Beatrice Müller
Wert-Abjektion

ARBEIT – DEMOKRATIE – GESCHLECHT

herausgegeben von Ingrid Kurz-Scherf, Lena Correll, Stefanie Janczyk, Tina Jung, Julia Lepperhoff, Anja Lieb, Clarissa Rudolph und Alexandra Scheele

Band 24

Beatrice Müller, geb. 1977, Dr. phil., Politikwissenschaftlerin, promovierte im Fachbereich Erziehungswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg. Sie ist derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Vechta sowie im internationalen Projekt „Re-imagining Long-Term Residential Care: An International Study of Promising Practices".

Beatrice Müller

Wert-Abjektion

Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

1. Auflage Münster 2016
© 2016 Verlag Westfälisches Dampfboot
Alle Rechte vorbehalten
Umschlag: Lütke Fahle Seifert AGD, Münster
Druck: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier
ISBN 978-3-89691-856-7

Inhalt

Editorial der Reihenherausgeberinnen 11

Vorwort 13

Einleitung 15

1. Problemaufriss und Fragestellung 15

2. Theoretische und Methodische Verortungen 20

3. Methodik und empirischer Forschungsprozess 22

4. Konkretisierung der Problemlage und Vorgehen der Arbeit 26

Teil I: Care – Theoretische Annäherungen und Vertiefungen 29

1. Care und Care-Arbeit – Erste begriffliche Annäherung 29

2. Entwicklung der Care-Debatte – Systematisierungen 31
   - 2.1 Vorläufer der Care-Debatte 32
   - 2.2 Die Care-Debatte der 1980er- und 1990er-Jahre bis heute 33
   - 2.3 Care-Ökonomie 35

3. Zentralität und Charakteristik von Care – Anlehnung an die angloamerikanische Debatte 36
   - 3.1 Hintergrund: Limitierung älterer Care-Konzepte 37
   - 3.2 Care-Dimensionen 38
     - 3.2.1 Die Notwendigkeit der Care-Beziehung 38
       - 3.2.1.1 Hintergrund: Ethics of care 39
       - 3.2.1.2 Care-Arbeit als gesellschaftliche Praxis 41
     - 3.2.2 Care als gesellschaftlich konstituierter Beziehungsprozess 42
     - 3.2.3 Care-Arbeit als relational-leibliche Arbeit 45
       - 3.2.3.1 Thinly und thickly embodied labor 45

3.2.3.2 Care als leibliche Arbeit 49
3.2.3.3 Der Leib 49

4. Zwischenfazit: Die Charakterisierung von Care 52
4.1 Care-Arbeit und Care-Inhalt 52
4.2 Kritik am Care-Begriff und weiterer Analysebedarf 53

Teil II: Care als Reproduktion – Marxistisch-feministische Analysen 56

1. Hausarbeit im Kontext der 'Zweiten Frauenbewegung' und der 'Neuen Linken' 56
1.1 Die Hausarbeitsdebatte 58
1.1.1 Internationale Resonanz 59
1.1.2 Problematik und Kritik 61
1.2 Perspektiven und Anknüpfungspunkte 62

2. Abspaltung unentgeltlicher Tätigkeiten – Das Wert-Abspaltungstheorem 63

Teil III: Care als Abjekt – Das Theorem Wert-Abjektion 68

1. Abspaltung als Abjektion 68

2. Re-Konzeptualisierung des Wertverständnisses 71
2.1 Neue Marxlektüre statt „fundamentale Wertkritik" 71
2.2 Wertformanalyse 72
2.2.1 Klassenantagonismus 74
2.2.2 Wertbildungs- und Verwertungsprozess 76
2.3 Wert und Abjektion als soziale Form 77
2.3.1 Unbezahlte Care-Arbeit als Grundlage der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaftsformation 78
2.3.2 Verwerfung von Care-Arbeit – Finanzielle Notwendigkeit 81

3. Soziale Formen und Institutionen als Vermittlung 84

Teil IV: Care in Fordismus und Neoliberalismus – Institutionalisierung der Wert-Abjektion I 87

1. Care nach 1945 – Die so genannte Phase des Fordismus 87

2. Neoliberale Transformationen im Care-Sektor 88

Teil V: Care in klassischen 'Frauenberufen' – Institutionalisierung der Wert-Abjektion II 93

1. Entstehung und Hierarchisierung 'männlicher' Medizin und 'weiblicher' Krankenpflege als Beruf 93
   - 1.1 Rückblick: Heilkunde im Mittelalter 94
   - 1.2 Moderne Krankenpflege in der bürgerlichen Gesellschafft 94
     - 1.2.1 Kontext: Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft 95
     - 1.2.2 Das Verhältnis von Medizin und Krankenpflege 99
     - 1.2.3 Krankenpflege als 'Frauenberuf' 102

2. Pflege als semi-professioneller Schulausbildungsberuf heute – Doppelte Ungleichheit 104

3. Qualifikation und Arbeitsorganisation in Pflegeberufen 107
   - 3.1 Visible versus invisible Skills 109
   - 3.2 Kontrolle über die eigenen Arbeitsabläufe 111

Teil VI: Care im neoliberalen Pflegesektor in Deutschland – unsichtbar und unbezahlt 113

1. Care im Rahmen der Pflegeversicherung – Einleitende Annäherungen 114
   - 1.1 Restrukturierung des Pflegesektors 115
   - 1.2 Der ambulante (Alten-)Pflegesektor in Deutschland 118

2. Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung 119
   - 2.1 Pflegestufen und Leistungen der Pflegeversicherung 120
   - 2.2 Vorrang der ambulanten Versorgung 123

2.3 Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff 124
2.3.1 Engführung auf vier Bereiche und 21 Verrichtungen 126
2.3.2 Explizite Ausschlüsse bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit 127
2.3.2.1 Die 'Verrichtungen' in der Richtlinie des MDS – Sprachliche Auffälligkeiten 128
2.3.2.2 Charakterisierung der 'Verrichtungen' – Inhaltliche Ausschlüsse 130
2.4 Kritik an der pauschalen Zeitbegrenzung der 'Verrichtungen' 132
2.5 Zwischenfazit: Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung 136

3. Auswirkungen der neoliberalen Restrukturierungen auf die Pflegeinfrastruktur und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der ambulanten Pflege 139
3.1 Konkurrenz und der Aufstieg privater Pflegeunternehmen 139
3.2 Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Qualitätssicherung 141
3.3 Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse 142
3.3.1 Prekarisierung der Arbeit 142
3.3.2 Arbeitsorganisation: Taylorisierung und „traditionelle Entgrenzung" 144

Teil VII: Care- und Pflegearbeitsverhältnisse aus Sicht der Pflegerinnen 148

1. Care in der ambulanten Pflege – Ziele der Interviewanalyse 148

2. Care- und Pflegearbeit im ambulanten Pflegesektor im Neoliberalismus – Die Sicht der Pflegerinnen 149
2.1 Phänomen: Abjektion relational-leiblicher Care(-Arbeit) 151
2.1.1 Abjektion des Leiblich-Diffusen 154
2.1.2 Abjektion emotionaler Dimensionen 155
2.2 Ursachen der Abjektion: Zeitdruck, Leistungsmodule und Taylorisierung der Arbeit 158

2.3 Konsequenzen der Abjektion von Care 162
2.3.1 Nicht-Anerkennung und Verhinderung des Einsatzes von Qualifikationen und Fähigkeiten (De-Qualifizierung) 163
2.3.2 Stress, schlechtes Gewissen, Erschöpfung 166
2.3.3 Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen 167

3. Zwischenfazit – Beantwortung der aufgeworfenen Fragen 172

Schlussbetrachtung 174

1. Zusammenfassung und Fazit 174

2. Ausblick 176
2.1 Empirischer und theoretischer Forschungsbedarf 176
2.2 Alternative Care-Beziehungen und -Verhältnisse 178

Anhang 183
1. Interviews und Interviewführung 183
2. Transkriptionsregeln 185
3. Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI 187

Literatur 212

Editorial der Reihenherausgeberinnen

Viel ist in den vergangenen Jahren über Care und Care-Arbeit veröffentlicht und diskutiert worden. Auch wenn die Themen der Care-Debatte schon seit den 1970er Jahren Gegenstand feministischer Forschung waren (so etwa als Diskussion um Haus- und Reproduktionsarbeit), erfährt dieser Problemkomplex in der jüngeren Zeit vor allem im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Krisendynamiken eine neue Aufmerksamkeit.

Mit ihrer Dissertation setzt Beatrice Müller an dieser Care-Krise an, die sich u.a. in den Care-Lohnarbeitsverhältnissen am Beispiel der (Alten-)Pflege in Deutschland zeigt. Einerseits, so zeigt sie, ist die als Care-Krise bezeichnete Problematik keineswegs neu. Sie unterliegt aber mit der fortschreitenden Kommodifizierung von Care-Tätigkeiten im neoliberalen Kapitalismus einer deutlichen Zuspitzung. Im Wandel von Care und in der Zuspitzung der Care-Krise ist aus ihrer Sicht andererseits aber auch eine Konstante zu identifizieren, „die sich durch alle Phasen des patriarchalen Kapitalismus zieht und die, vereinfacht ausgedrückt, in der permanenten Abwertung und Auslagerung von Care und Care-Arbeit (häufig dann als unbezahlte Arbeit strukturiert) liegt". Vor dem Hintergrund dieses Befundes ist es Beatrice Müller ein Anliegen, die permanente Abwertung und Auslagerung von Care und Care-Arbeit theoretisch zu erklären. Dabei berücksichtigt sie sowohl die ökonomische als auch die kulturell-symbolische Dimension der Thematik und es werden abstrakt-theoretische Perspektiven auf den Gegenstand mit einer historisch-empirischen Betrachtungsweise unterfüttert und vermittelt.

Beatrice Müller gelingt es, dieses höchst anspruchsvolle und komplexe Vorhaben in ein eigenständiges, neues Theorem zu überführen, nämlich das der Wert-Abjektion. Damit leistet sie einen bemerkenswerten Beitrag zur Forschung und Theoriebildung über Care und Care-Arbeit, die feministische und marxistische Denkweisen produktiv miteinander verbindet. Sie macht deutlich, dass die Persistenz im Wandel der sozialen Reproduktion eben darin besteht, dass der eigentliche Inhalt von Care, nämlich die *relational-leibliche Arbeit*, aus der formal organisierten Pflegelohnarbeit abgewertet und ausgelagert wird.

Mit dem Theorem der Wert-Abjektion bereichert die Arbeit von Beatrice Müller die feministische politische Ökonomie, die feministische Kapitalismuskritik und die feministische Care-Debatte in gleich mehrfacher Hinsicht. Originell und viel versprechend sind zum einen ihre Erläuterungen zum fundamentalen Zusammenhang zwischen Kapitalismus und Patriarchat und den darin angelegten Pathologien. Inspirierend sind zum anderen auch die Ausführungen über

die verschiedenen Inhalte der Care-Arbeit. Hier unterscheidet Beatrice Müller zwischen funktional-rationalen Aspekten von Care und Care-Arbeit, die der Ökonomisierung und Kommodifizierung zugänglich sind, und extra-funktionalen, leiblich-beziehungsorientierten Aspekten von Care und Care-Arbeit, die auch in der kommodifizierten Care-Arbeit abgewertet und ausgelagert werden. So wird klar, dass Care auch in Form bezahlter Arbeit starke Anteile unbezahlten Engagements enthält.

Dies führt abschließend zur Frage, wie alternative Care-Verhältnisse erkämpft werden können. Aus der Perspektive der Arbeit von Beatrice Müller besteht kein Zweifel an der Notwendigkeit eines umfassenden Transformationsprojekts, das die Ökonomisierung von Care-Arbeit ebenso wie die Auslagerung an zumeist Frauen bzw. die Verschiebung der Arbeit an prekär beschäftigte und niedrigentlohnte Migrantinnen in den Blick nehmen muss. Die Kritik der „verschärften Zumutungen im Care-Bereich" muss, so legt Beatrice Müller dar, dabei an eine grundsätzliche Kritik am patriarchalen Kapitalismus rückgebunden bleiben.

Vorwort

Das vorliegende Buch ist eine leicht veränderte Version meiner Dissertation, die 2015 an der Philipps-Universität Marburg erfolgreich abgeschlossen wurde. An dieser Stelle möchte ich meinen Dank für Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Dissertation ausdrücken.

Allen voran danke ich meinen beiden Betreuerinnen. Meiner Erstbetreuerin Prof. Dr. Anke Abraham bin ich zu sehr großem Dank verpflichtet – für Vieles, aber vor allem dafür, dass sie mir ein Arbeitsumfeld ermöglicht hat, in dem ich mich eingehend mit dem Thema auseinandersetzen konnte, und dass sie mich von der ersten vagen Idee bis zur Fertigstellung der Dissertation in konstruktiver und ermutigender Weise unterstützt hat. Auch war es wichtig für mich, dass Anke bis kurz vor Fertigstellung der Dissertation theoretische und konzeptionelle Fragen mit mir erörtert hat. Meiner Zweitbetreuerin Prof. Dr. Susanne Maurer gilt mein großer Dank für kontinuierliche und anregende Unterstützung innerhalb und außerhalb ihres Promotionskolloquiums, in dem ich verschiedene Teile der Dissertation diskutieren konnte. Ich danke ihr auch für spontane Unterstützung kurz vor der Abgabe.

Mein besonderer Dank geht an meinen Partner John Kannankulam sowie an meine Freundinnen Eva Berendsen, Tina Jung und Gundula Ludwig: Sie haben mich kontinuierlich in den Höhen und Tiefen der Dissertation begleitet und mich darüber hinaus vor allem in der Abschlussphase inhaltlich und emotional unterstützt und sich die Mühe gemacht, auch die Endversion der Arbeit zu lesen.

Sehr bereichernd war die Teilnahme an dem von Prof. Dr. Pat Armstrong geleiteten Promotionsseminar *Selected Topics of Work and Occupations: The Political Economy of Work* an der York University in Toronto. Die instruktiven Diskussionen um das Thema Arbeit und Care haben das Promotionsprojekt wesentlich geformt. Auch wenn die Arbeit den Fokus auf theoretische Analysen legt, haben die Interviews mit Pflegekräften den Erkenntnisprozess wesentlich beeinflusst. Daher gilt mein großer Dank auch meinen Interviewpartnerinnen, die mir die Gelegenheit gegeben haben, einen Einblick in ihre tägliche Arbeit zu bekommen. Ihre ausführlichen Erzählungen haben deutlich zum Erkenntnisprozess dieser Arbeit beigetragen.

Für die sehr inspirierende und wichtige Unterstützung bezüglich psychoanalytischer Fragen danke ich Helga Krüger-Kirn. Auch möchte ich den Mitgliedern des Promotionskolloquiums von Susanne Maurer für Diskussionen und Unterstützung Dank sagen, hier vor allem Denise Berggold-Caldwell, Wiebke Dierkes, Jasmin Scholle, Jakob Will und Betti Wuttig. Wichtig waren auch die

schönen Mittagspausen mit Susanne Heyn, Carmen Ludwig und Alek Ommert in der Bibliothek.

Ich danke dem DAAD und der *Marburg University Research Academy* (MARA) für die finanzielle Unterstützung des Forschungsaufenthalts in Toronto. Bei letzterer bedanke ich mich ebenfalls für das viermonatige Gleichstellungsstipendium zum Abschluss der Dissertation. Für einen Druckkostenzuschuss zur Drucklegung des vorliegenden Buchs danke ich der Wilhelm Hahn und Erben Stiftung, Bad Homburg. Ich danke den Herausgeberinnen der Reihe Arbeit – Demokratie – Geschlecht für die Möglichkeit das Buch in ihrer Reihe zu publizieren sowie Susanne Paul-Menn vom Verlag Westfälisches Dampfboot für die gute und geduldige Zusammenarbeit. Ein herzlicher Dank geht auch an Judith Guzzoni, die überaus gründlich und genau die Dissertation korrigiert und lektoriert hat. Neben sprachlicher, inhaltlicher und formaler Unterstützung danke ich ihr auch für ihren emotionalen Support auf den letzten Metern.

Ebenso möchte ich mich für weitere, ganz unterschiedliche Unterstützung in verschiedenen Phasen der Dissertation bedanken: besonders bei Mirjam Dierkes aber ebenso bei Judith Blume, Ortrun Brand, Christopher Drum, Dietmar Flucke, Julia Graf, Anja Lieb, Maren Nosthoff, Stefan Schoppengerd, Lea Spahn, Guido Speckmann sowie bei meinen Nichten und Neffen Carlotta, Pauline und Bruno Maur, meinem Bruder Mario Müller-Maur und Anja Maur für ihren Support.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meinen Eltern, Mia und Peter Müller, die mir überhaupt erst den Weg bis hierhin ermöglicht haben. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

Einleitung

> We want and must say that we are all housewives,
> we are all prostitutes, and we are all gay,
> because as long as we accept these divisions,
> and think that we are something better,
> something different than a housewife,
> we accept the logic of the master.
>
> *Federici [1975] 2012, 22*

> *alle Verhältnisse umzuwerfen*,
> in denen der Mensch ein erniedrigtes,
> ein geknechtetes, ein verlassenes,
> ein verächtliches Wesen ist
>
> *MEW I, 385; Hervorh. im Orig.*

1. Problemaufriss und Fragestellung

In den vergangenen Jahren ist die Thematisierung von Care und Care-Arbeit – hier vorerst vereinfacht als Fürsorge und fürsorgliche Arbeit verstanden – auch im deutschsprachigen Raum vielfach ins Zentrum der Aufmerksamkeit sozialwissenschaftlicher Forschung gerückt. Dies lässt sich nicht zuletzt durch die verstärkte Auseinandersetzung mit der Thematik in verschiedenen Fachzeitschriften (z.B. Soziale Welt, Sonderband 20, 2014; Das Argument 3/2011; feministische studien 2/2013; Widersprüche 4/2014) sowie durch zahlreiche Tagungen zur Thematik kennzeichnen.[1]

Feministische Forschung beschäftigt sich aber nicht erst gegenwärtig mit Care und Care-Arbeit. In den 1970er-Jahren entwickelte sich eine, im Kontext der zweiten Frauenbewegung und darüber hinaus geführte, marxistisch-feministische Debatte um Haus- und Reproduktionsarbeit. Nachdem die Auseinandersetzung

1 Z.B. die Jahrestagung der Sektion feministische Theorie und Geschlechterforschung FTh.G in der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie zum Thema „*Care! Feminism confronts Capitalism. Herrschaft, Protest, Visionen im Feld der Sorgearbeit*" an der Universität Linz.

nach ihrem Höhepunkt in den 1970er- und 1980er-Jahren abgeflaut war, nimmt sie unter dem Begriff Care erneut Fahrt auf. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur stellen fest, dass „[s]eit den 1990er Jahren [...] in der feministischen Theorie immer weniger von 'Reproduktion' und immer mehr von 'Care' gesprochen" wird (Apitzsch/Schmidbaur 2010, 12). Margrit Brückner zufolge findet schon

> [s]eit drei Jahrzehnten eine internationale, feministische Debatte um 'Care' statt, die sich aus verschiedenen disziplinären und interdisziplinären Strängen zusammensetzt, welche nicht ohne Weiteres zusammenzufügen sind. Sie haben aber alle das Anliegen, 'Care' als notwendige gesellschaftliche Aufgabe einzufordern. (Brückner 2010, 44)

Care ist demzufolge ein für die feministische Forschung allgegenwärtiges Thema, dessen Wurzeln bei 'älteren' Debatten liegen, die zentral mit der 'Zweiten Frauenbewegung' verknüpft sind. Gleichwohl stellt die Care-Debatte in Deutschland einen Bruch mit den 'älteren' Auseinandersetzungen dar, der sich auch in den weniger differenztheoretischen und stärker dekonstruktivistisch orientierten Perspektiven zeigt (Brückner 2010, 47).

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Thematisierung von Care gegenwärtig nicht mehr nur auf den Kreis feministischer Wissenschaftler_innen beschränkt ist, sondern auch im Mainstream der Wissenschaft als zentrales Thema angekommen ist. Dies zeigt sich z.B. durch die zentrale Platzierung der Care-Thematik auf dem ISA-Weltkongress der Soziologie 2014 und die Aufnahme eines Blogs *Care*! der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Aulenbacher u.a. 2014, 5).

Soziale Bewegungen setzen ebenfalls das Thema Care oben auf ihre Agenda (z.B. Blockupy 2013) oder schließen sich sogar unter einem 'neuen' Label zusammen, um die Krise der sozialen Reproduktion durch eine „Care-Revolution" zu überwinden (Netzwerk Care Revolution 2014; Widersprüche 4/2014).

Die 'neue' Thematisierung von Care, wie auch generell die verstärkte Thematisierung von Arbeit und Ungleichheit im Kontext von Klassen-, Geschlechter- und rassistischen Verhältnissen, spiegelt nicht zuletzt die Krise des neoliberalen Kapitalismus wider, die sich auch zentral in einer Care-Krise äußert (vgl. Aulenbacher u.a. 2014, 5). Bereits im Jahr 1995 hatte Arlie Hochschild (1995, 332) auf diese wachsende Care-Krise aufmerksam gemacht, welche sich in einem gesteigerten Care-Defizit in Ländern des globalen Nordens[2] äußert und durch Kürzungen der

2 Der Begriff 'globaler Norden' ist ein politischer Begriff, der wie der Begriff 'globaler Süden' nicht strikt im geographischen Sinn gemeint ist. Mit letzterem Begriff „wird eine im globalen System benachteiligte gesellschaftliche, politische und ökonomische Position beschrieben. Globaler Norden hingegen bestimmt eine mit Vorteilen

Staatsausgaben in diesem Bereich, bei gleichzeitig gestiegenen Care-Bedürfnissen, ausgelöst wurde. Das Care-Defizit wird, wie Hochschild in späteren Arbeiten analysiert, teilweise durch *globale care chains* kompensiert, indem Frauen in reichere Länder migrieren, um dort Care-Arbeit zu leisten. Care wird damit zu einer 'transnationalen Ware' (Tronto 2011, 162), wodurch das Care-Defizit in reichen Ländern teilweise aufgefangen (Hochschild 2000), das Care-Potenzial den Ländern des 'globalen Südens' jedoch entzogen (*care drain*) wird (Hochschild 2003; Lutz/Palenga-Möllenbeck 2012; Müller 2014).

Die Care-Krise zeigt sich auch in den formalen Care-*Lohn*arbeitsverhältnissen wie etwa im (Alten-)Pflegesektor in Deutschland.[3] An der Oberfläche wird die Krise durch die im öffentlichen Diskurs oftmals skandalisierten Zustände in den Altenheimen und den so genannten Pflegenotstand wahrgenommen. Diesen Krisenerscheinungen liegt eine umfassende Umstrukturierung des Arbeitsfeldes der Pflege zugrunde, die durch die neoliberalen Transformationen, v.a. durch die Einführung der Pflegeversicherung, eingeleitet wurde und als Ökonomisierung und Kommodifizierung von Care- und Pflegearbeit bezeichnet wird.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen den zeitgenössischen Wandel der Organisation von Care(-Arbeit) und sozialer Reproduktion. Gleichwohl zeigt ein historischer Rückblick, dass Care und Care-Arbeit nicht erst gegenwärtig in die Krise geraten ist[4] (vgl. Klinger 2013a). Schon mit der Entstehung des patriarchalen Kapitalismus[5] etabliert sich ein System, das konzeptionell auf der

---

bedachte, privilegierte Position. Die Einteilung verweist auf die unterschiedliche Erfahrung mit Kolonialismus und Ausbeutung, einmal als Profitierende und einmal als Ausgebeutete. Die Einteilung in Süd und Nord ist zwar auch geographisch gedacht, aber nicht ausschließlich. [...] Mit dem Begriffspaar wird versucht, unterschiedliche politische Positionen in einem globalen Kontext zu benennen, ohne dabei wertende Beschreibungen wie z.B. 'entwickelt', 'Entwicklungsländer' oder 'Dritte Welt' zu benutzen." (glokal 2012, 4).

3 Ich verwende die Begriffe Care und Pflege nicht synonym, wie sich im weiteren Verlauf der Arbeit noch zeigen wird. Care-Arbeit ist die umfassende fürsorgliche Praxis, die Zuwendung, aber auch direkte körperliche Care-Arbeit wie Wickeln oder Füttern umfassen kann. Als Pflegearbeit bezeichne ich die institutionalisierte Praxis, die mehr oder weniger Care enthalten kann.

4 Die Begriffe Care und Care-Arbeit verwende ich häufig zusammen und verweise auf sie, als wären sie nur ein Begriff, im Singular, um die Nähe zwischen beiden zu verdeutlichen und dennoch aufzuzeigen, dass die Begriffe nicht in eins fallen. Für eine ausführlichere Begründung siehe Teil I, FN 17.

5 Damit soll nicht gesagt werden, dass Care und Care-Arbeit nicht schon vor der Entstehung des Kapitalismus abgewertet wurde. Mir geht es an dieser Stelle allerdings

Ausgrenzung der Kosten für Care basiert und historisch diese Arbeit (häufig als unbezahlte oder niedrig entlohnte) entlang sexistischer und auch rassistischer und sozial-ungleicher Achsen zuweist. Selbstverständlich liegen deutliche Unterschiede zwischen dem frühen Kapitalismus auf der einen Seite, als Care-Arbeit fast gänzlich 'private' Arbeit war, die Ehefrauen, bezahlten Dienstbotinnen und Mägden zugewiesen wurde, und dem fordistischen Wohlfahrtsregime auf der anderen Seite, in dem die Care-Versorgung teilweise durch wohlfahrtsstaatliche Organisationen sozialisiert und damit teilweise de-privatisiert wurde. Dennoch besteht die Konstante darin, dass Care und Care-*Arbeit* zumeist unbezahlte, ausgelagerte und nicht (bzw. sehr spezifisch) im öffentlichen Sektor organisierte Arbeit war und Care damit aus der Perspektive zu verringernder Kosten betrachtet wurde.

Im neoliberalen Kapitalismus stellt sich die Organisation von Care und Care-Arbeit auf den ersten Blick gänzlich anders dar. Hier wird von der „Ökonomisierung des Sozialen", von einer In-Wertsetzung oder „Landnahme" der sozialen Reproduktion gesprochen. Gemeinsam ist diesen Diagnosen, dass sie davon ausgehen, dass Care und Care-Arbeit nicht mehr wie bisher aus dem Blickwinkel der Kostenbegrenzung betrachtet wird, sondern aus der Perspektive der Wertschöpfung (Klinger 2012) und damit der Frage der In-Wertsetzbarkeit von Care.

Auch wenn diesen Diagnosen zunächst zuzustimmen ist und von einer Ökonomisierung und Kommodifizierung von Care und Care-Arbeit (auch im Altenpflegebereich in Deutschland, auf den diese Arbeit empirisch fokussiert) gesprochen werden kann, womit der *Wandel* im Bereich der sozialen Reproduktion verdeutlicht wird, so ist es m.E. gleichwohl relevant, auf die *Persistenzen* hinzuweisen: Denn als zentrale Gemeinsamkeit aller historischen Phasen des patriarchalen Kapitalismus hinsichtlich der Organisation von Care und Care-Arbeit kann herausgearbeitet werden, dass Care und Care-Arbeit zu einem großen Teil als abgewertete, unsichtbare und unbezahlte Arbeit strukturiert ist, die von Frauen getätigt wird. Care-Arbeit wird auch heute in die 'Privatsphäre' und gezielt an Angehörige und ehrenamtlich Tätige ausgelagert und damit unsichtbar gemacht oder niedrigentlohnt an Migrantinnen verschoben. Die In-Wertsetzung von Care bringt neue Probleme mit sich und gleichzeitig bleiben die 'alten' bestehen. Denn – so will ich in dieser Arbeit verdeutlichen – es werden weiterhin wichtige Elemente von Care ausgelagert und spezifisch abgewertet. Auch im formalen

---

um die spezifische Abwertung und die Notwendigkeit dieser Abwertung im Kapitalismus.

Care-Lohnarbeitssektor, wie ich am Beispiel der ambulanten Pflege verdeutliche, ist diese Arbeit häufig niedrig entlohnt und wenig anerkannt.

Die Konstante zeigt sich darüber hinaus in der Abwertung und Auslagerung des eigentlichen Inhalts von Care, nämlich der Beziehungsarbeit, aus der formal organisierten Pflege*lohn*arbeit. Denn die umfassende Kommodifizierung von Care ist, wie schon viele Feminist_innen bezogen auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext festgestellt haben, gar nicht möglich (z.B. Haug 1996a, 141; Himmelweit 2008, 350; Madörin 2009b, 93; Mahon/Robinson 2011, 7; Senghaas-Knobloch 2005, 61; Tronto 2011, 162f.), was auch im Rahmen der ambulanten Pflege offensichtlich wird. Die Kommodifizierung der Pflegearbeit basiert vielmehr gerade darauf, dass wichtige Elemente, von mir in Teil I dieser Dissertation als Care-Inhalt bezeichnet (Baines 2004), nicht in-Wert gesetzt werden können.

Die hier aufscheinende Konstante, die sich durch alle Phasen des patriarchalen Kapitalismus zieht und die, vereinfacht ausgedrückt, in der permanenten Abwertung und Auslagerung von Care und Care-Arbeit (häufig dann als unbezahlte Arbeit strukturiert) liegt, gilt es zu erklären. Vor diesem Problemhintergrund lautet daher die Fragestellung dieser Arbeit: *Wie kann diese 'permanente' Abwertung und Auslagerung von Care und Care-Arbeit theoretisch erklärt werden?* Dabei geht es darum, den *strukturellen Zusammenhang der Abwertung* freizulegen, denn m.E. liegt dieser in einer spezifischen Dynamik des patriarchalen Kapitalismus begründet. Dabei suche ich nach einer Erklärung, die sich nicht auf die *ökonomische Ebene* beschränkt, sondern auch *kulturell-symbolisch* die Abwertung von Care zu erfassen vermag. Darüber hinaus richtet sich der Blick nicht nur auf abstrakt-theoretische Prozesse, vielmehr soll die Perspektive auch für die konkreten Differenzen der Organisation bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit (v.a. im Pflegesektor) in verschiedenen historischen Epochen des patriarchalen Kapitalismus geöffnet werden.

Diese doppelseitige Forschungsperspektive orientiert sich an dem programmatischen Vorschlag von Pat Armstrong und Hugh Armstrong im Rahmen eines Ansatzes der Feminist Political Economy (FPE), gleichzeitig zu „verallgemeinern und zu differenzieren" (Armstrong/Armstrong 2002) (*to lump and to slice*). Dabei gehe ich davon aus, dass es einer strukturellen Erklärung (*to lump*) für die Abwertung von Care und Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus bedarf, die also auf einer hohen Abstraktionsebene die Gemeinsamkeiten der Abwertung herausarbeitet. Dabei ist es mir ein Anliegen, unbezahlte Care-Arbeit im Verhältnis zu Lohnarbeit zu analysieren, damit den grundsätzlichen Zusammenhang der kapitalistischen Produktions- und Reproduktionsweise und der Care-Arbeit

auszuloten – und gleichzeitig diese abstrakte Analyse an konkrete empirische Untersuchungen (*to slice*) anzubinden und damit auch zu fundieren. Die konkrete Feinanalyse der Organisation von Care am Beispiel der ambulanten Altenpflege wird die konkrete Abwertung von Care detailliert nachvollziehen, illustrieren und damit ggf. die theoretische Analyse anpassen. Vor diesem Problemhintergrund werfe ich folgende Fragen[6] auf:

1. Wie kann die strukturelle Abwertung von Care(-Arbeit) – auf ökonomischer sowie kulturell-symbolischer Ebene – analysiert und theoretisch gefasst werden?
2. Wie kann eine abstrakt-theoretische Analyse mit historisch-empirischen Perspektiven in Zusammenhang gebracht bzw. fruchtbar verknüpft werden?

Mithilfe des von mir in diesem Kontext entwickelten Theorems der *Wert-Abjektion* sollen Antworten auf diese Fragen gefunden werden, die auch eine Verbindung von Mikro-, Makro- und Meso-Ebene sowie die Analyse der Abwertung von Care auf der kulturell-symbolischen wie ökonomischen Ebene ermöglichen. Bevor ich auf das konkrete Vorgehen in den einzelnen Teilen dieser Arbeit eingehe und darlege, auf welche Weise ich mich diesen Fragen annähere, werde ich im Folgenden die theoretische Verortung und das methodische Vorgehen der Arbeit erläutern.

2. Theoretische und Methodische Verortungen

Meine theoretische Positionierung liegt im Feld kritischer Gesellschafts- und Subjekttheorie und umfasst marxistische und feministische Perspektiven. Gemeinsam ist diesen kritischen Theorietraditionen, dass sie sich der Gesellschaft nicht aus einer Problemlösungsperspektive heraus zuwenden und daher auch nicht nach den besten Bedingungen für eine 'gute Herrschaft' suchen, sondern es ihnen grundlegend um die Überwindung von Herrschaft geht (vgl. Jung 2016; Steinert 2007; vgl. auch Cox 1998). In diesem Sinne lese ich auch die beiden Eingangszitate von Silvia Federici und Karl Marx. Auch wenn sie sicherlich im Konkreten Unterschiedliches fokussieren, liegt das Gemeinsame m.E. in der grundsätzlichen Infragestellung und Zurückweisung der bestehenden Ordnung.

Karl Marx liefert das Werkzeug für diese grundlegende Gesellschaftskritik, indem er aufzeigt, dass hinter den scheinbar 'natürlichen' Kategorien der

6 Für die empirische Analyse habe ich detailliertere Unterfragen entwickelt, die ich in Teil VII dieser Arbeit darstellen werde.

bestehenden Ordnung spezifische gesellschaftliche Verhältnisse stehen, die im historischen Vergleich keineswegs immer schon so gewesen sind; die jeweils konkreten Verhältnisse sind durch die sich wandelnde gesellschaftliche Praxis unterschiedlich geformt und unterliegen einem permanenten Wandel.

In seiner Analyse der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft identifiziert Marx die „Ware" als deren „Elementarform" (MEW 23, 49) und geht vor dem Hintergrund der klassischen Politischen Ökonomie der Frage nach, wodurch den Waren ihr Wert zukommt. Wie auch die Klassiker der Arbeitswerttheorie (William Petty, David Ricardo, Adam Smith) betrachtet Marx den Wert einer Ware als Resultat vergegenständlichter Arbeit. Im Gegensatz zu den klassischen Politischen Ökonomen verneint er hingegen, dass dies eine transhistorische oder 'natürliche' Konstante menschlichen Lebens darstellt. Marx zufolge hat die Klassik

> niemals auch nur die Frage gestellt, warum dieser Inhalt jene Form annimmt, warum sich also die Arbeit im Wert und das Maß der Arbeit durch ihre Zeitdauer in der Wertgröße des Arbeitsproduktes darstellt? Formeln, denen es auf der Stirn geschrieben steht, daß sie einer Gesellschaftsformation angehören, *worin der Produktionsprozeß die Menschen, der Mensch noch nicht den Produktionsprozeß bemeistert*, gelten ihrem bürgerlichen Bewußtsein für ebenso selbstverständliche Naturnotwendigkeit als die produktive Arbeit selbst. (MEW 23, 95; Hervorh. B.M.)

In seiner historisch-materialistischen Argumentation relativiert und kritisiert Marx somit die Naturalisierung gesellschaftlicher Verhältnisse und leistet eine grundsätzliche Kritik daran, dass der gesellschaftliche Zusammenhang für die daran Beteiligten „die Form einer Bewegung von Sachen [besitzt], unter deren Kontrolle sie stehen, statt sie zu kontrollieren." (MEW 23, 89)

Dieser Perspektive der Gesellschaftskritik folgt auch die Argumentation dieser Arbeit. Weil Marx in seiner Kritik der politischen Ökonomie und der Bezugnahme auf die Lohnarbeit allerdings nur einen Teil der Arbeit, die gesellschaftlich notwendig ist, berücksichtigt, muss aus feministischer Perspektive der Blick auf den Gegenstand grundsätzlich erweitert werden. Damit kann die Methode der Marx'schen Kritik im Sinne einer Fokussierung auf die 'allgemeinsten' und 'abstraktesten' Formen der bürgerlichen Gesellschaft weiterhin verfolgt werden, aber die inhaltliche Ausformung ist eine andere.

Einer feministischen Perspektive als umfassenderes Projekt (Kurz-Scherf 2004) geht es ebenfalls um eine grundlegende Kritik der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft. Allerdings weitet sie die Kritikperspektive auch auf patriarchale Strukturen, androzentrische Universalismusansprüche und eine damit korrespondierende Betrachtungsweise aus, welche die männliche Lebensrealität als die eigentliche (miss)versteht und daher als unzulänglich zurückgewiesen

werden muss. Vielmehr kann der Anspruch auf Universalität als 'Halbierung der Moderne' aufgefasst werden, die den institutionellen Ausschluss von Frauen aus der Wissenschaft und Politik dieser Zeit widerspiegelt (vgl. ausführlich Jung 2016).

Feministische Wissenschaft versteht sich in diesem Sinne als Projekt, das „die patriarchalen Geschlechterverhältnisse, die alle Menschen beschädigen, und die unterdrückerischen und ausbeuterischen gesellschaftlichen Mächte, die insbesondere Frauenleben formen, begreifen und verändern will" (vgl. Hennessy 2003, 155).

Vor diesem Hintergrund geht es in dieser Dissertation im Feld von Arbeit (Lohnarbeit und unbezahlter Arbeit) darum, die feministische Einforderung einzulösen, auf das Ganze der Arbeit zu schauen und damit „'Arbeit' anders zu denken" (Kurz-Scherf 2005, 27). Dabei soll nicht nur die gesellschaftlich wie wissenschaftlich fokussierte Lohnarbeit in den Blick genommen, sondern auch die oftmals nicht als Arbeit anerkannten Care-Tätigkeiten systematisch in die Analyse eingebunden werden. Ziel ist es, nach den Mechanismen zu fragen, die jene Arbeit, welche mit der Sorge um sich selbst und um Andere in Zusammenhang steht, abwerten, auslagern und deren Notwendigkeit zum Erhalt und der Reproduktion der Gesellschaft verdecken. Damit weitet sich die Forschungsperspektive von der bürgerlichen auf die *patriarchal*-kapitalistische Gesellschaft.

3. Methodik und empirischer Forschungsprozess

Im Kontext der oben dargelegten Fragestellung nach einer 'allgemeinen' Begründung für die permanente Abwertung von Care und Care-Arbeit besteht das Anliegen dieser Arbeit darin, die abstrakte Analyse auch konkret-empirisch zu unterfüttern. Daher geht es hier darum, die Frage nach der Begründung für die Abwertung mit dem Blick auf die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege zu verknüpfen. Neben der Analyse der institutionellen Organisation von Care und Care-Arbeit im Pflegesektor liegt der Fokus dabei auf den Erfahrungen der Pflegerinnen im Feld der ambulanten Pflege. Diese Erfahrungen habe ich versucht durch qualitative Interviews einzuholen. Insgesamt wurden zwölf leitfadengestützte Interviews mit Pflegerinnen geführt. Die vertiefte Analyse bezieht sich auf vier daraus ausgewählte Interviews (vgl. ausführlich Anhang 1).

