GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Sorgen in der Pandemie – eine Ethics of Care-Perspektive auf Gesundheitssicherheit

Wezel, Katharina; Krause, Katharina

2023

https://doi.org/10.25595/4422

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wezel, Katharina; Krause, Katharina: *Sorgen in der Pandemie – eine Ethics of Care-Perspektive auf Gesundheitssicherheit*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 32 (2023) Nr: 1, 24–37. DOI: https://doi.org/10.25595/4422.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v32i1.03

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

WTO, 2001: WTO Ministerial Conferences – Doha 4th Ministerial – TRIPS Declaration. Internet: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm (6.2.2023).

Anmerkung

1 Zu den Schwierigkeiten, den bezahlten Care-Sektor genau zu erfassen vgl. Maier und Schmidt (2019). Die Bundesagentur für Arbeit (2023) erfasst Care in den Bereichen Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe und Theologie sowie im Bereich medizinische Gesundheitsberufe. Diese sind in unsere Berechnungen eingeflossen. Dabei bleiben jedoch die Sorgedienstleistungen, die im Bereich nichtmedizinische Gesundheitsdienstleistungen erfasst werden, außen vor.

Sorgen in der Pandemie – eine Ethics of Care-Perspektive auf Gesundheitssicherheit

KATHARINA WEZEL. KATHARINA KRAUSE

Sorgen, Soziale Ordnungen und Sicherheit

Spätestens seit der Corona-Krise ist im öffentlichen Bewusstsein der Begriff der Gesundheitssicherheit keine merkwürdige Wortpaarung mehr. Einher mit der Versicherheitlichung von Gesundheit (Elbe 2010; Rushton 2019; Wenham 2019) geht eine wachsende Aufmerksamkeit für die Sichtbarkeit von gesundheitlichen Fragen im Sicherheitskontext.

Das Verständnis von Sicherheit ging und geht hier über ein enges, traditionelles Verständnis (staatlich, militärisch, biopolitisch) hinaus. Zu Beginn der Pandemie wurde unter anderem Reinigungsarbeit, ein zuvor kaum beachteter Aspekt professionalisierter Sorgearbeit, als systemrelevant eingestuft und als kritische, also als sicherheitsrelevante, Infrastruktur identifiziert (Bose 2020). Auch wurden Pflegekräfte beklatscht und Notbetreuungen für Kinder von Eltern aus systemrelevanten Berufen eingerichtet. Michael Fine und Joan Tronto (2020, 302) sehen Care in der Pandemie als „emerging from the shadows as a taken-for-granted afterthought in public life". Care, das zeigte und zeigt die Pandemie deutlich, ist ein Grundpfeiler sozialer Ordnungen, im privaten wie im öffentlichen Sinne – vor, nach und gerade auch in Krisen (Tronto 1993, 117). „Care ist lebensnotwendig, auch im physiologischen, körperlichen Sinne" (Villa 2020, 434). Anders ausgedrückt: Care ist sicherheitsrelevant.

Allerdings war diese Sichtbarkeit im pandemischen Kontext oftmals nur punktuell und kurzfristig – von der Systemrelevanz von Reinigungsarbeit, beispielsweise im Krankenhauskontext, spricht mittlerweile kaum noch jemand. Trotz des (temporären) Bewusstseins für die Komplexität und Zentralität von Sorgearbeit im Krisenfall, ist es nicht gelungen, Care-Arbeit in ihrer Breite politisch zu stärken und gesellschaftlich sichtbar(er) zu machen (Villa 2020). Der pandemische Kontext bietet so-

 https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v32i1.03

mit einen konzeptuellen Einstieg, um diese Diskrepanz im Krisenkontext zu thematisieren und zu problematisieren.
Vor diesem Hintergrund widmet sich dieser Artikel der Frage: Wie kann eine feministische care-ethische Perspektive unser Verständnis von Gesundheitssicherheit verändern? Dafür geht dieser Artikel wie folgt vor: Zunächst wird Care mit theoretischen Perspektiven auf Gesundheitssicherheit verknüpft. Dabei werden gängige sicherheitstheoretische Lesarten gesundheitlicher Krisen diskutiert, um die Unsichtbarkeit von Care im Feld der Gesundheitssicherheit zu problematisieren. Demgegenüber führen wir eine sicherheitsethische Lesart des Pandemiekontexts ein, welche sich aus einer feministischen Sorge-Ethik, einer Ethics of Care, speist. Mithilfe dieses theoretischen Gerüsts können schlussendlich Potenziale einer solchen Care-Ethik für Gesundheitssicherheit –auch im (post-)pandemischen Kontext – aufgezeigt werden.
Wir kritisieren, dass herkömmliche Sicherheitsverständnisse im Gesundheitssicherheits-Diskurs der Internationalen Beziehungen (IB) im Krisen- und Katastrophenfall ein selbsthilfefähiges Individuum voraussetzen, welches in starkem Kontrast zur Lebensrealität vieler Menschen in Care-Beziehungen steht. Wir führen diese strukturelle Unsichtbarkeit, und damit die strukturelle Marginalisierung von Sorge-Beziehungen im Fall der Corona-Pandemie, unter anderem darauf zurück, dass herkömmliche Perspektiven auf Gesundheitssicherheit nicht auf Fragen des Zusammenhangs von Care und sozialer Ordnungen passen, da sie Gesundheitssicherheit nicht als komplexes interdependentes Netz an Sorgebeziehungen konzeptualisieren. Konkret kann eine care-ethische Perspektive auf Gesundheitssicherheit auf drei Ebenen Impulse geben, um den gesellschaftlichen Umgang mit Krisen und ihren Nachwirkungen zu bearbeiten. *Erstens* ist Sicherheit keine Thematik, die allein Staaten oder autonome Individuen betrifft, sondern Sicherheit basiert auf Beziehungsgefügen, die sich auf lokaler wie globaler Ebene manifestieren. Durch eine care-ethische Perspektive werden diese Beziehungsgefüge und die darin enthaltenen Abhängigkeiten, Verantwortungen und Machtstrukturen ins Zentrum gerückt. *Zweitens* erlaubt die care-ethische Perspektive grundsätzlich die Notwendigkeit von Sorgebeziehungen in den Mittelpunkt sicherheitsethischen und -politischen Handelns zu stellen und somit Care nicht als randständig, sondern als elementaren Bestandteil krisenfester Ordnungen zu betrachten. Denn ganz besonders in Krisenzeiten werden Belange von weniger sichtbaren und randständigen Personengruppen überwiegend den Belangen der mutmaßlichen gesellschaftlichen Mehrheit untergeordnet (Krüger/Wezel 2021). *Drittens* erwächst aus dieser Perspektive eine kritische und politische Agenda, die verlangt, Menschen, die Care-Arbeit leisten (sichtbar oder unsichtbar, bezahlt oder unbezahlt), nachhaltig in diesen Aufgaben zu stärken, gegebenenfalls zu entlasten und in ihren Bedarfen sichtbarer und hörbarer zu machen.

