

CARE

FORSCHUNG
UND PRAXIS

CHRISTIANE BOMERT, MIRJAM SEITS,
KATHARINA KRAUSE, ALI SIMON,
KATHARINA WEZEL, REGINA AMMICHT QUINN,
PAULA-IRENE VILLA (HG.)

CARE IN DER KRISE

(UN-)SICHTBARKEITEN VON SORGEARBEIT
WÄHREND UND NACH DER CORONA-PANDEMIE

[transcript]

Christiane Bomert, Mirjam Seits, Katharina Krause, Ali Simon, Katharina Wezel,
Regina Ammicht Quinn, Paula-Irene Villa (Hg.)
Care in der Krise

Editorial

Die Reihe **Care - Forschung und Praxis** bietet innovativer Forschung auf diesem Feld einen editorischen Ort. Care-Theoretiker*innen formulieren, ausgehend von den ethischen Implikationen unserer Angewiesenheit auf Andere, eine Ethik der Relationalität und fordern damit die (neo)liberale Hypostasierung des Individualismus sowie das androzentrische Konzept eines autonomen und selbstgenügsamen Subjekts heraus.

Die Debatte um Care fokussiert dabei nicht nur Sorge im engen Sinn als Geschehen zwischen Menschen, sondern in einem umfassenderen auch die Sorge um unsere Mit- und Umwelt. Damit wird die Vision einer sorgenden Gesellschaft als zentrales Moment für die sozial-ökologische Transformation herausgestellt und die Verwiesenheit auf Andere sowie die Verletzbarkeit des Seins zum Ausgangspunkt einer Kritik des Kapitalismus und dessen vergeschlechtlichter Struktur gemacht. Die Reihe umfasst Monografien und Sammelbände sowie Qualifikationsarbeiten.

Christiane Bomert (Dr. phil.) ist Akademische Rätin am Institut für Erziehungswissenschaft an der Universität Tübingen und forscht zu professionellem Handeln in der Sozialen Arbeit, (transnationaler) Care-Arbeit und reproduktiver Gerechtigkeit.

Mirjam Seits ist akademische Mitarbeiterin am Institut für Erziehungswissenschaft in der Abteilung Sozialpädagogik an der Universität Tübingen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Zusammenhang von Care und Sozialer Arbeit unter Bedingungen gesellschaftlicher Krisen.

Katharina Krause ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Postdoktorandin am Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen und forscht zu Fragen von Gesundheitssicherheit, Visualität und Care.

Ali Simon ist wissenschaftlich-mitarbeitend am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie und Gender Studies an der LMU München und forscht zu Fragen von Care und gesellschaftlich essentieller Arbeit im Kontext multipler Krisen.

Katharina Wezel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen und PhD Candidate an der Universität Groningen. Sie forscht an der Schnittstelle von politischer Theorie, Gesundheitskrisen und Sicherheitsethik.

Regina Ammicht Quinn ist Professorin für Ethik und hat bis Ende 2023 das Tübinger Zentrum für Ethik in den Wissenschaften und das Zentrum für Gender- und Diversitätsforschung geleitet. Sie forscht zu grundlegenden und anwendungsbezogenen Fragen der Ethik.

Paula-Irene Villa ist Soziologin und Lehrstuhlinhaberin für Allgemeine Soziologie und Gender Studies an der LMU München. 2023 erhielt sie den Helge Pross Preis für ihre Beiträge zur Geschlechter- und Familienforschung.

Christiane Bomert, Mirjam Seits, Katharina Krause, Ali Simon,
Katharina Wezel, Regina Ammicht Quinn, Paula-Irene Villa (Hg.)

Care in der Krise

(Un-)Sichtbarkeiten von Sorgearbeit während und nach der Corona-Pandemie

[transcript]

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Forschung, Technologie
und Raumfahrt

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz BY-SA 4.0 lizenziert. Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

2026 © Christiane Bomert, Mirjam Seits, Katharina Krause, Ali Simon, Katharina Wezel, Regina Ammicht Quinn, Paula-Irene Villa (Hg.)

transcript Verlag | Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Umschlagkonzept: Maria Arndt

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

<https://doi.org/10.14361/9783839435328>

Print-ISBN: 978-3-8376-7928-1 | PDF-ISBN: 978-3-8394-3532-8

Buchreihen-ISSN: 2700-7014 | Buchreihen-eISSN: 2703-0377

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Prolog
Katharina Wezel, Mirjam Seits, Ali Simon, Paula-Irene Villa7

I. Zwischentöne
»Ich selbst [...] musste sozusagen mit an vorderster Front stehen, Stärke, Ruhe,
Vorbild und Allwissenheit ausstrahlen«
Anne P., Hygienefachkraft mit Erfahrung im Klinikbereich 19

Teil I: Care und Krise – Grundlagen und Rahmungen

Konstellationen von Care und Gewalt
Ethische Fragen zu Preis und Wert von Care
Regina Ammicht Quinn 25

Virale Körper
Katharina Wezel47

II. Zwischentöne
»Endlich war zu Hause und wenig unterwegs zu sein berechtigt«
Harald Metzger, Initiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart (IPE) 67

Teil II: Empirische Einsichten in Unsichtbarkeiten

»Keine Sorge, wir sind Profis«
Care und Professionalisierung in Reinigungsarbeiten während der Pandemie
Ali Simon, Paula-Irene Villa 73

»Wir können nicht *nicht* mehr arbeiten«

Systemrelevanz, Care und Sozialpädagogische Familienhilfe in der Coronakrise
Mirjam Seits, Christiane Bomert 97

III. Zwischentöne

»Ich fühlte mich mit all der Verantwortung in dieser Zeit oft sehr allein gelassen«
Silvia Häfele, Koordinatorin Ökumenische Hospizgruppe, Anstellung
beim Förderverein der ökumenischen Hospizarbeit Balingen e.V. 123

Die Pandemie durch die ›Care-Linse‹ sehen

Katharina Krause 127

»Sichtbar ist vor allem das, was Probleme macht – das Unsichtbare hingegen bleibt oft unbeachtet«

Long Covid und ME/CFS als gesellschaftliche Herausforderungen
Ein Gespräch mit Eva-Maria Klinkisch 147

IV. Zwischentöne

»Zugleich wurde während der Pandemie jedoch auch deutlich, dass
Veränderungen im Rahmen der Angebote für Wohnungslose möglich sind«
Athanasios Tsirikiotis, Sozial- und Gesundheitsplaner im Gesundheitsamt
der Stadt Stuttgart 161

Teil III: Praktische Impulse und Zukunftsperspektiven

Care und Corona

Zeit für Vernetzung?!
Karin Jurczyk 171

Epilog: Krise in der Krise

Was bleibt? Was soll sein?
Katharina Krause, Regina Ammicht Quinn, Ali Simon, Christiane Bomert 183

Prolog

Katharina Wezel, Mirjam Seits, Ali Simon, Paula-Irene Villa

Die Coronapandemie ist nicht die erste Pandemie der jüngsten Vergangenheit, und doch wird sie aufgrund ihres Ausmaßes, der zugleich intensiven und langanhaltenden Dynamik des Geschehens, der schockierenden Todeszahlen, und der außergewöhnlichen und hoch umstrittenen politischen Maßnahmen sowie noch kaum erfassten Langzeitfolgen als besonders gravierende globale Gesundheitskrise in die Geschichtsbücher eingehen. Aus Geschichtsbüchern und aus unserer Alltagserfahrung kennen wir, was nach globalen Krisenereignissen wie Kriegen, Katastrophen oder auch Pandemien bleibt, nämlich Denkmäler: langlebige Gebilde aus Zement, Metall, Stein, Holz im öffentlichen Raum. Mahnmale, manchmal monumentale Anlagen, manchmal unscheinbare Stolpersteine, die an das vielfache Leid und die Toten erinnern, die eine jeweilige Krise oder Katastrophe verursacht hat. Die Wiener Pestsäule im Zentrum der Hauptstadt beispielsweise wurde in Gedenken an die Pestepidemie von 1679 erbaut und thront mit goldenen Ornamenten prunkvoll und eindrücklich über dem Graben. Ein solches Monument soll unübersehbar sichtbar halten, was vergangen ist, und im Hier und Jetzt die Trauer und das Gedenken an Leid und Tod zentrieren. Solche Denkmäler sind bisweilen Streitobjekte (Barsch & Leinung, 2023), denn wer, wann, wo, wie betrauert und erinnert wird, ist machtpolitisch bedingt, spezifische kulturelle Praktik und notwendigerweise streitbar (Butler, 2023; Villa, 2016). Ebenfalls in Wien steht seit 2021 das *Coronadenkmal* (<https://www.coronadenkmal.at/>), und auch in London gibt es, ebenso seit 2021, eine *National Covid Memorial Wall* (Muir, 2022). Auch in Deutschland gibt es inzwischen vereinzelt Städte und Kirchengemeinden, die der Opfer oder Held*innen der Coronapandemie gedenken (*Stadt Augsburg*, o.J.). Ein offizielles nationales Corona-Denkmal existiert allerdings bislang nicht.

Denkmäler sind in Form gegossen, ortsgebunden und greifen meist einen bestimmten Aspekt des Gedenkens auf. Die Coronapandemie hat diesseits einzelner organisierter Memorials an Orten wie London, Bergamo, Kapstadt,

São Paulo (vgl. <https://www.monopol-magazin.de/wie-erinnern-wir-uns-die-covid-19-opfer>) vor allem alltägliche, mundane Formen des Erinnerns hinterlassen, die zum Teil unscheinbar geworden sind, da sie in alltäglichen Praktiken integriert sind, und als neue Spuren in den Routinen des Gewohnten erscheinen. So etwa in der weiterhin spürbaren Zurückhaltung beim Händeschütteln als Begrüßungsgeste, dem inneren Zusammenzucken, wenn eine Person niest oder in der Öffentlichkeit stark hustet, oder auch dem Impuls, Abstand zu Menschen halten zu wollen, wenn diese eine Maske tragen, weil dies als Indiz für eine ansteckende Krankheit gilt. Ebenso normalisiert sind digitale Arbeitsformen und Sozialpraktiken, die vor wenigen Jahren abseits sehr begrenzter Eliten-Milieus noch absurd anmuteten oder technisch tatsächlich unmöglich waren, z.B. Teamsitzungen ›in der digitalen Kachel‹ und hybride Veranstaltungsformate. Auch die ja weiterhin auftretenden schwerwiegenden Krankheitsverläufe bis hin zu Long-Covid-Erkrankungen bei Freund*innen oder Angehörigen konfrontieren Menschen nach wie vor mit dem Ereignis ›Coronapandemie‹. Für manche ist diese nicht vorbei, für andere wie vergessen – diese Wahrnehmungen kreuzen sich in der alltäglichen Gegenwart, knirschen aneinander. So scheint das Ausmaß und die ungeheure Präsenz der mehrjährigen Pandemie weniger vergessen als womöglich (nur?) verdrängt, ins Unsichtbare. Wie eine innere Narbe, von der nicht ganz klar ist, wie nachhaltig verheilt sie ist, und die – je nach Kontext – schmerzt, pulsiert, reagiert, oder auch nicht.

In diesem metaphorischen Sinne geht der vorliegende Band (Un-)Sichtbarkeiten nach, durch punktuelle Tiefen- und Probebohrungen in empirische Wirklichkeiten. Das Buch ist Ergebnis des Forschungsprojekts ›Co-Care‹ – Corona und Care, das im Rahmen der Förderlinie ›Gesellschaft verstehen, Zukunft gestalten‹ des BMFT gefördert wurde.¹ Basierend auf unserer Forschung möchten die Beiträge im Buch einerseits verschiedene Facetten und Modi von Care sichtbar machen: von Reinigung, Pflege und Betreuung über Krankheit und Sterben bis hin zu Gewalt und Macht. Andererseits werden die vielfältigen Kontexte sichtbar, in denen Care situiert ist – Familie, Arbeit, Alltag, Körper, Unternehmen –, sowie deren zeitliche Dimensionen, die von punktuell begrenzt über zyklisch wiederkehrend bis hin zu dauerhaft reichen. Methodisch und theoretisch orientieren sich die Beiträge an den empirischen

1 Förderkennzeichen 01UP2204A. Zur Förderlinie, die insgesamt 18 Projekte umfasste: <https://www.geistes-und-sozialwissenschaften-bmbf.de/de/Corona-Forschung-gesellschaftliche-Auswirkungen-Pandemie-z861.html> (2023–2026).

Erfahrungen von Menschen, konkret deren Praktiken, z.B. der Anpassung oder Bewältigung, sei dies fachlich, affektiv, politisch oder persönlich. Dabei versuchen wir, enthüllenden oder entlarvenden Gesten zu widerstehen. Was wir vielmehr beizutragen hoffen, ist, über eine methodische wie konzeptuelle Haltung mit Sorge und aus Sorge heraus punktuell beleuchten zu können, was weiterhin aus dem Fokus gerät, wenn über die Pandemie gesprochen und geforscht wird.

In diesem Buch setzen wir uns mit der Coronakrise und der Unsichtbarkeit sowie Unsichtbarmachung von Sorge (Care) auseinander – sowohl im ganz konkreten praktischen als auch im responsiv-relationalen Sinne. Die Texte reflektieren beispielsweise, welche Erfahrungen in Sorgekontexten im guten wie im schlechten Sinne für die Bewältigung der Krise gemacht wurden und wie einer nächsten Krise mit einem besseren Verständnis von Care begegnet werden kann. Während für Bereiche wie der Medizin, dem Arbeitsmarkt oder dem Bildungssystem bereits zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen, sind die Entscheidungsprozesse, Restriktionen und sozialen Auswirkungen in anderen Feldern, insbesondere in jenen, die sich zentral auf Care-Arbeit beziehen, noch unzureichend verstanden. Die vorliegenden Analysen wurden unter Berücksichtigung des pandemischen Ausnahmezustands entwickelt, dessen zeitliche Begrenzung unklar ist. Die Langzeitfolgen einer Coronainfektion sind mitunter extrem belastend (s. Kapitel Long Covid). Auch die pandemiebedingte, jedoch andauernde Intensivierung der vergeschlechtlichten Ungleichverteilung von Sorgearbeit wird beforscht und gesellschaftlich diskutiert (Beier, 2022; Holst et al., 2022; Jessen et al., 2024; Kohlrausch & Zucco, 2020).

Eingeschrieben in die Frage des Erinnerns und des Trauerns ist neben unterschiedlichen Perspektiven auf Care offenbar auch die Frage der Temporalität. Denn, wann eine Pandemie beginnt und wann sie endet, das ist keine eindeutig zu beantwortende Frage. Das gilt auch für die Covid-19-Pandemie, man denke nur an die politisch relevanten Debatten um Zeitpunkt und Herkunft des Virus, um den ›Patienten Zero‹, um Ansteckungs- und Inkubationszeiten u.v.m. Diese medizinische Perspektive wird überlagert von den unterschiedlich sozial organisierten Zeiten der ›Lockdowns‹ und der Ausgangsbeschränkungen, den anschließenden Test- und Impfnachweisen, der aufkeimenden allgemeinen Erschöpfung derer, die Care-Arbeit leisteten, und einer schrittweisen Rückkehr in einen Alltag, der aber nicht mehr zum präpandemischen Leben passen will.

In den Beiträgen des Sammelbandes spiegeln sich die interdisziplinären und bewusst pluralen Zugänge zu Care und Krise des Forschungsverbundes

Co-Care, die sich jeweils auf ihre Art mit Aspekten der (Un-)Sichtbarkeit und der Zeitlichkeit von Krise und Care befassen. Gleichzeitig teilen alle Beiträge eine Perspektive auf Care, die Care als gesellschaftliche Größe versteht, als ein fortwährendes Geschehen, das sich wie ein unsichtbares Band durch die »Mitte des Sozialen« (Drognitz et al., 2017, S. 10) zieht. Systematisch berücksichtigen die Beiträge auch, dass Care außerordentlich vielgestaltig ist: öffentlich wie privat, bezahlt oder auch ehrenamtlich und unbezahlt. Care kann ein Liebesdienst sein, aber mitunter auch gewaltvoll (zusammenfassend Aulenbacher et al., 2018; Thomas, 1993; Villa, 2020) (zur gewaltvollen Seite von Care s. Ammicht Quinn, S. 25–46 in diesem Sammelband) oder auch schlichtweg pragmatische Reaktion auf Bedürfnisse. Care taucht in flüchtigen Momenten auf, oder ist auf Dauer angelegt; Care geschieht zwischen Fremden oder in der Intimität des Privaten. So oder so: Care realisiert sich immer als Praxis, und Care ist notwendigerweise relational, ist Beziehung – ob (a-)symmetrisch, käuflich, aus fürsorglicher Liebe oder als lästige Pflicht. Es geht bei Care immer um Affizierbarkeit, Responsivität und Existenzialität (Villa, 2020). Gerade im globalen Kontext der Pandemie ist es notwendig, Praktiken der Sorge nicht nur, sondern auch als von Machtstrukturen durchzogen bzw. in diesen verortet zu verstehen. Die Pandemie hat (für viele erneut, für manche wohl überhaupt erst) verdeutlicht, dass strukturell benachteiligte Gruppen die Last der Sorge, den Care-Burden, überproportional tragen (Hunter & Westhuizen, 2021, S. 5). Wir begeben uns in diesem Buch deshalb in das Spannungsfeld zwischen Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit und der »eigentümliche[n] Vermischung von Überhöhung und Missachtung« (siehe den Beitrag von Ammicht Quinn, S. 27), mit der Care (nicht nur, aber auch) in der Pandemie adressiert wurde.

In der Pandemiekrise wurde Care plötzlich deutlich sichtbar(er) als zuvor. Care »erhob sich aus den Schatten« (Tronto & Fine, 2022, S. 3). Trotz dieser plötzlich gesteigerten Sicht- und Wahrnehmbarkeit von Care im öffentlichen Diskurs bleibt Care krisenhaft und prekär und letztendlich politisch häufig randständig. Im Kontext der Covid-19-Pandemie stoßen wir daher unweigerlich auf die Frage, worin genau die Krise besteht? Denn faktisch befand sich Care bzw. genauer: befanden sich Gesellschaften hinsichtlich Care schon lange vor der Covid-19-Pandemie in einer allumfassenden Krise. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass immer mehr Menschen keinen Zugang zu angemessenen Care-Leistungen bzw. menschenwürdiger Versorgung (wie z.B. Kranken- oder Kinderbetreuung) haben, während diejenigen, die Care für andere leisten, nicht in der Lage sind, diese für sich und andere zufriedenstellend, angemessen bezahlt bzw. abgesichert und unter würdigen Bedingungen auszu-

führen (Dowling, 2022, S. 15). Massiver Ressourcen- und Personalmangel prägen (nicht nur) in Deutschland sämtliche Care-Felder, hiervon sind die allermeisten Menschen mehr oder weniger, früher oder später betroffen, z.B. als Eltern, Kranke oder Kinder. Die Care-Krise wurde durch die Pandemie sowohl verschärft als auch deutlicher sichtbar, denn Covid-19 zeigte die grundlegende Rolle von (bezahlter und unbezahlter) Care-Arbeit für funktionierende Gesellschaften und Individuen: »Menschen können – in jedem Alter – ohne Care nicht (über-)leben« (Jurczyk & Thiessen, 2022, S. 1). Gerade die lebensnotwendige wechselseitige Abhängigkeit und Verbundenheit in Bezug auf Care wurde (punktuell und auch durch die Medienöffentlichkeit) unter der pandemischen Situation erschreckend und für manche durchaus überraschend wahrnehmbar. Eine große Rolle spielte hierbei die auch politisch und ökonomisch relevante Deklaration vieler Care-Berufe als »systemrelevant«, d.h. als unerlässlich für die Aufrechterhaltung einer funktionsnotwendigen minimalen Infrastruktur. »Die kurzzeitige Aufwertung von Care spiegelt die gesellschaftliche Notwendigkeit dieser Bereiche wider, steht allerdings im Kontrast zu einer permanenten Abwertung« (Scheele & Wienkamp, 2021) durch meist sehr niedrige Löhne, schlechte Arbeitsbedingungen und einen hohen Grad an Prekarität (Villa, 2020). Gleichzeitig gab es während der Pandemie auch viele unsichtbare Aspekte, vor allem privater (und unbezahlter) Care-Arbeit. »Alte« Probleme wie z.B. die Externalisierung von Care, die strukturell auf rassifizierendem oder ethnizierendem Othring basiert (z.B. historisch Sklavinnen in den USA oder heute »Polinnen« im Bereich der 24-Stunden-Pflege (vgl. Larsen et al., 2009)), bestehen weiterhin. Solche intersektionalen Differenzverhältnisse und Ungleichheitsstrukturen von Care »treffen« Menschen unterschiedlich stark (Villa, 2020) und bewirken, dass wir eben in der Pandemie zwar alle, aber nicht alle gleichermaßen vulnerabel waren. Durch die steigende Privatisierung und Vermarktlichung von Care haben besonders manche Gruppen den strukturellen Vorteil, sich Care leisten zu können – während andere darauf angewiesen sind, unter Einsatz ihres Körpers und mit dem Risiko einer tödlichen Erkrankung Care zu leisten.

Intuitiv liegt es zunächst nahe, die Pandemie in ihrem Ausnahmecharakter zu betrachten und sie als eine vom Alltag losgelöste Katastrophe zu befor-schen. Krisen und Katastrophen sind allerdings keine isolierten Einzelfälle, die über Menschen wie aus dem Nichts hereinbrechen. Vielmehr kann man sie nur im Zusammenhang mit sozialen Strukturen verstehen, in denen sie zum Ausnahmezustand führen. Die gestiegene Häufigkeit von Epidemien und Pandemien in den vergangenen Jahrzehnten und die damit einhergehende Häu-

fung von für den Menschen bedrohlichen Viren oder Bakterien sind kein Zufall, sondern das Ergebnis langanhaltender Krisen im Mensch-Natur-Verhältnis (Bossert & Schlegel, 2022). Es gibt keine *Natur*-Katastrophe als vom Menschen getrenntes Ereignis (Hartman & Squires, 2006), sondern Kipppunkte im gesellschaftlichen Miteinander, bei denen ein (pandemisches) Ereignis zu Momenten der Überforderung, des Kollapses und im schlimmsten Falle auch zum Tod führen kann. Selbstverständlich können sich unterschiedliche Krisen überlagern, chronisch oder endemisch werden (vgl. bspw. Anderson et al., 2012) und unterschiedliche gesellschaftliche und materielle Ebenen betreffen (Natur, Menschen, soziale Netzwerke, Finanzwesen o.Ä.). Deshalb können sich unterschiedliche Krisen nicht nur überschneiden, sondern von der individuellen bis zur strukturellen Ebene gesellschaftlicher Ordnungen reichen und sich gegenseitig verstärken. Die Covid-Pandemie fiel nun zusammen mit bereits bestehenden bzw. chronifizierten Krisen. Der Begriff der Polykrise (Tooze, 2022) bringt dies auf den Punkt – allerdings auf den womöglich zu pauschalen. Das zu beurteilen, bleibt der andauernden Forschung überlassen.

So oder so, die ohnehin fragile Care-Arbeit geriet durch die pandemiebedingten Belastungen nicht nur an ihre Grenzen, sondern kollabierte zum Teil darüber hinaus – überfüllte Krankenhäuser, einsame Sterbende, traumatisierte Kinder und Jugendliche, der Anstieg häuslicher Gewalt, zerstreute Familien auf jahrelange Distanz u.v.m. Wenngleich die gesellschaftliche Bedeutung von Care gerade auch in diesen katastrophalen Dynamiken kurzzeitig in den öffentlichen Diskurs rückte, blieben materielle und strukturelle Verbesserungen für Care-Arbeiter*innen letztlich aus. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive stellen sich auf nationaler, mit wachsendem Verständnis der globalen Zusammenhänge von Krisen aber auch auf internationaler Ebene Fragen, wie Lösungen und Regulierung gestaltet werden können, die einen menschlichen, also gerechten und bedürfnisorientierten Umgang mit solchen Krisen ermöglichen.

In diesem Band werden nicht alle sich komplex überlagernden Krisendynamiken in allen Care-Bereichen reflektiert. Stattdessen sammeln und präsentieren wir Erfahrungen von Menschen aus der Praxis (Zwischentöne) sowie aus unsichtbaren Feldern der Sorgearbeit in der Pandemie: der professionellen Reinigungsarbeit und der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Die Zusammenstellung geschieht aus der Sorge um und mit Sorgfalt für das, was während und auch im Nachgang der Coronapandemie allzu häufig unsichtbar blieb. Die Beiträge werden gerahmt durch Schlaglichter auf mediale (Un-)Sichtbarmachungen von Care-Arbeit, gewaltvolle Aspekte von Care in der

Pandemie und auch Protest und pandemisch befeuerten Populismus. Weitere Beiträge beleuchten die Sichtbarmachung und (medizinische) Beforschung von Long Covid sowie Fragen sozialer Teilhabe und Vernetzung oder auch Fragen des Aufwachsens und Sterbens im pandemischen Kontext. Das Nachdenken über und mit Care eröffnet dabei einerseits den Blick für Prozesse der Unsichtbarmachung, führt aber andererseits auch zu der Frage, wie wir die Entstehung und die Bewältigung von Krisen neu verstehen können. An diesen spannungsreichen Diskursen ansetzend, beleuchtet der Sammelband die Komplexität von Care und Krise aus unterschiedlichen Disziplinen. Die Beiträge gliedern sich in drei Teile: Care und Krise: Grundlagen und Rahmungen (Teil I), empirische Einsichten in Unsichtbarkeiten (Teil II) sowie praktische Impulse und Zukunftsperspektiven (Teil III) und werden durch das Format der »Zwischentöne« ergänzt, die ihren ganz eigenen Sound haben. Die einzelnen Aspekte werden theoretisch und empirisch verhandelt und veranschaulichen einerseits post/pandemische Umgangsweisen und bieten andererseits Perspektiven für die Bewältigung aktueller sowie zukünftiger Krisen.

So werden im *ersten Teil* verschiedene Verhältnisbestimmungen zu Care und Krise vorgenommen. Den Einstieg macht der Beitrag »Konstellationen von Care und Gewalt: Ethische Fragen zu Preis und Wert von Care«, in dem Regina Ammicht Quinn die gewaltvollen Aspekte von Care konturiert und vor dem Hintergrund kolonialer und kapitalistischer Strukturen dennoch Beispiele für sorgenvolle Möglichkeiten der Veränderung und Transformation sucht. Katharina Wezel geht in ihrem Beitrag »Virale Körper« der Frage nach, wem der Körper in der Pandemie gehört. Sie skizziert, wie feministische, auch sorgenvolle Ansätze der »My body, my choice«-Bewegung in populistischen Diskursen enden, und schlägt einen neuen Umgang mit dem Wunsch nach Autonomie und der Angst vor Kontrollverlust in Krisen vor.

Im *zweiten Teil* des Sammelbandes werden anhand empirischer Einsichten in exemplarische Felder unterschiedliche (Un-)Sichtbarkeiten aufgezeigt und somit das Verhältnis von Care und Krise bzw. die »Krise in der Krise« näher bestimmt. In dem Kapitel »Keine Sorge, wir sind Profis – Care und Professionalisierung in Reinigungsarbeiten während der Pandemie« untersuchen Ali Simon und Paula-Irene Villa, wie sich im Kontext der Covid-19-Pandemie die Beziehung zwischen Professionalisierung und Care in der Reinigungsbranche verändert hat. Sie zeigen, wie Reinigungskräfte und Unternehmen während der Krise durch Zertifizierungen, Schulungen und fachliche Aufwertungsstrategien versuchten, ihre Tätigkeit als professionell und systemrelevant zu positionieren. Zugleich blieb Reinigungsarbeit von

gesellschaftlicher Trivialisierung, prekären Bedingungen und geschlechtlich wie migrantisch geprägten Ungleichheiten bestimmt. Trotz des Diskurses um Fachlichkeit war Care weiterhin zentral: zwischen Beschäftigten, Unternehmen und Kund*innen. Der Artikel schließt, dass Professionalisierung und Care keine Gegensätze darstellen, sondern sich in der Pandemie wechselseitig überlagerten. In dem daran anschließenden Beitrag »Wir können nicht nicht mehr arbeiten« – Systemrelevanz, Care und Sozialpädagogische Familienhilfe in der Coronakrise« nehmen Mirjam Seits und Christiane Bomert die im Zuge der Pandemie einigen Berufsfeldern zugeschriebene Systemrelevanz zum Anlass, um zu zeigen, welche Auswirkungen diese für die Fachkräfte im Feld der Sozialpädagogischen Familienhilfe und für deren konkrete Handlungs- bzw. Sorgepraxis hatte. Hierbei handelt es sich um ein Berufsfeld, in dem die hohe Relevanz der Arbeit für die prekarierten Familien im Kontrast zur gesellschaftlichen und politischen Unsichtbarkeit steht. Die Autorinnen zeigen auf, wie die Fachkräfte aufgrund unklarer Vorgaben und unmittelbarer Sorgebedarfe in ihrer Handlungsfähigkeit herausgefordert und mit ambivalenten Entscheidungssituationen konfrontiert waren. Ebenfalls werden die damit verbundenen Reflexionsprozesse der Fachkräfte bezüglich ihrer professionellen Haltung herausgearbeitet, worin sowohl eigene Ansprüche im Sinne des jeweiligen fachlichen Selbstverständnisses als auch normative Erwartungen in einem care-ethischen Sinne zum Vorschein kamen. Katharina Krauses Beitrag »(Un-)Sichtbarkeit als Merkmal von Krise?« diskutiert anhand von drei einprägsamen Bildern auf Zeitungen und Magazinen die Sichtbarkeit und die damit einhergehende (Un-)Sichtbarmachung von Care. Betrachtet durch die »Care-Linse«, ist nicht die Frage, ob Care unsichtbar (gemacht) wird, sondern wie, wo, mit welchen Mitteln und auf wessen Kosten. Eva-Maria Klinkisch beleuchtet in einem mit Christiane Bomert und Mirjam Seits geführten Gespräch Long Covid und ME/CFS als chronische postvirale Erkrankungen mit tiefgreifenden körperlichen, kognitiven und psychosozialen Folgen. Im Fokus stehen Symptome wie Fatigue und Post-Exertional Malaise sowie die daraus resultierenden Herausforderungen für Alltag, Bildung und gesellschaftliche Teilhabe. Zugleich werden Versorgungslücken, strukturelle Ungleichheiten und die Notwendigkeit inklusiver Unterstützungsstrategien aufgezeigt.

Im *dritten Teil* suchen wir nach praktischen Impulsen und Zukunftsperspektiven. Der Beitrag von Karin Jurczyk untersucht diesbezüglich, inwiefern die Coronapandemie Care-Arbeit sichtbar machte sowie politisch aufwertete, und diskutiert Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Care-Verhältnisse. Vorgestellt wird unter anderem das Optionszeitenmodell, das

private, soziale und individuelle Sorgearbeit in einer lebenslaufbezogenen Zeitlogik verknüpft und Wege zu einer gerechten, fürsorglichen Gesellschaft aufzeigt. Am Ende des Sammelbandes widmet sich der Epilog, ausgehend von der retrospektiven Betrachtung der Pandemie, dem Erreichen von care-volleren Zukünften und fragt ›Was bleibt?‹ und ›Was soll sein?‹.

In den *Zwischentönen* kommen Personen aus der Praxis zu Wort. Sie erinnern sich, schauen retrospektiv zurück auf die Erfahrungen in der Pandemie wie auch deren Langzeitwirkungen bis heute. So reflektiert Anne P. mit ihrer Aussage »Ich selbst [...] musste sozusagen mit an vorderster Front stehen, Stärke, Ruhe, Vorbild und Allwissenheit ausstrahlen« die Erfahrungen einer Hygienefachkraft während der Covid-19-Pandemie und verdeutlicht die Herausforderungen sowie die Bedeutung der geleisteten Arbeit und ihrer Anerkennung. Bezüglich der Covid-19-Pandemie zeigt der *Zwischenton* »Endlich war zu Hause und wenig unterwegs zu sein berechtigt« von Harald Metzger, wie Psychiatrieerfahrene eine Legitimation für Rückzug erfuhren und dennoch Zusammenhalt bewahrten, Online-Formate nutzten und Projekte wie das Recovery College erfolgreich weiterentwickelten. Der *Zwischenton* »Ich fühlte mich mit all der Verantwortung in dieser Zeit oft sehr allein gelassen« von Silvia Häfele reflektiert die Erfahrungen der ambulanten Hospizarbeit während der Coronapandemie und zeigt, wie kreative Lösungen und intensive Netzwerkpflege ermöglicht wurden, trotz hoher Verantwortung und organisatorischer Unsicherheiten. »Zugleich wurde während der Pandemie jedoch auch deutlich, dass Veränderungen im Rahmen der Angebote für Wohnungslose möglich sind« – so beschreibt in einem letzten *Zwischenton* Athanasios Tsirikiotis seine Erfahrungen in der Wohnungslosenhilfe während der Pandemie und verdeutlicht die Herausforderungen, den erhöhten organisatorischen Aufwand sowie die Chancen für eine flexible, adressat*innenorientierte Anpassung von Angeboten. Diese Stimmen sind ein wesentlicher Teil des Buches, wir wünschen ihnen große Resonanz.

Zum Schluss möchten wir an dieser Stelle unseren studentischen Mitarbeiterinnen Marieke Schaper und Julia Zultner ganz herzlich danken, die über den gesamten Publikationsprozess eine große Unterstützung waren. Wir danken auch allen Autor*innen dieses Bandes für die wertvollen Beiträge und die kollegiale Zusammenarbeit!

Literaturverzeichnis

- Anderson, B., Kearnes, M., McFarlane, C., & Swanton, D. (2012). On assemblages and geography. *Dialogues in Human Geography*, 2(2), 171–189. <https://doi.org/10.1177/2043820612449261>
- Aulenbacher, B., Dammayr, M., & Riegraf, B. (2018). Care und Care Work. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hg.), *Handbuch Arbeitssoziologie: Band 2: Akteure und Institutionen* (S. 747–766). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21704-4_22
- Barsch, S., & Leinung, S. (2023). *erinnern_zerstören_gestalten: Denkmäler im interdisziplinären Diskurs*. <https://doi.org/10.38072/2703-0784/v4>
- Beier, F. (2022). Kinder, Küche, COVID – Materialistisch-feministische staats-theoretische Perspektiven auf die Regierung von Care-Arbeit in der Pandemie. *Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*. <https://budrich-journals.de/index.php/feminapolitica/article/view/40803>
- Bossert, L. N., & Schlegel, L. M. (2022). Anthropozentrismus (in) der Krise: Warum Probleme nicht mit der Denkweise gelöst werden können, die sie auch hervorgerufen hat. *GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society*, 31(1), 14–18. <https://doi.org/10.14512/gaia.31.1.5>
- Butler, J. (2023). *Die Macht der Gewaltlosigkeit: Über das Ethische im Politischen* (R. Ansén, Übers.; 1. Auflage). Suhrkamp.
- Dowling, E. (2022). *The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It?* Verso Books.
- Drognitz, D., Eschenmoser, S., Grieder, M., Hanselmann, A., Kamber, A., Rauch, A.-P., Schreibmüller, P., Schrick, N., & Umurungi, M. (2017). Ökologien der Sorge. Vorwort. In T. Bärtsch, D. Drognitz, S. Eschenmoser, M. Grieder, A. Hanselmann, A. Kamber, A.-P. Rauch, G. Raunig, P. Schreibmüller, N. Schrick, M. Umurungi & J. Vanecek (Hg.), *Ökologien der Sorge* (S. 9–25). transversal texts.
- Hartman, C. W., & Squires, G. D. (2006). *There is No Such Thing as a Natural Disaster: Race, Class, and Hurricane Katrina*. Taylor & Francis.
- Holst, H., Fessler, A., & Niehoff, S. (2022). Covid-19, Ungleichheit und (Erwerbs-) Arbeit – zur Relevanz sozialer Klasse in der Pandemie. *Zeitschrift für Soziologie*, 51(1), 41–65. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2022-0004>
- Hunter, S., & Westhuizen, C. van der. (2021). Viral whiteness: Twenty-first century global colonialities. In *Routledge Handbook of Critical Studies in Whiteness*. Routledge.

- Jessen, J., Kinne, L., & Wrohlich, K. (2024). Gender Care Gap in Deutschland: Kein anhaltender Anstieg infolge der Corona-Pandemie. *DIW Wochenbericht*, 91, S. 123–130. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2024-9-1
- Jurczyk, K., & Thiessen, B. (2022). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. *WSI-Mitteilungen*, 75(5), 415–417. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2022-5-415>
- Kohlrausch, B., & Zucco, A. (2020). Die Coronakrise trifft Frauen doppelt – Die Folge der Re-Traditionalisierung für den Gender Care Gap und Gender Pay Gap. In *Feministische Studien* (Bd. 38, Nummer 2, S. 322–336).
- Larsen, C., Joost, A., & Heid, S. (Hg.). (2009). *Illegale Beschäftigung in Europa: die Situation in Privathaushalten älterer Personen*. München: Hampp. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-324542>
- Muir, E. (2022, Januar 11). *London's Covid memorial wall has had a spruce-up*. Time Out London. <https://www.timeout.com/london/news/wall-of-hearts-retouched-londons-covid-memorial-looks-spectacular-again-011122>
- Scheele, A., & Wienkamp, G. (2021, Oktober 25). *Zwischen Auf- und Abwertung: »Systemrelevante Berufe« und Care in der Corona-Krise*. SozBlog. <https://blog.sozioologie.de/2021/10/zwischen-auf-und-abwertung-systemrelevante-berufe-und-care-in-der-corona-krise/>
- Stadt Augsburg. (o.J.). Abgerufen 13. November 2025, von <https://www.augsburg.de/kultur/corona-gedenkort>
- Thomas, C. (1993). De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*, 27(4), 649–669. <https://doi.org/10.1177/0038038593027004006>
- Tooze, A. (2022, Juli 15). Krisenzeiten: Kawumm! *Die Zeit*. <https://www.zeit.de/2022/29/krisenzeiten-krieg-ukraine-oel-polykrise>
- Tronto, J., & Fine, M. (2022). »Long COVID« and seeing in the pandemic dark. *International Journal of Care and Caring*, 6(1–2), 3–12. <https://doi.org/10.1332/239788221X16383754538816>
- Villa, P.-I. (2016, März 4). Trauer – Vom Einbruch des Realen. *blog feministische studien*. <https://blog.feministische-studien.de/2016/03/trauer-vom-einbruch-des-realen/>
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? *Leviathan*, 48(3), 433–45.

I. Zwischentöne

»Ich selbst [...] musste sozusagen mit an vorderster Front stehen, Stärke, Ruhe, Vorbild und Allwissenheit ausstrahlen«

Anne P., Hygienefachkraft mit Erfahrung im Klinikbereich

Mein berufliches Wirken ist eng mit einem renommierten Klinikzentrum verbunden. Seit 2011 arbeite ich dort als Teil eines engagierten Teams, das sich der Infektionsprävention und der Sicherheit der Patientinnen und Patienten widmet. Seit 2025 absolviere ich zusätzlich eine Weiterbildung zum Praxisanleiter, um Auszubildende im Pflegeberuf zu motivieren, ihren Berufsstolz zu stärken und sie in der Praxis fundiert auszubilden – in einer Branche, die dafür dringend Unterstützung braucht.

Denken Sie bitte an die Covid-19-Pandemie zurück: Was waren für Sie die größten Herausforderungen und Krisenmomente? Was hat vielleicht auch gut funktioniert?

Wenn ich mich erinnere, waren meine Krisenmomente, einmal die Ängste – was kommt da auf uns zu? Als Hygienefachkraft während einer Pandemie im Einsatz zu sein, ist ja eine Ausnahmesituation, keiner aus unserem Krisenteam hatte bisher Erfahrung mit so einer Situation.

Ich selbst habe Diabetes Typ 1 und musste sozusagen mit an vorderster Front stehen, Stärke, Ruhe, Vorbild und Allwissenheit ausstrahlen. In dieser Zeit war es wichtig, dass die Mitarbeiter einen Ansprechpartner hatten, egal, ob es um Themen in der Arbeit oder um eine Beratung für zu Hause ging. Aus meiner Sicht war das das Wichtigste, damit alles gut funktioniert und alle an einem Strang ziehen. Darüber hinaus war ich mitverantwortlich, eine Pandemiestation einzurichten, einen Pandemieplan zu schreiben und zu kommunizieren, die Mitarbeiter zu schulen, ein Covid-19-Abstrichcenter zu organisieren und auch bei den Abstrichabnahmen selbst mitzuwirken,

Befunde und Ausbruchssituationen an das Amt zu melden und intern die notwendigen Maßnahmen umzusetzen, im Impfteam mitzuwirken etc. Die geleistete Arbeitszeit ging weit über die normal angesetzte Arbeitszeit hinaus, was in diesem Moment aber irgendwie gar nicht wichtig war. Die große Erschöpfung machte sich erst im dritten Jahr bemerkbar, als auch die Pathogenität des Virus abebbte, aber dafür mehr Menschen von Covid-19 betroffen waren. Zu bemerken, dass alles, was wir an Maßnahmen umgesetzt haben, sehr gut funktioniert hat, war total erfüllend und ich bin sehr stolz darauf, was wir im Krisenteam geleistet haben. Durch diese Herausforderungen bin ich gewachsen, und ich muss wirklich sagen, dass ich nie zuvor und auch jetzt nie mehr in so einem tollen Team gearbeitet habe. Leider sind die Teilnehmer des Krisenstabs zu einem großen Teil in Rente gegangen oder haben im Sinne der Karriere die Klinik gewechselt. Unsere Strategien haben funktioniert. Wir haben insgesamt sehr wenig und kontrollierte Ausbruchssituationen gehabt.

Was mich sehr nachdenklich gemacht und teilweise vielleicht auch erschrocken hat, war, dass doch viele Mitarbeiter (Pflege und vor allem Reinigung), beispielsweise nach einer Schulung für den Einsatz auf der Pandemiestation (wie ziehe ich die Schutzausrüstung richtig an und aus etc.), sich krankgemeldet haben. Das Thema Diebstahl (Händedesinfektionsmittel, Schutzausrüstung) war ebenfalls kein schönes oder wie sich Mitarbeiter eine Zeit lang einen PCR-Test erschleichen wollten (in der Zeit, wo dieser noch sehr rar war). Und natürlich gab es viel Besserwisserei unter den Mitarbeitern. Es gab ja auch viel zu diskutieren, da die Maßnahmen der Regierung sich gefühlt jeden Tag geändert haben.

Was auch beängstigend war, wie sich Menschen in Deutschland teilweise verhalten haben, Stichwort Impfgegner, Coronaleugner etc.

Wie hat die Pandemie Ihre Arbeit in der Klinik beeinflusst und was sind Aspekte, die sich auch über den Zeitraum der Pandemie hinweg nachhaltig geändert haben?

Ich plane meine Arbeit immer ein Jahr im Voraus, damit ich an alles denke und alle Bereiche abdecke. Das war in der Pandemie nicht möglich. Wir haben während der Pandemiezeit nur im Hier und Jetzt, nur Prioritäten abgearbeitet.

Nachhaltig ist bei mir der Gedanke, dass ich eine Zeit die Masken personengetreu abzählen und verteilen musste. Oder bereits zwei Stunden früher in der Arbeit erschienen bin, damit ich die Lieferung der Materialien entgegennehmen und interner Diebstahl ausgeschlossen werden konnte. (Es wur-

de aber auch seitens des Lieferunternehmens bzw. schon in den Zwischenlagern geklaut ...) Ich musste viele zusätzliche Aufgaben übernehmen, wie z.B. Abstriche selbst durchführen, Impflisten führen, bei Anfragen der Berufsgenossenschaft mitwirken etc. Da bei der Hygienefachkraft viele Informationen gelandet sind und dokumentiert wurden, war ich für viele Themen aus verschiedenen Bereichen der Ansprechpartner Nummer eins. Das hat zum Glück nachgelassen, da die Verantwortlichkeiten im Laufe der Zeit geregelt wurden.

Wir bemerkten eine gewisse Ermüdung gegenüber Hygienemaßnahmen, wie der Personalhygiene oder auch Impfungen, was auch andere Kliniken berichteten. Was bleibt, ist, dass mich die Kolleginnen und Kollegen, besonders die Ärztinnen und Ärzte, seit der Pandemie noch mehr zu schätzen wissen.

Was müsste passieren, damit die nächste Krise gut bewältigt werden kann? Welche Änderungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit, auch mit Blick auf zukünftige Krisensituationen?

Sinnvoll ist es, eine Checkliste zu haben, welche alle zu bedenkenden Aspekte enthält. Oder ein übersichtliches kurzes Infoheft, was alle Aspekte einer Pandemie enthält, damit man sich besser einstellen kann, was da auf einen zukommt, insbesondere wie sich Menschen in Ausnahmesituationen verhalten können, um präventiv Einfluss zu nehmen. Einen internen Plan zur Raumstruktur und Prozessumsetzung haben wir, und der ist jetzt auch aktuell.

Verantwortlichkeiten sollten im Vorfeld für alle möglichen Szenarien klar geregelt werden. Besonders zu empfehlen, wenn Bereiche outgesourct sind und man mit externen Firmen zusammenarbeitet.

Wünschenswert wäre, wenn die Regierung beim nächsten Mal einheitlicher und vorausschauender agieren könnte.

Teil I: Care und Krise – Grundlagen und Rahmungen

Konstellationen von Care und Gewalt

Ethische Fragen zu Preis und Wert von Care

Regina Ammicht Quinn

Heutzutage, so Oscar Wilde (1892, S. 55), wissen die Menschen von allem den Preis und von nichts den Wert: »Nowadays people know the price of everything, and the value of nothing.«

Mehr als ein Jahrhundert später scheint das nicht mehr zu stimmen. Die Werbewirtschaft hat längst verstanden, dass es sinnvoller sein kann, Emotionen zu bewerben als Preise, also nicht den Preis des Autos, sondern die *Freude am Fahren*. Und auch eine Kreditkartenwerbung sagt den Kund:innen, dass es Dinge gibt, die man nicht kaufen kann, die einen Wert, aber keinen Preis haben. Genau dies, sei es Glück oder Liebe oder der spektakuläre Sonnenuntergang, scheint aber als sichere Nebenfolge in den Warenkreislauf eingespeist und letztendlich doch käuflich zu sein. Möglicherweise ist der hundertjährige Abstand erheblich kleiner als gedacht.

In einer Gesellschaft, die die Covid-19-Krise noch nicht bewältigt hat und die eingespannt ist in die unterschiedlichen Anforderungen einer Weltlage der Unsicherheiten, muss der Ort und der Wert für Care gesucht werden. In der Pandemie wurde offensichtlich, dass ohne Care weder ein einzelner Mensch noch eine Gesellschaft noch eine Welt überleben kann. Care hat einen Lebenswert. Zugleich sind nach der Krise die Preise, die man bereit ist für Care zu zahlen, umstritten. Es gibt zwar eine Einigung über den (wenig konturierten) Wert bei kontinuierlichem Streit über den Preis von Care; diese Einigung ist allerdings nur eine relative.

Es ist die Care-Ökonomie, die über Preise verhandelt.

Damit verbunden ist eine zweite, der Care-Ökonomie unterliegende Ebene. Sie fragt nach dem Wert. Auf dieser Ebene wird nach den Bedingungen und Kontexten von Care gefragt, nach der Geschichte, den Geschichten, den Bildern und den Ambivalenzen – nach Care als Bedingung eines guten Lebens. Diese wertgebundene politische und ethische Ebene aber ist zweifach pro-

blematisch. Zum einen sind auch die Werte gesellschaftlich umstritten, zum anderen werden sie kontinuierlich von der Ebene der Preisfragen überlagert.

Ein kritischer Blick auf Preis und Wert für Care konzentriert sich auf ein Phänomen, das beide Bereiche durchzieht, insbesondere aber Werte beschädigt: Gewalt.

Der vorliegende Text zeigt drei unterschiedliche gesellschaftliche und politische Zugänge zur Verknüpfung von Care und Gewalt: *Care als Gegenteil von Gewalt*, *Care als Ziel von Gewalt* und *Care als Teil von Gewalt/Gewalt als Teil von Care*.

Alle drei Bereiche hängen in Praktiken und Diskursen zusammen, und alle drei Bereiche erscheinen in Corona-Kontexten in neuer Weise. Die Integration aller drei Bereiche kann zeigen, wie Lerneffekte aus der Corona-Pandemie zu Bausteinen für ein neues Denken, neue Praktiken und neue Strukturen von Care werden können.

Dafür werden zunächst die Konzepte von Care (1) und Gewalt (2) umrissen, dann die drei unterschiedlichen Konstellationen von Care und Gewalt expliziert (3, 4, 5). Dies mündet in der Frage nach dem Wert von Care und damit nach der Funktion und der Gestalt einer Care-Ethik.

1. Was [alles] ist Care?

Praktiken, Diskurse und Politiken von Care wurden in den 1980er Jahren auf die Tagesordnung gesetzt. Von Beginn an waren Fragen der Anthropologie, Politik und Ethik mit Care verbunden und in einer Care-Ethik formuliert (vgl. Gilligan, 1993; Noddings, 2003). Diese frühen Arbeiten standen in Kontexten differenzfeministischer Analysen mit einer neuen Aufmerksamkeit für eine oft positive Bestimmung, manchmal Idealisierung von »Frauentätigkeiten« der Fürsorge und Mütterlichkeit über Pflege bis hin zu emotionalen Zuständen und sozialen Phänomenen. Der Kontext dieser Wert-Schätzung war die häufig abwertende gesellschaftliche Einordnung dieser Tätigkeiten als »natürlich« und als Arbeit, die den Lohn in sich trägt.

Die Diskurse um Care und Care-Ethik haben sich seitdem weiterentwickelt. Genderfragen wurden kritisch aufgegriffen, die Diskurse wurden intersektional, und der Horizont dessen, was Care bedeutet, wurde erweitert. Über das in der »Natur« von Frauen^{*1} verortete selbstlose Sich-Kümmern um an-

1 Die Schreibweise Frauen^{*} signalisiert, dass es nicht einfach vorentschieden ist, wer und wie eine Frau ist. Dies gilt auch für historische Diskurse. Dennoch werde ich dort, wo

dere hinaus wird Care zur »verbindliche[n] Hinwendung zu den Bedürfnissen des Lebendigen und dessen Adressierung. Care beinhaltet in diesem Sinne alle Formen der (auch nur versuchten) Bedürfnisbefriedigung lebendiger Wesen, lebendiger Systeme, des Lebens im Allgemeinen« (Villa, 2020, S. 434). Damit werden Gerechtigkeitsfragen für Fragen von öffentlicher, aber auch privater Carearbeit wichtig. Zugleich wird deutlich, dass es sich bei denen, die Care bedürfen, »nicht um Ausnahmen oder ›Abweichungen‹ vom eigentlichen Mensch-Sein« handelt: »Denn tatsächlich [...] ist Care eine grundlegende Dimension allen Lebens im Allgemeinen, auch allen menschlichen Lebens im Besonderen. Immer.« (ebd., S. 435) Care bleibt omnipräsent – heute auch und gerade in den Effekten ihrer Abwesenheit (Puig de la Bellacasa, 2017, S. 1).

Während der Corona-Pandemie galten für kurze Zeit die Sorgetragenden vor allem im Gesundheitsbereich als Superheldinnen (siehe den Beitrag von Krause in diesem Band). Aber die neue Aufmerksamkeit und Aufwertung war beschränkt und kurzlebig. Denn die pandemische Care-Krise in ihrer Aufwertung von (bestimmten Formen von) Care traf auf eine andere längst existierende Care-Krise. Im Privaten und in Nahbeziehungen hat die kontinuierliche Care-Krise schon lange schmerzhaft Löcher in die alltägliche Geduld und das alltägliche Verständnis von Gerechtigkeiten gerissen. So wurden bei den »Corona-Heldinnen« alleinerziehende Mütter vergessen oder als Problemfälle wahrgenommen, Frauen* in Familien mussten um eigene (Arbeits-)Räume kämpfen, und die Zunahme an häuslicher Gewalt wurde erst spät thematisiert.

Diese eigentümliche Vermischung von Überhöhung und Missachtung, die die Anfänge der Care-Diskurse bestimmt hat, ist damit in der Pandemie in veränderter Form wieder zu sehen. Existenzielle Abhängigkeiten, umstrittene Zuständigkeiten, Überhöhungen und Missachtungen, die während der Pandemie offensichtlich wurden, sind »Einfallstore [...] für Gewalt« (Villa, 2020, S. 437).

Damit bleibt die Frage »who cares?« zweideutig: Wer kümmert sich? Und wen kümmert es? Sie heißt dann: »Who cares who cares?« Welchen gesellschaftlichen/politischen Stellenwert hat die Sorgearbeit und sollte sie haben? Welchen »Wert« hat Care?

der Text im weitesten Sinn jenseits des »Zeitgenössischen« liegen, diese Schreibweise nicht verwenden um nicht einen komplexen Vorgang historischen Verstehens – besonders im Hinblick auf Genderfragen – vorschnell abzukürzen.

Mit dieser letzten Frage sind Diskurse um Care immer auch ethische Fragen, die die tiefliegenden Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen der Praxis und Theoriebildung analysieren.

Dies ist umso wichtiger, als neue Formen der Überhöhung häuslicher Care, die kompatibel mit TikTok sind, Platz und Aufmerksamkeit beanspruchen. Es sind Diskussionen um traditionelle Weiblichkeit (#tradwives), die – über perfekte Kinder und perfekten Apfelkuchen hinaus – immer wieder mit pronatalistischen Bewegungen verbunden sind und die Vorstellungen eines drohenden gesellschaftlichen »replacements« der Weißen durch Nicht-Weiße transportieren. Sie sind häufig vermischt mit rechten Politiken, fundamentalistischen Verständnissen des Christentums, Vorstellungen von weißer »christlicher« (unterworfenen) Feminität und der gefühlten Benachteiligung von Männern am Arbeitsmarkt (siehe den Beitrag von Wezel in diesem Band). Diese Bewegungen werden nicht nur von (erfolgreichen) Männern propagiert, sondern auch von Frauen* aufgenommen. Dies scheint nicht allein eine Rückkehr zu traditionellen Formen der Sorge und/oder der Rückzug aus den Kämpfen um Care- und Gendergerechtigkeit und der damit verbundenen ständigen Überforderung zu sein; hier zeigt sich auch eine Blaupause für eine imaginierte Gesellschaft, in der Care auf Frauen*arbeit für Männer und Kinder beschränkt ist (siehe den Beitrag von Krause in diesem Band).

Damit ist Care – wie auch Gewalt – ein unklar konturiertes Konzept: Wir wissen in vieler Hinsicht, wo, wann und in welchen Formen wir Care und Gewalt begegnen; wo aber die genauen Grenzen definiert werden, bleibt häufig unklar. Nun könnte man meinen, dass es wenig sinnvoll ist, zwei in dieser Weise unklar konturierte Konzepte zusammenzufügen. Gerade diese geteilte Problematik aber kann von Vorteil sein. Zum einen verstärkt sich dadurch die Dringlichkeit, die Ambivalenzen in der konkreten Praxis ebenso wie die Ambivalenzen der Theoriebildung in einer inter- und transdisziplinären Rahmung zu denken. Zum anderen lernen wir von Adorno, dass das Definieren von Begriffen nur geschieht, um einem »Idol[] von Sicherheit«, einer »zweifelsfreien Verfügbarkeit« zu folgen und dafür die Fülle der Bedeutungen abzuschneiden. Stattdessen geht es um die »Konstellation, in welche die Begriffe treten« (Adorno, 1958/2015, S. 281) – hier um die Konstellationen von Care und Gewalt.

2. Was [alles] ist Gewalt?

In unterschiedlichen historischen, vor allem »westlichen« Traditionen ist Gewalt durch *potestas* einerseits und *violentia* andererseits bestimmt, durch die ordnende Staatsgewalt und die Ordnungen zerstörende Gewalt. Diese Phänomene greifen auf vielen Ebenen ineinander, etwa dort, wo moderne Ordnungsvorstellungen und deren staatliche Umsetzung selbst zur Gewalt werden oder Gewalt nach sich ziehen.

Die Forschungslandschaft ist vielschichtig, manchmal widersprüchlich. Norbert Elias sieht Gewalt im Zivilisationsprozess Schritt für Schritt sublimiert. Zugleich bleibt Gewalt eine ständig verfügbare Handlungsoption, die in bestimmten sozialen Situationen aktiviert werden kann (z.B. Collins, 2008, 2009; Popitz, 2017). Schon in frühen postkolonialen Diskursen (Fanon, 1961; Marcuse, 1965) wird Gewalt immer auch als Gegengewalt gegen Unterdrückung und als je eigene Handlungsmacht gesehen (zum Überblick: Tekath & Bonacker, 2022).

Eine Ausweitung des Gewaltbegriffs über physische/direkte Gewalt hinaus auf strukturelle, kulturelle und symbolische Gewalt ist umstritten. Eine klare Konturierung von Gewalt als »Übergriff auf den Körper eines anderen ohne dessen Zustimmung« (Reemtsma, 2014, S. 104) hilft, um Gewalt trennscharf erkennen zu können. Sie scheitert aber schon dort, wo der Körper als abgegrenztes Phänomen betrachtet wird – kontextlos und abgegrenzt von der Androhung von Gewalt, abgegrenzt von gewaltsam hergestellten psychischen Zuständen, abgegrenzt von der Gewalt gegen andere Körper, mit denen wir verbunden sind. Die Ausweitung des Verständnisses von Gewalt mag die analytische Schärfe beeinträchtigen. Nicht allein und nicht vorrangig analytische Schärfe aber ist das wissenschaftliche Ziel dieser Überlegungen (und vieler Überlegungen in den Geistes- und (qualitativen/theoretischen) Sozialwissenschaften insgesamt), sondern ein Verstehen, das epistemische Gerechtigkeit als Ausgangspunkt und Ergebnis hat. Die Unschärfen dieser Erweiterungen, etwa die Problematik, dass Gewalt, Macht und Zwang vermischt werden können (z.B. Popitz, 1986), sollten dann in je konkreten Kontexten diskutiert werden. Gerade in den unterschiedlichen Konstellationen von Care und Gewalt ist es nötig, Gewalt auf unterschiedlichen Ebenen und in den weniger offensichtlichen Formen zu sehen.

Strukturelle Gewalt zeigt sich, so Galtung, »wenn Menschen so beeinflusst werden, dass ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung« (Galtung, 1975, S. 9; als Überblick Bo-

nacker & Imbusch, 2010). Damit wird häufig keine direkte Täter-Opfer-Einteilung mehr möglich; und die subjektive Erfahrung muss nicht immer als »Gewalt« benannt werden (vgl. Tekath & Bohnacker, 2024, S. 8).

Kulturelle Gewalt ist neben der eng gefassten körperlich-personalen/direkten Gewalt und neben der strukturellen Gewalt die dritte Spitze des Galtung'schen Gewaltdreiecks: Kulturelle Gewalt sind »jene Aspekte der Kultur, der symbolischen Sphäre unserer Welt, die dazu benutzt werden können, direkte oder strukturelle Gewalt zu rechtfertigen oder zu legitimieren. Sternenbanner, Kreuze und Sicheln, Flaggen, Hymnen und Militärparaden, das allgegenwärtige Porträt des Führers, Hetzreden und Plakate« und anderes mehr (Galtung, 1998, S. 341). Dabei geht es nicht um eine Klassifizierung einzelner Kulturen als »gewaltsam«, sondern um kulturelle Aspekte in Religion, Ideologie, Sprache, Kunst, empirischen und formalen Wissenschaften, die gewaltsam sein können (vgl. Tekath & Bohnacker, 2024, S. 9).

