



Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie

Eine Forschungsskizze

An der Tagung zum SP-Wirtschaftsprogramm im Februar 2005 habe ich mein Referat mit der Feststellung begonnen, dass es keine hegemoniale Politik geben könne, falls sie nicht zu den gegenwärtigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbrüchen Stellung nimmt (Madörin, 2005a). In der heutigen gesellschaftskritischen Analyse fehlt ein wichtiges Thema weitgehend: die Zukunft der Care-Ökonomie. Meine erste These, die ich hier ökonomisch begründen möchte, geht davon aus, dass einer der zentralen grossen Umbrüche, mit denen wir heute konfrontiert sind, bei den Entwicklungen in der bezahlten und unbezahlten Care-Ökonomie und der damit verbundenen ökonomischen Dynamik zu suchen ist. Eine zweite These lautet, dass wir uns diesem Umbruch und den sich stellenden neuen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Fragen mit links-keynesianischen oder Staat-versus-Markt-Ansätzen nicht genügend annähern können. Es braucht eine zusätzliche Diskussion, weil sich die neue Kontrolle der Gesellschaft über die Individuen und die Vergesellschaftung der menschlichen Körper von der Güterproduktion unterscheidet: Und dies sowohl hinsichtlich der Produktiv- und Arbeitskraft (Michel Foucault, zit. in Lemke, 2007) als auch der Vergesellschaftung und Kontrolle der Pflege, Ernährung und Unterstützung bedürftiger menschlicher Körper und Individuen. Diese zwei Seiten des Care-Arbeits- und Austauschprozesses sind noch kaum thematisiert, es sei denn von feministischen Ökonominnen, die von einer zeitweiligen Abhängigkeit von anderen und Verantwortlichkeit für andere reden.

Im ersten Teil will ich begründen, weshalb ich der Ansicht bin, dass die ökonomische Dynamik Fragen, welche die Frauenbewegung vor mehr als 30 Jahren zu diskutieren begonnen hat, zu neuer gesellschaftspolitischer Brisanz verhelfen wird. Im zweiten Teil zur politischen Ökonomie der Biopolitik will ich am

Beispiel des Gesundheitswesens skizzieren, weshalb die Arbeits- und Austauschprozesse in der Care-Ökonomie schon immer spezielle Praktiken der »Regierung der

Mascha Madörin

ist Ökonomin und arbeitet gegenwärtig als Beraterin und Forscherin zu geschlechtergerechten Staatsfinanzen sowie zur politischen und sozialen Ökonomie von Care.

Individuen« voraussetzen, die in ihrer modernen Form sehr viel gemeinsam haben mit dem, was Foucault als wesentliches Charakteristikum des Neoliberalismus ansieht. Vor allem in der Gesundheitspolitik und der im Gesundheitswesen entstehenden Praktiken wird vorexerziert, wie es weitergehen könnte, respektive weiter geht, mit der »Regierung der Individuen«¹. Kritische Gegenbewegungen dazu sind kaum in Sicht, oder im besten Fall als Randgruppen-Phänome. Die Linke beschränkt sich auf traditionelle Sozialstaatsdebatten.

Kurze Bemerkungen zum Begriff Care-Ökonomie

Die neueren aktuellen Analysen und Forschungen zur Care-Ökonomie haben ihre Wurzeln in der Debatte der neuen Frauenbewegung zur Haus- und Beziehungsarbeit, in dem also, was als feministische Ökonomiedebatte der neuen Frauenbewegung begann. Diese Debatte hat sich seit den 1980er-Jahren sehr verändert, worauf ich hier nicht eingehen will (mehr in Madörin, 2006; England/Folbre, 2003). Das analytische Problem, mit dem sich Theoretiker und Theoretikerinnen der neuen Frauenbewegung intensiv befasst haben, liegt einerseits in der ökonomischen Bedeutung der unbezahlten Arbeit, zum anderen im Begriff »Dienstleistung« und dessen, was eine personenbezogene Dienstleistung ökonomisch charakterisiert. Nicht alle Dienstleistungen sind gleich: es gibt personenbezogene Dienstleistungen und andere. Und es gibt unterschiedlich stark personenbezogene Dienstleistungen wie auch solche, bei denen starke persönliche Abhängigkeitsverhältnisse bestehen. Ein wichtiges Merkmal aller personenbezogenen Dienstleistungen ist erstens, dass – im Unterschied zur Güterproduktion und zu nicht personenbezogenen Dienstleistungen – Produktions- und Konsumtionsprozesse nicht getrennt sind und nicht getrennt werden können. Zweitens sind zwischenmenschliche Beziehungen und damit gegenseitige Emotionen Teil des Arbeitsprozesses und des wirtschaftlichen Austauschs. Die Arbeitszeit, die aufgewendet wird, ist Teil der Leistung (Hochschild, 1990; Jochimsen 2003; Himmelweit, 1995). Zweitens sind Care-Tätigkeiten wie die Pflege von Kranken oder die Betreuung von Kindern durch ein Machtgefälle zwischen Dienstleistenden und Klienten charakterisiert, durch ein Verantwortlichkeits- und Abhängigkeitsverhältnis zwischen den BetreuerInnen und Betreuten während des Arbeitsprozesses (Jochimsen, 2003).

Heute werden in der internationalen Fachdebatte unter Care-Tätigkeiten meistens alle unbezahlten Arbeiten im Haushalt und alle bezahlten und unbezahlten Betreuungs- und Pflegearbeiten verstanden. Auf die Problematik dieser Kategorisierung sei hier nicht näher eingegangen.



Zwar sind die Konturen von Care-Tätigkeiten einigermaßen umschrieben, nämlich unbezahlte und bezahlte personenbezogene Dienstleistungen, die wichtig sind für das Überleben und das tägliche Wohlbefinden von Menschen. Unklar ist aber, was genau dazu zu zählen ist. Geht es um Care-Tätigkeiten für alle Menschen oder nur für Abhängige, die gewisse gesellschaftliche Standards der Selbstversorgung mit Geld und ›Eigenarbeit‹ nicht erfüllen können? Sind nur Mahlzeiten, die zu Hause gekocht werden, Teil der Care-Ökonomie, oder zählt auch die Produktion von Fertigmahlzeiten durch die Nahrungsmittelindustrie dazu? Was ist der Unterschied zwischen ›Caring labor‹ und personenbezogenen Dienstleistungen? Wird in der Care-Ökonomie nur ›Caring labor‹ geleistet oder auch andere? Die Definition von Care-Ökonomie hängt also wesentlich vom Erkenntnisinteresse der jeweiligen AutorInnen ab (Madörin, 2006).

Zunehmend frage ich mich, ob es nicht wichtig wäre, zu unterscheiden zwischen den bezahlten und unbezahlten Care-Tätigkeiten für Menschen, die selbst nicht in der Lage sind, für sich selbst finanziell und durch unbezahlte Arbeit teilweise oder ganz zu sorgen (Kinder, gebrechliche und kranke Erwachsene), und den Care-Tätigkeiten, die für alle wichtig sind. Die geplätteten Unterhosen für den voll arbeitsfähigen Ehepartner wegzuräumen, ist ökonomisch gesehen nicht dasselbe, wie die Wäsche für das kleine Kind wegzuräumen oder für eine gehbehinderte erwachsene Person einkaufen zu gehen. Das explizite oder implizite Tauschverhältnis ist ein anderes. In meinen Ausführungen werde ich mich vor allem auf den engeren Begriff der Care-Ökonomie beschränken – ausser am Anfang des ersten Teils der folgenden Ausführungen.

