

## CARE

# Soziale Arbeit und Gesundheit in der neuen Normalität

VON MARIA S. RERRICH UND  
BARBARA THIESSEN



Maria S. Rerrich  
Prof. Dr. Maria S. Rerrich lehrte von 1993 bis 2017 Soziologie an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München. Sie ist Gründungsmitglied der Initiative »Care.Macht.Mehr«. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind Gender, Care und soziale Ungleichheit.  
[www.hm.edu](http://www.hm.edu)



Prof. Dr. Barbara Thiessen lehrt an der Hochschule Landshut Gender Studies und Wissenschaft Soziale Arbeit. Sie ist Leiterin des Instituts Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, Mit-Initiatorin des Care-Manifests ([www.care-macht-mehr.com](http://www.care-macht-mehr.com)).  
[www.haw-landshut.de](http://www.haw-landshut.de)

**Corona fordert auch die Soziale Arbeit heraus. Das Care-Konzept könnte den Weg ebnen zu einem »New normal«.**

Seit einigen Jahren werden verschiedene gesellschaftliche Orte von Sorge in der wissenschaftlichen Diskussion unter dem Dachbegriff »Care« thematisiert. Gemeint ist damit der »Zusammenhang von unverzichtbaren Tätigkeiten wie Fürsorge, Erziehung, Pflege und Unterstützung, bezahlt und unbezahlt, in Einrichtungen und privaten Lebenszusammenhängen – kurz: die Sorge für andere, für das Gemeinwohl und als Basis dafür die Sorge für sich selbst, Tag für Tag und in den Wechselfällen des Lebens« (vgl. [www.care-macht-mehr.com](http://www.care-macht-mehr.com)).

Mit dem Begriff Care geht nicht nur einher, gesellschaftliche Handlungsfelder, in denen gesorgt wird und die meist isoliert voneinander behandelt werden, zusammen zu denken und zu analysieren. Vielmehr war und ist mit der rund 40-jährigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung um Care ein Anspruch auf Gestaltung und Veränderung verbunden.

## Carebezogene Proteste und Politisierungen

Nicht zufällig sind deshalb in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen rund um Care entstanden, weltweit und auch im deutschen Sprachraum, angesiedelt an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik. Im Jahre 2013 veröffentlichte die deutsch-österreichisch-schweizerische Initiative CareMachtMehr ([www.care-macht-mehr.com](http://www.care-macht-mehr.com)) ihr erstes Manifest in dem auf eine Care-Krise aufmerksam gemacht wurde.

Die Aktionskonferenz Care Revolution (<https://care-revolution.org/geschichte>

te), die 2014 stattfand, brachte Aktivist\_innen, Selbsthilfegruppen, Fachkräfte aus Care-Berufen und sozialpolitische Initiativen aus ganz Deutschland zusammen, die bis heute in lokalen Netzwerken Konzepte für gesellschaftlich solidarisere Organisation und Finanzierung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit entwickeln.

Mit der Covid-19-Pandemie ist der Care-Begriff vollends in der politischen Diskussion angekommen. Das Equal Care Manifest (<https://equalcareday.de/manifest-kurzfassung>) wurde noch kurz vor Ausbruch der Pandemie auf einem Kongress im Februar 2020 beschlossen, wird aber in der Debatte um Neugestaltung von Care und Aufwertung von SAHGE-Berufen (Soziale Arbeit, haushaltsnahe Dienstleistungen, Gesundheits- und Erziehungsberufe) seitdem breit rezipiert.

Der Deutsche Frauenrat hat im November 2020 »Maßnahmen für eine Umverteilung und Aufwertung von Sorgearbeit« verabschiedet.

In einem Positionspapier hat die Initiative CareMachtMehr (Thiessen et al. 2020) im August 2020 erste Arbeitspakete für einen »Großputz« mit dem Ziel einer Neugestaltung von Care vor dem Hintergrund interdisziplinärer und länderübergreifender Forschungen geschnürt. Neben der Einführung von Care-Mainstreaming in ökonomischen und sozialpolitischen Planungsprozessen, um bei allen politischen Maßnahmen die Auswirkungen auf Menschen, die Care-Verantwortung tragen, die Care-

Tätigkeiten leisten oder die Care benötigen, als verpflichtende Dimension bei Entscheidungen mit zu berücksichtigen, wird hervorgehoben, Daseinsvorsorge als öffentliche Aufgabe neu zu bestimmen.

