

Dorothee Lebeda

Corona und die berufliche Pflege

Zusammenfassung

Die gegenwärtig Corona-Pandemie bestimmt die Lage der beruflichen Pflege in besonderer Weise. Das dringt auch in die Supervisionssitzungen der letzten 1,5 Jahren im Gesundheitswesen. Der Artikel nimmt diese selbstreflexive Verarbeitung der Pflegefachleute in den Blick, die aktuell mit Unsicherheiten in Bezug auf ihre gesellschaftliche Rolle, mit Formen der Anerkennung, der Gefühlsverarbeitung der extrem belastenden Situationen sowie mit der Bewertung der Interaktion im Kontext von Beratung konfrontiert werden. Die Verläufe weisen dabei der reflexiven Supervision einen relevanten Platz in der Bearbeitung des aktuellen Geschehens zu.

Das COVID-19-Virus, dessen Ursprünge in der chinesischen Großstadt Wuhan vermutet wird, wurde in Deutschland zum ersten Mal Ende Januar 2020 diagnostiziert. Die Infektionszahlen stiegen exponentiell an und haben sich rasch über das ganze Land verbreitet. Der rasante Verlauf ließ sich weltweit beobachten, so dass die WHO am 11. März zum ersten Mal von einer Pandemie sprach. 11 Tage später reagierte die deutsche Bundesregierung mit gesetzlichen Verordnungen, die das öffentliche und private Leben in drastischer Weise einschränkten. Das Gesundheitswesen hierzulande war für den professionellen Umgang mit einer lang anhalten Pandemie nicht vorbereitet und konnte auch nicht auf Erfahrungen aus der jüngsten Geschichte zurückgreifen.

Von diesem weltweiten Krisengeschehen, angetrieben durch ein lebensbedrohliches Virus, sind die Beschäftigten in den Pflegeberufen in besonderer Weise betroffen. Dieser Artikel nimmt deswegen die berufliche, professionelle Pflege in den Blick. Er streift dabei nur am Rande die bedeutende Pflege und Sorge, die mehrheitlich durch Angehörige in Familien mit Pflegebedarf unter der Corona-Pandemie geleistet wird. Auch die Pflege, die von nicht ausgebildeten Menschen, die teilweise in prekären Lagen und Beschäftigungsverhältnissen in privaten Haushalten durchgeführt wird, findet hier nur kurz Erwähnung. Durch diese Aussparung soll die Leistung dieser Care-Arbeiter*innen und deren

Lebenslagen in der aktuellen Krise nicht klein geschrieben werden, das sei hier explizit erwähnt. Ziel dieses Beitrags ist es jedoch, mit dem Fokus auf die berufliche Pflege im Pandemiegeschehen, Erkenntnisse herauszuarbeiten, die in meinen Augen, eine bedeutende Rolle für die Begründung von Supervision und Beratung für die Pflegeberufe spielt.

Im Folgenden werden drei Perspektiven auf die Pflege während Corona aufgefaltet und jeweils auf Supervision oder Beratung bezogen:

- Beginnen möchte ich mit einer Rückschau auf einige bemerkenswerte Momente der öffentlichen Aufmerksamkeit für die Berufsgruppe Pflege und ihre Spiegelungen in den begleitenden Supervisionsprozessen.
- Der zweite Blick dieses Artikels führt direkt in die aktuelle Pflegepraxis.
- Der dritte Fokus nimmt die wachsende Bedeutung der Interaktion Beratung auf, die auf Pflegebeziehungen gründet. Auch hier hellt die Corona-Pandemie das spezielle Handlungsfeld der Pflegenden auf und zeigt eine Lücke in der Pflegebildung, wie auch in den Versorgungsstrukturen.

1. Öffentliche Aufmerksamkeit und deren Folge für die Pflege während der Corona-Pandemie

Laut Pflegestatistik 2019 (Destatis 2021) stellen in Deutschland mit ca. 1,2 Mio. Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen bzw. Altenpflegerinnen, die in der direkten Pflege beschäftigt sind, die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe dar. Auf Grund des demografischen Wandels wird prognostiziert, dass der Bedarf an Pflege in den kommenden Jahren noch deutlich steigen wird. Allein diese Zahlen weisen den Akteur*innen eine Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung zu. Dennoch ringt die professionelle Pflege immer wieder um unterschiedliche Formen der gesellschaftlichen Anerkennung. Das spiegelt sich auch in der Corona-Pandemie wider. So wird auf der einen Seite stark auf die monetäre Anerkennung verwiesen, da es weiterhin an angemessener Bezahlung der, meist von Frauen, durchgeführten Pflege und Sorgetätigkeit fehlt. Ein anderer Anerkennungsdiskurs stellt die ethischen Fragen der Pflegebeziehung in den Mittelpunkt. Dort werden Defizite in der ethischen Praxis der Pflege, in der Güte und

Verantwortlichkeit von Beziehungsarbeit mit Wirkung auf die Versorgungsqualität benannt (vgl. Kohlen 2016, Conradi 2001, Könninger & Kohlen 2020). Pflege, so die Appelle aus dieser Richtung, möge die Aufgabe „Care“ anstelle des höher bewerteten „Cure“ tiefer ausarbeiten.

