

# Unsicherheiten Pflegender während der ersten Covid-19-Infektionswelle und ihre Bewältigungsstrategien – Krankenpflegestudierende dokumentieren mit Tagebucheinträgen ihre Erfahrungen während der ersten Infektionswelle der Covid-19-Pandemie

*Sabine Wöhlke und Gisela Ruwe*

## Abstract

**Background:** In March 2020, German hospitals were preparing for the first major wave of Covid-19 infections, implementing crisis management procedures without precedent or prior testing. At this time, we asked student nurses in their eighth semester of study to complete a nursing diary for a period of four weeks. The aim of this research was to ascertain students' perceptions of the constantly evolving crisis and retrace their reflections on the situation on the basis of the knowledge they had at the time.

**Methods:** Eleven students completed a nursing diary, which entailed writing entries on the care they provided on the wards to which they were assigned. They added images such as pictures, screenshots and drawings to their diary entries. We analysed the data using ethnographic methods as follows: a) categorisation of the entries in accordance with general thematic similarities; b) comparison of the entries with published nursing literature from this time period, with the aim of identifying possible gaps in the content of our data.

**Results:** The student nurses worked on different wards; some volunteered to staff the newly established Covid-19 wards. Nursing students felt the unfolding crisis to be defined by a sense of uncertainty and potential threat, associated with various fears. The students described their own actions and behaviour in specific situations and outlined observations of others. We categorised our findings in four sub-topics: a) crisis management; b) the invisible crisis; c) a sense of crisis; and d) coping with the crisis.

**Discussion:** In giving insights into the day-to-day work of nurses under extreme conditions, the diaries collected and analysed for this study highlight experiences of ambivalence and uncertainty during the first wave of Covid-19 infections. Specifically, the students' reflections on professional responsibility point to this principle's importance within the system of values espoused by members of the nursing profession.

**Keywords:** 1st Wave of COVID-19 Pandemic, Nursing-Student-Diary, Experience, Qualitative Empirical Research, Germany

## 1 Einleitung

Das Covid-19-Virus hat seit seiner weltweiten Ausbreitung dramatische Folgen bezüglich medizinischer, pflegerischer, politischer, wirtschaftlicher, kultureller und ethischer Bereiche verursacht.<sup>1</sup> Im März 2020 befand sich Deutschland in einem seit Ende des 2. Weltkrieges beispiellosen nationalen Krisenmodus. Auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene bildeten sich Krisenstäbe, um Notfall- und Hygienepläne für den stationären und ambulanten Pflegesektor auszuarbeiten.<sup>2</sup> Als Vorbereitung auf die erste Infektionswelle wurde eine Verteilungslogistik

<sup>1</sup> Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-corona-virus-2019>.

<sup>2</sup> Giese 2020, S. 103–105; Petkovic 2020, S. 41–43.

für die benötigte Schutzausrüstung aufgebaut. Pflegestationen in Kliniken wurden zu sogenannten „Corona“-Stationen umfunktioniert.<sup>3</sup> Pflegende wurden in dieser Stufe des Krisenmanagements freiwillig für die Versorgung der Patient:innen auf diesen neu eingerichteten Stationen angeworben.<sup>4</sup> Zu diesem Zeitpunkt waren die Auswirkungen der ersten Infektionswelle für die Arbeits- und Gefahrensituation von Pflegenden in Deutschland unvorhersagbar.<sup>5</sup>

Den Pflegesektor traf die Pandemie in Zeiten des chronifizierten „Pflegenotstands“ besonders schwer.<sup>6</sup> Die Kliniken in Deutschland versuchten, die Pandemie durch ein nie erprobtes Krisenmanagement zu leiten und zu lenken.<sup>7</sup> Meldungen über nicht ausreichende Schutzkleidung für das Klinikpersonal, psychologische Notdienste für Ärzt:innen und Pflegende bis hin zum Diebstahl von Desinfektionsmittel trugen zu Beginn der Pandemie zu einer enormen Unsicherheit bei.<sup>8</sup>

Soziale Medien wurden vor diesem Hintergrund zu einem Katalysator für den Frust der Pflegenden. Es wurde zudem eine Überforderung und Mehrbelastung nicht zuletzt durch den sich weiter zuspitzenden Personalmangel in allen Bereichen der Versorgung schwer kranker Covid-19-Patient:innen wahrgenommen.<sup>9</sup> Die personelle Besetzung von Covid-19-Stationen gestaltete sich schwer. Finanzielle Anreize konnten aufgrund der ohnehin dünnen Personaldecke das Problem nicht überall lösen.<sup>10</sup> Teams wurden umgestellt und verloren ihren inneren Halt.<sup>11</sup>

Aus ethischer Sicht richtet sich eine Verantwortungsübernahme in unsicheren Zeiten wie die einer Pandemie, trotz struktureller Missstände in Kliniken, an die Pflegenden selbst. Kann diese nicht wahrgenommen werden, mündet die Anforderung häufig in moralischem Stress. Dabei ist der Umgang mit Risiken in modernen Gesellschaften bereits seit den 1980er Jahren von einem permanenten sozialen Wandel mit krisenhaften Auswirkungen gekennzeichnet.<sup>12</sup> Gesellschaftliche Krisen aller Art bergen die Gefahr in sich, dass soziale Ordnungen zusammenzubrechen drohen. Werden diese Krisen als Formen von Ausnahmesituationen nicht bewältigt, geht Vertrauen in die Lösungskompetenzen von Institutionen verloren, so auch bei der Covid-19-Pandemie.

Als Teil der fachlichen Professionalität ist eine Eigenständigkeit von der Berufsgruppe der Pflegenden notwendig, die auf unterschiedlichen Verantwortlichkeitsebenen ausgeübt werden kann.<sup>13</sup> Verantwortung bezieht sich auf die professionelle Pflege als ein Beruf mit einem eigenständigen Wertekodex (ICN), nach dem das Handeln ausgerichtet wird. Pflegende müssen hierbei Empathie und professionelle Distanz, Altruismus und Selbstfürsorge sowie eine kritische Reflexion und Effizienz in Einklang miteinander bringen. Diese hohen Standards sind

<sup>3</sup> Garbe 2020, S. 32–34.

<sup>4</sup> Fromm 2020, S. 106–108.

<sup>5</sup> Hellige 2020, S. 15–17; Giese 2020, S. 103–105.

<sup>6</sup> Fatke et al. 2020, S. 675–681; Stetzenbach et al. 2020, S. 4–7.

<sup>7</sup> Hunlede et al. 2020, S. 10–14.

<sup>8</sup> Ernst et al. 2020, S. 57–59.

<sup>9</sup> Wöhlke/Hartwig 2020, S. 123–126.

<sup>10</sup> Jansen 2020, S. 53–56; Gundolf 2020, S. 27–32.

<sup>11</sup> Garbe 2020, S. 32–34; Fatke et al. 2020, S. 675–681; Begerow/Gaidys 2020, S. 33–37.

<sup>12</sup> Beck 1986; Ullrich 2020, S. 8–11; Pelz et al. 2020, S. 38–40.

<sup>13</sup> Ulrich et al. 2010, S. 2510–2519.

durch Gesetze, Vorschriften und Richtlinien explizit festgelegt oder bestehen implizit als Ausdruck des besonderen Vertrauens in die Berufstätigkeit. Berufliche Wertvorstellungen sind jedoch nur ein Teil der Professionalität. Ergänzt werden diese Werte durch aktuelles Fachwissen, das eine immer höhere Erwartung an den Nutzen, die Anwendung und die kritische Reflexion für das eigene Handlungsfeld schafft.<sup>14</sup> Eine professionelle pflegerische Verantwortung sollte demnach grundsätzlich von allen Pflegenden übernommen werden.<sup>15</sup> Diese reicht von einer kausalen Verantwortung (wer hat das Problem verursacht?), konsequenter Verantwortung (wer trägt die Schuld?), zugeschriebener (wer wird zur Rechenschaft gezogen?) bis hin zu verteilter (Organisations-) Verantwortung (wie wird die Verantwortlichkeit unter den Akteur:innen aufgeteilt?).<sup>16</sup>

Moralische Verantwortung beruft sich dabei auf Konzepte wie Verpflichtung, aber auch auf eine moralische Entscheidungsfindung. Berufliche Pflichten beinhalten demnach nicht nur eine Verpflichtung, sich um sich selbst und andere zu kümmern, sondern sie reicht weit über die bloße Persönlichkeitsebene hinaus und beinhaltet eine Pflicht gegenüber anderen Berufsgruppen für das eigene Handeln. Daher liegt einer professionellen Verantwortung auch eine kollektive und organisatorische Verantwortung zu Grunde.<sup>17</sup> Die moralische Entscheidung, die eigene berufliche Verantwortung anzuerkennen und danach zu handeln, wirft vor dem Hintergrund der Situation Pflegender während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie in Deutschland Fragen nach der Konzeption des „Guten“ auf, nach Prinzipien, die das Handeln leiten sollten, und nach dem Ausmaß der eigenen Entscheidungsfreiheit, die bereits vor der Pandemie durch strukturelle Beeinträchtigungen stark eingeschränkt war. Die Prinzipien, welche die eigene professionsspezifische Selbstbestimmung berühren, wollen wir aus Sicht Pflegender in der Akutversorgung von Covid-19 Erkrankten näher beleuchten.

