

Mascha Madörin stelle ihre – auf jahrelange Recherchen basierende – Analyse der Care-Ökonomie dar. Die wichtigsten Gedanken sind nachzulesen:

- in dem Vortrag „Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze aus dem Denknetz Jahrbuch 2007. Im Internet unter <http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Madorin.pdf>
- in der Studie „Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege“. Herausgeberin ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Departement Gesundheit Institut für Pflege (Winterthur 2014. Im Internet unter [http://www.project.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/G/pf\\_zur\\_sache/Mad%C3%B6rin\\_%C3%96konomisierung\\_Gesundheitswesen\\_Pflege\\_0214.pdf](http://www.project.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/G/pf_zur_sache/Mad%C3%B6rin_%C3%96konomisierung_Gesundheitswesen_Pflege_0214.pdf)

Einige der nachdenkenswertesten Überlegungen fassen wir an dieser Stelle zusammen.

In der gesellschaftskritischen Analyse fehlen Auseinandersetzungen um die bezahlte wie unbezahlte Care-Ökonomie weitgehend. Die üblichen politischen Debatten um entweder keynesianistische oder marktradikale Ansätze, erfassen die Probleme der Care-Ökonomie nicht. Die Kontrolle über Individuen und die Vergesellschaftung der menschlichen Körper unterscheidet sich grundlegend von den Verhältnissen in der Güterproduktion. In der Frauenbewegung wird seit längerem über die ökonomische Bedeutung unbezahlter Arbeit und die ökonomische Charakterisierung „personenbezogener Dienstleistungen“ wie Kindererziehung oder Pflege debattiert. Im Unterschied zur Güterproduktion sind dort die Produktions- und Konsumtionsprozesse nicht getrennt – und können auch nicht getrennt werden. Zwischenmenschliche Beziehungen und gegenseitige Emotionen sind Teil des Arbeitsprozesses und des wirtschaftlichen Austauschs. Es gibt ein Machtgefälle zwischen Dienstleistenden und KlientInnen und ein Verantwortlichkeits- und Abhängigkeitsverhältnis im Arbeitsprozess. In der Regel berücksichtigen die Mainstream-Gesundheitsökonominnen diese Unterschiede nicht. Sie prägen gleichwohl mit ihren Konzepten Gesundheitspolitik und – system.

Anders als in der feministischen Diskussion spielen die enormen Größenordnungen der unbezahlten Care-Arbeit in den offiziellen Statistiken zum Gesundheitswesen kaum eine Rolle. Mascha Madörin zeigt für die Schweiz und für das Jahr 2000 die Größenordnungen auf. Zur unbezahlten Arbeit zählen Hausarbeit, Kinderbetreuung und Pflege, informelle Arbeit in anderen Haushalten und Freiwilligendienste in Institutionen: 8032 Millionen Stunden – davon Frauen 5.244 Mio. Die Erwerbsarbeit in der Wirtschaft umfasste 6.888 Mio Stunden, davon Frauen 2.436 Mio. Der größte Teil der Care-Arbeiten wird von Frauen verrichtet, ob bezahlt oder unbezahlt. Viele politische Stellschrauben beeinflussen die informelle Care-Arbeit und das fällt volkswirtschaftlich ins Gewicht. Wird das Rentenalter erhöht, die Erwerbsarbeit intensiviert, arbeiten mehr Frauen im formellen Sektor, dann können die Frauen i.d.R. weniger Pflegearbeit in den Familien leisten.

### *Schneller pflegen?*

Kaum erkannt oder bewusst ist den meisten auch, dass immer mehr Menschen in der Pflege und medizinischen Versorgung ihr Geld verdienen. Es sind mehr als in der Automobilindustrie beispielsweise. Und das Arbeitsvolumen steigt an, verglichen mit anderen Sektoren. In der Automobilindustrie sind über Technisierungen enorme Produktivitätsfortschritte zu verzeichnen. Doch wo liegen die Grenzen dieser Steigerungen in der Pflege oder Kinderbetreuung? Der Ökonom William Baumol relativiert auf diesem Hintergrund die Rede von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“. Pflegearbeit lässt sich nur sehr beschränkt produktivitätssteigern und sie lässt sich vor allem durch sinkende Löhne verbilligen. Das geschieht auch, in dem immer mehr ungelernte Servicekräfte und billige Arbeitsmigrantinnen eingesetzt werden. Madörin schlussfolgert: „Es ist also nicht nur der technische Fortschritt und die „Anspruchsinflation“ im Gesundheitswesen, die zur Kostensteigerung beigetragen haben, sondern vor allem der technische Fortschritt außerhalb des Gesundheitswesens.“ Wir können nicht schneller pflegen, nur schneller Autos bauen.

Mainstream-Ökonomen meinen aber vor allem die irrationale Verwendung ökonomischer Ressourcen sei für die Kostenexplosion verantwortlich. Auch das gibt es, ebenso wie tatsächlich verbesserte Leistungen. Mascha Madörin ist davon überzeugt, dass sich weder mit häufigen Diagnosen, Operationswut und Medikamentenpreisen die ökonomische Dynamik erklären lässt. Wichtiger sei die steigende Arbeitsproduktivität in den verschiedenen Sektoren der Güterproduktion im Vergleich zur „personellen Dienstleistung“, damit driften auch die Höhe der Arbeitseinkommen und die Profitraten von Investitionen auseinander. „Mit der Verteidigung der Vollerwerbstätigkeit als Ziel linker Wirtschaftspolitik lässt sich dieses Problem nicht lösen, auch nicht mit dem Ausbau der Bildung. Auch die bestens qualifizierte Ärztin kann keine gute Ärztin mehr sein, wenn sie nicht genügend Zeit hat für ihre PatientInnen.“ (152)