Beide Perspektiven vereint die Einschätzung, dass das Gesundheitssystem konsequent den immensen Beitrag der beruflichen Pflege verkennt - und somit auch ihr Potenzial, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu sichern oder gerade im Bereich der fürsorglichen Praxis weiterzuentwickeln (vgl. Könninger & Kohlen et al. 2020, S. 61ff.). Denn wie sonst lässt sich die personelle und strukturelle Verknappung erklären, die einen chronischen Pflegenotstand produziert und das Selbstverständnis der Beschäftigten als Zuarbeiter*innen und Randfiguren mitprägt.

So sollte nun schon lange vor der Pandemie genau diesem Umstand neue Beachtung zukommen, indem das Jahr 2020 als das „Jahr der Pflege und Hebammen“ ausgerufen wurde. (Hintergrundinformation: Die WHO rief 2020 zum weltweiten Jahr der professionell Pflegenden und Hebammen aus. Als Hintergrund wird der 12. Mai genannt, an dem sich 2020 der Geburtstag von Florence Nightingale, der wohl bekanntesten Pionierin der Krankenpflege zum 200. Mal jährt). Weltweit und national waren etlichen Aufmerksamkeitskampagnen geplant, um auf die gesellschaftliche Bedeutung, sowie die fachlich hohen und vielfältigen Leistungen dieser, oft im Alltag eingesunkenen und damit „unsichtbar“ gemachten Berufe hinzuweisen. Eine Pandemie war freilich nicht im Plan dieser Bemühungen, brachte den zentralen Akteur*innen der Gesundheitsversorgung nun aber doch unerwartet hohe öffentliche und mediale Aufmerksamkeit, in deren Dynamik sie sich erst orientieren mussten.

Damit schlug zunächst die Stunde der Berufsverbände. Sie nahmen ihre Aufgabe zügig wahr und präsentierten ihre prekäre Lage in der Pandemie, samt entsprechender Forderungen nach besserer Entlohnung und Arbeitsbedingungen, der Politik sowie der neuerdings für dieses Thema sensibel gewordenen Öffentlichkeit. Denn das sich weltweit rasant ausbreitende Infektionsgeschehen ließ den Wert eines funktionierenden Gesundheitswesens, die Bedingungen und das Zusammenspiel der dort Beschäftigten sowie die Interdependenz zwischen Lebenslage und Gesundheit höchst anschaulich sichtbar werden.

Unterstrichen wurde dieser Eindruck vor allem durch die schockierende Anzahl von Todesfällen, die über die internationalen Medien bildgewaltig zu verfolgen war. Für dessen Dramatik, gerade zu Beginn der Krise, steht stellvertretend die Klink im italienischen Bergamo, oder auch die langen Reihen von Leichenwagen vor einzelnen Pflegeheimen. Diese chaotischen Szenen aus Italien und anderen Teilen der Welt, die völlig erschöpften Pflegenden und Ärzt*innen riefen Vorstellungen von Feldlazaretten in Erinnerung.

Aus Italien und Spanien kamen nicht nur erschütternde Bilder, sondern auch neue Formen der öffentlich präsentierten Anerkennung für die Pflege. So wurden die gesundheitlich neuerdings als „systemrelevant“ bewertete Berufsgruppen während der ersten Infektionswelle für Ihr Handeln allabendlich von den Fenstern und Balkonen beklatscht. Diese Szenen wurden aufgenommen, medial verarbeitet und vielfältig weiterverbreitet. Ebenso mehrten sich künstlerische Darstellungsformen, die sich mit der Pflege als neue Held*innen oder heroische Kämpfer*innen beschäftigten. Alles Formen der Anerkennung und Darstellung, die in Deutschland für die Pflege nach dem 2. Weltkrieg völlig unbekannt waren und hierzulande sicher als erste Reaktion auf Überforderung und Fassungslosigkeit gedeutet werden kann.

Nach dem ersten zögerlichen Erstaunen lösten aber genau diese Szenen bei den Beschäftigten in der Pflege Unwohlsein aus bzw. die ersten deutlichen Ambivalenzen. In der Pflegeszene begann man sich nun gegenseitig zu fragen, was denn wohl davon zu halten sei und welche Reaktion man passender Weise in der Öffentlichkeit dazu zeigen sollte. Bezeichnenderweise richtete sich diese Hinwendung zur Pflege vor allem an die in der intensivmedizinischen Versorgung schwerstkranker Patient*innen tätigen Pflegefachpersonen. Wobei es tatsächlich auch die Altenpflege, die sonst kaum die interessierte Aufmerksamkeit der Presse hat, für kurze Zeit auf die ersten Plätze in der medialen Berichterstattung schaffte. Gerade in diesem Handlungsfeld hatte sich die Pflegefachwelt intern lange schon grundlegend damit beschäftigt, die Freiheitsrechte des Menschen in Pflegesituationen nicht einfach unberücksichtigt zu lassen. Sondern für diese vulnerablen Gruppen sollten die ihnen durch das Grundgesetz zugesicherten Rechte, in den Pflegehandlungen auch sichtbar sein. Durch intensive Gestaltungsprozesse, gestützt durch Pflege-theorien, sind Pflegekonzepte entstandene die u.a. Partizipation in der Langzeitpflege besser möglich machten. Plötzlich wurden, nun unter den gesetzlichen Corona-Verordnungen,

Besuchsverbote erlassen und Isolierung in stationären Alteneinrichtungen als Schutzmaßnahmen eingeführt. Diese Ausnahmeregeln wurden von Pflegenden zum Teil rigide unter dem Prinzip Befehl und Gehorchen umgesetzt. Thomas Klie sprach davon, dass die Firnis der Rechtsstaatlichkeit in und gegenüber Heimen sich mancherorts als dünn erwies (Klie 2020, S. 20). An vielen anderen Senioreneinrichtungen, das muss hier gesagt sein, wurde auch diese Ausnahmesituation einfühlsam sowie demenzsensibel gestaltet und die Heime somit nicht zu Orten der Vereinsamung gemacht.