Symbolische Gewalt wird bei Galtung unter kultureller Gewalt gefasst. Bourdieu vertieft dies unter einem anderen Blickwinkel, etwa mit der Frage, warum »die Beherrschten gehorchen« (2014, S. 290) und zu Komplizen der Herrschenden werden. Symbolische Gewalt, so Bourdieu, entsteht beispielsweise dann, wenn die Beherrschten sich selbst gegenüber den herrschenden Standpunkt einnehmen. In Gesellschaftsanalysen ermöglicht das Konzept der symbolischen Gewalt, die »Objektivität der subjektiven Erfahrung der Herrschaftsverhältnisse« zu analysieren (Bourdieu, 2005, S. 65). Damit kann Bourdieu auch im Dialog mit Goffman gelesen werden, dessen Arbeit zu »beschädigter Identität« (1963/1992) als Folge von internalisiertem Stigma in vergleichbarer Weise über symbolische Gewaltstrukturen spricht.

Gewalt in direkten, strukturellen, kulturellen und symbolischen Ausprägungen spielt in allen drei zu untersuchenden Konstellationen von Care und Gewalt eine Rolle.

3. Care als Gegenteil von Gewalt: *Care not Cops*

»Care not Cops« (vgl. <https://www.carenotcops.org/>): Unter diesem Namen haben sich verschiedene Initiativen in den USA und Kanada zusammengeschlossen. Seit 2017 richten sie ihre Aufmerksamkeit auf Erfahrungen und Analysen von Polizeigewalt und hatten ihren Höhepunkt nach dem breit medialisierten Mord an George Floyd. Dieser Mord und die sich mit dem Mord überlagernden Ereignisse der Covid-Pandemie wurden zum Anstoß für die

Verbreitung der *Care-Not-Cops*-Initiativen. In großen Protesten wurde die Umwidmung kommunaler Ressourcen von der Polizeiarbeit in – im weitesten Sinn – Care-Arbeit gefordert (»Defund the Police«, vgl. <https://defundthepolice.org/>). Ziel war das Erkennen von Polizeigewalt, deren Verhinderung und die Stärkung der Kommunen, insbesondere im Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Aktivist:innen verfolgten eine Bandbreite politischer Interessen: Einige forderten bessere Kontrolle und größere Transparenz klassischer Polizeiarbeit; andere waren davon überzeugt, dass das aktuelle System nicht reformierbar sei, sondern abgeschafft werden müsse – mit der Umverteilung von Sicherheitsaufgaben auf lokale Gemeinschaften. Diese Gruppierungen verstanden und verstehen sich als Teil der *abolitionist movements*. Deren Ausgangspunkt sind die historischen Bewegungen zur Abschaffung von Sklaverei. Als *abolitionist* verstehen sich auch andere Bewegungen, etwa zur Abschaffung von Abtreibung, des Copyrights, zur Abschaffung der Möglichkeit, Tiere zu »besitzen«, oder zur Abschaffung aller Monarchien. (Balsamo, 2020; vgl. auch Kaepernick, 2021)

Obwohl die öffentliche Wirksamkeit der Initiativen inzwischen abgeflacht ist, bleiben die aktuellen Zahlen alarmierend: »Among Black Americans, the rate of fatal police shootings between 2015 and December 2024 stood at 6.1 per million of the population per year, while for white Americans, the rate stood at 2.4 fatal police shootings per million of the population per year.« (statista 2025) Zugleich konnten unterschiedliche geplante oder umgesetzte Reformen das grundlegende Problem nicht bewältigen, und mit der Kürzung bundesstaatlicher Gelder durch die Trump Administration und einem seit 2025 veränderten kulturellen Klima wurden die Reformen wieder zurückgenommen. Die gewaltsamen Deportationen und die Tötungen von Renée Good und Alex Pretti im Januar 2026 in Minneapolis, 6 Jahre nach dem Mord an George Floyd, zeigt eine veränderte politische Landschaft: Die breiten Proteste richten sich nicht gegen die lokale Polizei, sondern gegen die Bundesbehörde ICE, deren unterschiedliche Abteilungen und Sondereinheiten oft gewaltsam und willkürlich Abschiebungen durchführen. Die Proteste können in diese Weise als Care-Arbeit, als Sorge für ein diverses Gemeinwesen und das Aufrechterhalten von Grund- und Menschenrechten verstanden werden.

»Care not Cops«: Warum wurde das, was gefährlich fehlt, mit »Care« benannt und nicht anders, etwa als mangelnde demokratische Kontrolle der Polizei, mangelnde demokratische Bildung oder als gerechte Politik? Außer einer eingängigen Alliteration zeigt sich hier ein breiter Bedarf, der entsteht, wenn *potestas*, die legitimierte Staatsgewalt, sich als *violentia* zeigt, als zerstö-

rerische Gewalt. Hier wird ein Mangel an psychiatrischer Fürsorge genauso wie ein Mangel an Verständnis sozialer Situationen und der Auswirkungen eines strukturellen Rassismus angeprangert. Gefordert wurde während der Pandemie die Entlassung aller Menschen aus den Gefängnissen, das Ende der Verhaftung von undokumentierten Migrant:innen und das Ende der Hausräumungen (vgl. Care not Cops o.J.²).

Diese praktisch-politischen Bewegungen zeigen, wie sich auch in der gesellschaftlichen Theoriebildung zwei Ansätze verknüpfen: *Care-as-intimate* (in der konkreten Sorge für das Leben und Überleben von Menschen, oft im Alltäglichen, Konkreten und Intimen) und *care-as-politics* (als strukturelle Frage, die auf eine »politics of care« zielt; Tronto, 2015; vgl. Gonsalves & Kapczynski, 2025). Beide Ansätze verweisen aufeinander und bedingen sich gegenseitig. Dort, wo Care gegen Gewalt steht, ist Care als (Über-)Lebensfrage ein Konzept, das die Untrennbarkeit des Privaten und Politischen verkörpert.

4. Care als Ziel von Gewalt: »Normal«- und Ausnahmesituationen

Die Diskussion über Gewalt gegen Care(-Arbeiter:innen) ist mittlerweile wissenschaftlich und sozial in der Gesellschaft angekommen. Die Zahl der gewaltvollen Übergriffe auf Care-Arbeiter:innen hat zugenommen; zugleich wächst das Bewusstsein für diese Form der Gewalt, sowohl im Kontext der öffentlichen und privaten Care-Arbeit als auch im Kontext von Krisen- und Kriegsgeschehen.

Seit 2003 gibt es Länderstudien zu »workplace violence in health care« (Wiskow, 2003). Sie sind inzwischen durch breite Literatur zu (strukturellen) Ursachen und Präventionsmaßnahmen ergänzt worden. Obwohl das Problem seit Langem bekannt ist, sind die Zahlen und ihre Deutungen immer noch wenig zuverlässig. Zugleich bleibt häufig die informelle Pflege ebenso unbeachtet wie der Wohlfahrtsbereich. Die Dunkelziffern sind hoch; aber Menschen in Gesundheitsberufen gelten als diejenige Berufsgruppe, die der höchsten Möglichkeit von Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt ist (»the most vulnerable professionals to workplace violence«) (Mento, 2020; vgl. auch Ärzteblatt, 2025). Diese Studien schließen die »workplaces« des gesamten

2 Siehe: <https://static1.squarespace.com/static/5a06663f0abdo473f4bc9610/t/5e79c4dc262a2631e8c83bd/1585038558886/SENDER+Only+Strong+Communities+Can+Combat+COVID-19+%281%29.pdf>.

Sicherheitsbereichs aus. Dies geschieht mit einem gewissen Recht, denn Menschen in Sicherheitsberufen werden – anders als in Care-Berufen – für den Umgang mit Gewalt ausgebildet.

Als risikoreicher Arbeitsplatz im Gesundheitswesen zeigt sich insbesondere die Notfallmedizin. Die mentalen Zustände von Patient:innen, ebenso Drogen, Alkohol und psychiatrische Notfälle werden als Ursachen für Übergriffe genannt. Darüber hinaus sind es auch lange Wartezeiten, die Wahrnehmung, dass die eigenen Bedürfnisse nicht erfüllt werden, überarbeitetes/überfordertes Personal, mangelnde Kommunikation des Personals und nicht zuletzt die Erwartung, dass Care als Dienstleistung erbracht wird. Eine Studie im Klinikum Hamburg-Eppendorf fordert technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen zur Prävention, also beispielsweise Notrufe für Personal, angemessene Arbeitszeiten und Reduktion der Überlastung, Weiterbildung für den Fall von gewaltsamen Ereignissen und Nachsorge für betroffenes Personal. (Beringer et al., 2023)

Männer in Care-Berufen sind in höherem Maße von physischer Gewalt betroffen als Frauen*; verbale Aggression – Beschimpfungen, Bedrohungen, auch rassistische und sexistische Beschimpfungen – ist gegenüber Frauen* und nicht-weißen Personen deutlich höher (Banga et al., 2023; Mento et al. 2020). Dabei überlagern sich traditionelle Verknüpfungen von Weiblichkeit und Fürsorge, die hohe Zahl der Frauen* im Care-Bereich und die allgemeine Gefährdung von Frauen* durch Aggression.

Die Covid-Pandemie hat die Situation weltweit verschärft. Gründe dafür sind der Mangel an angemessenen Pflegestrukturen und Personal und die gleichzeitig steigende Angst um das eigene Leben und die eigene Gesundheit sowohl der Patient:innen als auch des Pflegepersonals. Als Gewalt im strukturellen Sinn muss auch wahrgenommen werden, dass wegen mangelnder Verfügbarkeit von Impfstoffen in ärmeren Ländern eine hohe Zahl von Care-Arbeiter:innen an Covid gestorben ist (World Health Organization, 2021).

Gewalt gegen Care im weiteren Sinn zeigt nicht nur Überschneidungen mit dem, was als »häusliche Gewalt« gilt, sondern auch Überschneidungen mit Formen der Gewalt gegen diejenigen, die Care als »Gattungstätigkeit« (Tronto & Fisher, 1990, S. 40) ausüben, Care als das, was wir tun, um die Welt aufrechtzuerhalten, ihr eine Zukunft zu ermöglichen, sie zu reparieren, sodass wir so gut wie möglich leben können (Tronto, 1993, S. 103; vgl. Puig de la Bel-lacasa, 2017, S. 3). Zur Gewalt gegen Care gehört dann die Gewalt gegen Klimaaktivist:innen, Gewalt gegen alle, die den aktuellen Zustand der Welt und

die *carelessness* vieler politischer und gesellschaftlicher Entscheidungen nicht hinnehmen wollen. Auch sie sind Care-Arbeiter:innen.

Hier ist ein breites notwendigerweise interdisziplinäres Feld entstanden, das sowohl im Hinblick auf die psychische Situation des – gefühlten – existenziellen Ausgeliefertseins derer, die Care brauchen als auch der Umschläge von Angst in Aggression vertieft werden muss. Im Hinblick auf die zunehmende Anwerbung von Fachkräften aus unterschiedlichsten Ländern für das deutsche Pflege- und Gesundheitswesen werden Fragen von Aggression und Gewalt noch zu erforschen sein.

In einer anderen Blickrichtung geht es genauso um *Gewalt gegen Care-Arbeiter:innen außerhalb der lokalen Krankenhäuser, Altenpflege oder anderer Wohlfahrtsbereiche*. Im Zuge weltweiter Konflikte haben sich die Tötungen von Care-Arbeiter:innen von 2022 auf 2023 verdoppelt (O'Brien, van Zundert & Barach, 2024; Mahase, 2025).

Im Jahr 2024 wurden weltweit mehr als 3600 Attacken auf Care-Arbeiter:innen, vor allem im Gesundheitssektor, registriert – 15 % mehr als im Jahr 2023 und 62 % mehr als im Jahr 2022 (ebd.). Das ist die höchste jemals gemessene Zahl. Und sie ist die Spitze eines Eisbergs. Erfasst wurden verletzte und getötete Care-Arbeiter:innen, die Luftschlägen, Bomben, Drohnenattacken, Panzerangriffen, Schießereien, Brandstiftung ausgesetzt waren. Genauso gab es Verhaftungen und gezielte Tötung von Care-Arbeiter:innen. Konzentriert waren diese Attacken in den palästinensischen Gebieten, der Ukraine, im Libanon, in Myanmar und im Sudan, mit vielen anderen Vorfällen rund um die Welt.

Angriffe auf sanitätsdienstliche Einrichtungen sind in Art. 19–23 der 4. Genfer Konvention streng verboten. Die Genfer Konvention wurde 1949 von allen Staaten unterzeichnet. In unterschiedlicher Perspektive erscheinen diese Gewaltakte – mit zunehmender Empathielosigkeit – als Kollateralschaden – oder als besondere Brutalität.

5. Care als Teil von Gewalt/Gewalt als Teil von Care: Unsichtbar oder vergessen

Gewalt in Care gibt es nicht. Oder fast nicht. Denn nur in Extremfällen werden Probleme im Care-Bereich als Gewalt thematisiert. Aber es gibt Gewalt in Gesundheits- und Wohlfahrtssystemen – gegen pflegebedürftige, hilfsbedürftige, arme Menschen.

Als Gewalt gegen ältere Menschen definiert die WHO »körperliche, sexuelle, psychologische und emotionale Misshandlung, finanziellen und materiellen Missbrauch, Vernachlässigung und den schwerwiegenden Verlust von Würde und Respekt« (World Health Organization, 2024).

Diese Definition verweist auf eine Praxis; aber es gibt keine verlässlichen Zahlen. Wir wissen von aggressivem Verhalten von Care-Arbeiter:innen, insbesondere gegenüber alten Menschen und demenziell erkrankten Menschen: respektlose Sprache, Drohungen, Vernachlässigungen. Wir wissen, dass auch pflegende Angehörige zu möglichen Täter:innen gehören; genauso wissen wir, dass strukturelle Probleme wie Personal- und Zeitmangel oder schwierige wirtschaftliche Verhältnisse im Privaten und Öffentlichen zu Gewalt beitragen können. Dabei gibt es Grauzonen: etwa das Abschneiden von Haaren der Pflegebedürftigen, wenn es die Pflege vereinfacht, die Vernachlässigung von Sonderbedarfen oder -wünschen, das Fixieren bei mangelndem Personal. All dies wird in der Regel nicht als »Gewalt« markiert, sondern als bedauerliche Notwendigkeit, als Fehlverhalten oder Abweichung von der eigentlichen, richtigen Haltung der genuinen Zuwendung, unendlichen Geduld, breiten Kompetenz und konstanten Freundlichkeit.

Dort, wo es um eindeutige physische Gewalt geht, wo etwa ein Pfleger anästhesierte Patientinnen vergewaltigt, wo Säuglinge oder alte Menschen getötet werden, ist die Öffentlichkeit erschüttert. Wenn eine Überschrift heißt: *The Nurse Who Killed Babies*, dann geraten fundamentale Gewissheiten ins Wanken – die Gewissheit, dass Care »gut« ist und das Care-Arbeiter:innen eigentlich Superheld:innen sind. Täter:innen sind »schwarze Schafe« in einer weißen Herde.

Und natürlich sind es Einzelfälle, ein geringer Anteil an der großen Zahl derer, die, manchmal auch zum eigenen Nachteil, Care im besten Sinne aufrechterhalten. Der Berufsstand der Care-Arbeiter:innen ist damit nicht verurteilt. Dennoch ist es wichtig, noch einmal grundlegender die Konstellationen von Care und Gewalt und deren Geschichte (vgl. im Folgenden auch Ammicht Quinn, 2025) zu reflektieren. Dabei wird die Frage nach »Welfare Colonialism« (s.u.) relevant: die Verknüpfung von sozialen und bildungsfokussierten Hilfs- und Unterstützungs-Programmen mit rassistischen Strukturen, die existieren oder neu geschaffen werden.

In den 1880er Jahren wurden in Deutschland parallel drei Phänomene von großer Tragweite etabliert: die Sozialgesetzgebung unter Bismarck; das Deutsche Reich als formale Kolonialmacht mit Vernichtungs- und Rassekriegen; und die Soziale Arbeit wurde als Berufsfeld für Frauen etabliert. Im Engage-

ment vor allem von Frauen wurden zu dieser Zeit die Grundsteine unserer heutigen Wohlfahrt und der heutigen Sozialsysteme gelegt. Aus der Berliner Frauenbewegung heraus wurden Mädchen- und Frauengruppen für »soziale Hilfsarbeit« gegründet. Alice Salomons »Soziale Frauenschule« ist ein prominentes Beispiel und besteht als die heutige Alice Salomon Hochschule Berlin fort (vgl. Lau, 2023). Viele Protagonistinnen der Sozialen Arbeit der ersten Stunde waren zugleich auch in der kolonialen Bewegung aktiv, denn die Kolonien waren ein neues Arbeits- und Wirkungsfeld für Frauen. Hier sollte Soziale Arbeit als »Kulturarbeit« geleistet werden gegen das »Barbarentum« und die »entsetzliche Verrohung« »dort drüben« – so Minna Cauer (1841–1922), eine der prominentesten Frauenrechtlerinnen, Begründerin der Zeitschrift »Die Frauenbewegung« und Mitbegründerin der Berliner »Mädchen- und Frauengruppen« (Lau, 2023).

Hedwig Heyl (1850–1934), Gründerin des ersten Betriebskindergartens, einer Haushaltungsschule für Frauen, Mitorganisatorin des Internationalen Frauenkongresses in Berlin und Gründerin des sozialpädagogischen Jugendheims Charlottenburg, war auch Vorsitzende des Frauenbundes der Deutschen Kolonialgesellschaft (vgl. die gründliche Forschung bei Burchard, 2014). Hedwig Heyl sah ihre wichtigste Aufgabe zunächst darin, »Frauen für die Kolonisten auszusuchen, Siedlungen durch Ehen zu festigen und überhaupt geeignetes Mädchenmaterial zu verschicken« (Heyl zit.n. Burchard, 2014, S. 92). Dadurch sollten nicht nur »Mischehen« unterbunden werden; der Haushalt selbst wurde zum Ort von Rassifizierung und Nationalisierung: »Ferne Länder können nicht wahrhaft in Besitz genommen werden, wenn nicht deutsche Hauswirtschaft dort Wurzeln fasst. Der erste Schritt, den die Frauen in Südwest [Afrika] wagten, war außer der Krankenversorgung die Begründung deutscher Hauswirtschaft, um die sich alles kristallisieren wird« (Heyl zit.n. Burchard, 2014, S. 142). Um die Herrschafts- und Besitzstruktur aufrechtzuerhalten, braucht es »die Anwesenheit der weißen Frau, die deutsche Zucht und Sitte aufrecht erhält und ein kerniges deutsches Geschlecht heranzieht« (Gertrud von Hatten, zit.n. Burchard, 2014, S. 151). Durch die Kulturarbeit von Frauen also wurde es möglich – beispielsweise in Namibia –, Haushaltsunterricht und Nähstunden für Schwarze Frauen zusammen mit Völkermord zu denken.

»Welfare Colonialism« – diesen Begriff hat der britisch-kanadische Anthropologe Robert Paine 1977 geprägt. Er spricht nicht über die militarisierte Kolonisierung vor 1919, sondern beschreibt detailliert, wie in Kanada in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts das »koloniale Modell« umgekehrt wurde.

Aus den *Alaskan Native Communities* sollten nicht mehr primär Bodenschätze, Güter, Arbeit extrahiert, sondern es sollten soziale Investitionen gemacht werden, um den Lebensstandard (und die Produktivität) der *Native Communities* zu erhöhen. Diese Umkehr scheitert und hat einen perversen Effekt: Der Lebensstandard verschlechtert sich, teilweise dramatisch. Das »gift of care« in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Wohnen erwies sich als giftig durch die Zerstörung vorhandener sozialer Strukturen: »Welfare colonialism creates paralyzing dependencies on the »centre« in a peripheral population, a centre exerting control through incentives that create total economic dependency« (Reinert, 2006, S. 13; vgl. Paine, 1977).

Über das konkrete historische Beispiel hinaus ist aus notwendigen postkolonialen Überlegungen zu lernen, wie sehr eine nicht hinterfragte Normierung dessen, was Care bedeutet, vermeintlich alte Formen der Macht versteinern und verschleiern kann. Die Welt erscheint dann als eine Welt, die vom »weißen Zentrum« her konstruiert wird, aber dort, im »weißen Zentrum«, versteht man die Welt nicht, die man mit gutem Willen selbst gemacht hat (Mills, 2007, S. 2; vgl. Hunter, 2021, S. 351–353). Diese unterschiedlichen Formen der Verknüpfung von Care und Kolonialismus sind in einer binären Weise normativ, indem sie das »Fremde« dem »Eigenen«, das »Unzivilisierte« dem »Zivilisierten« entgegensetzen, sei es explizit oder implizit, aber hartnäckig wirkmächtig.

»Look! A Negro!« ist Frantz Fanons Beschreibung des kolonialen verdinglichenden Blicks (Fanon, 1986, S. 109), der die Erfahrungen der »Anderen« nivelliert. Shona Hunter, Erziehungswissenschaftlerin in Leeds, ergänzt diese Aussage im Hinblick auf institutionalisierte Welfare-Systeme heute zu einem Dreischritt: »Look! A Negro! – What a Shame! – How can we help?« (Hunter, 2021, S. 347)

Institutionalisierte Sozialsysteme heute haben ihre eigene vergessene Geschichte: der Sozialisierungszwang entlang bestehender und nicht hinterfragter Normen. Diese Geschichte mag dort zutage treten, wo in manchen Bereichen die Klient:innen und die Sorgebedürftigen überproportional arm und nicht-weiß sind. Sie zeigt sich genauso in den Bereichen, in denen die Care-Systeme möglich gemacht werden durch nicht-weiße Sorge-Arbeiter:innen, häufig am unteren Ende der Entlohnung. Oft sind sie Teil internationaler »Sorge-Ketten«, weil sie Kinder und Angehörige der Fürsorge anderer, oft ärmerer Menschen überlassen müssen (vgl. aktuell Aulenbacher, Lutz, Palenga-Mölleneck & Schwiter, 2024; Kilkey, 2023). Sie arbeiten in Privathaushalten oder, unsichtbar, als Reinigungskräfte, die während der Pandemie die Intensivstationen

nen gereinigt haben, oder als diejenigen, die nach dem Tod eines Menschen dessen Krankenhausbett wieder verfügbar machen. Sie sind vielfach mit dem *dirty work* von Care beschäftigt. Manche sind aus ausweglosen Situationen geflüchtet, andere wünschen sich finanzielle Stabilität. Worauf sie stoßen, sind in vieler Hinsicht Hierarchisierungen, die noch koloniale Anteile enthalten.

6. Zwischenspiel: Distanz halten

In Camus' Roman »Die Pest« (1947/1998) ist die Stadt Oran an der algerischen Küste der Ort des Geschehens. Der Erzähler, Dr. Bernard Rieux, ist Arzt und durchlebt einen katastrophalen medizinischen Notfall. Es beginnt mit einer toten Ratte, einigen harmlosen Fällen, und wird zur Epidemie; der Notstand wird ausgerufen, die Stadt abgeschottet, die Erkrankten in improvisierte Quarantäne gebracht, die medizinische Hilfe ist unzureichend, die Zahl der Toten steigt beständig. Der Jesuitenpater Paneloux, Gegenpart des atheistischen Arztes, fragt, ob die Pest die Strafe Gottes ist. Deutlich aber wird nicht nur die theologische, sondern die politische Dimension der Pest: Camus nutzt – Algerien 1947 – die Metaphorik des Kriegs- und Belagerungszustands.

Irgendwann in dieser andauernden Katastrophe und dem andauernden Gespräch zwischen Rieux und Paneloux über Gott und Tod stirbt ein Kind, eines von vielen. Das erkrankte Kind ist allein, da die Familie im Quarantänehotel untergebracht wird. Es liegt im notdürftig eingerichteten Hilfsspital in einem früheren Klassenzimmer. »Nach etwa zwanzig Stunden betrachtete Rieux den Fall als hoffnungslos. Der kleine Körper ließ sich wehrlos vom Gift verzehren. Ganz kleine, schmerzhaft, aber kaum ausgebildete Beulen versperrten die Gelenke seiner zarten Glieder. Er war im Voraus besiegt.« (Ebd., S. 178) In dieser Situation ordnet der Arzt den Test eines »Serums« an, von dem man sich Besserung erhofft.

»Am anderen Morgen begaben sich alle schon in der Morgendämmerung ans Bett des kleinen Jungen, um sich vom Ausgang dieses entscheidenden Versuchs zu überzeugen.« (Ebd.) Um das Bett sammeln sich die Protagonisten des Romans, Rieux, der Arzt, Paneloux und die anderen. Einer steht am Kopfende des Bettes, einer sitzt am Fußende und liest, die anderen lehnen an unterschiedlichen Wänden. Camus beschreibt den Todeskampf des Kindes: Krämpfe, kurze und langanhaltende Schreie, Tränen, »groteske« Bewegungen – bis das Kind nach langer Zeit und vier Seiten Text schließlich stirbt: »Mit offenem, aber stummem Mund ruhte das Kind inmitten der durcheinandergeworfenen

Decken; es war plötzlich klein geworden, und auf seinem Gesicht waren noch die Spuren der Tränen zu sehen.« (S. 182)

Das Kind hat keinen Namen. Es stirbt lange und schrecklich innerhalb eines arrangierten Bühnenbilds von gutmeinenden und in ihrer Weise mitleidenden Menschen, die im Raum verteilt sind. Außer dem Arzt, der manchmal kurz das Handgelenk fasst, um den Puls zu spüren, spricht niemand das Kind an. Niemand berührt es. Es bleibt das Objekt eines gescheiterten Versuchs.

Die Rezeption des Romans dreht sich weitgehend um eine Weiterführung der theologisch-atheistischen Diskussion um den Tod Unschuldiger. Was zugleich gelesen werden kann: die Gewalt, die darin besteht, dass das Kind stirbt, ohne Trost, ohne Ansprache, ohne Berührung. Die Distanz der Männer wird nicht durch eine Ansteckungsgefahr entschuldigt. Sie ist eine einfache Tatsache. Die Epidemie, die gewaltsam die Stadt einnimmt und besetzt, konfrontiert uns mit einer anderen Form der Gewalt – der Gewalt des Raums zwischen Menschen, einem Raum, wo zwar medizinische Behandlung, wie begrenzt auch immer, aber keine menschliche Handlung stattfindet und diese Distanzierung unkommentiert bleibt, weil sie die Normalität ist.

Was also ist Care? Wie geht Care? Und wie kann Care gut gemacht werden?

7. Preisfragen und Wertfragen: Aufrechterhalten oder Verändern der Gesellschaft?

Dort, wo Care als Gegenteil und Alternative zu Gewalt gesehen wird («Care not Cops»), richtet sich der Zorn der Protestierenden gegen die Verknüpfung von *potestas* und *violentia* und die daraus folgende *carelessness* der Gewalt. Die sich als *careless* zeigende Gewaltausübung delegitimiert staatlich legitimierte Gewalt.

Im Kontext der Proteste gegen die tödliche Polizeigewalt gegen George Floyd wuchs nicht nur der Zorn auf ein ungerechtes Rechtssystem, sondern auch die Angst vor den Zornigen. Für die einen ist Care das Gegenteil von (staatlich legitimerter) zerstörerischer struktureller und kultureller Gewalt. Für die anderen zeigt sich mit dieser Vorstellung von Care die Gefährdung der *potestas*, der bisherigen Ordnung. Menschen, die durch mangelnde Sorge gefährdet sind, erscheinen zugleich als gefährlich: Schwarze Menschen, Drogenkranke, psychisch Kranke und andere. Unter der physischen Gewalt der Polizei liegt strukturelle, kulturelle, symbolische Gewalt, die das Nichtverstehen der Lebensrealitäten anderer in die eigene Normalität integriert. Eine

Trennung von *gefährdet sein* und *gefährlich sein* im Denken und in der Praxis ist nötig, um die Konstellationen von Care und Gewalt zu verstehen.

Bei Arbeiter:innen im Care- und Sozialbereich zeigen sich die »Normalzustände« beispielsweise der Notaufnahmen als Ausnahmezustände der Sorgebedürftigen. In den Ausnahmezuständen der Kriegs- und Krisensituationen versuchen Care-Arbeiter:innen Bruchstücke einer Normalität herzustellen. Im ersten Fall treffen strukturelle Situationen von Personalmangel, Überforderung, Erschöpfung auf kulturelle und symbolische Situationen von Erwartungshaltungen und Abhängigkeiten, die dem eigenen Selbstbild widersprechen. Im zweiten Fall, der Gewalt gegen Care-Arbeiter:innen in Kriegsgebieten, scheint die letzte Form der Normalität, das Einhalten der Genfer Konventionen, verschwunden zu sein.

Gewalt in und als Teil von Care wird – außer in spektakulären Formen – vergessen oder als Sonderfall externalisiert. Damit wird auch vergessen, dass Gewalt tief in die Geschichte institutionalisierter Care eingeschrieben ist. Care ist eine frühe Errungenschaft des Sozialstaats und zugleich zutiefst asymmetrisch. Abhängigkeitsstrukturen sind Teil jedes Lebens, und das Leben in Abhängigkeiten muss auch von den Sorge Empfangenden gelernt werden. Die Konsequenz aus der kolonialen Geschichte von Care aber bringt auch rassistisch, klassistisch und sexistisch überformte Asymmetrien hervor.

Ethik als praxisnahe Theoriebildung hat eine eigene Geschichte des Ausschlusses von Care aus den eigenen anthropologischen Strukturen – etwa in der Überhöhung von Autonomie und Unabhängigkeit als Kennzeichen des Menschlichen. Und sie hat ihre eigene Geschichte der Idealisierung von Care in Denk- und Praxisformen – etwa in der über Jahrhunderte als rein und selbstlos verstandenen Mutterschaft (vgl. Ammicht Quinn, 2024, 2017). Auch hier überlagern sich Missachtung und Idealisierung. Eine Care-Ethik nimmt damit sowohl die Geschichte von Care als auch die Geschichte der Ethik selbstkritisch auf. Erst in dieser Kritik der ethischen Gewalt (vgl. Butler, 2002) und der Kritik einer historisch von Gewalt geprägten Fürsorge kann noch einmal nach Care und Care-Ethik gefragt werden, nach dem Preis und nach dem Wert.

Care als Preisfrage: Vom Aufrechterhalten der Gesellschaft

Ohne Care können Gesellschaften nicht existieren. Mit fehlender oder unzureichender Versorgung von Kranken und Kindern bis hin zur fehlenden oder unzureichenden Pflege der natürlichen Lebensgrundlagen können die

Strukturen von Bildung, Teilhabe, Ökonomie, Recht, Forschung, Verständigung usw. nicht aufrechterhalten werden. Zugleich aber sind Ressourcen umkämpft, und immer noch scheint es, als seien bestimmte Formen von Care etwas, das Frauen* unbegrenzt zur Verfügung stellen. Wo aber Care vor allem auf der Ausgabenseite eines Staates verbucht wird, wird Care in einen Kontext von Gewalt gestellt. In einem ausschließlich monetarisierten Kontext, der alles einer kapitalistischen Logik unterordnet, ist Care Teil von Gewalt. Dies gilt auch dann, wenn die Monetarisierung gut gemeint ist: wenn etwa kostenlose Kinderbetreuung deshalb angeboten wird weil dann Mütter »arbeiten« und mehr zum Bruttoinlandsprodukt beitragen, als die Betreuung kostet. Care zeigt sich damit als Preisfrage, und »[j]e mehr mit Preisen versehene Aktivitäten es in einer Gesellschaft gibt, desto besser ihr BIP« (Holten, 2025, S. 112). Das Bruttoinlandsprodukt misst den (preislichen) Wert aller Waren und Dienstleistungen, die innerhalb eines Zeitraums gekauft wurden. Auch in den Wirtschaftswissenschaften ist es bekannt, dass das BIP das gesellschaftliche Wohl außen vor lässt. Aber »aus praktischen Gründen« wird die Arbeit im Haushalt oder unbezahlte Care-Arbeit als »Freizeit« oder »Inaktivität« verbucht (vgl. ebd., S. 118).

Das (notwendige) Aufrechterhalten der Gesellschaft aber kann auch als Aufrechterhalten eines Status quo verstanden werden. Dann dient Care dazu, Kinder zu produktiven und nicht disruptiven Mitgliedern der Gesellschaft zu erziehen, erkrankte Menschen so schnell wie möglich wieder in den Produktionsprozess einzugliedern und fremde Menschen dann aufzunehmen, wenn sie vorhandene Bedarfe befriedigen.

Care in diesem Sinn als Preisfrage zu behandeln reicht nicht aus. Denn die Probleme sind tiefer als eine bessere Allokation von Mitteln.

Care als Wertfrage: Vom Verändern der Gesellschaft

Care als Aufrechterhalten der Gesellschaft ist nötig. Solange aber der »kanibalisches Kapitalismus« (Frazer, 2023) seine eigenen Voraussetzungen – das Sorgehandeln – frisst, bleiben alle Anstrengungen zur besseren Versorgung der Sorge Symptombehandlungen. Solange der Wert einer Gesellschaft und der Wert eines Menschen grundlegend als quantifizierbar und monetarisierbar verstanden werden, bringt es nichts, sich um diejenigen zu kümmern, die nichts bringen. Es braucht grundlegende Veränderungen der Wertfragen, die auch eine Veränderung der ökonomischen Strukturen mit sich bringen muss.

Der unbezifferbare Wert von Care zeigt sich dort, wo bei Camus die Armseligkeit und Hilflosigkeit des Menschen unter der »Besatzung« der Pest beschrieben wird, das verlorene Kind aber doppelt verloren ist, weil niemand die Distanz überwindet. Vielleicht wäre dies, weil emotional, »Frauen*sache« gewesen.

Der unbezifferbare Wert von Care zeigt sich auch in einem von Sorge geleiteten Blick auf aktuelle Debatten. Emma Holten (2025, S. 9f.) hat darauf aufmerksam gemacht, dass es in den aktuellen Diskussionen um die Streichung von Feiertagen kein sorg-sames Denken gibt. Gerechnet wird mit einer möglichen Einsparung von bis zu 8,6 Millionen Euro pro Umwandlung eines Feiertags in einen Arbeitstag (Schröder, 2025). Dabei wird nicht nach dem gefragt, was dann verloren ginge – und was es uns »kosten« würde: die Chance, länger zu schlafen, mit den Kindern in Ruhe zu frühstücken, die Großeltern zu besuchen, aufzuräumen, spazieren zu gehen, Freund:innen zu treffen. Das, was wertvoll ist, kann nicht mit einem Preis versehen werden und wird aus der Debatte entfernt.

In einer kapitalistischen Welt, in der nur das zählt, was man zählen kann, und in der kurzfristige Erfolge wichtiger sind als langfristige Planungen, ist Care als (oft mühsamer) Erhalt eines Status quo Teil von Gewalt. Es ist eine Gewalt, die sich gegen Care-Empfangende und Care-Arbeiter:innen richtet, aber auch eine Gewalt gegen die natürlichen Grundlagen des Lebens.

In einer national- oder eurozentristischen Welt, in der »White Ignorance« (Mills, 2007) herrscht, haben privilegierte Gruppen ein Interesse daran, die Welt der Anderen nicht zu verstehen, weil nur so die eigene Welt intakt bleibt (Mills, 2007, z.B. S. 20; auch Sullivan & Tuana, 2007, S. 11–38). In einer solchen Welt ist Gewalt ein Teil von Care. Von den Bewegungen, die Care (in einer gewissen Naivität) als Gegenteil von Gewalt setzen, lernen wir, wie Veränderungen gedacht werden können: Viele Aktivist:innen haben ein Bewusstsein davon, dass die Binarität, die Care gegen Gewalt setzt, eine strategische Binarität ist. Im alltäglichen Handeln geht es darum, in Ambivalenzen Handlungsspielräume zu schaffen, ohne die Visionen einer sorgenden Gesellschaft und Politik aufzugeben.³ Dies ist zu sehen bei Care-Arbeiter:innen, die in gewaltsame kapitalistische Kreisläufe eingespannt sind, ebenso wie bei den Care-Bewegungen, die für natürliche Ressourcen sorgen.

Klimaaktivist:innen haben, als Care-Arbeiter:innen, an Orten der Hochkultur, in Museen, Schätze dieser Hochkultur angegriffen: Kartoffelbrei wurde

3 Diesen Hinweis verdanke ich Katharina Wezel.

auf »Les Meules« von Monet geworfen, Tomatensuppe auf Van Goghs Sonnenblumen, Erbsensuppe auf dessen »Sämann«, eine ölartige Substanz auf Klimts »Tod und Leben«, eine Person klebt sich mit der Stirn an Vermeers »Mädchen mit dem Perlenohrgehänge«, sodass ein erstaunlich intimes Bild entstand. Vielfach klebten Aktivist:innen die Hände an Bilderrahmen oder der Wand neben den Bildern fest. Keines der Bilder wurde beschädigt, wohl aber Rahmen und Wände. Die deutsche Öffentlichkeit war empört ob dieser als Gewalt verstandenen Handlungen. Vielleicht aber müssen wir das Kleben nicht als gewaltsam-destruktive, sondern als reparative und sorgende Handlung verstehen, die das, was auseinanderzufallen droht, zusammenzuhalten versucht. Die Hände, die auf Bilderrahmen kleben, »rahmen« Kunst und Sorge neu. Denn ganz bildlich wird hier demonstriert, dass der Rahmen und der Hintergrund dessen, was erhalten werden soll, verändert werden muss (vgl. Ammicht Quinn, 2023, S. 3–14).

Dabei sind auch care-ful denkende feministische und Gender-Diskurse gefordert. Wenn Care »alle Formen der (auch nur versuchten) Bedürfnisbefriedigung lebendiger Wesen, lebendiger Systeme, des Lebens im Allgemeinen« (Villa, 2020, S. 434) meint, dann kann ein Gender-Denken sich nicht auf individualistisches Streben nach vordefinierten Erfolgen innerhalb bestehender Hierarchien konzentrieren. Frauen* und alle diejenigen, die Diskriminierungen ausgesetzt sind, können zwar eine Glasdecke durchstoßen, aber dann braucht man andere Frauen*, Arme, Schwarze, Migrant:innen und Menschen mit Behinderungen, die die Scherben aufkehren (vgl. Arruzza, Bhattachary & Fraser, 2019, S. 13).

Wenn durch Care die Welt aufrechterhalten und ihre Zukunft ermöglicht wird, sodass wir so gut wie möglich leben können (vgl. Tronto, 1993, S. 103), dann wird jede Care-Handlung, die sich der Gewalt widersetzt, die den Rahmen und Hintergrund neu entwirft, reparativ die Gesellschaft verändern.

Literaturverzeichnis

- Adorno, T. W. (2015). Einführung in die Dialektik. Vorlesungen 1958. Suhrkamp.
- Allison, K. (2024, April). Fatal attacks on health-care workers doubled in 2023. *Think Global Health*. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/fatal-attacks-health-care-workers-doubled-2023>

- Ammicht Quinn, R. (2017). Ordnungen und das Außer-Ordentliche: Die Diversität von Lebensformen und Identitäten als Frage nach Reinheit. *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, 37, 115–128.
- Ammicht Quinn, R. (2023). Optimismus als Kunst des Protests. In C. Brand, S. Meisch, D. Frank, & R. Ammicht Quinn (Hg.), »Ich lehne mich jetzt mal ganz konkret aus dem Fenster«: Festschrift für Thomas Potthast (MZEW Bd. 23), 3–14.
- Ammicht Quinn, R. (2024). »Religiöse« und »säkulare« Urteilsbildungen über ungewollt Schwangere. In E. M. Lohner, M. Böhm, C. Bomert, & K. Krolzik-Matthei (Hg.), *Beratung bei ungewollter Schwangerschaft* (S. 81–100). Psychosozial-Verlag.
- Ammicht Quinn, R. (2025). Sorgen um Care. In M. Bobbert & M. Heimbach-Steins (Hg.), *Sorge – Care* (S. 17–36). Brill Schöningh.
- Arruzza, C., Bhattacharya, T., & Fraser, N. (2019). *Feminism for the 99 %*. Verso.
- Ärzteblatt. (2025, April). Ärzte und Pflegekräfte erleben immer wieder Gewalt im Berufsalltag. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/news/arzte-und-pflegekraefte-erleben-immer-wieder-gewalt-im-berufsalltag-2359ca96-2667-4b03-aa5e-2c9e5dd37043>
- Aulenbacher, B., Lutz, H., Palenga-Möllnbeck, E., & Schwiter, K. (Eds.). (2024). *Home care for sale: The transnational brokering of senior care in Europe*. Sage.
- Balsamo, M. (2020, June 8). When protesters demand »defund the police«... ABC News. <https://abc7news.com/post/when-protesters-cry-defund-the-police-what-does-it-mean/6237483/>
- Banga, A., Mautong, H., Alamoudi, R., et al. (2023). ViSHWaS: Violence study of healthcare workers and systems. *BMJ Global Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013101>
- Beringer, V., & Wirth, T. (2023). Notfallversorgung als risikoreicher Arbeitsplatz. *Notfall + Rettungsmedizin*, 118, 540–548. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-022-00960-2>
- Bonacker, T., & Imbusch, P. (2010). Zentrale Begriffe der Friedens- und Konfliktforschung. In T. Bonacker & R. Zoll (Hg.), *Friedens- und Konfliktforschung* (5. Aufl., S. 67–142). VS Verlag.
- Bourdieu, P. (2005). *Die männliche Herrschaft*. Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (2014). *Über den Staat*. Suhrkamp.
- Burchard, S. (2014). *Die Konstruktion eines rassifizierten weißen Weiblichkeitsideals in der Zeitschrift*. <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:1306907/get>
- Butler, J. (2002). *Kritik der ethischen Gewalt*. Suhrkamp.

- Camus, A. (1998). *Die Pest* (Orig. 1947). Rowohlt.
- Collins, R. (2008). *Violence: A micro-sociological theory*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400831753>
- Collins, R. (2009). Micro and macro causes of violence. *International Journal of Conflict and Violence*, 3(1), 9–22. <https://doi.org/10.4119/ijcv-2790>
- Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. Maspero.
- Fraser, N. (2023). *Der Allesfresser*. Suhrkamp.
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt*. Rowohlt.
- Galtung, J. (1998). *Frieden mit friedlichen Mitteln*. Leske + Budrich.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Goffman, E. (1992). *Stigma* (Orig. 1963). Suhrkamp.
- Gonsalves, G., & Kapczynski, A. (2025). The social life of care. *Daedalus*, 154(1), 224–239. https://doi.org/10.1162/daed_a_02134
- Holten, E. (2025). *Unter Wert*. dtv.
- Hunter, S. (2021). Decolonizing white care. *Ethics & Social Welfare*, 15(4), 433–462. <https://doi.org/10.1080/17496535.2021.1990370>
- Kaepernick, C. (Hg.). (2021). *Abolition for the people*. Kaepernick Publishing.
- Kilkey, M. (2023). Welfare/migration regimes and care chains. In S. Torres & A. Hunter (Eds.), *Handbook on migration and ageing*. Edward Elgar.
- Lau, D. (2023). *Soziale Arbeit als koloniales Wissensarchiv*. <https://www.alice-salomon-archiv.de/...>
- Mahase, E. (2025). Conflict zones: Assaults on healthcare ... *BMJ*, 389. <https://doi.org/10.1136/bmj.r1039>
- Marcuse, H. (1966). Repressive Toleranz. In R. P. Wolff, B. Moore, & H. Marcuse, *Kritik der reinen Toleranz*. Suhrkamp. (Orig. 1965)
- Mento, C., et al. (2020). Workplace violence against healthcare professionals. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
- Mills, C. W. (2007). White ignorance. In S. Sullivan & N. Tuana (Eds.), *Race and epistemologies of ignorance* (S. 11–38). SUNY Press.
- Noddings, N. (2003). *Caring*. University of California Press.
- O'Brien, C. J., van Zundert, A. J., & Barach, P. R. (2024). The growing burden of workplace violence ... *EClinicalMedicine*, 72, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>
- Paine, R. (1977). *The white Arctic*. Institute of Social and Economic Research.
- Popitz, H. (1986). *Phänomene der Macht*. Mohr.
- Popitz, H. (2017). *Phenomena of power*. Columbia University Press.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care*. University of Minnesota Press.

- Reemtsma, J. P. (2008). *Vertrauen und Gewalt*. Hamburger Edition.
- Reinert, E. S. (2006). *Development and social goals* (UN Working Papers 14). UN DESA. https://www.un.org/esa/desa/papers/2006/wp14_2006.pdf.
- Schröder, C. (2025, March 19). Feiertag abschaffen ... *IW-Nachrichten*. <https://www.iwkoeln.de/>...
- Statista. (2025). Rate of fatal police shootings ... <https://www.statista.com/statistics/1123070/>...
- Sullivan, S., & Tuana, N. (Eds.). (2007). *Race and epistemologies of ignorance*. SUNY Press.
- Tekath, M., & Bonacker, T. (2024). Konzepte der Gewalt. In C. Cohrs et al. (Hg.), *Handbuch Friedenspädagogik*. <https://doi.org/10.17192/es2022.0023>
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries*. Routledge.
- Tronto, J. (2015). *Who cares?* Cornell University Press.
- Tronto, J., & Fisher, B. (1990). Towards a feminist theory of care. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Eds.), *Circles of care* (S. 35–62). SUNY Press.
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise. *Leviathan*, 48(3), 433–450.
- Wilde, O. (1891). *The picture of Dorian Gray*. <https://archive.org/>...
- Wiskow, C. (2003). *Guidelines on workplace violence in the health sector*. WHO. <https://www.who.int/>...
- World Health Organization. (2021). *The impact of COVID-19 on health and care workers*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Abuse of older people: Fact sheet*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/>.

Virale Körper

Katharina Wezel

Im November 2024 wurde Donald Trump zum zweiten Mal zum US-Präsidenten gewählt. Der bekannte US-Podcaster, Weiße Suprematist¹ und begeisterte Trump-Anhänger Nick Fuentes gehörte zu den Ersten, die im Nachgang der Wahl des US-Präsidenten im November 2024 einen Slogan verbreiteten, der auf TikTok viral ging. In diesem Video sitzt er vor einer Reihe US-Nationalflaggen. Er trägt eine Mütze mit dem Slogan »America First« und schreit in die Kamera:

»Die Jungs gewinnen wieder – es wird nie, *niemals* eine Präsidentin geben. [...] Wir werden euch für immer unterdrücken. Ihr werdet *niemals* die Kontrolle über eure eigenen Körper haben. Ihr werdet *niemals* Präsidentin des globalen Imperiums werden – das wird niemals passieren, Schätzchen. Euer Körper, *unsere* Entscheidung.« [eigene Übersetzung]²

Your body, our choice.

Der Slogan »*Your body, our choice*«, auf Deutsch »Dein Körper, unsere Entscheidung«, erinnert an den durch feministische Bewegungen bekannt gewordenen Satz »My body, my choice«. Fuentes' Abwandlung »Dein Körper, unsere Entscheidung« spielt auf diesen Spruch »Mein Körper, meine Entscheidung« an, der seit den 1970er Jahren von feministischen Bewegungen verwendet wird, um Standpunkte wie Selbstbestimmung über den eigenen Körper zum

-
- 1 Ein*e Anhänger*in der White Supremacy bezeichnet einen Menschen, der oder die der rassistischen Theorie von der Überlegenheit der Weißen Rasse angehört.
 - 2 Text im Original: »Guys win again – there will never, ever be a female president. [...] We will keep you down forever. You will never control your own bodies. You will never be the president of the global empire – never gonna happen, sweetie. Your body, our choice.«

Ausdruck zu bringen. Das Original steht für die Verteidigung körperlicher und sexueller Selbstbestimmung, insbesondere im Kontext von Abtreibungsdebatten, und ist historisch betrachtet ein Kennzeichen von Konflikten um Körperpolitik. Er steht also ursprünglich und sinnbildlich für Entscheidungsfreiheit und den Widerstand gegen patriarchale Unterdrückung. Fuentes' Slogan ist damit keineswegs zufällig gewählt oder ein makabrer Scherz, sondern eine Pervertierung feministischer Standpunkte, und damit eine bewusst gewählte Abwandlung und Neuinterpretation.

Fuentes' Video ist auch auf emotionaler Ebene bewusst irritierend. Der Tonfall ist laut, hämisch, und die Worte verletzend. Er möchte Wut oder Empörung hervorrufen bei denjenigen, die sich eine weibliche Präsidentin (oder eben nicht Donald Trump) gewünscht hätten. Auch das ist Teil von (Körper-)Politik: Affekte und Emotionen sind entscheidend bei der Verhandlung dessen, wie Körper politisch reguliert, akzeptiert oder unterdrückt werden (Ahmed, 2004). Feminist*innen hatten im Wahlkampf und insbesondere nach den Ergebnissen der US-Präsidentenwahlen 2024 das Wiederaufkeimen antifeministischer und rassistischer Tendenzen, Hass und Hetze bereits erwartet (WDR, 2025). Schließlich ist der aktuelle Trend in den USA, Abtreibungsrechte und den Schutz von Minderheiten einzuschränken, seit einigen Jahren verstärkt zu beobachten und gewann angesichts des Erfolgs der Republikanischen Partei stark an Auftrieb (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2025). Bemerkenswert ist, dass Trump-Anhängende in direkter Antwort auf seine Wiederwahl auf Social-Media-Plattformen die beiden Slogans »Your body, my choice« (dein Körper, meine Entscheidung) und »Get back to the kitchen« (geh zurück in die Küche) verbreiteten, die innerhalb weniger Tage auf der Plattform viral gingen. Diese sind unmissverständlich sexistisch und auch in einem erweiterten Verständnis als gewaltvoll einzuordnen. Das Institute for Strategic Dialogue (Frances-Wright & Ayad, 2024) zeichnet nach, dass der Slogan sowohl auf den Social-Media-Seiten weiblicher Content-Kreator*innen auftauchte als auch von Jungen im schulischen Kontext und gegenüber Mitschüler*innen verwendet wurde. In einigen TikTok-Videos wurde der Slogan mit dem Geräusch von Schüssen im Hintergrund verwendet, während andere Nutzende auf der Plattform unter der Prämisse, Frauen* zu schützen, Trump-Anhängenden mit Gegengewalt drohten. Diese wiederaufkeimenden sexistischen Körperkämpfe werden nicht zufällig heute so prominent, sondern sie wurden in der Corona-Pandemie radikalisiert.

Im Folgenden zeichne ich zunächst die Umkehr des feministischen Standpunkts »My body, my choice« und seiner anschließenden Abwandlung zu »Your

body, our choice« im rechtsradikalen Kampf um den Körper nach, um diese dann in Bezug zu Fragen von Care und Krisenbewältigung zu setzen. Dabei argumentiere ich, dass die Rolle von Emotionen im Corona-Kontext entscheidend ist, um zu verstehen, wie Verschiebungen zu faschistischen und rechtsradikalen Bewegungen mit und durch Körperpolitik – und auch Vorstellungen von Care – vorangetrieben werden. Es wird deutlich, dass nicht nur Sorgebeziehungen (beings-in-relation) für Fragen zu guter Care relevant sind, sondern auch die Art von Sorgebeziehungen, die in unterschiedlichen und sich überlagernden Krisen politisch thematisiert werden (crises-in-relation).

Der Rückgriff zur Freiheitsfrage

Körper und Selbstbestimmung – das sind auch zwei Begriffe, die in der Corona-Pandemie vermehrt in Kombination miteinander benutzt und zum Teil stark umkämpft waren. Denn wie verhandeln wir Selbstbestimmung in einer gesellschaftlichen Notsituation? Wem »gehört« der Körper in einer Krise? Und was bedeutet das für Überlegungen zu Care?

Der Slogan »My body, my choice« tauchte während der Pandemie an unterschiedlichen Stellen und in verschiedenen Protestbewegungen weltweit auf, so auch in Deutschland und den USA (vgl. Hausbichler, 2021). Beispielsweise ging eine junge weibliche Protestierende schon zu Beginn der Covid-Pandemie mit ihrem Schild »My body, my choice – Trump 2020« auf Social Media viral. Das Schild der Demonstrierenden bildete eine durchgestrichene medizinische Gesichtsmaske ab (für die Abbildung und Analyse des Bildes siehe Stümer, 2023), die junge Frau wirkt selbstbewusst mit ihrer Aviator-Sonnenbrille. Später griffen auch Impfskeptiker*innen und Impfgegner*innen diesen Slogan auf, um ihren Protest gegen nationale Covid-Impfpolitiken zu äußern.

In den Reihen der Covid-Protestierenden reflektiert der Slogan eine Vorstellung von Care, die problematisch ist. Problematisch ist nicht der Wunsch nach Anerkennung von körperlicher Autonomie. Problematisch ist das Verständnis von Autonomie. Der Protestspruch der Impfgegner*innen reflektiert zunächst einmal den Wunsch nach Anerkennung von körperlicher Autonomie. Die Anwendung des feministischen Slogans im Corona-Kontext ist dabei bemerkenswert, denn wir können bei den Demonstrierenden den Versuch beobachten, Grenzen zwischen dem eigenen Körper und der pandemisch betroffenen Gemeinschaft zu setzen und sie politisch einzufordern. Dabei werden binäre Kategorien aufgemacht: Ich und Andere. Mein Körper und politische

Macht. Diese Art der Autonomie, bei der der eigene Körper getrennt und abgekapselt von anderen Körpern gedacht wird, existiert nicht. Das gilt insbesondere nicht in einer Pandemie, in der die gegenseitige körperliche Abhängigkeit ganz körperlich spürbar wird.

»My body, my choice« lässt vermuten, dass es einen Körper im Vakuum gibt, ohne kulturelle Zusammenhänge. In seinem ursprünglichen Sinne, als Teil der *pro-choice*-Abtreibungsbewegungen, ist die Idee der körperlichen Selbstbestimmung der Frau zwar zentral und wichtig, aber aus feministischer Perspektive ist der Protest kein Ausdruck radikaler Autonomie. Vielmehr wird der Frauenkörper immer in Bezug zu Machthierarchien, Abhängigkeitsverhältnissen und dem Wunsch nach Aushandlungsräumen gedacht. Der Körper der schwangeren Frau ist im Kontext und in Bezug zu gesellschaftlichen Fragen zu verstehen, wonach Frauen erst seit einigen Jahrzehnten Wahlrecht besitzen, Geld verdienen können, das medizinische System ihre Belange (insbesondere, wenn sie Schwarz oder minorisiert sind) immer noch schlechter adressieren als die von Männern (Baggio et al., 2013; Cerdeña et al., 2020). Der »My body, my choice«-Protest ist dabei auch als solidarischer, kollektiver Ausdruck gegen patriarchale Macht zu verstehen und nicht als Kampf der absoluten Freiheit ohne Verständnis von kollektiven Bedarfen und Gemeinschaft.

Feministinnen, besonders aus den Care-Ethik-Traditionen, nennen dieses Spannungsfeld zwischen eigener Freiheit und dem Eingebundensein in Care-Beziehungen und Abhängigkeitsverhältnissen die *Autonomie-in-Beziehung* (Robinson, 2016; Verkerk, 2001). Dabei ist das Individuum nicht als abgeschlossene Kategorie zu sehen, sondern immer in Beziehungen, wir sind *beings-in-relation* (Robinson, 2011). Diesem Zustand können wir nicht entgehen, und aus einer Care-Perspektive ist das Streben danach auch nicht sinnvoll. Es geht vielmehr um Fragen des guten Lebens, der guten Sorge (insbesondere, da wir uns bewusst sind, dass Care auch dunkle Seiten und gewaltvolle Dimensionen besitzt (s. auch den Beitrag von Ammicht Quinn)). Aus einer Care-Perspektive gibt es somit Räume der Autonomie *innerhalb* von Beziehungen – die eigene Freiheit ist in Bezug auf und in Abwägung mit anderen Werten, wie Sicherheit, Gesundheit oder Gerechtigkeit, zu setzen. Autonomie ohne Beziehung(sarbeit und -verantwortlichkeiten) kann es demnach nicht geben, die Sorge um das Selbst ist nicht abgeschnitten von den Kontexten und den Menschen, mit denen wir in Verbindung und in Abhängigkeiten stehen. Vielleicht wäre auch zu überlegen, ob diese Problematik nicht schon im feministischen Slogan angelegt ist, der eine einfache Binarität allzu leicht nahelegen kann. Zugleich ar-

gumentiere ich aber, dass aus Perspektive der *pro-choice*-Bewegung eben diese strategische Binarität verwendet wurde, um eine Basis für Selbstverteidigung und antihegemoniale Macht auszudrücken – nicht, um eine philosophische Debatte zur Autonomie-in-Beziehung abzubilden.

Kämpfe um/und Sorge: Krisen und die Angst vor Kontrollverlust

Wie kam es also zur Aneignung und inhaltlichen Abwandlung des Slogans im Corona-Kontext? Dafür ist die Rolle von Körperlichkeit und Emotionen bei der politischen Aushandlung der neuen pandemischen Realität entscheidend. Der Umgang mit kranken, ansteckenden und schlussendlich gesundheitlich »gefährlichen« Körpern wurde im pandemischen Kontext unter Zeitdruck und Entscheidungsnot verhandelt. Die Spannungsfelder zwischen Angst und Wut, Ohnmachtsgefühl und Wunsch nach Kontrolle sind heute schwer zu skizzieren, denn während der Beginn der Pandemie durch Bilder von Leichenwagen und Särgen in Bergamo geprägt war, schien später für viele die Angst vor Tod, Long Covid und Krankheit weniger gewichtig als das Tragen einer Maske im öffentlichen Raum oder die Bereitwilligkeit, sich impfen zu lassen.

Reisen wir also gedanklich zurück in die akuten Zeiten der Corona-Pandemie, besonders den Zeitraum zwischen 2021 und 2023, als Impfstoffe und deren globale Verteilung verhandelt wurden. Nicht selten war die Verhandlung, wer Zugriff und Recht auf eine Covid-Impfung erhalten durfte, umstritten. Zum einen wurden Ressourcen für Länder des Globalen Nordens aufgekauft und damit mussten viele Menschen lange auf Impfstoffe warten. Zum anderen wurde die Priorisierung von systemrelevanten Berufen, zum Beispiel dem Hospizdienst und der aufsuchenden Familienhilfe, erst einmal vergessen (Interview 4). Eine gute Grundimmunisierung sollte die Schwere des Krankheitsverlaufs positiv beeinflussen, Langzeitfolgen reduzieren und schlussendlich die Verbreitung des Virus in der Bevölkerung verhindern (RKI, 2025; STIKO, 2021). Nicht überall wurde das Einführen einer Impfpflicht und die damit einhergehende schrittweise Wiederaufnahme von Sozialkontakten, Arbeit und Bildung begrüßt. Es war bürokratisch wie moralisch auch oft unklar, wie mit den Menschen umzugehen war, die sich nicht impfen lassen wollten, weil sie misstrauisch oder zögerlich waren, was die Sicherheit des Impfstoffs oder einen Eingriff in ihren Körper anbelangte, oder weil sie beispielsweise dem russischen Impfstoff eher vertrauten, dieser aber teilweise nicht akzeptiert war (Interview 4).

