oder wenn ich davor Dienst hatte, das war schon anstrengend. Da hatte ich das Gefühl, dass in der Arbeit viel Trubel los ist und zuhause auch.“ (Interview 6, Z.33-38)

Dieses Zitat verdeutlicht die erhebliche Bedeutung einer großzügigen Wohnung und dem Zugang zur Natur. Frau Melk berichtete, dass sie während des ersten Lockdowns viel Zeit mit ihrem Sohn im Garten verbrachte. Sie kauften eine Schaukel für den Garten, um so viele Tage wie möglich im Freien zu verbringen und ihrem Kind zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten. Einige Interviewpartnerinnen hoben ebenfalls hervor, dass sie während der Lockdowns regelmäßig kurze Spaziergänge unternahmen. Frau Samir nutzte besonders das schöne Wetter während des ersten Lockdowns in Österreich, um mit ihrem Kind viel Zeit im Freien zu verbringen.

„Durch den Lockdown bot sich für uns die Gelegenheit, viel Zeit miteinander zu verbringen. Ich war mit den Kindern unterwegs und hatte das Glück, dass wir in einer drei Zimmer Wohnung lebten. Unser Sohn ist mittlerweile drei und es war herausfordernd, weil der Platz begrenzt ist.“ (Interview 5, Z.21-24)

„Weil mein Mann oft von zuhause hat arbeiten können, war das mit der Kinderbetreuung leichter. Er war quasi immer da. Ich hatte das Gefühl, dass

es den zweien auch beim Bonding geholfen. Während ich im Tagdienst war, sind sie oft an die Natur.“ (Interview 4, Z.18-22)

Die Zitate verdeutlichen unter anderem, dass die Frauen versuchten während ihrer Freizeit nicht viel zuhause zu sein, sondern in der Natur viel unternommen wurde. Es zeigte sich wie bedeutend es war, eine Struktur zu finden und aufrechtzuerhalten. Die Tagesabläufe der verschiedenen Familien verdeutlichten, dass großer Wert auf bestimmte Routine während des Lockdowns gelegt wurde. Es wurde festgestellt, dass einige Familien versuchten, auch während des *Homeschoolings* an den zeitlichen Schulabläufen festzuhalten. Daher war die Bemühung, eine Alltagsstruktur zu finden, auch in den privaten Abläufen erkennbar. Die Familie von Frau Samir hatte bereits vor Beginn des Lockdowns großen Wert auf innerfamiliäre Strukturen und Rituale gelegt, und daher hielten sie auch während des Lockdowns daran fest. Die Partner waren laut dem Interview in einer unterstützenden Funktion und bei Absprache durchführenden. Die Koordination wurde von den Frauen gemanagt:

„... ich haben versucht, die Kontrolle beizubehalten oder an die Schulstruktur anzupassen. Da mein Mann Homeoffice hatte, ist das auch gegangen, dass er mich unterstützt.“ (Interview 8, Z.23-25).

„... Sowas geht halt nur wenn einer nicht im Schichtdienst ist“ (Interview 5, Z.23).

Die Einführung regelmäßiger familiärer Abläufe wurde auch während des Interviews mit Frau Nadia deutlich, als sie erklärte, dass die Familie eine *„genaue Routine“* verfolgte, um den Kindern eine gewisse Struktur zu bieten. Nadia war vor dem Einstieg noch ein halbes Jahr in Karenz und nach der Karenz ging sie in Elternteilzeit.

„Also, wir haben morgens gesungen und gespielt, mittags ferngesehen und nachmittags gebastelt. Es war ein sehr strukturierter Tag, um sicherzustellen, dass wir uns nicht in die Haare kriegen. Ich war in der Zeit in der Karenz und mein Mann hat überhaupt von daheim gearbeitet. Das war praktisch für unsere Abläufe“ (Interview 7, Z.23)

Die Organisation des Alltags wies individuelle Unterschiede auf, je nach dem Alter der Kinder. In Familien mit jüngeren Kindern wurde häufig ritualisierte Morgen- und

Abendroutine beobachtet. Frau Pett erwähnte, dass es feste Essenszeiten gab und die Kinder unter der Woche zur gleichen Zeit aufstanden, als ob sie in den Kindergarten gehen würden. Anschließend folgte das Morgenritual mit Waschen, Zähneputzen und Frühstück. Die Betreuung der Kinder wurde zwischen den Eltern aufgeteilt und entsprechend den Arbeitszeiten des anderen koordiniert. Auch für Frau Malik Familie war eine strukturierte Tagesplanung während des Lockdowns von großer Bedeutung.

„In unserer Familie haben wir eine feste Morgenroutine. Es gibt eine bestimmte Zeit, zu der wir aufstehen. Das hat einen positiven Einfluss auf unser Kind, da es von einer klaren Routine profitiert. Dann folgt die Zeit im Kindergarten und am Nachmittag gestaltet sich der Ablauf ebenfalls gleichbleibend. Es gibt feste Zeiten für das Schlafengehen, das Baden, das Anziehen des Pyjamas und das Vorlesen eines Buches, bevor es ins Bett geht. Diese Routine hat sich bei uns eingespielt, und wir halten daran fest. Natürlich ist nicht jeder Tag genau gleich, aber unser Kind empfindet die klare Struktur als wichtig. Ja und meistens hab ich das g'macht.“ (Interview 6, Z.41-49)

Bei den Frauen mit schulpflichtigen Kindern gestaltete sich die Kinderbeschäftigung aufgrund der altersbedingten Selbstständigkeit differenzierter. Trotzdem wurde darauf geachtet, den Kindern durch gemeinschaftliche Aktivitäten eine gewisse Routine zu bieten. Spaziergängen und gemeinsames Essen standen im Mittelpunkt und es wurde aktiv nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb der Familie gesucht. Dazu gehörten beispielsweise gemeinsame Gesellschaftsspielzeiten. An der letzten Aussage fällt auf, dass die Organisation dieser Arbeit eher von Frau Malik ausgeht.

Die Einschränkung sozialer Kontakte führte dazu, dass Familien während des Lockdowns stärker auf die eigenen vier Wände beschränkt waren. Trotzdem wurde die vermehrte Familienzeit, besonders zu Beginn der Covid-19-Pandemie, positiv empfunden. Der bedeutendste Einfluss auf die Familien Lebenssituation während des Lockdowns lag nicht nur in der Beschränkung von Sozialkontakten, sondern auch im gemeinsamen Einnehmen der Mittagsmahlzeiten und im vermehrten Medienkonsum. Frau Malik berichtete beispielsweise von einer Verschiebung der Fernsehgewohnheiten:

„Die Fernsehzeiten haben sich schon ein wenig verändert, wir haben begonnen, als Familie Filme anzuschauen. Das war zuvor eigentlich kein Thema. Wir haben sogar einen Streaming-Dienst hinzugenommen, um mehr Auswahl zu haben.“ (Interview 6, Z.23-26)

Die meisten Teilnehmerinnen erzählten, sie griffen wieder vermehrt auf die zu diesem Zeitpunkt geöffneten Kinderbetreuungsstätten zurück. Allerdings litten während des zweiten Lockdowns einige Familien verstärkt unter der Beschränkung ihrer sozialen Kontakte.

Generell wurde festgestellt, dass die Interviewpartnerinnen, während der ersten beiden Lockdowns altersabhängig unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickelten. Konstant war festzustellen, dass die Frauen sich sehr darum bemühten, ihren Kindern einen möglichst strukturierten und routinierten Alltag zu gewährleisten.

Unbezahlte Care-Arbeit insgesamt

Die Interviews verdeutlichen, dass die interviewten Frauen großen Wert auf eine geordnete Struktur und eine enge Bindung zur Familie legen. Eine zentrale Erkenntnis aus den Gesprächen ist, dass die Rücksichtnahme seitens der Arbeitgeber:innen sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss haben kann.

Sie betonten die Wichtigkeit einer klaren Routine und einer stabilen familiären Atmosphäre, um sowohl berufliche als auch persönliche Lebenssituationen bewältigen zu können. Diese Struktur bietet den Frauen nicht nur einen Rahmen, um ihren Alltag zu organisieren, sondern dient auch als Quelle von Stabilität und Unterstützung.

Des Weiteren wurde in den Interviews deutlich, dass die Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers eine entscheidende Rolle auf die Lebenssituation und die Zufriedenheit der Frauen am Arbeitsplatz spielt. Wenn Arbeitgeber Verständnis für familiäre Verpflichtungen zeigen und flexible Arbeitsbedingungen ermöglichen, kann dies eine positive Wirkung auf das Arbeitsumfeld haben. Die Frauen fühlten sich in solchen Fällen oft unterstützt und geschätzt, was sich positiv auf die

berufliche Bindung und Motivation auswirkte. Allerdings wurde auch betont, dass mangelnde Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers negative Auswirkungen haben kann. Wenn beispielsweise Arbeitszeiten und -bedingungen nicht mit den familiären Verpflichtungen vereinbar sind, kann dies zu Stress, Unzufriedenheit und Konflikten führen. In solchen Fällen empfanden die Frauen oft eine hohe Belastung und sahen sich gezwungen, einen Spagat zwischen Beruf und Familie zu bewältigen, was ihre Lebensqualität beeinträchtigte.

„Schwierig ist zu organisieren: „Wer holt die Kinder ab, wenn ich einen langen Dienst hab?“, es ist einmal Montag und einmal Mittwoch, dann wird man angerufen, den ganzen Dienst tauschen oder „kannst du einspringen?“ und dann bricht dieses System zusammen“ (Interview 2, Z.56-58)

„Wenn man nicht einen Partner oder eine Partnerin hat, die ultraflexibel ist, was in unserer Konstruktion einfach nicht gegangen ist und dann hab ich halt zufällig diese Ausschreibung gesehen für diese wissenschaftliche Stelle und hab halt angenommen. Ich verdiene wesentlich, wesentlich weniger, aber ich hab den Benefit, dass ich halt jederzeit kommen und gehen kann.“ (Interview 3, Z.57-62)

Im Falle von Frau Dami hatte sie sich aufgrund fehlender Rücksichtnahme und Verständnis ihrer Situation entschieden in einer anderen Richtung in der Pflege zu gehen. Sie hat sich für einen Beruf entschieden, der mehr Flexibilität und Rücksichtnahme für die Kinderbetreuung ermöglicht.

4.3 Motivationen

Die Motivation der Interviewpartnerinnen, sich in der Care-Arbeit ihrer Nächsten zu engagieren, war eng mit den dargelegten Erwartungen verknüpft. Neben der bereits erwähnten Verantwortung der Sozialisierung als Frauen wurden zwei Hauptgründe für die Übernahme der Pflege identifiziert. Ein tief empfundener persönlicher Wunsch, diese Aufgabe aus Zuneigung für die betroffene(n) Person(en) zu übernehmen, wurde von den Befragten als selbstverständlich und normal betrachtet. Insbesondere bei der Mehrarbeit von den eigenen Kindern wurde das Prinzip der Reziprozität betont. Die Interviewpartnerinnen äußerten den Wunsch, etwas von dem zurückzugeben, was sie selbst von der Welt erhalten haben, insbesondere durch die Pflege ihrer Eltern. Darüber hinaus war das Gefühl einer

persönlichen Verpflichtung ein weiterer Hauptgrund für die Übernahme der Care-Arbeit.

„Ich werde immer für dich da sein.“ (Interview 8, Z.20)

„Ja also, unter Care-Arbeit fällt sowas nicht nur „meine Kinder betreuen“, sondern auch der kranke Schwiegerpapa und ich habs halt versprochen, aber es ist schwierig, es ist sehr schwierig alles in einem ... ich komme nie wirklich aus der Pflege heraus.“ (Interview 1, Z.62-66)

Trotz anfänglicher Bedenken hinsichtlich der Realisierbarkeit des früher gegebenen Versprechens erwies sich dieses als stärkste Triebfeder, sich trotz aller Hindernisse für die Versorgung des Schwiegervaters im privaten Umfeld einzusetzen

Die Übernahme der Pflege einer nahestehenden Person erfolgte in den meisten Fällen von den Interviewpartnerinnen, ohne zu zögern und aus eigenem Antrieb, da sie sich moralisch dazu verpflichtet fühlten. Dies deutet auf eine ausgeprägte innere Motivation hin. Gezielte Anfragen seitens der betroffenen Person, Freund:innen oder ihrer Familienmitglieder verstärkten diese grundlegende Bereitschaft positiv. Die Analyse der Entstehungsgeschichten verdeutlichte die Vielschichtigkeit der Einflussfaktoren, mit denen sich die Interviewpartnerinnen konfrontiert sahen und die ihre Entscheidung, die Pflege ihrer Angehörigen zu übernehmen, beeinflussten. Im folgenden Abschnitt werden die weiteren Ergebnisse zu *Double Duty Caregiving* näher erläutert.

