

Stefanie Graefe, Tine Haubner und Silke van Dyk

»Was schulden uns die Alten?« Isolierung, Responsibilisierung und (De-)Aktivierung in der Corona-Krise

Nach den ersten Wochen der Ausnahmesituation und des »Shutdowns« tritt in der Corona-Pandemie eine Frage verstärkt ins Zentrum der Debatten, prominent aufgerufen Ende April 2020 von Wolfgang Schäuble. Die Annahme »alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten« sei, so der Bundestagspräsident, »in dieser Absolutheit nicht richtig«.¹ Tatsächlich ist die Frage, welcher Preis zu hoch für den Schutz »des« Lebens ist, inzwischen zu einer Art Gretchenfrage in Bezug auf das Selbstverständnis liberaler Gesellschaften unter Pandemie-Bedingungen avanciert. Allerdings geht es dabei nicht bloß abstrakt um »das Leben«, dessen Schutz der Gesellschaft womöglich zu viel abverlangt: Stellvertretend für viele kritisiert etwa Jakob Augstein, man habe beschlossen, zugunsten einer Minderheit »der Mehrheit sehr schwere Lasten aufzubürden«.² Mag man sich hier noch fragen, wer Minderheit und wer Mehrheit ist, so lässt Theaterregisseur Frank Castorf daran keinen Zweifel: Auch in den Theatern, so klagt er, »finden plötzlich alle, jeder Alte, auch wenn er über 80 Jahre und ein Mann ist, sollte um jeden Preis geschützt werden«.³ Die öffentliche Sorge um den »Preis«, den die Gesellschaft für den Lebensschutz zahlen soll, konzentriert sich zentral auf das Leben von *älteren und alten Menschen*, die im Zusammenhang mit COVID-19 als besonders gefährdet gelten.⁴

Ein Blick auf die einschlägigen öffentlichen Debatten zeigt, dass hinsichtlich des Zusammenhangs von Corona und Alter zwei Themenfelder dominieren: Sorge und Schutz auf der einen Seite, Risiko und Isolierung auf der anderen. Beide Themen hängen offenkundig eng miteinander zusammen, denn ältere und alte Menschen gelten in Bezug auf COVID-19 nicht nur als besonders vulnerabel, sondern soziale Isolierung gilt zugleich als das sicherste Mittel, eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu verhindern. Zugleich ist weder die genauere inhaltliche Bestimmung noch die Beziehung dieser beiden Themenfelder zueinander fix. Schienen zu Beginn der Corona-Pandemie vor allem die Sorge um die Alten und der Schutz *um ihrer selbst willen* zu dominieren, so werden inzwischen häufiger Aussagen

1 Birnbaum, Booth 2020.

2 Augstein 2020.

3 Zeit Online 2020.

4 Wir konzentrieren uns in diesem Beitrag auf das Thema Alter und die Gruppe der älteren Menschen. Für andere »Risikogruppen«, etwa Menschen mit Behinderung, stellt sich die hier diskutierte Problematik keineswegs unproblematischer, jedoch substanziell anders dar.

hörbar, die für eine Isolierung der besonders Gefährdeten, das heißt der vorerkrankten Alten, zugunsten der vermeintlich berechtigt Sorglosen plädieren. Forderungen nach »effektiven und erträglichen Schutz- und Isolationsstrategien für Risikogruppen«⁵ in Gestalt von angeordneter Zwangsqwarantäne weichen dabei zunehmend der mit mehr oder weniger deutlichem moralischen Unterton vorgebrachten Aufforderung, diese mögen sich freiwillig und eigenverantwortlich selbst isolieren. Dabei bleiben allerdings wichtige Fragen oftmals ausgeblendet – etwa nach den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die ein »eigenverantwortliches« Handeln erleichtern oder erschweren können. Auch der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Sterberisiken wird nur selten thematisiert, ebenso wie die Frage, ob die allgemeine Bereitschaft, »die Alten« als Problem wahrzunehmen, nicht auch auf einen gesellschaftlich verankerten, negativen Altersbias verweist, der durch die strukturelle Krise des Pflegesystems und die prekären Bedingungen der Versorgung Hochaltriger noch verschärft wird.

Die folgenden Überlegungen⁶ zu der ebenso widersprüchlichen wie bedeutsamen Verknüpfung von »Sorge«, »Schutz«, »Risiko« und »Isolierung« sowie – diese Topoi übergreifend – »(Eigen-)Verantwortung« in Zeiten der Corona-Krise zielen weder darauf ab, den am öffentlichen Diskurs Beteiligten altersdiskriminierende Absichten zu unterstellen, noch darauf, ein »besseres« Konzept des Pandemiemanagements vorzulegen. Vielmehr geht es darum, die gegenwärtige Situation und Debatte mit soziologisch bereits seit längerem untersuchten Prozessen der Auf- und Abwertung des Alter(n)s, der Reproduktion sozialer Ungleichheit, der Individualisierung von (Risiko-)Prävention sowie den strukturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit und Pflege in der flexibel-kapitalistischen Gegenwartsgesellschaft zu kontextualisieren. Die Corona-Krise erfindet, so unsere Ausgangsannahme, gesellschaftliche Problematiken nicht neu, sondern wirkt zugleich als Scheinwerfer, der ein helles Licht auf bereits seit langem bestehende Strukturprobleme wirft, wie als Türöffner: Im Zeichen der Pandemie wird ausgetragen, was zwar schon lange konfliktiv, im diskursiven Mainstream aber eher unbeachtet geblieben ist.

Diesen Zusammenhang untersuchen wir in drei Schritten: *Erstens* werden wir zeigen, inwiefern die aktuelle Adressierung »der Alten« in widersprüchlicher Weise an ältere und jüngere gesellschaftliche Altersdiskurse anschließt und die darin bereits angelegte Tendenz zu einer strukturellen Diskriminierung »des« Alters verstärkt. Davon ausgehend problematisieren wir *zweitens* die Konstruktion von »Risikogruppen« und altersspezifischen Vulnerabilitäten. *Drittens* möchten wir zeigen, dass diese Entwicklungen nicht allein »die« Alten betreffen, son-

5 Deutscher Ethikrat 2020, S. 8.

6 Eine Anmerkung vorab: Die Situation in der Corona-Pandemie ist äußerst dynamisch; auch politische Diskurse und Debatten verschieben sich fast täglich in rasantem Tempo. Wir schreiben diesen Text, der eine erweiterte und überarbeitete Fassung eines bereits im April dieses Jahres veröffentlichten Beitrags darstellt (van Dyk et al. 2020), Ende Mai 2020 und verstehen ihn als eine nachdenkliche Momentaufnahme, nicht als abschließende Analyse des fraglichen Zusammenhangs.

dern auch diejenigen, die mit älteren Menschen arbeiten: Schutz und Versorgung der »Risikobehafteten« werden delegiert an ein un(ter)bezahltes Heer oftmals prekärer Pflegender, deren wohlwollend beklatschte »Systemrelevanz« nicht über die strukturellen Probleme im Feld der Altenpflege hinwegtäuschen kann. Auf allen drei Feldern gehen wir der Vermutung nach, dass die Transformation »der Alten« von *Schutzobjekten* zu *riskanten Subjekten* Ansprüche von älteren Menschen, ob auf gute Pflege, intensivmedizinische Ressourcen oder Bewegungsfreiheit, zunehmend unter Vorbehalt stellt.

1. »Wir« und »Sie« – Der Schutz der »Anderen«

Der Diskurs um die Corona-Pandemie wird begleitet von der etwas ratlosen Suche nach Gründen, »warum unsere ältere Bevölkerung unsere Bitten, sich selbst zu isolieren, zu ignorieren scheint«. ⁷ Auffällig ist dabei zweierlei: Zum einen wird nahegelegt, man könne »die Alten« und »die Nicht-Alten« zweifelsfrei in zwei Gruppen unterteilen, während andererseits zugleich über den Schutz der ersteren weitgehend ohne ihre Beteiligung debattiert wird. Nachdem ältere Menschen seit den ausgehenden 1990er Jahren zunehmend als »Best Ager« und »aktive Alte« entdeckt worden waren, wurden sie im Zuge der Corona-Pandemie quasi über Nacht zu Objekten eines »Totalitarismus der Fürsorglichkeit«, ⁸ bei dem Fürsorge und Vorwurf, Schutz und Paternalismus fließend ineinander übergehen. Wie der Journalist Adrian Lobe treffend bemerkt: »Die Spaßgesellschaft, die die Kranken und Alten schon immer ausgeschlossen hat, kann diese Exklusion nun mit dem hehren Argument des Gemeinwohls legitimieren.« ⁹

Die gegenwärtige Debatte um Schutz und Risiko unter Corona-Bedingungen wird von einem kategorischen Wir-Sie-Gegensatz dominiert, der viel damit zu tun hat, wie »Alter« grundsätzlich als soziale Zuschreibung funktioniert. Prägend ist dabei – trotz des lebenslangen Alternsprozesses – eine altersspezifische Kodierung der Lebensränder, bei der das Jung-Sein von Kindern und Jugendlichen sowie das Alt-Sein der Älteren wahrgenommen wird, während gleichzeitig für die dazwischen liegenden Jahre eine neutrale Alterslosigkeit unterstellt wird. ¹⁰ Die mittleren Lebensjahre werden damit, ähnlich der lange Zeit unhinterfragten Norm der Männlichkeit, zum unmarkierten »Allgemeinen«, zum nicht ausgewiesenen Maßstab, ¹¹ sodass es dort, wo vom »Alter« die Rede ist, faktisch meist nicht um die sozial hergestellte Binarität alt/jung, sondern um die – ebenso konstruierte – Binarität alt/nicht-alt geht. Diese Binaritäten benennen nicht einfach Unterschiedliches (aber Gleichwertiges), sondern sind hierarchisch strukturiert. Die Markierung der

7 »[...] why our aging population might be ignoring *our pleas* to isolate *themselves*«; Aronson 2020 (Übersetzung der Autorinnen).

8 Martenstein 2020.

9 Lobe 2020, S. 13.

10 van Dyk 2015, S. 135-140.

11 Haraway 1995, S. 67.

Alten als »Andere« geht mit ihrer stereotypen Homogenisierung einher, die sie außerhalb des vermeintlich »Normalen« stellt und doch stets an diesem Maßstab misst: »Altersdiskriminierung erlaubt es jüngeren Generationen, ältere Menschen als ganz anders als sich selbst wahrzunehmen, so dass die Jüngeren nach und nach aufhören, Ältere als menschliche Wesen zu identifizieren.«¹²

Die empirische Evidenz negativer Altersstereotype, die die Autonomie, Zurechnungs- und Belastungsfähigkeit älterer Menschen infrage stellen, ist länderübergreifend nachgewiesen.¹³ Im Unterschied zu anderen Diskriminierungsformen wie Rassismus oder Sexismus weist *Ageism* die Besonderheit auf, dass potenziell alle, die lange genug leben, zu Adressat*innen werden. Zugleich schreiben sich durch den Prozesscharakter im höheren Alter Privilegien und Benachteiligungen fort, sodass »die Älteren« keineswegs alle auf gleiche Weise von pauschalen Abwertungen betroffen sind. Alter ist mit anderen Kategorien wie Klasse, Geschlecht oder Gesundheit verschränkt – und insbesondere gesunde, gebildete und ökonomisch gut situierte Männer im höheren Lebensalter können durchaus hochgeschätzt und privilegiert sein. Gut belegt ist zudem, dass die im gesellschaftlichen Diskurs dominante Bipolarität »alt/nicht-alt« den auf Kontinuität bedachten Selbstdeutungen von Menschen höheren Lebensalters häufig entgegensteht.¹⁴ Dass das Alter als »Signifikant des Mangels«¹⁵ an Jugend, Gesundheit, Normalität usw. fungiert, erklärt, warum viele Menschen danach streben, persönlich nicht als alt attribuiert zu werden. Alt sind aus dieser Perspektive – ganz dem Bonmot entsprechend – zumeist tatsächlich nur die anderen.