In der Öffentlichkeit wurden mehrfach problematische Einschränkungen von Grund- und Freiheitsrechten verzeichnet. Medien sendeten daraufhin in der Primetime aus den stationären Alten- und Behinderteneinrichtungen berührende Szenen in die Wohnzimmer der Bevölkerung, die von dort weiterhin fassungslos die täglichen Corona-Nachrichten verfolgten. So wurden die schweren Folgen für die Lebensqualität der dort verbliebenen hilfebedürftigen Menschen sichtbar und greifbar. Wiederrum mit Erstaunen, Befremden oder auch mit Dankbarkeit wurde dann der Einzug einiger Altenpflegefachkräfte kommentiert, die in die Heime einzogen, um die alten oder hilfebedürftigen Menschen in dieser Isolation nicht allein zu lassen.

Während nun Virologen und Politiker in öffentlichen Talkrunden einen Aufklärungsauftrag zugeteilt bekamen und somit vordringlich das Somatische, das Körperliche in den Mittelpunkt der Strategien stellten, wurde dort zeitgleich der Pflegeberuf gelobt, aber v. a. mit seinem Mangel im Pflegealltag publik gemacht. Hier und da wurden auch die vielfältigen Felder, in denen die Pflege anspruchsvolle Tätigkeiten ausübt, bekannt. Wahrgenommen wurde im Allgemeinen vordringlich die fehlende Schutzausrüstung, die schwierigen Arbeitsbedingungen, die unangemessene Bezahlung und der Mangel an Fachpersonal. Es war somit naheliegend, dass vielfach ein traditionsbesetzter, opferbereiter Pflegeethos auf diejenigen projiziert wurde, die trotz dieser Bedingungen in dem Beruf verbleiben. Mit dieser Zuschreibung haderten und rangen die beruflich Pflegenden nach innen und außen.

Die öffentliche Berichterstattung über die in der Pflege Tätigen änderte sich wieder mit der Freigabe der Impfstoffe. Zunächst gehörten die Intensivpflege und Angestellte von stationären Einrichtungen (öffentlich unbestritten) zur priorisierten Gruppe, die es für ihren Einsatz über die Impfung zu schützen galt. Da aber nicht alle von der Möglichkeit

Gebrauch machten, schloss sich schnell die Diskussion an, ob den Pflegeberufen insgesamt eine Impfpflicht zu verordnen sei. Die Themen Belastung und Verpflichtung führen derzeit die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Pflege an, die als Unterströmung mehr oder weniger vor allem die monetäre Anerkennung mitführt. Die Pandemie zieht sich jetzt über unerwartet lange Zeit und die Erschöpfung der Pflegenden durch die Dauerbelastung wird in der Presse sichtbar. Es werden Zahlen von Kündigungen oder Arbeitszeitverkürzungen präsentiert, während die konkrete Zahl der Pflegefachleute mangels Berufsregister noch nicht mal bekannt ist. In Deutschland habe man seit Jahresbeginn 2021 etwa 4000 Intensivbetten verloren, weil es an Pflegefachleuten fehle, klagen Vertreter der intensivmedizinischen Fachverbände (vgl. Marx 2021). Öffentlich wird abgewogen, ob mit der Impfpflicht für Pflegeberufe ein gefährliches Vergraulen der eh schon knappen Ressourcen in Gang gesetzt würde, oder ob es doch ein notwendiges „die Pflege in die berufliche Verpflichtung nehmen“ sei.

Nach der ersten Betrachtung der eher groben Linien öffentlicher Aufmerksamkeit, also dem Blick von außen, kann nun gefragt werden, welche Wirkung es auf die Pflegefachleute hatte, die im Lichtkegel dieser Aufmerksamkeit standen. Wie reflektieren sie ihre berufliche Rolle, den Pflegeethos oder ihren persönlichen Einsatz. Welche Erfahrungen mit der Pflege bei COVID-19-Erkrankten wurden von den Berufsangehörigen selbst in die Supervision eingebracht?

Zunächst ist die Supervision, anders als in der sozialen Arbeit, kein weit verbreitetes Angebot für die Pflegeberufe (Psychiatrische Einrichtungen bilden da eine Ausnahme, da Supervision dort etabliert ist.) und damit ist die Berufsrollenreflexion, wie auch die Verarbeitung von außergewöhnlich belastenden Pflegeprozessen in den Organisationsroutinen der Gesundheitseinrichtungen eher unbekannt. Die hier verwendeten Eindrücke stammen fast durchgehend aus eigenen Reflexionsprozessen mit Pflegestudierenden, aus Supervisionen in psychiatrischen Einrichtungen, dem Austausch mit Supervisor*innen im Gesundheitswesen und privaten Gesprächen mit Pflegefachleuten.