Teil 1: Ökonomische Grössenordnungen und Dynamiken

Grössenordnungen des Social Provisioning und der Care-Ökonomie

Die folgende Tabelle zeigt die Grössenordnungen der menschlichen Arbeit in der Schweiz (bezahlte und unbezahlte Sexarbeit und die unbezahlten Beziehungstätigkeiten des Zuhörens, Tröstens und Ermutigens sind in dieser Statistik nicht inbegriffen). Sie zeigt, wie wichtig die unbezahlte Arbeit ist – als Teil der Tätigkeiten, die der gesellschaftlichen Versorgung und der Sorge für Menschen dienen und wichtig für unser Wohlbefinden sind.

Was wird in der Schweiz gearbeitet und von wem?

Arbeitsvolumina in Millionen Stunden im Jahr 2000				
<i>Millionen Stunden im Jahr 2000</i>				
		<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>	<i>Total</i>
<i>Wirtschaftssektoren</i>				
A/B	Sektor 1	296	106	403
C-F	Sektor 2	1543	331	1874
G-P	Sektor 3	2613	1999	4611
Total Erwerbsarbeit*		4452	2436	6888
<i>Unbezahlte Arbeit</i>				
	Hausarbeiten (Kochen, putzen etc.)	1969	4077	6046
	Kinderbetreuung/Pflege Erwachsener zu Hause	493	752	1245
	Informelle Arbeit in anderen Haushalten	90	279	369
	Freiwilligenarbeit in Institutionen	236	136	372
Total**		2788	5244	8032
Total Arbeitsvolumen Schweiz		7240	7680	14920

* Erwerbsarbeit von allen (auch GrenzgängerInnen), die in der Schweiz arbeiten. AusländerInnen: Jahresaufenthalt, Niederlassung.

** Unbezahlte Arbeit von allen mit 15 Jahren und mehr, die in der Schweiz leben

Quelle: Bundesamt für Statistik SAKE und AVOL. Berechnung: Mascha Madörin

Die Grössenordnungen sprechen für sich. Wir wissen es eigentlich schon: Es sind vor allem die Frauen, welche die grosse Last der unbezahlten Arbeit tragen. Und es sind vor allem Frauen, die Care-Arbeiten verrichten, ob bezahlt oder unbezahlt. Was vielleicht weniger klar ist: Die unbezahlte Arbeit ist in der gesamten Volkswirtschaft ein ins Gewicht fallender ökonomischer Faktor. Weniger Arbeit im unbezahlten Sektor – beispielsweise, weil Frauen wegen der Erhöhung des Pensionsalters vermehrt länger erwerbstätig sind und weniger Pflegearbeit leisten können – hat grosse Auswirkungen, aus dem einfachen Grund, weil es sich um *sehr viel Arbeit* handelt. Allein das Zubereiten von Mahlzeiten zu Hause ist, was das Arbeitsvolumen anbelangt, die grösste Wirtschaftsbranche (verglichen mit NOGA-Wirtschaftsabteilungen) überhaupt! Sollen Frauen substantiell von unbezahlter Arbeit entlastet werden, bräuchte es Veränderungen, die Verschiebungen in der Wirtschaftsstruktur, wie



wir sie in den letzten zwei Jahrzehnten erlebt haben, relativ bescheiden aussehen liessen.

Zur Illustration der Grössenordnungen weitere Zahlen: Fürs Jahr 2000 wurde zum ersten Mal in der Geschichte der Schweiz ein erweitertes Bruttoinlandprodukt berechnet, das den Wert der unbezahlten Produktion und Dienstleistungen der Haushalte einschloss. Die folgenden groben Zahlenvergleiche eröffnen eine überraschende Perspektive auf die wirtschaftlichen Verhältnisse in der Schweiz.

Die Bruttowertschöpfung der erweiterten Wirtschaft 100 Prozent (BIP + ca. 70%) im Jahr 2000

Zusammensetzung des erweiterten BIP in Prozent	
Unbezahlter Sektor	41%
Bezahlter Sektor	59%
Vergleich: Anteile am erweiterten BIP in Prozent	
Unbezahlte Frauenarbeit	30%
Staatsquote	21%
Sozialausgabenquote	16%
Hausarbeit	29%
Betreuung/Pflege im Haushalten	8%
Freiwilligenarbeit/ Nachbarschaftshilfe etc.	4%
Banken und Versicherungen	9%
Industrie, Gewerbe	11%
Gesundheits- und Sozialwesen	3%
Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherungen	6%

Grobe Schätzung von M. Madörin aufgrund diverser Daten des Bundesamtes für Statistik (insbesondere BFS 2004)

Wohlfahrtsökonomisch gesehen gibt es neben staatlichen und parastaatlichen Institutionen und der Privatwirtschaft also einen dritten grossen Sektor, der produziert und Dienste leistet: den Haushaltssektor. Die Grössenordnungen können nicht genug betont werden; nur ihre Kenntnisnahme erlaubt eine realistische Debatte über zukünftige Szenarien der Organisation der Wirtschaft, falls beispielsweise ernsthaft angestrebt werden sollte, Frauen signifikant von unbezahlter Arbeit zu entlasten. Würden Frauen ihre unbezahlte Arbeit nur um 10 Prozent kürzen, entspräche dies – BIP-mässig gesehen – etwa der Schliessung sämtlicher Einrichtungen des bezahlten Gesundheits- und Sozialwesens.

Dabei ist die Menge der unbezahlten Hausarbeit durchaus nicht unveränderlich – sie hat sich im Verlauf der Geschichte stark verändert, auch die Zusammensetzung der Tätigkeiten. Die technische Entwicklung hat etliche Hausarbeiten wesentlich erleichtert (Gershuny, 2000), beispielsweise die Waschmaschine, neue Textilien, Wohnungseinrichtungen. Das Bedürfnis nach einer Verkürzung der Hausarbeitszeit ist ein wesentlicher Motor der technischen Entwicklung mindestens seit dem zweiten Weltkrieg, man denke nur an die Fertigmahlzeiten und an Fast Food, die den Markt heute erobern und die Techniken der landwirtschaftlichen Produktion und Nahrungsmittelverarbeitung beeinflussen. Wer die Zeitbudgetstatistik ansieht, den wundert das nicht: beim Zubereiten von Mahlzeiten können gestresste Menschen am meisten Zeit sparen, entweder indem sie auswärts essen oder eben Fertigmahlzeiten kaufen. In der Schweiz nimmt das Zubereiten von Mahlzeiten, das Tischdecken und Geschirrabwaschen mehr als einen Viertel der gesamten unbezahlten Arbeitszeit in Anspruch.

Man kann vielleicht schneller waschen, schneller kochen und essen, schneller Autos produzieren oder dank Computern schneller Artikel aus alten Texten zusammenstückeln (was ich hier gerade tue). Aber kann man auch schneller Kinder aufziehen, schneller Kranke pflegen oder ärztlich behandeln, ohne dass damit die Leistung abnimmt? Die Produktivitätsfortschritte haben Grenzen. Um dieser Frage nachzugehen, sollen die personenbezogenen Dienstleistungen genauer unter die Lupe genommen werden.

Personenbezogene Dienstleistungen: Größenordnungen

Es ist sehr schwierig, Daten zu personenbezogenen Dienstleistungen in der Schweiz zusammenzustellen, was zeigt, wie unwichtig dieses Thema aus der Sicht von Fachpersonen und der Politik nach wie vor ist. In der Schweiz wissen wir nicht, wie viele Leute solche Arbeiten verrichten. Die folgende Tabelle gibt einen Eindruck über die quantitative Bedeutung von typischen Branchen personenbezogener Dienstleistungen.