Dies gilt insbesondere für die sogenannten »Jungen Alten«, also die weitgehend gesunden und leistungsfähigen Menschen im Ruhestand, die wissenschaftlich wie politisch in der jüngeren Vergangenheit »entdeckt« und zunehmend von den gesundheitlich und in der selbstständigen Lebensführung eingeschränkten Hochaltrigen unterschieden wurden.¹⁶ Die Aktivierung ihrer »Potenziale« und »Ressourcen« ist schon lange zu einem politischen wie medialen Lieblingsthema avanciert,¹⁷ verbunden mit der Frage, ob nicht die Älteren selbst zur Bearbeitung der durch sie erzeugten »Lasten« beitragen können. Neben einer forcierten Erwerbsvergesellschaftung (zum Beispiel durch die Rente mit 67 und die Abschaffung von Frühverrentungsoptionen) sowie freiwilligem Engagement für andere¹⁸ geht es dabei auch um die Eigenverantwortung für ein gesundes Altern.¹⁹

12 »Ageism allows the younger generations to see older people as different from themselves, thus they subtly cease to identify their elders as human beings«; Butler 1975, S. 35 (Übersetzung der Autorinnen).

13 Zum Beispiel Filipp, Mayer 2005; Rothermund 2009.

14 Graefe et al. 2011; van Dyk 2015, S. 112-125.

15 Kunow 2005, S. 33.

16 Zum Beispiel Laslett 1995.

17 van Dyk, Lessenich 2009.

18 Denninger et al. 2014, S. 143 ff.

19 van Dyk, Graefe 2010.

Diese neue Perspektive auf das produktive und leistungsfähige Alter wurde von vielen Seiten als Aufwertung des Alters gepriesen,²⁰ obwohl die auch hier zugrundeliegende Annahme vom Alter als Last für die Gesellschaft immer noch altersfeindliche Annahmen impliziert. Die Negativattribuierung wurde somit nicht grundsätzlich suspendiert, sondern im Lebenslauf weiter nach hinten verschoben. Empirische Studien zeigen, dass Hochaltrigkeit alltagsweltlich weiterhin in radikaler Weise negativ behaftet ist und oftmals in sprachlich de-humanisierenden Kategorien verhandelt wird – etwa dort, wo von »siechen« oder »vegetieren« statt von »leben« die Rede ist:²¹ »Der Umstand, dass ›das Alter‹ stets eines Prädikats bedarf (›jung‹, ›aktiv‹, ›kompetent‹, ›weise‹ etc.), um positiv gelesen zu werden, zeigt deutlich, dass der Signifikant ›Alter‹ weiterhin der Benennung einer defizitären Seinsweise gilt.«²²

Von der Ressource zur Risikogruppe – »Wir« und »Sie« in der Pandemie

In rasantem Tempo hat sich in der Pandemie nun die Zuschreibung an das »Junge Alter« gewandelt: gestern noch produktive Ressource und »Retter des Sozialen«,²³ heute vulnerable Risikogruppe, wiedervereint im Alterspool mit den Hochaltrigen, den Pflegebedürftigen und »Verwirrten«. Als nun manche der zuletzt als aktive, eigenverantwortliche »Junge Alte« Umgarnen zu Beginn der Corona-Pandemie für sich in Anspruch nahmen, selbstbestimmt darüber zu entscheiden, welchen Schutz sie brauchen, wollen oder ertragen können, war der Vorwurf des Altersstarrsinns nicht weit, und paternalistische Bevormundung machte sich breit. Fragen der Sorge und des Schutzes werden in der Corona-Krise privat wie öffentlich zunehmend nicht so sehr als gesamtgesellschaftliche, alle betreffende Fragen verhandelt, sondern zunehmend als Zugeständnis an »sie«, die »uns« – im Umkehrschluss für die mit ihrem Schutz verbundenen Einschränkungen – etwas schulden. Folgendes berichtet etwa die 78-jährige Schauspielerin Senta Berger: »Ich verstehe, wenn meine Kinder streng zu mir sind und sagen: ›Wieso warst du auf der Post?‹ [...] Und sie sagen: ›Wir machen doch den ganzen Zirkus wegen euch!!!‹«²⁴

Doch nicht nur in den zwischenmenschlichen Beziehungen entsteht eine neue Erwartungshaltung an »die Älteren«. Das Retter-Opfer-Narrativ legt auch nahe, dass es am Ende die schutzbedürftigen Älteren sind, die dafür verantwortlich zeichnen, wenn das Wachstum und die Wirtschaft zusammengebrochen sind und die (Aus-)Bildung der Kinder gefährdet ist.²⁵ Hier zeigt sich deutlich, dass »die Alten«, aller Aufwertungsrhetorik zum Trotz, letztlich doch »die Anderen« geblie-

20 Zum Beispiel BMFSFJ 2010, S. 28 f.

21 Zum Beispiel Denninger et al. 2014, S. 242 ff.; Grebe et al. 2013, S. 95 ff.

22 van Dyk 2015, S. 131.

23 Aner et al. 2007.

24 Gilbert, Machowecz 2020.

25 Mitunter werden die Schutzbedürftigen dabei als besonders machtvolle Interessenvertreter dargestellt: Es habe sich gezeigt, »dass die Bevölkerung eher geneigt schien, Frei-

ben sind. Was in dieser Situation deshalb nur bedingt hilft, sind wohlmeinende Appelle, doch bitte (wieder) die Stärken des Alters zu sehen. Man müsse, so ist zu hören, »fortfahren, eine neue Erzählung vom Alter zu schreiben – denn die potenzielle orientierte Sicht auf Alter ist kein Narrativ nur für Heile-Welt-Zeiten«. ²⁶ Doch wer den Potenziale diskurs über die »aktiven Alten« zu retten versucht, ignoriert, dass der rasante Rückfall in das Defizitmodell auch damit zusammenhängt, dass die Indienstnahme der Ressourcen der Älteren gerade nicht darauf zielte, das höhere Alter *bedingungslos* und *unabhängig* von seinen »Potenzialen« anzuerkennen.

Zu Beginn der Pandemie hatte sich die Diskussion über den Schutz der Älteren noch vor allem um »das Überleben der Anderen« ²⁷ gedreht – unter Vernachlässigung von Fragen der *Lebensqualität*, was sich vor allem in der Verhängung radikaler Besuchsverbote und weitgehender Ausgangssperren in Alten- und Pflegeheimen zeigte. Dabei blieb die Debatte zunächst weitgehend frei von utilitaristischen Argumenten und Verweisen auf ökonomische Zwänge, und die Frage der Qualität des Lebens im Alter unter Corona-Bedingungen erhielt nicht zuletzt durch die Intervention von Wissenschaftler*innen, Pflegeexpert*innen und Theolog*innen mehr Aufmerksamkeit. Dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass *Überleben* und *Lebensqualität* im öffentlichen Diskurs nun konsequent zusammengedacht werden. Stattdessen stellen zunehmend mehr Akteure, vor allem Politiker*innen, das anfängliche Primat des Lebensschutzes aus sozio-ökonomischen Gründen infrage. So betont etwa der nordrhein-westfälische Ministerpräsident Armin Laschet, dass neben dem Lebensschutz auch die Kosten im Gesundheitssystem und die wirtschaftliche Entwicklung im Blick behalten werden müssten. ²⁸ Aussagen wie diese treffen auch dort, wo sie nicht explizit Erwähnung finden, vor allem die Alten: »Die Alten sollen sterben, damit die Wirtschaft leben kann«, kommentiert Thomas Assheuer Ende April diese Diskurswende zugespitzt in der Wochenzeitung *Die Zeit*. ²⁹ Die zentrale Frage scheint nunmehr zu lauten: Wann werden »sie« beziehungsweise wann werden »ihr« Schutz und »ihre« Rettung für »uns« zu teuer oder aufwändig sein?

Was zu erwarten ist: Freiwillige Selbstisolierung statt Zwangsquarantäne

Angesichts dieser Entwicklungen, begleitet von der sukzessiven Lockerung des Shutdowns, hat die enge Verknüpfung von Schutz und Isolierung des Alters nicht an Brisanz verloren. Während es einerseits nach wie vor Stimmen für eine ange-

heitsrechte zu verlieren und ihren Wohlstand zu riskieren [...], als auf grobe Konflikte zwischen mächtigen Bevölkerungsgruppen (den Senioren) und weniger mächtigen (Kindern, Eltern, jungen Erwachsenen) zuzusteuern« (Jessen 2020, S. 41).

26 Haist, Kutz 2020.

27 van Dyk et al. 2020, S. 37; Hervorhebung der Autorinnen.

28 Westdeutsche Zeitung 2020.

29 Assheuer 2020.

ordnete »Umkehrisolation«³⁰ gibt, Verfassungsrechtler*innen sich positiv zur Möglichkeit einer Zwangsquarantäne für Ältere geäußert haben³¹ und der Tübinger Oberbürgermeister Boris Palmer einen »neue[n] Generationenvertrag« vorschlägt, »bei dem die Jüngeren arbeiten gehen und das Infektionsrisiko auf sich nehmen, während die Älteren und Kranken auf soziale Kontakte verzichten«,³² haben sich die meisten Spitzenpolitiker*innen inzwischen gegen eine von oben verordnete Isolation ausgesprochen.³³ Die zuständige Ministerin Franziska Giffey (SPD) etwa betont: »Ich bin nicht der Meinung, dass wir eine Zweiklassengesellschaft aufmachen sollten zwischen denen, die rausdürfen, und denen, die drinbleiben müssen.«³⁴ Vor diesem Hintergrund scheinen nunmehr eher abgestufte Maßnahmen wahrscheinlich: von Ausgangseinschränkungen und Besuchsverboten in Alten- und Pflegeheimen bis hin zum dringenden Appell an andere Ältere, sich selbst zu schützen (respektive: zu isolieren) – also die freiwillige Selbstquarantäne als selbstverantwortliche Aufgabe der Älteren zum Wohle der Gesellschaft. Der Soziologe Hans Bertram schlägt beispielsweise eine individuelle Risikoeinschätzung durch die Hausärzte und entsprechende Handlungsempfehlungen vor; man müsse dabei »auf Freiwilligkeit setzen in allen Bevölkerungsgruppen. Das Gefühl der Gängelung löst in einer freien Gesellschaft Widerstand aus, bei Jungen wie bei Alten. Selbstverantwortung setzt Kräfte frei.«³⁵

30 Vgl. Hickmann, Knobbe 2020.

31 Janisch 2020.

32 die tageszeitung 2020.