Die empirische Untersuchung dieser Arbeit verläuft fallübergreifend und ist pragmatisch an die Grounded Theory (Glaser/Strauss 1974; Strauss/Corbin

1996) angelehnt. Die Methode der Grounded Theory wurde im Jahr 1967 von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt und gilt heute als weit verbreitetes Analyseverfahren. Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine schlichte Auswertungsanleitung, sondern um ein umfassendes Forschungsprogramm. Die Grounded Theory beinhaltet

> taking comparisons from data and reaching up to construct abstractions and simultaneously reaching down to tie these abstractions to data. It means learning about the specific and the general – and seeing what is new in them – then exploring their links to larger issues or creating larger unrecognized issues in entirety. An imaginative interpretation sparks new views and leads other scholars to new vistas. Grounded theory methods can provide a route to see beyond the obvious and a path to reach imaginative interpretations. (Charmaz 2006, 181)

Eine wichtige Voraussetzung für die Grounded Theory stellt die 'theoretische Sensitivität' dar. Diese Sensitivität setzt sich aus „Literaturkenntnissen, beruflichen und persönlichen Erfahrungen und aus den Erkenntnissen zusammen, die im Rahmen des laufenden Forschungsprojekts gewonnen werden" (Truschkat u.a. 2005 o.S.[7]). Dabei können sich Literaturkenntnisse auf abstrakte Theorien (auch auf die so genannten Großtheorien) sowie auf konkret den Forschungsgegenstand betreffende Studien beziehen.

Vorwissen und theoretische Analysen sind daher zumindest im Sinne von Strauss und Corbin durchaus zulässig. Allerdings ist es notwendig, sich das jeweilige Vorwissen bewusst zu machen.

> Die bewusste Explikation des eigenen Vorwissens erlaubt auch eine selbstkritische Korrektur dieser Vorannahmen. Und genau darum geht es: Der Forschungsprozess wird als systematische Modifikation der heuristischen Vorannahmen, somit als *Lernprozess* verstanden. Der wünschenswerten Klarheit der gewählten Forschungsfrage(n) steht ein methodisches 'Misstrauen' in bezug [sic] auf die Eingangserwägungen gegenüber. Freilich, nur wenn ich weiss, was ich erforschen will, kann ich mich von dem überraschen lassen, woran ich nicht im Traum gedacht hatte. Deshalb steht ein 'sensibilisierendes Konzept' (Blumer) am Anfang des Forschungsprozesses. (Alheit 1999, 9f., Hervorh. im Orig.)

Im Rahmen der Grounded Theory verläuft der Forschungsprozess dieser Dissertation triadisch und zirkulär im Sinne eines hermeneutischen Zirkels, meine Forschungsarbeit wechselt kontinuierlich zwischen Datenerheben, Kodieren und Schreiben von Memos ab (vgl. Hildenbrand 2009, 33f.). Zu diesem Prozess gehört dann für mich tatsächlich die Auseinandersetzung mit abstrakten theo-

---

7 Das Kürzel o.S. wird verwendet, wenn eine Seitenangabe nicht möglich ist, z.B. bei Internetquellen.

retischen Prozessen und Analysen, die sich mit der Logik von Kapitalismus und Care beschäftigen (vgl. Strauss/Corbin 1996, 25ff.; Truschkat u.a. 2005). Im Sinne des hermeneutischen Zirkels bin ich abduktiv schlussfolgernd vorgegangen.

> Abduktive Schlüsse dienen dazu, eine erklärende Hypothese in der Form zu bilden, dass von einer Folge auf ein Vorhergehendes geschlossen wird. Solche Schlüsse sind ein grundlegendes Prinzip des bewussten erkennenden Lebens allgemein, kommen also auch im Alltag vor, und sind zugleich die zentrale Forschungsstrategie des Erkennens von Neuem. (Hildenbrand 2009, 34)

Ich habe demgemäß aus der „Folge", die ich aus den Interviews und der Analyse der Pflegepolitik gezogen habe, dass nämlich die Pflegeversicherung Ausschlüsse in der Pflegearbeit produziert, auf ein „Vorhergehendes" geschlossen: Der Grund für diese Ausschlüsse liegt, so die Annahme, in der im patriarchalen Kapitalismus strukturell angelegten Abwertungs- und Abspaltungslogik von Care, die sich auch auf Pflegearbeit auswirkt, was sich auf abstrakter Ebene wie auch in der Mikroanalyse zeigen lassen sollte (Hypothese). Daraufhin habe ich mich theoretisch erneut mit dem Zusammenhang von Kapitalismus und Care beschäftigt und das Theorem Wert-Abjektion entwickelt. Der Prozess der Schlussfolgerung verlief daher konkret so: Aus der empirischen Analyse der Pflegestruktur in Deutschland ergibt sich meine Hypothese, die durch die Analyse marxistisch-feministischer Theorien sowie die Analyse der Care-Debatte konkretisiert und mehr und mehr mit Abjektion in Verbindung gebracht wird und sich im Folgenden konkret am Interviewmaterial erproben lässt. Diese Vorgehensweise verdeutlicht schon, dass das Ziel der Interviewanalyse nicht darin lag, eine gegenstandsbezogene Theorie zu entwickeln. Mein Anliegen lässt sich eher als eine empirisch-informierte Theoretisierung charakterisieren, bei der die theoretische Analyse nicht so eng mit den Interviewdaten verzahnt ist, wie es dem Anspruch nach für die gegenstandsbezogene Theorie im Sinne der Grounded Theory sein müsste. Vielmehr bestand ein permanenter, sich gegenseitig befruchtender Wechsel zwischen empirischer Analyse und theoretischen Auseinandersetzungen, wobei der Schwerpunkt auf den theoretischen Analysen lag. So haben mich Ergebnisse der Interviewanalyse dazu veranlasst, diese theoretisch zu vertiefen, und gleichzeitig habe ich theoretische Analysen mit dem Interviewmaterial bzw. mit der Analyse der Pflegeinfrastruktur in Verbindung gebracht.

Im Anschluss an die empirisch informierte theoretische Entwicklung des Konzepts Wert-Abjektion konnte ich theoretisch fassen, inwiefern der patriarchale Kapitalismus auf Verwerfungen und Abspaltungen von Care(-Arbeit) beruht. Dadurch wurde auch deutlich, dass nicht alle Care(-Arbeit) zu jeder Zeit gleichermaßen abjekt ist. Eine erneute Analyse des deutschen Pflegesystems, wie

es sich v.a. seit Einführung der Pflegeversicherung darstellt, (Kap. VI.2) und der Literatur zu den Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der ambulanten Pflege (Kap. VI.3) verdeutlichte allerdings, dass der ambulante Pflegesektor auch auf Ausschlüssen – von emotionalen, kommunikativen, psychosozialen und teilhabebezogenen Elementen – basiert, die als Abjektionen konkretisiert werden.

Um detailliert die Abjektionen wichtiger Elemente von Care und deren Auswirkungen auf die Arbeit der Beschäftigten in der ambulanten Pflege herauszuarbeiten, habe ich mein Interviewmaterial, angelehnt an die W-Fragen der Grounded Theory, vornehmlich danach abgeklopft, was konkret als abjekt gesehen wird und welche Konsequenzen diese Abjektion auf die Arbeitsbedingungen haben. Die Fragen im Einzelnen werden in Teil VII ausführlicher dargestellt.

Meine Hauptarbeit im Rahmen der Auswertung des Interviewmaterials bestand demnach im Kodieren sowie darin, eine Beziehung zwischen den herausgearbeiteten Themen herzustellen und die Frage zu beantworten: „Was passiert eigentlich in den Daten?" (Maurer 1996, 146) Im Verlauf der Analyse habe ich Kodierungen sehr häufig überarbeitet, habe sie neu zugeordnet, teilweise zusammengenommen und damit Themen (Oberthemen (1. Ebene), Unterthemen (2. Ebene) und Subthemen (3. Ebene) entwickelt. Es ging mir darum, ein Beziehungsnetz zwischen den Themen zu entfalten, um zu verstehen, welche Auswirkungen die Abjektionen auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse haben.

Dabei bin ich insofern zuerst offen vorgegangen, als ich am Anfang sehr kleinteilig, Abschnitt für Abschnitt, nach den Konzepten und Themen der Interviews gesucht habe (offenes Kodieren), dann das Material erneut mit den W-Fragen durchgegangen bin, die Konzepte zu Kategorien verdichtet und in einem dritten Schritt nach der Beziehung der Kategorien untereinander gefragt habe (axiales Kodieren). Durch immer neue Schaubilder im Sinne des Kodierparadigmas nach Strauss (vgl. Böhm 2009, 479), die die einzelnen Relationen verbildlichen sollten, habe ich Beziehungsmuster herausgearbeitet.

In einem vierten Schritt habe ich aus den bestehenden Achsenkategorien die Kernkategorie *Abjektion relational-leiblicher Care(-Arbeit)* herausgearbeitet und mit allen anderen Themen vernetzt. Diese Kategorie erfüllt die Kriterien einer Kernkategorie (vgl. Böhm 2009, 482f.), da sich darauf alle anderen Kategorien zubewegen und von ihr gleichzeitig das Beziehungsnetz ausgeht. Die analytische 'Geschichte', die die Daten erzählen, lässt sich von diesem Phänomen aus darlegen.

4. Konkretisierung der Problemlage und Vorgehen der Arbeit

Um dieses bisher umrissene Forschungsanliegen detaillierter zu verdeutlichen, gehe ich im Folgenden auf die konkrete Vorgehensweise dieser Arbeit ein:

Im *ersten Teil* dieser Dissertation orientiere ich mich an der Frage: *Was ist Care(-Arbeit) und wer benötigt Care*? Um mich dieser Frage anzunähern, diskutiere ich Care aus einer feministisch-ethischen Perspektive. In diesem Verständnis werden Menschen, anders als in androzentrischen Theorien, als miteinander in-Beziehung-stehend und voneinander abhängig konzipiert. So wird Care auf der einen Seite als menschliche Notwendigkeit ausgearbeitet und auf der anderen Seite als relational-leibliche Praxis dargelegt. Die Care-Beziehung wird als (nicht immer) reziproke Interaktion und als Arbeit gefasst, auch wenn sie nicht als Lohnarbeit strukturiert ist. Die Beschäftigung mit der Thematik aus dieser ethischen Perspektive und unter Verwendung des Care-Begriffs hat den Vorteil – im Vergleich zum Begriff der Reproduktions- bzw. Hausarbeit –, dass so die Inhalte von Care beleuchtet werden und damit die emotionalen und beziehungsmäßigen Dimensionen wie Zuwendung und Vertrauen betont werden können. Auf der anderen Seite läuft eine solche Perspektive auch Gefahr, dass der Fokus teilweise zu sehr auf dem positiv besetzten Care-Verhältnis liegt und dabei die vermachtete und herrschaftsförmige Strukturierung von Care-Arbeit aus dem Blick gerät. Denn jenseits der ethischen Bedeutung von Care muss gesellschaftstheoretisch betont werden, dass Care-Arbeit auch

- „dirty work" (Anderson 2000) sein kann,
- oftmals unter prekären Umständen geleistet werden muss,
- vielfach abgewertet ist und von bestimmten Personen getätigt wird: (migrierenden) Frauen.

Kurzum, der Blick muss gesellschaftstheoretisch geweitet und auf den grundlegenden Zusammenhang von kapitalistischer Produktionsweise und Haus- bzw. Reproduktionsarbeit gerichtet werden, um die Dynamiken fokussieren zu können, die für die Abwertung dieser Arbeiten verantwortlich sind. Diese herrschaftskritische Perspektive wird in die Analyse aufgenommen, indem im *zweiten Teil* dieser Arbeit die Argumentation in den Blick genommen wird, die sich im Rahmen der so genannten 'Hausarbeitsdebatte im Kontext der 'Zweiten Frauenbewegung' entwickelt hat.

Anhand der Hausarbeitsdebatte (Kap. II.1) versuche ich mich der Frage zu nähern*, wie die Haus- und Reproduktionsarbeit innerhalb der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaft theoretisiert werden kann*, während ich gleichzeitig die

Problemstelle dieser Debatte verdeutliche, die – verkürzt ausgedrückt – darin liegt, dass sie Hausarbeit funktionalistisch in die bestehende, traditionelle Lesart der marxistischen Theorie zu integrieren versuchte. Dabei wurde Hausarbeit oftmals parallel zur Lohnarbeit konzeptualisiert, um zu zeigen, dass diese Form der Arbeit auch Mehrwert schafft. Damit blieb die Analyse sehr stark auf die ökonomische Ebene begrenzt, was aber m.E. nicht ausreicht, um das Ganze der Care(-Arbeit), wie sie in Kapitel I.3 ausgearbeitet wird, zu fassen.

Einen Ausweg aus dieser Problematik bietet die Wert-Abspaltungs-These von Roswita Scholz (2011), die den Zusammenhang von Reproduktionsarbeit und kapitalistischer Produktionsweise in einen anderen theoretischen Kontext setzt, dieses Verhältnis grundsätzlicher als Abspaltungsverhältnis begreift und damit die Reproduktionsarbeit nicht der Lohnarbeit gleichsetzen will, sondern sie als etwas Anderes, Formloseres fasst (Kap. II.2). Scholz' Methode, 'das Ganze' zu denken, ermöglicht mir wiederum einen Weg, um den Zusammenhang zwischen kapitalistischer Produktionsweise und Care-Arbeit vor einem neuen theoretischen Hintergrund zu diskutieren.

Im *dritten Teil* synthetisiere ich daher die Perspektiven aus Teil I und II und frage: *Wie lässt sich der grundlegende Zusammenhang von Care und Care-Arbeit (verstanden im Sinne von Teil I) und der kapitalistischen Produktions- und Reproduktionsweise theoretisieren?* Vor diesem Hintergrund konzeptualisiere ich mit Hilfe eines marxistischen und feministisch-psychoanalytischen Theoriezugangs die grundsätzliche Abwertung von Care auf einer hohen Ebene der Abstraktion als grundlegenden Modus des patriarchalen Kapitalismus. Mit dem Konzept Wert-Abjektion gehe ich davon aus, dass der patriarchale Kapitalismus auf der grundsätzlichen *abjection* (Kristeva 1982; dt. Abjektion, Verwerfung) von Care und Care-Arbeit basiert, die damit in Form von unbezahlter Arbeit als zentrale Bedingung und Voraussetzung der Reproduktion der Gesellschaft fungiert, aber gesellschaftstheoretisch (hier im marxistischen Kontext) und in der Gesellschaft selbst verkannt wird. Der grundlegende Abjektionsprozess von Care hat nicht nur Einfluss darauf, dass Care-Arbeit als unbezahlte oder 'private' Arbeit strukturiert ist, sondern wirkt sich auch auf die gesamte Organisation von Care und Care-Arbeit und damit auch auf die bezahlte und öffentlich strukturierte Care-Arbeit aus. Im *vierten* und *fünften Teil* werde ich dies beispielhaft am Fordismus im Unterschied zum Neoliberalismus und an der Entstehung der Krankenpflege als 'Frauenberuf' aufzeigen, wobei es grundsätzlich um die Frage geht, *wie sich die Dynamik der Wert-Abjektion mit Institutionalisierungsprozessen vermittelt.*

Wiederum um eine vertiefte Analyse der Institutionalisierung von Care im neoliberalen Pflegesektor in Deutschland bemüht sich der *sechste Teil*, der den

Blick darauf richtet, *welche Konsequenzen sich aus der Kommodifizierung der Care- und Pflegearbeit ergeben*. Dabei kann die Tendenz zur Abjektion von Care, die in Teil III theoretisch ausgearbeitet wird, auch in der konkret-empirischen Untersuchung verdeutlicht werden. Dazu arbeite ich heraus, dass die wichtigsten Anteile von Care, die in Kapitel I.3.2 als leiblich-relationale Elemente charakterisiert werden und auf Vertrauen und Zuwendung aufbauen, bei der In-Wertsetzung ausgelagert werden. Bei der Kommodifizierung der Pflege liegt der Fokus im Rahmen der Pflegeversicherung auf 'Verrichtungen' bei ganz bestimmten alltäglichen Bedürfnissen. Diesen wird ein Preis zugewiesen und eine bestimmte Zeitspanne zugeteilt, in der sie ausgeführt werden sollen; damit sie (von den Kassen) abgerechnet werden können. Beziehungsarbeit wird dabei jedoch in keiner Weise mitgezählt. Diese Abjektion führt dazu, dass Pflegearbeit reduktionistisch auf einzelne Komponenten und Aufgaben verkürzt oder dass die eher relationale Arbeit 'privat' und unbezahlt von den Pflegerinnen geleistet wird, was wiederum im *siebten Teil* dieser Dissertation anhand der Auswertung von Interviews verdeutlich wird, die mit Pflegerinnen im ambulanten Pflegesektor in Deutschland geführt wurden. Diese Analyse basiert hauptsächlich auf der Frage, *welche Auswirkungen die Abjektion von Care hat*, und wird anhand der Erfahrungen der Pflegerinnen in ihrer alltäglichen Arbeit entfaltet.

Teil I
Care – Theoretische Annäherungen und Vertiefungen

1. Care und Care-Arbeit – Erste begriffliche Annäherung

Wie schon in der Einleitung zu dieser Arbeit gezeigt, lässt sich seit den 1990er-Jahren in der feministischen Theorie ein Wandel von dem bis dahin gängigen Begriff der Reproduktions- hin zu dem der Care-Arbeit verzeichnen. Auch wenn diese Verschiebung in der Literatur unterschiedlich aufgefasst wird (vgl. dazu Kap. I.4.2), wird sie doch vielfach positiv bewertet, denn „das umfassende Verantwortungsgefühl für den gepflegten Menschen (to care)" geht nicht „im Begriff der reproduktiven Arbeit" auf und „dieser Arbeitsbegriff [berücksichtigt] auch kaum jene emotionalen Bindungen und unsichtbaren Loyalitäten [...], die private Pflegebeziehungen überhaupt erst entstehen lassen und vielfach auch zusammenhalten." (Jansen 1999, 604f.) Auch Ute Gerhard zufolge zeigt der Wechsel zu dem Begriff Care, dass der englische Begriff „treffender" und gleichzeitiger „umfassender" ist, weil er *ein* integriertes Konzept liefert für die verschiedenen Tätigkeiten im Bereich der Sorgearbeiten (Gerhard/Klinger 2013, 267).

Aber genau diese Möglichkeit der Subsumtion höchst verschiedener Tätigkeiten macht zwar einerseits den „Reiz" des Care-Konzepts aus, kann aber gleichwohl zur unscharfen Verwendung führen (Gerhard 2014, 70). So ist zwar in der feministischen Theorie gegenwärtig eindeutig eine Dominanz des Care-Begriffs zu verzeichnen. Was aber andererseits unter dem Begriff konkret verstanden wird, ist nicht immer deutlich bzw. wird je nach Autor_in und abhängig vom wissenschaftlichen und kulturellen Kontext höchst unterschiedlich verstanden und gebraucht (vgl. z.B. Madörin 2007, 143). Eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Care-Begriff ist daher von zentraler Bedeutung. Dementsprechend geht es in Teil I, nach einer ersten Annährung an den Begriff und der systematischen Darstellung der Care-Debatte, darum, das Verständnis von Care(-Arbeit), das dieser Dissertation zugrunde liegt, umfassend zu charakterisieren.

Eine erste und alltagssprachliche Annäherung an den englischsprachigen Begriff Care kann mit Michael Fine (2004, 223) vorgenommen werden. Der

Autor verdeutlicht, dass der Begriff im Englischwörterbuch als Substantiv und gleichzeitig als Verb verstanden wird.

Als Substantiv wird unter Care Folgendes verstanden:

- Worry, concern;
- Serious attention, heed; and
- Protection or charge. (Fine 2004, 223)

Als Verb bedeutet Care so Verschiedenes wie:

- To be troubled, affected emotionally.
- 'Care of' (C/-) at the address of...;
- To be concerned, to have thought or regard;
- To have a liking or taste;
- To have fondness or affection (care for/about);
- To look after, make provision for (care for); and
- To be inclined. (Fine 2004, 223)

Die Auflistung der verschiedenen Bezeichnungen des englischen Begriffs Care zeigt nicht nur, dass er eine sehr vielfältige Bedeutung hat, sondern stellt auch seine emotionale und beziehungsmäßige Dimension heraus und macht deutlich, dass er auch die direkte Care-Arbeit (*care for*) beinhaltet. In der deutschen Sprache gibt es tatsächlich keinen Begriff, der adäquat die Bedeutung des englischen fassen könnte (Kohlen/Kumbruck 2008, 2), denn kein deutsches Wort kann, Elisabeth Conradi zufolge, die Zuwendung mit interaktiven Momenten vereinen, die auch der „gemeinsamen Gestaltung der Praxis" (Conradi 2001, 13) Ausdruck verleihen würde. Zwar kann m.E. der Begriff der „fürsorglichen Praxis" (vgl. Kumbruck u.a. 2010) diese gemeinsame Tätigkeit fassen und so als „Äquivalent" zum Care-Begriff betrachtet werden (Klinger 2013a, 268), jedoch halte ich wiederum den Begriff der „Fürsorge" wegen seiner negativen Assoziationen für problematisch (vgl. auch Jochimsen 2003). Einerseits geht dieser deutsche Begriff auf

> die Geschichte staatlicher Institutionen, Positionen wie die amtlich bestellte Fürsorgerin und auf organisatorische Praktiken in staatlichen oder frei-gemeinnützigen, auch kirchlichen Einrichtungen zurück, in denen auf Bedürftigkeit autoritär, in entmündigender oder gar missbräuchlicher Gestalt geantwortet wurde". (Kumbruck u.a. 2010, 12)

und andererseits verbinden sich mit dem Begriff der „'Sorge' oft bedrückende Gefühle" (Kohlen/Kumbruck 2008, 2). Daher beziehe ich mich in dieser Dissertation auf den englischen Begriff Care, obwohl auch dieser im englischsprachigen Kontext, ähnlich wie der Fürsorgebegriff, kritisiert wird, z.B. von Seiten der Behindertenbewegung, die Care als "a tool through which others are able to

dominate and manage our lives" (Wood 1991, 199f., zit. nach Williams 2001, 478) betrachtet.[1]

Neben der Festlegung auf den Care-Begriff ist im Rahmen dieser Dissertation von zentraler Bedeutung, dass Care und Caring als *Arbeit* in einem weiten Sinn verstanden wird. Auf einer abstrakten Ebene (vgl. für Konkretisierungen Teil II und Teil V) wird Arbeit verstanden als

> Medium der sozialen Kooperation, der arbeitsteiligen Bewältigung jener Anstrengungen, die zur Erhaltung und Entfaltung des individuellen und gesellschaftlichen Lebens notwendig sind, in erster Linie als Tätigkeit für andere im Sinn wechselseitiger Verpflichtung, aber auch wechselseitiger Zuwendung. In dieser Perspektive ist Arbeit sicher auch 'der Stoffwechsel des Menschen mit der Natur' [...], aber Tätigkeiten werden genaugenommen erst dadurch zur Arbeit, daß sie eine Beziehung zwischen Menschen konstituieren, in die die einzelnen – pathetisch ausgedrückt – ihre individuellen Neigungen und Fähigkeiten zum Wohle aller einbringen, und sie findet auch nicht nur im Austausch mit der Natur sondern v. a. auch im inter- und intragenerativen Austausch unter Menschen statt. (Kurz-Scherf 1997, 46)

Nach dieser ersten Annäherung an den Care-Begriff beziehe ich mich im Folgenden eingehender auf die Care-Debatte. Anstatt in 'klassischer' Weise einen Stand der Forschung auszuarbeiten, versuche ich themenzentriert (vgl. für ein ähnliches Vorgehen auch Wetterer 2002, 233) die Entwicklung der Auseinandersetzungen und Theoretisierungen von Care und Care-Arbeit, vorerst aus einem westeuropäisch verorteten Blick im Anschluss an Magrit Brückner und Ute Gerhard, zu systematisieren. Mit dem Thema der Care-Ökonomik möchte ich sodann eine aktuell sehr prominente Perspektive auf Care darstellen. Ziel dieses Kapitels (I.2) ist es, die Voraussetzungen und Wurzeln der Care-Debatte skizzenhaft zu umreißen, um daran anschließend – und darauf liegt mein Hauptaugenmerk – ein im angloamerikanischen Kontext verortetes Verständnis von Care im Sinne verschiedener Dimensionen herauszuarbeiten (Kap. I.3).

2. Entwicklung der Care-Debatte – Systematisierungen

Margrit Brückner zufolge liegen die Wurzeln zentraler Fragestellungen der Care-Debatte in disparaten Praxis- und Wissenschaftsfeldern. Das zeigt sich etwa daran, dass sich Akteur_innen aus sehr unterschiedlichen Praxisfeldern wie etwa der Behinderten- oder Altenhilfe einerseits und der Kinderbetreuung andererseits

1 Ich beziehe mich bis zu Teil V dieser Arbeit ausschließlich auf den Begriff Care. In Teil V wird der Care-Begriff vom Begriff der Pflege unterschieden.

an der Debatte beteiligen. Zudem beschäftigen sich Wissenschaftler_innen z.B. aus einer demokratietheoretischen Perspektive genauso mit Care wie aus einer ethischen oder sozialpolitischen (Brückner 2010, 43). Care kennzeichnet aber in allen Facetten ein

> „genuin feministisches Anliegen der Frauen- und Geschlechterforschung, das sowohl in die Geschichte der Frauenbewegung als auch in die frühen kritischen Analysen von Frauenarbeit in Familie und Beruf, von den Dienstboten bis zu sozialer Arbeit als Liebesdienst oder als Profession zurückreicht." (Gerhard 2014, 69).

Nach Ute Gerhard ist in allen Diskursen um Care ein Kern feministischer Gesellschaftskritik aufzufinden, der es um grundsätzliche Veränderung der Gesellschaft aus der Perspektive geschlechtlicher Arbeitsteilung geht (Gerhard 2014, 69). Care umfasst den „gesamten Bereich weiblich konnotierter, personenbezogener Fürsorge und Pflege, d.h. familialer und institutionalisierter Aufgaben der Versorgung, Erziehung und Betreuung und stellt sowohl eine auf asymmetrischen Beziehungen beruhende Praxisform als auch eine ethische Haltung dar." (Brückner 2010, 43). Brückner vertritt damit im Vergleich zu weiter unten aufgeführten v.a. angloamerikanischen Ansätzen (auch wenn sie sich selbst auf diese bezieht) einen engeren Care-Begriff, der zwar auch Care als ethische Haltung versteht, aber dennoch zunächst „Versorgung, Erziehung und Betreuung" und die Asymmetrie in der Beziehung betont.

2.1 Vorläufer der Care-Debatte

Zwei internationale Theoriestränge gelten als Vorläufer der Care-Debatte in Westeuropa, die zentral sind, weil sie Care als Arbeit thematisieren bzw. die ethische Dimension von Care in den Blick nehmen. Zum einen handelt es sich dabei um die im Kontext der zweiten Frauenbewegung so genannten „Hausarbeitsdebatte" und die von England und Italien ausgehende wissenschaftliche und politische Forderung und Thematisierung von „Lohn für Hausarbeit", die in Deutschland v.a. mit den Autorinnen Gisela Bock und Babara Duden (1977) im Zusammenhang steht (Brückner 2010, 46; vgl. zur Thematik auch Federici [1975] (2012); Teil II). Im Rahmen dieser Debatte wurden die Begriffe „Gefühlsarbeit" und „Beziehungsarbeit" entwickelt. Eine besondere – aber auch kritisch diskutierte – Rolle spielte in diesem Kontext der von Ilona Ostner und Elisabeth Beck-Gernsheim entwickelte Begriff des „weiblichen Arbeitsvermögens" (Ostner/Beck-Gernsheim 1979), „welcher die Benachteiligung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt erfassen sollte, indem stillschweigend erwartete Interaktionskompetenzen sichtbar gemacht wurden" (Brückner 2010, 46). Die Kritiker_innen

des Konzepts unterstellten ihm eine Festschreibung von Differenz. Brückner zufolge stellt allerdings die dadurch geleistete Benennung der 'unsichtbaren' Kompetenzen für die Care-Debatte ein „Verdienst" dar, weil dadurch wenig thematisierte Berufsanforderungen der Care-Arbeit sichtbar gemacht wurden (Brückner 2010, 46).

Neben dem Begriff des „weiblichen Arbeitsvermögens" war zum anderen die in den USA von Carol Gilligan initiierte Debatte um „weibliche Fürsorgemoral" (Gilligan 1982, 1999), in der auch dieser Begriff kritisch diskutiert wurde, von großer Bedeutung. Seitdem hat sich ein philosophischer Diskurs zum Thema *care ethics* bzw. zum „Ethos fürsorglicher Praxis" (Gerhard 2014, 70; vgl. auch Eckhard/Senghaas-Knobloch 2000; Tronto 1993; vgl. Kap. I.3) entwickelt.

2.2 Die Care-Debatte der 1980er- und 1990er-Jahre bis heute

Im Gegensatz zu den beiden oben genannten Theoretisierungen („Lohn für Hausarbeit" und „weibliche Fürsorgemoral") wurden laut Brückner darüber hinaus die angloamerikanische und die skandinavische Debatte um Care erst spät in Deutschland wahrgenommen. Deren Rezeption stellt einen Neubeginn dar – obwohl es freilich Überschneidungen zu den 'älteren' Debatten gibt. Aber insgesamt hat die Care-Debatte „eine weniger differenztheoretisch unterlegte, frauenpolitische als auch eine dekonstruktionstheoretisch inspirierte, geschlechterdemokratische Ausrichtung unter Einbeziehung intersektioneller Ansätze, auch wenn sie ihrerseits Forderungen von Frauen aufgreift und stärkt." (Brückner 2010, 47).

In Westeuropa wurde die Diskussion durch englische Feminist_innen initiiert, die sich v.a. auf unbezahlte familiale Frauenarbeit in der Angehörigenpflege konzentrierten und damit einen engen Care-Begriff vertraten, sowie durch skandinavische Feminist_innen, die die Problematiken im sozialen Dienstleistungssektor analysierten (und dabei von der doppelten Belastung erwerbstätiger Mütter ausgingen) und die Ausweitung von Kinderbetreuung forderten. Daher wurde in den skandinavischen Ländern Care schon früh auf die 'private' *und* die Arbeit im öffentlichen Dienstleistungssektor bezogen. Das liegt nach Brückner auch daran, dass die skandinavische Frauenbewegung viel stärker erwerbsförmig in den öffentlichen Sektor integriert war (Brückner 2010, 47ff.). In vielen Ländern beschäftigten sich Wissenschaftler_innen außerdem mit „den Inhalten von Care als beruflicher Tätigkeit, die entweder zunehmend technizistisch verkürzt wird oder weiterhin traditionell als Aspekt von Weiblichkeit erscheint, mit entsprechenden problematischen Konsequenzen für das jeweilige Professionsverständnis"

(Brückner 2010, 47f.). In diesem Kontext spielt der von Kari Waerness geprägte Begriff der *rationality of care* eine wichtige Rolle und wird verstanden als "different from scientific rationality which is aimed at controlling the environment". Durch dieses Konzept wird die Opposition von Rationalität und Instrumentalität auf der einen und Emotion auf der anderen Seite aufgelöst (Waerness 1984, 185, 2000).

Als weitere frühe Strömung in der Care-Debatte wird die demokratietheoretisch argumentierende Kritik, die sich gegen den US-amerikanischen Diskurs um „Abhängigkeit" am Beispiel der so genannten *welfare mothers* (Fraser/Gordon 1994) richtet, gesehen. Dabei wird kritisiert, dass Mütter in diesem öffentlichen Diskurs als typische Nutznießerinnen von Wohlfahrtsleistungen stilisiert werden, obwohl sie Care-Aufgaben erfüllen (Brückner 2010, 47). Der Care-Begriff ist hier traditionell sehr allgemein gefasst und kritisiert die im öffentlichen Diskurs bestehende einseitige Verbindung von Care mit Abhängigkeit, während hingegen die Interdependenz aller Menschen betont wird (Brückner 2010, 49ff.; vgl. für diese Perspektive Kap. I.3).[2]

In den späten 1990er-Jahren findet über die Ländergrenzen hinweg eine begriffliche und inhaltliche Annäherung statt, danach wird Care von vielen feministischen Theoretiker_innen als „Herzstück der Analyse von Wohlfahrtsregimen" (Brückner 2010, 51) gesehen. Durch die Annäherung der Debatten um Care als (globales) soziales Bürgerrecht bzw. Menschenrecht (*social rights*) und Care als Arbeit (Kurz-Scherf 1997) kommt es zu einem sehr komplexen Verständnis von Care. Im Jahr 2000 entwickeln Mary Daly und Jane Lewis ein vielbeachtetes Konzept von *social care* als bedeutender Kategorie zur Analyse von Wohlfahrtsstaaten (Brückner 2010, 51).

Unter der Überschrift „Seitenstränge" ordnet Brückner unter anderem die Strömungen ein, die sich mit dem Spannungsfeld zwischen Care-Logik und Verwertungsrationalität auseinandersetzen. Dabei geht es v.a. um die Problematik, die sich aus der Diskrepanz zwischen der instrumentellen Handlungslogik in professionellen Care-Bereichen und der oftmals unsichtbaren Beziehungsebene, die 'mitläuft', ergibt. In diesem Kontext problematisieren Autorinnen wie z.B. Eva Senghaas-Knobloch (2008), dass der Anspruch guter Care-Arbeit durch die Verwertungslogik unter Druck gerät. Auch die Untersuchungen von Marianne

2 Interessanterweise wurde der emotionale Anteil der Care-Arbeit nicht immer unter dem Begriff Care diskutiert: „In der anglo-amerikanischen Pflegefachliteratur – an welcher sich die deutschsprachige Pflegewissenschaft vor allem zu Beginn ihrer Professionalisierung und Akademisierung orientierte – wurde die Tradition der „tätigen Anteilnahme" am Leiden Bedürftiger und Kranker bis in die 70-er Jahre unter dem Begriff compassion thematisiert." (Kohlen/Kumbruck 2008, 14).

Egger de Campo und Stefan Laube (2008) lassen sich zu dieser Perspektive hinzuzählen (Brückner 2010, 53).

In anderen Studien wird aber auch die Komplexität der Beziehungsförmigkeit von Care herausgestellt. Hier wird festgehalten, dass ein hoher beziehungsmäßiger Anspruch an Care teilweise nicht konkret greifbar zu sein scheint und „zur Sprachlosigkeit gegenüber dem eigenen Tun" (Brückner 2010, 53) führt. Die dadurch entstehende Ablehnung von instrumentellem Training korreliert daher teilweise mit der historisch gewachsenen Norm, Care als „Liebesdienst" und nicht als erlernbare Arbeit zu betrachten. Die frühen Arbeiten von Birgit Rommelsbacher (1992), Ursula Rabe-Kleberg (1993) und von Celia Davies (1995) beschäftigen sich mit diesem Spannungsfeld.

Intensiv wird Care, wie schon in der Einleitung dargelegt, hinsichtlich der Thematik der transnationalen Migration von Care-Arbeiter_innen fokussiert (vgl. z.B. Anderson 2000; Ehrenreich/Hochschild 2002; Gutiérrez Rodríguez 2010, 2012; Lutz 2011; Schwenken 2006; Heimeshoff u.a. 2014). Oftmals stehen damit auch demokratietheoretische und gerechtigkeitsorientierte Fragestellungen im Zusammenhang (z.B. Tronto 2011). In diesem Kontext ist außerdem die Forderung von Care als sozialem Bürger- bzw. Menschenrecht von Bedeutung (Gerhard 2014, 79; Robinson 2011). Außerdem spielen neue Technologien wie beispielsweise die Robotik im Care-Diskurs eine bedeutsame Rolle (vgl. Aulenbacher u.a. 2014).

2.3 Care-Ökonomie

Breit diskutiert wird Care auch unter dem Label der Care-Ökonomie. Die feministische Care-Ökonomik (z.B. Jochimsen 2003; Knobloch 2009; Madörin 2007, 2009a, 2010; Razavi 2007) hat in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum deutlich an Sichtbarkeit gewonnen und ist im englischsprachigen Raum schon „derart ausgeprägt, dass es erste Überlegungen gibt, diese Wissenschaft zu systematisieren" (Chorus 2013, 28; vgl. auch Power 2004). Mascha Madörin zufolge liegt der Konsens der feministischen Ökonom_innen darin, dass sie mit dem Begriff Care-Ökonomie einen „eigenen Wirtschaftsbereich" benennen, bei dem die Produktion und die Dienstleistungen, ob bezahlt oder unbezahlt, direkt auf das Wohlergehen von Menschen gerichtet sind und nicht primär für den Markt oder ein Unternehmen geleistet werden. Weiter vertreten die Ökonom_innen die Ansicht, dass die so bezeichnete „andere Ökonomie" (Donath 2000) nicht mit denselben Kategorien analysiert werden kann, die zur Analyse der Güterproduktion in der industrialisierten Welt verwendet werden (Madörin

2009a, 9). Feministische Ökonom_innen verfolgen das Ziel, Care-Arbeit als wesentliche Bedingung menschlichen Seins sichtbar zu machen, (Chorus 2013, 29) und fordern die Etablierung einer alternativen Care-Ökonomie, die sich an „den Bedürfnissen des Alltagslebens orientiert" (Becker-Schmidt 2011, 11).

Auch wenn die Wurzeln der feministischen Ökonomik-Debatte genauso wie von etlichen anderen Care-Strömungen in der marxistisch-feministischen Hausarbeitsdebatte liegen, entwickelt sich seit den späten 1980er-Jahren eine neue ökonomische Debatte, die sich zwar kritisch auf neoklassische Wirtschaftstheorien bezieht, aber dennoch oftmals in ihrem Rahmen argumentiert (Madörin 2010, 81, FN 2). In Abgrenzung zu deren Fokussierung auf Güterproduktion und Marktwirtschaft fordern Care-Ökonom_innen, den „gesamte[n] Bereich des Wirtschaftens, der für die Versorgung der Menschen mit dem zum (guten) Leben Notwendigen zuständig ist, in den Gegenstandsbereich der Ökonomie einzubeziehen." (Knobloch 2009, 31) Analog dazu vertreten sie einen erweiterten Arbeitsbegriff, der alle gesellschaftlich-notwendigen Tätigkeiten (Erwerbs- und Versorgungsarbeiten) umfasst und nicht mehr über das Einkommen, sondern mittels des „Drittpersonen-Kriteriums" bestimmt wird, d.h. darüber, ob diese Tätigkeiten auch von Dritten ausgeführt werden könnten (Arbeit, z.B. Kochen) oder ob sie selbst übernommen werden müssen (Nicht-Arbeit, z.B. Schlafen, Essen) (Knobloch 2009, 31).

3. Zentralität und Charakteristik von Care – Anlehnung an die angloamerikanische Debatte

Nach dem kurzen systematischen Überblick über die Wurzeln der Care-Debatte und zentrale aktuelle Themen, geht es im folgenden Kapitel um die ontologische Bedeutung sowie die ethisch-normative Charakterisierung von Care als Tätigkeit – und damit auch um die Herausstellung des eigentlichen Inhalts von Care (vgl. zum Begriff *care content* Baines 2004). Das hier erarbeitete Verständnis von Care(-Arbeit) ist die Grundlage für alle weiteren Analysen in den folgenden Kapiteln und basiert auf angloamerikanischen Analysen im Feld der Care-Ethik. Ebenso fließen – gemäß der spiralförmigen Anlage des Erkenntnisprozesses dieser Arbeit (vgl. Einleitung und Methodenteil) – eigene Ergebnisse meiner Mikroanalyse von Interviews mit ambulanten Pflegerinnen in diese Charakterisierung mit ein. Wenn die befragten Pflegerinnen kritisieren, was alles in ihrer Arbeit *nicht* geleistet werden kann, verdeutlichen sie dadurch ebenso, was zur Care-Arbeit ihrer Meinung nach dazugehört (vgl. Teil VII). Die Ergebnisse der Intervie-

winterpretation fließen v.a. insofern in dieses Kapitel mit ein, als die theoretische Auseinandersetzung immer im Wechsel mit den empirischen Ergebnissen weiterentwickelt wird. Konnte ich beispielsweise herausarbeiten, dass v.a. die Beziehungsdimension eine große Rolle für die Pflegerinnen spielt, leitete diese Erkenntnis eine vertiefte Auseinandersetzung mit entsprechenden Theorien ein (Gilligan 1999; Tronto 1993, 2011). Gleichermaßen zogen theoretische Fragen verdichtete empirische Analysen nach sich.