Wie die Tabelle zeigt, stellen die persönlichen Dienstleistungen den wichtigsten Arbeitsbereich der Frauen dar, ob nun bezahlt oder nicht bezahlt. In den fünf angegebenen Erwerbssektoren verrichten die Frauen knapp die Hälfte ihrer Erwerbsarbeit, die Männer knapp einen Fünftel. Wenn wir die unbezahlte Arbeit dazu nehmen, dann macht die persönliche Dienstleistungsarbeit zwei Drittel aller Arbeiten aus, die Hälfte der Arbeiten der Männer und vier Fünftel derjenigen der Frauen. Natürlich sind diese Daten sehr grob; nicht alle Arbeiten, die in den zusammen-

Arbeitsvolumina von personenbezogenen Dienstleistungen in Millionen Stunden im Jahr 2000

	Männer	Frauen	Total
Unbezahlte Arbeit			
Hausarbeiten (Kochen, putzen etc.)	1969	4077	6046
Kinderbetreuung/Pflege in Haushalt	493	752	1245
Nachbarschaftshilfe	90	279	369
Freiwilligenarbeit in Institutionen	236	136	372
Total	2788	5244	8032
Die typischsten Dienstleistungssektoren			
Detailhandel, Reparaturen*	219	317	542
Gastgewerbe	216	210	426
Unterrichtswesen	171	173	344
Gesundheits- u. Sozialwesen	192	424	616
Private Haushalte	8	38	46
Total	806	1162	1973
Anteil am gesamten Arbeitsvolumen (s. Tab. 1)	18.1%	47,7%	28,6%
Personenbezogene Dienstleistungen bezahlt/ unbezahlt	3594	6406	1005
Anteil am gesamten bezahlten/unbezahlten Arbeitsvolumen (1. Tabelle)	49.6%	83.4%	67.1%

* Schätzung aufgrund der Beschäftigtenstatistik, 2. Quartal 2000

Die Zahlen zur unbezahlten Arbeit beziehen sich auf die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.

Die Zahlen der Erwerbsarbeit beziehen sich auf die Arbeit, die in der Schweiz getan wurde, enthalten also auch die Arbeit der GrenzgängerInnen.

Quelle: Bundesamt für Statistik, AVOL und SAKE

gezählten Kategorien geleistet werden, sind persönliche Dienstleistungen, und nicht alle persönlichen Dienstleistungen sind in den aufgezählten Kategorien enthalten (z.B. Coiffeusen, TaxifahrerInnen etc.). Die Beschäftigungs- und Arbeitsvolumendaten müssen erst noch genauer analysiert werden. Sicher ist: Die Frauen sind die Spezialistinnen der Care-Tätigkeiten und haben im formalen Wirtschaftsbereich eine lange Arbeitserfahrung (Pflege, Erziehung).

Eine kürzliche Berechnung zum Jahr 2004 hat ergeben: »Für Betreuungsaufgaben im Haushalt und informelle Pflege werden (...) insgesamt pro Jahr rund 62 Millionen Stunden unbezahlt gearbeitet; nimmt man die informellen Dienstleistungen für andere Haushalte dazu, sind es rund 134 Millionen Stunden pro Jahr. Ausgedrückt als Geldwert, ent-



sprache dies 4,3 Milliarden Franken. Zum Vergleich dazu: (...) die Kosten der Krankenkassen für Spitex-Leistungen betragen 282 Millionen Franken.« (Schön-Bühlmann, 2005). Die Summe von 4,3 Milliarden Franken liegt ungefähr eine Milliarde Franken höher als die Lohnsumme, die im Jahr 2004 an das Pflegepersonal aller Krankenhäuser und Spezialkliniken ausbezahlt wurde (BFS, 2006).

Noch eine andere Berechnung: Der direkte Aufwand für die Betreuung der Kinder (ohne Hausarbeit) betrug im Jahr 2000 1211 Millionen Stunden. Bei dieser Art der Datenerhebung ist allerdings nicht klar, wann neben den Hausarbeiten auch noch Kinder betreut werden, wenn beispielsweise während des Kochens Kleinkinder mit Pfannendeckeln spielen (Multitasking). Untersuchungen in Australien haben gezeigt, dass die in Umfragen angegebene Zeit von Betreuungsarbeit um das Vierfache steigt, wenn gefragt wird, ob gleichzeitig mit anderen Arbeiten – meist Hausarbeiten – Kinder betreut werden, und wenn notwendige Präsenzzeiten eingerechnet werden (Ironmonger, 1995). So berechnet, würde der Zeitaufwand für das unbezahlte Kinderaufziehen mehr als zwei Dritteln des gesamten Arbeitsvolumens der Erwerbsarbeit entsprechen.

Aufgrund der vorhandenen Daten lässt sich jedoch einfach berechnen, wie viel mehr Hausarbeit in Stunden veranschlagt werden müssten, wenn Kinder (unter 15) im Haushalt leben. Wenn wir den Aufwand für Hausarbeit bei kinderlosen Paaren mit jenem von Paaren mit Kindern vergleichen, dann macht dieser Zusatzaufwand für Hausarbeit rund 20 Prozent der direkten Kinderbetreuungsarbeit aus. Die gesamte Care-Arbeit für Kinder hätte demnach im Jahr 2000 1450 Millionen Stunden betragen – ohne das Multitasking mitzurechnen. Das entspricht ungefähr der Zeit, die Männer in Industrie und Gewerbe (Wirtschaftssektor²) für ihre Erwerbsarbeit aufwenden. Es entspricht dem Vierfachen der bezahlten Arbeitszeit, die im Unterrichtswesen (von Kindergarten bis zu Universitäten) in der Schweiz aufgewendet wird.

Bezahlte personenbezogene Dienstleistungen: Dynamiken

1990 machten in den USA die persönlichen Dienstleistungen, zu denen insbesondere die Pflege und medizinische Versorgung gehören, 30 Prozent aller Arbeitsstellen aus. In einer einzigen Kette von privaten Pflegeheimen, der Beverly Enterprises, waren beispielsweise mehr Leute angestellt als beim Autokonzern Chrysler. Und doch, so schreibt Robert B. Reich, der frühere Arbeitsminister der Regierung von Bill Clinton, wissen die AmerikanerInnen sehr viel mehr über die Ökonomie von



Chrysler als über wirtschaftliche Probleme von und über Arbeit in Pflegeheimen (Reich, 1992). Seit 2001 bis Mitte 2006 sind in den USA im Gesundheitswesen 1,7 Millionen neue Jobs geschaffen worden, die Zunahme der Arbeitsstellen in der Pharma- und Krankenversicherungsindustrie nicht eingerechnet (Business Week online, 25. 9. 2006). Die Arbeitsstellen in der Privatwirtschaft – Jobs der Gesundheitsindustrie ausgenommen – haben im gleichen Zeitraum stagniert. Die IT-Industrie hat sogar mehr als 1,1 Millionen Jobs verloren, trotz riesigen Wachstums des Internets.

