
Sorgegemeinschaften – Gerechtigkeit und Resilienz?

Dorothee Lebeda, Karla Verlinden, Helen Kohlen

Anfangsüberlegungen: Um den Titel des Kongresses aufzugreifen, und damit den Hintergrund für den hier nachgezeichneten Panelbeitrag aufzuspannen, sollen zunächst unsere leitenden Anfangsüberlegungen aufgefaltet werden:

Als Professorinnen aus zwei verschiedenen Fachbereichen (Gesundheitswesen und Sozialwesen) an der *katho Köln* wollten wir gemeinsam, aus unseren je spezifischen wissenschaftlichen Perspektiven, über Fragen zu den großen Transformationen nachdenken. So suchten wir in unserem Austausch zunächst nach Antworten oder sozialen Praxen, die aktuell zu „den großen Fragen zur Transformation“ innerdisziplinär diskutiert werden. Daraus galt es dann Überschneidungen zu finden. Es hat nicht lange gedauert, bis die „Care-Debatte“, „Care-Praxen“ und der soziale Raum als eine solche Überschneidung ausgemacht war. Care-Bewegungen sind vielfältig. Sie sind sowohl im Sozial- als auch im Gesundheitswesen in Communities, in unterschiedlichen Formen vorhanden und dort in den Diskussionen um Wandel relevant (Winkler 2015; Fischer 2024; Laufenberg 2018; Laufenberg 2020; Zängl 2023). Zudem wird die Bedeutung der Zivilgesellschaft in den aktuellen Transformationsprozessen von unterschiedlichen Seiten betont (Klie 2022; Knöpfel 2023; Ackermann et al. 2023). Gemeinsam ist diesen Bewegungen, dass die Sorge füreinander ins Zentrum der gemeinsamen Überlegungen gerückt wird. Der Begriff „Caring Communities“ oder auch „Sorgegemeinschaften“ dient dabei sowohl als Schlagwort wie auch als Konzept oder als politisches Programm. Diese Aufmerksamkeit auf Sorge weist zunächst auf eine Abkehr der breit akzeptierten Logik eines Vorrangs von Wachstum in allen Wirtschaftsbereichen hin. Die neue Zielvorstellung, über einen tiefgreifenden angestrebten Wandlungsprozess, könnte ein gutes Leben für alle sein – und somit mehr Demokratie ermöglicht werden. Joan Tronto plädiert in ihrem Werk *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice* (2013) dafür, „care“ als zentrales Anliegen des demokratisch-politischen Lebens zu sehen und nicht Ökonomie. Sie argumentiert: „First, our social, economic, and political institutions no longer fit with our modes of caring and need to be revolutionized. Second, in a democratic society, the way to rethink institutions and practices [...] is to rethink them democratically. Third, caring democratically requires a democratic process by which citizens are able to care with their fellow citizens. Yet as they learn to

renegotiate caring responsibilities, citizens' care for democracy solidifies and reinforces the democratic nature of society“ (2013:13).

Doch die existierenden Sorgegemeinschaften sind vielfältig, nicht grundsätzlich gerecht oder gar frei von der Gefahr, alte Ungerechtigkeiten zu reproduzieren; die Herausforderungen im Wandel sind komplex und schon allein deswegen wohl keine *einfache* Antwort auf die großen Fragen im Transformationsprozess. Dennoch sind diese Care-Bewegungen ausgestattet mit Optionen für einen Wandel auf vielen Ebenen gleichzeitig, beschreiben konkrete Interdependenzen zwischen Gesundheit und Sozialwesen – und sind vielfach verbunden mit positiven Zukunftshoffnungen und Vorbereitungen auf eine gerechtere Gesellschaft.