Allen Berichtenden gemeinsam war, dass die Beschäftigten in der Pflege sich zunächst über die Aufmerksamkeit auf ihre Arbeitsfelder freuten, wenn sie diese auch meist als verkürzt und pauschaliert dargestellt befanden. Weiter versuchte man an allen Einsatzorten erstaunt untereinander zu klären, wie es sich tatsächlich um ihre gesellschaftliche

Stellung verhält und ob sich durch diese Form der Sichtbarkeit nun tatsächlich etwas an den Bedingungen für die Berufsangehörigen ändert: Mit der Wertschätzung eröffneten sich nämlich zunächst ungewohnte Möglichkeiten, wie z.B. selbstverständlich einen Platz in der Notbetreuung von Kindergarten oder Schule zu ergattern:

„Ich habe noch nie auf Grund meiner Pflgetätigkeit irgendwo Vorrang eingeräumt bekommen...ich wusste gar nicht wie ich reagieren soll, als man mir sagte, man habe meinen Sohn für einen Platz in der Notbetreuung eingetragen!“, erzählte mir eine Intensivpflegefachkraft und Mutter von drei Kindern, die schon lange mit schaukelnden Dienstzeiten und Kinderbetreuung jonglierte.

Die Reaktion der meisten Pflegenden war dennoch größten Teils zurückhaltend oder zumindest ambivalent, da im Hintergrund die o. g. für sie irritierenden Formen der Solidaritätsbekundungen erklangen, zu denen sie nur schwer eine Haltung finden konnten. Schließlich gehörte doch die Pflege von infektiösen Erkrankungen, der damit verbundene Schutz von Einzelnen und der Gemeinschaft von jeher in ihr Handlungsfeld, schilderten die Supervisanden. Bei aller zur Schau gestellten Anerkennung spitzten sich die Arbeitsbedingungen zudem eher zu, als dass ihnen mehr Mittel bei der Pflege von an Corona-Erkrankten zur Verfügung standen. Die nötige Ausrüstung, um diese Aufgabe unter Beachtung des Eigenschutzes durchzuführen, kam – wenn überhaupt – nur sehr zögerlich in Gang. In den Sitzungen, gerade im Bereich der Langzeitpflege, mehrten sich die Schilderungen, in denen sie den Infektionsschutz nur noch improvisierten. So wurde etwa versucht FFP2 Masken im privaten Backofen wiederverwertbar zu machen. Andere motivierten das Ehrenamt oder „begabte“ Mitarbeiter*innen Stoffmasken für die Kolleg*innen zu nähen – in Ermanglung von medizinischen Masken. Auch die monetäre Anerkennung, die staatlichen Corona-Zulagen wurden später „ein Dankeschön mit Beigeschmack.“ (Bienstein in Golla, 2020), da nur wenige Bereiche der Pflege diese Würdigung erhielten. Behinderteneinrichtungen wurden beispielsweise komplett vergessen. „Für die Pflegeberufe, erbrachte die öffentliche Aufmerksamkeit als Ertrag vor allem Beifall, warme Worte, wohlklingende Versprechen und kaum greifbare Zusagen.“ resümiert die Präsidentin des Berufsverbandes Christel Bienstein im Mai 2020, am Tag der Pflegenden - und sprach damit aus, was viele Pflegende auch maßlos frustriert in die Supervisionen einbrachten.

Obschon sie nun im Rahmen des Pandemiegeschehens in den Augen der Menge mit dem Begriff „systemrelevant“ eine neue Zuschreibung erhalten haben, ergab sich für sie daraus, neben den vorübergehenden Zugeständnissen zur Notbetreuung der Kinder, keine neue gesellschaftliche Stellung, so der Eindruck. Auch die Hierarchie innerhalb der Pflegeberufe, die den akuten, kurativen und medizintechnisch dominierten Betrieb hervorhebt, während die ambulante sowie die familiäre Versorgung als wenig anspruchsvolles Anhängsel betrachtet wird, setzte sich im Verlauf der Pandemie wieder durch, bemerkten v.a. die Studierenden, die ihre beruflichen Zukunftsaussichten im Blick behielten.

Die Imitation internationaler Symbole für Wertschätzung, wie das abendliche Klatschen auf den Balkonen, war für die Pflegenden eine neue Erfahrung, die sie in heiße Diskussionen über die Bewertung der eigenen Tätigkeit führte. Aber dem schloss sich bald ein neues Befremden an. So berichteten Pflegenden über sozialen Ausschluss im Privaten, der sich z.B. dadurch äußerte, dass sie gebeten wurden an bestimmten Treffen nicht teilzunehmen. So könnten doch gerade sie über ihre Beschäftigung im Gesundheitswesen das Virus in die Familien eintragen. Das traf im Übrigen auch manche ambulanten Dienste in der Langzeitpflege hart. Verträge wurden gekündigt, da die Sorge der Angehörigen vor einer Ansteckung, bei den schlechten Schutzmöglichkeiten, wie sie in der Presse zu sehen waren, zu groß war und sie die Pflege während des Homeoffice zunächst lieber selbst übernehmen.

Die Angst selbst Träger des tödlichen Virus, auch in die eigene Familie, zu sein, schilderten manche als ganz furchtbares Dilemma. So sehr, dass nicht selten die Überlegung geäußert wurde zum Schutz der Familie aktuell über einen Stellenwechsel nachzudenken...aber darf man sich als beruflich Pflegenden vor einer Pandemie in Sicherheit bringen?

