
Wolfgang Hien

Corona-Pandemie: Gesundheitsschutz, Arbeitsverhältnisse, Pflegearbeit^{*}

Die Corona-Pandemie hat auf vielen Ebenen die gesellschaftliche Krisensituation deutlicher sichtbar gemacht, nicht zuletzt auch die Krise der Linken und ihrer verschiedenen Submilieus. Zu beobachten sind eine große Unsicherheit und ein Hin- und Herschwanken zwischen dem Unwillen, die Faktenlage zu akzeptieren, Angst vor autoritären Tendenzen, auch Angst vor Faschisierung der Mittelklassen, und einer Art Schockstarre, einer Unfähigkeit, adäquate Antworten auf die neue Krisensituation zu finden. Meine These ist, dass ein wichtiges Moment dieser Verunsicherung die Unfähigkeit ist, die Perspektive des Gesundheitsschutzes als elementaren Teil linker Politik zu begreifen. Es gibt mitunter sogar ein Ausspielen der „Freiheit“ gegen die „Gesundheit“.

In diesem Beitrag diskutiere ich zunächst medizinisch-epidemiologische sowie soziologische und politische Ebenen der aktuellen Gesundheitspolitik, um dann die Arbeitsverhältnisse und im Besonderen die Pflegearbeit in Deutschland zu beleuchten. Zu beachten ist, dass der Text Anfang Januar 2021 begonnen wurde und die seitdem eingetretenen Entwicklungen nur unzureichend berücksichtigt werden konnten. So scheinen aktuell die neuen Virusmutationen das Gefährdungspotenzial noch weiter zu erhöhen. Umso wichtiger ist aus meiner Sicht eine möglichst international organisierte und zugleich möglichst solidarische Pandemiebekämpfung, wie sie die Zero-Covid-Initiative im Auge hat.¹

^{*} Der Text wurde im Januar 2021 fertiggestellt und kann neuere Entwicklungen nicht berücksichtigen. Einige umfangreichere Ausführungen zu Rudolf Virchow und zur Geschichte des Infektionsschutzes wurden gestrichen und sind einer späteren Veröffentlichung vorbehalten.

¹ Vgl. hierzu: [<https://zero-covid.org/>]. Für hilfreiche Hinweise habe ich Leo Dreher, Fritz Hofmann und Marianne Speck zu danken. Für die politische Orientierung dieses Beitrags bin ich allein verantwortlich.

Eine globale Gesellschaftskrise

Die Corona-Krise legt Schicht für Schicht gesellschaftliche Grundprobleme frei und könnte damit die Frage nach einem grundlegend anderen Modell des Zusammenlebens der Menschen miteinander und mit ihrer biologischen Umwelt nahelegen, eine ökosozialistische Alternative. Doch die vielen weltweit aufbegehrenden Bewegungen bleiben partikularisiert, und so taucht am Horizont derzeit nicht einmal der Vorbote einer globalen Gegenmacht auf. Die Linke bleibt – weltweit – deutlich hinter ihren Möglichkeiten zurück und geht stellenweise auch noch Corona-Leugnern auf den Leim.

Der Autor des hier vorgelegten Beitrags hält die durch SARS-CoV-2 verursachte Gefährdung objektiv für hoch, deren Ausmaß, wenn es nicht durch Gegenmaßnahmen wie Lockdowns, Testungen und nunmehr auch Impfungen begrenzt würde, eine Dimension ähnlich jener der Spanischen Grippe zu Beginn des 20. Jahrhunderts annehmen würde. Die Mehrheit der im Sinne eines internen Wissenschaftsethos als seriös einzuschätzenden virologischen, pneumologischen, intensivmedizinischen und epidemiologischen Wissenschaftler/innen – weltweit – schreibt dem SARS-CoV-2-Erreger ein äußerst besorgniserregendes Gefährdungspotential zu.² Die Basisreproduktionszahl R_0 des neuartigen Virus wird auf etwa 3,5 eingeschätzt (im Vergleich zu den Influenza-Viren mit R_0 von etwa 1,5). Bei den neuen Virus-Mutanten liegt R_0 noch deutlich höher. Zu bedenken ist, dass asymptomatisch Infizierte Überträger, zuweilen sogar – und auch dieses Phänomen ist wissenschaftlich noch nicht verstanden – auch sogenannte Superspreaders sein können. Die Infection-Fatality-Ratio IFR, das heißt, die Sterblichkeit bezogen auf alle Infizierten einschließlich der vermutbaren Dunkelziffer, wird für metropolitane Länder beziehungsweise *high income countries* auf 1,15 Prozent geschätzt³ (im Vergleich dazu: Die IFR von Influ-

² Vgl. Bernd Salzberger, Epidemiologie von SARS-CoV-2-Infektionen und Covid-19, in: Der Internist, 8 (2020): [<https://www.springermedizin.de/der-internist-8-2020/18242782>].

³ Nicholas Brazeau et al., Report 34: COVID-19 Infection Fatality Ratio: Estimates from Seroprevalence, Report des Imperial College Covid-19 Response Team, London, 29.10.2020:

enza beträgt schätzungsweise 0,1 Prozent). 85 bis 90 Prozent der vermeldeten Covid-19-Todesfälle sind – das zeigen genauere Recherchen bei Gesundheitsämtern⁴ und erste Obduktionsstudien⁵ – ursächlich durch das neuartige Virus verursacht. Oft vernommene Aussagen wie solche, es seien „ja gar nicht so viele, die wirklich an Corona sterben“, gehören in die Rubrik der schlechten Mythen. Zwar ist die Feststellung richtig, dass die Morbiditäts- und Mortalitätswahrscheinlichkeit mit steigendem Alter und Vorerkrankungen stark zunimmt. Ebenso richtig ist aber auch, dass in Deutschland schon im Dezember 2020 mehr als 1.000 Menschen an Covid-19 gestorben waren, die jünger als 60 Jahre waren, und nicht alle von ihnen hatten Vorerkrankungen.⁶ Selbst wenn wir Vorerkrankungen ins Kalkül zögen, müsste bedacht werden, dass mindestens ein Drittel der Bevölkerung an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet. Diese Menschen befinden sich in unserer Arbeits- und Lebenswelt überall. Vor allem aber muss bedacht werden, dass äußere Arbeits- und Umweltbelastungen, insbesondere lungen-schädigende Stäube, die Empfänglichkeit für Covid-19 deutlich erhö-

[<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-10-29-COVID19-Report-34.pdf>].

⁴ Irene Habich, Wie viele Menschen sterben „mit“ Corona – und wie viele „daran“: [<https://www.rnd.de/gesundheit/an-corona-oder-mit-corona-gestorben-das-ist-der-unterschied-und-das-sagen-die-aktuellen-zahlen-ID514BOXBNG7FJJJUIYOTULE3M.html>].

⁵ WDR-Kurzbericht über die Pathologie der Uniklinik Aachen: Studie zu Sterberate Covid-19, WDR vom 19.11.2020, vgl. [<https://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/studie-sterberate-covid-aachen100.html>].

⁶ Vgl. Anästhesie-News, COVID-19: Studien widerlegen falsche Annahmen bezüglich Vorerkrankungen und Todesursache, Anästhesie-News vom 20.10.2020: [<https://www.anästhesie.news/allgemein/covid-19-studien-widerlegen-falsche-annahmen-bezüglich-vorerkrankungen-und-todesursache/>]. Die Welt meldet: Uniklinik Regensburg. Die meisten Corona-Toten laut Studie ohne kritische Vorerkrankungen, Die Welt vom 03. Februar 2021: [<https://www.welt.de/vermisches/article225640625/Corona-Tote-Die-meisten-ohne-kritische-Vorerkrankungen-Re-gensburger-Studie.html>].

hen.⁷ Wo also sollte die Grenze zu „Risikogruppen“ gezogen werden?⁸ Dass es besonderer Schutzmaßnahmen beispielsweise in Pflegeheimen bedarf, ist unbenommen. Doch können und dürfen sie Schutzmaßnahmen für die Gesamtbevölkerung nicht ersetzen, auch wenn diese zuweilen chaotisch und inkonsequent angewandt werden. Bei ungehinderter Weiterverbreitung würde SARS-CoV-2 bei einer fünfzigprozentigen Durchseuchung weltweit Todesfälle in zweistelliger Millionenhöhe verursachen, einmal abgesehen von den gesundheitlichen Spätschäden bei denjenigen, die eine Covid-19-Erkrankung durchgemacht und überlebt haben. Nach bisherigem Erkenntnisstand entwickeln etwa zehn Prozent der Patienten/-innen – darunter auch viele jüngere Menschen – nach einer anfänglichen Genesung nach einigen Monaten gravierende Symptome, vorwiegend in den Atemwegen, aber auch an weiteren Organen, zum Beispiel am Herzen, an den Nieren und am Nervensystem.⁹

Die Geschichte der Pandemien ist eine Geschichte der sozialen und der sozioökonomisch bedingten gesundheitlichen Ungleichheit. Auch in der SARS-CoV-2-Pandemie zeigt sich das: Menschen, die unter schlechten Bedingungen arbeiten und leben, tragen – gemessen am Bevölkerungsdurchschnitt – ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an Covid-19 zu erkranken und zu sterben.¹⁰ Noch drastischer fällt der Unterschied zwischen oberen und unteren Klassen aus. Die Pandemie ver-

⁷ Vgl. Danielle Fattorini / Francesco Regoli, Role of chronic air pollution levels in the Covid-19 outbreak risk in Italy, in: Environmental Pollution, 264 (2020): [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387671/>]; vgl. die Diskussion hierzu bei: Herbert Obenland / Wolfgang Hien / Manfred Schweres, Dieselmotorenmissionen (DME): Stand der Regulierung und offene Fragen, in: sicher ist sicher, 72 (2021), 1, S. 27–34, hier: S. 32f.

⁸ Vgl. hierzu die gut nachvollziehbare Argumentation der Virologin Sandra Ciesek im NDR-Corona-Podcast, Folge 63, 3.11.2020: [<https://www.ndr.de/nachrichten/info/63-Risikogruppen-kann-man-nicht-wegsperrn,audio773432.html>].

