

⇒ **Damian Ostermann**

## Applaus unseren schutzlosen Held:innen! Eine kritische Praxisreflexion zur Wahrnehmung, Anerkennung und Ausstattung professioneller Pflege während der Coronapandemie

⇒ 1 Einleitung

Im Folgenden wird nachgezeichnet, wie während der Corona-Pandemie die öffentliche Wahrnehmung professioneller Pflege konstruiert, wie Anerkennung erlebt und fehlende Anerkennung kompensiert

wurde. Zudem wird dargestellt, welche öffentlichen und persönlichen Faktoren das pflegerische Schutz- und Abgrenzungshandeln während der Pandemie beeinflussten.<sup>1</sup>

Die Diskrepanz zwischen öffentlicher Verherrlichung der Pflegekräfte als Held:innen und faktisch unzureichender Bereitstellung von Schutzmaterial bildete eine Paradoxie. Es werden zugrundeliegende strukturelle Herausforderungen und resultierende Kompensationsversuche vor dem Hintergrund pandemiebezogener Rahmensetzungen kritisch analysiert.

Neben allgemeinen Beobachtungen und Reflexionen, richtet sich abschließend besonderes Augen-

---

**Damian Ostermann**, Diakon M.A., \*1975 in Plettenberg, Studium des Diakonienmanagements in Bielefeld, exam. Krankenpfleger, Coach in Kirche und Diakonie (DGfC), Pflegedienstleitung, Beauftragter für Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Diakoniewissenschaft und Diakonienmanagement (IDWM) der Universität Bielefeld. Neuere Veröffentlichungen: Marketing für nachhaltiges Konsumverhalten in Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik (zfwu); Heft 25:1: Konflikte und Teilhabe in nachhaltigen Konsummärkten, Baden-Baden, 2024; (Hg. mit Börner, M./ Gregorio, R. L.): Internationale Rekrutierung von Pflegefachkräften in der Diakonie, Münster, 2023; Ambulante Pflegedienste im Zusammenwirken mit osteuropäischen Betreuungskräften. In: Ignatzi, H./ Städtler-Mach, B. (Hgg.): Grauer Markt Pflege. 24 Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen, 2020.

ORCID: 0009-0005-6677-7415

---

**DOI: 10.18156/eug-2-2024-art-8**

(1) Nach z.T. leitenden Tätigkeiten in Hospiz- und Palliativpflege von 2001-2018 war der Autor während der Corona-Pandemie als Pflege- und Organisationsmanager eines ambulanten Intensivpflegedienstes tätig und reflektiert seine in der Arbeits- und Leitungspraxis gewonnenen Eindrücke.

merk auf die oft übersehene Gruppe der Live-in-Pflegekräfte. Diese Gruppe von Arbeitskräften, häufig aus osteuropäischen Ländern stammend, agiert in deutschen Privathaushalten in einem permanenten Zwiespalt zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz. Ihre Rolle während der Pandemie, ihre Anpassungsleistungen und oft vernachlässigten Anliegen werden fokussiert.

### ⇒ 2 Nähe im allgemeinen pflegerischen Arbeiten

In Kranken- und Altenpflege erfordern viele Tätigkeiten die physische Nähe des Pflegepersonals zu Patient:innen. Pflegemaßnahmen erfolgen zumeist nah am Körper, oft betreffen sie den Intimbereich. In der Begegnung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen zeigt sich Fachlichkeit, wenn diese gesellschaftlich als Unterschreitung des gebotenen Mindestabstands empfundene, aber nun sachlich-situativ gebotene Form der Begegnung, als selbstverständlich und normal gestaltet werden kann.

### ⇒ 3 Privatheit in der ambulanten Pflege

Die professionelle ambulante Pflege in häuslicher Umgebung von Patientinnen und Patienten<sup>2</sup> erfolgt grundsätzlich im privaten Bereich. Konkrete Pflegeaufgaben und jeweilige Tätigkeitsinhalte werden zwar in einer Leistungsvereinbarung zwischen Dienst und Patient:in vertraglich festgelegt, bei behandlungspflegerischen Tätigkeiten ärztlich verordnet, durch Sozialversicherungsträger (co-) finanziert und u.a. durch die schriftliche Pflegedokumentation objektiviert, jedoch beeinflussen situativ-subjektive Faktoren die Kommunikation in der Begegnung zwischen Patient:innen und Pflegekräften, bestimmen und legitimieren die tatsächlichen erbrachten pflegerischen Handlungen.

Dies alles vollzieht sich zumeist in der Privatheit einer Zwei-Personen-Dynamik, die allein dann erweitert wird, wenn Auszubildende oder Praktikant:innen die Pflegekraft begleiten oder Angehörige bzw. weitere Pflegepersonen die Pflegehandlungen miterleben oder daran teilhaben.

Diese oft zeug:innenlose Privatheit der ambulanten Pflege ermöglicht explizite situationsbezogene substrukturelle Aushandlungsprozesse

(2) *Patient:in* steht hier synonym für mögliche Alternativbezeichnungen wie *Nutzer:in* oder *Kund:in*.

zwischen Patient:in und Pflegekraft. Daneben ist es den Leistungserbringenden möglich, ihr Handeln implizit der Situation anzupassen und damit möglicherweise von den Vorgaben des Objektiv-Gebotenen abzuweichen. Diese Gestaltungsmöglichkeiten umfassen einerseits die Erbringung von Nebenleistungen als subkulturell geübte Praxis des Wohlwollens jenseits des eigentlichen dem Besuch zugrundeliegenden Auftrags. Andererseits wird – mangels Fachkenntnis auf Seiten der Leistungsnehmenden – ebenfalls das subnormative Unterlaufen von fachlichen oder dienstlichen Vorgaben möglich.

Solche subjektbezogenen Prozesse jenseits struktureller Verankerung werden nicht oder nur teilweise objektiviert kommunikativ erschlossen. Die Privatheit ambulanter Pflege macht also schwer zu kontrollierende Normabweichungen möglich.

