

## Die Logik der Care-Arbeit<sup>1</sup> – Annäherung einer Ökonomin

### Die Hälfte der Arbeitswelt

»Whether we like it or not, human beings need food and shelter, and so do the animals that live with them/us. (...) All in all, care is central to daily life.« (Mol et al. 2010, 7). So beginnt das Herausgeberinnen-Team die Einleitung zu einer Artikelsammlung mit dem Titel »Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms.« Andere lassen die Haus- und Nutztiere aus dem Spiel und konzentrieren sich in ihren Analysen der Care-Arbeit auf die Sorge für und Versorgung von Menschen. Die französische Philosophin Geneviève Fraisse redet von den »Services à la personne«, von Dienstleistungen am und von der Versorgung von Menschen<sup>2</sup> (Fraisse 2011) und wiederum andere von Tätigkeiten und täglichen Aufgaben, die sich um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen drehen, die diese nicht selber tun können oder wollen (Wolkowitz 2006, 148). Einen eingeschränkteren Begriff von Care-Arbeit verwendet das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, das unter Care-Arbeit nur Dienstleistungen für sogenannt »Abhängige« versteht. Darunter werden Kinder, pflege- und betreuungsbedürftige Erwachsene verstanden (EBG 2010, 34). So verstanden umfasst dieser Begriff in der Schweiz etwa ein Viertel der Care-Arbeit, die in einer Studie der UNRISD<sup>3</sup> zu Care-Arbeit gezählt wurde. Eine solche Engfassung des Begriffs Care-Arbeit wird von feministischen Theoretikerinnen hinterfragt. Ob es uns passt oder nicht: Wir sind alle abhängig von Care-Arbeit, unser Lebensstandard und Wohlbefinden hängen wesentlich davon ab.

Der englische Begriff Care bedeutet »sich – unbezahlt oder bezahlt – um die körperlichen, psychischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse eines oder mehrerer Menschen zu kümmern« (EBG 2010, 34). Diese Bedeutung des Begriffs leuchtet ein, aber es ist nicht klar, ob nun Gastgewerbe, Detailhandel oder die Arbeit von Coiffeusen und Coiffeurs dazu gezählt werden sollen. Eine einzig gültige Definition, welche Tätigkeiten zur Care-Arbeit zu zählen sind, gibt es nicht. Und trotzdem dreht es sich immer irgendwie um Arbeiten, die direkt auf das Wohlergehen von Menschen ausgerichtet sind.

Selbst wenn massenweise lebensnotwendige Konsumgüter wie Nahrungsmittel und Kleidung industriell produziert werden, braucht es sehr viel Arbeit, um sie in Lebensstandard respektive in Wohlfahrt umzuwandeln. Unbezahlte Arbeit in Haushalten dient wesentlich der Erhöhung unseres Lebensstandards (Picchio 2003). Die Konsumgüter müssen eingekauft, Kleider müssen gewaschen, Mahlzeiten gekocht, Wohnungen geputzt, Bettwäsche ab und zu gewechselt werden. Kleinkinder können sich das Essen nicht selbst aus dem Kühlschrank holen und aufwärmen, gehbehinderte Menschen haben Schwierigkeiten, selbst einzukaufen, Babys müssen gewickelt werden, bettlägerige Kranke gewaschen. Wir alle brauchen mindestens in bestimmten Phasen unseres Lebens Menschen, die solche Arbeiten für uns tun. Aus dieser Sicht gibt es in wirtschaftlich weit entwickelten Gesellschaften zwei Verwertungs- und Produktionsprozesse: einen industriellen, der Güter produziert, und einen Prozess, der mit viel Arbeit zu einem grossen Teil in Haushalten die Konsumgüter und die Einrichtungen in Lebensstandard und Wohlergehen umwandelt. Im Jahr 2010 wurden von Schweizer Haushalten für knapp 30 Milliarden Franken Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke eingekauft, der monetarisierte Wert für das Zubereiten von Mahlzeiten betrug mehr als das Doppelte: rund 63 Milliarden Franken. Dazu kommen Tischdecken, Abwaschen und Wegräumen des Geschirrs, was zusätzlich unbezahlte Arbeit im Wert von knapp 26 Milliarden Franken beansprucht hat. Im Vergleich: Banken und Versicherungen wiesen im gleichen Jahr eine Bruttowertschöpfung von 60 Milliarden Franken auf! Allein um mit ihren Kindern spazieren zu gehen und ihnen bei den Hausaufgaben zu helfen, wenden Eltern doppelt so viel Zeit auf, als im ganzen Erziehungs- und Unterrichtswesen vom Kindergarten bis zur Universität an Erwerbstunden gearbeitet wird.<sup>4</sup>

Bei den personenbezogenen bezahlten und unbezahlten Dienstleistungen handelt es sich, volkswirtschaftlich gesehen, um ein riesiges Arbeitsvolumen (Madörin 2010a, 2010b), das kann nicht genug betont werden. Der wesentlich grössere Teil dieser Arbeit wird unbezahlt geleistet, mindestens zu zwei Dritteln von Frauen. Der Anteil der Frauen bei der bezahlten Care-Arbeit ist etwa gleich hoch. Der Dienst an und für Menschen ist bis heute in einem »weiteren Spektrum von komplexeren gesellschaftlichen Institutionen« (wie Familie, Haushalte, private und öffentliche Einrichtungen der Erziehungs- und Gesundheitswesen, Privatwirtschaft, informelle Erwerbsstrukturen etc.) organisiert (Fortunati 1995, 57), als dies für die Arbeitsmärkte der Industrie und der nicht-personenbezogenen Dienstleistungen der Fall ist. Der Anteil regulär, jedoch meist nicht

üppig bezahlter Lohn- und Selbständigenarbeit an der gesamten Care-Arbeit nimmt heute zwar zu. Er ist aber immer noch bedeutend kleiner als die schlecht entschädigte, informelle oder der grosse Rest unbezahlte Arbeit. Im Zeitalter des Kapitalismus hat die bezahlte und unbezahlte Care-Ökonomie immer den Wirtschaftssektor der Frauen par excellence dargestellt (Madörin 2011). Bis in die 1950er Jahre waren Haushalte für Mädchen und Frauen der wichtigste Erwerbsbereich (Davidoff 1995, 89), sogar in einem Industrieland wie England. Erst danach nahm die Erwerbsarbeit in Haushalten stark ab, um in Form von haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen wieder aufzutauchen, vorwiegend schlecht bezahlt und wiederum meist von Frauen verrichtet. Wie ein Vergleich der politischen und sozialen Ökonomie von Care in acht Ländern zeigt (s. UNRISD-Forschungsprojekt, Anmerkung iii), unterscheidet sich heute die gesellschaftliche Organisation der Sorge- und Versorgungswirtschaft dennoch beträchtlich. Die historischen und geografischen Unterschiede dürfen jedoch nicht über zwei grundlegende Gemeinsamkeiten hinwegtäuschen: Überall handelt es sich um einen riesigen Zeitaufwand, und überall sind es vorwiegend Frauen, welche diese Arbeiten verrichten. Sie verschwinden trotz technischem Fortschritt – und unabhängig vom politischen System – nicht<sup>5</sup> (Madörin 2011), obwohl sich die Verhältnisse, in denen sie erbracht werden, immer wieder verändern.