Theoretisch stütze ich die folgenden grundlegenden und im philosophischen Kontext verorteten Charakterisierungen von Care auf Joan Trontos Ansatz (v.a. 1993, 2011) und Elisabeth Conradis (2001) Auseinandersetzungen und Modifizierungen von Trontos und Diemut Bubecks Care-Verständnis sowie ebenso auf care-ethische und sozialpolitische Analysen im Kontext der *Feminist Political Economy (FPE)* (z.B. P. Armstrong2013b; T. Daly 2013; Lanoix 2010, 2013).

Damit dient mir das hier ausgearbeitete empirisch-fundierte Care-Verständnis als Grundlage für die in Teil II und III folgende gesellschaftstheoretische Analyse des strukturellen Zusammenhangs der Abwertung von Care und Care-Arbeit im Kontext kapitalistisch-patriarchaler Dynamiken.

3.1 Hintergrund: Limitierung älterer Care-Konzepte

Als Grundlage der hier entwickelten Care-Dimensionen werden die ethisch inspirierten Überlegungen der Philosophin Joan Tronto (1993) herangezogen, die sich schon früh mit dem Versuch einer konkreteren Charakterisierung und damit einer näheren inhaltlichen Bestimmung der Care-Tätigkeiten selbst auseinandersetzte. Fisher und Tronto (1990, 36) entwickeln ihr Verständnis von Caring (hier als Care-Arbeit verstanden, siehe Kap. I.1, Teil II) in Abgrenzung und Kritik von frühen Care-Vorstellungen, die im Rahmen des *second wave*-Feminismus entwickelt wurden. Die Autorinnen beziehen sich in ihrer Kritik auf drei wesentliche Figuren: *the selfish carer*, *the androgynous carer* und *the visible carer*.

Die erste Vorstellung, *the selfish carer*, betrachtet Care als Belastung für Frauen und kommt daher zu dem Schluss, dass Frauen ihre eigenen Bedürfnisse an erste Stelle setzen sollten. Die zweite Perspektive, *the androgynous carer*, vertritt die Ansicht, dass Care-Arbeit gesellschaftlich abgewertet ist, da Frauen diese Arbeit tun, und folgert daraus, dass Männer in diese Bereiche integriert werden sollten, um sie aufzuwerten. Die dritte Figur, *the visible carer*, entstand vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Abwertung der Care-Arbeit an der Dominanz/Vorherrschaft (*dominance*) des männlichen Wertesystems liegt. In diesem Kontext wird (zum Beispiel von Carol Gilligan) die Anerkennung des Wertes von Caring gefordert.

Fisher und Tronto kritisieren an diesen Vorstellungen unter anderem den starken Fokus auf die Akteur_innen, statt dass eine umfassende Analyse der Aktivität Caring geleistet wird (Fisher/Tronto 1990, 35f.). Die fehlende Aufmerksamkeit für die Frage, was Care-Arbeit eigentlich ist, liegt den Autorinnen zufolge darin, dass die alltägliche Erfahrung von Frauen mit Care dazu verleitet "to think that we already 'know' what caring is" (Fisher/Tronto 1990, 36). Der zweite und für die in dieser Arbeit geführte Diskussion noch wichtigere Punkt bezieht sich auf die fehlende nicht-androzentrische Tradition für eine Konzeptualisierung von Care: Damit bleibt die Analyse in den Denkschemata der Moderne verhaftet, die eine Vorstellung von isolierten und rationalen Subjekten entwerfen und eine tatsächliche Auseinandersetzung mit Caring verhindern. Dieses Denken "centers on a world view in which the rational, autonomous man accomplishes his life plan in the public realm. This tradition assumes a theory of self in which people are isolated, in which the self is prior to its activities and to its connections with others" (Fisher/Tronto 1990, 36).

Vor dem Hintergrund dieser Kritik entwickeln Fisher und Tronto ihr anderes Konzept von Caring, dessen zentrale Betonung auf dem In-Beziehung-Stehen der Menschen liegt. In ihrer Konzeption von Caring hat daher die Beziehungsdimension in ihren verschiedenen Facetten eine besondere Bedeutung und stellt demgemäß auch den grundlegendsten Aspekt in den drei Care-Dimensionen dar, die ich im Folgenden erarbeite und die wiederum als Grundlage für die weitere Analyse in dieser Dissertation dienen. In der ersten Dimension wird die Notwendigkeit von Care begründet. In der zweiten Dimension geht es um Care als einen gesellschaftlich konstituierten Beziehungsprozess. In der dritten Dimension fokussiere ich Care-Arbeit als relational-leibliche Arbeit.

3.2 Care-Dimensionen

3.2.1 Die Notwendigkeit der Care-Beziehung

In der ersten Dimension wird hervorgehoben, dass *Menschen miteinander in Beziehung stehen und Care als notwendige gesellschaftliche Praxis zu verstehen ist.*

In Abgrenzung zu der oben beschriebenen universalistischen Fokussierung auf Autonomie steht Care in dieser Arbeit in Anlehnung an Fisher und Tronto im Zentrum der Analyse. Die Autorinnen verstehen auf einer allgemeinen Ebene unter Caring *"a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible.* That

world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web" (Fisher/Tronto 1990, 40, Hervorh. im Orig.). Caring wird so als *menschliche Praxis* begriffen, die alles umfasst, was zum Erhalt und zur Wiederherstellung der 'Welt' getan wird. Damit ist das Verständnis von Care auf das Handeln bezogen und umfasst die Übernahme von Verantwortung. Der Körper, das Selbst, aber auch die Umwelt werden in die Charakterisierung von Care inkludiert (vgl. auch Conradi 2001, 37).

Zusammenfassend betrachtet wird die Care-Tätigkeit als *gesellschaftliche* Praxis und als Prozess verstanden, und auch wenn anerkannt wird, dass meist Frauen Care-Tätigkeiten übernehmen, werden sie nicht – im Sinne eines Differenzdiskurses – als *besonders* geeignet für diese Tätigkeiten verstanden. Auch werden, im Anschluss an Tronto und Fischer (1990), Care-Standards, die notwendig sind um eine Gesellschaft zu erhalten, nicht als universell gültig verstanden, sondern es wird davon ausgegangen, dass "human 'needs' change with the historical, cultural, class, and other contexts" (Fisher/Tronto 1990, 40) und dass diese "involve power relations that affect the content, definition, distribution, and boundaries of caring activities" (Fisher/Tronto 1990, 40). Caring wird als komplexer Prozess verstanden, der verschiedene und teilweise konfligierende Komponenten beinhaltet, die vielfach auch miteinander kollidieren können.

3.2.1.1 Hintergrund: Ethics of care

Bevor die oben zusammenfassend beschriebenen Komponenten der Care-Arbeit genauer betrachtet werden, soll im Folgenden die Argumentation von Joan Tronto in ihren theoretischen Kontext eingebettet werden: Tronto wird als Vertreterin einer feministischen Care-Ethik gesehen, die ihre Theoretisierung vor dem Hintergrund der oben beschrieben Kritik an universalistischen Konzeptionen entwickelt und dabei stark auf die Argumentationen von Carol Gilligan Bezug nimmt.

Gilligan gilt als Mitbegründerin der Care-Ethik und positioniert ihre Arbeiten in Abgrenzung zu androzentrischen Moralvorstellungen, die von der schon beschriebenen Vorstellung autonomer Subjekte ausgehen und moralisches Urteilen in der Anwendung von universellen Regeln und Prinzipien begreifen (Maihofer 1998, 103). Vor diesem Hintergrund arbeitet Gilligan ein Verständnis von Moral heraus, das den Einbezug des gesellschaftlichen Kontexts (eines moralischen Problems) ermöglicht und von einer „ontology of relationality" ausgeht (Mahon/Robinson 2011, 3). Der „weiblichen Moralauffassung" von Gilligan liegt die Vorstellung zugrunde, dass „der einzelne Mensch nur innerhalb und aufgrund eines sozialen Netzes von Beziehungen" (Maihofer 1998, 102; vgl. Gilligan 1999,

42) besteht und damit die Gesellschaft nicht durch abstrakte Regeln, sondern durch menschliche Bindungen zusammengehalten wird (Gilligan 1999, 42). Entsprechend arbeitet Conradi in Bezug auf Andrea Maihofer heraus, dass „Beziehungen, Anteilnahme und die Berücksichtigung der Einzigartigkeit von Situationen" bei Gilligan eine besondere Rolle spielen (Conradi 2001, 30; vgl. Maihofer 1995, 1998). Dabei werden Beziehungen als „Weltsicht, welche die Verbundenheit mit anderen Menschen wahrnimmt und um das Angewiesensein auf sie weiß," verstanden (Conradi 2013, 109). Anteilnahme bei Gilligan beruht Maihofer zufolge nicht nur auf dem Versuch des Verstehens, sondern auf dem „Imperativ Nicht-zu-verletzen" (Maihofer 1998, 109).

Vor diesem Hintergrund wird feministische Care-Ethik von Gilligan verstanden als

> an ethic grounded in voice and relationships, in the importance of everyone having a voice, being listened to carefully (in their own right and on their own terms) and heard with respect. An ethics of care directs our attention to the need for responsiveness in relationships (paying attention, listening, responding) and to the costs of losing connection with oneself or with others. Its logic is inductive, contextual, psychological, rather than deductive or mathematical. (Gilligan 2011, o.S.)

Auch Joan Trontos Konzept einer feministisch-demokratischen Care-Ethik orientiert sich an dieser *ontology of relationality*, die auch die Grundlage des hier vertretenen Care-Verständnisses darstellt. Die Autorin skizziert die ontologische Dimension wie folgt[3]:

1. Individuen stehen miteinander in Beziehung (vgl. auch Gilligan 1982);
2. Alle Menschen sind verletzbar und fragil;
3. Alle Menschen sind immer Care-Gebende und Care-Erhaltende zugleich (Tronto 2011, 163f.).

Die hier dargelegte *ontology of relationality* verdeutlicht die fundamentale Interdependenz der Menschen und die notwendige Beziehung untereinander, die zwar als ontologische Disposition verstanden wird, nicht aber als naturgegebenes Verhältnis. Der Bezug auf den Marx'schen Gattungsbegriff, auf den sich auch Tronto stützt, kann das im Folgenden verdeutlichen.

---

3 Tronto entwirft noch weitere Dimensionen (epistemologische, ethische und politische Dimension). Eine Erweiterung ihrer Perspektive unternimmt Fiona Williams, indem sie die Kritik an Care aus der Behindertenbewegung mit einbezieht (vgl. ausführlich Williams 2001, 486).

3.2.1.2 Care-Arbeit als gesellschaftliche Praxis

Care-Arbeit im Sinne Trontos knüpft an den Marx'schen Gattungsbegriff und implizit (siehe Conradi 2001, 49, FN 45) an dessen Begriff der Praxis an. Der Marx'sche Gattungsbegriff hebt entgegen einer scheinbar fixen anthropologischen Zuschreibung hervor: „[D]as menschliche Wesen ist kein dem einzelnen Individuum innewohnendes Abstraktum. In seiner Wirklichkeit ist es das ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse." (MEW 3, 6)

Marx betont damit, dass „das wesentlich Menschliche, der Begriff der menschlichen 'Gattung' in einem historisch ausgeformten *Sich-zueinander-Verhalten* liegt und nicht in einer dem Sozialen bzw. dem Gesellschaftlichen vorausliegenden Natürlichkeit" (Conradi 2001, 49, Hervorh. B.M.). Damit wird m.E. wiederum die Nähe zum Verständnis einer *ontology of relationality* deutlich, die im Gattungsbegriff des frühen Marx aufscheint. Wichtig ist mir hier erneut, die Betonung der grundlegenden Notwendigkeit des „Sich-zueinander-Verhaltens" bzw. von Beziehungen einerseits und der Gesellschaftlichkeit dieser Beziehungen andererseits (vgl. auch Conrad 2001, 49). Denn wie sich in Teil II und III dieser Arbeit zeigt, wird gerade die Notwendigkeit der Beziehung verdeckt bzw. abgewertet und mit 'Weiblichkeit' in eins gesetzt und damit naturalisiert. Dagegen verdeutlicht der Bezug auf den Marx'schen Praxisbegriff und damit das Verständnis von Care als gesellschaftlicher Praxis, die als „sinnlich menschliche Tätigkeit" wie auch als „gegenständliche Tätigkeit" (MEW 3, 5) verstanden wird, die Gesellschaftlichkeit und „Geformtheit" von Care. Mit der Betonung der Gesellschaftlichkeit der Care-Beziehung und der Care-Praxis geraten auch deren Veränderbarkeiten in den Blick (vgl. auch Conradi 2001, 50).

Mit dem bisher Ausgeführten wird die fundamentale Angewiesenheit der Menschen aufeinander als ontologische Disposition im Sinne einer „ontology of relationality" verstanden. Allerdings ist Care und Care-Arbeit[4] in diesem Verständnis nicht als „anthropologische Konstante" (Chorus 2013, 21) markiert,

4 Oftmals verwende ich die Begriffe Care und Care-Arbeit wie einen Begriff im Singular, um die Nähe zwischen beiden zu verdeutlichen und dennoch aufzuzeigen, dass die Begriffe nicht in eins fallen. Zwar verstehe ich unter Care meistens Arbeit, andererseits betont dieser Begriff noch eine andere Dimension, nämlich Care im Sinne einer Weltsicht, die davon ausgeht, dass Menschen miteinander in Beziehung stehen und nicht autonome Subjekte sind und daher Fürsorge, auch im Sinne von Care-Arbeit/fürsorgliche Praxis, benötigen (vgl. Gilligan 1982). Ich versuche daher mit dem Begriff Care und Care-Arbeit im Singular diese beiden Dimensionen in einem Begriff einzufangen.

sondern als *gesellschaftliche Praxis* und notwendige *Beziehung*, die nicht natürlicherweise gegeben ist, sondern hergestellt werden muss und dabei spezifische Qualifikationen erfordert (vgl. dazu Kap. V.3). "If Care is a social process, then the care relationship emerges through social rather than 'natural' origins." (Day 2013, 28)

Wie und unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen diese Care-Beziehung hergestellt wird, wer diese Beziehung eingeht und wer scheinbar losgelöst von diesen Beziehungen agiert usw., ist nicht anthropologisch-naturgegeben, sondern herrschaftsförmig strukturiert und auch durch Ungleichheiten markiert. Ebenso ist die normative Vorstellung von Care Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse. Von diesen hängt ab, ob die Care-Verantwortung in der Familie und damit bei Frauen gesehen wird, welche Care-Tätigkeiten fokussiert werden und ob die Bereitstellung von Care öffentlich oder privat im Sinne von privatwirtschaftlich propagiert wird (vgl. auch Day 2013; Conradi 2001, 50; vgl. Teil II und III). Damit ist in dieser Dimension die Interdependenz und notwendige Beziehung der Menschen untereinander herausgestellt, die nicht jenseits dieses gesellschaftlichen Zueinander-Verhaltens zu denken ist. „Innerhalb dieses Rahmens der 'gesellschaftlichen Praxis' entfaltet sich *Care* insbesondere in Form sozialer Interaktionen" (Conradi 2001, 50), die bestimmte beziehungsmäßige Aspekte wie etwa die Anteilnahme und emotionale Zuwendung und moralische Komponenten beinhalten. In der nächsten Dimension wird Care als eine solche interaktive Beziehungspraxis konkreter in den Blick genommen.

3.2.2 Care als gesellschaftlich konstituierter Beziehungsprozess

In der zweiten Dimension wird betont, dass *die Care-Beziehung sich im Caring-Prozess entwickelt und dieser Prozess mehrere Stufen umfasst und auf der (nicht immer reziproken) Beteiligung aller Involvierten beruht.*

Im Caring-Prozess selbst entwickelt sich die Beziehung zwischen den Care-Beteiligten. Konkreter: "the process *is itself* the development of a relationship. The care a carer provides is basically inseparable from the relationship that is being developed with the person she is *caring* for" (Himmelweit 1999, 29, Hervorh. B.M.).

Fisher und Tronto teilen diesen Care-Prozess in vier miteinander verflochtene Phasen ein: „*caring about, taking care of, caregiving, and care receiving*" (Fisher/Tronto 1990, 40, Hervorh. im Orig.). Tronto (1993, 2011, 165) verknüpft diese mit vier moralischen Qualitäten (*moral qualities*), die in ihrer Vorstellung das Konzept von „engagierter Care-Arbeit" bzw. Caring ausmachen:

Caring about

Caring about wird von Conradi (2001) als „Anteilnahme“[5] übersetzt. Diese Phase betont besonders die emotional-affektive Seite (vgl. auch Jansen 1999, 604f.). Hier ist wichtig, Care-Bedürfnisse zu erkennen und sich in die andere Person hineinzuversetzen. Diese Phase „erfordert *Aufmerksamkeit* als moralisches Element.“ (Tronto 2000, 27, Hervorh. B.M.)

Taking care of

Es geht in dieser Phase der „Unterstützung“ darum, *Verantwortung* für die Befriedigung der vorher festgestellten Bedürfnisse zu übernehmen.

Caregiving

In der Phase des „Versorgens“ wird direkte Care-Arbeit geleistet, die körperliche Arbeit wie auch das In-Kontakt-Treten umfasst und *Kompetenz* benötigt (vgl. dazu Kap. V.2). M.E. spielen hier die affektive Zuwendung *sowie* die Arbeit, die auf den Körper gerichtet ist, eine bedeutende Rolle (vgl. zum Begriff der Zuwendung Conradi 2001). Shahra Razavis Verständnis von Care-Arbeit kann als Beispiel für die direkte Versorgung angeführt werden:

> direct care of persons; [...] can be paid or unpaid [...] bathing them, feeding them, accompanying them to the doctor, taking them for walks, talking to them and so on [...] is often seen as separate from the other necessary activities that provide the preconditions for personal caregiving such as preparing meals, shopping and cleaning sheets and clothes. But such boundaries are arbitrary, especially since the persons needing intensive care are often also unable to do such tasks themselves. (Razavi 2007, 6)[6]

Care receiving

Die Reaktion auf die Versorgung ist in der vierten Phase von Bedeutung, hier wird „Resonanz“ (*responsiveness)* bzw. Empfänglichkeit benötigt. Dabei geht es

---

5 Die Übersetzungen der vier Phasen sind auf Conradi 2001 und Kohlen/Kumbruck 2008 zurückzuführen. In einer anderen Übersetzung (Tronto 2000, 27) wird *caring about* mit „sich kümmern“ übersetzt, *taking care of* mit „sorgen für“, *caregiving* mit „pflegen“ und *care recieving* mit „gepflegt werden“. Vor allem bei der Übersetzung von *caregiving* mit „pflegen“ sehe ich die Gefahr, den viel breiter angelegten Care-Begriff zu verkürzen. Denn die direkte Care-Arbeit ist m.E. mehr als die Pflegearbeit (vgl. Kap. IV.2).

6 Hausarbeit wird daher auch in den Care-Begriff inkludiert, doch liegt der Fokus dieser Arbeit klar auf den Subjekt-Subjekt Beziehungen (vgl. Teil II.).

darum, die Reaktion der Person zu berücksichtigen, die Care erhält, denn nur so kann deutlich werden, ob der Care-Prozess erfolgreich und z.B. die Unterstützung angemessen und ausreichend war (Tronto 2011, 165).

An dieser Stelle erscheint mir allerdings Conradis Einwand relevant, die zu Recht die Zuschreibungen von *care receiver* und *caregiver* kritisiert. Conradi versteht stattdessen unter Care „ein Zusammenspiel von Zuwenden und Annehmen der Zuwendung. Alle Beteiligten sind, wenn auch in unterschiedlicher Weise, in diesem Prozeß aktiv. Denn auch das Annehmen von Zuwendungen bedeutet eine Beteiligung am Geschehen." (Conradi 2001, 52). Die Autorin betont damit einen wichtigen Aspekt von Care, nämlich die (oftmals nicht vorhandene) Reziprozität. Bei der Frage der Konzeptualisierung von Care als reziproke oder nicht-reziproke Praxis schwingt immer auch das Thema Asymmetrie mit (Conradi 2001, 52; vgl. auch Browne 2010; Day 2013). Damit ist ein Problemkomplex angerissen, der in der Konzeption von Care eine bedeutende Rolle spielt. In den hier beschriebenen Care-Konzepten werden die "relations of trust, mutuality, dignity and respect" (Armstrong/Braedley 2013, 10) vorausgesetzt. Wenn Care-Arbeit sich durch eine Beziehung zwischen allen Beteiligten auszeichnet, ist Care nicht nur das Produkt oder die reine Dienstleistung einer Person (Armstrong/Braedley 2013, 10). Damit ist die Care-Beziehung folglich auch nicht strikt asymmetrisch zu denken; sondern selbst Abhängigkeitsbeziehungen beruhen auf einem Austausch zwischen dem Care-Gebenden und dem Care-Erhaltenden (Lanoix 2010, 141).

In dieser Arbeit folge ich nichtsdestoweniger der Ansicht von Monique Lanoix (2010, 141), dass eine Unterscheidung von *caregiver* und *care receiver* aus analytischen Zwecken gleichwohl sinnvoll sein kann, v.a. aber auch für die empirische Analyse notwendig ist. Ich unterscheide hier daher in dem Wissen, dass eine Care-Beziehung niemals einseitig ist, sondern als *multidirectional* (Lanoix) zwischen verschiedenen Typen von bezahlten und unbezahlten Carern konzeptualisiert werden muss. Eine solche Konzeptualisierung eröffnet auch die Möglichkeit, Ungleichheiten zwischen allen Beteiligten mit in die Analyse einzubeziehen. Mit Conradi kann in diesem Sinne davon gesprochen werden, dass in Care-Interaktionen asymmetrische mit symmetrischen und reziproke mit irreziproken Anteilen verwoben sind (Conradi 2001, 237). Die Care-Beziehung ist allerdings – anders als monetäre Tauschbeziehungen – weder auf Reziprozität noch auf Symmetrie angewiesen (Conradi 2001, 57).

Damit wird auch deutlich, dass nicht einseitig von machtvollen *caregivern* und ohnmächtigen *care receivern* ausgegangen werden kann. Statt von einer Dichotomie von Macht und Ohnmacht auszugehen, spricht Conradi dagegen

von einer „Dynamik der Macht" und von „Machtunterschieden" die wandelbar sind (Conradi 2001, 53).

In der hier dargelegten zweiten Dimension ist der Care-Prozess beschrieben. Die körperliche Dimension von Care spielt im gesamten Care-Prozess eine zentrale Rolle und konnte bisher, in der Phase des Versorgens (*caregiving*), nur angedeutet werden. Auf diese Dimension werde ich im Folgenden eingehen.

3.2.3 Care-Arbeit als relational-leibliche Arbeit

In der dritten Dimension wird betont, dass *Care-Arbeit nicht nur kognitive, sondern v.a. körperliche Arbeit ist, die sich allerdings nicht nur auf den äußerlich tast- und objektivierbaren Körper bezieht, sondern die leibliche Dimension umfasst.*

Berührung spielt in der Care-Praxis eine große Rolle. Sie umfasst das „Berührtsein" etwa von der Situation der care-erhaltenden Person sowie auf der anderen Seite von der Zuwendung, die die care-gebende Person jener zuteilwerden lässt (Conradi 2001, 58). Damit wird auch eine emotional-affektive Perspektive betont, auf die ich noch zurückkommen werde.

Care-Arbeit, besonders in der Phase der Versorgung (*caregiving*, Abschnitt I.3.2.2), hat aber v.a. auch mit direkter körperlicher Berührung (Conradi 2001, 58) und intimer Nähe zu tun. Care-Arbeit ist körperliche Arbeit, da zum einen die Körper der Care-Gebenden wie auch der Care-Nehmenden in den Arbeitsprozess involviert sind und es sich zum anderen um Arbeit am und mit dem Körper, häufig sogar mit den "'negativities of the body' – dirt, decay, decline, death" (Twigg 2000, 393), handelt. Für eine erste Annäherung an die Frage, wie ich körperliche Arbeit als Care-Arbeit konzeptualisiere, nehme ich Bezug auf Monique Lanoix' Theoretisierungen von Care.

3.2.3.1 Thinly und thickly embodied labor

Der Autorin zufolge kann im Bereich der Care-Arbeit zwischen *thinly* und *thickly embodied labor* (gering- und umfassend-verkörperlichte Arbeit) unterschieden werden.[7] *Thinly embodied labor* wird von Lanoix anschaulich anhand von *robotic care* verdeutlicht:

---

7 Eine Vorstellung von Arbeit als *thinly embodied labor* liegt beispielsweise dem Konzept *affective labor* von Michael Hardt und Antonio Negri zugrunde, da die Autoren *affective labor* als immaterielle Arbeit konzeptualisieren (vgl. Lanoix 2013, 85ff.)

> as a caregiver, the robot would appropriately lift the person who needs to get into a chair. The robot could be programmed to do this in a gentle way and could also be programmed to utter some reassuring words to the person being cared for. If only the physical goal of care is taken into consideration, then the robot has successfully cared for the person. The robot may even generate a feeling of well-being in the person it is assisting by saying calming words, and she may be happy to be sitting up in a chair. In this way, the robot can be taken to produce affect in the person receiving care, and it meets the criteria for having performed affective labor. This is an example of care labor as a *thinly embodied activity*. The person receiving care has her physical needs met; she may even feel comfort. However, the robot is a machine and does not have an embodied response to the person receiving care. The robot's reaction remains at the level of programming. (Lanoix 2013, 92, Hervorh. B.M.)

Die Aufgabe, die care-bedürftige Person in einen Stuhl zu setzen, kann im mechanischen Sinn auch von einem Roboter übernommen werden, wobei die von dem Roboter ausgeführte Tätigkeit möglicherweise auch Wohlgefühle bei dem *care receiver* auszulösen vermag. Allerdings kann in dem Fall nicht von einer beziehungsförmigen Interaktion oder von engagierter Care-Arbeit, wie ich sie in der zweiten Care-Dimension (Kap. I.3.2.2) im Sinne von Tronto und Conradi aufgezeigt habe, gesprochen werden, v.a. da der Roboter nicht mit den Care-Bedürftigen interagiert und daher auch keine Reaktion auf sie zeigen kann. Hier ist die Care-Beziehung eine Einbahnstraße und basiert eben nicht auf der oben schon erwähnten Resonanz und Gegenseitigkeit. Der Roboter steuert eine Tätigkeit, die zwar gut ausgeführt sein mag und auch möglicherweise den/die Empfänger_in zufrieden stellt, aber es entsteht keine Beziehung. Im Gegensatz zu "robotic care, a human caregiver will interact with the person she is assisting in many different ways. The presence of an individual who can smile, cry, or listen to stories is part of the relationship of care" (Lanoix 2013, 95) und gehört ebenso zum Care-Prozess wie auch "elements of corporeality, affection or compassion, spontaneity or even hurt" (Lanoix 2013, 94). Es geht hier um die Beziehung zwischen dem *caregiver* und dem *care receiver*, aber eben nicht nur um eine geistig-emotionale Relation, sondern um eine die körperlich-affektive Dimension umfassende Beziehung. Obschon Lanoix das Beispiel des care-gebenden Roboters anführt, macht sie zugleich deutlich, dass auch menschliche Care-Gebende wie Roboter agieren können, etwa wenn ihr Zeitplan sie einengt und unter Stress setzt[8] (Lanoix 2013, 94). Auf diese Art der Arbeit, die von Lanoix als *thinly embodied*, also gering- bzw. mechanisch-verkörperte Care-Arbeit bezeichnet wird, werde ich in Kapitel VI.5. zurückkommen.

8 Die Autorin führt das allerdings nicht weiter aus.

Im Unterschied dazu versteht Lanoix unter *thickly embodied labor* folgende Care-Praktiken, die sie am Beispiel *touching* (berühren) erläutert: „... touching is far more complex than simply executing gestures that will protect a worker's back and will not cause injury to the person being helped. This illustrates the manner in which care is thickly embodied. There is warmth to the skin of both parties; the person being helped may be happy and convey this by smiling." (Lanoix 2013, 95)

In der hier ausgearbeiteten normativen Konzeption ist Care[9], angelehnt an die Konzeptualisierung von Lanoix, *thickly embodied* bzw. umfassend-verkörperlicht, in dem Sinne, dass die Berührung nicht rein auf die mechanische Ausführung einer Hilfestellung ausgerichtet ist, sondern sich durch eine Komplexität auszeichnet, die sie bedeutsam macht. Diese Komplexität zeigt sich etwa durch die Wärme der Haut, die gespürt wird, aber auch durch bedeutungsvolle affektive (und möglicherweise reziproke) Interaktionen sowie die Resonanz des *care receivers* und des *caregivers,* die sich z.B. in einem Lächeln äußern können. Die Reaktion des *care receivers* kann aber auch weniger positiv ausfallen. In diesem Fall muss die care-gebende Person "carefully maneuver her care so that it is adequate. Conversely, her reaction to the care encounter will also be embodied. She may feel repulsed, sad, or happy; whatever the reaction, it will be felt and transmuted into a bodily way of being." (Lanoix 2013, 95).

Die Reaktion des *care receivers* muss nicht positiv sein. Wichtig ist aber, dass es eine Reaktion gibt, diese wiederum wahrgenommen und auf die wieder reagiert wird (vgl. Dimension I.3.2.2). Die care-gebende Person kann beispielsweise das Unbehagen des *care receivers* bemerken und ihre Unterstützung daran anpassen. Neben diesem Beziehungsaspekt betont Lanoix, dass es sich nicht um ausschließlich geistige Interaktionen handelt, sondern dass es sich vor allem um verkörperte Dimensionen und Bedürfnisse dreht und daher der

9 Für die Autorin ist vor allem jene Arbeit *thickly embodied*, die von Hilfskräften getätigt wird. Hier zeigen sich Unterschiede in den Care-Systemen. Monique Lanoix schreibt aus einem US-amerikanisch-kanadischen Kontext, in dem die Arbeitsteilung zwischen Registered Nurses (RN), die einen akademischen Abschluss haben, und Hilfskräften klar geteilt ist. Für die relationale Arbeit sind die Hilfskräfte zuständig. In Deutschland haben die direkt in der Alten- bzw. Krankenpflege Tätigen meistens keinen akademischen Abschluss, und auch wenn es immer weiter zur Verlagerung der Arbeit auf Hilfskräfte kommt, kann derzeit nicht von einer so eindeutigen Arbeitsteilung gesprochen werden. In Deutschland führen auch examinierte Pflegekräfte die oben beschriebenen Aufgaben aus, obwohl sich auch hier eine Tendenz zur Separierung der Arbeiten erkennen lässt. Daher könnte, zumindest dem Anspruch nach, *thickly embodied labor* auch von Alten- und Krankenpflegerinnen sowie von Helferinnen geleistet werden (vgl. Teil VII).

> "corporeal way of being informs the care relationship" (Lanoix 2013, 95): "The caregiver has to respond to the one receiving care, which cannot be done by verbal acts only. This can entail touching them or smiling warmly; words may be superfluous or inadequate. There is a way in which simply touching means that trust can be established. This is an embodied response that comes from a bodily encounter with another being." (Lanoix 2013, 95)

Umfassend-verkörperlichte Arbeit beinhaltet daher, wie oben schon erwähnt, mehr als den rein physikalischen Prozess. Vielmehr produziert sie in diesem Sinn auch Affekte und interagiert so in einem Netz von körperlichen Empfindungen und Bedürfnissen. Berührung kann Vertrauen aufbauen, was als zentral für eine gelingende Care-Beziehung betrachtet wird.

So lässt sich am Beispiel der Unterstützung beim Essen zeigen, wie ein körperlicher Akt positiv-besetzte, affektive Resonanz hervorrufen kann, etwa dadurch, dass das Essen gut tut und schmeckt und auch die Präsenz des Anderen sich positiv auswirkt. "The experience of eating with company is a fine example of corporeality mixed with affect." (Lanoix 2013, 95). Zwar umfasst diese Art der Arbeit das, was Arlie Hochschild ([1983] 1999) als *emotional labor* bezeichnet. Care-Arbeit, wie sie hier normativ ausgearbeitet wird, ist aber mehr als emotionale Arbeit einerseits oder die mechanische Ausführung eine Aufgabe andererseits und unterscheidet sich dadurch tatsächlich von anderen Dienstleistungen (Browne 2010, 578; vgl. auch Armstrong/Braedley 2013). Care-Arbeit ist körperliche Beziehungsarbeit und daher von der mechanischen, gering-verkörperten Arbeit zu differenzieren. Diese Unterscheidung liefert gewinnbringende Anschlüsse für die Analyse von Care-Interaktionen. Und auch für die empirische Analyse, die im Rahmen dieser Dissertation vorgenommen wird, ist diese Differenzierung zentral, da die von mir interviewten Pflegerinnen auch durch den Zeitdruck teilweise im Sinne von *thinly embodied labor* arbeiten (vgl. Kap. VII.2). Gleichwohl bleibt Lanoix' Trennung von *thickly* und *thinly embodied labor* bisher vage, da sie das Verständnis von Verkörperung, Materialisierung und dem Körper inhaltlich nicht füllt. Durch Lanoix' Ausführungen wird zwar deutlich, dass die eher mechanisch- und wenig-involvierten Care-Praxen von den körperlich-involvierten und affekt-umfassenden Praxen unterschieden werden können. Aber es bleibt bisher offen, worin denn tatsächlich dieser Unterschied liegt. Dies lässt sich am Beispiel von Lanoix' Beschreibung von *touching* exemplarisch darstellen. Die Autorin beschreibt Berührungen als "far more complex than simply executing gestures that will protect a worker's back and will not cause injury to the person being helped." (Lanoix 2013, 95) Dem ist zwar zuzustimmen, unklar bleibt allerdings, was diese Berührungen komplexer macht. Meiner Ansicht nach

kann die Berührung deswegen als vielschichtiger verstanden werden, weil nicht nur die Körperoberfläche berührt wird, sondern weil die Berührung vom Care-Erhaltenden und vom Care-Gebenden gegenseitig leiblich gespürt werden kann. Auch Lanoix spricht davon, das Berührungen gespürt werden, es bleibt aber bei ihr offen, wie dieses 'Spüren' zu konzeptualisieren ist. Das Besondere und die Bedeutung des 'Spürens' kann so nicht erklärt werden. Aus diesem Grund ist die Einführung einer phänomenologischen Perspektive zentral, die sich diesem 'Spüren' zuwendet, um die Differenzierung von *thinly* und *thickly embodied labor* in ihrer vollen Komplexität entfalten zu können.

3.2.3.2 Care als leibliche Arbeit

Eine phänomenologische Perspektive ermöglicht aus meiner Sicht – und auch Lanoix' Begriffswahl legt das nahe (vgl. Lanoix 2013) – die Erweiterung zu Care als „leiblicher Arbeit". Denn die Phänomenologie – auch die so genannte „neue Phänomenologie", die von Hermann Schmitz begründet wurde – widmet sich der präzisen Beschreibung von Phänomenen und konkreten Erfahrungen (Jäger 2004, 52) und verfolgt die „Aufgabe, die Abstraktionsbasis der Theorie- und Bewertungsbildung tiefer in die unwillkürliche Lebenserfahrung hineinzulegen" (Schmitz 2007, 11).

Die wichtigste Erkenntnis der Leibphänomenologie kann im Kontext der hier verfolgten Fragestellung darin gesehen werden, dass der Körper ein doppelseitiges Phänomen ist: Er ist Objekt und Subjekt zugleich und wird konzeptualisiert als Körper-Haben und Leib-Sein (Plessner 2003; vgl. auch Abraham 2002; Jäger 2004; Lindemann 1994). Anke Abraham zufolge sind Körper und Leib „keine material voneinander trennbaren Systeme, sondern radikal verschiedene Aspekte ein und desselben 'Dings'", „der Körper [ist] das 'Gesehene' und der Leib das 'Seiende'" (Abraham 2002, 94). Mein 'eigener' Körper zeigt sich mir gegenständlich, so wie andere Objekte. „Ich kann ihn sehen, anfassen, riechen etc." (Jäger 2004, 104). Als Leib *bin* ich zugleich dieses Objekt. Der Leib ist das, was 'wir' sind und fühlen.

3.2.3.3 Der Leib

Der Begriff des Leibes ist in der zentrischen Positionalität verortet (Plessner 2003, 291ff.; Villa 2006, 214). Die zentrische Positionalität ist das Hier-und-Jetzt-Prinzip der eigenen Existenz, die Helmuth Plessner auch als „geschlossene Organisationsform des Tieres" (Plessner 2003, 291; vgl. auch Abraham 2002, 94) versteht. Aus der leiblichen Perspektive erlebt sich das Subjekt als „das unmittelbare Zentrum der Wahrnehmung" (z.B. Schmerzgefühl, Urindrang, Hunger

etc.) und der Begriff Leib „umfasst das unmittelbare, authentische Binnenerleben des eigenen Körpers. Das leibliche Selbst ist in diesem Zustand die 'positionale Mitte', d.h es ist absolut (i.S. von nicht relativ) und unmittelbar. In der zentrischen Positionalität wird also unmittelbar und authentisch empfunden, wenn auch diese Empfindungen sozial konfiguriert sind." (Villa 2006, 214).

Im Gegensatz dazu besteht das „Wesentliche der exzentrischen Positionsform [...] darin, daß das leibliche Selbst seinerseits auf die Umweltbeziehungen bezogen ist. Dieses ist also zugleich in der Umweltbeziehung und von ihr distanziert. Aufgrund der Distanz zu sich erlebt das leibliche Selbst nicht nur die Umwelt, sondern es erlebt sich als ein die Umwelt erfahrendes leibliches Selbst." (Lindemann 1994, 134).

Auch wenn wir aufgrund des bisher Gesagten vom Doppelaspekt des Körpers ausgehen, können wir an dieser Stelle immer noch nicht sagen, was der Leib nun tatsächlich ist. Denn obschon positiv kommentiert wird, dass Plessner „seine Anthropologie im 'Vitalen' und 'Organischen'" (Abraham 2002, 97) ansetzt, so besteht gleichwohl Kritik an seinem Ansatz: Trotz Betonung des Leibes mündet sein Entwurf nämlich letztlich im Bewusstsein.

> Höhepunkt seiner Konzeption ist die spezifisch menschliche Sphäre der Mitwelt, in der Bewusstsein, Geist und Kultur ihren Platz finden [...]. Zwar ist das menschliche Leben – das wird deutlich – im Organischen fundiert und trägt gerade auch das nachhaltige Verhaftetsein in organischen ('leiblichen') Bezügen zu der 'Zerrissenheit' des Menschen bei [...], doch all diese Zusammenhänge verblassen vor der Tatsache, dass der Mensch nur Mensch ist, wenn er ein geistiges, 'irreales', symbolisches Leben führt. (Abraham 2002, 97f.)