„Auch meine Freunde, also es ist irgendwo meine Pflicht, aber ich, ich hab's ja auch so gern, dass ich sage, ich mach das gerne für sie. Ich würde auch lügen, wenn ich sage, es nimmt nicht Kraft in Anspruch immer ihre Fragen zu beantworten or what ever.“ (Interview 1, Z.36-39)

4.3.1 Erwartungen und Rollen: caring for all

“Nurses are always here, there, and everywhere.” (Newland, 2020)

Die Interviewpartnerinnen standen vor einer Vielzahl von unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Erwartungen. Diese kamen sowohl von der *Cared*-Person, anderen Familienmitgliedern, Freund:innen oder beteiligten professionellen Kolleg:innen vom Fach als auch von sich selbst. Es war allen Beteiligten eindeutig und klar: Die weibliche Pflegeperson spielt eine zentrale Rolle in der Versorgung der *Cared*-Person, im ganzen sozialen Umfeld. Sie wurde um Unterstützung in

Gesundheitsfragen gebeten und man erwartete von ihr sowohl Rat als auch praktische Hilfe, wie es beispielhaft in der Aussage von Samir zum Ausdruck kommt:

„Weil ich Schwester bin, ist für alle selbstverständlich, dass ich die Ansprechperson bin.“ (Interview 8, Z.32-33)

„Und es ist ihnen klar, dass ich es mache, weil ich bin ja die Expertin.“ (Interview 2, Z.37)

Die Bandbreite der Erwartungen, die an die Pflegepersonen gestellt wurden, sowie die spezifischen Details variierten stark je nach Kontext. *Cared*-Personen äußerten insbesondere den Bedarf an verständlichen Erklärungen, vertiefenden Informationen, Beratung und Unterstützung bei Entscheidungen. Des Weiteren erwarteten sie, dass die Interviewpartnerinnen sie zu ärztlichen Terminen oder anderen Untersuchungen begleiten würden, um ihnen beizustehen und ihre Interessen zu vertreten. Der Schwiegervater von Frau Julius hatte auch die Erwartung, dass sie die häusliche Pflege übernehmen sollten.

Dabei wurden teilweise auch geschlechtsspezifische Erwartungen deutlich, die sich mit den fachlichen Anforderungen überschneiden:

„Ich hab´ die Verantwortung zu übernehmen - als Mutter, Partnerin, Freundin, Tochter ... Oder halt in der Arbeit - als „die Schwester.“ (Interview 8, Z.29-30)

„weil ich kann das eh besser als (Name des Gatten) weil ich das Dirndl bin.“ (Interview 1, Z.223)

Es wurde jedoch auch deutlich, dass einige *Cared*-Personen ihren Hilfebedarf herunterspielten und sich gegen Unterstützungsangebote wehrten, in der Erwartung, dann in Ruhe gelassen zu werden. Die Interviewpartnerinnen konnten diesem Wunsch oft nicht nachkommen, wenn sie fachlich überzeugt waren, dass Maßnahmen erforderlich waren. Erwartungen wurden nicht immer offen kommuniziert. Gelegentlich wurde davon ausgegangen, dass die Pflegepersonen als Nahestehende und aus der Profession heraus bereits spüren würden, was von ihnen erwartet wurde, wie Frau Samir berichtete:

„Alles wissen tu ich nicht. Ich muss jede Frage beantworten können.“ (Interview 8, Z.210)

Der Umgang mit unausgesprochenen Erwartungen erwies sich für die Befragten als herausfordernd und konfliktreich, da dies oft zu Missverständnissen und

Enttäuschungen führte, die die zwischenmenschlichen Beziehungen belasteten. Es wurde häufig Frustration bei den Befragten bemerkt, beispielsweise wenn die betreute Person um Ratschläge bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens bat, diese jedoch entweder nicht umsetzte oder nicht dauerhaft befolgte.

Auch vom weiteren sozialen Umfeld wurden bestimmte Erwartungen geäußert, darunter die Bereitstellung von Informationen und Erläuterungen zu Hintergründen sowie fachlich fundierte Einschätzungen der Situation und Vorschläge für das weitere Vorgehen.

Die Interviewpartnerinnen berichteten, dass berufstätige Pflegepersonen, die in die Care-Arbeit involviert waren, je nach Kontext und Person unterschiedliche Erwartungen an sie hatten. Ich stellte während der Analyse fest, dass es unterschiedliche Betriebskulturen in den Institutionen gab, insbesondere im Umgang mit *Double Duty Caregiver*, die auch Mütter sind. Das Verhalten der Einzelpersonen spielte dabei eine entscheidende Rolle. Wichtig war für die Pflegepersonen das Auftreten der anderen Akteure in der direkten Interaktion. Je nach Wissen über die beruflichen Qualifikationen der Pflegepersonen wurden sie entweder zur Verfügung gestellt, um kollegial und arbeitsteilig zusammenzuarbeiten, oder sie sollten möglichst ihr Privatleben im Hintergrund behalten, um die Abläufe nicht zu stören. Dies reichte von einer willkommenen partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe bis hin zum Eindruck, dass sie als *Double Duty Caregiver* mit mütterlichen Verantwortungen nicht wahrgenommen oder sogar aktiv ignoriert und ausgegrenzt wurden. Des Weiteren wurde die Eigenerwartung wie im folgenden Zitat kristallisiert:

„Dass man als Frau einen eigenen Beruf hat und selbstständig ist und auch dass die Pflege kein schlechter Beruf ist für Frauen. Dass es viele Möglichkeiten gibt, wenn man diesen Beruf wählt oder es viel Entwicklungspotential gibt und dass es unabhängig davon ist, ob man Juristin ist oder Pflegeperson.“ (Interview 3, Z.312-315)

Die Interviewpartnerinnen betrachteten das Thema "Verantwortung übernehmen" als zentral. Sie sahen es als ihre Aufgabe an, sich um die Cared-Person zu beraten, begleiten oder kümmern und für deren bestmögliche Situation und Sicherheit zu sorgen. Dies umfasste das angemessene Einschätzen der Situation, das Initiieren und Einleiten von notwendigen Maßnahmen sowie die Begleitung bei medizinischen

Untersuchungen. Zudem war es ihnen wichtig, die Cared-Person vor Schaden zu bewahren, indem sie sicher durch das Gesundheitssystem navigierten. Einige betonten auch die grundlegende Verantwortung zur Selbstsorge, um langfristig sowohl privat als auch beruflich Care-Arbeit leisten zu können.

„... bei dem Ganzen darf ich mich nicht vergessen und meine eigene kleine Familie.“ (Interview 8, Z.223)

4.3.2 Hauptverantwortung

Die Aufgaben der Kinderbetreuung, Hausarbeit und andere unbezahlte Care-Arbeit in traditionellen Familien mit heterosexueller Partnerschaft werden in den meisten Fällen von Frauen übernommen. Diese Realität führt dazu, dass Frauen, insbesondere Mütter, oft weniger Ressourcen als Männer haben, um beruflich voranzukommen. Diese Situation hat unmittelbare Auswirkungen, denn trotz ihrer Liebe für die Familie und eigenen Kinder vernachlässigen die meisten Frauen oft ihre Selbstfürsorge. Dies führt häufig zu Gefühlen der Überlastung, Überforderung, Selbstzweifel und alltäglichem Frust.

„Irgendwann hat er sich so angefühlt, als wäre es nie genug.“ (Interview 4, Z.54)

„Wenn ich jetzt in der Arbeit gewesen bin, dachte ich mir ich würde gerne mehr bei den Kindern sein und wenn ich bei den Kindern gewesen bin, dachte ich mir: wie könnte ich karrieremäßig vorankommen?“ (Interview 6, Z.59-62)

„Mein Ex und ich sind ja geschieden und obwohl ich weniger verdient hatte als er und in einer höher belassenden Arbeit war, war ich trotzdem die Hauptmanagerin zu Hause.“ (Interview 7, Z.198-200)

„... mein Mann hilft mir halt am meisten.“ (Interview 7, Z.213)

Care-Arbeit, ein essenzieller Bestandteil der Gesellschaft, umfasst sowohl bezahlte als auch unbezahlte Fürsorgearbeit für andere Menschen. Die interviewten Frauen spielen dabei eine maßgebliche Rolle, indem sie diese Arbeit sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich leisten. Care-Berufe wie Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderbetreuung und Begleitung pflegebedürftiger Erwachsener werden häufig von *Double Duty Caregiver* ausgeübt, oft in Teilzeit und zu niedrigeren Löhnen im Vergleich zu anderen Berufsfeldern. Diese Tätigkeiten sind nicht nur

entscheidend für das Wohlergehen der betreuten Personen, sondern prägen auch das soziale Gefüge und die Funktionalität der Gesellschaft als Ganzes.

Die Vielfalt der Aufgaben im Rahmen der Care-Arbeit ist groß und reicht von der Kinderbetreuung über die Organisation von Arztterminen bis hin zur Unterstützung bei Hausaufgaben. Darüber hinaus umfasst sie die Planung und Durchführung von Familienaktivitäten sowie die Betreuung älterer Familienmitglieder. Diese breite Palette an Verantwortlichkeiten zeigt, dass Care-Arbeit weit mehr ist als nur eine Reihe von beruflichen Aufgaben. Sie ist eine grundlegende Form der zwischenmenschlichen Fürsorge und trägt maßgeblich zum Funktionieren und Wohlbefinden der Gesellschaft bei.

„Ein Ausschnitt aus meinem Alltag: geh schon vom Kochen, Hausübungen für Kinder, die Großeltern anrufen, zu Arztterminen begleiten oder auch für die Kinder organisieren, es ist einfach ganz viel, wo ich ja (äh) die Person bin, die das organisiert“ (Interview 8, Z.202-204)

„Ich bin schon die Hauptverantwortliche in der Arbeit und zu Hause auch, auch wenn mich mein Mann unterstütz.“ (Interview 3, Z.104-105)

4.4 Herausfordernde Lebensumstände

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den herausfordernden Lebensumständen dargestellt. Im Laufe der Forschung wurde deutlich, dass die Frauen unterschiedlich stark von Herausforderungen betroffen waren, abhängig von inneren und äußeren Faktoren. Ebenso zeigte sich, dass die Absicherung der Kinderbetreuung für die Mehrheit der Befragten die größte Herausforderung darstellte. Eine positive Erfahrung war der Zusammenhalt im Dienst, der sie stärkte, da viele Kollegen ähnliche Sorgen teilten. Es entstand ein spürbares Verständnis füreinander, wenn jemand zu Hause bleiben musste.

Um sicherzustellen, dass die Arbeit fortgesetzt werden konnte, waren die Eltern stets bemüht, den familiären Alltag aufrechtzuerhalten. Die Strukturaufrechterhaltung diente als Kompensationsfunktion, um den Kindern Sicherheit zu bieten und Nachtdienste bestmöglich zu bewältigen. Folgende These wurde entwickelt, dass das Kindesalter, der Familienstand, die Flexibilität bei der Arbeitseinteilung, das Verständnis der Kolleg:innen, die Möglichkeit zur

Bewältigung von Kinderbetreuung und Schichtarbeit beeinflussten, wie die Befragten mit den Herausforderungen der beruflichen Pflegetätigkeit umgingen. In diesem Zusammenhang wurden drei Schlüsselkategorien identifiziert, die diese Annahme bestätigen. Dieses Kapitel gibt Einblick in diese vier Erkenntnisse.

Kinderbetreuung als Haupt-Herausforderung

Die zentrale Erkenntnis der vorliegenden Forschung liegt in der herausragenden Herausforderung, die die Sicherstellung der Kinderbetreuung für die befragten Familien darstellte. Diese Problematik traf besonders die Eltern, die gleichzeitig ihre beruflichen Verpflichtungen aufrechterhalten mussten. Die Gewährleistung der Kinderbetreuung wurde zur zentralen Achse, um die Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit aufrechtzuerhalten. Frau Nadia betonte, dass der Zusammenhalt im Dienst in dieser Phase intensiver wurde. Der Austausch von ähnlichen Sorgen schuf eine gesteigerte gegenseitige Unterstützung und ein tieferes Verständnis unter den Kolleg:innen.

„dann muss ich halt auf meine Mutter zurückgreifen.“ (Interview 3, Z.215).

„meine Schwester, die hat selbst keine Kinder und meine Mutter.“ (Interview 4, Z.219)

In dem untersuchten Kontext wurde deutlich, dass es zwar in den meisten Krankenhäusern einen eigenen Kindergarten gab, jedoch schien dieser keine praktische Option für die Interviewpartnerin zu sein. Es wurde angemerkt, dass ihr nie jemand angeboten hätte, ihre Kinder in diesen Kindergarten zu bringen und auch keine Information dazu erhalten hatte. Die Interviewpartnerin empfand es als ironisch, dass kurz bevor sie die Einrichtung verließ, eine Stellenausschreibung veröffentlicht wurde, die die Einführung einer Ansprechperson für Familien und Kinder auf jeder Station vorsah. Sie bezweifelte jedoch, dass eine solche Person je vorhanden war oder ihre Funktion wahrgenommen hatte. Dies legt nahe, dass obwohl die Existenz von Unterstützungsstrukturen für Familien beworben wurde, diese möglicherweise nicht aktiv gelebt oder den Mitarbeitern mitgeteilt wurden.

„Es gäbe einen Kindergarten, aber der war nicht. Also es hätte mir nie jemand angeboten, dass ich meine Kinder dort hingebe, ich weiß nicht, wer seine Kinder hinbringen kann? Ich glaub Verwaltungsangestellte, die Ihre Kinder dort hingeben. Was ich total höhnisch fand, war, dass, kurz bevor ich

gegangen bin, es einer Ausschreibung für eine Stelle, wo geworden wurde, dass es auf jeder Station eine Ansprechperson für Familie und Kinder gab. Und die quasi, also ich weiß nicht, dass deren Idee gewesen wäre, ich habe sie nie erlebt. Es hat mir nie jemand gesagt. Also es ist irgendwie... man wirbt damit, aber es wird nicht gelebt oder es wird keinem gesagt, he, das gibt's das.“ (Interview 4, Z.169-176)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sicherung und Planung der Betreuung die größte Schwierigkeit für die befragten *Double Duty Caregiver* darstellten.