Der US-Futurologe Ian Person (2005) schreibt in einem Artikel über die Weiterentwicklung der Robotik und deren Auswirkungen auf die Wirtschaft bis ins Jahr 2010, dass Roboter in Zukunft noch viele manuelle und – was neu ist – ›Kopf‹-Arbeiten übernehmen werden. Die Arbeiten jedoch, die mit persönlichen Beziehungen zu andern Menschen verbunden sind, werden nicht verschwinden: »What we will be left with are those jobs that rely on human contact. We call it the care economy because they are the sort of jobs that need human contact – primarily caring-type jobs. Jobs like teaching children, or caring for someone as a nurse, or starting a personal service for people, like hairdressing or waitressing.«

Entsprechende Tendenzen lassen sich für die letzten 15 Jahre in der Schweiz ansatzweise feststellen, wie die gegenüberliegende Tabelle zeigt.

Von 1991 bis 1995 und von 2000 bis 2005 ist das Arbeitsvolumen des Gesundheits- und Sozialwesens verglichen mit allen andern Wirtschaftsbereichen am absolut meisten gestiegen. Nur in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre war das absolute Wachstum der Arbeitsplätze im Wirtschaftszweig K1 bedeutend grösser als dasjenige des Gesundheits- und Sozialwesens. Natürlich besteht das Gesundheitswesen nicht ausschliesslich aus Pflegepersonal, aber ein beträchtlicher Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Pflegendе, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen etc., also Leute, die klassische Care-Tätigkeiten verrichten.

Schon 1967 hat der bekannte Wirtschaftstheoretiker und Wohlfahrtsökonom William Baumol mit grosser Weitsicht diese Verschiebung der Erwerbsarbeiten zu den persönlichen Dienstleistungen vorausgesehen. Er hat vom ›Cost disease‹ (Kostenkrankheit) dieser Art von Tätigkeiten gesprochen. Aufgrund seiner Analysen kam er zum Schluss, dass persönliche Dienstleistungen und beispielsweise auch künstlerische Tätigkeiten angesichts des technischen Fortschritts in den anderen Sektoren relativ gesehen immer teurer würden (Donath, 2000). Die Steigerung der Arbeitsproduktivität in der Güterproduktion führt dazu, dass

Tatsächliches jährliches Arbeitsvolumen – Inlandkonzept (produktive Tätigkeiten auf Schweizer Territorium) in Millionen Stunden

	1991	1995	2000	2005	1991-1995	1995-2000	2000-2005	2005-1991
Wirtschaftsabschnitte NOGA								
A/B Land-, Forstwirtschaft	403	402	403	358	-2	1	-45	-45
C–E Industrie; Energie/Wasser	1507	1380	1349	1258	-127	-31	-91	-249
F Baugewerbe	653	606	526	535	-47	-81	10	-118
G Handel, Reparaturgewerbe	1147	1104	1061	1057	-43	-44	-4	-91
H Gastgewerbe	440	420	426	407	-20	6	-19	-34
I Verkehr und Nachrichten	437	443	467	458	6	25	-9	22
J Kredit-, Versicherungsgewerbe	362	370	362	381	8	-8	19	18
K Informatik, Dienstleistungen für Unternehmen	573	592	755	835	19	163	80	263
L Öffentliche Verwaltung	271	268	278	316	-3	10	38	45
M Unterrichtswesen	318	310	344	382	-8	33	39	64
N Gesundheits- und Sozialwesen	505	557	616	695	52	59	79	190
O Sonstige Dienstleistungen	263	242	257	277	-21	16	20	14
P Private Haushalte	39	43	46	45	3	3	-1	5
Total	6919	6736	6888	7004	-183	152	116	85

Bundesamt für Statistik: Avol; Berechnungen: M. Madörin

für immer mehr Güter immer weniger Arbeitskräfte gebraucht werden und dass der Anteil der Arbeitskräfte in jenen Bereichen steigt, in denen sich die Produktivität wenig erhöhen lässt und in denen nicht aufs Ausland ausgewichen werden kann. Dies trifft vor allem für persönliche Dienstleistungen zu, weil sie ortsgebunden respektive an sich am Ort aufhaltende Menschen gebunden sind (Reich, 1992). Im Sinne Baumols lässt sich deshalb die so genannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen mindestens zum Teil auf ein Wahrnehmungs- respektive ein Preisstrukturproblem zurückführen. Die Kosten des Gesundheitswesens werden relativ immer höher, wenn man sie mit anderen Wirtschaftsbereichen vergleicht, in denen es rasante technische Fortschritte gegeben hat und die Stückkosten stark gesunken sind. Es sei denn, die Löhne sinken. Die Kosten solcher ›cost-disease‹-Bereiche steigen unter anderem deswegen, weil die Arbeitszeit nicht sinkt, sondern mit zunehmenden Leistungen steigt. Es ist also nicht nur der technische Fortschritt und die ›Anspruchsinflation‹ im Gesundheitswesen, die zur Kostensteigerung des Gesundheitswesens beigetragen hat, sondern vor allem der technische Fortschritt *ausserhalb* des Gesundheitswesens. Die Erwerbsarbeitszeit, die



wir aufwenden müssen, um ein Auto kaufen zu können, ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend kürzer geworden; das ist aber weit weniger der Fall für Operationen oder Aufenthalte in Spitälern und Pflegeheimen. Baumol selbst war optimistisch bezüglich der Konsequenzen der von ihm analysierten unvermeidlichen ökonomischen Dynamik, die durch den technischen Fortschritt in der Güterproduktion verursacht wird. Er hoffte, dass der Lebensstandard trotzdem generell steigen werde. Da die Leute bedeutend weniger für Autos und Ähnliches bezahlen (respektive arbeiten) müssten, könnten sie mehr für ihre Gesundheit ausgeben oder generell für Dienstleistungen und Güter, die von der Kostenkrankheit befallen sind. Der Mann hat nicht mit dem Akkumulationsbedürfnis der Kapitalisten gerechnet, auch nicht mit der ungleichen Einkommensverteilung. Und nicht damit, dass durch die Emanzipation der Frauen ein Teil der bisher unbezahlt geleisteten Dienstleistungen in den Erwerbsektor verschoben und damit noch mehr Arbeitsplätze von der Kostenkrankheit befallen würden.

Zwischen 1960 und 2000 haben sich in der Schweiz, zu konstanten Preisen gerechnet, die Kosten des Gesundheitswesens pro EinwohnerIn vervierfacht. 1960 machten sie 4,9 Prozent des Bruttoinlandprodukts aus, im Jahr 2000 10,7 Prozent. Verglichen mit anderen Ländern, ist dieser Anteil am Bruttoinlandprodukt hoch (Bundesamt für Statistik, 2003). Diese Zahlen werden – nebst den steigenden Krankenkassenprämien – immer wieder als Beweis angeführt, wie problematisch die so genannte Kostenexplosion sei. Ökonomen sehen sie heute im Wesentlichen als eine dem Gesundheitssystem innewohnende Problematik der irrationalen Verwendung ökonomischer Ressourcen, der irrationalen Entscheidungsprozesse und der uferlosen Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Ich will nicht behaupten, dass solche Irrationalitäten und Ressourcenverschwendungen nicht vorkommen. Ausserdem denke ich, dass sich die Leistungen des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten erfreulicherweise stark verbessert haben und einem breiten Teil der Bevölkerung zugänglich geworden sind. Aber wer den Diskurs zur ›Kostenexplosion im Gesundheitswesen‹ mitmacht und den Eindruck vermitteln will, dass man es nur besser organisieren muss und es dann bedeutend billiger sein wird, spielt das politische Spiel des Neoliberalismus. Mit der Häufigkeit der kostspieligen Magnetresonanztomographien, den Medikamentenpreisen und der Operationswut der Ärzte lässt sich diese Entwicklung nicht erklären, ebenso wenig mit der verzweifelten Hoffnung Todkranker auf noch teurere Technik.