Die Pandemie hat gezeigt, dass der Bereich der Pflege im Bewusstsein um den eklatanten Personalmangel im Umgang mit dem Risiko eines Kollapses des deutschen Gesundheitssektors kaum Unterstützung erfahren hat. Längst überfällige Reformnotwendigkeiten im Gesundheitssystem wurden durch die Covid-19-Pandemie erneut offengelegt und gleichzeitig um ein Vielfaches verstärkt.<sup>18</sup>

Im Rahmen unserer explorativen Studie zu Beginn der ersten Covid-19-Pandemiewelle haben wir mit der forschungsleitenden Fragestellung den Versuch unternommen, die berufliche Bereitschaft, die Tätigkeit unter den extremen Bedingungen einer Pandemie auszuführen, aus der Perspektive von praktisch Pflegenden in einer Klinik zu ermitteln: Wie reflektierten klinisch tätige Pflegekräfte ihre berufliche Verantwortung zu Beginn der ersten Covid-19-Pandemiewelle in Deutschland?

An dieser Stelle verweisen wir auf den experimentellen Charakter der explorativen Studie in diesem „einzigartigen“ Zeitraum, wie er seit dem Ende der letzten großen Pandemien in den

<sup>14</sup> Wöhlke/Leinweber 2022, S. 117–131.

<sup>15</sup> Wenn von Pflegenden in diesem Beitrag gesprochen wird, beziehen wir uns ausschließlich auf professionelle Pflegekräfte mit einer min. 3-jährigen Pflegeausbildung, sowie Pflegende mit einem Fachstudium.

<sup>16</sup> Tronto 1993.

<sup>17</sup> Eine konsequente Verantwortung bezieht sich dabei auf das Wissen um die eigenen Verantwortungsräume und deren Grenzen in der klinischen Interaktion mit anderen Professionen und unterschiedlichen hierarchischen Aufgabenteilungen. Vgl. Gastmans 2006, S. 135–148.

<sup>18</sup> Giese 2020, S. 103–105; Klie et al. 2021; Ullrich 2020, S. 8–11.

1950er und 1960er Jahren nicht dagewesen ist. Unser Vorgehen beinhaltet aus heutiger Sicht Limitationen, die sich an die Tiefe und schlussendlich an die Aussagekraft der durch die Pflegestudierenden selbst erhobenen Daten stellen. Mit diesem Beitrag soll vielmehr auf das methodische Potenzial eines partizipativen, Stakeholder basierten, methodischen Ansatzes aufmerksam gemacht werden, der für die ethisch-empirische Forschung einen vielversprechenden Ansatz darstellt.

Zu Beginn der ersten Infektionswelle im März 2020 forderten wir Studierende im dualen Studiengang Pflege (8. Semester) im Rahmen des Moduls „Erweiterte Pflegereflexion“ auf, vier Wochen lang ein Pflegenden-Tagebuch<sup>19</sup> zu führen. Das Ziel der hochschulischen Aufgabe bestand darin, die eigene Wahrnehmung der sich täglich verändernden Krisensituation zu dokumentieren.

## 2 Methodisches Vorgehen

Für unseren qualitativ-sozialempirischen Zugang nutzten wir die Methode des Tagebuch-Schreibens. Tagebücher als Datenerhebungsmethode werden zunehmend auch in der empirischen Gesundheitsforschung genutzt, zumeist um Daten über Arbeitspraktiken zu erfassen.<sup>20</sup> Im Rahmen der pflegewissenschaftlichen Forschung wird die Methode des Tagebuch-Schreiben-Lassens bisher wenig eingesetzt. Sie eignet sich allerdings gut, um zusätzliche Daten über Ansichten, subjektive Gefühlslagen und konkrete Erfahrungen zu erheben. Gerade neuere Studien, die einen phänomenologischen Ansatz wählen, zeigen, wie sich auf diesem Wege relevante Einsichten über das Verhältnis von Emotionen und Selbstreflexion erfassen lassen und wie sich somit dieser Forschungszugang als ertragreiche und aufschlusseiche Methode erweist.<sup>21</sup> Die Methode nutzten wir für eine strukturierte Reflexion über einen Zeitraum von vier Wochen, um den Beginn der ersten Covid-19-Inzidenzwelle und die damit einhergehenden Schutzmaßnahmen im März 2020 schriftlich zu dokumentieren und zu reflektieren. Tagebücher als qualitatives Datenmaterial haben das Potenzial, Gedanken und Gefühle zu erfassen, besonders in intimen oder herausfordernden Situationen. Mögliche Nachteile bestehen vor allem darin, dass die Teilnehmer:innen das Tagebuch nicht regelmäßig und umfassend führen und zudem über unterschiedliche Schreibkompetenzen verfügen.

Elf Studierende eines dualen Studiengangs Pflege<sup>22</sup> erstellten vier Wochen lang ein Pflege-tagebuch. Die Aufgabe bestand darin, täglich einen Eintrag aus professionsspezifischer Perspektive vorzunehmen. Der Umfang dieses Eintrages konnte von den Studierenden selbst bestimmt werden.<sup>23</sup> Die Pflegenden-Tagebücher wurden von Mitte März 2020 bis Mitte April

<sup>19</sup> Siehe hierzu Kap. 2 zum methodischen Vorgehen. Das methodische Vorgehen (aus der sozial-empirischen Forschung stammend) des Tagebuch Schreibens ist nicht zu verwechseln mit der ambulanten Pflegepraxis des in SGB XI geforderten Pflege-tagebuchs, um eine Selbsteinschätzung der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen vorzunehmen.

<sup>20</sup> Jones 2000, S. 555–567.

<sup>21</sup> Bedwell et al. 2012.

<sup>22</sup> Dualer Studiengang Pflege in Deutschland. In diesem Studiengang studierten zur Zeit der Datenerhebung 2020 in diesem Modul Personen, die das Studium als Teil ihrer Ausbildung absolvierten, sowie Pflegende, die berufsbegleitend das Pflegestudium studierten.

<sup>23</sup> Ross et al. 1994, S. 414–425.

2020 erstellt. Die Tagebücher stellten einen Teil der Studienleistung<sup>24</sup> des Moduls dar und wurden bereits am Ende der vier Wochen abgegeben.<sup>25</sup> Das ermöglichte uns Dozentinnen während des Semesters eine Sichtung des Materials und eine grobe Einteilung der Themenkategorien. Die elf Tagebücher variierten sowohl bezüglich des Umfangs (zwischen 12-68 DIN-A4 Seiten), als auch des Reflexionsgrads. In der Abschlusssitzung diskutierten und evaluierten wir unsere *pre-analysis* mit den Studierenden. Alle Studierenden willigten schriftlich in eine Publikation ihrer Tagebucheinträge in pseudonymisierter Form ein. Für diese explorative Studie liegt kein Ethik-Votum vor.

Die Pflegenden-Tagebücher wurden phänomenologisch ausgewertet. Der methodologische Ansatz der Pflegewissenschaft nimmt die Wahrnehmungen der Studienteilnehmer:innen und ihre gelebte Erfahrung in den Fokus.<sup>26</sup> Im Vordergrund steht dabei, die aus der Sicht der Studienteilnehmer:innen beschriebene Wirklichkeit zu erschließen, um die Erfahrung der Ereignisse, Objekte und Phänomene dieser (ihrer) Welt zu ermitteln.<sup>27</sup>

Das schriftliche Material (elf Pflegenden-Tagebücher) wurde in einem ersten Schritt von den Autor:innen gelesen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren. Diese wurden in einem weiteren Lesedurchgang kritisch geprüft, indem wir aktuelle pflegewissenschaftliche Berichterstattungen<sup>28</sup> aus diesem Zeitraum hinzuzogen, um mögliche Themenlücken in den Tagebüchern zu identifizieren.<sup>29</sup> Vier Hauptkategorien ließen sich identifizieren: 1. Krisenmanagement in der Klinik; 2. Unsichtbare Krise: Die unbekannte Bedrohung durch die Pandemie; 3. Krisenstimmung: Wahrnehmung des sozialen Umfeldes (Kolleg:innen/Patient:innen/Angehörige) im veränderten klinischen Setting und 4. Leben mit der Krise. Die Studienteilnehmer:innen beschrieben vielfältige Situationen, um sich außerhalb des Dienstes zu erholen, bzw. zu regenerieren. In einem dritten Schritt wurden den Studierenden diese ersten Ergebnisse präsentiert und mit ihnen kritisch reflektiert. Jede Studienteilnehmer:in stellte dem Plenum einen Eintrag aus dem eigenen Pflegenden-Tagebuch vor, den er/sie einem der vier Kategorien zuordnete. Den Studierenden wurde dabei die Auswahl der Textpassage selbst überlassen.<sup>30</sup> Die Ergebnisse bilden daher weitestgehend deskriptive Erfahrungen und Wahrnehmungen der Studienteilnehmer:innen ab.