Die Grenzen von Gesundheitssicherheit: Problematisierung des Status Quo

Im Folgenden betten wir unseren Artikel in die IB-Literatur zu Gesundheitssicherheit und speziell in die Debatten der Feminist Health Security Studies ein. Hierbei zeigen wir, dass die enge Verknüpfung von Gesundheit und Sicherheit im wissenschaftlichen Diskurs mittlerweile anerkannt ist und vor allem auch in jüngerer Zeit mit dem Konzept der menschlichen Sicherheit und sogar durch die wachsende feministische Literatur zu Gesundheitssicherheit jenseits des traditionellen Fokus auf Staaten, das Militär und Biopolitik untersucht wird. Allerdings fehlt bislang eine umfassende Konzeptionalisierung von Care in diesen Debatten. Diese in diesem Abschnitt herausgearbeitete Lücke bildet den Startpunkt und Kontext für unser Argument.

Gesundheit und Sicherheit in den Internationalen Beziehungen

Sicherheit ist ein mehrdeutiges und inhärent politisches Konzept (Buzan 1991, 7). Existierende Konzeptionen von Gesundheitssicherheit variieren hinsichtlich Referenzobjekt, existenzieller Bedrohung, der Akteur*innen, die Sicherheit herstellen und der Zielgruppe (Harman/Wenham 2018, 364). Bereits 1989 unterstreicht Caroline Thomas (1989, 273) ihre Forderung nach einer Auseinandersetzung in den IB mit dem Thema Gesundheit „not simply to facilitate containment of disease transmission across international borders but also because central notions of justice, equity, efficiency and order are involved“. Vor dem Hintergrund dieser Forderung und trotz der vielfältigen theoretischen sowie empirischen Zugänge in der akademischen Debatte, bleibt auffällig, dass Gesundheitssicherheit bisher kaum im Care-Kontext gedacht wird. Sicherheit ist vielmehr meist mit einem traditionellen Fokus auf Staaten, das Militär und Biopolitik verknüpft (Fidler 2004; Fidler/Drager 2006). Zwar setzen sich die kritischen Sicherheitsstudien innerhalb der IB insbesondere mit der Frage auseinander, wessen Sicherheit wie verhandelt wird und inwiefern sich hieraus Problematiken für die Gesundheit von ganzen Personengruppen ergeben. Aber auch diese Perspektiven bilden den Care-Kontext von Gesundheitssicherheit nicht ab.

Menschliche Sicherheit

Dies gilt auch für die Perspektive der Human Security (dt. menschliche Sicherheit), welche sich in den vergangenen Jahrzehnten verstärkt etablierte (Wenham 2021). Die Human Security Perspektive bildet eine Ausnahme zum staatszentrierten Fokus, die auch in der Gesundheitssicherheits-Literatur rezipiert wird. Diesem Verständnis folgend werden Individuen und deren Bedarfe ins Zentrum von Sicherheitsfragen gestellt, anstatt ausschließlich staatliche Akteur*innen und Interessen (Kaldor 2007, 185; UNDP 1994). Im gesundheitlichen Kontext wird dabei die Frage der Sicherheit des Individuums eng mit strukturellen Faktoren wie Gesundheit und Armut und dem

Zugang zu (guter) Gesundheitsinfrastruktur verknüpft. Diese Perspektive deutet auf die kaskadierenden Effekte globaler Sicherheitsfragen hin, die im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden von Individuen, beispielsweise durch Krieg, anderen Formen von Gewalt, aber auch Nahrung, Transport oder Care-Ketten, stehen.
Ausgehend vom Individuum als Referenzobjekt von Sicherheit konzipiert Ken Booth (1991, 319) ein emanzipatorisches Sicherheitsverständnis. Er stellt die Frage nach gerechter Verteilung von Sicherheit und ihrer Konsequenzen in den Mittelpunkt und verdeutlicht, dass ethische Fragen der Teilhabe und Gerechtigkeit im Sicherheitskontext sowohl theoretisch konzeptuell als auch ethisch-politisch relevant sind. Auch im Gesundheitskontext – insbesondere einer Pandemie – ist es notwendig, die Frage zu stellen, wessen Sicherheit warum zuerst priorisiert wird und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben (Krause/Wezel 2022; Rushton 2011). Die Frage erlaubt es, aus einer kritischen Perspektive zu thematisieren, wessen Sicherheit nicht priorisiert wird, neo-koloniale Machtgefälle innerhalb dieser Entscheidungsstrukturen sichtbarer zu machen und als randständig wahrgenommene Personen (bspw. Pflege- und Reinigungspersonal) in ihren Bedarfen ernst zu nehmen.
Allerdings, so argumentieren wir, ist die Stärke der Human Security Perspektive, auf Individuen einzugehen, zugleich auch eine Schwäche, denn sie nimmt ein einzelnes Individuum in den Blick und kann zwischenmenschliche Interdependenzen und Sorgebeziehungen als stabilisierende Größe in Krisen kaum abbilden.