Die Überlegungen Baumols betreffen auch andere Bereiche der Ökonomie, beispielsweise die Landwirtschaft, den Erziehungssektor, Reini-

gungsdienstleistungen und die Gastronomie. Auch modernste Forschungs- und Finanzzentren brauchen Dienstpersonal, das für Sauberkeit im Computerpark und für die Ernährung der WissensarbeiterInnen sorgt. Auch diese Tätigkeiten lassen sich nicht so einfach produktiver gestalten, es sei denn, die Löhne werden gesenkt – ein wesentlicher ökonomischer Grund für die Barbarisierung der Migrationspolitik.

Kurzum: Der technische Fortschritt in einem Teil der Wirtschaft, vor allem in der Güterproduktion, hat ein neues ökonomisches Problem geschaffen. Die Arbeitsproduktivitäten in den verschiedenen Sektoren driften rasant auseinander und mit ihnen die Höhe der Arbeitseinkommen (werden sie dem Marktmechanismus überlassen) und die Profitraten von Investitionen. 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.

Eine meiner Thesen lautet, dass heute im Gesundheitswesen eine zentrale Auseinandersetzung darüber geführt wird, wie in unserer Gesellschaft in Zukunft Care, die Sorge für andere, organisiert wird. Dass viele Angestellte im Gesundheitssektor über die Entwicklungen im Gesundheitswesen beunruhigt sind und sich für menschenwürdige Arbeitsplätze – menschenwürdig sowohl für sie selbst als auch für die PatientInnen – einsetzen, ist von strategischer Bedeutung für die Zukunft. Es geht auch um die Zukunft der gesellschaftlichen Organisation der Care-Tätigkeiten und damit der Care-Beziehungen, die wir alle brauchen, um gut aufwachsen, leben und in Würde sterben zu können. Tätigkeiten, die – wenn wir die Zeit betrachten, die dafür bezahlt und unbezahlt aufgewendet wird – eine grosse ökonomische Bedeutung haben. Leider denken die GesundheitsökonomInnen (auch solche, die ›sozial‹ denken) nicht über das Neue dieser ökonomischen Entwicklung nach, sondern operieren mit Denkmodellen, die aus der Zeit stammen, als die Industrie der zentrale Arbeitsmarkt und Wirtschaftswachstumsfaktor war und als die Massenproduktion von Dingen (Fordismus) einen historischen Fortschritt darstellte, den wir alle nicht missen möchten. In Zukunft werden aber bezahlte Care-Tätigkeiten als ›Massendienstleistung‹ ökonomisch immer wichtiger.

Wie denken wir uns die politische Ökonomie der persönlichen Dienstleistungen für alle im Unterschied zur Produktion von Autos für alle? Das ist meiner Ansicht nach eine der Kernfragen der Postmoderne. Wie vereinbart die Gesellschaft die Akkumulationsinteressen des Kapitals mit wachsenden Wirtschaftssektoren, die relativ niedrige Arbeitsproduk-



tivitäten aufweisen und die zudem Dienstleistungen anbieten, die allen zugänglich, also nicht zu teuer, sein sollten? Und wie kann sie dies gewährleisten, sollen einigermaßen anständige Löhne (z.B. im Gesundheitswesen und für die Betreuung der Kinder) bezahlt werden, weil es sich um anspruchsvolle Arbeit handelt, die schlecht ausfällt, wenn die Motivation dazu fehlt. Bei der Güterproduktion spielt die Arbeitsmotivation für die Qualität der Produkte eine vergleichsweise geringe Rolle. Ich bin überzeugt, dass die Frage der ›Kostenexplosion‹ in der Care-Ökonomie und die Frage, welche Grundrechte in Sachen Care und Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Care-Bereichen die Gesellschaft allen garantieren sollte, eines der grossen zukünftigen politischen Themen sein wird – effektiv hat die Debatte schon längst begonnen.

Teil 2: Notizen zur politischen Ökonomie der Biopolitik – Care und die Regierung der Individuen

Care als Arbeits- und Austauschprozess

Nicht nur die Mainstream-Ökonomie ist geprägt von der Industrialisierung und Güterproduktion, sondern auch die linken Theorien und linksalternativen Debatten zu Freiheit und Sozialismus sind es, weil diese Debatte wesentlich im Zeitalter der Industrialisierung und des Fordismus geführt wurden und weil sie vor allem von Männern geführt wurden und noch werden, die in diesen Bereich des Wirtschaftens sehr viel mehr eingebunden waren/sind als Frauen. Auch heutige Debatten zu einer linken Politik des 21. Jahrhunderts erwecken manchmal den Eindruck, als ob es die Care-Ökonomie nicht gäbe.

Als feministische Ökonomin und Linke bin ich überzeugt, dass zum ABC gesellschaftstheoretischer Überlegungen die Analyse von Arbeits- und Austauschprozessen gehört. Die neue Frauenbewegung hat eine Debatte über diesen Teil des Arbeitens begonnen: Was ist eigentlich Care-Ökonomie, was bedeutet in diesem Zusammenhang Ausbeutung? Wie prägen die Care-Tätigkeiten die Menschen im Unterschied zu den ArbeiterInnen in Fabrikhallen, zu den BankerInnen und den WissensarbeiterInnen in den Labors, Büros und Hinterzimmern? Hier sollen ein paar Aspekte am Beispiel der Pflege durchbuchstabiert werden. Pflege ist besonders interessant, weil sie den wohl ältesten formalen Sektor für Care-Arbeit (und Berufsarbeit von Frauen) darstellt und eine lange Tradition der Diskussion darüber existiert, was gute Pflege ist – jenseits des

linken Mainstream und völlig im Schatten des Machbarkeitswahns der reparaturorientierten Medizin. Weil sie im formellen Sektor stattfindet, ist sie auch nicht so leicht zu mystifizieren, wie das scheinbar Andere und Nichtkapitalistische der unbezahlten Care-Tätigkeiten in Haushalten.

Care-Tätigkeiten setzen Subjekt-Subjekt-Beziehungen voraus.

Alle personenbezogenen Dienstleistungen – ob nun einer Ärztin, einer Reiseführerin, eines Pflegers, einer Lehrerin oder eines Kleinkindererziehers – setzen unvermeidlich zwischenmenschliche Beziehungen voraus, also Subjekt-Subjekt-Beziehungen und nicht Subjekt-Objekt-Beziehungen wie bei der Güterproduktion. Neben fachlicher Kompetenz spielen die Beziehungskompetenz, die gegenseitigen Gefühle, die Kommunikation und die Qualität der Beziehung eine wichtige Rolle. Sie sind – das ist zentral – Teil der Leistung und Teil der Qualität der Leistung. Die detaillierten Pflegeleistungslisten, die es heute für Spitäler gibt, können diesen Teil der Leistung nicht messen. Leistungsmessungen und ihre Standardisierung haben bei Care-Tätigkeiten enge Grenzen, und damit sind wesentliche Elemente des New Public Managements in Frage gestellt.