33 Obwohl die mögliche Zwangsisolierung Älterer auch außerhalb Deutschlands breit diskutiert worden ist, haben bis heute nur autokratische Regime diese auch durchgesetzt. So galt in der Türkei fast zwei Monate lang eine strikte Ausgangssperre für Über-65-Jährige; im Zuge einer ersten Lockerung darf diese Gruppe seit Mitte Mai 2020 nun sonntags zwischen 14 und 20 Uhr das Haus verlassen, ein zweiter Tag ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses in der Diskussion (www.stern.de/news/senioren-in-der-tuerkei-duerfen-erstmals-seit-zwei-monaten-wieder-ins-freie-9258006.html; Zugriff vom 26.06.2020). In der Ukraine gilt eine (etwas weniger rigide) generelle Ausgangssperre für Über-60-Jährige, denen es allerdings erlaubt ist, im Umkreis von zwei Kilometern des Wohnorts Einkäufe zu erledigen (www.focus.de/finanzen/boerse/wirtschaftsticker/corona-krise-ukraine-verhaengt-ausgangssperre-fuer-senioren_id_11847797.html; Zugriff vom 26.06.2020). Die rigideste altersspezifische Bestimmung in einem demokratischen Staat wurde Ende März 2020 im Schweizer Kanton Uri beschlossen: Über-65-Jährige sollten für maximal zwei Stunden am Tag das Haus für Spaziergänge verlassen dürfen, Einkäufe und andere Erledigungen oder Beschäftigungen wurden untersagt. Die Regelung wurde innerhalb von zwei Tagen vom Bundesrat zurückgewiesen und vom Kanton infolgedessen umgehend wieder außer Kraft gesetzt (www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/uri/regierung-lenkt-ein-uri-hebt-ausgangssperre-fuer-senioren-auf-ld.1206375; Zugriff vom 26.06.2020). In vielen anderen europäischen Staaten, insbesondere in Italien, Spanien und Frankreich, galten weitgehende Ausgangssperren für die gesamte Bevölkerung, sodass sich hier keine explizit anderen Regelungen für Ältere finden.

34 BMFSF 2020 a.

35 Wefing 2020, S. 4.

Tatsächlich erleben wir derzeit einen Umschwung von der Regierung des Alters im Sinne einer angeleiteten, selbstverantwortlichen Aktivierung (zumal der »Jungen Alten«) hin zur selbstverantwortlichen De-Aktivierung und De-Mobilisierung der »gefährdeten« Alten. Es geht um eine neue Ausdeutung des Prinzips selbstregulativer Prävention, die das als alt identifizierte Individuum nicht formal entmündigt, sondern es anleitet, die nahegelegten Maßnahmen selbst umzusetzen. Trotz dieser Umstellung von der *Aktivierung* des Alters auf seine *De-Aktivierung* und *De-Mobilisierung* kommen interessanterweise ähnliche Steuerungsmechanismen zum Tragen: In beiden Fällen nämlich heißt der Verzicht auf Zwangsmaßnahmen gerade nicht, dass wir es mit einer zwanglosen Freiwilligkeit zu tun haben. So ging mit der Benennung der Möglichkeit, das Alter(n) aktiv und produktiv zu bewältigen, stets die gesellschaftliche Erwartung einher, dass die als möglich konstruierte Leistung auch erbracht wird.³⁶ Der – vormals aktivierende, nun de-aktivierende – Staat installiert »ein Regime freiwilliger Selbstkontrolle«,³⁷ das als ebenso »weicher« wie zugleich moralisch legitimierter Steuerungsmechanismus, als eine moralische Anleitung zum vernünftigen Sich-Verhalten operiert.

Die neue Kultur der (Selbst-)Heroisierung und die Fallstricke des Alterslobs

Der Appell an die »vernünftigen« Alten scheint nicht ungehört zu verhallen: So erklärten 28 Prominente über 70 in der *Bild am Sonntag*, dass sie den Jüngeren etwas schulden: »Wir wollen zu Hause bleiben! Damit die Jungen eine Zukunft haben und die Wirtschaft nicht kollabiert.«³⁸ Ähnlich der Aufruf älterer *taz*-Lesender: »Sperrt uns ein!« Konkret heißt es hier:

»Dass Unmengen von Menschen in die Vernichtung ihrer materiellen Existenz getrieben werden durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Insolvenz etc., während wir, die Alten von heute, die reichste Rentner- und Pensionärgeneration sind, die Deutschland je hatte! Die Alten, die luxuriöse Kreuzfahrten machen und in eigenen Immobilien leben. [...] Wir schämen uns für unsere reiche Altengeneration, die die Jungen über jedes errätliche Maß hinaus belastet.«³⁹

Die wenigen öffentlichen Artikulationen Älterer erweisen sich hier als Selbst-Heroisierungen im Sinne der hegemonialen normativen Erwartungen. Bemerkenswert ist dabei die Ausblendung der Ungleichverteilung sozialer und finanzieller Ressourcen – mit der auch im höheren Alter unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit den derzeitigen Belastungen einhergehen. Privilegierte Ältere fordern Maßnahmen für ihre Generation ein, die für die weniger Privilegierten (zum Beispiel ohne eigene Immobilie mit Garten) ganz andere Konsequenzen haben als für sie selbst; das Virus ist ebenso wenig demokratisch wie der Smog, um Ulrich Becks empirisch vielfach widerlegte These von der Gleichverteilung von Umwelt-risiken aufzugreifen.⁴⁰ Die (Selbst-)Heroisierung im Modus der Responsibilisie-

36 van Dyk, Lessenich 2009.

37 Bröckling 2004, S. 214.

38 Bild Online 2020.

39 Haarhoff 2020.

40 Beck 1986.

rung der Älteren für das »Gemeinwohl« (das sich als Wohl der »Nicht-Alten« entpuppt) erweist sich damit auch als Invisibilisierung des an sozialen, soziokulturellen und finanziellen Ressourcen weniger reichen Alters. Problematisch sind jedoch nicht nur die unterschiedlichen Möglichkeiten und Kapazitäten, den hegemonialen normativen Appellen zu entsprechen. Problematisch ist auch der Steuerungsmodus selbst, der über Eigenverantwortung und Freiwilligkeit operiert, während zugleich definiert wird, was die so angeleiteten Menschen *wollen sollen*.

Neben diesen Problematiken passt sich die Kultur der (Selbst-)Heroisierung in eine lange Geschichte des ambivalenten »Alterslobs« ein, das seit Jahrhunderten der verbreiteten »Altersklage« zur Seite steht.⁴¹ Das Alterslob formuliert zumeist pauschale Maßstäbe, die auf überhöhten Ansprüchen (»weise«, »selbstlos«, »gütig«) basieren, an denen die meisten Älteren – als ganz normale Menschen – nur scheitern können.⁴² Der Schriftsteller Jean Améry hat die Lobpreisung des höheren Alters zudem als Mittel der altersfeindlichen Gesellschaft problematisiert, die die Herausforderungen und Diskriminierungen des Alters der öffentlichen Aufmerksamkeit entziehe: »Die Tapferen, die nichts wissen wollen von ihrem Schmerz und ihn abtun [...] – nicht so schlimm, nicht so wichtig! – sie sind der Ehre sicher, die eine Gesellschaft ihnen zollt, die nicht behelligt werden will mit dem Schauspiel des Niedergangs.«⁴³ Auch wenn in der Formulierung »Schauspiel des Niedergangs« wiederum ein negatives Bild vom Alter(n) aufscheint, das zu pauschal ist und den Lebensbedingungen vieler Älterer in dieser Drastik nicht (mehr) entspricht, ist doch Amérys Idee des »Weglobens« struktureller Probleme und schwieriger Erfahrungen nach wie vor aktuell – ja, sie ist durch die jahrelange Fokussierung auf die »Potenziale« und »Ressourcen« des Alters sogar noch verstärkt worden. Gegenwärtig ist das Lob nun denjenigen gewiss, die sich freiwillig und gelassen in die Selbstisolation begeben – und die Gesellschaft nicht mit den damit verbunden psychischen und sozialen Folgen belasten.

2. Fallstricke der biopolitischen Konstruktion einer Risikogruppe

Die pauschale Adressierung »der Alten« in der Corona-Krise hat – neben dem zuvor dargestellten tief verankerten Altersbias – einen offensichtlichen und nachvollziehbaren Grund in den einschlägigen epidemiologischen Risikoberechnungen: Alter ist ein eindeutiger und linear verlaufender Risikofaktor für einen schwereren oder gar tödlichen Verlauf von SARS-CoV-2. Aufforderungen zur Bewegungs- und Kontaktreduktion folgen somit erstmal der Logik der Statistik. Allerdings ist fraglich, ob eine statistische Korrelation die – normative und/oder praktische – Ungleichbehandlung einer sehr großen Gruppe von Menschen rechtfertigt. Schließlich sind, worauf inzwischen vielfach hingewiesen worden ist, nicht nur ältere Menschen gefährdet, sondern auch Immungeschwächte, Asthmati-

41 Vgl. zur Geschichte des Alterslobs van Dyk 2015, S. 10 f.

42 de Beauvoir 1971, S. 7.

43 Améry 1991, S. 58 f.

ker*innen, Bluthochdruckpatient*innen, Diabetiker*innen, Raucher*innen – und nicht zu vergessen: Männer.

Alles zusammengerechnet lässt sich (unter Einbeziehung der Schnittmengen zwischen den verschiedenen Gruppen sowie exklusive der großen Gruppe der Männer) die Gruppe der potenziellen COVID-19-Risikopatient*innen in Deutschland auf rund 20 Millionen, also etwa 25 Prozent der Bevölkerung schätzen⁴⁴: Eine kerngesunde 80-Jährige hat deshalb womöglich höhere Chancen auf einen milden Verlauf einer COVID-19-Erkrankung als ein vielfach vorerkrankter 60-Jähriger.⁴⁵ Werden Risikoberechnungen in politische Maßnahmen übersetzt, muss jedoch eine Grenze gezogen werden, also ein linearer Zusammenhang in eine binäre Konstruktion übersetzt werden. In dieser Hinsicht ähnelt die Konstruktion von Risikogruppen der zuvor beschriebenen binären Konstruktion des Alters, die den lebenslangen Alternsprozess in die Binarität alt/nicht-alt überführt. In der praktischen Konsequenz heißt das womöglich (so geschehen etwa in der Türkei)⁴⁶, dass ein 64-Jähriger frei und ohne schlechtes Gewissen in der Stadt flanieren kann, während seine wenige Tage ältere Nachbarin über Wochen auf die eigenen vier Wände verwiesen wird.