Die Entwicklung von Haushaltsgeräten nach dem 2. Weltkrieg hat zwar etliche Hausarbeiten wesentlich erleichtert. Ein Teil der Arbeit von Hausangestellten wurde in den westlichen industrialisierten Ländern dank Haushaltsmaschinen vorwiegend in unbezahlte Arbeit von Ehefrauen verwandelt. Ein Teil der Zeitersparnis in der Haushaltsproduktion wurde dafür verwendet, den Lebensstandard zu Hause substanziell zu verbessern.<sup>6</sup> Bedeutende Umwälzungen fanden und finden auch im Gesundheitswesen statt, diese haben eine grosse Zunahme der professionellen Pflege und anderer medizinischer (Frauen-)Berufe mit sich gebracht. Gegenwärtig stecken wir wiederum mitten in einer Reorganisation der Care-Ökonomie und damit auch der Geschlechterverhältnisse. Von 1992 bis 2012 sind beispielsweise, in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemessen, im Industrie- und Bausektor<sup>7</sup> der Schweiz über 155'000 VZÄ verloren gegangen und allein im Gesundheits- und Sozialwesen rund 148'000 VZÄ dazugekommen. Zusammen mit dem Unterrichts- und Erziehungswesen wurden zusätzliche 193'000 VZÄ geschaffen. Die Erwerbstätigkeit von Frauen hat in der ganzen bezahlten Wirtschaft um 202'000 VZÄ (auf insgesamt 1'319'000 VZÄ) zugenommen, allein im Gesundheits- und Erziehungssektor um 144'000

VZÄ. Die Zahl der Vollzeitstellen von Männern hat in der gleichen Zeit praktisch stagniert, sie hat auf 2'137'000 VZÄ von Männern (2010) nur um 17'000 VZÄ zugenommen.<sup>8</sup> Diese Entwicklung ist nicht aussergewöhnlich, sie findet in allen wirtschaftlich weit entwickelten Ländern statt, nur nicht überall unter gleichen Bedingungen. Und die Arbeitsplätze im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen werden im Vergleich zu allen andern in Zukunft weiter massiv zunehmen und teurer werden (Baumol 2012, Donath 2000, Madörin 2010b, 2011).

### **Hindernisse beim Nachdenken über Care-Arbeit**

Trotz ihrer überwältigenden Grössenordnungen taucht die Care-Ökonomie weder in der Wirtschaftsgeschichte, den wirtschaftstheoretischen Denktraditionen noch in den öffentlichen Debatten als eigenständiger Wirtschaftsbereich auf. Von den ihr eigenen Dynamiken, Ausbeutungs- und Herrschaftslogiken ist kaum die Rede, höchstens sporadisch und partiell als Aspekt anderer Fragestellungen. Wenn es um das Denken der Care-Arbeit aus ökonomischer Sicht geht, gibt es meiner Ansicht nach in sämtlichen Traditionen ökonomischer Analysen – auch der marxistischen oder institutionellen<sup>9</sup> – drei grosse intellektuelle Hindernisse:

1. Es wird gemeinhin angenommen, dass Reichtum und Wohlfahrt im Erwerbsektor geschaffen werden. Der technische Fortschritt und die wirtschaftliche Entwicklung bestehen im Rahmen dieser Annahme im Wesentlichen darin, dass in allen Produktions- und Dienstleistungsbereichen die Arbeitsproduktivität substantziell erhöht wird und damit die gesellschaftlich notwendige Arbeitszeit auch bei steigendem Lebensstandard abnimmt. In Realität aber driften die Arbeitsproduktivitäten in den verschiedenen Bereichen des Wirtschaftens auseinander und führen zu einem immer grösseren Aufwand an arbeitsintensiven Tätigkeiten. Gleichzeitig ist der Bereich der unbezahlten Arbeit immer noch sehr gross. Dies wirft Fragen auf, die zentral sind für eine Debatte über die Care-Ökonomie (Madörin 2011).
2. Care-Arbeit hat wirtschaftstheoretisch nie interessiert, einzig feministische Ökonominen haben sich des Themas angenommen. Ganze Bibliotheken wurden über Industriearbeit, über unmenschliche Fliessbandarbeit, über Taylorisierung, über Lohnsklaverei und Entfremdung in der Güterproduktion geschrieben. Aber es gibt sehr wenig Literatur über personenbezogene Dienstleistungen – und auch diese ist neueren Datums. Wenn über-

haupt, wird über Dienstleistungen im Allgemeinen geschrieben, und diese in Kategorien aufgeteilt, die wenig Aufschluss über die Care-Arbeit geben und den Eindruck erwecken, es handle sich bei der Care-Arbeit um eine ökonomische Marginalie. Das Faktum der direkten Personenbezogenheit von Arbeit wird nicht als relevantes Unterscheidungsmerkmal gesehen. Es fehlen nicht nur die entsprechenden statistischen Unterteilungen, sondern auch die Kategorien, um die Arbeitsprozesse adäquat beschreiben zu können, welche den personenbezogenen Dienstleistungen zugrunde liegen. Adäquate Begriffe und Analysen sind notwendig, um deren andere Logiken der Herrschaft, der Ausbeutung und Entfremdung zu begreifen. Kurzum, es handelt sich bei der Care-Arbeit immer noch weitgehend um einen ›Dark Continent‹, durchaus im Freud'schen Sinn.

3. Die grosse Mehrheit der Care-Arbeit, ob bezahlt oder nicht, wird von Frauen verrichtet. Das ist wohl eines der grössten Hindernisse des Denkens und der Entwicklung wirtschaftstheoretischer Konzepte und Begriffe, welche zu relevanten politökonomischen Einsichten in die Care-Ökonomie führen könnten. Männer interessiert die Frage wenig. Sie sind es immer noch, welche gesellschaftskritische wie wirtschaftstheoretische Debatten in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens dominieren – auch über die Ressourcen für solche Debatten.