Die Personen, die im Gesundheitswesen am intensivsten an dieser Subjekt-Subjekt-Beziehung beteiligt sind und über die Qualität der Pflege und die Auswirkungen medizinischer Behandlung am ehesten Bescheid wissen können, sind von der ökonomischen Entscheidung darüber, was eine gute und effektive Leistung darstellt, in der Regel ausgeschlossen. Ältere Untersuchungen (in England) haben gezeigt, dass etwa 85 Prozent der Informationen für medizinische Diagnosen aus Gesprächen mit den PatientInnen stammten, etwa 7 Prozent von physischen Untersuchungen und etwa 7 Prozent von technischen Diagnoseverfahren (Hart, 2006). Die Tendenz ist sehr stark, die Zeit für Gespräche zu reduzieren, nicht nur bei ärztlichen Konsultationen, sondern auch in der Pflege.

Das Gesundheitswesen als Schule des Neoliberalismus?

Bei der heutigen Organisation der Care-Tätigkeiten im formellen Sektor geht es um eine andere Art von Entfremdung, als sie Marx für den Kapitalismus beschrieben hat. In seiner kritischen Analyse des Kapitalismus beschrieb er eindrücklich, wie entfremdet und sinnentleert die Organisation der Lohnarbeit ist. Der wichtigste Herrschafts- und Aus-



beutungsmechanismus des industriellen Kapitalismus liegt im Zugang zu Produktionsmitteln und zu Geld, das man zum Leben braucht. Was produziert wird, darüber entscheiden die Arbeiterinnen und Arbeiter nicht, auch bei besten Arbeitsbedingungen nicht. Meine Freiheit besteht in der freien Wahl der Konsumgüter und, wenn ich Glück habe, des Arbeitsplatzes.

Bei der Behandlung eines Patienten sieht die Sache anders aus: Der Empfänger meiner Leistung sitzt mir gegenüber. Das, was ich mache, macht für mich unmittelbar Sinn, auch für meinen Patienten sollte es Sinn machen. Der Kontakt zwischen ProduzentIn und KonsumentIn ist durch den Arbeitsprozess gegeben und muss nicht über den Markt hergestellt werden. Die Entfremdungsfrage stellt sich anders: Einerseits muss ich, um gut behandeln zu können, dazu motiviert sein und überzeugt sein, dass mein Handeln richtig ist (wie heute übrigens bei vielen qualifizierten Arbeiten). Ebenso muss der Patient von meinem Handeln überzeugt sein. Gleichzeitig aber muss ich gegenüber dieser Person Behandlungen vertreten, über die andere beschlossen haben und die heutzutage geprägt sind vom Spardruck und einem medizinischen Konzept, das den ›Grassroot-BehandlerInnen‹ oft nicht einleuchtet. Man rede mal mit PhysiotherapeutInnen und Pflegepersonal. Damit dies alles funktioniert, braucht es entweder eine akzeptierte und durchgesetzte Entscheidungshierarchie, wie sie traditionell in Spitälern oder in der Hausarztmedizin existiert (hat), oder dann gibt es, was dem fortgeschrittenen neoliberalen Stadium des Gesundheitswesens entspricht, standardisierte Leistungen und standardisierte Erfolgsmessungen (Professionalisierung!), gepaart mit einem Diskurs der Selbstverantwortung – sprich: Selbstanpassung an die Standards – für die PatientInnen.

Thomas Lemke macht Michel Foucaults Unterscheidung zwischen altem Liberalismus und Neoliberalismus an zwei Punkten fest: 1. An der Neudefinition des Verhältnisses von Staat und Ökonomie und 2. an der Differenz der Grundlage des Regierens (Lemke, 1997). Meistens wird in der Argumentation nur der erste Punkt gesehen und die Veränderung der Grundlage des Regierens nicht wirklich untersucht. Vielmehr wird Neoliberalismus als politische Entwicklung gesehen, in der die Neoliberalen und die Globalisierung Überhand nehmen. Ebenso wird vor allem das Verhältnis zwischen Staat und Ökonomie thematisiert, wenn es um Gegenstrategien gegen den Neoliberalismus geht.

Der zweite Punkt ist für meine Argumentation entscheidend, weil bei den Care-Tätigkeiten die Arbeits- und Austauschprozesse anders sind als in der Güterproduktion. Meine Argumentation läuft darauf hinaus, dass Care-Tätigkeiten wegen des Subjekt-Subjekt-Verhältnisses eine andere

Form des Handelns und Austausches zwischen den Individuen voraussetzen; sie sind eben nicht frei und autonom im Sinne des Homo Oeconomicus. Die Ausdehnung und der Eintritt der Care-Ökonomie in die Wirtschaft, so meine These, hat wesentlich zur Veränderung des Regierens beigetragen.

Für mich lautet eine entscheidende Frage zu einer Gegenstrategie zum Neoliberalismus wie folgt: Wie sieht kritische Gesellschaftspolitik aus, wenn wir davon ausgehen, dass Care-Tätigkeiten eine zentrale Grundlage der heutigen Wohlfahrt und damit des Regierens darstellen? Das Gesundheitswesen, der grösste und modernste Sektor der Care-Ökonomie und der älteste Bereich der Sozialpolitik, ist der Ort, wo Formen der Verinnerlichung von selbstverantwortlichem intersubjektiven Aushandeln im Rahmen allgemeiner Regeln längst erprobt sind, immer wieder neu praktiziert und propagiert werden, und zwar für beide Seiten des intersubjektiven Austauschprozesses: zwischen Behandelnden/Pflegenden und PatientInnen. Was gibt es Überzeugenderes als die Professionalisierung der Pflege und evidence-based medicine und was biopolitisch und individuell Wirksames als die Propagierung eines gesunden Körpermass-Indexes und Cholesterinwertes, der für die ganze Welt (inkl. China!) als Indikator der gesunden Lebensführung des Individuums gilt.

Ein Machtgefälle – was heisst in diesem Fall Demokratisierung und Freiheit?

Wir können es drehen und wenden wie wir wollen: Bei persönlichen Dienstleistungen wie Pflege oder Unterstützung betreuungsbedürftiger erwachsener Personen und von Kindern ist ein Machtgefälle zwischen den Dienstleistenden und den KlientInnen integraler Teil des Arbeits-, Beziehungs- und Austauschprozesses. Dabei geht es hier um eine andere Hierarchie als diejenige innerhalb eines Betriebes zwischen Chef/Chefin und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. 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. Vielleicht kommt uns deshalb das Reden über Mütter (und damit über Geschlechterdifferenz) so unsympathisch biologistisch und unsäglich weiblich vor, weil die biologischen Bedingungen des Menschseins der Abstraktion von Autonomie und Freiheit, wie sie in unserer Gesellschaft verstanden werden, mindestens zeitweise zuwiderlaufen.

Alle, die persönliche Dienstleistungen erbringen, haben Macht über die unterstützte Person, die sie als ProduzentInnen von Dingen nicht hätten, selbst wenn sie letztlich der Autorität des Arztes, des Spitalma-



nagements, von Santésuisse und des Bundesamts für Gesundheit unterworfen sind. Bei allen Tätigkeiten der Care-Ökonomie, in denen es um die Sorge für Abhängige und um personennahe Dienstleistungen geht, welche die Intimsphäre stark tangieren, wird die Frage des Machtgefälles wichtig. Wenn wir uns die Wirtschaftsgeschichte ansehen, dann wurden die personenbezogenen Arbeiten meistens von SklavInnen, Leibeigenen oder von Frauen erbracht, von Leuten ohne Macht und mit einem niedrigen sozialen Status vorwiegend für Leute mit Macht und einem höheren sozialen Status. Das Machtgefälle wurde für die pflegebedürftigen Privilegierten sozusagen umgedreht oder verkleinert. Wenn ich für meine Pflege eine Sans-Papiers anheuere, dann wird sie mich gut behandeln müssen, weil sie davon abhängig ist, dass ich zufrieden mit ihr bin. Dadurch wird meine Abhängigkeit von intimsten Pflegediensten einfacher und das Bedürfnis nach häufigen kleinen Handreichungen ist leichter zu befriedigen. Der dafür notwendige Zeitaufwand ist so auch für Leute bezahlbar, die wenig Geld haben. 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.