Ein Supervisor, der genau solche Schilderungen auch kannte, sagte mir, er stelle dann gerne die Frage, ob diese Überlegungen für die Supervisandin einer „Fahnenflucht“ gleichkäme. Als Antwort wäre schon mehrfach ein spontanes „Ja, genau!“ erfolgt, bevor man dann gemeinsam tiefer in dieses Bild einsteigen konnte.

Die oben angesprochenen Lazaretteindrücke reaktivierten sicherlich auch Verknüpfungen mit dem militärischen, stark patriarchal, hierarchischen Traditionslinien der Pflege

(vgl. Klie et al. 2020, S. 8ff.). Bis heute wird die Steuerung der Pandemie sowie die Tätigkeit der Gesundheitsdienste in Bild und Wort immer wieder mit Kriegsmetaphern unterlegt. Und, ja, darin enthalten findet sich auch oft die der Pflege zugeschriebene Figur, in welcher sie in heroischer Geste einen selbstaufopferungsvollen Kampf um das Leben der ihr anvertrauten, Patient*innen führt und so ihrem beruflichen Auftrag, mit der Strenge gegen sich selbst, erst tiefen Sinn verleiht. Eine Deutung, die durch den oben genannten Einzug einiger Pflegefachleute in die abriegelten Alteneinrichtungen, oder die „Wir für Euch - Apelle“ der verummten Intensivteams, mit den Pappschildern „Wir bleiben für Euch hier, bleibt ihr für uns daheim“ sicherlich eine Bestätigung finden konnte. In der Öffentlichkeit erhielt die tradierte Figur der opferbereiten Pflegenden anerkennende Aufmerksamkeit, statt darüber z. B. die Bedeutung der Beziehung als Grundlage einer professionellen Pflege herauszustellen. Damit wird die fürsorgliche Praxis jedoch unsichtbar oder erfährt sogar erneut eine Entwertung. Denn aus dem Vollzug einer Care-Ethik, die auf gut gebauten Vertrauensbeziehungen beruht, die als Voraussetzung für die Sicherheit gebende Pflege in der Krise gilt, wird in der Opferinterpretation nur ein altes Rollenbild bedient. Von diesem wollten sich die modernen Pflegenden auch in den Supervisionen gerne distanzieren.

Auf der anderen Seite rührten diese Szenen aber auch bei ihnen den Berufsstolz der Pflege an, zu dem in der Pflegefachwelt aktuell ermutigt wird (vgl. Quernheim & Zegelin 2021). Und es stellt in der Tat für die hiesige Pflege auch eher eine ungewohnte Positionierung dar. Seit dem 2. Weltkrieg hat sich die Pflege in Deutschland kaum öffentlich wahrnehmbar als berufliche Gemeinschaft dargestellt, die stellvertretend Gesundheit sicherstellt. Es wurden aus den Reihen der Pflegeberufe auch nie Verhaltensregeln an die Bevölkerung gerichtet.

Tatsächlich handelte es sich um eine Imitation und damit auch um ein Einfühlen in die Bilder, die weltweit zu sehen waren, in denen sich Pflegende und Ärzt*innen vom Ort des akuten Infektionsgeschehens an die Bürgerinnen wendeten und Solidarität einforderten. Theweleit stellte in den 80er-Jahren einen Zusammenhang zwischen erschütternder sozialer Arbeit und der Identifikation mit charismatischen Leitbildern, Figuren und Szenen der Selbstvergewisserung fest. Krankenschwestern und Sozialarbeiter*innen werden zu Engeln in einer verzweifelten Welt (vgl. Theweleit 1986, S. 229ff.). Passend dazu

mahnt Bröckling aktuell insbesondere die Care-Berufe heute genau hinzuhören, wenn es um heroische Gesten geht, denn seiner Ansicht nach verbirgt sich dahinter vor allem eine Art Abhärtungsprogramm (vgl. Bröckling 2020, S. 107).

In dieser Auseinandersetzung zwischen Fremd- und Selbstbeschreibung stießen die Supervisanden auch an das widersprüchliche Tugendgebäude der deutschen Pflege mit dem es sich dann auf vielen Ebenen zu beschäftigen galt. So wurde über das Reflektieren der Kriegsmetaphern nicht nur die immer noch militärisch anmutende Hierarchie, das Befehlen und Gehorchen ein Thema, sondern auch das Spannungsfeld von Pflege, Fürsorge, Kontrolle und Gewalt. Zu gerne werden diese beruflichen Paradoxien ausgeblendet, da es in der Pflege scheinbar so klar um Hilfe auf der einen und Bedürftigkeit auf der anderen Seite geht.

In den Supervisionen bot es sich an, mit diesen ambivalenten Eindrücken und vielen öffentlichen Bildern, die Ihnen übertragene Verantwortung in den häufig durch Corona zugespitzten Situationen zu reflektieren. So wurde die Durchsetzung von Isolationsregeln, die teilweise auch in fragwürdiger Art geschah, in reichlich Fallbeispielen vorgebracht. Zum Beispiel schilderte ein Psychiatriefachpfleger, vor Corona habe man darauf geachtet, dass die Patienten in Kontakt kommen, dass sie die Tage nicht in ihren Zimmern verbringen. Man habe diese sogar teilweise abgeschlossen, damit die Menschen an den sorgsam geplanten Gemeinschaftsangeboten teilnehmen. Unter Corona hatte sich das Bild gedreht und die Hauptaufgabe der Pflege wäre nun darauf zu achten, dass der Infektionsschutz eingehalten würde, die Patienten auch ja allein in ihrem Zimmer blieben. Die stille Bereitschaft des Teams, die Fachpflege unhinterfragt dranzugeben und an deren Stelle die strikte Ausführung einer Verordnung zu setzen, schockierte ihn. Hier brauchte das Team den Reflexionsraum um die eigene Angst thematisieren zu können, um danach auch wieder pflegeethische und pflegefachliche Positionen beziehen, gestalten und verteidigen zu können.