„In Zukunft werden aber bezahlte Care-Tätigkeiten als „Massendienstleistung“ ökonomisch immer wichtiger“. Die gesellschaftliche Kernfrage ist deshalb: Wie denken wir uns die politischen Ökonomie der persönlichen Dienstleistungen für alle? „Wie vereinbart die Gesellschaft die Akkumulationsinteressen des Kapitals mit wachsenden Wirtschaftssektoren, die relativ niedrige Arbeitsproduktivitäten aufweisen und die zudem Dienstleistungen anbieten, die allen zugänglich, also nicht zu teuer, sein sollten“. Und das mit anständigen Löhnen und Arbeitsbedingungen.

### *Zwischenmenschliche Dimensionen*

Was macht den Unterschied aus zwischen Care-Arbeit und der Arbeit in Fabrikhallen oder Banken und Labors? Es sind die besonderen Subjekt-Subjekt-Beziehungen, die z.T. schwierigen Kommunikationen zwischen Pflegenden und Gepflegten, die sich über Pflegeversicherung und Fallpauschalen nicht abbilden lassen (und auch nicht lassen sollen). Die Entfremdung, wie sie Marx für den Kapitalismus beschrieben hat, sind im formellen Sektor der Pflegearbeit anderer Art.“ Die wichtigsten Herrschafts- und Ausbeutungsmechanismen des industriellen Kapitalismus liegt im Zugang zu Produktionsmitteln und zu Geld, das man zum Leben braucht.“ Freiheit gibt es nur bei der Wahl der Konsumgüter – falls Geld vorhanden ist.

Anders in der Pflegearbeit: Sinn entsteht im Kontakt durch den Arbeitsprozess – nicht über den Markt. Um gut zu behandeln muss ich motiviert sein und überzeugt, das Richtige zu tun. Auch der Patient muss das sein. Pflegekräfte, Ärztinnen oder andere Therapeutinnen müssen aber oft Behandlungen Vertreten, die andere beschlossen haben – unter Spardruck zum Beispiel. Dazu bedarf es einer Behandlungshierarchie (wie in Krankenhäusern und Praxen), standardisierten Leistungen und Erfolgsmessungen (Professionalisierung) und heute auch einem neoliberalen Diskurs der Selbstverantwortung (Anpassung an Standards für die Patientin)

### *Regieren von Individuen*

Es sind nicht nur staatliche und ökonomische Akteure unterwegs. Es ist auch eine andere Art des Regierens von Individuen in diesen therapeutischen Beziehungen bedeutsam. Das zeigt sich z.B. an der Professionalisierung der Pflege, an der evidenzbasierten Medizin und an Gesundheitsnormen wie dem Körpermaß-Index oder Cholesterinwerten für die ganze Welt.

Die Hierarchie in der Pflege ist anders als zwischen Chef und Mitarbeiterin im Betrieb. „Wir alle werden als Abhängige geboren und im Lauf, spätestens am Ende unseres Lebens abhängig von der Unterstützung anderer – ein Widerspruch zu allen Freiheitstheorien und ein peinliches Thema auch für die Linke“. Alle diese Dienstleisterinnen haben Macht über die zu unterstützende Person – selbst wenn sie der Autorität des Arztes, des Managements oder dem Ministerium unterworfen sind. „Personenbezogene Dienstleistungen wurden in der Geschichte meist von SklavInnen, Leibeigenen und/oder Frauen erbracht – also Leuten ohne Macht und mit niedrigem Sozialstatus (heute auch Leuten ohne Papiere). So wurde das Machtgefälle verkleinert. „Ich stelle durch den Kauf der Verfügungsgewalt über die Person, die eine Verfügungsgewalt über meinen Körper und damit über mich hat, wieder eine verlorene Verfügungsgewalt über meinen Körper her.“

Liberaler Markttheorie heißt: Das Produkt hat eindeutige Eigenschaften und das was ich produzierte steht im Verhältnis zu einer standardisierten Leistung und wie viel das Produkt kostet. Als Konsumentin interessiert mich der Preis und die Qualität des Produkts. So setzten sich Produkte am Markt durch – das meinen zumindest Ökonomen. Aber in der Pflege oder beim Arztbesuch wird auch nachgefragt und bezahlt, wenn die Behandlung erfolglos war oder gar schadete. Evidenzbasierte Medizin ist der Versuch eine abstrakte Verbindung zwischen Effektivität und Effizienz herzustellen und das Subjekt-Subjekt-Verhältnis zu objektivieren. Hier kann aber der Evidenzbeweis nicht darin liegen, dass Patientinnen Produkte gekauft haben. Hier stellt sich das Problem, wie messe ich die Wirkung einer Behandlung oder Pflegeleistung? Nach welchen ‚objektiven‘ Kriterien? Ist die Komplexität des menschlichen Körpers und seiner Psyche, die Dynamik in einer Behandlungsbeziehung messbar?

Viele Fragen stellen sich. Sie sind alles andere als nur individuell. Sie sind nicht in den traditionellen ökonomischen Kategorien abzubilden. Sie sind gesellschaftspolitischer Art.

Alle aufgeführten Zitate sind dem o.g. Aufsatz „Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie“ entnommen. Und sie machen hoffentlich Lust auf die Arbeiten von Mascha Madörin und anderen feministischen Ökonominnen.