Der Verantwortungsbegriff wurde dabei nicht als eigenständige Kategorie genutzt, da wir im Sinne einer phänomenologischen Betrachtung das Material mit der notwendigen Offenheit betrachten und Definitionen aus dem empirischen Material entwickeln wollten. Aus ethischer

<sup>24</sup> Die Prüfungsform bestand aus einer Portfolio-Prüfungsleistung. Das Erstellen des Tagebuches und die Kurzpräsentation waren ein Teil der Prüfungsleistung.

<sup>25</sup> Uns war der experimentelle Charakter dieser Studie, die gleichzeitig auch eine Studienleistung darstellte, bewusst. Wir haben dies offen mit den Studierenden angesprochen und alternativ ihnen die Option offengehalten, eine Hausarbeit zu schreiben. Dies wurde mit der Hochschule entsprechend kommuniziert.

<sup>26</sup> Schütz/Luckmann 2003; Raab et al. 2008.

<sup>27</sup> Thomas/Pollio 2002, S. 183–184.

<sup>28</sup> Einbezogen haben wir nur Literatur, die in diesem Zeitraum in Deutschland die Perspektiven der Pflegenden aufzeigen konnte, wie beispw. die Zeitschrift Pflegewissenschaft mit Sonderausgaben: Die Corona-Pandemie (2020).

<sup>29</sup> Van Manen 2022, S. 77–79.

<sup>30</sup> Wir Dozent:innen standen für diese Teilaufgabe beratend und begleitend zur Verfügung, um Unsicherheiten zu klären.

Perspektive ist dieses Prinzip zentral für das berufliche Selbstverständnis.<sup>31</sup> Daher nutzen wir für die Analyse die Überlegungen Joan Trontos aus dem Jahr 1993 zur Verantwortung aus dem Bereich der Care-Ethik für eine empirisch-ethische Analyse<sup>32</sup> der Wahrnehmungen und Erfahrungen der Pflegenden.<sup>33</sup>

### 3 Ergebnisse

Das Berufsfeld der Pflege und das Prinzip der Care-Work sind zentral miteinander verwoben. Erfahrungsberichte (in Form von Pflegenden-Tagebüchern) zeigen Bedeutungsdimensionen, die durch den zeitlich raschen Wandel der Ereignisse in Zeiten einer Pandemie retrospektiv nur noch schwer zu rekonstruieren sind. Die Pflegenden reflektierten dabei die Bedeutung von Pflege als Formen der Ver- und Fürsorge in zutiefst unsicheren Zeiten, in denen es fast unmöglich erschien, gelebte Beziehungen der Fürsorge im Pflegealltag aufrecht zu halten. Ferner wird deutlich, welche ethischen Überlegungen für die Gesundheitsversorgung aus Pflegesicht implizit relevant sind. Aufgrund dieser gefühlten „Sorge-als-Sorge“-Situation wurde das Leben der Pflegenden zu Beginn der ersten Covid-19-Pandemiewelle als eine komplexe, moralisch-emotionale Beziehung der beruflichen Verantwortung erlebt.

Die beteiligten Studierenden waren im März 2020 auf verschiedenen Stationen eines großen Akutkrankenhauses eingesetzt, einige meldeten sich freiwillig für den Einsatz auf den neu eingerichteten Covid-19-Stationen, andere blieben in ihren Einsatzbereichen. Die Pflegenden beschrieben zahlreiche neue Situationen, die häufig mit Unsicherheit und einer möglichen Bedrohung verbunden waren. Es waren Beschreibungen des eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer, Reflexionen oder auch Gedankenfragmente, die niedergeschrieben wurden. Die Tagebücher haben den Charakter einer Collage, es sind nicht nur Texte, sondern auch andere Medien wie Bilder, Screenshots und Zeichnungen genutzt worden.

Die Analyse der Tagebucheinträge lässt sich in vier Hauptthemen clustern, das „Krisenmanagement“, die „unsichtbare Krise“, „Krisenstimmung“ und das „Leben mit der Krise“. Diese Kategorien thematisieren diese ersten zentralen Eindrücke und Wahrnehmungen der beginnenden Pandemie aus Sicht Pflegenden und ihre Arbeitssituationen in einem Akutkrankenhaus in Deutschland. Die Pflegenden befanden sich in der Zeit von Mitte März bis Mitte April 2020 in einer Alarmbereitschaft für eine Bedrohung, wie sie seit dem Ende der letzten großen Pandemien in den 1950er und 1960er Jahren nicht mehr vorgekommen war. Letztlich blieb jedoch die schlimmste Auswirkung der Pandemie, nämlich der Kollaps des Gesundheitssystems beispielsweise durch überfüllte Kliniken, am Ende für Deutschland aus.

#### 3.1 „Krisenmanagement“: Die tägliche, routinierte Arbeit auf der Station gerät aus dem Gleichgewicht

Die häufigsten Einträge aus diesem Zeitraum lassen sich am ehesten mit dem Begriff „Krisenmanagement“ beschreiben. Die Pflegenden dokumentierten die Innenansichten eines Krankenhauses in dem Bemühen, eine unbekannte Infektionskrankheit zu kontrollieren. Die Texte

<sup>31</sup> ICN Pflegekodex 2021.

<sup>32</sup> Wöhlke/Schick Tanz 2019, S. 424–427.

<sup>33</sup> Vosman/Nortvedt 2020.

beschreiben vor allem eine Stimmung innerhalb der Klinik in der Zeit vom 15. März bis 30. März 2020, in der Teams versuchten, in einer Zeit des Strukturverlustes „Haltung“ zu bewahren. Bisherige Ordnungen in Form von Arbeitsroutinen, einer Dienstplanorganisation, Krankenhaushierarchien, Versorgungsroutinen und feste Aufgabenfelder gerieten in Unordnung. Dienstpläne verloren ihre Verbindlichkeit, was besonders bei Pflegenden mit Kindern einen zusätzlichen emotionalen Druck bedeutete. Patient:innen wurden verlegt oder gar nicht erst aufgenommen, Stationen wurden umfunktioniert, Aufgaben neu verteilt, Pflegepersonal mit finanziellen Risikozulagen motiviert, ihren Einsatz auf den neuen Covid-19 Stationen durchzuführen. So heißt es in einem Tagebucheintrag:

Aus Angst, sich selbst zu gefährden, bleiben viele Pflegekräfte vorsorglich zu Hause. Einerseits verständlich, andererseits ein Problem des Systems und der persönlichen Einstellung. Nach 4 Nachtdiensten sitze ich nun heute da und steige direkt wieder in die Onlinevorlesungen ein. Ich hatte mich auf ein sonniges und auch erholsames Wochenende gefreut. Aber nein, gestern kam bereits der Anruf, dass ich doch einspringen müsse. Natürlich habe ich kurz überlegt, nein zu sagen. Aber ich kann nicht, aber mein Verantwortungsbewusstsein gegenüber Patienten und Kollegen siegt. (9FN)

Diese Pflegekraft hebt hier ihren Verantwortungsbereich hervor und beschreibt die Aushandlung eigener Konflikte zwischen innerfamiliärer Verantwortung und der professionellen Verantwortung als jemand, die im Gesundheitssystem tätig ist.