#### ⇒ 4 Vorpandemischer Diskurs um Nähe und Abgrenzung

Die vorpandemisch oft informell geführte Diskussion innerhalb der Pflegeprofession zur Frage, inwieweit Schutzausrüstung und Dienstkleidung als mechanische Schutzbarrieren zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen hilfreich waren, offenbarte – abhängig von Arbeitsfeld und arbeitsfeldbezogenem Selbstverständnis – divergierende Standpunkte zum adäquaten Einsatz von Schutzausrüstung und -kleidung.

Bezogen auf die situative Nutzung von Schutzmaterialien wurde in Arbeitsfeldern der Pflege z.B. debattiert, wann Pflegekräfte Schutzhandschuhe tragen sollten und wann nicht.<sup>3</sup> Manche sahen im Verzicht auf Schutzausrüstung, etwa beim Waschen des Oberkörpers oder beim Ankleiden, einen erstrebenswerten professionellen Ausdruck pflegerischen Beziehungshandelns. Gerade die direkte Berührung charakterisierte für manche die Professionalität in pflegerischer Beziehungsgestaltung. Nähe, Nahbarkeit und Mitmenschlichkeit wurden lange als erstrebenswerte Grundhaltung der Pflege gelehrt. Die Pflegewissenschaftlerin Liliane Juchli drückte ihren diesbezüglichen Anspruch 1987 folgendermaßen aus:

Ob die Krankenpflege wieder zu dem wird, was sie ihrem Wesen gemäß sein soll, ein heilend-helfender Beziehungsberuf, hängt [...] davon ab [...], daß wir den leidenden Menschen, wenn wir ihn ohnehin berühren, wieder bewußter

(3) Diesbezügliche Praxisbeobachtungen machte der Autor in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der ambulanten und stationären Pflege zwischen 1994 und 2020.

anfassen [...], indem wir unsere Hände ganz bewußt gebrauchen. (Juchli 1987, 137)

Zudem gewann der Soziologe Stefan Dreßke in seinen Untersuchungen während der Pionierzeit der Hospizarbeit den Eindruck, dass gerade der Verzicht auf Schutzmaßnahmen eine besondere professionelle Haltung zu repräsentieren schien. Aus einem Interview mit einem Pfleger dokumentiert er folgende in professioneller Hinsicht surreal anmutende Einzelmeinung: »Kacke an den Fingern macht mir nichts aus. Es wird sich gewaschen, dann ist es gut.« (Dreßke, 2005, 140). Demgegenüber herrschte jedoch allgemeiner Konsens, dass man sich bei Sekretkontakt durch Handschuhe zu schützen habe. Jedoch beharrten viele Pflegende auch bei Tätigkeiten ohne Sekretkontakt auf dem Tragen von Handschuhen.

Oftmals gab die erstrebte Senkung des Materialverbrauchs den Ausschlag zur normativen Gestaltung der Praxis: Über den Handschuhverbrauch führte man vielerorts Buch und ließ sich als hoch wahrgenommene Verbräuche von Mitarbeitenden plausibilisieren. Selbst wenn Übereinkünfte erzielt und explizite Weisungen zur Nutzung von Schutzmaterialien getroffen wurden, oblag die situative Entscheidung zur Verwendung von – oder zum Verzicht auf – Schutzmaterialien letztlich bei den einzelnen Mitarbeitenden. Mitunter zeigte sich in Kontakten auf der Mikroebene, wie irritierend sich die Verwendung oder Nichtverwendung von Schutzausrüstung aus Patient:innensicht anfühlen musste, wenn z.B. gelegentlich angemerkt wurde, dass Kolleg:innen bei bestimmten Tätigkeiten bestimmte Schutzmaßnahmen ergriffen oder darauf verzichteten.

Ähnlich der Diskussion über die Handschuhverwendung wurde nach Eindruck des Autors vielerorts kontrovers über Regularien zum Tragen von Dienst- oder Privatkleidung debattiert.<sup>4</sup> Dies geschah vor allem in Arbeitsfeldern, in denen die Beziehung zwischen Helfenden und auf Hilfe Angewiesenen als zentral erachtet wurde, beispielsweise in pädagogischen Arbeitsfeldern oder in der Hospizarbeit.

Welche Zwecke wurden verfolgt, wenn das Tragen von Dienstkleidung (etwa ein einheitliches Poloshirt) empfohlen – selten ange-

(4) Das Arbeitsfeld der somatischen Krankenhäuser war von solchen Abstimmungsdynamiken insofern ausgenommen, als dass dort Dienstkleidung seit jeher unumstritten etabliert war und neben der Schutz- ebenfalls eine Chiffre-Funktion erfüllt, wenn vielerorts verschiedene Berufs- und Funktionsgruppen anhand ihrer Kleidung unterschieden werden können.

ordnet – wurde und wo lag der Diskussionsbedarf? Im Folgenden werden Beobachtungen des Autors aus unterschiedlichen Praxisfeldern herangezogen:

Das Tragen von Privatkleidung wurde von manchen als Ausdruck des Menschseins und der eigenen Erkennbarkeit als Individuum verstanden. Zudem diene Kleidung in der Pfleger:innen-Patient:innenbeziehung vielfach als niedrigschwellige Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und als Gesprächseinstieg. Daher galt eine einheitliche Dienstkleidung vielerorts einzelnen und mitunter kompletten Teams als wenig hilfreiche Uniformierung, die zur Limitierung der persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten führte und daher als erzwungene optische Begrenzung auf die soziale Dienstleistungsfunktionsrolle erschien. Als Argument für verbindliche Dienstkleidung diene zumeist ihre Schutzfunktion zur Vermeidung einer Keimverschleppung. Als Gegenargument wurde aufgeführt, dass die Kleidungsstücke nicht bei jedem Patient:innenkontakt gewechselt wurden bzw. werden konnten. Daher sei eine Keimverschleppung unter den Patient:innen auch mit Dienstkleidung nicht auszuschließen. Demgegenüber konnte eine Keimübertragung zwischen dem Berufs- und Privatleben der Mitarbeitenden zumindest ansatzweise unterbunden werden.

