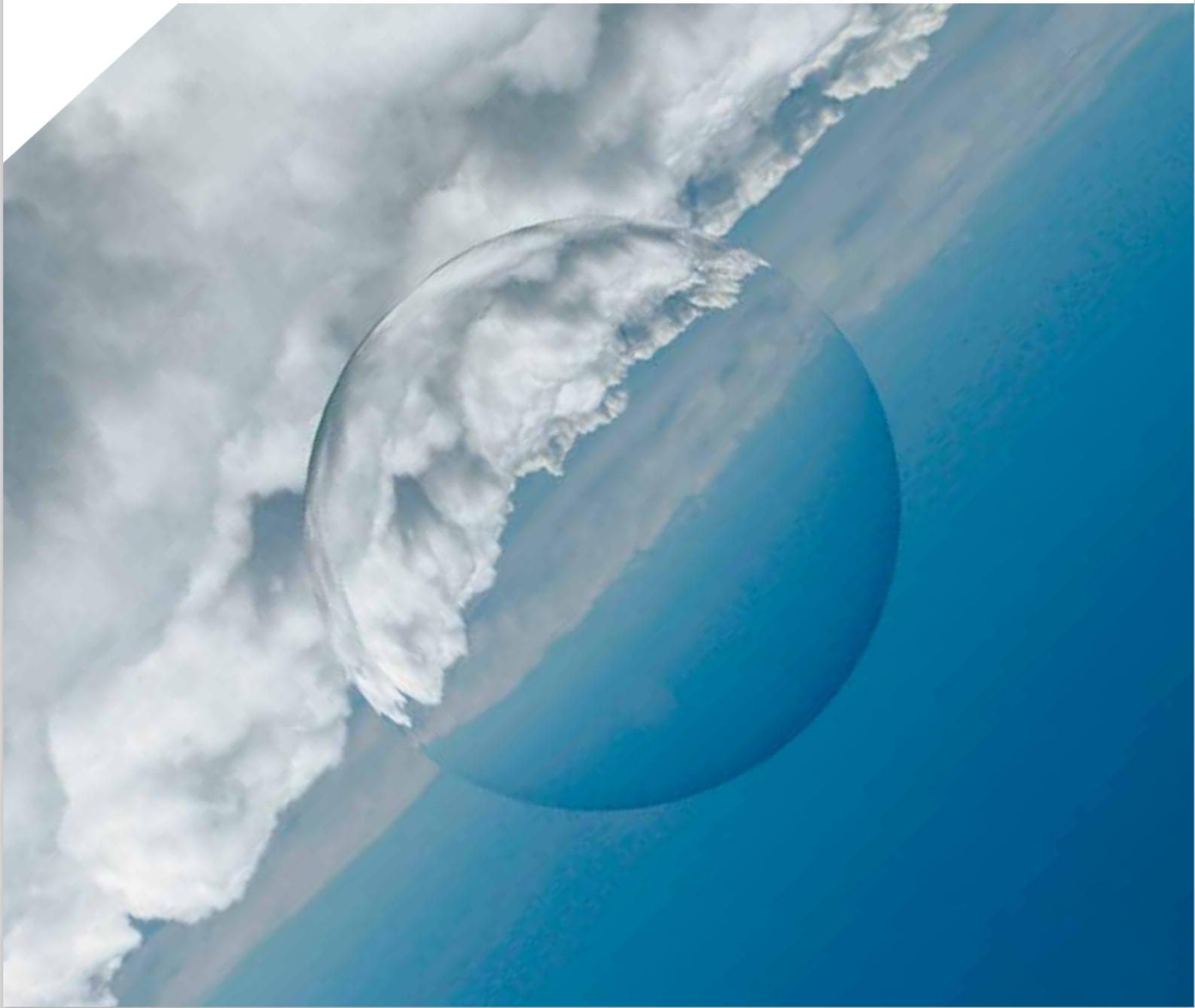
Kuratorium Deutsche Altershilfe

Thomas Klie
Hartmut Remmers
Arne Manzeschke

Corona und Pflege: lessons learned

Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation



Thomas Klie
Hartmut Remmers
Arne Manzeschke

Corona und Pflege: lessons learned

Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Prolog

Der folgende Text ist im Diskussionszusammenhang um die Hotline der Vereinigung der Pflegenden in Bayern entstanden. Den beruflichen Pflegenden steht und stand ein Beratungsangebot psychosozialer, juristischer und ethischer Art zur Verfügung. Die Berater*innen tauschten sich regelmäßig über die Anfragen aus. Die Autoren haben den Text erstellt. An dem Dialog beteiligt waren neben den Autoren Constanze Giese, Annette Riedel, Sabine Wöhlke, Markus Witzmann und Michael Wittmann.

Impressum

Corona und Pflege: lessons learned
Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation
Der Beitrag erscheint in der Diskurs-Reihe des KDA „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“
Berlin, August 2021

Herausgeber
Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA)
Michaelkirchstraße 17-18
10179 Berlin

www.kda.de
info@kda.de

Autoren:
Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Prof. Dr. Hartmut Remmers
Prof. Dr. Arne Manzeschke

Gesamtgestaltung: H. J. Wiehr, Mainz
Fotos: © H. J. Wiehr, Mainz

Inhalt

Seite

Teil A | Ausgangslage 4

1. Vorbemerkung 4

2. Gesundheitliche und gesellschaftliche Krisensituation – Was heißt eigentlich „Krise"? 5

3. Covid-19-Pandemie als Auslöser berufspolitischer Anfragen – Rückblick und gegenwärtige Lage 8

4. Care Work – Strukturelle Ausgangslage 11

5. Mentalitätsgeschichtliche Strukturelemente der beruflichen Pflege 14

6. Zwischenfazit 18

Teil B | Diagnosen und Konsequenzen 23

1. Gesundheit und Pflege als Aufgabe der Daseinsvorsorge 23

2. Berufliche Emanzipation und Eigenständigkeit 24

3. Eigenverantwortung und institutionelles Regime 26

4. Würde sichern – Aufgabe der Gesellschaft gegenüber vulnerablen Gruppen 28

5. Dignität von Menschenrechten 29

Literaturverzeichnis 33

TEIL A | AUSGANGSLAGE

1. Vorbemerkung

„In beispielloser Weise wurde durch die zu Beginn des Jahres 2020 auch in Europa sich ausbreitende Corona-Pandemie das gesellschaftliche Leben in bestimmten, strukturell verankerten Normalitätsauffassungen von Freiheit zutiefst erschüttert. Staatlich unvermeidliche Schutzmaßnahmen haben zu bislang nicht gekannten Einschränkungen des öffentlichen Lebens sowie wirtschaftlicher Aktivitäten geführt, die in ihrer Schockwirkung anfangs weitgehend klaglos hingenommen wurden. Das sich zunächst rasant ausbreitende Infektionsgeschehens mit zunehmenden Todesfällen ließ die Bedeutsamkeit eines bis dahin in seiner Funktionalität als selbstverständlich erachteten Gesundheitswesens höchst anschaulich hervortreten. Gesundheitlich als „systemrelevant" bewertete Berufsgruppen fanden während der ersten Infektionswelle besondere Aufmerksamkeit. Vor allem die in der intensivmedizinischen Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten tätigen Pflegefachpersonen trafen für eine kurze Zeit auf ostentativ bekundete Anerkennung ihrer Arbeit. Diese besondere öffentliche Aufmerksamkeit ist inzwischen einer erheblich verringerten Wahrnehmung jener Grenzen gewichen, an welche das medizinische, vor allem aber das pflegefachliche Leistungsvermögen gestoßen ist. Auch das öffentliche Interesse an der pflegerischen Langzeitversorgung, in welcher zu Beginn der Pandemie problematische Einschränkungen von Grund- und Freiheitseinschränkungen verzeichnet werden mussten, hat in der Folgezeit erheblich nachgelassen. Es scheint, als ob das anfängliche Bewusstsein einer beispiellosen Krise, die dazu aufforderte, über einen grundlegenden Wandel nachzudenken, zunehmend sich ausbreitenden Wünschen nach Rückkehr zu einer vermeintlichen Normalität gewichen ist, wie sie vor der Pandemie geherrscht haben mag.

Allerdings handelt es sich dabei um eine wesentlich auf restaurativen Interessen und regressiven Bedürfnissen beruhende Fehleinschätzung der gegenwärtigen Lage. Denn recht besehen sind die vor allem in der völlig überlasteten akuten und langzeitpflegerischen Versorgung offen zutage tretenden Probleme Ausdruck einer gegenwärtig lediglich verschärften, indessen seit Jahrzehnten schwelenden, nunmehr wie in einem Brennglas in verschiedenen Facetten durchsichtig gewordenen Dauerkrise. Die momentan sich verschärfenden Auswirkungen des pandemischen Geschehens sind Anlass genug, sich mit – auch historisch bedingten – Strukturproblemen der Pflegeberufe, ihrer Versorgungspraxis, damit verbundenen Unzulänglichkeiten, politischen Fehlentwicklungen und der Notwendigkeit korrigierender Eingriffe eingehender zu befassen.

Ziel unseres Beitrages ist, auf dem Wege einer sehr knappen, keineswegs auch nur annähernd Vollständigkeit beanspruchenden Bestandsaufnahme einige uns wichtig erscheinende, zumeist historisch-strukturell angelegte Probleme und widersprüchliche Konstellationen der Pflegeberufe herauszuarbeiten, die in unseren Augen bei der Beschreibung der gegenwärtigen Krise (des Gesundheits- und Sozialsystems ebenso wie umgreifender gesellschaftlicher Lebenszusammenhänge) eine bedeutsame Rolle spielen. Die Form einer rekonstruktiven Analyse dient als Grundlage der in einem Schlussteil formulierten Thesen, die wir als ein sowohl an die pflegeberufliche sowie an die allgemeine politische Öffentlichkeit adressiertes Memorandum verstehen.

Um die gegenwärtig kritische Lage zureichend begreifen zu können, werden wir zunächst (Teil A) einige uns zentral erscheinende Bedeutungsgehalte dessen, was unter einer Krise in analytischer Absicht zu verstehen ist, klarstellen, um daran eine knappe Beschreibung des durch die gegenwärtige Pandemie ausgelösten Krisengeschehens und damit zutiefst verbundener beruflicher Erfahrungsgehalte derer, die in einem umfassenden Sinne Care-Work leisten, anzuschließen. Des Weiteren gehen wir von der Annahme aus, dass Lösungen einer quasi ende-

mischen Krise der Pflegeberufe zureichend nur unter Berücksichtigung historisch-strukturell angelegter Bedingungsfaktoren zu erzielen sind. Unter diesen systematischen Gesichtspunkten werden wir uns noch einmal mit verschiedenen Strukturelemente von Care-Work (als einer übergeordneten Beschreibungskategorie pflegereicher Leistungen) befassen sowie mit einigen problematischen mentalitätsgeschichtlichen Bedingungsfaktoren insbesondere der deutschen Krankenpflege. Und zwar deswegen, weil sie in der einen oder anderen Weise bis heute zu inneren, z.B. arbeitspsychologisch beschreibbaren Blockierungen führen.

Ausgehend von dieser analytischen Bestandsaufnahme verdichten wir im Teil B unseres Beitrages in fünf übergeordneten, unseres Erachtens für gegenwärtige pflegepolitische Eingriffe essentiellen thematischen Horizonten einige unserer Untersuchungsergebnisse, um sie unter Einschluss weiterer, pflege- und bildungspolitisch bedeutsamer Gesichtspunkte und im Blick auf die gegenwärtige Krise zuzuspitzen.

Der Text wird in einem pflegewissenschaftlichen Memorandum "Corona - lesson learned in der Pflege" kondensiert (vgl. Pro Alter 3/2021). Sie enthalten Schlussfolgerungen aus den vorstehenden Darstellungs- und Argumentationszusammenhängen und setzen alte und neue Themen für die aktuelle pflegepolitische Debatte.

2. Gesundheitliche und gesellschaftliche Krisensituation – Was heißt eigentlich „Krise"?

Die gegenwärtige Lage in Gesellschaft und Politik wird dominiert durch die Corona-Pandemie, die häufig auch als Corona-Krise bezeichnet wird. Obwohl es sich empfiehlt, mit dem Krisen-Begriff eher sparsam umzugehen, scheint auf den nicht zu leugnenden tiefgreifenden Erschütterungscharakter gegenwärtiger Entwicklungen der Begriff Krise zuzutreffen. Gerechtfertigt wird die Verwendung dieses Begriffes insbesondere durch Erfahrungen, die die Berufsgruppe der Pflege in verschiedenen Bereichen und Institutionen der Versorgung hat machen können. Der Krisenbegriff trifft entsprechend sowohl auf der individuellen, organisationalen bzw. professionellen Ebene wie schließlich auf der gesellschaftlichen Ebene zu. Auch wenn von der einen Corona-Krise gesprochen wird, so wird sie doch auf den verschiedenen Ebenen durchaus unterschiedlich erfahren und bearbeitet. Zudem wird es Aufgabe einer späteren Analyse sein, die individuellen traumatischen Erfahrungen mit den strukturellen Krisenfaktoren zu verknüpfen und so ein genaueres Bild von dem zu gewinnen, was jetzt pauschal als eine Krise bezeichnet wird.

Wenn wir den Begriff der Krise zur Beschreibung der gegenwärtigen Lage sowie persönlicher und beruflicher Erfahrungen für angemessen, ja sogar für unverzichtbar halten, so aus folgenden theoriegeleiteten sowie gesellschaftsgeschichtlichen verschiedenen Gründen. Seiner ursprünglichen, ins klassische Altertum zurückreichenden Bedeutung nach ist damit eine Situation gemeint, in der eine Praxis des Urteilens, Entscheidens und auch Kämpfens existenziell ist.[1] Hier scheint eine Art Gleichursprünglichkeit vorzuliegen mit einem Verständnis zunächst in der hippokratischen Medizin als Kennzeichnung einer kritischen Phase, in der sich wie an einer Weggabelung die Richtung des weiteren Krankheitsverlaufs entscheidet. In der historischen Folge haben wir es sodann mit einer Übertragung dieser Bedeutung auf das Feld von Politik, Gesellschaft und Wirtschaft zu tun.

Eine geradezu epochale Bedeutung gewinnt der Krisenbegriff zur Charakterisierung einer mit der frühen Neuzeit zusammenfallenden revolutionären Zäsur bis dahin historisch gültiger Denksysteme, d.h. eines Bruchs mit traditionellen (v.a.

1 Verstanden als eine Zäsur, als ein Bruch überkommender Deutungsmächte, markiert der Krisis-Begriff ebenso einen religionsgeschichtlichen Wandel von Gottesbildern, ihrer Rezeption und Verbreitung mit daraus resultierenden Veränderungen im gesellschaftlich-politischen Bereich, worauf uns Constanze Giese aufmerksam gemacht hat. – In der sozialphilosophischen Tradition ist der Zusammenhang einer der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft selbst innewohnenden Krisis (aus Gründen sich gegenseitig isolierender, partikularer Existenzen mit der Gefahr potenzieller Kollisionen als „Rest des Naturzustandes") und damit einer Unvermeidlichkeit des Krieges als sittliches Instrument einer „großen Zucht", durch welche der Staat seine absolute, die gesellschaftlichen Antagonismen lediglich unterdrückende Macht unter Beweis stellt, u.a. bereits von Hegel (1974, 101) thematisiert worden.Dass der Krisis-Begriff einen Sitz im Leben des Krieges hat, macht noch einmal verständlicher, warum die Kriegsmetaphorik heute so virulent ist. Der Appell des Staatspräsidenten E. Macron an das französische Volk sollte mit dem Satz „ Nous sommes en guerre" (Wir sind im Krieg) wohl eine rhetorische Mobilmachung unterstreichen.

aristotelischen) Auffassungen des Menschen und seiner Welt – am markantesten vertreten durch Roger Bacon, der für eine Revolutionierung des wissenschaftlichen Selbst- und Weltverständnisses durch neue Methoden experimenteller Naturforschung sorgte. Krisis als revolutionärer Wendepunkt herkömmlicher Denksysteme ebenso wie politischer und gesellschaftlicher Praktiken erscheint von daher als eine Signatur der historischen Neuzeit.2 Mit zunehmendem Zerfall traditionaler Legitimationsgrundlagen vor allem adelsständischer Herrschaft werden zugleich politische Energien freigesetzt, welche zur Auflösung streng hierarchisch geordneter, auf bloßem Herkommen beruhender Herrschaftsstrukturen feudaler, absolutistisch regierter Ständegesellschaften führen (Koselleck 2019; Sp. 1238). Mit der durch Revolution oder Reform erfolgenden Institutionalisierung politischer Freiheitsrechte und der dadurch ermöglichten Öffnung gesellschaftlicher Handlungsspielräume können sich moderne, bürgerliche Gesellschaften mit einer bis dahin unbekannten Dynamik entfalten. Die dadurch ausgelösten Entwicklungen erzeugen allerdings mit dieser ungebremsten Dynamik zusammenhängende Probleme, die als zunehmender kultureller Verlust ehedem bindender Kräfte sowie sozialmoralischer Orientierungssysteme beklagt und als Krisis gedeutet werden. Auch in der Sphäre des von ehemals feudalen, zünftlerischen Schranken befreiten Wirtschaftslebens lassen sich wachsende Krisenphänomene beobachten, die als Phasen eines Konjunkturzyklus beschrieben werden und die im Extremfall zu einem Zusammenbruch von Finanz- und Güter-Märkten führen können.

Zu den strukturellen Merkmalen moderner, auf stetige Expansion ausgerichteter Gesellschaften gehört der permanente soziale und ökonomische Wandel mit krisenhaften Auswirkungen, wenn Lösungen auf dem Wege politischer Integration versagen. Ernst zu nehmende Anzeichen sprechen dafür, dass auf Grund ungelöster sozialer Konflikte Krisen als „normale Anomalien" (Steg 2020, 428) gleichsam endemisch werden.[3] Es handelt sich um „zeitlich begrenzte, nichtgewollte, nicht-intendierte und nicht-geplante Ausnahmesituation(en)" (ebd.). Als Krisen bergen sie die Gefahr, dass der gesamte Bestand sozialer Ordnung, ihre strukturellen und funktionellen Gesetzmäßigkeiten zusammenzubrechen drohen, und zwar durch einen (nicht mehr schleichenden, subkutanen, sondern einen) akuten Entzug bislang als gültig anerkannter Legitimationen (Habermas 1973).[4] Dies ist auch der Grund, warum Krisen als Ausnahmesituationen, in denen vor allem Vertrauen in bisherige Lösungskapazitäten von Institutionen verloren geht, einen gewissen Zuspitzungscharakter haben: politische Kräfteverhältnisse formieren sich neu, und zwar als Kampf um politische und (wie sich mehr und mehr auch zeigt) kulturelle Hegemonie.[5] Dass Krisen im Gefolge auf den Feldern der Wirtschaft und der Technik ausgerufen werden, dürfte insbesondere mit dem Dynamisierungspotenzial ökonomischer und technischer Kräfte zu tun haben. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Krisenphänomene strukturelle Ursachen haben und nicht zufällig auftreten. Zur besonderen Ambivalenz solcher Krisen gehört es aber mittlerweile, dass wir Ökonomie und Technik nicht nur als Ursache der Krisen ausmachen, sondern zugleich auf ihr Lösungspotenzial angewiesen sind. Das betrifft insbesondere

---

2 Wir beschränken uns hier auf den revolutionären Bruch der Neuzeit deswegen, weil damit infolge einer sittlichen „Entzweiung" (Hegel), d.h. der Emanzipation des seine privaten Interessen verfolgenden Bourgeois aus einem durch den Staat gesicherten, hierarchisch stratifizierten Ordnungszusammenhang das bis heute nicht gelöstes Problem einer substanziellen, das heißt: sich nicht im Privatinteresse verlierenden Freiheit verbunden ist – ein Problem, das bei der Limitierung individueller Freiheitsrechte aus Gründen staatlich durchzusetzenden Infektionsschutzes in gewisser Weise erneut akut wird.

3 Für Durkheim (1973) drücken sich Krisen z.B. als gesellschaftliche Anomien (hervorgerufen etwa durch die Erosion und den Anerkennungsverlust bestimmter sozialmoralischer Normen) in Form sprunghaft ansteigender Suizide aus.

4 Jürgen Habermas (1973, 72) geht von Grundwidersprüchen kapitalistischer Systeme aus, die dazu führen, „daß ceteris paribus entweder
- das ökonomische System das erforderliche Maß an konsumierbaren Werten nicht erzeugt, oder
- das administrative System das erforderliche Maß an rationalen Entscheidungen nicht hervorbringt, oder
- das legitimatorische System das erforderliche Maß an generalisierten Motivationen nicht beschafft, oder
- das soziokulturelle System das erforderliche Maß an handlungsmotivierendem Sinn nicht generiert."