Diese Auseinandersetzungen mündeten vielerorts auch auf der Straße in Protesten und Demonstrationen, die nicht selten besonders durch nationalistische und rechtsradikale Bewegungen befeuert wurden (vgl. Bernhard, 2022). So fotografiert auch die Journalistin Rachel Bluth im Juli 2022 drei Protestierende in Maryland³, in den Vereinigten Staaten. Die drei Personen – zwei männliche und eine weiblich gelesene Person, die einen Hund auf dem Schoß hat und den Mann in der Mitte anlächelt – sitzen auf Zementblöcken am Straßenrand. Der weiße Mann in der Mitte sitzt vor einer US-amerikanischen Flagge und hält ein Schild in die Kamera, auf dem eine rot durchgestrichene Spritze abgebildet ist, die gerahmt ist von den Worten: »My body my choice«. Im Hintergrund weht die US-Flagge. Der Mann am rechten Bildrand mit Schnauzer sitzt mit dem Rücken zu den beiden anderen. Er trägt ein T-Shirt mit dem Umriss einer US-Flagge. Der Körper, die Impfung und das Recht auf Selbstbestimmung im Angesicht staatlicher Corona-Verordnungen werden hier visuell wie sprachlich miteinander verknüpft.

Freiheit und Selbstbestimmung sind zwei in den USA häufig verhandelte Werte, die immer wieder die demokratische Landschaft prägen. Dabei ist der Wert der Freiheit einer, der in Demokratien nicht selten mit dem Wert der Sicherheit abgewogen werden muss (Ammicht Quinn, 2014). Die Personen auf dem Bild demonstrieren gegen die Impfpolitik für Beschäftigte im Gesundheitswesen in den USA. Auch hier wurde der feministische Kampfspruch von Impfgegner*innen aufgegriffen. Ziel ist es, eine Welle von Protesten und den Kampf um das Recht auf körperliche Selbstbestimmung gegen staatliche Behörden zu provozieren. Der Slogan taucht damit abseits von Abtreibungsbatten auf. Der Demonstrant mit dem Schild versucht auf eine Weise, Standpunkte aus historisch gewachsenen feministischen Diskursen einzunehmen und für die Gegenwehr zur nationalen Impfpolitik umzudeuten. Die Verwendung des Spruchs abseits von Abtreibungsdiskursen ist vermutlich deshalb für die Protestierenden naheliegend, da es bei der Corona-Impfung ebenfalls um Eingriffe in den eigenen Körper ging (wenn auch, so werde ich argumentieren, auf ganz anderer Ebene, basierend auf anderen politischen Rationalitäten und mit anderen Konsequenzen). Der Impfgegner erklärte der NPR-Reporterin in dem Zeitungsartikel (Bluth, 2022), die Verwendung des Slogans sei

3 Aufgrund von Copyright-Restriktionen ist ein Abdrucken des Werks in diesem Beitrag leider nicht möglich. Das Bild kann über folgenden Link abgerufen werden: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/07/04/1109367458/my-body-my-choice-vaccines>.

»eine ironische Sache«, mit der er die seiner Ansicht nach heuchlerische Haltung der Demokratischen Partei aufdecken wolle, die sowohl Abtreibungen als auch Impfpflichten befürworte. Er sei »pro-life« (gegen Abtreibung) und glaube, dass Covid-Impfstoffe keine Impfungen, sondern eine Form der Gentherapie seien. Dies entspricht nicht der Wahrheit. Darüber hinaus stellt diese Vereinnahmung feministischer Standpunkte und Ausweitung in Kontext und Zielsetzung deren ursprüngliche Argumentation auf den Kopf.

Die Pandemie war allerdings eine körperliche Erfahrung, bei der häufig zwischen individuellen Bedürfnissen und kollektiven Bedarfen abgewogen werden musste. Wer hat dann das Recht, über den Körper zu bestimmen, gerade in einer Notlage wie einer Pandemie? Die Beantwortung dieser Frage ist schwierig und ein äußerst kontroverser Punkt. Dass der Körper in den politischen Debatten um Freiheit und Autonomie sowie der Wunsch nach Kontrolle über den eigenen Körper im Corona-Kontext so zentral wurde, ist erst einmal nicht verwunderlich. Vulnerabel, jung, alt, stark oder schwach, systemrelevant, krank oder gesund, tot oder lebendig, ansteckend oder sicher – der Körper war in der Corona-Pandemie allgegenwärtig und zentraler Gegenstand aller Diskussionen und Verhandlungen. Die Pandemie war – als Gesundheitsproblem, aber auch als soziale und politische Krise – körperlich. Und gleichzeitig wurden Körper(politiken) merkwürdig vorausgesetzt oder für selbstverständlich genommen (Butler, 2004; zur Konzeptualisierung von Körpern siehe bspw. Nettleton, 2021). So richtig sichtbar wurden Körper, ihr Leben und Sterben, symbolisch durch Särge, durch Maske und Schutzkleidung. Diese Symbole standen für die Überwältigung des Gesundheitssystems und für die zentrale Rolle systemrelevanter Berufe. Körper blieben verschwunden auf Spielplätzen und in Schulen. Da stand ihre Abwesenheit für Isolation von Kindern und Jugendlichen und für die häufig zu wenig thematisierte Problematik von häuslicher Gewalt und engem Lebensraum in vielen Familien (Kourti et al., 2023). Die Pandemie war also körperlich, im ganz materiellen und visuellen Sinne (s. den Beitrag von Krause; Krause, 2021).

Hustende und niesende Körper galten dann auch als Gefahrensymbol, Teststäbchen in Mund und Nase wurden der unangenehme Begleiter des Alltags, und Maskenabdrücke an Kinn und Ohrmuschel reflektierten das Problem von zu langer Schichtarbeit im Krankenhaus, als Erkrankungen massiv anstiegen und so viele Menschen ihr Leben verloren. Körperliche Signale, körperliche Nähe und das (Un-)Wohlfühlen des eigenen Körpers waren somit Dreh- und Angelpunkt des neuen pandemischen Tagesgeschehens. Und gleichzeitig sind Körper im Krankheits- und Krisenkontext in ihrer Materialität zwar

allgegenwärtig, aber so richtig greifbar sind sie nicht. Das mag daran liegen, dass der einzelne Körper im gesellschaftlichen Kontext noch nie ohne seinen Kontext existiert hat (Butler, 2004) und Übergänge zwischen Individuum und Gemeinschaft fließend sind. Aus soziologischer Perspektive könnte man überlegen, wie wir Körperlichkeit erleben, Körper sozial regulieren oder wie sie sich auch materiell (bspw. durch Krankheit) verhalten (Nettleton, 2021), wenn wir sie zum Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung machen. Dahin gehend ist der Corona-Pandemie-Kontext davon gekennzeichnet, dass Körper immer von anderen Körpern abhängig sind (sozusagen *contagious beings-in-relation*, also ansteckende Beziehungen verkörpern). Bei einer ansteckenden Krankheit ist diese Verbundenheit sogar noch viel existenzieller – erst einmal, weil wir krank werden können, und auch, weil sich in einer Pandemie gesonderte oder auch gesteigerte Sorgebedarfe zeigen (illustriert beispielsweise durch die hohen Infektionszahlen und die damit verbundene Überlastung der Krankenhäuser). Care, Krisen und Körper sind also verbunden (Butler, 2022).

Ein virales Ereignis und die Grenzen der Empathie

Die Analyse der Ausweitung der »My body, my choice«-Inhalte im Corona-Kontext kann uns dabei helfen, dieses Verhältnis von Care, Körper und Krise besser zu verstehen. Erstens bringen Krisen und Katastrophen soziologische und politische Dynamiken hervor, die oft einhergehen mit Emotionen und Affekten wie Angst (Opitz & Hahn, 2014). Und diese Affekte können ebenso virulent werden wie ein Virus. Durch körperliche Grenzziehungen und Grenzerfahrungen wurde die Pandemie also von allen Menschen erlebt. Körperliche Grenzziehungen deshalb, weil der Umgang mit kranken Körpern in der Pandemie ein Akt des Begrenzens war (z.B. Isolation, Diagnostik, Kategorisierung in Systemrelevanzen etc.). Die Pandemie wurde dabei auch zur Grenzerfahrung, im emotional-affektiven wie auch im politischen Sinn. Zweitens reflektieren Reaktionen, wie sie auch durch die »My body, my choice«-Kooptation im Corona-Kontext zu beobachten sind, eine Idee von Care, die eindimensional ist.

Angst und Wut sind auch im Kontext der Corona-Verordnungen vermehrt wahrgenommene Emotionen. Im Angesicht tiefgreifender sozioökologischer Veränderungen durch den menschengemachten Klimawandel steht die Rolle von Emotionen für politische Entscheidungsfindung schon einige Jahre nicht mehr am Rande gesellschaftlicher Diskurse (vgl. z.B. Schlegel 2022). Beson-

ders das Auftreten von Polykrisen und kaskadierenden Katastrophenereignissen, wie auch der Corona-Pandemie, parallel verlaufenden Kriegen und der übergreifenden Klimakrise, legt den wissenschaftlichen Umgang mit Emotionen in diesen komplexen Weltlagen nahe. Es stellen sich Fragen zum Umgang mit Trauer (Willox, 2012), zur Bewältigung massiver Ängste vor der Zukunft in einer instabilen, unsicheren Welt (Pihkala, 2020) und auch zur Macht der Leugnung dieser Emotionen aus Selbstschutz (Norgaard, 2006). Aus Angst und Sorge kann sich also im pandemischen Kontext vermehrt die Frage aufdrängen, wie man sich in Zeiten von Unsicherheit orientieren kann und soll, und wie man eine Krise adressieren kann, die sich über Wochen stark wandelt.

Angst wird in Krisen häufig begleitet und überdeckt von Wut. Wut kann dabei eine transformative Kraft für Wandel und konstruktive Änderung in sich tragen, trägt aber ebenfalls destruktives Potenzial (Ammicht Quinn, 2017b; Wezel, 2022). Auch die Covid-Pandemie war nicht nur auf emotionaler Ebene eine Herausforderung, sondern auch politisch wie sozial. Ansteckungsgefahren waren oftmals schwer sichtbar, es fehlten zu Beginn auch Medikation und Schutzmaterial, und auch die Unsicherheit und Orientierungslosigkeit waren stark, als die Frage adressiert wurde, wie mit diesem neuen, sich wandelnden Phänomen umzugehen ist (Interviews 4, 7). Nicht nur werden Krankheitsanzeichen körperlich hör- und spürbar, die »Gefahr« der Ansteckung wurde im wahrsten Sinne des Wortes körperlich empfunden. Sie wurde dabei mit vielen Emotionen, aber vor allem mit der Angst vermischt, und so wurden virale Körper zu viralen Emotionen.

Wenn wir im gesellschaftlichen Chaos einer Pandemiekrise Handlungsspielräume austarieren und Emotionen in Kollektiven wirken, dann reflektieren sie nicht nur eine körperliche Reaktion, sondern sie sind vielmehr Ausdruck von Werturteilen und Erkenntnisweisen (Nussbaum, 2001). Welche Rolle in der Pandemie (fehlende) Empathie spielte, muss noch wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Wir wissen aber, dass Kinder sich einsam fühlten, Menschen Angst hatten vor dem Virus, weil die Folgen einer Ansteckung nicht abschätzbar sind und man Angst hatte, sich und andere zu gefährden. Manche litten still, als ihre Long-Covid-Erkrankung nicht ernst genommen wurde (s. den Beitrag von Klinkisch; Mezes, 2023). Manche hatten Angst vor drohender Verarmung, wurden mit Tod und Leid konfrontiert und dabei wurde ganz leise der Zustand spürbar, dass kein Körper in Isolation existiert. Körper sind porös, bestehen aus Mikroben und sind verbunden (durch Sorge, durch Care-Arbeit und auch durch Körperflüssigkeiten, oder eben die Atmosphäre (Opitz, 2020)). Dabei ist die Pandemie kein Gleichmacher. Ein Virus unterscheidet zwar nicht

zwischen Arm und Reich, Herkunft und Geschlecht – aber die politischen und sozialen Strukturen, innerhalb derer wir leben und in denen eine Krankheit um sich greifen kann, diskriminieren.

Unruhe und Unwohlsein im Corona-Kontext können den Zustand beschreiben, wenn die Corona-Krankheit im Körper ausbricht. Aber häufig – und bislang noch zu wenig thematisiert – wurden Emotionen und Affekte von Unruhe und Angst bis hin zu Hass und Hetze zum viralen Nährboden für faschistische Ideen, die bei der Grenzziehung zwischen Menschengruppen auf nationalen Reinheitsfantasien basierten. Viral wurden Körper in der Corona-Pandemie also auch gesellschaftlich, und zwar durch Emotionen und deren politische Wirkung. Die Verteilung von Ressourcen in der Pandemie, der Umgang mit einem sich wandelnden, oft auch noch unbekannten Krankheitsverlauf und die gesellschaftlichen wie auch politischen Dimensionen einer immer länger andauernden Krise spiegeln wider, dass es nicht mehr nur um die medizinische Ordnung und Identifikation von viralen Körpern ging, sondern dass die Situation selbst zum viralen Ereignis wurde (Richter, 2022, S. 186).

Sara Ahmed (2004, S. 10) erklärt, dass Emotionen keine individuellen psychologischen Zustände sind, sondern soziopolitische Praktiken, die bei der Aushandlung von Grenzen im gesellschaftlichen Miteinander rahmengebend sind (siehe auch Slaby et al., 2026). Das heißt, dass geteilte Emotionen auch Macht besitzen und Aufschluss geben darüber, wo wir wann welche gesellschaftlichen Grenzen setzen – und diese Grenzziehungen haben zur Folge, dass Probleme und Personen ausgeschlossen, entlang bekannter intersektionaler Parameter weiter marginalisiert oder ihre Bedarfe unsichtbar gemacht werden. Grenzen im Miteinander verhandeln – das ist auch die Aufgabe der Ethik, und in diesen Aushandlungsprozessen finden sich (oft auch sehr implizite) Vorstellungen von *guter* und *richtiger* Care, die es explizit zu machen gilt. Wir können also, die Demonstrierenden in Maryland als Beispiele heranziehend, überlegen, wie im oft angstgeprägten Krisenkontext der Wunsch nach Kontrolle auftauchte, um zu begrenzen und zu ordnen, was chaotisch und überwältigend wirkte: in Form der Autonomie über den eigenen Körper, abgeschlossen und verstanden als Gegenüber von Umwelt und anderen Menschen.

»My body, my choice« als eindimensionale Care-Vorstellung

Die Pandemie ist also eine Erfahrung der körperlichen Grenzziehung und Grenzerfahrung. Körperliche Grenzziehungen prägen die Verhandlung von

körperlicher Selbstbestimmung im Impfkontext. Es sind Grenzziehungen auch deshalb, weil die Pandemie geprägt war von der Kategorisierung von Körpern in kranke und ansteckende Körper, in Kernfamilie und Freundeskreis, in deutsche Staatsbürger*innen und Andere. In die, die in Care-Berufen über ihre Grenzen hinweg Sorge leisten mussten, und jene, denen das nicht so erging. In jene, die Impfstoffe bekamen, und solche, die lange leer ausgingen, weil sie nicht im Globalen Norden lebten. Die Krise war eine politische wie medizinische Übung im Ordnen, Kategorisieren, Diagnostizieren und Begrenzen.

Und gleichzeitig ist diese Kategorisierung in dieser Weise nicht recht passend. Auch wenn die Kooptation von »My body, my choice« im Impfkontext der Corona-Pandemie zeigt, dass sich Menschen erhofften, ihre Autonomie zu sichern, wissen wir doch, dass Körper nicht ohne die kulturellen Zusammenhänge existieren, in denen sie leben, gedeutet oder reguliert werden. Das bedeutet, es gibt keine Selbstbestimmung ohne die Frage, wie das Kollektiv davon betroffen ist. Der Körper ist nicht von der Gemeinschaft getrennt zu denken – das Kind nicht von der Frau (im Abtreibungsdiskurs), der Corona-Demonstrant nicht von den in besonderer Weise vulnerablen Betroffenen der Pandemie, der Staat im Globalen Norden nicht ohne jene im Rest der Welt. Wir können uns ausmalen, dass die Personen in Maryland aus Angst oder Wut oder zumindest Entrüstung zum Demo-Schild griffen, um ihre Autonomie einzufordern und eine Art Blockade und Grenze zu setzen in einem wahrgenommenen Strudel an Kontrollverlust und Unsicherheit. Damit könnte eine Vertiefung und Erweiterung der feministischen Idee von Autonomie-in-Beziehungen entstehen (FitzGerald, 2024; Robinson, 2011, 2016). Es entsteht stattdessen aber eine Vorstellung von Care, die eindimensional und – vermutlich auch affektiv bedingt – begrenzt und begrenzend ist. Diese Idee von Care malt ein Bild von einem Individuum, das nicht zugleich in Bezug zu anderen Menschen und deren Bedarfen steht.

Wenn wir uns vor Augen rufen, aus welchen sozialen Zusammenhängen (Unterdrückung der Geschlechter, Rassismus und Kolonialismus) die feministische »My body, my choice«-Bewegung hervorging, so wirkt es im besten Sinne befremdlich, im schlechtesten Sinne übergriffig und gewalttätig, dass ein weißer Mann aus den USA sich diesen Slogan im Corona-Kontext zu eigen machte. Denn weder befand er sich in vergleichbaren Verhältnissen der Geschlechterungleichheiten noch im Konflikt, den eigenen Körper in einer Schwangerschaft zu teilen und die anschließenden lebenslangen Konsequenzen zu tragen. Nehmen wir ihn in seinem Anliegen aber dennoch ernst, sich

ein Maß an Kontrolle in der pandemischen Überforderung zu wünschen, so argumentiert er für die körperliche Selbstbestimmung und wähnt sich in Widerstand zu einem – aus seiner Sicht – übergriffigen Staat. Es kann gute Gründe geben, weshalb sich Menschen gegen eine Corona-Impfung entschieden haben. Und trotzdem lohnt es sich, den Wunsch nach Autonomie und Freiheit in diesem Kontext noch einmal zu untersuchen und in gesellschaftliche Kontexte von Macht und Unterdrückung zu setzen, die ganz besonders in Krisenzeiten relevant werden.

Denn, so hat die Corona-Pandemie ebenfalls gezeigt, Pandemiepolitik verschärft intersektionale Ungleichheiten (Beier et al., 2023; Kourti et al., 2023), und das gilt tendenziell ebenso für andere Krisen unserer Zeit (so auch in Bezug auf den Klimawandel (Ciplet et al., 2022)). Das Covid-Ereignis reflektiert ein Empathie- und Gerechtigkeitsproblem, das auf diesen intersektionalen Ungleichheiten fußt. Megan Warin und Natali Valdez fassen es so zusammen:

»The underlying message of slogans like ›My Body, My Choice‹ is ›white bodies have choices‹. The ›freedom‹ to not wear a mask is not equally accessible to everyone, and neither are the health risks. Black, Brown and Indigenous people have a higher risk of dying from COVID-19 and by the hands of the police. The assertion that (white) bodies have individual rights and choices is based on a long-standing racist idea woven into the fabric of American culture: Black people are not treated as if they are human, right bearing individuals, and notions of reproductive freedom have never applied to them.« (Warin & Valdez, 2023, S. 73)

So gibt es auch keine Freiheit in Pandemiezeiten ohne das Risiko, sich selbst und besonders vulnerable Menschen einem Gesundheitsrisiko auszusetzen oder diese in ihren Freiheiten einzuschränken (zum Beispiel indem sie zu Hause bleiben müssen). In der Kooptation des Slogans im Kontext der Corona-Pandemie wird Sorge kategorisiert, eindimensional und eingegrenzt. Dabei fallen Nuancen aus dem Blick, die politisch wie ethisch wichtig sind, denn die Aushandlung von komplexen Fragen, wie Freiheit und Autonomie und Sicherheit oder Gesundheit, sind keine kategorischen, eindimensionalen Prozesse – sie sind graduell und dynamisch.

»My body, my choice« als Ausdruck von gewaltvoller Ordnungswut

Angst um den eigenen Körper und Angst vor anderen Körpern – dieses Problem, das in einer Pandemie so stark erfahrbar wird, geht politisch und auch medizinisch häufig einher mit dem Wunsch nach Kategorisierung, nach Ordnung und nach Begrenzung. Kranke Körper sollen isoliert, Kinder und Kranke voneinander getrennt, systemrelevante Menschen identifiziert und in die Lohnarbeit zurückgeschickt werden. Das Problem musste (im wahrsten Sinne des Wortes hygienisch) bereinigt werden (s. den Beitrag von Simon und Villa), der Körper vom Virus getrennt, die Gesundheit der Gemeinschaft wiederhergestellt werden. Kategorisierungen wie die Systemrelevanz oder ähnliche sind zwar im Chaos einer globalen Krise sinnvoll, um Handlungsspielräume wieder zu eröffnen und Ressourcen zu priorisieren, wo sie knapp werden. Wenn Kategorien zu säuberlich angelegt werden oder eine Reinheits- und Ordnungsvorstellung malen, die es eben nicht geben kann bei komplizierten, sich wandelnden Problemen im gesellschaftlichen Miteinander (Ammicht Quinn, 2017a, 2024), dann werden diese Ordnungsweisen selbst zum Problem. Das säuberliche Trennen des eigenen Körpers von der Gesellschaft, des »gesunden« Körpers vom »vulnerablen« oder »alten« Körper, kategorisiert damit holzschnittartig und eindimensional und verhindert, dass wir Sorgebeziehungen nach Bedarfen und auch über die Zeit der Krise hinweg als wandelbar und vielschichtig betrachten können. Das sind ebenfalls Gratwanderungen, keine absoluten Grenzziehungen.

Bei dem Versuch, die eigene Freiheit (oder zumindest den eigenen Körper) absolut zu setzen im Angesicht einer Pandemie, treten die Demonstrierenden in eine Falle, die man vielleicht die Falle des Universalismus der Aufklärung nennen könnte. Zur Aufklärung gehörte nicht nur das Ideal der Freiheit und des geistigen Fortschritts, welche den Grundstein unserer heutigen westlichen Ordnung legten. Vermutlich wähnen sich die Demonstrierenden genau in dieser aufklärerischen Tradition, wenn sie die Freiheit und rationale Entscheidung über ihren Körper einfordern. Sie vertreten emanzipatorische Werte. Ein Problem des aufklärerischen Universalismus ist und war schon immer, dass er nicht universal gedacht war. Ammicht Quinn (2021, S. 67) erläutert:

»Der Universalismus von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit war für ein beschränktes Universum gedacht, für diejenigen, die von vornherein frei, gleich und Brüder waren. Und wenn Menschen oder Menschengruppen per definitionem aus dem Universum der Gleichheit herausfielen, dann

wurde das politische Ideal der Gleichheit nicht beschädigt, wenn man die ungleichen ›Anderen‹ ungleich behandelte.«

Die Aufklärung enthält dabei auch eine Dialektik – das Hand-in-Hand der Fortschrittsidee (und der Freiheitsideale) mit der Möglichkeit, dass diese den Ursprung eines zerstörerischen Potenzials tragen (Horkheimer & Adorno, 1988). Mit anderen Worten: Der Wunsch nach Mündigkeit und aufklärerische Ideale können umschlagen und nicht mehr emanzipatorisch, sondern auch unterdrückend wirken. Ich argumentiere also, dass diese Umkehr bzw. dieser Kipppunkt zumindest zu Teilen in der Corona-Pandemie erreicht wurde, auch oder vielleicht weil die Debatten sich aufgrund der Ansteckungsgefahr so stark an Ideen von Care und dem gesunden Körper abspielten.

Wenn Hass viral wird

Die erste Aneignung des feministischen Slogans »My body, my choice« durch regierungskritische Protestierende in der Covid-Pandemie ist damit ein erster Schritt, um das Recht auf körperliche Selbstbestimmung des weißen Mannes für sich zu nutzen und eine Sonderstellung zu vertreten, die auf der Idee des reinen, ungeimpften Körpers fußt. Und so ist es nicht mehr erstaunlich, dass das Recht auf Selbstbestimmung und der Widerstand gegen staatliche Macht von feministischen Protesten den Weg zu Nick Fuentes' TikTok-Video gefunden haben.

Der TikTok-Trend stellt damit eine weitere Vereinnahmung feministischer Standpunkte dar, da der Slogan zu einem aktiven Teilnehmer an der Debatte wird, die Ideen von Gleichheit und Emanzipation in Frage stellt. In diesem Schritt werden Prinzipien von Care und Autonomie-in-Beziehung pervertiert. Der feministische Slogan wird hier in viel beunruhigenderer Weise vereinnahmt als in der Covid-Pandemie, da Fuentes' Eskalationsmittel und seine unverhohlene Forderung, Einzelpersonen ihrer verfassungsmäßigen Rechte zu berauben, Gewalt und antidemokratische Tendenzen fördern. Bei der ersten Vereinnahmung wurden feministische Ideen der körperlichen Autonomie missbraucht, um Proteste für die Förderung hyperindividualisierter Vorstellungen von Autonomie (oft bereits privilegierter, hauptsächlich weißer, männlicher) Körper in einer Krisensituation zu rechtfertigen (das sind bspw. die Protestierenden aus Maryland). Darüber hinaus drängt sich die Frage auf, inwieweit und wie die starke körperliche Konnotation der Covid-Politik (zum

Beispiel der Impfpolitik) für viele das erste Mal in dieser Vehemenz erfahrbar machte, dass der eigene Körper auch von staatlicher Autorität beeinflusst wird. Die zweite Vereinnahmung, die auf TikTok zu beobachten war, bewegt sich jedoch in Richtung »Dein Körper, unsere Entscheidung« und stellt damit die Autonomie von Frauen über ihren Körper konsequent und gewaltsam in Frage – der Slogan wird sogar mit dem weißen, männlichen und letztendlich faschistischen Imperium in Verbindung gebracht.

Teil faschistischer Ideologien sind Reinheitsdiskurse. Nicht alle Ordnungslogiken und Kategorisierungen sind faschistisch. Allerdings scheint es einen Zusammenhang zu geben zwischen der binären Kategorisierung von Individuen und Gesellschaft, US-Staatsbürger*innen und Migrant*innen, Männern und Frauen* – und der Kooptation des emanzipatorischen Verständnisses von Autonomie im Corona- und später im MAGA⁴-Kontext. Diese erste Kooptation im Pandemiekontext ebnet den Weg zur zweiten Vertiefung, die eine Pervertierung von Care-Ideen darstellt. Die erste Vertiefung und Entlehnung aus dem Abtreibungskontext und Verschiebung zur Covid-Impfdebatte erlaubt es viel später dann weißen Suprematisten wie Fuentes, die doppelte Umkehr, von der Aushandlung der Autonomie von Einzelnen im Rahmen gesellschaftlicher Zusammenhänge (feministische Bewegung) über Autonomie als Gegensatz zu gesellschaftlicher Vulnerabilität (Covid-Demonstrierende) bis hin zum Mechanismus der Unterdrückung von Frauen* und marginalisierten Gruppen (MAGA-Gruppierung), zu vollziehen. So wird die emanzipatorische Idee zum faschistischen Nährboden.

Ideen von starken männlichen Führern und Männlichkeitsideale sind zentrale Aspekte des Mythos der Überlegenheit, die untrennbar mit faschistischen Ideologien verbunden sind. Mythische Vergangenheit, Propaganda, ein Führerkult, das Anzweifeln von Wahrheit, Hierarchien von Gruppen (d.h. weiße Vorherrschaft) und Geschichten von Opferrollen kennzeichnen den Faschismus (Dotts, 2020). Videos wie das von Fuentes drohen nicht nur eindeutig mit einer (gewaltsamen) Unterdrückung von Frauen (und anderen Geschlechtern) in der Zukunft, sondern in Verbindung mit Fuentes' weiß-nationalistischem Hintergrund ist dieser Slogan mehr als nur ein makabrer Witz. Er verweist auf die Umkehrung feministischer Standpunkte zugunsten faschistischer Bewegungen. Fuentes nutzt den »My body, my choice«-Slogan in pervertierter

4 MAGA steht für *Make America Great Again* und bezieht sich auf die Anhängerschaft von US-Präsident Donald Trump.

Form, um neuerliche Grenzen zu ziehen – entlang intersektionaler Parameter, denn er malt nicht nur das Bild eines globalen Imperiums (weißer) Männer, das auf Trumps Führung basiert, sondern stellt auch die Idee der Gleichberechtigung aller Geschlechter im US-amerikanischen Kontext grundlegend in Frage. Obwohl Fuentes nur von Frauen spricht, können wir sicher sein, dass er den Diskurs um die reale Praxis der vielen Geschlechter ausschließt. Während die Verwendung des Slogans selbst während der Pandemie in starkem Widerspruch zu den Gleichstellungsideen feministischer Bewegungen steht, deutet insbesondere der aktuelle Trend unter Trump-Anhängern darauf hin, dass seine Nutzenden offenbar den legitimen moralischen Anspruch verspüren, diesen Slogan mit seiner Zukunftsvision wieder für sich zu beanspruchen, um die Hierarchien zwischen Geschlechtern und sozialen Gruppen weiter zu festigen. Diese Dynamik ist im Zuge komplexer Krisenereignisse wie der Covid-Pandemie schwer zu erkennen und noch schwieriger zu stoppen, sobald die Vereinnahmung feministischer Standpunkte etabliert ist.

Care, Krise und Körper, so viel hat die Covid-Pandemie gezeigt, sind eng miteinander verknüpft und können daher nicht getrennt voneinander erfahren und auch gesellschaftlich verhandelt werden. Zugleich müssen die unterschiedlichen Deutungen von Körpern in Krisendiskursen kritisch begleitet werden, denn die Vertiefung und Kooptation von Slogans um Körperpolitik finden nicht nur seit der Covid-Pandemie Eingang in Diskurse der Neuen Rechten und faschistischer Bewegungen. Mit Hilfe einer Care-Perspektive können wir zunächst einmal verstehen und verständlich machen, dass Sorgebeziehungen (so auch das damit verbundene Verständnis, dass wir alle Menschen in Beziehung stehen) relevant sind für die erfolgreiche Bearbeitung von pandemischen und anderen Krisenlagen. Dahingehend ist auch entscheidend zu verstehen, dass allzu kategorische und ordnende Vorstellungen von »ich« und »Andere«, »starken« und »vulnerablen« Körpern nicht zielführend sind, sondern Grenzen ziehen im Miteinander, die dann politisch als viraler Nährboden genutzt werden können.

Auch vor dem Hintergrund der im Covid-Kontext zu beobachtenden Rückgriffe auf Autonomie- und Freiheitsverständnisse, sowie politisch wirkenden Emotionen im Krisengeschehen, bleibt es relevanter denn je, auch die Art von Sorgebeziehungen zu diskutieren, die politisch thematisiert werden. Wir sprechen damit auch von *crises-in-relation*, also von sich unterschiedlich überlagernden Krisen, die politisch Raum finden – oder eben immer wieder marginalisiert werden. Und einer Auseinandersetzung damit, welche Art von Sorgeverständnis diesen Krisennarrativen zugrunde liegen. Eben weil Krisen

und Katastrophen dazu neigen, Sorgen und Ängste zu schüren, und auch weil die Komplexität vieler sich überlagernder Krisen zu Ohnmachtsgefühlen und Orientierungslosigkeit führen können, bleibt die Frage, welche Antworten care-ethische und feministische Traditionen für diese Probleme bieten. Vorsichtige Leitmotive aus den care-ethischen Traditionen können sein, dass ein anderer Umgang – ein *careful*, ein *sorgenvollerer* – Umgang mit der Welt und Umwelt helfen kann, positivere Zukünfte auch in Krisenzeiten zu malen. Das bedeutet nicht nur Care als Praxis, sondern auch als Denkweise und Haltung zu verstehen (mehr dazu s. den Epilog in diesem Sammelband). Das Verständnis des In-Beziehung-Seins wird in dieser Sichtweise dann nicht (allein) zur Last, sondern kann auch als Ressource wirken. Für die Aushandlung des guten Lebens zwischen Autonomievorstellungen und Ängsten vor Kontrollverlust können diese Punkte hilfreich sein, denn Krisenbewältigung und die Aufrechterhaltung angemessener Sorgestrukturen sind Gemeinschaftsarbeit und nicht alleiniges Problem des auf sich allein gestellten, abgekapselten Individuums.

Literaturverzeichnis

- Ahmed, S. (2004). *The Cultural Politics of Emotion*. Routledge. <https://edinburghuniversitypress.com/the-cultural-politics-of-emotion-772.html>
- Ammicht Quinn, R. (Hg.). (2014). *Sicherheitsethik*. Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-03203-6>
- Ammicht Quinn, R. (2017a). Die Ordnungen und das Außer-Ordentliche – Die Diversität von Lebensformen und Identitäten als Frage nach Reinheit. *Zeitschrift für Pastoraltheologie (ZPTh)*, 37(2), Article 2.
- Ammicht Quinn, R. (2017b). Verantwortung als Irritation: Ethische Überlegungen. In C. Daase (Hg.), *Politik und Verantwortung: Analysen zum Wandel politischer Entscheidungs- und Rechtfertigungspraktiken* (S. 106–122). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845271934>
- Ammicht Quinn, R. (2021). Digitale Aufklärung und Aufklärung des Digitalen: Menschen als sinnliche Wesen. In A. Grunwald (Hg.), *Wer bist du, Mensch? Transformationen menschlichen Selbstverständnisses im wissenschaftlich-technischen Fortschritt*. Herder.
- Ammicht Quinn, R. (2024). *Sauber, rein, moralisch! Noch ein Bericht für eine Akademie – Abschlussvorlesung*.

- Baggio, G., Corsini, A., Floreani, A., Giannini, S., & Zagonel, V. (2013). Gender medicine: A task for the third millennium. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 51(4), 713–727. <https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0849>
- Beier, F., Çağlar, G., & Graf, P. (2023). Feministische und dekoloniale Perspektiven auf Corona und Care – Einleitung. *FEMINA POLITICA*, 32(1), 9–24.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (2025). *Das Ende von »Roe v. Wade«*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <https://www.berlin-institut.org/was-wir-tun/aktuelles/das-ende-von-roe-v-wade>
- Bernhard, H. (2022, Februar 15). *Anti-Corona-Proteste im Osten – Disparate Angriffe auf »das System«*. Deutschlandfunk. <https://www.deutschlandfunk.de/anti-corona-proteste-osten-rechtsextremismus-100.html>
- Bluth, R. (2022, Juli 4). »My body, my choice«: How vaccine foes co-opted the abortion rallying cry. *NPR*. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/07/04/1109367458/my-body-my-choice-vaccines>
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203499627>
- Butler, J. (2022). *What World Is This?: A Pandemic Phenomenology*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/butl20828>
- Cerdeña, J. P., Plaisime, M. V., & Tsai, J. (2020). From race-based to race-conscious medicine: How anti-racist uprisings call us to act. *The Lancet*, 396(10257), 1125–1128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32076-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32076-6)
- Ciplet, D., Falzon, D., Uri, I., Robinson, S., Weikmans, R., & Roberts, J. T. (2022). The unequal geographies of climate finance: Climate injustice and dependency in the world system. *Political Geography*, 99, 102769. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2022.102769>
- Dotts, B. W. (2020). Book Review: How fascism works: The politics of us and them: by Jason Stanley, New York, Random House, 2018. In *Paedagogica Historica*, 56(1–2), 240–246. <https://doi.org/10.1080/00309230.2019.1579846>
- FitzGerald, M. (2024). Care, politics, and the political: The case of the COVID-19 global pandemic. *International Feminist Journal of Politics*, 26(3), 588–608. <https://doi.org/10.1080/14616742.2023.2269947>
- Frances-Wright, I., & Ayad, M. (2024). »Your body, my choice«: Hate and harassment towards women spreads online. *ISD*. https://www.isdglobal.org/digital_dispatches/your-body-my-choice-hate-and-harassment-towards-women-spreads-online/
- Hausbichler, K./B. (2021, Dezember 2). *Impfgegner*innen klauen »Mein Körper, meine Entscheidung«*. DER STANDARD. <https://www.derstandard.de/stor>

- y/2000131537611/impfgegnerinnen-klauen-mein-koerper-meine-entscheidung
- Horkheimer, M., & Adorno, T. W. (1988). *Dialektik der Aufklärung Philosophische Fragmente* (J. Schott, Übers.).
- Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergeantanis, T. N., & Tsitsika, A. (2023). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 719–745. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>
- Krause, K. (2021). Disentangling the Protection Suit: Images, Artefacts, and the Making of the Health-Security Nexus. *Millennium*, 49(3), 472–497. <https://doi.org/10.1177/03058298211040157>
- Mezes, C. (2023). Long Covid und der »psychosomatische Verdacht«: Polarisierung im Problem diagnostischer Unsicherheit. In P.-I. Villa (Hg.), *Polarisierte Welten: Verhandlungen des 41. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2022*. Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://doi.org/10.21241/ssar.99170>
- Nettleton, S. (2021). The Sociology of the Body. In *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology* (S. 103–124). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119633808.ch6>
- Norgaard, K. M. (2006). »People Want to Protect Themselves a Little Bit«: Emotions, Denial, and Social Movement Nonparticipation. *Sociological Inquiry*, 76(3), 372–396. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2006.00160.x>
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge University Press.
- Opitz, S. (2020). Atmosozialität: Ökologien des Atmens nach COVID-19. *Soziale Systeme*, 25(2), 354–376. <https://doi.org/10.1515/sosys-2020-0027>
- Opitz, S., & Hahn, A. (2014). Zur Soziologie der Affekte: Resonanzen epidemischer Angst. In J. Fischer & S. Moebius (Hg.), *Kultursoziologie im 21. Jahrhundert* (S. 269–284). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-03225-8_18
- Pihkala, P. (2020). Anxiety and the Ecological Crisis: An Analysis of Eco-Anxiety and Climate Anxiety. *Sustainability*, 12(19), 7836. <https://doi.org/10.3390/su12197836>
- Richter, H. (2022). COVID-19, viral social theory and immunitarian perceptions – a case for postfoundational critique. *Distinktion: Journal of Social Theory*, 23(2–3), 183–199. <https://doi.org/10.1080/1600910X.2022.2099232>
- RKI. (2025). *COVID-19-Impfempfehlung (Stand: 29.09.2025)*. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/COVID-19/gesamt.html>

- Robinson, F. (2011). *The Ethics of Care: A Feminist Approach to Human Security*. Temple University Press. <https://muse.jhu.edu/pub/183/monograph/book/12829>
- Robinson, F. (2016). Feminist Care Ethics and Everyday Insecurities. In *Ethical Security Studies*. Routledge.
- Schlegel, L. (2022). Between climates of fear and blind optimism: the affective role of emotions for climate (in)action. *Geographica Helvetica* 77, 421–431.
- Slaby, J., von Scheve, C., Blickstein, T., & Aronson, P. (Hg.). (2026). *The New Key Concepts in Affective Societies* (Bd. 1). Routledge.
- STIKO. (2021, Januar 14). *Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut Beschluss der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung*. Epidemiologisches Bulletin. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7579/STIKO-Komplett-17-12-2020-Zur-Ver%C3%B6ffentlichung-NEU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stümer, J. (2023). Her Body, Her Choice: Tough Girl Affect, Trump Support, and the 2020 Pandemic. *Camera Obscura*, 38(1), 165–195. <https://doi.org/10.1215/O2705346-10278642>
- Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4(3), 289–294. <https://doi.org/10.1023/A:1012048907443>
- Warin, M., & Valdez, N. (2023). #My(white)BodyMyChoice. *Thesis Eleven*, 177(1), 71–75. <https://doi.org/10.1177/07255136231188186>
- WDR, V. J. B., L. Seemann, N. Marduchaeva. (2025). *Trumps Rückkehr: Frauenfeinde zurück an der Macht*. tagesschau.de. <https://www.tagesschau.de/ausland/uswahl/frauenrechte-trump-100.html>
- Wezel, K. (2022, Juli 19). *Warum Ethik die Wut braucht | Universität Tübingen. BedenkZeiten*. <https://uni-tuebingen.de/forschung/zentren-und-institute/internationales-zentrum-fuer-ethik-in-den-wissenschaften/publikationen/bedenkzeiten-bibliothek/warum-ethik-die-wut-braucht/>
- Willox, A. C. (2012). Climate Change as the Work of Mourning. *Ethics and the Environment*, 17(2), 137–164. <https://doi.org/10.2979/ethicsenviro.17.2.137>

II. Zwischentöne

»Endlich war zu Hause und wenig unterwegs zu sein berechtigt«

Harald Metzger, Initiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart (IPE)

Harald Metzger engagiert sich seit vielen Jahren in der Selbstvertretung Psychiatrie-erfahrener Menschen in Stuttgart. Als Sprecher und Organisator der Initiative Psychiatrie-Erfahrene Stuttgart setzt er sich für die Interessen von Betroffenen ein, wirkt in gesundheits- und sozialpolitischen Gremien mit und bringt die Perspektive Psychiatrie-erfahrener Menschen in die lokale Sozial- und Gesundheitsarbeit ein.

Denken Sie bitte an die Covid-19-Pandemie zurück: Was waren für Sie die größten Herausforderungen und Krisenmomente? Was hat vielleicht auch gut funktioniert?

Mit Beginn des Lockdowns Ende März 2020 ging es trotz der vorherigen Berichterstattung wie ein Schock durch die Reihen der Psychiatrieerfahrenen, die aktiv unterwegs waren, sei es, indem sie sich regelmäßig zu gemeinsamen Unternehmungen getroffen haben oder, wie in der Initiative Psychiatrie-Erfahrene, auch in Gremien, Veranstaltungen, Sitzungen aktiv waren.

Es gab aber auch Stimmen unter wenigen Psychiatrieerfahrenen, die berichteten, dass sie diese Zeit der Ruhe und Zurückgezogenheit genießen, endlich wäre ein zu Hause und wenig unterwegs zu sein berechtigt.

Trotzdem sind aber die persönlichen Treffen für die meisten der Psychiatrieerfahrenen wichtig und es war schon sehr schmerzhaft, und die Möglichkeit der persönlichen Begegnung wurde bei Lockerungen wieder schnell angenommen, auch mit Maske und Abstand. So wurde auch der jährlich stattfindende einwöchige Cluburlaub des Treff Süd in Stuttgart während der Coronazeit durchgeführt. Mit Maske, Desinfektionsmitteln, Einzelzimmern und täglichen Coronatests hat alles gut funktioniert.

Nun sind alle Aktivitäten von heute auf morgen weggebrochen. Auch wenn es anfänglich eine Zeit des Ausruhens für die Aktiveren unter uns bedeutete, wurde uns ziemlich schnell klar, dass etwas geschehen musste, und so haben wir dann doch ziemlich schnell teils auf WhatsApp, teils auf intensiveres Telefonieren umgestellt. Zu den Gremienarbeiten und Sitzungen haben wir auf Zoom oder Ähnliches umgestellt, und dies hat mit leichten Anfangsschwierigkeiten doch ziemlich schnell sehr gut funktioniert. Ein neues Erlebnis hierbei war mit zunehmender Onlineaktivität aber auch die Erfahrung, wie anstrengend es ist, sich mehrmals die Woche per Zoom auszutauschen, auch fehlte der persönliche Austausch und das persönliche Gespräch mit Einzelnen in den Pausen bei Präsenztreffen.

Wir haben Anfang 2020 begonnen, in Stuttgart das Recovery College zu entwickeln, und konnten in den folgenden zwei Jahren fast ausschließlich online dieses Projekt entwickeln und den »Aktion Mensch«-Antrag stellen, sodass wir nun schon im vierten Jahr, seit Beginn im Jahr 2022, das Recovery College Stuttgart sehr erfolgreich betreiben. Bei diesem Projekt sind wir sicher, dass wir es ohne Onlinetreffen, die durch Corona zwangsläufig erforderlich waren, sicher nicht so schnell geschafft hätten. Hier hat es also sehr gut funktioniert.

Viele Treffen mussten wir aber auch durch Telefonkonferenzen ersetzen, da einige TeilnehmerInnen nicht die Möglichkeit oder Kenntnisse hatten für ein Onlinetreffen. Diese Telefonkonferenzen haben sehr gut funktioniert, teilweise mit mehr als zehn TeilnehmerInnen, Märchenvorleserin und Gesang.

Wie hat die Pandemie Ihre Arbeit in der Initiative Psychiatrie-Erfahrene Stuttgart beeinflusst und was sind Aspekte, die sich auch über den Zeitraum der Pandemie hinweg nachhaltig geändert haben?

Beeinflusst hat die Coronapandemie unsere Gruppe und alle Gruppen der befreundeten Selbst- und Bürgerhilfe in Stuttgart im Zusammenhalt. Wir wurden während und durch die Coronazeit im Zusammenhalt gestärkt und wir haben gelernt, was wir gemeinsam auch in schwierigen Zeiten bewegen können. Die Möglichkeit der Onlinekonferenzen nutzen wir nun verstärkt weiterhin für Gremien und Projektaustausch, allerdings immer mit der Vorsicht, dass Onlinetreffen ausgewogen sind und man sich auch in Präsenz trifft.

Was müsste passieren, damit die nächste Krise gut bewältigt werden kann? Welche Änderungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit, auch mit Blick auf zukünftige Krisensituationen?

Die wichtigsten Wünsche wären, dass der Zugang zu Computer, PC, Laptop oder Smartphone, unter anderem eben auch zu Onlinetreffen, allen Menschen mit Psychiatrieerfahrung ermöglicht wird. Es gibt TeilnehmerInnen, die aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten, aber auch aufgrund von Unsicherheit und Ängsten sowie fehlender technischer Kenntnisse von einer Teilnahme an Onlinetreffen leider ausgeschlossen sind.

Während einer vergleichbaren Pandemie sollte auch immer die Möglichkeit der Treffen zu zweit im öffentlichen Raum, eventuell mit Abstand und Sicherheitsvorkehrungen, offengehalten werden.

Die Kommunikation zu den Verantwortlichen in Stuttgart, allen voran den PsychiatrieplanerInnen, in Bezug auf die Maßnahmen während der Pandemie war sehr gut.

Teil II: Empirische Einsichten in Unsichtbarkeiten

›Keine Sorge, wir sind Profis‹

Care und Professionalisierung in Reinigungsarbeiten während der Pandemie

Ali Simon, Paula-Irene Villa

Auch wenn er in unseren Interviews nicht exakt wörtlich vorkommt, bringt der Satz ›Keine Sorge, wir sind Profis‹ exemplarisch eine Haltung auf den Punkt, die das Gros der Beschäftigten und Arbeitgeber*innen der Reinigungsbranche während der Covid-19-Pandemie – zumindest im Nachhinein – teilt. Vor allem Reinigungsunternehmen flaggen derart ein berufliches Selbstverständnis aus, das Kompetenz, professionelles Handeln und damit Souveränität in unsicheren Krisenzeiten suggeriert sowie gleichzeitig eine Abgrenzung von (emotionalisierter) verwickelter Sorgearbeit impliziert.

In unserem Beitrag gehen wir diesem Selbstverständnis auf den Grund und leuchten dabei aus, wie Care, Reinigung und Pandemie aus Sicht von Akteur*innen zusammenhängen, die systemrelevant waren (und sind) und doch unsichtbar blieben (und bleiben). Basierend auf einer empirischen Studie, die 31 leitfadengestützte qualitative Interviews mit Akteur*innen aus dem Feld der professionellen Reinigung umfasst,¹ rekonstruieren wir, wie sich im Kontext der Corona-Pandemie neue Formen von Professionalisierung und Care herausbildeten und wie diese konkret in einem Berufsfeld verhandelt wurden, das historisch sowie aktuell unsichtbar, niedrig qualifiziert und gesellschaftlich geringgeschätzt ist (Equality and Human Rights Commission, 2014; Simon & Villa Braslavsky, 2023; von Bose, 2020) – zugleich aber absolut essenziell für die ›kritische Infrastruktur‹ einer Gesellschaft ist, im Allgemeinen und im Besonderen der Pandemie.

1 Elf Reinigungskräfte, sechs Arbeitgeber*innen aus Privathaushalten, sechs Leitungspersonen im Bereich Reinigung in öffentlichen Einrichtungen, zehn Führungskräfte und leitende Angestellte von Reinigungsunternehmen sowie die Expertin einer Gewerkschaft.

1. Von Anerkennung bis Fürsorge

Care und Professionalisierung aus theoretischer Perspektive

Den analytischen Bezugsrahmen unserer Überlegungen bilden theoretische Ansätze zu Professionalisierung und Care-Arbeit. Während Erstere es ermöglichen, die Dynamik von Anerkennung, Autonomie und Kontrolle im beruflichen Kontext ›Reinigung‹ während der Covid-19-Pandemie besser zu verstehen, werden Care-Theorien herangezogen, um Fragen von Sorge, Fürsorglichkeit und deren gesellschaftlich paradoxe Arbeitsformen zu beleuchten: Care wird besonders romantisiert und zugleich strukturell marginalisiert (Thelen, 2014).

1.1 Professionalisierung

Professionalisierung ist ein dynamischer Prozess der sozialen Verfestigung von Berufsverständnissen und -praxen, durch die eine Tätigkeit zu einem anerkannten und standardisierten Beruf oder einer Profession wird (z.B. Abbott, 1988; Evetts, 2011; Hartmann, 1968; Pfadenhauer, 2003; Wilensky, 1964). Professionalisierungsprozesse sind durch eine komplexe Konstellation soziopolitischer, kultureller und historischer Faktoren geprägt und unterscheiden sich sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen (Fournier, 1999). So verfestigten sich beispielsweise bestimmte Handwerkstätigkeiten schon in der Vormoderne als Beruf; sodann wurden Jura und Medizin vergleichsweise früh offiziell als Professionen – Anwalt*in, Richter*in, Ärzt*in – anerkannt, während Tätigkeiten bzw. Bereiche wie Ingenieurwesen oder Sozialarbeit erreichten den Professionsstatus aufgrund sich wandelnder gesellschaftlicher Anforderungen und technologischer Fortschritte erst viel später (Saks, 2021). Jene hoch angesehenen und einflussreichen Professionen wie beispielsweise die Medizin wurden in historischen Prozessen geprägt, in denen Männer die Hauptakteure waren (Davies, 1996) und Frauen (zumindest temporär) die Berechtigung zu deren Ausübung formell abgesprochen wurde (Adams, 2010). Diese historischen Barrieren bestehen weiterhin, und Frauen sind in männerdominierten Bereichen wie Recht, Medizin und Ingenieurwesen nach wie vor mit großen Herausforderungen konfrontiert (Ward, 2008). Auf der historischen Entwicklung jener klassischen Professionen wie der Medizin basiert auch Wilenskys (1964) Professionalisierungslogik, deren typische Abfolge unter anderem eine technische Grundlage und den Aufbau von Ausbildungseinrichtungen mit festgelegten Standards beinhaltet.

Neben dem Erwerb von standardisierten Fähigkeiten – verbrieft über staatlich regulierte Ausbildungen und Zeugnisse – sowie der Entwicklung eines fachspezifischen Wissensbestands beinhaltet ›Professionalisierung‹ einen umfassenden Prozess der bürokratischen Kontrolle (Abbott, 1988). Diese kann beispielsweise über den Zugang, die Standards und die Ausübung des Berufs erfolgen. Professionalisierung hat außerdem eine praxeologische Dimension, insbesondere in Bezug auf die soziale Orientierung der Tätigkeit. Der Prozess der Professionalisierung folgt ferner historisch-empirisch keinem einheitlichen Muster. Vielmehr können dabei unterschiedliche Elemente wie Marktkontrolle, rechtliche Zuständigkeit oder berufliches Selbstverständnis mehr oder weniger relevant werden (Larson, 1979).

Warum dies für unsere Frage wichtig ist: Wie sich zeigen wird, ist die Reinigungsbranche kaum bis gar nicht professionalisiert. Dies bedeutet eine relative Deregulierung und ambivalente Prekarität der Arbeit bzw. Tätigkeiten, die vielfach auch gar nicht als berufliche Arbeit wahrgenommen und schon gar nicht entsprechend entlohnt oder vertraglich abgestützt werden (vgl. Kapitel 3.2. Abgrenzung gegen Trivialisierung).

1.2 Care

Wenn in diesem Beitrag über Care oder synonym auch (Für-)Sorge gesprochen wird, verstehen wir diese als fortwährende und lebenswichtige soziale Praxis und grundlegende Dimension allen Lebens (Madörin, 2006; Villa, 2020). Care umfasst bezahlte und unbezahlte Tätigkeiten, meint berufliche oder professionelle ebenso wie flüchtige oder rein private Formen von Sorge, ist manchmal anonym und standardisiert ebenso wie hoch individuell und intim. Care-Praxen verbinden die Mikro- und Makrodimensionen des Lebens, und sie verorten persönliche Praktiken im Geflecht sozialer Normen und Strukturen (Yeates, 2005). Gleichzeitig vollzieht sich Care stets im Kontext diverser Machtasymmetrien und Abhängigkeitsverhältnisse, die sich auf den Inhalt, die Verteilung und die Grenzen von Care auswirken (z.B. Williams, 2010). Wir orientieren uns außerdem an der sehr weit gefassten Definition von Care als

species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ›world‹ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web (Fischer & Tronto, 1990, S. 40).

Für Fisher und Tronto (1990) ist die Praxis des ›Caring‹ ferner ein Prozess mit vier miteinander verflochtenen Phasen: caring about (die Wahrnehmung von Care-Bedürfnissen), taking care of (die Übernahme von Verantwortung und das Bereiterklären, tätig zu werden), caregiving (die praktische Ausführung von Sorgehandlungen) und care-receiving (die Rückmeldung bzw. Antwort der umsorgten Person) (Fisher & Tronto, 1990, S. 40).

Obwohl Care-Arbeit demnach mit großer individueller wie gesellschaftlicher Verantwortung verbunden ist, wird sie »in der heutigen Gesellschaft primär von Frauen geleistet, abgewertet, nicht ausreichend unterstützt« (Winker, 2015, S. 15). Überhaupt ist Care in modernen Gesellschaften und bis heute das zentrale, naturalisierte Element hegemonialer Weiblichkeit, d.h. Sorgen wird von Natur aus als Frauensache verstanden, etwa in Normen von Hausfrau und Mutterschaft (Abel & Nelson, 1990; Ehrenreich & Hochschild, 2002; Lutz, 2010; Thiessen, 2019). Dies wiederum bildet die nach wie vor prägende kulturelle Textur von Bildung, Einkommen, Status, Sozialpolitik usw., auch in Deutschland (Bock & Duden, 1977; Thiessen & Villa, 2009; Toppe, 1993; Vinken, 2001). Gerade die Naturalisierung von Care als naturhafte Weiblichkeit ermöglicht ihre gleichzeitige normative Idealisierung – etwa in Gestalt der tugendhaften Mutter (Vinken, 2001) oder der aus Liebe agierenden Hausfrau – und ihre ökonomische Marginalisierung, z.B. durch die Nichtentlohnung von Care im Privaten oder die geringe Professionalisierung von Sorgeberufen, da diese als ›Verlängerung der Hausfrau‹ konturiert sind. Die Notwendigkeit und Naturalisierung von Care als Element ›richtiger‹ Weiblichkeit führen dazu, dass ganz überwiegend Frauen Care leisten, ob privat und/oder in Berufen, und dies wiederum ein strukturelles Ungleichheitselement darstellt (Gender Care Gap, Gleichstellungsbericht usw.). Diese vergeschlechtlichte Arbeitsteilung führt also nicht nur zu ökonomischen Ungleichheiten, sondern auch dazu, dass bestimmte Vorstellungen darüber entstehen, wer für Care zuständig ist und wer nicht. Dadurch formt sie langfristig gesellschaftliche Erwartungen und hat Einfluss darauf, wie Care-Arbeit in der Gesellschaft wahrgenommen, vergütet und strukturell geregelt wird.

2. Reinigung professionalisieren? Entwicklungen bis zur Pandemie

Die gesellschaftliche Organisation der Reinigung als kommerzielle Dienstleistung lässt sich auf die Anerkennung der Gebäudereinigung als Handwerk

im Jahr 1934 zurückführen (Schürmann, 2013). Dies führte zur Etablierung arbeitsbezogener Strukturen innerhalb des Berufsfeldes sowie der demonstrativen Präsentation von Fachwissen nach außen (auch abgrenzendes »boundary work« gegenüber anderen Bereichen bzw. der nicht professionell arbeitenden Konkurrenz (vgl. Fournier, 2000; Gieryn, 1983; van Bochove et al., 2016)). In der historischen Professionalisierungsdynamik spielten verschiedene Entwicklungen eine Rolle, auch die Ausbildungsstruktur wurde mehrfach angepasst. Heutzutage gibt es etwa die dreijährige duale Ausbildung zur* zum Gebäudereiniger*in (seit 1999) oder die Fortbildung als Meister*in (seit 1974) (Institut der deutschen Wirtschaft Köln Consult GmbH, 2025). Diese Etablierung von Expertise richtete sich nicht nur an Dienstleistungsmärkte und damit potenzielle Kund*innen, sondern auch darauf, durch professionelles Wissen und eine ausgeprägte Gemeinwohlorientierung soziale Glaubwürdigkeit in der Gesamtgesellschaft zu erlangen (Schürmann, 2013). Gerade im Bereich der Reinigung ist jene Glaubwürdigkeit als Profession von entscheidender Bedeutung, da dieses Berufsfeld als »dirty work« (z.B. van Vlijmen, 2019) nach wie vor von geringer Wertschätzung (sowohl auf sozialer als auch auf struktureller Ebene), mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung und sozialer Unsichtbarkeit begleitet ist (von Bose et al., 2025).

Im Hinblick auf fehlende Wertschätzung fokussierte sich die Professionalisierungsstrategie der Reinigungsindustrie laut Clement und Yalçın (2021) auf die »Konstruktion der Reinigungsarbeit als Träger von Hygiene, Ästhetik und Werterhalt. Die Botschaft war dabei, dass Reinigungsarbeit produktive Tätigkeit anderer erst ermögliche« (S. 91). Schürmann (2013) beschreibt den Versuch der Branche, ein besseres Berufsimagen zu etablieren, als doppelte Abgrenzung: einerseits vom »unreinen« bzw. »schmutzigen« Beruf und andererseits von der Auffassung, Gebäudereinigung sei Frauenarbeit. Gerade Letzteres stellt nach wie vor ein signifikantes Problem im Bereich Reinigung dar, der seit jeher weiblich geprägt und durch prekäre, oft informelle Teilzeitarbeit gekennzeichnet ist (Eigenstetter et al., 2016; Gather et al., 2005). Reinigung als Tätigkeit und als Branche ist, wie jede Arbeit und jede Branche, in spezifischer Weise intersektional geprägt (zum Begriff vgl. Winker & Degele, 2009): Die Strukturen und die kulturelle Textur der Reinigung werden nicht nur durch das Geschlecht, sondern auch durch Faktoren wie Alter und Migration geprägt. Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) haben sechs von zehn Personen, die in Reinigungsberufen tätig sind, eine Migrationsgeschichte (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024). Diese Aspekte tragen signifikant zu dessen Charakter als gering qualifizierte bzw. »ungernehte Arbeit«

und »Niedriglohndienstleistung« mit typischen Qualitätsvorurteilen« (Latzke, 2018, S. 307) bei.