Bei aller Verschiedenheit im Detail sind solche Initiativen durch eine zentrale Gemeinsamkeit verbunden. Sie konstatieren eine systemische Krise von Care, die sich in all den einschlägigen Bereichen manifestiert – auch im Feld der Sozialen Arbeit.

## »Mit der Covid-19-Pandemie ist der Care-Begriff in der politischen Diskussion angekommen«

### Care-Krise im der Feld der Sozialen Arbeit

Charakteristisch für die letzten Jahre war in der Sozialen Arbeit wie in anderen Care-Feldern eine neoliberale Wende, die krisenhafte Entwicklungen und Veränderungen in der Praxis mit sich brachte. Diese Wende war begleitet von Ökonomisierung, Rationalisierung und Technologisierung und hatte eine emotionale Entleerung zur Folge.

Beispielhaft kommt dies in (durchaus gut gemeinten) Kategorien wie »Klient« zum Ausdruck für Menschen, denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit begegnen. Sie werden dadurch als »behandlungsbedürftig« ausgewiesen; Selbstbestimmung und Ansprüche auf Teilhabe sind in solchen professionellen Konzepten nicht mehr vorgesehen.

Die Zunahme privatgewerblicher Anbieter und die Einführung nachfrageorientierte Finanzierungsmodelle im Feld Sozialer Arbeit haben bereits vor der Pandemie zu einer Zunahme atypischer und prekärer Beschäftigung einerseits (Fuchs-Rechlin 2018) und zugleich zu einer Qualitätsminderung der Angebote andererseits (Candeias 2008; Seithe 2010) geführt. Die Fachlichkeit Sozialer Arbeit ist zudem auf die Verengung einer (Wieder-) Herstellung von »employability« verkürzt worden.

Mithilfe des Care-Konzeptes lässt sich zu diesen Entwicklungen ein Kontrapunkt setzen. Postuliert wird nicht nur der Anspruch auf ein anderes Verhältnis zwischen Menschen in sorgenden Beziehungen, auch und gerade wenn sie

notwendigerweise asymmetrisch sind, sondern es wird zudem dezidiert Care als öffentliches und Öffentlichkeit konstituierendes Gemeingut formuliert. Betont wird das Demokratisierungspotenzial, wenn Care-Bedarfe umfassend und adäquat verhandelbar werden.

Für den Gesundheitsbereich bedeutet dieser Ansatz beispielsweise, sich von einem medizinisch reduzierten Gesundheitsbegriff zu verabschieden zugunsten eines

umfassenden Verständnisses vom ganzen Menschen in seinem Lebenszusammenhang, mit den entsprechenden strukturellen Rahmungen. Damit geht einher, die Klammer zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit weiter zu fassen als bisher.

Dass Themen wie häusliche Gewalt oder die Arbeit mit behinderten oder suchtkranken Menschen mit Gesundheit unmittelbar zusammenhängen ist sofort plausibel. Weniger manifest ist dieser Zusammenhang in professionellen Kontexten wie etwa der Stadtteilarbeit, der Arbeit mit alten Menschen, mit jungen Eltern und mit Menschen mit Migrationshintergrund.

Vereinzelung und Isolation sind heute aber ein zentraler und nicht zuletzt durch die Pandemie zunehmender Belastungsfaktor, sodass solche Interventionen der Sozialen Arbeit, die auf Schaffung und Stärkung von community abzielen, auch gesundheitlich positive Auswirkungen haben oder zumindest haben können.

### Wenn traditionelle Strukturen und sozialpolitische Rahmungen bröckeln

Ein Beleg für die Bedeutung der Beschaffenheit sozialer Strukturen für Gesundheit stellt die als klassisch zu nennende sogenannte Roseto-Studie dar, die Anfang der 1960er-Jahre in den USA durchgeführt wurde (Egolf u. a. 1992). Darin untersuchte man die Gründe dafür, dass Männer in der kleinen italo-amerikanischen Gemeinde Roseto in Pennsylvania auffallend weniger Herzinfarkte erlitten als Männer in den Nachbargemeinden.

Die zunächst vermuteten Faktoren Ernährung und Arbeitsbedingungen konnten überraschenderweise ausgeschlossen werden. Denn in Roseto wurde viel getrunken, üppig und fettreich gegessen und dazu reichlich Wein getrunken, und die dortigen Männer arbeiteten körperlich hart, überwiegend in einem nahegelegenen Steinbruch.