5 Es erscheint hoch bedeutsam, dass einer der renommiertesten Politikwissenschaftler: Adam Przeworski (2020, 10) auf Ansätze einer Theorie der *kulturellen Hegemonie* von Antonio Gramsci zur Beschreibung von Krisenprozessen demokratischer Systeme als Motto zurückgreift: „Die Krise besteht gerade in der Tatsache, daß das Alte stirbt und das Neue nicht zur Welt kommen kann; in diesem Interregnum kommt es zu den unterschiedlichsten Krankheitserscheinungen."(Gramsci). Für Przeworski sind daher Krisen „Situationen, in denen die Bedingungen im Rahmen der bestehenden Institutionen katastrophal sind; es findet keine Veränderung statt, aber sie ist möglich." Es muss „eine Entscheidung fallen [..], wenn der status quo unhaltbar geworden ist, jedoch noch kein Ersatz dafür bereit steht." (Przeworski 2020, 20).

auch die Situation der Pflege, die z. B. auf technische Innovationen kaum wird verzichten können, um ihrem Auftrag gerecht zu werden. Das „Krisenmanagement" muss also darin bestehen, diese Ambivalenz in die Bearbeitung mit aufzunehmen. Es muss – nimmt man den Hinweis von Edmund Husserl ernst – aber noch weiter gehen. Die Krise resultiert nicht nur aus einer falschen Anwendung bestimmter Erkenntnisse, sondern sehr viel fundamentaler, dass die Wissenschaften in ihrer Grundorientierung ihre Sinndeutung verfehlen oder gar aufgeben.[6]

Der Zuspitzungscharakter einer Krise lässt sich am Ausmaß und an den Inhalten gesellschaftlich-politischer Protestbewegungen ermessen. Für diese scheint aber das Rechts-Links-Schema an Erklärungskraft einzubüßen, was mit den Ursachen der Proteste zu tun hat. Folgt man einer der jüngsten soziologischen Gegenwartsdiagnosen etwa von Reckwitz (2019), so war es kraft eines nach dem Zweiten Weltkrieg institutionalisierten sozialkorporatistischen Modells gelungen, industriegesellschaftliche Klassenkonflikte auf dem Polster zweier lang andauernder Nachkriegskonjunkturen weitgehend zu schlichten. Infolge der ersten Ölkrise (1973) schien der Ausbau des Wohlfahrtsstaates allerdings an seine Grenzen gestoßen zu sein; schien als Ergebnis einer politischen Paradoxie der Überschneidung linksliberaler Kräfte (auch als Ergebnis einer Bildungsexpansion seit Mitte der 1960er Jahre) einerseits sowie einer neoliberalen Reorganisation postindustrieller Gesellschaftssysteme andererseits eine Art Hyperdynamisierung machtpolitisch nicht mehr vermeidbar zu sein, die eine Vermarktlichung von Feldern vorsah, „die bisher der Wettbewerbslogik entzogen waren" (Reckwitz 2019, S. 264). Dieses Modell oder Paradigma eines sogenannten „apertistischen", gewissermaßen alle Schleusen öffnenden Liberalismus ist spätestens um 2010 in eine manifeste Krise geraten: sozioökonomisch mit der globalen Finanzkrise 2008; soziokulturell mit einer liberalistisch missverstandenen „Expansion subjektiver Rechte" als überbordender „Egoismus Einzelner gegen die Institutionen" und einer „Erosion des kulturellen Konsenses" (ebd. S. 274f.); demokratiepolitisch mit einem Vertrauensverlust des politischen Systems aufgrund der „wachsenden Macht internationaler Organisationen und des Rechtswesens, die sich beide unmittelbarer demokratischer Kontrolle entziehen" (ebd., S. 276). Vor diesem krisenhaften Hintergrund einer Überdynamisierung gibt es in den Augen von Reckwitz dagegen Anzeichen für einen erneuten „Paradigmenwechsel[s]" in Richtung eines „einbettenden Liberalismus", d.h. einer Reinstallation von „Regelsystemen", welche nicht allein Märkte, sondern auch weitgehend von Normen gegenseitiger Verpflichtungen entbundene subjektive Rechts regulieren (ebd. S. 274ff.). Dabei werden u.a. – und wir greifen nur diesen Care-politisch nicht unwesentlichen Aspekt exemplarisch heraus – die in spätmodernen Gesellschaften als Resultat zu Recht erwünschter Bildungsexpansion entstandenen Statushierachien „zwischen Wissensökonomie und Hochqualifizierten auf der einen, einfachen Dienstleistungen und sogenannten Niedrigqualifizierten [als neue *service class*] auf der anderen Seite" (ebd., S. 293; Zusatz durch Autoren) und damit überhaupt die inzwischen in fortgeschrittenen Gesellschaften zum Zerreißen bedrohten Systeme der „Meritokratie" (Sandel 2020) einer Neuordnung bedürfen – wie ebenso infrastrukturelle Aufgaben einer funktionierenden Grundversorgung sowie einer kulturellen Integration und einer Neuordnung des Sozialen als eines „Raums der *Reziprozität*" (Reckwitz 2019, S. 301).

Auch könnte inzwischen der Zuspitzungscharakter einer Krise, je länger, je mehr, auf die gegenwärtige Corona-Pandemie als gesellschaftliche Krise zutreffen, die „mit aller Gewalt praktische und theoretische Fragen auf die Agenda gebracht [hat]" (Steg 2020, 434), welche nicht allein das Selbstverständnis einer klassischen Krisenwissenschaft wie das der Soziologie berühren, sondern ebenso das der Gesundheitswissenschaften und auch der Pflegewissenschaft, die ihrerseits von ihrem sachlichen Gehalt her als Krisenwissenschaften bezeichnet werden können.[7] Es ist wissenschaftstheoretisch und -historisch interessant, dass die jeweiligen Leitwissenschaften bisher nicht immer in der Lage waren, die Krisen zu prognostizieren oder auch *post festum* plausi-

6 Vgl. E. Husserl 1938/1962. Was hier ausgespart wurde, aber nicht unerwähnt bleiben sollte, ist die Übernahme des Krisenbegriffs bspw. in der Entwicklungspsychologie (Erikson 1994) als ein im Lebenszyklus des Individuums notwendig angelegter Wendepunkt (Identitätskrise), der durch besondere Konflikte gekennzeichnet ist, die je nach Verarbeitungsweisen Entwicklungs- und Reifungspotenziale enthalten.

7 Ein Grund, warum die Gesundheitswissenschaften, insbesondere die Pflegewissenschaft als eine Krisenwissenschaft bezeichnet werden können, beruht auf ihrem engen Zusammenhang mit z.B. durch Krankheit, biologische und altersbedingte Abbauprozesse ausgelösten lebensgeschichtlichen (normative, nichtnormative) Krisenereignissen. Siehe dazu u.a.: Filipp (1990).

bel zu erklären; so etwa bei der Finanzkrise und den wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen. In anderen Krisen wie etwa der Klimakrise fehlt es nicht an krisendiagnostischem Potenzial, das aber politisch zu wenig Resonanz erfährt. Für den Gesundheitsbereich wäre genauer zu analysieren, welches diagnostisches und prognostisches Vermögen bisher in den Disziplinen ausgebildet wurde und wie es im Sinne der Krisenbearbeitung genutzt werden kann. Die produktive Seite von Krisen besteht demnach darin, „fachinterne und fächerübergreifende Differenzen" wissenschaftsintern, aber auch wissenschaftspolitisch zuzuspitzen und ihre „geschichtliche Bedingtheit und Wertbezogenheit deutlich radikaler" zu denken (Müller & Schmieder 2017, S. 617 und 626).

3. Covid-19-Pandemie als Auslöser berufspolitischer Anfragen – Rückblick und gegenwärtige Lage

„Die Ursprünge der Covid-19-Pandemie gehen mit größter Wahrscheinlichkeit auf ein Ende 2019 in der chinesischen Stadt Wuhan ausgelöstes Infektionsgeschehen zurück. Das zunächst unbekannte Covid-19-Virus breitete sich rasant aus und wurde zum ersten Male Ende Januar 2020 in Deutschland (Bayern) diagnostiziert. In Deutschland stiegen die Infektionszahlen wie überall exponentiell. Die WHO sprach am 11. März zum ersten Mal von einer Pandemie. Die deutsche Bundesregierung reagierte sehr bald auf dem Verordnungswege (22. März 2020) mit Maßnahmen, mit denen das öffentliche und private Leben drastisch in einer über Jahrzehnte unbekannten Weise eingeschränkt wurde. Teile des Wirtschaftslebens und das gesamte kulturelle Leben kamen zum Erliegen. Teilweise wurden Ausgangssperren verhängt. Durch diese einschneidenden Maßnahmen gelang es zunächst, die Ausbreitung der Seuche zu stoppen und mehr und mehr einzugrenzen – allerdings vergeblich, weil von Anfang an, wie der Bericht eines unabhängigen Expertengremiums zeigt, ein Frühwarnsystem und Krisenmanagement nicht nur der WHO, sondern fast aller Staaten versagte.[8]

Die medizinische und pflegerische Versorgung stieß zunächst an ihre Grenzen, wobei teilweise in anderen europäischen Ländern bzw. Regionen eine hinreichende intensivmedizinische/-pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleistet werden konnte und es zu Triage-Situationen kam. Darauf reagierten medizinische Fachgesellschaften mit entsprechenden Leitlinien, die kontrovers diskutiert wurden.[9] Auch der Deutsche Ethikrat hatte sich mit einer Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise" v. 27.03.2020 in die Diskussion eingeschaltet.[10] Eine besonders beklagenswerte Entwicklung des Infektionsgeschehens war in politisch und fachlich vollkommen unvorbereiteten Pflegeheimen zu verzeichnen mit einer steil ansteigenden Mortalität dort lebender älterer infizierter Menschen.11 Ebenso bedenklich war die Situation in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Allein am Beispiel der Pflegeheime zeigte sich die Abhängigkeit sämtlicher Versorgungseinrichtungen von komplizierten Lieferketten auf globalen Märkten bei der Beschaffung notwendiger Schutzausrüstungen. Hinzu kam, dass in der gesundheitspolitischen Administration des Bundes und der Länder auf die vom Robert Koch Institut vor Jahren vorgelegten Pandemiepläne nicht angemessen bspw. durch ausreichende Bevorratung reagiert worden war. Es ist daher auch ein Ausdruck von Ohnmacht neben einem Mangel an rascher innerbetrieblicher Risikokommunikation, dass es zu einer von den meisten Trägerorganisationen und Arbeitgeberverbänden mitgetragenen Abriegelung der Heime kam.[12] Dortige Erfahrungen haben das Pflegepersonal teilweise folgenschwer traumatisiert.

Von Sommer bis zum frühen Herbst 2020 entspannte sich die pandemische Lage mit erhebli-

---

8 Vgl. den Kurzkommentar von H.E. Ellen Johnson Sirleaf und Helen Clark (2021). Dazu ebenso die Langfassung des Berichts: The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021).

9 DIVI-Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen. Version v. 17.04.2020. Diese Empfehlungen wurden auch vom Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin mehrheitlich unterstützt.

10 Abrufbar unter: https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=135&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=a37377aedcc6b8b131fce9a9146f9095.

11 Siehe dazu das epidemiologische Bulletin des RKI (2021): Covid-19-Ausbrüche in deutschen Alten- und Pflegeheimen. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/18/Art_01.html (19.04.2021). Dazu ebenso Wolf-Ostermann et al. (2020).

12 Presse-Information v. 29.04.2020: UVN-Dialogkreis Pflege: Besuche in Pflegeinrichtungen bleiben untersagt, da sind sich die Niedersächsischen Pflegeverbände einig!

chen Lockerungen bisher verordneter Einschränkungen. Auf Warnungen einer erfahrungsgemäß zu erwartenden zweiten Infektionswelle reagierte die Politik eher zögerlich und hinhaltend. Auch hatte sich in Teilen der Bevölkerung Unmut über Beschränkungen des Alltagslebens verbreitet, der sich in Protestdemonstrationen äußerte. Bestimmte, vor allem konsumorientierte Bereiche des Wirtschaftslebens waren und sind teilweise bis heute durch Schließungen zum Erliegen gekommen. Finanzielle Überbrückungshilfen des Staates greifen nur sehr verzögert. Es wird mit einer Welle an Insolvenzen gerechnet.

Seit Oktober 2020 zeichnet sich die pandemische Lage in Deutschland durch ein Anschwellen der Neuinfektionen aus mit leichten Verlangsamungseffekten des Infektionsgeschehens zu Beginn des Jahres 2021. Seit Mitte Februar 2021 ist eine neuerliche Ausbreitung von infektiöseren Virusmutationen zu verzeichnen. Die befürchtete, nicht mehr kontrollierbare klinische Versorgungssituation von Covid-19-Patientinnen und Patienten konnte zwar bisher verhindert werden. Dennoch ist die Situation vor allem in der intensivmedizinischen Versorgung in zunehmendem Maße angespannt, weshalb das Pflegefachpersonal sich zu assoziativen Vergleichen mit kriegerischen Notfallsituationen veranlasst gesehen hat.

In einer Befragung im Auftrag des Norddeutschen Rundfunks im Dezember 2020 berichten langjährige Intensivpflegefachpersonen von massiven Überforderungen und einem sich dramatisch zuspitzenden Personalmangel in allen Bereichen der Versorgung schwer kranker Covid-19-Patienten und -Patientinnen.[13] Der Leidensdruck auf Station sei sehr hoch, weil man die aufwändige Pflege bei zu wenig Personal und schwersterkrankten Patienten und Patientinnen nicht schaffe. Schon bei der personellen Besetzung einer Covid-19-Station habe es große Probleme gegeben. Auch fehle es zunehmend an Personal, weil viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegeberuf in andere Bereiche abwandern.[14] Die emotionale Belastung hängt vor allem mit dem Krankheitsgeschehen zusammen. „Ich habe noch nie so kranke Patienten erlebt. Corona ist hinterhältig. Kaum denkst Du, der Patient ist stabil, geht es wieder bergab. Die Todesangst und die Einsamkeit dieser Menschen sind kaum auszuhalten", berichtet eine Pflegefachperson. Und eine andere: „Das ist wie im Krieg. Wir werden total verheizt und fühlen uns wie Kanonenfutter. Wir haben viel unerfahrenes Personal und müssen mit veralteten Beatmungsgeräten hantieren, die extrem wartungsintensiv sind." Nach Einschätzung der befragten Pflegefachpersonen stehe das System kurz vor dem Kollaps.

Diese bildliche, starke Emotionen hervorrufende Verknüpfung ist in zweierlei Hinsicht bemerkenswert: einerseits werden mit häufig chaotischen Situationen von Feldlazaretten verbundene Vorstellungen wachgerufen, andererseits – und das wahrscheinlich weniger beabsichtigt – Verknüpfungen mit dem militärischen Traditionsstrang der Pflege vorgenommen. Wir kommen darauf später ausführlicher zurück (siehe Abschnitt 4). Eine weitere dramatische Zuspitzung in der zweiten pandemischen Welle seit Oktober 2020 vollzog sich in Institutionen der pflegerischen Langzeitversorgung. Hier kam es, ohne dass politisch zureichend Konsequenzen aus Defizienzerfahrungen der ersten pandemischen Welle gezogen wurden, zu erneuten Infektionsausbrüchen mit signifikant hoher Sterblichkeit. Inzwischen gibt es gewisse Hinweise darauf, dass die mit höchster Priorität in Pflegeheimen seit Ende Dezember 2020 begonnenen Schutzimpfungen zu einer Verringerung der Sterblichkeit in diesem Alterssegment der Bevölkerung führten. In einer vorläufigen Rückschau lässt sich jedoch sagen, dass bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt alle gesundheitspolitischen Maßnahmen eine lediglich „reaktive Gefahrenabwehr" darstellen, weshalb Fangerau und Labisch (2020, 181) zu dem Ergebnis kommen, dass wir uns in historischer Betrachtung bei den Methoden der Seuchenabwehr „auf dem Niveau der Handelsstädte und der Territorialstaaten der frühen Neuzeit" befinden. Das dürfte wesentlich auch durch bürokratische Hemmnisse hervorgerufen sein. In diesem Zielkonflikt zwischen allgemeinem und für alle nachvollziehbarem Regulierungsbedarf und der subsidiären freien und verantwortlichen Kreativität in konkreten Situationen wäre in Zukunft besser auszumitteln.

Gegenwärtig scheinen politische Strategien zur Eindämmung eines zuletzt zunehmenden und

13 „Wir werden total verheizt" - Intensivpflegekräfte am Limit. NDR-Produktion v. 15.12.2020.

14 Vgl. dazu: https://www.bibliomed-pflege.de/news/9000-pflegende-2020-aus-beruf-ausgeschieden?fbclid=IwAR3L2k6_LrYb6Luxv-Go_TphEN16KqvhKXLJ2eplsxNgNjDdyMA0s2f_LC1s

durch weitere Virusmutationen charakterisierten Infektionsgeschehens zwischen zwei widersprüchlichen Optionen zu changieren bzw. zerrieben zu werden. Von epidemiologischer bzw. infektiologischer Seite aus wird mehrheitlich ein Festhalten an restriktiven Maßnahmen empfohlen. Demgegenüber wächst der Druck (nicht allein) von Wirtschaftsverbänden, Freiheitseinschränkungen sukzessive zurückzunehmen, forciert wiederum durch abnehmende Bereitschaft in der Bevölkerung, pandemiebedingte Einschränkungen des täglichen Lebens mitzutragen. Es zeichnet sich also das Gesamtszenario einer politischen Krise ab, in der mindestens zwei unterschiedliche, schwer mit einander zu versöhnende „Wertsphären" aufeinander treffen: Auf der einen Seite handelt es sich um die Wertsphäre eines wissenschaftlichen Rationalismus (Weber 1919, S. 611), der sich in der politischen Administration lediglich als Sachzwang der Durchsetzung des jüngsten infektiologischen und epidemiologischen Erkenntnisstandes manifestiert und dessen höchster Wert der Lebensschutz ist. In beiden Fällen besteht jedoch keine Einigkeit: Virologinnen und Epidemiologen kommen – was durchaus der wissenschaftlichen Rationalität entspricht – nicht zu einhelligen Urteilen bei der Interpretation der Daten. Auch könnte der Einwand erhoben werden, dass es sich bei ihnen lediglich um einen Ausschnitt wissenschaftlicher Expertise handelt, ohne dass weitere gesundheits- sowie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Politikberatung einbezogen würden.[15] Vor allem aber – und darauf haben Virologen und Epidemiologen oft genug und deutlich hingewiesen – ist die Interpretation und Umsetzung von wissenschaftlichen Daten in politisches Handeln jenseits ihrer Expertise und ihres Anspruchs angesiedelt. Des Weiteren bestehen moralische Differenzen in der Wertung des Lebensschutzes. Sollte es überhaupt so etwas wie ein alle anderen überragendes Gut geben, so wäre das wohl am ehesten die unantastbare Menschenwürde, den die Verfassung als unverhandelbar ausweist. In den Augen Bodmers (2021) bekundet sich hingegen in der bloßen Exekution von Sachverständigen-Empfehlungen ein Trend zur „Epistemisierung des Politischen".

Demgegenüber wird auf der anderen Seite eine im deliberativen Prinzip demokratischer Herrschaftsinstitutionen (vorrangig Parlament) verankerte Wertsphäre des Politischen geltend gemacht, deren oberstes Ziel in der Schlichtung gesellschaftlicher Interessenskonflikten besteht und die von daher, im Vergleich mit künstlicher wissenschaftlicher Erfahrungsproduktion, viel stärker mit dem praktischen Erfahrungshorizont gesellschaftlicher Akteure verflochten ist. Deshalb gilt für Bodmer (2021, 109): „Politische rationale Entscheidungen lassen sich nicht durch ausschließlichen Rekurs auf wissenschaftliches Wissen garantieren." Damit wird allerdings nicht „die immense Bedeutung von Expertise als Grundbedingung aller Politik" bestritten (Bodmer 2021, 48).[16]

Ob und wie die Krise anhält, ist gegenwärtig umstritten. Sommerwetter, eine steigende Impfquote sowie sinkende Inzidenzen bis Anfang Juli haben für eine gewisse Entspannung in der allgemeinen Wahrnehmung gesorgt. Zugleich ist die Delta-Variante auf dem Vormarsch und dürfte die Inzidenzen auch in Deutschland zum Herbst hin wieder deutlich steigen lassen, wie es auch in anderen europäischen Ländern der Fall ist. Was das aber tatsächlich für den Einzelnen und die Gesellschaft in der Lebensführung bedeuten wird, ist derzeit noch unklar.

Zwischenbilanz

Rückblickend zeichnet sich die Politik nicht nur durch etliche Fehleinschätzungen, sondern auch durch Zögerlichkeiten und Widerständigkeiten gegenüber wissenschaftlicher Expertise aus. Erklären ließen sie sich mit einer „Angst um die Erschütterung der Legitimität" bislang als selbstverständlich erachteter und geschätzter Lebensgüter (M. Weber), verstärkt durch den Einfluss lobbyistischer Kräfte. Hinzu kommen neue Elemente einer politischen Kultur wie bspw. Phänomene einer „mediatisierten Politik", die vordergründig auf kurzfristige Imagepflege ausgerichtet ist und sich auf bloßes Coping verlegt hat, dabei

15 Siehe etwa: Hämel, K. et al. (2020): Ermöglichung sozialer Kontakte von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen während der Covid-19-Pandemie. Kompetenznetz Public Health Covid-19, Bremen; Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2020). S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Langfassung - AWMF Registernummer 184 - 001, Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html

16 Den sog. WissenschaftlerInnen und Wissenschaftlern ist die Differenz zwischen Wissenschaft und Politik durchaus bewusst. Es scheint aber so zu sein, dass viele Politikerinnen und Politiker ihr Heil im Rekurs auf wissenschaftliche Zahlen ohne irgendeine dazwischen geschaltete politische Hermeneutik suchen.

aber programmatischen Weitblick vermissen lässt (Bröckling 2020; Schimank 2011). Allerdings dürfen bei einer Pandemie, die eine kaum berechenbare „Naturkatastrophe auf Zeit" (Drosten) darstellt, keine kurzfristig auf solider Basis stehenden Lösungskonzepte erwartet werden. Die gesellschaftliche Lage ist zudem erwartungsgemäß durch sich verstärkende materielle und kulturelle Interessenskonflikte charakterisiert (Bildungsbelange von Kindern und Jugendlichen, sozialer Regressus auf längst für überwunden geglaubte Geschlechterverhältnisse, Niedergang bestimmter Bereiche des wirtschaftlichen und kulturellen Lebens usw.). Fortgesetzte Freiheitseinschränkungen v.a. mit dem priorisierten Ziel des Gesundheitsschutzes vulnerabler, insbes. älterer Bevölkerungsgruppen belasten schon jetzt das Generationenverhältnis – eine Belastung, die sich in Kontroversen um den vorbehaltlosen Rückgewinn von Freiheitsrechten zunehmend durch Impfung von Kindern und Jugendlichen zum Schutz der Erwachsenen erneut zuzuspitzen scheint. Damit stellt sich die Frage, mit welchen Beständen eines breiten gesellschaftlichen (soziokulturellen und damit auch sozialmoralischen) Konsensus Politiken bei der Steuerung und Lösung zunehmender Konflikte rechnen können. Denn die Gefahr besteht, dass die Pandemie, deren Ende nicht absehbar ist, zu einem weiteren gesellschaftlichen Partikularismus mit Auflösungserscheinungen führen wird. Im Vergleich mit fernöstlichen Gesellschaften, in denen es einen viel stärker ausgeprägten Gemeinsinn (sensus communis) als mental zusammenschweißende politische Kultur gibt, haben es westliche Demokratien mit institutionalisierten Formen deliberativer Konfliktbearbeitung und Entscheidungen wesentlich schwerer, Zustimmung zu kollektiv einschneidenden Maßnahmen zu erhalten.