Vor diesem Hintergrund ist wichtig, dass Reinigungstätigkeiten nach wie vor »durch einen hohen Anteil informeller Arbeit gekennzeichnet« sind (Gerold et al., 2022, S. 1), d.h. sich wesentlich außerhalb institutionalisierter und tariflich geregelter Strukturen vollziehen. Dies verdeutlicht eine zentrale Spannung im Feld ›Reinigung‹: Einerseits ist die Gebäudereinigung in Deutschland mit einer Anzahl von knapp 700.000 Beschäftigten das Handwerk mit der höchsten Personalintensität und somit ein hochgradig institutionalisierter Bereich (Clement & Yalçın, 2021). Auf der anderen Seite umfasst der gesamte Bereich aller Reinigungsberufe mehr als 1,9 Millionen Personen »von denen 75 Prozent Frauen und mehr als 30 Prozent Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft sind« (Clement & Yalçın, 2021, S. 82). Dies verdeutlicht, dass ein signifikanter Anteil von Reinigungsarbeiten in informellen Strukturen, also außerhalb abgesicherter Rahmenbedingungen verbleibt. Diese Spannung rund um formelle Institutionalisierung und informelle Praxis prägt die Debatten um Professionalisierung maßgeblich und verdeutlicht, wie relevant die intersektionale Betrachtung ist – es arbeiten in der Reinigung wesentlich Menschen, die in der Intersektion von Geschlecht, Migration, Alter in spezifischer Weise sozial situiert sind (Abbasian & Hellgren, 2012; Soni-Sinha & Yates, 2013).

Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie haben sich Professionalisierungsbestrebungen innerhalb der Reinigungsbranche deutlich verstärkt. Der frühe offizielle Status der ›Systemrelevanz‹ (Friemer & Warsewa, 2022; Haim et al., 2021) fungierte für zahlreiche Akteur*innen der Branche als Katalysator, um die Tätigkeit der Reinigung nicht nur als essenziell zum Erhalt der kritischen Infrastruktur, sondern auch als fachlich anspruchsvoll und voraussetzungsreich zu präsentieren. Wie sich jene Professionalisierungsbestrebungen konkret in der Praxis niederschlugen und welche Spannungsfelder sich im Verhältnis von Professionalisierung und Care beobachten ließen, wird im folgenden Kapitel beleuchtet.

3. Zwischen Professionalisierung, Trivialisierung und Care Empirische Ergebnisse

In unserer empirischen Studie zu Reinigung als Care (während der Covid-Phase) haben wir hinsichtlich der Verflechtung von Profession und Care

drei zentrale Aspekte herauspräpariert, die nachfolgend dargestellt werden: Professionalisierungsstrategien und -narrative, mit denen Reinigungsunternehmen und Angestellte versuchten, ihre Arbeit aufzuwerten und als fachlich anspruchsvoll zu kennzeichnen. Zweitens, wie diese Professionalisierungsbemühungen gleichzeitig von der weit verbreiteten Trivialisierung von Reinigungsarbeit herausgefordert werden. Drittens schließlich werden die konkreten Care-Praxen während der Pandemie rekonstruiert und darauf fokussiert, inwiefern diese in der Reinigung zentral sind.

3.1 Professionalisierungsstrategien und Qualifizierungsnarrative

Die Relevanz von Hygiene und Sauberkeit hat sich während der Corona-Krise signifikant erhöht (Simon & Villa Braslavsky, 2023). Infolgedessen entwickelten sich Fachwissen und Expertise im Bereich Hygiene und vor allem Desinfektion zu einem entscheidenden Faktor, was eine Vielzahl von Bestrebungen auslöste, Reinigung als professionelle Tätigkeit aufzuwerten. Die nachfolgenden Beschreibungen demonstrieren die Vielfalt der Professionalisierungsversuche, die in unseren Interviews sichtbar wurden.

3.1.1 Spezifische Ausbildungen und Schulungen

Ein zentrales Element der Professionalisierungsbestrebungen während der Pandemie bestand in der Hervorhebung spezifischer Ausbildungen und Schulungen, die unseren Interviewpartner*innen als sichtbare Qualitätsmerkmale dienten und den Anspruch auf fachliche Expertise untermauerten. Eine spezifische Weiterbildung, die während der Interviews wiederholt als besonderes Qualitätsmerkmal hervorgehoben wurde, ist die zur/zum staatlich geprüften Desinfektor*in. In dieser mehrwöchigen Ausbildung werden umfassende theoretische und praktische Kenntnisse in den Bereichen Hygiene(management), Infektionslehre und -schutz sowie Desinfektionsverfahren und Sterilisation vermittelt (Scheidt-Illig, 2005). Nach erfolgreichem Abschluss sind Desinfektor*innen dazu berechtigt, behördlich angeordnete Desinfektionen fachkundig durchzuführen und entsprechende Beratungen anzubieten. Mögliche Einsatzbereiche sind z.B. Krankenhäuser, Laboreinrichtungen, Pflegeheime und Gebäudereinigungsunternehmen.

Besonders Reinigungsunternehmen stellten sich mit dieser spezifischen Zertifizierung positiv dar, da sie die Möglichkeit bot, sich von Wettbewerbern abzugrenzen und ihre Marktposition zu festigen. *»Wir haben ganz viele Desinfektoren, wir haben jetzt auch noch mal welche dazu ausgebildet. Ich glaube, wir haben*

mittlerweile acht staatlich geprüfte Desinfektoren«, berichtete beispielsweise die Führungskraft eines Reinigungsunternehmens (8. Interview, Pos. 60). Auch der leitende Angestellte eines anderen Reinigungsunternehmens beschrieb mit Stolz:

Also wir haben so eine Truppe aus staatlich geprüften Desinfektoren. Ich glaube, wie viele sind das? Ungefähr 30? [...] Und die sind extra ausgebildet. Also, die haben richtig eine staatliche Prüfung. Die machen bei uns die Abschlussdesinfektion. Und mit dieser Truppe konnten wir die ersten Maßnahmen ergreifen und haben dann unsere Mitarbeiter immer fitter gemacht im Umgang mit Covid (20. Interview, Pos. 24–26).

Auch auf individueller Ebene eröffnete die Weiterbildung als Desinfektor*in weitreichende berufliche Perspektiven (sowie ein höheres Einkommen), wie etwa die hauswirtschaftliche Leitung einer Institution des Gesundheitssystems darlegte:

Ich meine, ich kann ja jetzt wieder voll einsteigen, als irgendwo in einer großen Firma oder was, als Projekt-Leiter. Ich verdiene da locker über 3.500 [Euro brutto], weil ich bin staatlich geprüfte Desinfektorin (13. Interview, Pos. 120).

Die Desinfektor*innen-Qualifikation fungierte also als Instrument der Statusaufwertung in einem Feld, das, wie oben dargelegt, häufig als »unskilled« klassifiziert wird. Ausbildungen wie die zum/zur Desinfektor*in wurden sowohl für Unternehmen als auch für einzelne Beschäftigte zu einem sichtbaren Symbol für kapitalisierbare Expertise und Professionalität. In einer Krisensituation, in der Vertrauen von besonderer Relevanz war, signalisierte sie Kund*innen sowie der Öffentlichkeit Qualität und Sicherheit.

Eine weitere Professionalisierungsmaßnahme im Bereich Qualifizierung und sichtbare Expertise nach außen waren interne Schulungen vieler Reinigungsunternehmen für ihre Mitarbeitenden. Einige waren diesbezüglich eher pragmatisch motiviert, wie etwa der Geschäftsführer eines Reinigungsunternehmens erläuterte: »*Diese ganzen Standardthemen haben wir geschult, mit Abstand halten, Hände waschen, Händedesinfektionen, Masken tragen und wie man sich verhalten soll*« (8. Interview, Pos. 34). Ein weiteres Unternehmen schulte spezifisch diejenigen Mitarbeiter*innen, die vormals noch nicht in sehr hygienisch-si-

cherheitsorientierten Objekten wie Kliniken oder Krankenhäusern tätig waren, denn

für jemanden, der normalerweise nur durch ein Büro geht oder durch eine Schule, ist es natürlich eine extreme Umstellung gewesen. Was ist Desinfektion? Das ist auch für viele Führungskräfte kein Alltagsgeschäft gewesen. Da haben wir auch sehr viel in Schulung investiert, um auch das Thema Desinfektion für die Kollegen richtig zu unterweisen (21. Interview, Pos. 12).

Die Führungskraft eines anderen Reinigungsunternehmens besuchte eine spezifische Schulung der lokalen Gebäudereiniger-Innung:² »*Da gab es ein Tagesseminar, wo dann wirklich erklärt worden ist, okay, wie man das dosieren muss, wie lange muss es auf dem Tisch bleiben*« (16. Interview, Pos. 86). Andere Unternehmen betrieben in diesem Bereich einen höheren Aufwand und luden externe Expert*innen ein, um sich adäquat im Umgang mit und dem Schutz vor dem Covid-19-Virus schulen zu lassen.

Diese internen Schulungen griffen in mehrfacher Hinsicht in die Aushandlungen von Professionalität und Professionalisierung ein. Neben der sichtbaren Außendarstellung von Expert*innentum als Marketinginstrument – wie es bereits bei der Zertifizierung zur/zum Desinfektor*in der Fall war – führten interne Schulungen, auch wenn diese teilweise nur wenige Stunden umfassten, zu einem Mindestmaß an standardisiertem Wissen in Bezug auf den Virus. Angestellte konnten sich in ihrem Arbeitsalltag auf diese Schulungen berufen und damit ihre Tätigkeit als qualifiziert und verantwortungsvoll präsentieren. Dies zeigt, dass der Professionalisierungsprozess während der Pandemie nicht ausschließlich durch formale Ausbildungen, sondern auch durch betriebliche Praktiken und Wissensvermittlung gefördert wurde.

3.1.2 Reinigen vor Ort – Materialkenntnisse und ›richtiges‹ Desinfizieren

Im Zuge der Pandemie waren jedoch nicht ausschließlich offizielle Zertifizierungen und interne Schulungen relevant. In zahlreichen Interviews wurde zudem vielfach eine Tendenz zur Profilierung durch spezifische Materialkenntnisse und ›richtiges‹ Desinfizieren geschildert. In der Selbstdarstellung von

2 Die Entstehung der Innungen erfolgte zeitgleich mit der staatlichen Anerkennung des Gebäudereiniger-Handwerks als Vollhandwerk. Seither konstituieren sie zentrale Institutionen für die berufliche Organisation und Interessensvertretung (Clement & Yalçın 2021).

Reinigungskräften erlangten diese einen signifikanten Stellenwert, der es ihnen ermöglichte, ihr Wissen praktisch vor Ort zu demonstrieren und damit »die eigene Professionalität zu unterstreichen« (Latzke, 2018, S. 175).

Eine Reinigungskraft schilderte in Bezug auf Reinigung in Bürogebäuden beispielsweise: *»Da musste man dann auch schauen, weil, wenn ich mit einem scharfen Desinfektionsmittel über die Tastatur gehe, dann sind die Buchstaben weg.«* (3. Interview, Pos. 48) Hier wird Fachwissen als proaktive Schutzmaßnahme geschildert, die der Prävention von Schäden dient. Es genügte nicht, »einfach nur« Desinfektionsmittel einzusetzen. Ohne differenziertes Wissen über Materialien bestand die Gefahr, diese durch falsche Mittel zu beschädigen. In diesem Kontext zeigt sich, dass Reinigung hier nicht nur als wissensbasierte – und damit nicht ganz triviale oder voraussetzungslose – Tätigkeit verstanden wird, sondern zudem während der Corona-Pandemie eine sorgfältige, wiederum von Erfahrung und Expertise abhängige Abwägung zwischen hygienischer Wirksamkeit und Materialverträglichkeit erforderte. So wird auch Expertise sichtbar, die ansonsten verborgen bleibt bzw. gesellschaftlich unsichtbar gehalten wird. Für die Reinigungskraft fungiert diese Expertise so auch als Argument für die eigene Positionierung als Fachkraft und damit als Abgrenzung zu Nichtqualifizierten: *»Also schreib ich auch immer, dass ich Materialkenntnis habe, weil es bringt ja nichts, wenn der Fleck weg ist und der Stoff auch«* (3. Interview, Pos. 50).

Auch Desinfektion bzw. deren »richtige«, d.h. sachgemäße Anwendung wurde während der Pandemie neu verhandelt. Der Geschäftsführer eines Reinigungsunternehmens beschreibt seine Erfahrungen diesbezüglich:

Es gibt auch eine gewisse Zeit, die dieses Mittel dann benötigt, um wirklich die Desinfektion durchführen zu können. Also nur mit einmal am Tisch wischen ist es nicht... es braucht dann seine 3–4 Minuten, bis es dann wirkt. Und ich glaube, die meisten haben es auch falsch gemacht. Also richtig desinfiziert wurde, glaube ich, also das ist meine Meinung, zu 80 % nicht. Weil die halt, anstatt zu reinigen, dann mit einem Desinfektionsspray draufgesprüht, gewischt haben und sagen »Ja, das ist sauber« (16. Interview, Pos. 86).

Auch hier zeigt sich Wissen als professionelle Expertise und damit als Abgrenzungskriterium: Desinfektion wird als unsichtbare, aber umso wirksamere Expertise beschrieben, die nur wenige (eben Experten) haben. Wie auch Materialkunde fungiert Fachwissen über Verfahren und Wirkweisen hier als zentrales Merkmal von Professionalität (vgl. Abbott, 1988; Larson, 1979).

Die dargestellten Strategien zur Aufwertung von Reinigung verdeutlichen, dass das Feld während der Pandemie maßgeblich vom Diskurs um Professionalisierung geprägt war bzw. dies im Nachgang besonders betont wird. Erzählt wird zudem, dass die noch immer starke gesamtgesellschaftliche Trivialisierung von Reinigungstätigkeiten eine Hürde für die Professionalisierung war bzw. ist. Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie unsere Interviewpartner*innen dieser Hürde begegnen.

3.2 Abgrenzung gegen Trivialisierung

Während der Pandemie waren viele Akteur*innen der Branche trotz Systemrelevanz und Professionalisierungsanspruch in ihrem alltäglichen Handeln mit der Trivialisierung ihrer Arbeit konfrontiert. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Reinigungstätigkeiten in der Gesellschaft eng mit Alltagspraktiken verbunden sind und somit viele Außenstehende glaubten, es »besser zu wissen« oder »selbst zu können« (von Bose, 2019). Reinigung gilt als »mundane«, gewöhnliche Alltagstätigkeit, die alle irgendwie (für sich am besten) können (Karafyllis, 2013). Die Leiterin des Bereiches Hauswirtschaft eines Krankenhauses beschrieb ihre Erfahrungen entsprechend:

Es ist meistens so in einem Beruf wie hier mit der Reinigung, jeder putzt halt sein Klo zu Hause [lacht]. Deswegen denkt man, man weiß, wie es halt hier funktioniert. [...] Jeder hat dann gemeint, er kann einem noch auf die Finger gucken und niemand hat halt, also Beispiel, Patientenfußboden im Patientenzimmer muss ich nicht desinfizieren. Weil, ja, es geht davon keine Gefahr aus. (5. Interview, Pos. 30)

Diese Beschreibung zeigt eine klare Abwertung von Reinigung als professionelle Tätigkeit durch allgemeine Alltagskompetenz. Die Erfahrung vieler Reinigungskräfte, dass andere ihnen »auf die Finger guckten« oder ihre Praxis infrage stellten, führt dazu, dass Fachwissen unsichtbar bleibt bzw. nicht ernst genommen wird.

Viele der von uns Befragten berichteten von ähnlichen Erfahrungen der Trivialisierung ihrer Arbeit. Sie versuchten, sich durch das wiederholte Herausstellen verschiedenster Kompetenzen abzugrenzen, denn »*was eigentlich dahintersteckt, das wissen ja viele gar nicht. Dass da doch ein bisschen was mit Chemie und ein bisschen was mit Rechnen [zu tun ist]*« (28. Interview, Ausbilderin im Bereich Hauswirtschaft, Pos. 104). Die Geschäftsführerin eines Unternehmens

für hauswirtschaftliche Dienstleistungen betonte diesbezüglich, wie essenziell gute Organisation bei der Arbeit ist: »Es [ist] nämlich gar nicht so einfach eine Wohnung zu reinigen. Das heißt, jeder kann das, aber das ist nicht so. Man muss gut organisiert sein, um in der gegebenen Zeit auch alles zu machen. Und nicht die Hälfte vergisst [lacht]« (18. Interview, Pos. 48). Andere betonten ihre langjährige Erfahrung, um sich von der Vorstellung zu distanzieren, Reinigung sei bloß triviale Jedermann-/frau-Tätigkeit. Eine Reinigungskraft, die schon über 20 Jahre in der Reinigung tätig ist, formuliert entsprechend entschieden, dass sie sich von »niemandem sagen lasse, wie man am besten was putzen tut« (24. Interview, Pos. 118).

Diese Abgrenzung zu trivialer Alltagsarbeit zeigt sich ebenfalls in der verwendeten Terminologie in Bezug auf Handeln und Berufsbezeichnung. Die meisten distanzierten sich vom Wort ›putzen‹, wie die Geschäftsführerin eines Reinigungsunternehmens deutlich machte: »Nein, wir sind keine Putzfirma, wir sind Gebäudereinigung« (8. Interview, Pos. 42). Diese Entwicklung vollzog sich jedoch nicht nur in der Kommunikation nach außen, sondern auch innerhalb der Betriebe. In einem Unternehmen für hauswirtschaftliche Dienstleistungen beispielsweise war die Benennung der Berufe von signifikanter Relevanz. Eine Geschäftsführerin führt aus:

Und wir haben nämlich irgendwann auch gesagt, bei uns sind das nicht Reinigungskräfte, sondern wir sollten eigentlich sagen, es sind Haushaltsmanager. Und da fängt es nämlich schon an, da gibt es ja den Hausmeister, der ist ja auch nicht mehr Hausmeister, der ist Facility Manager. Und so blöd ich das eigentlich finde, ist es also trotz allem richtig und gut, weil die Benennung einer Funktion sagt etwas über deren Wertschätzung aus [...] Wir sagen auch zum Beispiel in unserer Einsatzplanung, wenn sie sagt, Frau so und so, meine Kollegin kommt dann und dann [...] Das heißt, es ist unsere Kollegin. So, fertig. Egal, ob sie jetzt operativ arbeitet oder nicht (18. Interview, Pos. 147–150).

Hier wird Sprache als Mittel der Aufwertung eingesetzt, da offensichtlich davon ausgegangen wird, dass die Bezeichnung der Tätigkeit einen erheblichen Einfluss auf deren gesellschaftliche Ein- und Wertschätzung hat: ›Haushaltsmanager‹ impliziert im Gegensatz zur weniger statusträchtigen Bezeichnung ›Reinigungskraft‹ eine größere Verantwortung; suggeriert wird eine ›manageriale‹ Haltung und Expertise, die Zugehörigkeit zur ›oberen Etage‹. Auch der Vergleich mit gesellschaftlich bereits akzeptierten Aufwertungen in anderen

Berufsgruppen (›Hausmeister – Facility Manager‹) wird strategisch genutzt, um sich von Abwertung und Abfälligkeit abzugrenzen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Konstruktion von Kollegialität als Gegenentwurf zur Trivialisierung. Die Verwendung der Bezeichnung ›Kolleginnen‹ innerhalb des Unternehmens impliziert eine Gleichwertigkeit der Statuszuweisung und eine Einordnung als Teammitglied. Gleichzeitig wird ersichtlich, dass diese Aufwertungsstrategie eine ambivalente Natur aufweist (›so unlogisch ich das eigentlich finde, so richtig und gut ist es dennoch‹).

Die symbolische Aufwertung über sprachliche Zuschreibungen sowie die Darstellung von Reinigungsarbeit als professionelles Handeln im Gegensatz zu ›trivialer Haushaltstätigkeit‹ führen zur Abgrenzung von dem, was gemeinhin mit ›weiblicher Sorgearbeit‹ und damit Care assoziiert wird. Dieser Wandel impliziert eine Verschiebung der Wahrnehmung, die sich von Sorge und Beziehung hin zu technischer (etwa materialbezogener oder Ausführungs-)Expertise und Professionalität bewegt. Gleichzeitig bleibt Care jedoch ein integraler Bestandteil von Reinigungspraxis. Davon handelt der nachfolgende Abschnitt.

3.3 Care-Praxen

Wie im vorangegangenen Kapitel dargelegt, lässt sich im Zuge der Professionalisierungsbestrebungen des Reinigungssektors während der Pandemie trotz verbaler und fachlicher Abgrenzungsversuche mitnichten eine Abkehr von Care verzeichnen. Die Analyse der Interviews zeigt vielmehr, dass Care im Kontext von Reinigungsarbeit in ganz unterschiedlichen sozialen Beziehungsgeflechten verortet wird. ›Caring‹ – als Qualität von Praxen oder (zumindest auch) sorgende Tätigkeiten – entfaltet sich den Erfahrungsberichten zufolge sowohl innerhalb von Haushalten als auch in organisationalen Strukturen und in der Beziehung zu Kund*innen. Dabei lassen sich drei zentrale Felder unterscheiden: Care-Praxen in Privathaushalten, zweitens Formen von Care in der Interaktion zwischen Unternehmen und ihren Mitarbeitenden sowie drittens Care in der Beziehung zwischen Unternehmen und Kund*innen.

3.3.1 Care zwischen Reinigungskräften und Arbeitgeber*innen

Besonders Reinigungskräfte in Privathaushalten – folgt man ihren Erzählungen – handelten während der Hochphase der Pandemie äußerst ›care-ful‹ und übernahmen neben ihrer eigentlichen Arbeit auch oftmals die Rolle als schützende Wissensvermittler*in, häufig in Verbindung mit Sorgearbeit und emo-

tionaler Unterstützung. Eine Reinigungskraft erinnerte sich, dass gerade ältere Arbeitgeber*innen

mit so Desinfektionsmitteln und solchen Sachen nicht so viel anfangen [konnten], sage ich jetzt mal. Also die haben wie weiterhin mit Kernseife sich die Hände gewaschen und solche Sachen. Ja, wo ich gesagt habe, Kernseife ist nicht unbedingt das Richtige (10. Interview, Pos. 22).

Eine weitere Reinigungskraft berichtete von vergleichbaren Erfahrungen: *»Ich habe zum Beispiel auch gesagt, dass ein Flächendesinfektionsmittel was anderes ist als das, was man für die Hände benutzt.«* (3. Interview, Pos. 32) Ein wesentlicher Aspekt ihrer Tätigkeit bestand in der Vermittlung von Wissen über das Virus, Hygienemaßnahmen und Pandemie-Regeln. Darüber hinaus widmeten sie sich der Aufgabe, Unsicherheiten und Ängste ihrer Arbeitgeber*innen zu adressieren.

Sorge um andere wurde für viele handlungsleitendes Motiv. Eine Reinigungskraft schildert:

Also ich habe mich regelmäßig online weitergebildet. Ja, genau, weil ich es halt auch nicht verantworten wollte, weil ich halt mehrere Ältere hatte, wollte ich das nicht verantworten, dass die sich bloß nicht anstecken (10. Interview, Pos. 50).

Hier wird die Verantwortung gegenüber älteren Menschen betont und aufgezeigt, dass Reinigung nicht nur eine technische Praxis, sondern ein weit darüber hinausgehender und geradezu existenzieller Aspekt ihrer fürsorglichen Haltung war. Infektionsschutz wurde zu einem Akt des ›sich Sorgen und Kümmerns‹ um vulnerable Individuen und Gruppen. Der Wissenserwerb durch regelmäßige Online-Weiterbildungen zielte darauf ab, Risiken zu minimieren, und war somit nicht nur professionell und technisch-kognitiv motiviert, sondern auch auf relationale Beziehungsformen gerichtet. Die Formulierung ›wollte ich nicht verantworten‹ impliziert eine moralische Verpflichtung der Reinigungskraft. Reinigung war in diesem Fall nicht nur Lohnarbeit, nicht nur Expertise und Professionalität, sondern zudem mit einem klaren Verantwortungsgefühl dem Wohlergehen einer anderen Person gegenüber verbunden. Letzteres kennzeichnet Care-Arbeit strukturell, als ›taking care of‹ (Fisher & Tronto, 1990, S. 40), als Verantwortungsverpflichtung gegenüber anderen Personen bzw. Lebewesen.

Verantwortungsübernahme wurde auch in organisationalen bzw. unternehmerischen Kontexten der Reinigung ausgehandelt. Gerade in der Beziehung zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden zeigten sich Care-Strukturen, die wir im folgenden Kapitel näher betrachten.

3.3.2 Care zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden

Haben (und wenn ja, wie?) etwa Führungskräfte während der Pandemie Care gegenüber ihren Beschäftigten geleistet? In unserem Material wird deutlich: Viele hatten Sorge um ihre Beschäftigten und stellten die Frage nach deren Schutz vor dem Virus ins Zentrum ihrer Überlegungen und Handlungspraxen. So auch der Geschäftsführer eines Reinigungsunternehmens, der seine Bedenken wie folgt ausdrückt:

Wir jetzt in der Geschäftsleitung hatten natürlich immer auch große Bedenken und Sorgen um unsere Mitarbeiter. Das ist immer so unser größtes Quantum. Wie schützen wir unsere Kollegen und wem können wir das oder wie gehen wir damit um? Wir wollten es keinem aufdrücken. Es soll immer eine freiwillige Geschichte sein. Natürlich auch, wie behalten wir den Betrieb? Existenzsicherung, dass unsere Mitarbeiter auch nach der Pandemie noch einen sicheren Arbeitsplatz haben (21. Interview, Pos. 8).

Care zeigt sich hier als ein ernsthaftes Bemühen, das gesundheitliche Risiko für Beschäftigte zu minimieren und ihnen gleichzeitig Handlungsfreiheit und Freiwilligkeit zuzugestehen. Ein weiterer zentraler Sorgeaspekt, der untrennbar mit den ökonomischen Logiken des Unternehmens verstrickt ist, ist die Existenzsicherung. Der Geschäftsführer hat die Verantwortung dafür, dass seine Mitarbeitenden »auch nach der Pandemie noch einen sicheren Arbeitsplatz haben«. Care wird hier mehrdimensional gedacht: als Schutz vor gesundheitlichen Risiken, als Wahrung von Selbstbestimmung und als Sicherung der wirtschaftlichen Existenz. Gerade Letzteres wurde in einem weiteren Interview als strategische und moralische Basis unternehmerischen Handelns deutlich. Die Geschäftsführerin eines Unternehmens für hauswirtschaftliche Dienstleistungen:

Das Wichtigste an meiner Arbeit ist, dass es meinen Mitarbeitern gut geht. Ohne meine Mitarbeiter, [...] die draußen rumwuseln, die uns hier das Geld verdienen, sonst könnte ich hier meine Firmenschilder abmontieren und

mein Büro schließen. [...] Und das ist mir das Allerwichtigste (12. Interview, Pos. 48).

Diese Beschreibung veranschaulicht, dass Care zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden während der Pandemie durchaus ambivalent war: Einerseits wird das Wohlergehen der Beschäftigten als höchster Wert formuliert, andererseits wird Care eng an die Leistungsfähigkeit und den Fortbestand des Unternehmens gekoppelt. Sorge bewegt sich hier im Spannungsfeld zwischen moralischer Verantwortung und ökonomischer Rationalität.

Im Material rückte bisweilen die Frage nach Respekt und Anerkennung ins Zentrum. Der Geschäftsführer eines weiteren Reinigungsunternehmens etwa setzte sich aktiv für die Sicherung von Respekt und Würde am Arbeitsplatz ein:

Mein Personal, das ist mir wichtiger. Da muss es nicht einmal um irgendwelche gesundheitlichen Geschichten gehen. Wenn wir Kunden haben, die einfach ungut zu unserem Personal waren, aus welchem Grund auch immer, wo wir gesagt haben: »Ne, also es tut uns leid, ich sage es mal ganz, ganz offen und ganz krass: Wir tun Ihnen die Toilette putzen, aber dafür erwarten wir einfach auch, dass wir mit Respekt behandelt werden« (15. Interview, Pos. 46).

Care wird als konkrete Schutzpraxis sichtbar, die über rein physische Sicherheit und gesundheitliche Aspekte hinausgeht – es geht vielmehr um den »guten Umgang«, so vage wie weit verstanden. Ein anderes Unternehmen formuliert dieselbe Ansicht: »Wir haben Kunden schon gekündigt, die eine Mitarbeiterin nicht gut behandelt haben. Das ist zwei- oder dreimal passiert. Wo wir dann gesagt haben, nein, das ist Schluss« (18. Interview, Geschäftsführerin eines Unternehmens für hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Pos. 42). In beiden Fällen umfasst Sorge auch die Wahrung von Würde und Respekt und wird somit auf die psychosoziale Dimension ausgeweitet. Die Geschäftsführungen verpflichten sich (mindestens rhetorisch) zur weit umfassenden Fürsorge gegenüber ihren Beschäftigten.

Unsere Analyse zeigt vielfältige Sorgepraktiken zwischen Führungskräften von Unternehmen und ihren Mitarbeitenden. Care umfasst dabei ein breites Spektrum, von Gesundheit und Schutz bis hin zur Beachtung von Respekt und Wohlergehen am Arbeitsplatz. Dabei bleibt Sorge in diesem Kontext auch eine eng an ökonomische Interessen geknüpfte strategische Haltung. Sie ist vor diesem Hintergrund durchaus ambivalent.

Während Care in diesem Kapitel vor allem die innerbetrieblichen Beziehungen prägt, richtet sich der Blick im Folgenden auf die Sorgebeziehungen zu Kund*innen.

3.3.3 Care zwischen Unternehmen und Kund*innen

Auch die Care-Verhältnisse zwischen Unternehmen und deren Kund*innen waren vielfältig, wie folgendes Zitat unterstreicht:

»Unsere Kunden brauchen uns, die sind einfach auf uns angewiesen und wir müssen das einfach sehen, dass wir das auch irgendwie hinkriegen« (12. Interview, Geschäftsführerin eines Unternehmens für hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Pos. 14).

Mit der Aussage ›unsere Kunden brauchen uns‹ wird die Abhängigkeit der Kund*innen betont, die aus gesundheitlichen, hygienischen oder organisatorischen Gründen auf regelmäßige Reinigung angewiesen waren. Gerade in der Pandemie erhielt diese Abhängigkeit eine existenzielle Bedeutung, da Sauberkeit unmittelbar mit Sicherheit und Infektionsschutz verbunden war (Simon & Villa Braslavsky, 2023). Gleichzeitig wird hier eine moralische Verantwortungsübernahme durch das Unternehmen sichtbar. Mit der Formulierung ›wir müssen das [...] hinkriegen‹ positioniert die Geschäftsführerin ihr Unternehmen nicht nur als Dienstleister, sondern auch als verantwortungsvoller und sich sorgender Akteur, für den das Wohlergehen und die Sicherheit der Kund*innen essenziell sind. Der Ausdruck ›wir müssen‹ verdeutlicht jedoch auch, dass die Sorge um Kund*innen durchaus eine Belastung für Unternehmen während der Pandemie darstellen konnte. Care erscheint nicht nur als positive, gewissermaßen intrinsische moralische Praxis, sondern auch als eine Art Handlungszwang, der durch externe Erwartungen geprägt ist.

Die Schilderungen der Geschäftsführerin eines Unternehmens für hauswirtschaftliche Dienstleistungen verdeutlichen allerdings, wie emotional aufgeladen Sorge in einem solchen Fall sein kann:

Gerade die Älteren. Und da haben wir echt Panik gehabt, was passiert, wenn wir da so eine 89-jährige Omi anstecken, die dann stirbt da dran? Also das war wirklich Horror. [...] Was wir da alles getan haben, und dann haben wir uns da so durchgewurschtelt irgendwie (18. Interview, Pos. 22).

Die Formulierungen ›Panik‹ und ›Horror‹ sprechen für eine hohe emotionale Belastung und verdeutlichen gleichzeitig, dass Care auch in unternehmerischen Kontexten affektiv verankert ist. Care kommt hier auch als Form präventiver Sorge zum Tragen, bei der die eigene Arbeit unmittelbar mit der Verantwortung für das Leben der Kund*innen verknüpft wird. Im Zitat wird auch die daraus resultierende Improvisation des ›irgendwie Durchwurschtelns‹ betont. Hier verbirgt sich eine Kombination von Unsicherheit und Bewältigung, die durchaus typisch für die Pandemiezeit ist. In dieser Krisenphase mussten (Care-)Beziehungen oft unter provisorischen Bedingungen aufrechterhalten und neu gestaltet werden (Fine & Tronto, 2020).

Auch umgekehrte Sorgebeziehungen werden in unserem Material deutlich, nämlich eine Fürsorge, die von Kund*innen ausgeht. Die Geschäftsführerin eines Unternehmens für hauswirtschaftliche Dienstleistungen beschrieb, dass einige ihrer Kund*innen sich um die finanzielle Situation ihrer Reinigungskräfte während der Pandemie sorgten:

»[Die] haben gesagt: Wie ist denn das jetzt, wenn die Frau Müller in Kurzarbeit ist, hat die denn dann noch genug Geld? Ja, da haben wir wirklich Kunden gehabt, die da ganz toll waren [...] das war eine ganz tolle Erfahrung« (18. Interview, Pos. 40).

Hier wird deutlich, dass Care zwischen Unternehmen und Kundinnen während der Pandemie nicht nur in Schutz- und Hygienemaßnahmen bestand, sondern auch in solidarischen Gesten von verschiedenen Seiten. Indem etwa Kund*innen Fragen nach Einkommen und Existenzsicherung stellten, erkannten sie die Abhängigkeit und Vulnerabilität ihrer Arbeitskräfte an und signalisierten Wertschätzung. Für die Geschäftsführerin war diese Erfahrung ›toll‹, da sie eine Abweichung von der üblichen Trivialisierung oder Unsichtbarkeit von Reinigungsarbeit darstellte. Caring trat hier als gelebte Anerkennung und Rücksichtnahme durch Kund*innen auf.

Die Analyse der verschiedenen Sorgebeziehungen – zwischen Reinigungskräften und Arbeitgeber*innen, zwischen Unternehmen und Angestellten sowie zwischen Unternehmen und Kund*innen – verdeutlicht, dass Care im Kontext von Reinigungsarbeit während der Pandemie in zahlreichen Formen und auf unterschiedlichen Ebenen geleistet und empfangen wurde. Dies umfasst die Sorge um gesundheitlichen Schutz, die Sicherung von Respekt und Wohlergehen sowie solidarische Haltungen und Gesten im kommerziellen Kontext. Zugleich wird ersichtlich, dass diese Fürsorgepraktiken

vielfach ambivalent sind, da sie zwischen moralischer Haltung, organisationalen Interessen und ökonomischer Logik sowie zwischen Anerkennung und Belastung schwankten.

4. Diskussion

In diesem Artikel wurden Professionalisierungsbestrebungen, Trivialitätsabgrenzungen und Care-Praxen während der Covid-19-Pandemie am Beispiel der Reinigungsbranche analysiert.

Während Professionalisierungsbestrebungen in der Form von Zertifizierungen, Materialkenntnissen und einer korrekten Desinfektion für viele von unseren Interviewpartnern als Instrument der Aufwertung fungierten, um sich als Expert*innen zu positionieren, versuchten sich andere zu behaupten, indem sie sich strikt gegen die alltägliche Trivialisierung ihrer Arbeit abgrenzten. Letzteres geschah unter anderem durch die Betonung spezifischer Kompetenzen und den Einsatz fachspezifischer Terminologie, sowohl in Bezug auf die Reinigungstätigkeiten als auch auf die ausführenden Personen.

Zugleich wurde ersichtlich, dass die Betonung von Fachlichkeit und Distanzierung von Trivialisierung nicht zwangsläufig mit einer vollständigen Abkehr von fürsorglichen Elementen einherging. Vielmehr blieb Care als oftmals unsichtbare, aber unverzichtbare Ergänzung auf verschiedensten Ebenen präsent. So handelten viele Reinigungskräfte vor allem in Privathaushalten weiterhin ›care-fuk‹ und gaben ihren Arbeitgeber*innen emotionale Unterstützung und Stabilität. Darüber hinaus existierten Care-Verhältnisse auch zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden bzw. deren Kund*innen. Diese reichten von der Sorge um gesundheitlichen Schutz über die Sicherung von Respekt und Anerkennung bis hin zu solidarischen Gesten. Zugleich wurde ersichtlich, dass diese Fürsorgepraktiken meist ambivalent waren, da sie zwischen moralischer Haltung, organisationalen Interessen und ökonomischer Logik sowie zwischen Anerkennung und Belastung schwankten. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass sich die Konzepte der Fürsorge und Professionalisierung nicht gegenseitig ausschließen, sondern vielmehr eine Überschneidung und Verflechtung aufweisen.

Zu Beginn der Pandemie war das Selbstverständnis vieler Akteur*innen der Branche durch die Haltung ›Keine Sorge, wir sind Profis‹ geprägt, was eine klare Abgrenzung von Care nahelegte. Unsere Analyse zeigt jedoch, dass diese Trennung in der Praxis nicht aufrechterhalten werden konnte. Im Rückblick

offenbart sich vielmehr eine paradoxe Verknüpfung: Die Professionalisierung wurde hervorgehoben, um Sicherheit und Kompetenz zu demonstrieren, während Care in verschiedenen Formen – relational, organisatorisch und moralisch – weiterhin präsent blieb. Dies markiert eine zentrale Verschiebung weg von ›Keine Sorge, wir sind Profis‹ hin zu ›Wir sind Profis, aber wir kümmern uns trotzdem‹.

Literaturverzeichnis

- Abbasian, S., & Hellgren, C. (2012). Working Conditions for Female and Immigrant Cleaners in Stockholm County – An Intersectional Approach. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 2(3), 161–181. <https://doi.org/10.19154/njwls.v2i3.2369>
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Abel, E. K., & Nelson, M. K. (Hg.). (1990). *Circles of care. Work and identity in women's lives*. State University of New York Press.
- Adams, T. L. (2010). Gender and Feminization in Health Care Professions. *Sociology Compass*, 4(7), 454–465.
- Bock, G., & Duden, B. (1977). Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In Gruppe Berliner Dozentinnen (Hg.), *Frauen und Wissenschaft: Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen* (S. 118–199). Courage_Verlag.
- Von Bose, K. (2019). Atmosphärische Sauberkeit, gefährlicher Schmutz und die Paradoxien der Reinigungsarbeit. Bewertungspraktiken in klinischen Räumen. In S. Nicolae, M. Endreß, O. Berli & D. Bischur (Hg.), *(Be)Werten. Beiträge zur sozialen Konstruktion von Wertigkeit* (S. 299–324). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21763-1>
- Von Bose, K. (2020). Alte Un-/Sichtbarkeiten, neue Vulnerabilität: Reinigungsarbeit in Krankenhäusern. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*, 13(2), 81–95.
- Von Bose, K., Simon, A., & Villa, P.-I. (2025). Cleaning as care work: Conceptual musings. *International Journal of Care and Caring*, 9(2), 418–423. <https://doi.org/10.1332/23978821Y2024D000000100>
- Clement, U., & Yalçın, S. (2021). Reinigungsarbeit zwischen Professionalisierung und ökonomischem Druck. *Arbeit*, 30(2), 79–96.

- Davies, C. (1996). The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology*, 30(4), 661–678. <https://doi.org/10.1177/0038038596030004003>
- Ehrenreich, B., & Hochschild, A. R. (Hg.). (2002). *Global Woman. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*. A Holt Paperback.
- Eigenstetter, M., Jähn, V., Langhoff, T., Luven, N., & Wallmeier, M. (2016). *Reinigungsunternehmen und öffentliche Auftraggeber in der Vergabepaxis*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Equality and Human Rights Commission. (2014). *The Invisible Workforce: Employment Practices in the Cleaning Sector. Findings Report* (No. RP.14.102-1).
- Evetts, J. (2011). Professionalism in turbulent times: Challenges to and opportunities for professionalism as an occupational value. *Journal of the National Institute for Career Education and Counselling*, 27(1), 8–16. <https://doi.org/10.20856/jnicec.2703>
- Fine, M., & Tronto, J. (2020). Care goes viral: Care theory and research confront the global COVID-19 pandemic. *International Journal of Care and Caring*, 4(3), 301–309. <https://doi.org/10.1332/239788220X15924188322978>
- Fisher, B., & Tronto, J. C. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Hg.), *Circles of care* (S. 35–62). State University of New York Press.
- Fournier, V. (1999). The Appeal to »Professionalism« as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280–307. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00173>
- Fournier, V. (2000). Boundary work and the (un) making of the professions. In N. Malin (Hg.), *Professionalism, boundaries and the workplace* (1. Aufl., S. 67–86). Routledge.
- Friemer, A., & Warsewa, G. (2022). *Aufwertungsoptionen bei »systemrelevanten« Berufsgruppen in der Corona-Pandemie?* (No. 41; Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen). Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Gather, C., Gerhard, U., Schroth, H., & Schürmann, L. (Hg.). (2005). *Vergehen und vergessen? Gebäudereinigung im Spannungsfeld zwischen kommunalen Diensten und Privatisierung*. VSA-Verl.
- Gerold, S., Gruszka, K., Pillinger, A., & Theine, H. (2022). *Putzkraft aus dem Netz. Perspektiven und Erfahrungen von Reinigungskräften in der plattformvermittelten Haushaltsreinigung* (Arbeitspapier No. 259; S. 54). Hans-Böckler-Stiftung.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781. <https://doi.org/10.2307/2095325>

- Haim, D., Mader, K., & Schultheiß, J. (2021). Beklatschte Systemrelevanz. Eine feministische Perspektive auf die kritische Infrastruktur der Daseinsvorsorge. *Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen*, 4, 7–17.
- Hartmann, H. (1968). Arbeit, Beruf, Profession. *Soziale Welt*, 19(3/4), 193–216.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln Consult GmbH. (2025). *Das Gebäudereiniger-Handwerk* [Branchenreport].
- Karafyllis, N. C. (2013). *Putzen als Passion. Ein philosophischer Universalreiniger für klare Verhältnisse* (1. Auflage). Kulturverlag Kadmos.
- Larson, M. S. (1979). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis* (1. paperback printing). Univ. of California Press.
- Latzke, P. P. (2018). *Wert und Werte von arbeitsintensiven Dienstleistungen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18943-3>
- Lutz, H. (2010). Unsichtbar und unproduktiv?: Haushaltsarbeit und Care Work – Die Rückseite der Arbeitsgesellschaft. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 35(2), 23–37. <https://doi.org/10.1007/s11614-010-0052-1>
- Madörin, M. (2006). Plädoyer für eine eigenständige Theorie der Care-Ökonomie. In *Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie* (S. 277–298). Metropolis-Verlag.
- Pfadenhauer, M. (2003). *Professionalität*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-11163-4>
- Saks, M. (2021). *Professions. A Key Idea for Business and Society*. Routledge.
- Scheidt-Illig, R. (2005). Desinfektor/Desinfektorin. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 40(12), 414–417.
- Schürmann, L. (2013). *Schmutz als Beruf* (1. Auflage, Bd. 17). Westfälisches Dampfboot.
- Simon, A., & Villa Braslavsky, P.-I. (2023). It's a dirty job. How life and work changed for cleaners in Germany during the COVID-19 pandemic. *The Sociological Review Magazine*, December 2023 Mess. <https://doi.org/10.51428/tsr.fnxk2360>
- Soni-Sinha, U., & Yates, C. A. B. (2013). ›Dirty Work?‹ Gender, Race and the Union in Industrial Cleaning: Gender, Race and the Union in Industrial Cleaning. *Gender, Work & Organization*, 20(6), 737–751. <https://doi.org/10.1111/gwao.12006>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). *Sechs von zehn Erwerbstätigen in Reinigungsberufen haben eine Einwanderungsgeschichte* (Pressemitteilung Nr. o81). https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_o81_125.html

- Thelen, T. (2014). *Care/Sorge. Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen*. transcript Verlag.
- Thiessen, B. (2019). Geschlechterverhältnisse im sozialen Wandel – Die Bedeutung von Care-Theorien für Soziale Arbeit. In Sozialer Wandel und Kohäsion (S. 79–97). Springer VS.
- Thiessen, B., & Villa, P.-I. (2009). Mütter und Väter: Diskurse – Medien – Praxen. Eine Einleitung. In P.-I. Villa & B. Thiessen (Hg.), *Mütter – Väter: Diskurse, Medien, Praxen* (S. 7–21). Westfälisches Dampfboot.
- Toppe, S. (1993). *Die Erziehung zur guten Mutter: Medizinisch-pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18. Jahrhundert*. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Van Bochove, M., Tonkens, E., Verplanke, L., & Roggeveen, S. (2016). Reconstructing the professional domain: Boundary work of professionals and volunteers in the context of social service reform. *Current Sociology*, 66(3), 392–411. <https://doi.org/10.1177/0011392116677300>
- Van Vlijmen, J. (2019). Being a cleaner in The Netherlands: Coping with the dirty work stigma. *Facilities*, 37(5/6), 280–291. <https://doi.org/10.1108/F-03-2018-0038>
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? *Leviathan*, 48(3), 433–450. <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2020-3-433>
- Vinken, B. (2001). *Die deutsche Mutter. Der lange Schatten eines Mythos*. Piper.
- Ward, L. (2008). Female faculty in male-dominated fields: Law, medicine, and engineering. *New Directions for Higher Education*, 143, 63–72.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158. <https://doi.org/10.1086/223790>
- Williams, F. (2010). Migration and Care: Themes, Concepts and Challenges. *Social Policy & Society*, 9(3). <https://doi.org/10.1017/S1474746410000102>
- Winker, G. (2015). *Care Revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. transcript.
- Winker, G., & Degele, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. transcript.
- Yeates, N. (2005). A Global Political Economy of Care. *Social Policy and Society*, 4(2), 227–234. <https://doi.org/10.1017/S1474746404002350>

»Wir können nicht *nicht* mehr arbeiten«

Systemrelevanz, Care und Sozialpädagogische Familienhilfe in der Coronakrise

Mirjam Seits, Christiane Bomert

1. Hinführung

Das im Titel aufgegriffene Zitat stammt von einer Fachkraft der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), die sich retrospektiv zu ihrer Arbeitssituation zu Beginn der Coronapandemie äußert. In einem Interview beschreibt sie:

Der [Name des Arbeitgebers] hat nach drei Wochen eine Mitteilung gemacht [...], dass wir arbeiten müssen. Wir können nicht *nicht* mehr arbeiten. Die Frage war halt ›wie?‹ (FF, Pos. 17)

Während Fachkräfte vieler anderer Bereiche ihre Tätigkeit vorübergehend einstellen mussten, wurden Kinderschutzeinrichtungen, stationäre Jugendhilfeeinrichtungen sowie ambulante »Hilfen zur Erziehung« (§ 27 SGB VIII), wie die SPFH, nach einer anfänglichen Unklarheit über ihren Status bald als systemrelevant eingestuft (vgl. Dudley, 2022, S. 68f.). Die in dem Zitat artikulierende Erweiterung der Vorschrift des ›arbeiten Müssens‹ um die doppelte Verneinung des ›nicht nicht arbeiten Könnens‹ kann auf verschiedene Weise interpretiert werden: Es verweist zum einen etwa auf eine gewisse »Unentbehrlichkeit« der Fachkräfte für die Adressat*innen in einer Ausnahmesituation wie der pandemischen Krise. Zum anderen betrifft es auch die funktionale Einordnung der eigenen Arbeit im gesellschaftlichen System, die durch die politische Zuschreibung von Systemrelevanz bekräftigt wurde. Nicht nicht mehr arbeiten zu können, impliziert in diesem Sinne auch, dass die Fortführung der Arbeit – über die Dimension des Sollens hinaus – keine optionale Frage war, sondern als alternativlose Notwendigkeit wahrgenommen wurde. In der Aussage

der Fachkraft manifestiert sich damit nicht nur die individuelle Verantwortungserfahrung bzw. eine individuell wahrgenommene Systemrelevanz, sondern auch der gesellschaftliche Bedeutungszuwachs von Care-Arbeit im Ausnahmezustand der Pandemie.

Unter dem Stichwort der ›Systemrelevanz‹ rückten Care-Berufe während der Coronapandemie partikular und zeitweise in den Fokus des öffentlichen Interesses, da diese zur Pandemiebekämpfung und der Versorgung der Bevölkerung als relevant eingestuft wurden. Durch diese Einstufung mussten etwa Fachkräfte der SPFH auch in Lockdown-Phasen weiterarbeiten. Das bedeutete zugleich, dass sie sich straffrei im öffentlichen Raum bewegen und andere Menschen treffen durften – während dies anderen Personen zeitweise untersagt war. Die damit verbundene öffentliche Debatte um sogenannte »systemrelevante« Berufsgruppen weckte zunächst die Hoffnung, Pflege- und Erziehungsberufe nachhaltig aufzuwerten und damit verbundene Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen und angemessener Vergütung zu legitimieren (vgl. Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 34). Es zeigte sich jedoch schnell, dass das Konzept der Systemrelevanz nicht mit einer strukturellen Veränderung der bestehenden Verhältnisse einherging (vgl. Windheuser et al., 2022, S. 47). Der Begriff, der ursprünglich im Kontext der Finanzkrise 2008/2009 zur Legitimation staatlicher Interventionen verwendet wurde, erhielt während der Pandemie zwar eine neue Konnotation im Sinne des menschlichen Versorgens (vgl. Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 133ff.). Dennoch war es »keineswegs so, dass im Zuge des Corona-Krisenmanagements die Relevanz ›des Lebens‹ systematisch jene ›des Systems‹ übertrumpft hätte« (Lessenich, 2020, S. 223), wenngleich Care(-Arbeit) als zentral für den Erhalt des Lebens und somit für das gesellschaftliche Fortbestehen gilt (vgl. Windheuser et al., 2022, S. 47).

Zugleich zeigt das »Wie« im Eingangszitat, dass die Frage nach der konkreten Umsetzung bzw. Handlungsfähigkeit im Kontext systemrelevanter Sorgetätigkeiten im pandemischen Ausnahmezustand ungeklärt blieb. Obwohl Fachkräfte der Sozialen Arbeit grundsätzlich mit krisenhaften Lagen vertraut sind (vgl. Ruttert, 2021, S. 153), stellte die Coronapandemie eine Ausnahmesituation dar, die mit neuen und tiefgreifenden Ungewissheiten und Herausforderungen einherging. Insbesondere die leiblich-präsente Dimension von Care(-Arbeit) korrelierte mit den pandemiebedingten Hygienevorschriften und Infektionsschutzmaßnahmen. Die Handlungsunsicherheit, die sich aus den sich dynamisch verändernden Vorgaben und wandelnden Sorgebedarfen in den Familien infolge der Schließungen von Bildungs- und

Sozialeinrichtungen ergab, konfrontierte die Fachkräfte immer wieder mit der Diskrepanz zwischen Infektionsschutzmaßnahmen und fachlichem Anspruch nach gelungener professioneller Beziehungsgestaltung (vgl. Buschle & Meyer, 2020). Nicht zuletzt entzieht sich die konkrete Sorgepraxis einer rationalisierenden Steuerung durch Vorschriften (vgl. Aulenbacher & Dammayr, 2014), da Sorgehandeln prinzipiell prozesshaft, kontextabhängig und ergebnisoffen ist und keiner linearen Wenn-dann-Logik folgt (vgl. Brückner, 2015, S. 30). Das dem Beitrag zugrunde liegende Care- bzw. Sorgeverständnis bezieht sich in diesem tätig-handelnden Sinne einerseits auf die konkrete Praxis der Sozialen Arbeit in Form »familialer und institutionalisierter Aufgaben der Versorgung, Erziehung und Betreuung im Lebenszyklus sowie personenbezogene Tätigkeiten in besonderen Lebenslagen« (Brückner, 2010, S. 3).¹ Andererseits hat gerade die Pandemie in ganz deutlicher Weise gezeigt, dass vor allem jene Bereiche relevant für die Erhaltung von System und Gesellschaft sind, die Sorge für andere bzw. all das, was uns umgibt und Leben erhält, leisten, sodass wir »so gut wie möglich in ihr leben können« (Tronto, 2000, S. 26). In diesem breiteren Sinne verstehen wir Care auch als anthropologische Konstante, die sich in der grundlegenden Angewiesenheit und Bezogenheit auf andere zeigt (vgl. etwa Dietrich & Uhlendorf, 2020).

Aus dem dargestellten Spannungsverhältnis zwischen der Logik systemischer Funktionalität und der Logik sorgender Praxis ergeben sich – so die These dieses Beitrags – spezifische Herausforderungen und Widersprüche für die Akteur*innen Sozialer Arbeit, was am Beispiel des Berufsfeldes der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) herausgearbeitet wird (Kap. 4): Fachliches Handeln musste einerseits an die Vorschriften und Infektionsschutzmaßnahmen angepasst werden, was mit der Dringlichkeit der unmittelbaren Beantwortung von Sorgebedarfen oder auch der Aufrechterhaltung der Sorgebeziehung kollidieren konnte. Es konfrontierte die Fachkräfte auch mit der neuen Dimension des Ansteckungsrisikos in Bezug auf die Herausforderung der Abwägung von Selbst- und Fremdschutz und der Dethematisierung von Schutzfragen. Andererseits verstärkte die zugeschriebene Systemrelevanz bei gleichzeitiger hoher wahrgenommener Relevanz der Arbeit für die prekarierten Familien in der Krise die Kluft zur gesellschaftlichen und politischen

1 Praxis Sozialer Arbeit als Care-Arbeit zu begreifen, ist nicht unumstritten, da diese Einordnung ihre professionelle, sozialpolitische und emanzipatorische Dimension auf rein fürsorgliche Tätigkeiten reduzieren kann (vgl. Riegraf & Seibert, 2019).

Unsichtbarkeit des Berufsfeldes. Vor der Darstellung der empirischen Ergebnisse (Kap. 3) werden die Zuschreibung von Systemrelevanz für Care-Berufe, die Rolle der SPFH und die pandemiebedingten Herausforderungen (Kap. 2) kontextualisiert, um die Diskrepanz zwischen ihrer gesellschaftserhaltenden Bedeutung und ihrer fortbestehenden Prekarisierung und Marginalisierung aufzuzeigen. Ein Spannungsfeld, das sich immer wieder anhand von ambivalenten Entscheidungen im fachlichen Handeln oder auch wahrgenommenen Diskrepanzen von Vorschriften und konkreter Sorgepraxis zeigt. In einem abschließenden Teil (Kap. 4) wird insbesondere die professionsbezogene Bedeutung der zugeschriebenen Systemrelevanz für den Bereich der SPFH herausgestellt.

Die empirische Grundlage für diesen Beitrag bildet unsere leitfadengestützte qualitative Interviewstudie mit 15 Fachkräften der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie vier Leitungskräften aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, die wir im Rahmen des BMFTR-geförderten Projektes ›Corona und Care – Fürsorgedynamiken in der Pandemie‹ (»Co-Care«) durchgeführt und im Zeitraum von Oktober 2023 bis Juni 2024 erhoben haben. Die Fachkräfte wurden je nach Wunsch in ihren Einrichtungen, per Zoom oder in unseren Büroräumlichkeiten interviewt. Zum Zeitraum der Befragung galt die Pandemie nicht mehr als Infrastruktur-gefährdend, d.h. die Befragungen fanden nicht mehr unter den Bedingungen von Schutzmaßnahmen oder der akuten Betroffenheit pandemischer Bedingungen statt, sondern rekurrten auf die Erinnerungen an die und Erfahrungen mit den Lockdown- und Infektionsschutzzeiten. Die Erhebungen fanden mit Ausnahme eines Online-Interviews in Baden-Württemberg statt. Dies ist für die Auswertungen insofern relevant, als es in Bezug auf die Listen systemrelevanter Berufe und der Impfpriorisierung zu unterschiedlichen Regelungen auf Bundesebene kam (siehe Kap. 2.1). So wurden die Mitarbeiter*innen der Jugendhilfe in Baden-Württemberg im deutschlandweiten Vergleich deutlich früher als impfberechtigt anerkannt als in anderen Bundesländern (vgl. Forum Transfer, 2021). Auch wurden Kinderschutzeinrichtungen und die »Hilfe zur Erziehung« in BW zeitnah im Anschluss daran in die Liste der systemrelevanten Berufe aufgenommen, was regional unterschiedlich war (vgl. Kap. 2.2), sodass die befragten Fachkräfte nahezu lückenlos weiterhin tätig waren. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022).

2. Zwischen Systemrelevanz und Prekarität: Care-Arbeit und Soziale Arbeit in der Pandemie

Die folgenden Abschnitte beleuchten den Zusammenhang von Systemrelevanz, Care und Sozialpädagogischer Familienhilfe in drei Schritten.

2.1 »Krise in der Krise« – vergeschlechtlichte Sorgearbeit unter Pandemiebedingungen

»Auf der Ebene der gelebten Systemrealitäten sind es die Frauen, die das System in der Krise aufrechterhalten« (Krasny, 2020, S. 410), betont Elke Krasny in ihrem Artikel In-Sorge-Bleiben. Care-Feminismus für einen infizierten Planeten (2020). Diese Aussage bezieht sie nicht nur auf die pandemische Ausnahmesituation, sondern zugleich auf die bereits zuvor bestehende und fortwährende »Care-Krise« (vgl. exemplarisch Aulenbacher et al., 2018; Wichterich, 2011). Darunter wird die »weltweit zu beobachtende Schieflage zwischen steigendem Bedarf an Care-Arbeit und zwar sowohl unbezahlt als auch bezahlt und einem nicht ausreichenden Angebot an qualitativ angemessener Care- oder Sorgearbeit« (Thiessen, 2019, S. 81) gefasst. Zugleich ist Sorgearbeit gesellschaftlich in mehrfacher Hinsicht ungleich positioniert: Sie ist stark feminisiert, erfährt geringe gesellschaftliche Wertschätzung und wird in erheblichem Umfang entweder unbezahlt geleistet oder auf migrierte Arbeitskräfte ausgelagert, die vielfach unter prekären Bedingungen arbeiten (vgl. von Bose, 2022, S. 118) und für die die Möglichkeiten politischer Mobilisierung stark eingeschränkt sind (vgl. Bomert, 2021). Die Covid-19-Pandemie hat diese strukturelle Krise in besonderer Weise sichtbar gemacht, indem sich die Anforderungen und Bedarfe sowohl im Bereich der bezahlten als auch der unbezahlten Sorgearbeit verschärften (vgl. Scheele et al., 2023, S. 49) und dadurch die existenzielle Bedeutung von Sorgebeziehungen und Sorgearbeit für das gesellschaftliche Fortbestehen kurzzeitig an »die Oberfläche gespült« wurde. Dies führte jedoch in keiner Weise dazu, Care als »strukturbildendes Element von Ökonomie und Gesellschaft« (Villa, 2020, S. 447) anzuerkennen. Care wurde weiterhin der Logik des Marktes nachgeordnet und führte während der Pandemie zu einer Verstärkung der Care-Krise (vgl. Villa, 2020). Dies drückte sich in und nach der Pandemie über Bilder völlig erschöpfter Pflegefachkräfte, Personalknappheit und der dauerhaften Überlastung von Care-Leistenden aus (s. den Beitrag von Krause). Auch die Verlagerung von Bildungs- und Betreuungsaufgaben in die privaten familialen Räume und

erziehungsverantwortlichen Elternteile ging mit veränderten und neuen Sorgebedarfen einher: »Kinderbetreuung, Erziehung und Bildung sollten plötzlich völlig selbstverständlich unentgeltlich und zuhause erfolgen« (Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 139). Die gesellschaftserhaltende und zugleich vergeschlechtlichte Dimension von Care-Arbeit zeigt sich in der Pandemie auch darin, dass insbesondere jene Berufsbranchen als »systemrelevant« eingestuft wurden, die Sorgearbeit leisten und zugleich in hohem Maße feminisiert sind (Windheuser et al., 2022, S. 55f.). Zu diesen Berufsfeldern zählt auch die Soziale Arbeit, auf die nun vertiefend eingegangen wird.