Der exklusive Einblick in die privaten Familienräume wurde auch in neuer Weise Thema in der Supervision sowie der Umgang mit den dort gemachten Beobachtungen. So gab es Diskussionen um eine in den Raum gestellte Anzeigepflicht von bewusst nicht eingehaltenen Hygienemaßnahmen in den Familien, die sie schon lange begleiteten. Oder an wen

musste man sich wenden, wenn sie beobachteten, dass bei Familientreffen zu viele Personen anwesend waren. Gefährdeten sie doch auf diese Weise auch das Pflgeteam oder andere Personen. Pflegende haben Zugang zu Familien, wie sonst kaum eine Berufsgruppe. Wie umgehen mit dieser Verantwortung während einer Pandemie? Das sind im Grunde keine neuen Themen, aber unter Corona musste man sich nun neu orientieren, um sich auch öffentlich zu positionieren.

Dass Pflegende nicht qua Beruf „die Guten“ sind, nur weil sie Care-Arbeit leisten, lehrt uns wohl am deutlichsten und bitter unsere Geschichte. Die späte Beschäftigung mit der Rolle der Pflege im NS, hat ein Bewusstsein für das Gewaltpotential, mit dem Missbrauch der Vertrauensräume in den Familien und damit mit der Ambivalenz pflegerischen Handelns gefördert. Auch diese Thematik drängte nicht von ungefähr kontrovers in die Supervisionen zu Corona und Pflege. Die Fähigkeit Situationen und Institutionen kritisch zu bewerten und in rechter Weise zur Sprache zu bringen, kann in der Supervision gelernt werden.

Als ein deutlicher Effekt der öffentlichen Berichterstattung zur Pflege lässt sich aus diesen Erfahrungen schließen, dass die Pflegenden die Supervision, wo sie angeboten wurde, genutzt haben um ihre Rollen, ihr berufliches Selbstverständnis und die damit zusammenhängenden Einstellungen zu reflektieren. Anstoß waren oft die Bilder gesellschaftlicher Etikettierung als Berufsgruppe, die ihre Opferungsbereitschaft anbietet, oder die den Einsatz des eigenen Lebens prinzipiell nicht ausschließt – ohne angemessene Entschädigung zu erhalten. (Hintergrundinformation: Nach ICN-Einschätzung sind laut deren Präsidentin A. Kennedy weltweit rd. 3.000 Pflegende über Ihren Dienst an oder mit COVID-19 gestorben.) In der tieferen Betrachtung der je selbst eingebrachten Fallbeschreibungen änderte sich die Blickrichtungen von dem beruflichen Selbstverständnis zum Fallverständnis. Damit wurden auch die Frontmetaphern seltener – was sicherlich Einfluss auf die sozialen Praktiken der Pflege hat. Supervision scheint mir daher ein Angebot, das die zurzeit immer häufiger gewählten Kriegsmethapern evtl. entschärfen könnte und den Umbau der Rolle der professionellen Pflege hin zur Ausarbeitung zu mehr „Care-Ethik“ unterstützen kann.

Im Verlauf der Corona-Pandemie wurden Pflegende in ungewohnter Weise, zentrale Akteur*innen in der allgemeinen Berichterstattung. Als Reaktion der Pflegefachleute ließen

sich hier Irritationen und Ambivalenzen sowie Auseinandersetzungen mit Rollenzuschreibungen und beruflichen Mentalitäten aufzeigen, wie auch die Suche nach einem angemessenen Anerkennungsrahmen. Das Erkennen von Ambivalenzen, ihr „Zur-Sprache-Bringen“ und im Alltag einen Umgang mit ihnen finden, sind wichtige Elemente der professionellen Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Ein Prozess, der insbesondere in der reflexiven Supervision gelernt werden kann.

2. Blick in die Pflegepraxis während der Corona-Pandemie

Im zweiten Teil möchte ich die berufliche Praxis der Pflegefachleute in den Mittelpunkt stellen. Der Blick ist nun nicht mehr der von außen, auf die Effekte und Verarbeitung. Jetzt geht es mir darum ein sehr knappes Bild von der potenziell verletzlichen Lage der beruflich Pflegenden deutlicher und begreiflicher zu machen, so wie es sich in Supervisionen zeigen kann. Es sind durch die COVID-19-Erkrankungen drastisch wachsende und zusätzliche Arbeitsbelastungen, sowie besonderen Bedingungen und Herausforderungen bei der Pflege dieser Menschen entstanden. Im Alltag, in dem Pflegenden zurzeit ihren Beruf ausüben, zeigen sich hohe fachliche Expertise und gelungene Begleitungen, aber vermehrt sind auch körperlich erschöpfende, zutiefst traurige und teilweise schwer traumatische Erlebnisse, neue Spannungen und Ängste damit verbunden. So entstanden im Zuge der Corona-Pandemie durch die Hygieneschutzkonzepte ganz neue Arbeitsbedingungen, die Pflegenden auf körperlicher und kommunikativer Ebenen faktisch mehr als gewöhnlich gefordert haben. Die Schutzkleidung war und ist dabei ein wichtiges Element. Zum einen ist die Schutzkleidung, die drückenden Masken oder das schweißtreibende, hautunfreundliche Material selbst eine körperliche Belastung. Zum anderen ist die menschliche Begegnung und der damit verbundene Beziehungsaufbau ohne sichtbare Mimik einfach sehr schwer. Es waren und sind etliche Berichte im öffentlichen Fernsehen zu verfolgen, in denen langjährig erfahrene Pflegefachleute von massiven Überforderungen und dramatischen Schichten in der Versorgung von COVID-19-Patient*innen berichten. Der Leidensdruck ist und bleibt enorm hoch. Diese emotionale Belastung hängt besonders mit dem speziellen Krankheitsgeschehen bei COVID-19-Erkrankten zusammen. „Ich habe noch nie so kranke Patienten erlebt!“ schildern Pflegenden. Besonders schlimm ist das Erleben, wenn es zu den bekannten stabilen Phasen bei Corona-Erkrankten kommt