Um den Begriff des Leibes besser zu verstehen, hilft ein Blick in die Arbeiten von Hermann Schmitz, denn sein „Alphabet der Leiblichkeit" gibt Jäger (2004) zufolge eine präzise Beschreibung leiblicher Phänomene (vgl. auch Lindemann 1994; Abraham 2002). Der Leib ist bei Schmitz das, was jemand von sich selbst spürt, ohne die Sinnesorgane zu verwenden, es sind die „leiblichen Regungen" oder das leiblich Gespürte (Schmitz 1990, 115; vgl. auch Jäger 2004, 61):

> Wenn ich von Leib spreche, denke ich nicht an den menschlichen oder tierischen Körper, den man besichtigen und betasten kann, sondern an das, was man in dessen Gegend von sich spürt, ohne über ein 'Sinnesorgan' wie Auge oder Hand zu verfügen, das man zum Zweck dieses Spürens willkürlich einsetzen könnte. Das so Gespürte bezeichne ich als leibliche Regung; es kann die Grenzen des sicht- und tastbaren Körpers überschreiten, wie im Fall der Phantomglieder der Amputierten. (Schmitz 1990, 115)

Der von Schmitz so verstandene Leib ist „besetzt mit leiblichen Regungen wie Angst, Schmerz, Hunger, Durst, Atmung, Behagen, affektives Betroffensein von

Gefühlen" (Schmitz 2007, 16). Und er ist „unteilbar flächenlos ausgedehnt als prädimensionales Volumen, [...] das in Engung und Weitung Dynamik besitzt" (Schmitz 2007, 16).

Wenn hier erstmals vom leiblichen Spüren die Rede ist, erscheint es mir allerdings zentral zu betonen, dass nicht von naturhaften Gefühlen gesprochen werden kann, da sich diese ausschließlich über den gesellschaftlich strukturierten Körper vermitteln (Körperwissen und Leiberfahrungen), aber nicht komplett in jenem aufgehen. So kann der Körper als Teil der symbolischen Ordnung und der Leib als Erfahrung in ihrer Verflechtung betrachtet werden (Jäger 2004, 165). Die Leiberfahrung bezieht sich nach Jäger allerdings nicht nur auf die passiven Erfahrungen (Schmerz, Lust etc.), sondern der Leib wird auch als „Mittel der Weltbewältigung, Handlung und Darstellung betrachtet" (Jäger 2004, 165). Dieser „Verschränkungsthese" von Gesa Lindemann folgend sind „sowohl der Körper als auch die leibliche Erfahrung als sozial strukturiert zu verstehen und entsprechend haben sowohl der Körper als auch die leibliche Erfahrung eine Geschichte [...] wie Ökonomie oder Formen politischer Herrschaft." (Lindemann 1994, 133f.).

Das nicht-natürliche Verhältnis kann m.E. mit Judith Butler verdeutlicht werden, die bezogen auf den Körper in eine ähnliche Richtung argumentiert und damit die Vorstellung von der Kulturalität des Körpers unterstreicht. In Anlehnung an Mary Douglas (2002) werden, so Butler, „die Umrisse des 'Körpers' durch Markierungen gezogen [...], die versuchen, bestimmte Kodes der kulturellen Kohärenz zu errichten." (Butler 1991, 193) Dieser Betrachtung gemäß sind die Grenzen des Körpers nicht ausschließlich materielle Grenzen, sondern die Haut wird „systematisch durch Tabus und antizipierte Übertretungen bezeichnet", weswegen Körpergrenzen „als Schranken des gesellschaftlich *Hegemonialen*" (Butler 1991, 194) verstanden werden können, die – so könnte man aus der Perspektive von Lindemann und Jäger ergänzen – aber auch leiblich gespürt werden.

Wenn also weiter oben von Care-Arbeit als *thickly embodied labor* gesprochen wird, dann bedeutet das m.E. leibliche Arbeit im Gegensatz zu rein körperzentrierter, denn Care-Arbeit reagiert und interagiert oftmals bezogen auf eher unstrukturiert-leibliches Befinden und auf diffusere leiblich-affektive Dimensionen wie Schmerz, Scham und Wohlbefinden, welche nicht losgelöst von kulturell etablierten Grenzen wie etwa Schamgrenzen bestehen (vgl. Teil III). Mindestens genauso bedeutsam etwa wie die Sauberkeit des Körpers (körperliche Ebene) als Resultat der Unterstützung z.B. beim Waschen ist das Spüren von Nähe und Wärme der Haut des Anderen (leibliche Ebene). Daher ist engagierte Care-Arbeit im Sinne des hier ausgeführten Ansatzes relational-leibliche Praxis. Die Betonung der Doppelseitigkeit von Körper und Leib ist vor allem für die im Teil VI

folgende empirische Analyse aufschlussreich. Die Arbeit ist leibliche Arbeit, die sich allerdings immer auch auf den objektivierbaren Körper bezieht, z.B. wenn Teile des Körpers gewaschen werden. Sie beschränkt sich allerdings nicht auf die körperliche Dimension und auf mechanische Anwendungen, dies wäre dann eher im Sinne von *thinly embodied labor* zu verstehen. Dagegen spielt im hier ausgearbeiteten Verständnis von Care neben der Beziehung die umfassend-verkörperlichte oder, wie ich es hier nennen würde, die leibliche Arbeit eine bedeutende Rolle.[10] Die drei ausgearbeiteten Dimensionen resümierend kann daher der Inhalt von Care-Arbeit als gesellschaftlich strukturierte, relational-leibliche Arbeit verstanden werden.

4. Zwischenfazit: Die Charakterisierung von Care

4.1 Care-Arbeit und Care-Inhalt

Der Begriff Care, wie oben ausführlich dargestellt, hat den Begriff der Reproduktion (zumindest wenn er sich auf Care als Tätigkeit bezieht) nahezu abgelöst. Dadurch ist es zu einer Betonung der emotionalen und beziehungsbezogenen Dimensionen von Care gekommen und die interaktive Komponente als Care-Praxis tritt deutlicher hervor. Menschen werden als in-Beziehung-stehend konzeptualisiert und Care-Arbeit wird als notwendige Beziehungsarbeit verstanden, was auch für die Analyseperspektive dieser Arbeit von zentraler Bedeutung ist. Care und Care-Arbeit wird in dem hier ausgearbeiteten Sinn als notwendige gesellschaftliche Beziehungspraxis und -arbeit verstanden, die nicht nur auf den objektivierbaren Körper gerichtet, sondern als leibliche bzw. als relational-leibliche Arbeit zu verstehen ist. Der Care-Prozess umfasst verschiedene Stufen und beinhaltet direkte körperliche Arbeit wie auch leiblich-affektive Anteilnahme. Care bzw. Care-Arbeit wird als *menschliche Tätigkeit* verstanden, die sich auf Menschen, aber auch auf andere Lebewesen und Sachen beziehen kann (Tronto 1993,

10 Für eine interessante Kritik an der Leibphänomenologie aus Sicht der Psychoanalyse vgl. Helga Krüger-Kirn (2014, 95ff., 2015). Obschon Krüger-Kirn zugestimmt werden kann, dass auch in den leibphänomenologischen Theorien nicht die 'ganze' Leiblichkeit einbezogen wird, da das leiblich verankerte Unbewusste keine Rolle spielt, so ist diese leibphänomenologische Perspektive meiner Ansicht nach dennoch im Rahmen der hier verfolgten Fragestellung sehr instruktiv, v.a. um zu verdeutlichen, dass Care-Arbeit – im hier ausgearbeiteten Sinne – mehr umfasst als die Arbeit an der Oberfläche des Körpers.

2011). Sie kann unbezahlt oder bezahlt im 'öffentlichen' oder 'privaten' Bereich ausgeübt werden. Auch die öffentliche Care-Versorgung z.B. in Pflegeheimen, Krankenhäusern und Kindergärten sowie in einer Reihe anderer Institutionen, die öffentlich, privat oder wohlfahrtsstaatlich organisiert sein können, (vgl. z.B. Madörin 2009a, b; Razavi 2007, 6) wird also unter den Care-Begriff subsumiert (vgl. zum Unterschied Conradi 2001, 45).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird allerdings deutlich, dass ich zwar einerseits einen breiten Care-Begriff anlege, der diese öffentlichen Institutionen ebenfalls umfasst, mich aber teilweise, wie in Teil II bis III.2, nur auf die unbezahlte Care-Arbeit beziehe, da es mir dort um eine grundsätzliche Konzeptualisierung von Care-Arbeit im Verhältnis zu Lohnarbeit geht und ich die Ausgrenzung von Care und damit die Erbringung von Care als unbezahlte Arbeit als Voraussetzung und Ergebnis der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaftsformation begreife, die wiederum auch die Voraussetzung für die Konstitution der bezahlten Care-Arbeit darstellt. Von Kapitel III.3 an beziehe ich die bezahlte und professionelle Care-Arbeit erneut in die Analyse ein und mache die Vermittlung unbezahlter und bezahlter Care-Arbeit deutlich. In Teil V charakterisiere ich darüber hinaus die Unterschiede der Begriffe Care und Pflege und zeige dabei ihre Überschneidungen und Differenzen auf.

4.2 Kritik am Care-Begriff und weiterer Analysebedarf

In der hier vorgestellten Ausarbeitung von Care habe ich versucht, die positiven Aspekte der Verschiebung der Konzepte von Reproduktions- auf Care-Arbeit zu betonen, durch welche es einerseits möglich ist, die Abhängigkeit aller Menschen von Care herauszustreichen, und andererseits, die Care-Tätigkeit an sich zu charakterisieren. Dabei erscheint diese Tätigkeit als relational-leibliche Arbeit. Durch den Fokus auf die Care-Handlung besteht allerdings Gefahr, dass Care als positiv besetzte Beziehungspraxis idealisiert wird (Haug 2011, 362) und zu wenig Gewicht auf die Theoretisierung von Herrschaftsverhältnissen und die Dynamiken der kapitalistischen Trennung der Reproduktions- und Produktionssphäre gelegt wird (vgl. für diese Kritik z.B. Care*Ak Frankfurt 2014; gegenläufige Beispiele: Armstrong/Braedley 2013; Daly/Lewis 2000). Jedoch bedarf es (neben der Charakterisierung von Care als Care-Dimensionen) einer Kritik – im Sinne einer Kritik der politischen Ökonomie – jener Verhältnisse, die diese Arbeit kontinuierlich als prekäre (unbezahlte), rassialisierte und feminisierte Arbeit strukturieren, selbst wenn sich die Gruppe der Menschen, die diese Tätigkeiten ausüben, in unterschiedlichen historischen Kontexten jeweils verschieden

zusammensetzt und auch die Formen der Arbeit sich wandeln (idealtypisch überspitzt: Früher waren es unbezahlte Ehefrauen, heute sind es (illegalisierte) niedrigentlohnte Migrantinnen). Care-Arbeit – ob bezahlt oder unbezahlt – ist historisch in verschiedener Weise abgewertete Arbeit, die zumeist an Frauen delegiert wurde. Care sowie die Abwertung und gleichzeitig Konstruktion von 'Weiblichkeit' sind historisch daher eng miteinander verzahnt (vgl. v.a. Teil V). Wie aber schon aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein sollte, ist der 'weibliche' und abgewertete Status von Care nicht naturgegeben. Hugh Armstrong und Pat Armstrong zufolge kann Caring "be understood only as women's work within unequal relationships, structures and processes that help create women as carers and undervalue this caring work" (Armstrong/Armstrong 2002, 47; vgl. auch Browne 2010, 576).

Bei der Analyse von Care geht es in dieser Arbeit daher darum, nach den gesellschaftlichen Verhältnissen zu fragen, die strukturell zur Abwertung von Care führen oder die, in Lanoix' Worten, "*sustain the devaluation* of thickly embodied labor and *frames* the work that deals with problematic and aging bodies *as an activity that should not be highly paid*" (Lanoix 2013, 98, Hervorh. B.M.).

Um diese herrschaftskritische Perspektive stärker in die Analyse dieser Arbeit einzubeziehen, verknüpfe ich das hier ausgearbeitete normative Verständnis von Care und Care-Arbeit mit der 'alten' marxistisch-feministisch argumentierenden Hausarbeitsdebatte. Damit vertrete ich die Auffassung, die beispielsweise auch von Pia Garske geteilt wird, dass der Begriff Care dann sein emanzipatorisches Potenzial entfaltet, wenn die gesellschaftskritischen Perspektiven der 'alten' Debatten in die Analyse gesellschaftlicher Transformationen mit eingehen (Garske 2014).

Damit lässt sich auch mein Anliegen umreißen, die Chancen des Care-Begriffs zu nutzen und trotzdem die herrschaftskritische Perspektive der früheren Auseinandersetzungen um Reproduktion in den Blick zu bekommen (vgl. Teil II). Denn marxistisch-feministische Ansätze der 1970er-Jahre suchten nach strukturellen Begründungen für die Abwertung der Haus- bzw. Reproduktionstätigkeit und arbeiteten systematisch heraus, dass bei diesen Tätigkeiten, in jedem Fall von Arbeit gesprochen werden kann. Sie legen aber den Fokus – anders als die Auseinandersetzungen um Care – nicht auf die eigentliche Charakterisierung der Tätigkeit (Conradi 2001, 36).

Insofern analysiere ich in den folgenden Kapiteln die Hauptlinien dieser marxistisch-feministischen Analysen (Kap. II.1) sowie das Wertabspaltungstheorem von Roswitha Scholz (Kap. II.2), um den grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Abwertung der Care-Arbeit und kapitalistischen und patriarchalen Dynamiken in den Blick zu bekommen. Die Analyse dieser 'älteren' Perspektiven

dienen mir als Wegbereiter für das von mir im Anschluss ausgearbeitete Konzept 'Wert-Abjektion' (Teil III).

Das Konzept der Wert-Abjektion, mit dem ich mich um eine Begründung für die strukturelle Trennung und Abwertung von Care und Care-Arbeit im Verhältnis zum Produktionssektor bemühe, wird als Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus verstanden. Dabei versuche ich auf der Grundlage der oben ausgearbeiteten grundsätzlichen Charakterisierungen von Care (Teil I) und der marxistisch-feministischen Analysen grundsätzlicher Abwertungsstrukturen (Teil II) die Charakterisierung von Care als Beziehung in einen herrschaftskritischen Kontext zu stellen und damit die besonderen Erträge beider Perspektiven (Care und (ältere) feministisch-marxistische Analysen) zu nutzen.

Die der Wert-Abjektion (Teil III) zugrunde liegende Argumentation bewegt sich auf einer abstrakteren Analyseebene und richtet den Fokus speziell auf „soziale Formen" als grundlegend strukturierende Modi kapitalistisch-patriarchaler Gesellschaften (vgl. hierzu Hirsch 1994, 157ff.). In Teil IV wird gezeigt, wie sich die Tendenz zur Abjektion von Care auf das Institutionengefüge der sozialen Reproduktion und die (bezahlte) Care-Arbeit in den verschiedenen Formationen des Kapitalismus auswirkt. In Teil V wird die Institutionalisierung der Wert-Abjektion konkret an der Entstehung der Krankenpflege als 'Frauenberuf' aufgezeigt und die Auswirkung auf diese Berufe diskutiert.

Anschließend wird das ausgearbeitete Theorem Wert-Abjektion – auf einer anderen Abstraktionsebene – mit der institutionellen Ausgestaltung von Care in der ambulanten Pflege (Teil VI) sowie mit den Arbeitsverhältnissen in der Pflege aus Sicht der Pflegerinnen verknüpft (Teil VII). Generell soll das Konzept der Wert-Abjektion eine Begründung für die Abwertung von Care auf der ökonomischen und kulturell-symbolischen Ebene liefern und den Zusammenhang von diesen Abwertungstendenzen und deren Auswirkungen, der – etwas verkürzt ausgedrückt – in der Strukturierung von Care als unbezahlte Arbeit liegt, auf der Makro-, Meso- und Mikroebene analysieren. Dabei geht es darum nachzuvollziehen, wie sich die für den patriarchalen Kapitalismus konstitutive Abwertung von Care mit der institutionellen Ausgestaltung von Care verknüpft und welche Auswirkungen das auf die alltäglichen Arbeitspraxen der Pflegerinnen hat. Die Strukturierung und Verdeckung von Care als unbezahlte Nicht-Arbeit – so das zentrale Ergebnis dieser Dissertation – zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte und theoretische Logik des patriarchalen Kapitalismus auf allen Ebenen der Abstraktion.

Teil II
Care als Reproduktion – Marxistisch-feministische Analysen

Wie im vorangehenden Kapitel dargelegt, drehen sich die folgenden Passagen um eine Auseinandersetzung mit marxistisch-feministischen Analysen von Haus- und Reproduktionsarbeit, die auch schon als Wurzel der Care-Debatte bezeichnet wurden (Brückner 2010) und die herangezogen werden, um den grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Abwertung von Care-Arbeit und kapitalistischen und patriarchalen Dynamiken zu thematisieren.

1. Hausarbeit im Kontext der 'Zweiten Frauenbewegung' und der 'Neuen Linken'

„Arbeit, Sexualität und Beziehungen" sind Ilse Lenz zufolge die zentralen Themen der 'Zweiten Frauenbewegung' nach 1970, und wenn ein Thema besonders fokussiert wurde, „schwangen die anderen Themen immer mit" (Lenz 2008, 147). Zum Thema Arbeit (das im Sinne von Lenz demnach selbstverständlich auch Bezüge zu den Themen Sexualität und Beziehung beinhaltet) bildet die so bezeichnete „Hausarbeitsdebatte" eine wichtige Kontroverse innerhalb der 'Zweiten Frauenbewegung' und der 'Neuen Linken', die sich aus den verschiedenen Protestbewegungen der 1960er-Jahre formierte. Jene Debatte spielt – trotz ungelöster Fragen – m.E. auch heute noch für die Theoretisierung von Care-Arbeit (im Folgenden als Hausarbeit bzw. Reproduktionsarbeit bezeichnet) eine zentrale Rolle.[1]
Der Begriff der Hausarbeit ist selbst umkämpft, und es ist nicht immer deutlich, was alles in die Kategorie mit einbezogen werden sollte (s.u.). Unter Reproduktionsarbeit wurde laut Ilse Lenz Folgendes verstanden:

1 Ich betrachte im Folgenden v.a. Debatten, die das Verhältnis von Reproduktion und Produktion thematisieren, und erhebe daher hier nicht den Anspruch, eine umfassende Analyse der damaligen Debatte zu leisten.

> zum einen die unentlohnte Versorgung von Menschen außerhalb des Marktes entsprechend der sozialen Bindungen: von Kindern, von Kranken, von Alten. Das konnten Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde oder Nachbarn sein. Dafür haben sich nach 1980 die Begriffe Versorgungsarbeit (care-work) oder Familienarbeit eingebürgert. Zum Zweiten umfasste Reproduktionsarbeit auch die 'Reproduktion' von Menschen selbst, den Verlauf von Schaffung des neuen Lebens, die Schwangerschaft und die Geburt in dieser Sicht. (Lenz 2008, 149f.)

Ursula Beer zufolge knüpfen Theorien geschlechtlicher Arbeitsteilung in unterschiedlicher Weise kritisch an die Marx'sche Theorie und deren „androzentrische Verkürzungen" (z.B. Beer 1987, 157) an. Diese Verkürzungen zeigen sich v.a. in der Vernachlässigung von Fragen der „geschlechtsspezifischen" Vergesellschaftung wie auch der „ökonomische[n] Positionierung von Frauen, die unentgeltliche Arbeit verrichten" (Beer 1987, 157). Es wird versucht, Begriffe der Kritik der politischen Ökonomie zu modifizieren oder alternativ eine feministische Perspektive in diese einzuarbeiten. Ziel dabei ist, die „Geschlechter- und Klassenunterdrückung bzw. -ausbeutung theoretisch zu vermitteln und insbesondere die widersprüchliche Verknüpfung von weiblicher Erwerbs- und Hausarbeit analytisch herauszuarbeiten." (Beer 1987, 158) Ein solcher Widerspruch wird vor allem darin gesehen, dass Frauenunterdrückung zwar schon vor dem Kapitalismus existiert, aber erst die Entstehung des Kapitalismus die Trennung von Reproduktions- und Produktionssphäre mit seiner klaren geschlechtlichen Zuweisung bewirkt (vgl. Schäfgen 2000) und die Ausbeutung der Frauen intensiviert hat (Dalla Costa 1973, 29). Die Begründung der Arbeitsteilung entlarven die Autorinnen als patriarchal motivierte, die letztlich auf die Gebärfähigkeit von Frauen und ihre Rolle in der Mutterschaft rekurriert. Denn die bürgerliche Vorstellung der Mutterschaft transformiert sich von einer biologischen zu einer gleichzeitig sozialen Rolle (vgl. Beer 1987, 164). Ungleiche Geschlechterverhältnisse können daher als Bedingung der Möglichkeit für die Entstehung und Reproduktion des Kapitalismus betrachtet werden (vgl. Beer 1987; Hagemann-White 1984). Auch die Konstruktion der bürgerlich-heterosexuellen Familie gilt als Stütze der kapitalistisch-patriarchalen Arbeitsteilung, indem die bürgerliche Ehe die unentgeltliche Reproduktionsarbeit, die aus 'Liebe' getan werden sollte, sichert (vgl. Beer 1987; Schäfgen 2000; Müller 2013).

Damit sind überblicksartig wichtige inhaltliche Positionen (sozialistischer) Feministinnen im Kontext der 'Zweiten Frauenbewegung' zum Thema Arbeitsteilung dargestellt. Bei detaillierterer Betrachtung zeigen sich allerdings große Differenzen innerhalb der feministischen Auseinandersetzungen bzw. innerhalb der Hausarbeitsdebatte, die sich vor allem auf die Frage beziehen, wie die Hausarbeit

tatsächlich im Verhältnis zur Lohnarbeit zu konzeptualisieren und zu verstehen ist und welche Bedeutung Hausarbeit im Verhältnis zur kapitalistischen Produktionsweise hat. Daher wird im Folgenden auf die Hauptlinien dieser Debatte rekurriert und problemzentriert die Themen herausgearbeitet, die m.E. für die Fragestellung dieser Dissertation relevant sind. Auf diese Weise versuche ich mich einer Erklärung für die Abwertung der Care-Arbeit zu nähern, die es möglich macht, Mikro-, Makro- und Mesoebene zu verbinden, und die gleichzeitig die Abwertung von Care aus ökonomischer *und* kultureller Perspektive zu deuten vermag.

1.1 Die Hausarbeitsdebatte

Die Hausarbeitsdebatte wurde Ende der 1960er-Jahre durch Aufsätze der Kanadierinnen Margaret Benston (1969) und Peggy Morton (1970) ausgelöst (Vogel 2001, 1186) und international geführt. Autor_innen, die sich in diesem theoretischen Umfeld verorteten, bemühten sich um eine Erweiterung des traditionellen Arbeitsbegriffs, bei dem – so die Kritik – nur Lohnarbeit als eigentliche Arbeit gefasst und konzeptualisiert wurde.

Als Ausgangspunkt der europäischen Hausarbeitsdebatte kann der Zeitpunkt angesehen werden, als die italienische Feministin Mariarosa Dalla Costa im Jahr 1972 ihren Artikel „Die Frauen und der Umsturz der Gesellschaft“[2] veröffentlichte (Beer 1984, 96; Vogel 2001, 1189). Dalla Costa argumentierte, dass durch die Entstehung des Kapitalismus und die damit einhergehende Zerstörung der vorkapitalistischen Produktionsweise das Kapital den Mann aus der Familie ausgeschlossen hat, nämlich „indem es ihn zum Lohnarbeiter gemacht hat“ (Dalla Costa 1973, 30; vgl. auch Beer 1984, 97). Folglich war nicht mehr das ganze Haus bzw. die Familie Zentrum der Produktion, sondern diese wurde nach außen verlagert, und es entstanden erstmalig zwei voneinander getrennte Sphären, die Produktions- und die Reproduktionssphäre. Diese Separierung führte wiederum zu einer Spaltung in bezahlte und unbezahlte Arbeitskräfte (Beer 1984, 97). „Die Frau wurde [...] im Haushalt isoliert und gezwungen, Arbeit auszuführen, die als ungelernte gilt: die Arbeit, die Arbeitskraft für die Produktion zu gebären, aufzuziehen, zu disziplinieren und zu bedienen.“ (Dalla Costa 1973, 34) Weil durch Hausarbeit die Ware Arbeitskraft produziert wird, welche die für den Produktionsprozess zentrale Ware ist, liegt diese Arbeit aber nur dem Anschein nach außerhalb der Sphäre der kapitalistischen Produktion.

2 1972 in Italien und den USA erschienen und 1973 auf Deutsch, vgl. Vogel 2001, 1189.

Armstrong und Armstrong beschreiben diesen Aspekt von Dalla Costas Theoretisierungen treffend folgendermaßen: "The housework of women appears to be a personal service outside of capitalism, but it is in reality the reproduction of labour power, a commodity which is essential to the production of surplus value." (Armstrong/Armstrong 1983, 19) Aus diesem Grund betrachtet Dalla Costa 'Hausfrauen' als ausgebeutete, produktive Arbeiterinnen, die Mehrwert erzeugen, der wiederum über den Lohn des Ehemanns angeeignet und damit „zum Werkzeug der Ausbeutung der Frauen" wird (Vogel 2001, 1189).

1.1.1 Internationale Resonanz

In den folgenden Jahren provozierten Dalla Costas Analysen vielfältige Reaktionen von Feminist_innen und Linken aus verschiedenen Ländern. Es wurde eine internationale Debatte ausgefochten, die häufig als „sehr akademisch geführte werttheoretische Diskussion" (Haug 2010, 54)[3] empfunden wurde. Die Kontroverse wurde innerhalb und zwischen zwei Gruppen geführt, den sozialistischen Feministinnen auf der einen und Vertreter_innen der Neuen Linken auf der anderen Seite (Vogel 2001, 1191). Im Rahmen dieser Debatte fokussierten die Autor_innen im Wesentlichen drei Fragen:

1. Wer bzw. was ist das Erzeugnis, das durch Hausarbeit erarbeitet wird?
2. Wie kann Hausarbeit verstanden werden: als produktive oder als unproduktive Arbeit?
3. Wie ist das Verhältnis von 'Hausfrauen' bezüglich der Reproduktion des Kapitalismus zu theoretisieren? In diesem Sinne wird auch die Frage danach gestellt, ob 'Hausfrauen' als 'revolutionäre Kraft' entworfen werden können (Vogel 2001, 1189).

---

3 Im deutschen Kontext beteiligten sich an der Hausarbeitsdebatte Autorinnen im Rahmen des sogenannten „Bielefelder Ansatzes". Auch sie versuchten die Hausarbeit als direkt mehrwertschaffend zu konzipieren. Forderungen dabei waren, den blinden Fleck der Marx'schen Theorie herauszuarbeiten. Sie versuchten zu beweisen, dass 'Hausfrauen' produktive Arbeit leisten und ihre Arbeit kostenlos in den Wert eingeht, da auch 'Hausfrauen' mehr Arbeit leisten, als sie zu ihrer Reproduktion benötigen. Die dauerhafte kostenlose Aneignung weiblicher Arbeitskraft sollte als „ursprüngliche Akkumulation" angesehen werden (Haug 1996c, 225; vgl. exemplarisch als Vertreterin dieser Debatte Bennholdt-Thomsen 1981); als „Hausfrauisierung" wurde die internationale Ausbeutung der Frauen und der so genannten 3. Welt betrachtet (Paulus 2013, 36). Die Kontroverse, die Claudia v. Werlhof, Vertreterin dieses Ansatzes, und Ursula Beer in der Zeitschrift Prokla austrugen, kann als Beispiel für die Heftigkeit der Auseinandersetzungen stehen (vgl. Paulus 2013).

Die Antworten wiederum können grob in zwei Hauptrichtungen eingeteilt werden:

1. Die Ware Arbeitskraft ist das Produkt der Hausarbeit; Hausarbeit ist damit produktive Arbeit, die Mehrwert produziert. 'Hausfrauen' werden in diesem Sinne als produktiv erachtet.
2. Durch die Hausarbeit werden ausschließlich Gebrauchswerte für die unmittelbare Konsumtion produziert, die allerdings so zu Erhaltung und Erneuerung der Arbeiterklasse beitragen und weder produktiv noch unproduktiv sind, sondern als „als etwas anderes theoretisiert werden" (Vogel 2001, 1190) müssen.

Basierend auf Dalla Costas Analyse vertrat außerdem eine international vernetzte politische Bewegung die von Selma James stammende Forderung nach „Lohn für Hausarbeit" (vgl. z.B. Bock/Duden 1977; Federici 1975; zusammenfassend: Vogel 2001, 1189; vgl. Gerhard 2014, 71).

> Seit ihrer Niederlage in den zwanziger Jahren, als die moderne Hausarbeit endgültig durchgesetzt und verallgemeinert wurde, kann keine Frauenbewegung, die wirklich Befreiung will, die Vergesellschaftung, bzw. genauer: die Aufhebung der Hausarbeit fordern, ohne gleichzeitig ihre Bezahlung zu erkämpfen; und zwar Lohn sowohl für die vergesellschaftete wie für die nicht vergesellschaftete und die nicht vergesellschaftbare Arbeit. (Bock/Duden 1977, 185)

Dalla Costa „sah, daß ihre Analyse darauf hinauslaufen würde, die Forderung nach Bezahlung von Hausfrauenarbeit zu unterstützen", (Beer 1984, 99) verhielt sich dieser Forderung gegenüber aber vorerst zurückhaltend. Sie hatte die Gefahr erkannt, dass eine (geringe) Bezahlung der Hausarbeit die geschlechtliche Arbeitsteilung institutionalisieren und verfestigen könnte – und genau dieser Punkt wurde auch im weiteren Verlauf der Debatte Gegenstand heftiger Auseinandersetzung (Beer 1984, 99; vgl. Gerhard 2014, 71).

Zur Systematisierung der an Dalla Costas Veröffentlichung anschließenden Debatte arbeitet Ursula Beer (1984) vier theoretische Positionen heraus, die sie zwar mit einzelnen Autor_innen in Verbindungen bringt, aber zugleich verdeutlicht, dass diese vier Positionen sich auf verschiedene Weise in allen Veröffentlichungen der Hausarbeitsdebatte wiederfinden lassen (vgl. auch Armstrong/Armstrong 1983).

- Hausarbeit erzeugt Wert in Höhe der Unterhaltskosten einer Ehefrau (Seccombe)
- Die Hausfrau leistet Mehrarbeit, die den Unternehmerprofit vergrößert (Harrison, Gardiner)
- Hausarbeit überträgt den Wert von Lebensmitteln auf die regenerierte Arbeitskraft (Smith)

> Hausarbeit senkt den Wert von Arbeitskraft und vergrößert dadurch die Mehrwertrate (Gardiner/Himmelweit/Mackintosh) (Beer 1984, 101)

1.1.2 Problematik und Kritik

Nachdem die Debatte um Hausarbeit anfänglich die Positionen der sozialistischen Feministinnen zu stärken schien, da von einer „doppelten Militanz" aufgrund des Fokus auf die „Frauen- und Arbeiterbewegung" ausgegangen wurde (Vogel 2001, 1191), geriet sie doch schnell in eine Sackgasse. Begriffe wurden uneindeutig verwendet und verloren dadurch an Klarheit, selbst die Hauptkategorie Hausarbeit wurde unterschiedlich konzeptualisiert. Konsens war zwar, dass es sich um unbezahlte Tätigkeiten handelte, dabei blieb allerdings z.B. ungeklärt, ob Schwangerschaft und Kindererziehung mit in den Begriff einbezogen werden sollten oder ob es nur um Arbeiten im Haus ging. Auch wurde die Abstraktheit der Begriffe kritisiert sowie die ausschließlich ökonomische Perspektive und die fehlende Beschäftigung mit anderen wichtigen Themen wie etwa der entlohnten 'Frauenarbeit'. Heidi Hartmann stellte resümierend fest, dass die Verbindung zwischen Marxismus und Feminismus als eine „unglückliche Ehe" bezeichnet werden kann (Hartmann 1979). Im Kontext dieser kritischen Auseinandersetzungen wurde die Vorstellung zweier voneinander getrennter Systeme, Kapitalismus und Patriarchat, dominant (Hartmann 1979; Vogel 2001, 1192). Diese klare Unterscheidung geriet im weiteren Verlauf allerdings wiederum in die Kritik, da sie u.a. den traditionellen Marxisten ermöglicht, so Iris Marion Young, die 'Hauptfrage' bzw. den 'Hauptwiderspruch' losgelöst von der Frage der Frauenunterdrückung zu betrachten (Young 1981, 49; vgl. Vogel 2001, 1191).

Im Kontext der kanadischen Hausarbeitsdebatte (besonders bezogen auf Benston, Morton, Seccombe und Gardiner) resümieren Armstrong und Armstrong ebenso kritisch, dass in der Debatte "frequently mechanical and functionalist" (1983, 27) argumentiert wurde, sie jedoch den Ausgangspunkt für weitere Theoretisierungen bildete:

> The debate over the law of value has not shown that women's domestic labour creates value, although it has made clear the fact that women do necessary work at home – work that is useful to capitalism in many ways. While it has not shown that the law of value directly governs the allocation of domestic labour, it has opened the door to an analysis which explores how the operation of the law of value in the market impinges on the household, influencing but not determining domestic labour time and content. In struggling through the implications of applying the law of value to domestic labour, the participants in the debate have revealed the opposite of what

was initially intended. They have shown how domestic labour differs from wage labour. (Armstrong/Armstrong 1983, 25)

Armstrong und Armstrong zufolge konnte die Hausarbeitsdebatte zwar nicht zeigen, dass Hausarbeit Mehrwert schafft, aber dennoch deutlich hervorheben, dass Hausarbeit der Kapitalverwertung in vielfacher Weise nützlich ist. An dieses Argument knüpft meine eigene Positionierung bezüglich der Frage an, wie der Zusammenhang von reproduktiver und produktiver Arbeit zu denken ist.

1.2 Perspektiven und Anknüpfungspunkte

In dieser Dissertation wird ebenfalls *nicht* davon ausgegangen, dass unbezahlte Hausarbeit selbst direkten Mehrwert schafft und daher produktive Arbeit im Sinne kapitalistischer Verwertung ist. Auch möchte ich mich nicht an einer erneuten Eingliederung von Haus- bzw. Reproduktionsarbeit in die bestehende Werttheorie versuchen, denn meiner Ansicht nach kann Hausarbeit nicht mit den gleichen Kategorien analysiert werden, die zur Analyse im Rahmen der Werttheorie im engeren Sinne dienen. Dennoch bin ich wie Armstrong und Armstrong der Ansicht, dass die Hausarbeitsdebatte gleichwohl die Möglichkeit eröffnet hat, Reproduktionsarbeit, ihre Funktion und ihren abgewerteten Status im kapitalistischen Patriarchat grundsätzlich zu konzeptualisieren. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer weitergehenden Analyse: Dabei wird zugrunde gelegt, dass aufgrund der Dominanz der Lohnarbeit, die für das Überleben notwendig wurde, andere Formen von Arbeit sowie Arbeiter_innen außerhalb des Erwerbsarbeitssektors abgewertet wurden (Armstrong/Armstrong 1983, 27).

Ähnlich der vorangegangenen Kritik positioniert sich auch Beer kritisch zur Hausarbeitsdebatte, da auch „die Fortführung des werttheoretischen Ansatzes der Hausarbeitsdebatte [...] den Zirkel nicht aufsprengen [konnte], der seine Ursache in Marx' Fixierung des Werts der Arbeitskraft an die Person des männlichen Lohnarbeiters als Familienvorstand und Eigentümer hat." (Beer 1984, 147) Gleichwohl würdigt sie, dass die Autor_innen der Debatte überzeugend auf die Funktionalität von Hausarbeit für die Kapitalverwertung hinweisen.

Im Kontext dieses Buches gilt mir Beers Interpretation von Paul Smiths Theoretisierungen als weiterer Anknüpfungspunkt, der die Prämisse für die weiter verfolgten Analysen klar verdeutlicht:

> Geschlechtliche Arbeitsteilung erweist sich [...] auch aus werttheoretischer Perspektive implizit als *Bedingung* und *Voraussetzung* der Warenproduktion. Die bürgerliche Gesellschaft hat Mechanismen geschaffen, unprofitable aber notwendige Arbeiten

> vom Markt fernzuhalten, indem sie Frauen als Gratisleistung abverlangt werden. (Beer 1984, 145, Hervorh. B.M.)

Dabei kommt es mir darauf an, dass sich Care-Arbeit – im hier ausgearbeiteten Sinn als relational-leibliche und gesellschaftliche Praxis (vgl. Teil I) und vorerst lediglich auf unbezahlte Care-Arbeit begrenzt – als Voraussetzung, Bedingung und gleichzeitig als Ergebnis der Warenproduktion bzw. der Realisierung des Werts und der Reproduktion[4] der kapitalistisch-patriarchalen Gesellschaftsformation theoretisieren lässt. Wie sich diese Voraussetzungen und Bedingungen konkret konzeptualisieren lassen, ist Gegenstand der nächsten Kapitel (II.2, III).

2. Abspaltung unentgeltlicher Tätigkeiten – Das Wert-Abspaltungstheorem

Wie schon anhand von Ursula Beers Interpretation von Paul Smith angedeutet, verschiebt sich im Folgenden die Perspektive. Daher geht es in diesem Kapitel nicht um die von Smith als „unfruchtbar empfundene Frage" (Beer 1984, 130) nach der Produktivität von Hausarbeit und darum, ob Hausarbeit direkt Mehrwert produziert, also auch nicht um eine Übertragung der Marx'schen Analysen auf Haus- bzw. auf Care-Arbeit. Vielmehr steht in Anlehnung an Beers Überlegungen (1984, 145) die Frage im Zentrum, wie sich Care-Arbeit auch aus werttheoretischer Sicht als „Bedingung" und „Voraussetzung" der Reproduktion des Kapitalismus darstellt bzw., anders ausgedrückt, wie das Verhältnis von einerseits Care und Care-Arbeit und andererseits kapitalistischer Produktionsweise zu konzeptualisieren ist. M.E. kann der aus der Psychoanalyse stammende Begriff der „Abspaltung" nützlich sein, um diesen konstitutiven Zusammenhang zu denken. Schon in der Dialektik der Aufklärung machen Adorno und Horkheimer deutlich, dass Herrschaft maßgeblich auch durch Abspaltung funktioniert (Horkheimer/Adorno 1944; vgl. auch Scholz 2011; Jung 2016). Im feministischen Kontext wurde das Konzept der Abspaltung zwar schon von anderen Autor_innen bemüht, z.B. von Anette Kuhn (1983, 36); umfassender im werttheoretischen Kontext ausformuliert wurde das Konzept aber v.a. von Roswitha Scholz (z.B. 1992, 2004, 2010, 2011; vgl. auch Kohlmorgen 2004, 43). Es soll hier als Ausgangspunkt meiner weiteren Analyse dienen, bei welcher es mir aber anders als bei den bisher analysierten Vertreter_innen letztlich darum geht,

4 Hier wird Reproduktion im weiten Sinne des Konzepts der sozialen Reproduktion verstanden (vgl. Bakker/Gill 2003; siehe Kap. III.2.3).

eine grundlegende ökonomische *und* kulturell-symbolische Begründung für die Abwertung von Care herauszuarbeiten, die es ermöglicht, auch die Abwertungen im professionellen Care-Sektor zu erklären.