Feministische Gesundheitssicherheit

Aus feministischer Perspektive, insbesondere einer Care Ethik folgend, ist dieser Fokus zu eng, denn er übersieht die notwendige und stabilisierende Komponente von Beziehungsgefügen im Krisen- und Katastrophenkontext.
Eine zunehmende Zahl an Forschenden setzt sich inzwischen mit feministischen Studien und Texten auseinander und überträgt deren theoretische Argumente auf den Gesundheitskontext. Sophie Harman (2016) verweist zum Beispiel auf die Arbeiten von Shirin Rai, Catherine Hoskyns und Dania Thomas (2014) und speziell auf deren Konzept der „social reproductive work“ (dt. sozialen Reproduktionsarbeit). Soziale Reproduktionsarbeit verstehen Rai, Hoskyns und Thomas (ebd., 88f.) als „the level at which the resource outflows exceed resource inflows in carrying out social reproductive work over a threshold of sustainability, making it harmful for those engaged in this unvalued work“ und zeigen, dass weder Wert noch Kosten dieser Arbeit anerkannt und kompensiert werden. Erschöpfung als Folge dieser Dynamik beeinträchtigt nicht nur das Leben einzelner Personen, sondern hat auch negative Auswirkungen auf soziale Institutionen (zum Beispiel Familien oder Gemeinschaften), was schlussendlich zu einer Krise der Gesellschaft führt. Harman (2016) greift die Konzeptualisierung von Rai, Hoskyns und Thomas (2014) und die im Privaten und Öffentlichen stark feminisierte Sorgelast auf und überträgt diese auf den Umgang mit der Ebola Epidemie in West Afrika 2013-2016. Das zentrale Argument

hierbei ist die „conspicious invisibility“ (dt. auffällige Unsichtbarkeit) von Frauen, die Harman (2016) in ihrem Text herausarbeitet und problematisiert.
Die Ebola Epidemie wird oftmals als „perfekter Sturm“ (Piot/Muyembe/Edmunds 2014) beschrieben. Als Charakteristikum dieses Sturms wird die Kombination aus schwachen Gesundheitssystemen der Post-Konflikt Staaten Liberia, Guinea und Sierra Leone, das in den betroffenen Bevölkerungen vorherrschende Misstrauen gegenüber (staatlichem und internationalem) Gesundheitspersonal sowie einer nur zögerlich reagierenden WHO dargestellt. Dieses Narrativ des „perfekten Sturms“ übersieht, so Harman (2016, 528), eine wesentliche Komponente: die unbezahlte, von Frauen geleistete, soziale und primäre (Health-)Care Arbeit. Resiliente Gesundheitssysteme und eine nachhaltige globale Antwort auf Gesundheitskrisen bedürfen, resümiert Harman (2016), einer Sichtbarmachung des auffallend weiblichen Charakters von Care-Arbeit und damit einhergehend der Anerkennung und Wertschätzung dieser Arbeiten.
Trotz der Arbeiten von Harman (ebd.) und anderen sind feministische Analysen in der Global Health Security Literatur nach wie vor eine Seltenheit. Eine aktuelle Ausnahme ist das Grundlagenwerk von Clare Wenham (2021), das einen feministischen Ansatz für Gesundheitssicherheit konzipiert. Wenham greift hierfür auf feministische IB-Forschung zurück und zeigt das Potenzial von Cynthia Enloes (2014) grundlegender Frage „Wo sind die Frauen?“ für die Bearbeitung von Gesundheitskrisen. Mit einem Fokus auf gender als dezidierter Analysekategorie erforscht Wenham (2021), wie Frauen die Zika Pandemie erlebt haben und zeigt, dass aufgrund fehlender Mitsprache von Frauen die zur Bewältigung der Pandemie getroffenen Maßnahmen die Sicherheit von Frauen unverhältnismäßig stark beeinträchtigten. Vor dem Hintergrund dieser feministischen Forschung scheinen ihre Ergebnisse für die Regierung der COVID-19 Pandemie allerdings unbeachtet geblieben zu sein. Clare Wenham, Julia Smith und Rosemary Morgan (2020) wiesen bereits im März 2020 auf die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Pandemie und der gegen sie ergriffenen Maßnahmen und die besondere Betroffenheit von Frauen und Mädchen hin.
Obwohl Gender-Dynamiken in der COVID-19 Pandemie eine bisher unbekannte Sichtbarkeit erlangten (Beispiele hierfür sind die UN Women and Global Health 50/50 Initiative, die sich für Geschlechtergerechtigkeit einsetzt und das Werben des WHO-Generalsekretärs Tedros Adhanom Ghebreyesus für eine gender-sensitive Pandemiebekämpfung), hat dieser Zugewinn an Sichtbarkeit nicht zu mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Pandemiebekämpfung geführt (Harman 2021). Als Grund hierfür führt Harman (ebd.) an, dass Gender in Gesundheitskrisen nur hinsichtlich einer anzustrebenden höheren Sichtbarkeit von Frauen diskutiert wird. Diese Dynamik aus Sichtbarkeit („visibility“) einerseits und eine systematische Vernachlässigung („neglect“) weiterer Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts andererseits, führt laut Harman (ebd.) dazu, dass eine Auseinandersetzung mit gegenderten Machthierarchien nicht stattfindet und diese durch eine vermeintliche Sichtbarmachung einzelner Frauen nur weiter zementiert werden.