Strukturaufrechterhaltung als Kompensation

Die Frauen zeigten einen ausgeprägten Willen, den beruflichen und familiären Alltag zu erhalten oder zügig eine neue Struktur zu finden, um eine gewisse Normalität im Team zu integrieren. Diese Bemühungen dienten als Kompensationsfunktion, um dem sozialen Kreis Stabilität zu vermitteln und die schwierigen Lebensumstände des Pflegedienstes bestmöglich zu bewältigen. In einem Interview wurde erwähnt, wie eine Kollegin, die nur wenige Stunden auf der Station arbeitet, sich an den meisten Routinen schnell angepasst hatte, unabhängig von der Stationsstruktur.

„Sie hat 15 Stunden gearbeitet in der Woche. Und das war die Hobbyschwester, weil die ja nie da und irgendwie das war dann auch irgendwie. So, das war die am glücklichsten und zufriedensten, ja, die immer die schwierigsten Patienten genommen hat, weil sie sich gedacht hat: Ich komme jetzt eh nicht bald wieder.“ (Interview 5, Z.207-210)

Dies zeigt, wie Flexibilität und Anpassungsfähigkeit einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, schwierige Situationen zu bewältigen und eine gewisse Normalität aufrechtzuerhalten, selbst in Zeiten von Wandel und Unsicherheit. Dies wirkt sich auf die Arbeitszufriedenheit der Kollegin aus und damit auch insgesamt aufs Team. Zum Thema Strukturaufrechterhalten kristallisierte sich der interne Umgang im Team in Bezug auf Care-Arbeit als ein wichtiger Indikator heraus. Laut einer Interviewpartnerin erlebte sie männliche Führungskräfte als verständnisvoller für ihre Care-Arbeit und rücksichtsvoll genug, sie nicht in eine Vollzeitanstellung zu drängen. In der Analyse des Gespräches wurde deutlich, dass die Teilnehmerin in

Bezug auf ihre Arbeitszeit äußerst flexibel und zugleich entschlossen war, ihre beruflichen und familiären Verpflichtungen zu bewältigen. Sie zeigte sich bereit, Kompromisse einzugehen und alternative Lösungen zu finden, um den Anforderungen sowohl im Beruf als auch im Privatleben gerecht zu werden. Trotz der Herausforderungen, die mit der Rückkehr in den Arbeitsalltag nach einer längeren Auszeit verbunden waren, war die Teilnehmerin bereit, ihre Arbeitszeit entsprechend anzupassen, um die Bedürfnisse ihrer Familie zu erfüllen. Sie war offen für verschiedene Arbeitszeitmodelle und zeigte sich flexibel. Besonders bemerkenswert war die Kompromissbereitschaft der Teilnehmerin, die bereit war, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, um sich um ihre Familie zu kümmern. Trotz der damit verbundenen Einschränkungen und möglichen beruflichen Nachteile war sie entschlossen, Prioritäten zu setzen und die Bedürfnisse ihrer Familie über ihre berufliche Karriere zu stellen.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Teilnehmerin während ihres Wiedereinstiegs in den Beruf mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert war, insbesondere in Bezug auf die Reaktionen ihrer Vorgesetzten und Kolleg:innen. Sie berichtete von einem Mangel an Verständnis und Unterstützung seitens einiger weiblicher Führungskräfte, die möglicherweise auf Vorurteile oder geschlechtsspezifische Erwartungen zurückzuführen waren. Insgesamt verdeutlichten die Erfahrungen der Teilnehmerin die komplexen Herausforderungen und Entscheidungen, denen *Double Duty Caregiver* gegenüberstehen, wenn es darum geht, unterschiedliche Verantwortungen oder Verpflichtungen in Einklang zu bringen.

„...Ich eben gehen wollte, weil ich mir das auch nicht gefallen lassen wollte, dieses“ (Interview 2, Z.82)

Einflussfaktoren auf die Bewältigung

Die Untersuchung legte nahe, dass der Umgang mit alltäglichen Herausforderungen in der Pflege maßgeblich von verschiedenen Faktoren beeinflusst wurde. Die Faktoren formten die Strategien und Lösungsansätze, die die Befragten anwendeten, um ihre beruflichen und familiären Verpflichtungen zu koordinieren. In

diesem Kontext ist es wichtig zu betonen, dass die sich verändernden Lebensumstände im Laufe der Zeit unterschiedliche Anpassungen erforderten.

„Irgendwie war es eher so, dass man die war, die jetzt nicht mehr immer gefragt werden konnte, wenn sie einspringen. Also ich hatte eher das Gefühl, dass das irgendwie negativ war. Da war die die junge Mutter.“ (Interview 7. Z.202-204)

Dies deutet darauf hin, dass bestimmte Rollenbilder oder Annahmen über die Fähigkeiten und Verfügbarkeit von Personen in verschiedenen Lebensphasen existierten. Eine Copingstrategie, die für die eine gut geht, konnte für die andere als Nachteil angesehen werden oder auch ambivalente Gefühle verursachen. Zu den konkreten Copingstrategien wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

Covid-19-Pandemie als Herausforderung

Die Herausforderung, eine solche Struktur im familiären Alltag aufrechtzuerhalten, war besonders zu Beginn der Covid-19-Pandemie, während des ersten Lockdowns, präsent. Die Befragten standen vor der Schwierigkeit, die Folgen und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie nicht vorausszusehen, was zu Unsicherheit und Unwägbarkeiten führte. Die anfängliche Unsicherheit und Angst während der Zeit der Covid-19-Pandemie prägten die Erfahrungen der Interviewpartnerinnen. Das Unbekannte und die Schwierigkeit, die Bedeutung von Covid-19 einzuschätzen, führten zu Verunsicherung. Die Interviewpartnerin drückte ihre Gefühle aus, indem sie betonte, dass bis zu einem gewissen Grad auch Ängste vorhanden waren. Die gesamte Situation wurde als ein großes Fragezeichen wahrgenommen, da zu diesem Zeitpunkt noch niemand die konkreten Auswirkungen und Herausforderungen der Pandemie wirklich absehen konnte.

„ Vor allem die Angst der Ansteckung gegenüber den Kindern. Ja und auch nicht dieses nicht Rauskönnen oder seinen Beitrag dann auch nicht leisten.“ (Interview 2, Z. 292-295)

Die Befragten standen vor der Schwierigkeit, die Folgen und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie nicht vorausszusehen, was zu Unsicherheit und Unwägbarkeiten führte. Die anfängliche Unsicherheit und Angst während der ersten Phase der Covid-19-Pandemie prägten die Erfahrungen der Interviewpartnerinnen. Das Unbekannte und die Schwierigkeit, die Bedeutung von Covid-19

einzuschätzen, führten zu Verunsicherung. Die Interviewpartnerin drückte ihre Gefühle aus, indem sie betonte, dass bis zu einem gewissen Grad auch Ängste vorhanden waren. Die gesamte Situation wurde als ein großes Fragezeichen wahrgenommen, da zu diesem Zeitpunkt noch niemand die konkreten Auswirkungen und Herausforderungen der Pandemie wirklich absehen konnte. Die Herausforderung, eine Struktur im familiären Alltag aufrechtzuerhalten, war besonders zu Beginn der Covid-19-Pandemie, während des ersten Lockdowns, präsent. Hinsichtlich der Schließung von Schul- und Betreuungsstätten waren die Frauen meist auf sich allein gestellt und konnten aufgrund allgemeiner Kontaktbeschränkungen nur schwer auf Unterstützungsnetzwerke zurückgreifen. Das Versorgen und Beschäftigen der Kinder sowie die gleichzeitige Erfüllung beruflicher Aufgaben stellten die Frauen vor große Herausforderungen.

4.5 Copingstrategien

Im Laufe der Forschung wurde deutlich, dass die Teilnehmerinnen unterschiedliche Copingstrategien für ihre Lebenssituationen hatten. Sie legten besonderen Wert darauf, eine klare Struktur in ihren beruflichen und insbesondere familiären Alltag zu integrieren. Dieses Bestreben könnte als Reaktion auf die weitverbreitete Ungewissheit und Unsicherheit durch die belastende Pflegetätigkeit und des *Mental Load* durch die Hauptverantwortung interpretiert werden. Die Annahme liegt nahe, dass die Aufrechterhaltung dieser Struktur als eine Art Kompensationsmechanismus diene. Einerseits sollte sie der Familie und dem sozialen Kreis Sicherheit vermitteln, andererseits ermöglichte sie durch geplante Abläufe und Beschäftigungen der potenziellen Langeweile vorzubeugen. Zusätzlich wurde deutlich, dass die Etablierung einer Alltagsstruktur eine entscheidende Rolle bei dem Coping von Schichtarbeit, anhaltendem Arbeitsstress und den zusätzlichen Belastungen durch die Covid-19-Pandemie spielte. Die Bemühungen, trotz der Unsicherheit eine gewisse Normalität aufrechtzuerhalten, erschienen als wichtiger Schritt. Angesichts dieser Erkenntnisse schien das Schaffen von Routine und Normalität im privaten Alltag und am Arbeitsplatz eine gewisse Stabilität zu gewährleisten.

4.5.1 Kinderbetreuung als Copingstrategie

Zumeist hatten alle befragten Frauen als hauptsächliche Versorgung die Kinderbetreuung, eine der interviewten Pflegepersonen hatte zusätzlich den Schwiegervater zum Versorgen. Alle Teilnehmenden hatten Erfahrung in der Übernahme von Care-Tätigkeiten und wurden häufig von Freunden oder Familienmitgliedern konsultiert, wenn es um fachbezogene Themen ging, oder wurden um Begleitung gebeten.

Die Sicherstellung der Kinderbetreuung stand neben der Strukturaufrechterhaltung in familiären Tagesabläufen im Fokus der Befragten. Gewährleisten konnten sie ihre beruflichen Verpflichtungen nur durch die Absicherung der Kinderversorgung. Insbesondere Frauen mit jüngeren Kindern sahen hier die größte Herausforderung. Frau Nadia wäre die Durchführung ihrer beruflichen Aufgaben ohne innerfamiliärer Unterstützungsnetzwerke unmöglich gewesen, Frau Nadia äußerte sich diesbezüglich:

"... ich musste vieles alleine organisieren von Kinderbetreuung, sodass das dann auch funktioniert und ich in der Arbeit bin, ohne mir Gedanken zu machen über die Kinderbetreuung." (Interview 7, Z.89-92)

Das Zitat verdeutlicht, dass die Lebenssituation von Frau Nadia stark von der Betreuung ihres Kindes geprägt war. Als Alleinerziehende hatte sie nicht die Möglichkeit, auf die Unterstützung eines Partners zurückzugreifen. Im Gegensatz dazu wurde die Betreuung in den meisten anderen Familien zwischen den Paaren aufgeteilt.

„Die Bewältigung der Situation gestaltete sich als äußerst anspruchsvoll, da ich meine beruflichen Verpflichtungen erfüllen musste, während mein Mann im Homeoffice arbeitete. Um eine Balance zu finden, arrangierte ich meinen Dienstplan so, dass ich hauptsächlich am Wochenende oder an den Tagen arbeitete, an denen mein Mann frei hatte - dies war in der Regel der Dienstag. Wenn möglich bevorzugte ich Nachtschichten unter der Woche, um tagsüber verfügbar zu sein.“ (Interview 3, Z.309-311).

Trotz Bemühungen, die Dienstzeiten miteinander zu vereinbaren, waren manche Frauen gezwungen, auf alternative Betreuungsmöglichkeiten zurückzugreifen und selbst zu organisieren, insbesondere an Tagen, an denen sich ihre Arbeitszeiten

nicht überschritten. Bei Frau Clear wurde beispielsweise auf das Unterstützungsnetzwerk von Freund:innen zurückgegriffen. Ähnlich erging es Frau Pett, die ebenfalls auf alternative Versorgungsmöglichkeiten für ihr Kind angewiesen war.

4.5.2 Freund:innen

Im Ergebnisteil der Untersuchung gaben die Interviewteilnehmerinnen an, dass Freunde eine wichtige Ressource und Copingstrategie für sie waren, um die Herausforderungen der Doppelbelastung als Pflegepersonen mit privater Führsorgetätigkeiten zu bewältigen. Die sozialen Beziehungen zu Freunden ermöglichten den Teilnehmerinnen sich auszutauschen, emotionale Unterstützung zu erhalten und sich zu entlasten.

Während der Interviews wurde deutlich, dass der regelmäßige Austausch mit Freunden einen positiven Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit und die psychische Gesundheit der Pflegepersonen hatte. Durch Gespräche und Treffen konnten sie ihre Erfahrungen teilen, sich gegenseitig unterstützen und praktische Ratschläge erhalten. Dieser informelle Austausch bot den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, ihre Gedanken und Gefühle zu reflektieren. Darüber hinaus dienten Freundschaften als wichtige soziale Unterstützungssysteme, die den Pflegepersonen halfen, mit Stress und Überlastung umzugehen. Die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten zu verbinden, die ähnliche Erfahrungen machten, half den Teilnehmerinnen, sich verstanden und weniger isoliert zu fühlen, sowie verstanden zu werden in ihrer Situation als Hauptverantwortliche. Es wurde auch betont, dass die Pflegepersonen durch den Kontakt mit Freunden eine Auszeit vom Pflegealltag nehmen konnten, was dazu beitrug, ihre psychische Gesundheit zu erhalten. Die gemeinsamen Aktivitäten und das soziale Miteinander boten den Teilnehmerinnen eine willkommene Abwechslung vom Pflegealltag und halfen ihnen, neue Energie zu tanken.

„Also, dass ich viel, dass ich dann schon viel Coffee to go und spazieren und auch mit den Kindern dann rausgehe. Doch das war sicher. Also diese Kontakte waren dann schon wichtig.“ (Interview 6, Z.249-251)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Freunde eine bedeutende Rolle im Leben weiblicher Pflegepersonen als *Double Duty Caregiver* spielen. Sie fungieren

nicht nur als wichtige emotionale Stütze, sondern auch als Quelle praktischer Unterstützung und als Ventil zum Stressabbau. Der regelmäßige Austausch mit Freunden trägt maßgeblich dazu bei, die Belastungen der Care-Arbeit zu bewältigen.