#### ⇒ 4.1 Auch hier: Sonderbedingungen in der ambulanten Pflege

Einerseits konnten in der Privatheit der ambulanten Pflege Anweisungen zeug:innenlos unterlaufen werden, andererseits vermochte es kaum eine ambulante Pflegeeinrichtung, Dienstkleidung für alle erdenklichen thermischen Erfordernisse bereitzustellen. Oft wurden allein Polo- oder T-Shirts zur Verfügung gestellt, Pullover oder Strickjacken mussten aus Privatbeständen ergänzt werden und verhüllten oftmals die darunter getragene Dienstkleidung, sodass die Sinnhaftigkeit von kleidungsbezogenen Anweisungen fraglich erschien. Daher wurde das Thema Dienstkleiderordnung in der ambulanten Pflege eher am Rande behandelt. Kontrollen erfolgten punktuell und Sanktionierungen blieben zumeist aus.

## ⇒ 4.2 Nebenfunktion von Schutzausrüstung und Dienstkleidung

Sowohl hinsichtlich des Tragens einheitlicher Dienstkleidung als auch der Verwendung von Schutzausrüstung kann angenommen werden, dass physische Barriersetzungen Pflegende ebenfalls darin unterstützen, die eigene professionelle Rolle zu wahren, etwa, wenn jenseits des hygienischen Nutzens mittels solcher Abgrenzung situativ persönlich-private Gefühle wie Ekel oder Antipathie unterdrückt oder leichter bewältigt werden können.

Solche Trennungspraktiken, etwa das Umkleiden bei Schichtbeginn und -ende, tragen zu einem bewussten Rollenwechsel zwischen beruflicher Rolle und der als Privatperson bei (vgl. Mixa, 2023). Das Postulat, man solle das, was zur Arbeit gehört, auf der Arbeit lassen, ist in der Trennung von Dienst- und Privatkleidung symbolhaft erfüllt und erfährt in der Praktik des Umkleidens seine Markierung.

## ⇒ 5 Schutz und Distanz: Zentrale Paradigmen während der Coronapandemie

Nach Ausbruch der Corona Pandemie konnte die Frage, wann das Tragen von Handschuhen, Maske, Kittel geboten war, objektiv und ohne Interpretationsspielraum beantwortet werden. Was zuvor in Bezug auf das Selbstverständnis der Rolle der Pflegenden ausgehandelt, unter Mitarbeitenden debattiert und bestenfalls synchronisiert wurde, unterlag nun klar und binär einer externen Reglementierung.

Ein Verzicht auf Schutzmaßnahmen konnte nicht länger als Ausdruck von Mitmenschlichkeit gelten. Vielmehr galt die Arbeit in der Pflege als besonders riskant, was Ansteckungen und Übertragungen betraf. Die Forderung nach individueller persönlicher Erkennbarkeit wurde abgelöst vom Ruf nach Schutz- und Funktionskleidung, die im wahrsten Wortsinn die Pflegekraft als Person verhüllte. Entscheidungen über das Tragen von Schutzausrüstung hingen nun am ehesten von der jeweiligen Verfügbarkeit ab.

## ⇒ 6 Paradoxie zwischen öffentlicher Wertschätzung und der Versorgung mit Schutzmaterialien

Während der Pandemie erfuhren Pflegekräfte öffentliche Beachtung und besondere Wertschätzung. Im Reden über sie wurden sie mit held:innenähnlichen Attributen bedacht. Das Narrativ der stellver-

trete für die Gesellschaft »an vorderster Front« gegen das Virus kämpfenden Mitarbeitenden im Gesundheitswesen wurde bereits in einem frühen Stadium der Pandemie von Verantwortlichen, z.B. bei einer Pressekonferenz vom 17. März 2020 seitens des damaligen Gesundheitsministers Jens Spahn, forciert (BMG, 2020 ab Minute 7:23).

Das Agieren der Held:innen geriet ins Zentrum des öffentlichen Interesses. Pflegende erfuhren positive öffentliche Anerkennung, indem beispielsweise für sie geklatscht wurde oder sie von einer Fast-foodkette gratis versorgt wurden (Burger King Deutschland, 2020).

Eine solche fulminante kollektive öffentliche Würdigung hatte man sich seitens der Branche lange gewünscht. Allerdings führten diese explizite Aufwertung zur Schaffung eines Held:innen-Mythos und damit ebenfalls zur impliziten Abwertung. Von der öffentlichen beinahe verklärenden Anerkennung ging ein verdeckter und indirekt steuernder Appell aus: Die Pflegenden waren nun dafür verantwortlich, den zugeschriebenen Attributen zu entsprechen, um das idealisierende öffentliche Bild aufrecht zu erhalten. Sie mussten sich um ihr Held:innentum verdient machen. Dass viele Pflegenden trotz drohender Gefahr tapfer, selbstlos und klaglos ihren Dienst verrichteten, mag darauf zurückzuführen sein, dass die Erfüllung expliziter wie impliziter Erwartungen anderer zentral das berufliche Selbstverständnis prägt und so einen *Aufstand der Held:innen* verhinderte.

Zudem war die Entlastung des Gesundheitswesens und der Schutz der Pflegekräfte vor Ansteckung zur vordringlichsten gesellschaftlichen Aufgabe geworden. Die massive allseitige Wertschätzung erzeugte insbesondere zu Beginn der Coronapandemie einen immensen Motivationsschub. Pflegende zeigten sich daher weniger in Sorge oder offenbarten versachlichende Zögerlichkeit, sondern nahmen ihre Rolle als die Gesamtgesellschaft Vertretende im Kampf gegen das Virus an.