Nach wie vor fehlt die Anerkennung dafür, wie der (fehlende) Umgang mit gender-spezifischen Fragestellungen Gesundheitssicherheit bedroht. Diese Bedrohung manifestiert sich in nach wie vor unhinterfragten Geschlechternormen hinsichtlich Care-Arbeit, Familie und dem Zugang zu Gesundheitsversorgung, die schlussendlich die Gesundheit von Frauen, besonders von Frauen mit niedrigem Einkommen, beeinträchtigen.
Bestehende Arbeiten zu Gesundheitssicherheit aus feministischer Perspektive zeigen einerseits, dass die Health Security Literatur beginnt, feministische Theorien und Debatten anzuwenden und auf den Gesundheitskontext zu übertragen. In diesem Rahmen findet auch eine empirisch reichhaltig untermauerte Problematisierung der ungleichen Verteilung von Fürsorgearbeit statt. Die negativen Auswirkungen dieser Ungleichheit scheinen also immer mehr ins (akademische) Bewusstsein zu rücken. Andererseits fehlt in diesen Debatten bisher eine umfassende Konzeptionalisierung von Care, die über eine enge Definition von Care als Sorgearbeit (meist Kindererziehung, Krankenpflege und Haushaltsarbeiten) hinausgeht und die feministische Sicherheitsperspektiven reichhaltiger konzeptualisiert als einzig die beschreibende Frage: „Wo sind die Frauen?“. Die ordnungsgebende Komponente von Care in (Gesundheits-)Krisen wird bisher überraschend vernachlässigt, ist sie doch zentraler Bestandteil der Sicherheit sozialer Ordnungen und so besonders im pandemischen Krisenkontext relevant.

Sorgen in der Pandemie: Care Ethics als Sicherheitsfrage im Gesundheitskontext

Eine komplexere, unserer Meinung nach der Pandemie und Gesundheit im Allgemeinen angemessenere, Konzeptionalisierung von feministischer Gesundheitssicherheit findet sich in feministischen Debatten, die eine Ethics of Care entwerfen. Eine umfassende Kartierung dieser Debatten, die unter anderem auf die Arbeiten von Carol Gilligan (1993), Joan Tronto und Berenice Fisher (1990), Fiona Robinson (2011) und Selma Sevenhuijsen (1998; 2003) zurückgehen, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Stattdessen konzentrieren wir uns auf Fisher und Trontos (1990) vier Phasen von Care und übertragen diese auf den pandemischen Sicherheitskontext.
Zentral hierbei ist, dass eine Ethics of Care nicht von einzelnen Individuen ausgeht, sondern den Fokus auf gegenseitige Abhängigkeiten und wechselseitige Beziehungsgefüge richtet. Care ist hier also nicht als von Individuen geleistete Arbeit, sondern als zwischenmenschliche Interaktion zu verstehen. Robinson (2021, 61) plädiert aus diesem Grund für ein Sicherheitsverständnis, das anstatt von autonomen Individuen von „beings-in-relation“ ausgeht: „efforts to enhance human security must recognize the importance of relations and networks of responsibility and care in determining people’s everyday experiences of security and insecurity“. Care-Beziehungen ins Zentrum unseres Sicherheitsverständnisses zu stellen, bedeutet demnach, Sicherheit

nicht in Bezug auf autonome Individuen zu denken, sondern sensibel zu sein für die Abhängigkeiten und Beziehungen zwischen Menschen (ebd.).
Fisher und Tronto (1990) spezifizieren diese Interaktion in vier interdependenten Care-Komponenten: 1) „caring about" beschreibt die zwischenmenschliche Verbindung, die entsteht, wenn wir auf Bedürfnisse anderer aufmerksam werden und auf sie reagieren; 2) „taking care of" meint den Schritt, in dem Verantwortung für die Initiierung und Aufrechterhaltung von Fürsorge ergriffen wird, 3) „care giving" ist das aktive Sorgetragen als Antwort auf ein spezifisches Bedürfnis. 4) „care-receiving" wiederum evaluiert, ob den Bedarfen der Care-empfangenden Person entsprochen wurde und nimmt die Beziehung zwischen fürsorgender und Sorge empfangender Person in den Blick.
Sorgetragen kann nach der Definition von Fisher und Tronto (ebd.) verstanden werden als eine grundlegende

> species activity that includes everything we do to maintain, continue, and repair our ‚world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web (ebd., 40).

Diesem „life-sustaining web" kommt in der Corona-Pandemie eine besondere (Sicherheits-)Bedeutung und Komplexität zu. So kann dieses lebenserhaltende Netzwerk sowohl aus einer professionalisierten, finanziellen Perspektive von Sorgearbeit als Dienstleistung (bspw. Kindererziehung, Alten- und Krankenpflege, Reinigungsarbeiten) betrachtet werden. Gleichzeitig sind diese Netzwerke allerdings auch ein zentraler Baustein für das soziale, finanzielle und emotionale Wohlbefinden von Personen, die sich aufgrund der Lockdowns, veränderten Arbeits- und Lebensverhältnissen und Krankheitsrisikos in einer langanhaltenden Krisen- bis Notsituation befinden. Diese Komplexität kann mittels der vier Care-Phasen greifbar(er) und problematisierbar gemacht werden.
Die erste Phase – „caring about" – befasst sich mit der Anerkennung von Bedarfen. Diese Anerkennung setzt Wissen, Zeit und Ressourcen darüber voraus (ebd., 42), wie die Pandemie Menschen unterschiedlich betrifft. Krisen und Katastrophenszenarien – und die Corona-Pandemie muss durchaus zu diesen Ausnahmesituationen gezählt werden – stellen in besonderem Maße Menschen vor erhöhte Herausforderungen, die bereits zu einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe zählen. So gelten beispielsweise Menschen in häuslicher Langzeitversorgung ohnehin zu den Personen, welche sich aufgrund geringerer ökonomischer Ressourcen eine stationäre, oft professionalisierte Langzeitversorgung nicht leisten können. Diese Personen werden in Krisen innerhalb ihrer Sorgebedarfe vor zusätzliche Herausforderungen gestellt, haben aber zugleich nicht unbedingt die sozialen und ökonomischen Ressourcen, um diesen Mehrbedarf aufzufangen (Schulze et al. 2019). Dementsprechend ergeben sich insbesondere in risikoreichen Szenarien wie Krisen und Katastrophen zugleich erhöhte Bedarfe an Sorgearbeit sowie gesellschaftlich geringere personelle, emotionale und

finanzielle Ressourcen, um diese Bedarfe aufzufangen. „Caring about" fordert uns auf, zu fragen, wessen Sicherheit gesehen und anerkannt wird und macht uns somit aufmerksam auf Probleme, Ungerechtigkeiten und praktische Sicherheitsbedrohungen in der Pandemie.