Stattdessen stellte man fest, dass die Menschen in dieser in den 1880er-Jahren besiedelten Gemeinde am traditionellen Sozialverhalten ihrer italienischen Herkunftsdörfer festgehalten hatten. In den meisten Haushalten lebten drei, manchmal sogar vier Generationen einer Familie unter einem Dach. Starke soziale Bindungen gab es allgemein, die bei zahlreichen lebensbegleitenden Feierlichkeiten – von der Taufe bis zur Beerdigung – zum Ausdruck kamen, an denen sich die ganze Gemeinde beteiligte. Niemand war auf sich selbst zurückgeworfen oder einsam, niemand musste auf Freundschaften oder auf umfassende Hilfe verzichten.

Bemerkenswert waren auch andere Beobachtungen: In Roseto gab es kaum Kriminalität, aber auch keine staatlichen Unterstützungsmaßnahmen. Mit anderen Worten: Die sozialen Strukturen in Roseto führten zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht nur zu individuellen Erscheinungen wie weniger Herzinfarkte, sondern auch zu wichtigen allgemeinen Konsequenzen in der Gemeinde. Zugleich zeigte sich aber auch, dass im untersuchten Ort eine traditionelle Geschlechterordnung vorzufinden war, die Frauen auf private Care-Arbeit festlegte.

Mit der Liberalisierung der US-amerikanischen Gesellschaft, der Verbreitung eines eher typisch amerikanischen Lebensstils und einer Ausweitung von Bildungs- und Erwerbsmöglichkeiten auch für Frauen in den folgenden Jahren und Jahrzehnten begann die traditionelle Lebensweise in Roseto zu bröckeln. Die Kinder der nächsten Generation zogen weg, Fast food und Processed food wurden eher verbreitet. Längere Erwerbszeiten hatten weniger Zeit für häusliche Care zur Folge, und mit dem zunehmenden Stress gab es mehr Isolation. Heute ist das Alltagsleben in Roseto nicht anders als in den anderen Gemeinden der Gegend. Und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind dort ebenso verbreitet wie anderswo.

In vielen wohlhabenden Ländern haben zahlreiche gesellschaftliche Entwick-

lungen in den letzten Jahrzehnten weniger sicheren sozialen Zusammenhalt zur Folge gehabt. Gemeinschaftsorientierte Werte verlieren an Plausibilität, wie man an zahlreichen Indikatoren feststellen kann, vom Wahlverhalten über sinkende Mitgliederzahlen in Kirchengemeinden bis hin zur abnehmenden Bereitschaft, sich in der freiwilligen Feuerwehr zu engagieren.

Isolation ist mancherorts inzwischen zu einem so häufigen Problem geworden, dass im Vereinten Königreich eine entsprechende Kommission eingerichtet wurde mit einem Schwerpunkt auf die Bekämpfung von Gesundheitsproblemen, die aus Vereinsamung resultieren. Ein Ergebnis des Kommissionsberichts war die Schaffung der Position eines »Minister of Loneliness«, die 2018 ihre Arbeit aufnahm. Japan ist diesem Beispiel Anfang Februar 2021 gefolgt, auch weil das Problem Vereinsamung dort durch die Pandemie drastisch verstärkt wurde.

### Soziale Arbeit und Gesundheit in einem »New normal«

Die Pandemie hat allerdings auch zur Aufdeckung bestehender sozialer Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten geführt, von denen man bis dato wenig gewusst und über deren zentrale Bedeutung noch weniger gesprochen wurde. Seit COVID 19 zeigte sich und zeigt sich noch, dass es weiterhin eine große Bereitschaft gibt zusammenzuhalten, aufeinanderzuzachten und füreinander zu sorgen, die auch in belastenden Zeiten aktiviert wird.

Daran könnte und sollte Soziale Arbeit anknüpfen (Rerrich/Thiessen 2021). Denn Nachbarschaften sind eine wichtige Ressource des Alltags, aber sie können nicht auf Dauer die Leerstellen des Sozialstaats füllen. Derzeit weiß niemand, was aus diesem Zusammenhalt und der spontanen Hilfsbereitschaft während der Pandemie wird, wenn sich der Alltag nach den gegenwärtigen Restriktionen wieder »normalisiert«. Wird man dann erst recht zu individueller Betriebsamkeit und Mobilität zurückkehren wollen? Oder wird es nach Corona zu einem »New normal« kommen, in dem Sorge für andere und der Zusammenhalt in Gruppe und Gemeinschaft eine größere Wertschätzung erfahren?