Dabei ist die grundlegende Problematik statistisch ermittelter Risikogruppen nichts Neues. Die Kategorie des Risikos bestimmt bereits seit Jahrzehnten nicht nur gesellschaftliche und medizinische Konstruktionen von Krankheit, sondern auch den alltäglichen Umgang mit dem eigenen Körper in vielfacher Weise mit. Medizinsoziologische Arbeiten haben wiederholt gezeigt, dass mit der Vervielfältigung von Risikogruppen die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit erodiert: Aus Gesunden werden *Noch*-Gesunde und damit potenziell Kranke; es kommt zu einer Vorverlagerung beziehungsweise »Entzeitlichung von Krankheit«,⁴⁷ auch gesunde Menschen ändern ihr Verhalten, obwohl sie (noch) gar nicht krank sind. In dem Maße, in dem Gesundheit und Krankheit vor allem als Fragen der Epidemiologie (also der Verteilung von Krankheits- und Sterberisiken) aufgefasst werden, wird die Grenze zwischen beiden Zuständen immer uneindeutiger.

Zugleich wird die Zuordnung zu einer Risikogruppe im neoliberalen Wohlfahrtsstaat, wiederum analog zur Adressierung des Alters, regelmäßig von der Aufforderung zur Selbstverantwortung und zur Steigerung der individuellen Präventionsbemühungen begleitet. Gesundheitsbezogene Risikozuschreibungen gehen auf Seiten des Individuums dementsprechend mit Entscheidungs- und Verantwortungszumutungen einher, bei denen – etwa wenn Frauen ab 50 standardmäßig zum Brustkrebscreening aufgefordert werden – im Zweifel nicht weniger als das eigene prospektive Überleben auf dem Spiel steht; nichtsdestotrotz soll die Arbeit an der Prävention idealerweise stets »freiwillig« erfolgen.⁴⁸ An dieser Stelle treffen

44 Biskamp 2020.

45 Begley 2020.

46 RND 2020.

47 Wehling et al. 2007, S. 555 ff.

48 Aronowitz 2010.

sich also altersbezogene Aktivierungs-Diskurse und die Sozialtechnologie der Prävention.

Im Zuge der Corona-Pandemie gewinnt diese schon lange wirksame normative Schnittmenge von Risiko, Prävention und (Alters-)Aktivierung erheblich an Brisanz. Denn im Zusammenhang mit einer hochinfektiösen Erkrankung geht es nicht allein um das potenziell betroffene Individuum selbst, das aufgefordert ist, Risikotoleranz und Präventionsbereitschaft eigenverantwortlich abzuwägen. Es geht um die Gesundheit des Kollektivs. Für diejenigen, die qua epidemiologischer Berechnung einer Risikogruppe zugeordnet werden, deren praktisch einzig verlässlich wirksame Präventionsmöglichkeit in sozialer Isolierung besteht, bedeutet das vor allem eins: dass ihr alltägliches Dasein – bis weit in seine privatesten Dimensionen hinein – zu einer Angelegenheit höchsten öffentlichen Interesses wird. Das »gute Leben« der Älteren muss von diesen selbst nicht nur gegen ihr eigenes zukünftiges Überleben, sondern auch gegen das Überleben *und* das »gute Leben« der jüngeren Anderen abgewogen werden.

Die implizite Normalität der »Triage«

Diese Konstellation spitzt sich weiter zu, wo nicht nur von potenziellen Patient*innen spezifische Verhaltensanpassungen erwartet werden, sondern auch von Ärzt*innen, die die Risikoberechnungen in Entscheidungen über die Verteilung knapper Ressourcen übersetzen müssen. Dabei ist die Ressourcenknappheit selbst jedoch *keine* Konsequenz epidemiologischer Risikokonstruktionen. Vielmehr resultiert sie aus jenem fundamentalen Strukturwandel des Gesundheitssystems, der in der einschlägigen Literatur unter dem Schlagwort »Ökonomisierung« seit Jahren kritisch analysiert wird.⁴⁹ Unter den Bedingungen einer nicht vorrangig am Bedarf orientierten, sondern auf Wirtschaftlichkeit und Profitabilität ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist der professionelle Umgang mit der Frage der angemessenen Verteilung knapper medizinischer Ressourcen längst zu einer Basisanforderung in den betroffenen Berufsgruppen avanciert.⁵⁰ Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass eine implizite Rationierung von Gesundheits- und Pflegeressourcen, etwa im Krankenhaus, längst selbstverständlicher Bestandteil der alltäglichen Praxis der professionell Handelnden ist.⁵¹ Immer wieder wird in diesem Zusammenhang die Forderung nach einer expliziten und transparenten »Priorisierung« geäußert.⁵² Kontrovers wird dabei auch das Alter als *explizites* Priorisierungs-Kriterium diskutiert⁵³ – während zugleich angenommen wird, dass es im klinischen Alltag längst *implizit* zur Anwendung kommt.⁵⁴

49 Vgl. zum Beispiel Kühn 2004.

50 Vgl. Naegler, Wehkamp 2018.

51 Ebd.; Wiese et al. 2014.

52 Osterloh 2019.

53 Huster 2013.

54 Ebd.; Brockmann 2002. In diesem Zusammenhang wird auch auf andere europäische Länder verwiesen, in denen, so etwa in den skandinavischen Ländern, explizite und

Unter dem mittlerweile geläufig gewordenen Schlagwort »Triage« wird in Zeiten von Corona nun also auch dieser Zusammenhang zugleich brisanter und deutlicher sichtbar. Frappierend dabei ist, wie selbstverständlich Knappheit als eine Art Naturbedingung ärztlichen Handelns in Zeiten des virusbedingten Notstands akzeptiert wird. Dass in einem der reichsten Länder der Welt akut Masken, Tests und Schutzanzüge – und prospektiv potenziell auch Intensivbetten und Beatmungsgeräte – Mangelware waren und teilweise immer noch sind, wird medial erstaunlich verhalten skandalisiert und eher als Erschwernis des umso mehr zu achtenden medizinisch- beziehungsweise pflegerisch-professionellen Handelns dargestellt. Dazu trägt sicherlich bei, dass sich die Situation in Deutschland, verglichen mit anderen europäischen Ländern, in noch relativ positivem Licht darstellt – und dargestellt wird.⁵⁵ Tatsächlich wurde hierzulande bislang, anders als etwa in Spanien⁵⁶, Italien⁵⁷, Frankreich⁵⁸ oder Großbritannien⁵⁹, keine explizite altersbezogene Rationierung medizinischer Ressourcen im Zusammenhang mit COVID-19 vorgenommen. Zugleich herrscht – noch jedenfalls – ein breiter medialer Konsens vor, dass Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen *nicht* aufgrund »biopolitischer« Wertzuschreibungen⁶⁰ gefällt werden dürfen. Auch das Alter soll als Entscheidungskriterium im Falle der »Triage«, so etwa der Deutsche Ethikrat, explizit ausgeschlossen werden.⁶¹

Doch so sehr anzuerkennen ist, dass mit diesem Konsens nicht zuletzt eine stillschweigende Rückkehr staatlich-medizinischer »Lebenswert«-Zuschreibungen verhindert werden soll, so sehr stellt sich andererseits die Frage, ob dabei nicht – gerade im Zusammenhang mit Corona – in zweifacher Hinsicht Wesentliches übersehen wird. Denn *erstens* bleibt weiträumig dethematisiert, dass, wie oben skizziert, ärztliche Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen im deutschen Krankenhauswesen *kein* prinzipielles, Corona-bedingtes Novum darstellen, sondern längst Teil von impliziten Handlungsroutrinen in medizinischer und pflegerischer Versorgung sind.⁶² Vor diesem Hintergrund könnte die Ungleichbehandlung älterer »Risikopatient*innen« den Professionellen in der Praxis auch hierzulande als vergleichsweise un- oder zumindest weniger problematisch erscheinen –

komplexe Regularien zur Priorisierung von Gesundheitsressourcen existieren oder, wie im Falle Großbritanniens, auch Regelungen zur expliziten Altersrationierung (vgl. Wiese et al. 2012).

55 Unerwähnt bleibt bei derartigen Vergleichen zumeist, dass das Gesundheitssystem vieler europäischer Länder auch im Zuge einer nicht zuletzt maßgeblich von Deutschland mitgetragenen Austeritätspolitik zusammengespart und vermarktlacht wurde.

56 Sills, Lombrana 2020.

57 Gianotti 2020.

58 Lemkemayer 2020.

59 Williams 2020.

60 Zum Konzept des »Lebenswerts« vgl. Graefe 2007.

61 Deutscher Ethikrat 2020.

62 Alt-Epping 2020.

ganz im Sinne der in Großbritannien bereits 2009 verabschiedeten Versorgungsleitlinie für den Pandemiefall: »Jeder zählt, aber das heißt nicht, dass alle gleich behandelt werden.«⁶³ Auch die von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin präsentierten »Triage«-Leitlinien im Kontext der Corona-Pandemie eröffnen in dieser Hinsicht Spielräume: Zwar soll die »Erfolgsaussicht« einer Behandlung das Zentralkriterium für die Verteilung knapper Ressourcen auch im Kontext der Corona-Pandemie darstellen⁶⁴ – und gerade nicht sozialdemografische Kriterien wie etwa das Alter der Patientin. Allerdings ist freilich die »Erfolgsaussicht« kein altersneutrales Kriterium. Zu ihrer Ermittlung wird auch »Gebrechlichkeit« als Kriterium angeführt.⁶⁵ Damit ist das Alter als Entscheidungskriterium nominell zwar außen vor, implizit im Falle einer »Triage« aber (mit)entscheidend.

Neue Gleichheit vor dem Tod?

Viel spricht *zweitens* dafür, dass eine fundamentale Diskriminierung – und damit eine zumindest implizite Hierarchisierung von (Über-)Lebenschancen – bereits weit *vor* der konkreten Entscheidungsfindung auf der Intensivstation stattfindet. In den USA etwa sterben überproportional viele Afroamerikaner*innen an einem schweren Verlauf der Infektion. Dies hat seinen offensichtlichen Grund in der ökonomischen und sozialen Benachteiligung, die Vorerkrankungen und damit zusätzliche Risikofaktoren wahrscheinlicher werden lässt; zudem bedingt Armut generell ein engeres Zusammenleben mit anderen Menschen. Doch dass »der Gesundheitszustand von heute mit der Ungleichverteilung von Wohlstand und Chancen von gestern zu tun hat«,⁶⁶ gilt bezogen auf die Lebenserwartung für Deutschland ebenfalls, weshalb zu vermuten ist, dass auch die Sterblichkeit bei COVID-19 hierzulande sozial ungleich verteilt ist.

Allerdings wird darüber kaum diskutiert – was wiederum nicht sehr erstaunlich ist, wenn man berücksichtigt, dass der Zusammenhang von Lebenslage und Lebenserwartung auch schon vor Corona nicht gerade im Zentrum der medialen und politischen Aufmerksamkeit stand. Während die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Lebenserwartung den meisten Menschen bekannt ist, ist die Klassenspezifität der Lebenserwartung – die »killing fields of inequality«⁶⁷ – ein gern ignoriertes Faktum, obwohl sie in Deutschland bis zu acht (bei Frauen) und zehn (bei Männern) Jahre umfasst.⁶⁸ Ein mittelalter Mann mit niedriger Berufsqualifikation hat zudem im Vergleich zu einem hochqualifizierten Gleichaltrigen ein etwa acht-

63 »Everyone matters equally, but this does not mean that everyone is treated the same«; Forbes 2008, S. 10 (Übersetzung der Autorinnen).