⁹ Vgl. Philip Wenzel et al., Evidence of SARS-CoV-2 mRNA in endomyocardial biopsies of patients with clinically suspected myocarditis tested negative for COVID-19 in nasopharyngeal swab, in: Cardiovascular Research, 116 (2020), S. 1.661-1.663; vgl. Hana Rohn / Thorsten Feldkamp / Oliver Witzke, Covid-19 und die Niere, in: Der Nephrologe, 26. Juni 2020: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318905/pdf/11560_2020_Article_444.pdf]; vgl. Martina Lenzen-Schulte, Der lange Schatten von Covid-19, in: Deutsches Ärzteblatt, 117 (2020), 49, S. A 2416 / B 2036: [<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/117/49/a2416.pdf?ts=01.12.2020+14%3A00%3A17>].

schärft die für Klassengesellschaften schon immer existierende „soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod“.¹¹ Damit freilich ist ein Komplex aus ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen Fragen angesprochen, die nicht einfach zu beantworten sind. Immerhin gibt es epidemiologisch klare Ergebnisse aus Metropolen wie London und New York, während die Epidemiologie hierzulande bislang nur wenige eigenständige Studien dazu in Gang gebracht hat.¹² Denn obwohl im Fach „Public Health“ die soziale Ungleichheit eine geradezu prioritäre Thematik ist, halten sich die meisten Forscher/innen auf diesem Gebiet mit politischen Schlussfolgerungen zurück. Ein ganz wesentlicher Punkt ist dabei das gravierende Defizit in der Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie in Deutschland. Der Datenschutz mag hier eine Rolle spielen, aber es ist unverständlich, dass jetzt, in der Pandemie, keine Daten zu relativen Risiken in Berufsgruppen, Arbeitsbereichen, sozialen Schichten, insbesondere über die Risikolage prekär Beschäftigter verfügbar sind. Es wäre eine originär staatliche Aufgabe, eine genaue Berichterstattung und entsprechende, darauf aufbauende Kohortenstudien zu fördern.¹³

¹⁰ Siehe die Zusammenstellung des Vereins für kritische Arbeits-, Gesundheits- und Lebenswissenschaft: [<https://verein-agl.de/category/gesundheit-oe/>]. Vgl. auch die hervorragende, analytisch-epidemiologische Studie der Public-Health-England-Group, nach der Pflegekräfte, Taxifahrer und Sicherheitsleute ein mehr als 2,5-faches Risiko haben, an Covid-19 zu sterben: Disparities in the risk and outcomes of COVID-19, in: Public Health England, August 2020: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf].

¹¹ So der Titel einer wegweisenden Veröffentlichung von Reinhard Spree, Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, Göttingen 1981.

¹² Morten Wahrendorf und zwölf weitere Autoren und Autorinnen, Verschärfen COVID-19-Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?, in: Kompetenznetz Public Health Covid-19, 28.05.2020: [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUng_COVID19_final.pdf].

¹³ Der Düsseldorfer Medizinsoziologe Niko Dragano verweist auf Bemühungen, auch hierzulande aussagekräftige Kohorten-Studien durchzuführen, doch insgesamt hinkt die epidemiologische Forschung in Deutschland – im Vergleich etwa zur britischen Forschungslandschaft – stark hinterher, Interview von Anna Thewalt mit Niko Dragano, Kleiner Geldbeutel, hohes Gesundheitsrisiko. Corona greift öfter Ärmere an – ein Experte erklärt die Gründe, in: Der Tagesspiegel vom 07.12.2020: [<https://www.tagesspiegel.de/politik/kleiner-geldbeutel-hohes-gesundheitsrisiko-corona-greift-oefter-aermere-an-ein-experte-erklaert-die-gruende/26687908.html>].

Auch wenn wir an der Vision eines anderen Gesellschaftssystems festhalten, sollten wir alle Maßnahmen unterstützen, die auch kurzfristig die ökonomische, soziale und gesundheitliche Lage der arbeitenden und in Abhängigkeit lebenden Menschen verbessern.¹⁴ Insofern gibt es keinen Zweifel daran, die staatlichen Gesundheitsschutzmaßnahmen prinzipiell zu unterstützen, ebenso die wissenschaftlichen und medizinisch-versorgungspolitischen Bemühungen, sofern sie den Gesundheitsschutz zu verbessern helfen.

Hingegen ist die Vorstellung, Gesundheitsschutz sei eine vorwiegend individuelle Angelegenheit, ein wichtiges Moment neoliberaler Hegemonie. Zur ihrer Genealogie gehört, dass die Orientierung auf einen umfassenden kollektiven Gesundheitsschutz in allen Bereichen der Lebens- und Arbeitswelt, verbunden mit einem deutlichen Auf- und Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gewerbeaufsicht und der arbeits- und umweltmedizinischen Ressourcen, unbeliebt war. Selbst in den Gewerkschaften war lange die Position dominant, das alles koste zu viel und bedrohe letztlich den Wirtschaftsstandort.¹⁵ So wurde dem seit Superminister Clement Ende der 1990er Jahre betriebenen Abbau der Gewerbeaufsicht kein wirksamer Widerstand entgegengesetzt. Stattdessen wurde über die mitbestimmten Krankenkassen das Konzept einer individualisierten Verhaltensprävention vorangetrieben. Die gesundheitsgerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Lebensverhältnisse – die Verhältnisprävention – trat dabei immer mehr in den Hintergrund. Der Umstand, dass Millionen von Menschen, die in prekären Bereichen arbeiten – Sanierungs-, Abfall- und Recyclingbetriebe, Logistik und Transport, Reinigungsbranche, Lebensmittelindustrie, Altenpflege usw. – schon lange vor der Pandemie mas-

¹⁴ Rosa Luxemburg, Sozialreform oder Revolution, Leipzig 1899. Luxemburg erörtert die Problematik auf einer sehr abstrakten Ebene und geht kaum auf die realen Lebensverhältnisse des Proletariats ein. So fehlt u.a. eine Auseinandersetzung mit der kurz zuvor grassierenden Cholera-Epidemie.

¹⁵ Vgl. dazu die Erinnerungen des Autors in seiner damaligen Funktion eines Referatsleiters für Gesundheitsschutz beim DGB-Bundesvorstand: Wolfgang Hien / Peter Birke, Gegen die Zerstörung von Herz und Hirn, Hamburg 2018, S. 171ff.

siven Gesundheitsgefahren ausgesetzt waren, wurde von der Mehrheit der Gesellschaft faktisch toleriert.

Wissenschaft, Öffentlichkeit, Freiheit

Das neue Corona-Virus traf Politik und Gesellschaft zumindest hierzulande relativ unvorbereitet. Die Problemkonstellation ist komplex. Beginnen wir mit der Wissenschaft. Virologen, Epidemiologen und auch das Robert-Koch-Institut hatten schon seit Jahren vor einer neuen Pandemie gewarnt. Es gab sogar ein Katastrophenszenario, das im Januar 2013 dem Bundestag vorgelegt wurde.¹⁶ Solche Stimmen wurden ignoriert; gerade die hierfür bitter notwendige öffentliche Forschung wurde ausgedünnt und teilweise – jedenfalls in dem Themenbereich, der den kollektiven Gesundheitsschutz betrifft – regelrecht ausgeblutet. Dass Christian Drosten und viele seiner Kollegen/-innen, so auch Sandra Ciesek, Virologin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, jetzt medialen Raum bekommen haben, ist aus meiner Sicht ein Glücksfall. Nehmen wir als Vergleichsfall die Krebsforschung.¹⁷ Noch in den 1970er Jahren wurden viele öffentliche Mittel bereitgestellt, um Krebsursachen, zum Beispiel die schädlichen Wirkungen industrieller Chemikalien, genauer erkennen, eingrenzen und dadurch bekämpfen zu können. Forschungen solcher Wissenschaftler/-innen, die sich tatsächlich auf diese Aufgabe konzentrierten, waren wichtig. Es war eine gesellschaftlich relevante Präventionsforschung, die dann leider immer stärker bedrängt und auch „von innen“ zersetzt wurde. Einzelne Forscher – so zum Beispiel Wilfried Schmähl – ließen sich von der Industrie bezahlen und behaupteten beispielsweise die Unschädlichkeit von Asbest.¹⁸ Im Laufe der nächsten Jahrzehnte wurde Prävention immer kleiner geschrieben und verschwand schließlich. Die Krebsforschung hat

¹⁶ Bundestagsdrucksache 17/21051 vom 03.01.2013: [<https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf>].

¹⁷ Vgl. Wolfgang Hien, *Chemische Industrie und Krebs. Zur Soziologie des wissenschaftlichen und sozialen Umgangs mit arbeitsbedingten Kreberkrankungen*, Bremerhaven 1994.

¹⁸ Vgl. Egmont R. Koch, *Krebswelt. Krankheit als Industrieprodukt*, Köln 1981.

sich völlig gewandelt und besteht heute fast nur noch aus Diagnose- und Therapieforschung. Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig Forschende sind, die schlichtweg ihr Wissenschaftsethos leben und versuchen, redlich etwas gegen die tatsächlichen Krebsursachen zu unternehmen. Zu begrüßen ist insofern ist die Haltung Drostens und vieler seiner Kollegen/-innen, sich für eine Verharmlosung der Pandemie nicht einspannen zu lassen, auch wenn dies mancher Unternehmer und so mancher Unternehmerverband sicherlich gerne sehen würde. Dass Corona-Leugner wie Wolfgang Wodarg auch Ende 2020 noch an der Behauptung festhielten, die Gefährdung durch das neuartige Corona-Virus sei nicht schlimmer als die jährliche Grippewelle, könnte einen fast sprachlos machen.¹⁹ Wenn uns die Natur vor ein solches Problem wie SARS-CoV-2 stellt, ist vielleicht auch etwas Demut angesagt. Wir wissen nicht, warum die Erkrankung bei verschiedenen Menschen so verschieden verläuft. Es gibt kerngesunde junge Menschen, die an Covid-19 erkranken und daran sterben.

Das bedeutet nicht, dass es keine Zielkonflikte und Widersprüche gibt, wenn es um die gesellschaftliche Bearbeitung der Pandemie geht: Ist ein gentechnisch hergestellter Impfstoff das Richtige? Oder wäre es nicht besser, einen weltweiten totalen Lockdown durchzusetzen, bis das Infektionsrisiko tatsächlich eingegrenzt werden kann? Letzteres intendiert die Initiative *Zero Covid*, die keinen Zweifel daran lässt, dass dies kapitalistischen Interessen entgegensteht und ein totaler Lockdown einen ebenso totalen Einschnitt in die Eigentumsrechte der Kapitaleigner bedeuten müsste.²⁰ Gegenüber solchen Gedanken haben bürgerliche Medien vor einem „bolivarischen Sozialismus“ gewarnt.²¹ Wie auch immer man es damit hält, ein zentraler Punkt scheint mir zu sein, dass die

¹⁹ Siehe Homepage von Wolfgang Wodarg: [<https://www.wodarg.com>].