Hier, so gingen unsere Überlegung weiter, lohnt es sich, gemeinsam differenzierter hinzusehen und einen gemeinsamen Diskussionsraum zu eröffnen. Denn die Chance des internationalen Kongresses zu den großen Transformationen besteht auch darin, diverse Perspektiven, der internationalen Teilnehmer*innen in den Austausch zu bringen. Vielleicht entstehen so neue Antworten oder vielleicht auch neue Fragen ... Wandel oder Transformation zeichnen sich eben auch dadurch aus, dass es ein weitgehend entwicklungsöffener Prozess auf mehreren Ebenen ist, der zudem von Unsicherheiten geprägt bleibt. Somit war auch das Format ein Stück weit vorgegeben:

Panelgestaltung: Ein Panel als gemeinsamer Denk- und Gesprächsraum war nun gesetzt. Alle im Panel Anwesenden sollten eingeladen werden, an der Diskussion teilzunehmen: Kongressteilnehmer_innen, geladene Vertreter_innen aus Praxis, Wissenschaft sowie Studierende der katho. Nicht Vorträge sollten daher in diesem Raum im Vordergrund stehen, sondern der Austausch über eingebrachte Impulse, Positionen und weitere Eindrücke zu Sorgegemeinschaften (u. a. Videobeiträge, die erfolgreiche Projekte aus internationalen Caring-Communities von Hochschulpartnern aus Zimbabwe, USA, Ecuador und Indien zeigten). Um eine breite und kritische Diskussion anzuregen, bildeten die eingebrachten Positionen und Eindrücke einen Bogen zwischen idealistisch verklärter Sorgegemeinschaft und sozialstaatlichem Sparmodell. Ausgangspunkt war allerdings die Position, dass **sinnvoll ausgestaltete Sorge- und Care-Communities eine Gemeinschaft im Wandel resilienter machen sowie Demokratie stärken**. Im Denk- und Diskussionsraum sollten nun die verschiedenen Positionen zum Ausgangspunkt miteinander verhandelt werden, die Einstiegsthese vertieft oder etwas Neues entworfen werden. So tief im Thema angekommen, wäre es am Ende des Panels vielleicht möglich, einige gemeinsame Antworten auf die Frage zu finden, wie Hochschulen sich konkret weiterentwickeln können, den Wandel also mitvollziehen und durch Bildung begleiten können, um Sorge- und Care-Gemeinschaften nachhaltig und sinnvoll zu etablieren. Wenn es gelingt, sollten zum Schluss Ergebnisse dieser internationalen Diskussionen als Aufträge an das Hochschulsystem formuliert und weitergegeben werden.

Im Folgenden nun eine Übersicht über die Positionen, die in den Denkraum eingebracht wurden:

1. Prof.in Dr.in Helen Kohlen (Uniklinik RWTH Aachen) hat sich u. a. im Handlungsfeld der Pflege wissenschaftlich mit dem Sorgebegriff und der Care Ethik auseinandergesetzt. Sie wurde daher gebeten, den **Care**-Begriff für die Diskussion aufzufalten.
2. Dr. Mike Laufenberg (Universität Jena) hat sich mit Care-Bewegungen beschäftigt und richtet für das Panel seinen Fokus als Soziologe und Politikwissenschaftler stärker auf den 2. Teil der „**Care-Communities**“ und damit auf die gesellschaftliche Organisation des Sorgens und die darin enthaltenen sozialen Ungleichheiten.
3. Prof.in Dr.in Dorothee Lebeda (katho NRW, Köln) *diskutiert mit* Steve Egler, einem Akteur aus der Pflegepraxis (Pflegeexperten der LVR Essen), der in einem partizipativen Forschungsprojekt den Blick einer marginalisierten Gruppe in der Gesundheitsversorgung im sozialen Raum aufgenommen hat. Hier geht es um **Care-Praxen**.
4. Prof.in Dr.in Karla Verlinden (katho NRW, Köln) hat internationalen Care-Communities die Gelegenheit gegeben, ihre Projekte in Videos vorzustellen. Verlinden zielte mit ihrem Impulsvortrag darauf ab, die **Effekte, die sich aus diesen Care-Communities** ergeben, aus Forschungsperspektive zu beleuchten. Verlinden hebt für das Panel die Resilienz heraus, die sie in ihren Thesen kontrastiert und als Voraussetzung für gelingende gesellschaftliche Transformationsprozesse annimmt.