Allerdings standen dafür zu wenige Schutzmaterialien zur Verfügung.

Der operative Handlungsdruck rund um die Recherche von Beschaffungsmöglichkeiten von zertifiziertem Schutzmaterial machte gezieltes politisches Agieren beinahe unmöglich.<sup>5</sup> Auch die Pflegeverbände behandelten in ihren Newslettern vor allem das Problem der konkreten Materialbeschaffung und die Frage, wie die damit verbundenen Kosten refinanziert werden konnten. Angesichts der gesteigerten Nachfrage

(5) Diese Problematik wurde um immense Kommunikationsansprüche zur Wissensvermittlung an Patient:innen, Angehörige und Mitarbeitende ergänzt. In unzähligen Einzelbegegnungen wurde erklärt, diskutiert, beruhigt und getröstet.

waren die Preise explodiert. So formulierte der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bereits am 19.03.2020 in seinen »Grundanforderungen zur Bewältigung der momentanen Krise«

Täglich schwankendes individuelles Nachfrageverhalten gepaart mit behördlichen Auflagen bewirkt eine finanzielle Situation, die kurzfristig ohne verlässliche Zusagen für die Betriebe nicht steuerbar ist. (bpa, 2020)

Die ideelle Anerkennung seitens der politisch Verantwortlichen fand im Fehlen von materieller Anerkennung im Sinne der Sicherstellung des Gesundheitsschutzes der Held:innen einen Kontrast. Viele Pflegekräfte erkannten, dass die allgemein geäußerte Wertschätzung offenbar nicht in die Alltagspraxis transferiert werden konnte.<sup>6</sup> Von offizieller Seite erhielten Pflegeeinrichtungen zwar mehrfach kostenlose Kontingente an Schutzmaterialien, doch eine verlässliche Ausstattung war nicht möglich. So erlebten Pflegenden wertschätzende gesellschaftliche Anerkennung und Schutzlosigkeit gleichzeitig.

Die Held:innen der Gesellschaft arbeiteten oft ohne oder nur mit unzureichendem Schutz. Mitarbeitende begegneten dieser Anforderung in unterschiedlicher Weise. Einige spürten Todesangst, andere bagatellisierten. Innerhalb von Pflgeteams versuchte man, eine gemeinsame Haltung zu erlangen, denn schließlich galt es, die Regelungen auch gegenüber Angehörigen und Patient:innen zu repräsentieren. Man konnte nichts zulassen, was potenziell hätte lebensgefährlich sein können.

Andererseits konnte man nichts verteilen, was man nicht hatte. Weil in Bezug auf die Arbeitssicherheit haftungsrechtliche Aspekte eine entscheidende Rolle zu spielen schienen, vermied man gegenüber professionell Pflegenden Bekenntnisse zum Nicht-Anerkennen- und Nicht-Ausstatten-Können. Die Frage, ob eine dienstlich erworbene Ansteckung eine berufsgenossenschaftliche Anerkennung erfahren würde, blieb ebenso offen wie die, wer in welcher Weise Verantwortung zu tragen hatte, Pflegekräften explizit das unzureichend geschützte Arbeiten abzuverlangen.

Von Seiten der Gesundheitspolitik wurde diese Problematik insofern bearbeitet, als dass Maßnahmen der notgedrungenen Improvisation legitimiert wurden. Diese Legitimierung geschah allerdings nicht als

(6) Ein Kollege fragte seinerzeit: »Was nutzt es mir, wenn ich unter Applaus verrecke?«

explizites oder bedauerndes öffentliches Eingeständnis, sondern implizit mittels Abänderung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) als zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. Nicht nur während der Pandemie bildeten RKI-Empfehlungen die anerkannte Grundlage aller weiteren hygienebezogenen Arbeitsanweisungen in der Pflegeprofession.

Die Evolution der pandemiebezogenen Empfehlungen macht auf irritierende und widersprüchliche Weise deutlich, welche Limitierungen die Wertschätzung der im Gesundheitsdienst Tätigen erfuhr.

Während zur persönlichen Schutzausrüstung am 23. März 2020 eindeutig formuliert worden war, dass bei Aerosolexposition eng anliegende Atemschutzmasken wie FFP2 oder FFP3 Verwendung finden sollten, wurde vier Tage darauf eine aktualisierte Empfehlung veröffentlicht, in der statt der FFP2-Maske nun »mindestens [ein] dicht anliegender MNS« vorgesehen war (RKI 2020a; RKI 2020b).<sup>7</sup>

Das Tragen eines FFP2-Schutzes war nunmehr – auch bei Aerosolexposition – zur Sollbestimmung geworden, womit aus Perspektive der abgeänderten Vorgängerversion die körperliche Unversehrtheit hunderttausender Mitarbeitender des Gesundheitswesens bedroht war. Die Abweichung von den ursprünglichen klaren Vorgaben wurde nicht als auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierend begründet, sondern als »Klarstellung« (RKI 2020b) bezeichnet. Allerdings sorgte sie für Irritation seitens derer, die die Änderungen im Verlauf nachvollzogen hatten, um andere darüber in Kenntnis zu setzen.

Indem es die den weiteren Regelungen zugrunde liegenden Empfehlungen abänderte, verließ das RKI als *Forschungsinstitut* sein Fachgebiet, denn aus dem eigentlichen Aufgabenfeld und Fachgebiet des RKI heraus war die Abänderung dessen, was aus infektionswissenschaftlicher Perspektive als richtig galt, nicht zu plausibilisieren.