4.5.3 Wunsch nach Unterstützung

Während des Forschungsprozesses wurde deutlich, dass die Bewältigung und die damit verbundenen Herausforderungen bei der Vereinbarung von *Double Duty Caregiving* von mehreren Faktoren abhingen. Schon zu Beginn der Forschung ergab sich die Vermutung, dass bestimmte Aspekte einen Einfluss auf die Bewältigung haben könnten. Diese Annahme wurde im weiteren Verlauf der Forschung durch die Identifikation von inner- und außerfamiliären Faktoren bestätigt. Innerhalb dieser Arbeit beziehen sich die inner- und außerfamiliären Faktoren auf den Familienstand, die Flexibilität bei den Arbeitsstunden, das Arbeitsteam, das Kindesalter, Freundeskreis und weiteren Care-Tätigkeiten.

Im Verlauf des Auswertungsverfahrens wurde klar ersichtlich, dass die Dauer des Stundenausmaßes, das Verständnis durch das Arbeitsteam und der Arbeitsflexibilität einen entscheidenden Einfluss auf die organisatorischen Herausforderungen bei der Vereinbarung von *Double Duty Caregiving* hatten. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln deutlich wurde, herrschte besonders in der Pflege das Gefühl von Stress. Zudem sahen sich die Interviewpartnerinnen mit erheblichen Veränderungen in ihren beruflichen Abläufen konfrontiert und mussten sich erstmalig mit der Behandlung von Covid-19-Patient:innen auseinandersetzen. Durch dieses vorherrschende Gefühl der Unsicherheit zu Beginn der Covid-19-Pandemie ergaben sich verschiedene organisatorische Herausforderungen.

„... da muss einfach ein Umdenken passieren, wie man. Wer es sind? Leute die wer sind diese Leute, die dort erarbeiten, das sind halt Frauen, junge Frauen oder auch ältere Frauen die viel Care-Arbeit leisten müssen und da muss halt ein Umdenken passieren, was sind deren Bedürfnisse und wie kann man sie unterstützen“ (Interview 5, Z.243-246)

4.5.4 Externe Einflussfaktoren

Im Kontext der Unterstützungsangebote unterschieden sich die Angebote beziehungsweise Unterstützungssystem, je nach Care-Verantwortung. Die Interviewpartnerinnen hatten unterschiedliche Care-Rollen, soziale Unterstützung und Aufgaben. Sie waren jedoch in ihrer Rolle als *Double Duty Caregiver* gleich.

Auf der sozialen Ebene wurden Ressourcen, soziale Unterstützung sowie wechselseitige Erwartungen und Beziehungsqualität zusammengefasst. Obwohl Ressourcen in gewisser Weise auch zur individuellen Ebene gezählt werden könnten, z. B. finanzielle Möglichkeiten, Wissen und Fertigkeiten, standen vor allem andere Personen als Einflussfaktor für die Handlungsstrategien im Zentrum, die mit Rat und Tat unterstützten.

Die institutionelle Ebene umfasste das Setting, in dem die Person gearbeitet hat, sowie die Kommunikations- und Betriebskultur. Die Daten zeigten deutliche Unterschiede zwischen mobilen und stationären Organisationen sowie zwischen verschiedenen Einrichtungen. Insbesondere die Kommunikations- und Betriebskultur, wie der Umgang mit *Double Duty Caregiver*, deren Rücksicht, beeinflusste ihre jeweilige Lebenssituation und Handlungsstrategien. Diese Strategien wurden unter dem Einfluss der intervenierenden Bedingungen angewendet und führten zu Konsequenzen, die das Phänomen wiederum beeinflussten und veränderten, sei es beabsichtigt oder unbeabsichtigt, wie beispielsweise Stationswechsel oder Fluktuation.

*„Also die haben nämlich die Rahmenbedingungen, hätten es mir ermöglicht. Das fand ich schon sehr, sehr toll. Ist einfach die Organisation vereinfacht.“
(Interview 4, Z.111-112)*

„Damals war auch ein Sonderfall. Eine Frau. Die dann schon so Sachen erklärt hat wie: Ich bin damals mit 65 Stunden zurückgekommen nach meiner Tochter, wo man dachte, ja traurig für dich, aber. Funktioniert halt bei mir nicht. Und das möchte ich auch nicht.“ (Interview 2, Z.74-76)

„Ich habe so viel, weibliche Führungspersonen interessanterweise sehr viel, viel mehr Druck bekommen als von den männlichen Führungskräften. Also die haben irgendwie gefällt damals viel mehr Verständnis oder Verständnis einfach?“ (Interview 3, Z.77-79)

4.5.5 Durchhaltevermögen

Das Durchhaltevermögen und die innere Stärke der weiblichen Pflegepersonen, die auch privat *Care-Arbeit* leisten, zeigten sich von entscheidender Bedeutung. Die Interviewteilnehmerinnen äußerten verschiedene Ansichten und Erfahrungen zu diesem Thema, die wichtige Einblicke in ihre Bewältigungsstrategien lieferten. Ihre Bereitschaft, flexibel zu sein und Kompromisse einzugehen, sowie ihre Entschlossenheit, ihre eigenen Bedürfnisse und die ihrer Familie zu vertreten, zeugten von einem starken Durchhaltevermögen und einer inneren Stärke, die es ihnen ermöglichten, den Herausforderungen standzuhalten und ihren eigenen Weg zu gehen.

Die Teilnehmerinnen betonten, dass ihr Durchhaltevermögen und ihre innere Stärke maßgeblich von ihrem Engagement und ihrer Hingabe zu ihrer Rolle als *Double Duty Caregiver* angetrieben wurden. Trotz der Herausforderungen und Belastungen, mit denen sie konfrontiert waren, waren sie entschlossen, ihren Liebsten die bestmögliche Betreuung und Unterstützung zukommen zu lassen. Dieser starke Sinn für Verantwortung und *Care-Arbeit* bildete eine wichtige Grundlage für ihr Durchhaltevermögen in schwierigen Zeiten.

Darüber hinaus spielte die Fähigkeit der Pflegepersonen, sich selbst zu motivieren und positive Denkmuster aufrechtzuerhalten, eine entscheidende Rolle für ihr Durchhaltevermögen. Die Teilnehmerinnen berichteten, dass sie sich auf persönliche Stärken und Ressourcen konzentrierten, um sich in herausfordernden Situationen zu behaupten. Sie entwickelten Strategien, um sich selbst zu ermutigen und ihre Motivation aufrechtzuerhalten, selbst wenn die Belastungen des Alltags sie zu überwältigen drohten. Ein weiterer wichtiger Faktor für das Durchhaltevermögen der weiblichen Pflegepersonen war die Unterstützung durch soziale Netzwerke und das Teilen ihrer Erfahrungen mit anderen. Die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und sich gegenseitig zu ermutigen, spielte eine bedeutende Rolle dabei, das Durchhaltevermögen der Teilnehmerinnen aufrechtzuerhalten. Der gemeinsame Austausch von Erfahrungen, Sorgen und Hoffnungen half den Pflegepersonen, sich verstanden und weniger allein zu fühlen, was wiederum ihre innere Stärke stärkte.

Schließlich wurde betont, dass das Durchhaltevermögen der Pflegepersonen auch durch die Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit gestärkt wurde. Die Anerkennung ihrer Arbeit und die Unterstützung durch die Gemeinschaft waren wichtige Faktoren, die ihr Durchhaltevermögen stärkten und ihnen halfen, auch in schwierigen Zeiten standhaft zu bleiben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Durchhaltevermögen und die innere Stärke der weiblichen Pflegepersonen als *Double Duty Caregiver* von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, darunter persönliches Engagement, Selbstmotivation, soziale Unterstützung und Anerkennung ihrer Arbeit. Diese Erkenntnisse bieten wichtige Einblicke in die Bewältigungsstrategien und Ressourcen dieser Pflegepersonen und unterstreichen die Bedeutung einer umfassenden Unterstützung für sie in ihrer anspruchsvollen Rolle.

„Es sind halt die eigenen Kinder und man will halt für die, für diese Kinder das Allerbeste und gleichzeitig, vielleicht ist es auch mein Anspruch. Frau, dass ich halt etwas auch für mich leisten will oder für die Gesellschaft leisten will. Und ihnen halt natürlich dann auch ein Vorbild sein will und sagen will: Was kann man erreichen als Frau.“ (Interview 4, Z. 312-315)

5 Diskussion

Bereits in der traditionellen Kernfamilie zeigen sich deutliche Unterschiede in der Belastung zwischen Müttern und Vätern, insbesondere in Bezug auf die Betreuung und Versorgung von Kindern (DeGroot & Vik, 2020; Klünder & Meier-Gräwe, 2018; OECD, 2020; Stadt Wien, 2016). Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Ergebnissen aus den Interviews. Die Forschungsteilnehmenden berichteten im Vergleich zu ihren Partnern Mehrarbeit im Haushalt und in der Betreuung der gemeinsamen Kinder zu leisten. Ein weiteres bedeutendes Thema, das sich aus den Interviews ergab über die Vereinbarkeit von Beruf und privater Care-Arbeit herausragte, ist die Konzeptualisierung der "Allverantwortung" von Pflegepersonen. Dieser Begriff beschreibt die weitreichende Verantwortung, die Pflegepersonen nicht nur für ihre beruflichen Aufgaben, sondern auch für die medizinisch-pflegerischen Belange im gesamten Familien- und Freundeskreis übernehmen.

Diese Erkenntnisse zur "Allverantwortlichkeit" stimmen mit den Ergebnissen der Studie "Pflegefachpersonen als pflegende Angehörige" der Wissenschaftlerin Jähnke (2023) überein. In ihren Auswertungen beschreibt Jähnke diese Thematik als "Große Verantwortung" (Jähnke, 2023, S. 54).

Die Interviews zeigten, dass die weiblichen Pflegepersonen nicht nur während ihrer Arbeitszeit, sondern auch außerhalb davon mit Fragen und Anliegen konfrontiert sind, die sich auf medizinische oder pflegerische Belange beziehen. Diese können von der Überwachung und Organisation von Medikamenteneinnahmen bis hin zur Begleitung von Angehörigen zu Arztterminen reichen. Diese zusätzlichen Verantwortungen belasten die Pflegepersonen nicht nur emotional, sondern können auch zeitliche und finanzielle Ressourcen in Anspruch nehmen. Insgesamt bekräftigt dieses Erkenntnis aus den Interviews die Analysen der Forscher:innen Jacobs et al. (2023) zum Thema zusätzliche Verantwortungen. Studien belegen, dass Berufstätige im Pflegebereich im Vergleich zu Beschäftigten in anderen Branchen tendenziell häufiger vor der Herausforderung stehen, Beruf und unbezahlte *Care*-Arbeit zu vereinbaren. Auch die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, dass sich weibliche Pflegepersonen, wenn sie sich mit Freundinnen aus anderen Berufen vergleichen, subjektiv mehr durch Kinderbetreuung und darüberhinausgehende *Care*-Arbeiten beansprucht fühlen. Beispielsweise werden sie im Familien- und Freund:innenkreis als Ansprechpersonen in medizinischen Belangen. *Double Duty Caregiver* zu sein ist eine anspruchsvolle Lebenssituation mit denen Frauen in verschiedenen Anforderungen, Verpflichtungen, Rollen und Erwartungen konfrontiert sind. Unter anderem übernehmen *Double Duty Caregiver* Funktionen wie Übersetzung und Koordination. Es erscheint, dass sie sich besonders stark und auf traditionelle Weise verantwortlich fühlen, sich in eine private *Care*-Situation einzubringen. (Jähnke, 2020). Die Interviewpartnerinnen beschrieben sich als Hauptverantwortliche. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Interviews 3 (Z.344), in Ihrer Rolle ist sie stets präsent als diejenige, die die Aufgabe der Medizin-Übersetzung übernimmt. Unabhängig von der Situation oder dem Kontext, meinte sie konsequent die Vermittlerin zwischen den Gesundheitsorganisationen und ihrem sozialen Kreis zu sein. Es ist eine Verantwortung, die sie aus Pflichtgefühl durchführt.

Die erfolgreiche Bewältigung dieser Herausforderung als berufstätigen Personen beschreiben unterschiedliche Wissenschaftler:innen wie Keck (2012) als schwierig. Trotz aller nachgewiesenen Belastungen bot die Berufstätigkeit in der Pflege auch Vorteile, wie von den Interviewpartnerinnen berichtet wurde. Dazu gehört die Schichtarbeit, die trotz aller gesundheitlichen Belastungen geschätzt wird, da sie zeitliche Flexibilität ermöglicht. Ebenso wurden Kolleg:innen in vielen Fällen als wertvolle soziale Unterstützung beschrieben. Sie hatten im Beruf Strategien der Selbstsorge erlernt, die sie auch in ihrer privaten Situation anwenden konnten (Reichert, 2020). Diese Ergebnisse aus der Literatur lassen sich mit den Interviews belegen. Die Interviewpartnerinnen, sahen die langen Dienste als Möglichkeit, mehr Tage in Freizeit zu verbringen.