Eine Berufsanfängerin wechselte aus der Kinderkrankenpflege auf die Intensivstation:

„Am kommenden Montag und Dienstag wirst Du fit gemacht und dann kann es los gehen, keine Angst, es wird alles gut gehen.“ (Ansprache durch die Stationsleitung. Anm. Verfasserinnen) Ja, klar denke ich mir, natürlich wird es gut gehen. Wie immer alles gut gehen muss im Krankenhaus. Jeden Schritt schrieb ich mir auf einen mitgebrachten Zettel auf. In der Hoffnung nichts Wichtiges vergessen zu haben. Ob ich jetzt bereit bin? Nein, ich wusste genau, dass ich eigentlich keine Ahnung habe. (7FN)

Neu zusammengesetzte Teams mit unklaren Kompetenzen der Mitglieder verunsicherten:

Heute Spätdienst. ( ... ) 2 Mitarbeiter aus dem OP, 1 Mitarbeiterin aus der Dermatologie, und ein Pflegehelfer (einer weiteren anderen Station, Anm. Verfasserinnen). Keiner im Spätdienst hat eine Einweisung (für das neue Dokumentationssystem, Anm. Verfasserinnen) (...) Ich muss 3 Kolleginnen für die Telemetrie einweisen. (1FE)

„Haltung“ bewahren beinhaltete demnach auch, emotional nicht umzukippen und nicht davon zu laufen. Dies wurde auch durch die mündliche Reflexionsarbeit mit den Studierenden bestätigt. Die Einträge hierzu sind ambivalent und eine Mischung aus großem Erstaunen, was vor ihren Augen mit ihrem gewohnten Arbeitsbereich geschieht, und dem stetig anwachsenden Unbehagen vor der „unsichtbaren“ Bedrohung. So heißt es an einer anderen Stelle:

An allen Klinikeingänge stehen nun Security-Mitarbeiter, die nur noch Mitarbeiter, die sich mit ihrem Mitarbeiterausweis ausweisen können, hineinlassen. Die Klinik ist für alle anderen Menschen abgeriegelt. (11FE)

Auf den Stationen wurden nun täglich viele Informationen zu den Hygienemaßnahmen ausgehängt: „Überall hängen Infos“ (11FE). Bis Ende März wurde die Maskenpflicht für das gesamte Personal und alle Patient:innen in der Klinik eingeführt. Dies stellte die Pflegenden vor eine existenzielle Bedrohung, da deutlich wurde, dass es zu dem Zeitpunkt noch nicht genügend Schutzmaterial für alle Bereiche gab. Ambivalenzen zeigen sich auch im Umgang mit den Patient:innen. Durch ein permanentes Maskentragen fühlten sich Pflegende in der täglichen Pflege-Interaktion stark eingeschränkt. Es war ein ständiges Abwägen, ob ein Kontakt ohne Maske durchgeführt wurde, was einen Regelverstoß darstellte:

Ich habe sogar noch Zeit einer Patientin die Haare zu waschen und denke über den Mundschutz nach, weil ich so nah an ihr arbeite... möchte sie aber nicht verunsichern und entscheide mich dagegen. (11FE)

Diese anfängliche Strukturlosigkeit bezog sich auch auf die Logistik der Hygienematerialien und -maßnahmen. Es gab nicht genügend Mund-Nasen-Schutzmasken für das Personal und Patient:innen, und es mangelte an ausreichend Desinfektionsmittel: „Diebstähle von Desinfektionsmittel häufen sich, es hieß, dass der Wachdienst sogar einschreiten musste.“ (6FE)

Abseits der gegenwärtigen Strukturlosigkeit des Klinikbetriebes durch die Krise verschoben sich die Arbeitsbelastungen zu Ungunsten der normalen Versorgungseinheiten:

Die Station ist rappellvoll mit Patienten. Ein Patient liegt im Sterben und einen werden wir wohl auf die Intensivstation verlegen müssen. Es ist ein Rennen in diesem Dienst, ich habe weder gefrühstückt noch war ich auf Toilette. Ich kann momentan nicht mal sagen, ob es an der Corona-Situation liegt oder ob es der hohe Krankenstand und die Angst einiger Mitarbeiterinnen ist. Bald ist ein Ende in Sicht und der Spätdienst kommt. Hoffentlich! (9FN)

Zusätzlich wurden von der Pflegedirektion Medizinstudierende auf den Stationen eingesetzt, um dem durch Krankheits- und Quarantäneausfälle entstandenen Personalmangel entgegenzuwirken. Die neu eingerichteten Covid-19-Stationsbereiche waren allerdings nicht ausgelastet, was unterschiedlich wahrgenommen wurde. So heißt es:

Nachtdienst. Es gibt drei Patienten. Wir sind zu zweit im Dienst. Es gibt nichts zu tun. Eigenartiges Phänomen: Ich schaue alle 15 Minuten auf die Uhr und es ist jeweils nur 2 Minuten später... Ich bin zu müde, um mir weitere Gedanken zu machen, ich hoffe nur, dass diese Nacht bald vorbei geht. Donnerstag 26.3.2020. Diese Nacht gibt es nur zwei Patienten. Ich denke an meine Kollegen auf meiner Heimatstation, die kaum ihre Arbeit schaffen. Ich schäme mich für meine Langeweile. (4ME)

Und an einer anderen Stelle lautet ein Tagebucheintrag:

Ich werde im Nicht-Corona-Bereich eingesetzt und versorge einen post-operativen Patienten, der im Laufe des Dienstes verlegt werden soll. Selten konnte ich einen Patienten so umfangreich nach seinen Wünschen versorgen und hatte währenddessen noch Zeit mit meinen Kollegen in den Austausch zu gehen, ihnen ergeht es genauso. Menschen, die derzeit auf meiner Station liegen, sind so gut wie selten zuvor versorgt. (3FN)

In der ersten Aprilwoche verstärkte sich die Unsicherheit erneut, da nun die vermeintliche „Bedrohung“ durch die medial vermittelten Informationen näherkam. Ging doch die latente Gefahr bisher von Patient:innen aus, mehrten sich nun infizierte Kolleg:innen und Verdachtsfälle: „Ich desinfiziere am heutigen Tag besonders oft Türklinken, Griffe, RR-Gerät und Telefonhörer, auch die Ärzte weise ich darauf daraufhin, das hatten sie bis dahin nicht bedacht...“ (11FE)

Zu erleben, selbst einen Verdacht auf eine Covid-19-Infektion zu haben, wurde als stigmatisierend und schamhaft empfunden. Um dies zu kompensieren, wurde verschwiegen, einen Test durchgeführt zu haben, bis das Ergebnis vorlag. Zu der Scham gegenüber den Kolleg:innen, Hygieneregeln nicht richtig befolgt zu haben, kam hinzu, dass den Angehörigen der Pflegenden in dieser Situation Stigmatisierung und gar Diskriminierung drohte. Von den Pflegenden wurde in dieser Zeit eine enorme Flexibilität gefordert, die auch den privaten Bereich stark tangierte. Die Sorge, sich selbst mit dem Covid-19-Virus zu infizieren, nahm zu: „Nach dem Dienst gehe ich zu Hause wieder erst duschen, bevor ich meine Kinder umarme. Die Angst, das Virus an sie weiterzugeben. ist allgegenwärtig.“ (11FE)

Bisherige Hygienemaßnahmen wurden evaluiert, Aufnahmen aus Pflegeheimen wurden auf Covid-19-Stationen aufgenommen und getestet. Die rasante Ansteckung mit dem Covid-19-Virus war nun allgegenwärtig. Am Rande wurden Erschöpfungszustände des Klinikpersonal wahrgenommen. So kam es vermehrt zu verbalen Auseinandersetzungen aufgrund des Krisenmanagements. Dies geschah auch in der Begegnung mit Angehörigen:

eine Angehörige wird von einer Pflegekraft „angefautcht“: Wie es denn sein könne, dass eine Angehörige den Patienten begleite. Der Tonfall ist unangebracht. Die Angehörige wird gar nicht zur Situation befragt. Hierbei empfinde ich persönlich eine Art Fremdschämen. Ich nehme mir vor, mich diesbezüglich ggf. noch einmal an passender Stelle zu äußern. (6FE)

Aber auch eine Ernüchterung trat ein:

Ich muss gestehen, derzeit ist nicht die Corona-Krise mein größter Stressfaktor, sondern die vielen Krankheitsausfälle auf meiner Station. Es sind die Rahmenbedingungen unseres Pflegeberufes, die einen an die Grenzen bringen und das war schon vor der Corona-Krise so. (9FN)

Zusammenfassend zum „Krisenmanagement“ zeigt sich eine Unsicherheit, der Pflegende in der beschriebenen Zeit auf organisatorischer, personaler und persönlicher Ebene ausgesetzt waren, sowie der Versuch, ihrem pflegerischen Anspruch, im Chaos der auf sie zurollenden Infektionswelle den Patient:innen „Halt geben“ zu können, gerecht zu werden. Im Sinne einer „Sorge-als-Sorge“ Situation deutet sich hier der individuelle Aushandlungsprozess von den persönlichen Grenzen an, ob und wann es sinnvoll erscheint, Stärke gegenüber den Patient:innen trotz Verunsicherung zeigen zu können, zu dürfen und zu müssen.

### 3.2 „Die unsichtbare Krise“: Sorge – angespannte Nähe mit Patient:innen und Familie

In dieser zweiten Analysekategorie reflektieren die Pflegenden die täglichen Konsequenzen des beschriebenen Routineverlustes auf ihren Pflegealltag. Die Pflegenden sahen sich mit Situationen konfrontiert, die moralischen Stress auslösten. Ähnliche Wahrnehmungen finden sich bei den Reflexionen zur eigenen Selbstsorge, besonders vor dem Hintergrund der eigenen Familie. Die haltgebende und auch „aushaltende“ Pflege verlor in dieser Zeit der Pandemie durch den Verlust von Routinen an Sicherheit.