²⁰ [<https://zero-covid.org>]; vgl. auch das Interview von Carmela Negrete mit Bini Adamczak: „Viele Maßnahmen täuschen bloß Aktivität vor“. Kampagne „Zero Covid“ für solidarischen Lockdown. Coronapolitik von kurzfristigen Profitinteressen bestimmt, in: Junge Welt vom 21.01.2021, [<https://www.jungewelt.de/artikel/394761.viele-maßnahmen-täuschen-bloß-aktivität-vor.html>].

²¹ Nikolaus Piper, Kapitalismus-Kritik. „Zero Covid“ ist reines Wunschdenken, in: Süddeutsche Zeitung vom 22.01.2021: [<https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/zero-covid-lockdown-neu-infektionen-1.5181838>].

SARS-CoV-2-Pandemie auch eine Schieflage unserer Wissenschaftslandschaft illustriert. Während der letzten Jahrzehnte wurde die Grundfinanzierung der staatlich-universitären Forschung auf fast Null heruntergefahren und von Drittmitteln abhängig gemacht. Wissenschaft wurde und wird zunehmend vermarktlcht. Die Entwicklung von Impfstoffen beispielsweise gehört in Gemeineigentum. Ein mindestens ebenso wichtiger Aspekt der *Zero-Covid*-Initiative ist darüber hinaus der Hinweis auf den eklatanten Widerspruch, dass im sogenannten privaten Bereich strenge Distanzregeln gelten, die an vielen Arbeitsplätzen faktisch und oft entgegen bestehender Regeln außer Acht gelassen werden können. Damit komme ich zum Thema des Arbeitsschutzes beziehungsweise zur Frage nach der Verbindung von Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die Arbeitsschutzproblematik

Der Begriff „Arbeitsschutz“ wurde von kaiserlich- und königlich-staats-treuen und dann auch nationalsozialistisch geprägten Fachleuten eingeführt und popularisiert. Vorher hieß dieses Gebiet „Arbeiterschutz“, denn der Arbeiter und die Arbeiterin sollten geschützt werden, nicht die Arbeit.²² Arbeiterschutz stand in der Gründungsphase der Gewerkschaften Ende des 19. Jahrhunderts ganz oben auf der Liste der Themen, für die es sich einzusetzen und zu kämpfen galt. Was die Be grifflichkeit angeht: Heute wäre es angemessen, schlicht von „Gesundheitsschutz“ zu sprechen. Dieser sollte, eingebettet in eine umfassende ökologische Perspektive, zum primären Thema einer glaubwürdigen und am realen leiblichen Leben der Menschen orientierten Politik werden. Doch davon sind wir meilenweit entfernt. Die Gesundheitsschutzpolitik ist hoch defizitär. Das setzt sich in der momentanen Pandemiepolitik fort, die in vielen Aspekten eine fundamentale Schieflage zeigt: Während der private Lebensbereich durch Verordnungen und Regeln stark eingeschränkt und auch polizeistaatlich überwacht wird, erscheint

²² Vgl. Wolfgang Hien, *Die Arbeit des Körpers. Von der Hochindustrialisierung bis zur neoliberalen Gegenwart*, Wien 2018.

der – hinsichtlich Aufenthaltszeit und sozialen Interaktionen viel bedeutsamere – Bereich des Wirtschafts- und Arbeitslebens gleichsam als Schonraum. Zu beachten ist hierbei auch die zusätzliche Schieflage innerhalb der Arbeitswelt. Beamte und besserverdienende Angestellte konnten die Möglichkeiten des Homeoffice nutzen, Arbeiter/innen in der Logistik, in der Lebensmittelindustrie und im Gesundheits- und Sozialwesen müssen sich weiter hohen Risiken aussetzen. So wurde beispielsweise die hohe Infektionsquote von zwanzig Prozent in niederländischen Schlachthöfen – auch mit schweren und tödlichen Verläufen – lange nicht entdeckt, weil die Arbeitsinspektoren/-innen zu Hause arbeiteten, um eigene Ansteckungen zu vermeiden.²³ Im Amazon-Lager bei Augsburg waren im November 15 Prozent der Beschäftigten an Covid-19 erkrankt, Ähnliches wird aus anderen Standorten berichtet.²⁴ Einige der erkrankten Arbeiter/innen sind gestorben. Diese Beispiele ließen sich, wenn man/frau nur die Augen öffnete, fast unendlich weiterführen – in der globalen Perspektive wie auch hierzulande. Weltweit sind offenkundige und schwerwiegender Mängel beim Gesundheitsschutz festzustellen, in manchen Ländern kann – trotz anderslautender UN-Resolutionen – von einer völligen Abwesenheit des Gesundheitsschutzes gesprochen werden. In Europa und auch in Deutschland haben wir zwar eine scheinbar gute Rechtslage, doch – das niederländische Beispiel steht hier pars pro toto – die tatsächlichen Arbeitsverhältnisse sprechen dem häufig Hohn. Die staatliche Gesundheitsberichterstattung und die staatlich geförderte Epidemiologie können oder wollen viele Problemlagen nicht erfassen, zum Teil, weil entsprechende Informationen zurückgehalten werden, zum Teil aber auch, um die Sphäre der „Privatwirtschaft“ zu schützen, auch wenn sie fortlaufende Rechtsbrüche begeht. Relevante Informationen fehlen also, insofern sind die tatsächlichen Zahlen bezüglich des „Infektionsherds Arbeitsplatz“ deutlich höher als die amtlich vermeldeten.

²³ Joachim Larisch, SARS-CoV-2/Covid-19: Arbeitsschutz, soziales Kapital und „nicht-pharmazeutische Intervention“ (NPI), in: sicher ist sicher, 71 (2020), 12, S. 530–532.

²⁴ Ver.di Publik, Heft 8/2020, S. 12.

Ein Kernmoment des betrieblichen Gesundheitsschutzes stellt die Gefährdungsanalyse und Gefährdungsbeurteilung dar. Sie ist seit 1989 in der europäischen Rahmenrichtlinie und seit 1996 im deutschen Arbeitsschutzgesetz verankert.²⁵ Alle belastenden und gesundheitsrisikanten Faktoren, einschließlich der psychischen Belastungen, sind für jeden Arbeitsplatz zu erheben und in ihrem Zusammenwirken zu bewerten. Hierfür sind zum einen alle verfügbaren Experten/-innen, so auch Betriebsärzte/-innen, hinzuzuziehen; zum anderen muss die Erhebung und Bewertung der Belastungen und Expositionen unter Beteiligung der Arbeitenden erfolgen.²⁶ Denn sie sind die eigentlichen Experten/-innen ihrer Situation. Soweit die Theorie. Die Praxis ist eine ganz andere: In einigen Groß- und Mittelbetrieben werden eher formale Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt, oft fehlen die psychischen Belastungen. In den meisten kleineren und Kleinbetrieben, vor allem aber in vielen Leiharbeitsfirmen, Zuliefer- und Logistikbetrieben, aber auch in den meisten Pflegeeinrichtungen ist das Wort „Gefährdungsbeurteilung“ immer noch ein Fremdwort.

Dabei sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen guten Gesundheitsschutz in Deutschland durchaus vorhanden, wenn einmal von den fehlenden Sanktionsvorschriften abgesehen wird.²⁷ Es ist von daher übrigens auch falsch zu sagen, dass die betriebliche Situation, wie in einigen linken Kritiken durchscheint, in der Pandemie „regellos“ ist. Aber eine Arbeitsschutzregel wird immer unter den sogenannten Sozialpartnern ausgehandelt, so auch in diesem Fall. Eine „Regel“ hat faktisch gesetzlich wirksamen Charakter. Was steht in dieser „Corona-Regel“?²⁸ Die Arbeitgeber werden verpflichtet, die Abstandsregeln betrieblich umzusetzen. Wenn dies nicht möglich ist – wobei hier ein

²⁵ Europäische Rahmenrichtlinie zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit: [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:01989L0391-20081211&from=EN>]; deutsches Arbeitsschutzgesetz: [<https://www.gesetze-im-internet.de/arbschG/ArbSchG.pdf>].

²⁶ Ralf Pieper, Arbeitsschutzgesetz. Basiskommentar, Frankfurt am Main 2018.

²⁷ Vgl. Ralf Pieper, Biostoffverordnung. Basiskommentar zur BioStoffV mit SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard und SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel, Frankfurt am Main 2021.

²⁸ Ebd., S. 43–133.

Rangfolgegebot gilt und der Arbeitgeber nachweisen muss, dass dieses in bestimmten Fällen nicht einhaltbar ist –, wird das Tragen von FFP2-Masken verpflichtend. Dann aber sind die Tragezeitbegrenzungen und die notwendigen Pausen sicherzustellen. Insgesamt ist eine neue Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung des Infektionsschutzes verpflichtend.

Der entscheidende Punkt: Das Gewerbeaufsichtsamt – ein anderer Name hierfür: die Arbeitsschutzaufsicht – soll das alles kontrollieren, aber in der Realität sind Aktivitäten der Gewerbeaufsichtsämter kaum noch anzutreffen. Seit den 1990er Jahren wurde die staatliche Aufsicht personell abgebaut und im Rahmen des „Bürokratieabbaus“ hinsichtlich ihrer kontrollierenden Effektivität beschnitten und ausgetrocknet.²⁹ Das Defizit ist weniger den normativen Vorgaben anzulasten, sondern eher einer generellen Politik – und hier muss auch die Politik der DGB-Gewerkschaften mit eingerechnet werden –, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz lange als nachrangiges „Spezialistenthema“ oder als Teilthema von „Beschäftigungsfähigkeit“ begriffen hat, das sich in eine „zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik“ organisch eingliedert.³⁰ Der Schwerpunkt verlagerte sich weg vom verhältnispräventiven Gesundheitsschutz hin zur verhaltenspräventiven Gesundheitsförderung. Die Folgen sind fatal und treten jetzt, in der Corona-Krise offen zutage: Nicht nur in der Fleischindustrie, in der Logistik, im Bausektor und in sonstigen prekären Bereichen, sondern auch in klassischen Großbetrieben haben sich Kulturen eines ungenügenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes eingenistet. Gefährdungsbeurteilungen gibt es, wenn

²⁹ Rüdiger Granz / Axel Herbst, Arbeitsschutzaufsicht in Deutschland, in: Gute Arbeit, 7–8 (2019), S. 34–36; Klaus Heimann, Der Kollaps droht, in: Gute Arbeit, 2 (2020), S. 21–24; Jutta Krellmann, Krise bei der Arbeitsschutzkontrolle: [<https://www.linksfraktion.de/themen/nachrichten/detail/krise-bei-der-arbeitsschutzkontrolle/>]; weiteres Material zum mangelhaften Arbeitsschutz in der Corona-Pandemie im Zusammenhang mit dem jahrelangen Abbau der staatlichen Arbeitsschutzkontrolle: Monika Anthes / Niklas Maurer / Philipp Reichert / Daniel Drepper, Wie Arbeiter:innen in der Corona-Krise allein gelassen werden, in: BuzzFeed-News vom 09.02.2021: [<https://www.buzzfeed.de/recherchen/mangelhafter-arbeitsschutz-wie-arbeiterinnen-in-der-Coronakrise-allein-gelassen-werden-90196624.amp.html>].