In der genannten Literatur werden verschiedene Gründe für die Übernahme informeller Betreuungsaufgaben identifiziert. Häufig werden familiäre Verpflichtungen als einer der Hauptgründe genannt, die durch Traditionen, kulturelle Normen, moralische Werte sowie vorhandenes Fachwissen beeinflusst werden (Chiao et al., 2015; van Groenou und De Boer, 2016). Insbesondere werden die normativen Erwartungen an Frauen hervorgehoben, die oft als Motivation dienen, Betreuungsaufgaben zu übernehmen, selbst wenn sie dies als belastend empfinden (Sutter et al., 2016). Huber und Kuehlmeier (2012) betonen, dass die Entscheidung zur Übernahme der Pflege von Angehörigen oft nicht freiwillig getroffen wird, sondern von zugeschriebenen Verantwortlichkeiten abhängt. Während des Erstellens der thematischen Landkarte sind jene genannten Emotionen und das Bewusstsein genannt worden. Es sind das Pflichtgefühl und das eigne Selbstbild welches sich aus der „Norm-Rolle“ möglicherweise entwickeln. Die Literatur bestätigt somit meine genannte Interpretation.

In der Studie von Ong et al. (2023) wurden die Ergebnisse zusammengefasst, in denen die Erfahrungen von Pflegepersonen in der Rolle als *Double Duty Caregiver*, untersucht worden sind. Die aktuellen Ergebnisse zeigen, dass weibliche Pflegepersonen Schwierigkeiten haben, ihre Doppelrolle zu bewältigen, insbesondere aufgrund der hohen Anforderungen ihres Berufs. Sie verließen sich auf Unterstützungssysteme und Bewältigungsmechanismen, um diese Herausforderungen zu bewältigen und forderten zusätzliche organisatorische Unterstützung, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Interviewten

Pflegepersonen geben an, dass durch die Unterstützung von Kolleg:innen und Führungskräften die Vereinbarkeit entweder erleichtert oder erschwert wird. Hier waren die erlebten Ergebnisse unterschiedlich, was sich aber in Interviews zeigt ist, dass ein rücksichtsvolles Arbeitsumfeld einen großen Einfluss nehmen kann. In dem Interview von Frau Nadia zeigte sich, dass sie aufgrund der fehlenden Unterstützung, zuerst darüber nachdachte das Unternehmen zu verlassen und dann tatsächlich bei Gelegenheit in einen anderen Bereich wechselte. Zusammenfassend zeigen die Interviews, dass Arbeitsstruktur und private Care-Arbeit wichtige Aspekte im Leben der Frauen sind und dass die Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers einen bedeutenden Einfluss auf ihre Lebenssituation und ihre subjektive Arbeitszufriedenheit hat. Die Bereitstellung flexibler Arbeitsbedingungen, die es den Frauen ermöglichen, Beruf und Familie besser zu vereinbaren, leiten daher einen positiven Beitrag zur Förderung ihrer Lebenssituation.

Überraschen waren für mich die Ergebnisse aus der Studie von Sheng-Yu & Wie-Chun (2021), die beschrieben, dass Gesundheitspersonal aufgrund von höherem Stress ein geringeres Selbstvertrauen hatten, sowie unter *Burnout* und geringer Arbeitszufriedenheit litten. Sie beschrieben, dass die Teilnehmer:innen eine schlechtere Selbstwahrnehmung im Umgang mit Emotionen hatten. Diese Erkenntnisse lässt sich nicht mit meinen Ergebnissen aus den Gesprächen decken. Zwar waren die Interviewteilnehmerinnen belastet, doch hoch motiviert und sich ihre Copingstrategien bewusst. Zu den gängigen Bewältigungsstrategien gehörten die Suche nach sozialer Unterstützung und Freizeitaktivitäten, dies deckt sich wiederum mit den Ergebnissen der genannten Studie.

Die Pflegepersonen betonten, dass sie die Unterstützung durch Freund:innen und Familie sehr schätzten, sie betonten jedoch, dass die Organisationen mehr Flexibilität und Verbesserungen in der Kinderbetreuungspolitik brauchen. Pflegepersonen bevorzugten lokale Kinderbetreuungseinrichtungen gegenüber privaten Zentren, da diese flexibleren Zeiten bieten und somit besser mit Schichtarbeit vereinbar sind. Die Kosten und die begrenzten Kapazitäten solcher Einrichtungen machten es den Pflegepersonen jedoch oft schwer, sie zu nutzen. Pflegepersonen betonten auch die Bedeutung guter Beziehungen zu Kolleg:innen, insbesondere zu den Teamleitungen, um flexible Arbeitsregelungen zu fördern

(Skinner et al., 2011; Yoo & Shim, 2022). Führungskräfte, die Verständnis für die Bedürfnisse der *Double Duty Caregiver* zeigten und auf sie eingingen, wurden hochgeschätzt, da sie die Einteilung der Schichten erleichterten, um familiären Verpflichtungen gerecht zu werden (Skinner et al., 2011). Die Aussage der Studie unterstreicht die Bedeutung der Unterstützung durch die Kolleg:innen, und die Wichtigkeit das Verständnis zwischen den Kolleg:innen zu fördern. Mehrfach wurde durch die Interviewteilnehmerinnen die äußeren Unterstützungsangebote erwähnt. Auch wurde durch eine Teilnehmerin Unzufriedenheit mit dem angebotenen Krankenhaus Kindergarten geäußert.

Die weiblichen Pflegepersonen widmeten den größten Teil ihrer Zeit der Bewältigung von Mehrfachverpflichtungen (Ross et al., 2019). Dies deckt sich mit Ergebnissen aus den Interviews. Ebenso zeigte sich, dass die Teilnehmerinnen versuchen ihren privaten und beruflichen Alltag aufeinander abzustimmen, soweit es möglich ist. Zudem wurden von einer interviewten Person ihre Überforderung und Unzufriedenheit folgendermaßen angemerkt: „*Hin und hergerissen würde ich sagen. Ja, schwierig*“ (Interview 3, Z.306-307). Dieses Zitat wurde so analysiert, dass die Pflegeperson diese Last mit sich trägt, ständige organisieren und managen zu müssen. Einige dieser Frauen hatten das Gefühl, dass ihre beruflichen Aufstiegschancen begrenzt waren, da sie nicht in der Lage waren, ihre Arbeitsstunden zu erhöhen, um sich beruflich weiterzuentwickeln, ohne dabei die Pflegeverpflichtungen zu vernachlässigen.

Das Konzept des *Doing Family* bezieht sich auf eine soziologische Perspektive, die den Fokus von traditionellen Definitionen von Familie als rein biologische oder rechtliche Einheit weg und hin zu einem dynamischen Prozess lenkt. Statt sich ausschließlich auf die Struktur oder die Verwandtschaftsbeziehungen zu konzentrieren, betont *Doing Family* die Bedeutung von Handlungen, Interaktionen und Praktiken innerhalb einer sozialen Gruppe, die als Familie betrachtet wird. Im Kern geht es darum, wie Menschen durch ihre täglichen Handlungen und Interaktionen eine gemeinsame Identität als Familie konstruieren und aufrechterhalten. Dies bedeutet, dass die Definition und Bedeutung von Familie kulturell und kontextabhängig ist und sich im Laufe der Zeit und in verschiedenen Gesellschaften verändern kann (Jurczyk, 2018). Es ermöglicht eine differenziertere Betrachtung von Familienbeziehungen und -dynamiken und trägt dazu bei, die

Vielfalt familialer Lebensweisen besser zu verstehen. Mit dem Wissen dieses Konzept ließen sich die Interviews verständlicher interpretieren und verstehen, wieso bestimmte Handlungen aus einem ähnlich intrinsischen Motiv gemeistert werden. Die Forschungsergebnisse zeigen exemplarisch, wie das Konzept "*Doing Family*" im Alltag umgesetzt wird. Durch regelmäßige Rituale wie beispielsweise einem gemeinsamen Filmabend schaffen sie eine enge familiäre Bindung. Diese Handlungen sind performative Akte, durch die die Familienmitglieder ihre Verbundenheit und Identität als Familie täglich neu herstellen. Ein weiteres wesentliches Ergebnis aus der Forschung ist die Anpassung der Dienstformen an die Anwesenheit des Partners, um die Kinderbetreuung zu gewährleisten. Die aktive Teilnahme aller Familienmitglieder an diesen Lebenssituationen und die bewusste Planung von gemeinsamer Zeit verdeutlichen, dass Familie nicht nur eine statische Struktur ist, sondern eine dynamische Praxis. Die Bedeutung von Kommunikation und gemeinsamen Verantwortungsbewusstsein zeigt, wie Familie durch alltägliche Interaktionen konstruiert wird. Durch die verschiedenen Perspektiven der Mitglieder wird zudem deutlich, wie das Konzept "*Doing Family*" unterschiedliche Dimensionen und Bedeutungen für die *Double Duty Caregiver* hat. Diese Vielfalt zeigt, wie flexibel und anpassungsfähig das Familienleben gestaltet werden kann, um den Bedürfnissen aller gerecht zu werden.

Zusätzlich zu den bisherigen Erkenntnissen wurde das Gefühl der Selbstverpflichtung und Selbstverständlichkeit als Erkenntnis dargestellt (Ross et al., 2019). Diese Feststellung aus der Literatur deckt sich inhaltlich mit den Ergebnissen der vorliegenden Analyse der Interviews. Die Gespräche mit den Interviewteilernehmerinnen offenbarten ein starkes Gefühl der Verpflichtung, sowie die Selbstverständlichkeit. Aufgefallen war auch, dass sie angeben mehr *Care*-Aufgaben im Vergleich zu ihren Partnern zu übernehmen. Dieses Phänomen spiegelt sich nicht nur in den subjektiven Erfahrungen der Befragten wider, sondern findet auch Resonanz in der vorhandenen Forschungsliteratur, die auf eine kulturelle Normierung und gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich der Pflögetätigkeit und Gender hinweist.

Die Organisation des Alltags in heterosexuellen Partnerschaften wird laut einer Untersuchung der Soziologinnen Lott und Bünöer (2023) hauptsächlich von Frauen übernommen. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit einer Wahrscheinlichkeit von

62 Prozent die notwendigen Alltagsaufgaben im Haushalt planen, organisieren und im Gedächtnis behalten, während dies bei Männern lediglich bei 20 Prozent der Fall ist. Auffällig ist, dass selbst bei Frauen in Teilzeitbeschäftigung die Wahrscheinlichkeit höher ist als bei Vollzeitbeschäftigten, obwohl letztere dennoch eine Wahrscheinlichkeit von 57 Prozent aufweisen. Diese Daten wurden von Lott und Bünger im November 2022 im Rahmen der Erwerbspersonenbefragung der Hans-Böckler-Stiftung erhoben (Lott & Bünger, 2023). Es ist bemerkenswert, dass auch aus den Interviews hervorgeht, dass Frauen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als ihre Partner die Hauptverantwortung für die kognitive Arbeit im Haushalt tragen. In der Studie geben 62 Prozent der Frauen an, die Organisation des Alltags überwiegend zu übernehmen, was nur auf 20 Prozent der Männer zutrifft. Die Schlussfolgerung aus der Literatur und dem Interview ist, dass Frauen unabhängig von ihrer Arbeitszeit ähnlich stark unter der mentalen Belastung durch kognitive Arbeit leiden.

Zu den Hauptproblemen die, die Wissenschaftler:innen Ong et al. (2023) nannten, gehörten lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung und Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Fehlen in der Arbeit, die zu Stress, *Mental Load*, *Burnout* und negativen Auswirkungen auf das soziale Leben führten. Um diesen Problemen zu begegnen, sollten die zuständigen Akteure ganzheitliche Unterstützung und Ressourcen für die Selbstfürsorge bereitstellen, familienfreundliche Schichtregelungen einführen und Kinderbetreuungsregelungen verbessern. Die Bewältigung dieser Herausforderungen wird den *Double Duty Caregiver*, ihren Familien, der Patient:innenversorgung und letztlich der Gesellschaft insgesamt zugutekommen. Dies deckte sich mit den Ergebnissen, dass weibliche Pflegepersonen vor der Herausforderung stehen, ihre Doppelrolle unter einen Hut zu bringen, was zu Ermüdung, beeinträchtigter Selbstfürsorge und eingeschränkten sozialen Interaktionen führt. Die Kultur der Selbstaufopferung in der Pflege trägt zu diesen Herausforderungen bei und beeinträchtigt die Patient:innensicherheit.

Die Ergebnisse einer amerikanischen Studie zeigen auf, dass 80 Prozent der Personen von Arbeitsplatzstress berichten, wobei für 74 Prozent dieser Personen dieser Stress als Hauptauslöser für Burnout gilt (Thomas et al., 2019). Diese Zahlen verdeutlichen die erhebliche Belastung, der Pflegepersonen in ihrem beruflichen

Umfeld ausgesetzt sind. Eine weitere Studie von Myhren et al. (2013) bestätigt diesen Zusammenhang, indem sie einen klaren positiven Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzstress und dem Auftreten von *Burnout* feststellt (Ho & Lin, 2022; Vargas et al., 2020). Diese Erkenntnisse unterstreichen die dringende Notwendigkeit, die aus den Ergebnissen zu den Lebenssituationen der Teilnehmerinnen aus den geführten Interviews hervorgeht. Es wird deutlich, dass Frauen, insbesondere jene in der Rolle als *Double Duty Caregiver*, einem erheblichen Risiko für *Burnout* und körperliche Beschwerden ausgesetzt sind aufgrund der kontinuierlichen Belastung durch Pflegeaufgaben in Kombination mit anderen Verpflichtungen.