Die Interaktion mit Patient:innen funktioniert durch direkten Körperkontakt, Mimik und verbale sowie nonverbale Kommunikation. Ein Studierender resümiert die Pflege der wenigen Patient:innen, die sich mit dem Covid-19 Virus infiziert hatten: „meine Schutzausrüstung sorgt auch dafür, dass es mir wesentlich schwerer fällt, mit den Patienten eine Beziehung aufzubauen“(4ME).

Er berichtet über eine positiv getestete Patientin mit Demenz:

Bin wieder bei der Patientin. Immer noch lediglich leichte Symptome. Allerdings macht sich die Isolation bemerkbar. Sie spricht kaum noch und zieht sich immer mehr aus dem Kontakt zurück. Was mich am meisten beschäftigt ist, dass dies in dieser Situation scheinbar keine Bedeutung hat. Ich sehe für mich aber auch keine Möglichkeit, hier etwas zu ändern, bin deswegen zunehmend frustriert. (4ME)

Tage später bricht der Bericht über die Patientin ab: „Nur so viel, der Fall beschäftigt mich weiterhin.“ (4ME)

Es wurde von der Klinik erwartet und darauf gewartet, dass Lösungen präsentiert werden, die erprobt und umgesetzt werden können. Dieses zurückhaltende Verhalten wurde verstärkt durch das speziell in Krisensituationen genutzte Vokabular, das sich gerne der Kriegs- und Katastrophenmetaphorik bedient: „Ich nehme in den letzten Tagen folgende Metaphern war: ‚Ruhe vor dem Sturm‘; ‚man wartet wie im Schützengraben‘; ‚die Tsunamiwelle zieht sich zurück‘.“ (11FE)

Pflegende beobachteten sich und ihr aktuelles berufliches Risikopotenzial und wie sie sich und dadurch auch ihre Familie gefährden konnten:

Zuhause wollen mich die Kinder umarmen. Ich blocke ab, gehe erstmal duschen, ich fühle mich irgendwie dreckig. Wir – die Pflege – müssten doch auch abgestrichen werden... Ich mache mir Gedanken um meine Kinder, sind sie in der Notbetreuung doch besser aufgehoben? Ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich zu Hause anstecken, höher? (11FE)

In der ersten Aprilwoche mehrten sich Einträge, in denen die eigene Sorge um eine mögliche Ansteckung mit dem Covid-19-Virus und die damit verbundenen Langzeitfolgen beschrieben wurden. Pflegende versuchten, sich und ihren Körper besonders aufmerksam wahrzunehmen, um eine drohende Infektion frühzeitig zu erkennen:

Morgens hatte ich dieses Gefühl wieder, nicht richtig durchatmen zu können, ich musste auch husten, es fühlte sich an, als hätte ich einen Sprint hingelegt... Ich bin

froh, frei zu haben, denke daran, was wäre, wenn ich Covid hätte. Hatte diese Gedanken immer, wenn sich dieses eigenartige Gefühl wiedereinstellte. Es fühlt sich ein wenig wie Asthma an...vor dem Einschlafen checke ich noch einmal die Mails, das Ergebnis ist negativ...puh...alle komischen Gefühle sind auf einmal weg. (6FE)

### 3.3 „Krisenstimmung“: Die öffentliche Wahrnehmung der Covid-19-Pandemie

Das Erleben der Covid-19-Pandemie wurde stark über die öffentliche Berichterstattung, soziale Medien, tägliche Zahlen der Corona-Neuinfektionen des epidemiologischen Zentrums in Deutschland, dem Robert-Koch-Institut (RKI), geprägt. „Hamstereinkäufe“ von Klopapier und Mehl verdeutlichten die hohe Verängstigung in der Gesellschaft. Im März 2020 gingen ebenso die Bilder des erschöpften medizinischen und pflegerischen Personals aus benachbarten europäischen Ländern durch die Medien, deren Gesundheitssysteme kollabiert waren. In dieser Zeit wurde in deutschen Kliniken erst mit der Krisenplanung begonnen. Trotzdem fühlten sich Pflegende in Deutschland sicher und waren froh, in diesem Land zu arbeiten. Das tröstete kurzzeitig auch über schlechte Bezahlung und chronischen Pflegenotstand hinweg.

Der gesellschaftliche Applaus für die Leistung der Pflegenden in dieser Situation wird in Frage gestellt:

Wie glaubwürdig ist also das Gerede über die hohe Relevanz der Pflege ... insbesondere in den Medien? (5ME) Aber was passiert, wenn die Krise vorbei ist? Sind Pflegende dann immer noch so wichtig, wie es jetzt überall geschrieben wird? (...) Sinnvoll wäre in naher Zukunft über die angemessene Vergütung von Pflegenden. Gerade verkündet fast jeder Politiker, wie schlecht bezahlt die Pflegepersonen seien. Gewiss! Dennoch glaube ich nicht daran, dass dieser Erkenntnis eine – wie auch immer geartete – Verbesserung folgt. (5ME)

Ende März (am 23.03.2020) verhängte der Gesetzgeber erstmalig in der deutschen Geschichte ein einschränkendes Kontaktverbot für alle nicht in einem Haushalt Lebenden.

Diese freiheitsentziehenden Maßnahmen im privaten Bereich verstärkten das Unsicherheits-erleben der Pflegenden. Die Durchsetzung dieser Regeln fand Akzeptanz: „Vor mir hält ein Polizeiwagen an. Im Rückspiegel sehe ich, dass 3 Polizisten auf eine Gruppe zugeht. Sie haben den Mindestabstand nicht eingehalten und es ist Versammlungsverbot, es wird kontrolliert... gut so.“ (11FE)

In der zweiten Aprilwoche trat eine gewisse Müdigkeit gegenüber der Berichterstattung über die Pandemie ein. Das Pandemiegesehen und die damit verbundenen Diskussionen über Entmündigung, Autonomie und Freiheit waren nun allgegenwärtig. So heißt es:

Heute habe ich die Nachrichten gemieden. (...) Ja gut, ich kann's einfach nicht mehr lesen. In Italien gehen die Todesfälle zurück. Deutschland hatte heute knapp 260 Tote zu beklagen und in Amerika explodieren die Zahlen. Auf jedem Fernsehsender gibt es ein „Corona-Spezial“. Ich bin durch für heute und will nichts mehr davon wissen. (9FN)

### 3.4 „Mit der Krise leben“: Strategien zum Umgang der unsichtbaren Bedrohung

Pflegende nutzten Strategien, um sich von der Arbeitsbelastung zu erholen: Sie verbrachten ihre Freizeit mit der Familie oder gingen individuellen Hobbies nach. Vor allem das „In der Natur sein“ nahm einen hohen Stellenwert ein. Allerdings reichten die Themen der Pandemie in alle Bereiche des Lebens hinein, was eine zusätzliche Belastung darstellte. Ein Tagebucheintrag lautet:

Manchmal habe ich das Gefühl, alles ist normal, die Stimmung um mich herum fühlt sich so an, die Sonne scheint, die Bäume blühen, die Vögel zwitschern – dann denke ich, wen könnte ich denn nach Feierabend besuchen – und mir fällt wieder ein, dass dies nicht möglich ist. Zusammenzusitzen mit Freunden oder abends weggehen nach Feierabend. (alles, was man gerade nicht haben kann). (6FE)

Stattdessen muss neben der Dienstplan- und Neustrukturierung auch zu Hause eine neue Struktur gefunden werden, besonders für Pflegende mit Kindern:

Die Kinder gebe ich in die Notgruppe, (Struktur ist wichtig...) die Erzieherinnen wissen, dass ich heute nicht geplant arbeite und neben der Arbeit studiere. Sie freuen sich, wenn überhaupt Kinder in die Betreuung (heute: 5/40 aus 2 Gruppe) kommen. (11FE)

Den Erlebnissen im Krankenhaus und Ereignissen, die über die öffentlichen Medien verbreitet werden, versuchen einige Pflegende Naturerleben, einen positiven Gegenpunkt zu den belastenden Auswirkungen der Pandemie, entgegen zu setzen:

Heute Rasen gemäht. Wusste bisher nicht, wie entspannend Rasenmähen sein kann ...(4ME). Heute habe ich den Tag im Garten verbracht und Blumen eingepflanzt. Ich habe es vermieden, Nachrichtensender einzuschalten oder im Internet auf Artikel zu Corona zu klicken. (5ME) (...) das Wetter ist fantastisch also geht es raus in den Wald, abseits von Menschen und die Natur genießen. Ich habe das Gefühl, dass sich die Natur erholt und ich die Landschaft, das Wetter und die Luft anders wahrnehme als früher. Ich achte mehr darauf, was blüht, wie sich Tiere verhalten und entdecke die Welt neu. (9FN)

Ab dem 22. März 2022 gab es in Deutschland den ersten Corona-Lockdown, der mit zahlreichen Einschränkungen im öffentlichen Leben verbunden war. Diese Aussagen sind daher vor dem Hintergrund eines nie zuvor dagewesenen Ausnahmezustands für diese Generation der Studierenden zu betrachten. Es gab keinerlei bzw. nur eine eingeschränkte Mobilität, so dass aufgrund dieser extremen Einschränkungen eine Fokussierung auf das zu Hause und die Natur stattgefunden hat. Dies kann jedoch als Strategie der eigenen Selbstsorge und damit auch einer Eigenverantwortung gedeutet werden.