In diesem Essay geht es um den zweiten Punkt: Um die den Care-Arbeiten inhärenten materiellen Logiken. Es handelt sich um Aspekte, die bei meiner Arbeit zur politischen und sozialen Ökonomie von Care bisher als ungelöstes Problemfeld ökonomischen Denkens zurückgeblieben sind. Zur Care-Arbeit gibt es inzwischen eine interessante feministische Forschung von Soziologinnen, Pflegewissenschaftlerinnen, Anthropologinnen, Philosophinnen und Historikerinnen, aber kaum systematisierte Analysen aus ökonomischer Sicht. Hier soll auf vier Themenbereiche eingegangen werden, die ich für meine feministisch-ökonomischen Überlegungen aus solchen Forschungen herausdestilliert habe. Ich halte sie für eine wirtschaftspolitische Zukunftsdebatte für wichtig.

### **Die Personenbezogenheit der Care-Arbeit**

Für meine makro- und meso-ökonomischen Überlegungen habe ich den Begriff bezahlte und unbezahlte personenbezogene Dienstleistungen gewählt. Zum einen, weil er als allgemeiner Begriff einen zentralen Aspekt der Care-Arbeit hervorhebt, nämlich dass sie direkt

auf das Wohlergehen einzelner Menschen zielt. Sie ist ohne Subjekt-Subjekt-Beziehung nicht möglich, im Unterschied zur Güterproduktion oder Arbeiten am Bildschirm. Der andere Grund: Vergleichende Quantifizierungen sind – mit Schwierigkeiten – möglich. Wobei nicht klar ist, was dazu zählen soll: auch der Detailhandel und das Gastgewerbe, die Arbeit der Coiffeuse, der Taxifahrerin, der Flugbegleiterin, des Sozialarbeiters und der Vermögensberaterin? Das hängt in der Praxis von den Fragestellungen ab. Allen genannten Tätigkeiten ist gemeinsam, dass ihre Dienstleistung ohne Anwesenheit und Beteiligung der LeistungsbezügerInnen nicht möglich ist und dass die unvermeidlich *direkten* körperlichen und psychischen Wirkungen auf LeistungsbezügerInnen wichtig sind für die Qualität der Leistungen. Die gängige statistische Unterscheidung zwischen ›Sozialen Dienstleistungen‹, zu denen auch der medizinische Dienst, Krankenhäuser oder Primarschulen gezählt werden, und ›Personenbezogenen Dienstleistungen‹<sup>10</sup>, zu denen haushaltsnahe Dienstleistungen, aber auch Unterhaltung, Museen und das Gastgewerbe gehören (Rieger et al. 2012, 19), ist unbrauchbar für eine Analyse der Care-Ökonomie, weil sie von den Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen abstrahiert.

Die PatientInnen befinden sich dort, wo zum Beispiel eine Pflegefachfrau arbeitet, sei es ein öffentliches oder privates, profitorientiertes Spital. Sie pflegt die PatientInnen, berührt sie, redet mit ihnen. Wie sie das tut und wie viel Zeit sie dafür hat, ist wichtig für das Wohlergehen der PatientInnen und ihre Genesung. Das gilt auch, allerdings in einem beschränkteren Ausmass, für ÄrztInnen. Für das Gesundheitspersonal in Spitälern vieler Industrieländer hat sich aber, was die Beziehungen zu den PatientInnen anbelangt, etwas Grundlegendes geändert: die Arbeitsorganisation. Ein Newsweek-Heft hat vor Jahren den riesigen Umbau der US-Spitäler durch die Fallpauschalen thematisiert. Es ist darin die Rede von einem »zweispurigen Bewusstsein« (two-track-mind), das den SpitalärztInnen aufgezwungen worden ist. Es müssen zwei Ziele gleichzeitig erreicht werden: die richtige Behandlung der PatientInnen und die Einhaltung der Kostenvorgaben (Samuel et al. 2005, 251). Nun begleiten sozusagen zwei Piepser die ÄrztInnen und das Pflegepersonal während ihrer Arbeit: der Notfallpiepser und der Kostenpiepser. Ich bin überzeugt, dass dieser zweite Piepser heute einer der grössten Stressfaktoren in Spitälern und generell dort ist, wo bei öffentlichen personenbezogenen Dienstleistungen Steuerungsinstrumente des Public Management eingeführt worden sind. Bei diesem doppelten Bewusstsein respektive den zwei Piepsern im Kopf<sup>11</sup> handelt es sich um eine Art von Entfremdung bei der Arbeit, die sich meiner An-

sicht nach von derjenigen unterscheidet, die Marx für die Fabrikarbeit beschrieben hat.

### **Ethik der Care-Arbeit und ihre ökonomischen Voraussetzungen**

Im Care-Sektor Tätige verrichten ihre Arbeit immer an dem Ort, an dem sich die Menschen befinden, für die sie ihre Dienstleistung erbringen. Das ist ein entscheidender Punkt, unabhängig vom Verhältnis der Dienstleistenden zu diesen Menschen und unabhängig vom institutionellen Rahmen der Care-Arbeit. Die Interaktionen, die unvermeidlich mit den personenbezogenen Dienstleistungen einhergehen, entziehen sich letztlich einer standardisierten Kontrolle.<sup>12</sup> Als ich meine Mutter im Pflegeheim besuchte, beklagte sie sich, dass sie tags zuvor »abgespritzt« worden sei. »Meinst du duschen?«, fragte ich. »Ja klar duschen«, sagte sie. »Aber es war ein richtiggehendes Abspritzen.«

Offiziell wurde im Pflegeheim bestimmt die Leistung notiert, meine Mutter sei geduscht worden. Niemand wird jemals kontrollieren können, ob ein Mensch geduscht oder abgespritzt wird.

In der Regel wird der Unterschied zwischen Abspritzen und Duschen als ethische Frage thematisiert, nicht als Unterschied beim Arbeitsaufwand, als unterschiedliche Leistung. Der Care-Teil der Arbeit wird vor allem als wünschenswerte Beziehung einer Pflegenden zu ihren PatientInnen, als Teil ihrer Professionalität gesehen. (SBK-ASI 2011:37/8) Nur stellen sich dabei die ökonomischen Fragen: Wie viel Zeit muss vorgesehen werden, damit dem professionellen Standard entsprechend Duschen anstatt Abspritzen möglich ist? Und welches professionelle Können braucht es, um eine gebrechliche Person gut duschen zu können? Je nach Antwort verursacht Duschen eben mehr Kosten als Abspritzen.

Ob es uns passt oder nicht: Aus ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Sicht stellt sich letztlich »nur« die Frage, ob die ökonomischen Rahmenbedingungen Duschen anstelle von abfertigendem Abspritzen ermöglichen. Das hängt wesentlich von der Zeit ab, die dem Personal für solche Tätigkeiten zur Verfügung steht, von seiner Ausbildung, Arbeitsmotivation und Vorstellungen über eine gute Pflege – und nicht zuletzt auch davon, wie stressig die Arbeit und wie das Arbeitsklima ist. Ob Pflegende duschen oder abspritzen, wird – bei allen Standardisierungen – jedoch niemals überwacht werden können. Das können nur die PatientInnen selbst und vielleicht auch die PflegerInnen beurteilen.