Der Grundgedanke des von Roswitha Scholz entwickelten Wert-Abspaltungstheorems problematisiert und fokussiert meiner Einschätzung nach genau jene schon in den 1970er-Jahren diskutierte Problematik, wie der Zusammenhang von Kapitalismus und Reproduktionsarbeit zu fassen ist, und kann daher als aktualisierte marxistisch-feministische Position betrachtet werden. Scholz versucht allerdings, den Zusammenhang von Kapitalismus und Reproduktion abstrakt-theoretisch auf der Grundlage einer spezifischen Interpretation der Marx'schen Werttheorie der „fundamentalen Wertkritik" zu fassen. Vor diesem Hintergrund fasst sie unentgeltliche Tätigkeiten als Abspaltungen und entwickelt ihre „Wert-Abspaltungstheorie" in deutlicher Abgrenzung zu (marxistisch-) *feministischen* Analysen (v.a. Becker-Schmidt, Haug, Ostner/Beck-Gernsheim). Doch auch wenn sie selbst darum bemüht ist, die Differenzen zu anderen Konzepten zu markieren (vgl. Hauf 2006; Haug 2002; Scholz 2011), stimmt sie gleichwohl 'der Sache nach' in wichtigen Punkten mit diesen überein[5] (vgl. auch Hauf 2006, 93).

Das Wert-Abspaltungstheorem, das ich im Kontext der oben dargelegten marxistisch-feministischen Debatte als Ausgangspunkt meiner Argumentation heranziehe[6], ermöglicht es, den konstitutiven Zusammenhang von Kapitalismus und geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung auf einem hohen Abstraktionsniveau zu denken und damit Grundprinzipen und Formen (Abspaltung, Wert) des patriarchalen Kapitalismus zu benennen. Wie oben schon erwähnt argumentiert Scholz vor dem Hintergrund der „fundamentalen Wertkritik" (Scholz 2011, 16ff.), die sich in Opposition zum traditionellen Marxismus positioniert, aber in ihrem Fokus auf die Marx'sche Form- und Fetischanalyse auch Gemeinsamkeiten mit Interpretationen der „Neuen Marxlektüre" aufweist, wie ich im Folgenden zeigen werde. Allerdings bestehen zwischen diesen Perspektiven auch wesentliche Unterschiede (siehe Kap. III.2).

---

5 Mit dem Hinweis auf diese Übereinstimmung soll allerdings nicht verschwiegen werden, dass auch grundsätzliche Unterschiede z.B. in Bezug auf den Arbeitsbegriff bestehen (vgl. Hauf 2006; Haug 2002; Scholz 2011), auf die ich teilweise in Teil III eingehen werde.

6 Dabei teile ich aber weder ihre heftige Ablehnung der eben erwähnten marxistisch-feministischen Ansätze noch die Prämissen, die sich aus der „fundamentalen Wertkritik" (s.u.) ergeben.

Für die „fundamentale Wertkritik", so Alexander Gallas in seiner kritischen Auseinandersetzung, gilt der „Kapitalismus als System, das aus einem Zentrum entspringt. Der Wert, d.h. das Beziehungsgeflecht der Produzenten, das die gesellschaftliche Notwendigkeit ihrer Arbeitsleistungen bemisst und damit Arbeitsteilung organisiert, wird als der Entstehungsgrund kapitalistischer Gesellschaftlichkeit gesehen. (Gallas 2003, 3f.).

Der traditionelle Marxismus – so der Vorwurf – setzt erst bei der Aneignung des Mehrwerts durch die Kapitalist_innen an und beschränkt sich damit auf eine Kritik an der ungleichen Verteilung des Werts, ohne auf die „Form des auf sich selbst fetischistisch rückgekoppelten Werts" (Scholz 2011, 124; vgl. auch Hauf 2006, 85) Bezug nehmen zu können. Damit bleibt eine solche 'traditionelle' Perspektive nach Scholz „in der Ideologie einer bloßen 'Verteilungsgerechtigkeit' stecken." (Scholz 2011, 18f.) Im Sinn der „fundamentalen Wertkritik" hingegen wird der Wert der Ware innerhalb der kapitalistischen Produktionsweise als „Ausdruck eines gesellschaftlichen Fetischverhältnisses verstanden und kritisiert" (Scholz 2011, 16; vgl. Hauf 2006, 85).

Die Argumentation von Scholz verläuft vor diesem wertkritischen Hintergrund, allerdings beanstandet die Autorin immanent die Indifferenz der „fundamentalen Wertkritik" gegenüber dem Geschlechterverhältnis (Scholz 2011, 21). Dadurch bleibt der Autorin zufolge unberücksichtigt, dass im „warenproduzierenden Patriarchat" eine Abspaltung der geschlechtsspezifisch zugewiesenen Reproduktionstätigkeiten von der abstrakten Arbeit[7] und der damit verbundenen Produktion von Wert und Mehrwert stattfindet. Scholz versteht unter Wert-Abspaltung, daß weibliche Reproduktionstätigkeiten, aber auch damit verbundene Gefühle, Eigenschaften, Haltungen usw. (Sinnlichkeit, Emotionalität, Fürsorglichkeit zum Beispiel) vom Wert der abstrakten Arbeit strukturell abgespalten sind. (Scholz 2011, 118).

So konstituiert sich das „warenproduzierende Patriarchat" nicht nur aus dem Selbstzweck der Waren- und Geldform, sondern daraus, dass alles als weiblich Gesetzte, Differente, begrifflich nicht zu Erfassende und Widersprüchliche ausgegrenzt und als minderwertig betrachtet wird (vgl. Scholz 2011, 118ff.). Der

7 „Als 'abstrakte Arbeit' bezeichnet Marx die warenproduzierende Tätigkeit nach ihrer tauschwertbildenden Seite hin. Hier zählt nur das Quantum verausgabter menschlicher Arbeitskraft als solcher, nicht die Qualität oder der Inhalt der Tätigkeit. Als abstrakt menschliche, unterschiedslose Arbeit bildet sie Wert, von ihrem konkreten sinnlich-stofflichen Gehalt und dem produzierten Gebrauchswert wird abstrahiert, um den Tausch zweier sinnlich völlig unterschiedlicher Waren überhaupt zu ermöglichen" (Hauf 2006, 80; vgl. auch MEW 23, 72f.).

Ware entspricht Scholz zufolge die abstrakte Form; das Abgespaltene hingegen entspricht der „abstrakten Formlosigkeit" oder, wie sie paradox formuliert, einer „Form der Formlosigkeit" (Scholz 2011, 24) und steht mit dem Wert in einem dialektischen Verhältnis. Sie stellt „die dunkle Kehrseite des Wertes selbst dar" (Scholz 2011, 124) und gilt als ihr „immanentes Gegenteil" (Kurz 1992, 5), als Voraussetzung für die Wertbildung (vgl. Scholz 2011, 118).

Für Scholz, wie auch für viele marxistisch-feministische Autorinnen, kann das „warenproduzierende Patriarchat" nur bestehen, wenn Sorgearbeit wie z.B. Kinderbetreuung, aber auch Emotionen, „die der Wertlogik mit ihrer Moral von Konkurrenz, Profit, Leistung usw. entgegengesetzt sind," (Scholz 2011, 123) ausgelagert und Frauen zugewiesen werden und wenn darüber hinaus – und hier bezieht sich Scholz positiv auf Frigga Haug – für diese zwei Bereiche auch unterschiedliche Zeitlogiken existieren (vgl. Haug 1996a, 142; 1996b, 105ff.; Scholz 2011, 100ff.; vgl. zur Zeitlogik Teil III). Die Abspaltung ist kein Subsystem des Werts, und als Konsequenz des Theorems der Wert-Abspaltung sind beide Modi, also Wert und Abspaltung, auf derselben Abstraktionsebene zu kritisieren (vgl. Scholz 2011). Wert-Abspaltung ist als Formprinzip der Gesellschaft konzipiert, das diese allerdings nicht gänzlich determinieren soll, sondern vielmehr in dialektischer und ambivalenter Weise wirken soll. Scholz betont diesen Aspekt immer wieder und versucht damit anscheinend den Eindruck zu vermeiden, dass in ihrer theoretischen Perspektive Gesellschaft zwar nicht durch das Wertgesetz, dafür aber durch das Wert-Abspaltungsgesetz determiniert ist – dennoch gelingt ihr die plausible Konzeptualisierung dieser Ambivalenzen m.E. nicht, da die Betonung der Brüche und Ambivalenzen auf rhetorischer Ebene verbleibt und Kräfteverhältnisse und Akteur_innen keine Rolle spielen (vgl. zur ausführlichen Kritik auch Hauf 2006; Haug 2002).

Der Ansatz von Scholz ist gleichwohl insoweit instruktiv, als in ihm versucht wird, die verflochtene Struktur von Kapitalismus und Geschlechterverhältnissen logisch-abstrakt zu bestimmen, und damit auch eine strukturelle Erklärung für die Abwertung von Care-Arbeit geliefert wird. Mir dient ihr Theorem daher als Inspiration, das Verhältnis von Care bzw. Reproduktion und Produktion auf Basis einer anders gelesenen Werttheorie zu vermitteln, als es die Theoretiker_innen der Hausarbeitsdebatte taten.

Denn die Hausarbeitsdebatte hat sich als funktionalistisch argumentierend gezeigt und bewegte sich zu eng innerhalb der Werttheorie. In dieser Debatte wurde versucht, die Hausarbeit in die bestehende Analyse hineinzupressen, und eine eigentliche Charakterisierung der Arbeit blieb aus. Außerdem konzentrierte sich die Analyse nur auf die unbezahlte Arbeit und konnte nicht das Verhältnis von unbezahlter und bezahlter Care-Arbeit in den Blick nehmen.

Das Wert-Abspaltungstheorem ermöglicht eine grundsätzlich andere Konzeption, indes bleiben einige Fragen auch mit diesem theoretischen Zugang ungeklärt, und einzelne Theoriebausteine sowie die fundamentale Kritik von Scholz an vielen klassisch-feministischen Analysen (z.B. Becker-Schmidt, Beck-Gernsheim/Ostner) erweisen sich als problematisch. Ich konzentriere mich im folgenden Kapitel auf zweierlei: Die erste Problematisierung und Verschiebung bezieht sich auf den von Scholz meiner Ansicht nach nur oberflächlich und wenig fundiert gefassten Begriff der Abspaltung selbst. Meiner Ansicht nach können die Prozesse der Abspaltung besser mit dem Konzept der Abjektion (vgl. auch Bönold 2008) (siehe Teil III) gefasst werden. Der zweite Einspruch resultiert aus ihrer Lesart der Marx'schen Werttheorie, also ihrer Argumentation im Kontext der „fundamentalen Wertkritik". Ich schlage hingegen eine Lesart der Marx'schen Werttheorie vor (Wertformanalyse im Rahmen der so genannten 'Neuen Marxlektüre'), die es möglich macht, Akteur_innen und nicht Prinzipien zu denken, und die ein Abstraktionsniveau anlegt, das sich je historisch-konkret füllen lässt.

An diese Verschiebung schließt sich meine grundsätzlich andere Konzeption von (Care-)*Arbeit* (Kap. I.3) anstelle des Begriffs der Reproduktionsarbeit, auf den sich Scholz bezieht, an, deren Vermittlung mit dem Entwurf der Wert-Abjektion m.E. weitergehende Erkenntnismöglichkeiten schafft (siehe Teil III). In diesen Punkten zumindest scheint mir eine Re-Konzeptualisierung des Theorems der Wert-Abspaltung erforderlich und gewinnbringend. Diese soll im Folgenden geleistet werden (vgl. auch Müller 2013).

Teil III
Care als Abjekt – Das Theorem Wert-Abjektion

1. Abspaltung als Abjektion

Ich werde in diesem Kapitel über Scholz' Wert-Abspaltungstheorem hinausgehen, indem ich den grundsätzlichen Zusammenhang von kapitalistischer Produktionsweise und Care-Arbeit als Wert-Abjektion konzeptualisiere. Dabei nehme ich eine grundsätzlich andere Lesart der Marx'schen Werttheorie vor und verorte den Prozess der Abspaltung als Abjektion systematisch im psychoanalytischen Diskurs. Der konzeptionelle Rückgriff auf psychoanalytische Theorien wird durch Roswitha Scholz zwar angeregt, aber nicht theoriesystematisch umgesetzt. Das Konzept der *abjection* (dt. Abjektion, Verwerfung) der französischen Psychoanalytikerin Julia Kristeva stellt ein analytisch differenziertes Konzept zur Verfügung und kann daher – gesellschaftstheoretisch angeeignet – die Abspaltungen bzw. Verwerfungen auf symbolischer wie ökonomischer Ebene besser fassen (vgl. Bönold 2008).

Mit dem Begriff der Abjektion, den Kristeva im subjekttheoretischen Sinn Lacans versteht, wird das Präverbal-Semiotische, welches bei Lacan ausgeblendet wird, in den psychoanalytischen Diskurs eingebracht. Kristeva analysiert das, was im Prozess des Eintritts in die symbolische Ordnung nicht versprachlicht werden kann und damit bei der Subjektwerdung verworfen werden muss. Die Verwerfung des Nicht-Verbalen ist als notwendige Voraussetzung für den Eintritt in die symbolische Ordnung und damit für die „Geburt des Selbst" und nur insofern als universelles Phänomen zu verstehen (Kristeva 1982, 3). Dasjenige, was nicht versprachlicht werden kann, muss unterdrückt werden und ist damit nicht-lebbar, ist weder Objekt noch Subjekt und wird demzufolge zum Abjekt. Dieses subjekttheoretisch Nicht-Lebbare findet sich implizit auch in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft wieder, die ebenfalls grundsätzlich auf Verwerfungen aufbaut. Jedoch ist die inhaltliche Besetzung der verworfenen Position gesellschaftlich erzeugt und kann daher zeit-historisch, kulturell und geographisch unterschiedliche Formen annehmen (Kristeva 1982, 68; Still 1997, 223). Häufig wird die Verwerfung mit dem Nicht-Einheitlichen, Unstrukturierten, Unreinen

verknüpft. Als konkrete Beispiele für das zu Verwerfende oder das Abjekt, gegen das individuell und gesellschaftlich eine Reihe von Tabus installiert werden, nennt Kristeva Nahrungsmittel wie etwa die Haut der Milch, Körperflüssigkeiten, körperliche Exkremente wie Fäkalien, Schleimiges, den Leichnam oder die Zeichen der sexuellen Differenz (vgl. Douglas 2002; Kristeva 1982, 2ff.).

Auch wenn Kristeva aus feministischer Perspektive kontrovers diskutiert wird (vgl. Butler 1991; Grosz 1989; Gross [sic]1990; Schippers 2011) und ihr vor allem vorgeworfen wird, dass sie den Rahmen der traditionalistischen und patriarchalen Ansätze Lacans und Freuds übernimmt, kann m.E. das Konzept der Abjektion – gesellschaftstheoretisch gelesen und historisch an den patriarchalen Kapitalismus gebunden – für emanzipatorische und kritische Theorie fruchtbar angeeignet werden (vgl. z.B. Butler 1991, 1995; Engel 2002; Gross 1990). Judith Butler (1991, 141) zufolge muss nicht der psychoanalytischen Ansicht Kristevas zum Gesetz des Vaters und zur Universalität der symbolischen Ordnung gefolgt werden, um dennoch ihre allgemeine Position, die die Kultur oder das Symbolische auf Verwerfungen basierend begreift, fruchtbar zu machen (siehe für feministische Lesarten bzw. Modifikationen der Psychoanalyse z.B. Benjamin 2002, 2004; Irigaray 1977). Allerdings verdeutlicht Butler, dass in ihrer Lesart der Verwerfung nichts äußerlich ist, sondern dass der Prozess der Verwerfung und das 'Objekt' der Verwerfung denselben ontologischen Status haben. Daher wird das, was verworfen wird, erst durch diese Negation hervorgebracht (ist daher nicht als Prä-Soziales zu denken), und weist dennoch gleichzeitig über die Konstruktion hinaus.

Obwohl Kristeva teilweise als one of Lacans 'dutiful daughters'[1] (Gross 1990) betrachtet wird, so hat sie die Freud'schen und Lacan'schen Konzepte dennoch grundlegend modifiziert. Ein bedeutender Unterschied zwischen Kristeva, Freud und Lacan liegt darin, dass es Kristeva darum geht, das Nicht-Sprachliche, Unstrukturiert-Leibliche und Unfassbare, das ohne klare Konturen ist, in die Sprache zu bringen (Oliver 1993, 13). Demgemäß versteht Kristeva das Abjekt als permanenten Hinweis darauf, dass das Subjekt nicht ausschließlich als Strukturiertes zu verstehen ist, sondern dass neben dem strukturierten Subjekt Unstrukturiertes, Nicht-Verbales existiert, das die Grenzen des Subjekts bedroht (Gross 1990, 89). Die Bedrohung kann allerdings nicht gänzlich ausgelöscht werden, sie schwebt als Unfassbares ohne klare Konturen weiterhin an den Grenzen des Subjekts sowie, wie sich im Folgenden zeigen wird, der Gesellschaft und bedroht deren Stabilität (Gross 1990, 87; Suchsland 1992, 123).

1 Vgl. für eine ambivalente Deutung Schippers 2011, 41.

Auf diese gesellschaftlichen Exklusionsprozesse bezogen kann die Abjektion mit der Anthropologin Mary Douglas verdeutlicht werden, deren Analyse „Purity and Danger" auch Kristeva als Grundlage dient. Douglas betrachtet Klassifizierungen als die Basis jeglicher Ordnung (Douglas 2002, xvii). Vor dem Hintergrund strukturalistischer Annahmen werden soziale Kategorien von Douglas als alles andere durchdringend konzeptualisiert. Damit die Gesellschaft nicht zerfällt, müssen diese Kategorien überwacht und erhalten werden. Mehrdeutiges muss vereinheitlicht oder gleich ganz aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden (Coates 2013). Dazu bleiben notwendigerweise "[c]ertain things [...] taboo or off-limits to define and solidify the boundaries of a community" (Coates 2013). *Dirt* (Schmutz) wird von Douglas universell als eine solche Bedrohung betrachtet (Douglas 2002, xviii), allerdings wird Schmutz von ihr nicht als absolut gesehen, sondern es liegt im Auge der Betrachter_in, was Schmutz ist, und wird insofern als soziale Konstruktion verstanden; "dirt is essentially disorder" und "offends against order" (Douglas 2002, 2). "Reflection on dirt involves reflection on the relation of order to disorder, being to non-being, form to formlessness, life to death." (Douglas 2002, 7). Laut Kristeva erscheint das Reinigungsritual bei Douglas

> as that essential ridge, which, prohibiting the filthy object, extracts it from the secular order and lines it at once with a sacred facet. Because it is excluded as a possible object, asserted to be a non-object of desire, abominated as ab-ject, as abjection, filth becomes defilement and founds on the henceforth released side of the 'self and clean' the order that is thus only (and therefore, always already) sacred. (Kristeva 1982, 65)

Der Ausschluss oder mit Kristeva die Abjektion wird von Douglas allerdings nicht als negative Bewegung konzeptualisiert, sondern als Bemühung, die Umwelt bzw. auch die Gesellschaft zu strukturieren und zu erhalten (Douglas 2002, 2).

Für Douglas ist die soziale Konstruktion von Schmutz eng mit der Konstruktion von Körpern verflochten (Campkin/Cox 2008, 17), dessen 'Abfälle' als Gefährdung betrachtet werden, da alle Grenzen (*margins*) eine Bedrohung darzustellen scheinen und speziell Öffnungen und Flüssigkeiten des Körpers verletzbare Stellen markieren (Douglas 2002, 150).

> The body is taken as a symbol for any bounded system and, by the same token, bodily orifices and fluids (blood, milk, urine, faeces, sweat and tears) stand for potential threats to the social collectivity, namely transgressions of the social order. This is because margins and borders are so problematic – messy and untidy – for societies. (Campkin/Cox 2008, 17)

Die Analysen von Kristeva und Douglas liefern subjekttheoretische bzw. anthropologische Einsichten über die Zentralität von Grenzen und Ausgrenzungen, die dabei helfen, gesellschaftliche bzw. subjektive Einheiten herzustellen. Meist

richten sich die Abjektionen gegen 'Gefahren', die sich aus dem Uneinheitlichen, Unstrukturierten und daher Grenzen-Bedrohenden ergeben und die oftmals mit Körperlichkeit in Verbindung gebracht und verworfen werden.

Das Konzept der Abjektion wird von mir im Folgenden historisch geerdet und gesellschaftstheoretisch angeeignet. Es dient mir im weiteren Verlauf dazu, Abwertung und Ausgrenzung von Care und Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus zu theoretisieren. Insofern grenze ich mich von dem von Kristeva und Douglas verfolgten Anspruch ab, eine universalistische Theoretisierung der Verwerfung mit überhistorischer Gültigkeit zu liefern.

2. Re-Konzeptualisierung des Wertverständnisses

2.1 Neue Marxlektüre statt „fundamentale Wertkritik"

Zur gesellschaftstheoretischen Fundierung und historischen Begrenzung baut das von mir im Folgenden entwickelte Konzept der Wert-Abjektion – neben dem psychoanalytischen Zugang – auf der Marx'schen Wertformanalyse im Kontext der „Neuen Marxlektüre" (vgl. Elbe 2010) auf [2]. Damit begründe ich die zweite Re-Formulierung des Wert-Abspaltungstheorems von Roswitha Scholz.

In diesem Sinne geht es im folgenden Abschnitt darum, die reziproke Verflechtung von Wert und Abjektion zu entfalten. Im Anschluss an viele feministische Autor_innen (z.B. Aulenbacher/Siegel 1993; Beer 1990; Bennholdt-Thomsen 1981; Gardiner u.a. 1975), die unbezahlte Care-Arbeit als Voraussetzung des Kapitalismus betrachten, argumentiere ich auf der einen Seite, dass die Abjektion von Care und Care-Arbeit und ihre Etablierung als unbezahlte und unisichtbare Arbeit die konstitutive Voraussetzung der grundlegenden ökonomischen Form

2 „Inhaltlich wird in den Hauptsträngen der Debatte – durchaus widersprüchlich und keineswegs von allen Vertretern geteilt – eine dreifache Abkehr von zentralen Topoi des Traditionsmarxismus vollzogen: eine Abkehr vom werttheoretischen Substantialismus von manipulationstheoretisch-instrumentalistischen Staatsauffassungen sowie von arbeiterbewegungszentrierten bzw. 'arbeitsontologischen' oder sogar generell von revolutionstheoretischen Deutungen der Kritik der politischen Ökonomie." (Elbe 2010, 32). Vertreter_innen der „Neuen Marxlektüre", die im Kontext dieser Arbeit eine Rolle spielen, sind Hans Georg Backhaus (2011), Helmut Brentel (1989), Michael Heinrich (2011) und Joachim Hirsch (1994). Neuere Arbeiten zur Wertformanalyse liegen etwa von Sonja Buckel (2007) und John Kannankulam (2008) vor. Eine feministische Erweiterung der politischen Form findet sich bei Evi Genetti (2010).

des Kapitalismus, der Wertform, (vgl. Scholz 2011, 118) und gleichzeitig ihr „immanentes Gegenteil" ist (Kurz 1992, 5). Auf der anderen Seite kann gezeigt werden, dass historisch schon vor dem Kapitalismus bestehende Formen der Abjektion von Care dann im Kapitalismus konsolidiert, verstetigt und teilweise intensiviert wurden. Meine Re-Konzeptualisierung beruht an dieser Stelle vor allem auf einer Distanzierung von Scholz' Verständnis der Marx'schen Werttheorie. Wie schon weiter oben erwähnt, folgt Scholz einer Marx-Lesart der „fundamentalen Wertkritik" und konzeptualisiert Wert bzw. Wert-Abspaltung als übergeordnetes Formprinzip, das letztlich keine Widersprüche, sozialen Kämpfe und Kräfteverhältnisse in den Blick nehmen kann (vgl. Kap. III.2.1, III.2.2; zur Kritik auch Hauf 2006; Haug 2002; zur allgemeinen Kritik der „fundamentalen Wertkritik" Heinrich 1999).

2.2 Wertformanalyse

Die Wertformanalyse im Rahmen der „Neuen Marx-Lektüre" hingegen ist eine spezifische Lesart des Marx'schen Werks, mit der diese Problematik aufgelöst werden kann. Mit der „fundamentalen Wertkritik" teilt sie die Annahme – auch im Unterschied zu klassischen Marxinterpretationen, die Teilen der Hausarbeitsdebatte zugrunde liegen –, dass die Form- und Fetischanalyse von Marx den bedeutendsten Teil seiner Kritik der Politischen Ökonomie bildet. Im Unterschied zur „fundamentalen Wertkritik" konzeptualisieren formanalytische Ansätze Klassenverhältnisse und Konflikte als 'Motor' der Wertform.

Gegenstand der Formanalyse ist es, systematisch aufzuschlüsseln, wie eine Gesellschaft, die sich durch das Privateigentum an Produktionsmitteln, unkoordinierte Privatproduktion und Lohnarbeit, Markt und Konkurrenz auszeichnet, eigentlich zusammenhält (vgl. Brentel 1989; Hirsch 1994; Kannankulam 2008). Um ein analytisch geschärftes und umfassenderes Bild zu bekommen, wird die Fragestellung hier aus feministischer Perspektive und im Sinne des Abspaltungstheorems ergänzt. Die Frage lautet dann: Wie hält eine Gesellschaft zusammen, die durch das Privateigentum an Produktionsmitteln, unkoordinierte Privatproduktion *und private Care-Arbeit,* Lohnarbeit *(einschließlich bezahlter Care-Arbeit)*, Markt und Konkurrenz geprägt ist?

Ein Verständnis von Wert als sozialer Form ermöglicht die Analyse von strukturellen Grenzen gesellschaftlichen Handelns auf der einen Seite und sozialen Kämpfen bzw. Akteur_innen auf der anderen Seite (vgl. Hirsch 1994). Im Unterschied zur „fundamentalen Wertkritik" kann mit einer solchen Perspektive außerdem sehr deutlich die Limitierung der Reichweite des theoretischen Ansatzes

begriffen werden. Der Anspruch liegt in der Entschlüsselung „der allgemeine[n] Bestimmung sozialer Formen" (Hirsch 1994, 162), was jedoch nicht in eins zu setzen ist mit der Analyse konkret-historischer Verhältnisse. Die Analyse sozialer Formen dient vielmehr als Grundlage und Voraussetzung für konkrete Untersuchungen.[3] Joachim Hirsch zufolge sind

> soziale Formen [...] die verdinglichten und fetischisierten, nur durch theoretische Kritik zu entschlüsselnden Gestalten, die das wechselseitige Verhältnis der gesellschaftlichen Individuen in einer gegenüber ihrem bewussten Willen und Handeln verselbstständigten Weise annimmt und die ihre unmittelbaren Wahrnehmungen und Verhaltensorientierungen prägen, Ware, Geld, Kapital, Recht, Staat. (Hirsch 1994, 161)

Hinter dieser Argumentation steht die von Marx in seiner Kritik der bürgerlichen Ökonomietheorie gewonnene Erkenntnis, dass den Waren kein intrinsischer Wert zukommt, sondern sich der Wert einer Ware erst im *Austausch* realisiert und damit ein gesellschaftliches Verhältnis in sich birgt.[4] Dieser Sachverhalt wird allerdings – wie Marx im Abschnitt über den Fetischcharakter der Ware beschreibt – grundlegend verkannt; den auf dem Markt gehandelten Waren und v.a. der Geldware scheint ein intrinsischer, 'natürlicher' durch eine 'unsichtbare Hand' zugewiesener Wert zuzukommen, der nicht weiter erklärungsbedürftig ist. Nach Michael Heinrich handelt es sich bei der Wertgegenständlichkeit der Waren

> um eine Eigenschaft, die einem Ding in einem bestimmten Verhältnis zu einem anderen Ding zukommt und da die Eigenschaften der Dinge normalerweise nicht aus ihren Verhältnissen zu anderen Dingen entspringen, sondern schon vorher da

---

3 Diese konkreten Untersuchungen werden auch im Rahmen dieser Arbeit ab Teil IV auf verschiedenen Abstraktionsebenen herausgearbeitet.

4 Ausführlich betrachtet: Marx nimmt an, dass in kapitalistischen Gesellschaften die Verteilung der Arbeit nicht bewusst oder geplant stattfindet, sondern über den Markt gesteuert wird. Hier erst treten die Individuen in Interaktion miteinander, die gesellschaftliche Nützlichkeit der produzierten Güter erweist sich erst im „Austausch als Waren" (Brentel 1989, 13). Privat produzierte Güter haben keinen intrinsischen Wert, sondern erlangen ihren Wert erst, indem sie *getauscht* werden. Die Bedingung aber dafür, dass Güter getauscht werden können, liegt in der Abstraktion von ihren Gebrauchswerten („Soziale Form I", Brentel 1989, 13). Denn nur als gleiche können Produkte gegeneinander getauscht werden. Gleich sind sie aber nur als Abstrakta, nicht als tatsächliche Gebrauchswerte, z.B. als Stuhl oder als Tisch. Gleich sind sie als Tauschwerte, die ihre selbständige Existenzform ausschließlich im Vergleich mit einer anderen Ware erhalten, der Geldware („Soziale Form II", Brentel 1989, 13ff.).

> sind, *scheinen* sie ihre Eigenschaften auch unabhängig von diesem Verhältnis zu besitzen. Dass den Waren ihre Wertgegenständlichkeit auch einzeln, unabhängig von dem gesellschaftlichen Zusammenhang zukommt, ist gerade der Schein, durch den eine gesellschaftliche Eigenschaft in eine natürliche verwandelt wird. Der Wert 'entsteht' daher nicht irgendwo und ist dann 'da', der Wert ist vielmehr die *gegenständliche Reflexion* eines bestimmten gesellschaftlichen Verhältnisses. (Heinrich 1999, o.S., Hervorh. im Orig.)

Die 'Naturalisierung' gesellschaftlicher Verhältnisse ist, so Marx in seiner Kritik der politischen Ökonomie, jedoch das notwendige Resultat einer Gesellschaftsformation, „worin der Produktionsprozeß die Menschen, der Mensch noch nicht den Produktionsprozeß bemeistert" hat (MEW 23, 95) und in der ihre „eigene gesellschaftliche Bewegung für sie die Form einer Bewegung von Sachen [besitzt], unter deren Kontrolle sie stehen, statt sie zu kontrollieren" (MEW 23, 89).

2.2.1 Klassenantagonismus

Heinrich zufolge entsteht der Wert also nicht irgendwo und ist „dann 'da'", sondern „ist vielmehr die *gegenständliche Reflexion* eines bestimmten gesellschaftlichen Verhältnisses": nämlich des Klassenverhältnisses (Heinrich 1999, o.S., Hervorh. im Orig.). So wird die Konsumtion der Ware Arbeitskraft – die durch den Klassenantagonismus in Gang gehalten wird – von Marx als „Brennstoff" (Kannankulam 2008, 43) der Produktionsverhältnisse herausgearbeitet; nur dadurch ist es möglich, dass der Wert bzw. Mehrwert sich realisiert.

Wie aber geht diese Realisierung vonstatten? Marx zufolge kann die „Wertveränderung des Geldes, das sich in Kapital verwandeln soll, [...] nicht an diesem Geld selbst vorgehen, denn als Kaufmittel und als Zahlungsmittel realisiert es nur den Preis der Ware, die es kauft oder zahlt" (MEW 23, 181). Ebenso wenig kann der Wert aus dem Verkauf der Ware selbst entstehen. Vielmehr kann er sich nur aus dem Verbrauch der Waren entwickeln:

> „Um aus dem Verbrauch einer Ware Wert herauszuziehen, müßte unser Geldbesitzer so glücklich sein, innerhalb der Zirkulationssphäre, auf dem Markt, eine Ware zu entdecken, deren Gebrauchswert selbst die eigentümliche Beschaffenheit besäße, Quelle von Wert zu sein, deren wirklicher Verbrauch also selbst Vergegenständlichung von Arbeit wäre, daher Wertschöpfung." (MEW 23, 181)

Die einzige Ware, die zur „Quelle von Wert" wird, ist das Arbeitsvermögen oder die Arbeitskraft als „Inbegriff der physischen und geistigen Fähigkeiten, die in der Leiblichkeit, der lebendigen Persönlichkeit eines Menschen existieren und die er in Bewegung setzt, sooft er Gebrauchswerte irgendeiner Art produziert." (MEW 23, 181).

Die Bedingung, dass die Arbeitskraft als Ware vorgefunden werden kann, ist allerdings, dass der/die Arbeiter_in als Ergebnis eines historischen Prozesses, „frei in dem Doppelsinn [ist], daß er als freie Person über seine Arbeitskraft als seine Ware verfügt, daß er andererseits andre Waren nicht zu verkaufen hat" (MEW 23, 183). Als 'doppelt freie Lohnarbeiter' können die Arbeiter_innen ihre Arbeitskraft verkaufen, indem sie einen Vertrag abschließen; sie müssen sie andererseits aber auch verkaufen, da sie keine Möglichkeit haben, ihren Lebensunterhalt auf eine andere Weise zu sichern. Die Inhaber_innen der Ware Arbeitskraft sind damit doppelt frei, einerseits im legalen Sinne und andererseits frei von Produktionsmitteln und anderen verkaufsfähigen Waren. Damit können die Arbeiter_innen ihre Waren für eine bestimmte Dauer (z.B. zwölf Stunden wie zu Marx' Zeiten) an die Kapitalist_innen verkaufen und darüber einen Kauf- bzw. Arbeitsvertrag abschließen.

Hinsichtlich der Frage, welchen Wert nun diese spezifische Ware hat, wird bei näherer Betrachtung deutlich, dass sich der Wert der Ware Arbeitskraft – wie anderer Waren auch – durch die zur Produktion dieser Ware verwendete durchschnittliche Arbeitszeit bestimmen lässt.

> Die Arbeitskraft existiert nur als Anlage des lebendigen Individuums. Ihre Produktion setzt also seine Existenz voraus. Die Existenz des Individuums gegeben, besteht die Produktion der Arbeitskraft in seiner eigenen Reproduktion und Erhaltung. Zu seiner Erhaltung bedarf das lebendige Individuum einer gewissen Summe von Lebensmitteln. (MEW 23, 185)

Aber auch die Sterblichkeit der Ware Arbeitskraft wurde zumindest in einer bestimmter Weise von Marx in die Analyse einbezogen: Die durch 'Abnutzung' und Tod dem Markt nicht mehr zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte müssen ersetzt werden. Daher schlussfolgert Marx, dass die Lebensmittel, die zur Produktion der Arbeitskraft notwendig sind, auch „die Lebensmittel der Ersatzmänner ein[schließen, B.M.], d.h. der Kinder der Arbeiter, so daß sich diese Race eigentümlicher Warenbesitzer auf dem Warenmarkte verewigt." (MEW 23, 186) Damit kann hier festgehalten werden, dass der Wert der Arbeitskraft sich durch die historisch unterschiedlich angesetzten „notwendigen Lebensmittel" und Bedürfnisse bemisst, die zu ihrer Produktion und Reproduktion notwendig sind. Auch sollte bisher deutlich geworden sein, dass die Ware Arbeitskraft die einzige Ware ist, die Quelle von Wert ist. Im nächsten Abschnitt wird dieser Wertbildungs- bzw. Verwertungsprozess in den Blick genommen.

2.2.2 Wertbildungs- und Verwertungsprozess

Geldbesitzer_innen, die im Folgenden zu Kapitalist_innen werden, konsumieren die gekaufte Ware Arbeitskraft (welcher sie den im Arbeitsvertrag vereinbarten Tageslohn zahlen), indem sie Arbeiter_innen die gekauften Produktionsmittel (z.B. Baumwolle, Spindel) bearbeiten bzw. verbrauchen lassen. Das Produkt dieses Prozesses, z.B. das Garn, gehört ebenfalls den Kapitalist_innen und stellt den Gebrauchswert dar (MEW 23, 200). An diesem sind die Kapitalist_innen aber nur insofern interessiert, als der Gebrauchswert

- „materielles Substrat" des Tauschwerts ist und
- ermöglicht, eine Ware herzustellen, deren Wert größer ist als die Geldsumme, die die Kapitalist_in vorgeschossen hat, um den Produktionsprozess in Gang zu setzen (MEW 23, 201).

Das Ziel ist daher nicht der Gebrauchswert an sich, sondern die Produktion von Wert bzw. Mehrwert. Dieser entsteht dort, wo die Ware Arbeitskraft über ihren eigenen Wert hinaus arbeitet: Marx nimmt an, dass die tägliche Erhaltung der Ware Arbeitskraft einen halben Arbeitstag kostet (sechs Stunden). Der Lohn der Arbeiter_in entspricht daher auch diesen sechs Stunden. Der Arbeitsprozess bzw. der Arbeitstag wird jedoch nicht nach Ablauf der sechs Stunden beendet, er dauerte zu Marx' Zeiten wie gesagt etwa zwölf Stunden. Dies führt dazu, dass „der Wert, den ihr Gebrauch während eines Tages schafft, doppelt so groß ist wie ihr eigener Tageswert" und kann betrachtet werden als „besonderes Glück für den Käufer, aber durchaus kein Unrecht für den Verkäufer" (MEW 23, 208). Die offene und umkämpfte Flanke in diesem Verhältnis ist die Länge des Arbeitstages:

> Der Kapitalist behauptet sein Recht als Käufer, wenn er den Arbeitstag so lang wie möglich und womöglich aus einem Arbeitstag zwei zu machen sucht [...] und der Arbeiter behauptet sein Recht als Verkäufer, wenn er den Arbeitstag auf eine bestimmte Normalgröße beschränken will. Es findet hier also eine Antinomie statt, Recht wider Recht, beide gleichmäßig durch das Gesetz des Warentauschs besiegelt. (MEW 23, 249)

Der Interessenwiderspruch zwischen Kapital und Lohnarbeit liegt demzufolge darin, dass die eine Seite die Ware so extensiv wie möglich im Arbeitsprozess nutzen will und die andere Seite, also die Arbeiter_innen, daran interessiert sind, die 'Vernutzung' zu begrenzen. „Zwischen gleichen Rechten" so Marx pointiert, „entscheidet die Gewalt. Und so stellt sich in der Geschichte der kapitalistischen Produktion die Normierung des Arbeitstags als Kampf um die Schranken des Arbeitstags dar" (MEW 23, 249).

Der Mehrwert, der durch die Ausweitung des Arbeitstags erzielt werden kann, wird von Marx absoluter Mehrwert genannt. Wenn es der Arbeiter_innenklas-

se gelungen ist, durch Kämpfe, Organisierung und Streiks den Arbeitstag zu beschränken, flüchtet sich die Kapitalist_innenklasse in die Intensivierung der Arbeit, um bei beschränkter Zeit mehr produzieren zu lassen und damit auch einen größeren Mehrwert zu erzielen. Diese Form der Mehrwertproduktion wird von Marx relativer Mehrwert genannt.

Mit dem hier Beschriebenen kann verdeutlicht werden, inwiefern der Klassenantagonismus als 'Brennstoff' der Produktionsverhältnisse zu verstehen ist. Er lässt sich als Herrschaftsverhältnis entlarven, da die Arbeitskraft zum Verkauf ihrer Ware und damit zur Mehrwertproduktion gezwungen wird (vgl. Brentel 1989, 270f.). Deutlich wird auch, dass die Kategorien der bürgerlichen Ökonomie damit „gegenüber dem Schein je vorgegebener Sachverhältnisse als spezifische soziale und historische Verhältnisbestimmung der Menschen in ihren Arbeiten zu dechiffrieren" sind (Brentel 1989, 154).