### 3.5 Diskussion

Die Tagebucheinträge geben einen vielfältigen Aufschluss über das Erleben der ersten Covid-19-Welle von Pflegenden in Deutschland. Die Beiträge der Pflegenden fördern Ambiva-

lenzen, Paradoxien, Unsicherheiten und Unordnungen zutage. Sie zeigen das alltägliche Arbeiten und Leben unter außergewöhnlichen Bedingungen. Die Ankündigung der ersten „Infektions-Welle“ des raschen Anstiegs von Covid-19-Infizierten und allen damit verbundenen Schutzmaßnahmen hat die Pflegenden überfordert. Das Ausbleiben der Welle in der befürchteten Höhe hinterließ eine Leere. Die Pflegenden sahen dem, was möglicherweise auf sie zukommt, verunsichert, teils resignierend entgegen.<sup>34</sup>

Die eingangs erwähnte moralische Verantwortung im Rahmen der Pflgetätigkeit wird auf unterschiedlichen Ebenen von den Pflegenden thematisiert. Wir gehen exemplarisch auf die professionsspezifische Verantwortung, eine Verantwortung der Klinik sowie Verantwortung der Gesellschaft im Rahmen unserer Ergebnisse ein:

*Professionsspezifische Verantwortung:* Die Tagebucheinträge verdeutlichen die enorm hohe Arbeitsdichte des Pflegepersonals in allen Bereichen der Akutpflege (jedoch eher nicht auf den neu eingerichteten Covid-19-Stationen). Werden die Patient:innen in den Blick genommen, bleibt Corona allgegenwärtig. „Sie könnten mich infizieren, ich könnte die Infektion an Andere weitergeben“ (auch an die Familie und insbesondere an vulnerable Nahestehende). Andererseits war den Pflegenden bewusst, dass eine Pflegebeziehung mit der Schutzkleidung (u. a. Mundschutz) unter den gegebenen Bedingungen kaum aufgebaut werden kann. Der Konflikt zwischen der hygienisch „korrekten“ Distanzierung und dem Anspruch, eine fördernde Pflegebeziehung einzugehen, wurde aufgrund der unmittelbaren Unlösbarkeit ausgeklammert und führte ebenfalls zu moralischem Stress. Hingegen wurde das klinische Krisenmanagement zwar einerseits als verunsichernd wahrgenommen – andererseits erhielten Pflegende durch die sich täglich ändernden Krisenpläne eine Orientierung an fachlich-instrumentellen Standards, worüber ihre professionelle Rolle gestärkt wurde. Den Pflegenden waren Regeln für neue Handlungsabläufe und -routinen wichtig, an denen sie sich orientieren und die ihnen eine neue, wenn auch ungewohnte Struktur geben konnten. Im Fokus stand dabei, im Rahmen der vorgegebenen Ordnung, alles richtig zu machen, Ambivalenzen aufzulösen und moralischen Stress zu mindern. Einige Pflegende setzten eigene Fürsorgeentscheidungen für die Pflegebeziehung und gegen die in der Klinik aktuellen Hygieneregeln durch,<sup>35</sup> und damit gegen die von Mediziner:innen beanspruchte biomedizinisch begründete Deutungshoheit und Dominanz. Hier zentral ausgedrückt durch die Hygieneregeln – AHA-Regeln<sup>36</sup>, Ansteckungsprognosen und Abstandsregelungen.<sup>37</sup> Es wurde deutlich, dass Pflegende in den vier Wochen der ersten Covid-19-Infektionswelle in der durch die unbekannte Bedrohung entstandenen Unordnung Ordnung wiederherstellen mussten. Die zugewandte Pflege wurde durch die Gemengelage von Verordnungen, Regeln und Informationen herausgefordert. Die Angst und das permanente Unbehagen in dieser Zeit hinderte oder hemmte vielerorts Pflegende, kreative Lö-

<sup>34</sup> Petkovic 2020, S. 41–43.

<sup>35</sup> Während des Erhebungszeitraumes wurde in den Kliniken die Maskenpflicht erst eingeführt: Ein gewisser Zeitraum war notwendig, bis diese Regeln vollständig implementiert waren. In diesem Zeitraum trugen viele Menschen z. B. noch Stoffmasken.

<sup>36</sup> AHA-Regeln: Abstand wahren, auf Hygiene achten und – da, wo es eng wird – eine Alltagsmaske tragen. Vgl. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/aha-a-formel-1774474>

<sup>37</sup> Klie et al. 2021, S. 12.

sungen zu entwickeln, zu improvisieren und Formen alternativer Selbstorganisation zu finden.<sup>38</sup> Keine:r der Pflegenden berichtet über ein Beispiel einer solchen Problemlösung. Stattdessen förderte diese Zeit Konventionalität und Starrheit in der Problemlösung alltäglicher Arbeitspraktiken. Der Versuch, das desolate Gesundheitswesen im Pandemiegeschehen als funktionierend darzustellen, diente auch der Angstregulierung der Gesellschaft. Darüber hinaus beeinflusste diese optimistische Charakterisierung die starre innere Ordnung der Angstregulierung für die Akteur:innen im Inneren des Gesundheitswesens. Es wurde auf bewährte Techniken gesetzt, die im Rahmen des Krisenmanagements hierarchisch umgesetzt werden konnten, um Sicherheit herzustellen.

Pflegende reflektieren eine Reihe von Dilemmata-Situationen, wenn z. B. abgewogen wird, sich gegenüber ihrer:ihrem Patient:in mit einer Mund-Nasen-Maske abzugrenzen. Die Folgen potenzieller Ansteckung werden auf der Verantwortungsebene mit einer sozialen Fürsorge begründet, die hier die Verletzlichkeit des Anderen stärker betont, als die eigene Gefährdung. Schutzmaßnahmen werden kritisch beurteilt, wenn es darum geht, die Folgen einer distanzierten Pflege abzuschätzen. Hier zeigt sich ein ausgeprägtes professionelles Selbstverständnis.

Unsere Ergebnisse verweisen darauf, dass Pflegende von der Verletzlichkeit der Anderen und sich selbst (Sorge-als-Sorge) ausgehend die Situationen wahrnehmen. Im Wissen darum, dass es nicht das Covid-19-Virus allein ist, das tötet, sondern die Unmöglichkeit, sich Patient:innen und ihren Angehörigen fürsorglich zuzuwenden, und durch den politisch herbeigeführten Mangel an unterstützenden Infrastrukturen daran gehindert zu werden, professionelle Care-Arbeit durchzuführen.

*Verantwortung der Klinik:* Pflege handelt in Räumen, die im Rahmen von Rollenzuweisungen mit bestimmten Verantwortlichkeiten zusammenhängen und die von einem Wertesystem getragen werden. In dieser Zeit des Auflösens bestehender struktureller Ordnungen und dem Bestreben, Ordnung in der Unsicherheit des Systems „Krankenhaus“ zu erlangen, wurde von den Pflegenden der Versuch unternommen, den Patient:innen beizustehen. Sie folgten damit ihrem pflegerischen Wertesystem und dem damit verbundenen Ethos der „Sorge“. Es zeigt sich allerdings auch, dass diese Sorge sehr stark auf Beziehungen fixiert ist, die eine Unmittelbarkeit mit sich bringen. Damit blieben Möglichkeiten einer gemeinschaftlichen Wahrnehmung persönlicher und beruflicher Interessen der Selbstorganisation innerhalb der Klinik blockiert. So gab es weder Einträge darüber, dass sich Pflegende selbst in Krisenstäben und Arbeitsgruppen engagierten, noch dass sie dies beobachteten. Das System Krankenhaus ist ein komplexes Arbeitsfeld der Pflege, das weit über die reine Verantwortung innerhalb der Patient:innen-Pflegenden-Beziehung hinaus geht. In dieser Krise war das Verstehen, wie eine Pandemie sich entwickelt und ausbreitet, ebenfalls zentral, um mit anderen Professionen nach Lösungen zu suchen, die trotz vieler Einschränkungen den Patient:innen nicht die Würde nehmen. Pflegeverantwortung zeigt sich hier als ambivalentes Feld fürsorglicher Beziehungen, Einstellungen und Werthaltungen. Dafür steht beispielhaft der Eintrag eines Pflegers, der sich auf der Covid-19 Station im Nachtdienst langweilt, da es eine finanzielle Zulage für den Einsatz in diesem Bereich gab, jedoch keine Covid-19-Patient:innen. Er schämt sich dafür, seine Kolleg:innen auf der ursprünglichen Station mit der hohen Arbeitslast zurückgelassen zu haben. Es

<sup>38</sup> Van Heerden 2021.

bedarf einer Stärkung der Pflegenden, ihre berufliche Verantwortlichkeit im Sinne der Wahrnehmung zweiseitig ausgerichteter Schutzinteressen (Patient:innen und Pflegende) wahrzunehmen. Supervisionen sollten demnach nicht nur in der Theorie ein wichtiges Instrument für eine tiefergehende Pflegereflexion sein, um Handlungslösungen zu entwickeln, sondern auch in der Praxis eingesetzt werden.