Durch wirtschaftliche Massnahmen, so meine These, können also nur die Voraussetzungen für eine gute Care-Arbeit geschaffen oder

abgeschafft werden. Mehr nicht. Es geht um die gesellschaftliche Organisation der *materiellen Bedingungen, um die Rahmenbedingungen* von Care-Arbeit, um das Zur-Verfügung-Stellen der notwendigen ökonomischen Ressourcen und Arbeitsräume. Care wird nicht produziert, sowenig wie Leben. Es gibt kein Produkt Care. Das gibt es nur als Denkkonstrukt der KostenanalytInnen, WirtschaftsingenieurInnen und ÖkonomInnen, beispielsweise im Konzept der Fallpauschalen für Spitäler (Samuel et al. 2005). Meiner Ansicht nach ist es jedoch irreführend, personenbezogene Dienstleistungen deshalb als immateriell zu bezeichnen.<sup>13</sup> Sie materialisieren sich nicht in Gütern, sondern in erster Linie in unseren Körpern, in unserer Person.

### **Die Vielschichtigkeit von Care-Arbeit und das Problem dysfunktionaler Arbeitsteilung**

Die neue Frauenbewegung hat den wegweisenden Begriff der Beziehungsarbeit in den 1970er-Jahren lanciert. In diesem Begriff sind mehr oder weniger explizit zwei Aspekte personenbezogener Dienstleistungen angesprochen. Personenbezogene Dienstleistungen setzen erstens *soziale Infrastrukturen* voraus, damit Care-Arbeit möglich ist, ähnlich wie es für den Verkehr eine Infrastruktur braucht. Es braucht Arbeit und andere Ressourcen, zum Beispiel eingespielte Arbeitsteams, Räume für Kinderkrippen, Telefonkontakte, Präsenzzeiten etc., um solche Beziehungsinfrastrukturen zu schaffen und zu erhalten. Der zeitliche Aufwand der professionellen ambulanten Pflege hängt auch davon ab, wie eingespielt die professionellen PflegerInnen mit den KlientInnen und ihren Familienangehörigen oder LebenspartnerInnen sind. (Bartholomeycik 2007) Es braucht eben Zeit, bis es soweit ist. Zeit- und Effizienzberechnungen abstrahieren jedoch in der Regel von diesen Prozessen. Kathleen Lynch und Maureen Lyons unterscheiden bei der Care-Arbeit zwischen primärer Care-Arbeit, die sie »love work« nennen und die die »tiefsten Bedürfnisse« von Menschen befriedigt, sekundärer, genereller Care-Arbeit, wie sie z.B. Hausangestellte oder Pflegepersonen leisten, und tertiärer Solidaritätsarbeit (Lynch/Walsh 2009, 39ff). So problematisch die Kategorien »love work« und »Solidaritätsarbeit« sind, so interessant sind die unterschiedlichen Beziehungsstrukturen, die es braucht, um die verschiedensten Care-Arbeiten zu ermöglichen.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die schon erwähnte Tatsache, dass eine personenbezogene Dienstleistung ohne *Beziehungsarbeit* nicht möglich ist. Das wissen und praktizieren wir alle. Problematisch ist jedoch, dass diese Dimension der Care-Arbeit hauptsäch-

lich aus ethischer und psychologischer Perspektive, als Problem sozialer und kommunikativer Kompetenz diskutiert wird, und nicht als Frage des dafür notwendigen Arbeitsaufwandes. Care-Arbeit ist komplex. Laut Lynch und Walsh Care-Arbeit »... involves not only *emotional work* and *moral commitment*, but also *mental work* (including a considerable amount of planning), *physical work* (doing practical tasks including body work such as lifting, touching and massaging) and *cognitive work* (using the skills of knowing how to care)« (Ebd., 42). Sie betonen, dass jede Variante von Care-Arbeit verschiedene Kombinationen dieser Ebenen enthält (Ebd.).

Gegenwärtig findet im Gesundheits-, Sozial-, und Bildungswesen eine Taylorisierung der Arbeitsprozesse statt, die von den Erfahrungen der Industrialisierung geprägt ist. Aber faktisch geht es – so meine These – um eine andere Art von Arbeitsteilung als im industriellen Produktionsprozess, nämlich um eine Trennung der verschiedenen Ebenen von Care-Arbeit, wie sie Lynn und Walsh beschreiben. Die Ärztin untersucht den Patienten und entscheidet über die Behandlung, die Pflegefachfrau führt die medizinische Behandlung aus und verrichtet vor allem die medizinisch-technischen Arbeiten. Die weniger ausgebildete Grundpflegerin wäscht die PatientInnen und hilft ihnen aufzustehen, die Hilfskräfte putzen und bringen das Essen, kommunikativ und psychologisch geschulte Pflegefachpersonen übernehmen die heiklen Gespräche. Zweck dieser Arbeitsteilung ist, dass dadurch eine Lohnhierarchie eingeführt werden kann und wie in der Industrie die Arbeitsabläufe standardisiert und damit kontrolliert werden können: Je physischer, berührungsintensiver die Tätigkeit, desto schlechter ist sie in der Regel bezahlt, je mehr die Arbeit mit den täglichen körperlichen Bedürfnissen eines Menschen zu tun hat, desto mehr wird sie verachtet und als unqualifiziert betrachtet – und desto billiger ist die Arbeitskraft. Je mehr koordiniert, gemanagt und entschieden wird, desto besser bezahlt und als professionell angesehen ist die Arbeit. Es ist längstens eine Arbeitshierarchie entstanden, die nach Geschlecht, Herkunft und Ethnie strukturiert ist (McDowell 2009).

Frau kann argumentieren, dass im 19. Jahrhundert eine ähnliche Standardisierung der Arbeitsprozesse bei der handwerklichen Produktion durchgesetzt wurde – gegen den militanten Widerstand von HandwerkerInnen. Allerdings hat dann diese Industrialisierung zu einer massiven Ausweitung der Produktion von Konsumgütern und zur Erhöhung des Lebensstandards geführt. Dass dies in Bereichen der Care-Arbeit im gleichen Ausmass der Fall sein wird, muss jedoch stark bezweifelt werden,<sup>14</sup> nicht nur, weil Care-Arbeit nicht einfach von Maschinen ersetzt und damit immer effizienter werden

kann, sondern auch, weil sie nur gut sein kann, wenn die Arbeitsprozesse der Logik der Care-Arbeit entsprechend organisiert sind.