Positionen und Thesen:

1. Professorin Dr. Helen Kohlen

5 Thesen zur Diskussion für das Panel „Sorgegemeinschaften – Gerechtigkeit und Resilienz?“

- **These 1:** Die Idee und Praxis der Sorge beschäftigt uns heute als eine mögliche Zukunft. Sorgen wir, wird die Voraussicht gegenwärtig, dass etwas nicht ist, aber dennoch werden könnte. Folglich ist Sorge auch von Hoffnung getragen, eröffnet neue Perspektiven, Möglichkeiten solidarischen Handelns, wie beispielsweise die Ausbreitung des Modells Caring Community. Die Organisationsformen und Care-Arrangements der Caring Communities sind voraussetzungsvoll, damit Ungerechtigkeiten, Diskriminierungen (u. a. hinsicht-

lich Gender, Ethnizität, sozialer Status, Alter) und Formen der Unterdrückung nicht Gefahr laufen, sich in einer anderen Art und Weise zu wiederholen.

Die historisch-basisdemokratisch orientierte Hospizbewegung mit ihrem Anspruch an eine care-ethisch basierte Begleitung von sterbenden Menschen, einer Praxis der Kooperation statt Konkurrenz, einem Bewusstsein für ausreichend Ruhe und Zeit statt einem Abarbeiten unter Zeitdruck (etc.) kann zeigen, wie schwer sich eine Praxis der Sorge-(Ethik) in vorhandenen (Gesundheits-)Strukturen umsetzen lässt. Soll die Praxis der Sorge-(Ethik) in der Care-Arbeit gelingen, sind radikale Umstrukturierungen und Umverteilungen nötig.

- **These 2:** Bisher hat in der deutschen Diskussion der Frauenforschung und Pflegeforschung die Abwehrhaltung gegenüber einer Festlegung von Frauen auf eine sorgende Praxis als einem einseitigen ‚Dasein für andere‘ überwogen. Dies hat zu Wahrnehmungsverengungen gegenüber einer breiten angelsächsischen, skandinavischen und niederländischen Debatte um Care geführt. In Deutschland werden erst jüngst demokratietheoretische Überlegungen zur Anerkennung von Bedürftigkeit, wechselseitiger Abhängigkeit und zur moralischen Befähigung von Menschen in den Blick genommen. Soziale Bedingungen, die eine Entfaltung sorgender Praxis ermöglichen, sollten Ziel politischer Gestaltung sein (Eckart 2000).
- **These 3:** Care-Ethik ist ein Ansatz, der nicht die abstrakte Reflexion in den Vordergrund stellt, sondern das Anerkennen von Abhängigkeit, Beziehung, Kontext und Verantwortung. In diesem Paradigma geht es um konkrete Menschen und ihre Lebenswelt. Asymmetrien und Machtungleichheit werden thematisiert und nicht an den Rand gedrängt oder hinter abstrakten Prinzipien unsichtbar gemacht. Die Care-Ethik kann als Anwältin derjenigen verstanden werden, die sich in einer schwächeren Position befinden, sei es aufgrund ihres Alters (beispielsweise ein Kind), körperlicher Gebrechen oder einer körperlichen Behinderung. Ihr Anliegen ist es, ihnen eine Stimme zu geben bzw. auf Strukturen, Prozesse und Verfahren hinzuweisen, die es verhindern, dass ihre Stimme gehört wird und Eingang in Entscheidungen findet (giving voice).
- **These 4:** Es geht nicht darum, irgendwie die Versorgungslücken für Kinder, kranke und gebrechliche alte Menschen zu schließen, sondern es sollte auf eine Art und Weise gelingen, die wirklich gut ist: politisch, institutionell und ganz konkret vor Ort in der Kita, im Pflegeheim, in Grundschulen, zuhause oder auf der Intensivstation; im Umgang miteinander. Denn Sorgearbeit, die „irgendwie“ erledigt wird, birgt Gefahren. Sie kann unsorgfältig, unachtsam, fehlerhaft, gar gefährlich sein, wenn es nicht um eine Haltung der Achtsamkeit und um Siche-

rung von Kompetenz und Verantwortung geht. Im internationalen Care-Diskurs geht es spätestens seit den 1990er Jahren um die konkreten Arbeitsinhalte von Sorgetätigkeiten, deren Eigenheiten und die dafür notwendigen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (Tronto 1993, 2013).