Die kompensatorische Abänderung erforderte nicht mehr, dass Verantwortliche beim Bundesministerium für Gesundheit sich öffentlich für Versäumnisse in ihrem Zuständigkeitsbereich erklären mussten. Eine diesbezügliche Stellungnahme hätte u.a. zu klären gehabt, wie es zu einer solchen gesundheitslogistischen Mangelsituation hatte kommen können, waren der damaligen Bundesregierung und demzufolge ebenfalls den Regierenden in Ländern und Kommunen doch bereits seit 2013 die Risiken und absehbaren Folgen einer »Pandemie durch Virus Modi-SARS« bekannt (Deutscher Bundestag, 2013, 5). Für diese

(7) MNS=Mund-Nasen-Schutz (sog. OP-Maske)

Risikoanalyse, die aus postpandemischer Sicht über nahezu prophetische Vorhersagekraft verfügt, trug das RKI die federführende Fachverantwortung (ebd.). Die Wichtigkeit der Schutzausrüstung wird mehrfach betont (ebd. 59, 65, 67, 73, 86). Der Versorgungsengpass hinsichtlich Schutzausrüstung wird explizit vorhergesagt:

»[...] persönliche Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel werden verstärkt nachgefragt. Da [...] die Industrie die Nachfrage jedoch nicht mehr vollständig bedienen kann, entstehen Engpässe.« (ebd. 73)

Mit Blick auf die Corona-Pandemie stellte der Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt im Januar 2023 die Forderung auf, das Robert Koch-Institut politisch unabhängig aufzustellen. Es könne sich – dem Bundesgesundheitsministerium unterstellt – in politischen Auseinandersetzungen »nur schwer raushalten« (vergl. Bundesärztekammer, 2023).

Während man mit der Ende März 2020 erfolgten Lockerung der Schutzvorschriften zwar einerseits die im Gesundheitsbereich leitend Tätigen teilweise von den operativ aufwendigen Problemen rund um die Materialbeschaffung entlastete, schätzten andererseits viele Mitarbeitende das Gefahrenpotential des Virus weiterhin anhand der vorherigen Empfehlung ein und hatten durch Verwendung der ursprünglich im Pflegealltag wenig geläufigen FFP2-Masken ein subjektives Sicherheitsgefühl erlangt. Auf den Schutz durch FFP2-Masken wollten viele nicht mehr verzichten. Jedoch hatten manche angesichts der genau protokollierten schwindenden Maskenbestände bereits befürchtet, zukünftig mindergeschützt arbeiten und so eine potenziell lebensbedrohliche Ansteckung in Kauf nehmen zu müssen. Diese Mitarbeitenden irritierte besonders, dass ausgerechnet die im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen als Referenz geltende Expertise des RKI eine abrupte Wendung vollführt hatte und nun ohne Beleg attestierte, dass auch ein Mund-Nasen-Schutz bei vermeintlicher Virusexposition ausreichen solle. Sie diskutierten, ob sie Materialbeschaffungsschwierigkeiten zu kompensieren hatten, ob und inwieweit der Einsatz ihrer körperlichen Unversehrtheit geboten schien und welche Verantwortung es zu übernehmen galt: für die Patient:innen, die Gesellschaft, für ihr eigenes Leben und das ihrer Familien. Diese Fragen blieben zumeist sachlich unbeantwortet und wurden im nicht-öffentlichen Raum erörtert.<sup>8</sup> In der

(8) Am Rande fand der Sachverhalt in der Presse Erwähnung (vgl. Heinrich u.a. 2020).

Diffusität der Situation blieben den Mitarbeitenden nur – teils gegenseitige, teils implizite – Appelle an ihre tapfere Durchhaltekraft. Es galt, loyal zu sein gegenüber den Pflegebedürftigen, den Kolleg:innen, der Institution und der Gesellschaft. »Sei ein:e Held:in!«

### ⇒ 7 Pflege in Kompensation und Improvisation

In der Praxis kippten angesichts der Lieferschwierigkeiten vormals geltende Verbote, etwa zur Wiederverwendung von Einmalmaterialien. Es wurde versucht, benutzte Mundschutzmasken im – eigentlich zum Backen von Lebensmitteln verwendeten – Stationsbackofen zu dekontaminieren. Angesichts des Mangels erschien es besser, auf improvisierten Schutz zurückzugreifen, als gar keinen zu haben.

Diese Vorgänge wurden seitens der Öffentlichkeit nur punktuell als inakzeptabel wahrgenommen.<sup>9</sup> Anstelle politischer Unterstützung erfuhren die Held:innen jedoch kompensatorische Hilfe durch weitere Held:innen bzw. deren Handarbeiten. Freiwillige »Näh-Heldinnen« (vBS 2020) nähten Stoffmasken, die in Pflegeeinrichtungen verteilt wurden. Zivilgesellschaftliche Initiativen übernahmen in diesen Versuchen die Verpflichtung, Arbeitnehmer:innen adäquat und zuverlässig zu schützen. Auch Pflegekräfte selbst setzten sich nach Feierabend an die Nähmaschine, anstatt öffentlich zu erklären, dass sie unter den aktuellen Bedingungen nicht weiterarbeiten konnten. Schutzmaterialien waren überlebenswichtig und von grundlegender Bedeutung. Während in anderen Branchen nicht gearbeitet wird, wenn das Material fehlt, weil z.B. im Handwerk ein Maler mit Farbmangel keine Ersatzfarbe aus Ersatzmaterialien herstellen würde, wurde im Arbeitsfeld der Pflege und Betreuung das kompensationswillige Berufsverständnis und damit das Held:innentum abermals aus der selbstlosen Bereitschaft zum Verzicht abgeleitet.

Dieses unaufgeforderte proaktive Agieren repräsentiert berufstypische Tugenden wie Selbstlosigkeit, Idealismus und fantasievolle Kompensationsfähigkeit. Es offenbart jedoch ebenfalls die weitverbreitete Bereitschaft zur Zurückstellung eigener Belange. Die held:innenhafte Kompensation und Tapferkeit brachten Dynamiken kollektiver Unterwürfigkeit und Bereitschaft zur selbstlosen Einwilligung in potenzielle Selbstschädigung ans Licht. Hier manifestierte sich die Wehrlosigkeit des Berufsstands. Wohl in kaum einer Branche findet man eine so stark

(9) Zum Beispiel unterzeichneten nur 72 Personen eine diesbezügliche an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestag gerichtete Petition (Deutscher Bundestag, 2020).

ausgeprägte Kompensationsbereitschaft als vorausseilende Reaktion auf unzureichende gesellschaftspolitische Anerkennung und Ausstattung.