Ein ehemaliger Elektriker und heutiger Pflegefachmann erzählte mir, dass er Pflege als Zweitberuf gewählt habe, weil er eine sinnvollere und »bessere« Arbeit suchte. Zuerst arbeitete er an einem Universitätsspital, war jedoch zunehmend unzufrieden mit seiner Arbeit und überlegte sich, in seinen alten Beruf zurückzukehren: »Wenn schon alles wie am Fließband gehen muss, dann lieber Leitungen legen als Leute pflegen.« Er wechselte das Spital und fand nun seine Arbeit wesentlich befriedigender. Er erklärte mir den Unterschied zwischen den beiden Spitälern anhand des folgenden Beispiels: Bei der Runde am Abend habe er gesehen, dass es einem tags zuvor operierten Patienten schlecht ging. Der Patient hatte einen bedenklich erhöhten Puls. Der Pfleger öffnete das Fenster, setzte sich neben den Patienten und fragte ihn, ob es ihm nicht gut gehe. Dieser erzählte, sein Nachbar habe ständig Besuch gehabt, und das habe ihn gestört, er habe sich nicht wirklich ausruhen können. Nach einer Viertelstunde Daseins des Pflegers war der Puls der Patienten wieder normal. Der Pfleger fügte erklärend hinzu, dass dies im früheren Spital kaum möglich gewesen wäre, er hätte nicht so viel Zeit aufwenden dürfen am Bett des Patienten. Er hätte den Arzt holen müssen, und dann wäre möglicherweise eine ganze Reihe von Aktivitäten eingeleitet worden. Letzteres wäre als Leistung verbucht worden, das Dasitzen jedoch nur als in der regulären Pflege anfallender Aufwand, für den keine Leistung verrechnet werden könne, obwohl es in diesem Fall sehr viel effizienter, respektive kostengünstiger war, als eine Ärztin zu holen.

Heute gehört zur Standardklage der Pflegefachpersonen, dass sie nicht mehr genügend Zeit haben für ihre PatientInnen und deshalb nicht mehr wissen, wie es ihnen geht. Aus verschiedenen Workshops und Gesprächen mit erfahrenen Pflegefachpersonen habe ich festgestellt, dass es dabei auch um das Abhandenkommen von Wahrnehmungsmöglichkeiten, um die Vielschichtigkeit zwischenmenschlicher Kommunikation geht: durch Berührungen, spontane Wahrnehmung von PatientInnen und Gespräche. So erzählte eine seit vielen Jahren tätige Pflegefachperson, dass sie früher genauer einschätzen konnte, wie es den PatientInnen ging. Sie nahm während des Bettens, Putzens, Reinigens der Lavabos, beim Bringen der Mahlzeiten, beim Abholen des Geschirrs und natürlich bei der Grundpflege vieles wahr. Manchmal habe sie festgestellt, dass PatientInnen traurig oder sehr müde waren, und konnte sich daraufhin erkundigen, wie es ihnen geht.<sup>15</sup> Bei der heutigen Arbeitsorganisation kommen diese informellen, diffusen und spontanen Wahrneh-

mungen zusehends zu kurz. Es werden nicht nur Zeitabläufe aufgestückelt, sondern die ›Wahrnehmungsräume‹ auf das Personal einer Abteilung aufgeteilt und eingeengt. Die eigenen Wahrnehmungen, aufgrund von Anwesenheit, Gesprächen, Berührungen während der Care-Arbeit, die Art und Weise, wie eine Angestellte aufgrund ihres Wissens und ihrer Situationskompetenz reagiert, zählen im Zeitalter der Ökonomisierung der Care-Arbeit in doppelter Hinsicht immer weniger: Im Arbeitsprozess werden die Möglichkeiten, die individuellen Menschen wahrzunehmen und mit ihnen zu interagieren, zunehmend arbeitsteilig eingeengt oder ganz wegrationalisiert. Dazu kommt, dass das Benchmarking und die standardisierten Leistungsvereinbarungen und -abrechnungen die Möglichkeiten, das Wahrgenommene in professionelles Handeln umzusetzen, einschränken. Es ist meistens schlicht keine Zeit dafür vorgesehen. Eine fatale Entwicklung, welche die im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen Tätigen zwingt, ihre Arbeit mindestens zum Teil anders zu machen, als sie es im konkreten Fall richtig fänden und es ihren ethischen Vorstellungen entspräche. Ich vermute, dass dies heute eine der wesentlichsten Stressursachen im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen ist. Die – zwar wichtige – Beseitigung von Lohndiskriminierung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind keine Antwort auf die hier beschriebene Entfremdung bei Care-Arbeiten.

PatientInnen müssen sich heute unzähligen Interventionen verschiedener Personen anpassen. Eine australische Studie zeigte beispielsweise, dass eine Schwangere von Beginn ihrer Schwangerschaft bis nach der Geburt ihres Kindes, inklusive Wochenbettbetreuung und Mütterberatung, mit bis zu 30 Personen aus dem Gesundheitswesen in Kontakt kommt (NSWMA 2008).<sup>16</sup> Ganz schön anstrengend, zusätzlich zum Gebären! Damit werden nicht nur grosse Beziehungsleistungen von Schwangeren verlangt, es erfordert auch einen riesigen Koordinationsaufwand. Und die Schwangeren erhalten oft sich widersprechende Beratungen und Anleitungen. Die australische Hebammenvereinigung NSWMA diagnostiziert denn auch für die Hebammen- und Geburtshilfedienste unter anderem, dass sie fragmentiert, ineffizient, ungerecht (teuer) seien und nicht den Bedürfnissen der Frauen entsprächen. (Ebd.)

Der Unterschied zur Arbeitsteilung in der Güterproduktion ist dabei, dass die betreffende Person mit ihrem Körper eine Einheit bildet und die statistisch erfassten, einzelnen Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsleistungen sich nicht zu einem von ihr getrennten Produkt zusammenmontieren lassen wie Motor, Chassis und Karosserieteile eines Autos.