- **These 5:** Sorge als Beziehung ist relational: die Sorge um Andere, die Sorge um die Umwelt, die Sorge um sich. Es stellt sich die Frage, worum wir uns mit wem wie lange in welchem Umfang sorgen wollen, sollen und können.

2. Dr. Mike Laufenberg

3 Thesen

- **These 1:** Der Bedeutungsgewinn von sorgenden Gemeinschaften ist auch Symptom einer Krise der sozialen Reproduktion von Individuen und Gesellschaft. So greifen mehr und mehr Menschen auf zivilgesellschaftliche Unterstützungsangebote zurück, um ihre täglichen Sorgebedarfe abzudecken, weil das traditionelle Care-Dreieck aus Staat, Familie und Markt im Kontext von demografischem Wandel, Wandel der Arbeitswelt und Sparpolitik Versorgungslücken entstehen lässt. In Krisen liegen aber auch Chancen für emanzipatorische Erneuerungen – und sorgende Gemeinschaften können ein Teil einer emanzipatorischen Neuordnung von Care in der Gesellschaft sein.
- **These 2:** Sorgende Gemeinschaften haben das Potenzial, zu einer Demokratisierung von Care beizutragen. Sie machen Care von einem privaten zu einem gesellschaftlichen Thema und eröffnen Möglichkeiten, über Rahmenbedingungen und Inhalte von Care mitzubestimmen. Wirkliche Demokratisierung gelingt nur dann, wenn hierbei professionelle „Caregiver“ (z. B. Pflegekräfte und Sozialarbeiter*innen), unbezahlte Sorgetragende (z. B. Angehörige, Freund*innen, freiwillig Engagierte) und auch die „Carereceiver“ (z. B. Pflege- und Assistenzbedürftige) an einem solchen kollektiven Mitbestimmungsprozess beteiligt werden.
- **These 3:** Es besteht die Gefahr, dass sorgende Gemeinschaften durch den Staat instrumentalisiert werden, um weitere Einsparungen an öffentlichen und sozialen Infrastrukturen und Leistungen abzufedern. Tendenzen in diese Richtung gibt es aktuell an vielen Stellen zu beobachten. Damit das nicht passiert, müssen sorgende Gemeinschaften lokal und institutionell durch angemessene politische, finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen gestützt werden. Die dafür notwendigen Ressourcen können durch eine Ausweitung öffentlicher Gü-

ter und Gemeingüter mittels der Rekommunalisierung von (teil-)privatisierten Infrastrukturen in den Bereichen der Grundversorgung (Gesundheit, Pflege, Bildung, Wohnen, Mobilität) bereitgestellt werden.

3. Karla Verlinden

„Resilienz & Caring Community“ = resiliente Sorgegemeinschaften / Community resilience

Die Resilienz einer Gemeinschaft (im englischen Forschungsraum „Community resilience“) wird definiert als die dauerhafte Fähigkeit einer Gemeinschaft, verfügbare Ressourcen zu nutzen, um auf widrige Situationen zu reagieren, ihnen zu widerstehen und sich von ihnen zu erholen. Auf Sorgegemeinschaften lässt sich das Resilienzkonzept wie folgt anwenden: Eine Sorgegemeinschaft ist dann resilient, wenn sie für eine Anpassung an sich verändernde Bedingungen sowie zur schnellen Erholung nach aversiven Umständen ein breites Spektrum an Aktivitäten, Ressourcen und Kapazitäten aller Akteur_innen aktivieren kann. Resiliente Sorgegemeinschaften zeichnen sich weiter durch ihre Fähigkeit aus, die Auswirkungen von Krisen zu minimieren. Studien belegen, dass die Resilienz von Sorgegemeinschaften einen positiven Effekt auf das Sozialkapital sowie auf die psychische Gesundheit der einzelnen Mitglieder der Sorgegemeinschaft hat (u. a. Hall et al. 2023).