64 DIVI 2020, S. 4.

65 Ebd., S. 6.

66 »[t]oday's disparities of health flow directly from yesterday's disparities of wealth and opportunity«; Bouie 2020 (Übersetzung der Autorinnen).

67 Therborn 2012.

68 Lampert et al. 2007.

mal höheres Risiko, aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung frühverrentet zu werden; vergleichbares gilt für Frauen. Gesunde Hochaltrigkeit erweist sich vor diesem Hintergrund als Klassenprivileg – und die Aussichten, mit einer schweren COVID-19-Erkrankung auf der Intensivstation zu landen, sind keineswegs allein durch den Faktor »Alter« determiniert. Ist jedoch das vorzeitige Sterben der Armen und Ressourcenschwachen bereits im gesellschaftlichen Normalbetrieb kein Thema, so gilt dies erst recht für den Umgang mit dem Tod in der Corona-Krise, und auch im Zusammenhang mit der »Triage«-Problematik ist selten etwas über diese Dimension sozialer Ungleichheit zu hören.

Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die demonstrative Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit, wie prominent jüngst von Schäuble und Castorf vorgetragen, als ausgesprochen zwiespältig dar. Wo mit normativer Verve festgestellt wird, dass »ein langes Leben nicht per se Ziel sein kann«,⁶⁹ bleibt nicht nur ausgeblendet, dass ein hohes Alter ein keineswegs gleich verteiltes Gut ist. Spätestens da, wo es um »alte und kranke Menschen« geht, die, so etwa der Hamburger Pathologe Klaus Püschel, »sowieso sterben«,⁷⁰ bekräftigt die neue Todesbewusstheit darüber hinaus vielmehr auch, dass diejenigen, die alt sind, prinzipiell nicht allzu sehr am eigenen Leben hängen sollten. Von da aus ist der Schritt zur Aufforderung nach freiwilliger Enthaltensamkeit bei der Verteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen nicht allzu weit. Wer alt und krank ist und trotzdem weiterleben möchte, der oder die versagt, sollte sich dieser Trend normativ festigen, nicht nur an der Anforderung, »die Allgemeinheit zu entlasten«,⁷¹ sondern steht zugleich unter dem bedenklichen Verdacht, das eigene Leben auch unter den Bedingungen von Alter, Krankheit und politisch herbeigeführter Ressourcenknappheit als normativ unverfügbaren Selbstzweck aufzufassen.

3. Vom Schutz der »Anderen« zum Dauereinsatz der »Alltagsheld*innen«

Alter ist im Kontext der Corona-Krise nicht nur dort Thema, wo es um Ansprüche von älteren Menschen und an sie gerichtete gesellschaftliche Erwartungshaltungen geht. Auch die Arbeit mit und an älteren Menschen erfährt neue Aufmerksamkeit. Das arbeitsweltliche Pendant zu der im ersten Teil unseres Beitrags thematisierten (Selbst-)Heroisierung opferbereiter Alter etwa sind die von Hubertus Heil so bezeichneten »Heldinnen und Helden des Alltags«. Neben Kassierer*innen und Müllfahrer*innen werden auch Pflegekräfte dazugezählt, die klaglos Überstunden und Infektionsgefahr für das Gemeinwohl in Kauf nehmen. Ihr Einsatz wird allerorten hochgelobt und auf Balkonen mit Applaus bedacht. Die Pflege, so scheint es, erhält endlich die ihr zustehende Aufmerksamkeit und Anerkennung.

69 Bindschedler 2020.

70 Valin 2020. Valin kommentiert diese Aussage treffend wie folgt: »Schöner hat bisher keiner gesagt, dass Nichtrisikogruppen unsterblich sind.« (Ebd.)

71 Kekulé et al. 2020.

Allerdings ist der Applaus von vielen Beklatschten nicht ohne Grund als zynisch zurückgewiesen worden: Die symbolische Applausgeste ist, so die Geschlechterforscherin Barbara Thiessen, Ausdruck der Tradition, die Pflege (wie andere »Frauenberufe« auch) vor allem rhetorisch anzuerkennen. Thiessen zufolge verbirgt sich hinter dem Klatschen »vor allem die Angst, die Fachkräfte könnten angesichts der Herausforderungen und schlechten Bedingungen zusammenbrechen«. Noch immer werde davon ausgegangen, so Thiessen, dass Pflegearbeit primär eine im »weiblichen Geschlechtscharakter« liegende Tugend und nicht etwa eine erlernte und entsprechend zu bezahlende Qualifikation darstellt.⁷² Die aktuelle gesellschaftliche Anerkennung, die auch in der einmaligen »Corona-Prämie« für Pflegekräfte zum Ausdruck kommt, ändert demnach wenig an dem für die Pflege so typischen »Ideologem des Herzens«⁷³ – und damit an dem Gefälle von männlich konnotierter und materiell anerkannter Arbeitsleistung gegenüber weiblich konnotierter Gratis-Fürsorge: Traditionell wird Pflegearbeit entweder in die Kategorie der unentgeltlichen Hilfsbereitschaft (gemäß dem alten Leitspruch der Diakonissenbewegung: »mein Lohn ist, dass ich darf«) oder der gering bezahlten Jederfrauqualifikation »mit Herz« eingeordnet.

Was gegenwärtig vom ambivalenten Lob der Pflegearbeit verdeckt wird, ist der rasant verstärkte Zugriff auf ein bemerkenswert breites Spektrum verfügbarer Arbeitskräfte, das von gesetzlichen Lockerungen beim Fachpersonal über die Aktivierung von Freiwilligenarbeit bis zur Ausbeutung informeller Pflegearbeit reicht. So sind mit Aufkommen der Pandemie zunächst zügig Gesetze verabschiedet worden, die es erlauben, die Arbeitskraftnutzung des Fachpersonals zu intensivieren. Seit Ende März 2020 lockert das Krankenhausentlastungsgesetz die gesetzlichen Vorgaben zu Qualitätsprüfungen und Personalschlüsseln;⁷⁴ das wenig später in Kraft getretene Sozialschutz-Paket⁷⁵ flexibilisiert Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes in Gesundheitswesen und Pflege und legalisiert so die Ausdehnung von Arbeitszeiten. Dass daneben offenbar auch die gesundheitlichen Schutzansprüche des schon vor der Krise überlasteten Personals dehnbar sind, zeigen die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts. Diesen zufolge sind Pflegekräfte sogar nach engem ungeschützten Kontakt zu COVID-19-Erkrankten in stationären Pflegeheimen weiterhin für die Pflege zugelassen, solange keine Symptome auftreten.⁷⁶

Auch in diesen Empfehlungen spiegelt sich die bereits beschriebene widersprüchliche Verknüpfung von »Schutz«, »Isolierung« und »Verantwortung«. Doch während Maßnahmen zur Isolierung von »Risikogruppen« zunächst mit dem Argument des Schutzes der Schwachen begründet wurden und inzwischen

72 Raether 2020.

73 Haubner 2017, S. 298.

74 BMG 2020. Demnach kann »für die Aufrechterhaltung der Versorgung [...] insbesondere von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung abgewichen werden«.

75 BMAS 2020.

76 Ärzteblatt 2020.

von Aufforderungen zur Isolierung in Eigenregie überlagert werden, scheint der Schutz für abhängig Beschäftigte in »systemrelevanten« Berufen tatsächlich minder relevant zu sein. Stattdessen wird das Pflegepersonal, wie etwa im Falle des Berliner Klinikkonzern Vivantes, dazu aufgefordert, eigenständig für seinen Schutz zu sorgen und Mundschutzmasken für die Mehrfachverwendung zuhause auszukochen.⁷⁷ Die skizzierten Maßnahmen bedrohen jedoch nicht nur die Arbeits- und Lebensqualität der Beschäftigten. Wenn Pflegekräfte 12-Stunden-Schichten ableisten, wie es die Rechtslage jetzt vorsieht, dann schlägt das auf die Qualität der Versorgung und damit auch auf den Schutz der »Risikogruppe« zurück.

Bereits vor der Krise war die Durchsetzung einer substanziellen Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege nicht nur durch ihre grundsätzliche strukturelle Abwertung, sondern auch durch eingeschränkte finanzielle Spielräume der Träger, eine stark fragmentierte Tariflandschaft und fehlendes Streikrecht in kirchlichen Einrichtungen erheblich erschwert. Nichtsdestotrotz haben »Sorge-Kämpfe« der jüngeren Vor-Krisen-Vergangenheit gezeigt, dass auch die Pflege ein Feld tariflicher Auseinandersetzungen und Erfolge ist.⁷⁸ Diese Entwicklung könnte sich nun, unter Krisenbedingungen, fortsetzen oder sogar verstärken. Der am 12. Mai 2020 auch hierzulande gefeierte »Internationale Tag der Pflege« brachte den Unmut von Pflegekräften unter den aktuellen Krisenbedingungen deutlich zum Ausdruck – nicht zufällig entlang der treffenden Parole: »Klatschen alleine reicht uns nicht.«

Der Rückgriff auf die »Care-Reserve«

Im Kontext der Krise kommt es jedoch nicht nur zu einem verstärkten Einsatz pflegerischen Fachpersonals, sondern auch zu einem erweiterten Zugriff auf Arbeitspotenziale außerhalb regulärer Beschäftigungsverhältnisse. Dazu gehören neben Freiwilligen und geringqualifizierten Assistenzkräften auch migrantische Haushaltshilfen und Schüler*innen, die in der aktuellen Krise verstärkt dazu aufgerufen werden, wohlfahrtsstaatliche Versorgungslöcher zu stopfen. Um die unterbesetzten und seit Jahrzehnten rentabel gesparten stationären Pflegeeinrichtungen unter Corona-Bedingungen nicht mit zusätzlichen Pflegebedürftigen zu überlasten, forderten Pflegeexpert*innen schon kurz nach dem Shutdown einen gelockerten Grenzübergang migrantischer Pflegekräfte:⁷⁹ Viele osteuropäische Pflegekräfte sind seit dem Ausbruch der Pandemie nicht nur aus Angst vor Ansteckung, sondern auch aufgrund verschärfter Grenzkontrollen nicht in deutsche Arbeitgeber-Pflegehaushalte zurückgekehrt. In der Folge blieben schätzungsweise etwa 30.000 Pflegebedürftige ohne Versorgung durch den »Graumarkt Pflege«⁸⁰.