⇒ 8 Pflegerische Pandemiebewältigung außerhalb der Institution am Beispiel der Live-in-Betreuung

⇒ 8.1 Live-in-Pflegekräfte als vulnerable Personengruppe

Während die professionell Helfenden der ambulanten Pflegedienste immerhin Regelungen zum Infektionsschutz als Leitlinien ihres Tuns vorfanden, blieb eine andere Gruppe professionell Helfender darin unberücksichtigt.

In deutschen Privathaushalten, in denen pflegebedürftige Menschen betreut werden, hat sich in den letzten Jahrzehnten eine besondere Personengruppe etabliert.<sup>10</sup> Menschen – zumeist Frauen – aus dem Ausland übernehmen anstelle der Familie als Fürsorge-Verbund Care-Aufgaben in Deutschland. In einer globalisierten Welt ist diese Form transnationaler Pflegearbeit gesellschaftlich etabliert.

Diese Personengruppe wird – je nach Kontext – auf verschiedene Arten bezeichnet. In der deutschen Pflegewissenschaft ist Live-in der am häufigsten verwendete Begriff.

Im Alltag werden Pflegehelferinnen aus osteuropäischen Ländern oft als *Die Polin* bezeichnet. Dieser Ausdruck bezieht sich auf die Herkunft der Pflegekräfte, aber er ist reduktiv und vereinfacht ihre vielfältigen Hintergründe und Identitäten. In manchen Fällen werden diese migran-tischen Pflegekräfte auch als *24-Stunden-Pflegekräfte* bezeichnet, obwohl dies insofern irreführend ist, dass keine abhängig Beschäftigte rund um die Uhr arbeiten darf. (vgl. zu beiden Bezeichnungen Städtler-Mach/Ignatzi 2020, 6). Im Marketing erhalten sie gelegentlich Rollen-namen wie Märchenfiguren *Pflege-Engel* oder *Pflege-Helden* und mög-licherweise sind sie tatsächlich zu einer Gruppe heldenhaft Rettender im Gesundheitssystem geworden.

Die im Alltag geläufige Bezeichnung *Polin* als Fürsorgerin verfügt über Zuschreibungen wie eine Marke. Gesellschaftsmitglieder verstehen, was gemeint ist, wenn Menschen sagen *Wir haben jetzt eine Polin*. Auch die attributive Zuschreibung einer solchen *Polin* fällt in der Regel

(10) Weil die hochkomplexe Thematik hier nur ansatzweise eingeführt werden und gewürdigt werden kann, sei zur Vertiefung Städtler-Mach/Bünemann (2023) empfohlen.

ohne Umschweife statt. Analog zum Papiertaschentuch, das universell mit einem Markennamen bezeichnet wird, wird womöglich auch manche aus Rumänien stammende Live-in-Betreuungskraft zur *Polin*.

Es handelt sich – sachlich ausgedrückt – um häufig aus Osteuropa stammende, pendel-migrierende, oftmals ungelernete Familienersatzkräfte in der Pflege von deutschen Seniorinnen und Senioren in deren häuslichem Umfeld.

## ⇒ 8.2 Zugehörigkeit und mangelnde Allianzen

Live-in-Pflegekräfte agieren in vielerlei Hinsicht im »ständigen Dazwischen« (Klaus/Schmergal 2016). Ihre Rolle enthält eine deutliche Doppelkodierung: Einerseits übernehmen sie Rollenattribute des Familiensystems und agieren andererseits als entgeltene und beauftragte Arbeitnehmer:innen. (vgl. Ostermann 2020, 65f)

Das *Funktionssystem pflegende Familie* ist in der Regel gekennzeichnet vom gemeinsamen Wohnen, privaten Tätigkeiten am Ort der pflegerischen Beschäftigung, gemeinsamen Mahlzeiten und Freizeitaktivitäten. Sorge, Selbstverpflichtung, Treue und Tapferkeit bilden zentrale Handlungsmotive und -ressourcen.

Im Gegensatz dazu zeichnet sich das *Funktionssystem der professionellen Pflege* durch entgeltliche Fürsorge, den Abschied als integralen Bestandteil der Aufgabe, das Vorliegen von Funktionsbeziehungen im Anstellungsschema und die Übernahme von Aufgaben als Erfüllung der Erwartungen Dritter aus.

Live-in-Betreuungskräfte vereinen sämtliche dieser Merkmale und befinden sich somit in einer Zwischenposition beziehungsweise – je nach Sichtweise – in beiden Systemen. Innerhalb beider Systeme ist der Umgang persönlich und die informelle Anrede mit Vornamen ist üblich, während bei Begegnungen zwischen beiden Systemen die formelle Ansprache *per Sie* der Regelfall ist. Die hybride Zugehörigkeit der Live-in-Betreuungskräfte zeigt sich in der von ihnen zumeist in beide Systeme kommunizierten bevorzugten Anrede mit Vornamen und *Du*.<sup>11</sup>

(11) Es ist zu beobachten, dass der Nachname in der eigenen Vorstellung oder der durch Dritte selten genutzt wird. Auch erlebt man, dass seitens der Betreuungskräfte selbst sprachlich anspruchsvolle Vornamen z.B. von Agnieszka zu Agnes eingedeutscht werden. (Ostermann 2018, 42). Auch die Ansprache der Pflegebedürftigen nähert sich indes häufig einer familienähnlichen Terminologie.

Daneben existieren die eigentlichen Funktionssysteme im Herkunftsland, denen Live-in-Betreuungskräfte angehören und in denen sie trotz temporärer physischer Abwesenheit zumindest punktuell durch digitale Medien mitzuwirken imstande sind.