„Taking care of", also das Übernehmen für die Verantwortung von Care-Prozessen, setzt Urteilsvermögen voraus und kann sensibilisieren für die hierin enthaltenen Machtstrukturen und Asymmetrien. An der im März 2020 veröffentlichten Stellungnahme der Leopoldina zur Pandemie (2020) waren zwei Frauen und 24 Männer beteiligt. Fisher und Tronto (1990, 43) schreiben: „one of the most pervasive contradictions involved in taking care of concerns the asymmetry between responsibility and power". Dieser Widerspruch wird besonders deutlich, wenn das Leopoldina-Papier exemplarisch gegenüber gestellt wird mit der Tatsache, dass Frauen in der Pandemie einen Großteil der schlecht- oder unbezahlten Care- und Pflegearbeit erledigen (UN Women 2020). Verantwortung muss in diesem Kontext allerdings ebenso strukturell gesehen werden, denn ohne die strukturelle Verankerung stabiler Systeme, die Care-Prozesse im Krisenfall stabilisieren, fallen Verantwortlichkeiten im Krisenfall häufig erneut in familiäre Verantwortungs- und Sorgegefüge (Krüger/Wezel 2021). Konkret könnten beispielsweise neu eingeführte Pflegekammern zur strukturellen Festigung und Mitbestimmung pflegerischer Versorgungsstrukturen dienen, um in Vorbereitung auf den Krisenfall Verantwortlichkeiten zu diskutieren und gegebenenfalls politisch zu korrigieren.

Die dritte Phase, das konkrete „care giving", setzt spezifischeres Wissen, Fähigkeiten und (Zeit-)Ressourcen voraus. Die Fragilität und Prekarität dieser Phase zeigte sich in der Pandemie besonders durch den enormen Druck auf private und professionelle Sorgearrangements (familiäre Kinderbetreuung und Pflege, etc.), bedingt unter anderem durch einen erhöhten Bedarf an medizinischem Fach- und Pflegepersonal und Lockdown-Maßnahmen (Homeschooling vs. Homeoffice, etc.). Sicherheit spielt hier auf (mindestens) zwei Ebenen eine Rolle. Einerseits durch Care-Leistungen, die nicht mehr, oder in qualitativ und/oder quantitativem Ausmaß geringer erbracht werden können, wenn Corona- und die bestehende Care-Krise kollidieren (Villa 2020). Beispielsweise erschweren überlastete Gesundheitssysteme den Zugang zu sicheren Abtreibungen und Geburten. Zweitens sind Care-Beziehungen, die durch die Pandemie unter besonderem Druck standen, oft Orte von Missachtung, Vernachlässigung und Gewalt (ebd., 437). Bedenken wir, dass in beiden skizzierten Fällen Frauen oft die Leidtragenden sind, spricht Helen Lewis (2020) zu Recht von der Pandemie und ihren Folgen als „Disaster for Feminism".

„Care-receiving" und die hier im Zentrum stehende Beziehung zwischen fürsorgender und Sorge empfangender Person, sind im Rahmen der Pandemie zusätzlich prekarisiert. Mercer Gary und Nancy Berlinger (2020, 57) betonen: „the ethics of care must safeguard the cared-for person from neglect and the carer from exploitation" und verdeutlichen die starke Interdependenz sowohl von Sicherheitsfragen, die Menschen betreffen, die (häufig illegal, unsichtbar oder prekär) Sorgearbeit leisten, als

auch von Menschen, die zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens Care empfangen. So ist jede Person in unterschiedlichem Maße im Kindesalter Empfänger*in von Care (zum Beispiel durch den Besuch von Kindertagesstätten oder durch Betreuung durch Eltern und Großeltern) und im Verlauf des Lebens je nach gesundheitlicher Verfassung und sozio-ökonomischer Situation erneut Rezipient*in von professionalisierter oder privater Care-Arbeit (zum Beispiel in der ambulanten Pflege oder durch Betreuung in stationären Pflegeheimen).
Zusammengenommen zeigt die Anwendung der vier Care-Phasen ungleiche Machtverhältnisse und Asymmetrien auf und macht darauf aufmerksam, wie die Pandemie bestehende Marginalisierungsprozesse und die ungleiche und ungerechte Verteilung von Sicherheit verschärft (Wenham/Smith/Morgan 2020). Zentral ist hierbei, dass diese Fragen angemessener Sorgestrukturen im Krisenfall zur Sicherheitsfrage werden. Eine care-ethische Perspektive ist im Kontext feministischer Theorien und praxisorientierter Ansätze seit vielen Jahren etabliert (Stiegler/Schönwälder-Kunze 2017, 19). Allerdings findet diese Perspektive wenig bis keinen Eingang in Analysen der IB – ganz besonders im Kontext sicherheitspolitischer Fragestellungen, und noch viel weniger im Feld der Global Health Governance. Dabei könnten insbesondere die Gesundheits- und Sicherheitsstudien in den IB von einer care-ethischen Perspektive profitieren, denn sie erlaubt es, die Komplexität von Sorgebeziehungen im größeren gesellschaftlichen Sicherheitskontext mitzudenken und so die Realität komplexer Krisen und Katastrophenereignisse abzubilden. Umgekehrt stellen Polykrisen als Sicherheitsrisiko für feministische Care-Theorien ebenfalls theoretisch wie politisch-aktivistisch neue Anknüpfungspunkte für den (deutschen) care-theoretischen Diskurs dar, welcher sich bislang überwiegend mit Pflege und Erziehung, Medizinethik oder Arbeitsschutz befasst (ebd., 24). Deshalb leistet dieser Artikel einen Beitrag dazu, diese bislang getrennt geführten Debatten erneut und verändert in Konversation zu bringen und insbesondere Kritik zu üben am verengten Sicherheitsverständnis der Health Governance Literatur, die sich dem analytischen wie normativen Potenzial einer Care-Ethik bislang verschließt.