die zunächst Hoffnung geben, sich dann statt Gesundung ein plötzlicher kritischer Einbruch anschließt und das elende Sterben folgt. „Die Todesangst und die Einsamkeit dieser Menschen sind kaum auszuhalten“, berichtet eine Pflegefachperson (vgl. Klie & Remmerst 2021, S. 9). In der Supervision auf einer Intensivstation äußert eine erfahrene Fachkraft, wie wichtig ihr der Austausch mit dem Team ist:

„Wir sehen und erleben Dinge, die kann sich kein Mensch vorstellen. Selbst wenn ich davon erzähle, können meine Freunde nicht verstehen, was das bedeutet. Die denken ich wär´ so ne Harte und erzähl spannende Geschichten von der Front: Die riechen nicht was ich rieche, die hören nicht was ich höre und die fühlen nicht was man dabei fühlt!“

Dann schildert sie Szenen. Die anderen Teammitglieder nicken vielfach bei Ihrer Erzählung und berichten von ihren kleinen Entlastungsstrategien. Eine Kollegin lächelt sie an und sagt: „So ne Harte bist Du gar nicht“. Über diese Resonanz der Kolleg*innen erfährt die erschöpfte Pflegefachkraft in der Sitzung Solidarität und die Empathie sowie auch das Verständnis, das sie braucht, um wieder „weich“ sein zu können. H. Rosa spricht auch von Resonanzerfahrungen, die dann erlebt werden, wenn sich ein „wirkliches Hören und Antworten“ einstellt. In seiner Resonanztheorie sind das Erfahrungen, die gegen solche, heilend wirken, die als abweisend oder angstbesetzt wahrgenommen werden. Er nennt sie „stumme“, nicht-resonante Erfahrungen, die den Burnout Beschreibungen gleichen (vgl. Rosa 2016).

Auch wenn Pflegende Techniken und Praktiken des Abschieds in Ausbildung und Berufsleben üben, die schiere Menge Sterbender ist aktuell kaum zu verkraften, berichten Pflegende auch in Alteneinrichtungen. Menschen im Sterben zu begleiten ist traurig, oft schmerzhaft, es ist eine Zäsur, auf die natürlich auch Pflegefachleute reagiere. Das kostet Lebenskraft, führt oft zu tiefer Erschöpfung. Die Wirkung zeigt sich nicht immer direkt, dennoch ist eine Bearbeitung immer wichtig. Es gehört zum Dienstethos der beruflichen Pflege den Einsatz physischer und seelischer Kräfte im Interesse der Pflegebedürftigen zu mobilisieren. Im Sinne der Pflegefachkraft heißt es aber auch eigene Grenzen erkennen zu können. Insofern bedarf es zum pflegeethischen Handeln auch der bewussten Kontrolle der eigenen physischen und seelischen Kräfte und der Fähigkeit zur Selbstreflexion. In der Begleitung von schweren Erkrankungen und den damit verbundenen Lebenskrisen sind immer auch Konflikte und Dilemmasituationen Teil des beruflichen Pflegealltags. Einen sensiblen und reifen Umgang damit zu finden ist eine Entwicklung, die das gesamte

Berufsleben begleitet. Dafür gibt es keinen Standard, Kommunikationsstil, oder Wissen, das einmal in der Ausbildung erworben wurde und dann durch jede Situation trägt. Auch hier ist Supervision ein angemessenes Instrument, um Empathie auszubilden sowie existentielle Grenzsituationen zu erkennen und in der Konsequenz als solche zu verarbeiten. Aber Pflegende benötigen aktuell tatsächlich auch das Angebot professioneller Unterstützung bei der Bewältigung der erlebten Traumata der letzten beiden Jahre.

Die derzeitige Krise ist allerdings nicht nur das Ergebnis eines neuen Krankheitserregers, und dessen tückischer Krankheitssymptomatik. Sie ist auch eine Krise des Versorgungssystems. Es ist ein Ergebnis der neoliberalen Politik, dass die Pflege sich unter ökonomischen Marktprinzipien steuert und mit der Gewichtung auf abrechenbare Verrichtungen Pflegehandeln entwertet. Das die Pflege sowohl Handlungen aus dem medizinisch-gesundheitsfürsorgerischen wie aus dem psychosozialen Bereich umfasst, zeigt die Corona-Pandemie ebenfalls deutlich, wie sich am Handlungsfeld Bildung und Beratung gut beschreiben lässt.