- **These 1:** Würden bspw. Sorgegemeinschaften als resiliente Systeme gedeutet, ließen sich spezifische Schutz- und Risikofaktoren von Sorgegemeinschaften besser erforschen und in die Praxis sozialer Projekte überführen. Resilienz beschreibt die Widerstandsfähigkeit von Entitäten gegenüber widrigen Umständen. Zumeist wird Resilienz jedoch lediglich auf Individuen angewendet und ihnen dadurch die alleinige Verantwortung für den erfolgreichen (resilienten) oder misslungenen (vulnerablen) Umgang mit Herausforderungen zugeschrieben. Es braucht eine Öffnung der Individualresilienzperspektive: auf soziale Systeme.
- **These 2:** Wenn mehr in Sorgegemeinschaften investiert würde, könnten sie als resiliente Systeme erfolgreicher diesen widrigen Umständen trotzen. Erste internationale Studien (bspw. zum Umgang mit den Folgen des Tsunamis 2004) zeigen, dass Sorgegemeinschaften auf negative Ereignisse und Veränderungen resilienter reagieren und sich schneller erholen, als Individuen alleine für sich gesehen dies vermögen. Zukünftig werden widrigere Umstände (bspw. Naturereignisse in Folge der Klimakatastrophe, soziale Ungleichheit, Armut etc.) in höherer Frequenz soziale Einheiten erschüttern. Durch staatliche

Subventionen, Zuschüsse oder andere Formen der finanziellen Unterstützung könnte es eine nachhaltige Finanzierung für Sorgegemeinschaften geben. Die Durchführung von Studien, die den (Langzeit-)Effekt von Sorgegemeinschaften hinsichtlich volkswirtschaftlicher Ersparnisse untersuchen, ist notwendig. Diese Studien könnten Evidenzen für eine sinnvolle Finanzierung liefern und die Resilienz von Sorgegemeinschaften gegenüber widrigen Umständen, wie Naturereignissen infolge der Klimakatastrophe, sozialer Ungleichheit, Armut etc., aufzeigen.

- **These 3:** Politische Verantwortungsträger, die Sorgegemeinschaften als Allheilmittel für menschenverursachte Katastrophen propagieren und dabei politische und gesellschaftliche Missstände ignorieren, handeln unverantwortlich und kurzsichtig. Ohne finanzielle Förderung und politische Einbettung sind diese Gemeinschaften zum Scheitern verurteilt. Es braucht eine breite öffentliche Sensibilisierung und Bildung über die Rolle und Bedeutung von Sorgegemeinschaften. Dies könnte durch Informationskampagnen, Bildungsprogramme und andere Formen der öffentlichen Kommunikation erreicht werden. Zudem bedarf es einer Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen Sorgegemeinschaften, politischen Verantwortungsträgern, Nichtregierungsorganisationen und anderen relevanten Akteuren. Dies würde dazu beitragen, Synergien zu schaffen und die Effektivität und Resilienz von Sorgegemeinschaften zu erhöhen. Sorgegemeinschaften sollten in politische und gesellschaftliche Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Ihre Erfahrungen und Kenntnisse könnten dazu beitragen, effektive und nachhaltige Lösungen für die Herausforderungen zu finden, mit denen sie konfrontiert sind. Die Förderung von Netzwerken und der Austausch zwischen Sorgegemeinschaften und anderen relevanten Akteuren könnte dazu beitragen, Best Practices zu teilen und Synergien zu schaffen. Dies würde die Effektivität und Resilienz von Sorgegemeinschaften erhöhen.