Zum Potenzial von Care Ethics für Gesundheitssicherheit

Für unser Verständnis von Gesundheitssicherheit bildet Robinsons (2011) Ansatz einer care-ethischen Sicherheitsperspektive den Anfangspunkt. Dieser Ansatz bietet sowohl ein theoretisches als auch politisches Umdenken von Sicherheit, denn er setzt voraus, dass Gesellschaften als Ergebnis komplexer Beziehungsgefüge verstanden werden und hier insbesondere die Menschen, die in Sorgebeziehungen leben und arbeiten, gestärkt werden müssen, um gesamtgesellschaftlich von einer krisenfesten Ordnung sprechen zu können.
Das Anliegen unseres Beitrags ist es deswegen, das Feld Gesundheitssicherheit durch die Care-Perspektive zu denken, um die ordnungsgebende Rolle und Relevanz von Care Beziehungen sichtbar zu machen und um ihre Prekarisierung zu

problematisieren. Krisenmanagement in Gesundheitskrisen ist überwiegend auf die rationale und linear gedachte Bekämpfung von Krisenereignissen ausgerichtet und kann dabei ungewollt bestehende Ungerechtigkeiten verschärfen, wie auch anhand der Pandemie deutlich ersichtlich wird (Branicki 2020, 874). Branicki (ebd., 880) betrachtet das pandemische Krisenmanagement durch eine care-ethische Perspektive, kritisiert deren rationale und lineare Ausrichtung und schlägt vielmehr eine komplexe Perspektive auf Krisen vor, die Krisen nicht als isolierte Einzelfälle, sondern als temporär und sozial spezifisch betrachtet. Care Ethik, so ihr Argument, bedeutet im Krisenkontext, immer zu hinterfragen, aus welchen politischen und sozialen Kontexten Care-Narrative entstehen (ebd., 879), aber auch, das Potenzial, aus Krisen zu lernen und zu wachsen (Gilligan 1993 in Branicki 2020, 879), nicht zu verkennen.

Auch im Gesundheitssicherheits-Diskurs treffen diese Kritikpunkte zu. Vielmehr noch, gesundheitliche Krisen können als besonders beschleunigend, als „pressure cooker"-Momente (Fine/Tronto 2020, 304) fungieren und somit besonders deutlich vor Augen führen, dass die Frage danach, wann welche Art der Fürsorge am angemessensten ist, sowohl schwer zu beantworten als auch wandelbar ist: Der Ruf nach Kontaktbeschränkungen mag eine temporär angemessene Lösung für das Sicherheitsrisiko der Krankenhausüberlastung sein, allerdings muss über einen längeren Zeitraum bedacht werden, inwiefern durch diese Sicherheitslösung wiederum neue Fragen aufgeworfen werden, wie beispielsweise, wer die Sorgearbeit für kranke Angehörige übernimmt, oder auch ab welchem Moment andere gesellschaftliche Fragen wieder prioritär werden dürfen (Krause/Wezel 2022, 375). Die Kontextabhängigkeit von Care (Branicki 2020) trifft demnach auf die Komplexität einer sich wandelnden Gesundheitskrise und damit zusammenhängend der Frage danach, wessen Sicherheit wann und aus welchem Grund in den Fokus rückt. Eine care-ethische Perspektive impliziert dann ein Sicherheitsverständnis, das sich von bestehenden Ansätzen, die auf Individuen oder Staaten fokussieren, absetzt. Sie ist dementsprechend eine alternative Lesart, ein Zusatz zur Human-Security-Perspektive auf Gesundheitssicherheit.

Im Kontext der Corona-Pandemie sprechen wir also von der Notwendigkeit einer Care-Perspektive auf Gesundheitssicherheit, um die Wandelbarkeit und Kontextabhängigkeit von Krisen konzeptuell darzustellen. Dies zeigt sich insbesondere, da die Care-Perspektive Anhaltspunkte dafür bietet, Verantwortlichkeiten, Dringlichkeiten und Beziehungsgefüge im Sicherheitskontext greifbarer zu machen. In dieser Komplexität ist es hilfreich, unter Berücksichtigung von Fisher und Trontos (1990) Care-Phasen von „Fürsorgedynamiken" zu sprechen.

Im Gegensatz zu Sorgearbeit als Dienstleistung oder Handlung, bzw. Sorgetragen als individuelle Beziehung, macht der Begriff der Fürsorgedynamik die Komplexität, Reziprozität und Wandelbarkeit von Fürsorge im (post-)pandemischen Miteinander konzeptuell greifbar. Einen care-ethischen Ansatz für Gesundheitssicherheit verstehen wir 1) in Bezug auf ineinandergreifende Prozesse und Praktiken des Sorge-

tragens, also nicht hinsichtlich isolierter individueller Handlungen; 2) als relationale Größe, die einen Grundpfeiler sozialer Ordnungen (in Krisen) darstellt; und 3) als politische Größe, anhand derer (Un-)Sichtbarkeiten und Abhängigkeitsverhältnisse untersucht werden können, die im Pandemiekontext besonders problematisierungswürdig sind. Fürsorgebeziehungen sind keine statische oder naturgegebene Realität, sondern Gegenstand und Ergebnis sozialer Interaktion und politischer Aushandlungsprozesse – sie sind dynamisch und somit auch im Sicherheitskontext in dieser Dynamik zu untersuchen.