Eine ähnliche Logik dürfte einer der Gründe sein, weshalb die Honorare für unternehmensbezogene Dienstleistungen (beispielsweise von JuristInnen oder TopsekretärInnen) soviel höher sind als die genau gleiche kompetente Arbeit fürs breite Volk. Die Qualität von Beziehungsarbeit kann ich mir kaufen und steht mir mehr zu, wenn mein sozialer Status hoch genug ist, wenn ich genügend Geld oder aus irgendwelchen Gründen einen Machtvorteil besitze. Heute werden solche Machtvorteile u.a. durch restriktive Immigrationsgesetze geschaffen. Die Frage, wie denn menschenwürdige und partnerschaftliche Care-Arbeiten für alle durchgesetzt werden könnten, welche ökonomischen Voraussetzungen, Organisationsformen und Entscheidungs- und Informationsabläufe es dazu braucht, ist historisch gesehen eine relativ neue Frage, die zuerst von den sozialistischen (soziale Frage, Grundrechte) und religiös-karitativen Bewegungen (Ethik des Dienstes am anderen) aufgeworfen wurde. Die mit Care verbundene Demokratie- und Freiheitsfrage wurde jedoch erst von der neuen Frauenbewegung aufgeworfen.

Die Verobjektivierung von Subjekt-Subjekt-Beziehungen als Voraussetzung ihrer Ökonomisierung – der Kern des Neoliberalismus

Die liberale Markttheorie nimmt an, dass das, was ich kaufe, ein Produkt mit eindeutigen Eigenschaften ist. Es gibt ein Effizienzproblem für die-



jenigen, die produzieren und Leistungen erbringen, nämlich die Frage, wie viel die Produktion eines Salates kostet und wie viel ich dafür bekomme. Die Frage der Effektivität (Wirkung) und des Nutzens betrifft mich als Konsumentin. Mich interessiert als Salatkäuferin, für welchen Preis ich einen Salat ohne allzuviel chemische Rückstände kaufen kann. Der Markt, so die Theorie, vermittelt nicht nur zwischen anonymen (freien) ProduzentInnen und KonsumentInnen, sondern dank Wahlfreiheit mit seinem Preisgefüge auch zwischen (Kosten-)Effizienz für die Unternehmer/ProduzentInnen und Effektivität/Nutzen für die KonsumentInnen. Der freie Markt vermittelt zwischen frei entscheidenden, von einander isolierten Individuen einerseits und führt zu technisch und ökonomisch optimierter Produktion von Gütern andererseits. So jedenfalls sieht es die Mainstream-Ökonomie.

Bei der Behandlung von Kranken ist dieser Austauschprozess wesentlich komplizierter. Um zu erklären, was ich mit der Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität meine, gebe ich folgendes Beispiel: Ein erfahrener indischer Homöopath, der seinen Lebensunterhalt als Atomphysiker bestreitet und seit Jahren Homöopathie praktiziert, hat mir erzählt, dass es für ihn unvorstellbar sei, für eine homöopathische Behandlung vor deren Abschluss Geld zu verlangen. Es sei unethisch, Geld zu verlangen für eine Behandlung, die nichts bringt oder gar alles noch schlimmer macht. Seine PatientInnen würden ihn am Ende der Behandlung bezahlen, je nachdem, ob seine Bemühungen erfolgreich waren und wie sie eingeschätzt werden. Die Leute bezahlen also für die von ihnen gespürte Wirkung der Behandlung und die von ihnen wahrgenommenen ernsthaften Bemühungen des Homöopathen, sowie abhängig von den ihnen verfügbaren Geldmitteln. Effizient ist die Arbeit des Homöopathen aus seiner Sicht nur, wenn er Erfolg hat – und zwar aus der Sicht des Patienten. Das ist anders in unserem System. Eine Arztkonsultation oder Pflegeleistung wird bezahlt, ob sie Erfolg hat oder nicht und für den Patienten gut gewesen ist oder nicht. Natürlich finde ich eine adäquate Bezahlung der medizinischen Dienstleistungen wichtig, aber es ist nicht unproblematisch, wenn dieses Prinzip mit dem Argument der Kostenersparnis noch verstärkt wird. Die Frage nach der Effizienz im Gesundheitswesen ist nicht dasselbe wie die Frage der Effektivität. Für die Wirtschaftstheorie, die sich unter anderem mit dem rationalen Einsatz knapper ökonomischer Ressourcen befasst, ist diese für das Gesundheitswesen (und alle Care-Leistungen) notwendige Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität ein schwieriges, ungewohntes Problem.

Auch die Fallentschädigung ändert nichts an diesem Problem, ganz im



Gegenteil. In den Jahrzehnten der Entstehung der modernen Datenverarbeitungs- und Informationstechnologien ist die evidence-based medicine entstanden, die es erlaubt, Informationen zur medizinischen Behandlung von Hunderttausenden von Menschen zu speichern (Hart, 2006). Sie bietet die (scheinbare) Möglichkeit, eine abstrakte Verbindung zwischen Effektivität und Effizienz von Behandlungen herzustellen, das heisst, das Subjekt-Subjekt-Verhältnis des Behandlungsprozesses zu verobjektivieren. Verbunden mit der Fallpauschale, wird es in Zukunft nicht mehr die paternalistische Autorität des Arztes brauchen, um die Regierung des Individuums im Gesundheitswesen durchzusetzen. Vielmehr wird sich ein Behandlungsteam einer standardisierten Vorgehensweise, die sozusagen von der Forschung als erfolgreichste und vergleichsweise günstigste Behandlungsform bezeichnet wird, unterwerfen und diese möglichst optimal umsetzen müssen.

Bei der evidence-based medicine gibt es drei grundlegende Probleme, die sich bei der Kontroverse um die Komplementärmedizin besonders deutlich gezeigt haben:

1. Zu welchem Zeitpunkt wird der Erfolg einer Behandlung gemessen? Im Denkmodell der Wirtschaftstheorie kaufe ich ein Produkt, wenn es da ist. Was ich damit mache, interessiert nicht. Die Tatsache, dass ich es gekauft habe, ist der Evidenzbeweis. Aber wie steht es mit medizinischen Behandlungen oder Pflegeleistungen? Ihre Wirkungen, ob positiv oder negativ, dauern oft lange an, manchmal lebenslänglich. Welcher Zeitpunkt der Messung soll entscheidend sein?