³⁰ Hien / Birke, Zerstörung (wie Anm. 17), S. 173ff.

überhaupt, nur oberflächlich und mangelhaft, Maßnahmen werden oftmals lediglich pro forma durchgeführt, als Alibiveranstaltung proklamiert oder schlichtweg als „unpassend“ oder „unrealistisch“ unterlassen. Beispielhaft mag folgender Tweet eines Audi-Arbeiters gelten, der im Zusammenhang mit dem *Zero-Covid*-Aufruf erschien:

Ich arbeite bei einem großen Automobilkonzern in Ingolstadt. Offiziell gibt es bei uns legitime Maßnahmen, wie z. B. Maskenpflicht auf den Gelände sowie in allen „Gesprächssituationen“ oder Arbeitsplätze unter 1,50 Abstand. Wenn man nun aber durch die Bänder geht, wo alle dicht an dicht stehen, sieht man meist die Masken nur an einer Stelle: Unter dem Kinn. Selbst die Vorgesetzten, die das Tragen durchsetzen sollen, tragen sie teilweise nicht und ermahnen auch niemanden dazu. In meiner Schicht ist dies ähnlich, setzt aber sogar noch einen drauf. Dort wird schon mal zu dritt oder viert ein Getränk geteilt. Sprich, während einer Pandemie saufen mehrere Menschen aus EINEM Glas. Solange wir keinen richtigen, auch die Industrie betreffenden Lockdown haben, müssen wenigstens unabhängige/staatliche Kontrollen stattfinden. Es macht mich wütend. Während ich beinahe niemanden mehr treffen kann, nichts mehr erlaubt ist was mir privat gut tut, muss ich nicht nur jeden Tag für Aktiönairen arbeiten (die ganz sicher Home Office haben), sondern muss mich zwangsläufig der Gefahr aussetzen, von solchen verantwortungslosen Leuten infiziert zu werden. Daher gibt es nur eine Lösung, #zerocovid!³¹

Wie sollen auch unter Fließband- und Akkordbedingungen die Tragezeitbegrenzung von Masken und die erforderlichen Erholungszeiten eingehalten werden? Was hier sichtbar wird, ist eine Kultur der Unachtsamkeit, Nachlässigkeit und Verantwortungslosigkeit, für die aber nicht die Belegschaft, sondern die wirtschaftliche und politische Elite zur Rechenschaft gezogen werden müsste. Allzu deutlich wird hier eine „Maxime von oben“: Die Produktion und damit die Produktion von Mehrwert bleibt unangetastet, und die Kollateralschäden hinsichtlich negativer gesundheitlicher Folgen der Arbeiter/innen werden in Kauf genommen. All dies funktioniert nur, wenn behördliche Kontrollen

³¹ Bericht auf der Zero-Covid-Plattform unter „Schichtgeschichten 4“, Januar 2021: [<https://zero-covid.org/blog/>].

eines angeblichen Sozial- und Rechtsstaates, mit denen er sich *de jure* legitimiert, *de facto* nicht zu erwarten sind. Insofern haben die Ausdünnung und das Ausbluten der Arbeitsschutzaufsicht durchaus ihren kapitalistischen Sinn. Zugleich wird hier die Notwendigkeit von Aufklärung und Widerstand „von unten“ offenbar. Die unter Pandemiebedingungen sich deutlich konturierende staatliche Wirklichkeit untermauert eine tradierte „Maxime von unten“: Die Klasse der Arbeiter/innen muss um ihren Gesundheitsschutz kämpfen.

Generell kann festgestellt werden: Die betriebliche Information, Aufklärung und Kommunikation ist überwiegend mangelhaft verlaufen. Das Management vieler Betriebe hat in unverantwortlicher Weise Produktion und Dienstleistungen weiterlaufen lassen und im Sommer wieder „normal“ hochgefahren. In den Belegschaften selbst entwickelten sich sehr unterschiedliche Diskussionsarenen. Es gab und es gibt Kollegen/-innen, die die Gefährdung durch das Corona-Virus nicht ernst nehmen; es gibt andere, die um ihren Arbeitsplatz fürchten und sich heute schon in der Arbeitslosigkeit sehen; und es gibt diejenigen, die eine mehr oder weniger große Angst um ihre Gesundheit entwickeln.³² Es zeigt sich, dass Verletzlichkeit, Angst vor einer konkreten Gefahr und auch die verallgemeinerte Existenzangst ein unleugbarer Bestandteil unserer leiblichen Existenz sind. Gewerkschaftliche und betriebliche Gesundheitsschutzpolitik müsste viel stärker auf diese Ebene eingehen. Die US-amerikanische Sozialphilosophin Judith Butler weist uns auf diese Tatsache hin: Wir sind als Menschen immer gefährdet, verwundbar, vulnerabel.³³ Wir müssen unsere leibliche Existenz annehmen, mit all ihren Schwächen, Verletzlichkeiten und tatsächlichen Verletzungen. Um uns vor Verletzungen zu schützen, werden wir hart. Wir bauen einen Panzer um uns herum und geraten – manchmal fast unmerklich – in einen „männlichen“ Kriegszustand: jeder gegen jeden.

³² Der Autor dieses Beitrags bekommt als arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Berater und Seminarleiter in vielfältiger Weise Kenntnis von betrieblichen Atmosphären und sozioemotionalen Situationen in Belegschaften. Die Angst, das gewohnte Leben nicht weiterführen zu können, sei es wegen Krankheit, sei es wegen Arbeitsplatzverlust, spielt hierbei eine zentrale Rolle.

³³ Judith Butler, Kritik der ethischen Gewalt, Frankfurt am Main 2007.

Doch Verpanzerungen schützen nicht wirklich, ganz im Gegenteil: Sie sperren leibliche Energien ein und verwandeln diese Energien in Aggressionen, die sich auch gegen uns selbst richten. Voraussetzung eines gelebten Gesundheitsschutzes im Betrieb ist daher nicht nur die Einhaltung von Gesetzen und Normen, sondern auch die Einsicht, dass wir alle verletzliche Wesen sind, das heißt, dass Mitgefühl, Rücksichtnahme, Hilfestellung, Verantwortung füreinander sowie im Alltag gelebte Solidarität auf längere Sicht überlebensnotwendig für uns alle sind. Wir können uns vor Gefährdungen, Zurichtungen und Drangsalierungen nur schützen, wenn wir zunächst einmal unsere grundsätzliche Verletzlichkeit anerkennen. Dann können sich unsere Angst und unsere Wut zu einer kollektiven Kraft verwandeln; dann braucht sich die Wut kein Ersatzobjekt zu suchen. Es geht um eine Bewegung, die sich der Würde der leib-seelischen Existenz, der Menschen als Gemeinschaftswesen und als Teil der Natur erinnert. Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz kann in diesem Sinne systemsprengend sein, und als solchen sollten wir ihn aufgreifen.

Corona und Pflegearbeit

In der Krankenpflege sind derzeit in Deutschland etwa 1,1 Millionen und in der Altenpflege etwa 600.000 Menschen beschäftigt, achtzig Prozent davon sind Frauen.³⁴ Einen Pflegenotstand gab es schon immer, insbesondere aber, seitdem sich – spätestens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – Pflegeberufe aus dem Tätigkeitsfeld der christlichen oder christlich orientierten Schwesternschaften heraus entwickelten und sich von diesen emanzipierten.³⁵ Bis heute ist es nicht gelungen, Qualifikation, Kompetenz und Arbeitsanforderungen, welche die Pflege beinhaltet, in einer halbwegs angemessenen gesellschaftlichen Wertschät-

³⁴ Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8].

³⁵ Susanne Kreutzer, Der Pflegenotstand der 1960er Jahre, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), Pflege. Praxis – Geschichte – Politik, Bonn 2020, S. 144–155.

zung abzubilden.³⁶ Im Gegenteil: In der Altenpflege reduzierte die Pflegeversicherung von 1995 die Pflege auf Minutentakte, und in den Kliniken machten die 2002 eingeführten Fallpauschalen Pflege zu einem Anhängsel medizinischer Fälle.³⁷ Pflege wurde zu einer Kostenfrage, und die politisch gewollte Kostenkonkurrenz unter den Krankenhäusern sorgte dafür, dass innerhalb weniger Jahre in der Krankenpflege mehr als 33.000 Stellen für Vollzeitkräfte abgebaut wurden.³⁸ Sowohl in der Altenpflege wie in der Krankenpflege fehlen – wenn ein halbwegs menschenwürdiger Pflegeschlüssel erreicht werden soll – derzeit jeweils mindestens 100.000 Fachkräfte.³⁹ In der Pflegewissenschaft wird – entgegen allen Proklamationen einer „Professionalisierung“ – mit Sorge eine Tendenz zur Dequalifizierung und Retaylorisierung festgestellt.⁴⁰ Nach wie vor ist Pflegearbeit mit extremen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden.⁴¹ Seit Jahren verschärft sich die Situation. Dies erzeugt einen anhaltenden Teufelskreis: Die schlechten Arbeitsbedingungen führen zu einer Flucht aus der Pflege – viele Ausgebildete verlassen recht schnell ihren Beruf und suchen sich andere Betätigungs- und Entwicklungsmöglichkeiten –, was den Verbleibenden noch mehr Stress aufbürdet. Von geregelten Arbeitszeiten kann in der Pflege schon lange nicht mehr die Rede sein. Die Personaldecke ist hauchdünn und

³⁶ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, Pflege (wie Anm. 36), *passim*.

³⁷ Fallpauschalen – abgekürzt: DRGs (für: diagnosed related groups) – verrechnen die Krankheitsdiagnose unabhängig von deren Schwere, Kompliziertheit und personenbezogenen Begleitumständen. Fälle mit vielen Komplikationen führen so zu betriebswirtschaftlichen Verlusten, und es ist beobachtbar, dass solche Fälle zunehmend abgewiesen oder zu sogenannten „Drehtürpatienten“ werden, d. h., diese werden „blutig entlassen“ und dann wieder neu mit neuen DRGs aufgenommen. Vgl. dazu den instruktiven Erfahrungsbericht eines Bremer Oberarztes: Umes Arunagirinathan, *Der verlorene Patient. Wie uns das Geschäft mit der Gesundheit krank macht*, Hamburg 2020.