## Offene Arbeitsprozesse und Ungewissheit über Resultate von Interventionen

Zunehmend ist in der englischsprachigen Literatur anstatt von personenbezogenen Dienstleistungen von ›interactive services‹ die Rede. Dadurch wird zum Ausdruck gebracht, dass sich die Anforderungssituation durch die Interaktion zwischen Menschen ständig verändert – sei es zwischen Pflegenden und Kranken, zwischen LehrerInnen und Kindern oder zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen. Professionalität und Kompetenz bei Care-Arbeiten bestehen gerade darin, auf diese unvorhersehbaren Prozesse adäquat reagieren, das theoretische und praktische Wissen der Situation anpassen zu können. Das gilt auch für unbezahlte Care-Arbeiten. Und es widerspricht fundamental den fordistischen, standardisiert organisierten Arbeitsprozessen, welche bestimmten Inputs eindeutige Outputs, respektive Resultate zuordnen. Annemarie Mol, politische Philosophin und Ethnographin, beschreibt die Vielschichtigkeit von Behandlungsprozessen und -entscheidungen in einem faszinierenden ethnographischen Bericht über die Behandlung von Bein-Arterienerkrankungen (Mol 2002: 218 ff). Sie weist darauf hin, dass es bei medizinischen Behandlungen meist keinen absoluten Standard für die Beurteilung gibt, ob eine Behandlung richtig oder falsch ist. Meistens geht es um eine bessere oder schlechtere Behandlung im Vergleich zu andern Behandlungsmöglichkeiten. Das Problem beginnt aber damit, dass ›besser‹ oder ›schlechter‹ einen Vergleich voraussetzt, bei dem klar ist, was verglichen werden soll. Dafür braucht es eine Simplifizierung respektive Standardisierung von Krankheitssymptomen und Behandlungserfolgen. Mol illustriert das an zwei Behandlungsmöglichkeiten: Operation und Gehtherapien. Mit zwei standardisierten Kriterien werden diese Erkrankungen beurteilt: 1. Wie weit kann ein Patient ohne Schmerzen gehen, 2. wie verstopft sind die Arterien? Bei der chirurgischen Behandlung wird vorausgesetzt, dass die Operation die grundlegende Ursache für die Schmerzen beim Gehen beseitigt. Es zeigte sich jedoch, dass nach der Behandlung viele PatientInnen, welche eine Gehtherapie hinter sich hatten, weiter gehen konnten, als diejenigen, welche die verstopften Arterien operieren liessen. Wurde jedoch gemessen, wie das Blut durch die operierten Arterien fliesst, waren die gehtherapierten PatientInnen aus chirurgischer Sicht noch gleich krank wie vorher, während es den operierten PatientInnen *definitionsgemäss* bedeutend besser ging. Sowohl bei der Erklärung der Ursache als auch bei der Analyse des Behandlungsergebnisses stellt sich die schwierige Frage, was nun eine gute Behandlung ist. Das hängt wesentlich

davon ab, was als Problem der PatientInnen und als Erfolg der Behandlung angesehen wird. In der Praxis geht es bei medizinischen Behandlungen um verschiedene, komplexe Fragen, die bei der Entscheidungsfindung vereinfacht werden müssen. (Ebd., 246) Der entscheidende Punkt dabei ist, dass die Antworten auf diese Fragen im Verlauf der Behandlung anders ausfallen können als zu deren Beginn. Julian Tudor Hart<sup>17</sup> weist darauf hin, dass das Denken in und das Abrechnen von Leistungen und Produkten eine Aufsplitterung der Arbeitsprozesse fördert und eine Voraussetzung zur Privatisierung und Vermarktung von Care-Dienstleistungen darstellt. (Hart 1992)

Die Sozialarbeitswissenschaftlerin Silvia Staub-Bernasconi hat die Problematik von offenen Arbeitsprozessen in der Sozialarbeit thematisiert. Die neoliberale Konzeption von Dienstleistung läuft, so Staub-Bernasconi, auf eine »McDonaldisierung« der Sozialen Arbeit hinaus: »McDonaldisierte soziale Systeme funktionieren effizient aufgrund des Vollzugs von Schritten innerhalb eines vorgezeichneten, durch die managerielle Führungsebene kontrollierten Prozesses. Von Professionalität kann hier keine Rede sein.« (Staub-Bernasconi: 2007) Auch hier geht es um das gleiche Thema: Was die Kompetenz bei Care-Berufen wesentlich ausmacht, nämlich die Fähigkeit, auf komplexe Situationen ad hoc adäquat reagieren zu können, wird durch eine rigide Standardisierung wegrationalisiert. Hinter der McDonaldisierung der Care-Arbeit steckt die ökonomische Vorstellung, dass das Gesundheitswesen, die Sozialarbeit und das Bildungswesen unter anderem deshalb immer teurer werden, weil sie nicht effizient und zielorientiert genug organisiert sind. Das ist ein grosser Irrtum. (Madörin 2011, 2013) Eine solche Argumentation überzeugt aber offensichtlich die politische Öffentlichkeit noch immer. Ich vermute, dass dies auch deshalb der Fall ist, weil die Effizienz-Argumentation erfolgreich an unsere zweihundertjährige Erfahrung mit der immer schnelleren und billigeren Güterproduktion anknüpft. Nur ist das im Fall der Care-Arbeit schlicht und einfach falsch. Eine solche Effizienzvorstellung kann nur um den Preis der Verminderung der Qualität und des faktischen Abbaus der Care-Arbeit durchgesetzt werden. Und sie macht aus Menschen Objekte.

### **Überlegungen zu einer Zukunftsdebatte**

Im Jahr 1979 erschien ein Essay der französischen Philosophin Geneviève Fraisse unter dem Titel *«Femmes toutes mains, essai sur le service domestique»*. Dreissig Jahre später wurde dasselbe Buch neu

aufgelegt, diesmal unter dem Titel ›Service ou servitude. Essai sur les femmes toutes mains‹. Die Veränderung des Titels der Zweitaufgabe weist auf eine Verschiebung der Fragestellung hin. In einem Interview zur Neuauflage des Buches beschreibt die Autorin, wie stark sich die Verhältnisse, in denen persönliche Dienstleistungen erbracht werden, geändert haben: Bis 1848 hatten männliche Diener in Frankreich kein Stimmrecht, weil sie als nicht autonom betrachtet wurden, als zu sehr vom Herrn abhängig und ihm loyal verbunden. Anfangs des 20. Jahrhunderts waren Hausangestellte in den bürgerlichen Haushalten rund um die Uhr verfügbar, später konnten sie unabhängig leben und verfügten über ein Minimum an Arbeitsrechten, arbeiteten aber immer noch lange und verdienten sehr wenig. In den 1970er-Jahren traten Haushaltsangestellte als Mitglieder der französischen Gewerkschaft CFDT an Demonstrationen auf mit dem Slogan: »Wir sind Arbeiterinnen wie alle andern auch.« (Fraisie 2009a) In den drei Jahrzehnten seit der ersten Edition des Buches gab es, so betont Fraisie, wiederum grundlegende Verschiebungen in der gesellschaftlichen Organisation persönlicher Dienstleistungen. (Fraisie 2009b:13f) Die Dienstbarkeit ist zur Dienstleistung mutiert. (Fraisie 2011) Die Frage stellt sich, wie wir heute die verschiedenen neuen Verhältnisse, in denen Care-Arbeit verrichtet wird, kritisch analysieren.