2.3 Wert und Abjektion als soziale Form

An dieser Argumentation setzt die feministisch-psychoanalytische Erweiterung an. Unter den gegebenen patriarchal-kapitalistischen Verhältnissen wird nämlich nicht nur das wertproduzierende Klassenverhältnis verkannt und der Wert naturalisiert. Im Anschluss an feministische Kritik, die auf einen 'blinden Fleck' bei Marx selbst reagiert, wird vielmehr verdeutlicht, dass das Erbringen von Care und Care-*Arbeit* eine notwendig-konstitutive Voraussetzung nicht nur dafür ist, dass die Arbeitskraft, sondern auch die gesamte patriarchal-kapitalistische Gesellschaftsformation sich reproduzieren kann (vgl. auch Aulenbacher 2012, 116). Reproduktion wird hier im weiten Sinne des Konzepts der 'sozialen Reproduktion' verstanden. Bakker und Gill (2003, 32f.) identifizieren vor diesem Hintergrund drei Aspekte der sozialen Reproduktion, die auch als kleinster gemeinsamer Nenner mit anderen (feministischen) Autor_innen gelten. Dabei handelt es sich:

1. um die biologische Reproduktion der menschlichen Gattung sowie die Bedingungen und die soziale Konstruktion von Mutterschaft,
2. um die Reproduktion der Arbeitskraft, nicht nur bezogen auf Nahrung, sondern auch auf Bildung und Ausbildung , sowie
3. um die Reproduktion der Befriedigung von Versorgungs- und Care-Bedürfnissen.

Die Begründung für die konstitutive Notwendigkeit von Care und gleichzeitig der Abjektion von Care geht in zweierlei Richtungen: Unbezahlte Care-Arbeit

schafft die Voraussetzung des 'doppelt freien Lohnarbeiters' und ist damit Grundlage der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaftsformation (Kap. III.2.3.1). Und es besteht eine finanzielle Notwendigkeit zur unbezahlten Care-Arbeit (Kap. III.2.3.2).

2.3.1 Unbezahlte Care-Arbeit als Grundlage der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaftsformation

Wenn – wie weiter oben schon verdeutlicht – mit Brentel gesagt werden kann, dass die Kategorien der bürgerlichen Ökonomie „als spezifische soziale und historische Verhältnisbestimmung der Menschen in ihren Arbeiten" (Brentel 1989, 154) gelten, dann muss hier nicht nur die Lohnarbeit in den Blick genommen werden, sondern die *gesamte Arbeit,* die letztlich dazu benötigt wird, den Wert zu realisieren und die kapitalistisch-patriarchale Gesellschaft zu erhalten.[5] Um die konstitutive Notwendigkeit auch von Care-Arbeit zu verdeutlichen, ziehe ich erneut das Marx'sche Konzept des 'doppelt freien Lohnarbeiters' heran, um im Anschluss gleichzeitig aber auch über diese Figur hinauszugehen.

Der 'doppelt freie Lohnarbeiter' (MEW 23, 182f.) ist, wie zuvor schon dargelegt, einerseits frei von Produktionsmitteln und damit genötigt, seine Arbeitskraft zu verkaufen. Andererseits ist er formal frei, seine Arbeitskraft zu verkaufen und einen Vertrag mit seinen Arbeitgeber_innen einzugehen, sodass dieser sich nicht einfach seiner Arbeitskraft bemächtigt wie bei Formen der Leibeigenschaft oder Sklaverei. Die Freiheit, die eigene Arbeitskraft zu verkaufen, impliziert wiederum, dass das Arbeitsvermögen des Trägers der Ware Arbeitskraft schon vor dem Verkauf besteht. Daher muss es auch regeneriert und reproduziert werden. Die Ware Arbeitskraft wird hier in Analogie zu Heinrichs Theoretisierungen hinsichtlich des Werts als nicht einfach schon immer vorhanden begriffen, sondern als abhängig von Reproduktions- und Regenerationsarbeit konzeptualisiert. Marx hat die Notwendigkeit der Regeneration und Reproduktion ebenfalls gesehen (MEW 23, 185ff.; vgl. Kap. III.2.2), sie allerdings als gegeben vorausgesetzt (Beer 1984, 140) und eher in Form von Lebensmitteln und anderen Bedürfnissen berücksichtigt, die in den Wert der Ware Arbeitskraft eingehen.

Die Bedingung der Freiheit des „doppelt freien Lohnarbeiters" liegen also darin, dass der Träger der Ware Arbeitskraft schon vor dem Verkauf besteht.

---

5 Diese Unterscheidung kann auch im Sinne Gramscis als *work* und *labour* verstanden werden (vgl. Bakker/Gill 2003, 20).

Nicht-warenförmige Care-*Arbeit* muss daher im umfassenden Sinn geleistet werden. (vgl. Armstrong/Armstrong 1983, 27; Beer 1984, 140; Seccombe 1975). Zur Regeneration und zur Reproduktion der Arbeiterklasse, aber auch der ganzen Gesellschaft benötigt es nicht nur Lebensmittel und andere Produkte, sondern umfassende Care-*Arbeit,* die von jemandem permanent geleistet werden muss. (Chorus 2013; vgl. Kap. I.3, II). Auch in einem weiter gesteckten Rahmen gilt die Notwendigkeit von Care-Arbeit, um die Gattung Mensch insgesamt zu reproduzieren, denn der Mensch als Gattungswesen ist (auch schon bei Marx) als in-Beziehung-stehend und als gesellschaftliches 'Wesen' konzeptualisiert. Die Notwendigkeit beziehungsförmiger Care-Arbeit als gesellschaftliche Praxis wurde jedoch vom 'späten' Marx und in seiner Rezeption verkannt. Care-Arbeit ist aber schon allein dadurch für den patriarchalen Kapitalismus konstitutiv, dass im Sinne einer in Kapitel I.3 (Care-Dimension 1) beschriebenen o*ntology of relationality* alle Menschen verletzbar und auf Care angewiesen sind. Dabei besteht die Abjektion von Care – wie hier schon angedeutet wurde – nicht ausschließlich in der im ökonomisch-strukturellen Sinn gedachten Exklusion und Fernhaltung von Care-Arbeit vom Markt und in der Herausbildung des Reproduktions- und Produktionsbereichs als zwei getrennter Sphären (Schäfgen 2000). Darüber hinaus findet sich die – historisch dem Kapitalismus vorgängige – Abjektion der unstrukturierten Körperlichkeit und körperlichen Abhängigkeit und Interdependenz im Kapitalismus auch auf der kulturell-symbolischen Ebene wieder, nämlich in der Verwerfung jener „Bedürftigkeit, Verletzlichkeit und Endlichkeit" (Brückner 2009, zit. nach Jurczyk 2010, 61) und damit der Notwendigkeit von Care und Care-Arbeit als nicht naturgegebener Beziehungsarbeit. Die Abjektion von Care in der patriarchalen Gesellschaft ist ausgesprochen schlüssig, schließlich handelt es sich um einen Prozess, der die Abhängigkeit von der Anerkennung und der Beziehung zu anderen Menschen zurückzuweist (Gross 1990, 87). Damit repräsentiert die Abjektion von Care einen Prozess der Verwerfung des „In-Beziehung-Stehens", der Verletzbarkeit und Kontingenz. So wie das Unstrukturierte aus der Sprache ausgeschlossen wird, ist Care und Care-Arbeit in der Gesellschaftsanalyse und der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaft verworfen. Cornelia Klinger begründet diesen Prozess für die moderne Gesellschaft sehr treffend folgendermaßen:

> In der modernen Gesellschaft, die *ni dieu, ni maître* kennt, sollen Menschen voneinander nicht abhängig, aufeinander nicht angewiesen sein. In der politischen Semantik der Moderne mit ihren Postulaten von Freiheit, Gleichheit und Menschenrechten ist der Gedanke des Dienens diskreditiert mitsamt den entwürdigenden Begleiterscheinungen von Zwang und Gewalt, Abhängigkeit und Hörigkeit,

> kurzum, dem ganzen Schmutz und Elend menschlicher Kontingenz. (Klinger 2012, 258)

Abjektion von Care und Care-Arbeit stellt eine deutliche Verwerfung auch körperlich-leiblicher Verletzbarkeiten dar. Wie schon Douglas im Jahr 1966[6] konstatiert, werden oftmals vielfältige Tabus gegen den gefährlich scheinenden Körper bzw. seine Körperöffnungen, -flüssigkeiten und -grenzen aufgestellt (vgl. auch Twigg 2000). Bedrohlich scheinen insbesondere die „leiblichen Regungen" (vgl. Kap. I.3.2.3), diese 'müssen' in einer patriarchal-kapitalistischen Gesellschaft in vielfältiger Weise ausgeschlossen werden[7], während der Körper gleichzeitig durch gesellschaftliche Markierungen normiert bzw. normalisiert und damit weniger 'bedrohlich' gemacht wird (vgl. „Verrichtungen" Kap. VI.2). Damit ist die Figur des 'doppelt freien Lohnarbeiters' durch die Abjektion der leiblichen Diffusität dreifach 'frei'. Die dritte Dimension der 'Freiheit' ergibt sich daher nicht nur durch das Frei-Sein von Care-Arbeit (Brensell/Habermann 2001), sondern v.a. auch durch die Befreiung von den Irrationalitäten des Leibs. In diesem Sinne zeigt sich hier, wie die Grundfigur der kapitalistischen Produktionsweise – als zweckrationale Figur – schon auf der Abjektion von Relationalität und Leiblichkeit beruht (vgl. Kap. V.1.2.1).

Care-(Arbeit) in diesem umfassenden Sinn ist die notwendige leiblich-fundierte Beziehungsarbeit, die unter kapitalistisch-patriarchalen Bedingungen ausgegrenzt, unsichtbar gemacht und verworfen wird, weil sie die patriarchal-kapitalistische Gesellschaft ökonomisch und kulturell destabilisieren würde. Wie diese Abjektion konfiguriert ist, ist allerdings in den verschiedenen Formationen des Kapitalismus unterschiedlich. Ich werde aber noch zeigen, dass die Ausgrenzung in spezifischer Weise auch heute noch gilt, obwohl Care auf den ersten Blick nicht ausgelagert, sondern kommodifiziert wird.

Die konstitutive Notwendigkeit von Care(-Arbeit) symbolisiert sehr eindeutig die menschliche Verletzbarkeit und Mortalität. Es kommt dabei im Kern auf die direkte Arbeit mit jenen an, die mit dem Abjekten in Zusammenhang stehen: ältere oder kranke Menschen etwa, die als besonders 'bedrohlich' angesehen werden, da ihre Abhängigkeit und Verletzbarkeit deutlich hervorsticht. Diejenigen, die Beziehungsarbeit tätigen – ob nun bezahlt oder unbezahlt– werden als abjekte und abgewertete Andere konstruiert. Denn durch ihre Arbeit mit bedrohlichen und daher abjekten Elementen wie Exkrementen, Körperflüssigkeiten, Schmutz

6 In dieser Arbeit in der Auflage von 2002 zitiert.

7 Wie viele andere stellt auch Conradi (2001, 58, FN 62) den Zusammenhang von „bedürftiger Körperlichkeit" und Care her.

oder sogar mit dem Leichnam bilden Care-Gebende auch immer die Grenze zur als 'einheitlich' konstruierten Gesellschaft im Sinne von Mary Douglas, überschreiten diese aber gleichzeitig permanent (Holmes/Rudge 2010, 250). Der patriarchale Kapitalismus basiert daher, um es zusammenfassend zu sagen, auf der Abjektion von Care und damit wird gleichzeitig Care auch als unbezahlte, unsichtbare und abgewertete Arbeit erst konstituiert.

2.3.2 Verwerfung von Care-Arbeit – Finanzielle Notwendigkeit

Das zweite Argument für die Notwendigkeit der Abjektion von Care und Care-Arbeit knüpft an die Arbeiten von Mascha Madörin im Rahmen der Care-Ökonomie-Debatte an, berücksichtigt zudem ältere Ansätze aus der Hausarbeitsdebatte. Die konstitutive Notwendigkeit (der Abjektion) von Care-Arbeit zeigt sich in aktuellen Berechnungen, die verdeutlichen, wie viel Care-Arbeit unbezahlt geleistet wird und in welchem Umfang dies zum Wohlstand der Gesellschaft beiträgt. Cornelia Klinger beschreibt den Prozess der von mir so bezeichneten Abjektion in der Moderne folgendermaßen:

> Diese Exterritorialisierung des Lebens und der Lebenssorge-Arbeit ermöglicht die Externalisierung der Kosten für das Leben der Menschen, für das Entstehen und Vergehen, für die alltägliche Führung und die spezifischen Fährnisse des Lebens. Indem der Preis der menschlichen Kontingenz (Natalität, Morbidität, Mortalität) in den öffentlichen Haushalten, in den Kosten-Nutzen-Kalkülen der Betriebe nicht in Rechnung gestellt werden muss, werden Wirtschaft und Gesellschaft, Markt und Staat entlastet. (Klinger 2012, 262)

Diese strukturelle „Exterritorialisierung", die von mir als Abjektion begriffen wird, da das Konzept auch die kulturell-symbolische Ebene der Verwerfung mitdenkt, zeigt sich m.E. heute daran, dass die Bezahlung jeglicher unbezahlter Care-Arbeit (und damit meine ich auch unbezahlte Care-Arbeit im Sinne von relational-leiblicher Arbeit, die in bezahlten Arbeitsverhältnissen geleistet wird; siehe Teil VII) den Wert der Arbeitskraft um ein Vielfaches erhöhen und so die Mehrwertrate entsprechend senken (vgl. Gardiner u.a. 1975) oder aber die Staatsausgaben exorbitant vergrößern würde. Mascha Madörin rechnet für die Schweiz aus, dass der unbezahlte Sektor, der zum ersten Mal im Jahr 2000 in das erweiterte Bruttoinlandsprodukt (BIP) mit einbezogen wurde, 41 Prozent ausmacht. Weiter argumentiert Madörin (2007, 145): „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." (siehe für Deutschland Kap. VI.2.2) Das heißt einerseits, dass

die Gesellschaft im umfassenden Maße auf unbezahlter Care-Arbeit aufbaut, und andererseits, dass diese Arbeit in erheblichem Maße zum gesellschaftlichen Wohlstand beiträgt.

Große Anteile von Care werden aber auch aus einem anderen Grund ausgelagert: Care-Arbeit widersetzt sich einer vollständigen Kommodifizierung (Haug 1996a, 141; Himmelweit 2008, 350; Madörin 2009b, 93; Mahon/Robinson 2011, 7; Senghaas-Knobloch 2005, 61; Tronto 2011, 162f.). Denn die oben beschriebene Care-Praxis als Beziehungsarbeit folgt einer anderen Zeitlogik als der „Logik der Zeiteinsparung" (Haug 1996a, 141), nämlich einer „extensiven Zeitverausgabung ohne entsprechend großes Produkt" (Haug 1996b, 117). Eine umfassende Care-Beziehung baut außerdem auf dem Vertrauen zwischen den am Care-Prozess Beteiligten auf, z.B. jemandem seine Kinder, die eigene körper-leibliche Unterstützung oder auch nur den Schlüssel zur Wohnung anzuvertrauen (Tronto 2011, 162f.). Bemisst sich die Qualität von Care anhand dieser Beziehung, verringert sich die Anzahl der Care-Bedürftigen, um die man sich gleichzeitig kümmern kann (Himmelweit 2008, 350). Damit kann die Produktivität von Care nur begrenzt bzw. stark auf Kosten der Qualität von Care erhöht werden. Madörin verdeutlicht dieses 'Problem' in einem Satz: „Man kann zwar schneller Autos produzieren, aber nicht schneller Kinder aufziehen." (Madörin 2009b, 93). Damit ist eine Mehrwertproduktion im Sinne des relativen Mehrwerts nur begrenzt möglich. Gleichwohl zeigt ein Blick in die neoliberalen Care-Verhältnisse in Deutschland und international, dass genau diese Mehrwertsteigerung bis an die Grenze der Belastung beider Seiten, der Care-Gebenden wie auch der Care-Nehmenden versucht wird, mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Care-Beziehung. Diese Prozesse werden für den deutschen Kontext durch die Analysen der Pflegerinneninterviews aufgezeigt (siehe Teil VII).

Mit dieser erweiterten Perspektive wird dann auch offensichtlich, inwiefern sich Care-Arbeit als „Bedingung" und „Voraussetzung" (Beer 1984, 145) der Warenproduktion und, noch weiter gefasst, der Reproduktion der gesamten patriarchal-kapitalistischen Gesellschaftsformation erweist und welche Mechanismen es sind, die die unprofitablen Arbeiten vom Markt fernhalten (vgl. Beer 1984) und sie dadurch auch erst als die unprofitablen markieren.

Die Analyse sollte verdeutlichen, dass die Wertform nicht als 'reine' Form, existiert, sondern sich immer auf Basis der Abjektion der Care-*Arbeiten* realisiert und diese daher als unbezahlte und verdeckte Arbeit konstituiert. Diese Arbeiten müssen als unbezahlte und daher als *Voraussetzung* des Werts und der größeren Mehrwertproduktion bei gleichzeitiger Naturalisierung und damit Verschleie-

rung des dahinterliegenden Verhältnisses geleistet werden, was sich auch auf die Care-Arbeiten im öffentlichen Sektor auswirkt (vgl. Kap. V.1).

Dadurch, dass die Abjektion von Care und Care-Arbeit – wie oben ausgearbeitet – die Bedingung dafür schafft, dass sich die gesamte Gesellschaft reproduzieren und die Arbeitskraft Mehrwert erzeugen kann, ist der 'Brennstoff' des Kapitalverwertungsprozesses, den Marx als Klassengegensatz ausmacht, zusätzlich durch einen grundlegenden Widerspruch gekennzeichnet zwischen denjenigen, die abjekte Care-Arbeit leisten, und jenen, die sie nicht leisten (müssen), oder anders gesagt: zwischen abjekten Anderen und Nicht-Abjekten.

Der angenommene Widerspruch zwischen abjekten Anderen und Nicht-Abjekten, besteht quer zum Klassenantagonismus und kann sich aber – wie oftmals der Fall – auch mit diesem verknüpfen. Wer als die einen oder die anderen konstruiert werden, ist allerdings historisch variabel und Ergebnis von konkreten Kämpfen und Kräfteverhältnissen und kann nicht logisch aus der Wert-Abjektionsform abgeleitet werden. Aus dieser ergibt sich konstitutiv nur die Abjektion von Care-Tätigkeiten und Care im Sinne eines deutlichen Zeichens von Grenzverlust, Unkontrolliertheit und letztlich Vergänglichkeit. Dass im patriarchalen Kapitalismus i.d.R. Frauen (mit und ohne Aufenthaltsstatus) diese Arbeit zugewiesen und diese Überantwortung vielfach 'naturalisiert' wird, kann als historische Allianz zwischen patriarchalen, rassistischen und kapitalistischen Strukturen bezeichnet werden, die allerdings nicht bewusst von 'jemandem' als 'Masterplan' ausgeheckt wurde, sondern mit Alain Lipietz (1985, 114) als historische „Fundsache" zu begreifen ist. Historisch wird daher die Abjektion von Care und Vergänglichkeit als 'weiblich', rassistisch und klassenspezifisch ungleich besetzt. Die Varianz in der personellen Besetzung zeigt sich im neoliberalen Kapitalismus, verglichen etwa mit der fordistischen Phase, z.B. an der spezifischen Delegierung der unbezahlten Care-Arbeit an Migrantinnen, die es besserverdienenden 'weißen' Frauen in den westlichen Ländern ermöglichen – auch aufgrund emanzipatorischer Kämpfe der 'Zweiten Frauenbewegung' – sich der abjekten Arbeit zu entledigen.

Mit dem Theorem der Wert-Abjektion kann analysiert werden, dass im Kapitalismus unstrukturierte Körperlichkeit, Mortalität und Abhängigkeit und damit auch Care als permanente Voraussetzung des kapitalistisch-patriarchalen Systems verworfen werden. Neben der beschriebenen Varianz der personellen Besetzung der abjekten Position können auch konkrete Verhältnisse jedoch nicht direkt aus der Wert-Abjektion erklärt werden. Zwar kann mit ihr verdeutlicht werden, dass es eine Tendenz zur Abspaltung von Care gibt, die logisch erklärt und auch historisch in verschiedenen Ausprägungen nachgezeichnet werden kann, doch ergibt sich daraus keine Kausalität, die besagt, dass jegliche Care-

Arbeiten und -prozesse immer abjekt strukturiert sein müssen. Care-Arbeit und soziale Reproduktion sind dabei in den verschiedenen historischen Phasen der kapitalistischen Formation unterschiedlich konfiguriert.

Welche Care-Teile konkret abgespalten werden und wie die Abjektion personell besetzt wird, ist – wie schon weiter oben festgehalten – historisch als Ergebnis von Kämpfen und Kräfteverhältnissen zu analysieren. Der nächste Abschnitt wird daher der Frage nachgehen, wie sich die Wert-Abjektion als soziale Form theoretisch mit der Analyse konkreter Verhältnisse vermittelt. An dieser Stelle wird auch die bezahlte und institutionalisierte Care-Arbeit wieder in die Analyse einbezogen bzw. die Vermittlung zwischen bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit angestrebt.

3. Soziale Formen und Institutionen als Vermittlung

Soziale Formen als „Bewegungsformen" gesellschaftlicher Widersprüche, wie etwa die ökonomische Form (Wert- bzw. Wert-Abjektionsform) oder auch die politische Form, drücken sich wiederum in gesellschaftlichen Institutionen aus; Form und Institutionen sind jedoch nicht – entlang etwa einer Wesens-Erscheinungslogik – identisch. Institutionen stellen einen „Komplex von Handlungsregulativen [dar], in denen sich die sozialen Formen prinzipiell krisen- und konflikthaft reproduzieren. So ist der Staatsapparat i.e.S. nicht mit der politischen Form zu verwechseln" (Hirsch 1994, 182) – und das Kapital oder das Geld nicht mit der ökonomischen Wertform, so könnte hier ergänzt werden. Vielmehr stellen die sozialen Formen auf der Ebene des gesellschaftlichen Handelns Wahrnehmungs- und Verhaltens*orientierungen* dar, denen Individuen gleichzeitig jedoch unterworfen sind und die sie durch ihr Handeln wiederum i.d.R. reproduzieren. Diese Muster bzw. die ihnen zugrunde liegenden sozialen Formbestimmungen materialisieren sich in gesellschaftlichen Institutionen.

> Unter den Bedingungen der kapitalistischen Vergesellschaftungsweise sind nun Institutionalisierungsprozesse in der Weise 'formbestimmt', als sie die Reproduktion der Gesellschaft 'hinter dem Rücken', aber mittels des Handelns der individuellen Akteure gewährleisten. (Hirsch 1994, 174)

Die Institutionen sind – wie oben schon ausgeführt – nicht direkter Ausdruck oder Erscheinungsebene der sozialen Formen. Soziale Formen sind als Ausdruck von gesellschaftlichen Widersprüchen und Antagonismen zu verstehen, die Institutionalisierungsprozesse begründen, unterstützen und begrenzen und damit deren Tendenz und Richtung vorgeben. Zugleich bedürfen soziale Formen einer „institutionellen Materialität", die als „*Vermittlungszusammenhang* zwischen ge-

sellschaftlicher Struktur (Vergesellschaftungsmodus), Institution und Handeln" (Hirsch 1994, 174) fungiert.

Mit dieser Argumentation soll einerseits deutlich gemacht werden, dass unter den bestehenden patriarchal-kapitalistischen Verhältnissen die konkrete Ebene des Institutionengefüges – wie im nachfolgenden Abschnitt die Institutionen der sozialen Reproduktion – und die Regulierung der Care- bzw. Pflegearbeit nicht beliebig bestimmt werden können, sondern in die oben beschriebenen Formen (wie hier der Wert-Abjektionsform) „eingebettet" sind.

Andererseits möchte ich verdeutlichen, dass die Wert-Abjektion (anders als in deterministischen Ansätzen konzeptualisiert) nicht direkt in der Organisation der Care-Arbeiten und dem später analysierten deutschen Pflegemodell „erscheint" oder direkt darin zum Ausdruck kommt. Vielmehr begründet die Wert-Abjektion als in sich widersprüchliche Form die Institutionalisierung der sozialen Reproduktion prinzipiell und wird auch in der Institutionalisierung der unbezahlten, 'privat' strukturierten sowie der öffentlichen und kommodifizierten Care- und Pflegearbeit erkennbar. Warum und in welcher Form die soziale Reproduktion und Care-Arbeit (ob bezahlt oder unbezahlt) eine permanent abgewertete Position einnimmt, ist demgemäß zum einen grundlegend aus den antagonistischen und widersprüchlichen Grundverhältnissen des kapitalistischen Patriarchats zu verstehen, wie die Analyse der Wert-Abjektion zu verdeutlichen versucht hat. Deren konkrete Ausgestaltung bleibt – wie weiter oben schon erwähnt – zum anderen aber eine Frage von Kräfteverhältnissen sowie Klassen- und (meist rassifizierenden und vergeschlechtlichenden) (Anti-)Abjektionskämpfen und kann daher erst in der konkreten empirischen Untersuchung herausgearbeitet werden.

In meiner folgenden konkreten Analyse werde ich die Institutionen der sozialen Reproduktion in den Blick nehmen, die die Sozialisierung von sozialen Risiken, Gesundheit, Bildung und anderen Dienstleistungen umfassen (Bakker/Gill 2003, 18). Zur erneuten Verdeutlichung: Feministinnen gebrauchen den Begriff 'soziale Reproduktion' vor allem wie folgt:

> Among other things, social reproduction includes how food, clothing, and shelter are made available for immediate consumption, the ways in which the care and socialisation of children are provided, the care of the infirm and elderly, and the social organisation of sexuality. Social reproduction can thus be seen to include various kinds of work – mental, manual, and emotional – aimed at providing the historically and socially, as well as biologically, defined care necessary to maintain existing life and to reproduce the next generation. (Laslett/Brenner 1989, 382)

Mit dem Begriff der sozialen Reproduktion wird hier der Versuch unternommen, die gesamtgesellschaftliche Institutionalisierung in dem Bereich in den Blick zu

nehmen. Care-Arbeit bezeichnet dagegen weiterhin die konkreten Tätigkeiten in der Sphäre der sozialen Reproduktion. Soziale Formen, wie die Wert-Abjektion, begründen die Institutionalisierung der sozialen Reproduktion und darin die Institutionalisierung der unbezahlten und bezahlten Care-Arbeit. Aber letztlich sind Kräfteverhältnisse dafür verantwortlich, wie diese Institutionen konkret geformt sind. Im patriarchalen Kapitalismus realisiert sich der Wert in der Abjektion von bestimmten Teilen von Care und Care-Arbeit, und dies wirkt sich nicht nur auf die unbezahlte Care-Arbeit aus, sondern auf die gesamte Organisation der sozialen Reproduktion und damit auch auf die Lohnarbeitsverhältnisse, die den unbezahlten Care-Arbeiten ähnlich sind. Auf diese Weise kann die permanente Minderbewertung großer Teile der professionellen Care-Arbeit verstanden werden.

Im Kontext dieser theoretischen Überlegungen skizziere ich in den folgenden Kapiteln die soziale Reproduktion und Care-Praxis in ihrer konkreten Ausformung in drei Teilen:

Erstens: In Teil IV betrachte ich Care im Kontext der fordistischen wie auch in der neoliberalen Gesellschaftsformation. Dabei liegt der Fokus darauf, die globalen Linien der Veränderungen *und* die Konstante der Organisation der sozialen Reproduktion und Care-Arbeit in diesen unterschiedlichen historischen Phasen herauszuarbeiten.

Zweitens: Im Anschluss daran analysiere ich die konkrete Ausformung der Wert-Abjektion am historischen Beispiel der Entstehung der modernen Krankenpflege als 'Frauenberuf' in Deutschland, die auch prägend für andere klassische Frauenberufe wie den Beruf der Altenpfleger_in war. Die Auswirkungen aus dieser spezifischen Konstitution lassen sich noch heute bei diesen Berufen zeigen (Kap. V.1).

Im darauffolgenden Kapitel werden einige dieser Konsequenzen, die sich aus der abgewerteten Strukturierung klassischer 'Frauenberufe' noch heute ergeben (v.a. im Bereich Kranken- und Altenpflege), herausgearbeitet (Kap. V.2). Diese werden im darauffolgenden Kapitel nicht nur auf Deutschland bezogen, sondern übergreifend im Anschluss an Pat Armstrong (2013a, b) analytisch ausgelotet (Kap. V.3). Diese theoretischen Analysen spielen wiederum auch im darauffolgenden Kapitel, das sich konkret auf den deutschen Pflegesektor bezieht, eine Rolle, beziehungsweise werden für die deutsche Pflegearbeit konkretisiert.

Drittens: In der konkret-empirischen Analyse (Teil VI, VII) gehe ich auf die spezifische Abjektion von Care im neoliberalen Pflegesektor und im Kontext von konkreter Pflegearbeit in Deutschland ein.

Teil IV
Care in Fordismus und Neoliberalismus – Institutionalisierung der Wert-Abjektion I

1. Care nach 1945 – Die so genannte Phase des Fordismus

Bezogen auf die Organisation der sozialen Reproduktion und Care-Arbeit kann im Fordismus[1] der BRD idealtypisch von einem konservativen und eherechtlich abgesicherten Ein-Ernährer-Modell gesprochen werden (vgl. z.B. Winker 2011, 335). Die i.d.R. unbezahlte Care-Arbeit wurde in der fordistischen Hochphase (ca. 1960er- bis Mitte der 1970er-Jahre) zumeist von nicht im formalen Sektor tätigen oder geringfügig beschäftigten Ehefrauen übernommen. Das konservative Ehe-und Familienmodell sah vor, dass der Ehemann einen Familienlohn erhielt, der die Familie und damit auch dieses Konzept absicherte, (vgl. z.B. Winker 2011, 335) und legte den Ehemann als Haushaltsvorstand fest, der damit auch weitreichende Einflussmöglichkeiten auf die Erwerbsperspektiven der Ehefrau hatte. Risiken wie Krankheit und Arbeitslosigkeit sowie Altersversicherung waren in den europäischen Wohlfahrtsstaaten weitestgehend durch beitragsfinanzierte Solidarsysteme abgesichert (Winker 2011, 335). Im Fordismus war v.a. der Bereich der Lebensmittelproduktion durchkapitalisiert und kommodifiziert, weniger jedoch der Bereich der sozialen Reproduktion. In der marktförmig organisierten

1 Der Begriff „Fordismus" ist auf Henry Ford zurückzuführen, der im Rahmen der Automobilproduktion in den USA die „Rationalisierung der Produktion" durch den Übergang zu serieller Fließbandherstellung einführte. „Mit der fordschen Revolutionierung der Fertigungsmethoden kann das Arbeitstempo über die Laufgeschwindigkeit des Fließbandes gesteuert und damit eine neue Form der strukturellen Kontrolle des Kapitals über die Arbeit etabliert werden." (Tanner 1999, 580ff.) In den 1930er-Jahren entwickelt der italienische Kommunist Antonio Gramsci die theoretische Grundlage zur Analyse des fordistischen Akkumulationsregimes. Der Fordismus in diesem Sinne wird in Europa erst nach dem 2. Weltkrieg vollständig umgesetzt (vgl. Kap. VI.3.3.2). In den 1970er-Jahren setzt die Phase der Krise des Fordismus ein, in deren Folge die Bezeichnung Postfordimus bzw. im weitern Verlauf Neoliberalismus eingeführt wird (Tanner 1999, 580ff.).

(Lohnarbeits-)Sphäre waren Care-Arbeiten daher kaum existent, diese wurden 'privat' von 'Hausfrauen' oder teilweise von öffentlichen Institutionen sichergestellt (Chorus 2011, 395f.). Damit erscheint die „fordistische Hausfrau als ein entscheidender Garant für die ökonomische Dynamik des 'goldenen Zeitalters'." (Chorus 2011, 395).

Im Fordismus besteht die Wert-Abjektion daher – idealtypisch überspitzt ausgedrückt – in der Abjektion im Sinne einer (sozialstrukturellen) Exklusion der Care-Arbeit in die so genannte 'Privatsphäre', wenn sie auch nicht mit dieser in eins fällt (Scholz 2011). Die Abjektion zeigt sich nämlich auch in der Abwertung und Unterbezahlung so genannter 'Frauenberufe' im wohlfahrtsstaatlich organisierten Sektor, die der Care-Arbeit im Haushalt nahe stehen (siehe Kap. V.1).

2. Neoliberale Transformationen im Care-Sektor

Die Transformation vom Fordismus zum Postfordismus bzw. Neoliberalismus geht mit einem grundsätzlichen Wandel von Care, Care-Arbeit und der gesamten sozialen Reproduktion einher. Das Leitbild ist nicht mehr das *male-breadwinner*-, sondern das *adult-worker*-Modell, bei dem alle Erwachsenen einer Lohnarbeit nachgehen. Gleichzeitig ist die soziale Reproduktion im globalen Norden[2] durch Reprivatisierungen vormals sozialstaatlich organisierter Elemente geprägt (z.B. im Bereich Gesundheit, Bildung etc.), durch Ökonomisierung und damit etwa durch den Einzug von Wettbewerbskriterien in vormals wohlfahrtsstaatliche Organisationen und durch Kommodifizierung, das bedeutet, dass vormals nichtwarenförmig geleisteten Care-Tätigkeiten 'zur-Ware-werden' (vgl. Chorus 2013; sowie konkreter in Bezug auf die Pflege in Deutschland Kap. VI.1.1). Gleichzeitig bleibt der Anteil unbezahlter Care-Arbeit, die größtenteils von Frauen getätigt wird, gleich bzw. nimmt noch zu (Hartmann 2011, 404). Allerdings wird dadurch, dass im globalen Norden immer mehr Frauen einer Erwerbsarbeit nachgehen, die bisher unbezahlte Arbeit häufig nicht mehr ausschließlich von (Ehe-)Frauen der Familie, in der die Arbeiten 'anfallen', selbst erledigt und auch nicht zwischen den Partner_innen gleich verteilt, sondern (zumindest Teile der) Care-Arbeit werden an oftmals schlecht bezahlte und häufig informell (und illegalisiert) beschäftigte Migrantinnen weitergegeben (Lutz 2010, 29). Nach Brigitte Young machen letztlich diese schlecht bezahlten Care-Arbeiter_innen

2 Vgl. zum Begriff Teil I, FN 2.

in Kindergärten, Pflegeheimen und Privathaushalten die Hegemonie des *adult-worker*-Modells möglich (B. Young 1998; vgl. Chorus 2011, 397).

In Folge der Re-Privatisierung und Kommodifizierung der sozialen Reproduktion wird Care zum „guten Geschäft" (Klinger 2013b) und die Menschen zu 'Unternehmern ihrer selbst' (vgl. Bröckling 2007). Das „(Privat-)Leben" wird im Neoliberalismus nicht mehr unter der Perspektive auszulagernder Kosten betrachtet, sondern aus der Perspektive der Wertschöpfung (Klinger 2012, 69). Bakker und Gill (2003, 36f.) beschreiben in diesem Sinn eine Verschiebung der kapitalistischen Akkumulationsfelder hin zu biopolitischen Bereichen, die dadurch zustande kommt, dass profitable Teile der Lebenswelt und der Sphäre der sozialen Reproduktion in Wert gesetzt werden. So dienen zum Beispiel Teile der Kranken- oder der Pflegeversicherung als Ressource für die Umverteilung von öffentlichen Geldern in private Hände, was *cash-transfer* genannt wird. Dabei werden sozialstaatliche Mittel, zum Beispiel Mittel aus der Pflegeversicherung, an Privatunternehmen weitergegeben. In diesem Fall kommt es nicht nur zur Akkumulation durch Mehrwertaneignung, sondern Silke Chorus (2011, 398) zufolge zu einer Form der „Akkumulation durch Enteignung" (Harvey 2004).

Insgesamt wird Care im Neoliberalismus nicht mehr als zu verwaltender Kostenfaktor betrachtet, sondern im Gegensatz dazu „schickt sich das marktwirtschaftliche System an, alle Bereiche des Lebens zu bedienen – reichlich, ja im Überfluss – gegen Entgelt." (Klinger 2012, 269) Darin liegt nach Klinger die Möglichkeit zur emanzipatorischen Veränderung, da das angezielte *adult-worker*-Modell die Möglichkeit zur Aufkündigung des asymmetrischen Geschlechterarrangements in greifbare Nähe rückt. Dazu müsste allerdings der Markt „den gesamten Leib- und Liebesdienst" übernehmen (Klinger 2012, 270). Auch wenn Klinger potenzielle Vorteile (Professionalisierung und Wahlfreiheit) in dieser möglichen Übernahme von Sorge-Arbeit durch den Markt sieht, steht diesen Vorteilen ein wesentlicher Nachteil gegenüber:

> Die Lebenssorge-Industrie bedient das Leben, aber *sie dient ihm nicht*; sie folgt dem Marktmechanismus. Das heißt, sie bietet auf einer nach oben offenen Preisskala 'Produkte' an, die nach keinem anderen Kriterium distribuiert werden als dem der Zahlungsfähigkeit der Kundschaft – wie bei jeder anderen Ware auch. Zur Lösung der seit jeher offenen Finanzierungsfragen tragen Markt und Technologie nichts bei, vielmehr verschärfen sie diese durch die Perspektive auf Gewinn(maximierung) erheblich. (Klinger 2012, 270, Hervorh. B.M.)

Dabei vergrößern sich erneut gesellschaftliche Ungleichheiten entlang von Klassen- und Geschlechter- sowie auch 'race'-Achsen zwischen denen, die sich die Angebote der Care-Industrie leisten können, und jenen, die das nicht können,

(Klinger 2012, 270) bzw. – empirisch für die (Alten-)Pflege konkretisiert – denjenigen, die daher ausschließlich auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen sind (vgl. Teil VI).

Der weiter oben beschriebene Anspruch zur Gewinnmaximierung, der jetzt auch im Care-Bereich besteht (das gilt auch für den Pflegesektor in Deutschland), kann aber aufgrund der hohen Personalkosten und der begrenzten Steigerungsfähigkeit der Produktivität schwer erreicht werden (Baumol 1967; Madörin 2007, 149). Hier zeigt sich erneut der schon in den anderen Formationen des Kapitalismus bestehende Druck zu Verringerung und Einsparung der Kosten von Care (Klinger 2012, 271). Daraus ergibt sich nicht nur ein Druck zur „Informalisierung, Prekarisierung und Externalisierung der Sorge-Arbeit", der v.a. Frauen betrifft, sondern die

> mit dem bürgerlichen Sorge-Regime von Anfang an verbundene, auf Status- oder Klassenunterschieden gegründete 'Arbeitsteilung' zwischen Hausfrau und Dienstmädchen kommt dabei wieder zum Vorschein (unabhängig davon, ob die neuen Dienstmädchen im Privathaushalt oder im *care-service-Unternehmen* arbeiten). (Klinger 2012, 271)

Dieser Druck zur Kosteneinsparung erklärt die vielfältigen unbezahlten Arbeiten im Bereich von Care (familiäre, ehrenamtliche etc.) und die oben beschriebene Verlagerung der Arbeit auf niedrigentlohnte Migrantinnen. Aber die Kommodifizierung von Care bringt noch andere Resultate zum Vorschein. Unbezahlte und niedrigentlohnte Arbeit wird so nicht nur in vielfältiger Weise auf (Ehe-)Frauen, niedrigentlohnte Migrantinnen und ehrenamtlich Tätige ausgelagert. Auch die kommodifizierte Care-Arbeit – das zeigt die empirische Analyse der Pflegearbeit aus Sicht der Pflegerinnen – basiert auf Formen der unbezahlten Arbeit von Pflegerinnen innerhalb ihrer bezahlten Tätigkeiten (vgl. hierzu Teil VII).