³⁸ Michael Simon, Das DRG-Fallpauschalsensystem für Krankenhäuser. Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 196, Düsseldorf 2020.

³⁹ Vgl. das Gutachten der Arbeitsgruppe Heinz Rothgang, Uni Bremen: [<https://www.socium.uni-bremen.de/projekte/abgeschlossene-projekte/drittmittelprojekte/?proj=574&print=1>].

⁴⁰ Jutta Mohr et al., Pflege im Spannungsfeld von Professionalisierung und Ökonomisierung, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Pflege (wie Anm. 36), S. 203–213.

⁴¹ Wolfgang Hien, *Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte*, Frankfurt am Main 2009.

an vielen Stellen schon gerissen. Wird eine/r auf der Station krank, wird der oder die nächste aus dem „Frei“ geholt. Viele kennen nur noch den Zustand der Dauerbereitschaft.⁴²

Auf diese ohnehin angespannte Situation der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen traf die Corona-Pandemie.⁴³ Doch darauf war niemand vorbereitet. Es zeigte sich, dass sowohl in Kliniken als auch in Pflegeeinrichtungen die seit 2012 vorliegenden Pandemiepläne nicht einmal im Ansatz umgesetzt waren. Zudem gab es schon 2005 ein durchaus detailliertes Infektionsschutzkonzept des Robert-Koch-Instituts (RKI) für Pflegeeinrichtungen⁴⁴ – doch ohne jede praktische Konsequenz. Ökonomisierung, Vermarktlichung und Privatisierung führten zu einer Erosion aller Grundlagen, auf denen eine vorsorgende betriebliche Praxis möglich gewesen wäre. Es sind drei Bereiche zu nennen: (a) das Vorhalten qualitätsgeprüften Schutzmaterials in ausreichender Menge, (b) das Vorhalten ausreichender Räumlichkeiten, die eine Trennung von Infizierten und Nichtinfizierten erlauben, und (c) vor allem das Vorhalten eines ausreichenden und qualifizierten Personalbestandes. Diese Bedingungen einer verantwortungsvollen Versorgung sind in einem auf Kostenersparnis und Profit getrimmten Gesundheits- und Sozialwesen nicht zu erfüllen.

Ein von Mai bis September 2021 laufendes Projekt „Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften“ hat in 26 qualitativen und offenen Interviews versucht, der Krisensituation in der professionellen Pflegearbeit nachzuspüren.⁴⁵ Der Autor dieses Beitrags war federführend am Zustandekommen und an der Durchführung dieses Projekts beteiligt.

⁴² Michael Isfort / Frank Weidner, Pflege.Thermometer 2018, [<https://www.fweidner.de/projekte/pflege-thermometer/>].

⁴³ Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Studie von Wolfgang Hien und Hubertus von Schwarzkopf, Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – eine explorative Studie mit Hinweisen auf erweiterte Gesundheitsschutzkonzepte, Bremen September 2020: [<http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf>].

⁴⁴ Robert-Koch-Institut (RKI), Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt, 48 (2005), S. 1.061–1.080.

⁴⁵ Hien / Schwarzkopf, Corona-Gefährdung (wie Anm. 45).

Im Ergebnis wurde deutlich: Die Corona-Pandemie erschütterte das Gesundheits- und Sozialsystem zusätzlich. Binnen kürzester Zeit mussten besondere Schutzmaßnahmen entwickelt werden, wobei sich die materiellen, organisationalen und personalen Voraussetzungen als mangelhaft und ungenügend erwiesen. Fallpauschalen, Kostenkonkurrenz und die Freigabe von Kliniken und Pflegeeinrichtungen an den Markt nagten nicht nur an materiell fassbaren Strukturen, sondern auch an der inneren berufsethischen Substanz der Pflegearbeiter/innen.

Ich arbeite jetzt mehr als 30 Jahre hier, in der Intensiv, und da wurde immer mehr zusammengelegt, und wieder zusammengelegt. Jetzt haben wir eine Riesen-Station, und der Personalbestand ist nicht mit der Arbeit mitgewachsen, und das führt dazu, dass du letztlich mehr und mehr lustlose Fließbandarbeit machst. In solchen Riesenabteilungen bist du kein Team mehr, da bist du Einzelleidkämpfer. So empfinde ich das, ja, das war mal ein Teamberuf, und wenn du's mal genau nimmst, wenn du da in deiner Einheit einen Patienten ordentlich versorgst, da kommst du da nicht raus. Und jetzt mit Covid-Patienten, das ist unheimlich anstrengend. Das ist im Prinzip gar nicht möglich, du musst da mal raus, einfach zum Luft holen, und dann arbeitest du die Sachen halt mechanisch ab (Frau V).⁴⁶

In dieser Sequenz wird deutlich, wie die lange Zeit der Rationalisierung an der berufsethischen Haltung der Protagonistin nagt. Die Attribute „lustlos“ und „mechanisch“ stehen auch in ihrem Bewusstsein konträr zur Orientierung, mit Einfühlung und Verantwortung die Versorgung schwer Erkrankter sicherzustellen. Ein berufliches Selbstverständnis, das sich an Einfühlung und Verantwortung orientiert, kann im Arbeitsalltag nur dann gelebt werden, wenn unter den Mitarbeitenden ein solidarischer Geist herrscht. Dazu gehört auch, dass man „mal raus kann“ und „mal Luft holt“, dazu gehören die kleinen Erholzeiten und die nicht zweckgebundene Kommunikation am Rande. Doch das alles wird durch die Rationalisierung zunichte gemacht. So erodieren auch die „verborgenen Situationen“, die notwendigen Nischen der sozioemotionalen Regeneration. In der zitierten Sequenz schwingt die Trauer über den

⁴⁶ Ebd., S. 7.

Verlust dieser Arbeitsatmosphäre und dieser Eingebundenheit mit. Als lebenspraktisches Resultat wird die pragmatische Anpassung an die gegebenen Verhältnisse sichtbar, das heißt, eine Anpassung, die selbst im inneren Konflikt mit der ursprünglichen beruflichen Orientierung steht.

Die Altenpflege leidet aufgrund der Vermarktlichung seit den 1990er Jahren noch deutlich mehr unter dem Personalmangel als das Krankenhauswesen. Es entstanden große Pflegekonzerne und Pflegeketten mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt waren. In der arbeitswissenschaftlichen Forschung wurde kritisiert, dass industrielle Rationalisierungskonzepte der *lean production* auf die Pflegearbeit übertragen werden⁴⁷ – was den grundrechtlichen Auftrag einer menschenwürdigen Pflege unterminiert. Verhältnispräventiv ausgerichtete Gesundheitsschutzkonzepte für die Pflegearbeiter/innen, einschließlich einer betriebsärztlichen Betreuung, fehlen in der Altenpflege fast flächendeckend. Die Corona-Gefährdung hat in Kliniken, in Altenpflegeheimen und in anderen Pflegeeinrichtungen die seit Jahrzehnten sich akkumulierenden Missstände und Schieflagen zutage gefördert. Es wurden zwar schnell Krisenstäbe gebildet, doch die operativ tätige Pflege war in solchen Stäben entweder gar nicht oder nur marginal repräsentiert. So entstanden teilweise unsinnige, widersprüchliche oder schlicht nicht praktikable Vorgaben, Anordnungen und Anweisungen, die die ohnehin schon hoch belastende Arbeitssituation noch verschärften.

Chaos pur, es gab Tage mit drei unterschiedlichen Ansagen des Gesundheitsamtes, Mundschutz ja, Mundschutz nein, und dann waren innerhalb kürzester Zeit acht Mitarbeiter/innen infiziert, sieben davon sind erkrankt, drei sind richtig schwer erkrankt, keine Luft und so, riesige Unsicherheit, auch bei den Familien, die dann betroffen waren, Quarantäne, beklemmende Situation, vor allem, nachdem wir die Bilder aus Italien gesehen haben. Und die Frage, die wir uns alle stellten: „Was kommt da auf uns zu? Was können wir machen? Was können wir tun?“ Und dann ging

⁴⁷ Irene Raehlmann, Corona! Die Krise der Verschlankung und ihre Folgen, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 74 (2020), S. 216–221.

es los mit der Improvisiererei. [...] Und dann kam noch die Info vom Gesundheitsamt, dass auch infizierte Mitarbeiter/innen, wenn sie keine Symptome haben, weiterarbeiten sollen. Wurde dann zwei Tage später wieder zurückgenommen. Ist nicht gut sowsas. Corona hat uns ganz schön aus der Bahn geworfen, es war ja dann die halbe Abteilung in Quarantäne. Zum Glück gab es dann unter den Pflegekräften genügend Freiwillige, die aus dem „Frei“ kamen und ausgeholfen haben (Herr K.).⁴⁸

Vor allem im Altenpflegebereich wurde das Missverhältnis von mangelnder Struktur und personeller Unterbesetzung einerseits und plötzlich hereinbrechender „Anweisungsfront“ andererseits, bestehend aus Gesundheitsamt, Ordnungsamt und Heimaufsicht, überdeutlich, eine Gemengelage von staatlichen Institutionen überdies, die sich untereinander oft nicht absprachen und in den Betrieben zu mehr Verwirrung als Aufklärung beitrugen. Das Infektionsgeschehen geriet vor allem in den Heimen oftmals außer Kontrolle, was nicht nur für Bewohner/innen, sondern auch für Pflegearbeiter/innen tödliche Konsequenzen haben konnte. Versuchten in Kliniken immerhin Betriebsärzte/-innen, zwischen Infektions- und Arbeitsschutz zu vermitteln, so waren und sind Akteure/-innen eines wirksamen Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaft, Betriebsärzte/-innen – in Pflegeeinrichtungen schlichtweg nicht vorhanden. Das Zitat lässt zugleich erahnen, dass vielerorts das hohe Maß an Teamgeist, an kollegialer Solidarität und an Verantwortungsbewusstsein der Pflegearbeiter/innen den Kollaps von Abteilungen oder ganzer Häuser verhindert hat. Eine halbwegs angemessene Wertschätzung freilich lässt weiter auf sich warten.