Ein care-ethischer Sicherheitsfokus richtet den Blick nicht auf das autonome Individuum, sondern vielmehr auf dessen Einbettung in Beziehungen mit anderen Menschen. Fürsorgebeziehungen entstehen in der Beziehung und im Miteinander. Das bedeutet, sie werden deklariert, praktiziert und anderweitig verhandelt (Tronto 1993, 108). So kann eine Gesundheitssicherheitsperspektive, die care-ethisch ausgerichtet ist, nicht auf die Sicherheit von atomistischen Beziehungen angewendet werden, sondern lässt sich besser als prozesshaftes, sich wandelndes Netzwerk an Fürsorgepraktiken und Beziehungen des Sorgetragens verstehen. Als solche sind sie nicht nur dynamisch, sondern elementarer Bestandteil der Aufrechterhaltung sozialer Ordnungen.

Fazit

Gesundheit und Sicherheit werden sowohl in Wissenschaft als auch in politischen Institutionen im Nachklang der Corona-Pandemie zunehmend miteinander verknüpft. Anhand der Frage, wie eine feministische care-ethische Perspektive unser Verständnis von Gesundheitssicherheit verändern kann und des darin enthaltenen Potenzials, hat sich dieser Artikel mit den Schwächen und Problematiken dieser Verknüpfung auseinandergesetzt. Ausgehend von einer feministischen care-ethischen Perspektive kann die Sicherheit von Gesellschaften im Angesicht und Nachklang multipler, komplexer Krisen wie einer Pandemie weder ausreichend verstanden noch nachhaltig aufgefangen werden, wenn Care – sowohl lokal als auch global, privat, prekär oder auch professionalisiert – nicht ins Zentrum gesundheitspolitischen und sicherheitsethischen Handelns rückt.

Wie Care in einer Gesellschaft gesehen, verhandelt, verteilt und wertgeschätzt wird, ist politisch: „power and conflict are involved in every phase of the caring process, as well as in our collective discussions about the way social institutions should care about and for human beings“ (Sevenhuijsen 1998, 141). Dies gilt auch und insbesondere im Kontext der zunehmenden Verbindung von Gesundheit und Sicherheit. Allerdings greifen (feministische) Perspektiven der IB auf Krisen nicht auf eine Konzeptualisierung von Care für Sicherheitsfragen zurück. Vor diesem Hintergrund dieser Kritik hat dieser Artikel drei Beiträge aufgezeigt, die eine feministische care-ethische Perspektive für einen gerecht(er)en gesellschaftlichen Umgang mit Krisen wie der Corona-Pandemie leisten kann.

Erstens ermöglicht sie einen Blick auf Beziehungsgefüge, anstatt auf die Kapazitäten von einzelnen Individuen. Ein umfassendes Verständnis von Fürsorge unter Berücksichtigung der Wandelbarkeit und Kontextabhängigkeit von Krisen kann hier den Blick für Interdependenzen, Machtgefälle und Marginalisierungsprozesse schärfen und pandemische Fürsorgedynamiken in ihrer Komplexität ergreifen.
Zweitens ist dieses Verständnis ganz besonders für sicherheitsethische Überlegungen relevant, denn die Frage, wie Menschen und Gesellschaften gut, gerecht und nachhaltig durch Krisen kommen, verlangt ein Umdenken bisheriger Perspektiven auf Gesundheitssicherheit.
Tronto (2013) entwirft in ihrer Vision der „Caring Democracy" eine fünfte Ebene: „Caring with" basiert auf Vertrauen und Solidarität. Dass Vertrauen in demokratischen Gesellschaften darauf basiert, dass die eigenen grundlegenden Bedarfe gesehen und adressiert werden, führt zu mehr Solidarität unter den Menschen und erleichtert die Bereitschaft zur Sorgearbeit. Diese fünfte Ebene bildet den Feedback-Loop, der die ersten vier Komponenten zusammenhält und motiviert. Care kann so nicht als primär innerhalb eines Haushalts oder zwischen Individuen angesiedelt, sondern als wesentlicher Teil nationaler und internationaler (Sicherheits-) Politiken verstanden werden. Schlussendlich ist die Frage nach der Sicherheit von Individuen und Gesellschaften also eine inhärent ethische, kritische und politische. Aus der care-ethischen Perspektive erwächst damit der Impetus, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die der Unsichtbarkeit, Prekarität und Randständigkeit von Sorgearbeit entgegenwirken.
Wissenschaftliche Debatten zu Gesundheitssicherheit befassen sich stark mit dem globalen pandemischen Geschehen und dessen Folgen für die Sicherheit von Gesellschaften. Allerdings herrscht das problematische Verständnis vor, dass Sicherheitshandeln ein unabhängiges Individuum voraussetzt, welches im Kontrast zur Lebensrealität aller Menschen steht, die vermehrt Sorgearbeit leisten. Außerdem verharrt dieser Sicherheitsbegriff entweder auf staatlichem Handeln oder individuellen Sicherheitsfragen. Care-ethische Überlegungen rücken jedoch das Netzwerk an Sorgebeziehungen, komplexe Fürsorgedynamiken und relationale Sicherheitsbedürfnisse ins Zentrum. Gesundheitssicherheit profitiert daher, das soll dieser Artikel zeigen, von einer Care-Ethics-Perspektive auf allen Ebenen: politisch, gerechtigkeitstheoretisch und konzeptuell.

Literatur

Booth, Ken, 1991: Security and Emancipation. In: Review of International Studies. 17 (4), 313–326.