Es wird allgemein beschrieben, dass Frauen in der Rolle als *Double Duty Caregiver* ein erhöhtes Risiko haben, *Burnout* zu erleiden, sowie körperliche Beschwerden, da die dauerhafte Belastung durch die Pflegeaufgaben in Kombination mit anderen Verpflichtungen herausfordernd ist (Revenson et al., 2016; G rain und Zech, 2020). Aus dem Interview ging hervor, dass das Leben jener Frauen von einem permanenten Spagat zwischen stressigem Arbeitsleben in der Pflege und Verpflichtungen als *Double Duty Caregiver* geprägt ist. Diese Balance zu halten, erfordert nicht nur physische Ausdauer, sondern auch emotionale Belastbarkeit. Die genannten Copingstrategien dazu sind der Austausch mit Gleichgesinnten, Spaziergänge, Strukturierte Abläufe und soziale Unterstützung. In der Regel sind es vor allem Frauen, die diese Herausforderung annehmen und sich bemühen, beiden Rollen gerecht zu werden (Raiber, 2020).

Die Studie von Zartler et al. (2020) zeigt, dass die Unsicherheit zu Beginn der Pandemie, die es den Frauen erschwerte, sich in ihrem neuen Alltag zurechtzufinden. Eine Befragung unter 278  sterreichischen Personen verdeutlichte einen markanten Anstieg der Arbeitsbelastung sowie erhebliche Herausforderungen infolge von Covid-19. Dieser gesteigerte *Workload* ging mit einer verminderten Arbeitszufriedenheit und Gesundheit einher (Senf & Krejci, 2020). Während sich Eltern die Kinderbetreuung untereinander aufteilen konnten, waren Alleinerziehende darauf angewiesen, allein für die Absicherung der Kinderbetreuung zu sorgen, um ihre beruflichen Verpflichtungen erfüllen zu können. Die genannte Unzufriedenheit und der Organisationsaufwand der weiblichen Pflegepersonen, die auch Mütter sind, deckt sich mit den Aussagen der interviewten Personen. Die Vereinbarung von beruflichen und privater Care-Arbeit war leichter,

wenn die Flexibilität bei der Einteilung der Arbeitszeiten der Partner bestand. Je flexibler diese gestaltet werden konnten, desto besser konnten die Frauen die Kinderbetreuung koordinieren. Ein weiteres Beispiel hierfür zeigen zwei Interviewpartnerinnen, die von ihren Aktivitätsmöglichkeiten erzählten. Die Schließung von Schul- und Betreuungseinrichtungen sowie die Einschränkung sozialer Kontakte und Unterstützungsnetzwerke bedeuteten, dass diese Frauen weitgehend allein für die Betreuung ihrer Kinder verantwortlich waren, auch bei bestehendem Partner im Haushalt. Dies führte dazu, dass die Annahme bestärkt wird, dass Frauen ihre Lebenssituation hauptsächlich auf den Alltag anpassen müssen.

Aus der Forschung von Büscher et al. (2020) hebt hervor, dass flexible Arbeitsbedingungen einen entscheidenden Beitrag dazu leisten können, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen ihre Pflege- und Berufsverpflichtungen effektiver miteinander vereinbaren können. Die Wissenschaftler:innen betonen dabei die Notwendigkeit einer umfassenden Unterstützung durch Gesundheitsorganisationen, um eine erfolgreiche Umsetzung der Vereinbarkeit von Pflege und Arbeit zu gewährleisten (Bischofberger & Jähne, 2018; Staszcyk et al., 2018; Volkert et al., 2017). Die Studie von Lohmann et al. (2019) ergänzt diese Erkenntnisse, indem sie zeigt, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflegebranche eine höhere Zufriedenheit erfahren, wenn sie eine bessere *Work-Life-Balance* erreichen können. Eine potenzielle Lösung, um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, könnte die Implementierung flexibler Arbeitszeitmodelle sein. Die Erkenntnisse aus den Studien lassen sich gut mit den Appellen der Interviewteilnehmerinnen verbinden, denn Ihre Gedanken und Erwartungen an das System decken sich mit den Studien. Zudem wurde ein Bewusstsein ausgesprochen, das alle Beteiligten unabhängig von Geschlecht entwickeln müssen, um die Arbeitssituation für Betroffene zu verbessern.

Die vorliegenden Ergebnisse veranschaulichen die verschiedenen Dynamiken, die auf die Lebenssituationen von *Care*-Arbeiterinnen wirken. In der Gesundheitsversorgung ist es entscheidend, ein Verständnis für Vereinbarkeit zu implementieren, um die Bedürfnisse der erwerbstätigen Angehörigen angemessen zu berücksichtigen (Bischofberger et al., 2018). Diese Schlussfolgerungen der

Ergebnisse von Bischofberger et al. (2018) decken sich mit den Erkenntnissen aus den Interviews. Ein wesentlicher Aspekt, der aus den Interviews hervorgeht, ist die Anpassung der Dienstformen auf die Anwesenheit des Partners, um die Doppelbelastung zu bewältigen. Die Interviewpartnerinnen beschreiben ihren Alltag, der durch die Erwerbstätigkeit, die Betreuung ihrer Kinder und der Unterstützung im sozialen Kreis geprägt ist. Sie betont die multiplen Verantwortungsbelastungen und die Unterstützungen, um die vielfältigen Anforderungen zu bewältigen. Laut der Studie von Büscher et al. (2020) können flexible Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass Gesundheitsmitarbeitende ihre Pflege zu Hause und Berufsverpflichtungen besser miteinander vereinbaren können. Die Interviews unterstreichen die Notwendigkeit, ein umfassendes Verständnis für die Vereinbarkeit von Beruf und *Care*-Arbeit zu entwickeln, um die Belastungen und Bedürfnisse von weiblichen Pflegepersonen angemessen zu adressieren.

5.1 Limitation

Die vorliegende Masterarbeit weist Möglichkeiten zur Weiterarbeit auf, die weiter beleuchtet werden sollen. Aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen beschränkte sich die Zahl der Teilnehmenden auf acht Personen. Dabei konnte eine Ausgewogenheit bei den demografischen Daten hinsichtlich Alter oder Ausbildungsgrad nicht berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sind nur bedingt auf ganz Österreich übertragbar. Da sich die Lebensumstände von Individuum zu Individuum unterscheiden, sind die tatsächlichen Erfahrungswerte nicht pauschal übertragbar. Während sich in den Gesprächen Inhalte zu Lebensumständen öfters wiederholten, konnte beobachtet werden, dass es zum Thema genderspezifischer *Care*-Arbeit weiterer Forschung bezogen auf die Pflegepraxis bedarf, um hier umfassendere Erkenntnisse gewinnen zu können. Interessant wäre demnach eine Erhebung der bisherigen Fälle. Weiters gilt es zu bemerken, dass alle Gespräche in der Freizeit durchgeführt wurden. Das könnte Auswirkungen auf die zeitliche Komponente und Konzentration der Teilnehmerinnen gehabt haben. Die zeitliche Distanz zwischen den Interviews im Dezember 2023 und dem erlebten Ausbruch der Covid-19-Pandemie, die fast vier Jahre zuvor erlebt wurde, könnte dazu geführt haben, dass die Interviewpartnerinnen möglicherweise Erinnerungslücken oder

Verzerrungen bezüglich der Covid -Lebensumstände-Fragen aufwiesen. Da bereits einige Zeit seit den Erlebten verstrichen war, ist es möglich, dass die Erinnerungen der Teilnehmerinnen an bestimmte Details oder Emotionen im Zusammenhang mit der Pandemie zeitlich distanziert reflektiert wurden. Dies könnte sich wiederum auf die Genauigkeit und Vollständigkeit ihrer Antworten ausgewirkt haben. Es ist daher wichtig, diese zeitliche Distanz bei der Interpretation der Interviewergebnisse zu berücksichtigen und gegebenenfalls die Reliabilität und Validität der erhobenen Daten kritisch zu reflektieren. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass eine subjektive Interpretation der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann, da die Auswertung der Ergebnisse nur durch eine Person, nämlich mich, erfolgte. Um umfassende Aussagen treffen zu können, sind weitere qualitative und quantitative Untersuchungen erforderlich.

5.2 Stärken

Die Stärken meiner Masterarbeit ergeben sich aus der umfassenden Integration aktueller Literatur der letzten Jahre, sowohl aus nationalen als auch internationalen Quellen. Zusätzlich wurden Fachpublikationen durch eine Handsuche, einschließlich relevanter Quellen herangezogen, um Einsichten zur Thematik der Vereinbarkeit von Pflegeberuf und privater *Care*-Arbeit in Österreich zu gewinnen. Darüber hinaus konnten acht weibliche Pflegepersonen als Interviewpartnerinnen gewonnen werden, um ein vertieftes Verständnis für die Thematik zu erlangen. Eine weitere Stärke liegt in den Interviewpartnerinnen, die nicht nur die Zeit für die Teilnahme aufgebracht haben, sondern auch offen dafür waren, die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, reflektieren, erforschen und zu verstehen.

Die Auswertung meiner Masterarbeit hat das Potenzial, positive Unterschiede im Leben weiblicher Pflegepersonen zu schaffen, indem sie ein tieferes Verständnis für ihre Lebensumstände ermöglichen. Die Ergebnisse bieten einen qualitativ hochwertigen Einblick in das Leben dieser Frauen, die nicht nur durch ihren Beruf, sondern auch durch ihre bedeutende *Care*-Arbeit im privaten Bereich einen wesentlichen Beitrag zu einer gendergerechten Gesellschaft leisten sollen. Die Interviews haben sowohl Unterstützungsfaktoren als auch Herausforderungen

aufgezeigt, die zur Weiterentwicklung des Verständnisses für diese Thematik beitragen können.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit verdeutlicht die dringende Notwendigkeit, traditionelle Geschlechterrollen zu überwinden und eine gerechte Arbeitsteilung von Pflegepersonen in der *Double Duty Caregiver* Rolle zu fördern. Das ist besonders im Hinblick auf die Vereinbarkeit von privater und beruflicher *Care*-Arbeit von Bedeutung. Um dies zu erreichen, ist ein aktives Engagement von Vorgesetzten und Gesellschaftspolitik erforderlich. Es muss sichergestellt werden, dass Wissen über bestehende Unterstützungsangebote vermittelt und deren Nutzung unterstützt werden.

Da diese Arbeit ausschließlich auf den Selbstbewertungen der Forschungsteilnehmenden basiert, sind weiterführende Forschungen notwendig, um genauere Erkenntnisse zu erlangen. Es erscheint als wichtig, zukünftige quantitative Studien durchzuführen, die größere Stichproben umfassen, da in Österreich bisher nicht systematisch erhoben wurde, wie viele Pflegepersonen neben ihrer beruflichen Tätigkeit auch privat *Care*-Arbeit leisten. Um einen fundierten Einblick in diese Situation zu erhalten und angemessene Maßnahmen ableiten zu können, sind umfassende Daten unerlässlich. Ebenso sollen weiter qualitative Daten erhoben werden, um die Belastungen und Bedürfnisse von *Double Duty Caregivers* noch präziser zu erfassen.

Konsequenzen für die Pflegewissenschaft

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit legen nahe, dass die Pflegewissenschaft stärker untersuchen sollte, wie psychischer Stress und emotionale Belastungen durch *Double Duty Caregiving* gemildert werden können. Es sollten Studien initiiert werden, die Interventionen und Unterstützungsmechanismen für Pflegekräfte und ihre Familien evaluieren. Zudem wäre es wertvoll, die Langzeitwirkungen von *Double Duty Caregiving* auf die Karriereentwicklung und das Wohlbefinden der Betroffenen zu erforschen.

Konsequenzen für die Praxis der Pflege

Für die Pflegepraxis ergeben sich aus dieser Arbeit mehrere wichtige Implikationen. Erstens müssen Gesundheitseinrichtungen flexible Arbeitsmodelle anbieten, die es ermöglichen, private Pflegeverpflichtungen besser zu integrieren. Dies könnte durch flexible Arbeitszeiten und die Möglichkeit zum Wechsel zwischen Teilzeit- und Vollzeit-Stellen erreicht werden. Zweitens sollten Gesundheitseinrichtungen Programme zur Unterstützung von Karrieremöglichkeiten speziell für Frauen einführen. Die Forschungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, weiblichen Pflegepersonen eine gleichberechtigte Teilnahme am Berufsleben zu ermöglichen. Weitere Programme könnten regelmäßige psychologische Beratungen und Unterstützungsgruppen umfassen - mit dem Schwerpunkt der Doppelbelastung. Darüber hinaus ist es entscheidend, eine frauen- und familienfreundliche Unternehmenskultur zu fördern, die eine gerechte Gehaltsstruktur und die Anerkennung von Mitarbeitenden umfasst. Transparente Kommunikation über die Übernahme von Aufgaben und die Bewältigung der mentalen Belastung ist dabei unabdingbar. Die gerechte Verteilung der Aufgaben im Familienalltag ist entscheidend, um die Belastungen gleichmäßig zu verteilen. Eine transparente Kommunikation über die Übernahme von Aufgaben und die Bewältigung von Mental Load ist unabdingbar. In anspruchsvollen Berufen wie der Pflege zeigt sich, dass es wichtig ist, solche Themen offen zu diskutieren.

Forderungen an die Gesellschaft und Politik

Die Interviewteilnehmerinnen äußerten den Wunsch nach mehr Unterstützung seitens der Gesellschaft und der Politik sowie nach einer besseren Wahrnehmung ihrer Leistungen und Herausforderungen als *Double Duty Caregiver*. Es ist wichtig, dass politische Maßnahmen ergriffen werden, um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu verbessern, wie zum Beispiel durch erweiterte Betreuungsangebote und finanzielle Unterstützungen. Die traditionelle Rollenverteilung in heterosexuellen Partnerschaften führt dazu, dass Männer, auch als Väter, in der Regel Vollzeit arbeiten und seltener ihre Berufsbiografien unterbrechen. Diese Faktoren tragen maßgeblich zum deutlichen *Gender Pay Gap* bei. Es gibt infolge zahlreiche Gründe, warum *Care*-Arbeit weiterhin hauptsächlich von Frauen verrichtet wird und so dies die Verwirklichung einer erfüllten beruflichen Karriere erschwert.