4. Care Work – Strukturelle Ausgangslage

Im vorausgegangenen Abschnitt 1 haben wir uns mit dem Begriff und mit gesellschaftlichen Phänomenen einer Krise befasst; in Abschnitt 2 wiederum mit einem zeitgeschichtlich aktuellen Auslöser einer gesellschaftlichen Krise, der gegenwärtigen Covid-19-Pandemie. Im Zentrum des folgenden Abschnitts stehen typische Eigenschaften und Strukturelemente einer in unseren Augen für die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Lebenszusammenhänge essenziellen, breit gefächerten Berufsgruppe derer, die Care-Work leisten, die ihrerseits aber auch in eine endemische Krise verwickelt ist, die sich gesellschaftlich ungelösten Konflikten verdankt.

Eines der wesentlichen Charakteristika moderner Gesellschaften ist das der „Arbeitsgesellschaft", die indessen seit den 1970er Jahren selbst Merkmale einer Krise aufweist.[17] Arbeit findet in verschiedenen Bereichen statt, die durch bestimmte Formen gekennzeichnet sind, die sich wiederum auf verschiedene Berufe mit spezifischen Leistungen bspw. der der technisch-industriellen oder agrarischen Produktion sowie der Distribution produzierter Güter/Waren verteilen. Ein Sonderbereich sind verwaltende bzw. steuernde Tätigkeiten in der Privatwirtschaft und in staatlichen Behörden. Davon abzugrenzen sind berufliche Leistungen, die der Reproduktion des gesamten gesellschaftlichen Lebens dienen. In einer etwas vereinfachenden Weise lassen sie sich als Care-Work bezeichnen, die in verschiedenen Segmenten oder Teilbereichen geleistet wird und die sich wiederum differenzieren lässt am Leitfaden der Normalbiografie eines Menschen als Empfänger solcher Leistungen: (1) Kinderaufzucht und -erziehung in privater Regie (Bildung einer mit ersten Kompetenzen ausgestatteten Person). Es handelt sich um Leistungen der primären Sozialisation mit widersprüchlicher normativer Ausrichtung: personales Wachstum und Selbststeuerung, Arbeitsfähigkeit gem. heteronomer gesellschaftlicher Anforderungen. (2) Schulische, sekundäre Sozialisation und Bildung in direkter stattlicher Regie (widersprüchliche Anforderungen der Enkulturation und Bildung). (3) Reproduktion der Arbeitskraft im privaten Haushalt als innerfamiliale, neuerdings auch beruflich-arbeitsteilig organisierte Fürsorge. Im Fall „nicht-normativer" biografischer Krisen (Erkrankungen oder Beeinträchtigungen) erfolgt die Reproduktion von Arbeitskraft als Gesundheitsfürsorge, meist durch institutionelle Delegation an ein professionalisiertes Gesundheitssystem (ärztliche, pflegerische usw. Fürsorge). In Bezug auf altersassoziierte Einschränkungen erfolgt Care-Work vorrangig orientiert am Ziel nicht mehr der Reproduktion von Arbeitskraft, sondern am Ziel der Aufrechterhaltung von (nicht mehr produktivistisch dominierten) Lebensfunktionen und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Kritisch

17 Das Thema des Deutschen Soziologentages 1982 lautete bspw.: „Krise der Arbeitsgesellschaft?".

ist in diesem Zusammenhang jedoch zu fragen, worin diese Teilhabe heute konkret bestehen kann. Ist unsere Gesellschaft ausreichend in der Lage und willens, Menschen jenseits der erwerbstätigen Arbeit noch andere Perspektiven und Partizipationsmöglichkeiten zu eröffnen als die des Konsums? Hat unsere Gesellschaft bisher ein überzeugendes Bild von einer inklusiven Gesellschaft und ihren Partizipationsmöglichkeiten vorlegen können?

Als reproduktive Arbeit findet Care-Work[18] in einem wohlfahrtsstaatlich garantierten System von Versorgungsleistungen mit normativen Orientierungen wie: Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Teilhabe (soziale Solidaritätsversprechen) statt. Westliche Wohlfahrtsstaaten befinden sich indessen seit Jahrzehnten in einer Krise, die sich mehr und mehr als eine der sozialen Bürgerrechte erweist. Sie zeigt sich in einer Rücknahme der in emanzipatorischen Prozessen einer „Bürgergesellschaft" historisch erreichten Dämpfung überkommener Klassenkonflikte und erzeugt damit Risiken gesellschaftlicher Anomien, insofern bislang als gültig erachtete soziale Normen in einer wirtschaftlichen und politischen Krise ausgehöhlt werden. (Dahrendorf 1992, S, 67 und 255ff)

4.1 Wohlfahrtsstaatliche Institutionalisierung von Care

Systematisch lassen sich in Anlehnung an Esping-Andersen (1990) und Brückner (2004) drei Arten von *Wohlfahrtsregimen* unterscheiden: *Dienstleistungsmodell*: es werden persönliche soziale Dienstleistungen mit staatlicher Alimentierung und relativ stark ausgeprägter Bürokratisierung erbracht; *Dienstbotenmodell*: Dienstleistungen werden bei geringer Entwicklung sozialstaatlicher Einrichtungen marktförmig im Niedriglohnsektor (typisch: weibliche Erwerbsarbeit) erbracht. *Familienmixmodell*: soziale Dienstleistungen sind eher gering ausgebaut; der Anteil „familialisierter", über Transferleistungen unterstützter Care-Work ist hoch; Voraussetzung: niedriger Beschäftigungsgrad von Frauen; mittleres Maß an Niedriglohnarbeit im Sorgebereich. Seit Mitte der 1990er Jahre sind massive Reprivatisierungstendenzen und ein zunehmender Zwang zur Erwerbstätigkeit fürsorgender Frauen zu verzeichnen. Im Bereich von Care-Work lassen sich zunehmende Tendenzen einer Taylorisierung und Hierarchisierung vor allem der Pflege beobachten.[19]

4.2 Inhaltliche und formale Spezifika von Care-Work

Zum Typus professioneller Dienstleistungsarbeit gehört ihr zweckrationaler Charakter. Dies trifft auf personenbezogene Dienstleistungen nur eingeschränkt zu. Diese sind stets in die Lebenswelt Betroffener eingebettet, also auch auf die darin verankerten Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen ebenso wie situativ gebundene emotionale Lagen bezogen. Care-Work zeichnet sich daher durch in Haltungen und Einstellungen verankerte Rücksichtnahmen auf jeweils subjektive Befindlichkeiten aus (May 2014, 20). Es handelt sich um einen Arbeitstypus mit einer eigenen situativen Handlungslogik, welche durch Nichtplanbarkeit, Unvorhersehbarkeit, uno-actu-Produktion und auch durch gelegentlich überbordende menschliche Bedürftigkeit charakterisiert ist (Evans 2016, 21; Böhle & Weishaupt 2003). Dazu gehört insbesondere Offenheit gegenüber Entwicklungsmöglichkeiten menschlicher Vermögen i.S. der Selbstaktualisierung und der autonomen Lebensführung. Die Unterstützung und Förderung menschlichen Vermögens geht über die Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen hinaus. Dieser mit bestimmten persönlichen Dispositionen (z.B. Kreativität, Umsicht, Mitfühlen, Anteilnahme, Engagement, Zuspruch, Trost, Beistand) assoziierte Arbeits- und Prozesstypus ist mit der Welt herrschender professioneller Normierungen und Standardisierungen nur bedingt vereinbar. Vor allem eine Betonung der Zweck-Mittel-Rationalität von Dienstleistun-

18 Winker (2015) bedient sich zweier Begriffe für sorgende Arbeit: Was heute Care-Work heißt, wurde früher Reproduktionsarbeit genannt. Unter Reproduktionsarbeit versteht Winker die nicht-entlohnte Sorgearbeit i.Gs. zur Lohnarbeit. Es gibt aber auch entlohnte Sorgearbeit. Der Begriff Care zielt auf Arbeitsinhalte mit einer starken Bedürfnisorientierung (Winker 2015, 17). Eine v.a. terminologisch weitverzweigte Diskussion um Care-Work und Reproduktionsarbeit kann hier nicht geführt werden. Allerdings sollte noch auf eine wichtige Arbeit in diesem Zusammenhang verwiesen werden, welche vor allem das natürliche Substrat von Care-Arbeit, den „sozialökologischen Doppelcharakter, der noch im Begriff der ‚Reproduktion' enthalten war, und damit den Bezug zu den ‚reproduktiven' Leistungen der Natur" im Blick hatte, aufmerksam gemacht werden. Vgl. Biesecker & Hofmeister 2013). Es ist darüber hinaus das Verdienst von Winker (2021), ein erweitertes Konzept von Care-Work im Sinne eines pfleglichen Umgangs mit den natürlichen Grundlagen menschlichen Lebens und Überlebens mit aufgenommen zu haben.

19 Zur Taylorisierung moderner Dienstleistungsarbeit allgemein u.a.: Matuschek, Kleemann & Voß 2008.

gen (z.B. als zeitökonomische, organisatorische Straffung) könnte auf eine Desensibilisierung gegenüber typischen Phänomenen von Sorge-Arbeit hinauslaufen (Brückner 2004; ebenso 2018).

Aus diesem Grunde erweisen sich auch Überlegungen von Ostner (2011) hinsichtlich leiblicher und damit auch kulturspezifischer Aspekte von Sorge-Tätigkeiten mit ihrer strukturellen Hausarbeitsnähe als weiterhin bedeutsam.[20] Dazu gehören komplementäre mikroanalytische Studien zu Care-Work und den mit dieser Arbeit verknüpften Gefühlsregulationen in verschiedenen Dimensionen personaler Gestaltungsanforderungen und (asymmetrischer) Gestaltungsweisen („Sorgegeschehen") (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019). Zu beklagen sind dagegen stark in den Vordergrund gerückte makrostrukturelle Sichtweisen (z.B. die Konzentration auf betriebswirtschaftlich rationelle Arbeitsorganisation, bloße Statusfragen, formale Regulative und Rahmenbedingungen), die das lebendige Zentrum von Sorge-Arbeit systematisch verfehlen. Ähnlich argumentiert auch Tronto (2011), wenn sie für ein kritisches Verhältnis gegenüber „reproduktiver Zweckrationalität" plädiert, das heißt für ein erweitertes Verständnis von Professionalität zugunsten einer intrinsischen Wert-Rationalität sorgenden Verhaltens in Care-Beziehungen (Tronto 2011, 842).

4.3 Einige Elemente einer politischen Ökonomie von Care-Work

Gegen eine Sonderstellung von Care-Work im Ensemble von Dienstleistungsberufen werden allerdings auch Bedenken erhoben, weil es sich dabei um die Verkennung einer „Realregimeordnung" (Plonz 2018) handeln könnte, der das Bestreben immanent ist, Reproduktionskosten der Arbeitskraft in Dienstleistungsberufen zu verbilligen. Nun besteht eine zentrale Schwierigkeit darin, Leistungen der Sorge, die in einem Verhältnis persönlicher Beziehungen erbracht werden, ökonomisch zu bewerten. Beruflich-therapeutische Sorgebeziehungen entziehen sich produktivistischen Maßstäben der Herstellung von Gütern, die auf dem Markt einen (frei flottierenden) Tauschwert besitzen. Die Begrifflichkeiten ökonomischer Produktionsverhältnisse materieller Güter versagen in diesem Bereich.

Fasst man zunächst einmal Care-Work – und das wäre auch etwas reduktionistisch – als emotionale Beziehungsarbeit, so ließe sich ihr „Gegenstand" als menschliche Subjektivität charakterisieren, das heißt als ein auf Selbstregulation beruhendes Vermögen des Menschen, zu dessen Eigenschaften ein Streben nach allseitiger Entwicklung und Verwirklichung solchen Vermögens auf dem Wege einer durch Kooperation zu realisierenden Aneignung von Welt gehört (May 2014,19; Tronto 2011, 842). Zur Förderung oder Wiederherstellung menschlicher Vermögen müssen Care-Giver, wie bereits gesagt, über Sensibilität, Empathie, mimetisches Vermögen, Spontaneität und Kreativität verfügen. Für eine zureichende Bestimmung von Care-Work sollte daher bedacht werden, Menschen als Beziehungswesen zu denken. Entsprechenden anthropologischen Einsichten zufolge sind Aspekte emotionaler Selbstregulation und Selbstbestimmung des Einzelnen in einem Beziehungsgeschehen und damit als Aufgaben der Beziehungsgestaltung und als Ermöglichung von Teilhabe, etwa gemäß der Behindertenrechtscharta[21], zu betrachten. Mit ebenso wichtigen ethischen Ansprüchen individueller Selbstbestimmung entsteht dabei ein produktives Spannungsfeld.

Zieht man des Weiteren Kategorien der klassischen politischen Ökonomie heran, so handelt es sich bei Care-Work als reproduktive Arbeit um Leistungen, die nicht auf die Produktion einer Ware mit einem marktvermittelten Tauschwert ausgerichtet sind, sondern es handelt sich um gebrauchswert-orientierte Tätigkeiten, die in bestimmte gesellschaftliche Kontexte (Arbeits- und Herrschaftssysteme) eingelassen sind. Von daher ergeben sich Schwierigkeiten der (nicht-ideellen) Bewertung solcher Leistungen. Eine solche Bewertung ist offensichtlich abhängig davon, welchen gesellschaftlichen Stellenwert (Rang) und welche davon abhängige Bewertung jene menschlichen Vermögen beanspruchen können, auf deren Erhaltung, Förderung oder Wiederher-

20 Das Phänomen einer mit dem Prozesstypus von Hausarbeit (die inzwischen keineswegs mehr ausschließlich Frauen/Müttern zugeordnet wird) strukturell verklammerten Sorge-Tätigkeit stellt eine besondere Herausforderung für Professionalisierungsanstrengungen, insbesondere auf dem Wege einer Akademisierung des Pflegeberufs, dar.

21 Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (16.05.2021).

stellung nicht-kommodifizierte (d.h. von kapitalistischen Marktgesetzlichkeiten entkoppelten) Care-Arbeit zielt. Im Falle des in Krankenhäusern (in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft; andere, private Trägerschaften, mit denen bewusst marktvermittelte Preisbildungen ins Spiel kommen, hier einmal ausgeklammert) erbrachten Care-Work sind es tarifliche Gehaltsvereinbarungen, die etwas über die jeweilige Bewertung reproduktiver Leistungen aussagen.[22] Schwieriger ist das Bewertungssystem in den gem. SGB XI institutionalisierten Bereichen der Altenhilfe. Hier kommen Vergütungssysteme ins Spiel, die auf Aushandlungen zwischen verschiedenen Vertragspartnern (Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Sozialversicherungsträger usw.) beruhen. Entscheidende Einflussgrößen sind dabei staatlich gedeckelte Beitragssätze der Versicherten und die jeweils mit Bundesländern ausgehandelten Pflegesätze, aus denen sich das für Pflegeleistungen zur Verfügung stehende Gesamtbudget speist.

Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurde bewusst der Weg einer Vermarktlichung von Pflegeleistungen in einem staatlich gesetzten Finanzierungsrahmen beschritten. Damit wurden allerdings auch die Tore geöffnet für Strategien, im Konkurrenzkampf diverser Betriebe von Pflegeleistungen durch möglichst niedrige Löhne möglichst hohe, nicht reinvestierte Erträge zu erzielen.[23] Die Pflegeversicherung hat einen „strukturellen Kosten- und Ausbeutungsdruck" erzeugt, „der kaskadenförmig an die Anbieter und Pflegehaushalte weitergegeben wird. Diesem Kostendruck begegnen die meisten Anbieter wiederum mit Lohndumpingstrategien. Ausbeutung auf dem Pflegemarkt tritt daher nicht primär in Gestalt von Profiterwirtschaftung, sondern als Kosteneinsparung auf. Kein wertförmiger Überschuss, sondern umgekehrt eine spezifische, pflegepolitisch forcierte ‚Wertminderung' stellt hier den treibenden Grund für die strategische Reduzierung anfallender Personalkosten dar. Steigende Personalkosten können dann entweder über die unbezahlte Mehrarbeit einer überlasteten Belegschaft, mithilfe der Rationalisierung von Arbeitsabläufen oder den Einsatz Geringqualifizierter und selbst Laienarbeitskräften niedrig gehalten werden." (Haubner 2017, 544f.) Das Skandalöse dieser pflegepolitischen Weichenstellung besteht darin, dass staatlicherseits an dieser Option struktureller Kosteneinsparung als Weg der Bewältigung zukünftig steigender Pflegebedarf festgehalten wird (ebd. S. 545).[24] Es wird sich zeigen, inwieweit die durch die gegenwärtige Covid-19-Pandemie ausgelöste gesellschaftliche Krise, in der die Belastungsgrenzen des gesamten Versorgungssystems insbesondere als solche seiner professionellen Akteure unabweisbar wurden, zu einem Wandel sozialstaatlicher Paradigmen der Lösung sozialwirtschaftlicher Konflikte durch (geduldete) Ausweitung von Niedriglohnarbeit im Care-Sektor führen.

5. Mentalitätsgeschichtliche Strukturelemente der beruflichen Pflege

5.1 Ambivalenzen zwischen Dienstbarkeit und Ethos der Fürsorge

Die Geschichte der Pflege als eine nicht nur für die natürliche, sondern auch für die kulturelle Reproduktion menschlichen Lebens unverzichtbare Tätigkeit ist durch bemerkenswert ambivalente Strukturen gekennzeichnet. Bis ins Mittelalter zurückreichend, genossen die von der Medizin unterschiedenen, u.a. durch heilkundige „weise Frauen" repräsentierten pflegerischen Leistun-

22 Hinzu kommt aber auch ein weiteres, ebenso wichtiges Bewertungskriterium: die Kosten, die für die (materielle und kulturelle) Reproduktion individuellen Care-Arbeitsvermögens aufzubringen sind.

23 Dieser Aspekt wird leider völlig verkannt bspw. von Nullmeier (2004, 499): „Eine Vermarktlichungsstrategie ist nur dann sozialstaatsfördernd, wenn sie mit einer die Wohlfahrtsmärkte gestaltenden Regulationspolitik [..], einer erneuerten Anrechte- und einer verbreiterten Finanzierungspolitik einhergeht. [..] Zentral für eine derartige sozialstaatliche Strategie ist die politische Sicherung von sozialen Rechten als Anrechte auf ein angemessenes Niveau sozialer Leistungen, die unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit gewährleistet sind. In der Zusicherung dieser Rechte erweist sich der Sozialstaat als sozialer Gewährleistungsstaat, währen die Aufgabe der Bereitstellung sozialer Sicherung bzw. der Einlösung dieser Rechte (z.B. über Gutscheine) keiner staatlichen oder öffentlich-rechtlichen Organisationen bedarf." Verkannt wird, dass die Organisation der Gewährleistung sozialer Anrechte sich bestimmter Arbeitsformen bedienen kann, die wiederum, um damit verbundenen Pauperisierungseffekten zu entgehen, zu einer kompensatorischen Inanspruchnahme sozialer Anrechte führen kann. Ein Leben von Carern am Existenzminimum wird staatlicherseits um der Aufrechterhaltung des Versorgungssystems willen bewusst in Kauf genommen.

24 Die Politiken des modernen Sozialstaats bilden dabei bloß einen manifesten Trend postindustrieller Ökonomien ab, deren zweite Säule die der einfachen Dienstleistungsarbeit ist (Reckwitz 2017, 158). Die Anzahl an Arbeitnehmerinnen, die vorwiegend als Geringqualifizierte gelten und in einfachen Dienstleistungen (Niedriglohnsektor) tätig sind, wächst kontinuierlich. Dagegen schrumpfen die Dienstleistungen mit mittlerer Qualifikation. Dazu ausführlich die soziologische Untersuchung von Staab 2014; ferner: Aulenbacher & Dammayr 2014.

gen hohes Ansehen. Erst mit einer ärztlich monopolisierten Heilkunde im Zeitalter der Aufklärung kommt es zu einer bemerkenswerten Substitution originär pflegerischer Aufgaben und ihrer Ausübung im Kontext kirchlicher Einrichtungen bzw. städtischer Hospize als Werke christlicher Barmherzigkeit. Im Zuge naturwissenschaftlicher Erfolge der Medizin im 19. Jahrhundert entsteht nicht nur ein „Säkularisierungsdruck", sondern gleichzeitig mit einer Tendenz der „Industrialisierung" der Medizin in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wächst auch ein „Ökonomisierungsdruck", der ebenso die Pflege mit Einführung neuer, vorrangig betriebswirtschaftlich ausgerichteter Managementkonzepte und dadurch ausgelöster Fragmentierungen ganzheitlicher Arbeitszuschnitte erfasst (Kreutzer 2010, S. 119 ff.; Manzeschke 2010).