Als generelle Tendenz lässt sich sagen, dass abrechnungsfähige Elemente von Care in-Wert gesetzt und relationale Elemente unsichtbar gemacht werden (vgl. auch Müller 2014). Diese Tendenz spiegelt sich auch in der globalen Transformation des Gesundheitssektors hin zu einer eher am medizinischen Gesundheitsverständnis orientierten Gesundheits- und Care-Vorstellung wider – eine Auffassung, die eher dem frühkapitalistischen Modell entspricht (vgl. Kap. V.1) und im Gegensatz zu einem sozialen Modell von Gesundheit steht, das eher dem europäischen Wohlfahrtsgedanken gleicht (Armstrong/Armstrong 2009, 256ff.). Gesundheit wird dabei als Abwesenheit von Krankheit negativ bestimmt. Die Vorstellungen von Gesundheit und Care-Versorgung werden gemäß diesem Modell eng definiert und beziehen sich v.a. auf die Behandlung von Krankheiten

oder Verletzungen sowie die Wiederherstellung einzelner Körperteile[3]. Das Individuum wird in dieser Logik als eigenverantwortlich für seine Gesundheit und Care nicht als kollektives Recht betrachtet (Armstrong/Armstrong 2009, 258).

Resümierend kann daher festgehalten werden, dass die soziale Reproduktion und Care-Arbeit im neoliberalen Kapitalismus zwar in vielfältiger Weise anders als im Fordismus organisiert ist, sich aber durch die Konstante auszeichnet, dass große Teile dieser Arbeit als abjekte Arbeit unbezahlt organisiert sind. Insgesamt verlaufen die Abjektionen im deutschen *adult-worker*-Modell allerdings nicht mehr nach einer 'klaren' Einteilung und Zuweisung, wie sie noch im Fordismus zumindest idealtypisch strukturiert waren. Die Wert-Abjektion zeigt sich im neoliberalen Care-Sektor in der Delegation der Arbeit an oftmals illegalisierte Migrantinnen, in einer prekären, niedrigentlohnten Form der Arbeit generell und darin, dass unbezahlte relationale Arbeit auch innerhalb bezahlter Arbeitsverhältnisse geleistet wird. Die unbezahlte Arbeit kann daher häufig als Rückseite der Kommodifizierung betrachtet werden (vgl. ähnlich das Landnahme-Theorem, Dörre u.a. 2014, 108f.).

Im ambulanten Pflegesektor in Deutschland sind daher sowohl der Wandel als auch die Persistenz unbezahlter Arbeit gut zu erkennen (vgl. ausführlich Teile VI, VII). Auch sind durch die neuen Informationstechnologien Möglichkeiten geschaffen worden, Teile der Care-Arbeit profitabel zu organisieren, indem z.B. Arbeitsabläufe zergliedert, kontrolliert und die Arbeiten damit de-qualifiziert werden (vgl. Kap. V.3.3.2 sowie Teil VII). Diese Entwicklung steht im Kontext einer generellen Verschiebung von bezahlter zu unbezahlter Arbeit im Neoliberalismus, die mit der Konsumtion in eins fällt (vgl. auch zum „arbeitenden Kunden" Voß/Rieder 2006):

> [T]echnologies [Informationstechnologien, B.M.] have also blurred the line between production and consumption [...]. Checking yourself out in grocery stores, filling your own gas, and using a bank machine not only shift the labor to unpaid consumers, but also imply that the work does not involve a great deal of skill since it is assumed anyone can do the job. (P. Armstrong2013b, 272)

Die hier beschriebenen Entwicklungen werden hinsichtlich der ambulanten Pflege in Deutschland in den Teilen VI und VII konkretisiert. Bevor ich mich allerdings der Analyse des ambulanten Pflegesektors zuwende, gehe ich im folgenden Kapitel auf die Entstehung der Krankenpflege als klassischer 'Frauenberuf'

---

3 Deutlich wird hier hinsichtlich des Gedankens der Wiederherstellung, nicht nur dass Care nicht in dieses Konzept passen kann, sondern auch das Altern lässt sich nur begrenzt in Vorstellungen von Machbarkeit und Wiederherstellung denken.

ein, um genauer die Institutionalisierung der Abjektion von Care am Beispiel entlohnter Care-Arbeit bzw. Pflegearbeit aufzuzeigen und um daran anschließend die spezifische Charakteristik und die Auswirkungen dieser abgewerteten 'Frauenberufe' v.a. bezogen auf die Altenpflege zu analysieren. Diese treten auch selbst dann noch zutage, wenn große Teil von Care, wie aktuell im Neoliberalismus, nicht mehr ausschließlich als unbezahlte oder wohlfahrtsstaatliche, sondern als kommodifizierte und damit marktförmig organisierte Arbeit geleistet wird.

Die ab hier folgende Analyse bezieht sich nicht mehr ausschließlich auf die Begriffe Care und Care-Arbeit, sondern rekurriert – durch die Konkretisierung der Analyse auf einen Bereich von Care, nämlich die Pflegearbeit – ebenfalls auf den Begriff der Pflege, und zwar immer dann, wenn auf die institutionalisierten Formen des Berufs Kranken- bzw. Altenpflege und im weiteren Verlauf auf den deutschen Pflegesektor und die Pflegeversicherung Bezug genommen wird. Hier begrenze ich den Pflegebegriff auf die institutionalisierten Formen und verdeutliche den Unterschied von Care und Pflege (vgl. Teil VI).

Teil V
Care in klassischen 'Frauenberufen' – Institutionalisierung der Wert-Abjektion II

1. Entstehung und Hierarchisierung 'männlicher' Medizin und 'weiblicher' Krankenpflege als Beruf

In Teil III dieser Arbeit bin ich auf die Abjektion von Care als einer logischen und theoretischen Voraussetzung des Kapitalismus eingegangen. Die hier analysierte grundsätzliche Abjektion von Care und die Etablierung von Care- als unbezahlte Arbeit wirken sich wiederum auch auf die bezahlte Care-Arbeit im öffentlichen Sektor aus. Die Tendenz zur Abjektion von Care im patriarchalen Kapitalismus materialisiert sich auch in der Entstehung der so genannten 'Frauenberufe'. Dies werde ich im Folgenden am Beispiel des Krankenpflegeberufs als erstem bürgerlich-öffentlichem 'Frauenberuf' und als 'weiblichem' Hilfsberuf der Medizin zeigen. Die Krankenpflege wird dabei als Pendant zur Hausarbeit konzipiert. In diesem Kapitel soll diese Entwicklung historisch dargestellt und so nicht nur die Abjektion der unbezahlten Care-Arbeit als logische Voraussetzung des Kapitalismus, sondern auch die oben beschriebene Vermittlung der Form (Wert-Abjektion) und der konkreten Institutionalisierung, durch die dann auch die Konstitution und Abwertung klassischer 'Frauenberufssphären' deutlich wird, nachvollzogen werden. Im Anschluss daran wird die aus dieser Abwertung folgende klassische Problematik, wie etwa die Einstufung der Arbeit als niedrigqualifiziert, die schlechte Bezahlung und das niedrige Ansehen dieser Berufe skizziert.

Um die Entwicklung einordnen zu können, ist ein kurzer Rückblick auf die Heilkunde und Armenfürsorge im Mittelalter sinnvoll. Denn dadurch kann auch dargelegt werden, dass die Krankenpflege – die erst ab dem 19. Jahrhundert getrennt von der Armen- und Altenversorgung organisiert wurde (Voges 2002, 103f.) – nicht schon 'immer' in der Zuständigkeit von Frauen lag und auch die Abwertungen der Krankenpflege erst im Zuge der Industrialisierung und der Entstehung der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft neue Formen annahmen.

1.1 Rückblick: Heilkunde im Mittelalter

In der ersten Hälfte des europäischen Mittelalters (400 – 1000) war die Heilkunde durch die Klostermedizin und darin vor allem durch die praktizierenden Frauen der Klöster geprägt, so dass Claudia Bischoff zufolge in dieser Zeit von einer 'weiblichen' Heilkunde gesprochen werden kann. Diese wurde allerdings in den darauf folgenden Jahren vor allem durch den Aufstieg männlicher Ärzte, der durch Staat und Kirche unterstützt wurde, und im Zuge der Hexenverfolgung unterdrückt und verdrängt (vgl. ausführlich Bischoff 1997, 32ff).

Die zweite Hälfte des Mittelalters (1000 – 1500) zeichnete sich durch die sukzessive Entwicklung geistlicher und weltlicher Pflegegenossenschaften aus, in denen Frauen und Männer arbeiteten, und durch eine enorme Ausweitung ehrenamtlicher Tätigkeiten, was durch die damalige kirchliche Auffassung zu erklären ist, die davon ausging, dass „das Seelenheil an Werke der Barmherzigkeit geknüpft" (Bischoff 1997, 21) ist.

Im Zuge des Auflebens der Städte und Gemeinden und des darauf basierenden Aufkommens weltlicher Macht im 14. Jahrhundert wurde die Verwaltung der Hospitäler zum Teil in die Verantwortung der Kommunen übergeben, die an möglichst niedrigen Ausgaben für die Hospitäler interessiert waren. Nach der Reformation wurden in den protestantischen Ländern die geistlichen Stiftungen säkularisiert und die Klöster aufgelöst. Es kam hier im Folgenden auch zu keinen Neugründungen im Bereich der Kranken- und Armenpflege, was einerseits durch die Armut der evangelischen Kirche begründet war, andererseits aber auch durch eine veränderte religiöse Sichtweise, denn Gottgefälligkeit und Seelenheil schienen nicht mehr durch Barmherzigkeit garantiert, sondern durch Glaube und Gebet allein (Bischoff 1997, 25f).

Während es in Deutschland durch die Reformation und im Zuge des 30-jährigen Krieges zu einer Krise in der Kranken- und Armenversorgung kam, konnten die katholischen Länder (vor allem Frankreich und Spanien) im 16. und 17. Jahrhundert die Gründung neuer Krankenpflegeeinrichtungen vorweisen. Die Entwicklungen der Krankenpflege sind daher im 17. und 18. Jahrhundert als höchst widersprüchlich zu bezeichnen und können nicht einheitlich als schlechte Zeit für die Armen- und Krankenpflege betrachtet werden (Bischoff 1997, 27).

1.2 Moderne Krankenpflege in der bürgerlichen Gesellschafft

Mit der Etablierung der modernen Krankenpflege trennt sich die Pflege älterer von der Pflege kranker Menschen. Die Pflege hochbetagter Menschen wird

weiterhin in den Armenhäusern geleistet, bzw. aus den Armenhäusern werden am Ende des 19. Jahrhunderts Versorgungsanstalten bzw. Altenheime (Kranich 2011, 19).[1] Als Anfang der modernen Krankenpflege wird die Gründung der Diakonissenanstalt des evangelischen Pastors Theodor Fliedner und seiner Frau Friedericke Fliedner im Jahr 1836 in der Nähe von Düsseldorf betrachtet (Bischoff 1997, 28).[2] Diese Neugründung bezog ausschließlich Frauen ein und hatte keine 'männliche' Entsprechung, denn „Fliedner wollte ausdrücklich die 'brachliegenden Kräfte' der bürgerlichen Frauen sinnvoll in der christlichen Liebestätigkeit einsetzen, die er als Domäne der Frau betrachtete – eine historisch durchaus neue Anschauung, die erst mit den spezifisch bürgerlichen Produktionsverhältnissen entstehen konnte" (Bischoff 1997, 28).

Insgesamt expandiert die weibliche Krankenpflege im 19. Jahrhundert stark, teilweise bestanden sogar Bestrebungen, die Männer aus dem Beruf zu verdrängen. Gegen weit verbreitete anderslautende Annahmen verdeutlicht die Autorin zweierlei: Zum einen war die Pflege nicht immer schon ein 'Frauenberuf', sondern wurde erst im 19. Jahrhundert dazu; zum anderen ist Pflege nicht zum 'Frauenberuf' geworden, weil es sich „hier um den 'eigentlichen' Beruf der Frau gehandelt hätte" (Bischoff 1997, 31), vielmehr muss diese Ausgestaltung als Resultat der gesellschaftlichen Entwicklungen verstanden werden. Damit ist Bischoff der Ansicht, dass die Entstehung klassischer 'Frauenberufe' im Kontext der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft und des Kapitalismus verstanden werden muss (Bischoff 1997, 29ff.).

1.2.1 Kontext: Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft

Der Prozess der Entstehung der kapitalistischen Produktionsweise, deren Beginn ins 15. Jahrhundert datiert wird (z.B. Braudel 2011) und die damit im weiteren historischen Verlauf verbundene grundlegende Transformation der Gesellschaft

---

1 Die Versorgung findet bis weit ins 20. Jahrhundert ohne spezielle Ausbildung statt. Der sich in den späten 1950er-Jahren etablierende Beruf der Altenpfleger_in entstand nach dem Muster der Krankenpflege. Daher ist die hier angestellte Rekonstruktion der Entstehung der Krankenpflege als Beruf in zweifacher Weise interessant: 1. An der Krankenpflege als erstem bürgerlichen Frauenberuf lässt sich die generelle Abwertung der klassischen 'Frauenberufe' im Care-Bereich zeigen. 2. Auch die Altenpflege wurde in ähnlicher Weise etabliert (vgl. Kap. V.2).

2 Als weitere wichtige Neugründung kann die Entstehung des Roten Kreuzes im Jahr 1864 genannt werden; Ziel war, Männer und Frauen für die Kriegskrankenpflege und Frauen auch für die Friedenskrankenpflege auszubilden (Bischoff 1997, 29f.).

wird auch als Verdrängungsprozess verstanden, der die Frauen sukzessive aus allen öffentlich-gesellschaftlichen Sphären in die neu entstandene 'Privatsphäre' und unter die Herrschaft des Mannes abschiebt, sowie als

> „Ausdruck der neu entstandenen, bürgerlichen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, die vier Jahrhunderte zu ihrer endgültigen Durchsetzung brauchte. Die Hexe fand ihr Gegenstück in der Jungfrau Maria – der Kompromiß zwischen beiden ist die gebändigte, asexuelle, unschädlich gemachte bürgerliche Hausfrau" (Bischoff 1997, 44).

Dieser Prozess ist ein gewaltsamer, sein Höhepunkt liegt in den Hexenverfolgungen und -ermordungen des 14. bis 18. Jahrhunderts. Durch ihn werden Frauen laut Bischoff entmachtet und auf unbezahlte Tätigkeiten in der so genannten Reproduktionssphäre festgelegt. Wie sich aber im weiteren Verlauf noch zeigen wird, ist der hier beschriebene Prozess m.E. nicht als Verdrängung und Entmachtung zu verstehen, sondern Konstruktion und Verwerfung fallen zusammen, sodass davon gesprochen werden kann, dass die 'bürgerliche Frau' durch die Zuweisung der entmachteten Position und ihre Festschreibung auf abjekte Care-Arbeit erst entsteht (vgl. zur Konstruktion der bürgerlichen Frau und Krankenpflege Wetterer 2002).

Dabei spielt die Konstruktion und Konstitution zweier getrennter Räume, nämlich 'Öffentlichkeit' und 'Privatheit', historisch eine wichtige Rolle. Die 'Privatsphäre' entsteht als Ort, an dem Care-Arbeit (damals eher als Hausarbeit bezeichnet) unbezahlt und unsichtbar von Frauen geleistet wird. Der Ökonom John Kenneth Galbraith beschreibt den Prozess sehr treffend folgendermaßen:

> Die Umwandlung der Frauen in eine auf unsichtbare Weise dienende Klasse war eine ökonomische Leistung ersten Ranges. Dienstboten für gesellschaftlich unterbewertete Arbeiten standen einst nur einer Minderheit der vorindustriellen Bevölkerung zur Verfügung; die dienstbare Hausfrau steht jedoch heute auf ganz demokratische Weise fast der gesamten männlichen Bevölkerung zur Verfügung. (Galbraith 1973, zit. nach Boch/Duden 1977, 177)

Im Sinne des bürgerlichen Familienideals (vgl. dazu z.B. Schäfgen 2000, 41f.), welches die Zuständigkeiten hervorbringt und legitimiert, soll Hausarbeit von Frauen aus Liebe geleistet werden und gleichzeitig sollen 'weiße', bürgerliche Frauen damit vor den Tiefen der Produktionssphäre bewahrt werden und besser den 'schönen' Dingen wie etwa den Künsten nachgehen. Damit entwickelte sich – wie schon in Kapitel II.1 beschrieben – eine neue geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die noch heute wirksam ist: Hausarbeit setzte sich als Arbeitsform neben der Lohnarbeit durch, ist allerdings anders als diese unsichtbar und abgewertet strukturiert, wird unbezahlt geleistet und wurde ausschließlich Frauen zugeordnet und rechtlich abgesichert (Bischoff 1997, 53).

Hieran verdeutlicht sich erneut, dass Hausarbeit nicht als anthropologisch Feststehendes zu konzeptualisieren ist, sondern als historisches Ergebnis und systemische Voraussetzung des patriarchalen Kapitalismus zu begreifen ist (Bischoff 1997, 53; vgl. Kap. I.3, Teil III). Bereits Gisela Bock und Barbara Duden (1977) arbeiten heraus, dass sich Hausarbeit im Rahmen der Entstehung des Kapitalismus entwickelt und daher ein relativ neues Phänomen ist. Die Autor_innen datieren den Beginn der Hausarbeit auf das 17. bzw. 18. Jahrhundert:

> Selbst der Begriff Hausarbeit scheint vor dieser Zeit nicht zu existieren, wie auch der moderne Begriff der Familie im Europa des 17./18. Jahrhunderts entsteht. Der Zeitraum, in dem dieser Familientypus sich von einem kleinen Teil der Bevölkerung, dem städtischen Bürgertum, in der gesamten Bevölkerung, also auch der Arbeiterklasse ausbreitet, nämlich im 19./20. Jahrhundert, ist der Zeitraum der Entstehung derjenigen Hausarbeit, gegen die die heutige Frauenbewegung revoltiert. (Bock/Duden 1977, 122)

Hausarbeit als unbezahlte Frauenarbeit ist daher, so Ilona Ostner und Elisabeth Beck-Gernsheim, auch historisch komplementär zur „Abstraktheit, Kälte und Beziehungslosigkeit" der Erwerbsarbeit entstanden (Ostner/Beck-Gernheim 1979, 30).

Mit einem detaillierteren Blick kann festgehalten werden, dass das bürgerliche Familienideal sich in Deutschland erst im Zuge der Industrialisierung voll entfaltet. Die Industrialisierung veränderte grundlegend die Lebens- und Arbeitsformen aller Klassen und Schichten der Bevölkerung, allerdings auf unterschiedliche Weise. Während proletarische Frauen in die Industriearbeit integriert wurden, verlieren bürgerliche Frauen die (rechtliche) Möglichkeit des außerhäuslichen Arbeitens. Daher gilt das bürgerliche Familienideal vorerst nur für bürgerliche Frauen, hat aber Wirkmächtigkeit als Ideal auch für andere Klassen (Schäfgen 2000).

Wie schon in Teil III herausgearbeitet, ist Care-Arbeit als unbezahlte Arbeit verschleierte Voraussetzung und Bedingung des Kapitalismus, die historisch zur Aufgabe von Frauen wird. Damit ging auch die Entstehung der Vorstellung von zwei polaren Geschlechtern und eines „weiblichen Sozialcharakters" einher: Frauen und Männer werden als Gegensätze verstanden, der Mann als „rational, vernünftig, emotionsarm", während auf die Frau das Gegenteil projiziert wird: „Irrationalität, Emotionalität, Kindlichkeit, Naturhaftigkeit, Privatheit" (Bischoff 1997, 47). Diese Konstruktion und gleichzeitig Herabsetzung von Frauen entspricht einer Produktionsweise, die „noch vor der materiellen – eine geistig-psychische Spaltung erzeugt." (Bischoff 1997, 47). In dem Sinne konstituiert sich das 'autonome Subjekt' durch die Abjektion des Unkontrollierbaren und der

Verletzbarkeit, die mit 'Weiblichkeit' in Zusammenhang gebracht wird und zu der auch die Negation der Abhängigkeit (von der primären Bezugsperson oder generell von Anderen) und der Anerkennung durch die Anderen zählt (vgl. Benjamin 2004; Kristeva 1982). Die Trennung von 'Öffentlichkeit' und 'Privatheit' wird verknüpft mit der Vorstellung des „Vaters der Autonomie" und der „Mutter der Abhängigkeit" (Benjamin 2004, 210). Metaphorisch dient die 'Privatsphäre' dazu, das bedürftige und abhängige Selbst vor Verletzungen zu schützen, denn der als kindlich und bedrohlich betrachtete innere Kern der Bedürftigkeit darf niemals in der Öffentlichkeit gezeigt werden. Die als Mutter und Ehefrau konstruierte, abjekte Andere bewahrt die „autonome Männlichkeit" davor, sich in der Öffentlichkeit als verletzlich zu präsentieren (Benjamin 2004, 233).

Eine besondere Bedeutung bei der Entstehung der so genannten öffentlichen 'Frauenberufe' kommt vor diesem Hintergrund in Deutschland schon seit der Bismarck-Ära sozialstaatlichen Akteur_innen zu, da diese gemeinsam mit Gewerkschaften und Kirchen das Berufssystem im Sinne des Familien-Ernährerlohns konzipierten. (Krüger 2007, 185f.) Der Staat fungierte daher Ilona Ostner zufolge als „ideeller Gesamtehemann", der wie der reale Ehemann auf die Care-Leistungen der Ehefrau setzt (Ostner 1995, zit. nach Krüger 2007, 185). Diese Entwicklung führte dazu, dass die

> bereichsspezifische Zuständigkeit der Geschlechter im Erwachsenenalter [...] reproduktionsdynamisch bereits in das Berufsbildungssystem über ein Ausbildungswesen eingelagert [ist, B.M.], das junge Frauen über sog. Bildungsanstalten für Frauenberufe auf soziales Engagement und die spätere Mutterrolle vorbereitete, und das die Wiege für die heute extrem expandierenden Schulberufsausbildungen mit ca. 94 Prozent Frauenanteil darstellt. (Krüger 2007, 186)

Dieses 'weibliche' Schulberufsausbildungssystem hat noch bis in die Gegenwart eine große Bedeutung für die weiterhin bestehende Ungleichheit in den 'männlichen' und 'weiblichen' Berufsverläufen (Krüger 2003, 504; vgl. Kap. V.2).

Der Grund dafür, dass aber die Krankenpflege überhaupt als Berufsbild entstanden ist und nicht weiter 'ungelernte' Arbeitskräfte eingesetzt wurden, sondern im 18. und 19. Jahrhundert ein gesteigerter Bedarf an ausgebildetem Pflegepersonal bestand, kann in vier gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen gesehen werden, die mit der Entstehung des Kapitalismus zusammenhängen:

1. Es entstanden Krankenhäuser im heutigen Sinn.
2. Die Medizin entwickelt sich zur Naturwissenschaft.
3. Die Industrialisierung machte eine massenhafte Versorgung von Kranken und Armen notwendig.
4. Die Verwundeten der Kriege des 19. Jahrhunderts mussten versorgt werden.

Nach dieser knappen schematischen Darstellung der historischen Entwicklung kann im Folgenden der Frage nachgegangen werden, wie vor diesem Hintergrund die Etablierung der Pflege als Ergänzung und Hilfsberuf der Medizin und gleichzeitig als klassischer 'Frauenberuf' verstanden werden kann.

1.2.2 Das Verhältnis von Medizin und Krankenpflege

Die in Teil III beschriebene Dynamik der Wert-Abjektion, die das Unstrukturierte, oftmals auf den Leib und seine Grenzen und damit letztlich auch auf menschliche Mortalität Bezogene verwirft, um die rationalisierte Einheit der Gesellschaft und die autonome Subjektivität zu gewährleisten, materialisiert sich auch in der Institutionalisierung der modernen Medizin und Krankenpflege und macht daher exemplarisch die Entstehung von klassischen 'Frauenberufen', zu denen heute auch der Beruf der Altenpfleger_in gehört, deutlich.

Im Prozess der Industrialisierung und durch den Eintritt in die Moderne wird das „mittelalterliche, magische Weltbild" von dem Bild der Vernunft und Wissenschaft abgelöst. Besonders die moderne Medizin konstituierte sich als Wissenschaft und Berufsarbeit mit dem Ziel der Beherrschung von Körper und Natur und konstruierte damit eine bestimmte Vorstellung von beiden. Die Vorstellung von Machbarkeit (sogar der Besiegung des Todes) erhielt Einzug in die Medizin, die seither als Naturwissenschaft verstanden wurde und sich sukzessive einen exklusiven Anspruch im Feld der Heilkunde sicherte, wobei traditionellere Formen, die oftmals auch durch Frauen vertreten waren, verdrängt wurden (Bischoff 1997, 94ff.).

Wie auch in Kapitel V.2 thematisiert werden wird, ist die Entstehung von Berufszweigen und Berufen als hochqualifizierte oder niedrigqualifizierte als eine soziale Konstruktion zu verstehen. In diesem Sinne kann auch die Herausbildung des Arztberufs als bürgerlicher bzw. freier Beruf im 19. Jahrhundert bewertet werden. Bürgerliche Berufe, im angloamerikanischen Raum als *professions*[3] bezeichnet, spiegeln den in diesem Jahrhundert herrschenden Anspruch, „allein die individuellen Meriten sollten über den Zugang zu Position und Status entscheiden"; damit sollten „meritokratische Standards zum einzig legitimen

3 Der Professionsbegriff hat allerdings im angloamerikanischen im Vergleich zum deutschsprachigen Raum eine unterschiedliche Bedeutung. So wird „der Professionsbegriff in den USA in der Nachfolge von Parsons vorrangig nach Dimensionen der gesellschaftlichen Verantwortung der Tätigkeit, in Deutschland hingegen sehr viel stärker nach dem unterschiedlichen Grad des erreichten Bildungsniveaus" (Krüger 2003, 500) bemessen.

Zugehörigkeitskriterium zur in der Folgezeit vielfach privilegierten Gruppe der 'professionals'" gemacht werden (Wetterer 2002, 44). Mit dieser Privilegierung geht gleichzeitig die Konstitution und Abwertung all jener Berufe einher, die nicht als *professions* klassifiziert wurden (oftmals 'Frauenberufe'). Die Medizin einerseits und die Krankenpflege andererseits spiegeln diese zwei Pole wider.

Die Professionalisierungsbestrebungen, die in Preußen von staatlicher Seite stark forciert wurden, konnten Angelika Wetterer zufolge nur deshalb auf breite Akzeptanz stoßen, weil sie auf der sozialen, ökonomischen und diskursiven Ebene mit der entstehenden bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft korrespondierten[4]: Da im meritokratischen Verständnis nur die Leistung und nicht mehr der Stand zählt, wird der Zugang zu höheren Positionen eben nicht mehr qua Geburtsrecht geregelt, sondern sollte prinzipiell allen offen stehen. In der historischen Entwicklung ging mit dem universalistischen Anspruch allerdings eine gesellschaftliche Exklusion einher, denn der Zugang zum Studium und damit zum Erreichen der Qualifikation im Bereich der so genannten *professions* als Voraussetzung höherer Positionen wurde Frauen und der Arbeiter_innenklasse versperrt.

Darüber hinaus ist die Passung der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft und der Professionsbestrebungen dadurch gegeben, dass sich die *professionals* als „Vertreter der Aufklärung" sahen, die den Weg zur Gesundheit und zu einer vernünftigen Lebensführung aufzeigten. Dies korrespondierte wiederum mit einer spezifischen Vorstellung von Körper und Gesundheit, die auch insgesamt den Vorstellungen des Bürgertums entsprach (Wetterer 2002, 278f.). Der Blick des Arztes ging von der Person weg und richtete sich nun auf die Krankheit.

> Mit der Entwicklung der Medizin zu einer positiv-rationalen Wissenschaft veränderte sich auch der ärztliche Blick von der Person des Kranken hin zur Krankheit an sich. Der Patient war unter solcher Sicht nurmehr das Objekt jener pathologischen Spezies, die wissenschaftlich zu durchdringen die Medizin angetreten war. (Metz-Becker 1997, 78)

Als „Geburt der Klinik" bezeichnet Foucault (1993) diese Entwicklung, mit der er neben dem Ausbau des Krankenhauswesens den rationalen Umgang mit Krankheit meint. „Die Krankheit ist nicht mehr das 'Unheil' schlechthin, sondern ein endliches, körperliches Netz von Symptomen, das der ärztliche Blick leiden-

4 Für die Professionalisierung der Medizin ist auch die De-Qualifizierung und De-Professionalisierung von Hebammen und die Medikalisierung von Frauenkörpern von größter Relevanz (s.u.). Allerdings würde eine ausführliche Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen (vgl. hierzu Metz-Becker 1997; Wetterer 2002, 257ff.; zum Konzept der Medikalisierung Foucault 1993).

schaftslos freilegt" (Foucault 1993, 2; vgl. Metz-Becker 1997, 79). Damit einher geht logischerweise ein differenter Blick auf den Körper: Der Körper wird erstmals in der aufkommenden Moderne als Besitz des Subjekts betrachtet, welcher rational kontrolliert werden muss. Damit lernt das „moderne Subjekt [...] allmählich einen Körper zu *haben*" (Ludwig 2011, 115, Hervorh. im Orig.), der allerdings eher als Maschine betrachtet wurde, die unterhalten und repariert werden muss. Die Vorstellung vom Körper „als Ansammlung isolierter Teile", die auch einzeln betrachtet und einer Behandlung unterzogen werden können, (Bischoff 1997, 96) abstrahierte – wie oben schon erwähnt – von der kranken Person und damit vom konkreten (leiblichen) Leiden der Patient_innen und der Berücksichtigung von sozialen und biographischen Entstehungs- und Ursachenzusammenhängen. Damit korrelierte eine Medikalisierung des (weiblichen) Körpers:

> Die Wissenschaftler hatten im Zeitalter der Vernunft den ganzheitlichen Begriff von der Leiblichkeit des Menschen und die traditionelle Säftelehre zugunsten der rationellen Beobachtung eines von Organen zusammengesetzten Organismus verlassen. Der weibliche Genitalapparat bekam fortan pathologische Züge, was soweit ging, daß der gesunde Menschenverstand der Frau, zumindest periodisch, in Frage stand. (Metz-Becker 1997,59)

Diese Infragestellung kann auch damit erklärt werden, dass das Subjekt, das den Körper beherrschen kann, als männliches gedacht wurde. Frauen werden zwar ebenfalls als Körper-Besitzende (im Sinne von Körper-Haben, vgl. Kap. I.3.2.3) betrachtet, aber gleichfalls als von diesem und vor allem „dem 'weiblichen sexe' besessen" und dadurch als in ihrer Subjektivität bedroht konzeptualisiert (Ludwig 2011, 117).[5] Was Gundula Ludwig in Bezug auf Foucault hier als das, wovon die Weiblichkeit besessen ist, versteht, könnte im Sinne des Körper-Leib-Verständnisses dieser Arbeit auch als das diffuse, nicht-rationalisierbare Leibliche verstanden werden, das verworfen und mit 'Weiblichkeit' in eins gesetzt wird, denn:

> Da die moderne Konstruktion von Weiblichkeit diese eng an die Reproduktionsfähigkeit band, wurden Frauen immer mehr zu körperlichen Wesen – während Männern die Fähigkeit zugeschrieben wurde, ihren Körper zu beherrschen und so zu rationalen und souveränen Subjekten zu werden. [...] Weiblichkeit [... hingegen wurde, B.M.] aus dem weiblichen Körper heraus – mit Natur, Chaos, Emotionalität, Körper und Passivität verbunden. (Ludwig 2011, 19)

---

5 „Zugleich wird hierin auch die Verschränkung von Geschlecht, Klasse und 'race' deutlich, da die Fähigkeit zu einem souveränen Selbstverhältnis den proletarischen oder nicht-weißen Frauen noch weniger zugeschreiben wurde als den bürgerlichen und weißen." (Ludwig 2011, 118)

Einerseits ist damit die Abwertung von 'Weiblichkeit' durch die Gleichsetzung mit dem bedrohlichen und unstrukturierten Leib erklärbar und andererseits kann die reduktionistische Sicht auf den objektivierbaren und wiederherstellbaren Körper, die sich weder mit biographischen Prozessen von Alter und Sterben noch mit dem Tod, aber auch nicht mit den Bedürfnissen nach Schlaf, Kommunikation etc. auseinandersetzt, als Abjektion und Delegation der menschlichen Verletzbarkeit und Kontingenz an andere verstanden werden (vgl. für ähnliche Argumentation Ostner/Beck-Gernsheim 1979, 64). Der nicht objektivierbare und gefährdende Leib wird zum Abjekt und ausgelagert an die abgewertet konzipierte Krankenpflege (in Analogie zur unbezahlten Hausarbeit). Deren Abwertung zeigt sich auch dadurch, dass die Krankenpflegearbeit niemals der Medizin als gleichgestellt galt, sondern als semiprofessioneller Hilfsberuf konzipiert ist (Bischoff 1997, 101). Damit ist der Beruf als komplementär und gleichzeitig gegensätzlich und daher nicht gleichberechtigt zur Medizin entworfen, sichert aber dieser die Erfolge, während die Arbeit der Krankenpflege und deren Anteil am Erfolg verdeckt bleibt. Hier zeigt sich auch als Konsequenz der weiter oben beschriebenen modernen Vorstellung von Körper, Gesundheit und Krankheit die inhaltliche Abwertung derjenigen Arbeit, die sich mit nicht-objektivierbaren, affektiven und relational-leiblichen Dimensionen beschäftigt. Diese Abwertung wird auch daran deutlich, dass anfänglich keine bzw. kaum eine Ausbildung für den Beruf der Krankenpflegerin vorgesehen war und diese Arbeit als Vergütung nur ein Taschengeld einbrachte.

Die 'Hochqualifizierung' der Mediziner hingegen führt im Umkehrschluss dazu, dass die Ärzte ihre „wertvollen Talente und ihre teure Ausbildung" (Ehrenreich 1975, 48) nicht vergeuden sollten, indem sie am Krankenbett verweilen. Die Krankenschwester fungierte als Kompensation, nicht aber als Kritik der „männlichen Arbeit" (Rabe-Kleberg 1993, 65).

1.2.3 Krankenpflege als 'Frauenberuf'

Leiblichkeit, Relationalität, Sterblichkeit, aber auch Zuwendung und Anteilnahme (vgl. Kap. I.3) werden also aus der modernen Medizin ausgeschlossen. Auch aus diesem Grund wurde der Zustand der Krankenhäuser um 1800 als „desolat" (Bischoff 1997, 76) beschrieben und die fehlende Eignung des bis dahin angestellten Personals von zeitgenössischen Vertretern bemängelt. Gesucht waren – in den Worten eines langjährigen Leiters der Berliner Charité – „die Christus-Naturen, die einen Dienst, wobei man sich selbst vergessen und beschwerlichen, zum Teil widerlichen, nicht selten lebensgefährlichen

Verrichtungen seine beste Kraft widmen muß, gern" übernahmen (Sticker, zit. nach Bischoff 1997, 77).

Sukzessive und nicht ohne kontrovers diskutiert zu werden, entwickelte sich die Krankenpflege als 'Frauenberuf' bzw. als Beruf der bürgerlichen Frauen. Die Entscheidung fiel auf Frauen, denn in diesem Zeitraum wurde ihre „[...] 'besondere Eignung' für die Krankenpflege [...] 'entdeckt'" (Bischoff 1997, 79) bzw. erst konstituiert. Damit übernimmt Bischoff zufolge die Krankenpflege eine ähnliche Ergänzungsfunktion, wie schon die Hausarbeit für die Berufsarbeit übernommen hat (Bischoff 1997, 97). An die bürgerlichen Frauen wurde als Frauen appelliert, denn sie seien die besten „Gehilfinnen" der Ärzte, die ihnen gegenüber „Gehorsam" beweisen (Wetterer 2002, 296) und ihre „'weiblichen Fähigkeiten' [...] statt in den Dienst der Familie in den der Allgemeinheit, der Gesellschaft, des Vaterlandes" stellen sollten (Wetter 2002, 295; vgl. auch Bischoff 1997, 99ff.). Sie wurden damit zur Übernahme dieses Berufs von der Öffentlichkeit genötigt.[6] Die „Nötigung" (Bischoff 1997, 72) richtete sich an die noch unverheirateten bürgerlichen Frauen, um mit ihnen die leitenden Positionen zu besetzen und so gleichzeitig nicht nur 'weibliche', sondern auch bürgerliche Tugenden in die Krankenhäuser zu bringen. So sollten auch finanzkräftige, bürgerliche Patient_innen dazu motiviert werden, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen.

Diese Anwerbung der bürgerlichen Frauen – die auch das 'Problem' der unverheirateten Frauen lösen sollte – kann nur teilweise als Erfolg bewertet werden und wird auch als „Komplement" zum Ausschluss der Frauen aus der akademischen Medizin verstanden:

> Die sukzessive Feminisierung der Krankenpflege im Verlauf des 19. Jahrhunderts ist zwar [...] keineswegs nur, aber doch auch darauf zurückzuführen, dass die Medizin der erste akademische Beruf war, auf den die Frauen Anspruch erhoben, und dass die Medizin zugleich gerade der akademische Beruf war, in dem dieser Anspruch auf das Entschiedenste zurückgewiesen werden musste, weil sich die Ärzte der 'Männlichkeit' ihrer Profession aus Gründen der 'weiblichen' Geschichte von Heilkunde und Geburtshilfe nicht ganz so sicher sein konnten. (Wetterer 2002, 297)

Es gelang den Ärzten zwar nicht, die bürgerlichen Frauen dauerhaft vom Medizinstudium fernzuhalten, jedoch kann die Feminisierung der Krankenpflege und damit „die Feminisierung einer ganzen Phalanx von 'Helferinnen-Berufen' im

---

6 Die oben beschriebenen Argumentationsmuster wurden allerdings nicht nur an Frauen herangetragen, sondern auch Frauenorganisationen wirkten selbst an dieser Konstruktion der Passung von 'Weiblichkeit' und Krankenpflege mit (Wetterer 2002, 295, FN 35).

Umfeld der medizinischen wie sukzessive aller anderen Professionen“ als bis in die Gegenwart hineinreichender ‘Erfolg’ betrachtet werden (Wetterer 2002, 298).

In dem hier beschriebenen historischen Prozess wurde der Pflegeberuf zum ersten bürgerlichen ‘Frauenberuf’ (Wetterer 2002, 305). Allerdings wurde die Pflege nicht als ‘normaler Beruf’ aufgebaut, sondern die moderne Pflege entstand im Rahmen der Diakonissenanstalten bzw. Diakonissen-Mütterhäuser, die analog zum bürgerlichen Familienmodell konzipiert wurden. Als erstes Mutterhaus wird das schon genannte, im Jahre 1836 gegründete „Kaiserswerther Mutterhaus“ betrachtet, das die Ausbildung von Krankenschwestern und Erzieherinnen gewährleisten sollte (Kumbruck 2009, 5). Die Mutterhäuser wurden von Männern als Vorsteher nach außen repräsentiert, während Frauen die Häuser nach innen leiteten. Christel Kumbruck beschreibt die Konzeption treffend folgendermaßen:

> „Die berufliche Tätigkeit der Schwesternschaft unterlag den Bedingungen, denen die Berufstätigkeit einer bürgerlichen Frau generell zu genügen hatte, nämlich dass das Aufgabenfeld im sozialpflegerischen Bereich angesiedelt war, die Leitung und Kontrolle bei Männern lag und die Frau durch eine religiöse ‘Berufung’ legitimiert sein sollte.“ (Kumbruck 2009, 5)

In diesem Sinne ergänzte sich die Konstruktion von ‘Weiblichkeit’ als Inbegriff von ‘Privatheit’ und damit als Gegensatz zu ‘Öffentlichkeit’ und Berufstätigkeit mit „einer monogeschlechtlichen Professionalisierung der Medizin“ (Wetterer 2002, 293).