2. Die evidence-based medicine geht von objektivier- und messbaren Kriterien aus, letztlich von einem Subjekt-Objekt-Verhältnis zwischen behandelnden Personen und PatientInnen. Der Behandlungserfolg wird vorwiegend unabhängig von den Behandelten und deren Selbstwahrnehmungen gemessen – oder dann mit fragwürdig standardisierten Fragebogen, die mit seltsamen, etwas lächerlichen Befindlichkeitsfragen aufwarten. Ein seit wenigen Jahren dauerndes britisches Programm, in dem eine evidence-based medicine entwickelt wird, die auch das Wissen und die Erfahrung von PatientInnen miteinbezieht, stösst auf etlichen Widerstand seitens der ÄrztInnen, des Pflegepersonals und der ApothekerInnen. Ihre Sorge ist, dass sie der Miteinbezug der PatientInnen in die Informationensammlung zuviel Zeit kostet! (Hart, 2006)

3. Die Individualität, die Eigendynamik und die Komplexität der Krankheiten jeder Person bleiben auf der Strecke. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass viele der Forschungen in der Prävention und der



evidence-based medicine wie in der Mainstream-Ökonomie mit statistischen Korrelationsuntersuchungen arbeiten. Diese können zwar wichtige Verfahren darstellen, um Medikamente auf schädliche Auswirkungen für eine signifikante Zahl von PatientInnen zu untersuchen. Dagegen ist nicht unbedingt etwas einzuwenden. Die Frage, ob die Wirkung der Medikamente auch zu einem individuellen Heilungsprozess führt, ist aber mit solchen Korrelationsverfahren wesentlich schwieriger zu beantworten. Dies ist im Fall von chronischen Krankheiten besonders augenfällig und hat mit der Komplexität des menschlichen Körpers und der menschlichen Psyche zu tun. Wer wirklich alternativ-medizinisch argumentieren will, muss mit der Komplexität der Behandlung einer Krankheit argumentieren. Ich bin überzeugt, dass sich der Kampf gegen den Neoliberalismus die Verteidigung der Komplexität auf die Fahne schreiben muss. Ohne Standardisierung kein Kapitalismus und keine Massenwaren. Trotz aller schönen Absichtserklärungen ist der Zweck jeglicher Standardisierung, auch wenn sie unter dem Etikett ›Qualitätsmanagement‹ daherkommt, vorwiegend Zeit- und damit Kostensparnis sowie die Möglichkeit, die Produktion maschinell zu organisieren und die Entscheidungs- und Austauschverhältnisse zu kontrollieren.

Mir ist im besten Fall ansatzweise klar, was das, worüber ich hier bruchstückhaft Argumente zusammengetragen habe, für eine kritische Gesellschaftspolitik heisst. Feministische TheoretikerInnen der Care-Ökonomie (z.B. Folbre, Hochschild) reden (diffus) von der Notwendigkeit, eine Care-Bewegung oder eine Zeit-Bewegung aufzubauen. Was meinen jetzigen Überlegungsstand anbelangt, so halte ich die Debatten über das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Sozialversicherungen für eine gesellschaftspolitisch strategische Frage, die weit über traditionelle sozialpolitische Fragen hinausgeht. Ich denke, dass es um ein Gegenmodell zum gegenwärtigen Regieren des Individuums geht. Es geht dabei um die Beispielhaftigkeit des Gesundheitswesens in dieser Beziehung und auch in der Art und Weise, wie hier die technische Entwicklung zu Avantgarde-Projekten der neoliberalen Regierungsweise führt. Aber was heisst das genau? Das ist der Punkt, an dem ich einen sehr grossen Diskussions- und Forschungsbedarf sehe.



Anmerkungen

Der vorliegende Text, mein Beitrag zur Denknetz-Fachtagung vom 15. Juni 07, wirft teilweise neue Fragen auf und ist deswegen ziemlich bruchstückhaft. Die Literaturliste ist sehr reduziert, zum Thema Care habe ich wenn möglich kurze und neuere Übersichtsartikel angegeben. Kommentare würden mich freuen: mmadoerin@bluewin.ch

- 1 Dieser Begriff von Michel Foucault enthält zwei Aspekte: Die Herrschaft (durch Regierung, Wirtschaft, Medien etc.), der sich die Menschen unterwerfen, und gleichzeitig die Art und Weise, wie sie sich selbst als Individuen durch ihr Verhalten und ihr Bewusstsein verwirklichen und eine eigene Identität entwickeln.
- 2 >Dienstleistungen für Unternehmen, Informatik, Forschung und Entwicklung und Immobilien< – ein Sektor mit vielen persönlichen Dienstleistungen gegenüber Unternehmen (von Advokaturbüros bis zu Putzinstituten)

Literatur

- Bundesamt für Statistik (Juni 2003). Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000. Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken, Revidierte Zeitreihen, BFS aktuell.
- Bundesamt für Statistik (2004). Satellitenkonto Haushaltsproduktion – Pilotversuch für die Schweiz. Neuenburg.
- Bundesamt für Statistik (2005). Indikatoren der Kosten und Ressourcen der Schweizer Spitäler. StatSanté. 1/2005.
- Bundesamt für Statistik (2006). Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2004. Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken. Januar 2006.
- Camenzind, Paul, Claudia Meier (Hrsg.) (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern.
- Donath, Susan (2000). The Other Economy. A suggestion for a Distinctively Feminist Economics. In: Feminist Economics, Jg. 6, H. 1.
- England, Paula, Nancy Folbre (2003). Contracting for Care. In: Feminist Economics Today. Beyond Economic Man. Edited by Marianne A. Felber and Julie A. Nelson, University of Chicago.
- Gershuny, Jonathan (2000). Changing Times, Work and Leisure in Postindustrial Society. Oxford.
- Hart, Julian Tudor (2006). The political economy of health care. A clinical perspective. Bristol.
- Himmelweit, Susan (1995). The Discovery of >Unpaid Work<: The social Consequences of the Expansion of >Work<. In: Feminist Economics, Jg. 2, H.2.
- Hochschild, Arlie Russell (2003). The Commercialization of Intimate Life. Notes From Home and Work. Berkeley, Los Angeles, London.
- Hochschild, Arlie Russell (1990). Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/New York.
- Ironmonger, Duncan (1996). Counting Outputs, Capital Inputs and Caring Labor. Estimating Gross Household Product. In: Feminist Economics, Jg. 2, H. 3.
- Jochimsen, Maren A. (2003). Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science. Boston, Dordrecht, London.
- Lemke, Thomas (2007). Gouvernementalität und Biopolitik. Wiesbaden.
- Lemke Thomas (1997). Eine Kritik der politischen Vernunft – Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität. Berlin, Hamburg.
- Madörin, Mascha, Andrea Pfeifer (2003). Ausgaben des Kantons Basel-Stadt und unbezahlte Arbeit. In: Gleichstellungsbüro, Statistisches Amt und Frauenrat des Kantons Basel-Stadt (Hg.). Der kleine Unterschied in den Staatsfinanzen. Geschlechterdifferenzierte Rechnungsanalysen im Kanton Basel-Stadt. Basel.
- Madörin, Mascha (2005). Die Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie. In: Managed Care 7/8, 2005.
- Madörin, Mascha (2005a): Feministische Ökonomiekritik und Wirtschaftspolitik. In: Widerspruch 48. Zürich.
- Madörin, Mascha (2006). Plädoyer für eine eigenständige Theorie der Care-Ökonomie. In: Niechoj T., Tullney M. (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie. Marburg.
- Person, Ian (2005). www.cnn.com/2005/TECH/05/12/visionary.pearson.



- Power, Marilyn (2004). Social Provisioning as a Starting Point for Feminist Economics. In: *Feminist Economics*, Jg. 10, H. 3.
- Reich, Robert B. (1992). *The Work of Nations. Preparing Ourselves for 21st-Century Capitalism*. New York.
- Schön-Bühlmann, Jacqueline (2005). Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten. In: *Soziale Sicherheit CHSS 5/2005*.
- Sommer, H. Jürg (1999). *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*. Stuttgart.
- Thiele, Günter (2004). *Ökonomik des Pflegesystems*. Heidelberg.