Zwar kommt es durch zunehmende Herauslösung pflegerischer Tätigkeiten nicht aus kirchlichen, sondern aus stark religiösen Kontexten zu einer wachsenden Verweltlichung sinnstiftender Antriebsressourcen der Ausübung des Pflegeberufs[25], ohne dass sich deswegen aber die motivationalen Quellen weiterhin aus ehedem karitativen, jedoch evolutionsgeschichtlich offensichtlich unverzichtbaren altruistischen Anteile speisen.[26] Kulturgeschichtlich wird man die psychologischen ‚Leistungen' christlicher Traditionsmächte darin erblicken, den Orientierungsrahmen unserer Alltagsmoral aus einer persönlichkeitsgeschichtlich beschränkt entfalteten Stufe lediglich egozentrischer Einstellungen herausgelöst zu haben.[27] Vor allem damit wurden Voraussetzungen geschaffen für die stärkere Entfaltung eines möglicherweise anthropologisch tiefsitzenden empathischen Vermögens, einer Fähigkeit des Menschen, sich auf die Bedürftigkeit Anderer einzustellen und einzuschwingen. In seiner ursprünglich kirchlich-karitativen Verklammerung nimmt dieses empathische Vermögen die Transformationsgestalt eines spezifischen, insbesondere Frauen zugeschriebenen Dienstethos an. Doch auch in seiner Verweltlichung scheint es vielfach an seine erlösungsreligiösen Ursprünge gebunden zu bleiben, um nunmehr in einer institutionellen Konstellation weiblicher Machtlosigkeit eine innerseelisch prekäre Dynamik zu entfalten.

Dienstbarkeit erscheint als eine Haltung, die vor allem jene zu institutioneller Subalternität ‚verurteilten' Frauen einnehmen, weil sie sich allein auf diesem Wege der Selbstentäußerung einer ihnen verbliebenen Macht, psychologisch: ihrer Selbstwirksamkeit zu versichern vermögen.[28] Im Zurücknehmen der eigenen Persönlichkeit, in der entsagungsreichen, als beruflicher Altruismus institutionalisierten Hilfe, vermag das Selbst Stärke zu gewinnen. Ob diese innerseelische Antriebsstruktur eben auch pflegerischer Leistungen unumgänglich ist, steht dahin. Prekär wirkt sie sich vielfach als zunehmender seelischer Gleichgewichts- und Steuerungsverlust aus, wenn auf diesem Wege der Entsagung und Selbstvergessenheit quasi „Erlösung" und damit berufliche Sinnstiftung gesucht wird.

Insofern stellt sich seit langem die Frage, wie jener *circulus vitiosus* ungesteuerter Sorge in Verbindung mit Selbstverneinung durchbrochen werden kann. Folgt man analytischen Einsichten Sigmund Freuds, so lassen sich bestimmte psychische Anteile sorgenden Verhaltens als das Resultat einer Umkehr seelischer Antriebsrichtungen verstehen, d.h. einer Umkehr offensiver, nach Außen gerichteter Impulse der Auseinandersetzung mit der eigenen Umwelt zugunsten einer nach Innen, gegen das Ich gerichteten Energie mit latent selbstdestruktiven Wirkungen. Selbstzerstörerische

25 „[..] Das religiöse Proprium der kirchlichen Sozialeinrichtungen", gemessen an der Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft, „wird immer undeutlicher", stellt Großbölting (2013, 248) fest.

26 Sich von der Hilfebedürftigkeit eines Anderen affizieren zu lassen, gehört zu den evolutionären Vorteilen der Entwicklung von homo sapiens und erhöht seine Überlebenschancen in Gruppen (Hunt 1992, 160).

27 Vgl. hierzu und zum Folgenden: Remmers 2020.

28 Bei diesem innerseelischen Mechanismus der Kompensation struktureller Ohnmacht und den damit verknüpften Phänomenen einer (allerdings auch anderer Ursprünge sich verdankenden) Mitleidsmoral haben wir es möglicherweise mit dem zu tun, was Nietzsche als eine aus dem sozialen Ressentiment gesellschaftlich unterlegener Gruppen geborene „Sklavenmoral" denunzierte. Affektökonomisch lässt sich dagegen das Ressentiment, eine „senti-mentale Mixtur aus rechnender Vernunft und toxischen Empfindungen", auch als eine Art kultureller Treibsatz bei der „Ausbildung eines ‚kapitalistischen Geistes'" deuten (Vogl 2021, S. 157ff., hier S. 162). Über diese sozialpsychologischen Aufklärungen hinaus sind allerdings die funktionellen Aspekte eines im Ethos der Dienstbarkeit sich manifestierenden Mitgefühls zu konstatieren: zum einen als sympathischer Antrieb, Probleme zu lösen oder Not zu linder (Goldie 2000, S. 213ff.), zum anderen als eine Form kollegialen „Einfühlens", durch welches Berufsgruppenzugehörigkeit mit reziproken Normen des Füreinander-Einstehens gestiftet wird. Dieses zusammenschweißende Gruppengefühl ist allerdings ausbeutbar. Vgl. dazu auch Schmetkamp (2019, S. 79ff.). Dem emotionspsychologischen Komplex der Dienstbarkeit in Care-Berufen wird in Zukunft aus Gründen allgemeiner gesellschaftlicher und beruflicher Selbstinteressen viel größere wissenschaftliche Aufmerksamkeit zu schenken sein.

Tendenzen entstehen aber erst dann, wenn den nach Innen gerichteten Antrieben ein Gegenhalt, eine bewusste Kontrolle als Selbststeuerung fehlt.

Mit der Emanzipation der Pflegeberufe aus institutionell einengenden kirchlich-religiösen Kontexten war zunächst die Chance gegeben, die Sinnhaftigkeit beruflichen Handelns von bestimmten erlösungsreligiösen Schlacken (etwa der Preisgabe eines Selbst nach Maßgabe einer Imitatio Christi) und den damit verbundenen permanenten Verschiebungen von Grenzen eigener Belastbarkeit zu befreien. Dies besagt freilich nicht, dass sich die Sinnhaftigkeit pflegerischen Handelns nicht auch aus den Quellen eines das Hier und Jetzt transzendierenden Glaubens speisen kann, beispielsweise in der Verarbeitung vergeblichen Bemühens. Wenn auch das Dienstethos der beruflichen Pflege den Einsatz physischer und seelischer Kräfte im primären Interesse der Hilfe und des Schutzes der pflegebedürftigen Person verlangt, so muss dieser Einsatz jedoch im Interesse der Pflegefachperson (d.h. Reproduktion eigener Arbeitskraft) begrenzt werden. Insofern bedarf das Ethos der Sorge balancierender Gegenkräfte der bewussten Kontrolle und Selbststeuerung sowie klar definierter Grenzen, um Abstand nehmen zu können.

Das Problem einer solchen Selbststeuerung besteht auch darin, dass das Engagement von Pflegekräften sich nicht nur, aber auch in einem Bereich abspielt, der eher auf informellen Verständigungen und impliziten Forderungen beruht. Gerade hier konnten Pflegekräfte etwas erfahren, was arbeitssoziologisch als „Selbstwirksamkeit" bezeichnet wird, also die Erfahrung, mit dem eigenen selbstbestimmten professionellen Tun etwas Sinnvolles und Gutes zu tun. Oft ging (und geht) dieses Engagement über das fachlich und moralisch Forderbare hinaus – für die Gepflegten und die Pflegeorganisation ein Gewinn. Durch die Ökonomisierung im Pflegebereich und den Versuch, alle Effizienzreserven auszunutzen, sind solche ›Spielräume‹ supererogatorischen Engagements zunehmend verschlossen – mit dem Effekt, dass die Pflegekräfte frustriert ihrer Arbeit den Rücken kehren und die Gepflegten weniger Zuwendung erfahren.[29]

Ein Problem des Ethos der Sorge besteht darin, zu stark auf die Sphäre einer Unmittelbarkeit interpersonaler Beziehungen fixiert zu sein, was lähmende Wirkungen erzeugt. Mit dieser individualethischen Engführung werden Möglichkeiten einer gemeinschaftlichen Artikulation und Wahrnehmung legitimer persönlicher und beruflicher Interessen der Selbstorganisation blockiert. Erst in dem Maße, wie der ambivalente Charakter fürsorglicher Beziehungen, Dispositionen, Einstellungen, Werthaltungen durchschaut wird, können berufliche Verantwortlichkeiten im Sinne der Wahrnehmung zweiseitig ausgerichteter Schutzinteressen (Hilfebedürftige, professionelle Akteure) wahrgenommen und gestärkt werden (doppeltes berufliches Mandat). Durch Bewusstmachung intrapersonaler Widersprüche (scheinbar unauflösbare Kette persönlicher Versagungen als Preis helfender Praxis) können möglicherweise frühzeitige berufliche Fluchtimpulse gemindert oder verhindert werden.

Festzuhalten ist: Es genügt nicht, sozialmoralisch begründete Werte in der Ausübung von Care-Work wohlmeinend in Form eines Ethik-Codes zu proklamieren. Sie können eine praktisch-lebendige Wirksamkeit erst dann entfalten, wenn ihnen im Persönlichkeitssystem von Sorge-Leistenden gewissermaßen intrapsychische Korrelate (Einstellungen, als Tugenden kultivierte Haltungen und Motive) entsprechen – und entsprechende Strukturen in Organisationen und Verbänden aufgebaut werden. Allerdings beruht eine Schwierigkeit in der Realisierung beruflicher Werte darin, von einer gewiss unverzichtbaren Unmittelbarkeit sorgender Beziehungen uno acto kognitiv zugleich Abstand nehmen zu können (Remmers 2017). Dies wird besonders dringlich in Konfliktsituationen, die in professionellen Beziehungen jederzeit entstehen können, darüber hinaus aber auch unter bestimmten Rahmenbedingungen, unter denen Care-Work nicht mehr in einer fachlich und ethisch anspruchsvollen Weise geleistet werden kann. Es scheinen daher v.a. Gründe einer unzureichenden kognitiven Distanzierungsfähigkeit zu sein und einer damit zusammenhängenden (indessen erlernbaren) emotionalen Selbststeigerungsfähigkeit, weshalb bspw. Pflegefachpersonen, die von einer Ethik des Sorgens zutiefst geleitet sind, gleichzeitig in der Gefahr stehen, anfällig für Ausbeutung zu sein, weil ihnen häufig (zusätzliche) moralische Ressourcen fehlen, um ihre eigene Ausbeutung zu verhindern (Bubeck 1995, 254).

29 Vgl. Manzeschke & Brink (2010); Manzeschke & Brink (2014).

5.2 Struktureller Autoritarismus? Staatlich-militärische Ordnungsstrukturen und kulturelle Subordination der Krankenpflege – mentalitätsgeschichtliche Anfragen

Wir hatten eingangs die gegenwärtige Lage als eine gesellschaftliche und politische Krisensituation gekennzeichnet, die in vielerlei Hinsicht Merkmale eines politischen Ausnahmezustandes besitzt.[30] Ausnahmesituationen bergen eine eigene Dynamik der Lösung historisch kumulierter Schwierigkeiten; eine Dynamik, die vielfach gewaltsame Züge trägt, und zwar umso mehr, je mehr sich im Feld gesellschaftlicher Kräfte eigenständige Formationen der Interessensbekundung zu bilden vermögen.

Gesellschaftsgeschichtlich scheint die staatliche Reorganisation bspw. der Krankenpflege auffälligerweise an Phasen mit politischem Ausnahmecharakter – und das heißt überwiegend an Kriegsphasen – gekoppelt zu sein (beginnend mit Florence Nightingales [1820-1910] Aktivitäten im Krimkrieg). Bedeutsam ist dabei allerdings nicht allein die institutionelle Neuordnung der Krankenpflege, sondern – und möglicherweise von noch gewichtigerer Bedeutung – ihre *mentale Formation* in einer durch potenzielle Gewaltdrohung charakterisierten sozialen Umgebung, die auch das Frauen- und das mit ihr verschwisterte Mutterbild (insbesondere im Kontext des Wilhelminischen Deutschland) nachhaltig prägt.[31]

In vorgängiger kirchlicher Tradition der Krankenpflege war das Bild einer Pflege als schwesterlicher Liebesdienst entstanden, fundiert durch das Ethos christlicher Barmherzigkeit, dessen Umsetzung allerdings schon damals auf den Rahmen streng hierarchisch geordneter Sozialgebilde (Mutterhaussystem) beschränkt war. Auch die Ende des 19. Jahrhunderts v.a. durch Virchow unterstützte Verberuflichung der Krankenpflege außerhalb bestehender kirchlicher Organisationen hat in ihrer Ausrichtung auf paramedizinische Assistenz vorgefundene hierarchische Ordnungen, nunmehr unter anderen Vorzeichen, eher befestigt (vgl. Virchow in Panke-Kochinke 2001, S. 64ff.). Ohne diese strukturelle Vorgeschichte lassen sich jene mit dem Ersten Weltkrieg durchschlagenden Phänomene einer kulturellen Transformation der Krankenpflege nicht hinreichend verstehen: die zunehmende Okkupation eines beruflichen Feldes durch eine (post-wilhelminische) gesellschaftliche Umwelt, welche durch das soldatische Ethos des heldenhaften Mannes so stark (auch als Verarbeitungsform einer durch die militärische Niederlage „erlittenen" narzistischen Kränkung) geprägt ist, dass der kulturelle Bildervorrat von Versagungen, Ängsten und verdrängten Wünschen auf eine Berufsgruppe, nämlich die der „weißen Krankenschwester" (im Kontrast zur „roten Krankenschwester" als „Flintenweib"), projiziert werden kann.[32]

Nun ist es keineswegs so, dass es sich hierbei nur um einseitige Projektionen handelt. Dass sie vielmehr auch auf fruchtbaren Boden in der Berufsgruppe der Krankenpflege gefallen sind, zeigt sich in der strukturellen Offenheit des „in sich widersprüchlichen Tugendgebäudes der Krankenpflege"

---

30 Traditionen der Staatstheorie gehen zumeist auf vertragstheoretische Konstruktionen unter Ausgangsbedingungen des puren Naturzustandes (Chaos, universelle Unsicherheit sich wechselseitig bedrohender Menschen; *bellum omnium in omnes)* zurück. Politische Ausnahmesituationen sind gewissermaßen das Analogon jenes Naturzustandes. Dessen potenzielle Gewalt zu bändigen, ist Aufgabe bspw. des absolutistischen Staates (Hobbes' Leviathan) und sein entscheidender Legitimationsgrund. Der Dreißigjährige Krieg, an den sich gewissermaßen die zweite große Pest angehängt hat, ist der historische Hintergrund. Abriegelungen von Ortschaften (auch Zwangshospitalisierungen) unter Einsatz des Militärs (zur Errichtung eines *cordon sanitaire)* fungieren seither als Vorbild der Pandemiebekämpfung und sind aufs Engste metaphorisch und real verschwistert mit einer Kriegsführung nach Innen, mit welcher „zivilisatorische Standards der Normalität" ausgehebelt werden. Schon seinerzeit entsteht dabei ein Nährboden für Verschwörungstheorien, mit denen Schuldige (z.B. die Regierung) identifiziert werden sollen. Allerdings funktioniert der ‚Leviathan' nur, solange er Vertrauen in die Wirksamkeit seiner Maßnahmen stiften kann. - Auf die heutige Situation übertragen: „Ohne Vertrauen ist der demokratisch gebändigte Leviathan ein zahnloses Wesen, das seine Bürger nicht gegen die Bedrohung, die von Covid-19 ausgeht, schützen kann." (Mauelshagen 2020, 43 und passim)

31 Mütterliche Selbstzuschreibungen reichen zurück bis zur altägyptischen Muttergöttin Isis in einer Darstellung von „Schwester Agnes" in der Zeitschrift „Das Deutsche Rote Kreuz" im Jahr 1942. Dazu der Kommentar von Gaida (2008).

32 In einem größeren Kapitel seiner „Männerphantasien" hat Klaus Theweleit (1981, Bd. 1, S. 11-235) eine psychoanalytisch inspirierte Untersuchung unbewusster Projektionen der Phantasien des soldatischen Mannes auf die Krankenschwester vorgenommen. Dort heißt es z.B.: „Die weiße Krankenschwester gibt es nicht nur als Muttergestalt [..], ebensooft erscheint sie als ‚Schwester' des Verwundeten. [..] Mütter und Schwestern scheinen sich als die wirklichen Liebesobjekte dieser Männer zu entpuppen." (a.a.O., S. 114ff.). In Anspielung an Ernst Jüngers „In Stahlgewittern" heißt es: „Ihr Bild (d.h. das der „sinnlichen Frau") variiert auf einer Skala zwischen pflegend/kühler Mütterlichkeit und lockender/erotischer Schwester; Im ‚Karbolmäuschen' liegt sie näher am erotischen Schwester/Huren-Bild. Die Schwester-Schwester lockt und verführt; die Mutter-Schwester weist ab und pflegt. Sie setzt sich durch [..]." (a.a.O., S. 131). – Zu detaillierten Beschreibungen „ideologischer Konstruktionen" der „Schwester vom Roten Kreuz" und der „Diakonisse" vgl. Panke-Kochinke 2004, 64-110.

und im Umschwenken zahlreicher Berufsorganisationen auf die völkische Ideologie im Nationalsozialismus: „Die paramilitärische Struktur des Deutschen Roten Kreuzes fügte sich in nahezu idealer Weise in dieses Organisationsprinzip ein. Dienen und Gehorchen als Schnittmenge christlicher Nächstenliebe, des weiblichen Geschlechtscharakters sowie der Hierarchisierung im Krankenhaus und in den Mutterhäusern bildeten die Grundlagen für einen Machtmissbrauch, der den Einsatz der Krankenschwestern in der Maschinerie der Rassenideologie zur Vernichtung lebensunwerten Lebens möglich machte." (Panke-Kochinke 2001, 32). Viele der in Euthanasie-Aktionen eingebundenen und im ersten Ärzteprozess der Nachkriegszeit angeklagten Pflegepersonen haben sich mit dem Hinweis auf gesetzliche Grundlagen und hierarchische Weisungsgebundenheiten, man könnte auch sagen: „Befehls"-Strukturen, erfolglos zu exkulpieren versucht (Mitscherlich & Mielke 1949).[33]

Es ist aber nicht nur so, dass überkommene, letztlich auf Befehl und Gehorsam beruhende Organisationsstrukturen des Krankenhauses ihre mental konservierenden Wirkungen bis heute nicht restlos verloren hätten und insofern von einer geschichtlich abgegoltenen Hypothek der Berufskultur gesprochen werden könne. Vielmehr hat sich auch unter dem Einfluss des Krieges ein Bild der Krankenschwester entwickelt, welche in heroischer Attitüde eines aufopferungsvollen Kampfes um das Leben jeder/jedes ihr anvertrauten Patientin/Patienten ihrem beruflichen Leben Sinn verleiht. Dies ist keineswegs ein singuläres, der Berufsgruppe (insbesondere im spezialisierten Bereich der Intensivmedizin und -pflege) gesellschaftlich zugeschriebenes Bild. Und es ist sehr die Frage, ob die Berufsgruppe dieses ihr angesonnene Bild auch als für sich gültig akzeptiert; und zwar im Kontext einer kulturellen Postmoderne, welche den Diagnosen Bröcklings (2020, S. 193) zufolge „postheroischer Helden" als Sinnbilder gesellschaftlich unverzichtbarer, inzwischen durch ausuferndes „Risikomanagement" reaktivierter Opferbereitschaften bedarf. Wenn Bröckling (a.a.O., S. 107) meint beobachten zu können, dass sich hinter den Anmutungen, „heroisch zu werden", kaum etwas anderes verberge als ein „Abhärtungsprogramm", so sollte das insbesondere Care-Berufe aufhorchen lassen.

Allerdings wird man heute sehr wohl Unterscheidungen zu treffen haben zwischen einer *gesellschaftlichen Etikettierung* der Pflegeberufe als einer Gruppe mit herausstechender Aufopferungsbereitschaft, um die sich umso höhere öffentliche Erwartungen ranken, je geringer die gesellschaftliche Bereitschaft zu einer der entgrenzten Arbeitsbereitschaft angemessenen Entschädigung ausfällt, und den Selbststilisierungen dieser Berufsgruppe, die für sich ein heroisches, den Einsatz des eigenen Lebens prinzipiell nicht ausschließendes Ethos (trotz eines strukturellen Altruismus) nicht widerspruchslos beanspruchen würde. Auch wenn gegenwärtig in Berichten vor allem des Intensivpflegepersonals angesichts extrem gesteigerter körperlicher und seelischer Belastungen auf militärische Metaphern wie die des ‚Krieges' zur Beschreibung außerordentlicher Arbeitsanforderungen und Hingabebereitschaften zurückgegriffen wird, so soll damit eher der Ausnahmezustand charakterisiert werden, ohne dabei die Semantik auf Befehls- und Gehorsamsstrukturen auszudehnen.[34]

6. Zwischenfazit

Pflegeberufe sind als ein bedeutender Teil gesellschaftlicher Lebensprozesse, allerdings auch als ein Teil der sich seit Jahrzehnten verschärfenden sozialen Konflikte (Arbeitswelt und ihre Entfremdungserscheinungen, sich ausweitende soziale Ungleichheiten, Auszehrungen natürlicher Ressourcen des Lebens) zu verstehen und insofern auch von deren krisenhaften Folgen betroffen. Die gegenwärtige Pandemie hat zwar den Charakter einer Naturkatastrophe und ist insofern krisenindizierend, wobei allerdings die durch staatliches Handeln zu bewältigenden gesellschaftlichen Folgen der Pandemie die Krisenhaftigkeit institutio-

33 Das Gericht des ersten Nürnberger Ärzteprozesses (1946-47) war im Falle zweier Ärzte und neun Krankenschwestern und -pflegern von einer strafrechtlichen Schuld dann ausgegangen, wenn festgestellt werden kann, dass „die Angeklagten den Unrechtsgehalt der sogenannten Euthanasiegesetze und der mit ihnen verbundenen Handlungsweisen als so elementar und so schwer erkannt haben, dass ihnen die Ausführung dieser Gesetze als Unrecht und als verwerflich erschienen ist, obwohl hinter ihrer Handlungsweise ein nach ihrer Auffassung gültiges Gesetz gestanden hat. / Diese Frage hat das Gericht […] bejaht." (Mitscherlich & Mielke 1949, 218).