Zu erwähnen ist außerdem die hohe körperliche Belastung, die sich unter Corona-Bedingungen noch merklich verschlimmerte. Standen anfänglich überhaupt keine oder nur wenige Schutzmasken zur Verfügung, änderte sich die Situation im April und Mai 2020: Insbesondere die Anweisung in manchen Kliniken und Heimen, FFP2-Masken mit einem zusätzlichen OP-Mundschutz zu verstärken, führte zu nennenswert er-

⁴⁸ Hien / Schwarzkopf, Corona-Gefährdung (wie Anm. 45), S. 10.

höhtem Atemwiderstand und einer entsprechend höheren Herz-Kreislauf-Belastung. Viele befragte Kranken- und Altenpfleger/-innen berichteten von entsprechende Belastungserfahrungen, ebenso – als Folge dieser Belastungen – von Müdigkeit, Erschöpfungszuständen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

Diese Art zu arbeiten mag in manchen Fällen notwendig sein, sie aber durchgängig anzutreten, das ist eine Zumutung. Und die schönen Pausenempfehlungen, die das RKI hierzu abgibt, sind komplett realitätsfern. Oder die berufsgenossenschaftliche Empfehlung, das Maskentragen auf 1,5 Stunden zu begrenzen, und dann eine halbstündige Pause einzulegen, wie soll das gehen, wie soll das im Arbeitsalltag gehen? (Frau E.).⁴⁹

Ein zusätzliches Ärgernis war in vielen Fällen die mangelhafte Qualität der persönlichen Schutzausrüstungen. So berichteten mehrere Interviewpartner/-innen von stark riechenden bis stinkenden Schutzmasken, die insofern für einen Gebrauch untauglich waren. Auch wurde von Schutz-Overalls berichtet, die schon beim Anziehen „auseinanderfallen“. Dies führte zwar zu Nachlieferungen besseren Schutzmaterials, doch blieben bei den Betroffenen negative Eindrücke haften:

Wie kann das sein, dass man uns mit der Maßgabe, das überfällige Schutzmaterial zu liefern, reinen Schrott anbietet? Sowas, das ist eine Zumutung. Wir haben aber gezeigt, dass wir uns das nicht gefallen lassen (Frau X.)⁵⁰

Doch es ist nicht allein das Maskenproblem, das zu erhöhten körperlichen Belastungen führte. Viele interviewte Kranken- und Altenpfleger/-innen beklagten die teilweise erheblich verlängerten Wege, die sie in ihrer Arbeit zurückzulegen hatten, ebenso wie die hierdurch verursachten Folgeprobleme und Mehrbelastungen. Räumliche Veränderungen und die Verlegungen von Stationen und Arbeitsbereichen erhöhten die Zahl der Bettentransporte und der Begleitungen von Bewohner/-innen und Angehörigen. Diese Veränderungen verstärkten wiederum die Personalnot über das übliche Maß hinaus. Dies hatte zur Folge, dass für

⁴⁹ Ebd., S. 17.

⁵⁰ Ebd.

viele Arbeitsgänge, wie zum Beispiel Mobilisierungen, keine zweite Kraft zur Verfügung stand, das heißt, in solchen Situationen war die allein arbeitende Pflegekraft extremen Anstrengungen und Belastungen ausgesetzt.

Eine extreme Gefährdungslage

Die Corona-Pandemie offenbarte schnell: Das Infektions- und Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen ist deutlich erhöht. Eine Auswertung der AOK-Daten von März bis Mai 2020 weist für Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege einen Krankenstand von 12,3 Prozent und für Beschäftigte in der Altenpflege einen Krankenstand von 12,8 Prozent aus – damit liegen Pflegeberufe um den Faktor 2,5 höher als der Versichertendurchschnitt.⁵¹ Hier gehen zwar auch die nach Infektionsausbrüchen verhängten Quarantänezeiten mit ein, doch Pfleger/innen waren auch besonders stark von schweren Erkrankungsverläufen betroffen. Das Robert-Koch-Institut weist in seinem täglichen Lagebericht die Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens als gesonderte Erkrankungsgruppe aus: Danach waren bereits Mitte Mai 2020⁵² von 534 krankenhauspflichtigen Covid-19-Fällen bei Krankenhausbeschäftigten 18 verstorben (*hospitalized case fatality ratio*: 3,4 Prozent), von 348 krankenhauspflichtigen Covid-19-Fällen bei Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen waren 41 verstorben (*hospitalized case fatality ratio*: 11,8 Prozent). Der Altersmedian der erkrankten Personen – es handelt sich hauptsächlich um Pflegekräfte – lag bei vierzig Jahren. Im ersten Halbjahr wurden von den mehr als 25.000 Infektionsfällen im Gesundheits- und Sozialwesen der Berufs-

⁵¹ WidO (Wissenschaftliches Institut der AOK), Krankschreibungen und Krankenhaus-Aufenthalte von Beschäftigten in der Lock-down-Phase: Gesundheitsberufe besonders stark von Covid-19 betroffen: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pm_krankschreibungen_und_kh-aufenthalte_covid-19.pdf].

⁵² RKI (Robert-Koch-Institut), Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-2019) vom 15.05.2020: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-15-de.pdf?__blob=publicationFile].

genossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege mehr als 6.000 Fälle unter Berufskrankheiten-Verdacht gemeldet.

Die vergleichsweise hohe Zahl der berufsbedingten, tödlich verlaufenen Covid-19-Fälle unter Altenpflegepersonal verlangt nach einer Erklärung. Da im Heim normalerweise eine Vielzahl von Humankontakten und Interaktionen stattfinden, ist es nicht verwunderlich, dass sich Viren, einmal ins Heim gelangt, schnell ausbreiten können. Pflegebedürftige, zumeist multimorbide und immungeschwächte Menschen, sind für pathogene Keime besonders empfänglich. Infizierte und zunächst unerkannt Erkrankte können gleichsam Virusbrutstätten sein, wodurch Beschäftigte einer hohen Exposition ausgesetzt sind. Altenpflege ist in besonders hohem Maße mit Körpernähe und Körperkontakt verbunden. So können sich unter der gut begründeten Annahme einer Dosis-Wirkungs-Beziehung schnell sehr schwere Erkrankungsverläufe einstellen. Diese Zusammenhänge sind im Wesentlichen schon länger bekannt. Schon 2005 hat daher das RKI entsprechende Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime veröffentlicht.⁵³ So sollten in jedem Heim Hygieneverantwortliche benannt und entsprechend qualifiziert, Hygienekommissionen gebildet und Hygiene- und Maßnahmenkonzepte erstellt werden, einschließlich des Vorhaltens von ausreichend Schutzausrüstungen. Doch diese Empfehlungen wurden nicht umgesetzt – ein Versäumnis der Heimbetreiber wie der Behörden, welche jene unterstützen und überwachen sollten. Nicht zuletzt fehlte es an rechtlich bindenden Verfügungen. Im März 2020 wurden dann viele Pflegeheime von der Infektionswelle unvorbereitet überrascht.

Die psychosozialen Belastungen der Pflegearbeiter/innen stiegen während der Corona-Krise auf ein exorbitantes Maß an. Das Auftreten von Corona-Fällen konnte zu dramatischen Situationen führen, wie die folgende Sequenz aus dem Bericht einer Altenpflegerin zeigt:

⁵³ RKI (Robert-Koch-Institut), Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt, 48 (2005), S. 1.061–1.080.

Ich hab mich freiwillig für ein Team gemeldet, das bereitsteht, wenn ein Fall auftritt. Und der trat dann auch ein. Die Türen wurden zugemacht. Wir haben drei Tage Früh-, Spät- und Nachschicht geschoben, mit diesem Personal. Wir kamen nicht raus, Feldbetten, bis das Gesundheitsamt uns freigab. Ich habe geweint, ich habe die ganze Nacht geweint, weil niemand wusste, was wird alles. Wir haben zusammen geweint, aber das hat auch das Team zusammengeschweißt. Dann ging es nach Hause, wir haben dann sechs Tage freigekriegt, aber wir haben dann wieder geweint, vor Freude, dann aber hab ich Albträume gekriegt, tagelang, und dann aber bin ich schon bald wieder zu Arbeit, ich hab die sechs Tage gar nicht ausgenutzt, weil die Bewohner und meine Kollegen, die brauchten mich ja. Meine Familie, unser Dorf, alle haben uns unterstützt, haben uns was zu essen gebracht [...] (Frau I.).⁵⁴

Diese berührende Schilderung mag durch die sehr emotionale Arbeitsorientierung der Protagonistin gefärbt sein, doch sie offenbart eine beeindruckende solidarische Orientierung, sowohl im Arbeitsteam als auch im umliegenden sozialen Feld der Familie und der Gemeinde. Dies bedeutet aber zugleich, als Mitglied dieser Gemeinschaft viel geben zu müssen und in Krisensituationen auch Opferbereitschaft zu zeigen. Die Paradoxie dieser Situation liegt darin, dass mit einer solchen Orientierung auch das berufliche und berufspolitische Selbstbewusstsein konterkariert wird. Die zitierte Passage lässt eine Ahnung davon aufkommen, welche massiven psychischen Folgen eine Verschlimmerung der Infektions- und Krankheitslage der betreuten Patienten/-innen beziehungsweise Bewohner/-innen haben kann. In der Pflegearbeit, zumal in einer Pandemie, werden die Beschäftigten massiv mit Krankheit, Sterben und Tod konfrontiert. Selbst dann, wenn die Pflegearbeiter/-innen nicht selbst organisch erkanken, durchleben sie hoch belastende Situationen, die zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) führen können. Weltweit zeigen Studien, dass PTBS unter Gesundheitsarbeiter/-innen dramatisch ansteigen. Zu bedenken ist, dass die Pflegearbeit eine hohe sozioemotionale Komponente hat. Krankheit und Sterben der anvertrauten Patienten/-innen und Bewohner/-innen zu begleiten, sie in to-

⁵⁴ Hien / Schwarzkopf, Corona-Gefährdung (wie Anm. 45), S. 18.

taler Isolation zu sehen und ihnen nicht helfen zu können, erzeugt extreme Belastungen. Nicht nur das Virus, auch die soziale Isolation hat zur Verschlechterung der Gesamtsituation beigetragen.