2.2 Soziale Arbeit und Systemrelevanz

In den von der Europäischen Union im März 2020 herausgegebenen Leitlinien zur Orientierung der Auslegung und Einstufung systemrelevanter Bereiche und Berufe fanden Sozialarbeiter*innen und Erzieher*innen keine Erwähnung – anders als beispielsweise Pflegekräfte im Gesundheitswesen. In Deutschland unterschieden sich nicht nur die Listen der systemrelevanten Berufe auf Bundesebene, auch wurde die Soziale Arbeit bis auf Ausnahme weniger Einzelbereiche nicht explizit aufgeführt (vgl. Dudley, 2022, S. 65). Um auf diese Marginalisierung und fehlende Anerkennung der gesellschaftserhaltenden Bedeutung Sozialer Arbeit aufmerksam zu machen, organisierte sich zu Beginn der Pandemie auf Initiative des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) unter dem Hashtag »dauerhaftsystemrelevant« eine bundesweite Fachkräftekampagne, die zahlreiche Begründungen für die Systemrelevanz Sozialer Arbeit anführte und sich für verbesserte Arbeitsbedingungen und deren Sichtbarkeit einsetzte. Damit ging es der Kampagne explizit nicht nur um die Frage der Aufrechterhaltung des Gesellschaftssystems, sondern gerade um eine Kritik am bestehenden System und um die Forderung nach einer grundlegenden und nachhaltigen gesellschaftlichen Anerkennung Sozialer Arbeit (vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V., 2023), die im Zuge der Pandemie jedoch ausblieb und über die Symbolik des Klatschens von Balkonen für Krankenhauspersonal nicht hinauskam. Ursache ist, so Dudley, dass es zu keinem Zeitpunkt um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen in einem bestimmten Berufsfeld ging, sondern die Zuschreibung von Systemrelevanz ein vorübergehendes Instrumentarium zur Eindämmung des Pandemiegeschehens und Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur – u.a. zur Regulierung des Zugangs zu Notbetreuung – war. Während in der Liste der systemrelevanten Branchen, die das Bundesministerium für Arbeit und So-

ziales im März 2020 vorlegte, zwar stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe genannt wurden (vgl. Dudley, 2022, S. 63), blieben präventive Angebote, wie etwa in Jugendhäusern, vorerst untersagt (vgl. Stadtjugendausschuss e. V. Karlsruhe, 2023, S. 7). Die Unterscheidung und nur stufenweise stattfindende Anerkennung hatte vor allem mit der Priorisierung jener Tätigkeiten zu tun, »die den Alltag von großen Menschengruppen bestimmten und mit wirtschaftlichen Interessen verknüpft waren (z.B. KITA)« (Alsago & Meyer, 2023, S. 65) oder die mit dem unmittelbaren staatlichen Schutzauftrag verknüpft sind, wie etwa im Kontext der Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII). Darunter fällt – wie oben bereits erwähnt – auch das Berufsfeld der ambulanten und aufsuchenden Sozialpädagogischen Familienhilfe mit ihrem Auftrag der Hilfe zur Selbsthilfe und »Kontrolle im Hinblick auf die Gewährleistung des Kindeswohl durch die Familien« (Euteneuer et al., 2022, S. 684). Der Auftrag des Arbeitsfeldes ist allerdings wesentlich umfassender: Als eine ambulante und aufsuchende Unterstützungsform der »Hilfen zur Erziehung« (§ 27 SGB VIII) unterstützt die SPFH durch eine »intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen [und fungiert als] Hilfe zur Selbsthilfe« (§ 31 SGB VIII), was auf die Breite des Arbeitsfeldes schließen lässt.

2.3 Prekarisierungstendenzen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe

Mit Ausbruch der Covid-19-Pandemie und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen veränderten sich gesellschaftliche und organisationale Strukturen erheblich und wirkten sich maßgeblich auf die Bedarfslagen der Adressat*innen sowie auf die Arbeitsbedingungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit aus (vgl. Alsago & Meyer, 2023). In ihrer quantitativen Studie zur Situation von Beschäftigten während der Coronapandemie in der Sozialen Arbeit zeigen Elke Alsago und Nikolaus Meyer »Prozesse der Marginalisierung und Prekarisierung professioneller Handlungsweisen« (ebd., S. 65) anhand von Veränderungen professionellen Handelns und fachlicher Standards für verschiedene Bereiche der Sozialen Arbeit auf, wie etwa die stationäre Jugendhilfe, Jugendämter oder den Elementarbereich. Als prekär verstehen sie dabei den für die Fachkräfte erschwerten Umstand, fachlich begründete Entscheidungen zu treffen. Diese Problematik entstand aus der Spannung zwischen der Umsetzung »coronabedingte[r] Schutzmaßnahmen und der Erfüllung vorhandener beruflicher Standards« (ebd., S. 64). Im Zuge der Pan-

demie mussten Arbeitsabläufe oftmals kurzfristig angepasst werden, sodass professionelle Ansprüche und Infektionsschutz fortwährend gegeneinander abgewogen wurden. Ein reflektierter fachlicher Austausch über diese Spannungsfelder blieb in vielen Fällen aus, da die Zeitressourcen gering waren und die Vorgaben durch Träger teils verzögert bei den Fachkräften ankamen. Angesichts dessen wurden Maßnahmen häufig pragmatisch umgesetzt, ohne dass deren Auswirkungen auf Adressat*innen, Fachkräfte oder professionelle Standards diskutiert oder kritisch geprüft werden konnten (ebd., S. 32). Darüber hinaus verschoben sich pädagogische Hilfen wie »Beratung, Information, Entwicklung neuer Ideen in Gesprächen [oder das] Anbieten von Verhaltensalternativen« (Frindt, 2016, S. 164) verstärkt hin zu alltagspraktischen Hilfen bzw. Care-Arbeit, die der »Befriedigung basaler Bedürfnisse der Adressat*innen (z.B. kochen, einkaufen, medizinisch versorgen)« (Alsago & Meyer, 2023, S. 66) dienten. Prekarisierung zeigte sich in der Pandemie auch in dem Erfordernis, zu »improvisieren [und] gezwungen zu sein, das Unvorhersehbare zu ertragen« (Lorey, 2021), sowie einer »Entverselbstverständlichung« (Villa, 2020, S. 445), da Alltägliches bzw. Selbstverständliches neu verhandelt werden musste und somit das »Normale prekär« (ebd.) wurde. Dies betraf auch maßgeblich die familiäre Alltagsstruktur und die darin stattfindende Sorgepraxis aufgrund der Rückverlagerung von Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufgaben in die familialen Räume bei oft gleichzeitiger Beanspruchung durch Homeoffice. Zugleich fiel durch die Schließungen im Bildungs-, Betreuungs- und Sozialwesen der Einbezug der Familienmitglieder in soziale Netzwerke und Freizeitangebote als zentraler Bezugspunkt professionellen Handelns (vgl. Schwarzloos, 2023) weg, was die Fachkräfte zusätzlich herausforderte.

Beides zusammengenommen – die veränderte Ausgangslage in den Familien und für die Fachkräfte – konstatieren Hengstenberg et al. (2022) für den Bereich der »Hilfen zur Erziehung« dabei als eine doppelte Zuspitzung: Aufgrund der Lockdowns und Infektionsschutzmaßnahmen waren zum einen die alltäglichen Arbeitsabläufe irritiert und herausgefordert. Zum anderen ließ sich eine

Ausweitung und Verfestigung von sozialer Benachteiligung sehr deutlich erkennen. Insbesondere die Gruppen von jungen Menschen und Familien, die vor der Pandemie schon von den Folgen prekärer Lebenslagen und kritischer Lebensereignisse besonders betroffen waren, zählen zu den Leidtragenden (Müller, 2022, S. 271; vgl. auch Hengstenberg et al., 2022; Mairhofer et al., 2020).

Trotz dieser Zuspitzungen und Prekarisierungen zeigen Fachkräfte im Bereich der Sozialen Arbeit in der Covid-19-Krisensituation eine hohe Bereitschaft, das Wohl der Adressat*innen über die eigene gesundheitliche Sicherheit zu stellen (vgl. Buschle & Meyer, 2020, S. 168). Als ursächlich dafür wird ein berufliches Selbstverständnis konstatiert, das für den Gesundheitssektor im Kontext der Pandemie in Rückbezug auf care-ethische Aspekte als »Haltung der Verantwortlichkeit, Zuwendung und Empathie« (vgl. Senghaas-Knobloch 2008, S. 239 zit. in Scheele et al., 2023, S. 38) beschrieben wird und dem normativen Anspruch folgt, für Kranke und Pflegebedürftige bzw. Adressat*innen da sein zu wollen und dafür Mehrarbeit zu leisten. Es hat sich gezeigt, dass in Krisensituationen der Berufsethik eine besondere Relevanz zukommt, da sie den professionellen Akteur*innen Orientierung bei der Beurteilung und Bewältigung komplexer Handlungssituationen bietet (vgl. Bohler, 2009, S. 223f.). Buschle und Meyer resümieren, dass auch Fachkräfte Sozialer Arbeit trotz institutioneller Einschränkungen berufsethisch argumentieren und den Vorrang des Adressat*innenwohls betonen, zugleich jedoch die mangelnde gesellschaftliche und politische Anerkennung Sozialer Arbeit kritisch hervorheben (vgl. Buschle & Meyer, 2020).

Inwieweit sich die zugeschriebene Systemrelevanz auf die wahrgenommene Sichtbarkeit und gesellschaftliche Anerkennung von SPFH als einem professionalisierten Care-Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe ausgewirkt hat (vgl. Kap. 3.1), die genannten verschiedenen Facetten von Prekarisierung und ein damit verbundener Rückbezug auf »berufsethische Argumentationen« (Buschle & Meyer, 2020, S. 168) auch in dem von uns erhobenen Material auftauchen (vgl. Kap. 3.2), wird Teil der empirischen Analyse sein.

3. Empirische Befunde: SPFH und Care unter Bedingungen von Systemrelevanz in der Corona-Krise

Das folgende Kapitel analysiert den Zusammenhang des professionellen Handelns der SPFH und Care im Kontext von Systemrelevanz während der Covid-19-Pandemie auf Basis der Auswertung des von uns erhobenen empirischen Materials. Dabei arbeiten wir zwei zentrale Spannungsfelder heraus, die nachfolgend dargestellt werden: Das erste betrifft die Diskrepanz der gesellschaftspolitisch zugeschriebenen und durch die Fachkräfte selbst wahrgenommenen Systemrelevanz und damit verbundene (Un-)Sichtbarkeiten. Zweiteres beleuchtet die Ambivalenzen professionellen Handelns, die sich aus

zum Teil widersprüchlichen Bedarfen und Anforderungen systemrelevanten Arbeitens und pandemischer (familiärer) Bedingungen ergeben.

3.1 (Un-)Sichtbarkeitsdilemmata im Kontext von politischer Zuschreibung, gesellschaftlicher Anerkennung und fachlicher Relevanz

In einer zu Beginn der Pandemie durchgeführten bundesweiten Online-Befragung von Beschäftigten der Sozialen Arbeit wird deutlich, dass die Zuschreibung als systemrelevant keine »Tendenz zu einer entsprechend positive(n) Wahrnehmung der gesellschaftlichen Anerkennung« (Buschle & Meyer, 2020) verzeichnete, und bekräftigt damit die oben beschriebene Marginalisierung Sozialer Arbeit in den Debatten um Systemrelevanz. Dies drückt eine von uns befragte Leitungsperson eines Kinder- und Jugendhilfeträgers folgendermaßen aus: »Also man hat fürs Krankenhaus geklatscht, aber nicht für die Sozialpädagogen. Ich finde Sozialpädagogen sind nicht vorgekommen sozusagen bis in den öffentlichen Diskurs« (LB-C, Pos. 62). Die thematisierte Unsichtbarkeit in gesellschaftspolitisch relevanten Diskursen steht in Kontrast zu der selbst wahrgenommenen (System-)Relevanz von SPFH, was eine weitere Leitungskraft wie folgt zum Ausdruck bringt:

Das eine ist ja quasi, welche Relevanz hat es für die Öffentlichkeit und die Gesellschaft? Also welche sichtbare Relevanz? Ich glaube, die ist nicht sehr sichtbar. Für die einzelnen Familien hat es eine absolut hohe Relevanz. Also da bin ich mir ganz sicher. (LD, Pos. 47)

Wenngleich die SPFH mittlerweile einen Hauptanteil der Erziehungshilfen ausmacht (vgl. Domes et al., 2017, S. 330), ist das Berufsfeld in der öffentlichen Breite weitestgehend unbekannt und wissenschaftlich unterbeforscht (vgl. Messmer et al., 2019, S. 41). Dies lässt sich zum einen aus der generellen Abwertung und Prekarisierung von Care-Berufen heraus verstehen. Zum anderen ist es der aufsuchenden Struktur von SPFH geschuldet. So begründen die befragten Fachkräfte die fehlende Sichtbarkeit des Berufsfeldes mit Diskretion als Teil der pädagogischen Professionalität, den fehlenden »Schauplätzen« von SPFH sowie dem fehlenden Wissen um das Berufsfeld an sich (vgl. auch Buller & Jestädt, 2024, S. 123). Obwohl ihre Arbeit von einer Fachkraft als »sehr systemrelevante Arbeit« (EF, Pos. 104) eingestuft wird, ist diese »für die restliche Gesellschaft nicht so sichtbar« (EF, Pos. 104), da sie »auch viel in den Wohnzim-

mern und an Plätzen [arbeiten], wo [sie] kein Publikum haben« (EF, Pos. 104). Sogar »Kooperationspartnerinnen oder Menschen, die ja theoretisch auch im professionellen Rahmen [tätig] sind, [wissen] ganz oft gar nicht [...], was Familienhilfe ist« (FN, Pos. 73), so eine weitere SPFH-Fachkraft. Eine Leitungskraft im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe unterscheidet dabei die Sichtbarkeit von Sozialer Arbeit als allgemeines Berufsfeld von dem konkreten Wissen um und über das Tätigkeitsfeld SPFH. So ist in ihrer Deutung die Wahrnehmung der gesellschaftlichen Unterstützungsleistung durch Soziale Arbeit durchaus vorhanden, einzelne Tätigkeitsfelder jedoch bleiben marginalisiert und unbekannt (vgl. LA, Pos. 70). Die retrospektive Erinnerung der Fach- und Leitungskräfte bezüglich der Bedeutung zugeschriebener Systemrelevanz wird hierbei in engem Zusammenhang mit Fragen gesellschaftlicher Unsichtbarkeit und fehlender Anerkennung reflektiert, die auch in starkem Kontrast zur selbst wahrgenommenen (System-)Relevanz der eigenen Arbeit steht, wie auch das weitere empirische Material zeigt: So beschreibt eine Leitungskraft zwar eine bei den Fachkräften zu Beginn der Coronapandemie »in ihrem fachlichen Selbstbild [wahrgenommene] [...] echte Aufwertung« (LB-C, Pos. 85). Bis auf eine einzelne euphemistische Aussage einer Fachkraft – »[a]lso so [als systemrelevant] wurden wir ja offiziell etikettiert und das würde ich mir auch mit Stolz und Überzeugung auf die Fahnen schreiben« (FK, Pos. 74) – betonen die sozialpädagogischen Familienhelfer*innen allerdings vor allem ihre hohe Relevanz für die Familien, die sich während der Pandemie noch zu verstärken schien und auch unabhängig von der Corona-Krise besteht (vgl. FK, Pos. 74). Im Interviewmaterial wurde darüber hinaus eine mit der Systemrelevanz verbundene kurzzeitige Hoffnung einer Aufwertung sichtbar, die retrospektiv als nicht andauernd bzw. »nachhaltig« (LB-C, Pos. 61) interpretiert und als rein symbolische Zuschreibung wahrgenommen wurde (vgl. LB-C, Pos. 134). Auch die oben beschriebene, auf Berufsfelder mit Kinderschutzauftrag fokussierte Systemrelevanz wird thematisiert und als abwertend eingeordnet, da dadurch das breite und vielschichtige Aufgabenfeld – etwa bestehend aus »Erziehungsberatung, Interaktionen, Beobachtung, Diagnostik, Hinführen, Delegationen, Netzwerke und so weiter« (LB-C, Pos. 62) – unzureichend berücksichtigt wird. Dies verdeutlicht eine von der Leitungskraft kritisierte reduzierte Berücksichtigung bzw. überzogene Erwartung an das Berufsfeld im politischen Diskurs. Zugleich sehen die Fachkräfte keine Korrelation mit einer größeren gesellschaftlichen Anerkennung oder öffentlichen Wahrnehmung aufgrund der zugeschriebenen Systemrelevanz. Diese mangelnde politische Repräsentation und gesellschaftliche Unsichtbarkeit wird stellenweise so-

wohl von Fachkräften als auch von Leitungskräften auf eine unzureichende Selbstorganisierung zurückgeführt und als Selbstkritik formuliert. Obwohl – so eine Leitungskraft – die Erfahrung da ist, »nachhaltig Verbesserungen für Familiensysteme implementieren [...] und Wirksamkeit auslösen [zu können], [...] schaffen wir es irgendwie nicht – da müssen wir wieder selbstkritisch sein – das sozusagen auf eine politische Ebene gut zu bringen« (LB-C, Pos. 93). Eine Fachkraft bemängelt die unzureichende Öffentlichkeitsarbeit (vgl. FC, Pos. 59) und begründet dies neben den fehlenden Erfahrungen in diesem Bereich auch mit einer dem Berufsfeld inhärenten Haltung, »nach den anderen zu gucken und dass alle anderen gut wegkommen und nicht so sich selber mal hinzustellen und zu sagen, äh, die Botschaft habe ich und das ist wichtig, was ich zu sagen habe oder ich bin auch wichtig« (FC, Pos. 59). Trotz gesellschaftlichem Schutzauftrag wird mit der formulierten Selbstkritik deutlich, wie sehr die Verantwortung für die Aufwertung der eigenen Arbeit im Team und der Institution gesucht wird und die zugeschriebene Systemrelevanz – zumindest in der rückblickenden Wahrnehmung – diesbezüglich einen Reflexionsprozess anstößt.

Die gesellschaftliche Zuschreibung als systemrelevant bekräftigte zwar die Bedeutung der Arbeit der Fachkräfte der SPFH, führte aber zu keiner Entsprechung in gesellschaftlicher Wertschätzung oder Sichtbarkeit etwa in Form besserer Entlohnung oder Bezahlung nach Tarif. Auch die Frage nach der konkreten Ausgestaltung fachlichen Handelns in einer Ausnahmesituation wie der Coronapandemie wurde politisch unzureichend beantwortet und lag in der Verantwortung der jeweiligen Träger und Fachkräfte. Unsichtbar gemacht wurde dabei auch das erhöhte Ansteckungsrisiko bzw. die Angst vor Ansteckung von Personen in systemrelevanten Berufen (vgl. Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 131). Diese Dethematisierung des erhöhten Ansteckungsrisikos betraf nicht nur die Familien und Fachkräfte als Care-Giver, sondern auch die Familien als Care-Receiver. Aus dem Material geht diesbezüglich eine von einer Fachkraft formulierte große Verantwortungslast und Sorge darüber hervor, Mitglieder der adressierten Familien anstecken zu können (FA, Pos. 143). In Bezug auf die Frage nach der Ansteckung spielte im Kontext der SPFH die Ausstattung mit Schutzmaterialien, digitalen Geräten oder Fahrzeugen auch eine wichtige Rolle (vgl. etwa Ladberg, 2022). Einen entscheidenden Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Anerkennung und dem Zugang zu bzw. der Ausstattung mit Schutzausrüstung zeigt auch das folgende Befragungsergebnis:

Die Befragten, die nicht über genügend Schutzausrüstung verfügen, haben öfter angegeben sich nicht anerkannt zu fühlen (67 %), als diejenigen Befragten, die zum Zeitpunkt der Befragung genügend Schutzausrüstung zur Verfügung hatten (33 %). (Buschle & Meyer, 2020)

Aus dem von uns erhobenen Material geht diesbezüglich hervor, dass es stark vom einzelnen Träger abhängig war, wie schnell und in welchem Umfang Schutzmaterialien und technische Endgeräte zur Verfügung standen. Eine schnelle und gute Ausstattung durch die jeweiligen Träger wurde von entsprechenden Fachkräften positiv betont (vgl. FF, Pos. 21; FD, Pos. 176; FJ, Pos. 19). Eine ausreichende Versorgung mit Schutzmaterialien und somit eine größere Gewährleistung von Gesundheitsschutz konnte demnach die wahrgenommene Anerkennung unabhängig von der zugeschriebenen Systemrelevanz erhöhen.

Neben den beschriebenen Unsichtbarkeiten wurden die Fachkräfte zum Teil jedoch aufgrund ihres systemrelevanten Arbeitens auch sichtbarer, da sie mehr an öffentlichen Plätzen agierten aufgrund von Spaziergängen im Freien, Treffen an Bushaltestellen oder Gesprächen über den Zaun oder Balkon mit den Adressat*innen: »[U]nd vielleicht haben manche Nachbarn das mehr gemerkt, weil dann eben Dinge von Balkon zur Haustür oder so verlegt wurden« (FJ, Pos. 101–104). Sichtbarer wurden sie auch im Zuge der Beantragung von Notbetreuungsplätzen für Kinder aus unterstützten Familien, auch wenn formal kein Recht auf Notbetreuung bestand, aber damit begründet wurde, Kinder damit zumindest zeitweise aus konflikthafter Familienräumen zu holen: »[B]ei den Stellen, die Notfallbetreuungsplätze vergeben haben, [...] die hatten verstärkt ((lacht)) mit uns zu tun« (FJ, Pos. 101–104). Aus dem Material lässt sich die hohe Relevanz des Zugangs zu Notbetreuungsplätzen für prekarierte Familien während der Pandemie rekonstruieren. Die Beantragung von Notbetreuung kann als ein Beispiel verstanden werden, wie die Fachkräfte auf die veränderten und zugespitzten Sorgebedingungen während der Pandemie professionell reagierten. Darüber hinaus konnten die Fachkräfte aufgrund ihrer systemrelevanten Arbeit auch für eigene Kinder Notbetreuung beantragen. Das beschriebene Zusammenspiel von veränderten Sorgebedingungen und fachlichem Handeln unter Infektionsschutzbedingungen wird nun im folgenden Kapitel vertiefend fokussiert.

3.2 Ambivalenzen professionellen Handelns zwischen fachlichem Anspruch, veränderten Sorgebedarfen und Schutzmaßnahmen

Die in den vorangegangenen Abschnitten skizzierten Veränderungen auf gesellschaftlicher, institutioneller und familialer Ebene in der Corona-Krise haben die Handlungsfähigkeit von Fachkräften im Bereich der SPFH multi-komplex herausgefordert. Die mit der Systemrelevanz verbundene erforderliche Weiterführung der Arbeit warf die Frage des ›Wie‹ unter den veränderten Bedingungen auf und konfrontierte die Fachkräfte mit ambivalenten Entscheidungssituationen bezüglich der Herstellung und Aufrechterhaltung ihrer Handlungsfähigkeit. Insbesondere die sich kontinuierlich verändernden Corona-Vorschriften erforderten eine fortwährende Anpassung des fachlichen Handelns. Eine Fachkraft bringt dies pointiert zum Ausdruck: »Ich habe einen Corona-Ordner in meinem Emailfach angelegt, weil wöchentlich neue Maßgaben, Regeln, Hinweise kamen« (FC, Pos. 25). In dieser »sehr speziellen« (ebd.) Situation war es erforderlich, neue Umgangsformen mit den sich ständig ändernden Vorgaben zu finden, um im Arbeitsalltag weiterhin handlungsfähig bleiben zu können. Gleichzeitig führte die weitreichende Deinstitutionalisierung von Bildungs- und Betreuungsaufgaben zu erheblichen Irritationen und Brüchen innerhalb familialer Sorgepraktiken und Alltagsroutinen. Dies brachte veränderte Sorgebedarfe mit sich bei gleichzeitig beschränkten Möglichkeiten, mit den Adressat*innen zu interagieren. Treffen wurden ins Freie verlegt, Kommunikation via Messenger-Dienste oder Telefonate geführt (vgl. etwa FA, Pos. 31). Auch die Kooperation mit anderen Hilfesystemen war in dieser Phase oftmals erschwert bis gänzlich ausgesetzt. Durch die Verlagerung von Bildungs- und Erziehungsaufgaben in die Familienräume, den Wegfall von Freizeitangeboten sowie die erschwerte Verantwortungsteilung mit anderen Hilfesystemen waren die Fachkräfte in multiplenen Funktionen für die Adressat*innen tätig. Neben den bereits genannten vermehrten Care-Aufgaben ging es auch um die Bearbeitung therapeutischer Fragestellungen, die aufgrund mangelnder Kapazitäten bei entsprechenden Anlaufstellen nicht abgedeckt werden konnten und die Fachkräfte so »natürlich ein bisschen weggekommen [sind] von der sozialpädagogischen Familienhilfe« (FE, Pos. 68). Auch fungierten sie stellenweise als Hilfslehrer*innen oder stellten Beschäftigungsangebote etwa in Form von Bastelpaketen, Kochanleitungen oder Bewegungsaktivitäten im Freien bereit (vgl. etwa FM, Pos. 31; FJ, Pos. 21), die unweigerlich eine (Weiter-)Bearbeitung durch die Adressat*innen evozierten

(vgl. Zink & Bomert, i. B.). Die beschriebenen Rollenerweiterungen formuliert eine Fachkraft wie folgt:

Na ja, ich glaube, wir waren Krankenschwestern. Wir waren Ärzte. Wir waren Therapeuten. Wir waren Organisationstalente. Ja, also das alles, was die Bedürftigkeit eigentlich ausgemacht hat, wurde nicht mehr verteilt. Und wir mussten aufpassen, dass wir nicht untergegangen sind. (FH, Pos. 58)

Die Fachkraft zeigt in diesem Zitat auf, wie vielfältig und anspruchsvoll ihre Aufgaben waren – sie übernahm weit mehr Verantwortung und Rollen, als ursprünglich von ihr erwartet wurde. Diese beschriebene Rollenexpansion ist verbunden mit dem von mehreren Fachkräften zur Sprache gebrachten Mangel an Kooperation und Verantwortungsteilung mit anderen Hilfesystemen, sodass sie sich »in diesem ganzen Helfersystem teilweise vollkommen alleine gelassen« (FC, Pos. 57) und dadurch überlastet gefühlt haben. Gleichzeitig wurde die Überlastung des Systems folgendermaßen beschrieben: »Zum einen konnten die Bedarfe mit den bestehenden Hilfesystemen nicht mehr abgedeckt werden und zum anderen sind aber auch die bestehenden Hilfesysteme aus allen Nähten geplatzt« (FE, Pos. 68). Das Zitat macht deutlich, dass es den Fachkräften kaum möglich war, die Adressat*innen an das Hilfesystem anzudocken, und zugleich die bestehenden Hilfsangebote bereits über ihre Kapazitätsgrenzen hinaus ausgelastet waren. Bemängelt wird auch die damit verbundene fehlende »personelle oder räumliche Kapazität« (FE, Pos. 68) von und für erforderliche Hilfsangebote. Neben der Entgrenzung professioneller Zuständigkeiten waren die Fachkräfte auch mit entgrenzenden Anforderungen konfrontiert.²

Entscheidend für professionelle Handlungsfähigkeit während der Pandemie war auch die Frage nach Selbst- und Fremdschutz, einerseits im Hinblick auf das Infektionsrisiko für sich und die Familien, andererseits mit den damit verbundenen Anforderungen an die Einhaltung von Schutzmaßnahmen. Diese gegenseitige Gefährdungs- und Schutzmöglichkeit bringt eine befragte Fachkraft in den Fragen »[K]ann ich die Familie besuchen, das Kind hat geniest, was bedeutet das jetzt für mich?« (FN, Pos. 31) auf den Punkt. Deutlich wird hier das ständige Abwägen des Gesundheitsrisikos für sich selbst und die Adressat*innen – ein Prozess, der sich im Verlauf der Pandemie und mit

2 Für einen vertiefenden Einblick entgrenzender und begrenzender Dynamiken für Fachkräfte der SPFH während der Pandemie siehe auch Krause et al., i. E.

dem sich verändernden Wissen über Ansteckungswege veränderte. Wann etwa ein Niesen als harmlose Reaktion oder als Anzeichen einer Corona-Infektion gedeutet wurde, hing zugleich stark von der individuellen Interpretation der Symptome ab. Mit der von der Fachkraft daran anschließend formulierten Frage »Inwiefern darf ich mich und andere schützen?« (FN, Pos. 31) kommt eine weitere Dimension hinzu, die u.a. in Zusammenhang mit dem Gesundheits- und Arbeitsschutz und der individuellen – psychischen wie physischen – Konstitution der Fachkräfte steht. Die Spannbreite in den Aussagen der Fachkräfte Sozialpädagogischer Familienhilfe reicht diesbezüglich von »ich hatte da keine Angst, tatsächlich nicht« (FD, Pos. 65) über »ich war nicht jetzt besonders ängstlich« (FC, Pos. 27) bis hin zu »[d]adurch, dass ich auch so ein Alter besitze, habe ich mich natürlich auch nicht raus getraut [...] und habe das auch mit dem Jugendamt ganz klar gemacht, dass ich nur online arbeite« (FH, Pos. 38). In diesen Aussagen zeigt sich zugleich die enorme Tragweite des individuellen Erlebens der Pandemie: Insbesondere für jene, die sich vor einer Ansteckung fürchteten, konnte dies zu einer tiefgreifenden Veränderung der Arbeitsweise führen. Mit dem Bruch von Alltagsroutinen durch die Pandemie und damit zusammenhängenden Grenzerfahrungen war auch eine von den Fachkräften thematisierte »Verunsicherung auf allen Ebenen« (FC, Pos. 25) bzw. viele »Unsicherheitsfragen« (FD, Pos. 75) bei den Fachkräften und Familien verbunden (vgl. FA, Pos. 46; FD, Pos. 75; FJ, Pos. 27; LB-C, Pos. 44).

Darüber hinaus wurde Mitarbeiter*innen eines Trägers, die ihre Arbeit nicht weiterführen wollten, nahegelegt, sich Urlaub zu nehmen oder Überstunden abzubauen, was von den Fachkräften zum Teil auch so angenommen wurde, »um sich dem nicht aussetzen zu müssen« (FC, Pos. 29). Es zeigt, dass die Frage nach Selbstschutz die Fachkräfte aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen oder persönlicher Vulnerabilitäten stark prekarisieren oder sogar den Verlust der Arbeitsstelle bedeuten konnte:

Wir hatten nicht die Wahl. Natürlich haben wir dann mal Berichte im Homeoffice geschrieben, aber wir hatten nicht die Möglichkeit zu sagen ›Ich isoliere mich.‹ Da hätte ich den Arbeitsbereich wechseln müssen und das haben auch manche Menschen getan. (FE, Pos. 106)

Die Aussage verdeutlicht den hohen Anpassungsdruck, dem Fachkräfte während der Pandemie ausgesetzt waren, und verweist zugleich auf die eingeschränkten Handlungsspielräume im Spannungsfeld zwischen professioneller Verantwortung und individuellem Schutz (vgl. auch LB-C, Pos. 44).

Zugleich wird deutlich, dass die Priorisierung des persönlichen Schutzes (über die Einhaltung der geltenden Abstandregelungen hinaus) mitunter gravierende Konsequenzen nach sich ziehen konnte, etwa in Form eines erzwungenen Arbeitsplatzwechsels. Andererseits eröffneten die gleichen Rahmenbedingungen für andere Fachkräfte einen positiv bewerteten Möglichkeitsraum, nicht überwiegend im Homeoffice tätig sein zu müssen und weiterhin in unmittelbarem Kontakt mit Menschen zu stehen (vgl. FJ, Pos. 92; FD, Pos. 164). Diese »Gleichzeitigkeit von Bruch, als Unterbrechung des Bisherigen, und Bresche, als Eröffnung eines Möglichkeitsraums« (Lorey, 2017, S. 121) scheint auch in der retrospektiven Erzählung einer weiteren Fachkraft zur Bewältigung der Pandemie bzw. generell von Krisensituationen auf, denn »in Krisen [...] kann man immer irgendwie ganz viel bewegen und Ideen reinbringen und Anregungen, also so Impulse geben. Und das finde ich sehr spannend« (FD, Pos. 184; vgl. auch FK, Pos. 56). Damit wird deutlich, dass die pandemiebedingten Auflagen in der Kombination mit Systemrelevanz von den Fachkräften nicht nur als Begrenzungen, Verunsicherungen oder Überforderungen zu fassen sind, sondern auch Handlungsspielräume eröffneten: Dazu zählen etwa auch die Möglichkeit zur Beantragung von Notbetreuung, die Impfpriorisierung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe in BW sowie die Gewährung von Ausnahmeregelungen hinsichtlich der zu jener Zeit geltenden Ausgangssperren und Kontaktbeschränkungen (vgl. etwa FD, Pos. 148ff.; FF, Pos. 17ff. u. 81). Die mit der Zuschreibung von Systemrelevanz einhergehenden Sonderrechte in der Ausnahmesituation der Pandemie erzeugten somit Formen von Handlungsfähigkeit aufseiten der Fachkräfte. Zugleich verschoben die pandemischen Maßnahmen zum Teil auch die Konstellationen von Handlungsmacht zwischen Fachkräften und Adressat*innen. Insbesondere im Hinblick auf die Kontrollierbarkeit von Kindeswohlgefährdungen wurde deutlich, dass durch eingeschränkte Zugänge und damit zwangsläufig beschränkte Einblicke der Handlungsspielraum der Adressat*innen anwuchs, wie es folgende Einschätzung einer Fachkraft nahelegt:

Also wenn es jetzt zum Beispiel im Bereich Paragraph 8a, SGB VIII, also Kindeswohlgefährdung Schutzauftrag war, dann haben die das auch manchmal genutzt um zu sagen, entweder [...] also »ich habe Corona« und dann kommen die nicht. Das war die eine Variante. Oder ich habe Angst, also ich lasse ihn nicht rein wegen Corona [...]. (FC, Pos. 41)

Das ursprünglich als Schutzmaßnahme legitimierte Argument, bei Krankheitssymptomen Kontakte zu vermeiden, wird für Adressat*innen zu einer Ressource, um den Kontakt zu Fachkräften selbst steuern und damit an der Interaktion aktiv mitbestimmen zu können. Dies zeigt sich exemplarisch auch in der Auseinandersetzung mit Hygieneregeln und Schutzmaßnahmen. Eine Fachkraft beschreibt, wie Familien bestimmte Vorgaben wie etwa das Masketragen oder Kontaktbeschränkungen ablehnten oder eigenwillig interpretierten (vgl. FC, Pos. 35 u. 41), sodass fachliches Handeln in dem Balanceakt zwischen institutionellen Vorgaben, fachlichem Anspruch, individuellem Gefährdungserleben und der relationalen Aufrechterhaltung der Sorgebeziehung stand: »[E]s hat halt Kreativität und Feingespür gebraucht, dass sowohl ich meiner Maßgabe gerecht werde oder ich das als Mitarbeiter vertreten kann, als auch die Familie da dann irgendwie mitgehen kann.« (FC, Pos. 41) Es wird deutlich, dass Regeln nicht einfach nur umgesetzt werden konnten, sondern auch situativ ausgehandelt werden mussten, um die Sorgebeziehung aufrechtzuerhalten (vgl. auch FB, Pos. 35). Institutionelle Vorgaben zu Schutzmaßnahmen und die je familialen Lebenswirklichkeiten wurden dabei oftmals gegeneinander abgewogen. Verstöße gegen die geltenden Corona-Verordnungen vonseiten der Familien wurden jedoch nicht ausschließlich problematisch bewertet, sondern zugleich in ihrer Funktion für familiäre Bewältigungsstrategien und kindliche Bedürfnisse nachvollzogen, denn »auf der [einen] Seite war es insgesamt nicht so schlau oder in Ordnung, andererseits war das auch ihr Weg, irgendwie zu überleben oder sich zu helfen. Und für die Kinder war es dann auch gut« (FC, Pos. 35).

In dem der SPFH inhärenten Spannungsfeld von »Hilfe und Kontrolle«, das die Gestaltung der pädagogischen Beziehung grundsätzlich prägt, wurde unter den Bedingungen der Pandemie demnach eine zusätzliche Dimension sichtbar. Die Umsetzung der Corona-Vorschriften und deren Diskrepanz zur alltäglichen Sorgepraxis mit den Adressat*innen verlangte von den Fachkräften eine erweiterte Reflexion ihrer Handlungsspielräume. Dabei schwankten Fachkräfte zwischen »ideeller Überzeugung« (FE, Pos. 112) in ihrer Hilfefunktion und ihrem fachlichen Anspruch zur Hilfeleistung, worin sich verschiedene care-ethische Haltungen zeigen: erstens *Verantwortlichkeit* gegenüber Personen »so in Not« (FH, Pos. 60) oder um Kapazitätsengpässe in Kinder- und Jugendpsychiatrien »natürlich [...] irgendwie ab[zu]federn« (FE, Pos. 68); zweitens *Empathie*, etwa als »Herz für die Jugendhilfe [...] für diese Kinder« (FF, Pos. 117), und drittens *Zuwendung* beispielsweise in Form »von Entlastung [...] im emotionalen Bereich« (FK, Pos. 56) oder auf das fachliche Selbstverständnis der

»Hilfe zur Selbsthilfe« (FL, Pos. 63) bezogen. Zugleich werden diese Haltungen auch als »aufopferungsvoll« (FA, Pos. 84), »dass man irgendwie weit über ein Wohlfühlmaß hinaus sich dann engagiert« (FB, Pos. 90) oder »ganz viel nach den anderen guck[t], aber weniger nach [sich]« (FC, Pos. 75) problematisiert. Darin spiegelt sich ein berufliches Selbstverständnis, das stark von Fürsorge, Verantwortungsbewusstsein und dem Anspruch geprägt ist, auch unter Belastung für andere da zu sein – und in dem die Fachkräfte ihre Tätigkeit zugleich als systemrelevant einstufen, jedoch dabei häufig die eigene Selbstfürsorge vernachlässigen. Die zentrale Bedeutung von Selbstsorge im Kontext von Care(-Arbeit) und für eine gelingende professionelle Praxis wird in der folgenden Aussage einer Fachkraft nochmal besonders herausgestellt:

[C]leichzeitig sollte jedem klar sein, wenn es bei uns nicht stimmt und bei uns alles in Ordnung ist und wir irgendwie gefestigt sind, sowohl im Privatleben als auch im Beruflichen, dann können wir keine so gute Stütze oder so ein gesundes Gegenüber sein. (FC, Pos. 75)

Es wird deutlich, dass in der Herstellung von Handlungsfähigkeit profession- bzw. care-ethische Rückbezüge als Orientierungspunkt für die konkrete Ausgestaltung professionellen Handelns und – in stark belastenden Situationen – als Entscheidungs- und Rechtfertigungshilfe zum Tragen kommen. Die Aufrechterhaltung der Sorgebeziehung findet in der Aushandlung und Relationalität zwischen institutionellen Vorgaben, familiären Sorgebedarfen und professionellem Anspruch statt. Somit wird die Sorgepraxis zum zentralen Aushandlungsort professionellen Handelns. Darin wird auch das wechselseitige und fragile Gefüge dieses Sorgeverhältnisses deutlich, das sich zum einen als Aushalten von Ambivalenzen und Verunsicherungen als auch im Abwägen, Aushandeln, Anpassen und Improvisieren alltäglicher Sorgepraxis zeigt. Maßnahmen konnten nicht einfach losgelöst von diesen situativ geprägten Sorgeverhältnissen oder ohne die Orientierung an die Lebenswelt der Adressat*innen umgesetzt werden (vgl. FC, Pos. 29). In beiden Bereichen des doppelten Mandats der ›Hilfe und Kontrolle‹ kam es pandemiebedingt zu gravierenden Veränderungen der Handlungsweisen, die sich mehr noch als zuvor an den je spezifischen Lebenswirklichkeiten der Adressat*innen orientieren mussten. Da zugleich Maßnahmen oft kurzfristig herausgegeben oder verändert wurden, bestand ein erhöhter Bedarf, dauerhafte Vertrauensbeziehungen mit den Adressat*innen zu sichern.

4. Schluss

Die professionsbezogene Bedeutung der von außen und durch die Fachkräfte selbst zugeschriebenen Systemrelevanz für den Bereich der SPFH spiegelt sich in der schlichten Formulierung des eingangs beschriebenen Zitates des ›nicht nicht arbeiten Könnens‹ wider. Bei genauerer Analyse wird allerdings deutlich, dass darin sowohl die individuelle als auch institutionelle sowie gesellschaftliche Verantwortungsebene eine Rolle spielen und sich die darin unterschiedlich verlaufenden Logiken der Systemrelevanz aus politischer Perspektive und der Sorgepraxis aus fachlicher Perspektive widersprechen: So ist die Zuschreibung der Systemrelevanz nicht einfach als eine auch im Pandemiealltag notwendige Weiterführung des Arbeitsverhältnisses zu verstehen, sondern für das Feld der SPFH ergeben sich daraus Herausforderungen und Ambivalenzen für die Sorgetätigen, -nehmenden und -kompensierenden Fachkräfte und Familien. Die sich daraus auf der konkreten Ebene der Sorgepraxis und Handlungsfähigkeit der Fachkräfte und Familien ergebenden Spannungsfelder wurden herausgearbeitet und dargestellt.

In der Analyse des erhobenen Materials werden dabei zum einen die unterschiedlichen Facetten von Prekarisierung während der Pandemie sichtbar. Wenngleich fachliches Handeln in der SPFH häufig mit Ausnahmesituationen konfrontiert ist, veränderten sich die Rahmenbedingungen und Sorgebedarfe in der Krise der Pandemie doch erheblich, sodass die Fachkräfte ihr fachliches Handeln anpassen mussten – obschon sie gleichzeitig mit Verunsicherungen und einer Ungewissheit hinsichtlich des offenen Ausgangs der Pandemie konfrontiert waren. Die professionelle Sorgebeziehung zwischen Fachkräften und Adressat*innen während der Coronapandemie stand somit vor gewohnten und neuen Herausforderungen. Dies führte zu Reflexionsprozessen seitens der Fachkräfte bezüglich ihrer professionellen Haltung, worin sowohl eigene Ansprüche im Sinne des jeweiligen fachlichen Selbstverständnisses als auch normative Erwartungen in einem care-ethischen Sinne einer verantwortungsvollen und empathischen Haltung zum Vorschein kamen. Da diese Prozesse unterstützende Strukturen wie Teamsitzungen oder Vernetzungen mit anderen Hilfesystemen während Corona nicht mehr oder nur in reduzierter Form vorhanden waren, fehlte oft die Möglichkeit eines fachlichen Austauschs in Bezug auf die je individuelle Aushandlung im Spannungsfeld von Corona-Vorschriften, fachlichem Anspruch und Sorgebedarfen in den Familien. In der Ausnahmesituation der Coronapandemie wurde diese Frage über

care-ethische Bezüge als Teil des eigenen fachlichen Selbstverständnisses begründet und so fachliche Handlungsfähigkeit (wieder-)hergestellt.

Zum anderen wurde deutlich, dass die gesellschaftliche Verantwortung des kindlichen Schutzauftrages in der konkreten Umsetzung der professionellen Sorgebeziehung im Rahmen der SPFH in den Vordergrund trat und durch die Fachkräfte über je individuelle care-ethische Ansprüche stellenweise auch begründet und legitimiert wurde. Verbunden ist dies jedoch mit dem Wunsch nach politischer Repräsentation und einer größeren Sichtbarkeit von und Wissen um das Berufsfeld SPFH. Dabei stand fachliches Handeln unter der Diskrepanz der subjektiv verstärkt wahrgenommenen Relevanz des pädagogischen Handelns für die oft prekarierten Familien, dem Ringen nach pragmatischen Lösungen, während der Pandemie handlungsfähig zu bleiben, und der nicht vorhandenen gesellschaftlichen Anerkennung. Die von außen zugeschriebene Systemrelevanz der SPFH während der Pandemie findet bis auf eine kurzzeitig wahrgenommene Aufwertung keine Entsprechung in gesellschaftlicher Sichtbarkeit oder einer strukturell nachhaltigen Aufwertung der SPFH. Dies ist vor dem dargestellten Hintergrund der systemimmanenten Logik zu verstehen: Die politisch zugeschriebene Systemrelevanz folgte keiner inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Bedingungen sozialer Reproduktion als vielmehr einer funktionalen Logik des Krisenmanagements (vgl. etwa Bergold-Caldwell 2022). Für die Fachkräfte erfolgte das Herstellen veränderter Sorgepraktiken im Widerspruch zwischen der selbst wahrgenommenen hohen Relevanz der Arbeit für die Familien und der gesellschaftlichen Unsichtbarkeit ihrer Arbeit. Dies hängt auch mit der grundsätzlichen Abwertung von Sorgearbeit zusammen: Dass Menschen in ihrer existenziellen Angewiesenheit auf andere unmittelbare, zuverlässige und dauerhafte Unterstützung brauchen, hat auf der Ebene der gesellschaftlichen Anerkennung keine Entsprechung bzw. Auswirkung. Darüber hinaus findet Sorge oft im Verborgenen statt, ist lokal, pragmatisch und konkret und wie im Fall der SPFH im Kontext von potenzieller Kindeswohlgefährdung auch möglichst diskret. Zeitliche Ressourcen, um ihre Anliegen in die politische Öffentlichkeit zu bringen, sind häufig nicht vorhanden, weil unmittelbares präsentisches Handeln erfordert ist und die Fachkräfte affektiv eingebunden sind. Die Frage nach politischer Repräsentation hat sich dabei unter Coronabedingungen für Fach- und Leitungskräfte im Bereich der SPFH nochmal verschärft. Sie wird dabei zum Teil auch als Selbstkritik einer mangelnden politischen Selbstorganisation, aber auch als passend für eine »sozialpädagogische Haltung«, erstmal nach den anderen zu schauen, formuliert und somit auch der staat-

lichen Verantwortungsebene enthoben. Darüber hinaus lässt sich trotz der hohen Zahl atypischer Beschäftigungsverhältnisse und geringer Entlohnung in der sozialarbeiterischen Fachliteratur eine regelrechte Dethematisierung der Arbeitsbedingungen ausmachen (vgl. Heinz, 2021, S. 84).

Care bildet einen zentralen Bestandteil vieler Handlungsfelder Sozialer Arbeit, in denen Fachkräfte erwerbsförmige Sorgearbeit leisten. Die politische Zuschreibung von Systemrelevanz während der Pandemie verdeutlicht zwar die gesellschaftliche Bedeutung dieser Tätigkeiten, macht aber zugleich sichtbar, wie Care-Arbeit im professionellen Diskurs häufig unsichtbar bleibt. Gerade die alltagspraktischen Hilfen, die schwer in professionstheoretische Konzepte zu fassen sind, zeigen diese Spannung zwischen persönlicher Zuwendung und professioneller Distanz. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Care-Arbeit innerhalb der Sozialen Arbeit theoretisch zu fundieren und ihre professionelle Dimension stärker anzuerkennen. Diese Reflexion ist auch vor dem Hintergrund der historischen Geschlechterzuschreibungen im Kontext Sozialer Arbeit und der bis heute prekären Bewertung und Entlohnung von Sorgearbeit zentral.

Literaturverzeichnis

- Alsago, E., & Meyer, N. (2023). *Prekäre Professionalität: Soziale Arbeit und die Coronapandemie* (1. Aufl.). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/jj.8692986>
- Aulenbacher, B., & Dammayr, M. (2014). Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit. In B. Aulenbacher, B. Riegraf & H. Theobald (Hg.), *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime* (S. 129–146). Nomos. https://doi.org/10.5771/9783845255545_129
- Aulenbacher, B., Dammayr, M., & Riegraf, B. (2018). Care und Care Work. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hg.), *Handbuch Arbeitssoziologie: Band 2: Akteure und Institutionen* (S. 747–766). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21704-4_22
- Bergold-Caldwell, D., Grenz, F., Günster, A., & Kourabas, A. (2022). Wessen Normalität und welche Verhältnisse? Intersektionale Perspektiven auf Systemrelevanz, (Sorge-)Arbeit und Leben in (post-)pandemischen Zeiten. Ein Schreibgespräch. In S. Czerney, L. Eckert & S. Martin (Hg.), *Mutter-*

- schaft und Wissenschaft in der Pandemie* (S. 131–149). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742654>
- Bohler, K. F. (2009). Berufsethische Elemente von Professionalität in der Jugendhilfe. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehler & S. Müller (Hg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 223–238). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bomert, C. (2021). Transnationale Care-Arbeiterinnen in der 24-Stunden-Betreuung. Zwischen öffentlicher (Un-)Sichtbarkeit und institutioneller (De-)Adressierung. Springer VS.
- von Bose, K. (2022). Care in der Krise? Intersektionale Perspektiven auf Care-Abeit. In A. Kasten, U. Kalender & K. von Bose (Hg.), *Feminismen in der Sozialen Arbeit: Debatten, Dis/Kontinuitäten, Interventionen* (1. Auflage, S. 118–134). Beltz Juventa.
- Brückner, M. (2015). Care als beziehungsorientierte Tätigkeit: Perspektiven von Professionellen und NutzerInnen Sozialer Arbeit. *Sozial Extra*, 39(1), 26–31. <https://doi.org/10.1007/s12054-015-0003-y>
- Buschle, C., & Meyer, N. (2020). Soziale Arbeit im Ausnahmezustand?! Professionstheoretische Forschungsnotizen zur Corona-Pandemie. *Soziale Passagen*(12), 155–170.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (2023, Juli). Fachkräftekampagne #dauerhaftsystremrelevant. <https://www.dbsh.de/profession/fachkraeftekampagne-dauerhaft-systemrelevant.html>
- Dietrich, C., & Uhlenndorf, N. (2020). Einleitung. In C. Dietrich, N. Uhlenndorf, F. Beiler & O. Sanders (Hg.), *Anthropologien der Sorge im Pädagogischen* (1. Auflage, S. 9–15). Beltz Juventa.
- Dudley, D. (2022). »Systemic Relevance« for Social Work: More than just a Compliment – Not yet a Proper Law. An Evaluation of Pandemic-Related Legal Changes in Germany. In A. Kupfer & C. Stutz (Hg.), *Covid, crisis, care, and change? International gender perspectives on re/production, state and feminist transitions* (S. 59–72). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742541>
- Euteneuer, M., Sabla, K.-P., & Uhlenndorff, U. (2022). SPFH: Aufsuchende Hilfe für Familien. In A. Schierbaum & J. Ecarius (Hg.), *Handbuch Familie* (S. 683–700). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19843-5_30
- Forum Transfer: Innovative Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten von Corona. (2021, März 11). Eine schnelle Impfung der Fachkräfte des ASD ist dringend erforderlich: Eine Argumentationshilfe. <https://www.forum-transfer.de/>

- pfileadmin/uploads/Bibliothek/Impfen/DIJuF_Impfung_ASD_2021-3-11.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Frindt, A. (2016). Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). In A. Schwertfeger & J. Helm (Hg.), *Arbeitsfelder der Kindheitspädagogik. Eine Einführung* (S. 158–168). Beltz Juventa.
- Heinz, A. (2021). *Kollektives Handeln in sozialen Berufen. Zur Perspektive der Beschäftigten*. Verlag Westfälisches Dampfboot. <https://www.dampfboot-verlag.de/de/autorin/heinz-andre>
- Hengstenberg, C., Gundrum, K., Flaswinkel, C., & Dahlmann, K. (2022). Nutzung der Kinder- und Jugendhilfe im Schatten der Pandemie: Wenn Nutzer:innen gesundheitlich hoch vulnerabel sind. In K. Aghamiri, R. Streck & A. van Rießen (Hg.), *Alltag und Soziale Arbeit in der Corona-Pandemie: Einblicke in Perspektiven der Adressat*innen* (S. 101–111). Verlag Barbara Budrich.
- Krasny, E. (2020). In-Sorge-Bleiben. Care-Feminismus für einen infizierten Planeten. In M. Volkmer & K. Werner (Hg.), *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft* (S. 405–414). transcript Verlag. file:///C:/Users/Co-Care/Downloads/10.1515_9783839454329-039.pdf
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Ladberg, B. (2022). Sozialpädagogische Familienhilfe unter den Bedingungen der Corona-COVID-19-Pandemie: Zur Lage von Familienhelfer*innen und zur Lage von betreuten Familien. In S. Jakob & N. Obitz (Hg.), *Solidarität und Krise. Sozialpädagogische Perspektiven auf Herausforderungen unter krisenhaften Bedingungen* (S. 85–97). Verlag Barbara Budrich GmbH.
- Lessenich, S. (2020). Soziologie – Corona – Kritik. *Berliner Journal für Soziologie*, 30(2), 215–230. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00417-3>
- Lorey, I. (2017). Sorge im Präsens. Verbundenheit, Sorge, _Mit_. In T. Bärtsch, D. Drognitz, S. Eschenmoser, M. Grieder, A. Hanselmann, A. Kamber, A.-P. Rauch, G. Raunig, P. Schreibmüller, N. Schrick, M. Umurungi & J. Vanecek (Hg.), *Ökologien der Sorge* (S. 113–122). transversal texts.
- Lorey, I. (2021). *Logistifizierungen. Pandemie und Unplanbarkeit*. <https://transversal.at/transversal/0420/lorey/de>
- Mairhofer, A., Peucker, C., Pluto, L., Santen, E. van, Seckinger, M., & Gandlergruber, M. (2020). *Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie*. Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Messmer, H., Fellmann, L., Wetzel, M., & Käch, O. (2019). *Sozialpädagogische Familienhilfe im Spiegel der Forschung*. 1, 37–53.

- Müller, H. (2022). Auswirkungen der Pandemie auf die Lebenssituation von jungen Menschen und Familien und Konsequenzen für die Hilfen zur Erziehung und die Kinder- und Jugendhilfe. *Forum Erziehungshilfen*, 5(28), 270–281.
- Riegraf, B., & Seibert, H. (2019). Care, Profession und Geschlecht. Zur (De-)Professionalisierung sozialer Dienstleistungen. *Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 28(1), 91–104.
- Ruttert, T. (2021). *Die professionelle Identität in der Sozialen Arbeit: Eine qualitative Studie über professionelle Selbstverständnisse sozialpädagogischer Fachkräfte* (Bd. 23). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35458-9>
- Scheele, A., Schiffbänker, H., Walker, D., & Wienkamp, G. (2023). Fragile Sorge: Zumutungen und Konflikte während der Covid-19-Pandemie. *Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 32(1), 38–53. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v32i1.04>
- Schwarzloos, C. (2023). *Soziale Netzwerkbeziehungen in der aufsuchenden Sozialen Arbeit mit Familien. Eine Untersuchung am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Beltz Juventa.
- Stadtyougendausschuss e. V. Karlsruhe. (2023). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie 2020–2021 auf die Kinder- und Jugendarbeit im Stadtyougendausschuss e. V. Karlsruhe. Kinder- und Jugendarbeit – eine wichtige Ressource im Umgang mit krisenhaften gesellschaftlichen Ereignissen*. https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/Kinder-_und_Jugendarbeit_Jugendsozialarbeit/Offene_Kinder-_und_Jugendarbeit/Bericht_Auswirkungen_Covid-19-Pandemie_FINAL_klein.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Thiessen, B. (2019). Geschlechterverhältnisse im sozialen Wandel – Die Bedeutung von Care-Theorien für Soziale Arbeit. In B. Thiessen, C. Dannenbeck & M. Wolff (Hg.), *Sozialer Wandel und Kohäsion* (S. 79–97). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25765-1_6
- Tronto, J. (2000). Demokratie als fürsorgliche Praxis. *Feministische Studien*, 18(s1), 25–42. <https://doi.org/10.1515/fs-2000-s104>
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? *Leviathan*, 48(3), 433–450. <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2020-3-433>
- Wichterich, C. (2011). Krise der Ernährermännlichkeit und neoliberale Gleichstellung durch die Krise. In A. Demirović, J. Dück, F. Becker, P. Bader & Attac Deutschland (Hg.), *VielfachKrise. Im finanzmarktdominierten Kapitalismus* (S. 129–146). VSA-Verlag.

- Windheuser, J., Hartmann, A., & Brückner, M. (2022). Systemrelevanz und Sorge – Feministische Erkundungen in und jenseits der Pandemie. In Antje Langer, Claudia Mahs, Christine Thon & Jeannette Windheuser (Hg.), *Pädagogik und Geschlechterverhältnisse in der Pandemie. Analyse und Kritik fragwürdiger Normalitäten* (S. 47–63). Verlag Barbara Budrich GmbH.
- Zink, K., & Bomert, C. (in Begutachtung): »Haltet Kontakt mit den Familien, egal wie!« – Alltag, Arbeitslogiken und Herausforderungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe in der Covid-19-Pandemie. Eingereicht in der Zeitschrift *neue praxis*.

III. Zwischentöne

»Ich fühlte mich mit all der Verantwortung
in dieser Zeit oft sehr allein gelassen«

*Silvia Häfele, Koordinatorin Ökumenische Hospizgruppe, Anstellung
beim Förderverein der ökumenischen Hospizarbeit Balingen e.V.*

Silvia Häfele koordinierte während der Pandemie die ökumenische Hospizgruppe in Balingen und war beim Förderverein der ökumenischen Hospizarbeit Balingen e. V. angestellt. Die ambulante Hospizgruppe begleitet Erwachsene, Kinder und Jugendliche und bietet Angebote zur Trauerbegleitung im Ehrenamt. Ihre Aufgaben im Hauptamt (60 % Anstellung) umfassten die telefonische Erreichbarkeit, Erstbesuche und Beratung von Familien, Einsatzleitung während der Einsätze, organisatorische Aufgaben sowie die Pflege der Mitglieder.

Denken Sie bitte an die Covid-Pandemie zurück: Was waren für Sie die größten Herausforderungen und Krisenmomente? Was hat vielleicht auch gut funktioniert?