77 Schmolke 2020.

78 Vgl. Nowak 2017.

79 Saarländischer Rundfunk 2020.

80 VHPB 2020; vgl. Lutz, Palenga-Möllnbeck 2014.

Dass diese Angaben mit Vorsicht zu genießen sind, liegt nicht nur an der mehrheitlich informellen Beschäftigung migrantischer Pflegekräfte, die offizielle Schätzungen erschwert und eine weitaus größere Zahl an migrantischen Pflegekräften vermuten lässt. Schon lange vor der Krise wurden vielfach mehrere Personen eines Haushalts rechtswidrig durch eine Pflegekraft gepflegt, die offiziell lediglich für die Pflege einer Person bezahlt wird.⁸¹ Genau hier entstehen in der Krise, in der die »Schockabsorber-Funktion« des informellen Sektors einbricht, nun zwangsläufig auch erhebliche Versorgungslücken im häuslichen Bereich, die durch die Erteilung von »Passierscheinen« für osteuropäische Pflegekräfte gefüllt werden sollen. Zwar basierte das chronisch unterfinanzierte deutsche Pflegeregime auch schon vor der Krise auf der Ausbeutung von Armutsmigrant*innen. Mit dem »Exodus der Helfer«⁸² und dem plötzlichen Akutmangel migrantischer Pflegekräfte wird dieser Umstand nun allerdings sichtbarer als je zuvor. Dass dabei Fragen der Arbeitsqualität und des Schutzes der Arbeitskräfte der pandemiebedingten Notversorgung nachgeordnet werden, ist für die deutsche Pflegepolitik ebenso bezeichnend, wie das weiträumige Schweigen über die – in Zeiten der Pandemie noch verschärften – Arbeitsbedingungen der migrantischen Pflegekräfte charakteristisch für die skizzierte Ambivalenz der vermeintlichen aktuellen Aufwertung von Pflegearbeit ist.

Parallel werden gegenwärtig auch informelle Pflegepotenziale innerhalb der deutschen Staatsgrenzen aktiviert. Während der sogenannte »informelle Sektor 1«,⁸³ die pflegenden Angehörigen, dabei überwiegend sich selbst überlassen bleibt, wird die Pflegebereitschaft des »informellen Sektors 2«, also von Nachbar*innen und Freiwilligen, verstärkt adressiert. So fordert Franziska Giffey auf der Online-Plattform »Freiwillige helfen jetzt« dazu auf, Teilnehmende des Bundesfreiwilligendienstes und andere Freiwillige im Rahmen sogenannter »erweiterter Einsatzbereiche« in Pflege und Krankenhäusern einzusetzen.⁸⁴ Und in Koblenz lassen sich bereits Freiwillige und Arbeitslose für die Grundversorgung in Krankenhäusern schulen.⁸⁵ Auch diese Aktivierung der Zivilgesellschaft für die Bewältigung des Pflegenotstands ist kein gänzlich neues Phänomen, wird doch das freiwillige Engagement bereits seit der Jahrtausendwende zu einem Standbein im pflegerischen Wohlfahrtsmix mit staatlicher Hilfe ausgebaut.⁸⁶ Seit 2008 werden unter anderem Arbeitslose und Geringqualifizierte als »zusätzliche Betreuungskräfte« in die Pflege vermittelt und oftmals informell in der Grund- und Behandlungspflege eingesetzt. Dabei eröffnen auch hier spezifische Rechtsvorschriften den flexiblen Einsatz informeller Arbeitskraftressourcen: 2009 ist das Aufgabenspektrum migrantischer Haushaltshilfen um grundpflegerische Tätigkeiten erwei-

81 Vgl. Haubner 2017, S. 410 f.

82 Wreschniok, Gürkov 2020.

83 Vgl. Blinkert, Klie 2006.

84 BMFSFJ 2020 b.

85 Süddeutsche Zeitung 2020.

86 van Dyk, Haubner 2019.

tert worden,⁸⁷ und auch beim Einsatz der sogenannten »zusätzlichen Betreuungskräfte« erlauben die rechtlichen Vorgaben eine flexible Anpassung an die jeweiligen Handlungserfordernisse.⁸⁸

Diese Flexibilisierung und Informalisierung der Pflege wird unter Corona-Bedingungen nun noch weiter intensiviert. Entsprechend folgen auch die vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen erlassenen Empfehlungen zur Vermeidung pandemisch bedingter Versorgungsengpässe in der häuslichen Pflege dem Grundsatz: »Je größer die Versorgungsprobleme werden, desto unbürokratischer soll die Versorgung möglich sein.«⁸⁹ Die Empfehlungen sehen vor, den Kreis der Leistungserbringer neben ungelerten freiwillig Engagierten und zusätzlichen Betreuungskräften sogar um »normale« Nachbar*innen zu erweitern – sollten die ersten beiden Gruppen den Bedarf nicht decken können. Eben diese Leitlinie kann jedoch mit der im ersten Teil dieses Beitrags beschriebenen De-Aktivierung und De-Mobilisierung der »Jungen Alten« in deutliche Spannung geraten. Denn viele der bislang freiwillig Engagierten sind Frauen über 60, die nicht nur die Tafeln und die Betreuung in Hospizen, sondern eben auch zentrale Bereiche der ambulanten und stationären Pflege (mit) am Laufen halten. Unter Corona-Bedingungen mutieren sie nun zu Angehörigen der zentralen »Risikogruppe« – und fallen damit als Care-Reserve aus.

Die gegenwärtige Krise wirkt also nicht nur, aber eben auch im Bereich der (Alten-)Pflege als ein Vergrößerungsglas, unter dem sich lange bekannte Strukturprobleme deutlich zuspitzen. Dabei rächt sich, dass sich das deutsche Pflegeregime schon lange auf eine informelle Care-Reserve verlässt, unter der sich neben sozial verwundbaren Armutsmigrant*innen eben auch viele heute als »Risikogruppe« klassifizierte De-Aktivierte befinden. Die Krise macht somit zweierlei deutlich: Nicht nur wird offenbar, dass Pflegearbeit an ganz verschiedene Ausfallbürgen des pandemisch verstärkten Pflegenotstands delegiert wird und dass mit der Indienstnahme informeller Pflegekräfte selbst unter Krisenbedingungen das Credo der Kosteneinsparung beziehungsweise Kostenkontrolle dominiert. Es wird auch deutlich, dass es sich bei überarbeiteten Fachkräften, informell oder illegal beschäftigten Armutsmigrant*innen, überlasteten Angehörigen und einem pandemiebedingt de-aktivierten »Alterspotenzial« um eine grundsätzlich sehr fragile »Pflegeressource« handelt. Dabei zeigt sich erneut, dass die Qualität der Sorge, des Schutzes und der Pflege der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen nach wie vor ebenso wenig eine starke Lobby besitzt wie die unter höchst prekären Arbeitsbedingungen Pflegenden.

87 Husmann 2010, S. 44.

88 Haubner 2017, S. 340.

89 GKV-Spitzenverband 2020, S. 3.

4. Fazit

Die Auseinandersetzung mit der Verknüpfung von »Schutz«, »Isolierung«, »Risiko« und »Verantwortung« im öffentlichen Diskurs in der Corona-Krise zeigt, dass sie sich unter den Bedingungen der Pandemie dynamisch verändert: Ältere und neuere Leitbilder über Alter, Krankheit und Verantwortung treten ebenso ans Licht wie tief verankerte Probleme und Ungleichheiten im Pflege- und Gesundheitssystem sowie in den Lebensverhältnissen. Dabei werden Alte im Kontext der Corona-Pandemie nicht nur in Bezug auf das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs zu *Objekten* von Risikokonstruktionen, sondern zugleich als *Subjekte* einer im Sinne des Kollektivs selbstverantwortlichen Entscheidung über die eigenen Freiheits- und Versorgungsansprüche adressiert. Zugleich scheint »Alter« etwas zu sein, das problemlos und in teils drastischen Worten als gesellschaftliche Last deklariert und somit abgewertet werden kann.⁹⁰

Alles in allem haben wir es mit einer widersprüchlichen Gleichzeitigkeit aus *Homogenisierung*, *Viktimisierung* und *Responsibilisierung* älterer und alter Menschen zu tun, basierend auf einem stereotypen Altersmodell, das durch eine vereinfachte Risikozuschreibung verstärkt wird, welche sich im Topos der »Triage« biopolitisch zuspitzt. Dabei folgt die im Laufe der Krise deutlicher werdende Problematisierung der Ansprüche der Alten ebenso wie die neue Wertschätzung der »systemrelevanten« Arbeit in der Altenpflege explizit oder implizit der Losung, dass es die Subjekte sind, die das (Gesundheits-, Pflege- oder Sozial-)System schützen – und nicht umgekehrt. Nicht zuletzt verstärkt sich im Zeichen der Corona-Pandemie auf diese Weise auch die schon lange verankerte Abwertung bezahlter wie unbezahlter Sorgearbeit – was wiederum umso mehr dort gilt, wo sich diese Arbeit auf alte und kranke (statt auf jüngere und potenziell gesunde) Menschen bezieht.

Je mehr nun diese Tendenzen von Appellen an die Selbstverantwortung der Alten flankiert werden, umso mehr wird die Realisierung von Versorgungsansprüchen potenziell an die Einsicht in das eigene Risikodasein geknüpft, ergänzt idealerweise um die honorable Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit. Wenn Wolfgang Schäuble also feststellt, dass das grundrechtlich oberste Gebot der Menschenwürde »nicht ausschließt, dass wir sterben müssen«, dann hat er damit unzweifelhaft recht. Die Frage, wer unter welchen Bedingungen stirbt und wessen Leben als schützenswert gilt, ist damit freilich nicht beantwortet. Und so verwundert es kaum, dass es im Großen und Ganzen still geblieben ist um die exorbitante Sterberate in Pflegeheimen, in denen laut WHO die Hälfte aller europäischen Corona-Toten⁹¹ verstarben. Pflegeheime sind zu gesellschaftlichen Hochrisiko-Zonen geworden,⁹² die als gesellschaftliche »Un-Orte« nach anderen sozialen Maßgaben funktionieren und im Dunkeln bleiben, stellen sie doch für das Heer der vermeintlich »Normalen« – in diesem Fall der Nicht-Alten und ihrer Angehörigen – nicht

90 Vgl. Brooke, Jackson 2020.

91 Birnbaum, Booth 2020.

92 Chakelian et al. 2020.

nur keine signifikante Gefahr, sondern auch keinen Bezugspunkt des Handelns und der Aufmerksamkeit dar.

Was sollte anders sein im Umgang mit dem höheren Lebensalter in der Pandemie? Abgesehen von der wichtigen Erkenntnis, dass es auch in Corona-Zeiten »die Alten« nicht gibt und der eingängige Wir-Sie-Gegensatz vor allem der krisenbedingt akuten, entlastenden Responsibilisierung dient, lenkt die Pandemie die Aufmerksamkeit auf grundsätzliche Probleme des Umgangs mit Alter(n) und Pflege im nichtpandemischen »Normalbetrieb« der Gesellschaft. Wenn das Pflegesystem seinem Versorgungsanspruch und der Leistung der Pflegenden gerecht würde und nicht auf der Ausbeutung informeller Arbeit beruhte; wenn Geringverdienende nicht acht bis zehn Jahre früher versterben würden als ihre gut verdienenden Zeitgenoss*innen und die in Corona-Zeiten so bedeutsamen Vorerkrankungen nicht so eindeutig zulasten ärmerer Menschen verteilt wären; wenn implizite Rationierung nicht bereits zum Alltag im Krankenhaus-Normalbetrieb gehören würde – ja, auch dann wäre über den Schutz besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Pandemiezeiten zu sprechen und zu streiten. Dies würde jedoch unter Bedingungen der Problembearbeitung geschehen, die nicht durch das Zusammenspiel von sozialer Ungleichheit, Altersdiskriminierung und ökonomisierter Pflege- und Gesundheitspolitik vorgezeichnet wären. Alter und Alte würden nicht, je nach Lage, mal als aktivierbare sozialstaatliche Ressource und mal als Last adressiert werden; Pflegepersonal würde nicht einerseits symbolisch beklatscht, andererseits weiter ausgebeutet und schutzlos dem Infektionsrisiko ausgesetzt werden – und schließlich würden Pflegebedürftige in ausreichend ausgestatteten Pflegeheimen leben und womöglich sogar schon *vor* Profifußballern getestet werden.