34 Aus einer anderen Sichtweise kritisieren Bliemetsrieder & Fischer (2020) die politische Instrumentalisierung der Kriegsmetaphorik. - Unter Umständen ist die Vorstellung, dass der Krieg der Vater aller Dinge ist (Heraklit), doch sehr viel tiefer in kulturelle Traditionen und kollektive Mentalitäten eingelagert! Und die Rolle der Frau und die der Pflege sind hier tief eingeschrieben. Diesbezüglich wären in Zukunft weitere philosophische und empirisch-analytische Tiefenbohrung angezeigt.

nell aufgezwungener Formen der Reproduktion sozialen Lebens umso deutlicher hervortreten lassen. In dem Maße, wie sich politisch-administratives Handeln gegenüber widerstreitenden gesellschaftlichen Interessen abzuschotten sucht, in dem Maße gerät es unter zunehmenden Legitimationsdruck.

Vom gegenwärtigen Krisengeschehen sind die Pflegeberufe in besonderer Weise betroffen, was sich an drastisch wachsenden Arbeitsbelastungen ohne realistische Aussicht auf Änderungen ihrer gesellschaftlichen Stellung und faktisch folgenreiche Anerkennung ihres essenziellen Beitrages im Gesundheits- und Sozialwesen ablesen lässt. Ursächlich sind dafür aber nicht allein politische sowie strukturelle Beharrungskräfte verantwortlich zu machen, sondern ebenso prekäre mentalitätsgeschichtliche Traditionen, die sich in einem ‚unzeitgemäßen', unzureichenden beruflichen Selbstverständnis, in einem individualethisch ‚halbierten' Care-Verständnis (Bobbert 2019) und damit zusammenhängenden Einstellungen und Verhaltensstilen bekunden, ohne deshalb einer latent autoritären (an einseitigen erwerbswirtschaftlichen Interessen orientierten) Gesundheitspolitik machtvoll begegnen zu können. Die hier vertretene Auffassung lautet daher: Um sich aktiv, das heißt öffentlich machtvoll in aktuelle und zukünftige politische Gestaltungsprozesse einbringen zu können, bedarf es einer organisationspraktischen und bildungspolitischen Entschlackung problematischer Traditionselemente.

Ein noch immer großes Problem ist die mangelnde Fähigkeit der Reflexion und Artikulation originärer Interessen der Berufsgruppe Pflege in Deutschland. Dies betrifft vor allem auch Pflegeimmigrantinnen. Im internationalen Vergleich haben wir es mit unterschiedlichen Traditionen beruflicher Selbstorganisation zu tun. Im angloamerikanischen Raum lässt sich ein wesentlich stärker ausgeprägtes berufliches Selbstbewusstsein verzeichnen, für das es verschiedene Erklärungen gibt. Nimmt man das Beispiel der USA, so fallen drei bemerkenswerte Unterschiede ins Auge: Staat (als Garant stabiler Ordnung) und Gesellschaft (als Sphäre der Selbstorganisation bürgerlichen Lebens) befinden sich in einem zwar spannungsreichen, letztlich jedoch indifferenten Verhältnis zueinander, was paradoxerweise berufliche, nicht staatlich fixierte Interessensbekundungen und Durchsetzungspraktiken erleichtert[35]; der Einfluss der Kirchen auf das staatlich organisierte, jedoch stärker privat finanzierte Gesundheitswesens ist zwar eher gering, jedoch gibt es viele Krankenhäuser, in denen ganz selbstverständlich *pastoral caregivers* zum Team gehören – ganz anders als in Deutschland. Auf Grund eines gesellschaftlich stärker verankerten Prinzips bürgerlicher Rechtsgleichheit versteht sich die für Pflegeberufe bedeutsame Emanzipation der Frau als Teil einer *civil religion*.[36] Vor allem für den US-amerikanischen Kontext sollte nicht übersehen werden, dass Fortschritte in der beruflichen Selbstständigkeit und Professionalisierung der Pflegeberufe eine Reaktion auf Kriegserfahrungen sind, was allein der sogenannte „Brown Report" aus dem Jahr 1948: „Nursing for the Future", in den USA unterstreicht. Jedoch hat die auch in diesem ursächlichen Zusammenhang zu betrachtende Akademisierung der Pflege eine bildungspolitische Eigendynamik erzeugt, an deren Ende nicht zu unterlaufende qualifikatorische Anforderungen an die Aufnahme eines mit anderen Fachdisziplinen gleichrangigen Studiums stehen (siehe dazu ausführlicher unter Teil B.2).

Blickt man des Weiteren auf das Beispiel Großbritannien, so fällt als differentes Merkmal auf, dass hier nicht nur der Staat als direkte Organisationsmacht des Gesundheitswesens (NHS) auftritt, sondern die in diesem bis heute, trotz neoliberaler Umstrukturierungsversuche, unangefochtenen Teil öffentlicher Daseinsvorsorge tätigen Gesundheitsberufe über starke, auch gewerkschaftlich organisierte Interessensvertretungen verfügen. Zu nennen sind etwa die *British Medical Association* oder die *Royal Britisch Nurses Association,* die ihrerseits professionstypische Aufgaben der beruflichen Registrierung und Selbstüberwachung ausübt, ohne dass ihr bis heute ein deutsches Äquivalent zur Seite gestellt werden konnte. Sowohl bildungs- als auch wissenschaftspolitisch nicht zu unterschätzen sind die kulturellen Einflüsse des Pragmatis-

35 Dieses Verhältnis hat sich allerdings in den letzten Jahrzehnten erheblich in dem Maße verändert, wie sich Fragen des öffentlichen Haushalts, d.h. zunehmende Steuerkonflikte, in Kernfragen eines „politischen Marktes" verwandelten und damit eine „neue Form des Klassenkampfes" hervorbrachten. (Bell 1979, 265f.).

36 Die Koexistenz von zivilgesellschaftlicher Rechtsgleichheit und ein lang überdauernder, subkutan rassistischer Grundkonsens im demokratischen US-amerikanischen Lebensalltag ist allerdings – trotz oberster gerichtlicher Aufhebung der Rassentrennung z.B. in Schulen im Mai 1954 – ein eher finsteres ‚Kapitel´ der von Anfang an in Eroberungsmentalitäten fundierten Gesellschaftsgeschichte Amerikas.

mus in angloamerikanischen Ländern, die zur frühen Begründung, vor allem aber gesellschaftlichen Anerkennung originärer pflegewissenschaftlicher Forschungstraditionen mit Ausstrahlungen auch auf skandinavische Länder geführt haben.

Dagegen zeichnet sich die pflegepolitische Kultur Deutschlands durch beispiellose Zersplitterungen beruflicher Selbstvertretung aus. Inwiefern dafür vergleichsweise starke kirchliche Traditionen mit spezifisch kulturellen Prägekräften ursächlich verantwortlich sind, werden differenzierte pflegehistorische Studien zeigen müssen. Dabei verbieten sich eindimensionale Zuschreibungen. Bezogen auf die evangelische Krankenhausversorgung lässt sich zumindest sagen, dass eine mit „Liebesdienst" assoziierte Pflege zwar mit Altruismus, keineswegs aber mit grenzenloser „Selbstaufopferung" verbunden sein muss. In einer Übergangszeit etwa der 1950er und frühen 1960er Jahre hat christlich motivierte, auf persönliche Zuwendung ausgerichtete, seinerzeit fachlich hochkompetente Krankenpflege sich gewissermaßen als widerständig gegenüber sich massierenden Rationalisierungen im Zeichen moderner (betriebswirtschaftlich dominierter) Managementstrategien erwiesen (dazu ausführlich Kreutzer 2014); d.h. gegenüber einer Transformation der Krankenversorgung, deren krisenhafte Folgen heute immer drastischer vor Augen treten. Insofern dürfen kirchliche Traditionen der Krankenpflege keineswegs bloß als Hindernis säkularer Modernisierungen betrachtet werden. Gleichwohl stellt sich die Frage, inwieweit kirchlich überzeichnete Demutstraditionen gewissermaßen als Komplementärphänomen einen – wie wir sahen – latenten strukturellen Autoritarismus befördert haben; inwieweit ein strukturell paternalistischer Traditionsüberhang zu einem falsch verstandenen Dienstethos und einer damit verknüpften Care-Ethik führen musste, von dessen Einseitigkeiten und Beschränktheiten sie sich seit geraumer Zeit ‚emanzipiert' hat (aktuell: Kohlen & McCarthy 2020; zu einigen Problemen einer Care-Ethik vgl. Remmers 2017).[37]

Allerdings wird man sich auch fragen müssen, in welchem Maße das deutsche Pflegesystem von einem latenten Konservatismus beherrscht wird, der nicht genuin kirchlich oder religiös ist, sondern seine Wurzeln in einer überaus starken Abhängigkeit vom ärztlichen Beruf hat und in einer Frauenrolle, welche die Emanzipationsschritte des 20. Jahrhunderts nicht oder nur teilweise vollzogen hat. Betrachtet man die „freien Werke der Liebe", Diakonie und Caritas im 19. Jahrhundert, so haben diese auf die soziale Frage durchaus fortschrittlich geantwortet. Und sie boten Frauen, die sonst am Rande der Gesellschaft unversorgt gestanden hätten, eine für damalige Verhältnisse durchaus gute soziale Stellung. Eine Schwierigkeit scheint darin zu liegen, dass diese fortschrittlichen Strukturen nicht à jour gehalten wurden, sondern irgendwann eher als Bremse fungierten.[38]

In Zukunft wird es darum gehen, den berufspolitischen Forderungen der Pflegeberufe einen an objektiven Interessen und gesellschaftlichen Zentralwerten orientierten Begründungszusammenhang zu geben. Dieser fungiert zugleich als Legitimationsrahmen eines klassischerweise von etablierten Professionen beanspruchten und als selbstverständlich geltenden *öffentlichen Mandats*, das in drei Dimensionen beruflicher Verantwortlichkeiten wahrzunehmen und durchzusetzen ist: (a) als unmittelbare Verantwortung der Erbringung qualitativ hochwertiger, ethisch anspruchsvoller Leistungen gegenüber anvertrauten, auf Hilfe und Fürsorge angewiesenen Personen, wobei deren Interessen Vorrang vor den Interessen professioneller Akteurinnen und Akteure haben; (b) als mittelbare Verantwortung gegenüber dem Souverän

37 Charakteristisch für Fürsorge-Ethiken sind tugendethische Implikationen mit einer gewissen Indifferenz hinsichtlich der *historischen Rolle*, welche jene als etwas spezifisch Weibliches konnotierten Tugenden der Aufmerksamkeit und der Zuwendung im Rahmen institutionalisierter Machtbeziehungen bspw. im Gesundheitswesen spielen (Remmers 2000, 261f.). Erst eine Horizonterweiterung mit den von uns als wichtig erachteten Distanzierungseffekten gegenüber der Unmittelbarkeit fürsorglicher Beziehungen (siehe oben Abschnitt 4a) erlaubt es, gesellschaftlich traditionelle Rollen solcher Ethiken als solche des schweigsamen und würdevollen Ertragens subjektiv unverfügbarer Handlungsbedingungen zu durchschauen. Solche kritischen Einwände hatte bereits früh Liaschenko (1993, 79) erhoben: „The traditional womanly virtues have been those that have ensured we knew our place and kept it ›with grace‹." Tugenden der Fürsorge sind nicht nur entwicklungspsychologisch, sondern auch anthropologisch unverzichtbare Voraussetzungen menschlichen Gedeihens, deswegen keineswegs per se weibliche Tugenden, als solche erst das Resultat einer gesellschaftlich selegierenden Ordnung des Fühlens sowie entsprechender geschlechtsspezifischer Arbeitsteilungen und Rollenzuweisungen (Liaschenko 1993, 79; ausführlich sodann: Tronto 1994). Mit dieser Diagnose werden die für Fürsorgebeziehungen fundamental bestandswichtigen Dispositionen und Haltungen nicht in Frage gestellt, sondern lediglich entmystifiziert (so bei Falk Rafael 1996; Tong 1998; jetzt aus einer materialistisch-feministischen Perspektive: Thompson 2020).

38 Vgl. Kreutzer 2010. Die verbreitete Skepsis und Abwehrhaltung gegenüber technischen Innovationen in der Pflege resultiert – bei aller notwendigen Kritik – wohl auch aus mangelnden Informationen und einem Gefühl, dann noch weniger selbst gestalten zu können.

als oberster Gesetzgeber sowie als letztinstanzlich das gesellschaftliche Interesse repräsentierender Auftraggeber. In diesem Sinne werden Gesundheitsprofessionellen als Treuhänder Aufgaben der organisatorischen Gewährleistung der Gesundheitsfürsorge übertragen (organisatorischer Sicherstellungsauftrag). Dieses Mandat schließt nicht allein die soziale Verantwortung für eine angemessene Allokation von Mitteln der Gesundheitsfürsorge, sondern ebenso politisches Engagement im Falle beruflicher Unrechtserfahrungen mit ein (Friesacher 2012); (c) als innerprofessionelle Verantwortung im Sinne der Gewährleistung qualifikatorischer Maßnahmen als Grundlage staatlicher Approbation, um den organisatorischen und den fachlichen Sicherstellungsauftrag auf Grundlage komplexer Expertise sowie ethischer Sensibilität erfüllen und die moralische Integrität des Berufs als gesellschaftliche Vertrauensbasis (professionelles Versprechen) festigen zu können.[39] Mit einem solchen, über drei Dimensionen beruflicher Verantwortlichkeit sich erstreckenden professionellen Mandat wird der ehedem stark berufsständische Charakter politischer Interessenvertretung überwunden.

In welchen Kontexten sind daraus ableitbare berufs- und gesundheitspolitische Forderungen analytisch zu begründen? Mit dem folgenden Versuch, einige wenige Antworten zu finden, kann zunächst kaum mehr beansprucht werden als einen Horizont kritischer Reflexion sowie transformatorischer Aufgaben zu umreißen. Damit sollen die im Teil B formulierten „Diagnosen und Konsequenzen" vorbereitet werden.

(1) Pflegeberufe bedürfen einer *soziologisch differenzierten, kritischen Selbstaufklärung* über die von ihnen für die Aufrechterhaltung gesellschaftlichen Lebens erbrachten zentralen reproduktiven Leistungsbeiträge unter Bedingungen traditionell geschlechtsspezifischer Arbeitsteilungsverhältnisse mit dazu gehörenden Rollenzuweisungen. Die von Pflegeberufen als Care-Work zu erfüllenden Funktionen sind von gesellschaftlich überragender Bedeutung, weil mit ihnen die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Lebens- und Arbeitszusammenhänge steht oder fällt (Stichwort: gesellschaftlich überlebenswichtige Bedeutung von Care). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer politischen ebenso wie soziokulturellen Neubewertung von Care als Fähigkeit und Bereitschaft zur Sorge für den Anderen, welche den Menschen zum Menschen macht. Dabei ist Sorge durchaus im umfassenden Sinn von Tronto (2013) zu verstehen, ein gutes Leben anzustreben, und im Sinne von Levinas als Übernahme von Verantwortung für die Anderen, wodurch sich im Kern Diakonie auszeichnet (siehe Teil B.1).

(2) Im Zeichen neoliberaler Politiken[40] weisen gegenwärtige postmoderne Gesellschaften dominierende Trends einer *„Kolonialisierung"*[41] von Bereichen lebensermöglichender und lebenserhaltender Sorgearbeit auf, insofern deren reproduktive Funktionen zunehmend Systemimperativen der Vermarktlichung, Monetarisierung sowie einer Ökonomie der Zeit unterworfen werden mit dysfunktionalen ebenso wie moralisch desintegrativen Effekten: beispielsweise der Entwürdigung von Pflegepersonen durch Entwertung ihrer Arbeit sowie Entwürdigung von Pflegebedürftigen, insoweit sie als bloße Faktoren erwerbswirtschaftlich ausgerichteter Versorgungseinrichtungen und ihrer Bilanzen fungieren (Winker 2021; Remmers 2018) (siehe Teil B.3). Diesen desintegrativen Effekten kann nur durch eine gezielte Abschirmung aller Systeme gesellschaftlich reproduktiver Leistungen gegenüber ihrer ungesteuerten Vermarktlichung sowie ihrer dysfunktionalen Bürokratisierung begegnet werden. Die Bewertung von Leistungen der Fürsorge, die mit treuhänderisch übernommenen Schutzaufgaben verbunden ist, entzieht sich marktwirtschaftlichen und damit rentierlichen Kalkülen. Gleiches gilt für die entsprechende Befähigung professioneller Akteure, die ein staatlich überwachtes, beruflich autonom verwaltetes, nicht beliebigen

39 Riedel & Giese 2018; Kohlen 2012. Vgl. dazu die analog auf die ärztliche Profession bezogenen Darstellungen eines professionellen Mandats bei Friedrich Heubel (2021), der damit vor allem eine berufsethische Begründung professioneller Einsprüche gegen eine Ökonomisierung des Krankenhauswesens (DRG-Fallpauschalen-System) liefert.

40 Einer der jüngsten rekonstruktiven Analysen von Biebricher (2021) zufolge versteht sich Neoliberalismus als eine politische Strategie der Stärkung und Expansion kapitalistischer Märkte auf der Grundlage einer international befestigten Wettbewerbsordnung bei gleichzeitiger einzelstaatlicher Austeritätspolitik (bei dauerhaften Kürzungsrunden im staatlichen Gesundheitswesen). Theoretische Begründungsversuche gehen auf den „Ordoliberalismus" der späteren „Freiburger Schule" (Eucken, später Röpke und Rüstow) zurück und sind nur verständlich als Reaktion auf Krisenentwicklungen der 1920 und 30er Jahre sowie als wirtschaftspolitische Gegenbewegung zum Keynesianismus aktiver staatlicher Interventionspolitik. Das Etikett ‚liberal' ist insofern irreführend, als bereits die Vertreter des klassischen Ordoliberalismus eine politisch autoritaristische Schlagseite aufwiesen.

41 Bei dem Terminus „Kolonialisierung der Lebenswelt" stützen wir uns auf Habermas (1981, S. 489ff.).

wirtschaftlichen Interessen überantwortetes Curriculum zu durchlaufen haben. In Anbetracht einer wachsenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens werden berufliche Bildungsprozesse verstärkt auf die Anbahnung kritischer Urteilsfähigkeit zur Aufrechterhaltung professioneller Autonomie in gesellschaftlicher Verantwortung auszurichten sein (siehe Teil B.2).

(3) Angesichts tiefgreifender *sozialstruktureller, demografischer, aber auch soziokultureller Veränderungen* ist Care-Work mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Lebensmodelle, Lebensstile und Phasen sozialen und gesundheitlichen Versorgungsbedarfs variieren immer stärker. In Zukunft werden daher neue, insbesondere wohnortnahe, in vertrauten Lebensmilieus verankerte, in lokale Demografiepolitik eingebundene Konzepte der Sozial- und Gesundheitswirtschaft eine wachsende Rolle spielen – und zwar jenseits marktförmiger Regulationsmechanismen mit naturgemäß großer Planungsunsicherheit (dazu grundlegend: Foundational Economy Collective 2019). Den Kommunen kommt damit eine besondere Daseinsverantwortung zu (BMFSFJ 2016) (siehe weiter unter Teil B.1).

Das Gelingen erforderlicher Transformationsprozesse hängt zum einen von ihrer gesellschaftlichen Erwünschtheit ab, zum anderen von der Entwicklung neuer Beteiligungsformen bei systematischer Berücksichtigung jener „existentiellen Erfahrungen" des Lebensalltags, aus denen Bedürfnisse und Beteiligungsinteressen erwachsen. Nur so können organisationspraktische Kreativität und Schubkraft erzeugt werden. Gleichzeitig müssen Entlastungsperspektiven in professionellen und informellen Versorgungskontexten erkennbar sein. Gegenüber institutionellen Ballungen mit Tendenzen der Anonymisierung und wachsenden Bürokratisierung (bspw. Pflegeheime in großbetrieblicher Organisationsform) wird die pflegerische Versorgung zukünftig stärker in Erfahrungsräume des praktischen Lebensalltags (Nachbarschaftlichkeit, Sozialräumlichkeit) zurückgeholt werden müssen, weil sie – auch unter revisionsbedürftigen Einschränkungen physischer Mobilität und geistiger Regsamkeit – zugleich Räume der Selbstverfügung und Selbstbestimmung sind (siehe dazu Teil B.4).