3. Bildung und Beratung in der Pflege während der Corona-Pandemie

Allgegenwärtig waren und sind die Informationskampagnen, die das Virusgeschehen beschreiben. Erklärungen und Appelle, Infektionsschutz zu betreiben, Masken zu tragen, Hände zu desinfizieren, sind sicherlich an keinem Bürger, keiner Bürgerin vorbeigegangen, egal wie er oder sie dazu steht. Informationen und Einsicht sind gut und schön, aber wie sieht die Umsetzung im Alltag mit Pflegebedürftigen aus? Wie funktioniert Infektionsschutz zuhause, wenn körpernahe Pflege durchgeführt werden muss, wie das Tragen einer Maske, womöglich bei jemandem der von Demenz betroffen ist? Oder wie lässt sich Mobilität im Lockdown erhalten? Die korrekte Durchführung ist keinesfalls trivial für Menschen, die damit noch nie zu schaffen hatten. Es ist vor allem nicht so einfach zu erklären oder in den Alltag mit familialen Pflegebedarf einzubinden.

Pflegeberufe haben vielfach das Vertrauen der Menschen und Zugang zu den Familien und Haushalten. So konnten sie gleich zu Beginn der Pandemie an dieser Stelle oft Brücken schlagen. Denn Pflegende sind auch im Lockdown in die Familien und zu den isolierten Menschen gegangen und haben sie durch die Pandemie begleitet. Ambulante

Pflege hat informiert, zum Infektionsschutz angeleitet, in Unsicherheiten beraten und dort, wo die technische oder organisatorische Hürde zu hoch war, haben sie sich stellvertretend stundenlang um Impftermine für erste Impfungen bemüht. Bei Infektionsverdacht waren sie oft erste Ansprechpartner und haben den Umgang im Alltag geklärt.

All das konnte vor allem dort sinnvoll erfolgen, wo tragfähige Vertrauensbeziehungen bestanden. Auch wenn oftmals weiterhin die Vorstellung besteht, dass Beratung in der Pflege neben, oder hinter das „eigentliche“ Pflegehandeln gehängt werden kann: Die Pandemie zeigt, wie wichtig gute Bildung und Beratung auch bei der Eindämmung des Infektionsgeschehens ist. Meiner Ansicht nach gilt es das festzuhalten. Beratung braucht Raum in der Pflegebildung und im Sozialrecht mehr als nur Leistungsberatung und Schulung. Krisen sind ohne Beistand im Alltag, der auf Vertrauen basiert, nur schwer zu managen. Nach Marktlogiken kann sich jeder irgendeinen Anbieter für Dienstleistungen ausuchen. Gute Beratung, die auch durch eine Pandemie leitet und begleitet, baut aber auf (gewachsene) Vertrauensbeziehungen und auf Beratungskunst auf.

Literatur

- Bröckling, Ulrich (2020): Postheroische Helden. Ein Zeitbild. Suhrkamp: Berlin.
- Conradi, Elisabeth & Vosman, Frans (2016): Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 193-225.
- Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Golla, Markus (2020): DBfK-Präsidentin Christel Bienstein zum Tag der Pflegenden 2020. In: Pflege professionll, open source Zeitschrift für gesundheitsberufe, [online] URL: <https://pflege-professionell.at/de-dbfk-praesidentin-christel-bienstein-zum-tag-der-pflegenden-2020>.
- Quernheim, German & Zegelin, Angelika (2021): Berufsstolz in der Pflege. In: Psych. Pflege Heute, 27.
- Klie, Thomas (2019): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas; Remmers, Hartmut & Manzeschke, Arne (2021): Corona und Pflege: lessons learned. Kuratorium deutsche Altershilfe [online] URL: <https://agp-freiburg.de/downloads/2021/Corona-und-Pflege-lessons-learned.pdf> [Stand: 06.12.2021].
- Kohlen, Helen (2016): Sorge als Arbeit ohne ethische Reflexion? Entwicklungslinien der deutschen Debatte um Sorge als Arbeit und der internationale Care-Ethik. In: Henkel, Anna; Karle, Isolde; Lindemann, Gesa & Werner, Micha (Hrsg.): Dimensionen der Sorge. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 187-208.
- Könninger, Sabine; Kohlen, Helen; Fischer, Nils & Kaiser, Mara (2020): Auf der Suche nach dem Ethos

fürsorglicher Praxis und die Solidarität der Pflege. Professionspolitische Strategien in Zeiten der Corona-Pandemie. In: Bonacker, Marco & Geiger, Gunter (Hrsg.): Pflege in Zeiten der Pandemie: Wie sich Pflege durch Corona verändert hat. Opladen: Barbara Budrich.

Mai, Markus (Hrsg.) (2021): Die Pflege und die Coronapandemie in Deutschland: Folgen für Profession und Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Marx, Geernot (2021): Intensivmediziner: 4.000 Intensivbetten weniger seit Jahresbeginn, [online] URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128476/Intensivmediziner-4-000-Intensivbetten-weniger-seit-Jahresbeginn>

Rosa, Hartmut (2016): Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2019, [online] URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft_Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html).

Theweleit, Klaus (1981): Männerphantasien. B1: Frauen, Fluten, Körper, Geschichte. Hamburg: Rowohlt: Reinbek.