Literatur

- Alt-Epping, Bernd 2020. *Was hat Corona speziell mit Palliativmedizin zu tun?* <https://link.springer.com/article/10.1007/s12312-020-00789-w> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Améry, Jean 1991. *Über das Altern. Revolte und Resignation*. München: dtv/Klett-Cotta.
- Aner, Kirsten; Karl, Fred; Rosenmayr, Leopold. Hrsg. 2007. *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aronowitz, Robert A. 2010. »Die Vermengung von Risiko- und Krankheitserfahrung«, in *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, hrsg. v. Lengwiler, Martin; Madarász, Jeanette, S. 355-383. Bielefeld: transcript.
- Aronson, Louise 2020. *Coronavirus Reveals Just How Little Compassion We Have for Older People*. www.vox.com/the-highlight/2020/3/27/21195762/coronavirus-older-people-quarantine-loneliness-health (Zugriff vom 22.05.2020).
- Ärzteblatt 2020. *RKI lockert Quarantäne-Empfehlungen für medizinisches Personal*. www.aerzteblatt.de/nachrichten/111250/RKI-lockert-Quarantane-Empfehlungen-fuer-medizinisches-Personal?rt=27a21df4fda29cf633155bda8340436c (Zugriff vom 22.05.2020).
- Assheuer, Thomas 2020. »Menschenopfer für den Kapitalismus«, in *Zeit online* vom 21. April 2020. www.zeit.de/kultur/2020-04/corona-pandemie-kapitalismus-oekonomie-menschenleben (Zugriff vom 22.05.2020).
- Augstein, Jakob 2020. »Angst frisst Demokratie«, in *Der Spiegel* vom 8. April 2020. www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-krise-angst-frisst-demokratie-a-ad8799db-8941-4c40-9a50-1dfff591ffb6 (Zugriff vom 22.05.2020).

- Beck, Ulrich 1986. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Begley, Sharon 2020. »What Explains Covid-19's Lethality for the Elderly? Scientists Look to 'Twilight' of the Immune System«, in *STAT* vom 30. März 2020. www.statnews.com/2020/03/30/what-explains-coronavirus-lethality-for-elderly/ (Zugriff vom 22.05.2020).
- Bild online 2020. *Wir wollen zu Hause bleiben!* www.bild.de/politik/inland/news/corona-krise-28-prominente-ueber-70-fordern-aeltere-sollten-zu-hause-bleiben-69992468.bild.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Bindschedler, Georges 2020. »Es ist die Frage, die die Absurdität mancher Notmassnahme offenbart: Wollt ihr denn ewig leben?«, in *Neue Zürcher Zeitung* vom 17. April 2020. www.nzz.ch/feuilleton/corona-krise-wie-absurd-ist-denn-das-alles-ld.1552008 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Birnbaum, Michael; Booth, William 2020. »Nursing Homes Linked to Up to Half of Coronavirus Deaths in Europe, WHO Says«, in *The Washington Post* vom 23. April 2020. www.washingtonpost.com/world/europe/nursing-homes-coronavirus-deaths-europe/2020/04/23/d635619c-8561-11ea-81a3-9690c9881111_story.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Birnbaum, Robert; Ismar, Georg 2020. »Schäuble will dem Schutz des Lebens nicht alles unterordnen«, in *Der Tagesspiegel* vom 26. April 2020. www.tagesspiegel.de/politik/bundestagspraesident-zur-corona-krise-schaeuble-will-dem-schutz-des-lebens-nicht-alles-unterordnen/25770466.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Biskamp, Floris 2020. *Die Fiktion der Kontrolle. Acht Punkte gegen die Vorstellung, man könne einen »Schutz der Risikogruppen« bei »kontrollierter Durchinfektion« erreichen*. <http://blog.floriskamp.com/2020/04/01/die-fiktion-der-kontrolle-warum-der-schutz-der-risikogruppen-bei-kontrollierter-durchinfektion-groessenwahnsinnig-ist/> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas 2006. »Die Zeiten der Pflege«, in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, S. 202-210.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) 2020. *Das Sozialschutz-Paket. Erleichterter Zugang zu Sozialleistungen*. www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Sozialschutz-Paket/sozialschutz-paket.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) 2010. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation. Altersbilder in der Gesellschaft*. Drucksache 17/3815. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) 2020 a. *Dr. Franziska Giffey: »Eltern und Kinder brauchen eine Perspektive«*. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/reden-und-interviews/dr--franziska-giffey---eltern-und-kinder-brauchen-eine-perspektive-154968 (Zugriff vom 22.05.2020).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) 2020 b. *Neue Plattform bringt Freiwillige und Einsatzstellen zusammen*. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/neue-plattform-bringt-freiwillige-und-einsatzstellen-zusammen/154524 (Zugriff vom 22.05.2020).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2020. *Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu*. www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html (Zugriff vom 19.06.2020).
- Bouie, Jamelle 2020. »Why Coronavirus Is Killing African-Americans More Than Others«, in *The New York Times* vom 14. April 2020. www.nytimes.com/2020/04/14/opinion/sunday/coronavirus-racism-african-americans.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Brockmann, Hilke 2002. *Why Is Less Money Spent on Health Care for the Elderly Than for the Rest of the Population? Health Care Rationing in German Hospitals*. <https://europepmc.org/article/med/12188466> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Bröckling, Ulrich 2004. »Prävention«, in *Glossar der Gegenwart*, hrsg. v. Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas, S. 210-215. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brooke, Joanne; Jackson, Debra 2020. »Older People and COVID-19: Isolation, Risk and Ageism«, in *Journal of Clinical Nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15274> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Butler, Robert N. 1975. *Why Survive? Being Old in America*. New York et al.: Harper & Row.

- Chakelian, Anoosh; Grylls, George; Calcea, Nicu 2020. »How the UK's Care Homes Were Abandoned to Coronavirus«, in *New Statesman* vom 24. April 2020. www.newstatesman.com/science-tech/coronavirus/2020/04/coronavirus-care-homes-carers-elderly-deaths-PPE (Zugriff vom 22.05.2020).
- de Beauvoir, Simone 1972. *Das Alter*. Hamburg: Rowohlt.
- Denninger, Tina; van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan; Richter, Anna 2014. *Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Deutscher Ethikrat 2020. *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/ (Zugriff vom 22.05.2020).
- DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) 2020. *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie*. 2., überarbeitete Fassung vom 17.04.2020. www.divi.de/presse/pressemitteilung/pm-triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen (Zugriff vom 22.05.2020).
- Filipp, Sigrun-Heide; Mayer, Anne-Kathrin 2005. »Zur Bedeutung von Altersstereotypen«, in *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49-50, S. 25-31.
- Forbes, Graham 2008. »An Ethical Framework for Responding to an Influenza Pandemic«, in *The Intensive Care Society* 9, 1, S. 11-12.
- Gianotti, Guglielmo 2020. »I'm a Doctor at Italy's Hardest-hit Hospital. I Had to Decide Who Got a Ventilator and Who Didn't«, in *ABC News* vom 26. März 2020. www.abc.net.au/news/2020-03-27/coronavirus-doctor-cremona-hospital-decide-who-lives-and-dies/12090912 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Gilbert, Cathrin; Machowecz, Martin 2020. »Hier spricht die Risikogruppe«, in *Die Zeit* vom 16. April 2020, S. 63.
- GKV-Spitzenverband 2020. *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungseingriffen in der häuslichen Versorgung nach § 150 Abs. 5 Satz 3 SGB XI vom 27.03.2020*. www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_03_27_Pflege_Corona_Empfehlungen_150_Abs_5_SGB_XI.pdf (Zugriff vom 12.04.2020).
- Graefe, Stefanie 2007. *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Graefe, Stefanie; van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan 2011. »Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte«, in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44, S. 299-305.
- Grebe, Heinrich; Welf-Gerrit, Otto; Zimmermann, Harm-Peer 2013. »The Journey into the Land of Forgetfulness. Metaphors of Aging and Dementia in Media«, in *The Ages of Life*, hrsg. v. Kribernegg, Ulla; Maierhofer, Roberta, S. 89-106. Bielefeld: transcript.
- Haarhoff, Heike 2020. »Sperrt uns ein!«, in *die tageszeitung* vom 10. April 2020. <https://taz.de/Isolation-in-der-Coronakrise/15675306/> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Haist, Karin; Kutz, Susanne 2020. »Corona ist vernichtend – auch für unseren Blick auf das Alter«, in *Stern*. www.stern.de/gesundheit/corona-ist-vernichtend--auch-fuer-unseren-blick-auf-das-alter-9217856.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Haraway, Donna 1995. *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Haubner, Tine 2017. *Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Hickmann, Christoph; Knobbe, Martin 2020. »Samstag ist ein entscheidender Tag, den haben wir besonders im Blick«, in *Der Spiegel*. <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-ausgangssperren-helge-braun-cdu-samstag-ist-ein-entscheidender-tag-den-haben-wir-besonders-im-blick-a-ca3d4468-b115-4e9a-bb13-e19724e62305> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Husmann, Manfred 2010. »Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit«, in *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*, hrsg. v. Scheiwe, Kirsten; Krawietz, Johanna, S. 29-56. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Huster, Stefan 2013. »Alter als Priorisierungskriterium«, in *Priorisierung in der Medizin. Kölner Schriften zum Medizinrecht* 11, hrsg. v. Schmitz-Luhn, Björn; Bohmeier, André, S. 215-223. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Janisch, Wolfgang 2020. »Die Alten isoliert, die Jungen frei?«, in *Süddeutsche Zeitung* vom 13. April 2020. www.sueddeutsche.de/politik/corona-massnahmen-die-alten-isoliert-die-jungen-frei-1.4875290 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Jessen, Jens 2020. »Zwischen Willkür und Freiheit«, in *Die Zeit* vom 29. April 2020, S. 41.
- Kekulé, Alexander; Nida-Rümelin, Julian; Palmer, Boris; Schmidt, Christoph M.; Straubhaar, Thomas; Zeh, Julia 2020. »Raus aus dem Lockdown – so rasch wie möglich«, in *Spiegel online* vom 24. April 2020. www.spiegel.de/politik/corona-raus-aus-dem-lockdown-so-schnell-wie-moeglich-a-00000000-0002-0001-0000-000170604448 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Kühn, Hagen 2004. »Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung«, in *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*, hrsg. v. Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus, S. 25-41. Hamburg: VSA.
- Kunow, Rüdiger 2005. »Ins Graue. Zur kulturellen Konstruktion von Altern und Alter«, in *Alter und Geschlecht*, hrsg. v. Hartung, Heike, S. 21-43. Bielefeld: transcript.
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars-Eric; Dunkelberg, Annalena 2007. »Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland«, in *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42, S. 11-18.
- Laslett, Peter 1995. *Das dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*. Weinheim, München: Juventa.
- Lemkemeyer, Sven 2020. »Deutsche Katastrophenärzte verfassen Alarmbericht über Straßburg«, in *Der Tagesspiegel* vom 27. März 2020. www.tagesspiegel.de/wissen/patienten-ueber-80-jahre-werden-nicht-mehr-beatmet-deutsche-katastrophenaeerzte-verfassen-alar-mbericht-ueber-strassburg/25682596.html (Zugriff vom 20.05.2020)
- Lobe, Adrian 2020. »Der Körper als Ausweis«, in *die tageszeitung* vom 27. April 2020, S. 13.
- Lutz, Helma; Palenga-Möllnbeck, Ewa 2014. »Care-Migrantinnen im geteilten Europa – Verbindungen und Widersprüche in einem transnationalen Raum«, in *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Soziale Welt*, Sonderband 20, hrsg. v. Aulenbacher, Brigitte; Riegraf, Birgit; Theobald, Hildegard, S. 217-231. Baden-Baden: Nomos.
- Martenstein, Harald 2020. »Totalitarismus der Fürsorglichkeit«, in *Der Tagesspiegel* vom 4. April 2020. www.tagesspiegel.de/politik/martenstein-ueber-kontaktsperre-totalitarismus-der-fuersorglichkeit/25715664.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Naegler, Heinz; Wehkamp, Karlheinz 2018. *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nowak, Iris 2017. »Perspektiven von Arbeitskonflikten in der Altenpflege«, in *Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen*, hrsg. v. Artus, Ingrid et al., S. 182-199. Hamburg: VSA.
- Osterloh, Falk 2019. »Hartmannbund: Ressourcen besser nutzen«, in *Deutsches Ärzteblatt* 116, 46. www.aerzteblatt.de/dossiers/priorisierung?s=&p=1&n=1&aid=210895 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Raether, Elisabeth 2020. »Dieses Klatschen ist fast zynisch. Interview mit Barbara Thiessen«, in *Zeit Online* vom 25. März 2020. www.zeit.de/wirtschaft/2020-03/pflegekraefte-systemrelevante-berufe-unterbezahlung-corona-krise-ungerechtigkeit (Zugriff vom 22.05.2020).
- Rothermund, Klaus 2009. »Altersstereotype – Struktur, Auswirkungen, Dynamiken«, in *Bilder des Alterns im Wandel*, hrsg. v. Ehmer, Josef; Höffe, Olfried, S. 139-149. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- RND (Redaktionsnetzwerk Deutschland) 2020. *Erdogan kündigt Lockerung der Corona-Auflagen in der Türkei an*. www.rnd.de/politik/corona-in-der-turkei-erdogan-kundigt-lockerung-der-beschränkungen-an-LZ7ZGAY4KTEUGF24PCDMZJIM34.html (Zugriff vom 01.07.2020).
- Saarländischer Rundfunk 2020. *Versorgungsnotstand in der häuslichen Pflege?* www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/corona_pflegekraefte_versorgung_notstand_100.html (Zugriff vom 22.05.2020).
- Schmolke, Nico 2020. »Vivantes-Mitarbeiter müssen Schutzmasken zu Hause auskochen«, in *rbb 24* vom 26. März 2020. www.rbb24.de/panorama/thema/2020/coronavirus/beitraege/