Die Kontaktsperrungen und Besuchsverbote in Alten- und Pflegeheimen müssen zweifelsohne als gravierende Einschränkungen von Freiheitsrechten gewertet werden. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass ausgerechnet diejenigen aus den Reihen prominenter Akteure/-innen, die mit den Corona-Maßnahmen Freiheitsrechte in Gefahr sahen, Befürworter jener Kontaktsperrungen waren, unter denen dann viele alten Menschen enorm leiden mussten. Auch der sogenannte schwedische Weg war einer, der Bewegungsfreiheit für die Allgemeinbevölkerung dadurch erhalten wollte, „besonders vulnerablen Gruppen“ wie eben alten Menschen einen besonderen Schutz zukommen zu lassen, was in Wirklichkeit einem schieren Wegsperren der Alten gleichkam. Und dennoch starben in Schweden auf die Bevölkerungszahl bezogen mehr Menschen an Covid-19 als in Deutschland; besonders tragisch ist der Umstand, dass in Schweden unter den vorwiegend migrantischen Altenpflegekräften die Mortalität weit über dem europäischen Durchschnitt liegt.⁵⁵ Genauere Zahlen fehlen aufgrund der hohen Dunkelziffer. In den verschiedenen Wissenschafts- und Fachbereichen, die sich mit der Situation der Altenpflege befassen, ebenso in den Bundes- und Landesbehörden, scheint es mittlerweile Einigkeit darüber zu geben, dass Kontakte und Besuche möglich sein müssen.⁵⁶ Im Gegenzug werden hierfür organisatorische Regelungen, konsequentes Hygienemanagement und insbesondere laufende SARS-CoV-2-Testungen angeordnet beziehungsweise streng empfohlen. Zusätzlich wird die Impfung der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen als Schutzmaßnahme empfohlen. Von besonderer Bedeutung sind die Antigentests: Aus internationalen Studien ist

⁵⁵ Christian Kreil, Wie erfolgreich ist der Sonderweg in Schweden?, Vorwärts vom 25. August 2020: [<https://www.vorwaerts.de/artikel/corona-erfolgreich-sonderweg-schweden>].

⁵⁶ Kerstin Hämel et al., Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie, Kompetenznetzwerk Public Health Covid-19, 15.12.2020: [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_Heime_SozialeKontakte_201215_final.pdf].

ableitbar, dass präventives Testen die Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit um ein Vielfaches senkt. Offen bleibt freilich, wer diese Tests durchführen soll. Zu fragen ist: Wo bleiben die Betriebsärzte/-innen, die hierfür eigentlich vorgesehen sind? Wo bleiben unterstützende Kräfte der Berufsgenossenschaft? In der medialen Diskussion sind zu Recht Forderungen hörbar geworden, dass hierfür auch die Mitarbeiter/-innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, das heißt ausgebildete Fachkräfte einer Quasi-Behörde, abgestellt werden könnten. Allein es fehlt der politische Wille, auch in den vielfältigen Gliederungen, in denen gewerkschaftliche Vertreter/-innen mitbestimmen. Die Debatte zur Situation in den Pflegeheimen nimmt an Dichte zu, umgekehrt proportional zur immer unerträglicher werdenden Personal-situation. Dass Pflegeeinrichtungen mit einer ausreichenden Personalbesetzung und festen stationsgebundenen Arbeitsstäben signifikant weniger Ausbrüche haben als solche mit andauernd wechselndem Personal, ist evident.

Doch in den weiteren Details kommt eine Vielstimmigkeit der beteiligten Wissenschaften und Berufsverbände zum Vorschein, die es den ohnehin am Rande ihrer Belastbarkeit stehenden Pflegearbeitern/-innen erschwert, Orientierung zu finden. So melden sich – erneut unter der Überschrift „Schutz besonders vulnerabler Gruppen“ – einflussreiche Expert/-innen mit neuen Empfehlungen zu Wort, wie mit Infektionsausbrüchen im Altenheim umzugehen sei.⁵⁷ Internationale Studien hätten gezeigt, dass nach einem Ausbruch in einer Station eine einwöchige vollständige gemeinsame Isolation von Bewohnern/-innen und Stationsmitarbeitenden die Todesrate signifikant absenken würde. Gerade dieser Vorschlag trifft bei genauerem Hinsehen des Pudels Kern: Eine solche Vorgehensweise, die, wie wir gesehen haben, auch hierzulande in bestimmten Fällen schon praktiziert wurde, beruht auf vielen Voraussetzungen: Zum einen muss hierfür grundsätzlich der Personalschlüssel

⁵⁷ Andreas Sönnichsen / Gabriele Meyer, Covid-19: Schutz der besonders vulnerablen Gruppen geboten. Evidenz zu Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen weiterhin mangelhaft: [https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-01_21_kvh-journal_schutz-vulnerabler-gruppen.pdf].

um mindestens dreißig Prozent angehoben werden; zum anderen muss sowohl die Arbeits- und Unternehmenskultur als auch die sozialräumlich-kommunale Kultur Derartiges hergeben. Wirtschaftsliberale Denkweisen stehen dem diametral entgegen. Dies sollten pflegewissenschaftliche Einlassungen reflektieren und aussprechen. Sonst erscheinen Empfehlungen mit Recht als realitätsfremd und evozieren Abwehr, Unwillen und Wut.

Gab es noch während der Sommermonate eine halbwegs stabilisierte pandemische Lage, so hat sich die Situation seit November dramatisch verschlechtert. Ende Dezember waren 124 Pflegekräfte an Covid-19 verstorben, 86 davon arbeiteten in der Altenpflege.⁵⁸ Interessant ist die Anmerkung des RKI: „Da Angaben zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit bei vielen Fällen fehlen, ist die Anzahl der Fälle mit einer Betreuung, Unterbringung oder Tätigkeit in den einzelnen Einrichtungen als Mindestangabe zu verstehen.“⁵⁹ In den Pflegeeinrichtungen ist die Situation hoch angespannt; einige Häuser stehen nun tatsächlich vor dem Kollaps, was bedeuten würde, dass pflegebedürftige Menschen un- oder unversorgt blieben und alleine schon deshalb ein signifikant steigendes Sterberisiko hätten. Die inzwischen medial breit geführte Debatte macht sich an der vom RKI empfohlenen und in Verordnungen der Bundesländer festgeschriebenen Teststrategie fest. Heimleiter/innen behaupten unisono, Bewohner/innen einmal pro Woche und Mitarbeiter/innen zweimal pro Woche mit einem Antigen-Schnelltest zu überprüfen, sei schon deshalb nicht möglich, weil dazu kein Personal abgestellt werden könne.⁶⁰

Doch schon die völlig vernachlässigte Einbeziehung von Betriebsärzten/-innen verweist auf die Verantwortung der Heim- und Unterneh-

⁵⁸ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-2019) vom 26.12.2020: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-26-de.pdf?__blob=publicationFile].

⁵⁹ Ebd., S. 5.

⁶⁰ Katja Klapska, Corona-Schnelltests in Altenheimen? „In der Form nicht umsetzbar“, in: Die Welt vom 28.10.2020: [<https://www.welt.de/politik/deutschland/article218818238/Corona-Schnelltests-im-Altenheim-In-der-Form-nicht-umsetzbar.html>].

mensleitungen: Sie hätten schon seit Jahren die Pflicht gehabt, für eine ausreichende arbeitsmedizinische Betreuung zu sorgen und entsprechende Ressourcen einzukaufen oder von der Berufsgenossenschaft anzufordern. Das ist beinahe flächendeckend nicht geschehen. Gewerbeärzte, die dies hätten überwachen und entsprechende Anordnungen hätten treffen können, fehlen, oder ihnen wurden politisch die Hände gebunden. Nun startet beispielsweise Bayern eine Initiative, ausgebildete Pflegekräfte und ausgebildete Gesundheitsfachleute, die nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten, für einen mobilen Unterstützungs pool zu gewinnen. Doch all diese Überbrückungshilfen können nicht das grundsätzliche Problem beheben. Die Einlassungen der Leitungskräfte und vor allem der Pflegeunternehmer/innen müssen als Offenbarungseid verstanden werden: Unter den Bedingungen gewinnorientierter Pflegestrukturen lässt sich weder die Gesundheit der Bewohner/innen noch die der Mitarbeiter/innen schützen. Der „Pflegenotstand“ führt die Gesellschaft als Ganzes in eine Zerreißprobe. Der Markt wird es nicht richten. Notwendig wäre kurzfristig eine umfassende Aufstockung des staatlichen Arbeitsschutzes, der für eine einigermaßen basale Unterstützung der Pflegearbeiter/innen hinsichtlich ihres Gesundheitsschutzes sorgt. Notwendig wäre mittel- und längerfristig ein gesellschaftlicher Aufstand, der im Kontext einer ökonomischen Umverteilung und einer radikalen Arbeitszeitverkürzung Pflege- und Sorgearbeit auf verschiedenen Ebenen neu organisiert: (a) Kliniken und Pflegeeinrichtungen in Gemeineigentum überführen, (b) Pflege als Versorgungsmix von professioneller und sozialraumorientierter Praxis organisieren, und (c) Gesundheitsschutz als primäre Public-Health-Aufgabe definieren sowie die entsprechenden Institutionen auf- und ausbauen, wobei (d) hierfür ein hohes Maß an Partizipation und Transparenz sicherzustellen wäre.

Angesichts der während des Dezembers 2020 sich aufschaukelnden medialen Impfeuphorie ist es angebracht, genauer hinzuschauen und zu fragen, was das Impfen allgemein und spezifiziert auf die SARS-CoV-2-Problematik denn an Benefit bringen würde. Unablässig beto-

nen Vertreter/innen der politischen Elite, in Deutschland gebe es keinen Impfzwang. Doch gilt dies auch für die Arbeitsverhältnisse im Gesundheits- und Sozialwesen? Im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz 2015 und den Erfahrungen mit Masern-Ausbrüchen wurde dem Infektionsschutzgesetz 2016 der Paragraph 23a eingefügt. Darin wird den Arbeitgebern im Gesundheits- und Sozialwesen das Recht zugestanden, von Beschäftigten Auskunft über deren Impfstatus verlangen zu dürfen. Der Hintergrund: Bei Tröpfchen- und Aerosolübertragungen können Mitarbeiter/innen Erreger von Patienten/-innen beziehungsweise von Betreuten aufnehmen und sie auch – das ist das Entscheidende – weitergeben.

Insofern ist *de jure* zwar keine Impfpflicht eingeführt, in diesem speziellen Fall der Tröpfchen- und Aerosolübertragung *de facto* aber doch. Denn das Beschäftigungsverhältnis ist, wenn nicht ein patientenferner Arbeitsplatz gefunden wird, in diesem Fall wegen der Verpflichtung zum Schutz Dritter nicht aufrecht zu erhalten oder erst gar nicht möglich. Das Gut der Entscheidungsfreiheit der Beschäftigten ist dem Gut „Gesundheitsschutz Dritter“ untergeordnet. Die Frage ist nun: Kann die neuartige Impfung gegen das neuartige SARS-CoV-2-Virus das Ansteckungsrisiko mindern oder gar auf Null setzen? Das behaupten selbst die Protagonist/innen und Hauptakteure der Impfkampagne nicht. Die sogenannte RNA-evozierte Immunisierung kann die Krankheit verhindern oder den Krankheitsverlauf mildern, wahrscheinlich aber nicht – jedenfalls nach derzeitigem Erkenntnisstand – die Viruslast. Der/die Geimpfte kann also weiter ansteckend sein. Insofern kann und darf nach Überzeugung des Autors gerade im Fall von SARS-CoV-2 kein Druck auf das Pflegepersonal ausgeübt werden, sich impfen zu lassen. Die Argumentation auf Basis des oben erwähnten § 23a des Infektionsschutzgesetzes kann hierfür nicht herhalten. Nach wie vor sind die klassischen Hygienemaßnahmen der Königsweg, Patienten/-innen und Bewohner/innen wie auch Mitarbeitende zu schützen.