In dem komplexen Organisationssystem „Krankenhaus“ existieren zudem ganz unterschiedliche Wertesysteme. Dominiert wird es nach wie vor von biomedizinischen Konzepten. Daneben nimmt mittlerweile ein ökonomisches Wertesystem einen ebenso großen Wirkrahmen ein. Die Pflege mit ihrem eigenen Wertesystem führt im dominanten naturwissenschaftlichen Wertesystem ein Nischendasein, das je kritischer der Zustand im Gesundheitswesen ist, immer enger wird. Professionelle Pflege kann sich im starren System der Krankenversorgung dabei nicht entfalten.<sup>39</sup> Es bedarf dringender Lösungen, um Pflegenden zur Etablierung und Durchsetzung ihres eigenen Wertesystems eine Perspektive zu bieten, so dass sich Fragen „Wohin mit dem neuen Wissen, Können und Verstehen?“ oder welche „Laufbahnen/Verantwortungs- und Gestaltungsräume stehen mir in meiner Abteilung/Profession offen oder werden mir eröffnet, um zu erkennen, welche Freiräume betreten werden können.“<sup>40</sup>

*Verantwortung der Gesellschaft:* Die Einträge der Tagebücher sind durchdrungen von Schlagzeilen der aktuellen Tagespresse. Diese Screenshots bestehen überwiegend aus Graphiken des RKI. In dieser Zeit erschienen auch zahlreiche Medienberichte zum öffentlichen Applaus von Bürger:innen für die Gruppe der Pflegenden in Deutschland. In den sozialen Medien wurde diese Geste von Pflegenden sehr stark kritisiert. Dabei muss unterschieden werden zwischen einer gesellschaftlichen Etikettierung der Pflegeberufe als einer Gruppe mit hoher Aufopferungsbereitschaft, um die sich umso höhere öffentliche Erwartungen ranken. Andererseits fand eine Selbststilisierung dieser Berufsgruppe statt, die für sich nicht ein heroisches, den Einsatz des eigenen Lebens prinzipiell nicht ausschließendes Ethos (trotz eines strukturellen Altruismus) beansprucht.

Dieses Thema wurde auch von den Pflegenden in ihren Tagebüchern aufgegriffen. Dabei wurde allerdings nicht kritisch reflektiert, welche Rolle politische Akteur:innen der Pflege hier eingenommen haben und ggf. einnehmen sollten, besonders nachdem diese Berufsgruppe als systemrelevant von der Bundespolitik eingestuft wurde.<sup>41</sup> Es sollte auch eine gesellschaftliche Aufgabe sein, Pflege dazu zu „ermächtigen“, sich für ihren Berufsstand auf bundespolitischer Ebene einzusetzen. Durch die Pandemie und den damit sich noch einmal weiter zuspitzten Zuständen auf den Stationen ist es für die Pflegenden schwer, für die Rückbesinnung auf das eigene Wertesystem Anerkennung zu erhalten.<sup>42</sup>

Die Frustration der Pflegenden auf diese aus ihrer Sicht unsolidarischen Erwartungen an die Gruppe der Pflegenden führte am Ende der ersten Covid 19-Infektionswelle zu einem weiteren massiven Weggang Pflegenden aus den stationären Kliniken in Deutschland. Die gesellschaftliche Bereitschaft zu einer angemessenen finanziellen Entschädigung und sozialen Anerken-

<sup>39</sup> Isfort et al. 2018; Aiken et al. 2013, S. 143–153.

<sup>40</sup> Giese 2020, S. 103–105; Stemmer et al. 2020, S. 116–117.

<sup>41</sup> Hunlede et al. 2020, S. 10–14; Fromm 2020, S. 106–108; Roigk/Becker 2020, S. 47–48.

<sup>42</sup> Edward 2011, S. 184–191.

nung der Pflege sowie die Einsicht, dass auch Pflegenden eine unbegrenzte Arbeitsbereitschaft nicht zugemutet werden kann, ist nach wie vor gering. Eine wirkliche Anerkennung der Pflege, die als „systemrelevant“ bezeichnet wird, kann nur durch eine massive Umverteilung von Ressourcen auf personeller und finanzieller Ebene erfolgen.<sup>43</sup>

Die Pandemie zeigte uns die Verletzlichkeit unserer Gesellschaft als Solidargemeinschaft. Zu wenig wurde erkannt und damit wertgeschätzt, dass eine professionelle Krankenversorgung unserer Gesellschaft auch Rückhalt und Sicherheit in dieser unsicheren Zeit gibt. Die Verantwortung, Kranke zu versorgen, Verletzlichkeit, Alter und Tod auszuhalten, wird von dem professionellen Bereich der Pflege und Medizin aufgefangen. Mitarbeiter:innen im Gesundheitsbereich können gegenwärtig mit dem täglichen Umgang an Leid allerdings nur umgehen, indem sie die Versorgung ritualisieren und sich gegenüber diesen Menschen in existenziellen Krisen distanzieren. Für die Pflege in Deutschland ist ein tieferes Verständnis, worin deren oft nur als diffus empfundene Machtlosigkeit besteht, dringend geboten. Die Phänomene Pflege-notstand und unzureichende Arbeitsbedingungen sind auch Ergebnisse mangelnder politischer Macht und Durchsetzungsfähigkeit der Pflege in der Gesellschaft. Diese Durchsetzungsfähigkeit ist allerdings notwendig, um zu zeigen, dass die Annahmen über die Pflege und die Zuschreibungen an sie, nicht der Realität entsprechen, sondern nur berufliche Identitäten fördern, die dem pflegerischen Handlungsfeld nicht nützen.<sup>44</sup>

## 4 Ausblick

In unserer explorativen Studie mit dualen Pflege-Studierenden, die wir zu Beginn der ersten Covid-19-Infektionswelle im März 2020 durchgeführt haben, beschreiben diese in ihren täglichen Pflegenden-Tagebüchern zahlreiche neue Situationen, Abläufe und Ereignisse, die eine große Unsicherheit hervorriefen und mit einer möglichen Bedrohung und Ängsten verbunden waren. Dabei wurde ihr professionelles Tätigkeitsfeld, in dem fürsorgliche Patient:innen-Beziehungen, Routinen und eigene Werthaltungen Ausdruck professioneller Pflege sind, stark berührt. Pflegende mussten dabei ihre beruflichen Verantwortlichkeiten im Sinne der Wahrnehmung zweiseitig ausgerichteter Schutzinteressen (Patient:innen und Pflegende) wahrnehmen und neu für sich aushandeln.

Eine Selbstreflexion durch das tägliche Aufschreiben von Situationen des Stationsalltages für eine ethische Reflexion kann für die Pflegewissenschaft einen vielversprechenden Weg der partizipativen Beteiligung Pflegender, die unmittelbar in die Pflegeversorgung involviert sind, eröffnen. Pflegenden kann so eine aktivere Rolle in der Deutung des Erlebten eingeräumt werden. Zusätzlich könnte sich diese Methode auch als neuer Ansatz für die pflegerische Ethikberatung eignen, z. B. in Form von regelmäßigen Pflegeethikrunden. Pflegende können so befähigt werden, neben ihrer wahrgenommenen und erlebten Ohnmacht auch die Wahrhaftigkeit einer gelingenden fürsorgenden Patient:in-Pflegenden-Beziehung im täglichen Pflegealltag zu verbalisieren und mit dem Team zu reflektieren.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> Reiber et al. 2021, S. 197–208.

<sup>44</sup> Giese 2020, S. 103–105.

<sup>45</sup> Das Pandemiegeschehen in der ersten und zweiten Infektionswelle hat gezeigt, dass Pflegende weder ethische Unterstützungsangebote, noch psychologische Unterstützungsangebote, die vielerorts kurzfristig und äußerst niedrigschwellig angeboten wurden, in Anspruch genommen haben. Es müssen daher Formate gefunden werden, die sich für die aktuelle Pflegepraxis eignen.