Solche Transformationsprozesse bergen zugleich Herausforderungen für die professionelle Pflege. Mit neuen, in das Lebensumfeld Betroffener strukturell eingelassenen Organisationsformen von Care werden ebenso neue Formen der Arbeitsteilung zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren (professionell, informell) geschaffen. Daraus erwächst die Notwendigkeit, unterschiedliche Fähigkeiten aller Beteiligten zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen. Fortgeschrittene Informations- und Kommunikationstechnologien könnten sich bei der sozialräumlichen Leistungsorganisation unter der Voraussetzung zureichender technischer Instruktion und Beratung als besonders hilfreich erweisen (BMFSFJ 2020, S. 50f. und 92ff.). Durch neue Formen des Zusammenwirkens von Personen, die gemeinsam an einem Arbeitsergebnis (wie bspw. Wohlbefinden, Zuwachs an Kompetenzen, Eigeninitiative, Selbständigkeit etwa des pflegebedürftigen Menschen, ihm zugehöriger Personen, aber auch des professionellen Teams) ein lebendiges Interesse haben, entstehen kollaborative Güter (*commons*[42]).

Auf solche Transformationsprozesse sind Pflegefachpersonen qualifikatorisch durch Erweiterung bzw. Vertiefung eines Kompetenzprofils vorzubereiten, in dem kommunikativen (verbalsprachlichen, mimetischen, ebenso technischen) sowie organisatorischen Fähigkeiten ein größerer Stellenwert beizumessen ist. Dies betrifft ebenso mit neuen professionellen Anforderungen zu verknüpfende ethische Kompetenzen der Problemlösung (Giese 2019). Denn es ist anzunehmen, dass mit neuen, koordinatorisch komplexen, die Privatsphäre verschiedener betroffener Personen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund tangierenden Aufgaben Konfliktpotenziale wachsen werden. Doch es

42 Darunter verstehen wir im Anschluss an Winker (2021, S. 166) „Sozialgefüge […], in denen Menschen ihre Zusammenarbeit gleichberechtigt organisieren." Demnach erweist sich die Organisationsform als entscheidend dafür, dass abstrakte Rechtsansprüche von Mitgliedern einer Gesellschaft auf öffentliche Güter in einem konkreten Bezug zur Lebenswelt der Adressaten auch wirklich eingelöst werden können. Der Weg, der damit beschritten würde, wäre möglicherweise der zu einer Erneuerung der „Fundamentalökonomie" (Foundational Economy Collective 2019). Konzeptionell würde dies bspw. bedeuten, dass die in dieser fundamentalen Sphäre der Daseinsvorsorge engagierten Unternehmen der Sozialwirtschaft dem staatlichen Auftraggeber gegenüber reziproke Pflichten zu übernehmen hätten, die etwa die Einkommensstruktur, auf deren Grundlage Güter und Dienstleistungen bereitgestellt werden, oder die Preispolitik tangieren würden. Sie könnten Auflagen insbesondere einer sozialen Lizensierung unterworfen werden. In Erinnerung gerufen sei an dieser Stelle lediglich, dass das Konzept der „Fundamentalökonomie" letztlich auf eine „historisch gewachsene moralische Ökonomie" verweist, die sich bis auf das Gründungsdokument der klassischen politischen Ökonomie: Adam Smiths *Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, zurückverfolgen lässt, gewissermaßen gerahmt durch seine *Theory of Moral Sentiments*. (Foundational Economy Collective 2019, S. 156 und 149).

werden mit neuen, stärker sozialräumlich ausgerichteten Organisationsformen von Care auch weitere Lernprozesse zu erwarten sein. Denn systematisch an den Lebensalltag und die sozialen Infrastrukturen pflegebedürftiger Personen anknüpfende Versorgungskonzepte werden nur gelingen, wenn mit ihnen gleichzeitig ein Potenzial unvermeidbarer Demokratisierung von professional-client-Beziehungen entbunden werden kann, und zwar unter leitenden Fragestellungen wie diesen: Was wünscht sich eine hilfebedürftige Person und was können durch Sympathie oder durch objektive, beruflich verpflichtende Normen motivierte und gesteuerte Personen für die Erfüllung dieser Wünsche leisten? Es ist zu hoffen, dass auf dem Wege kollaborativer Praxis von Care der Wert professioneller, aber auch informeller Beiträge transparent buchstäblich greifbar und gesellschaftlich in angemessener Weise geschätzt wird.

TEIL **B** | DIAGNOSEN UND KONSEQUENZEN

Vorbemerkung

Auf der Grundlage der in Teil A skizzierten krisenhaften Ausgangslage von Care-, insbesondere von Pflegeberufen und der darin zum Ausdruck gebracht krisenhaften Probleme sollen in diesem Teil, verdichtet in fünf pflege- und gesundheitspolitisch essenziellen Perspektiven, unsere Untersuchungsergebnisse thematisch zugespitzt werden.

1. Gesundheit und Pflege als Aufgabe der Daseinsvorsorge

Pflege beruht auf fachlich anspruchsvollen, ebenso manuell-praktische, organisatorisch-planerische, kommunikative sowie hermeneutische Fähigkeiten einschließenden Kompetenzen. Sie ist damit zugleich Ausdruck und Ergebnis des anthropologisch tiefsitzenden empathischen Vermögens, sich auf die Bedürftigkeit anderer einstellen und einschwingen zu können. Insofern entzieht sich Pflege in ihrem Kern einer ansonsten dominanten produktiven Zweckrationalität. Pflege kommt in den Dienstleistungsberufen eine Sonderstellung zu, da sie sich industriellen Logiken der Qualitätssicherung in ihrem lebendigen Zentrum der Arbeit, in ihren altruistischen Anteilen, aber auch in ihren unverzichtbaren Kompetenzen der Sensibilität, Empathie, Spontanität und Kreativität nicht fügt.[43] Diese Sonderstellung hat sich unter Vorzeichen der Corona-Pandemie erneut gezeigt. Pflege ist unverzichtbarer Teil eines Gesundheitswesens, das auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit aller Bürger*innen und den wirksamen Schutz der Integrität und Menschenrechte kranker und auf Pflege angewiesener Menschen ausgerichtet ist.

Gesundheit ist ein unverfügbares und deshalb nicht handelbares Gut. Es ist ebenso wie die Gewährleistung menschenwürdiger Bedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen eine Aufgabe, die der Daseinsvorsorge zuzuordnen ist. Daseinsvorsorge verstehen wir im modernen verwaltungswissenschaftlichen Verständnis als Bedingung guten Lebens für alle Bürgerinnen und Bürger vor Ort (Schmidt 2018). Die

43 Ein großer Teil der Pflegewissenschaft orientiert sich derzeit jedoch teilweise reichlich unreflektiert an einer evidence based medicine und inauguriert eine evidence based nursing. Das Problem dieser Mimesis ohne eigene Hermeneutik ist eine Professionsvergessenheit, die zwar Daten um Daten erhebt, diese aber ohne ein entsprechendes handlungstheoretisches Fundament nicht mehr in ein sehr viel komplexeres Wissen professioneller Akteure umsetzen kann, in dem der Kern menschlicher Pflegebeziehungen theoretisch wie praktisch in den Blick genommen wird. Die Pflegewissenschaft sollte hinter dem kritischen Diskurs, der intemittierend auch in der Medizin geführt wird, nicht atavistisch zurückfallen. Siehe dazu neuerdings Roelcke 2017.

Förderung und Erhaltung der Gesundheit, die Gewährleistung einer bedarfs- und präferenzorientierten pflegerischen Infrastruktur bleibt auch dann eine Aufgabe der Daseinsvorsorge, wenn zunehmend Elemente marktlicher Steuerung und des Wettbewerbs Eingang in die Steuerung des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege gefunden haben. So nachvollziehbar zunächst in einem neoliberalen Zeitgeist und angesichts erheblicher Effizienzdefizite eines korporatistischen Wohlfahrtssystems die Einführung von Marktelementen in den Gesundheitssektor und der Langzeitpflege war, so sehr zeigt sich gerade unter Vorzeichen der Corona-Pandemie, wie die Dynamiken der Ökonomisierung und vor allen Dingen die der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege zu Infrastrukturdefiziten einerseits und regionalen Versorgungsdesideraten andererseits geführt haben (Schulz-Nieswandt 2020a). Auch zeigten sich in teilweise dramatischer Weise die Korruptionsanfälligkeit des Gesundheitssystems.[44] Die bekannten Risiken einer voraussehbaren Pandemie wurden nicht präventiv aufgegriffen, was gerade in den ersten Wochen und Monaten der Covid-19-Pandemie zu dramatischen Defiziten in einem präventiven Infektionsschutz und zu Versorgungsdefiziten in der Krankenhausversorgung geführt hat. Einzelbetriebliche Logiken, die Dominanz von Stakeholderinteressen und Renditeerwartungen haben die staatliche Gewährleistungsfunktion in puncto Gesundheit und Langzeitpflege zurücktreten lassen. Nicht die Sachzieldominanz prägte das Geschehen, sondern fiskalische und betriebswirtschaftliche Zielvorgaben (Schulz-Nieswandt 2020a). Entsprechend unethisch waren auch in Zeiten der Corona-Pandemie betriebswirtschaftliche Kalküle, etwa wenn es um den Einkauf und Weiterverkauf von Schutzmasken und die Verwendung von Subventionen nach Maßgabe ökonomischer Partikularinteressen ging. Die beruflich Pflegenden wurden zu Helden stilisiert und mit einem flüchtigen Bonus bedient.

Sie blieben gleichwohl vielfach mit ihrem beruflichen Ethos in den institutionellen Logiken gefangen und wurden – anders als das medizinische Personal – durch hoheitliche und administrative Vorgaben, insbesondere in der Langzeitpflege mit Verpflichtungen, teilweise unter Zwangsandrohungen (Schnelltests, Impflicht), konfrontiert, die ihre Eigenverantwortlichkeit in Frage stellten.

Gesundheit als öffentliches Gut, als Aufgabe der Daseinsvorsorge dient dem Schutz und der Erhaltung der Gesundheit. Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Regionen hat als Referenzmaßstab für eine gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu dienen – das ist die eine Lektion aus der Corona-Pandemie. Die andere lautet: Die Sorge um auf Pflege angewiesene, um vulnerable Menschen kann nicht allein Institutionen anvertraut werden, deren Logiken zum Teil von Hierarchie absicherndem Haftungsdenken einerseits und Gewinnstreben andererseits dominiert werden. Die Sorge gehört in die Mitte der Gesellschaft, professionell unterstützt und flankiert und in demokratische Aushandlungsprozesse vor Ort eingebettet - im Sinne von sorgenden Gemeinschaften (Klie 2019). Das der hierbei vorausgesetzte „sensus communis" in westlichen Gesellschaften mit ihren Formen deliberativer Konfliktbearbeitung keineswegs selbstverständlich ist, zeigt sich in den aktuellen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen. Umso bedeutsamer erscheint es, Formen der aktiven Bürger*innenbeteiligung in die – wissenschaftsbasierten – Auseinandersetzungen und Suche nach Lösungsstrategien für die sich in der Corona-Pandemie zeigenden Herausforderungen zur Erhaltung der Gesundheit und Sicherung der Pflege als Aufgabe der Daseinsvorsorge für alle Bürger*innen in der administrativen und politischen Kultur zu verankern.

2. Berufliche Emanzipation und Eigenständigkeit[45]

Care-Berufe sind überwiegend, jedoch nicht ausschließlich Frauenberufe und stehen damit in einer Tradition gesellschaftlich unzureichender Wertschätzung. Dies betrifft in besonderem Maße entsprechende Bildungsgänge und ihre institutionelle Verortung (dazu seinerzeit wegweisend: Rabe-Kleberg, Krüger, Karsten & Bals 1991).

Notorisch verkannt wird bis heute der Typus und Charakter von Sorgearbeit im Kontext unterschiedlicher Einrichtungen des Gesundheits- und

44 Vgl. Manzeschke (2015). Die zweite Auflage folgt in diesen Monaten mit einer Überarbeitung.

Sozialwesens mit seinen unterschiedlichen Anforderungen an eine hochwertige Pflege und den dazu nötigen Kompetenzen in Abhängigkeit von der wachsenden Komplexität des Versorgungsbedarfs der diversen gesellschaftlichen Gruppen. Flankiert durch dringend erforderliche politische Maßnahmen, wird mit der Zunahme pflegewissenschaftlich sowie professionsethisch fundierter Handlungskompetenz ebenso der Grad und der Umfang pflegeberuflicher Verantwortung im gesamten gesundheitlichen Versorgungssystem wachsen müssen. Ihr muss mit entsprechenden Leistungsbemessungskriterien und Vergütungen entsprochen werden, die an den spezifischen Bedarfen professioneller Pflege ansetzen und nicht primär ökonomische Zielperspektiven fokussieren.

Zur Erläuterung: Wachsende Anforderungen an pflegeberufliche Handlungsfähigkeit erzeugen einen dringenden Reformbedarf der konsekutiven (Neu-)Ordnung entsprechender beruflicher Bildungswege und Bildungsprozesse an den jeweiligen Lernorten. Eine angemessene berufliche Ausbildungsqualität kann nur mit allgemeinbildenden Schulabschlüssen besonders leistungsfähiger Schulabsolvent*innen als Eingangsniveau gewährleistet werden. Nur so kann das Berufsfeld Pflege die ihm gebührende gesellschaftliche Anerkennung finden, statt oftmals bloß als Sammelbecken für sogenannte „Arbeitsmarktverlierer*innen" angesehen zu werden. Diese Anforderung gilt auch für die Durchlässigkeit berufsschulischer und hochschulischer Bildungswege mit qualifikatorisch anspruchsvollen Anerkennungsregelungen. Ein besonderer Wert ist hierbei Bildungskonzepten mit dem Ziel der Subjektentwicklung beizumessen. Dies gilt vor allem mit Blick auf erforderliche Analyse-, Reflexions-, Entscheidungs- und Kommunikationskompetenzen, die fachlich vor dem Hintergrund wissenschaftlich geprüfter Standards anzueignen und berufspraktisch einzuüben sind, um professionelle Verantwortung in direkten professional-client-Beziehungen sowie auch in interprofessionellen Kooperationszusammenhängen übernehmen zu können. Dafür sind in Deutschland für die prozessverantwortlichen Fachkräfte lediglich Fachkompetenzen auf dem Niveau 4 (DQR) vorgesehen statt jene im Vergleich mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen vorgesehene Kompetenzstufe 6. Das ist angesichts dessen besonders bemerkenswert, dass Pflegende in Deutschland mehr Personen je Schicht pflegen und begleiten, als in anderen Ländern. Zudem sind die Ausführungen zu den im Rahmen der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen in Anlage 2, I-V der Pflegeberuflichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) in ihrem Anspruch an Inhalt und Komplexität für eine dreijährige Berufsausbildung ungewöhnlich hoch, wenn auch angesichts des sensiblen beruflichen Handlungsfelds unbedingt erforderlich.

Auch ein pflegewissenschaftliches Hochschulstudium muss vergleichbar hohen Anforderungen an akademische Bildungsabschlüsse gerecht werden. Der wachsende Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen darf kein Grund für eine Erleichterung von Bildungszugängen durch Absenkung von Bildungserfordernissen sein mit der Folge einer unzulässigen Absenkung von Kompetenzniveaus. Im Gegenteil: Je größer die Anerkennung qualitativ anspruchsvollen Wissens und die Wertschätzung erworbener Fach- und Handlungskompetenzen im Praxisfeld der Pflege ausfällt, desto stärkere Attraktivität gewinnen entsprechende berufliche und akademische Bildungsgänge in der Gesellschaft. Sie benötigen eine ebenso hochwertige Qualifikation des Lehrpersonals für berufliche und hochschulische Bildungsprozesse, wobei insbesondere die Profilierung der Lehrer- und Lehrerinnenbildung einer konsequenten pflegewissenschaftlichen, pflegepädagogischen und professionsspezifischen Fokussierung aller Studieninhalte einschließlich der medizinisch-naturwissenschaftlichen bedarf. Erst durch eine eigenständige professionelle Pflegeperspektive kann dem gesundheitlichen Versorgungsbedarf und dem damit verknüpften gesellschaftlichen Mandat des Berufs hinreichend entsprochen werden.

Zwischen berufspolitischen Entscheidungen und bildungspolitischen Weichenstellungen besteht eine enge Verknüpfung, insofern gerechte und akzeptable Leistungsvergütungssysteme in Zukunft an erworbenen beruflichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (u.a. auch Vorbehaltsaufgaben) zu orientieren sind. Dies setzt gleichzeitig Veränderungen in der Haltung der Berufsgruppe voraus, da bislang aufopferungsvolle Handlungsbereitschaften lediglich der Kompensation struktureller Mängel dienten. Aufgrund eines bestimmten men-

---

45 Für wichtige Hinweise danken wir Constanze Giese und Annette Riedel.

talen und strukturellen Traditionsüberhangs (siehe oben) hat es die gesamte Berufsgruppe der Pflege bis heute nicht vermocht, ihren gesellschaftlich legitimen, fachlich begründeten Ansprüchen in Form starker Organisationen beruflicher Interessenvertretung Ausdruck zu verleihen.

Besonders deutlich stach die mangelnde Organisationsmacht der Pflegeberufe seit der ersten Welle von Covid-19-Infektionen in Pflegeheimen hervor. Infektiologisch und materiell völlig unvorbereitet, mussten sich die Pflegeheime durch Rechtsverordnungen auf freiheitsentziehende Maßnahmen zurückziehen, ohne dass die Berufsgruppe Pflege auf diese grund- und menschenrechtlich höchst problematische Situation (siehe unten) zumindest mit speziell ausgearbeiteten palliativen Versorgungskonzepten angemessen hat reagieren können.[46] Stattdessen hat die Covid-19-Pandemie aufgrund wachsender Personalengpässe und eines verschlechterten Personalmix eine tendenzielle Rückkehr zur Funktionspflege mit Verrichtungsorientierung beschleunigt. Überhaupt nicht erwogen wurde dabei, inwieweit im Rahmen einer konsequent realisierten und mit Leben erfüllten Bezugspflege Übertragungsrisiken wesentlich hätten verringert werden können. Es werden somit Pflegefachpersonen benötigt, die solche Zusammenhänge erkennen, versprachlichen und Aushandlungsergebnisse konsequent vertreten können.

3. Eigenverantwortung und institutionelles Regime

Die nun seit über einem Jahr währende Corona-Pandemie hat wie ein Brennglas die schon zuvor bestehenden Probleme im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege stärker zum Vorschein kommen lassen. Ein Aspekt, der in diesem Zusammenhang häufiger genannt worden ist, ist der Hang zu übermäßiger Verwaltung bei gleichzeitiger struktureller Unverantwortlichkeit in einem feinstgliederigen Föderalismus. In den Alten- und Pflegeheimen ist dieser Umstand besonders augenfällig, da sie – wie kaum eine andere Organisation – von allen Ebenen reguliert werden: Bundes- und Länderrecht greifen hier, kommunales Recht und Träger wirken ein; sie alle tragen dazu bei, dass möglichst detailliert jede Handlung, jede Situation, jeder Zustand einer Bewohnerin oder eines Bewohners normiert und reguliert wird. Dies alles zum Rechtsschutz der Bewohnerinnen und Bewohner, zur Orientierung der professionell Pflegenden und zur Vergleichbarkeit und Vergütung der dort erbrachten Leistungen.

Diese Konstellation erweist sich allerdings als problematisch. Die Regulierung hat zu einem guten Teil die Eigenständigkeit und Verantwortlichkeit der Akteure vor Ort gedämpft, wenn nicht erstickt. Es handelt sich nach vielen Jahren der Einübung um eine ›Kultur‹ der akzeptierten Unselbständigkeit und Erwartung, dass von der Leitungsebene die nötigen Anweisungen kommen werden, die vor Ort dann zu exekutieren sind. Flankiert wird dies von einer Verrechtlichung praktisch aller wesentlichen Vorgänge, was eine verbreitete Angst vor Regressforderungen und Erlösminderung zur Folge hat. und den hierarchiegläubigen Attentismus noch verstärkt. Gleichzeitig werden jedoch fundamentale Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner leichthin über Sedierungen, Fixierungen oder Einsperrung kassiert (freiheitsentziehende Maßnahmen), ohne dass dies tatsächlich als schwere Rechtsverletzung thematisiert würde.

Es ist nicht so, dass in den Pflegeeinrichtungen Menschen arbeiten, die zu wenig wissen oder zu wenig fühlen. Es ist aber so, dass ihnen in den meisten Fällen Strukturen und Prozesse fehlen, um das wahrgenommene Unbehagen oder manifeste Unrecht zu artikulieren und über entsprechende Reflexion ein begründetes und verantwortetes Handeln dagegen zu setzen. Es ist ein Versäumnis der Zeit vor der Pandemie, das in der Krise erschwerend durchschlägt. Es ist nicht selten ein Manko in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden und Leitungen, dass ihnen, die sie vor allem auf die individuelle Begegnung mit Hilfebedürftigen vorbereitet wurden, nur wenig Verständnis und Kompetenz verfügbar ist, um in organisationalen Bezügen zu denken und entsprechend strukturell vernetzt zu handeln.

In Bezug auf ethische Fragen existiert weithin Sprachlosigkeit. Das resultiert zum einen aus der weithin wenig vorhandenen ethischen Kompetenz, moralisch relevante Dimensionen in bestimmten Situationen überhaupt wahrnehmen und artikulieren zu können. Zum zweiten in mangelnden organisationalen Strukturen, die

46 Inzwischen liegen pflegewissenschaftliche und ethische Empfehlungen vor: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2021); Riedel, A., Giese, C. et al. (2020).

ein empfundenes moralisches Unbehagen in einen zielführenden ethischen Diskurs überführen könnten, wofür es drittens ein kompetentes Personal (Ethik-, Moderations-, Organisationskompetenz) braucht, das viertens mit einem entsprechenden Mandat durch die Organisationsleitung ausgestattet ist. Die Sprachlosigkeit, das verordnete oder auch verdrängende Schweigen in den Einrichtungen führt zu einer Unkultur des Abstumpfens gegenüber den Pflegebedürftigen, aber auch der Kolleginnen und Kollegen. Das cool-out-Syndrom ist ein weit verbreitetes, aber weitgehend unbearbeitetes Problem in der Profession und den Einrichtungen.