Zusammengefasst zeigt die Forschungsarbeit, dass die Absicherung der Kinderbetreuung eine große Ressource für Frauen in Pflegeberufen darstellt. Die unterschiedlichen Copingstrategien dieser Herausforderungen hingen stark von individuellen und externen Faktoren ab. Im Zentrum dieser Forschungsarbeit steht die Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und beruflicher Pflege, wobei sich aus den Interviews herausgestellt hat, dass auch besondere Beanspruchungen durch die „Allverantwortlichkeit“ in Bezug auf medizinisch-pflegerische Fragen im gesamten Familien- und Freundeskreis bestehen. Diese doppelte Belastung erfordert spezifische Strategien und Unterstützungen. Um die Geschlechtergerechtigkeit im Alltag – auch ohne Pandemie-Krise – zu erhöhen, muss ein systemisches, gendergerechtes Bewusstsein entwickelt werden, das traditionelle Rollenverteilungen hinterfragt und eine gerechte Verteilung der Aufgaben im Familien- und Berufsalltag fördert.

7 Literaturverzeichnis

Abels, H., & König, A. (2010). Sozialisation: Soziologische Antworten auf die Frage, wie wir werden, was wir sind, wie gesellschaftliche Ordnung möglich ist und wie Theorien der Gesellschaft und der Identität ineinanderspielen. Springer-Verlag.

Abel, E.; Nelson, M. (1990): Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives. State University of New York Press, New York.

Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Hildesheim, Universitätsverlag Hildesheim. <https://hildok.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/1081>.

Aschauer, O., Glatz, C., Prandner, D. (2022). Die österreichische Gesellschaft während der Corona-Pandemie. Ergebnisse aus sozialwissenschaftlichen Umfragen. Wiesbaden: Springer VS.

Beham-Rabanser, M., Scaria-Braunstein, K., Haring-Mosbacher, S.A., Forstner, M., Bacher, J. (2022). Arbeit und Familien im Covid-19-Alltag. In: O.

Aschauer, C. Glatz, & D. Prandner (Hrsg.): Die österreichische Gesellschaft während der Corona-Pandemie. Ergebnisse aus sozialwissenschaftlichen Umfragen. Wiesbaden: Springer VS, 31-68.

Berghammer, C., & Beham-Rabanser, M. (2020). Die Corona-Krise verändert die Beziehungsqualität: in vielleicht unerwarteter Weise. In: Universität Wien. Vienna Center for Electoral Research. Austrian Corona Panel Project. Corona-Blog 42.

Berghammer, C., & Beham-Rabanser, M. (2020). Wo bleibt die Zeit? Bezahlte und unbezahlte Arbeit von Frauen und Männern in der Corona-Krise. In: Universität Wien. Vienna Center for Electoral Research. Austrian Corona Panel Project. Corona-Blog. Blog 57.

Beck, J. (2020): The Concept Creep of 'Emotional Labor'. In: The Atlantic. 26.

Berghammer, C. & Schmidt, E.-M. (2019). Familie, Partnerschaft und Geschlechterrollen – Alles im Wandel? In: Aichholzer, J., Friesl, C., Hajdinjak, S. & Kritzinger, S. (Hg.): Quo vadis, Österreich? Wertewandel zwischen 1990 und 2018. Wien: Czernin, 56 – 87.

Bischofberger, I., Radvanszky, A., van Holten, K., Jähnke, A. (2013): Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In: Schweizerisches Rotes.

Braun, V. & Clarke, V. (2022). Thematic analysis. A practical guide. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.

Breinbauer, M. (2020). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz. Wiesbaden: Springer Nature. doi: 10.1007/978-3-658-32021-8.

Bujard, M., Laß, I., Diabaté, S., Sulak, H., Schneider, N.F. (2020). Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB). überarbeitete Auflage der Fassung vom Juni 2020. Wiesbaden. 36-41. doi: 10.12765/bro-2020-01.

Büker, C.; Lademann, J.; Müller, K. (2018): Moderne Pflege heute: Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben. Stuttgart: Kohlhammer.

Cartaxo, A., Eberl, I. & Mayer, H. Die MISSCARE-Austria-Studie. HBSscience 13 (Suppl 2), 27–29 (2022). <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00388-w>.

Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Durkheim, E., Fauconnet, P., & Schmidts, L. (1984). Erziehung, Moral und Gesellschaft: Vorlesung an der Sorbonne 1902/1903. Suhrkamp.

Newland, Jamesetta A. PhD, FNP-BC, FAANP, DPNAP, FAAN. Nurses are always here, there, and everywhere. The Nurse Practitioner 45(5):p 5, May 2020. | DOI: 10.1097/01.NPR.0000660364.42697.92.

Epp, K. (2012). Burnout in critical nurses: A literature review. Dynamics, 2012, 23(4), 25-31. Zugriff am 04. September 2023 unter: <https://caccn.ca/wp-content/uploads/2020/05/2012AwardsRec.pdf#page=25>.

Fernandes L.S., Nitsche M.J.T., & De Godoy I. (2017). Bornout Syndrome in nursing professionals from an Intensive Care Unit. Fundam Care Online, 2017, 9(2), 551-557. doi: 10.9789/2175-5361.2017.

Fürstler, G., & Malina, P. (2005). Ich tat nur meinen Dienst» – Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. Pflege, 18(1).

Gaidys, U., Begerow, A. (2021). Neue Pflegestudie: Pflegekräfte am Limit. <https://www.haw-hamburg.de/detail/news/news/show/pflegekraefte-am-limit/>.

Groß, C. (2008). Burn-out-Syndrom bei Intensivpflegepersonal. Intensiv, 2008, 16, 244-248. New York: Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

Lott Yvonne, Bünger Paula: Mental Load: Frauen tragen die überwiegende Last, WSI Report Nr. 87, August 2023.

Haring-Mosbacher, S.A., Scaria-Braunstein, K. (2021). „Wenn das Leben zuhause bleibt“.

Hausen, K. (1976): Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“: Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Werner Conze (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: Neue Forschungen.

Haring-Mosbacher Sabine und Scaria-Braunstein Karin im Gespräch. <https://unitube.uni-graz.at/portal/aufzeichnungen.html?id=ec9cd909-2443-4378-aa7c-f5ecc1d05584> (zugegriffen am 11.11.2023).

Haidinger, B., Knittler, K.: (2014) Feministische Ökonomie. Eine Einführung. Mandelbaum, Wien, S. 75–86.

Haindorfer, R. (2020). Corona macht unzufrieden! Frauen aktuell mit ihrem Leben unzufriedener als Männer. Corona-Blog 16, Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog16/>.

Hillert, A.; Albrecht, A.; Voderholzer, U. (2020): The Burnout Phenomenon. A Résumé After More Than 15.000 Scientific Publications. In: Frontiers in Psychiatry. 9. Dezember 2020. Sec. Psychological Therapies. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.519237>.

Ho M.H., & Lin, C.C. (2022). Futile care and burnout in intensive care unit nurses. Intensive & Critical Care Nursing, 2022, 71, doi: 10.1016/j.iccn.2022.103228.

Huebener, M., Spieß, C. K., Siegel, N. A. & Wagner, G. G. (2020). Wohlbefinden von Familien in Zeiten von Corona: Eltern mit jungen Kindern am stärksten beeinträchtigt. DIW Wochenbericht (30/31), 527 – 537.

Hövermann, Andreas (2020): Aktuelle Belastungswahrnehmung von Eltern. Berechnungen basierend auf der Erwerbstätigenbefragung im Auftrag http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.

Jacobs, JC, Laporte, A, Houtven, CH & Coyte, PC, 2014, Caregiving intensity and Jähnke A., Pflegefachpersonen als pflegende Angehörige (2023): ISBN : 978-3-658-40972-2.

Jurczyk, Karin (2014): Familie als Herstellungsleistung. Hintergründe und Konturen einer neuen Perspektive auf Familie. In: Jurczyk, Karin/Lange, Andreas/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 50-70.

Jurczyk, Karin/Lange, Andreas/Thiessen, Barbara (2014): Doing Family als neue Perspektive auf Familie. Einleitung. In: Jurczyk, Karin/Lange, Andreas/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 7-13.

Jurczyk, Karin (2018): Familie als Herstellungsleistung. Elternschaft als Überforderung? In: Jergus, Kerstin/Krüger, Jens Oliver/Roch, Anna (Hrsg.): Elternschaft zwischen Projekt und Projektion. Aktuelle Perspektiven der Elternforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 143-166.

Jähnke, A. Pflegefachpersonen als pflegende Angehörige, (2023) <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40973-9>.

Keck, Wolfgang (2012): Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber).

Kreuz (Hg.): Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo (Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis), S. 162–184.

Killen, MG, 2004, Nurses health: work and family influences, The Nursing clinics of North America, vol. 39, no.1, pp. 19-35.

Koebe, J., Samtleben, C., Schrenker, A., Zucco, A. (2020): Systemrelevant und dennoch kaum anerkannt.

Lange, A. & Alt, C. (2009): Die (un-)heimliche Renaissance von Familie im 21.

Jahrhundert. Familienrhetorik versus „doing family“. In: Beckmann, C. u.a. (Hrsg.): Neue Familialität als Herausforderung der Jugendhilfe. Lahnstein: Verlag neue Praxis, S. 31-38.

Lickiewicz, J., Salawa, B., Serednicki, W. Hughes, P.P., & Makara, M. (2021). Stress and burnout in a group of Intensive Care Unit medical personnel – a preliminary study. Nursing Problems, 2021, 29(1), 22-25. doi: 10.5114/ppiel.2021.110451.

Lynch K., Walsh J.: Love, Care and Solidarity: What Is and Is Not Commodifiable. Affective Equality. Love, Care and Injustice. Palgrave Macmillan, Basingstoke 2009, ISBN 978-0-230-21249-7, S. 35–53.

Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). Doing interview-based qualitative research. A learner's guide. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107449893>.

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. (4. vollständig überarbeitete Auflage) Wien: Facultas.

Mayer, H. (2022). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen und Weiterbildung für Studium und Weiterbildung (6., überarbeitete Auflage). Wien: facultas.

Misoch Sabina. Qualitative Interviews. De Gruyter Oldenbourg; 2015. Accessed December 14, 2023. <https://search-ebscohost.com.uaccess.univie.ac.at/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=948591&site=ehost-live> Salyers et al., 2017.

Myhren, H., Ekeberg, O., & Stokland, O (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, 5. doi: 10.1155/2013/786176.

Möhring, K., Naumann, E., Reifenscheid, M., Wenz, A., Rettig, T., Krieger, U., Friedel, S., Finkel, M., Cornesse, C. & Blom, A. G. (2020). The COVID-19 pandemic and subjective well-being: longitudinal evidence on satisfaction with work and family. *European Societies*, 1 – 17.

Navaie-Waliser, M, Spriggs, A & Feldmann, H, 2002, Informal Caregiving. Differential Experiences by Gender, *Medical Care*, vol. 40, no. 12, pp. 1249-1259.

Ohlbrecht, H. (2012). Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Überblick. In: Niederberger, M., & Finne, E. (Hrsg). *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention*. (S. 381-404). Springer Verlag. doi: 10.1007/978-3-658-31434-7.

Ong, P., Cong, X., Yeo, Y. & Shorey, S. (2023) Experiences of nurses managing parenthood and career. A systematic review and meta-synthesis. *International Nursing Review*, 00, 1–16. <https://doi.org/10.1111/inr.12885>.

Oxfams Studie zu sozialer Ungleichheit. (2020) 12 Milliarden Stunden Arbeit – ohne bezahlt zu werden. Oxfam Deutschland.

Panke-Kochinke, B. (2001). Die Geschichte der Krankenpflege (1679 - 2000): ein Quellenbuch. Deutschland: Mabuse-Verlag.

Pilwarsch, Johanna; Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; MathisEdenhofer, Stefan; Wallner, Alexander (2022): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2021. Gesundheit Österreich, Wien.

Potzmann, E. (02.06.2023) Interview Profil „Die Regierung macht mehr Geld für die Pflege locker, doch das reicht nicht. Denn die Zahl der Alten und chronisch Kranken steigt stark. Österreich braucht 100.000 zusätzliche Pflegerinnen und Pfleger. Ist das möglich?“. <https://www.profil.at/oesterreich/wie-die-pflege-misere-in-oesterreich-geloest-werden-koennte/402467162#:~:text=Pflegeheime%20statt%20Krankenh%C3%A4user,-Landau%20bewertet%20das&text=Bis%202030%20werden%2075.000%20bis,rec hnet%20der%20Caritas%2DPr%C3%A4sident%20vor>.

Raiber, L., Boscher, C., Fischer, F., Winter, M. (2020). Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als Präventions- und Personalbindungsstrategie. *Ergebnisse*

einer schriftlichen Befragung von Personalverantwortlichen in der Pflegebranche. In: Prävention Gesundheitsförderung 16, 242-248. doi:/10.1007/s11553-020-00816-7.

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonalbedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege.

Reichert, Monika (2020): Vereinbarkeit von beruflicher und häuslicher Pflege – „Double Duty Carers“ in Deutschland. In: Gerhard Naegele und Moritz Hess (Hg.): Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung), S. 159–176.

Ross, A., Touchton-Leonard, K., Perez, A., Wehrlen, L., Kazmi, N. & Gibbons, S. (2019) Factors that influence health-promoting self-care in registered nurses: barriers and facilitators. *Advances in Nursing Science*, 42(4), 358–373. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000274>.

Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Schiestl, D.W. (2020). Wirtschaftliche und psychische Auswirkungen der Corona-Krise. Wie wirkt sich die Krise auf die Stimmung der Österreicherinnen und Österreicher aus? In: Universität Wien. Vienna Center for Electoral Research. Austrian Corona Panel Project. Corona-Blog. Blog 3.

Schier, M./ Jurczyk, K. (2007): Familie als Herstellungsleistung in Zeiten der Entgrenzung. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung DAS PARLAMENT*. 34/ 2007, S. 10-17.

Schönherr, D., & Zandonella, M. (2020). Arbeitsbedingungen und Berufsprestige von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich. Sonderauswertung des österreichischen Arbeitsklima Index. Im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. SORA - Institute for Social Research and Consulting.

Seidler. (1993). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege* (6. neubearbeitete und erweiterte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

Senft, Birgit & Krejci, Marion. (2020). Der Pflegealltag unter COVID-19 - Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in Österreich. 5. 12.

Sheng-Yu Fan & Wei-Chun Lin (2021) The relationships between self-efficacy, self-care ability, and burnout Support Care Cancer 30, 5491–5497 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06980-0>.

and compassion satisfaction among hospice staff in Taiwan

Skinner, N., van Dijk, P., Elton, J. & Auer, J. (2011) An in-depth study of Australian nurses' and midwives' work–life interaction. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49(2), 213–232. <https://doi.org/10.1177>.

Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Belmont: Wadsworth.

Steiber, N., Siegert, C. (2021). Die Auswirkungen der Frühphase der COVID-19 Pandemie auf die Erwerbsituation und die finanzielle Lage von Familien in Österreich. In: *Österreich Zeitschrift für Soziologie*, 46 (2021). 429–442.

Steinke, I. (2022). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55628, 14. Auflage, Originalausgabe, S. 319–331).

Thomas, C.M., Bantz, D.B., & McIntosh, C. (2019). Nurse Faculty Burnout and Strategies to Avoid it. *Teaching and Learning in Nursing* 2019, 14, 111-116. doi: 0.1016/j.teln.2018.12.005.

Tillmann, K. J. (2011). *Sozialisationstheorien: Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung*. Rowohlt Verlag GmbH.

Triantafyllou, J, Naiditch, M, Repkova, K, Stiehr, K, Carreto, S, Emilsson, T, Di Santo, P, Bednarik, R., Brichtova, L, Ceruzzi, F, Coerdero, L, Mastroyiannakis, T, Ferrando, M, Mingot, K, Ritter, J & Vlantoni, D, 2010, *Informal Care in the long-term care system. European Overview Paper und Konsumentenschutz*, Wien.

Universität Wien (2020). Vienna Center for Electoral Research. Austrian Corona Panel Project (ACPP). Panelumfrage zur Corona-Krise. Projektbeschreibung.

Vargas, M., Spinelli, G., Buonanno, P., Iacovazzo, C., Servillo, G., & De Simone S. (2020). Burnout among anesthesiologists and intensive care physicians: results from an Italian national survey. *The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, 2020, 57. 1-5. doi: 10.1177/0046958020919263.

Völkening, L. & Völkening U., (2022). Ein anderer Blick: 2 : Feministischer Comic gegen Mythen und falsche Glaubenssätze (1. Auflage.). Unrast Verlag. <https://d-nb.info/1246831074/04>.

Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen (Campus Forschung, 322). Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 1980. Frankfurt/Main: CampusVerl.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung 1(1), Art. 22. verfügbar unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

Wilmes, J. (2020). Familienleben während des Lockdowns. beziehungsweise, November 2020, 1 – 4.

Yoo, H.J. & Shim, J. (2022) Child-rearing experiences of female nurses working three shifts in South Korea: a qualitative study. International NursingReview,69(3),318–329 <https://doi.org/10.1111/inr.12757>. Zartler, U., Dafert, V., Harter S., Dirnberger P., (2021). Frauen in Wien und COVID-19 / Studie im Auftrag des Frauenservice Wien: Frauenservice Wien.

8 Anhang

Interviewleitfaden

Studie zur Doppelbelastung von weiblichen Pflegepersonen: „Who Cares? Weibliche Pflegepersonen in der Rolle als Double Duty Caregiver im Gesundheitswesen“.

1. Einleitung

1. Könnten Sie mir bitte kurz etwas über sich selbst erzählen und wie lange Sie schon in der Pflege tätig sind?
2. Sie nehmen an diesem Interview Teil, weil sie privat zusätzlich zu Ihrer beruflichen Care-Arbeit private übernehmen, in welchen Bezug stehen sie zu den betreuenden oder der betreuenden Person?
3. Welche privaten Care-Tätigkeiten übernehmen Sie da, können Sie mir von Ihrem Ablauf erzählen und alles, was darunterfällt oder mitwirkt?

2. Doppelbelastung und Lebenssituation

1. Wie erleben Sie die Doppelbelastung zwischen Ihrer beruflichen Tätigkeit und der Pflege Ihrer betreuungspflichtigen Kinder?
2. Welche Auswirkungen hat diese Doppelbelastung auf Ihre Lebenssituation?
3. Welche Auswirkungen hat diese Doppelbelastung auf Ihr alltägliches Leben?
4. Welche Auswirkungen hat diese Doppelbelastung auf Ihre Karriere?

3. Einflussfaktoren

1. Welche Faktoren oder Umstände haben Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf Ihre Lebenssituation in Bezug auf die Doppelbelastung?
2. Wie hat sich Ihre berufliche und private Care-Arbeit während der Covid-19-Pandemie verändert?
3. Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf Ihr persönliches Wohlbefinden und Ihre berufliche Tätigkeit als Pflegeperson?

5. Ressourcen und Bewältigungsstrategien

1. Welche Strategien verwenden Sie, um mit der Doppelbelastung umzugehen?
2. Gab es spezifische Bewältigungssysteme, die Ihnen geholfen haben?
3. Wie sehen Sie Ihre Zukunft in Bezug auf die Pflegetätigkeit und Ihre berufliche Tätigkeit?
4. Gibt es Unterstützung, die Sie von Arbeitgeber:innen oder dem sozialen Umfeld im Allgemeinen wünschen würden, um die Situation für Double Duty Caregivers zu verbessern?

8. Abschluss

1. Gibt es noch etwas, das Sie hinzufügen möchten oder dass wir nicht angesprochen haben, aber wichtig sein könnte?

Information zur Teilnahme

Studie zur Doppelbelastung von weiblichen Pflegepersonen:

„Who Cares? Weibliche Pflegepersonen in der Rolle als Double Duty Caregiver im Gesundheitswesen“

Geschätzte Kolleginnen,

ich lade Sie herzlich ein, an meiner Studie teilzunehmen, die sich mit dem Thema "Double Duty Caregiving: Einflussfaktoren auf die Lebenssituation von weiblichen Pflegepersonen, mit betreuungspflichtigen Kindern" befasst. Das Ziel dieser Studie besteht darin, ein besseres Verständnis für die Erfahrungen von weiblichen Pflegepersonen zu gewinnen, die sowohl im Gesundheitswesen arbeiten als auch zu Hause Care-Arbeit übernehmen. Ich möchte herausfinden, wie sich diese Doppelrolle auf Ihr Leben auswirkt und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Diese Studie wird im Rahmen meiner Masterarbeit durchgeführt. Sie ist Teil eines Abschlusses des Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien, unter der Betreuung von Assoz. Prof.in Dr.in E.R.

Die Aufgaben im Gesundheitswesen sind anspruchsvoll und stellen hohe Anforderungen an die darin tätigen weiblich Pflegepersonen. Es ist bemerkenswert, dass in vielen Gesundheitsberufen überwiegend Frauen arbeiten (Pilwarsch et al., 2022). Darüber hinaus leisten Frauen mehr unbezahlte Care-Arbeit, die oft außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit liegt. Dies hat spürbare Auswirkungen auf verschiedene Aspekte des beruflichen und persönlichen Lebens von Frauen. Ich möchte ein Interview mit Ihnen führen. Das Interview findet an einem mit Ihnen vereinbarten Ort statt, an dem das Gespräch in ruhiger Atmosphäre geführt werden kann. Die Dauer des Interviews wird voraussichtlich 30 bis 60 Minuten betragen. Sie können sich zu jedem Zeitpunkt entscheiden Ihre Teilnahme zu beenden. Dies kann ohne die Nennung von Gründen erfolgen. Durch die Ablehnung oder den Abbruch der Teilnahme entstehen für Sie keine nachteiligen Folgen. Alles, was Sie mir erzählen, wird streng vertraulich behandelt. Es wird nichts an andere Personen, weitergegeben.

Das von Ihnen Gesagte wird nach dem Interview niedergeschrieben. Dabei werden die von Ihnen verwendeten Originalnamen anonymisiert. So können keine Rückschlüsse auf Sie als Person gezogen werden. Wenn ich Sie für ein Gespräch gewinnen konnte und Sie weitere Fragen zur Studie haben oder Informationen benötigen, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können mich unter j.a@univie.ac.at kontaktieren.

Ich möchte Ihnen für Ihre Unterstützung bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

J.A

Einwilligungserklärung

Name:.....

Geb.Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Who Cares? Weibliche Pflegepersonen in der Rolle als Double Duty Caregiver im Gesundheitswesen“ teilzunehmen. Ich bin ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmerinneninformation und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies während der Interviewlaufzeit schriftlich oder mündlich bei Studienleiterin veranlassen. Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden. Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden, die nur der Projektleitung zugänglich ist. Eine Kopie dieser Teilnehmerinneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleiterin.

.....
Datum und Unterschrift der Teilnehmerin

.....
Datum, Name und Unterschrift der Interviewerin

VIELEN DANK!

9 Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich den Erfahrungen von weiblichen Pflegepersonen, die informelle *Care*-Arbeit in ihrer Freizeit leisten. Sie führen einen bedeutenden Beitrag zur Versorgung der Gesellschaft bei (Bischofberger & Jähne, 2018). Die Arbeit untersucht die Vereinbarkeit von Pflegeberufen und der Übernahme von *Care*-Arbeit aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive, wobei speziell auf bestimmte Arbeitsbelastungen eingegangen wird. Die Covid-19-Pandemie hat nicht nur die Bedeutung der *Care*-Arbeit geleistet von Frauen insgesamt, sondern auch systemrelevante Berufe wie die Pflege hervorgehoben. Diese Arbeit untersucht die Lebenssituationen von Mitarbeitenden in einer Branche, die überwiegend Frauen beschäftigt. Ein Bereich der sich ebenso mit hoher Fluktuation und Arbeitsunzufriedenheit kennzeichnet (Cartaxo et al., 2022; Pilwarsch et al., 2022). Bisher wurde in der Forschung wenig Aufmerksamkeit auf die Lebenssituationen weiblicher Pflegepersonen mit privater *Care*-Arbeit gelegt (Detaile et al., 2020). Die Literatur weist auf das hohe Risiko psychischer und physischer Erschöpfung hin, das mit dieser Doppelbelastung einhergeht. Um beiden Verantwortlichkeiten gerecht zu werden, benötigen weibliche Pflegepersonen in der Rolle als *Double Duty Caregivers* Flexibilität und Verständnis seitens der Gesundheitsorganisationen. Es besteht ein Bedarf an Unterstützung seitens der Gesundheitsorganisationen, die oft zu lange warten, um präventive Maßnahmen zu ergreifen (Chang et al., 2020; Detaile et al., 2020).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurde eine qualitative Studie in Form von problemzentrierten Interviews mit acht weiblichen Pflegepersonen mit Betreuungspflichtigen Kindern durchgeführt. Die durch einen Leitfaden unterstützt wurden. Die Gespräche beleuchten die Lebenssituationen der Interviewpartnerinnen, von denen alle Betreuungspflichtigen Kinder haben. Die zusätzlichen *Care*-Arbeiten, die das Leben dieser Frauen (un)gewollt prägen, werden in den Ergebnissen dargestellt.

Schlüsselbegriffe: Double Duty Care/Caregiver, Belastung von weiblichen Pflegepersonen, Frauen im Gesundheitswesen, Covid-19-Pandemie, Gender-Empowerment, Vereinbarkeit Pflegeberuf und privater *Care*-Arbeit

Abstract

This master's thesis is dedicated to the experiences of women who perform informal care work in their private time. They make a significant contribution to the care of society (Bischofberger & Jähnke, 2018). The work examines the compatibility of care professions and the assumption of care work from a gender-specific perspective, with a particular focus on certain workloads. The Covid-19 pandemic has not only highlighted the importance of care work, but also of systemically relevant professions such as nursing. This work examines the life situations of employees in a sector that predominantly employs women. An area that is also characterised by high turnover and job dissatisfaction (Cartaxo et al., 2022; Pilwarsch et al., 2022). To date, little attention has been paid in research to the life situations of female carers with informal care work (Detaille et al., 2020). The literature points to the high risk of mental and physical exhaustion associated with this double burden. In order to fulfil both responsibilities, female carers in the role of double-duty caregivers need flexibility and understanding from healthcare organisations. There is a need for support from healthcare organisations, which often wait too long to take preventive measures (Chang et al., 2020; Detaille et al., 2020).

As part of this research, a qualitative study was conducted in the form of problem-centred interviews with eight female carers with children. These were supported by a guideline. The interviews shed light on the life situations of the interviewees, all of whom have children requiring care. The additional care work that (un)intentionally characterises the lives of these women is presented in the results.

Keywords: Double duty care/caregiver, burden on female carers, women in the healthcare sector, Covid-19 pandemic, gender empowerment, reconciling the caring profession and informal care work