Die ersten Herausforderungen und Unklarheiten begannen bereits ganz zu Beginn mit dem ersten kompletten Lockdown. Unsere ehrenamtlichen BegleiterInnen konnten unerwartet schnell nicht mehr in die Sterbe- und Trauerbegleitungen gehen. Die Anfragen an unseren Dienst für Begleitungen sind sofort komplett eingebrochen.

Ich selbst konnte anfangs durch meine Arbeit im Homeoffice zeitweise weiterarbeiten und unsere Ehrenamtlichen online erreichen und informieren. In der ersten Zeit durften auch die monatlichen Treffen und Supervisionen, die eine Vorgabe der Förderrichtlinien nach § 39a Sozialgesetzbuch sind, nicht mehr stattfinden und es gab keinen sozialen Kontakt und Austausch unter den Ehrenamtlichen. Über Zoomkonferenzen wurde alternativ ein Ersatz geschaffen, wobei jedoch einige der Ehrenamtlichen meist aus technischen

Gründen nicht in der Lage waren, daran teilzunehmen. Die Zoomkonferenzen konnten aber auf Dauer aus unserer Erfahrung einen persönlichen Kontakt nicht ersetzen, waren aber eine unter diesen Umständen gangbare Notlösung. Eine laufende Ehrenamtsqualifizierung neuer MitarbeiterInnen musste längere Zeit unterbrochen werden.

In den ersten Monaten wurde schnell deutlich, wie schwerwiegend die Situation sterbender Menschen wurde, vor allem auch in den Pflegeheimen und im Krankenhaus. Es gab zum Teil unerträgliche Szenarien. Das waren in dieser Zeit Krisenmomente für alle Haupt- und Ehrenamtlichen in der ambulanten Hospizarbeit.

Ein weiterer Krisenmoment bestand darin, dass lange nicht klar war, wie die Finanzierung der Hauptamtlichen des Dienstes gewährleistet werden kann. Da die Fördergelder an Fallzahlen stattfindender Begleitungen gebunden sind, war die finanzielle Situation unsicher geworden. In den folgenden zwei Jahren konnten dann aber die Fallzahlen aus der Zeit vor Corona angesetzt werden und die Zeit finanziell überbrückt werden.

Im weiteren Verlauf waren vor allem die gesetzlichen Vorgaben zum Infektionsschutz eine weitere Herausforderung, jetzt wurden Begleitungen unter bestimmten Voraussetzungen auch wieder möglich. Die ständig sich ändernden Vorgaben verlangten sehr viel Organisationsaufwand, für den Infektionsschutz mussten Pläne erstellt werden. Im Weiteren mussten Absprachen mit Pflegeheimen etc. getroffen werden und die Ehrenamtlichen laufend über die jeweils vor Ort vorgeschriebenen Vorgehensweisen genauestens informiert werden. Schutzmaterialien und Test-Kits mussten beschafft und zur Verfügung gestellt werden, was zu Anfang sehr schwierig war. Auch musste bei den Ehrenamtlichen die Bereitschaft erfragt werden, ob sie unter diesen Bedingungen überhaupt bereit sind, in eine Begleitung zu gehen. Es verlangte auch eine laufend angepasste innere Haltung, wie unter diesen schwierigen Bedingungen eine Begleitung zufriedenstellend angeboten werden kann (Abstand halten, Mundschutz, keine Berührung). Die Kontakte zu den Ehrenamtlichen während eines Einsatzes waren ebenfalls engmaschiger nötig, um die notwendigen Testungen zu organisieren und eventuelle Ansteckungen rechtzeitig zu erfassen. Die ständige Verantwortung für alle Beteiligten war für mich als Koordinatorin eine nicht einfache Aufgabe.

Insgesamt aber blieben die Begleitungsanfragen trotzdem weit unter dem Niveau der Zeit vor Corona. In den Pflegeheimen waren sie zeitweise komplett eingebrochen.

Eine weitere Hürde wurde dann die Impfpflicht, die auch für die ambulanten Hospizgruppen sowie für alle haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen galt. Von jedem einsatzfähigen Begleiter war sie zu erfassen und zu dokumentieren. Ungeimpfte Personen wurden in die Begleitungspause gesetzt, was aber manches Mal auch viel Gespräch verlangte, da sich manche der davon betroffenen Personen nicht in ihrer Haltung akzeptiert fühlten. Eine Meldung an die Gesundheitsämter haben wir nicht durchgeführt, da es sich hier um ein Ehrenamt handelt und eine fehlende Impfung bis auf die Begleitungspause auch keine Folgen hatte. Ich selbst unterlag der Impfpflicht ebenfalls und verlangte auch eine persönliche Auseinandersetzung mit dieser Forderung.

In diese ganze Coronazeit fiel dann auch unser ganzes Festprogramm zum 25-jährigen Jubiläum. Schon geplante Veranstaltungen mussten um ein Jahr verschoben werden, der Aufwand in den dann möglichen Veranstaltungen zum Infektionsschutz kostete sehr viel Zeit und Energie und beinhaltete ein finanzielles Risiko, da bereits Verträge zu den Veranstaltungen geschlossen waren. Hier konnten wir teilweise einen Ersatz aus der Kulturförderung unter Corona erhalten. Die Antragstellung dazu war äußerst mühsam.

Die über unseren Dienst angebotene Trauerbegleitung konnte zum Glück relativ frühzeitig als wichtiges Hilfsangebot wieder aufgenommen werden, was von den trauernden Menschen auch sehr begrüßt und angenommen wurde. Hier kam dann der Datenschutz dazu, da wir die Daten der Teilnehmenden erfassen und dokumentieren mussten. Erschwerend war hier die Raumsuche, da wir bis dahin keine eigenen Räume für diese Veranstaltungen hatten und da die teils strengen Vorgaben der Anbieter wie Kirche und Stadtverwaltung einzuhalten waren.

Es waren in dieser Zeit insgesamt sehr viele Absprachen nötig. Mit den Ehrenamtlichen, mit unserem Leitungsteam aus dem Vorstand, mit Pflegeheimen und anderen Einrichtungen. Außerdem war es mir wichtig, alle Abläufe gut zu dokumentieren. Somit war in dieser Zeit der Verwaltungsaufwand im Vergleich zu den tatsächlichen Begleitungen deutlich im Ungleichgewicht.

Wie hat die Pandemie Ihre Arbeit im Hospiz beeinflusst und was sind Aspekte, die sich auch über den Zeitraum der Pandemie hinweg nachhaltig geändert haben?

Ein Aspekt war die intensive Kontaktpflege mit den Ehrenamtlichen. Mir war es wichtig, die Ehrenamtlichen in der Gruppe zu halten, und dafür habe ich gerne mehr Aufwand in Kauf genommen. Die Öffentlichkeitsarbeit und die

Kontaktpflege mit den Pflegeheimen und anderen Trägern musste nach Corona wieder vermehrt aufgenommen werden.

Mein Fazit aus dieser Zeit ist, dass die meiste Energie in den Erhalt der Gruppe für die Zeit nach Corona und in die Umsetzung der unzähligen Vorgaben während der Zeit aufgewendet werden musste. Für die in dieser Zeit nicht mögliche Sterbebegleitung war dieser Energieaufwand in der Umsetzung real nicht relevant. Außerdem haben sich die Begleitungszahlen in unserer ambulanten Hospizgruppe bis heute auch nicht wieder auf das Vorniveau erholt.

Was müsste passieren, damit die nächste Krise gut bewältigt werden kann? Welche Änderungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit, auch mit Blick auf zukünftige Krisensituationen?

Ich bin seither in die Rente gegangen und bin froh, dass diese Zeit vorübergegangen ist. Ich möchte sie so auch nicht noch einmal erleben. Ich kann nur hoffen, dass unsere Gesetzgebung aus dieser Zeit gelernt hat, denn für die betroffenen sterbenden Menschen und ihre Familien bedeutete es in dieser Krise viel Einsamkeit und Verzweiflung und war für uns als Hospizdienst schwer zu ertragen. Es hat die Menschen auf vielen Ebenen nachhaltig verändert. Ich wünsche meinen Nachfolgerinnen, dass es nicht mehr zu einer solchen Krise kommt und wenn doch, dass bei nötigen Maßnahmen zum Infektionsschutz die betroffenen Menschen nicht aus dem Blick verloren werden. Ein kompletter Lockdown sollte nicht mehr stattfinden müssen. Ich würde mir auch wünschen, dass die Verantwortung, die viele Personen in den sozialen Berufen zu tragen hatten, mehr unterstützt und gesehen wird. Ich fühlte mich mit all der Verantwortung in dieser Zeit oft sehr allein gelassen.

Die Pandemie durch die ›Care-Linse‹ sehen

Katharina Krause

Einleitung¹

Die Covid-19-Pandemie hat Care sichtbar gemacht. Dieses häufig geführte Argument meint metaphorisch das Hervortreten von Care »aus den Schatten als bisher selbstverständlicher Nachgedanke öffentlichen Lebens«² (Fine & Tronto, 2020, S 302). Es funktioniert aber auch im wörtlichen Sinne: Bilder von Pflegekräften und Ärzt*innen, die sich in Schutzkleidung um schwerstkranke Menschen kümmern, von Personen, die zur Reduzierung des Ansteckungsrisikos Abstand voneinander halten und eine Maske tragen, von Eltern, die versuchen, Home Office und Home Schooling am Küchentisch zu vereinbaren, prägten den medialen Blick auf die Pandemie: »Care ist nie so *sichtbar* wie in den Situationen, in denen eine Lebensform erschüttert wird« (Laugier, 2021, S. 61, eigene Hervorhebung). Aber was sagt uns diese Sichtbarkeit über die Rolle von Care in Krisen? Wo ist diese – aus einer care-ethischen Sicht – zu begrüßen, wo kritisch zu betrachten?

Dieser Beitrag nimmt die viel beschriebene Sichtbarkeit von Care genauer in den Blick und fragt nach Unsichtbarkeiten, die trotz oder gerade *durch* diese Sichtbarkeit bestehen. Die Verbindung von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit verstehe ich hierbei nicht binär (entweder sichtbar oder unsichtbar), sondern als komplex und vielschichtig miteinander verwoben. Ich frage also: Wie genau wurde Care in der Pandemie sichtbar? Und welche Aspekte, Personen, Probleme blieben in dieser Sichtbarkeit unsichtbar? Sandra Laugier (2021, S. 61) be-

1 Teile dieses Texts sind aus meinem Blogpost »Auf den zweiten Blick: Zur (Un-)Sichtbarkeit von Care« aus dem Februar 2024 entnommen (<https://uni-tuebingen.de/de/260871>).

2 Viele der in diesem Text genutzten wörtlichen Zitate stammen aus englischsprachigen Texten. Die Übersetzung ins Deutsche habe ich vorgenommen.

schreibt die Unsichtbarkeit von Care als »die Weigerung, etwas zu sehen, das nicht verborgen ist, das wir aber gerade deshalb nicht sehen, weil es direkt vor unseren Augen liegt. Unsichtbar, weil allzu sichtbar. Unsichtbarkeit ist somit Verleugnung«. Unsichtbarkeit, so könnte man fortsetzen, ist politisch.

Die Frage nach dem Unsichtbaren in der Sichtbarkeit, das soll das Argument des Beitrags sein, sagt uns viel über die Relevanz und Anerkennung, die Care politisch und gesellschaftlich in der Pandemie zugeschrieben wurde, und gibt somit auch Impulse für zukünftige Krisen. Und es ist gerade die viel postulierte Sichtbarkeit von Care, mittels derer wir Fragen nach Unsichtbarkeit produktiv stellen können. In diesem Beitrag entwickle ich dieses Argument anhand der Diskussion dreier Bilder, die exemplarisch für unterschiedliche Sichtbarkeiten von Care während der Pandemie betrachtet werden können. Bei deren Diskussion greife ich unter anderem auf care-ethische, politikwissenschaftliche und bildwissenschaftliche Arbeiten zurück.

Care-ethische sowie sozialwissenschaftliche Forschung versteht Care als weitaus mehr als eine konkrete Praxis wie beispielsweise Pflege, Erziehung oder Reinigung. Care ist vielmehr eine zentrale Säule sozialer Ordnungen und von existenzieller Bedeutung für Gesellschaften (vgl. z.B. FitzGerald, 2022, 2024; Tronto, 2013; Tronto & Fisher, 1990). Hierbei ist Care nicht zwangsweise gut, liebevoll oder empathisch, sondern kann ebenso gewaltvolle, repressive und ungerechte Formen annehmen (Puig de la Bellacasa, 2017). Care – ihr Stellenwert in Gesellschaften, ihre politische Ausgestaltung sowie ihre konkrete Praxis – ist inhärent politisch.

Der Fokus auf Visualität, und damit auf die wortwörtliche Sichtbarkeit von Care, bietet die Möglichkeit, diesen gesellschaftspolitischen Charakter analytisch und kritisch greifbar zu machen. Konzeptuelle und methodologische Inspiration bietet hier die politikwissenschaftliche Literatur zur sogenannten »visuellen« (Callahan, 2015, Schlag & Heck, 2020) oder »ästhetischen Wende« (Bleiker, 2001). Bilder »performen das Politische ebenso sehr, wie sie es widerspiegeln« (Bleiker, 2014, S. 76) und prägen somit unsere Sicht (wortwörtlich und metaphorisch) auf die Welt (Callahan, 2020, S. 1).

Anhand von drei Beispielen möchte ich diese Ansätze im weiteren Verlauf dieses Beitrags in Anwendung bringen. Die Auswahl der Beispiele ist nicht in dem Anliegen einer umfassenden Repräsentation der Visualität von Care in der Pandemie begründet. Ein solches Ziel ist durch die enorme Menge pandemischen Bildmaterials, das unterschiedlichste Genre und Materialitäten umfasst, kaum zu erreichen. Vielmehr sollen die drei Bildbeispiele exemplarisch die Komplexität und Widersprüchlichkeit von Care und ihrer Visualität

in der Pandemie zeigen. Hierfür bespricht der Beitrag zuerst das Werk *Game Changer* des britischen Künstlers/der britischen Künstlerin Banksy³, das im Mai 2020 in einem britischen Krankenhaus erschien, und danach zwei Cover/Titelseiten, einmal aus dem Magazin *Vogue* und einmal aus der Wochenzeitung *DIE ZEIT*. Auch wenn diese drei Bilder in Format, Genre und Zielgruppe äußerst unterschiedlich sind, thematisieren sie alle dringende Fragen zum gesellschaftlichen Stellenwert von Care im Licht der Covid-19-Pandemie. In ihrer Zusammenschau eröffnen sie uns drei exemplarische Perspektiven auf Spannungsfelder, in denen sich Care in der Pandemie bewegte. Diese sind Care und/als Heldentum, Care und Freiheit sowie Care und Vulnerabilität. Durchzogen und verknüpft werden diese Spannungsfelder durch Fragen von Sicherheit und Solidarität und den Unsichtbarkeiten, die diese drei Formen von Sichtbarkeit enthalten.

Dieser Beitrag unternimmt nun drei Schritte. Zuerst stelle ich das Potenzial einer care-ethischen Perspektive auf die Pandemie und deren unterschiedliche Visualitäten dar und argumentiere für den kritisch-analytischen Wert eines solchen Ansatzes. Daran anschließend folgt eine detaillierte bildtheoretisch informierte Besprechung der drei Bilder und eine Diskussion der jeweiligen Spannungsfelder. Im Ausblick schließlich nehme ich neben der Visualität die semantische Abwesenheit von Care im pandemischen Diskurs in den Blick.

Die Pandemie durch die ›Care-Linse‹ sehen

Konzeptuell verortet sich dieser Beitrag zwischen care-ethischen Arbeiten zur Pandemie und der politikwissenschaftlichen Diskussion des Zusammenspiels von Gesundheit und Visualität. Mit dem Anliegen, diese akademischen Debatten in Resonanz zu bringen, unternimmt der Beitrag einen care-ethischen Blick auf die Pandemie.

Dieser Blick begründet sich einerseits in der Annahme, dass Visualität und insbesondere Bilder prägen, wie wir die Welt verstehen. Sie »bestimmen, was wir als Kollektiv sehen und was nicht, und damit auch, wie Politik wahrgenommen, empfunden, gestaltet, artikuliert, durchgeführt und legitimiert wird« (Bleiker, 2018, S. 4). Politische Ereignisse – zum Beispiel Kriege, De-

3 Welches Gender Banksy für sich beansprucht, ist regelmäßig Gegenstand von Spekulation und Recherche in britischen und internationalen Medien (vgl. Walfisz, 2025).

monstrationen, Epidemien und Pandemien – sind also nie losgelöst von ihrer visuellen Repräsentation zu betrachten (Bleiker, 2001, S. 511).

Das Forschungsfeld »visuelle Internationale Beziehungen« (engl.: »visual International Relations«) nimmt sich dieser Verschränkung von Bild und Ereignis und deren politischer Konsequenzen auf lokaler und globaler Ebene an. Beispiele sind Forschung zur Sichtbarkeit und Sichtbarmachung von Gewalt und Tod (Berents, 2019; Campbell, 2004), von Terrorismus (Friis, 2015; Möller, 2007), Überwachung (Andersen, 2013; Andersen & Möller, 2013), Krieg (Heck & Schlag, 2012), Folter (Hansen, 2015), von Naturkatastrophen (Hutchison, 2014) und von Gesundheitskrisen (Campbell, 2008; Krause, 2021a, 2021b).

Bilder zeichnen sich durch eine ihnen eigene Ambiguität aus (Hansen, 2011). Das meint vor allem, dass Bilder nie von allen Menschen auf dieselbe Art gesehen und verstanden werden. Wie wir ein Bild sehen, welche Assoziationen und Emotionen es in uns weckt, ist abhängig von einer Vielfalt von sozialpolitischen und individuellen Kontextfaktoren. Diese liegen jenseits der Kontrolle der Person, die das Bild gemacht und/oder zirkuliert hat. Es bleibt immer eine »Interpretationslücke« (Hansen, 2011, S. 58). Es ist genau die Ausgestaltung dieser Interpretationslücke, die politisch interessant und relevant ist für das hier zu untersuchende Zusammenspiel von Care, Gesundheit und Pandemie.

Ausgehend von der Bedeutung von Visualität, untersucht dieser Beitrag die Sichtbarkeiten und Sichtbarmachungen von Care. Diese manifestieren sich nicht nur, aber in besonderer Intensität in Krisenkontexten wie der Pandemie. Drei zentrale Annahmen der care-ethischen Literatur sind für diesen Beitrag von besonderer Bedeutung.

Erstens lege ich der nachfolgenden Bildbesprechung und -interpretation ein breites Care-Verständnis zugrunde. Basierend auf der Definition von Fisher und Tronto (1990, S. 40), verstehe ich Care als Aktivität, »die alles umfasst, was wir tun, um unsere ›Welt‹ zu erhalten, fortzuführen und zu reparieren, damit wir so gut wie möglich in ihr leben können. Diese Welt umfasst unseren Körper, uns selbst und unsere Umwelt, die wir alle in einem komplexen, lebenserhaltenden Netz miteinander zu verflechten versuchen.« Care, in ihrer Komplexität, ist weitaus mehr als eine konkrete Praxis. Sie ist ein Grundpfeiler sozialer Ordnungen im privaten wie im öffentlichen Sinne – vor, nach und gerade auch in Krisen (Tronto, 1993, S. 117). »Care ist lebensnotwendig, auch im physiologischen, körperlichen Sinne« (Villa, 2020, S. 434).

Zweitens folgt aus dieser breiten Definition ein Verständnis von Care nicht ausschließlich als von Individuen geleistete Arbeit, sondern als zwischenmenschliche Interaktion. Robinson (2011, S. 61) plädiert aus diesem

Grund dafür, anstatt von autonomen Individuen von »Wesen-in-Beziehung« auszugehen, die alle, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, im Laufe ihres Lebens Care geben und Care empfangen.

Drittens ist Care somit nicht automatisch ›gut‹. Vielmehr kann Care »sich schrecklich anfühlen [...] sie kann unterdrücken« (Puig de la Bellacasa, 2017, S. 4) und kann nicht unkritisch mit Vorstellungen von Liebe und Empathie gleichgesetzt werden. Care, fasst FitzGerald (2024, S. 588) zusammen, kann etablierte Machtsysteme wie Kapitalismus, Rassismus, Kolonialismus und Ableismus in Frage stellen und reproduzieren.

Die Pandemie wirkte wie ein Brennglas (Ammicht Quinn, 2021; Fine & Tronto, 2020), das diese drei Punkte – die umfassende Komplexität, unser aller Eingebundensein in vielschichtige Care-Beziehungen, die Care inwohnenden Ambivalenzen – sichtbar und erfahrbar gemacht hat.

Banksy: Care und Heldentum

Banksys Ölgemälde erschien Anfang Mai 2020 – während des ersten Höhepunkts der Covid-19-Pandemie in Europa – im Foyer des Southampton General Hospitals in Südengland. Auf Instagram teilte Banksy (2020) das Bild mit der Beschreibung »Game Changer«, die schnell zum offiziellen Titel des Werks wurde.⁴

Das 91 × 91 cm große Bild zeigt einen knienden Jungen, der mit einer Spielzeugfigur spielt. Die Figur trägt neben einem Cape eine klassische Krankenschwestertracht, auf deren Schürze ein rotes Kreuz prangt. Gemeinsam mit der Kleidung verortet das rote Kreuz, das einzige Farbelement in dem ansonsten in schwarzer Farbe auf weißem Grund gemalten Bild, die Figur im Krankenhauskontext. Im deutschsprachigen Diskurs wird sie weitläufig mit dem veralteten Begriff »Krankenschwester« beschrieben, in englischsprachigen Berichten als »nurse«. Die Maske, die die Figur trägt, stellt einen visuellen Bezug zur Covid-19-Pandemie her. In einem Mülleimer neben dem Kind liegen, scheinbar achtlos weggeworfen, zwei weitere Figuren: Spiderman und Batman.

4 Aufgrund von Copyright-Restriktionen ist ein Abdrucken des Werks in diesem Beitrag leider nicht möglich. Ein Zugriff auf das Werk ist über Banksys Instagram-Account unter folgenden Link möglich: https://www.instagram.com/p/B_203A5JJ3O/?hl=de.

Banksy schenkte das Gemälde dem Krankenhaus gemeinsam mit der Notiz: »Danke für alles, was Sie tun. Ich hoffe, das hellt die Stimmung hier ein wenig auf, auch wenn es nur schwarz-weiß ist.« (Gompertz, 2020) Bei der Versteigerung im März 2021 erzielte das Gemälde einen Preis von 16,8 Millionen britischen Pfund und ist damit das bisher teuerste Werk Banksys (Schreiber, 2021).

Auf den ersten Blick sind die Anerkennung und Wertschätzung von Care in diesem Bild und seiner Schenkung positiv und begrüßenswert. Banksy richtet hier bewusst den Fokus auf die Arbeit der Menschen im Southampton General Hospital und macht deren Einsatz im frühen Chaos der Pandemie sichtbar. Diese Geste möchte der Beitrag nicht in Zweifel ziehen. Interessant ist nichtsdestotrotz die Tatsache, dass das Bild schnell nach seinem Erscheinen unter dem Titel »Real Hero« als Posterdruck (»gesellschaftskritische Kunst für Ihre Wände«) in diversen Postershops online zu kaufen war.⁵ Weniger subtil als der ursprüngliche Titel »Game Changer« verweist der neue Titel auf das popkulturelle Heldentum, das wir aus Comics und Blockbustern kennen (Nayar, 2022).

Diese Namensänderung und auch die Darstellung der »Krankenschwester« im Bild sind einen zweiten Blick wert. Care wird hier zwar nicht unsichtbar, aber auf eine sehr enge und spezifische Art sichtbar: als Heldentum. Die berühmten und beliebten Helden liegen im Müll, mit der Krankenschwester als »Real Hero« scheint eine neue Heldinnen-Zeit angebrochen. Auf den ersten Blick erkennt Banksys Werk, wie von Care-Ethiker*innen immer wieder betont, Care als lebensnotwendige Tätigkeit an (Tronto & Fisher, 1990). In der Darstellung der Pflegekraft als Superheldin liegt Wertschätzung, vielleicht gar ein Aufruf zum Ende der Prekarisierung von Care aus präpandemischen Zeiten. Helden (nach wie vor eine nahezu ausschließlich männliche Domäne, mit Ausnahme einiger weiblicher Figuren, die meist sexualisiert und stereotyp dargestellt werden), das wissen wir aus zahllosen Hollywood-Blockbustern und Comics, sind stark, mutig und unverwundbar. Sie sind die Rettung in der Katastrophe.

Helden sind aber auch – und hier zeigen sich bittere Parallelen zur Arbeits- und Lebensrealität von Pflegekräften – unbezahlt, im gesellschaftlichen Dauereinsatz und, bis auf gelegentliche Sidekicks und Romanzen, meist allein. Schließlich bleibt für Freund*innen und Familie wenig Zeit, wenn man

5 Siehe zum Beispiel hier: <http://www.wall-art.de/poster/Poster-Banksy-Real-Hero.html>.

ständig in Verantwortung ist, die ganze Welt zu retten. Außerdem ist das popkulturelle, westliche Heldentum neoliberal, durchkommerzialisiert und manifestiert in Merchandise-Produkten. Auch die Heldin in Banksys Gemälde ist nicht nur eine Heldin, sondern eben auch ein Spielzeug, das den Launen des (männlichen) Kindes ausgeliefert ist. In der Ecke, dargestellt durch den Müll-eimer mit den abgelegten Superhelden, lauert bereits die Gefahr, nur alsbald vergessen und ersetzt zu werden (Krasny, 2023, S. 99). Care, das zeigt Banksys Werk bei genauerer Betrachtung äußerst eindrücklich, ist eben nicht nur lebensnotwendig, sondern durchzogen von Abhängigkeitsverhältnissen und Asymmetrien.

Auf den ersten Blick mag es fortschrittlich anmuten, dass die Figur in Banksys Bild weiblich ist. Schließlich ist das eine willkommene Abwechslung zum immer noch stark männlich dominierten Superhelden-Kosmos. Tatsächlich ist es aber auch beispielhaft dafür, dass Care – im privaten wie auch im professionalisierten Bereich – meist von Frauen übernommen ist. Dass Care oft noch immer mit Weiblichkeit assoziiert wird, ist problematisch, »solange ›Care‹ für Frauen und ›Autonomie‹ für Männer gilt« (Ammicht Quinn, 2021, S. 39).

Wahrscheinlich unfreiwillig zeigen uns das Werk Banksys und seine Rezeption somit die besondere Prekarität von Care in der Pandemie und regen zum Nachdenken darüber an, wie problematisch ihre Heroisierung ist. Superheld*innen klagen nicht über schlechte Bezahlung und unsichere Arbeitsbedingungen, sie sind niemals müde und werden nie krank. Es verwundert also kaum, dass vielen Pflegekräften ihre Bezeichnung als Held*innen Sorge bereitet. Nicht nur geht damit eine Romantisierung prekärer Arbeitsbedingungen einher, die Bemühungen um eine bessere Bezahlung erschwert, sie unterstellt den Pflegekräften eine Unverwundbarkeit und Risikobereitschaft, was gerade in einer Pandemie (lebens)gefährlich sein kann. In ihrem Buch »Living with an Infected Planet« (2023) kritisiert Krasny den Superheld*innen-Diskurs aus feministischer Perspektive und zitiert die Pflegekraft Kristie Hill, die sich folgendermaßen von dem Held*innen-Narrativ distanziert: »Wir sind nicht unbesiegbare, und wenn wir sagen, dass wir Probleme haben, glaubt man uns nicht (Mitchell, 2021; zitiert in: Krasny, 2023, S. 102).

Was sehen wir nicht?

Game Changer und die internationale Begeisterung, die das Werk hervorrief, können als Produkte ihrer Zeit gesehen werden. Einer Zeit, in der Care-Arbeit durch gemeinschaftliches Klatschen am Abend für Pflegekräfte und ärztliches Personal einen Moment der punktuellen Sichtbarkeit und performativen Anerkennung erfuhr, die dadurch entstehende Hoffnung auf strukturelle Verbesserungen aber enttäuscht wurde.

Es ist jedoch wichtig, nicht nur die Motivik der punktuellen Sichtbarkeit von Care – zum Beispiel als unverwundbare, stets im Einsatz stehende Held*innen – kritisch zu betrachten, sondern auch zu fragen, was wir *nicht* beziehungsweise *über*-sehen.

Weitestgehend unsichtbar in der Pandemie blieben zum Beispiel die Rolle von Reinigungsarbeit (siehe den Text von Ali Simon und Paula Villa in diesem Band) oder die Auswirkungen der Pandemie und ihrer Lockdowns auf andere Formen von Care-Arbeit, beispielsweise im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe (siehe den Text von Mirjam Seits und Christiane Bomert in diesem Band). Was ebenfalls zu großen Teilen unsichtbar ist, ist das, was Fisher und Tronto (1990) mit Blick auf Care-Arbeit und Care-Beziehungen »care-empfangen« nennen. Bei »care-empfangen« geht es nicht nur um den Akt des Sorgeempfangens, sondern vielmehr um die Beziehung zwischen sorgender und sorgegebender Person. Mit Blick auf dieses Beziehungsgefüge und die damit verbundenen gegenseitigen Abhängigkeiten betonen Gary und Berlinger (2020, S. 57): »die Ethik der Fürsorge muss die care-empfangende Person vor Vernachlässigung und die care-gebende Person vor Ausbeutung schützen.« Die ethische Frage nach »guter« Care muss also immer auch asymmetrische Machtverhältnisse, Hierarchien und Abhängigkeiten aufzeigen und problematisieren.

Die Frage nach Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit macht uns sensibel für die Komplexität und häufige Prekarität von Care-Beziehungen. Das »Vergrößerungsglas« (Ammicht Quinn, 2021, S. 36) der Pandemie macht nicht nur Care an sich, sondern – auf den zweiten Blick – deren Prekarität und Problematiken sichtbar.

Um zum Schluss noch einmal auf Banksys *Game Changer* zurückzukommen, muss man aus Fairness zugestehen, dass es herausfordernd ist, diese Komplexität von Care, wie sie in der Care-Ethik verstanden wird, in einem Kunstwerk abzubilden. Trotzdem bleibt die Feststellung, dass Care im Werk

Game Changer, wie von Banksy selbst (wenn auch auf die Farbwahl bezogen) festgestellt wurde, letztlich wirklich »nur schwarz und weiß« ist.

Vogue: Care und Freiheit

Neben Kunst und Popkultur waren Nachrichtenmedien ein zentraler Ort der Sichtbarwerdung und Sichtbarmachung der Pandemie. Titelseiten und Magazinecover stellen hierbei ein eigenständiges und besonders wirkmächtiges Genre dar (Johnson, 2002; Spiker, 2017). In ihrer Gestaltung sollen Cover und Titelseiten in einer Kombination aus Bild und Text prägnant, kreativ und ansprechend die im Medium behandelten Inhalte zusammenfassen und ankündigen. Sie ziehen nicht nur die Aufmerksamkeit interessierter Leser*innen auf sich, sondern werden auch in Schaufenstern und Aufstellern von einer Vielzahl zufälliger Passant*innen an stark frequentierten Orten wie Bahnhöfen, Flughäfen und Supermärkten wahrgenommen. Auch online wird meist mit der Titelseite oder dem Cover für eine neu erschienene Ausgabe geworben. Formate wie das *Time Magazine* erreichen außerdem immer wieder ikonischen globalen Status und weltweite Bekanntheit (Meisner & Takahashi, 2013, S. 256). Aber auch weniger global bekannte Titelseiten und Cover sind ein Teil der Alltagserfahrung vieler Menschen.

Vor allem im ersten Pandemiejahr 2020 war Covid-19 das dominierende visuelle Thema vieler Medien-Cover. Ein frühes und eher ungewöhnliches Beispiel hierfür ist das Modemagazin *Vogue*, welches auf den ersten Blick nicht als offensichtlichster Ort für die pandemische Berichterstattung erscheinen mag.⁶ Jedoch finden wir in den unterschiedlichen Ausgaben der *Vogue* eine Vielzahl von ästhetisch sehr unterschiedlichen visuellen Auseinandersetzungen mit der Pandemie, vor allem im Frühjahr 2020. So erschien die *Vogue Italia* im April 2020 mit einem gänzlich weißen, ›leeren‹ Cover (Flanagan, 2020). Neben der Interpretation des Chefredakteurs Emanuele Farneti, der das Cover als »ein leeres Blatt, das darauf wartet, beschrieben zu werden, die Titelseite einer neuen Geschichte, die gerade beginnt«, interpretiert (Flanagan, 2020), kann die weiße Farbgebung auch als Referenz auf Hygiene und Reinheit und deren neuen Stellenwert in der Pandemiebekämpfung verstanden werden. *Vogue Arabia* wiederum erschien im Mai 2020 mit einem bereits bekannten Porträt des

6 Tatsächlich fällt seit einigen Jahren aber vor allem die US-amerikanische Magazin-Linie für Jugendliche *Teen Vogue* mit politischen und progressiven Beiträgen auf.

Models und Schauspielerin Iman Abdulmajid, die in der neuen Version eine grüne OP-Maske trägt (London, 2020). Dieses Cover war Teil einer digitalen Kampagne von *Vogue Arabia*, bei der Cover aus der gesamten dreijährigen Geschichte des Magazins mit Masken neu interpretiert und publiziert wurden (Jones, 2020).

Das *Vogue*-Cover⁷ der portugiesischen Ausgabe aus dem April 2020 ist für diesen Beitrag aus mehreren Gründen besonders interessant. Das Cover zeigt zwei sich küssende Menschen, eine weiße Frau und einen weißen Mann. Durch seine schwarz-weiße Ästhetik und Komposition erinnert das Cover an Parfum-Werbung. Gebrochen wird die vertraute Komposition durch die weißen Stoffmasken, die beide Personen tragen.

Die Maske als Disruption von vertrauten Szenen ist ein visuelles Motiv, das während der Pandemie in der medialen Berichterstattung, aber auch auf Demonstrationen gegen Pandemiemaßnahmen immer wieder verwendet wurde. Somit prägt und begrenzt die Maske nicht nur die physische Interaktion zwischen beispielsweise Gesundheitspersonal und Patienten als medizinisches Hilfsmittel, sondern zirkuliert auch in verschiedenen visuellen Manifestationen und wurde, neben dem Bild des stacheligen Virus, zu einer der Ikonen der Pandemie, die das ständige Infektionsrisiko visuell zusammenfasst und gleichzeitig die Notwendigkeit der Infektionsprävention betont (Höll, 2021, S. 188; Krause & Wezel, im Erscheinen). Untertitelt ist das Cover mit den Worten »Freiheit auf Pause. COVID-19, Angst wird uns nicht aufhalten« (engl.: »Freedom on Hold. COVID-19, Fear will not stop us«).

Das Cover setzt mit der maskierten Kuss-Szene und seinem Titel *Care* in Bezug zu Freiheit, Autonomie und Angst (siehe den Text von Katharina Wezel in diesem Band). *Care* entspricht hierbei nicht der typisch engen Vorstellung von *Care* als Form der Pflege von alten, kranken oder jungen Menschen, sondern findet statt als eine Form von körperlicher, romantischer Nähe. Die Maske wird hier widersprüchlich sichtbar. Einerseits ist sie ein Ausdruck von und Mittel für *Care*, und gleichzeitig stilisiert das Cover sie als deren Hindernis. Kuss und Maske – das ist schwer zu verbinden und aus virologischer Sicht auch kontraintuitiv. Der Titel fügt der irritierenden Szene ein widerständiges Element hinzu. Die Pandemie wird hier sichtbar als Freiheitseinschränkung und als zu überwindende Angst.

7 Aufgrund von Copyright-Restriktionen ist ein Abdrucken des Covers in diesem Beitrag leider nicht möglich. Ein Zugriff auf das Cover ist unter folgendem Link möglich: <https://foundation.app/mint/eth/0xe81F024A3060D3aBF42CA9277DoC7B5d86d332BC/2>.

Sara Andrade (2020), Grafikerin des Magazins, beschreibt die Intention des Covers wie folgt: »Wir waren mit dem Anstieg der Infektionszahlen beschäftigt, haben aber vergessen zu bemerken, dass unsere eigene Freiheit, wenn auch für ein höheres Wohl, eingeschränkt wurde.« Impliziert in dieser Beschreibung ist eine klare Unterscheidung zwischen gesund (›we‹) und krank (›infected people‹). Einzig, das hat die Pandemie schnell gezeigt, entsprach diese klare Unterscheidung kaum der pandemischen Realität: Die Spannbreiten zwischen asymptomatisch Infizierten und Menschen mit schwersten Krankheitsverläufen, zwischen Masken als Mittel des Selbst- und gleichzeitig des Fremdschutzes, zwischen der viralen Bedrohung durch andere und im eigenen Körper führte eindimensionale Annahmen schnell ad absurdum.

Ein care-ethischer Blick stellt den im Cover transportierten Binaritäten der Pandemie – ›wir‹ versus ›die Infizierten‹, Freiheit versus Sicherheit – ein relationales Autonomieverständnis gegenüber (Mackenzie & Stoljar, 2000; Robinson, 2011). Autonomie und Relationalität sind in einer care-ethischen Tradition keine Widersprüche. Vielmehr richtet eine care-ethische Perspektive ihren Fokus nicht auf einzelne, autonome Individuen, sondern auf gegenseitige Abhängigkeiten und wechselseitige Beziehungsgefüge. Zentral ist die Annahme, dass sich alle Menschen (wenn auch in unterschiedlichsten Ausprägungen) in Care-Beziehungen befinden, in denen sie sowohl Care empfangen als auch Care geben. Diese wechselseitigen Abhängigkeiten hat die Pandemie uns besonders drastisch, mitunter existenziell vor Augen geführt. Ausgehend von diesem umfassenden Verständnis von Abhängigkeit argumentiert Robinson (2011, S. 61) für ein Sicherheitsverständnis, das anstatt von autonomen Individuen von »Wesen-in-Beziehung« ausgeht: »Bemühungen zur Verbesserung der menschlichen Sicherheit müssen die Bedeutung von Beziehungen und Netzwerken der Verantwortung und Care für die täglichen Erfahrungen der Menschen mit Sicherheit und Unsicherheit anerkennen«. Care-Beziehungen ins Zentrum unseres Sicherheitsverständnisses zu stellen, impliziert keinen Gegenentwurf zu Autonomie, sondern vielmehr eine »Neubestimmung von Autonomie [...], welche die Fähigkeit des einzelnen Selbst, sich für andere und die Welt zu engagieren, einschließt« (Tronto, 2000, S. 36). In einem relationalen Autonomieverständnis befinden sich Menschen in Macht-, Beziehungs- und Abhängigkeitsverhältnissen, innerhalb derer Autonomie immer graduell ist.

Diese Relationalität ist im Cover nicht angelegt, ein solidarischer Umgang mit Infektionsschutz und Vulnerabilität findet nicht statt. Stattdessen fundiert die Maske als visuelle Disruption (der sich durch den Kuss aber widersetzt

wird) der (sexuellen) Selbstbestimmung. Bereits im März 2020 verhandelt das Cover also mit auffallendem Weitblick zentrale Konflikte der Pandemie: eine zunehmende Ablehnung der Pandemie-Maßnahmen in der Bevölkerung, eine Abwertung von Infektionsprävention als Ausdruck von Angst und die Maske als Reizstoff, der diese Konflikte auf einen Gegenstand engführt. Das Cover ist in seiner Verhandlung von zentralen (care-)ethischen Fragen – Vorstellungen von Autonomie und Freiheit – erstaunlich politisch.

Die ZEIT: Care und Vulnerabilität

Einen gänzlich anderen Schwerpunkt setzt die *ZEIT*, ebenfalls in der Frühphase der Pandemie mit der Titelseite Anfang April 2020, die fragt: »Wie schützen wir die Schwachen?« Das Titelbild in Blautönen zeigt zwei Hände, die ein Haus formen. Die blauen Hände assoziieren Schutzhandschuhe, die weißen Ärmel erinnern an einen Arztkittel. Das Haus, das Private, wird symbolisch ergriffen von Fragen des Infektionsschutzes. In einem der zwei gelben Fenster sehen wir die Silhouette einer vermutlich weiblich gelesenen Person. Neben Schwäche und Vulnerabilität angesichts der Pandemie thematisiert die Titelseite Fragen von Unsichtbarkeit, denn der Teaser stellt fest: »[...] Alte und Kranke, Kinder und viele Kleinverdiener sind wie verschwunden. Was sie bewegt und was sie jetzt brauchen.« Über diesem Teaser prangt die Frage: »Wie schützen wir die Schwachen?« Vulnerabilität (gesundheitlicher, wirtschaftlicher oder altersbedingter Art) verbunden mit Unsichtbarkeit ist das zentrale Thema der Titelseite und der gesamten Ausgabe.

Zweifellos adressiert das Cover ein wichtiges Thema: die Unsichtbarkeit vieler Menschen und deren Bedarfe aufgrund von Isolation und Lockdowns. Symptomatisch zu sehen war dies beispielsweise an leeren öffentlichen Räumen, abgesperrten Spielplätzen, geschlossenen Bildungseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen mit Besuchsverbot. Die blauen Hände suggerieren den Infektionsschutz vor dem – das ist eine wichtige Kontextualisierung – zu diesem Zeitpunkt noch relativ unbekannten Virus, dessen Übertragungswege wenig beforscht waren.

Ist das Cover also ein Beispiel für das aufmerksame Wahrnehmen von Care-Bedarfen, für »caring about«, wie Tronto und Fisher (1990) es nennen? Eher nur auf den ersten Blick. Denn mit dieser Art der Adressierung der Frage von Unsichtbarkeit geht eine dichotome Einteilung von stark und schwach, schützend und schutzbedürftig, care-gebend und care-empfangend, »wir« und »die

Schwachen« einher (Ammicht Quinn, 2020). Diese Statik steht, wie auch schon im diskutierten *Vogue*-Cover, in Spannung mit zentralen Annahmen care-ethischer Ansätze, beispielsweise dem Befund, dass alle Menschen (wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen) im Laufe ihres Lebens sowohl Care benötigen als auch Care geben. Aus einer care-ethischen Sicht bietet die Titelseite also Anlass und Notwendigkeit, eindimensionale Vorstellungen von Vulnerabilität und damit immer auch implizit von Schwäche und Stärke, von Verantwortung und Kompetenz zu hinterfragen.

Abb. 1: Dennis Vernooij für DIE ZEIT, 2. April 2020, Nr. 15



Care, grundlegend verstanden, ist eine Reaktion auf unsere Vulnerabilität (FitzGerald, 2024). Hierbei sind wir nicht nur als materielle und körperliche Wesen verletzbar, sondern auch im Rahmen der Beziehungen, mit denen und durch die wir leben vulnerabel (FitzGerald, 2024; mit Bezug auf: Vaittinen, 2015). Care ist also auch deswegen politisch, weil sie eine Entscheidung für eine bestimmte Reaktion auf Vulnerabilität beinhaltet (Wezel & Krause, 2024). Ferrarese (2016a, S. 237) hierzu:

Die Verteilung der Fürsorge, womit ich die Übernahme von Verantwortung für Verletzlichkeit meine, hängt von Herrschaftsmustern und historischen Organisationsformen ab, die möglicherweise auf die Verfestigung geschlechtsspezifischer Rollen, die Entwicklung spezifischer Wirtschaftsstrukturen oder ideologische Konstrukte zurückzuführen sind, die Frauen dazu ermutigen, freiwillig Aufgaben und Pflichten zu übernehmen, die der Gesellschaft dienen. Die Fähigkeit, auf Verletzlichkeit zu reagieren, ebenso wie die Fähigkeit, sie wahrzunehmen, [...] sind das Ergebnis einer sozial organisierten Verteilung.

In diesem Sinn fragt die *ZEIT*-Titelseite zwar nach der Form von Care (»wie?«), nimmt aber gleichzeitig eine sehr klare Verantwortungszuschreibung (»wir« für »die Schwachen«) vor. Bereits der care-ethische Blick auf das *Vogue*-Cover hat uns die pandemische Relationalität vor Augen geführt, ausgezeichnet durch einen erhöhten Bedarf an körperlicher Care bei einer gleichzeitigen Gefahr, die von Care durch körperliche Nähe ausgeht.

Mit einem kritischen Blick auf die *ZEIT*-Titelseite können wir diese Relationalität noch weiterdenken: Die pandemische Relationalität manifestiert sich eben nicht unidirektional entlang einer vermeintlichen Dichotomie von schwach und stark. Nach Ferrarese (2016a, 2016b) liegt Macht und Stärke (engl.: »power«) nicht in Unabhängigkeit und Autonomie begründet. Vaittinen (2015, S. 112) und FitzGerald (2024) argumentieren:

Der verletzbare Körper ist gerade wegen seiner Verletzlichkeit mächtig und politisch: Care und ihre Bedürfnisse ziehen Körper ständig zueinander hin. Diese latente Bewegung schafft unvermeidliche Beziehungen zwischen menschlichen Körpern, und diese Beziehungen sind politisch. [...] Care durchdringt stets gesamte institutionelle Strukturen [...] Sie wird durch die Strukturen eingeschränkt, fordert diese jedoch auch heraus und prägt sie.

Katharina Wezels Beitrag in diesem Band zeigt eindrücklich, dass die Beziehungen zwischen menschlichen Körpern nicht automatisch gut, sondern auch anfällig für Populismus und Gewalt sind.

Die Pandemie wirft insofern ein besonderes Licht auf diese Art der Relationalität, da sie Körper auf existenzielle Art in Abhängigkeit setzt, gleichzeitig durch das Risiko der Ansteckung aber deren physische Isolation verlangt. Die Entscheidung, wessen Körper in diesen Beziehungen als besonders vulnerabel galt und gilt, wessen Körper nicht, wer die Entscheidung hierüber fällt und den

Diskurs entsprechend prägt, war und ist keine rein medizinische, sondern immer auch eine gesellschaftspolitische.

Bereits zehn Jahre vor Beginn der Pandemie hielt Tronto (2010, S. 161) fest:

Care ist wahrscheinlich mit zwei Gefahren konfrontiert, nämlich der Bevormundung, bei der die Care-Gebenden davon ausgehen, dass sie besser als die Care-Bedürftigen wissen, was diese brauchen, und der Engstirnigkeit, bei der die Care-Gebenden eine Vorliebe für Care-Bedürftige entwickeln, die ihnen näher stehen.

Beide Gefahren sehen wir in der *ZEIT*-Titelseite zumindest angelegt. Die Frage »Wie schützen wir die Schwachen?« impliziert erstens nicht nur eine dichotome Unterscheidung zwischen schwach und stark, gesund und krank, und damit eine klare Rollenverteilung von Care-Empfangenden (»Alte und Kranke, Kinder und viele Kleinverdiener«) und Care-Gebenden (der Rest, den das Wir umfasst), sondern richtet die Frage auch nicht an die als vulnerabel identifizierten Gruppen. Zweitens ist die Liste der als vulnerabel Identifizierten kurz und deswegen notwendigerweise unvollständig. Das Cover zeigt, wenn wir es care-ethisch interpretieren, also deutlich, dass nicht nur Care-Praktiken, sondern auch die Verteilung von Care-Verantwortung und die Identifikation von Care-Bedarfen höchst politisch und von Machtasymmetrien durchzogen ist.

Ausblick

Care ist komplex. Dieser Komplexität kann nicht in einem einzelnen Bild umfassend Rechnung getragen werden, Bilder liefern immer nur Einblicke und Ausschnitte. Aber gerade deswegen ist es spannend zu fragen, welche Ausschnitte – zum Beispiel in Kunst oder für Titelseiten – erstellt und ausgewählt werden und welche eben nicht oder nur selten.

Bevor ich auf diesen Punkt zurückkomme, will ich die Aufmerksamkeit von der Visualität hin zur Semantik, die die drei diskutierten Bilder begleitet, lenken. Die Rede ist von Held*innen (»real heroes«), von Schutz und Schwäche, von Freiheit und Angst. Was in keiner Überschrift, keinem Teaser, keinem Bildtitel vorkommt, ist: Care. Care bleibt also auch semantisch trotz der klaren Bezüge, die alle drei Bilder zum breiten Themenfeld Care haben, wundersam unsichtbar.

Im englischsprachigen Diskurs wird diese semantische Abwesenheit von Care auch jenseits des hier diskutierten Bildmaterials noch mal deutlicher. Hier war während der Pandemie die Rede von »frontline workers« (man beachte die Kriegsrhetorik) oder von »essential workers«, der eigentlich etablierte Begriff »care work« war deutlich weniger präsent (FitzGerald, 2024). Analog hierzu drehte sich in Deutschland die Diskussion um Rechte und Pflichten in der »systemrelevanten Arbeit«. Schauen wir genauer hin, waren hiermit meist Arbeiten gemeint, die auch mit den Begriffen Care oder Fürsorge hätten beschrieben werden können.

Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit von Care, das hat dieser Beitrag gezeigt, gehen Hand in Hand und schließen sich nicht aus. Vielmehr verdeutlichen sie, dass immer wieder zu fragen ist: *Wie* wird Care sichtbar – zum Beispiel als Heldenmythos oder als patriarchal anmutender Schutz? Und welche Zuschreibungen von Verantwortung und Vulnerabilität, welche Vorstellungen von Solidarität und Sicherheit sind mit diesem »Wie« verbunden? Mit der Beantwortung dieser Fragen wird die politische Dimension von Care sicht- und kritisierbar, denn: »Der Begriff Care ist nicht unschuldig. Ebenso wenig wie die Vulnerabilität für einen Virus« (Dalmiya, 2024, S. 66).

Bei meiner Recherche für diesen Beitrag bin ich Banksys Instagram-Profil begegnet und war erstaunt, dass der Post, der vor über fünf Jahren das Werk *Game Changer* vorstellte, noch immer Reaktionen und Kommentare erhält. Im September 2025 kommentiert User *wratten_john*:

I dunno... I'm a nurse, and there's a certain section of our clan who allow themselves to be flattered by this. We hardly ever strike or make a fuss and I think this taps into the mentality that somehow we shouldn't- because it's a vocation or- even worse- we're heroes or – god forbid – angels. We put up with all sorts of stuff at work- but what we really need is decent pay. It's a job. Just a job. So, whilst I appreciate the sentiment of this one- we'd appreciate something a little more tangible (wratten_john, 2025).

Literaturverzeichnis

Ammicht Quinn, R. (2020, April 30). Wie schützen wir die Schwachen? Ein Einspruch: Antwort von Prof. Dr. Regina Ammicht Quinn auf den Zeit-Titelbeitrag vom 02.04.2020. *Blog BedenkZeiten*. <https://uni-tuebingen.de/de/175290>

- Ammicht Quinn, R. (2021). *Handle with care: Fragile humans, a pandemic, and the legacy of the European Enlightenment*. Jeevaadhar, 301(26-40).
- Andersen, R. S. (2013). Epistemic authority, lies, and video: The constitution of knowledge and (in)security in the video/security nexus. *JOMEC Journal*, 1–19. <https://doi.org/10.18573/j.2013.10258>
- Andersen, R. S., & Möller, F. (2013). Engaging the limits of visibility: Photography, security and surveillance. *Security Dialogue*, 44(3), 203–221. <https://doi.org/10.1177/0263395713487760>
- Andrade, S. (2020, August 5). English version | Timeline: »Freedom on Hold – Revisited« [Vogue Portugal]. *Vogue Portugal*. <https://www.vogue.pt/english-version-timeline-freedom-on-hold-revisited>
- Banksy. (2020, May 6). Game Changer [Instagram post]. *Instagram*. https://www.instagram.com/p/B_2o3A5JJ3O/?hl=de
- Berents, H. (2019). Apprehending the »telegenic dead«: Considering images of dead children in global politics. *International Political Sociology*, 13(2), 145–160. <https://doi.org/10.1093/ips/olyo10>
- Bleiker, R. (2001). The aesthetic turn in international political theory. *Millennium*, 30(3), 509–533. <https://doi.org/10.1177/03058298010300031001>
- Bleiker, R. (2014). Visual assemblages: From causality to conditions of possibility. In M. Acuto & S. Curtis (Hg.), *Reassembling international theory: Assemblage thinking and international relations* (S. 75–82). Palgrave Macmillan UK.
- Bleiker, R. (2018). Mapping visual global politics. In R. Bleiker (Ed.), *Visual global politics* (S. 1–29). Routledge.
- Callahan, W. A. (2015). The visual turn in IR: Documentary filmmaking as a critical method. *Millennium*, 43(3), 891–910. <https://doi.org/10.1177/0305829815583407>
- Callahan, W. A. (2020). *Sensible politics: Visualizing international relations*. Oxford University Press.
- Campbell, D. (2004). Horrific blindness: Images of death in contemporary media. *Journal for Cultural Research*, 8(1), 55–74. <https://doi.org/10.1080/1479758042000195473>
- Campbell, D. (2008). *The visual economy of HIV/AIDS: A report for the AIDS, Security and Conflict Initiative*. http://static1.squarespace.com/static/5f0049c5a48d404988af893f/5f00533b5d8ebbo4c479bdc7/5f0053515d8ebbo4c479bf9f/1593856849682/Visual_Economy_of_HIV_AIDS.pdf?format=original
- Dalmiya, V. (2024). Pushing through the pandemic portal with care ethics: Possibilities for change. *Diogenes*, 65(1), 55–68. <https://doi.org/10.1017/S0392192123000299>

- Ferrarese, E. (2016a). The vulnerable and the political: On the seeming impossibility of thinking vulnerability and the political together and its consequences. *Critical Horizons*, 17(2), 224–239. <https://doi.org/10.1080/14409917.2016.1153892>
- Ferrarese, E. (2016b). Vulnerability: A concept with which to undo the world as it is? *Critical Horizons*, 17(2), 149–159. <https://doi.org/10.1080/14409917.2016.1153885>
- Fine, M., & Tronto, J. (2020). Care goes viral: Care theory and research confront the global COVID-19 pandemic. *International Journal of Care and Caring*, 4(3), 301–309. <https://doi.org/10.1332/239788220X15924188322978>
- FitzGerald, M. (2022). *Care and the pluriverse: Rethinking global ethics*. Bristol University Press.
- FitzGerald, M. (2024). Care, politics, and the political: The case of the COVID-19 global pandemic. *International Feminist Journal of Politics*, 26(3), 588–608. <https://doi.org/10.1080/14616742.2023.2269947>
- Flanagan, H. (2020, April 8). »Vogue Italia« prints all-white cover for its April issue to signify »rebirth« amid coronavirus crisis. *People*. <https://people.com/style/vogue-italia-prints-white-april-cover-amid-coronavirus-crisis/>
- Friis, S. M. (2015). »Beyond anything we have ever seen«: Beheading videos and the visibility of violence in the war against ISIS. *International Affairs*, 91(4), 725–746. <https://doi.org/10.1111/1468-2346.12308>
- Gary, M., & Berlinger, N. (2020). Interdependent citizens: The ethics of care in pandemic recovery. *The Hastings Center Report*, 50(3), 56–58. <https://doi.org/10.1002/hast.1134>
- Gompertz, W. (2020, May 6). New Banksy artwork appears at Southampton hospital. *BBC*. <https://www.bbc.com/news/entertainment-arts-52556544>
- Hansen, L. (2011). Theorizing the image for security studies: Visual securitization and the Muhammad cartoon crisis. *European Journal of International Relations*, 17(1), 51–74. <https://doi.org/10.1177/1354066110380962>
- Hansen, L. (2015). How images make world politics: International icons and the case of Abu Ghraib. *Review of International Studies*, 41(2), 263–288. <https://doi.org/10.1017/S0260210514000199>
- Heck, A., & Schlag, G. (2012). Securitizing images: The female body and the war in Afghanistan. *European Journal of International Relations*, 19(4), 891–913. <https://doi.org/10.1177/1354066112453401>
- Höll, D. (2021). Zu einer Ethik der Ästhetik in pandemischen Zeiten. *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, 8(1), 181–208. <https://doi.org/10.22613/zfpp/8.1.8>

- Hutchison, E. (2014). A global politics of pity? Disaster imagery and the emotional construction of solidarity after the 2004 Asian tsunami. *International Political Sociology*, 8(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/ips.12037>
- Johnson, S. (2002). The art and science of magazine cover research. *Journal of Magazine & New Media Research*, 5(1), 1–10.
- Jones, J. (2020, May 14). CGI, illustrations and archive photographs: 10 Vogue covers during the COVID-19 crisis – in pictures. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/fashion/gallery/2020/may/14/10-vogue-covers-during-covid-19-in-pictures>
- Krasny, E. (2023). *Living with an infected planet: COVID-19 feminism and the global frontline of care*. Transcript.
- Krause, K. (2021a). Disentangling the protection suit: Images, artefacts, and the making of the health-security nexus. *Millennium*, 49(3), 472–497. <https://doi.org/10.1177/03058298211040157>
- Krause, K. (2021b). Leidende Körper sehen – Bilder, Emotionen und der Nexus von Gesundheit und Sicherheit. *Zeitschrift für Internationale Beziehungen*, 28(1), 127–150. <https://doi.org/10.5771/0946-7165-2021-1>
- Krause, K., & Wezel, K. (im Erscheinen). Entanglements of care and contagion: Masking in pandemic times. *International Political Sociology*.
- Laugier, S. (2021). Paradoxes in the invisibility of care work. *Philosophical Topics*, 49(1), 61–79. <https://doi.org/10.5840/philtopics20214915>
- London, L. (2020, May 19). These Vogue coronavirus covers may be their most iconic yet. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/lelalondon/2020/05/18/these-vogue-coronavirus-covers-may-be-their-most-iconic-yet/>
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Hg.). (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press.
- Meisner, M. S., & Takahashi, B. (2013). The nature of time: How the covers of the world's most widely read weekly news magazine visualize environmental affairs. *Environmental Communication*, 7(2), 255–276. <https://doi.org/10.1080/17524032.2013.772034>
- Mitchell, G. (2021, January 7). Clap for heroes: Nurses say they do not want return of applause. *Nursing Times*. <https://www.nursingtimes.net/news/coronavirus/clap-for-heroes-nurses-say-they-do-not-want-return-of-applause-07-01-2021/>
- Möller, F. (2007). Photographic interventions in post-9/11 security policy. *Security Dialogue*, 38(2), 179–196. <https://doi.org/10.1177/0967010607075791>
- Nayar, P. K. (2022). The art of COVID-19. *Journal of Postcolonial Writing*, 58(2), 253–264. <https://doi.org/10.1080/17449855.2022.2043909>

- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds*. University of Minnesota Press.
- Robinson, F. (2011). *The ethics of care: A feminist approach to human security*. Temple University Press.
- Schlag, G., & Heck, A. (Hg.). (2020). *Visualität und Weltpolitik: Praktiken des Zeigens und Sehens in den Internationalen Beziehungen*. Springer VS.
- Schreiber, S. (2021, March 23). Banksys Corona-Gemälde erzielt einen Rekordpreis. *Handelsblatt*. https://www.handelsblatt.com/arts_und_style/kunstmarkt/auktion-bei-christies-banksys-corona-gemaelde-erzielt-einen-rekordpreis/27034326.html
- Spiker, T. (2017). Magazine cover: The craft of identity and impact. In D. Abrahamson, M. R. Prior-Miller, & B. Emmott (Hg.), *The Routledge handbook of magazine research: The future of the magazine form* (S. 377–391). Routledge.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. (2000). Demokratie als fürsorgliche Praxis. *Feministische Studien*, 18(s1), 25–42. <https://doi.org/10.1515/fs-2000-s104>.
- Tronto, J. (2010). Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158–171. <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Tronto, J., & Fisher, B. (1990). Towards a feminist theory of care. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Hg.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (S. 35–62). State University of New York Press.
- Vaithinen, T. (2015). The power of the vulnerable body: A new political understanding of care. *International Feminist Journal of Politics*, 17(1), 100–118. <https://doi.org/10.1080/14616742.2013.876301>
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? *Leviathan*, 48(3), 433–450. <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2020-3-433>
- Walfisz, J. (2025, April 11). A conspiracy undone: Is Banksy a woman? *euronews*. [https://www.euronews.com/culture/2025/04/11/a-conspiracy-und one-is-banksy-a-woman](https://www.euronews.com/culture/2025/04/11/a-conspiracy-und-one-is-banksy-a-woman)
- Wesel, K., & Krause, K. (2024). Embodiment and protection. *Critical Studies on Security*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/21624887.2024.2418710>
- wratten_john. (2025, September). I dunno...i'm a nurse, and there's a certain section of our clan ... [Antwort auf Instagram-Post]. *Instagram*. [https://www.instagram.com/p/B_203A5J\]3O/?hl=de](https://www.instagram.com/p/B_203A5J]3O/?hl=de)

»Sichtbar ist vor allem das, was Probleme macht – das Unsichtbare hingegen bleibt oft unbeachtet«

Long Covid und ME/CFS als gesellschaftliche Herausforderungen

Ein Gespräch mit Eva-Maria Klinkisch

Eva-Maria Klinkisch ist Professorin für Allgemeine Pädagogik und Allgemeine Didaktik an der Katholischen Hochschule Freiburg. Sie hat an der Universität Hohenheim Wirtschaftspädagogik studiert und in Soziologie promoviert und war in verschiedenen wissenschaftlichen und praxisbezogenen Kontexten an Hochschulen, in der Wirtschaft und in der Entwicklungszusammenarbeit tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen u.a. in der Kritischen Bildungstheorie, Berufsbildungsforschung sowie in der Auseinandersetzung mit sozialen Ungleichheiten im postkolonialen Raum. Aktuell beschäftigt sie sich mit sozialwissenschaftlichen und bildungsbezogenen Perspektiven auf postinfektiöse Folgeerkrankungen.