Für Letzteres könnte und sollte sich Soziale Arbeit einsetzen. Strukturen wie

im Roseto der 1960er-Jahre will niemand mehr. Aber auf lange Sicht geschaffene »caring communities« wären auch heute sinnvoll und möglich, und für deren Entstehung hat Soziale Arbeit einiges zu bieten. Hauptamtliche können freiwilliges Engagement, wo immer es sichtbar wird,

vernetzen und stärken. Sie können Menschen stützen, die in Familien, Wohngemeinschaften und Nachbarschaften bei Betreuung und Pflege aktiv sind und sie mit Informationen versorgen. Sie können Anlaufstellen aufbauen wie etwa Stadtteilcafés oder Dorfläden und vieles andere mehr.

Ob dieses »New normal« möglich sein wird und sich durchsetzen kann, hängt auch von der Art und Weise ab, wie sich Soziale Arbeit nach außen darstellt und in Öffentlichkeit und Politik positioniert. Sorge füreinander, ob bezahlt oder unbezahlt, in beruflichen oder in privaten Kontexten ist weder nur eine Frage von Kosten, die es möglichst zu minimieren gilt, noch ein Luxus noch einfach »nice to have« für die Gesundheit einer Gesellschaft – das wissen alle seit der Pandemie.

Es wird jetzt darauf ankommen, dieses Wissen auf Dauer aufrechtzuerhalten und sich dafür einzusetzen, dass sie konkrete Früchte trägt. Man darf gespannt sein, ob und wie sich die Profession dieser Herausforderung stellen wird. ■



**Bogorinsky, Ellen** (2020): #dauerhaftsystemrelevant – die Fachkräfte-Kampagne macht Soziale Arbeit in der Pandemie sichtbar, [www.blog.dgsa.de/number-dauerhaftsystemrelevant-die-](http://www.blog.dgsa.de/number-dauerhaftsystemrelevant-die-)

[fachkraefte-kampagne-macht-soziale-arbeit-in-der-pandemie-sichtbar](http://fachkraefte-kampagne-macht-soziale-arbeit-in-der-pandemie-sichtbar), 10.01.2021.

**Candeias, Mario** (2008): Prekarisierung und prekäre Soziale Arbeit. In: Christian Spatschek, Manuel Arnegger, Sibylle Kraus, Astrid Mattner, Beate Schneider (Hg.), Soziale Arbeit und Ökonomisierung: Analysen und Handlungsstrategien.

## »Das Care-Konzept widersetzt sich einem medizinisch reduzierten Gesundheitsbegriff«

en. Berlin et al: Schibri-Verlag, 94-110.

**Egolf, B.; Lasker, J.; Wolf, S.; Potvin, L.** (1992). The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rates (pdf). *American Journal of Public Health* 82 (8): 1089–1092.

**Equal-Care-Day-Konferenz** (2020): Das Equal Care Manifest, <https://equalcareday.de/manifest>, 10.01.2021.

**Fuchs-Rechlin, Kirsten** (2018): Beschäftigungsbedingungen in sozialen Berufen im Spiegel der amtlichen Statistik. In G. Graßhoff, A. Renker & W. Schröer (Hg.), Soziale Arbeit, Wiesbaden: VS Springer, 699-711. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1695733/pdf/amjph00545-0027.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1695733/pdf/amjph00545-0027.pdf).

**Rerrich, Maria S.; Thiessen, Barbara** (2021): Verhältnisbestimmung zwischen Sozialer Arbeit und Care. In: Bomert, Christiane, Sandra Landhäuser, Eva-Maria Lohner und Barbara Stauber (Hg.), Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit, VS Springer Verlag (i. E.).

**Seithe, Mechthild** (2010). Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Thiessen, Barbara, Weicht, Bernhard, Rerrich, Maria S., Luck, Frank, Jurczyk, Karin, Gather, Claudia, Fleischer, Eva; Brückner, Margrit** (2020). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. Ein Positionspapier zur Care-Krise aus Deutschland, Österreich, Schweiz, <http://care-macht-mehr.com>, 8.01.2021.