Der Auftrag professioneller Pflege in Haushalten, in denen eine Betreuungskraft eingesetzt ist, ergibt sich in der Regel aus den Anforderungen der medizinischen Behandlungspflege, die entgolten nur von entsprechend qualifizierten Kräften erbracht werden darf, sowie aus dem Nebenauftrag – ausgesprochen von Agenturen oder Angehörigen – *nach dem Rechten zu schauen*. Oftmals mit diesem impliziten Kontrollauftrag ausgestattet, gestaltet sich die Konstellation zwischen osteuropäischen Betreuungskräften und Angehörigen des professionellen Hilfesystems vielschichtig, denn schon bei der Begrüßung stellt sich die Frage, ob Betreuungskräfte wie Familienangehörige formal oder wie Kolleg:innen informell adressiert werden.

Die Begegnung mit Angehörigen des professionellen Hilfesystems ist aus Sicht der Betreuungskräfte abhängig von agierenden Personen und begleitet von Affekten und Sympathie. Die Situation vieler Betreuungskräfte ist geprägt von Unsicherheit in ihren hiesigen Beziehungen. Wenngleich sie aus Sicht vieler im Gesundheitswesen Beteiligter den Status einer anerkannten bzw. anzuerkennenden Co-Produzent:in innehaben – immerhin ermöglichen sie durch ihr Vor-Ort-Sein überhaupt erst eine Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld – verfügen sie als temporär Beteiligte selten über explizite Allianzen innerhalb professioneller Arbeitszusammenhänge. Die fehlenden Allianzen der Betreuungskräfte führen dazu, dass ihre Anliegen oftmals als nachrangig erscheinen. Viele der diesem Versorgungsangebot grundsätzlich innewohnenden Problemstellungen bleiben aufgrund wechselseitigen Angewiesen-Seins unbehandelt und werden nicht oder nur unzureichend problematisiert. Indem viele das Beschäftigungsarrangement als ›Win-Win-Situation‹ bezeichnen, geraten unklare Regelungen zu Urlaub und Krankheit, die entweder ausdrückliche oder stille Erwartung zur Nichteinhaltung von Arbeitszeiten, jedwede Überforderungsmomente und die weitverbreiteten illegalen Anstellungskonstrukte aus dem Fokus gesellschaftlicher und politischer Wahrnehmung.

### ⇒ 8.3 Live in-Betreuung während der Pandemie

Zusätzlich zu diesen hier nur kurz umrissenen Verständigungsbedarfen und Interessenkollisionen erforderten während der Coronapandemie

Reisebeschränkungen und Hygienevorschriften akute Anpassungsleistungen der Einzelnen.

Grenzschließungen erschwerten die An- und Abreise für häusliche Betreuer:innen. Während einige nicht zu ihren Arbeitsplätzen gelangen konnten, warteten andere auf die Erlaubnis zur Rückkehr zu ihren Familien. Folglich waren die soziale als auch die funktionale Verlässlichkeit bedroht bzw. eingeschränkt.

Betreuungskräfte sahen sich außerdem mit zusätzlichen pandemiebedingten Anforderungen an die Pflege und Betreuung konfrontiert. Es galt, die Situation zu verstehen und das eigene Handeln anzupassen. Zusätzlich waren sie in Sorge um die eigene Familie und um die eigene Gesundheit, da sie durch ihren engen Kontakt mit vulnerablen Personen ein erhöhtes Risiko hatten, sich mit dem Virus zu infizieren. Die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung war für Privathaushalte zudem besonders problematisch.

Viele Pflegebedürftige benötigten während der Pandemie verstärkte Unterstützung, u.a. aufgrund von Ausfällen weiterer unterstützender Dienste (etwa Schließungen von Tagespflegeeinrichtungen), drohenden Quarantänemaßnahmen und stark eingeschränkten sozialen Kontakten beim omnipräsenten Erfordernis, die Pflegebedürftigen und sich selbst hinsichtlich des Auftretens von Symptomen zu überwachen.

Die ohnehin vorhandene soziale Isolation der Betreuer:innen, die per se in räumlicher Distanz zu ihren Familien arbeiten und sich zudem um jene sorgten, wurde durch Kontaktbeschränkungen zusätzlich forciert. Mehr denn je übernahmen sie so die Rollenaufgaben von Familienmitgliedern, die – sofern vorhanden – ihrerseits nicht vor Ort sein konnten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Live-in-Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten eine relevante aber oft übersehene und verwundbare Gruppe darstellen. Die komplexe Rolle zwischen familiären und beruflichen Anforderungen, verstärkt durch die Unsicherheiten während der Pandemie, verdeutlicht ihre prekäre Situation.

Es wird erkennbar, dass klare Allianzen, eine angemessene Anerkennung und fachliche Unterstützung notwendig sind, um ihre Relevanz im Gesundheitssystem zu würdigen und ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Zudem gilt es, das Zusammenwirken zwischen unterschiedlichen entgelteten Akteur:innengruppen und Professionen abzustimmen und zu synchronisieren (vgl. Ostermann 2020, 61-74).

## ⇒ Literaturverzeichnis

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2020): Gebärdensprache: Pressekonferenz Jens Spahn und Markus Söder zu COVID-19, Online-Video unter <https://www.youtube.com/watch?v=3mkel46ASz0> (Zugriff am 19.11.23).

bpa, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2020): Grundanforderungen zur Bewältigung der momentanen Krise. Archivierte Dokument, Download unter: [https://web.archive.org/web/20200926041838/https://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/BUND/Corona/Grundanforderungen\\_zur\\_Bewaeltigung\\_der\\_momentanen\\_Krise.pdf](https://web.archive.org/web/20200926041838/https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BUND/Corona/Grundanforderungen_zur_Bewaeltigung_der_momentanen_Krise.pdf) (Zugriff am 21.11.23).