In der Beschäftigung mit dem Thema stoßen wir auf eine Vielzahl von Begriffen. Was meint Long Covid? ME/CFS, Fatigue, Belastungsintoleranz?

Long Covid bezeichnet Symptome und Krankheitszeichen, die im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion stehen und länger als die akute Krankheitsphase von vier Wochen andauern. Alles, was über diese vier Wochen hinausgeht, wird allgemein unter dem Begriff »Long Covid« subsumiert. Der Begriff ist in der ersten Welle der Coronapandemie zunächst als Selbstbeschreibung von Betroffenen entstanden, die festgestellt haben, dass Corona bei ihnen nicht endet. Der Begriff wurde dann auch im medizinischen System und in der Politik übernommen. In der Medizin wurde dann weiter differenziert. »Long Covid« schloss also, mit Miranda Fricker gesprochen, eine Lücke in den kollektiven Interpretationsressourcen für diese Erfahrung zu Pandemiebeginn (Fricker, 2024). Und es zeigt sich, dass dieser Prozess der Suche

nach einer geeigneten Bezeichnung für postinfektiöse Folgeerkrankungen andauert, in Bewegung und auch umkämpft ist. Sowohl in Betroffenenkreisen als auch in der Medizin.

Für Beschwerden, die länger als drei Monate nach einer Corona-Infektion andauern und den Alltag deutlich beeinträchtigen, wird medizinisch vom Post-Covid-Syndrom gesprochen. Syndrom bedeutet, dass mehrere Krankheitssymptome gleichzeitig auftreten. Dabei können die Symptome unterschiedlich ausgeprägt sein, sich verändern oder neu auftreten.

Es sind mittlerweile über 200 verschiedene Symptome bekannt, die mit Long Covid in Verbindung gebracht werden können. Die Ausprägungen reichen von Erschöpfung und Belastungsintoleranz, Einschränkungen der Atmungsorgane und des Herz-Kreislauf-Systems über Schmerzsyndrome, Schlafstörungen, Reizempfindlichkeit bis hin zu neurokognitiven Einschränkungen wie Problemen mit Erinnerung, Konzentration und Wortfindung. Viele leiden unter dem sogenannten *Brain Fog*: Der Kopf ist wie vernebelt, die Gedanken fühlen sich unendlich zäh an, Konzentration ist kaum möglich, und man kann alltägliche Handlungsfolgen nicht mehr richtig absehen. Manche Betroffene können kaum noch schreiben und lesen, verstehen selbst einfachste Sachverhalte nicht mehr oder haben Schwierigkeiten beim Sprechen. Auch psychologische und psychiatrische Symptome wie Depressionen oder Angst können auftreten, müssen jedoch von ursächlich psychischen Erkrankungen klar abgegrenzt werden. Zunehmend wird beispielsweise die Bedeutung der Neuroinflammation für solche Prozesse erforscht.

Einige weitere zentrale Stichworte, die im Zusammenhang mit Long Covid immer wieder fallen, sind *Fatigue* und *Belastungsintoleranz*. Was ist darunter genau zu verstehen – und warum sind sie so zentral?

Die Diagnose erfolgt über eine sogenannte Ausschlussdiagnostik, das heißt, zunächst müssen andere mögliche Ursachen überprüft werden, bevor Long Covid festgestellt werden kann. Zwar gibt es verschiedene Hinweise und Forschungsansätze, aber im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten lässt sich Long Covid nicht einheitlich an einem bestimmten messbaren Wert oder Bild erkennen. Gerade in dieser Kombination sind die beiden Symptome *Fatigue* und *Belastungsintoleranz* für die Betroffenen sowie für Außenstehende besonders schwer zu greifen.

Fatigue beschreibt eine tiefe, bleierne Erschöpfung, die sich sowohl körperlich als auch kognitiv ausprägt und die nicht durch Schlaf oder Ruhe verbessert

werden kann. Diese Form der Erschöpfung ist also nicht einfach nur »müde sein«, sondern eine schwere und stark einschränkende Belastung im Alltag. Es gibt verschiedene Ursachen für Fatigue. Auch zum Beispiel bei Krebserkrankungen oder Depressionen kann Fatigue auftreten. Postinfektiöse Fatigue ist als eine eigene Form davon zu unterscheiden.

Bei der sogenannten *Belastungsintoleranz* geht es darum, dass Belastungen nicht mehr oder nur eingeschränkt vertragen werden. Manche Betroffene leiden »nur« an Fatigue, die sich belastungsabhängig verschlechtern kann, manche reagieren unmittelbar auf akute Belastungen (z.B. Treppensteigen). Davon zu unterscheiden ist eine bestimmte Form der Belastungsintoleranz, die sogenannte *Post-exertionelle Malaise (PEM)*. *PEM* beschreibt, dass bereits kleine körperliche, geistige und mentale Aktivitäten sowie externe Reize wie Geräusche oder Licht zu einer Zunahme aller Symptome führen können. Die Besonderheit ist, dass dies nicht unmittelbar geschieht, sondern zeitverzögert, nach mehreren Stunden, am nächsten oder übernächsten Tag oder bis zu 72 Stunden später. Diese Zustandsverschlechterung kann so stark werden, dass sie in einen sogenannten Crash übergeht. Dann ist die *PEM* so ausgeprägt, dass die Symptome bis zu einem Punkt massiv zunehmen, an dem einfach gar nichts mehr geht. Die Belastungsgrenzen sind dabei sehr individuell sowie schwankend, was es zusätzlich erschwert. Alle, auch angenehme Aktivitäten können zu einer adversen Reaktion führen. Anders als man es sonst gewohnt ist, führt eine langsame Steigerung der Belastung bei *PEM* nicht zu einer Verbesserung, sondern im Gegenteil: sie kann sogar dauerhaft eine Verschlechterung verursachen.

Was bedeutet das konkret für die Betroffenen? Und was ist mit Pacing gemeint?

Menschen mit *PEM* müssen alltägliche Dinge abwägen: Kann ich heute zum Arzt gehen oder ist das zu viel? Kann ich duschen oder wärme ich mir etwas zu essen auf? Schaffe ich es, mir die Zähne am Stück zu putzen, oder brauche ich eine Pause dazwischen? Ist es möglich, am Tisch zu sitzen und eine Mahlzeit zu essen, oder ist es besser, sie doch im Liegen oder Halbsitzen zu sich zu nehmen? Je nach Schwere der Erkrankung kann das bedeuten, dass Betroffene im abgedunkelten Raum liegen müssen, weil auch Sinnesreize *PEM* auslösen können. Es geht um Fragen wie: Kann ich zehn Minuten am Stück sprechen oder passive Pflegemaßnahmen aushalten, ohne damit rechnen zu müssen, dass ich in den nächsten drei Tagen gar nicht mehr sprechen kann? Ich möch-

te damit deutlich machen, dass es genau diese scheinbar geringen Belastungen sein können, die im Nachhinein zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustands führen. Das bedeutet zugleich: Wir haben es hier mit einem Phänomen zu tun, das das Leben extrem einschränkt und zugleich für Außenstehende kaum nachvollziehbar ist.

Die Idee des Pacing ist, dass Aktivitäten gezielt gesteuert und unterhalb der individuellen Belastungsschwelle begrenzt werden. Eine wichtige Rolle spielen hierfür Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl), Unterbrechungen und Entspannung. Das ist ungewohnt und entspricht auch nicht der üblichen Taktung in nahezu allen Bereichen der Gesellschaft. Ziel von Pacing ist die Sicherstellung von Autonomie und Teilhabe, aber nicht die Steigerung oder Verschiebung der Grenzen nach oben. Ein häufiger Irrtum besteht darin, dies als Vermeidungsverhalten oder Dekonditionierung zu deuten, gelegentlich auch als Bequemlichkeit zu bagatellisieren, womöglich sogar als Ausrede oder Unwillen. Das erkennt die Situation grundlegend. Pacing ist mit schmerzhaften Einschnitten verbunden und der mitunter einzige Weg, wie Betroffene aktiv mit der Krankheit umzugehen lernen können. Entsprechend wichtig ist es, dabei zu unterstützen und nicht auch noch die Körperwahrnehmungen infrage zu stellen oder zu psychologisieren.

Die PEM ist sicherlich ein zentraler Punkt der Missverständnisse rund um diese Erkrankungen. Sie widerspricht vielen gängigen Vorstellungen, sowohl auf der phänomenologischen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Sie passt auch nicht gut zu dem, was in therapeutischen Kontexten üblicherweise als Weg zur Genesung und Teilhabe gilt, z.B. nach einem Schlaganfall oder einer Operation.

Im Zusammenhang mit Long Covid fällt immer wieder auch der Begriff Chronisches Fatigue-Syndrom. Was genau ist damit gemeint – und wie lässt sich die Erkrankung abgrenzen oder einordnen?

ME/CFS steht für Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom. In der Tat wird immer wieder von Fatigue-Syndrom gesprochen. Das ist etwas missverständlich, da Fatigue lediglich eines von mehreren gravierenden Symptomen ist. ME/CFS ist weder neu noch selten. Sie kann nach bakteriellen oder Virus-Infektionen auftreten – etwa nach einer Grippe (Influenza), dem Epstein-Barr-Virus (EBV), Herpes-simplex-Infektionen oder auch nach einer Covid-19-Erkrankung. Daneben gibt es auch noch andere – seltenere – Auslöser wie z.B. Traumata oder eine Impfung. Seit 1969 ist ME/CFS

von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als neurologische Erkrankung anerkannt (ICD-10-Code: G93.3). Bereits bei einem »milden« Verlauf sind die daraus resultierenden Behinderungen und Einschränkungen eklatant; Schwerstbetroffene sind Pflegefälle, die in abgedunkelten Räumen liegen müssen, schon eine Berührung kann unerträgliche Symptome auslösen. ME/CFS gilt als eine der Krankheiten mit besonders geringer Lebensqualität. Eine heilende Behandlung gibt es bislang nicht. Trotzdem wurde ME/CFS über Jahrzehnte hinweg verharmlost, ignoriert oder fälschlicherweise als psychisch bedingt dargestellt. Dies hat die Erforschung als komplexe Multisystemerkrankung über lange Zeit verhindert (Steinacker & Klinkisch, 2024).

PEM von mehr als 14 Stunden ist ein zentrales Diagnosekriterium von ME/CFS. Neben *Fatigue* und PEM leiden die Betroffenen an weiteren Symptomen: unter anderem einer extremen Reizempfindlichkeit (z.B. kann das Piepsen der Spülmaschine drei Räume weiter kaum aushaltbar sein), schweren Kreislaufstörungen, ausgeprägten Schmerzen und Schlafstörungen, immunologischen, kognitiven und neuro-psychiatrischen Einschränkungen und anderem. ME/CFS ist wie Long Covid eine Ausschlussdiagnose. Auch wenn PEM spezifisch für ME/CFS ist, gibt es noch keinen allgemeingültigen Marker. Damit ME/CFS diagnostiziert werden kann, müssen die Symptome bei Erwachsenen mindestens sechs Monate, bei Kindern und Jugendlichen mindestens drei Monate lang anhalten und bestimmte strenge Kriterien bei den Symptomausprägungen erfüllt sein. Obwohl es also teilweise symptomatische Überschneidungen mit Post Covid gibt, handelt es sich bei ME/CFS um eine eigenständige Erkrankung.

Wie viele Personen sind aktuell von Long Covid betroffen? Und inwiefern sind diese sichtbar?

Aktuell gibt es eine Erhebung der ME/CFS Research Foundation gemeinsam mit Risklayer, die sich vor allem mit den ökonomischen Kosten der Erkrankungen beschäftigt (Daniell et al., 2025). In diesem Modell werden aber auch konkrete Fallzahlen hochgerechnet. Laut der Studie wird für Ende 2024 von über 800.000 Long-Covid-Betroffenen und über 600.000 ME/CFS-Erkrankten in Deutschland ausgegangen. Selbst wenn man noch deutlich konservativer kalkulieren würde, als es dieses Modell nach eigenen Angaben tut, zeigt sich: Es handelt sich um eine immens große Zahl von Betroffenen, gerade auch von denjenigen, die die schwere chronische Krankheit ME/CFS entwickelt haben. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen waren per Ende 2021 bereits schät-

zungsweise 70.000–90.000 Kinder und Jugendliche an ME/CFS erkrankt (IQWiG, 2023), und es ist von einer deutlich weiter gestiegenen Anzahl auszugehen.

Bei Corona allgemein zeigt sich ein weiteres Problem in der Sichtbarkeit. Die Erkrankung wird kaum noch systematisch erfasst oder gemonitort. Dabei ist SARS-CoV-2 weiterhin als Erreger verbreitet und wird auch nicht mehr verschwinden (Paessler et al., 2025). Es liegt also ein Problem der Unsichtbarkeit vor, denn zum einen sind die Fallzahlen weiterhin hoch und es werden weitere dazukommen, zum anderen verläuft die Infektion bei vielen ja (glücklicherweise!) mild und folgenarm, sodass manchmal fast der fatale Eindruck entsteht, es handele sich um einen harmlosen Schnupfen. Und: Long Covid erinnert im Namen an die entbehrungsreiche Zeit der Pandemie, an die viele verständlicherweise lieber nicht mehr denken möchten, schon gar nicht als weiteres aktuelles Problem.

Zuweilen wird dennoch gesagt, dass Long Covid und ME/CFS so sichtbar seien wie kaum eine andere Krankheit derzeit und doch viel in die Forschung investiert werde. Da muss man differenzieren: Erfreulicherweise wird endlich mehr geforscht, und ja: Es wird darüber berichtet – im Alltag, Freundeskreis oder in beruflichen Kontexten sowie im Gesundheits- und Versorgungswesen stoßen Betroffene allerdings nach wie vor oft auf Unwissen und Unverständnis, zuweilen auch auf Ressentiments. Eine fachkundige, empathische ärztliche Begleitung ist immer noch vor allem Glückssache – und oftmals Privatleistung. Außerdem bedeutet Sichtbarkeit noch lange nicht Anerkennung, Forschung noch keine Therapie oder bessere Versorgung. Fünfeinhalb Jahre nach Pandemieausbruch fehlt insbesondere für Schwer- und Schwerstbetroffene eine auch nur ansatzweise adäquate Versorgung, zuweilen sind diese schwer kranken Menschen sogar ohne jegliche medizinische Anbindung. Das ist auch für Angehörige eine riesengroße Belastung, da geht es ja um teils unerträgliches Leiden und existenzielle Entscheidungen von Leben und Sterben. Gemessen an der jahrzehntelangen Unsichtbarkeit und Unterversorgung post-infektiöser Syndrome, deren individuellen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen sowie der Vielzahl Betroffener muss man die angestoßenen Bemühungen also doch eher als den Anfang einer dringend notwendigen Korrektur begreifen, die sich hoffentlich fortsetzt. Ich habe durchaus die Sorge, dass die Anstrengungen nachlassen, je weiter die Pandemie wegrückt. Das ist bereits jetzt beobachtbar. Insofern liegt auch hier vielleicht eine »Krise der Krise« vor.

Welche gesellschaftlichen Aspekte spielen Ihrer Meinung nach im Zusammenhang mit postviralen Folgeerkrankungen wie Long Covid eine Rolle?

Wie bei vielen schweren und chronischen Erkrankungen sind auch bei post-infektiösen Folgeerkrankungen gesellschaftliche Dimensionen relevant, wie z. B. soziale und gesundheitliche Ungleichheit, institutionelle und strukturelle Ausschlüsse, Genderaspekte, Diskurse etc., aber auch kollektiv verwurzelte Vorstellungen z. B. zu Gesundheit und Krankheit bzw. Gesundwerden und Kranksein. Bedeutsam ist ebenso das, was für die Versorgung eine unmittelbare Rolle spielt: Wohnort bzw. Region, aktuelle Forschung, Sozialrecht, um nur ein paar Schlagworte zu nennen. Aber auch: scharf geführte Anerkennungskämpfe innerhalb des Medizinsystems sowie die unmittelbare Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung. All diese Dinge sind eingebettet ins Gesamtgesellschaftliche. Denn es ist ja ein durchaus erklärungsbedürftiger Befund, dass eine potenziell so schwere und lange bekannte Erkrankung noch immer so schlecht anerkannt ist. (Steinacker & Klinkisch, 2024)

Diese zunächst abstrakt klingenden Kategorien betreffen die erkrankte Person unmittelbar in ihrem Welt- und Selbstverhältnis. Beispielsweise wenn man an die Beantragung eines Grades der Behinderung denkt oder eines Pflegegrades oder von Erwerbsunfähigkeitsrenten, das sind unendlich zermürbende Kämpfe. Aber auch: Wie komme ich an eine Behandlung? Bin ich gesetzlich oder privat versichert? Was muss ich selbst zahlen? Finde ich einen Arzt, der mich begleitet? Kann ich meinen Arbeitsplatz erhalten? Kann ich weiter zur Schule gehen oder meine Ausbildung beenden? Mich selbst und meine Familie ernähren? Anerkennungstheoretisch gesprochen wird die Integrität von kranken Menschen nicht nur durch die unmittelbaren Folgen der Krankheit bedroht sondern auch durch den gesellschaftlichen Umgang damit (Honneth, 1994). Auch das bleibt ja im Wesentlichen unsichtbar. Leider geschieht dies auch innerhalb des Versorgungs- und Medizinsystems selbst, z. B. in mühsamen bürokratischen Prozessen oder wenn Leidensbeschreibungen nicht geglaubt wird oder diese umgedeutet werden. Es bestehen ja sehr große Machtasymmetrien im Gesundheitswesen. Also es sind hier einige grundlegende Fragen, die sich stellen, und ich glaube, diese hängen stark mit jenen gesellschaftlichen Dimensionen zusammen.

Können Sie das näher ausführen? Welche Rolle spielen gesellschaftliche und individuelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit für unseren Umgang mit Long Covid?

Da sind meiner Einschätzung nach eine ganze Reihe von Aspekten relevant, die jeweils einer eigenen tiefergehenden Betrachtung bedürften. Ich greife an dieser Stelle einen Punkt heraus, nämlich dass in unseren gegenwärtigen Gesellschaften ein überwiegend instrumentelles Körperverständnis vorherrscht (Böhme, 2020). Körper – und auch Psyche – werden in erster Linie dem Funktionieren und Optimieren untergeordnet, Aktivität, Lebensstil und Prävention erhalten einen hohen Stellenwert und werden zunehmend der individuellen Verantwortung zugeschrieben. Gesundsein und Gesundbleiben ist längst auch ein Distinktionsmerkmal. Vermeintliche Gegenbewegungen wie etwa Entschleunigung oder Achtsamkeit sind davon nicht ausgenommen, im Gegenteil. Ich spitze das mal etwas zu: Meditiere dich fit und bleibe leistungsfähig. Bei Krankheit soll der Mensch dann ebenfalls funktional und aktiv mit der Situation umgehen, sich anstrengen, kämpfen. (Klinkisch & Rieger-Ladich, 2025)

Bei postakuten Syndromen bekommt körperliche und kognitive Aktivität einen anderen Charakter: Sie muss unterhalb der individuellen Belastungsschwelle begrenzt werden, auch schöne Aktivitäten können den Energiehaushalt belasten. Entsprechend passt Pacing als zentrale Coping-Strategie ebenfalls nicht zur gängigen gesellschaftlichen Erzählung der Moderne, die sich an einer zwar krisenhaften, aber doch linearen Fortschritts- und Steigerungslogik orientiert (Reckwitz, 2024).

Sie haben sich intensiv mit den Themen Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit von Long Covid und ME/CFS auseinandergesetzt. Welche zentralen Erkenntnisse konnten Sie dabei gewinnen?

Wir haben es mit einer Krankheit zu tun, bei der man dem Körper die Schwere der Erkrankung oft nicht ansieht. Es geht aber nicht nur um das, was im Unsichtbaren bleibt, sondern auch um das, was sichtbar (gemacht) wird. Medizinisch zeigen sich in der Standarddiagnostik in der Regel kaum auffällige Befunde, PEM tritt erst nach den Belastungen wie z.B. einer ärztlichen Konsultation auf. Der Glaube an die Apparatemedizin und auch der ökonomische Anreiz dafür sind im Medizinsystem stark ausgeprägt. Dadurch wurde ohne jede Frage sehr viel Fortschritt und Heilung erreicht, und es braucht auch bei

postinfektiösen Erkrankungen dringend evidenzbasierte Therapieoptionen. Gleichzeitig tun sich Medizin und Versorgungswesen ausgesprochen schwer im Umgang mit Phänomenen, die sich dem (noch) entziehen (Steinacker & Klinkisch, 2024). Hingegen werden berichtete Symptome nach wie vor immer wieder in Kategorien einklassifiziert, die eben zu einer verzerrten Sichtbarkeit führen, z.B. durch psychologische Diagnosen. Diese Fehlkategorisierung hängt sicherlich auch mit der historischen Verknüpfung von Fatigue mit Neurasthenie in der Medizin zusammen (Davenport et al., 2024).

Gerade PEM ist eine große Herausforderung: Sichtbar wird, dass eine Person vielleicht noch eine gewisse Leistung abrufen kann, z.B. reduziert arbeiten oder mal mit aufs Schulfest der Kinder gehen. In solchen Situationen wirkt sie äußerlich möglicherweise kaum eingeschränkt. Doch dieses Bild punktueller Leistungen spiegelt die Realität nur unzureichend wider. Was man nicht sieht, sind die unberechenbaren Folgen und die Tatsache, dass dafür vieles oder alles andere nicht mehr möglich ist, für Tage, Wochen, dauerhaft. Die eigentliche »Rechnung« zeigt sich für die Betroffenen im Nachgang, aber nicht für Außenstehende. Aus meiner Perspektive heraus habe ich diesen Sachverhalt einmal als »Buy now, pay later« beschrieben. Eine Aktivität wird im Moment »eingekauft«, aber die Kosten zeigen sich erst später, in ungewisser Höhe. Bereits vorab muss man die Energie sehr gut einteilen und »sparen«, um das überhaupt möglich zu machen. Auch das ist ein Sichtbarkeitsproblem.

Es handelt sich also in mehrfacher Hinsicht um ein Phänomen, das ich als halbierte Sichtbarkeit bezeichnen möchte (Steinacker & Klinkisch, 2025): Als analytische Kategorie beschreibt sie nicht die Hälfte von Sichtbarkeit oder Unsichtbarkeit, sondern das Gegenteil: Ein Teil wird mit dem Ganzen verwechselt. Es geht folglich nicht nur darum, »mehr« Sichtbarkeit zu fordern, sondern auch auf die Paradoxien und Ambivalenzen dieser Prozesse und ihre sozialen Folgen hinzuweisen.

Warum sind manche Betroffene sichtbarer als andere – und was hat das mit gesellschaftlicher Ungleichheit zu tun?

Es besteht eine heterogene Patient*innengruppe – es kann eben jede*n treffen. Der gesamte Bereich sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit spielt hierbei eine Rolle. Besonders marginalisierte Gruppen bleiben häufig völlig außerhalb des Sichtfeldes. Es stellt sich die Frage, wer überhaupt Zugang zu spezialisierten Ambulanzen erhält, wer einen Termin bekommt, wer sich eine Behandlung leisten kann, wer ein unterstützendes Umfeld hat. Ebenso relevant ist, wer mit

dem spezifischen Habitus des Gesundheitssystems vertraut ist oder über Ressourcen verfügt, etwa rechtliche Schritte einzuleiten, um berechtigte Ansprüche einzuklagen. Diese Ungleichheiten verstärken das Sichtbarkeitsproblem. Schwer- und Schwerstbetroffene verschwinden meist aus ihrem sozialen Umfeld. Leicht und moderat Betroffene hingegen wirken nach außen hin nicht unmittelbar krank, ihre Einschränkungen werden oft im Wortsinne übersehen.

Sie sprechen von der gleichzeitigen Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit von Long Covid, die die Anerkennung erschwert. Welche Bedeutung hat dieses Spannungsfeld im Kontext der ›Krise in der Krise‹ – also der Care-Krise während der Pandemie – und was bedeutet das konkret für die Erfahrungen von Care-Givern und Care-Receivern in der Corona-Krise?

Das Sichtbarkeitsproblem der Gleichzeitigkeit von Visibilisierung und Invisibilisierung erschwert an vielen Stellen die gesellschaftliche und institutionelle Anerkennung der Erkrankung. Das hat dann natürlich auch Auswirkungen auf Care-Beziehungen: Care-Giver werden selbst in Teilen unsichtbar, gleichzeitig sind es gerade sie, die die Erkrankung stellvertretend sichtbar machen (können).

Welche Rückschlüsse lassen sich aus Ihren Analysen für bestehende Ungleichheiten für Familien mit angestiegenen Care-Aufgaben durch chronisch erkrankte oder gesundheitlich beeinträchtigte Kinder ziehen – etwa mit Blick auf das Bildungssystem?

Entscheidend sind aus meiner Sicht zwei Dinge: eine Haltung, den kranken Menschen zu glauben, ihre Verletzbarkeit anzuerkennen und gleichzeitig zu sehen, dass Menschen stets mehr sind als die Krankheit, die sie haben. Es reicht allerdings nicht aus, dies auf individueller Ebene zu belassen: Es braucht strukturelle Veränderungen, Forschung, eine flächendeckende Versorgungsinfrastruktur und ein gesamtgesellschaftliches Umdenken. (Steinacker & Klinkisch, 2025)

Ich möchte einige Dinge exemplarisch ansprechen, wie Bildungsteilhabe trotz der Erkrankung besser ermöglicht werden kann – Unsichtbarkeit und chronische Krankheit sind im Bildungsbereich ein enorm relevantes Thema (Höglinger & Falkenstörfer, 2025). Zum Beispiel wurde während der Pandemie viel Know-how zu digitalen Lernformaten entwickelt, die online zugänglich gemacht werden können. Für viele Betroffene ist der Schul- oder Hoch-

schulweg z.B. durch viele Reize oder die Schwierigkeit, aufrecht zu sitzen, oft sehr belastend oder unmöglich. Deshalb sind Möglichkeiten, zu Hause zu arbeiten, Präsenzzeiten zu reduzieren oder Materialien digital bereitzustellen, sehr wichtig.

Auch verlängerte Prüfungs- oder Studienzeiten, alternative Prüfungsformen und andere Nachteilsausgleiche können helfen. Dazu kommen praktische Dinge wie Ruhemöglichkeiten, Klassenzimmer im Erdgeschoss, eine unkomplizierte Befreiung vom Sportunterricht, die Konzentration aufs Wesentliche anstatt aufs Maximale, den Workload zu verändern und Abläufe so zu gestalten, dass Teilhabe auch unter erschwerten Bedingungen möglich ist. Tandems oder Buddy-Programme können die soziale Einbindung fördern.

Angehörige geraten regelmäßig unter Druck, wenn ihr schulpflichtiges Kind nicht zur Schule gehen kann – da wird dann manchmal sogar das Jugendamt eingeschaltet. Immer wieder wird Eltern unterstellt, überfürsorglich zu sein, womöglich sogar ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu haben. Das gesamte Familiensystem ist durch die schwere Erkrankung eines Kindes ja ohnehin permanent im Ausnahmezustand, das verschärft die Situation dann nochmals dramatisch. Auch hier sind breite Information und Aufklärung einerseits, gezielte Unterstützung für die Familien andererseits notwendig. Bei längeren und schweren Krankheitsverläufen braucht es alternative, flexible und behutsame Beschulungsangebote inklusive Homeschooling, die verhindern, dass Kinder und Jugendliche ganz herausfallen.

Die zentrale Auskunftsperson für das, was möglich ist, ist die betroffene Person. Aus meiner Sicht müssen Schulzeiten, Lernmaterialien und -formen, Prüfungsformate und Unterstützungsangebote so angepasst werden, dass bei Kindern und Jugendlichen weiterhin eine sehr variable, ihren individuellen Belastungsgrenzen entsprechende soziale und Bildungsteilhabe sichergestellt ist, so ungewohnt und klein manche Schritte auch erscheinen mögen. Natürlich müssen dafür entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Wichtig ist überdies, dass technische Assistenzsysteme und pädagogische Begleitung Hand in Hand gehen. Lediglich einen Avatar ins Klassenzimmer zu stellen oder Videozuschaltung zu machen, reicht bei Weitem nicht aus.

Der Bereich der Ansprechpersonen, der Lehrenden und Schulverwaltung sollte von Anfang an einbezogen werden, auch Schwerbehindertenvertretungen oder Vertrauenslehrende. Durch einfache Aufklärung und mehr Bewusstsein können so Möglichkeiten geschaffen werden, die Teilhabe zu verbessern. Dabei geht es nicht nur um den Qualifikationsaspekt sondern auch um Inklusiv-

sion in dieser prägenden Lebensphase. Auch der Kontakt zu Peer-Groups und die Gestaltung von Freundschaften ist mit dieser Erkrankung ja sehr eingeschränkt.

Können Sie abschließend einen kurzen Ausblick geben, wie diese konkreten pädagogischen Fragestellungen und Care-Aufgaben mit gesellschaftlichen Dimensionen zusammenhängen?

Aus meiner Sicht liegt ein zentrales Moment darin, Fragen von Teilhabe, Ausschlüssen und Bedarfen macht- und gesellschaftstheoretisch informiert zu analysieren und kritisch zu hinterfragen. Es geht darum, dass Bildungszugänge und -ausschlüsse nicht einfach gegeben sind, sondern gesellschaftlich produziert und verteilt werden. Dies ist ja eine Erkenntnis, die im sozialwissenschaftlichen Diskurs präsent ist, aber im Zusammenhang mit Long Covid und ME/CFS bislang kaum diskutiert wird.

Und schließlich bedarf es einer Kritik an der Vermessung von Subjekten auf Funktionalität, Quantifizierbarkeit und einer instrumentell zugerichteten Idee von Leistungsfähigkeit (Adorno, 1979). Insbesondere im Umgang mit chronischer Krankheit zeigt sich, wie problematisch der Fokus auf »Wiederfit-Werden« ist. Ein kranker Mensch bleibt unter allen Umständen ein bildsames Subjekt, dessen Bildungsprozesse, teilweise ganz fundamentaler Art, ernst genommen, unterstützt und begleitet werden müssen.

Gerade im Umgang mit Erkrankungen wie ME/CFS oder Long Covid zeigt sich, wie Menschen lernen, mit neuen körperlichen und sozialen Bedingungen unter teils sehr schwierigen Gegebenheiten umzugehen. Dieses Lernen ist nicht rein behavioristisch zu fassen, sondern kann transformativ verstanden werden. Es betrifft die Subjektposition, das Selbstverständnis, den Alltag und das Verhältnis zur Welt. Pädagogisch gedacht heißt das: Es geht um eine Perspektive, die individuelle Bildungsprozesse sowie Lernprozesse auch mit Krankheit in Schulen, Hochschulen, der Berufsausbildung, in der Begleitung von Angehörigen oder im Umgang mit Behörden anerkennt. Für diese Praxis braucht es Konzepte von Teilhabe, die in der Breite auch schwer und unsichtbar Erkrankte mitdenken.

Hinweis: Die geschilderten medizinischen Sachverhalte sind aus Sicht eines medizinischen Laien dargestellt.

Ausgewählte Literatur zu den medizinischen Darstellungen

- Habermann-Horstmeier, L. (2025). Das Handbuch ME/CFS. Patientenzen- trierte Versorgung und interprofessionelle Handlungsempfehlungen (un- ter Mitarbeit von H. Renz-Polster). Bern: Hogrefe.
- Haunhorst, S., Dudziak, D., et al. (2024). Towards an understanding of phys- ical activity-induced post-exertional malaise: Insights into microvascular alterations and immunometabolic interactions in post-COVID condition and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Infection*, 53, 1–13
- Hoffmann, K., Hainzl, A., et al. (2024). Interdisziplinäres, kollaboratives D-A- CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgi- scher Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom. *Wiener klinische Wochenschrift*, 136(5), 103–123.
- Peter, R. S., Nieters, A., et al. (2025). Persistent symptoms and clinical find- ings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syn- drome in the second year after acute infection: Population-based, nested case-control study. *PLOS Medicine*, 22(1).
- Renz-Polster, H., Broxtermann, W., & Behrends, U. (2022). Myalgische En- zephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS): Chronische Er- schöpfung bedeutet nicht, einfach nur müde zu sein. *Pädiatrie*, 34(3), 26–33.
- Steinacker, J. M., & Klinkisch, E.-M. (2025). Halbierte Sichtbarkeit: Aktivi- tät und Rehabilitationsmaßnahmen bei postakuten Infektionssyndromen/ The (In-)Visible Half: Activity and rehabilitation measures for post-acute infection syndromes. *Verhaltenstherapie*, 35(4), 145–157.

Weiterführende Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte (Auswahl)

- BMG Initiative Long Covid: <https://www.bmg-longcovid.de>
- Charité Fatigue-Centrum: <https://cfc.charite.de>
- Deutsche Gesellschaft für ME/CFS: <https://www.mecfs.de>
- Fatigatio e.V.: <https://www.fatigatio.de>
- Sozialpädiatrisches Zentrum des Universitätsklinikums Würzburg: <https://www.ukw.de/behandlungszentren/sozialpaediatisches-zentrum-spz/schulungen/post-covid-postvirale-syndrome-und-mecfs/>

Literaturverzeichnis

- Adorno, T. W. (1979). *Soziologische Schriften I. Gesammelte Schriften* (Bd. 8; R. Tiedemann, Hg.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Böhme, G. (2020). *Leib. Die Natur, die wir selbst sind*. Berlin: Suhrkamp.
- Daniell, J., Brand, J., Paessler, D., Heydecke, J., Schoening, S., & McLennan, A. (2025). *The rising cost of Long COVID and ME/CFS in Germany*. Hamburg/Karlsruhe: ME/CFS Research Foundation & Risklayer.
- Davenport, T. E., Blitshteyn, S., Clague-Baker, N., Davies-Payne, D., Treisman, G.J., & Tyson, S.F. (2024). Long COVID is not a functional neurologic disorder. *Journal of Personalized Medicine*, 14(8), 799.
- Fricker, M. (2024). *Epistemische Ungerechtigkeit. Macht und die Ethik des Wissens*. München: C. H. Beck.
- Höglinger, K., & Falkenstörfer, S. (2025). Zur Unsichtbarkeit chronischer Erkrankungen und ihrer Bedeutung für die Pädagogik: Eine meta-ethnographische Studie. *Empirische Pädagogik*, 39(3), 335–355.
- Honneth, A. (1994). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* (mit einem neuen Nachwort). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- IQWiG. (2023). *ME/CFS. Aktueller Kenntnisstand. Abschlussbericht N21-01*. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Klinkisch, E.-M., & Rieger-Ladich, M. (2025). Vulnerabilität als Politikum: Long Covid in der Leistungsgesellschaft. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 9, 115–124.
- Paessler, D., Hechler, M., Verbeek, R., Neefischer, S., & Dormann, H. (2025). Modellierung der COVID-Infektionszahlen in Deutschland (2020–2024). *Notfall + Rettungsmedizin*, 28, 165–170.
- Reckwitz, A. (2024). *Verlust. Ein Grundproblem der Moderne*. Berlin: Suhrkamp.
- Steinacker, J. M., & Klinkisch, E.-M. (2024). Between progress and invisibility: Are post-viral fatigue syndromes overwhelming medicine and society? *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 75(2), 37–40.
- Steinacker, J. M., & Klinkisch, E.-M. (2025). Halbierte Sichtbarkeit: Aktivität und Rehabilitationsmaßnahmen bei postakuten Infektionssyndromen/ The (In-)Visible Half: Activity and rehabilitation measures for post-acute infection syndromes. *Verhaltenstherapie*, 35(4), 145–157.

IV. Zwischentöne

»Zugleich wurde während der Pandemie jedoch auch deutlich, dass Veränderungen im Rahmen der Angebote für Wohnungslose möglich sind«

Athanasios Tsirikiotis, Sozial- und Gesundheitsplaner im Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart

Athanasios Tsirikiotis hat Soziale Arbeit studiert und arbeitet als Sozialplaner im Gesundheitsamt Stuttgart. Neben seiner praktischen Tätigkeit ist er als Lehrbeauftragter an der Universität Tübingen aktiv und promoviert an der Goethe-Universität Frankfurt a. M. Seine fachlichen Interessen liegen vor allem in der Weiterentwicklung der Wohnungslosenhilfe, in Fragen der Professionalisierung Sozialer Arbeit sowie in psychoanalytisch informierten Perspektiven auf das Arbeitsfeld. Auch die Digitalisierung von Studium und Lehre gehört zu seinen Themen.

Vorbemerkung von Athanasios Tsirikiotis

Ich muss meinen Antworten voranstellen, dass sie nur subjektiv und aus der Perspektive einer Fachkraft in einer ordnungsrechtlichen Unterbringung, einem sogenannten Sozialhotel (vgl. Tsirikiotis/Ober 2025), sein können. Diese Perspektive versperrt den Blick auf aufsuchende, ambulante oder stationäre Unterstützungsangebote der Wohnungslosenhilfe und ihrer Adressat*innen. Ich werde dennoch versuchen, sie zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss ich auch sagen – und das ist vermutlich bereits die erste Aussage über die strukturellen Folgen der Pandemie –, dass ich die Pandemie bisher noch nicht aus professioneller Perspektive eingeholt bzw. reflektiert habe. Wie viele Kolleg*innen habe ich einfach weitergemacht. Ich habe sogar am Ende der Pandemie die Stelle gewechselt. Ich arbeite seit ein paar Jahren als Sozial- und Gesundheitsplaner im Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart und versuche die

sozialmedizinische Versorgung für Bürger*innen in existenziellen Notlagen zu verbessern.

Denken Sie bitte an die Covid-19-Pandemie zurück: Was waren für Sie die größten Herausforderungen und Krisenmomente? Was hat vielleicht auch gut funktioniert?

Eine große Anforderung lag in der Anpassung der Hausordnung zur Durchsetzung gesetzlicher Vorgaben. Allein die Beschaffung der Informationen über die ständig angepassten Regelungen, die Deutung über ihre Relevanz für das Sozialhotel, die Vermittlung mit der Hausordnung und die Durchsetzung der Einhaltung verkomplizierten den beruflichen Alltag enorm.

Die knappen Personalressourcen, die für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben gerade ausreichten, wurden hierdurch an ihre Grenzen gebracht. Die Leitung einer ordnungsrechtlichen Unterbringung lässt sich, von der Buchhaltung abgesehen, nicht im Homeoffice erledigen. Zu Beginn der Pandemie wurde eine große Welle der Solidarität gegenüber wohnungslosen Personen spürbar, die sich auch in materieller Unterstützung ausdrückte, z. B. in von Bürger*innen selbst genähten Masken. Auch die Verwaltung reagierte schnell und stellte Masken, Schnelltests usw. zur Verfügung. Allerdings wuchsen hierdurch auch die administrativen Aufgaben, musste das Material doch an zentralen Stellen abgeholt, entsprechend gelagert, in die sachgerechte Nutzung eingearbeitet und diese den Adressat*innen erklärt werden. Zur Mitte der Pandemie wurden, nach vorheriger Einweisung, auch Schnelltests durch das Personal der Wohnungslosenhilfe durchgeführt. Auch wenn das die Vermittlung der Adressat*innen an andere Angebote oder Unterbringungsformen sowie ihre Teilnahme am öffentlichen Leben ermöglichte, wuchsen hierdurch die zeitlichen Anforderungen an das sozialarbeiterische Personal.

Ebenfalls erinnere ich mich an einen erhöhten sozialanwaltschaftlichen Beratungsbedarf der Adressat*innen. Die Pandemie ging auch mit veränderten Anforderungen an die sozialpädagogische Praxis einher. Durch die ordnungsrechtlichen Änderungen, beispielsweise erlassene Ausgangssperren, gerieten die Adressat*innen häufiger als sonst in den Fokus der Ordnungsbehörden. Personen, die sich mit illegalen Suchtmitteln versorgen mussten und hierdurch auf die Nutzung öffentlicher Plätze angewiesen waren oder sich schlicht aufgrund zunehmender Einsamkeit in Gruppen oder zu von Ausgangssperren untersagten Uhrzeiten im öffentlichen Raum aufhielten, erhielten Bußgelder. Diese häuften sich in kürzester Zeit zu hohen Summen

an, die zu Erzwingungshaft zu führen drohten. Die Kommunikation mit den Behörden oder die Vermittlung an entsprechende Fachberatungsstellen waren vertraute Aufgaben, die jedoch in der hohen Zahl und Akuität der drohenden Verfahren und Strafen ein nicht gekanntes Ausmaß und hohen Druck erzeugten. Zudem litten die Adressat*innen unter der Verknappung der Zugänge zum öffentlichen Raum, da dieser die Pflege sozialer Kontakte auf den digitalen sowie den privaten Raum verlagerte. Personen, die über kleine oder gar keine privaten Räume verfügten, standen hiermit vor einem großen Problem. Mit der Folge der Zuspitzung der exkludierten Position der Adressat*innen und der Zunahme der Einsamkeit.

Hierdurch stieg zudem der psychosoziale Beratungsbedarf der Adressat*innen. Die Informationsvermittlung über Veränderungen der jeweiligen Verordnungen, medizinische Erkenntnisse oder der politische Diskurs spitzte sich auf die Nutzung sozialer Medien und die Beratungsgespräche zu. So mischten sich der Austausch über gesundheitliche Sorgen, die Begleitung beim Umgang mit pandemiebedingten Veränderungen bereits geplanter Vorhaben, beispielsweise einem Umzug in eine Wohnung oder dem Beginn einer Reha, mit der Einordnung von Versatzstücken aus Verschwörungserzählungen und anderen Deutungen des gegenwärtigen Geschehens.

Vor diesem Hintergrund stieg auch der Kooperationsbedarf mit angrenzenden Handlungsfeldern. Nicht nur die Begleitung in das ohnehin von Diskriminierungserfahrungen geprägte Netz niedergelassener Ärzt*innen verkomplizierte sich enorm. Auch die Kooperation mit Kliniken wurde durch die Pandemie komplizierter. Die erschwerte Erreichbarkeit vieler Praxen und Kliniken führte letztlich zu einem höheren Begleitungsbedarf. Hierdurch wurden die ohnehin knappen Personalressourcen zusätzlich beansprucht. Hinzu kam die Zuspitzung chronischer psychischer Krisen, beispielsweise Psychosen, die aufgrund der besorgniserregenden pandemischen Lage vielen Adressat*innen zu schaffen machten und sozialpädagogische Unterstützung bei der Deutung der Situation und der Hervorbringung angemessener Bewältigungsstrategien erforderten.

Zusätzlich verkomplizierte sich die Vermittlung im Falle der Beendigung eines Aufenthaltes, zumal wenn dieser mit der Nichteinhaltung der pandemiebedingten Anpassungen an die Hausordnung zusammenhing. In der ordnungsrechtlichen Unterbringung, in der ich zu jener Zeit tätig war, hatten wir konzeptionell festgelegt, dass eine Beendigung des Aufenthalts ohne Anschlussoption unter allen Umständen zu vermeiden sei. Vor der Pandemie kam es aus diesem Grund nur in akuten Ausnahmesituationen vor, dass eine

Person »auf die Straße« entlassen wurde. Während der Pandemie brachte dieses konzeptionelle Prinzip viele Konflikte mit diversen Organisationen mit sich, die häufig dazu führten, dass Beendigungen des Aufenthaltes in manchen Fällen zu Ungunsten der Adressat*innen hinausgezögert wurden.

Erkrankte eine Person im Haus, kam die Organisation der Quarantäne hinzu. Diese umfasste die kommunikative Vermittlung der Notwendigkeit der Quarantäne, auch bei schwachen Symptomen. Zudem mussten Lebensmitteleinkäufe stattfinden und notwendige Medikamente besorgt werden. In seltenen Fällen konnte hierbei auf Helfer*innen außerhalb des Sozialhotels zurückgegriffen werden, sodass meistens Sozialarbeiter*innen auch hierfür Sorge tragen mussten. Zusätzlich musste die Umsetzung des Hygienekonzepts so organisiert werden, dass für alle Personen auf dem jeweiligen Stockwerk z.B. die Nutzung von Gemeinschaftsräumen mit geringem Ansteckungsrisiko möglich war.

Neben den beruflichen Anforderungen, die mit der Pandemie einhergingen, mussten auch die Sorge um die eigene Gesundheit und Careverpflichtungen Platz finden. Mit den Schulschließungen kam die Notwendigkeit hinzu, das Homeschooling unseres Sohnes zu begleiten, der zu dieser Zeit die Grundschule besuchte. Da meine Partnerin parallel ebenfalls in einem stationären Setting der Sozialen Arbeit tätig war, die Betreuungszeiten der Schule und des Hortes jedoch wegfielen, verkomplizierte sich die Vermittlung zwischen beruflicher und privater Sphäre.

Wie hat die Pandemie Ihre Arbeit in der Wohnungslosenhilfe beeinflusst und was sind Aspekte, die sich auch über den Zeitraum der Pandemie hinweg nachhaltig geändert haben?

In der Pandemie kamen die – bis dahin in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben – strukturellen Defizite der ordnungsrechtlichen Unterbringung deutlich zum Ausdruck: die auf Kante genähte personelle Ausstattung und, damit verbunden, die fehlende systematische Einbettung der ordnungsrechtlichen Unterbringung in die bestehende Architektur der Wohnungslosenhilfe. Aber auch ihre fehlende Verzahnung mit angrenzenden Handlungsfeldern, die Care Leaver*innen der Wohnungslosenhilfe vor das Problem der anschließenden Versorgung stellt. Viel häufiger verlassen Adressat*innen aus genau diesem Grund die ordnungsrechtliche Unterbringung nicht, die dadurch zur »unbefristeten Vorläufigkeit« (Tsirikiotis 2017: 160) wird. In beiden Fällen, dem der Care Leaver*innen – übrigens auch jener Personen, die aufgrund von Hausver-

boten in verschiedenen Organisationen kaum noch einen Platz finden – und dem der verstetigten Aufenthalte, wird die Frage nach der Verantwortung des gesamten Versorgungssystems virulent. Dieser Aspekt berührt nicht nur die Erfahrungen, die ich als Fachkraft in der ordnungsrechtlichen Unterbringung gemacht habe, sondern m.E. auch einen großen Teil der übrigen Angebote der Wohnungslosenhilfe. In der Pandemie wurde deutlich, dass eine integrierte und adressat*innenorientierte Praxis strukturell verunmöglicht wird. Wenn sie gelingt, dann basiert dies meistens auf dem Einsatz einzelner Personen bei den freien Trägern und der Verwaltung, deren Beispiel ihre Nachfolger*innen im Zweifel jedoch nicht folgen könnten. Ebenfalls wurde während der Pandemie deutlich, dass wohnungs- bzw. obdachlose EU-Bürger*innen, die gegenwärtig den größten Teil jener Personen stellen, die von Straßenobdachlosigkeit betroffen sind, strukturell übersehen wurden. Gerade für den vulnerabelsten Teil der Adressat*innengruppe wurden auch während der Pandemie zu wenig Angebote vorgehalten und Ausnahmen häufig erst in gesundheitlichen Not-situationen gemacht, wie beispielsweise eine ordnungsrechtliche Unterbringung über den in der jeweiligen Kommune üblichen Zeitraum für von Leistungsausschluss betroffene Personen hinaus.

Zugleich wurde während der Pandemie jedoch auch deutlich, dass Veränderungen im Rahmen der Angebote für Wohnungslose möglich sind. Zum Beispiel, dass durch verfügbaren Wohnraum auch Entlastungen für Adressat*innen, Organisationen und Fachkräfte möglich sind. Viele Adressat*innen gelangten während der Pandemie kurzfristig an Wohnraum, den private Vermieter*innen ursprünglich Pendler*innen angeboten hatten, die nun kollektiv im Homeoffice saßen. Auch war es pandemiebedingt möglich, mit den Kostenträgern flexibel und fallbezogen über Hilfepläne zu verhandeln oder Bewilligungszeiträume an die Gegebenheiten anzupassen. Auch die konzeptionellen Auswirkungen auf die Wohnungslosenhilfe waren bemerkenswert. So rückte die Frage nach digitaler Teilhabe in den Fokus und es entstanden interessante Formate, in welchen die Nutzung digitaler Endgeräte im Zentrum steht. Allerdings bleiben diese Angebote projektfinanziert und werden in der nächsten Sparrunde vermutlich zuerst gekürzt. Die Pendler*innen kehrten ebenfalls überwiegend zurück, wodurch die kurzfristige Entspannung auf dem Markt für 1- bis 2-Zimmer-Wohnungen verflogen ist. Und auch von der pandemiebedingten Flexibilisierung der Kostenträger ist leider wenig übrig geblieben.

**Was müsste passieren, damit die nächste Krise gut bewältigt werden kann?
Welche Änderungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit, auch mit Blick auf zukünftige Krisensituationen?**

Während der Pandemie wurden m.E. Defizite auf zwei Ebenen deutlich: erstens räumlich-materiell und personell sowie zweitens konzeptionell und strukturell. Vor diesem Hintergrund sind aus meiner Perspektive erstens neben dem dringend benötigten Wohnraum für armutsbetroffene Haushalte auch Räume für Angebote Sozialer Arbeit notwendig, um beispielsweise eine menschenwürdige Unterbringung für alle von Obdachlosigkeit betroffenen Personen zu ermöglichen. Ebenso bedarf es einer Verbesserung der materiellen Ausstattung der Räume der Wohnungslosenhilfe, um sich auf verschiedene Bedarfe einzustellen, wie beispielsweise die zunehmende Pflegebedürftigkeit vieler Adressat*innen oder die Schaffung von Behandlungsräumen in den Organisationen der Wohnungslosenhilfe zur Kompensation der vielerorts fehlenden Zugänge zu niedergelassenen Ärzt*innen. Dies geht mit einer notwendigen Erhöhung der Sachmittel einher, beispielsweise für die Ausrüstung einer sozialmedizinischen Versorgungsstruktur. Ebenso jedoch auch die Aufrüstung der digitalen Infrastruktur, wie WLAN oder die Ausweitung der digitalen Zugänglichkeit der Wohnungslosenhilfe. Hierfür sind dringend die Personalressourcen aufzustocken, um eine adäquate sozialpädagogische Unterstützung zu gewährleisten. Dies deutet zweitens konzeptionelle Konsequenzen an, die vielerorts zu ziehen wären. Häufig sind die ambitionierten Angebote der verschiedenen Träger noch nicht systematisch vermittelt, sind niederschwellige Angebote nicht mit stationären Angeboten oder angrenzenden Handlungsfeldern systematisch verzahnt. Theoretische Konzepte professionellen Handelns basieren viel zu oft noch auf Adaptionen angrenzender Handlungsfelder, wie aktuell die Prominenz des Housing-First-Ansatzes belegt, welcher der US-amerikanischen Suchthilfe entlehnt ist. Dies geht mit der Notwendigkeit einer strukturellen Einbettung der Wohnungslosenhilfe in die Versorgungsstrukturen der jeweiligen sozialen Räume einher. Sowohl auf der Ebene der Sozial- und Krisenplanung als auch auf der konkreten praktischen Ebene müssen Adressat*innen und Organisationen eine größere Rolle spielen. In letzter Konsequenz geht damit die Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit der freien Träger der Wohnungslosenhilfe und der kommunalen Verwaltungen einher, die der Bedeutung der Adressat*innengruppe – immerhin die zweitgrößte Adressat*innengruppe der Sozialen Arbeit (vgl. Tsirikiotis/Ober 2025) – gerecht werden muss. Das Ziel einer solchen Ko-

operation müsste m.E. in der Verschränkung der gegenwärtig verfügbaren Ressourcen bestehen, um eine adäquate Versorgung zu ermöglichen. Die nächsten Krisen zeichnen sich ab. Der Klimawandel beispielsweise stellt eine ernsthafte gesundheitliche Bedrohung für Menschen mit dem Lebensmittel-punkt Straße dar. Dabei geht es nicht nur um Übernachtungsmöglichkeiten und Verschattung öffentlicher Plätze, sondern auch um Fragen des Zugangs zu Trinkwasser – und damit auch des Zugangs zu öffentlichen WCs – oder auch der kühlen Lagerung von Medikamenten, z.B. Insulin.

Literatur

- Tsirikiotis, Athanasios (2017): Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit in der Wohnungsnotfallhilfe am Beispiel einer ordnungsrechtlichen Unterbringung, in: Gebrande, Julia/Melter, Claus/Bliemetsrieder, Sandro (Hg.), *Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit. Praxeologische Perspektiven*, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 146–162.
- Tsirikiotis, Athanasios/Ober, Nadine (2025): Ordnungsrechtliche Unterbringung in Sozialhotels als konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten Wohnungsnotfallhilfe, in: Borstel, Dierk/Brückmann, Jennifer/Nübold, Laura/Pütter, Bastian/Sonnenberg, Tim (Hg.), *Handbuch Wohnungs- und Obdachlosigkeit*, Wiesbaden: Springer VS, 835–852.

Teil III: Praktische Impulse und Zukunftsperspektiven

Care und Corona

Zeit für Vernetzung?!¹

Karin Jurczyk

War die Corona-Pandemie *die* große Chance für eine öffentliche und politische Sichtbarmachung von Care und ihre Anerkennung und faktische Aufwertung? Oder blieb es nach den impliziten und teilweise expliziten Versprechungen, die sich vor allem an das Zauberwort der »Systemrelevanz« von Care-Arbeit geknüpft haben, bei warmen Worten? Die Einschätzungen hierzu sind kontrovers.

Ob die Pandemie zur Chance für bessere Care-Verhältnisse wurde, hängt aus meiner Sicht wesentlich von zwei Voraussetzungen ab, die im Folgenden diskutiert werden: erstens von konkreten Zielsetzungen und zweitens von starken Netzwerken. Dazu, so meine These, brauchen wir auch eine Neuorganisation von Zeit. Denn es ist nicht davon auszugehen, dass eine gezielte gesellschaftliche Transformation, die explizit eine innovative Umgestaltung der Wirtschaft, der Umwelt, des Sozialstaats und der Geschlechterverhältnisse umfasst, bald in Aussicht steht. Viele Analysen machen zwar die immanenten sozialökologischen und ökonomischen Zusammenhänge zu Care deutlich (siehe die Diskurse zu Postwachstumsgesellschaft, Ökofeminismus und vorsorgender Wirtschaftsweise, Nachhaltigkeit etc.), es fehlen jedoch entsprechende gesellschaftliche und politische Mehrheiten und ein klarer Wille zur Neugestaltung einer ›Caring Society‹, d.h. einer fürsorglichen, solidarischen und sozialen Gesellschaft. Noch schlimmer: Als gesamtgesellschaftliches Gestaltungsfeld ist Care bisher nicht im öffentlichen und politischen Bewusstsein angekommen (Jurczyk, Rerrich & Thiessen, 2019)! Zu tief ist das gegenwärtige patriarchale und ausbeuterische Care-

1 Bei diesem Artikel handelt es sich um eine leicht überarbeitete Fassung des gleichnamigen Beitrags auf dem »SozBlog. Blog der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS)«, der am 25. Januar 2021 erschienen ist.

Regime in unsere Lebens- und Arbeitsverhältnisse eingegraben, zu eng sind die Verknüpfungen mit sozialstaatlichen und wirtschaftlichen Regulierungen im globalen Ausmaß.

Damit Covid-19 mehr war als ein »Weckruf« (Aulenbacher, 2020), müsste also erstens ausbuchstabiert werden, was »faktische Aufwertung« konkret bedeutet, es müssten Arbeitspakete geschnürt werden, so wie das von der Initiative Care-macht-mehr im Arbeitspapier »Großputz! Care nach Corona neu gestalten« (Jurczyk/Thiessen 2022) ansatzweise getan wurde. Gewiss sind die dort skizzierten neun Aufgabenfelder dringend zu erweitern und zu vertiefen; dies geschieht durch verschiedene Initiativen (siehe auch den Aufruf »Wann, wenn nicht jetzt« vom 29.4.2020, BAG kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen, 2020). Es liegt an der Komplexität des Gegenstands Care an sich, dass so viele gesellschaftliche Bereiche tangiert sind. Denn bei Care geht es um die Vielfalt von Betreuen, Versorgen, Erziehen, Pflegen und Zuwenden (Brückner, 2010) – und dies im professionellen, im privaten und im zivilgesellschaftlichen Umfeld sowie auf emotionaler, kognitiver, körperlicher und materieller Ebene. Aber es geht nicht nur um die Breite und Vielfalt von Care: Der Weckruf hat nur Folgen, wenn die Wach-Gewordenen auch im Vollbewusstsein ihrer Kräfte aufstehen, sich den Schlaf gründlich aus den Augen reiben und die Tiefe der notwendigen Gesellschaftstransformation in den Blick nehmen – und anpacken. Und auch hier gibt es unterschiedliche Einschätzungen: Meinen die einen, dass es ohne eine Abschaffung des fossilen Kapitalismus mit seinem Care-ignoranten und -ausbeutenden System keine »wirklichen« grundlegenden Änderungen geben kann (siehe Care Revolution Netzwerk, o.J.; sowie Winker, 2015), konzentrieren sich die anderen auf systemimmanente Reformen – wie etwa eine bessere Entlohnung von Care-Berufen, die bessere Absicherung von Live-in-Pflegekräften, siehe exemplarisch auch die anderen Beiträge in dem Blog der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) u.a.m. – und vertrauen auf die langfristig verändernde und kumulative Kraft solcher Teilschritte.