Die Pflegepraxis ist einerseits durch hohe Professionalität und hohes Engagement gekennzeichnet, andererseits durch eingeschränkte Qualität und unzureichendes Qualitätsverständnis, wenn es darum geht, die zu Pflegenden in ihrer körperlichen, seelischen, oft auch sozialen oder sogar spirituellen Dimension wahrzunehmen und auf sie individuell abgestimmte Konzepte und Praktiken zu entwickeln.[47] Im besten Fall gelingt es, hochwertige Konzepte sehr gut in die alltäglichen Routinen zu integrieren und im Idealfall eine gute Versorgungsqualität bei hoher Verlässlichkeit zu bieten. Allerdings erweisen sich die Routinen in der Krise als unangemessen und kontraproduktiv, weshalb es zum Teil zu dramatischen Ausfällen kommt.

Ein weiterer Faktor, der hier erschwerend hinzukommt, ist die soziale Stellung der Pflege im Gefüge des Gesundheitswesens; sie wird weitgehend immer noch als eine der Medizin untergeordnete Assistenz verstanden, die in ihren Handlungsmaximen von denen der zuvor gestellten medizinischen Indikation abhängig ist. So gerieten zu Beginn der Krise die spezifischen Erfordernisse von Pflegebedürftigen in stationären oder auch ambulanten Settings nicht als genuin eigene pflegerische Aufgaben, sondern lediglich als abgeleitete in den Blick. Pflegewissenschaftliche Expertise wurde bei Weitem nicht so nachgefragt wie die medizinische.

Es scheint diese Mischung aus struktureller Nachrangigkeit und einem eher schwach ausgeprägten professionellen Selbstvertrauen zu sein, die dazu beigetragen hat, dass die Frage nach einer guten Pflege unter Bedingungen der Pandemie eher zu den Posterioritäten auf der politischen Agenda gehörte.[48] Verstärkend kommt noch hinzu, dass die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft eher als randständige Einzelne wahrgenommen werden und nicht als konstitutiv für das Gesamtbild dieser Gesellschaft. Wenn – um das an einem Beispiel zu erläutern – ein älterer Herr im Fernsehen unter Tränen darauf hinweist, dass er seit Wochen seine Frau im Pflegeheim nicht mehr besuchen dürfe, dann wird das als bedauerliches, aber doch subjektives Befinden inszeniert. Wenn ein Unternehmer ebenfalls unter Tränen von seinem bevorstehenden Ruin berichtet, dann ist das gerade kein Einzelfall, sondern steht pars pro toto für eine gefährdete Wirtschaft und damit für unser aller gefährdetes Wohl. Diese Imbalance zwischen der scheinbar unprofitablen Sorgearbeit und der produktiven, Wohlstand fördernden Erwerbsarbeit bestand schon lange vor der Pandemie, sie kann auch während der gegenwärtigen Krise nicht durch ernst gemeinten Applaus übersehen werden. Sie markiert vielmehr den Schwerpunkt, den eine kapitalistische Gesellschaft auf wertschöpfende Arbeit, Selbstmanagement und Erlöse legt, wohingegen Sorgebedürftigkeit und reproduktive Sorgearbeit im kulturellen und ökonomischen Haushalt eher als zu minimierende Kosten angesehen werden.

Der deutsche Sozialstaat weist eine enorme Quote auf und gewährt ein beachtliches Maß an Absicherung und Versorgung. Kritisch zu befragen ist jedoch, ob das ›soziale Kapital‹, das der Pflege zugemessen wird, nicht völlig unterdimensioniert ist im Verhältnis zu der behaupteten Systemrelevanz dieser beruflichen Leistungen. Hierbei geht es zunächst einmal nicht um die ökonomische Vergütung der professionellen Tätigkeiten, die in den seltensten Fällen die Bedeutung der geleisteten Arbeit widerspiegelt. Hier geht es um den Wert und die Bedeutung, die wir als Gesellschaft den Sorgehandlungen gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen beimessen. Ein Wert, an dem man die Humanität unserer Gesellschaft ablesen könnte. Die Pflege tatsächlich als eine fundamentale humanitäre berufliche Leistung in der Gesellschaft zu verstehen und ihr einen entsprechenden Stellenwert zuzumessen, wäre eine der großen institutionellen Herausforderungen,

47 Zur eingeschränkten Qualität und zum unzureichenden Qualitätsverständnis siehe insbesondere Hasseler & Stemmer 2018.
48 Pernack (2021).

der sich unsere Gesellschaft spätestens nach der Corona-Pandemie stellen sollte (Klie, Ranft & Szepan 2021). Eine fundamentale Frage, die in einer fundamentalen Krise zurecht vorgetragen wird, lautet, wie wir zukünftig leben wollen. Diese Frage kann nicht zureichend beantwortet werden, solange die Regelsysteme der Gesellschaft nicht tatsächlich umgestellt werden auf eine konsequente Orientierung an Menschenrechten und Menschenwürde. Dass ernst zu nehmende Stimmen darauf hinweisen, dass in Alten- und Pflegeheimen mit einer strukturellen Zuverlässigkeit Verletzungen der Menschenwürde geschehen, darf dann genauso wenig mit Achselzucken beantwortet werden wie der Hinweis, dass Frauen immer noch nicht gleichberechtigt sind.

Es handelt sich um einen Kulturwandel, der seine Zeit brauchen wird, der aber ebenso notwendig ist wie das Engagement für Gleichberechtigung, gegen Rassismus oder für effektive Maßnahmen gegen den Klimawandel. Solche Veränderungen werden nur in einem gleichzeitigen und verschränkten Handeln von Individuen und Steuerung durch die Institutionen erreicht. Noch erweisen sich die mit der Reichtumsproduktion spätmoderner Gesellschaften verbundenen „Verheißungsmotive" als stabil, d.h. als eine noch funktionierende Integrationsklammer. Die gegenwärtigen postindustriellen Gesellschaften mit globalisierten Ökonomien sind jedoch durch Dauerkonkurrenz und wachsende existenzielle Unsicherheit geprägt und es ist ungewiss, inwieweit die dadurch ausgelöste „Erosion lebensweltlicher Verlässlichkeit und Kontinuität [..] die kulturelle Reproduktion ebenso wie die Identitätsformen der Subjekte" unberührt lässt oder zu einer verstärkten Krisensensibilität führen wird (Rosa 2009, hier S. 104).

4. Würde sichern – Aufgabe der Gesellschaft gegenüber vulnerablen Gruppen

Die Corona-Pandemie hat unsere Gesellschaft mit Herausforderungen konfrontiert, mit denen man rechnen konnte, mit denen die Gesellschaft aber nicht gerechnet hat und auf die sie nur unzureichend vorbereitet war. Einem besonderen Stress- und Glaubwürdigkeitstest wurde das deutsche Gesundheitswesen einschließlich des Systems der Langzeitpflege unterzogen. Die Leistungsfähigkeit des international in Teilen vorbildlichen deutschen Gesundheitswesens musste sich durch Flexibilität, die kurzfristige Verlagerung von Kapazitäten und die Implementierung eines suffizienten Infektionsschutzmanagements bewähren. Eine ganz wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang spielten die beruflich Pflegenden. Auf sie war in vielfältiger Weise Verlass. Die deutsche Gesellschaft konnte auf die Kompetenz, auf die Leistungsbereitschaft, aber auch auf die Empathiefähigkeit und intrinsische Motivation der Pflegefachkräfte rechnen – und dies auch dort, wo die Rahmenbedingungen für die Pflege ungünstig waren und sind und Berufsangehörige in besonderer Weise Risiken im Zusammenhang mit dem Covid-19-Erreger ausgesetzt waren. Ähnliches gilt für die Langzeitpflege. Hier waren und sind in besonderer Weise Hochrisikogruppen hinsichtlich einer Covid-19-Infektion in den Blick zu nehmen und die Verantwortung ihnen gegenüber einzulösen. Einrichtungen der Langzeitpflege wurden am Anfang der Pandemie verzögert in das Hygieneregime einbezogen. Ihnen wurden erst später entsprechende Schutzmaßnahmen und Testkapazitäten zur Verfügung gestellt. Hierdurch ergaben sich auch und gerade für die beruflich Pflegenden besondere Stress- und Risikosituationen. Dabei waren insbesondere in Einrichtungen der Langzeitpflege beruflich Pflegende mit staatlichen Vorgaben konfrontiert, die zum Teil im deutlichen Widerspruch zu ihren fachlichen Standards und ethischen Ansprüchen standen. Das galt für Pflegekräfte in Kliniken und Ärzte in anderer Weise – etwa dadurch, dass über die Aufnahmekapazitäten und Operationsressourcen zentral und nicht vor Ort entschieden werden konnte. In der Langzeitpflege waren Pflegekräfte mit der Um- und Durchsetzung eines Hygieneregimes konfrontiert, das mit der Verletzung von Menschenrechten und fachlichen Standards in ganz erheblichem Maße verbunden war. Auch ist insbesondere bei Menschen mit Demenz, die in Heimen leben, zu beklagen, dass das Hygieneregime den Krankheitsverlauf deutlich beschleunigt und in bisher nicht näher beziffertem Umfang auch zum vorzeitigen Tod von Bewohner*innen geführt hat.

Die Pflege versteht sich im Kern als Beziehungsarbeit. Die Kunst der Sorge besteht darin, kranken Menschen soweit wie irgendwie möglich Bedingungen guten Lebens zu erhalten, d.h. sie in die Lage zu versetzen in ihrer jeweiligen Lebensphase und mit Blick auf ihre Möglichkeiten ein elementar bedeutsames Leben zu entfalten– bis zum Tod. Mit der Kränkung und der Umsetzung von notwendigen Schutzmaßnahmen nicht die Erfah-

rung der Demütigung zu verbinden: Darin besteht die Kunst der Sorge. Mit Margalit (1996) verstehen wir eine anständige Gesellschaft als eine, deren Institutionen ihre Mitglieder nicht demütigen. Insofern war und ist die Corona-Pandemie (auch) eine Bewährungsprobe für eine Gesellschaft, die um die Würde von auf Pflege angewiesenen und kranken Menschen ringt – im öffentlichen Diskurs, in der institutionellen Wirklichkeit und im unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen und auf Pflege angewiesenen Menschen.

In Zeiten von Corona verbreiteten sich Keime der totalen Institution, um das Bild der Infektion aufzugreifen, in der generalisierte, nicht risikospezifische und von den Personen und ihrer existentiellen Lebenssituation losgelöste Maßnahmen in fast militärisch zu nennender Logik umgesetzt wurden. Bilder kreativer Lösungsversuche, der Ermöglichung persönlicher Kontakte von Bewohner*innen mit ihnen bedeutsamen An- und Zugehörigen, Versuche einer konvivialen Alltagsgestaltung stehen gegen solche eines dominanten Hygieneregimes. Sie geben Zeugnis von der Kunst der Sorge, dem lebendigen Zentrum von Pflege-Arbeit, für die es unter den weiterhin zu erwartenden Einschränkungen der nächsten Jahre und darüber hinaus deutlich mehr verantwortlich zu gestaltende Spielräume geben muss. Mit einem von den Personen absehenden generalisierenden Hygieneregime, mit dem Verzicht auf rechtschutzsichernde Verfahren etwa bei freiheitsentziehenden Maßnahmen waren und sind Demütigungen verbunden, wie die Verletzung der Selbstachtung, der Entzug der Selbstkontrolle und der Ausschluss aus der menschlichen Gemeinschaft: Hierin bestehen die zentralen Demütigungserfahrungen, die sich so nicht wiederholen dürfen.[49] Insbesondere in den hierarchischen Organisationen der Langzeitpflege kam es dort, wo es an umsichtiger Führung fehlte, zum Rückgriff auf hierarchische und im Kern paramilitärische Strukturen, in denen von den als selten etikettierten Pflegekräften ein Dienen und Gehorchen verlangt wurde.

Die Sicherung der Würde, die in sozialer Interaktion erfahrbar wird, ist nicht nur Aufgabe der Pflegeberufe, sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie bezieht sich auch nicht nur auf Kranke und auf Pflege angewiesene Menschen in Institutionen, sondern auch und gerade auf Personen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit, in ihren Familien leben. Die Pandemie hat auf der einen Seite solidarische Ressourcen in der Gesellschaft geweckt, in Familien, Freundeskreisen und Nachbarschaften. Die Bedeutung dieser Solidarität wurde zwar politisch gewürdigt, andererseits allerdings in zum Teil dramatisch zu nennender Weise auch dort unterdrückt, wo die Menschenwürde in ihrem Kern tangiert wurde. Zu denken ist an die verhinderte Begleitung Sterbender, der Ausschluss von Ehepartnern aus der alltäglichen Begleitung und Assistenz mit dramatischen Folgen für die Patient*innen. Eine Gesellschaft ist dann anständig, wenn sie ihre Bürger*innen durch ihre Institution nicht demütigt. Die Bereitschaft und das Ringen vieler Bürger*innen darum, das Wohlergehen besonders vulnerabler Mitbürger*innen unter Vorzeichen der Pandemie zu sichern, wurde vielfach durch generalisierende administrative Vorgaben mit Sanktionsandrohungen „im Keim" erstickt. Das darf so nicht wieder passieren. Insofern werden auch und gerade administrative Instanzen, die unter dem Vorzeichen der Corona-Pandemie nicht die notwendige Flexibilität und Sensitivität im Kontext der Würdesicherung entfaltet haben, ihr Selbstverständnis und ihre Governance auf den Prüfstand zu stellen haben.

5. Dignität von Menschenrechten

Ohne sorgfältige institutionelle Vorkehrungen hat sich die Covid-19-Pandemie mit großer Wucht ausbreiten können. Mit zahlreichen politisch verordneten Maßnahmen zum Infektionsschutz wurden in erheblicher Weise Grund- und Menschenrechte eingeschränkt. Um die Legitimität und Verhältnismäßigkeit dieser Grundrechtseingriffe entzündete sich rasch eine von Rechtswissenschaftlern, Politikern sowie Bürgern und Bürgerinnen geführte Debatte, die bis heute anhält.

Die Legitimität der mit Menschenrechten verbundenen universalen Ansprüche beruht in einer Tradition des Naturrechts, das etwa mit Grotius' *De jure belli ac pacis* (1625) aus der theologischen

49 Eine strukturelle Problemanzeige ist damit zu verbinden: Wie soll – pointiert gesprochen – eine Berufsgruppe, die sich selbst permanent der Demütigung ausgesetzt sieht und dies mehr oder minder hinnimmt, die Demütigung anderer wahrnehmen und hiergegen aufstehen? Die früher eingeübte Demut ist einem längeren Prozess in Demütigung, vielleicht sogar in die Erwartung gedemütigt zu werden, umgeschlagen.

Tradition des göttlichen Rechts herausgelöst wird.[50] Ihr liegt die anthropologisch begründete Annahme einer wechselseitigen Angewiesenheit des Menschen auf seinesgleichen zugrunde. Rechtsphilosophisch und rechtsgeschichtlich betrachtet haben die in kulturelle Entwicklungen eingelassenen, aber auch aus epochal traumatischen Erfahrungen resultierenden alltagsmoralischen Vorstellungen (der Achtung, des Respekts, der Unantastbarkeit der Person in einem stark sensualistischen Begründungszusammenhang[51]) eine Schrittmacherfunktion für die Rechtsentwicklung entfaltet (Joas 2011, insbes. S. 108-146). Die Legitimität universaler Grund- und Menschenrechte beruht daher außerhalb des reinen Rechtsdenkens auf Traditionselementen eines stetig fortentwickelten moralphilosophischen Diskurses, in dem das Prinzip der Öffentlichkeit als Methode der Aufklärung (Habermas 1976, S. 128) fungiert.[52]

Von der Legitimität universeller, koexistierender Rechtsnormen ist die Legitimität ihrer Einschränkungen bzw. Relativierung unter Berücksichtigung möglicherweise von Fall zu Fall konfligierender Grundrechtsansprüche zu unterscheiden. Die bundesdeutsche Verfassung kennt zwei, nicht selten in ihrer Anwendung prima vista unversöhnlich gegenüberstehende Grundrechte wie bspw.: freie Entfaltung der Persönlichkeit (auch verstanden als ein Abwehrrecht gegenüber staatlicher Willkür) versus Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (personale Integrität).

In der ersten Phase der sich hochdynamisch ausbreitenden Covid-19-Pandemie haben sich die Bundesländer auf dem Verordnungswege, teilweise gestützt auf eigens dafür vorgenommene Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, zu meist tief eingreifenden Beschränkungen der persönlichen Freiheit veranlasst gesehen. Bisher beispiellos durch Abriegelungen betroffen waren davon Krankenhäuser und Pflegeheime. Auslöser waren die sich dort zwar selten aber teilweise unbeschränkt ausbreitenden Covid-19-Erkrankungen älterer Menschen mit häufig tödlichem Ausgang. Die vollständige räumliche Isolation sämtlicher Heimbewohner sowie Kontaktverbote für Angehörige und weitere Bezugspersonen erfolgten unter Berufung auf das grundrechtliche Gebot des Schutzes vulnerabler Personen. Die Vermeidung des biologischen Todes wurde gewissermaßen mit dem Risiko eines „sozialen Todes" erkauft (Schulz-Nieswandt 2020b, 120). Die dabei pauschal in Kauf genommene Verletzung anderer Grundrechte ist allerdings rechtsstaatlich unzulässig. Sie muss auf ihre Verhältnismäßigkeit geprüft und situativ unter steter Berücksichtigung neuester (wissenschaftlicher und praktischer) Erkenntnisse sowie des konkreten Stands technischer Präventionsmöglichkeiten begründet werden.

Ethische Überlegungen werden über einen durch rechtliche Normen sowie technische Mittel vorgegebenen Bezugsrahmen hinausgehen müssen. Zeitlich begrenzte Freiheitseinschränkungen im Schutzinteresse Anbefohlener könnten unter bestimmten Umständen gerechtfertigt werden; wenn zum Beispiel durch Isolation entstehende seelisch-geistige Leidenszustände betroffener Personen durch zusätzliche Interventionen des betreuenden Pflegepersonals gelindert werden können. Dabei ist zu bedenken, dass das ohnehin institutionell eingeschränkte Kommunikationsgeschehen durch zusätzliche Quarantänemaßnahmen noch weiter ausgezehrt würde. Rechtfertigende Gründe wären lediglich dann gegeben, wenn durch zusätzliches Personal mit ausreichender Qualifikation den durch soziale Isolation entstehenden höheren Betreuungsanforderungen (persönliche Kommunikation, leibliche Präsenz mit geistig-seelisch stimulierender und aktivierender oder auch besänftigender Wirkung, technische Unterstützung bei der Aufrechterhaltung z.B. telematischer Kontakte zu vertrauten Personen usw.) entsprochen werden könnte. Dem gegenüber hatte jedoch das Infekti-

50 Dabei muss allerdings eine Unterscheidung zwischen katholischen und protestantischen Traditionslinien vorgenommen werden. Gerade im Protestantismus wird der Rekurs aufs Naturrecht kritisch gesehen. Der Gedanke eines unmittelbaren Zugangs aller Glaubenden zu ihrem Schöpfer bedarf weder einer natürlichen noch einer priesterlichen Vermittlung. Menschenwürde ist in diesem Sinne die im Glauben empfangene und erfahrene Gotteskindschaft, die keiner weiteren Bestätigung durch menschliche Leistungen bedarf.

51 So etwa bei David Hume (2002).

52 Kant glaubte sich des „transzendentalen Princip(s) der Publicität des öffentlichen Rechts" (AA, VIII, 382) geschichtsphilosophisch dadurch versichern zu können, dass der von Natur aus eigennützige Bürger (*Bourgeois*) sich aus rationalen Gründen gezwungen sieht, sich um der gesellschaftlichen Wohlfahrt und des zwischenstaatlichen Friedens willen in einen *Citoyen* zu verwandeln und damit auch im politischen Interesse aller uneigennützig zu handeln. Aus diesem Konzept politischer Öffentlichkeit ergibt sich für Kant sogar die Chance, Moral in Politik zu überführen (AA, VIII, 370-372)..Freilich haben wir es bei Kant mit der „alt-liberalen" Version eines Republikanismus durch Institutionalisierung öffentlicher Meinungsbildung zu tun; „alt-libera" insofern, als politische Öffentlichkeit strukturell mit der Idee einer „Gelehrtenrepublik" verknüpft und solchermaßen für lange Zeit konserviert worden ist.

onsgeschehen zu sich ständig vergrößernden Personallücken geführt: Die wachsende Zahl erkrankter Pflegefachpersonen konnte nur durch extrem ausgedehnte Arbeitszeiten der Restbelegschaft halbwegs kompensiert werden. Mit der Covid-19-Pandemie offenbarte sich ein über die Alltagsbelastungen hinausgehendes besonderes gesundheitliches Risiko der Berufsgruppe Pflege wie auch der akutmedizinisch tätigen Ärzteschaft.