Bose, Käthe von, 2020: Alte Un-/Sichtbarkeiten, neue Vulnerabilität. Reinigungsarbeit in Krankenhäusern. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien. 13 (2), 81–95.

Branicki, Layla J., 2020: Covid-19, Ethics of Care and Feminist Crisis Management. In: Gender, Work, and Organization. 27 (5), 872–883.

Buzan, Barry, 1991: People, States and Fear. An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era. Hemel Hempstead.

Elbe, Stefan, 2010: Security and Global Health. Toward the Medicalization of Insecurity. Cambridge.

Enloe, Cynthia, 2014: Bananas, Beaches and Bases. Making Feminist Sense of International Politics. Berkeley, CA.

Fidler, David P., 2004: Constitutional Outlines of Public Health's "New Order". In: Temple Law Review. 77 (2), 247–290.

Fidler, David P./**Drager**, Nick, 2006: Health and Foreign Policy. In: Bulletin of the World Health Organization. 84 (9), 687.

Fine, Michael/**Tronto**, Joan C., 2020: Care Goes Viral. Care Theory and Research Confront the Global COVID-19 Pandemic. In: International Journal of Care and Caring. 4 (3), 301–309.

Gary, Mercer/**Berlinger**, Nancy, 2020: Interdependent Citizens: The Ethics of Care in Pandemic Recovery. In: The Hastings Center Report. 50 (3), 56–58.

Gilligan, Carol, 1993: In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, MA.

Harman, Sophie, 2016: Ebola, Gender and Conspicuously Invisible Women in Global Health Governance. In: Third World Quarterly. 37 (3), 524–541.

Harman, Sophie, 2021: Threat Not Solution. Gender, Global Health Security and COVID-19. In: International Affairs. 97 (3), 601–623.

Harman, Sophie/**Wenham**, Clare, 2018: Governing Ebola. Between Global Health and Medical Humanitarianism. In: Globalizations. 15 (3), 362–376.

Kaldor, Mary, 2007: Human Security. Reflections on Globalization and Intervention. Cambridge.

Krause, Katharina/**Wezel**, Katharina, 2022: Sicherheit wovor und für wen? Ethik in der Pandemie. In: Lange, Hans-Jürgen (Hg.): Politik zwischen Macht und Ohnmacht. Zum politischen Umgang mit der Corona-Pandemie in Deutschland. Wiesbaden, 363–398.

Krüger, Marco/**Wezel**, Katharina, 2021: Die ambulante Pflege als kritische Infrastruktur. In: Krüger, Marco/Ewers, Michael/Oschmiansky, Heidi (Hg.): Perspektiven auf die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen, Tübingen, 28–35.

Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaft, 2020: Dritte Ad-hoc-Stellungnahme. Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden. Internet: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_04_13_Coronavirus-Pandemie-Die_Krise_nachhaltig_%C3%BCberwinden_final.pdf (20.12.2022)

Lewis, Helen, 2020: The Coronavirus Is a Disaster for Feminism. Pandemics Affect Men and Women Differently. Internet: https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/ (6.6.2021).

Piot, Peter/**Muyembe**, Jean-Jacques/**Edmunds**, W. John, 2014: Ebola in West Africa. From Disease Outbreak to Humanitarian Crisis. In: The Lancet. 14 (11), 1034–1035.

Rai, Shirin M./**Hoskyns**, Catherine/**Thomas**, Dania, 2014: Depletion. The Cost of Social Reproduction. In: International Feminist Journal of Politics. 16 (1), 86–105.

Robinson, Fiona, 2011: The Ethics of Care. A Feminist Approach to Human Security. Philadelphia, PA.

Rushton, Simon, 2011: Global Health Security. Security for Whom? Security from What? In: Political Studies. 59 (4), 779–796.

Rushton, Simon, 2019: Security and Public Health. Pandemics and Politics in the Contemporary World. Cambridge.

Schulze, Katja/**Schander**, Julia/**Jungmann**, Andrea/**Voss**, Martin, 2019: Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. Berlin. Internet: https://refubium.

fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/23802/15_WP_KFS_Schulze_et_al_2019_Bedarfe_und_Ressourcen.pdf?sequence=2&isAllowed=y (15.9.2022).

Sevenhuijsen, Selma L., 1998: Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics. London.

Sevenhuijsen, Selma L., 2003: The Place of Care: The Relevance of the Feminist Ethic of Care for Social Policy. In: Feminist Theory. 4 (2), 179-197.

Stiegler, Michael/**Schönwälder-Kunze**, Tatjana, 2017: Wie subsidiär ist (der) 'Care'(-Diskurs)? In: Femina Politica. 26 (2), 19–33.

Thomas, Caroline, 1989: On the Health of International Relations and the international relations of Health. In: Review of International Studies. 15 (3), 273–280.

Tronto, Joan C., 1993: Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York, NY.

Tronto, Joan C., 2013: Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice. New York, NY.

Tronto, Joan C./**Fisher**, Berenice, 1990: Towards a Feminist Theory of Care. In: Abel, Emily K./Nelson, Margaret K. (Hg.): Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives. Albany, NY, 35–62.

UN Women, 2020: COVID-19: Emerging Gender Data and Why It Matters. Internet: https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters (4.6.2021).

UNDP, 1994: Human Development Report 1994. New York, NY.

Villa, Paula-Irene, 2020: Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? In: Leviathan. 48 (3), 433–450.

Wenham, Clare, 2019: The Oversecuritization of Global Health. Changing the Terms of Debate. In: International Affairs. 95 (5), 1093–1110.

Wenham, Clare, 2021: Feminist Global Health Security. New York, NY.

Wenham, Clare/**Smith**, Julia/**Morgan**, Rosemary, 2020: COVID-19. The Gendered Impacts of the Outbreak. In: The Lancet. 395 (10227), 846–848.