Die neue Frauenbewegung hat begonnen, die Unsichtbarkeit der unbezahlten Arbeit zu thematisieren. Aber – das ist das Hauptargument dieses Artikels – es gibt auch die Unsichtbarkeit der Care-Arbeit als Arbeitsprozess, den »dark continent«, das, was wir bis jetzt nicht genug in Sprache gefasst haben: Wie denken wir uns die Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen Dienstleistenden und DienstleistungsbezügerInnen? Wie organisiert eine Gesellschaft diese personenbezogenen Dienstleistungen heute? Wie viel und welche der bisher unbezahlten oder schlecht bezahlten Arbeit sollte regulär bezahlt werden? Ist es adäquat, für Arbeit von Hausangestellten gleich wenig zu bezahlen wie für unqualifizierte Arbeit am Fließband? Wie muss ein Spital oder eine Spitex organisiert sein, damit gute Pflege möglich ist: gut für die Pflegenden und gut für die Gepflegten? Wie müssten Kinderkrippen organisiert sein, die eine gute Betreuungsarbeit sowohl für die BetreuerInnen als auch für die Kinder gewährleisten? Wer entscheidet darüber? Wessen Definitionsmacht spielt dabei eine Rolle? Was denken wir, worauf es dabei ankommt? Und: Wie hängt dies alles mit Geschlechterverhältnissen zusammen?

Um über solche Fragen zu reden, fehlen uns nicht nur weitgehend die Analyse der gegenwärtigen Situation, sondern auch die adäquaten kritischen Begriffe, um eine solche Analyse leisten zu können.

Die Verwendung von Begrifflichkeiten wie ›Gemeingüter‹, ›Service public‹ oder ›Solidarität‹ lässt die Eigenheiten der Care-Arbeit verschwinden. Pflege und Kinderbetreuung sind keine Gemeingüter wie Wasserquellen oder Weinberge. Bei der Care-Arbeit geht es nicht um Solidarität, sondern um Arbeitsprozesse, die sich fundamental von der gemeinschaftlichen Bewirtschaftung eines Rebberges oder einem gemeinsamen politischen Engagement unterscheiden. Es geht um die Interaktion zwischen – meistens zwei – Menschen, es geht um den Dienst an und für einzelne Menschen. Das Persönliche ist auf besondere Weise mit dem Politischen und Ökonomischen verschränkt, entgegen unseren Denkgewohnheiten – gerade wenn es um Politische Ökonomie geht.

## Anmerkungen

1 Die Idee zu diesem Titel stammt vom Buch von Annemarie Mol: *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London/New York 2008.

2 Übersetzung ›Services à la personne‹ gemäss deutschsprachigem *Le Monde diplomatique*.

3 In einem Forschungsprojekt der UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development) wurden zur Care-Arbeit alle bezahlten und unbezahlten Dienstleistungen gezählt, die für Kinder sowie für pflege- und betreuungsbedürftige Erwachsene erbracht werden, ebenso Hausarbeit und alle unbezahlte Arbeit, welche direkt dem Wohlbefinden von Menschen dient, auch wenn es sich um gesunde erwachsene Menschen handelt. Eine Frage ist, ob Erwachsene, die zu Hause für sich selbst kochen, auch Care-Arbeit leisten – für sich sozusagen. In den schweizerischen Berechnungen für die UNRISD wurde diese Art der Sorgearbeit miteinbezogen. Anders wäre es gar nicht möglich gewesen. Darüber kann man streiten. Aber Sorge-Arbeit für sich selbst, bei der es um Ernährung, Wohnen, sich Kleiden etc. geht, müsste meiner Ansicht nach dazu gezählt werden. Zur UNRISD-Forschung ist inzwischen eine Artikelsammlung erschienen (Razavi/Staab: 2012), in der auch die Forschungsergebnisse zur Schweiz zusammengefasst sind (Madörin et al. 2012).

4 Bundesamt für Statistik: Gesamtwirtschaftliche Ausgaben der Haushalte für den Endkonsum, Produktionskonto nach institutionellen Sektoren, Modul unbezahlte Arbeit, jährliche Arbeitsvolumina und monetarisierter Wert der unbezahlten Arbeit. Die vom BfS berechnete Bruttowertschöpfung des Mahlzeitenzubereitens wäre rund 17 Prozent höher als der hier dafür angegebene monetarisierte Wert.

5 Ursula Schröter und Renate Ullrich beschreiben in ihrem sehr interessanten Buch (Schröter/Ullrich 2004, 68ff), wie trotz Vollerwerbstätigkeit, Diskussion zur ›Frau im Sozialismus‹ und grosser Anstrengungen, die Hausarbeit zu verringern, dies in der DDR in den 20 Jahren ab Mitte der 1960er Jahre nicht gelang.

6 Das ist die ökonomische Formel des Ernährerlohns im Fordismus: ein Lohn, der es dem Arbeiter erlaubt, Haushaltsmaschinen zu kaufen und einen Haushalt und den Unterhalt einer unbezahlt arbeitenden Hausfrau zu finanzieren, welche die Haushaltsmaschinen zur Produktion von Lebensstandard verwendet.

7 2. und 3. Sektor, ohne Landwirtschaft und Hausangestellte. Quelle: BFS Besta T2.8b, 2.Quartal 1992 und 2012.

8 Quelle: Bundesamt für Statistik, Beschäftigtenstatistik Besta.

9 Die institutionelle Ökonomie ist eine in den USA verankerte kritische Wirtschaftstheorie, die sich vor allem mit den Institutionen befasst, welche die wirtschaftlichen Verhältnisse prägen. So gibt es aus dieser Sicht keine ›freien Märkte‹, nur in Institutionen und Regelungen eingebettete Märkte, auch wenn sie scheinbar dereguliert sind.

10 In Frankreich ›services publics‹ und ›services à la personne‹.

11 Ein eindrückliches Bild dafür, was der französische Philosoph Michel Foucault als »eine Art permanentes ökonomisches Tribunal« bezeichnet hat (Vorlesung vom 21.3.1979, zit. in Lemke o.J.).

12 Wobei die Kontrolle dank Videokameras sehr weit gehen kann. Auf Youtube kursierte ein Video, das eine japanische Angestellte zeigt, die mithilfe eines Bildschirms ihr Verkäuferinnenlächeln überprüft, bevor sie die Arbeit beginnt. (›Japanese smile‹: [www.youtube.com/watch?v=QOvdNylCUk4](http://www.youtube.com/watch?v=QOvdNylCUk4))

13 Leopoldina Fortunati spricht beispielsweise von »domestic or reproductive immaterial labor« (Fortunati 2007, 140).

14 Das trifft vielleicht bei bestimmten medizinischen Berufen zu, die ein hochspezialisiertes Fachwissen und -können voraussetzen, wie z.B. die Chirurgie.