4. Steve Egler, Pflegefachexperte an der LVR Essen

Egler positioniert in der Diskussion Ergebnisse seiner Bachelorarbeit zur Gesundheit im Sozialraum, die seiner Studie aus der Trans*Community – „**trans*gesund?**“ –, ein partizipatives Projekt (2019) entnommen sind. Der Panel-Raum wurde auch als Ausstellung vorbereitet, durch die Egler die Teilnehmer*innen (TN) des Panels führt. Vorgestellt wird eine Fotoausstellung zu Bedürfnissen, Bedarfen und Barrieren – von trans*Personen im Kontext Gesundheit und Sozialraum. Über seine Beobachtungen deckt Egler konkret auf, dass und wie trans*Personen in der Gesundheitsversorgung und in ihrem Alltag häufig vor Barrieren stehen, und visualisiert die Erkenntnisse detailliert in der Ausstellung.

Egler schildert, wie er mit Hilfe der PhotoVoice-Methode Erfahrungen von Co-Forschenden aus der Trans*Community in die Forschung aufgenommen hat. Ihm ging es darum, die Positionen der Menschen darzustellen, die Teil des Wandlungsprozesses sowie Adressat*innen von Exklusionsprozessen sind. Da die aktuellen Strukturen im Gesundheits- und Sozialraum auf einer binären heteronormativen Geschlechterordnung gründen, zeigt sich so der Effekt, dass viele Menschen „nicht ins (Gesundheits-)System passen“ oder, wie Egler es aufzeigt, „dass das System nicht zu diesen Menschen passt“. Er schildert im Panel sehr konkret alltägliche Herausforderungen. So weist er exemplarisch auf alltägliche Gegenstände, wie das Telefon, an denen sich gut die Irritationen durch die Zuordnung der Stimme nachvollziehen lassen. Die Fehlerproduktion beginnt bei den Anreden und geht über die Behandlungsdokumentation der Gesundheitsversorgung weiter, da die Software nur zwei Geschlechter kennt. Eine oft völlig unvorbereitete Situation zeigt sich, wenn die Versorger*innen vor der Frage stehen, in welchem Zimmer trans*Personen im Krankenhaus untergebracht werden sollen. Ihm gelingt in der Ausstellung, die Interdependenz zwischen der Gestaltung von individueller Gesundheit und Sozialraumgestaltung herauszuarbeiten sowie die Darstellung der Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von trans*Menschen, die in exkludierten Communities Verständnis- und Schutzräume finden.

Zusammenfassende Überlegungen und Erkenntnisse zu den Forderungen an die Hochschullehre

Im letzten Teil des Panels bildeten sich Kleingruppen, um Resonanzen zur gemeinsamen Diskussion zu besprechen. Auch konnte dort über die Rolle der Hochschule zu dieser Facette der großen Transformationen nachgedacht werden und es konnten Konsequenzen für die Hochschulpraxis formuliert werden. Ergebnisse dieser Resonanzgruppen wurden auf Flipcharts geschrieben und als Zusammenfassung am Ende des Kongresses dem Rektorat übergeben. Die Liste umfasste folgende Punkte und Vorschläge:

- 1x im Semester interdisziplinäre Projektwoche (Forschung) zu Sorge-Care-Themen
- Einigung auf gemeinsame (kommunale) Ziele, Hochschule mehr in die kommunale Politik einbinden
- Partizipative Forschung als Bachelor- und Master-Angebote
- Überarbeitung des Lehrplans zur Einbeziehung von ehrenamtlichen Diensten/ Gemeinwohlprojekten
- Aktivitäten zum Einübung des Involvierens in die Gemeinschaft

- Einbindung der Studenten und Professoren in das Universitätsleben – Organisation gemeinsamer Ziele
- · Gemeinsame lunch-breaks
- Unterstützungsangebote aller Mitglieder der Universität (innerhalb und außerhalb der Universität)
- Ausarbeitung des Gedankens einer Community-orientierten Hochschule
- Kulturelle Bildung im Studium Generale
- Konkrete Frage: Wie können aus Hochschulen caring communities werden?
- Angebote der Interaktion, Räume der Begegnung (außerhalb der Seminarräume)
- Mentoring-Programme
- Safe spaces für Partizipation und Aktionen
- Räume für informelle Gespräche mit allen (alle Statusgruppen, Hochschulpersonal und Studierende)
- Netzwerkarbeit, v. a. zwischen den Semestern
- Anlaufstellen für die Ideen der Community schaffen
- Soziale Stipendien schaffen (hochschulintern)
- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Hierarchien abbauen
- Entwicklung einer Leitlinie der Vielfalt – moralische Vielfalt, ethische Vielfalt, moralische Verpflichtung
- Mehr Evaluation der Bedürfnisse der Studierenden