Besonders gravierende ethische Probleme stellten sich bei der Betreuung kognitiv eingeschränkter oder demenziell erkrankter Bewohner*innen, die bei Verlust vertrauter Personen zumeist mit Angst, Unruhe oder reaktiver Feindseligkeit reagieren. Das heißt, die besondere Vulnerabilität dieser Menschen wurde nicht durch ein ihnen entsprechendes Schutzkonzept berücksichtigt, sondern durch allgemeine infektionslogische Überlegungen, die im Endeffekt diese Menschen noch stärkeren Schädigungen aussetzten. Weitere ethische Probleme ergaben sich in den Fällen, in denen durch Freiheit einschränkende Maßnahmen eine menschenwürdige Betreuung und Versorgung an Covid-19 erkrankter und sterbender Menschen im Pflegeheim sowie im Krankenhaus unter Bedingungen des Infektionsschutzes unmöglich geworden war. Vor allem in diesen Fällen stellen sich Fragen der Legitimität von Ausnahmeregelungen in Extremsituationen.

Die Covid-19-Pandemie hat neben bloß wohlfeilen symbolischen Gesten nicht zu einer politischen Aufwertung der Pflegeberufe geführt. Vor allem die großen Herausforderungen der ambulanten und stationären Langzeitversorgung finden keine adäquate politische Aufmerksamkeit. Diese Marginalisierung erklärt sich möglicherweise aus einer trüben Allianz mit offensichtlich unzerstörbaren Bildern des alten Menschen als Greis, dem zu helfen ein ethisches Gebot der Barmherzigkeit ist, ohne dass dessen Subjektivität (manifestiert in persönlichen Fähigkeiten, geistig-seelischen Potenzialen, aber auch höchst individuellen Vorstellungen eines sinnhaften Daseins mit entsprechenden Bedürfnissen und Wünschen) in angemessener Weise erkannt, interaktiv nachvollzogen und respektiert wird (Kruse 2021). Es sind diese subkutan sich reproduzierenden Bilder des Alters und des alten Menschen, welche den gesellschaftlich-politischen Umgang mit einer durch die Pandemie ausgelösten Krise der Versorgung bestimmen: Bilder eines Risikopatienten, dessen ethisch prioritärer Anspruch einzig der eines alles andere überragenden Schutz- und Überlebensinteresses ist. Darüber hinaus gehende Wünsche und Bedürfnisse sowie „selbst-, mit- und gemeinwohlverantwortliche" Handlungskompetenzen älterer Menschen (Kruse 2021, 2) entziehen sich häufig der öffentlich-politischen Vorstellungskraft und leider auch der pflegerischen Professionalität.

Während der ersten pandemischen Welle politisch völlig auf sich gestellt, wurden auf den Leitungsebenen von Pflegeeinrichtungen zwar allerhand Versuche unternommen, dem Infektionsgeschehen durch Hygienemaßnahmen, Verhaltensregeln, teilweise auch Videoschulungen entgegenzuwirken. Dabei zeigte sich ein gewisser negativer Zusammenhang zwischen den in einem Pflegeheim ergriffenen Präventionsmaßnahmen und dem Ausbruch von Covid-19-Infektionen in der betreffenden Einrichtung (Theobald 2021, 8f., unter Bezugnahme auf Wolf-Ostermann et al. 2020). Was aber offenbar viel zu wenig in Erwägung gezogen wurde, waren Möglichkeiten einer „Risiko-Kommunikation" mit möglichst allen *Akteur*innen und Betroffenen*. Man kann diesen Mangel als ein organisationsethisches Versagen qualifizieren, das sich aber in eine Reihe fundamentaler Fehlannahmen und Fehleinstellungen hinsichtlich altersangemessenen Handelns einordnen lässt. Gegenwärtig gibt es gute Gründe, Lockdown-Regelungen in Pflegeeinrichtungen dann zu lockern, wenn durch umfassende Impfungen, Testungen und die Einhaltung üblicher Hygienestandards Infektionsrisiken mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können (Riedel & Planer 2021; Schulz-Nieswandt 2021; Kruse 2021). Noch immer aber scheinen sich Fehlannahmen hinsichtlich des alten Menschen auch im beruflichen Selbstverständnis von Pflegefachpersonen zu reproduzieren. Und es ist wenig erforscht, ob es sich dabei um einen Reflex gesellschaftlicher Ohnmachtserfahrungen der Berufsgruppe handelt. Die Covid-19-Pandemie hat daher auch dies gelehrt: Die Wahrung unteilbarer Menschenrechte als normativer Anspruch pflegerischen Handelns ist von Anfang an in berufssozialisatorischen Prozessen der Bildung und praktischen Schulung zu verankern. Dies wird nur gelingen, wenn die der pflegeberuflichen Arbeit selbst innewohnende Würde auf gesellschaftliche Resonanz trifft. Darauf hinzuwirken ist Aufgabe der Politik – der allgemeinen ebenso wie der beruflichen.

Zum Autorenteam

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Privatdozent an der Alpen Adria Universität Klagenfurt. Er leitet die Forschungsinstitute AGP Sozialforschung und das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin, arbeitet als Rechtsanwalt, ist Justitiar der VdPB in München und war Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtskommisson, Mitglied in der 6. und 7. Altenberichtskommission der Bundesregierung sowie der Zukunftskommission Niedersachsen 2030. Seit 2001 ist er Kurator beim KDA.

Kontakt:
AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
E-Mail: klie@eh-freiburg.de
Tel. 0761-47812-696
www.thomasklie.de

Prof. Dr. Arne Manzeschke lehrt Anthropologie und Ethik für Gesundheitsberufe an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.

E-Mail: arne.manzeschke@evhn.de

Prof. Dr. Hartmut Remmers ist Seniorprofessor an der Universität Heidelberg Institut für Gerontologie.

E-Mail: remmers@uni-osnabrueck.de

Literaturverzeichnis

Aulenbacher, B. & Dammayr, M. (2014) (Hrsg.): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Beltz Juventa: Weinheim, Basel.

Bell, D. (1979): Die Zukunft der westlichen Welt. Kultur und Technologie im Widerstreit (amerikanische Originalausgabe: „The Cultural Contradictions of Capitalism"). Fischer: Frankfurt a. M.

Biebricher, Th. (2021): Die politische Theorie des Neoliberalismus. Suhrkamp: Berlin.

Biesecker, A. & Hofmeister, S. (2013): Zur Produktivität des „Reproduktiven". Fürsorgliche Praxis als Element einer Ökonomie der Vorsorge. In: feministische studien. H. 2, S. 240-252.

Bliemetsrieder, S. & Fischer, G. (2020): Solidarität und Sozialität gegen Kontrolle und Aufrüstung. Krigesanalogien in der Corona-Pandemie verstetllen den Blick auf relevante Diskurse um Verletzlichkeit, Gerechtigkeit und Fürsorge in und durch die Pflege. In: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, S.21-27. http://www.lazarus.at/wp-content/uploads/2020/04/pflegewissenschaft_corona1_hpsmedia_15042020.pdf

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Bundesdrucksache 18/10210.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2020): Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung. Bundesdrucksache 19/21650.

Bobbert, M. (2019): Berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit: sechs sozialethische Problemanzeigen. In: Ethik in der Medizin, 31, S. 289-303.

Bodmer, A. (2021): Die Epistemisierung des Politischen. Wie die Macht des Wissens die Demokratie gefährdet. Reclam: Stuttgart.

Böhle, F. & Weishaupt, S. (2003): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nichtstandardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing A. & Glaser J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogefeld: Göttingen. S. 149–62.

Bröckling, U. (2020): Postheroische Helden. Ein Zeitbild. Suhrkamp: Berlin.

Brückner, M. (2004): Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfsbedürftigkeit. Fürsorge und Pflege in westlichen Wohlfahrtsregimen. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Bd. 29, S. 7–23.

Brückner, M. (2018): Care - Sorgen als sozialpolitische Aufgabe und als soziale Praxis. In: H.-U. Otto, H. Thiersch, R. Treptow & H. Ziegle (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik.6. überarb. Aufl., München. S. 212-218.

Bubeck, D. E. (1995): Care, Gender, and Justice. Oxford: Clarendon Press.

Dahrendorf, R. (1992): Der moderne soziale Konflikt. Essay zur Politik der Freiheit. Deutsche Verlags-Anstalt: Stuttgart.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2020). S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie - Langfassung - AWMF Register-nummer 184 - 001, Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html (19.04.2021).

Durkheim, É. (1973): Der Selbstmord [1897]. Neuwied a. Rhein: Luchterhand.

Erikson, E.H. (1994): Identität und Lebenszyklus. 14. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. 7th edition, Cambridge: Polity Press

Evans, Michaela (2016): Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. WISO-Diskurs, Arbeitspapier 23/2016.

Falk Rafael, A. R. (1996): Power and Caring: A Dialectic in Nursing. In: Advances in Nursing Science 1996, 19(1). S. 3-17.

Fangerau, H. & Labisch, A. (2020): Pest und Corona. Pandemien in Geschichte, Gegenwart und Zukunft. Herder: Freiburg i.Br.

Filipp, S.-H. (1990): Kritische Lebensereignisse (2. Aufl.). München.

Foundational Economy Collective (2019): Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik. Suhrkamp: Berlin.

Friesacher, H. (2012): Kritik und moralisches Engagement – Überlegungen zur Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege. In: Brandenburg, H. & Kohlen, H. (Hrsg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Kohlhammer: Stuttgart. S.65-77.

Gaida, U. (2008): Kommentar Quelle V,13. In: Hähner-Rombach, S. (Hrsg.): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mabuse-Verlag: Frankfurt a.M., S. 629-633.

Giese, C. (2019): 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, S. 305-323.

Goldie, P. (2000): The Emotions: A Philosophical Exploration. Oxford: Clarendon Press.

Großbölting, Th. (2013): Der verlorene Himmel. Glaube in Deutschland seit 1945. Göttingen.

Habermas, J. (1973): Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus. 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Habermas, J. (1976): Strukturwandel der Öffentlichkeit. 8. Aufl. Neuwied, Berlin: Luchterhand.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hämel, K. et al. (2020): Ermöglichung sozialer Kontakte von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen während der Covid-19-Pandemie. Kompetenznetz Public Health Covid-19, Bremen.

Hasseler, M. & Stemmer, R. (2018): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Springer. S. 23-36.

Haubner, T. (2017): Ein unbequemes Erbe. Die Ausbeutung von Pflegearbeiten und der marxistische Ausbeutungsbegriff. In: Das Argument, Nr. 324/2017, S. 534-547.

Hegel, G. W. F. (1974): System der Sittlichkeit. In: Ders., Frühe politische Systeme. Hrsg. von G. Göhler. Frankfurt a.M., Berlin, Wien. S. 13-102.

Heubel, F. (2021): Das wohltemperierte Haifischbecken oder was es heißt, eine Profession zu sein. In: Ethik in der Medizin, 33, S. 89-105.

Hume, D. (2002): Eine Untersuchung der Grundlagen der Moral (engl. Org. 1751). Göttingen.

Hunt, M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt a.M., New York.

Husserl, E. (1938/1962): Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie. Husserliana VI, Den Haag.

Joas, H. (2011): Die Sakralität der Person. Eine neue Genealogie der Menschenrechte. Suhrkamp: Berlin.

Klie, Th. (2019): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.

Klie, Th., Ranft, M. & Szepan, N.-M. (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Hrsg. vom KDA. Berlin.

Kohlen, H. & McCarthy, J. (Ed.) (2020): Nursing Ethics: Feminist Perspectives. Springer Nature Switzerland.

Kohlen, H. (2012): (Bio-)Ethik und soziale Verantwortung – Diskurs und Praxis in Medizin und Pflege. In: Brandenburg, H. & Kohlen, H. (Hrsg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Kohlhammer: Stuttgart. S. 53-64.

Koselleck, R. (2019): Art. „Krise". In: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Bd. 4, Sonderausgabe, Darmstadt: WGB, S. Sp. 1235-1240.

Kreutzer, S. (2014): Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980. Vandenhoeck & Ruprecht unipress (= Schriftenreihe zur Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 9), Universitätsverlag Osnabrück: Göttingen.

Kreutzer, S. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Vandenhoeck & Ruprecht unipress (= Schriftenreihe zur Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5), Universitätsverlag Osnabrück: Göttingen.

Kruse, A. (2021): Lockerung der Lockdown-Regelungen in stationären Pflegeeinrichtungen, Wohnstiften und Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Erklärung v. 24.03.2021, Universität Heidelberg.

Kumbruck, Chr. & Senghaas-Knobloch, E. (2019): Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität – Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege. In: Böhle, F. & Senghaas-Knobloch (Hrsg.): Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Impulse für kritische Arbeitsforschung. Springer VS: Wiesbaden. S. 131-165.

Liaschenko, J. (1993): Feminist ethics and cultural ethos: Revisiting a nursing debate. In: Advances in Nursing Science 1993, 15(4). S. 71-81.

Manzeschke, A. & Brink, A. (2014): Gouvernementalität und Versprechen. Wirtschaftsphilosophische Anmerkungen zu einem Steuerungsregime am Beispiel unberechtigter Mehrforderungen in Non-Profit-Organisationen. In: Enkelmann, W. D. & Priddat, B. (Hrsg.): Was ist? Wirtschaftsphilosophische Erkundungen, Marburg (Metropolis), S. 297–323.

Manzeschke, A. & Brink, A. (2010): Versprechen, Vertrag und Supererogation in Nonprofit-Organisationen. In: Theuvsen, L.., Schauer, R. & Gmür, M. (Hrsg.), Stakeholdermanagement in Non-Profit-Organisationen, Linz (Trauner), S. 125–141.

Manzeschke, A. (2015): Der Umgang mit finanziellen Anreizen als ethische Herausforderungen. In: Marckmann, G. (Hrsg.): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin, Berlin (Springer), S. 223–233.

Margalit, A. (1996): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. 2. Auflage 2018, Suhrkamp: Berlin.

Matuschek, I. Kleemann, F. & Voß, G.G. (2008): Subjektivierte Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson. In: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, H. 150, 38. Jg., Nr. 1, S. 49-64.

Mauelshagen, F. (2020): Das Antlitz des Leviathan. In: Volkmer, M. & Werner, K. (Hrsg.): Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft. Transcript Verlag: Bielefeld, S. 37-44.

May, M. (2014): Auf dem Weg zu einem dialektisch-materialistischen Care-Begriff. In: Widersprüche, Heft 134, 34. Jg., Nr. 4, S. 11-51.

Mitscherlich, A. & Mielke, F. (1949): Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Lambert Schneider: Heidelberg.

Müller, E. & Schmieder, F. (2017): Begriffsgeschichte und historische Semantik. Ein kritisches Kompendium. Suhrkamp: Berlin.

Nullmeier, F. (2004): Vermarktlichung des Sozialstaates. WSI-Mitteilungen 9/2004, S. 495-500.

Ostner, I. (2011): Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung? In: Evers, A. (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste. 1. Aufl. Wiesbaden, S. 461-481.

Panke-Kochinke, B. (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch. Mabuse-Verlag: Frankfurt a.M.

Panke-Kochinke, B. (2004): Unterwegs und doch daheim. (Über-)Lebensstrategien von Kriegskrankenschwestern im Ersten Weltkrieg in der Etappe. Mabuse: Frankfurt a.M.

Pernack, Ch. (2021): Helden der Selbstverzwergung. Die Bedingungen in ihrer Branche sind mies, doch dagegen könnten die Pflegekräfte selbst viel mehr tun. Ein Kommentar. In: DIE ZEIT Nr. 8/2021, 18. Februar 2021. Online unter: https://www.zeit.de/2021/08/pflegekraefte-arbeitsbedingungen-gesundheitsbranche-pflegekammer-corona-krise?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F [Abruf vom 25.03.2021].

Plonz, S. (2018): Wirklichkeit der Familie und protestantischer Diskurs. Ethik im Kontext von Re-Produktionsverhältnissen, Geschlechterkultur und Moralregime. Nomos: Baden-Baden.

Przeworski, A. (2020): Krisen der Demokratie. Berlin: Suhrkamp.

Rabe-Kleberg, U., Krüger, H., Karsten, M. E. & Bals, Th. (Hrsg.) (1991): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: Pro Person.

Reckwitz, A. (2019): Das Ende der Illusionen. Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne. Berlin: Suhrkamp.

Reckwitz, A. (2017): Die Gesellschaft der Singularitäten. 3. Aufl., Berlin: Suhrkamp.

Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln - Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Hans Huber Verlag: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Remmers, H. (2017): Care: Existential Assets and Nonpartisan Justice. On Several Ethical Aporiae of Care Professions. In: Foth, Th., Holmes, D., Hülsken-Giesler, M., Kreutzer, S. & Remmers, H. (Ed.) (2017): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice. Bd. 14 der Schriftenreihe: *Pflegewissenschaft und Pflegebildung.* Vandenhoeck & Ruprecht, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 69-90.

Remmers, H. (2018): Anmerkungen zum ‚Schicksal' von Care-Berufen im Kontext gesellschaftlicher Erosionskrisen. In: Balzer, S., Barre, K., Kühme, B. & von Galen-Hoops, W. (Hrsg.): Wege kritischen Denken in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 102-117.

Remmers, H. (2020): Wie systemrelevant ist Religion aus der Perspektive der beruflichen Pflege? In: Loccumer Pelikan. Religionspädagogisches Magazin für Schule und Gemeinde des Religionspädagogischen Instituts Loccum, Ausgabe 3/2020, S. 42-44.

Riedel, A. & Giese, C. (2018): Empfehlungen für eine künftige Ethikbildung der Pflegeberufe. Ein Beitrag zur Entwicklung einer professionellen und beruflichen Identität. In: Kemser, J. & Kerres, A. (Hrsg): Lehrkompetenz lehren. de Gruyter: Oldenbourg, S. 3–21.

Riedel, A. & Planer, K. (2021): Stellungnahme zu Lockerungen der Lockdown-Regelungen zur Ermöglichung von Begegnung und sozialer Teilhabe. Hochschule Esslingen, 24.03.2021.

Riedel, A., Giese, C. et al. (2020): Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19. Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf (19.04.2021).

Roelcke, V. (2017): Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde. Psychosozial-Verlag: Gießen.

Rosa, H. (2009): Kapitalismus als Dynamisierungsspirale – Soziologie als Gesellschaftskritik. In: Dörre, K., Lessenich, S. & Rosa, H. (Hrsg.): Soziologie–Kapitalismus–Kritik. Eine Debatte. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 87-125.

Sandel, M. J. (2020): Vom Ende des Gemeinwohls. Wie die Leistungsgesellschaft unsere Demokratie zerreißt. S. Fischer: Frankfurt a.M.

Schimank, U. (2011): Nur noch Coping: Eine Skizze postheroischer Politik. In: Zeitschrift für Politikwissenschaft, 21:3, S. 455-463.

Schmetkamp, S. (2019): Theorie der Empathie zur Einführung. Junius: Hamburg.

Schmidt, T.-I. (2018): Daseinsvorsorge aus rechtswissenschaftlicher Perspektive. In: Thomas Klie und Anna Wiebke Klie (Hg.): Engagement und Zivilgesellschaft. Expertisen und Debatten zum Zweiten Engagementbericht. Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft und Demokratie), S. 269–338.

Schulz-Nieswandt, F. (2020a): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik". Hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Berlin. https://kda.de/wp-content/uploads/2020/05/Gefahren-und-Abwege-der-Sozialpolitik.pdf

Schulz-Nieswandt, F. (2020b): Corona und die Verdichtung der Kasernierung alter Menschen. In: Volkmer, M. & Werner, K. (Hrsg.): Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft. Transcript Verlag: Bielefeld, S. 119-123.

Schulz-Nieswandt, F. (2021): Grundrechtsgewährung nach der Durchimpfung der stationären Langzeitpflege. Stellungnahme v. 23.03.2021.

Sirleaf, E.L. &Clark, H. (2021): Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making Covid-19 the last Pandemic. In: The Lancet, 12 Mai 2021. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01095-3/fulltext (15.05.2021)

Staab, Ph. (2014): Macht und Herrschaft in der Servicewelt. Hamburger Edition: Hamburg.

Steg, J. (2020): Was heißt eigentlich Krise? In: Soziologie, 49. Jg., Heft 4, S. 423-435.

The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (i.e. Helen Clark and others) (2021): Covid-19: Make it the Last Pandemic.

Theobald, H. (2021): An der Corona-Front. Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Deutschland. Hrsg.: Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.

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

Thompson, J. L. (2020): Piecing Together a Puzzle. Feminist Materialist Philosophy and Nursing Ethics. In: Kohlen, H. & McCarthy, J. (Ed.): Nursing Ethics: Feminist Perspectives. Springer Nature Switzerland. S. 35-66.

Tong, R. (1998): The Ethics of Care: A Feminist Virtue Ethics of Care für Healthcare. In: The Jourrnal of Medicine and Philosophy, Vol. 23, No. 2. S. 131-152.

Tronto, J. C. (1994): Moral Bounderies. A Political Argument for an Ethic of Care. New York, London: Routledge.

Tronto, J. C. (2011): Feminist Democratic Ethics of Care and Global Care Workers. Citizenship and Responsibility. In: Mahon, R. & Robinson, F. (Hrsg.): Feminist Ethics and Social Policy. Vancouver-Toronto, S. 162-177.

Tronto, J. C. (2013): Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice. New York & London: New York University Press.

Vogl, J. (2021): Kapital und Ressentiment. Eine kurze Theorie der Gegenwart. C.H.Beck: München.

Weber, M. (1919): Wissenschaft als Beruf. In: Ders. Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 4. Aufl., J.C.B. Mohr (Paul Siebeck): Tübingen. S. 582-613.

Winker, G. (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. transcript Verlag: Bielefeld.

Winker, G. (2021): Solidarische Care-Ökonomie. Revolutionäre Realpolitik für Care und Klima. transcript Verlag: Bielefeld.

Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K. & Stolle, C. (2020): Zur Situation in der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie, Bremen, https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4331/4/Ergebnisbericht%20Coronabefragung%20Uni-Bremen.pdf