Eine gerechte Beteiligung Pflegender im Krankenhaus darf nicht länger nur scheinbare Gleichbehandlung auf postulierter „Augenhöhe“ mit anderen Gruppen sein. Es muss schnellstens ein Weg zur Befähigung einer Partizipation geebnet werden. Dazu müssen neue Wege der Stationsorganisation gegangen werden, und es bedarf zudem Konzepten, die ein Verständnis und eine Befähigung von Resilienz fördern, und der nötigen performativen Kompetenz.<sup>46</sup>

## Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aiken, Linda H./Douglas M. Sloane/Luk Bruyneel/Koen van den Heede/Walter Sermeus: Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies 50 (2013), 2, S. 143–153.
- Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Berlin 1986.
- Bedwell, Carol/Linda McGowan/Tina Lavender: Using Diaries to Explore Midwives' Experiences in Intrapartum Care: An Evaluation of the Method in a Phenomenological Study. In: Midwifery 28 (2012), 2, S. 150–155.
- Begerow, Anke/Uta Gaidys: COVID-19 Pflege Studie. Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 33–37.
- Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, accessed November 25, 2022.
- Crotty, Michael: Phenomenology and Nursing Research. Churchill Livingstone, Melbourne, Australia 1996.
- Edward, Steven D.: Is There a Distinctive Care Ethics? In: Nursing Ethics 18 (2011), 2, S. 184–191.
- Ernst, Jutta/Diana Staudacher/Gabi Brenner/Heidi Petry: Psychische Gesundheit bei Gesundheitsfachpersonen während einer Pandemie – Auswirkungen und Bewältigung. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 57–59.
- Fatke, Bastian/Patricia Hölzle/Andreas Frank /Hans Förstl: Psychische Probleme in der Pandemie – Beobachtungen während der COVID-19-Krise. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 145 (2020), 10, S. 675–681.
- Fromm, Carola: Moralische Probleme und Dilemmata in der Corona-Krise. In Pandemiezeiten verändern sich die ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 106–108.
- Garbe, Karolin: Bereit: Von der Normalstation zur Covid-19-Überwachungsstation. In: Pflegezeitschrift 73 (2020), 6, S. 32–34.
- Gastmans, Chris: The Care Perspective in Healthcare Ethics. In: Davis, Anne/Verena Tschudin/Louise de Raeve (Hg.): Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. London 2006, S. 135–148.

<sup>46</sup> Giese 2019, S. 321.

- Giese, Constanze: Antinomie statt Autonomie. Iris Marion Youngs Theorie der „Fünf Formen der Unterdrückung“ als Beitrag zum Verständnis der Widersprüche der Pflege- und Pflegebildungspolitik. In: Ethik in der Medizin 31 (2019), H. 4, S. 305-323.
- Giese, Constanze: Menschenrechte in der Pflege angesichts Covid 19 – und das Recht Pflegenden, sich im Arbeitsalltag nicht schuldig zu machen oder schuldig zu fühlen. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S.103–105.
- Gundolf, Andrea: Die Covid 19-Strategie – gesundheitliche und soziale Auswirkungen. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 27–32.
- Hellige, Barbara: Sorge oder Carearbeit in Zeiten von Corona. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 15–17.
- Hunlede, Daniele/Cristina Thole/Nora Wehrstedt/Anja Wiedermann: Einbindung von Pflegefachwissen im Rahmen der Pandemie. Pflegerische Selbstverwaltungen sollten dringend Teil der Krisenstäbe sein. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 10–14.
- ICN Pflegekodex [https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/onkologische-pflege/web\\_ICN\\_Ethikkodex.pdf](https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/onkologische-pflege/web_ICN_Ethikkodex.pdf), accessed November 25, 2022.
- Isfort, Michael/Ruth Rottländer/Frank Weidner/Danny Gehlen/Jonas Hylla/Daniel Tucman: Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln 2018.
- Jansen, Till: Angst vor Corona – Bedrohung der Pflege durch die Logik eines Affekts. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 53–56.
- Jones, R. Kent: The Unsolicited Diary as a Qualitative Research Tool for Advanced Research Capacity in the Field of Health and Illness. In: Qualitative Health Research 10 (2000), S. 555–567.
- Klie, Thomas/Hartmut Remmers/Arne Manzeschke: Corona und Pflege: lessons learned. Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hg.): Das so zu machen wie das Stahl schied. Berlin, <https://kda.de/wp-content/uploads/2021/10/Corona-und-Pflege-lessons-learned.pdf>, accessed January 01, 2023.
- Pelz, Sabrina/Arnold Kaltwasser/Rolf Dubb: COVID-19: Allgemeine Handlungsempfehlungen kurz zusammengefasst. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 38–40.
- Petkovic, Ilja: Praxisbericht: Pflegerischer Alltag auf einer infektiologischen Normalstation im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Pandemie durch die Coronaviruserkrankung (COVID-19). In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 41–43.
- Pflegewissenschaftliches Memorandum: Corona – lesson learned in der Pflege, [https://www.eh-freiburg.de/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-22\\_Memorandum\\_Pflege-und-Corona\\_lesson-learned.pdf](https://www.eh-freiburg.de/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-22_Memorandum_Pflege-und-Corona_lesson-learned.pdf), accessed November 25, 2022.

- Raab, Jürgen/Michaela Pfadenhauer/Peter Stegmaier/Jochen Dreher/Bernt Schnettler (Hg.): Phänomenologie und Soziologie. Wiesbaden 2008.
- Reiber, Karin/Gabriele Fischer/Nora Lämmel: Lauter Beifall und stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten). Loud acclaim for silent heroism – Ambivalence of appreciation for nurses (not only in pandemic times). In: Pflege & Gesellschaft 26 (2021), 3, S. 197–208.
- Roigk, Patrick/Clemens Becker: Umsetzung einer Empfehlung des Robert-Koch-Institutes im Kontext der Corona-Pandemie in die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses – Ein Praxisbericht. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 47–48.
- Ross, Margaret M./Elizabeth M. Rideout/Mary Carson: The Use of the Diary as a Data Collection Technique. In: Western Journal of Nursing Research 16 (1994), S. 414–425.
- Schütz, Alfred/Thomas Luckmann: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz 2003.
- Stemmer, Renate/Erika Sirsch/Christa Büker/Bernhard Holle/Sascha Köpke: COVID-19 und die Rolle der Pflege(wissenschaft). In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 116–117.
- Stetzenbach, Rebekka/Anja Trojan/Sabine Brase: Zwischen Angst und Pflichtbewusstsein. In: Die Schwester, Der Pfleger 12 (2020), S. 4–7.
- Thomas, Sandra P./Howard R. Pollio: Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice. New York 2002.
- Tronto, Joan: Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York 1993.
- Ullrich, Lothar: Es ist grob fahrlässig, Pflegende in der Pandemie zu überfordern: In: Die Schwester, Der Pfleger 12 (2020), S. 8–11.
- Ulrich, Connie M./Carol Taylor/Karen Soeken/Patricia O'Donnell/Adrienne Farrar/Marion Danis/Christine Grady: Everyday Ethics: Ethical Issues and Stress in Nursing Practice. In: Journal of Advanced Nursing 66 (2010), 11, S. 2510–2519.
- Van Heerden, Peter V.: Intensive Care and Pain Medicine (Hadassah Medical Center and Faculty of Medicine, Hebrew University, Jerusalem, Israel). Vortrag: Online Symposium der Konrad Adenauer Stiftung am 1.07.2021 (online).
- Van Manen, Max: Writing in the Dark: Phenomenological Studies in Interpretative Inquiry. London, Ontario, Canada 2022.
- Vosman, Frans/Per Nortvedt (Hg.): Care Ethics and Phenomenology: a Contested Kinship Series Ethics of Care. Leuven 2020.
- Wöhlke Sabine/Michael Hartwig: „Wer weiß, in welchem Labor das gezüchtet wurde...“ Mythen- und Verschwörungsbildung in Zeiten einer Pandemie aus Sicht der Pflege. In: Pflegewissenschaft (= Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie) 2020, S. 123–126.
- Wöhlke, Sabine/Juliane Leinweber: Bringing Digitalization Literacy on the Ward: Educational Aspects of Digital Systems in Health Care Professions. In: Rubeis, Giovanni/Kris Vera Hartmann/Nadia Primc (Hg.): Digitalisierung der Pflege. Interdisziplinäre Perspektiven auf digitale Transformationen in der pflegerischen Praxis. Göttingen 2022, S. 117–131.

Wöhlke, Sabine/Silke Schicktanz: Why Reflect on Empirical Studies in Empirical Ethics? Case Studies and Commentaries. In: Journal of Empirical Research on Human Research Ethics (JERHRE) 14 (2019), 5, S. 424–427.