Bundesärztekammer (2023): Reinhardt: »Robert Koch-Institut sollte politisch unabhängig werden«, Online-Artikel unter <https://www.bundesaeztekammer.de/presse/aktuelles/detail/reinhardt-robert-koch-institut-sollte-politisch-unabhaengig-werden> (Zugriff am 27.11.23).

Burger King Deutschland (2020): BURGER KING® SAGT DANKE. Archivierte Website unter: <https://web.archive.org/web/20200406110716/https://www.burgerking.de/heldenaktion> (Zugriff am 21.11.23).

Deutscher Bundestag (2020): Petition 109735 Klärung der Aufgabenverteilung von BMG und RKI vom 15.04.2020. Internet-Dokument unter: [https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/\\_2020\\_04/\\_15/Petition\\_109735.html](https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/_2020_04/_15/Petition_109735.html) (Zugriff am 02.05.2024).

Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode (2013): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012, Drucksache 17/12051 online unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/120/1712051.pdf> (Zugriff am 12.09.23).

Dreßke, Stefan (2005): Sterben im Hospiz: Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung. Frankfurt/Main: Campus.

Heinrich, Christian; Menne, Katharina; Oertel, Friederike (2020): Noch warten sie nur. In: DIE ZEIT Nr. 16/2020, Online-Artikel unter: <https://www.zeit.de/2020/16/deutsches-gesundheitssystem-coronavirus-intensivmedizin-epidemie/komplettansicht> (Zugriff am 12.09.23).

Juchli, Liliane (1987): Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart u.a.: Thieme.

Klaus, Julia / Schmergal, Cornelia (2016): Omas hilflose Betrojerinkis. In: Der Spiegel Nr. 11/2016, Online-Artikel unter <https://www.spiegel.de/politik/omas-hilflose-betrojerinkis-a-da42f312-0002-0001-0000-000143591171> (Zugriff am 27.10.23).

Mixa, Stefanie (2023): Abschalten lernen: 8 Tipps, wie du nach Feierabend und im Urlaub richtig runterkommst. Online-Artikel unter <https://www.stepstone.de/magazin/artikel/abschalten-lernen-tipps-fuer-feierabend-und-urlaub> (Zugriff am 03.05.24).

Ostermann, Damian (2018): Multirationale Grundfragen im Zusammenwirken von ambulantem Pflegedienst und privat angestellten osteuropäischen Hilfskräften - eine diakoniewissenschaftliche Analyse. Masterarbeit. Unveröffentlicht.

Ostermann, Damian (2020): Ambulante Pflegedienste im Zusammenwirken mit osteuropäischen Betreuungskräften - eine Gestaltungsherausforderung für multirationales Management. In: Ignatzi, H. / Städtler-Mach, B. (Hgg.): Grauer Markt Pflege. 24 Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 61–74.

RKI, Robert Koch-Institut (2020a): Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2, Archivierter Artikel unter [https://web.archive.org/web/20200323192036/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Hygiene.html](https://web.archive.org/web/20200323192036/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html) (Zugriff am 21.11.23).

RKI, Robert Koch-Institut (2020b): Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2, Archivierter Artikel unter: [https://web.archive.org/web/20200330114511/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Hygiene.html](https://web.archive.org/web/20200330114511/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html) (Zugriff am 20.11.23).

Städtler-Mach, Barbara; Bünemann, Markus (2023): Osteuropäische Betreuungskräfte in der häuslichen Pflege. Versorgung verantwortlich und fair gestalten, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Städtler-Mach, Barbara; Ignatzi, Helene (Hgg.) (2020): Grauer Markt Pflege. 24 Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

vBS, von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel (2020): In Bethel gibt es wahre Näh-Heldinnen!, Facebook-Beitrag unter <https://www.facebook.com/Stiftungen.Bethel/photos/a.10150977618704937/10159587547434937/> (Zugriff am 20.11.23).

**Zitationsvorschlag:**

Ostermann, Damian (2024): Applaus unseren schutzlosen Held:innen! Eine kritische Praxisreflexion zur Wahrnehmung, Anerkennung und Ausstattung professioneller Pflege während der Coronapandemie (Ethik und Gesellschaft 2/2024: Zwischen privat und öffentlich: Hybride Räume im Umbruch der Corona-Pandemie). Download unter: <https://dx.doi.org/10.18156/eug-2-2024-art-8> (Zugriff am [Datum]).



**ethikundgesellschaft**  
**ökumenische zeitschrift für sozialethik**

**2/2024: Zwischen privat und öffentlich: Hybride Räume im Umbruch der Corona-Pandemie**

Florian Höhne, Sarah Jäger, Frederike van Oorschot

Einleitung: »Zwischen privat und öffentlich: Hybride Räume im Umbruch der Corona-Pandemie«

Hubert Knoblauch

Die räumliche Re(kon-)figuration der Religion

Andreas Telser

Digitalität – Privatheit – Ästhetik

Benigna Wäßler

Who cares privacy? Erschütterte Privatheit

David Plüss

Transformationen liturgischer Räume und Rollen. Der cultus publicus zwischen Kirchenraum und digitaler Kirche im Wohnzimmer

Johanna Di Blasi

»Less noise, more conversation«: Das RefLab als Modell für öffentliches Christentum in Social Media

Henrike Katzer

Umkämpftes Zuhause – Fürsorge und Autonomie in krisenhaften Zeiten

Damian Ostermann

Applaus unseren schutzlosen Held:innen!

Eine kritische Praxisreflexion zur Wahrnehmung, Anerkennung und Ausstattung professioneller Pflege während der Coronapandemie

Dierk Starnitzke

Rekonfigurationen von Räumen und Rollen am Beispiel einer diakonischen Stiftung

Christine Schliesser

Orientierung und Irritation – Herausforderungen für eine kritische Öffentliche Theologie am Beispiel der GEKE Stellungnahme zum Ukrainekrieg