15 Die heute bei den Standard-Pflegeleistungen vorgesehenen Gespräche sind offiziöser und formeller.

16 Mit Dank an Marianne Haueter für den Hinweis. Die Hebamme und Dozentin an der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit hat auf meine Anfrage geschätzt, dass eine werdende Mutter in der Schweiz auf bis zu 20 Kontakte mit Gesundheitspersonal kommen kann in der Zeitspanne von Schwangerschaftsvorsorge, Geburt, Wochenbettbetreuung bis zum ersten Kontakt mit einer Mütter- und Väterberatungsstelle.

17 Julian Tudor Hart war früher Allgemeinmediziner und hat zu medizinischer Primärversorgung im Vereinigten Königreich geforscht. Er hat im Alter von 78 Jahren ein sehr lesenswertes Buch über die politische Ökonomie des Gesundheitswesens geschrieben. (Hart 2006)

## Literatur

Bartholomeyczik, Sabine: Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses. Referat anlässlich des 6. Symposium Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit – Eine wertvolle Billiglinie? Psychiatrische Klinik Wil, 11. Mai 2007. <http://www.psychiatrie-nord.sg.ch/home/infos/publikationen/archiv-publikationen.html>

Baumol, William J.: *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven & London 2012.

Donath, Susan: *The Other Economy – A suggestion for a Distinctively Feminist Economics*. In: *Feminist Economics*, 6. Jahrgang, 1. Halbjahr, S. 115–125, 2000.

Davidoff, Leonore: *Worlds Between. Historical Perspectives on Gender & Class*. Cambridge/Oxford 1995.

Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann (EBG): *Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus Sicht der Gleichstellung*. Bern 2010. [www.gleichstellung-schweiz.ch](http://www.gleichstellung-schweiz.ch)

Fortunati, Lepoldina: *Immaterial Labor and its Machinization*. In: *ephemera* Jg. 7 (1): 139–157, 2007.

Dies.: *The Arcane of Reproduction. Housework, Prostitution, Labor and Capital*. New York 1995.

Fraisse, Geneviève: *Dienen und Versorgen*. In: *Le Monde diplomatique*, 9.9.2011. [www.monde-diplomatique.de/pm/2011/09/09.mondeText.artikel,a0068.idx,23](http://www.monde-diplomatique.de/pm/2011/09/09.mondeText.artikel,a0068.idx,23)

Dies.: *Service or Servitude*, Interview von Jacqueline Sellem. In: *L'Humanité in English*, 21.10.2009a. [www.humaniteinenglish.com/spip.php?article1354](http://www.humaniteinenglish.com/spip.php?article1354)

Dies.: *Service ou Servitude. Essai sur les femmes toutes mains*. Lormont 2009b.

Hart, Julian Tudor: *The political economy of health care. A clinical perspective*. Bristol 2006.

Dies.: *Two paths for medical practice*. In: *The Lancet* vol. 340, 1992.

Lemke, Thomas: *Gouvernementalität*. O.J. [www.thomaslemke.de](http://www.thomaslemke.de)

Lynch, Kathleen; Judy Walsh: *Love, Care and Solidarity: What Is and Is Not Commodifiable*. In: Lynch, Kathleen; John Baker; Maureen Lyons et al.: *Affective Equality. Love, Care and Injustice*. Hampshire 2009.

Madörin, Mascha: *Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Pflege. Exposé im Auftrag des Instituts für Pflege, Winterthur. Unveröffentlichtes Manuskript*. 2013

Madörin, Mascha; Brigitte Schnegg; Nadia Baghdadi: *Advanced Economy, Modern Welfare State and Traditional Care Regimes: The Case of Switzerland*. In: Razavi, Shahra; Silke Staab: *Global Variations in the Political and Social Economy of Care: Worlds Apart*. New York/London 2012, S. 43–60.

Madörin, Mascha: *Das Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten: Eine femi-*

- nistische Sicht. In: Denknetz Jahrbuch, S. 56–70, 2011. [www.denknetz-online.ch/](http://www.denknetz-online.ch/)
- Dies.: Weltmarkterfolg auf Kosten der Frauen. Steuerpolitik, Care- und Genderregimes in der Schweiz. In: *Widerspruch* Heft Nr. 58 (30), S. 97–108, 2010a.
- Dies.: Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Bauhardt, Christine; Gülay Çalar (Hrsg.): *Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie*. Wiesbaden 2010b, S. 81–104.
- Dies.: Ökonomie der Beziehungsarbeit in der Pflege – Finanzierung von Care-Leistungen. Referat anlässlich des 6. Symposium Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit – Eine wertvolle Billiglinie? Psychiatrische Klinik Wil, 11. Mai 2007. <http://www.psychiatrie-nord.sg.ch/home/infos/publikationen/archiv-publikationen.html>
- McDowell, Linda: *Working Bodies. Interactive Service Employment and Workplace Identities*. Chichester/ Oxford/Malden 2009.
- Mol, Annemarie; Ingunn Moser; Jeannette Pols: Care: putting practice into theory. In: Dies. (Hrsg.): *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld 2010, S. 7–27.
- Mol, Annemarie: Cutting Surgeons, Walking Patients: Some Complexities Involved in Comparing. In: Law, John; Annemarie Mol (Hrsg.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Durham 2002, S. 218–257.
- Nelson, Sioban; Suzanne Gordon (Hrsg.): *The complexities of Care. Nursing Considered*. Ithaka/London 2006.
- NSWMA New South West Midwives Association: *Submission to Improving Maternity Services in Australia: A Discussion Paper from the Australian Government*. Glebe 2008 (Manuskript).
- Picchio, Antonella (Hrsg.): *Unpaid Work and the Economy. A gender analysis of the standards of living*. London/New York 2003.
- Razavi, Shahra; Silke Staab: *Global Variations in the Political and Social Economy of Care: Worlds Apart*. New York/London 2012.
- Rieger, Andreas; Pascal Pfister; Vania Alleva: *Verkannte Arbeit. Dienstleistungsangestellte in der Schweiz*. Zürich 2012.
- Samuel, Sajak; Mark W. Dirmsmith; Barbara McElroy: Monetized medicine: from the physical to the fiscal. In: *Accounting, Organizations and Society* 30, S. 249–278, 2005.
- Schröter, Ursula; Renate Ullrich: *Patriarchat im Sozialismus? Nachträgliche Entdeckungen in Forschungsergebnissen aus der DDR*. Berlin 2004.
- SBK-ASI: *Professionelle Pflege in der Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier der schweizerischen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. Bern 2011.
- Staub-Bernasconi, Silvia: Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Walter Lesch (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit – Ein Handbuch: Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit*, Schöningh 2007, S. 20–54.
- Wolkowitz, Carol: *Bodies at Work*. London/ Thousand Oaks/New Delhi 2006.