Schlussbetrachtung zur Diskussion, im Denkraum-Panel:

Atmosphäre des Suchens und Verstehens:

Ein tiefer Eindruck im Rückblick war, dass während des gesamten Panels immer wieder ein Suchen nach Übereinstimmung oder nach Zusammenkommen festzustellen war. Dafür war eine konzentrierte Aufmerksamkeit für- und aufeinander gefragt. Es begann schon mit der Vereinbarung auf die Diskussions- und Vortrags-sprache. Die kurzen Vorträge waren zunächst in deutscher Sprache mit Flüster-übersetzung vorgesehen. Nach kurzer Zeit fanden die TN mit den Diskutanten die Vereinbarung, ins Englische zu wechseln. Die Wahrnehmung war deutlich, dass hier die größte Übereinstimmung im Austausch mit den mehrheitlich internationalen TN zu finden war, selbst wenn das eine Reduzierung der Diskussionsbeiträge bedeuten könnte. Diejenigen, die keinen Beitrag in Englisch liefern konnten, aber beitragen wollten, fanden allerdings im Verlauf doch jeweils Unterstützung von verschiedenen Teilnehmenden, die auf sie aufmerksam wurden. Nicht nur die Spra-

che, auch die Themen aufzufalten und im internationalen Denkraum einzubetten, zeigte sich als vorsichtiges Suchen nach Verbindungspunkten und Vermittler_innen.

Internationale Perspektive auf Care:

Zu Beginn der Diskussion festigte sich zunächst der Standpunkt, dass, trotz reichen inhaltlichen Angebots, alle Diskutanten in dieselbe Richtung denken. Im Laufe der Diskussion veränderte sich diese Überlegung. So zeigte die internationale Perspektive, das z. B. bei den Teilnehmer_innen aus den afrikanischen Ländern kein kritisches Verständnis zu Care entwickelt wurde. So stellten die Diskutanten z. B. die Frage, ob und wie sich überhaupt eine Übertragbarkeit von theoretischen Positionen oder Konzepten zu Care herstellen lässt. Zugespitzt formulierte es eine Teilnehmerin: „Wieso streben wir es an, Eure Versorgungssysteme zu kopieren, wenn Ihr so wenig Achtung vor Care-Arbeiter*innen habt, diese sich erschöpfen und ihr zudem marginalisierte Gruppen von Carearbeiter*innen produziert?“ Sie bezog sich dabei u. a. auf die Darstellung des aktuellen Care Gap und dessen Folgen, wie geringe Anerkennung von pflegenden Angehörigen und erschöpfte Mütter mit Dreifachbelastung in einer modernisierten Gesellschaft. Schnell war damit der Argumentationszwang aufgelöst und die Positionen nahmen Realitätsperspektiven auf, die es zunächst von vielen Seiten zu verstehen galt und durchaus ihre Zeit brauchten.

Geschlechterperspektive

Dass Sorgearbeit zwischen Männern und Frauen nicht gerecht verteilt ist und zudem schlecht vergütet, wird schon lange breit diskutiert (Bishu 2017; Schäper et al. 2023). Lange erkannt ist des Weiteren, dass erst die geschlechterscharfe Betrachtung relevante Erkenntnisse für die angemessene Versorgung und Versorgungsplanung eröffnen. Dennoch besteht hier weiterhin Sensibilisierungsbedarf, differenzierend hinzusehen. Zu nennen sind Komplexe wie: psychische und physische Belastung durch Sorgearbeit, Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Care genauso wie die dort zu suchende notwendige Entlastung und Selbstsorge. Erst über eine Geschlechterperspektive werden dort deutliche und relevante Ungleichheiten sichtbar.