- vivantes-berlin-coronavirus-schutz-ausruistung-mundschutz-krankenhaus-klinikum.html (Zugriff vom 20.05.2020).
- Sills, Ben; Lombrana, Laura Millan 2020. »Spanish Doctors Are Forced to Choose Who to Let Die«, in *Bloomberg* vom 25. März 2020. www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-25/spanish-doctors-forced-to-choose-who-to-let-die-from-coronavirus (Zugriff vom 22.05.2020).
- Süddeutsche Zeitung 2020. *Corona: Freiwillige lassen sich für Pflege schulen*. www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankheiten-koblenz-corona-freiwillige-lassen-sich-fuer-pflege-schulen-dpa-urn-newsml-dpa-com-20090101-200323-99-441539 (Zugriff vom 22.05.2020).
- die tageszeitung 2020. »Ein neuer Generationenvertrag«. *Der Grüne Boris Palmer fordert Corona-Quarantänen nur für Risikogruppen und kritisiert moralische Positionen, wenn sie den Blick auf Fakten verstellen*. <https://taz.de/Boris-Palmer-ueber-Corona-Quarantaene/!5676475/> (Zugriff vom 22.05.2020):
- Therborn, Göran 2012. »The Killing Fields of Inequality«, in *International Journal of Health Services* 42, S. 579-589.
- Valin, Frédéric 2020. »Leben und sterben lassen«, in *die tageszeitung* vom 24. April 2020. <https://taz.de/Corona-und-das-Ende-der-Solidaritaet/!5678124/> (Zugriff vom 22.05.2020).
- van Dyk, Silke 2015. *Soziologie des Alters*. Bielefeld: transcript.
- van Dyk, Silke; Graefe, Stefanie 2010. »Fit ohne Ende – gesund ins Grab? Kritische Anmerkungen zur Trias Alter, Gesundheit, Prävention«, in *Jahrbuch für kritische Medizin* 46, S. 96-121.
- van Dyk, Silke; Graefe, Stefanie; Haubner, Tine 2020. »Das Überleben der ›Anderen‹: Alter in der Pandemie«, in *Blätter für deutsche und internationale Politik* 66, 5, S. 37-40.
- van Dyk, Silke; Haubner, Tine 2019. »Gemeinschaft als Ressource? Engagement und Freiwilligenarbeit im Strukturwandel des Wohlfahrtsstaats«, in *Sozialstaat unter Zugzwang? Zwischen Reform und radikaler Neuorientierung*, hrsg. v. Baumgartner, Doris; Fux, Beat, S. 259-279. Wiesbaden: Springer VS.
- van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan 2009. »Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus«, in *WSI-Mitteilungen* 62, S. 540-546.
- VHBP (Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V.) 2020. *Eindämmung der Schwarzarbeit*. www.vhbp.de/ziele/#c91 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Wefing, Heinrich 2020. »In der Altersfalle«, in *Die Zeit* vom 16. April 2020, S. 4.
- Wehling, Peter; Viehöfer, Willy; Keller, Reiner; Lau, Christoph 2007. »Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung«, in *Berliner Journal für Soziologie* 17, 4, S. 547-567.
- Wiese, Christoph H. R. et al. 2012. »Altersrationierung«, in *Der Anaesthetist* 61, S. 354-362. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00101-012-2009-1> (Zugriff vom 22.05.2020).
- Williams, Jennifer 2020. »Elderly People with Coronavirus ›Denied Hospital Beds and Left to Die in Care Homes‹«, in *Manchester Evening News* vom 3. April 2020. www.manchestereveningnews.co.uk/news/greater-manchester-news/elderly-people-coronavirus-denied-hospital-18038252 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Wreschniok, Lisa; Gürkov, Claudia 2020. »Exodus der Helfer: Häusliche Pflege steht vor dem Kollaps«, in *BR 24* vom 8. April 2020. www.br.de/nachrichten/bayern/exodus-der-helfer-hauesliche-pflege-steht-vor-dem-kollaps,RvUZZ6C (Zugriff vom 20.05.2020).
- Westdeutsche Zeitung 2020. *Laschet fordert Nachdenken über durch Corona-Lockdown verursachte Schäden*. www.wz.de/politik/landespolitik/laschet-fordert-nachdenken-ueber-durch-corona-lockdown-verursachte-schaeden_aid-50253821 (Zugriff vom 22.05.2020).
- Zeit Online 2020. *Theaterregisseur Frank Castorf: »Ich bin Fatalist«*. www.zeit.de/news/2020-04/28/theaterregisseur-frank-castorf-ich-bin-fatalist (Zugriff vom 20.05.2020).

Zusammenfassung: Im Kontext der Corona-Pandemie werden grundlegende Fragen von Lebensqualität, Gemeinwohl, Verantwortung und individueller Freiheit neu verhandelt. Dabei lässt sich eine bemerkenswerte Ambivalenz beobachten: Insbesondere Ältere und alte Menschen gelten nicht nur als besonders schutzbedürftig, sie werden überdies zunehmend als Risikofaktor adressiert und im Rahmen von Aufforderungen zu eigenverantwortlicher sozialer (Selbst-)Isolierung in die Pflicht für das Gemeinwohl genommen. Vor diesem Hintergrund zielt der Beitrag in drei Schritten auf eine soziologische Kontextualisierung der coronabedingten Situation und Debatte: Analysiert werden Prozesse der Stereotypisierung und Diskriminierung des Alters, die Konstruktion von »Risikogruppen« und altersspezifischen Vulnerabilitäten sowie die strukturellen Rahmenbedingungen der Versorgung und des Schutzes Älterer in der flexibel-kapitalistischen Gegenwartsgesellschaft. Ziel des Beitrags ist es, zu zeigen, dass die Corona-Pandemie wie ein Brennglas wirkt, unter dem grundlegende Probleme des nichtpandemischen »Normalbetriebs« der Gesellschaft sichtbar werden.

Stichworte: Corona-Pandemie, Alter, Altersdiskriminierung, Responsibilisierung, Risikogruppen, Pflegearbeit, Pflegekrise

»What Do the Elderly Owe Us?« Isolation, Responsibilisation and (De-)Activation in Times of Corona Crisis

Summary: Under the Corona pandemic, fundamental issues of quality of life, common good, responsibility and individual freedom are being renegotiated. A remarkable ambivalence can be observed: Older people in particular are not only considered to be particularly vulnerable, they are also increasingly being addressed as a risk factor and, as part of calls for self-responsible (self-)isolation, are being called upon to take responsibility for the common good. Against this background, the article aims at providing a sociological contextualisation of the Corona-related situation and debate in three steps: Processes of stereotyping and discrimination of age are analysed, the construction of »risk groups« and age-specific vulnerabilities as well as the structural framework of care and protection of older people in the contemporary flexible capitalism. This article aims to show that the Corona pandemic acts like a burning glass under which fundamental problems of the non-pandemic »normal operation« of society become visible.

Keywords: coronavirus-pandemic, age, age discrimination, responsibilisation, risk groups, elder care, care crisis

Autorinnen

Stefanie Graefe
Institut für Soziologie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Carl-Zeiß-Straße 2
07743 Jena
Deutschland
stefanie.graefe@uni-jena.de

Tine Haubner
Institut für Soziologie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Carl-Zeiß-Straße 2
07743 Jena
Deutschland
tine.Haubner@uni-jena.de

Silke van Dyk
Institut für Soziologie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Carl-Zeiß-Straße 2
07743 Jena
Deutschland
silke.vandyk@uni-jena.de