Auch wenn in der Corona-Pandemie zusätzlich zu den bereits länger bestehenden Initiativen, Aktivitäten und Forschungen zu Care viel Neues entstanden ist, so haben doch die meisten mit Care verbundenen Probleme schon lange vorher existiert, und entsprechend kann auf einem soliden Sockel von Wissen und praktischer Erfahrung aufgebaut werden. Blicken wir zurück, so fällt ins Auge, dass im Jahrzehnt zwischen 2010 und 2020 eine bisher nicht bekannte Explosion der Beschäftigung mit Care-Themen stattgefunden hat. Dies gilt insbesondere für die Wissenschaft mit einer Vielzahl von Buchbänden, Ar-

tikeln, Konferenzen, Vorlesungsreihen, Forschungsprojekten und ganzen Forschungsverbünden (etwa ForGenderCare, o.J.; sowie aktuell LFF Sorgetransformationen, o.J.). Deren Ergebnisse sind inzwischen zum Bestandteil der politischen Bildung (siehe Bundeszentrale für politische Bildung, 2020) geworden, aber auch sie haben das Rad nicht neu erfunden, sondern konnten sich auf den seit den 1970er Jahren gewachsenen Fundus der Frauen- und Geschlechterforschung beziehen. Aus diesen Anfängen lässt sich in Bezug auf die Corona-Krise sowie zukünftige Krisen lernen, denn die feministische Forschung entstand damals wiederum in enger Verknüpfung mit der zweiten Frauenbewegung, war also Wissenschaft mit einem konkreten gesellschaftspolitischen Anliegen, das Care eng mit Geschlecht verknüpfte (siehe die Dokumentationen der Berliner Sommeruniversität, bspw. Gruppe Berliner Dozentinnen, 1977). Ausgehend von dem damals primären Ziel, die Diskriminierung von Frauen aufzuheben, wurde – zumindest von den größeren Teilen der Bewegung – eine Umverteilung von Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern gefordert, eine Emanzipation von Frauen durch Erwerbstätigkeit sowie eine Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen von Frauenarbeit im Privaten und Beruflichen (Beck-Gernsheim & Ostner, 1978). Eine im Rückblick interessante Ausnahme war das »Müttermanifest« von 1986, denn es ordnete zwar die sogenannte Mütterarbeit dezidiert weiter den Frauen zu, stellte aber erstmals explizit deren gesellschaftliche Bedeutung positiv ins Zentrum – ganz im Gegensatz zu vielen links-feministischen Analysen, die in der Verberuflichung der Care-Arbeit die Lösung der Probleme sahen (Plattform 2000ofrauen, o.J.). Die zentrale Terminologie war damals nicht Care, sondern vergeschlechtlichte Begriffe wie Frauenarbeit, Hausarbeit, Frauenberufe, geschlechtsspezifisches Arbeitsvermögen – dies änderte sich in den deutschsprachigen Ländern erst zwischen 2010 und 2020 zugunsten des Care-Begriffs.

Im (kausalen?) Kontext dieser zumindest konzeptionellen Entflechtung von Care und weiblichem Geschlecht, dem neuen Fokus auf den Gesamtzusammenhang aller Care-Bereiche und einer immer unübersehbareren Krise von Care weitete sich auch der Kreis der Akteur*innen aus: Neben dem feministischen Wissenschaftsbetrieb und teilweise gemeinsam mit diesem (Care.Macht.Mehr, 2013) bildeten sich etliche Initiativen, die die Care-Krise in mehreren deutschsprachigen Ländern zu einem politischen Thema machten (für einen Überblick siehe Erbe & Jurczyk, 2017). Hierzu gehörten in Deutschland allen voran die Care-Revolution (o.J.), es meldeten sich auch Verbände zu Wort sowie einige Gewerkschaften (GEW und ver.di), aus deren Sicht die Arbeitsbedingungen im jeweiligen Berufsfeld offensichtlich einen kriti-

schen Wert überschritten hatten, ebenso schlugen die Wohlfahrtsverbände Alarm. Paradoxerweise war diese neue Aufmerksamkeit für Care auch eine nicht intendierte Nebenwirkung einer halbherzigen und widersprüchlichen Modernisierung der staatlichen Familien- und Sozialpolitik, deren zentrale ökonomische Motivation die Sicherung des zukünftigen Fachkräftepotenzials vor dem Hintergrund des demografischen Wandels war. Dennoch öffneten sich in Deutschland mit den Maßnahmen des Elterngeld- und Elternzeitgesetzes 2007, dem Teilzeitbefristungsgesetz 2000, dem Brückenteilzeitgesetz 2019, dem Pflegezeitgesetz 2008 sowie dem Ausbau der Kinderbetreuung für unter Dreijährige seit 2008 (siehe Jurczyk, 2018; sowie Maier & Schmidt, 2019) auch normativ und gedanklich neue Türen, Legitimationsfiguren und Handlungsräume für die Aufwertung von Care. Nicht zuletzt spielten in Deutschland die offiziellen Berichte der Bundesregierung zu Familie und Gleichstellung (siehe BMFSFJ, 2006, 2011, 2012 und 2017), deren Kommissionen teilweise aus feministischen Wissenschaftlerinnen bestanden, eine entscheidende strategische Rolle für die Verbreitung, Politisierung und Aktivierung des Care-Themas in vielen gesellschaftlichen Arenen. Auch in der Schweiz und in Österreich gab es große feministische Initiativen, die das Care-Thema zentral bei ihren Anliegen positionierten. 2019 wurde in der Schweiz ein viel beachteter Frauenstreik durchgeführt, bei dem u.a. gleiche Anerkennung und gleicher Lohn insbesondere auch für sogenannte Frauenberufe, Renten, die ein Leben in Würde ermöglichen, sowie eine faire Aufteilung der Haus- und Betreuungsarbeit im Privaten gefordert wurden (Amnesty International Schweiz, 2019). In Österreich wurden 2018 fast 500.000 Unterschriften für ein Frauenvolksbegehren eingereicht mit dem Ziel einer Neubewertung und Umverteilung von Arbeit und Zeit sowie einer gerechten Verteilung von Einkommen (Verein für Frauen*- und Gleichstellungspolitik in Österreich, 2023). Im Jahr 2015 wurde in Deutschland die Initiative Equal Care Day, ein zivilgesellschaftlicher Zusammenschluss von Care-Aktivist*innen, öffentlich gemacht (Bundesverband Equal Care, o.J.). Ebenfalls unabhängig von Corona wurde 2020 das Bündnis Sorgearbeit fair teilen in Trägerschaft des Deutschen Frauenrats (2025) gegründet. Unterschiedliche Aktionstage sind neu ins Leben gerufen worden: der 1. Mai als Tag der unsichtbaren Arbeit, der Equal Care Day am 1. März, der Welttag der Hauswirtschaft am 21. März sowie der Equal Pay Day an jeweils dem Tag, an dem die Lohnlücke erreicht ist. Gar nicht aufgezählt werden können hier die Bündnisse und Resolutionen unterschiedlichster zivilgesellschaftlicher Akteure, etwa der Kirchen. Nicht zuletzt findet – dank sozialer Medien – eine internationale Sichtbarmachung von

Care-Initiativen statt (Thiessen, 2021): The Care Manifesto ist ein Beitrag von »The Care Collective« (Labour Hub, 2020) aus Großbritannien, in dem kapitalismuskritische Analysen mit konkreten Vorschlägen für eine systematische Berücksichtigung von Care in Ökonomie, Politik- und Gemeinwesengestaltung vorgestellt werden. Ausgehend von der US-amerikanischen National Domestic Workers Alliance hat sich bereits 2011 das breite Bündnis »Caring across Generations« (o.J.) gebildet, das private und verberuflichte Care-Arbeit thematisiert und für bessere Care-Bedingungen insbesondere im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen sorgen möchte. Das internationale Netzwerk »Ethics of Care« (2025) will durch die Entwicklung und Verbreitung von Wissen zu achtsamen fürsorglichen Praktiken und gerechten Institutionen und einer Gesellschaft beitragen, die sich um diejenigen kümmert, die verletzlich sind. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie werden auch konkrete Vorschläge für eine verbesserte Care-Infrastruktur und Arbeitsbedingungen vorgelegt. Das australische »Work + Family Roundtable« (2024), in dem über 30 Wissenschaftler*innen aus 18 Universitäten und Forschungsinstituten organisiert sind, veröffentlichte im Dezember 2020 eine politische Agenda für einen neuen Gesellschaftsvertrag, in dem Erwerbs- und Care-Arbeit in genderkritischer Perspektive neu konturiert werden. Zudem gibt es, ausgehend von den USA, einen globalen E-Mail-Austausch (Care Work Network, o.J.), in dem konkrete Ziele diskutiert werden wie die systematische Fokussierung auf Care in der Regierungsgagenda des damaligen US-Präsidenten Joe Biden.

Die Nachzeichnung dieser langen Linien zeigt: Bereichsübergreifende Netzwerke und Bündnisse sind neben der Ausarbeitung konkreter Ziele die zweite Voraussetzung für eine Verbesserung der Care-Verhältnisse. Und die Zahl und Vielfalt der neu entstandenen bzw. seit Längerem aktiven Netzwerke ist beachtlich. Allerdings: Vernetzung braucht Ressourcen, und eine unverzichtbare Ressource ist (neben Geld und Einfluss) Zeit. Vernetzung macht sich nicht so nebenher. Unter Bedingungen der Pandemie ist aber gerade Zeit zu einem höchst ungleich verteilten Gut geworden. Die einen hatten zu viel, die anderen zu wenig davon, die einen erfuhren eine im Lockdown aufgezwungene Entschleunigung und konnten ihr teilweise positive Seiten abgewinnen, die anderen, etwa in »systemrelevanten« Berufen, erlebten eine massive Beschleunigung und Verdichtung. Die Erfahrung eines Lockdown-bedingten »prekären Zeitwohlstands« (Rinderspacher, 2022) dürften den meisten Personen mit privaten Care-Verpflichtungen allerdings verwehrt worden sein: Die Berichte erschöpfter pflegender Angehöriger und Eltern mit Home-Office und Home-Schooling wiesen auf massive Überlastungen hin.

Und gerade denjenigen, die besonders von Zeitproblemen betroffen waren und die viel praktisches Wissen und Forderungen hätten einbringen können, war es (nicht nur) derzeit kaum möglich, auch noch Zeit und Energie fürs Netzwerken und weitere widerständige Aktionen aufzubringen.

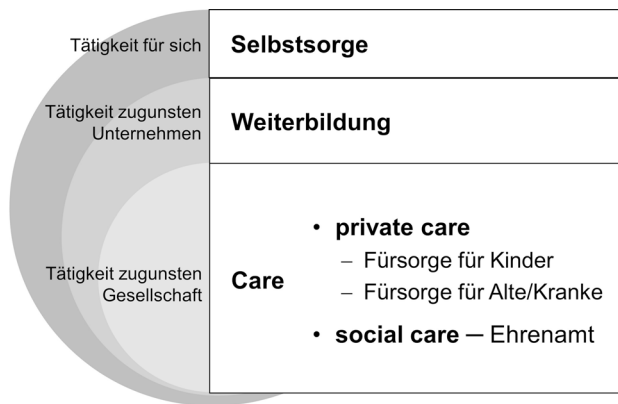
Bereits vor der Corona-Pandemie und dem damit verbundenen Lockdown wurde Zeitnot als *das* Problem von Familien (MfFKJKS, 2015) diagnostiziert. Besonders betroffen hiervon sind Alleinerziehende, zweifach vollzeiterwerbstätige Eltern, Mehrkindfamilien, Familien, die parallel Fürsorge für Kinder und pflegebedürftige Angehörige leisten, sowie erwerbstätige pflegende Angehörige. Es ist zudem ein neuer Streit darum entbrannt, ob die Corona-Pandemie nun zu einer Re-Traditionalisierung der Geschlechterrollen geführt hat oder nicht (Allmendinger, 2021 sowie Hecht & Schwarz, 2021; Boll, 2020; Krohn, 2020). Allemal sind jedoch drei Aspekte deutlich geworden: zum ersten, *wie* extrem ungleich die Arbeitsteilung bereits vor der Corona-Krise war (Barišić & Consiglio, 2020), zum zweiten, wie unverzichtbar öffentliche Betreuungseinrichtungen geworden sind, wenngleich von ›Vereinbarkeit‹ von Care und Erwerb auch unter ›Normal‹-Bedingungen keine Rede sein kann (Bücker, 2020), sowie zum Dritten, dass unter den Bedingungen der Pandemie neben Care-Aufgaben und Erwerb erst recht kaum mehr Zeit für weitere, z.B. politische Betätigungen bleibt. Care-Politik ist deshalb ganz zentral immer auch Zeitpolitik (Heitkötter et al., 2009; Jurczyk, 2015).

Nun wird zwar schon seit Jahren an unterschiedlichen Zeitmodellen für mehr Care- und Zeitwohlstand und gleichzeitig mehr Geschlechtergerechtigkeit als zentralen Aspekten von Demokratiepoltik gearbeitet (Fleischer, 2020; Mückenberger, 2012; Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik e. V., o.J.). Besonders beachtet wird der Vorschlag der 32-Stunden-Woche als allgemeine lineare Arbeitszeitverkürzung (etwa Allmendinger, 2021) sowie das sogenannte »4-in-1-Modell« von Frigga Haug (2011), das eine gleiche Verteilung von Zeit für die vier Bereiche Erwerbsarbeit, Reproduktionsarbeit, politische Arbeit und kulturelle Selbstverwirklichung fordert. Im Kontext der Corona-Pandemie wurde besonders deutlich, dass Sorgearbeit mehr umfassen muss als die Arbeit für konkrete nahestehende Personen, sondern auch Sorge um die Gesellschaft, um das Soziale, bei der Vernetzung ein wichtiger Bestandteil sein kann. Um Zeit für Sorge in einem breiten Sinn als individuellen Anspruch auf sogenannte Optionszeiten abzusichern, muss ein sozialpolitisches Gesamtmodell detaillierter als die bislang vorliegenden Vorschläge ausgearbeitet werden, das eine bedarfsorientierte und selbstbestimmte Gestaltung von Erwerbsverläufen für Frauen und Männer ermöglicht und dabei unter-

schiedliche gesellschaftlich relevante Tätigkeiten einbezieht. Die Konturen eines solchen Modells »atmender Lebensläufe« (Jurczyk & Mückenberger, 2020) liegen inzwischen vor. Nicht die Perspektive auf die tägliche Arbeitszeit steht im »Optionszeitenmodell« im Zentrum, sondern auf den Lebens- und Erwerbsverlauf, denn die Bedarfe nach Zeit für unterschiedliche Tätigkeiten sind je nach Lebensphase und Lebenskonstellation wechselhaft.

Das Modell hat folgende Eckpunkte: Menschen allen Geschlechts sollen in ihrem Erwerbsverlauf zwischen Phasen von Erwerbsarbeit, privater Fürsorge, Ehrenamt, Weiterbildung und Selbstsorge selbstbestimmt wechseln bzw. diese bei Arbeitszeitreduzierungen miteinander kombinieren können. Bei der Neuorganisation von Zeit für Care geht es darum, allen Beteiligten gleiche Verwirklichungs- und Teilhabechancen zu geben und zu ermöglichen, dass sie als Antwort auf die »Wechselfälle des Lebens« zum richtigen Zeitpunkt im Lebenslauf über Zeit verfügen können. Es braucht einen Welfare-Mix mit einer gemeinsamen Verantwortung von Staat, Markt, Familie und Zivilgesellschaft für gute Carezeit-Strukturen. Die Idee des Optionszeitenbudgets ist, über ein gesetzlich verankertes »Ziehungsrecht« (Mückenberger, 2007) jeder Person einen bestimmten Anteil (hier: 9 Jahre) ihrer Lebensarbeitszeit für relevante gesellschaftliche Tätigkeiten zur Verfügung zu stellen, die sich in einem Optionszeitenmodell abbilden lassen.

Abb. 1: Das Optionszeitenmodell; Jurczyk & Mückenberger, 2020, S. 20



Im Kern steht die private und soziale Sorgearbeit zugunsten der Gesellschaft, d.h. die Fürsorge für Kinder, Alte und Kranke, sei es im familialen Rahmen (private care) oder auch als Ehrenamt (social care). Im zweiten Ring findet sich die Weiterbildung, die Unternehmen und Arbeitsmärkten zugutekommt, und im dritten schließlich die Selbstsorge, die die Basis sowohl für Erwerbs- wie für Sorgefähigkeit und die persönliche Entfaltung ist und deshalb ihnen selbst zugutekommt. Die Nutzung der Zeitvolumina für Care soll so flexibel wie möglich sein, dabei ist das gesamte Carezeitbudget von insgesamt ca. sechs Jahren von den Personen mit Sorgeaufgaben auf die verschiedenen Sorgetätigkeiten für Pflege, Kinderbetreuung und für die Gesellschaft zu verteilen.

Vorausgesetzt, wir hätten durch das Optionszeitenmodell oder ähnliche zeitpolitische Vorschläge, die zivilgesellschaftliche Aktivitäten dezidiert berücksichtigen, die Zeit für Vernetzung, bleibt dennoch genauer zu betrachten, wann und wie Vernetzung wirkungsvoll sein kann. Denn sie ist kein Selbstzweck, und Bündnisse als solche bewirken noch nichts. Netzwerke sind immer dann erfolgreich, wenn es gelingt, neben der Einigung über die großen Ziele (hier: die Schaffung gerechter Care-Verhältnisse) konkrete Forderungen zu formulieren und daraus Aktionen folgen zu lassen. Hierfür muss kreativer Streit zugelassen werden und die Vielfalt der Stimmen und Einschätzungen als positives Potenzial dafür wahrgenommen werden, wie Ziele durchaus arbeitsteilig umgesetzt werden können. »Gemeinsam sind wir stark« – dies geht nur auf partizipativem Weg. Gleichzeitig brauchen wirkmächtige Netzwerke mehr als Zeit und mehr als Partizipation: Sie brauchen Geld, Einfluss und heutzutage auch digitales Know-how.

Da wir nicht auf einen grundlegenden Wandel unseres Gesellschafts- und Wirtschaftsmodells warten können, sollten wir tun, was wir *jetzt* tun können, damit die Corona-Pandemie zum Impuls für gerechtere Care-Verhältnisse wird – das heißt, konkrete durchdachte Forderungen stellen, Bündnisse schließen und einmal mehr: das Ende der Bescheidenheit einläuten. Neben der Realisierung care- und geschlechtergerechter Zeitpolitiken schlage ich etwa eine deutliche Erhöhung der Sozialstaatsinvestitionen vor, bzw. diese angesichts insgesamt begrenzter Mittel offensiv ins Verhältnis zu den anscheinend selbstverständlich sehr viel großzügigeren Wirtschaftssubventionen (Aulenbacher, 2020, S. 398) zu setzen. Dass »Wirtschaft Care ist« (Wirtschaft ist Care, 2023), gilt zumindest für die Gesellschaft, die wir gemeinsam mit vielen anderen anstreben. Wir haben eine Chance!

Literaturverzeichnis

- Allmendinger, J. (2021). Es geht nur gemeinsam! Wie wir endlich Geschlechtergerechtigkeit erreichen. Ullstein.
- Amnesty International Schweiz. (2019). Frauenstreik 2019 – ein historisches Ereignis. <https://www.amnesty.ch/de/themen/frauenrechte/sexualisierte-gewalt/dok/2019/frauenstreik-ein-historisches-ereignis>
- Aulenbacher, B. (2020). Covid-19 – Warnzeichen oder Weckruf? Über die Sorglosigkeit des Kapitalismus und die »Systemrelevanz« der Sorge. In T. Schmidinger & J. Weidenholzer (Hg.), *Virenregime: Wie die Coronakrise unsere Welt verändert* (S. 394–400). bahoe books.
- BAG kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen. (2020). Aufruf: Wann, wenn nicht jetzt! <https://www.frauenbeauftragte.org/>
- Barišić, M., & Consiglio, V. S. (2020). Frauen auf dem deutschen Arbeitsmarkt: Was es sie kostet, Mutter zu sein (Kurzexpertise 06/2020). Bertelsmann Stiftung.
- Beck-Gernsheim, E., & Ostner, I. (1978). Frauen verändern – Berufe nicht? Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von »Frau und Beruf«. *Soziale Welt*, 29(3), 257–287.
- Boll, C. (2020). Zurück in alte Rollen? *DJI-Impulse*, 2/20, 51–55.
- Brückner, M. (2010). Entwicklungen der Care-Debatte: Wurzeln und Begrifflichkeiten. In U. Apitzsch & M. Schmidbaur (Hg.), *Care und Migration* (S. 43–58). Verlag Barbara Budrich.
- Bücker, T. (2020). Zeit, die es braucht: Care-Politik als Zeit-Politik. In *Care-Arbeit* (H. 45, S. 4–9). Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2006). *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit: 7. Familienbericht*. BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2011). *Neue Wege – Gleiche Chancen: Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebenslauf* (1. Gleichstellungsbericht). BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2012). *Zeit für Familie: 8. Familienbericht*. BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung: Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten*. BMFSFJ.
- Bundesverband Equal Care. (o.J.). *Equal Care Day – Wege in eine fürsorgliche Demokratie*. Abgerufen am 9. September 2025, von <https://equalcareday.org/>

- Bundeszentrale für politische Bildung. (2020). Care-Arbeit (APuZ, H. 45).
- Care Revolution Netzwerk. (o.J.). Care Revolution. Abgerufen am 9. September 2025, von <https://care-revolution.org/>
- Care Work Network. (o.J.). Care Work Network. Abgerufen am 9. September 2025, von <https://careworknetwork.org/>
- Care.Macht.Mehr. (2020). Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit. <https://care-macht-mehr.com/manifest-2013/>
- Caring Across Generations. (o.J.). Caring Across Generations. Abgerufen am 8. September 2025, von <https://caringacross.org/>
- Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik e. V. (o.J.). Das zeitpolitische Magazin. Abgerufen am 9. September 2025, von <https://zeitpolitik.org/zeitpolitikmagazin>
- Deutscher Frauenrat. (2025). Sorgearbeit fair teilen zwischen Männern und Frauen. <https://www.frauenrat.de/sorgearbeit-fair-teilen-zwischen-maennern-und-frauen/>
- Erbe, B., & Jurczyk, K. (2017). Politische Initiativen zur unsichtbaren Sorgearbeit. *forum erwachsenenbildung*, 17(2), 29–33.
- Ethics of Care. (2025). <https://ethicsofcare.org/>
- Fleischer, E. (2020). Von der Erwerbsarbeits- zur Tätigkeitsgesellschaft. In C. Steckelberg, B. Thiessen & V. Taube (Hg.), *Wandel der Arbeitsgesellschaft* (S. 67–80). Verlag Barbara Budrich.
- ForGenderCare – LMU München. (o.J.). Abgerufen am 9. September 2025, von <https://www.forgendercare.soziologie.uni-muenchen.de/>
- Gruppe Berliner Dozentinnen (Hg.). (1977). *Frauen und Wissenschaft*. COURAGE-Verlag.
- Haug, F. (2011). Die Vier-in-einem-Perspektive als Leitfaden für Politik. *Das Argument*, 291, 241–250.
- Hecht, P., & Schwarz, C. (2021, 14. Januar). Jutta Allmendinger über Frauenpolitik: »Ich kämpfe für Optionen«. *taz*. <https://taz.de/Jutta-Allmendinger-ueber-Frauenpolitik/!5739224/>
- Heitkötter, M., Jurczyk, K., Lange, A., & Meier-Gräwe, U. (Hg.). (2009). *Zeit und Zeitpolitik für Familien*. Barbara Budrich.
- Jurczyk, K. (2015). Zeit für Care. In R. Hoffmann & C. Bogedan (Hg.), *Arbeit der Zukunft* (S. 260–288). Campus.
- Jurczyk, K. (2018). Zeit füreinander! Stimme der Familie, 65(4), 9–137.
- Jurczyk, K., & Mückenberger, U. (Hg.). (2020). *Selbstbestimmte Optionszeiten im Erwerbsverlauf (Abschlussbericht)*. Fördernetzwerk FIS. <https://www.>

- fis-netzwerk.de/fileadmin/fis-netzwerk/Optionszeiten_Abschlussbericht.pdf
- Jurczyk, K., Mückenberger, U., Lien, S.-C., & Heitkötter, M. (2020). Das Optionszeitenmodell. *Nachrichtendienst Deutscher Verein*, 100(3), 107–112.
- Jurczyk, K., Rerrich, M. S., & Thiessen, B. (2019). Gespenst oder Realität? OXI: Wirtschaft anders denken, 12, 5–7.
- Jurczyk, K., & Thiessen, B. (2022). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. *WSI-Mitteilungen*, 75(5), 415–417. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2022-5-415>
- Krohn, P. (2020). Retraditionalisierung? In BpB (Hg.), *Care-Arbeit* (APuZ H. 45, S. 11–15).
- Labour Hub. (2020). Why we need to read the Care Manifesto. <https://labourhub.org.uk/2020/09/24/why-we-need-to-read-the-care-manifesto/>
- LFF Sorgetransformationen. (o.J.). Abgerufen am 9. September 2025, von <https://www.wiso.uni-hamburg.de/forschung/.../sorge-transformationen.html>
- Maier, F., & Schmidt, D. (2019). Das Gespenst der Care-Krise. *Prokla*, 195, 239–258.
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport NRW. (2015). Familienbericht Nordrhein-Westfalen. MfJKJS.
- Mückenberger, U. (2007). Ziehungsrechte – ein zeitpolitischer Weg zur Freiheit in der Arbeit. *WSI-Mitteilungen*, 60, 195–201.
- Mückenberger, U. (2012). Zeitwohlstand und Zeitknappheit. In *Expertisen zum Achten Familienbericht* (S. 11–47). ifo-Institut.
- Plattform 20000 Frauen. (o.J.). Das Müttermanifest (1987). Abgerufen am 9. September 2025, von <https://zwanzigtausendfrauen.at/2011/05/das-muttermanifest/>
- Rinderspacher, J. P. (2022). *Zeiten der Pandemie: Wie Corona unseren Umgang mit der Zeit verändert*. Verlag Barbara Budrich.
- Thiessen, B. (2021). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. DGSA-Blog. <https://blog.dgsa.de/2021/01/15/grosputz-care-nach-corona/>
- Verein für Frauen* – und Gleichstellungspolitik in Österreich (2023). *Frauenvolksbegehren 2.0*. <https://frauenvolksbegehren.at/>
- Winker, G. (2015). *Care Revolution* (3. Aufl.). transcript.
- Wirtschaft ist Care. (2023). Ohne Care gibt es keine Menschen. <https://wirtschaft-ist-care.org/>
- Work and Family Policy Round Table. (2024). *Work and Family Policy Round Table*. <https://workandfamilypolicyroundtable.org/>

Epilog: Krise in der Krise

Was bleibt? Was soll sein?

Katharina Krause, Regina Ammicht Quinn, Ali Simon, Christiane Bomert

Obgleich der Zeitraum der Pandemie durch die Ausrufung des internationalen Gesundheitsnotstandes seitens der WHO von Januar 2020 bis Mai 2023 klar definiert ist, ist das Ende der Pandemie schwer greifbar und abhängig vom individuellen Erleben (siehe hierzu den Prolog in diesem Sammelband). Statt ausschließlich und retrospektiv zu fragen »was war?«, ist es entscheidend, auch nach der Gegenwart und nach möglichen Zukünften zu fragen: »was bleibt?« und »was soll sein?«. Besonders diesen zwei Fragen widmet sich dieser Epilog.

Fragen wir »Was bleibt?« im direkten materiell-visuellen Sinne, gibt es (bislang) keine offiziellen Gedenkort oder Gedenktage. Geblieben sind aber beispielsweise die immer noch vereinzelt anzutreffenden Plexiglasscheiben an Tresen in Geschäften und Arztpraxen, Informationsblätter zum richtigen Händewaschen in öffentlichen Toiletten, Aushänge zum korrekten Tragen von Masken, Bodenmarkierungen zum Abstandhalten an Schaltern in Bahnhöfen und vor Supermarktkassen sowie Desinfektionsspender an den Eingängen von Museen, Universitäten, Pflegeheimen und Krankenhäusern. Eingeschrieben in diese Überbleibsel sind Ideen von Infektionsschutz und mit ihnen auch Ideen von Care: von gegenseitiger Rücksichtnahme und Schutz jener, deren Arbeit zwischenmenschliche Kontakte voraussetzt und Homeoffice ausschließt; der Vermischung von Fremd- und Selbstschutz durch Hygienemaßnahmen, der Ermöglichung gesellschaftlichen *Zusammen*-Lebens unter der gleichzeitigen Verringerung des Infektionsrisikos. Sie sind Zeugnisse des Versuchs, die (pandemische) Welt »so zu erhalten, fort dauern zu lassen und wiederherzustellen, dass wir so gut wie möglich in ihr leben können« (Tronto & Fisher, 1990, S. 40, eigene Übersetzung).

Jedoch sehen wir vielen Plexiglasscheiben ihr Alter an, die Informationsblätter sind vergilbt und eingerissen, die Bodenmarkierungen schmutzig und abgenutzt und die Desinfektionsspender oftmals leer. Um diese pandemi-

schen Manifestationen von Care scheint sich kaum noch jemand zu *sorgen*. Der Begriff ›Corona-Ruinen‹ kommt einem in den Sinn (vgl. Echle, 2025), denn diese materiellen ›Ruinen‹ sind Erinnerungen an eine andere Zeit, aber auch an ein anderes Zeitgefühl.

Gerade diese mittlerweile vernachlässigten Überbleibsel der Pandemie symbolisierten während der Corona-Krise temporäre Ausnahmezustände, indem sie beispielsweise Alltagszeit in Form von Warteschlangen oder Abstandhalten strukturierten. Gleichzeitig manifestierten sie staatlich verfügte Zeitregime in Form von Pause oder Stillstand. Auch andere staatliche Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie, insbesondere die ersten beiden Lockdowns als vermeintlich forcierte Entschleunigung (auch in Bezug auf die Infektionszahlen), resultierten in einer Destabilisierung zahlreicher zeitlicher Orientierungspunkte des Alltags, was wiederum einen neuen bzw. anderen Umgang mit Zeit erzwang. Demnach galt es im Laufe der Pandemie immer wieder »durch rechtzeitiges Handeln *Zeit zu gewinnen*, etwa bis die Infektionskurve abgeflacht, eine ausreichende intensivmedizinische Versorgung gewährleistet und ein wirksamer Impfstoff gefunden und flächendeckend eingesetzt war« (Schweda, 2021, S. 58, Herv. d. A.). Des Weiteren führte die vorherrschende krisenhafte Situation dazu, dass die Planung von Zukunftsereignissen wie Reisen oder Feiern nahezu unmöglich wurde. Insbesondere für viele junge Menschen schien es, als könnten sie eine entscheidende Phase ihres Lebens nicht umfassend erleben (vgl. Thomas, 2023). Diese Entwicklung verdeutlichte die Fragilität und Situationsabhängigkeit von Zeitstrukturen, auf die sich Gesellschaften gemeinhin verlassen. Suckert (2022) zufolge widersprach dieser Zustand dem »kapitalistischen Zeitregime und dessen Prinzipien – Kommodifizierung und rationale Verwertung von Zeit, Beschleunigung sowie Aneignung der Zukunft« (Suckert, 2022, S. 123). Infolgedessen befanden sich viele Menschen in einem Zustand der »zeitlichen Desorientierung« (Velasco et al., 2023, S. 1121). Andere schienen zwischen unterschiedlichen zeitlichen Logiken und Spannungsfeldern festzustecken. Für einige bedeutete die Pandemie eine Verlangsamung, eine Pause oder sogar den Rückzug in den (nicht immer) geschützten Raum des Zuhauses (siehe hierzu etwa den Zwischenton von Metzger). Wie ein solcher Rückzug erlebt und gestaltet wurde, zeigt ein Beispiel aus dem Roman *Die Wut, die bleibt* von Mareike Fallwicl: Dort heißt es über die jugendliche Protagonistin, »Lola hat plötzlich so viel Zeit gehabt für Bücher und aufklärende Accounts auf Instagram, und zum Nachdenken auch. Sie hat gescrollt und aktualisiert, sich Videos angeschaut, gelesen, gelesen, gelesen« (Fallwicl, 2022, S. 149). Für andere, insbesondere

Menschen in systemrelevanten und ›frontline‹-Berufen, bedeutete Covid-19 meist ›Krisenzeit‹, die Dringlichkeit und Beschleunigung mit sich brachte.

Auch emotionale Belastungen wie etwa Stress oder Angst, die während der Pandemie auftraten, hatten einen signifikanten Einfluss auf das Zeitempfinden, das oftmals als verschwommen wahrgenommen wurde. Als Orientierung dienten vielen zeitliche Marker wie etwa der erste Lockdown oder die Möglichkeit zur Impfung. Vieles andere versank im Corona-Nebel. Auch die stetig fortschreitende Verwahrlosung der oben beschriebenen ›Corona-Ruinen‹ steht bildlich für den Prozess des Erinnerns und Vergessens der Pandemiejahre. Materielle Erinnerungsreste einer temporären, jedoch signifikanten Zeitordnung, die auf eine kollektiv geteilte Ausnahmesituation verweisen, persistieren als Mahnmal der Vergangenheit, während der Alltag seinen gewohnten Fluss bereits seit geraumer Zeit wieder aufgenommen hat.

Empathie mit Verfallsdatum?

Abnutzungerscheinungen zeigen nicht nur die visuell-materiellen Manifestationen der Pandemie, sondern auch die Empathie und die Solidarität, die oft mit Care verknüpft werden. Handlungen wie etwa das Einkaufen für dem Virus gegenüber besonders vulnerablen Menschen oder das gemeinschaftliche Klatschen für Menschen in Gesundheitsberufen haben besonders die ersten Pandemiemonate und auch das erste Pandemiejahr gekennzeichnet.

In den Interviews und Medienanalysen, die im Rahmen des Co-Care-Projekts durchgeführt wurden, fiel oft das Wort *Erschöpfung*. Interviewte sprachen von einer Resignation im Angesicht der aufeinanderfolgenden Wellen und der nicht enden wollenden Care-Aufgaben unter immer neuen Maßgaben und Umständen. Ein Ende der Pandemie schien kaum greifbar. Das Aushalten und Navigieren des eigenen Körpers als vom Virus bedroht und gleichzeitig durch eine möglicherweise asymptomatische und dadurch unerkannte Infektion für andere bedrohlich verlangte beständig nach neuen und angepassten Formen von Care. Diese notwendigen neuen Formen von Care betreffen heute in besonderem Maße jene, die an einem Post-Covid-Syndrom oder ME/CFS leiden und deren Alltag – teils bis heute – in vielfältiger Weise durch die Folgen der Infektion eingeschränkt ist. Für die Betroffenen nimmt Selbstsorge dabei eine Form an, die sonst kaum mit dem gängigen Verständnis von Für-sich-Sorgen und einem interaktionalen Verständnis von Care verbunden wird: Selbstsorge bedeutet dann etwa, sich in abgedunkelte Räume zurückziehen zu müssen

und jegliche körperliche Berührung durch andere zu vermeiden (siehe dazu auch das Gespräch mit Klinkisch in diesem Band). Erschöpfung, das zeigt unsere (in diesem Sammelband dargestellte) Forschung aber auch, ist nicht das einzige Empfinden, das im Pandemieverlauf zunahm. So kamen im Bereich der Reinigungsarbeit, die im Beitrag von Simon und Villa untersucht wird, Unsicherheit und Anspannung, zugleich aber auch Verantwortungsbewusstsein und der Wunsch, Sicherheit zu vermitteln, zur Sprache. Der »Zwischenton« von Anne P. thematisiert neben Ängsten und Überforderung auch Stolz, Zusammenhalt und Sinnhaftigkeit der Arbeit in einer Klinik. Die Beiträge von Ammicht Quinn und Wezel zeigen außerdem eindrücklich die Rollen von Wut und Gewalt sowie deren komplexe Verbindungen und Verhältnisse zu Care in der Pandemie. Parallel dazu nahm im Verlauf der Pandemie die kritische Auseinandersetzung mit den politischen Maßnahmen deutlich zu: Je länger sie Bestand hatten, desto intensiver wurden Sinnhaftigkeit, Berechtigung und Verhältnismäßigkeit der staatlichen Eingriffe öffentlich verhandelt und kontrovers diskutiert (vgl. Blom, 2020).

Care – das ist keinesfalls eine neue Erkenntnis, aber in der Pandemie besonders drastisch und mitunter existenziell offenbar – ist nie nur durchzogen von positiv konnotierten Emotionen wie Liebe und Anteilnahme, sondern auch Ursache von Erschöpfung, Frust, Wut und Gewalt. Diese teils widersprüchlichen, teils sich gegenseitig verstärkenden Emotionen existieren aber auch in zeitlicher Folge. Und sie sind zentral für unser Verständnis der soziopolitischen Relevanz von Care: »Emotionen [sind bedeutsam] als individuelles, persönliches und kollektives soziales Phänomen« (Schlag, 2018, S. 210, eigene Übersetzung), sie sind niemals nur individuell, sondern immer auch sozial und kulturell konnotiert (vgl. Hutchison, 2014, S. 4).

Die Ambivalenzen manifestierten sich ebenfalls in den täglichen Care-Arbeitsroutinen während der Pandemie, in deren Verlauf emotionale Belastung und organisatorische Anforderungen eine enge Verknüpfung aufwiesen.

Keine Zeit – während und nach der Pandemie

In vielen Tätigkeitsbereichen mussten im Zuge der Pandemie Arbeitsabläufe häufig unter ständigem Zeitdruck fortlaufend angepasst werden, wobei professionelle Ansprüche und Infektionsschutz immer wieder neu austariert werden mussten. Da Vorgaben teils täglich, für den spezifischen Kontext allerdings oft verspätet eintrafen und kaum Raum für Abstimmung blieb,

wurden viele Entscheidungen daher pragmatisch getroffen – mitunter auf Kosten fachlicher Reflexion. So etablierten sich etwa in der Sozialen Arbeit in kurzer Zeit Routinen, die weniger Ergebnis sorgfältiger Planung als Ausdruck unmittelbarer Handlungsnotwendigkeit waren (vgl. Alsago & Meyer, 2023, S. 32; siehe dazu auch den Beitrag von Seits und Bomert in diesem Band). Besonders deutlich wird dies im Umgang mit digitalen Kommunikationswegen: Fachkräfte griffen auf zuvor unzulässige oder datenschutzrechtlich bedenkliche Mittel zurück, um den Kontakt zu Adressat*innen zu halten – »egal wie« (vgl. Zink & Bomert, i. B.). Diese Form des improvisierten Handelns markiert nicht nur eine Phase der Ausnahme, sondern auch eine Verschiebung eines professionellen Selbstverständnisses, in dem Zeit zum entscheidenden Faktor professioneller Praxis wurde: Dies zeigte sich insbesondere darin, dass die Fachkräfte Wege finden mussten, die pro Familie zur Verfügung stehende Zeit trotz der geltenden Corona-Beschränkungen sinnvoll zu gestalten. Zugleich stellte sich die Frage, wie Zeitaufwände – etwa durch den Wegfall von Fahrtzeiten – angemessen abgerechnet werden konnten. Schließlich führten begrenzte zeitliche Ressourcen häufig dazu, dass pragmatische Handlungsstrategien erforderlich wurden.

Trotz dieser massiven Belastung hat bislang kaum eine systematische Aufarbeitung der Pandemie in den Teams Sozialer Arbeit stattgefunden. Fachkräfte berichteten uns, dass es vielfach an Zeit und Bereitschaft fehle, sich erneut in den emotionalen Ausnahmezustand jener Pandemie-Monate zu versetzen. Hinzu kommt, dass der Alltag inzwischen von fortlaufenden Krisen überlagert ist, die ein Innehalten kaum zulassen. So bleibt die pandemische Erfahrung vielfach unbearbeitet. Der Faktor Zeit erweist sich damit nicht nur als zentrales Element der Krisenbewältigung, sondern auch als entscheidende Bedingung für deren fehlende Aufarbeitung. In der Hochphase der Pandemie zeigte sich dieser Zeitmangel auch darin, dass zahlreiche Fachkräfte für Interviews oder Befragungen nicht zur Verfügung standen – nicht aus mangelndem Interesse, sondern weil der Arbeitsalltag keinerlei Freiräume für Reflexion oder zusätzliche Beteiligung ließ. Andere Zeiterfahrungen dazu machten häufig junge Menschen, die bereits in der Kernzeit der Pandemie sehr fundierte Aussagen zum eigenen Erleben sowie zur Analyse der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit der Pandemie vorgenommen haben (Thomas, 2023, S. 20). Umso erstaunlicher, dass ihre Erfahrungen – trotz scheinbarer Erfassungsmöglichkeiten – in der Bearbeitung der Pandemie kaum eine Rolle gespielt haben.

Back to *which* normal?

Sozialwissenschaftliche Forschung zu Krisen und Katastrophen problematisiert regelmäßig das Narrativ vom Ende der Pandemie. Dora Vargha (2016, eigene Übersetzung) beschreibt den Wunsch nach einem ›Ende‹ von Gesundheitskrisen wie folgt: »Wir alle sehnen uns nach einem Happy End oder zumindest nach einem Ende, wenn es um Krankheiten geht, die unseren Glauben an medizinisches Wissen und unsere politischen Systeme infrage stellen und das soziale Gefüge zerreißen. [...] Klare Enden können neuen Anfängen Platz machen. Gleichzeitig können Epidemien-Narrative ebenso trügerisch wie verführerisch sein.« Ähnlich kritisch stehen Denise Bergold-Caldwell et al. (2022, S. 132) der Idee einer abgeschlossenen Pandemie gegenüber und gehen stattdessen von einer »anhaltende[n] Gegenwärtigkeit« der Pandemie aus.

Diese »anhaltende Gegenwärtigkeit« (Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 132) der Pandemie geht über leere Desinfektionsspender und schmutzige Abstandsmarkierungen hinaus, sie ist höchst individuell und gleichzeitig durchzogen von strukturellen intersektionalen Machtverhältnissen. Das Erleben und *Durchleben* der Pandemie, die hiermit verbundenen, mitunter traumatischen und existenziellen Erfahrungen, können »nicht nur einen Verlust des Selbstvertrauens bedeuten [...], sondern auch einen Verlust des Vertrauens in das Gerüst der Familie und Gemeinschaft, in die Strukturen menschlicher Regierungsformen, in die übergeordneten Logiken, nach denen die Menschheit lebt, und in die Wege der Natur selbst« (Erikson, 1994, S. 242, eigene Übersetzung).

Welches ›Normal‹ meint der viel geäußerte Wunsch und die Aufforderung »back to normal« also? »Wessen Lebensrealität findet sich in dieser Forderung wieder – und welche Lebensrealitäten waren zwar normal im Sinne von real, aber alles andere als wünschenswert?« (Feiler, 2021) Ist dieses alte ›Normal‹ überhaupt erreichbar? Und, noch wichtiger, ist es erstrebenswert?

Feiler (2021) weist darauf hin, dass »Normalität« kein neutraler Zustand ist, sondern als gesellschaftliche Praxis sozial hergestellt wird und damit veränderbar bleibt. Als normal gelte jeweils das, was nicht auffällt und keiner Erklärung bedarf, wobei diese Normalitätsvorstellungen bestimmte – teils unbewusste – Normierungsprozesse und Machtverhältnisse reproduzieren. Im Hinblick auf den verbreiteten Wunsch nach einer »Rückkehr zur Normalität« hebt Feiler hervor, dass sich dahinter sowohl nachvollziehbare Sehnsüchte nach persönlichen und gesellschaftlichen Freiheiten verbergen als auch eine Verklärung problematischer gesellschaftlicher Zustände, die Ausschlüsse er-

zeugen. Gerade für Menschen, für die die Pandemie Tod, schwere Krankheit sowie lange Phasen von Isolation und Einsamkeit mit sich brachte, zeigt sich, wie ambivalent dieser Normalitätsbegriff ist und dass eine unkritische Rückkehr dazu nicht für alle wünschenswert sein kann (siehe dazu auch den Zwischenton von Häfele in diesem Band). So endet auch Paolo Giordanos Band *In Zeiten der Ansteckung* mit einem Plädoyer gegen die Rückkehr zu einer scheinbaren Normalität vor Corona und einem Plädoyer dafür, »erweiterte Verantwortung« zu tragen für unseren »privilegierten Fatalismus«.

Was soll sein?

Dieser Sammelband begann mit Beobachtungen zu (Un-)Sichtbarkeiten von Care im Materiellen, aber auch im übertragenen Sinne und dessen Problematisierung. Am Ende dieses Epilogs kommen wir zurück zu diesem frühen Zeitpunkt der Pandemie, aber wir erweitern diese rückwärtsgewandten Fragen um die Frage nach dem Erreichen von care-volleren Zukünften. Weder scheint, wie oben ausgeführt, ein »back to normal« in präpandemische Zeiten aus einer care-ethischen Perspektive erstrebenswert, noch reicht ein romantisch-nostalgisch verklärter Blick auf das Klatschen für Pflegekräfte, als einen Moment, in dem eine bessere Zukunft möglich schien, aus.

Impulse liefern stattdessen die vielfältigen intersektionalen, kapitalismuskritischen und postkolonialen Literaturen zu Care (FitzGerald, 2024; Vaittinen, 2015; Care Revolution Netzwerk o.J.; Care.Macht.Mehr, 2020). Diese Arbeiten führen uns die fortwährende Ambivalenz von Care vor Augen: Care stellt Machtsysteme wie Kapitalismus, Rassismus, Kolonialismus und Ableismus in Frage, ist aber auch Teil dieser (Re-)Produktion (FitzGerald, 2024). Drei Argumente dieser Perspektiven wollen wir mit Blick auf die Erfahrungen der Pandemie hervorheben.

Erstens kann Solidarität – als zentrale Forderung im gesellschaftspolitischen sowie medialen Diskurs der Pandemie – nicht als statische und voraussetzungsfreie Größe verstanden werden. Solidaritätsvorstellungen und -forderungen der Pandemie führten zu einer starren und engen Trennung, nicht nur zwischen solidarisch und unsolidarisch, sondern auch zwischen Vulnerabilität und Schwäche angesichts des Virus auf der einen und enormen Erwartungen hinsichtlich der Opferbereitschaft und der Heldenhaftigkeit bestimmter Personengruppen auf der anderen Seite (Bergold-Caldwell et al., 2022; Krause in diesem Sammelband). Weitestgehend ausgenommen von

diesem problematischen Dualismus blieben zum Beispiel die Situation von Menschen in Einrichtungen für Geflüchtete, die Situation wohnungsloser Menschen (siehe dazu etwa den Beitrag von Tsirikiotis in diesem Band), behinderter Menschen, sterbender Menschen (vgl. Schweda, 2021) oder von Personen in Gefängnissen. Von wem und für wen in der Pandemie Solidarität gefordert und anerkannt wurde, zeigt deutlich, wie Solidarität auf problematische Weise politisch wirkmächtig wird und rassistische und patriarchale Ungleichheiten manifestiert (Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 136). Zwar entstanden im Zuge der Pandemie zahlreiche Initiativen und Netzwerke, die die Care-Krise politisch sichtbar machten, doch solidarische Vernetzung stellt sich nicht von selbst her. Sie setzt Ressourcen voraus – insbesondere Zeit –, die unter Pandemiebedingungen höchst ungleich verteilt waren (siehe dazu auch den Beitrag von Jurczyk in diesem Band).

Zweitens folgt aus einem kritischen Blick auf die in der Pandemie bemühten Vorstellungen von Solidarität eine »[i]ntersektional informierte Kritik an einer [...] Verteilung von Vulnerabilität« (Bergold-Caldwell et al., 2022, S. 144). Die Pandemie erschütterte die für westlich-neoliberale Ordnungen zentrale (Ziel-)Vorstellung des autonomen Individuums. Wenn die Essenz des Politischen immer eine Reaktion auf unsere Vulnerabilität (Ferrarese, 2016a, 2016b) beinhaltet und wenn Care, »im weitesten Sinne verstanden, eine Antwort auf unser verletzliches Wesen« (FitzGerald, 2024, eigene Übersetzung) ist, dann ist der vulnerable Körper selbst politisch wirkmächtig. Für welche vulnerablen Körper Masken, Impfungen, Krankenhausbetten und Pflege, aber auch Boni, Kinderbetreuung, Möglichkeiten zum Homeoffice und so weiter zur Verfügung gestellt wurden, ist hierbei keine nationale, sondern eine globale Frage – das zeigen die von nationalen Interessen bedrängten Bemühungen der COVAX-Initiative der WHO ebenso wie das Abwerben von Pflegekräften aus dem Ausland durch Initiativen deutscher Bundesregierungen (vgl. de Bengy Puyvallée & Storeng, 2022) – eine globale Frage.

Drittens ist Care verortet an den Knotenpunkten, Übergängen und Überlagerungen von Privatem und Politischem, vom Intimsten und dem Öffentlichen. In einem eng verstandenen Sinn ist Care das, was Menschen am nächsten kommt, wo der kleine oder gebrechliche, der kranke oder schwache Körper von anderen versorgt und umsorgt wird. Im breit verstandenen Sinn geht Care darüber hinaus – als das, was Menschen, Leben, Natur möglich macht. In den vorliegenden Überlegungen sind dies beispielhaft die Sorge um Familien in schwierigen Lebenssituationen (#Familienhilfe) und die Sorge um Räume, in denen Menschen leben können und wollen (#Reinigung). Eindrücklich wird

hier zugleich die Relationalität von Care sichtbar, die sich sowohl in Angewiesenheit oder Vulnerabilität als auch in Handlungsfähigkeit ausdrückt (Butler, 2016). In den untersuchten Fallstudien zur Sozialpädagogischen Familienhilfe und zur gewerblichen Reinigung zeigten sich Aufforderungen und Ermöglichungen von Agency, wenn pädagogische Fachkräfte immer wieder neue Umgangsformen mit den sich ständig ändernden Vorgaben fanden oder Reinigungskräfte sich selbst – neben ihrer Aufgabe der Reinigung – auch als emotionale Stütze wahrnahmen bzw. positionierten (vgl. Simon & Villa Braslavsky, 2023).

Die vier Care-Phasen von Berenice Fisher und Joan Tronto (1990), die Care als eng verknüpft sehen mit Fragen von Aufmerksamkeit, Verantwortung, Kompetenz und Responsivität, helfen, die in pandemische Definitionen von Solidarität und Vulnerabilität eingewobenen Komplexitäten und Ambivalenzen von Care greifbar zu machen. Um das kritische Potenzial von Care für (post)pandemische Zeiten zu nutzen, ist aber insbesondere die fünfte Care-Phase, die Tronto (2013) in ihrem Buch »Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice« skizziert, relevant. In diesem Werk verortet Tronto Care als notwendige Voraussetzung im Zentrum demokratischer Gesellschaften. Die fünfte Phase – *caring with* – beschreibt Care als eine Art Feedback-Loop, in dem die Erfahrung, Care zu empfangen, Menschen aufmerksam(er) für die Care-Bedürfnisse anderer macht. Care ist hier dann eine gesellschaftliche Frage nicht nur von Solidarität, sondern von Vertrauen und Gerechtigkeit.

Jede Form von Care ist damit eine gesellschaftliche Frage: Die Sorge um menschliche Körper ist angewiesen auf die Sorge um den »Körper« und die Institutionen einer demokratischen Gemeinschaft. Dies gilt genauso umgekehrt. Zum einen sind die Grundwerte einer »sorgenden Demokratie« die Grundwerte gelingender Care. Zum anderen muss nicht nur *über Sorge/Care* gedacht werden, sondern genauso *mit Sorge/Care* und *aus Sorge* heraus (Ammicht Quinn 2025). Damit ist Care nicht allein Gegenstand, sondern Leitmotiv des privaten und politischen Denkens und Handelns. Denken über Care und das Sammeln von Wissen über Bereiche, die erst ein Denken mit Sorge erschließen können, bleibt für eine Analyse der Pandemie und mögliche zukünftige Ereignisse zentral. Denken mit Care und Care als Wissensform, *care-ful thinking* und *care-fully creating knowledge*, müssten in jedem zukünftigen pandemischen Ereignis sowohl das politische Abwägen als auch die Erkenntnisse der Expert*innen prägen und ergänzen (De La Bellacasa, 2017 und Ammicht Quinn 2025). Dass dies, gerade unter Bedingungen unzureichenden Wissens und der Notwendigkeit zu handeln, ambivalent und überfordernd

bleibt, ist vor auszusehen. Umso notwendiger ist der kontinuierliche Fokus auf den Schnittpunkt von und das wechselseitige Angewiesensein von privatem und politischem Care-Denken und Handeln zu legen.

Literaturverzeichnis

- Ammicht Quinn, R. (2025). Sorgen um Care: Eine doppelte Krisenhaftigkeit und ein Bewusstsein von dem, was nicht fehlen darf. In M. Bobbert & M. Heimbach-Steins (Hg.), *Sorge – Care: Anthropologische Zugänge, ethische Konzepte, gesellschaftliche Praxen* (S. 17–36). Brill Schöningh.
- Alsago, E., & Meyer, N. (2023). *Prekäre Professionalität: Soziale Arbeit und die Coronapandemie* (1. Aufl.). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/jj.8692986>
- Bergold-Caldwell, D., Grenz, F., Günster, A., & Kourabas, V. (2022). Wessen Normalität und welche Verhältnisse? Intersektionale Perspektiven auf Systemrelevanz, (Sorge-)Arbeit und Leben in (post-)pandemischen Zeiten – Ein Schreibgespräch. In A. Langer, C. Mahs, C. Thon & J. Windheuser (Hg.), *Pädagogik und Geschlechterverhältnisse in der Pandemie* (S. 131–151). Verlag Barbara Budrich.
- Blom. (2020, 21. August). *Zum gesellschaftlichen Umgang mit der Corona-Pandemie: Ergebnisse der Mannheimer Corona-Studie*. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/314345/zum-gesellschaftlichen-umgang-mit-der-corona-pandemie/>
- Butler, J. (2016). *Anmerkungen zu einer performativen Theorie der Versammlung*. Suhrkamp Verlag.
- Care Revolution Netzwerk. (o.J.). *Care Revolution*. Abgerufen am 9. September 2025, von <https://care-revolution.org/>
- Care.Macht.Mehr. (2013). *Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit*. <https://care-macht-mehr.com/manifest-2013/>
- de Bengy Puyvallée, A., & Storeng, K. T. (2022). COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. *Global Health*, 18(26). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00801-z>
- Echle, E. (2025). *Poetik des Verschwindens: Ruinen, Corona, Lost Places und die Modellierung von Zeit*. Neofelis.
- Erikson, K. (1994). *A new species of trouble: The human experience of modern disasters*. W. W. Norton.
- Fallwinkl, M. (2022). *Die Wut, die bleibt*. Frankfurt a.M.: Rowohlt Verlag.

- Feiler, H. (2021, Juni 17). In Depth – shortread: In was für einer Welt leben wir eigentlich? Überlegungen zur »Rückkehr zur Normalität«. Philosophie InDebate. <https://philosophie-indebate.de/in-depth-shortread-in-was-fuer-einer-welt-leben-wir-eigentlich-ueberlegungen-zur-rueckkehr-zur-normalitaet/>
- Ferrarese, E. (2016a). Vulnerability: A concept with which to undo the world as it is? *Critical Horizons: A Journal of Philosophy and Social Theory*, 17(2), 149–159.
- Ferrarese, E. (2016b). The vulnerable and the political: On the seeming impossibility of thinking vulnerability and the political together and its consequences. *Critical Horizons: A Journal of Philosophy and Social Theory*, 17(2), 224–239.
- FitzGerald, M. (2024). Care, politics, and the political: The case of the Covid-19 global pandemic. *International Feminist Journal of Politics*, 26, 588–608. <https://doi.org/10.1080/14616742.2023.2269947>
- Hutchison, E. (2014). A Global Politics of Pity? Disaster Imagery and the Emotional Construction of Solidarity after the 2004 Asian Tsunami. *International Political Sociology*, 8(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/ips.12037>
- Schlag, G. (2018). Moving Images and the Politics of Pity: A Multilevel Approach to the Interpretation of Images and Emotions. In M. Clément & E. Sangar (Hg.), *Researching Emotions in International Relations: Methodological Perspectives on the Emotional Turn* (S. 209–230). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65575-8_9
- Schweda, M. (2021). Die Zeit läuft. Ethische Aspekte von Alter, Lebensverlauf und menschlicher Endlichkeit in der Corona-Krise. https://doi.org/10.1007/978-3-658-34045-2_5
- Simon, A., & Villa Braslavsky, P.-I. (2023). It's a dirty job. How life and work changed for cleaners in Germany during the COVID-19 pandemic. *The Sociological Review Magazine*, December 2023 Mess. <https://doi.org/10.51428/tsr.fnxk2360>
- Suckert, L. (2022). Eine Neuordnung der Zeit? Zum Verhältnis von Zeitlichkeit, Kapitalismus und Staat im Zeichen der Pandemie. *Berliner Journal für Soziologie*, 32(1), 123–152. <https://doi.org/10.1007/s11609-022-00466-w>
- Suckert, L. (2023). *Krisenzeiten. Wirtschaftssoziologische Perspektiven auf Zeitlichkeit, Zeithorizonte und Zukunftsvorstellungen im Kontext gesellschaftlicher Krisen. Habilitationsschrift* [Habilitationsschrift.]. Universität Hamburg.
- Thomas, S. (2023). »Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen«: Sorgeperspektiven junger Menschen anhand von Ergebnissen der Studien JuCo I–III. In F. Schmidt & H. Weinbach (Hg.), *(Vor)Sorge und (Un)Gleich-*

- heiten in pandemischen Zeiten. *Rationalitäten – Geschichten* (S. 181–204). transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839462232-009>
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Tronto, J. C., & Fisher, B. (1990). Towards a feminist theory of care. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (S. 35–62). State University of New York Press.
- Vaittinen, T. (2015). The power of the vulnerable body: A new political understanding of care. *International Feminist Journal of Politics*, 17, 100–118. <https://doi.org/10.1080/14616742.2013.876301>
- Vargha, D. (2016, 17. Mai). After the end of disease: Rethinking the epidemic narrative. *Somatosphere*. <https://somatosphere.com/2016/after-the-end-of-disease-rethinking-the-epidemic-narrative.html> (letzter Zugriff: 28. Oktober 2025)
- Velasco, P. F., Perroy, B., Gurchani, U., & Casati, R. (2023). Lost in pandemic time: A phenomenological analysis of temporal disorientation during the Covid-19 crisis. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 22(5), 1121–1144. <https://doi.org/10.1007/s11097-022-09847-1>
- Zink, K., & Bomert, C. (in Begutachtung): »Haltet Kontakt mit den Familien, egal wie!« – Alltag, Arbeitslogiken und Herausforderungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe in der Covid-19-Pandemie. Eingereicht in der Zeitschrift *neue praxis*.