Die geschlechtliche Asymmetrie wurden im Panel nicht nur binär gedacht, sondern auch queer. Damit konnten Zugänge eröffnet werden, die bei den Teilnehmer*innen neue Erkenntnisse und interessante Diskussionen generieren konnten. Gerade der internationale Austausch erwies sich hier wieder als besonders bereichernd. Bezogen auf Caring Communities zeigte sich in der Diskussion, auf welche

Weise Aufmerksamkeit auf marginalisierte Gruppen soziale Praxen in der Gesundheitsversorgung verändern können. Sichtbar wurde insbesondere an diesen konkreten Beispielen, wie notwendig Communities weiterhin als Schutzräume sind, die es mit zu gestalten gilt.

Teilnehmer*innenperspektiven

Die Akteur*innen lobten nach der Veranstaltung nicht nur die internationale Perspektive als bereichernd, sondern auch die Mischung zwischen Wissenschaft, Praxis und Fachbereichen.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, K.; Haußmann, A.; Wiloth, S. (2023): Sorge Gemeinschaft: Lebensformen im Alter. *Ruperto Carola*, (21), S. 74–83.
- Bishu, S. G.; Alkadry, M. G. (2017): A systematic review of the gender pay gap and factors that predict it. In: *Administration & Society*, 49(1), S. 65–104.
- Eckhart, C. (2000): Zeit zum Sorgen. In: *Feministische Studien extra: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 18: Extra-Heft, S. 19–24.
- Ellis, W.; Dietz, W. H.; Chen, K. D. (2022): Community Resilience: A Dynamic Model for Public Health 3.0. In: *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 28 (Suppl 1), S18–S26. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001413>
- Fischer, F.; Schaller, M. (2024): Care benötigt Community. In: *Heilberufe*, 76(3), S. 10–13.
- Hall, C. E.; Wehling, H.; Stansfield, J. et al. (2023): Examining the role of community resilience and social capital on mental health in public health emergency and disaster response: a scoping review. In: *BMC Public Health* 23, 2482 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17242-x>
- Klie, Thomas (2022): Caring Communities. Pflege und zivilgesellschaftliches Engagement. In: *Bürger & Staat* 72 (3), S. 135–143. Online verfügbar unter https://www.buergerundstaat.de/3_22/care_arbeit.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2024.
- Kohlen, Helen (2018): Geschlechtergerechte Sorgearbeit im Horizont der Care-Ethik. In: Gassner, M. Ulrich; von Hayek, Julia; Manzei, Alexandra; Steger, Florian (Hrsg.): *Geschlecht und Gesundheit. Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven*. Band 1. Baden-Baden: Nomos, S. 253–285.
- Knöpfel, Carlo (2023): Wenn Caring Communities die Antwort sind – was sind dann die gesellschaftspolitischen Fragen? In: Sempach, Robert; Steinebach, Christoph; Zängl, Peter (Hrsg.): *Care schafft Community – Community braucht Care*. Wiesbaden: Springer, S. 191–201.

- Laufenberg, Mike (2018): Sorgende Gemeinschaften? In: *Sub\urban: Zeitschrift für kritische Stadtforschung*, 6(1), S. 77–96.
- Laufenberg, Mike (2020): Radical Care und die Zukunft des Wohlfahrtsstaats: Konturen einer paradoxen Politik der Sorge.
- Schäper, C.; Schrenker, A.; Wrohlich, K. (2023): Gender Pay Gap und Gender Care Gap steigen bis zur Mitte des Lebens stark an. *DIW Wochenbericht*, 90(9), S. 99–105.
- Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York. Routledge.
- Tronto, J. (2013): *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: Routledge.
- Winkler, G. (2015): *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Zängl, Peter (2023): Was ist eine caring community? In: Sempach, Robert; Steinebach, Christoph; Zängl, Peter (Hrsg.): *Care schafft Community – Community braucht Care*. Wiesbaden: Springer, S. 3–23.