Einige Schlussfolgerungen

In diesem Beitrag wurde versucht, einen Bogen zu schlagen von durch die Corona-Krise aufgeworfenen grundlegenden Fragen hin zur Problematik der aktuellen Arbeitsverhältnisse und der Defizite des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Pflegearbeit, die in mehrerer Hinsicht von der Pandemie und ihren Folgen besonders betroffen ist, wurde exemplarisch als außerordentlich kritischer Bereich des Arbeitslebens herausgestellt. Die Krise hat das schon lange herrschende strukturelle Defizit eines umfassenden, Menschenwürde, Leben und Unversehrtheit wahren Gesundheitsschutzes offengelegt. Die Pflegearbeit, und hier wiederum insbesondere die Altenpflegearbeit, ist ein herausragendes Beispiel hierfür. Zu fragen ist: Wo bleibt der staatliche Arbeits- und Gesundheitsschutz? Wo bleibt die Koordinierung von Infektions- und Arbeitsschutz? Wo bleiben die dringend notwendigen Hilfen? Offensichtlich hat die „marktkonforme Demokratie“ (Angela Merkel) eine Gesamtsituation hervorgebracht, die es erlaubt, dass der Staat sich aus dem Arbeitsleben zurückzieht und damit seine Schutzfunktion aufgibt. Die Marktdominanz untergräbt das Gemeinwesen. Eduard Heimann, ein sozialethisch denkender Ökonom, veröffentlichte 1929 sein Buch *Soziale Theorie des Kapitalismus*.⁶¹ Darin wird der Arbeiterschutz als eine der sozialpolitischen Hauptaufgaben begriffen. Heimann benennt das Problem in einem klaren Satz: „Der Markt ist kurzfristig und zum Raubbau geneigt; deswegen muss man marktfremde Mittel gegen den Raubbau anwenden.“⁶² Heimann hoffte auf eine „Sozialisierung von unten“, glaubte aber nicht, dass die schöpferische Kraft des Proletariats schon in einem ausreichenden Ausmaß hierfür gebildet sei.

Zu fragen ist heute: Wird die Corona-Pandemie ein heilsamer Schock, der für die Entwicklung unserer Gesellschaft neue Weichen stellen könnte? Das mag auf der Ebene der unmittelbaren politischen und sozialen Praxis bezweifelt werden. Doch möglicherweise öffnet die

⁶¹ Eduard Heimann, Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik, Tübingen 1929, Reprint: Frankfurt am Main 1980.

⁶² Ebd., S. 219.

Krise – zumindest bei denen, die sich überhaupt neue Fragen stellen – die Augen für die grundlegenden Fragen: Wie soll menschenwürdiges Leben – für alle Menschen, gleich woher sie kommen, gleich welchen Alters und welcher Orientierung – gesellschaftlich gestaltet werden? Zu diesen Fragen gehört auch die nach der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und sich für das eigene Leben wie das anderer zu engagieren. Oder anders gefragt: Wie kann sich der einzelne Arbeiter, die einzelne Arbeiterin, der oder die Angestellte, in dieser Situation und unter den herrschenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verhalten? Dies ist zugleich eine Frage der gewerkschaftlichen Organisation. Eine Bewegung von unten wäre notwendig, doch hier stehen wir erst am Anfang einer neuen Selbstfindungsphase. Wie bei jedem gewerkschaftlichen oder syndikalistischen Beginn sind gegenseitiger Austausch, gegenseitiges Erzählen, das heißt die kommunikative Öffnung ganz elementar, verbunden mit dem Versuch, sich selbst und die Situation ungeschminkt wahrzunehmen. Das wird, solange wir noch in der Pandemie stecken, schwierig sein. Doch umso wichtiger ist, über Perspektiven und Orientierungen nachzudenken.

Zu erinnern ist beispielsweise an die – historisch noch nahe liegenden – im Kontext der italienischen Arbeiterkämpfe entwickelten operaistischen Vorstellungen,⁶³ die immer den arbeitenden, drangsalierten und geschundenen Menschen als Subjekt begriffen, das es in seiner Entfaltung und seiner eigenständigen Entwicklung von Würde und Freiheit zu unterstützen gilt.⁶⁴ Zu benennen ist in unserem thematischen Zusammenhang die italienische Arbeitermedizin, die in den Arbeitskämpfen Ende der 1960er Jahre entstand und in den 1970er Jahren Belastungen und Krankheiten aus einer Perspektive „von unten“ themisierte.⁶⁵ Diese Bewegung generierte Ideen, die in der aktuellen Entwicklung der

⁶³ Martin Birkner / Robert Foltin, (Post-)Operaismus. Von der Arbeiterautonomie zur Multitude, Stuttgart 2010.

⁶⁴ Vgl. Robert Foltin, Der Körper der Multitude, Stuttgart 2010; Hien, Arbeit des Körpers (wie Anm. 24).

⁶⁵ Helmut Wintersberger, Arbeitermedizin in Italien. Eine Kulturrevolution im Spannungsfeld von Arbeit und Gesundheit, Berlin 1988.

Arbeitsverhältnisse wieder Bedeutung gewinnen könnten: „Die Gesundheit darf nicht delegiert werden!“ Woraus sich das handlungsleitende Motto ergibt: „Die Gesundheit in die eigenen Hände nehmen!“ Diese Ideen wurden auch in der betrieblichen Gesundheitsbewegung hierzulande aufgegriffen. Noch in den 1980er Jahren gab es Bündnisse der Umwelt- und Gesundheitsbewegung mit betrieblichen Gruppen. Es gab betriebliche Gesundheitsinitiativen und betriebliche Gesundheits-Basisgruppen, in denen sich Arbeitende trafen, sich über Belastungen und Gesundheitsschäden austauschten und Aktionen entwickelten, um den Gesundheitsschutz zu verbessern.⁶⁶ Es gab solche betriebliche Gruppen bei der Bremer Vulkanwerft, bei der Hamburger Aluminiumhütte, bei AEG in Berlin, bei Bayer in Leverkusen oder auch bei Alstom Power in Mannheim. Auch die von Betriebskrankenkassen zeitweise unterstützten betrieblichen Gesundheitszirkel waren vom Gedanken der Arbeitermedizin inspiriert.⁶⁷

Es ging und geht darum, eigenes Handeln am Arbeitsplatz mit Forderungen und Aktionen zu verbinden, die die Veränderung von Arbeitsbedingungen zum Ziel haben. Diese Denkrichtung geht – und das ist die historisch ältere Phase – auf Vorstellungen der Arbeiterkontrolle zurück, ein Kampfkonzept, das während des ganzen 20. Jahrhunderts in verschiedenen Teilen der Welt immer wieder aufblühte.⁶⁸ Thematisiert ist dabei immer die Auseinandersetzung nicht nur um einzelne Schutzmaßnahmen, sondern um die Arbeits- und Produktionsbedingungen insgesamt. Laurent Vogel, Sekretär beim Europäischen Gewerkschaftsbund, greift offensichtlich den Gedanken der Arbeiterkontrolle auf, wenn er anlässlich der Covid-19-Gefährdung schreibt:

⁶⁶ Vgl. Hien / Birke, Zerstörung, (wie Anm. 17), S. 215–245; Hien, Arbeit des Körpers, (wie Anm. 24), S. 196ff.

⁶⁷ Christian von Ferber, Gesundheitszirkel – eine Strategie zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, 40 (1991), 12, S. 293–298.

⁶⁸ Siehe den hoch informativen Aufsatz von Paul Barton, Arbeiterkontrolle, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 10 (1959), S. 71–81: [<http://library.fes.de/gmh/main/pdf-files/gmh/1959/1959-02-a-071.pdf>].

In der realen Welt kann Arbeit nicht auf einen einzigen Raum reduziert werden, in dem Hygienevorschriften blind angewendet werden können. Dies anzuerkennen bedeutet, es Gruppen von Arbeitnehmern zu ermöglichen, die Kontrolle über die Produktionsbedingungen zu übernehmen, auf ihre Erfahrungen zurückzugreifen und die Arbeit in all ihren Aspekten neu zu gestalten, wobei sowohl die gesundheitlichen Erfordernisse als auch der tatsächliche Nutzen, den ihre Arbeit für die Gesellschaft darstellt, berücksichtigt werden.⁶⁹

Der Grundgedanke ist also, die konkreten Arbeits- und Lebensbelastungen, die Erfahrungen mit gesundheitlichen Krisen, aber auch die psychische Situation, die Ängste und die Angstabwehr zum Thema zu machen, genauer: Räume zu schaffen, in denen die Arbeiter/innen sich austauschen können, ihre Wahrnehmungen ordnen sowie Aktionen besprechen und vorbereiten können. Überbetriebliche gewerkschaftliche und wissenschaftliche Akteure/-innen hätten dann die Aufgabe, diese betriebliche Gesundheits-Basisarbeit zu unterstützen und zu fördern, nicht im Sinne einer Stellvertreterpolitik, sondern im Sinne eines Mit-einanders, das die Handlungskompetenz der Arbeitenden stärkt. So gesehen, könnte sich die von Heimann postulierte schöpferische Kraft entwickeln, die in der Lage wäre, die Klasse der Arbeitenden aus der Opferrolle heraus- und zum autonomen Handeln und Gestalten hinzuführen. Eine solche Bewegung „von unten“ ist notwendig, um Voraussetzungen für eine gemeinwirtschaftliche Umgestaltung der „system-relevanten“ Bereiche der Wirtschafts- und Arbeitswelt zu schaffen, das heißt für eine Sozialisierung von unten, die wirklich von aktiven Menschen getragen wird und nicht nur von einer Bürokratie. Es ist nicht verkehrt, sich – eingedenk der Lebens- und Arbeitsverhältnisse von 1848 – eines Satzes aus dem Kommunistischen Manifest zu entsinnen, wonach „die freie Entwicklung eines jeden die Bedingung für die freie Entwicklung aller ist“.⁷⁰

⁶⁹ Laurent Vogel, Work, a blind spot in the Covid-19 crisis, in: Hessa-Mag, 22 (2021), S. 4–9.

⁷⁰ Karl Marx / Friedrich Engels, Manifest der Kommunistischen Partei. London 1848, S. 16.