Zusammenfassend kann die Entstehung des ersten bürgerlichen ‘Frauenberufs’ der Krankenpflege v.a. in Form der Mutterhauspflege als ein Modell begriffen werden, das den klassischen bürgerlichen Differenzdiskurs, der die Bestimmung der Frauen exklusiv in der Familie, Ehe und ‘Privatheit’ sieht, „übersetzt in Prozesse der Strukturbildung die den Schwestern einen der Familie ähnlichen sozialen Ort jenseits der Familie eröffnen, ihnen zugleich aber auch sehr enge Grenzen setzen.“ (Wetterer 2002, 318)

2. Pflege als semi-professioneller Schulausbildungsberuf heute – Doppelte Ungleichheit

Der semi-professionellen Konstruktion des ersten bürgerlichen ‘Frauenberufs’ folgten andere klassische Ausbildungsberufe, die in einer ähnlichen Logik und mit ähnlichen Auswirkungen aufgebaut wurden und auch heute noch in gleicher Weise strukturiert sind. Der Beruf der Altenpfleger_in, der sich erst Ende der

1950er-Jahre als eigener Berufstand konstituierte und dabei dem Vorbild der Krankenpflege folgte (Schweiger 2011, 22), kann als ein solcher Beruf betrachtete werden. Er war allerdings als kostengünstigere Variante der Krankenpflege konzipiert (Voges 2002, 106). Der Grund für die Forderung nach einer Ausbildung des Personals in Altenheimen kann einerseits darin gesehen werden, dass in den 1950er-Jahren sich der Neuzugang von Ordensschwestern in den Altenheimen verringerte und zunehmend deutlich wurde, dass es an Personal fehlte. Krankenschwestern wurden vermehrt in Krankenhäusern nachgefragt und standen daher den Altenheimen nicht zur Verfügung. Aus dieser Situation heraus entwickelte sich das Anliegen, Personal für die Altenheime zu schulen, allerdings herrschte eine sehr genaue Vorstellung von der Art der 'Ausbildung': Es galt, dass keine speziell ausgebildete Pflegekraft benötigt wurde, sondern dass es – und hier ähnelt die Argumentation sehr jener zur Zeit der Entwicklung der modernen Krankenpflege – einer „lebenserfahrenen, seelisch ausgeglichenen, tatkräftigen und gütigen Pflegerin" (Goeken 1969, zit. nach Voges 2002, 106) bedurfte. Dabei wurde eine spezielle Zielgruppe ins Auge gefasst: Frauen, die nach der Kinderphase erwerbstätig sein wollten. Grundlage sollte daher statt einer spezifischen Ausbildung, das im Haushalt und in der Kinderziehung erworbene „weibliche Arbeitsvermögen" sein. Demzufolge wurde die Ausbildungszeit zur Altenpfleger_in betont kurz gehalten (Voges 2002, 105f.). Es folgten verschiedene Ausbildungsformen, anfänglich sogar außerhalb des Bildungssystems. Ende der 1960-Jahre wurde die Ausbildung in das staatliche Bildungssystem integriert und es wurde in Schulen, die von Wohlfahrtsverbänden und Kirchen getragen wurden, unterrichtet. Die Schulen wurden landesrechtlich reguliert, was zu höchst unterschiedlichen Ausbildungsformen führte (Voges 2002, 107). Erst im Jahr 2003 kommt es zu einer Vereinheitlichung der Ausbildung zur Altenpflegerin auf Bundesebene (Theobald u.a. 2013, 37). Aktuell gibt es Bestrebungen, die Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer gemeinsamen Ausbildung zusammenzuführen (BMFSFJ 2012). Dies würde Expert_innen zufolge einerseits zu einer Aufwertung der Altenpflege gegenüber den anderen Pflegeberufen führen, andererseits aber möglicherweise – so die Kritik etwa vom Berufsverband für Altenpflege – zu einer „Schmalspurausbildung" führen (Szent-Ivany 2015).

Jenseits der oben beschriebenen Unterschiede von Kranken- und Altenpflege kann als generelle Charakteristik der klassischen 'Frauenausbildungsberufe' im Erziehungs- und im versorgenden Bereich auch heute noch, neben der Unterordnung in der Hierarchie der Professionen als Helferinnen-Berufe, die Differenzierung innerhalb des Berufssystems der Ausbildungsberufe in das duale System und

das Schulberufssystem gelten.[7] Denn diese unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten repräsentieren ungleiche Zugangsmöglichkeiten zum Arbeitsmarkt. Das Schulberufssystem, das eine Ausbildung in „Vollzeitschulform" (Krüger 2003, 501) anbietet, konzentriert sich vor allem auf die klassischen Berufe im Care-Bereich und umfasst damit auch die Kranken- und Altenpflegeausbildung (vgl. Fritsche/Quante-Brandt 2012; Krüger 2003). Hier finden sich Helga Krüger zufolge bis zu ca. 94 Prozent Frauen (Krüger 2007, 186).[8] Die Ungleichheiten zwischen der Vollzeitschulausbildung und der Ausbildung im dualen System liegen auch heute noch z.B. darin, dass Auszubildende in der Altenpflege nicht als Lehrlinge (wie im dualen System), sondern als Schüler_innen betrachtet werden und daher die Ausbildung privat finanzieren und oftmals sogar Schulgeld bezahlen müssen (Gottschall 2008, 257). Der Marktwert, den Abschlüsse in diesem Bereich erlangen können, sowie die Ausbildungsinhalte sind nicht bundeseinheitlich geregelt, sondern, sind von den jeweiligen Trägern abhängig (vgl. ausführlich Gottschall 2008; Krüger 2003, 502f.).

Wie gezeigt werden konnte, werden klassische Berufe mit Care-Inhalt als niedrigqualifizierte Helferinnen-Berufe konzipiert und in Deutschland in doppelter Weise abgewertet, nämlich gegenüber den oben genannten *professions* und gegenüber Ausbildungsberufen im dualen System. Daraus ergibt sich eine spezifische Abwertung der Arbeiten und der Arbeitnehmer_innen in diesem Bereich, welche im Folgenden übergeordnet als Frage von Anerkennung in Form von Entgelt und Qualifikation (vgl. GendA 2005, 22ff.) eher konzeptionell analysiert werden soll. Fokussiert wird daher die Bedeutung, die das Thema Qualifikation in Bezug auf Arbeitsverhältnisse und Arbeitsorganisation, besonders im Bereich personenbezogener Dienstleistungen hat. Die Analyse wird an dieser Stelle allerdings noch nicht konkret auf den deutschen Pflegesektor bezogen, sondern vorerst theoretisch-konzeptionell erörtert. Erst im Anschluss daran wende ich mich der konkreteren Analyse des deutschen Pflegesektors zu, in welcher das Thema Qualifikation eine bedeutsame Rolle spielt.[9]

---

7 Ob die grundlegende Reform der Ausbildung durch die Zusammenführung von Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege dies grundlegend verändern wird, ist derzeit noch offen.

8 Frühere Zahlen gehen von 80 Prozent aus (Friese 2003, 34; Krüger 2003, 502).

9 Ich konzentriere mich im folgenden Kapitel auf Pat Armstrongs empirisch-fundierte Theorieanalyse von Qualifikation und Skills. Empirisch gibt es allerdings Unterschiede zwischen dem kanadischen Kontext, auf den sich die Autorin häufig bezieht, und der Strukturierung von Berufen im deutschen Kontext. Das behindert allerdings nicht das theoretische Argument. An Stellen, wo es auf diese national-

3. Qualifikation und Arbeitsorganisation in Pflegeberufen

Wie durch die in Kapitel V.1 beschriebene historische Entwicklung von Profession und Semiprofession schon deutlich wurde, reflektiert die gesellschaftliche Kategorisierung dessen, was als Qualifikation oder nicht betrachtet wird, nicht natürliche Fähigkeiten oder naturgegebene Hierarchisierungen von Qualifikationen und Kompetenzen, sondern spiegelt gesellschaftliche Herrschaftsverhältnisse wider. Qualifikationen können daher nicht als "independent, objective capacities with an intrinsic worth" (P. Armstrong 2013b, 258) konzeptualisiert werden, vielmehr sind die in einem bestimmten historischen und geographischen Raum bestehenden Vorstellungen von Qualifikation und Kompetenz sozial konstruiert und werden durch gesellschaftliche Herrschaftsverhältnisse geformt. "This social construction occurs within and outside the workplace and may advantage members of particular groups" (Grugulis u.a. 2004, 5; vgl. auch Grugulis u.a. 2009). Dabei spielen Klassen-, Geschlechter- und rassifizierende Verhältnisse und, wie ich zu zeigen versucht habe, auf einer anderen Ebene die strukturelle Tendenz zu Abwertung von Care eine besondere Rolle. Laut Armstrong ist im Rahmen der Feministischen Politischen Ökonomieanalyse zu fragen, welche Interessen bedient werden, wenn ganze Arbeitsbereiche als niedrigqualifizierte konstituiert sind (P. Armstrong 2013a, 103). Private Unternehmen haben etwa bei ihrer Suche nach Profiten im entstehenden globalen Gesundheitsmarkt ein Interesse daran, die Kosten der Arbeit zu reduzieren (v.a. über die Löhne der Arbeitnehmer_innen), indem sie die Arbeit als unqualifizierte markieren. Aber auch Nationalstaaten haben – etwa durch die Ausformung des Sozialstaats, aber auch durch Migrationskontrollpolitiken bzw. Gesetzgebungen – einen Einfluss darauf, was als Qualifikation definiert wird, bzw. welcher Berufsstand als hochqualifizierter Zugang zum nationalen Arbeitsmarkt bekommt usw. So sind z.B *soft skills,* wie etwa soziale, erfahrungsbasierte und emotionale Fähigkeiten, mit klassischer 'Frauenarbeit' verknüpft, und oftmals wird angenommen, Frauen hätten diese Fertigkeiten 'natürlicherweise'. Dadurch werden diese Skills systematisch abgewertet (P. Armstrong 2013b, 267; Sousa 2013).

---

staatliche Unterscheidung ankommt, werde ich die Debatte mit der deutschen Spezifik kontrastieren (vgl. zur Unterscheidung von Profession und ihrer Bedeutung im angloamerikanischen und im deutschen Kontext Krüger 2003).

Darüber hinaus reproduziert die wissenschaftliche Forschung zu migrierenden Frauen, die in Sweatshops, aber auch in Privathaushalten arbeiten, die hegemoniale Wahrnehmung[10] von jenen Frauen als 'an sich' unqualifizierte:

> This objectification of migrant women as unskilled workers represents a common stereotype in the literature on transnational migration. Furthermore, this academic representation is guided by a colonial gaze, through which migrant women are also the objects of Orientalist and misogynist value systems. The notion of 'unskilled' reflects the biased perception in society of care and domestic work as inferior work, emptied of social and cultural value. (Gutiérrez Rodríguez 2007, 73)

Die Entgegensetzung von hochqualifizierter versus niedrigqualifizierter Erwerbsarbeit, die Encarnación Gutiérrez Rodríguez hier anspricht und die auch in der Herausbildung von Medizin und Krankenpflege deutlich wurde, ist die häufigste Dichotomisierung im Bereich von Qualifikation.

Das Netzwerk feministische Arbeitsforschung (GendA) fasst die soziale Konstruktion von Qualifikation und ihre Bedeutung treffend folgendermaßen:

> Die soziale Konstruktion qualifizierter Arbeit beruht grundsätzlich auf Differenzierungsprozessen, die zwischen produktiver und unproduktiver Arbeit im Sinne der Kapitalverwertung unterscheidet und die Technik und Produktion mit männlich und qualifizierter Arbeit assoziiert, d.h. hoch bewertet. Dienstleistungen hingegen werden mit ihrer Festlegung auf die zwischenmenschlichen Beziehungen als einer weiblichen Arbeitswelt zugehörig betrachtet und geringer bewertet. (GendA 2005, 24)

Bei dieser Konstruktion geht es meiner Ansicht nach nicht nur um die Abwertung dieser Arbeiten, dadurch dass sie einer weiblichen Arbeitswelt zugerechnet werden, sondern es geht inhaltlich um eine Abwertung bestimmter, nämlich leiblich-beziehungsorientierter Arbeit, wie auch in den Kapiteln III.1,2 und V.1 gezeigt wurde. Diese abgewertete Arbeit wird dann historisch oftmals (rassifizierten) Frauen und auch Menschen mit Behinderung zugewiesen. Daher kann konstatiert werden, dass die hegemonialen Debatten um qualifizierte/nicht-qualifizierte Arbeit "often reflect as well as expose assumptions about gender, racialization, and disability" (P. Armstrong 2013b, 257). Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung mit der Skill-Thematik und die Kritik an bestehenden Vorstellungen von qualifiziert versus unqualifiziert aus feministischer Perspektive sehr instruktiv, denn das, was unter Qualifikation verstanden wird, hat einen großen Einfluss auf die Organisation,

10 "[T]he analysis of 'unskilled female migrants in global cities' working in sweatshops, in the home, and in the informal sector reinforces the hegemonic perception of migrant women as unskilled workers." (Gutiérrez Rodríguez 2007, 73).

die Anerkennung und Bezahlung, aber auch auf die Qualität der Arbeit, nicht zuletzt auch aus Sicht der Care-Bedürftigen (P. Armstrong 2013b, 257).

In ihrem Versuch, die Debatte um Skills im Bereich klassischer 'Frauenarbeit' v.a. im Gesundheitssektor zu entwirren, arbeitet Armstrong eine Reihe von Dichotomien heraus, die ihrer Meinung nach eine Rolle spielen und die auch die Inhalte der Abwertung deutlich machen (*individual* vs. *job, learned* vs. *unlearned, hard* vs. *soft, manual* vs. *mental, routine* vs. *complex, visible* vs. *invisible, control* vs. *lack of control*). Im Kontext dieser Dissertation sind dabei zwei Dichotomisierungen, nämlich *visible* versus *invisible* und *control* versus *lack of control*, für die Analyse besonders relevant, weswegen ich auf diese hier ausführlich eingehe (siehe für die anderen Dichotomisierungen P. Armstrong 2013b).

3.1 Visible versus invisible Skills

Ein wichtiger Bezugspunkt im Kontext klassischer personenbezogener Dienstleistungen besteht in der Dichotomisierung von unsichtbaren und sichtbaren Skills (oft auch Thema in Pay Equity-Forderungen, vgl. P. Armstrong 2013b, 264), die auch mit dem Thema *soft* und *hard skills* Überschneidungen aufweist. Dabei ist eindeutig, dass unsichtbare Skills wie auch *soft skills* schwieriger zu messen sind: "While some skills may be obvious, easily measureable, and clearly learned – inserting a catheter, for example – others are more difficult to see or count, such as calming a patient during a bath or convincing them to leave their room." (P. Armstrong 2013b, 264)

Die umfangreiche feministische Debatte um Emotionsarbeit (*emotion work, emotion labor*), die sich v.a. auf Arlie Hochschilds Arbeiten (z.B. 1979, [1983] 1999, 1995) bezieht, drehte sich vielfach um unsichtbare Fähigkeiten und nicht vergütete und dennoch geforderte Qualifikationen, etwa in Call Centern oder Flugzeugen, aber auch in anderen Bereichen des Dienstleistungssektors, die von den Unternehmen stillschweigend angeeignet werden. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass Skills nicht nur im Bereich der Emotionsarbeit oftmals nicht anerkannt werden, sondern die Missachtung von notwendigen Qualifikationen auch für den gesamten Bereich der in Kapitel I.3 beschriebenen relationalleiblichen Care-Arbeit (die auch die emotionale Ebene umfasst) gilt.

Problematisch an dieser Unsichtbarkeit ist, wie vorher schon erwähnt: „What cannot be seen cannot be measured or counted as skills. And ideas about race, gender, class, disability, and physical location often render skills invisible. Unrecognized skills do not have to be rewarded, which is obviously of interest to those who pay for skills." (P. Armstrong 2013b, 265)

Skills, die nicht gesehen werden, werden auch nicht anerkannt oder entlohnt. Aber selbst wenn Fähigkeiten gesehen werden, müssen sie nicht gleichzeitig auch anerkannt oder vergütet werden. Skills in der Care-Arbeit (z.B. Einfühlungsvermögen) werden häufig als 'natürliche' Fähigkeit allen Frauen und besonders Frauen aus bestimmten rassifizierten Gruppen zugeschrieben, wodurch diese Fähigkeiten abgewertet werden (Grey 2008, 169). Dann wird z.B. die fürsorgliche Zuneigung der Hausarbeiterin für die Kinder, die sie betreut, als "natural product of her more loving Third World culture" (Hochschild 2002, 23) dargestellt und sogar rassifizierende Hierarchisierungen von Frauen aus Ländern des globalen Südens vorgenommen, z.B., wenn bevorzugt philippinische Frauen als Kindermädchen eingestellt werden, da sie generell als besonders "good with children" gelten (Anderson 2000, 155).

Im Gegensatz zu der oben beschriebenen Naturalisierung von Skills wird im Kontext dieser Dissertation relational-leibliche Care-Arbeit als *qualifizierte* Arbeit verstanden, da

> "[t]he care worker's training and experience will help her find the right actions or words. It is important to realize that the emotional work that is essential to care labor is not simply an epiphenomenon of the interaction between two individuals. It is an engaged action that requires communicative skills that are constitutive of this type of labor." (Lanoix 2013, 97).

Damit soll deutlich werden, dass auch die emotional-affektive und leibliche Dimension der Care-Arbeit viel mehr ist als die Begleiterscheinung einer Interaktion. Für die oben beschriebene Care-Arbeit als engagierte Handlung braucht es Skills, wie z.B. kommunikative Fähigkeiten – im Sinne von erlernten Qualifikationen und erfahrungsbasierten Wissen –, um diese Tätigkeit gut auszuführen. Die Care-Gebenden müssen den Bedürfnissen der Care-Erhaltenden entsprechend arbeiten und diese gleichzeitig als Subjekte anerkennen (Lanoix 2013, 97). Daher bedarf relational-leibliche Arbeit einer erlernten Kompetenz, um auf die Care-Nehmenden eingehen zu können (vgl. Kap. I.3.2.2).

Die Unsichtbarmachung dieser benötigten Skills ist aber nicht nur aus der Perspektive von Anerkennung und Entlohnung zu kritisieren, vielmehr liegt eine weitere Problematik in Pflegearbeitsverhältnissen darin, dass, „invisible skills may also be difficult to use, which is of particular interest for workers. Not being allowed to change a resident's diapers when your experience tells you it should be done is one example." (P. Armstrong 2013b, 265).

Dieser zweite Punkt, der sich um den schwierigen Einsatz von unsichtbaren Skills dreht und mit Kontrolle von Arbeitsabläufen zusammenhängt, wird im folgenden Kapitel erörtert.

3.2 Kontrolle über die eigenen Arbeitsabläufe

Der in der Arbeits- und Industriesoziologie vielfach beachteten Studie von Harry Braverman (1974) zufolge wurde im Fordismus Kontrolle oftmals über die Zergliederung der Arbeitsabläufe in einfache Arbeiten und damit über die Reduzierung von notwendigen Qualifikationen und Skills gewährleistet. Durch diese Entwertung der Arbeit wurde die machtvolle Position der Arbeiter_innen untergraben (vgl. P. Armstrong 2013b, 265). In der ambulanten Pflege und generell in personenbezogenen Dienstleistungen ist diese Art der Arbeitsorganisation und Kontrolle erst in postfordistischen bzw. neoliberalen Zeiten von großer Bedeutung (vgl. Kap. VI.3.3.2, Teil VII).[11]

Als Ergebnis ihrer Interviews mit Pflegekräften in kanadischen Altenheimen betont Armstrong – und zu diesen Resultaten kommen auch meine Interviewauswertungen (Teil VII) –, dass es nicht nur zur De-Qualifizierung der Pflegekräfte durch die Zergliederung der Arbeitsabläufe kommt, sondern zusätzlich auch teilweise der Einsatz von Skills *aktiv verhindert* wird, z.B. weil aus Kostengründen die Zeit für die einzelnen Pflegebedürftigen zu knapp kalkuliert ist und gleichzeitig an Materialkosten gespart wird. Diese Verhinderung kann am Beispiel von Inkontinenzmitteln erläutert werden und wird in Teil VII für den deutschen Kontext diskutiert. Im Bereich der Altenpflege wurden Inkontinenzslips entwickelt, die eine Saturierung/Sättigung von 75 bzw. 80 Prozent anzeigen. In manchen Altenheimen gilt der Grundsatz, sie erst dann zu wechseln, womit die Materialkosten gering gehalten werden sollen (P. Armstrong 2013b, 276). Ohne an dieser Stelle darauf einzugehen, wie unangenehm sich das auf die Pflegebedürftigen auswirkt, kann so verdeutlicht werden, dass die Pflegerinnen ihre Fähigkeiten und Erfahrungen über Pflegebedürftige und deren Bedürfnisse nicht einsetzen können, beispielsweise ihr Wissen darüber, wann es an der Zeit ist, die Inkontinenzwäsche zu wechseln. Auch ihre Empathie bezogen darauf, dass es unangenehm ist, in einer nassen und schmutzigen Hose zu sitzen, müsste unterdrückt werden, wollten sich die Pflegekräfte an diese Policy halten. Die Ergebnisse von Armstrong zeigen allerdings, dass die Pflegekräfte vielfach kreative Strategien verfolgen, um die Inkontinenzwäsche dennoch dann zu wechseln, wenn sie es für richtig halten (P. Armstrong 2013b, 276f.). Auch wenn die Verhinderung des Einsatzes der Skills vielfach unterlaufen wird, konnte gezeigt werden,

11 Allerdings bleibt diese De-Qualifizierung nicht ohne Widerstand seitens der Arbeitnehmer_innen. "[W]orkers do not simply accept employers' work reorganization and a subsequent deskilling of work. Formally and informally they resist in a way that can retain or even expand skills." (P. Armstrong2013b, 266; vgl. Teil VII).

wie in dem Versuch, Pflege kostengünstig zu organisieren, nicht nur Skills nicht anerkannt und naturalisiert werden, sondern sogar verhindert werden (vgl. für Deutschland Kap. VII).

Im folgenden Kapitel geht es darum zu verdeutlichen, wie vor dem Hintergrund der hier dargestellten Abwertungen im Bereich personenbezogener Dienstleistungen, die als klassische 'Frauenarbeitsbereiche' gelten, sich die Abjektion von Care auf die konkrete Ausformung der neoliberalen Pflegestruktur und der Pflegearbeit auswirkt. Die Fragen dabei lauten: Wie zeigt sich die Tendenz zur Abjektion von Care innerhalb des deutschen Pflegesektors und der Pflegegesetzgebung? Was sind die Auswirkungen auf die Arbeitsverhältnisse in der ambulanten Pflege (Teil VI)? Im Anschluss daran werden die Transformationen aus Sicht der Pflegerinnen betrachtet und dabei gefragt, wie sich diese spezifische Ausformung der Abjektion auf den konkreten Arbeitsalltag der Pflegerinnen auswirkt.

Vorab kann festgehalten werden, dass die Abjektionen von Care im neoliberalen Pflegesektor eine zweifache Auswirkung hat, die v.a. durch die Pflegeversicherung zustande kommt: Erstens realisiert sich durch die Pflegeversicherung und die dadurch regulierte Abjektion der relational-leiblichen Elemente von Care das polit-ökonomische Ziel, die Care-Bereitschaft von Angehörigen zu fördern und Anreize für die häusliche (unentgeltliche) Versorgung zu bieten (Evers 1995; Schneider/Reyes 2007), was häufig wiederum informell an Migrantinnen weitergegeben wird. Zweitens – und darauf liegt im Folgenden der Fokus – wirken sich die Abjektionen auch auf diejenige Pflegearbeit aus, die im formalen Sektor zu 88 Prozent von Frauen (ambulante Pflege) geleistet wird (Barmer GEK 2013, 112). Die Abjektionen können hier als die Rückseite der Ökonomisierung und Kommodifizierung verstanden werden und stellen gleichzeitig die Verwerfung existenzbedrohender Unkontrolliertheit und Mortalität dar, die konkret dazu führen, dass die eigentlichen Inhalte (relational-leiblichen) von Care auch im Neoliberalismus als Abjekte strukturiert sind und relationale Care-*Arbeit* meist als verdeckte, rassifizierte und feminisierte Arbeit unsichtbar und unbezahlt getätigt wird.

Teil VI
Care im neoliberalen Pflegesektor in Deutschland – unsichtbar und unbezahlt

Die folgende Analyse des deutschen Pflegesektors und der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse bezieht sich auf verschiedene Bereiche und Ebenen. Auf der einen Seite fokussiert sie die in den Jahren 1995/96 eingeführte Pflegeversicherung (Kap. VI.2), da dieser eine besondere Bedeutung in der Transformation des Sozialstaats in Deutschland zugesprochen wird (Gerlinger/Röber 2009, 123; Slotala 2011, 42). In Kapitel VI.3 werden auf der anderen Seite die Folgen dieses Umbaus, vor allem für die Arbeitsorganisation und die Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Pflege, analysiert. Teil VII bezieht sich, im Anschluss daran, auf die Auswirkungen, die diese Veränderungen auf die Arbeitsverhältnisse in der ambulanten Pflege aus Sicht der Pflegerinnen haben.

Wie schon in Teil IV angedeutet, bezieht sich die Untersuchung nicht mehr ausschließlich auf die Begriffe Care und Care-Arbeit, sondern es wird ebenfalls der Begriff der Pflege eingeführt, da es sich im Folgenden konkret um die Analyse des deutschen Pflegesektors (v.a. der ambulanten Pflege) handelt. Mit dem Begriff Pflege beziehe ich mich demgemäß auf die institutionalisierte Pflegearbeit im Rahmen der Pflegeversicherung. Die umfassende Bedeutung von Care, wie ich sie in den Care-Dimensionen versucht habe aufzuzeigen, kann damit allerdings meiner Ansicht nach nicht eingeholt werden. „*Care* ist lediglich ein Teil der Pflege" (Conradi 2003, 33) und Pflege kann gleichzeitig ein Teil von Care sein, aber die Begriffe fallen nicht ineinander. Care liegt quer zu pflegerischen Prozessen, die allerdings weniger oder mehr Care beinhalten können. Dies zeigen auch die Aussagen von Patient_innen, die das *non-caring*-Verhalten von Krankenpfleger_innen folgendermaßen beschreiben: "*not* being present with the patient, but rather being there 'only to get the job done'." (Benner/Wrubel 1989, 5) Das, was hier als *non-caring* beschrieben wird, steht in einem engen Zusammenhang mit dem Begriff *thinly embodied labor*, den ich in Kapitel I.3.2.3 in Bezug auf Lanoix ausgearbeitet habe. Pflege kann daher ohne Care ausgeführt werden und Care muss nicht Pflegearbeit sein. Dabei

ist meiner Ansicht nach zentral, dass das, was Care und Caring ist, nicht ohne Kontext zu bestimmen ist: "In other words, when the situation calls for technical proficiency, the technical proficiency (swift, accurate actions) is experienced as caring. When the patient situation does not require technical actions, expressive actions such as recognition of the patient's uniqueness are identified as caring." (Benner/Wrubel 1989, 5f.)

Als Teil der Pflege ist Care, Conradi (2001, 48) zufolge, v.a. Zuwendung. Meiner Ansicht nach kann sie aber im Sinne der in Kapitel I.3.2 ausgearbeiteten Dimensionen als relational-leibliche Zuwendung verstanden werden. Wenn ich im Folgenden beide Begriffe zusammenziehe und von *Care- und Pflegearbeit* spreche, rekurriere ich einerseits auf Care im umfassenden Sinne der Care-Dimensionen (Kap. I.3.2), während ich mit dem Begriff Pflege andererseits verdeutliche, dass es um Care in der Pflegearbeit geht.

1. Care im Rahmen der Pflegeversicherung – Einleitende Annäherungen

Die soziale Pflegeversicherung, die im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) ausgearbeitet wurde, steht im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen (VI.1, VI.2). Dabei ist es mir vorab wichtig zu betonen, dass nicht ausschließlich Pflegegesetze in den Blick genommen werden, sondern deren normative Grundlagen und die damit einhergehenden „kulturellen Vorstellungen", die sich in den Gesetzen und Regularien der Pflegepolitiken widerspiegeln und im Pflegebereich eine bedeutende Rolle spielen, ebenfalls reflektiert werden (vgl. Theobald u.a. 2013, 16). Angelehnt an das Konzept der „kulturellen Vorstellungen" (Pfau-Effinger 2005) arbeiten Theobald, Szebehely und Preuß heraus, dass sich diese im Bereich der Altenhilfe auf „das Zusammenspiel von Staat, Markt und Familie" beziehen (Theobald u.a. 2013, 16), wobei konkret folgende Vorstellungen eine Rolle spielen (vgl. ausführlich Pfau-Effinger 2005, 8ff.):

1. Die kulturelle Vorstellung, die sich auf das Verhältnis von privater und professioneller Versorgung bezieht, in welcher auch die Ansicht über die angemessene Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen eine Rolle spielt,
2. Die kulturelle Vorstellung über das Verhältnis von Markt und Staat bezogen auf die Finanzierung von Pflegeleistungen und auch hinsichtlich der Ausführung der Dienstleistungen,
3. Die kulturelle Einstellung zur Frage nach der gerechten Verteilung von staatlicher, individueller und familiärer Verantwortung im Rahmen der Altenpflege,

was auch die generelle sozialstaatliche Frage nach der Verteilung öffentlicher Leistungen tangiert (Theobald u.a. 2013, 16).

1.1 Restrukturierung des Pflegesektors

In der wohlfahrtsstaatlichen Literatur wird Deutschland als konservativ-korporatistisches Wohlfahrtsmodell mit ausgeprägten subsidiären Elementen und einem stark ausgebauten Dritten Sektor (nicht-gewinnorientierte, gemeinnützige Organisationen) charakterisiert (Esping-Andersen 1990; vgl. auch z.B. Auth 2012). Wie schon in Teil IV angedeutet, etablierte sich auch in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg (Fordismus) ein prononciertes Ein-Ernährer-Modell, das eine sehr klare geschlechtliche Arbeitsteilung beinhaltet (z.B. Seeleib-Kaiser/Toivonen 2011, 331; Winker 2011, 335). Die Verantwortung für Care- und Pflegearbeit lag – gemäß der in Deutschland bestehenden Betonung der informellen und familiären Care-Arbeit – hauptsächlich in der Familie (Theobald 2011, 7) und damit meist bei den weiblichen Familienmitgliedern (Theobald u.a. 2013, 25). Falls die Familie die Pflege nicht auf sich nahm, wurde sie von wohlfahrtsstaatlichen Organisationen übernommen und nur nach einer Einkommensüberprüfung von der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege §§ 68-69 BSHG) finanziert (Naegele 2014, 6; Theobald 2012, 3). Care- und Pflegearbeit war daher mehrheitlich 'Frauenarbeit' und wurde, trotz der Ausbreitung von Pflege- und Altenheimen ab den 1950er-Jahren und damit auch der Entstehung des Berufsbilds der Altenpflegerin, meist unbezahlt und als nicht sichtbare Arbeit in der 'Privatsphäre' geleistet.

Seit den 1980er-Jahren wurden die Pflegepolitik und das deutsche Pflegesystem umfassend restrukturiert. Vor allem die starke Belastung der Kommunen durch die Finanzierung der stationären Pflege führte letztlich in den Jahren 1995/96 zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung[1] (Ostner 1998, Theobald u.a. 2013, 25), der allerdings eine mehr als 20-jährige Debatte vorausgegangen war (Naegele 2014). Unterschiedliche Akteur_innen, die entweder sozialpolitisch oder finanzpolitisch orientiert waren, wirkten mit unterschiedlichen Zielsetzungen daran mit; und so entstand die Pflegeversicherung nicht als eine in sich stimmige Gesamtkonzeption, sondern als so genanntes „mixtum compositum, ein Mischprodukt aus verschiedenen Bestandteilen" (Evers 1995, 23). Im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung und basierend auf deren Regularien expandierte die stationäre und ambulante Pflegestruktur in Deutschland.

1 Gleichzeitig wird auch eine private Pflegeversicherung eingeführt, vgl. ausführlich und kritisch Naegele 2014.

Als Grundlage galten dabei marktorientierte Ansätze, die sich am internationalen Konzept des New Public Management (NPM) orientieren, das als spezifisch neoliberales Reformmodell dazu dient, (Pflege-)Dienstleistungen effizienter zu strukturieren und Wettbewerb unter den Pflegedienstleistern zu fördern sowie den Nutzer_innen die freie Wahl zwischen den Anbietern bzw. Leistungsangeboten zu ermöglichen. Außerdem erlauben diese Maßnahmen explizit die Konkurrenz zwischen freigemeinnützigen Trägern, welchen in Deutschland bisher eine Sonderrolle zukam (siehe Kap. VI.1.2), und privaten Anbietern zu gleichen Bedingungen (Theobald u.a. 2013, 29f.). Pfau-Effinger, Och und Eichler zufolge kann dieser NPM-orientierte Prozess auch als „‚Ökonomisierung' wohlfahrtsstaatlicher Politiken" bezeichnet werden (Pfau-Effinger u.a. 2008, 83; vgl. Kap. IV.2). Dabei charakterisieren die Autor_innen Ökonomisierung folgendermaßen: „In Bezug auf die grundlegenden gesellschaftlichen Institutionen bezeichnet 'Ökonomisierung' einen Prozess, in dem deren Funktionsweise den Prinzipien von Effizienz und Marktlogik unterworfen wird." (Pfau-Effinger u.a. 2008, 84)

Diese Entwicklung wurde von Karl Polanyi in Bezug auf Karl Marx und Max Weber als „Prozess beschrieben, der in modernen kapitalistischen Gesellschaften zunehmend alle Lebensbereiche erfasst." (Pfau-Effinger u.a. 2008, 84) Polanyi kritisiert an diesem Prozess v. a., dass die Marktökonomie damit nicht mehr in den gesellschaftlichen Kontext 'eingebettet' ist und so auch nicht mehr dazu da ist, dem Überleben der Mitglieder der Gesellschaft zu dienen (Pfau-Effinger u.a. 2008, 84). Als zentrale Institution zur Abfederung dieser „Entbettung" der Ökonomie wurde häufig der Wohlfahrtsstaat gekennzeichnet. Allerdings ist der Wohlfahrtsstaat durch den neoliberalen Wandel „selbst durch Tendenzen der Ökonomisierung gekennzeichnet" (Pfau-Effinger u.a. 2008, 84).

Der Begriff der Ökonomisierung gilt als zentraler Begriff, um den Wandel im Bereich der sozialen Reproduktion zu verstehen (vgl. z.B. auch Spatschek u.a. 2008). Für diese Arbeit schlage ich allerdings vor, von Ökonomisierung der Pflege als übergeordnetem Transformationsprozess zu sprechen, der verschiedene untergeordnete Prozesse beinhaltet. So kann die Veränderung der Unternehmensorganisation in der Altenpflege als „Vermarktlichung" begriffen werden (Nowak u.a. 2012, 24). Darunter wird in der Arbeitssoziologie „die Seite der Koordination und Steuerung durch den Markt" verstanden:

> „Sie umgreift zwei Momente: Einerseits öffnet sich das Unternehmen gegenüber dem Markt durch eine möglichst unmittelbare Anbindung der dezentralisierten Organisationseinheiten an die Marktentwicklungen. Andererseits nimmt sich das Unternehmen Markt- und Konkurrenzmechanismen in der internen Organisation zum Vorbild." (Sauer 2010, 553)

Neben der Vermarktlichung kann von einem Prozess des Zur-Ware-Werdens vorher nicht marktförmig strukturierter Care-Arbeit gesprochen werden, was sich als Kommodifizierung bezeichnen lässt. Diesen im marxistischen Kontext verankerten Begriff beschreibt Silke Chorus folgendermaßen: „Kommodifizierung basiert auf einem materiellen, sozialen und kulturellen Transformationsprozess. In diesem verändern sich die sozialen Verhältnisse und Beziehungen der Menschen untereinander ebenso wie die Verhältnisse und Zugangsmöglichkeiten der Menschen zu den Dingen, die sie umgeben." (Chorus 2013, 47)

Kommodifizierung bedeutet daher ein "*detachment*, in space and time, from the immediacy and multiplex nature of the total network of social relations" (van Binsbergen/Geschiere 2005, 37, Hervorh. im Orig.; vgl. auch Chorus 2013, 48) und setzt m.E. die Abjektion des Care-Inhalts voraus (vgl. Teil III. sowie Kap. VI.4). Wie die Ökonomisierung, Kommodifizierung und Vermarktlichung konkret umgesetzt werden und welche Rolle dabei die Wert-Abjektion spielt, zeigen die Analysen in Kapitel VI. 2 und VI.3 und in Teil VII.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass es als Ergebnis der Umstrukturierungen zum einen zu einer deutlichen Expansion der formellen pflegerischen Infrastruktur und der öffentlich finanzierten Pflegeleistungen vor allem dadurch kommt, dass die vorher privat getätigte Care- und Pflegearbeit nun kommodifiziert und von ambulanten Diensten geleistet wird. Zum anderen werden aber auch schon bestehende Pflegekosten, die vorher öffentlich, v.a. steuer- sowie von den Sozialhilfeträgern finanziert wurden, jetzt auf die durch Beiträge finanzierte Pflegeversicherung übertragen. Anders als die Sozialhilfe gewährt die Pflegeversicherung Leistungen bei festgestellter Pflegebedürftigkeit unabhängig von der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation (Rothgang 1997, 9).

Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung ging außerdem mit einer Ausweitung der Beschäftigung im Pflegesektor und dem Anspruch, das Qualifikationsniveau zu erhöhen, einher; dabei verschlechterten sich jedoch nicht nur allgemein die Beschäftigungsbedingungen, sondern es kam überdies gleichzeitig zu einer Polarisierung der Bedingungen für unterschiedliche Gruppen von Pflegekräften und zu einer Abwertung bestimmter Tätigkeiten. In der stationären Pflege wird zudem ein Trend zum Outsourcen von Arbeitsaufgaben sichtbar, infolgedessen z.B. das Kochen oder Putzen an andere Dienstleistungsunternehmen ausgelagert wird (Theobald u.a.2013, 37). Ferner etabliert sich ein informeller, teilweise illegalisierter Beschäftigungssektor, in dem (oftmals niedrig entlohnte) migrantische Pflegekräfte in privaten Haushalten arbeiten.

Resümierend kann festgehalten werden, dass das Gesetz zur Pflegeversicherung einerseits die finanzpolitische Forderung nach Kostenbegrenzungen im

Gesundheitswesen mit dem universellen Recht auf (Teil-)Versorgung in der Pflege andererseits kombiniert (Theobald 2012, 2), das heißt, einem Recht auf den Zugang zu sehr klar definierten und begrenzten Leistungen in wiederum sehr klar definierten Stufen des Pflegebedarfs.

1.2 Der ambulante (Alten-)Pflegesektor in Deutschland

Besonders der ambulante Pflegesektor erlebt durch die Einführung der Pflegeversicherung eine deutliche Expansion und Transformation. Existierten im Jahr 1993 nur 6.250 ambulante Dienste (damals: „Sozialstationen"), waren es 1998 bereits 11.700 (Krampe 2003). Die zuvor bestehende Quasimonopolstellung der Freien Wohlfahrtspflege wurde mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung zugunsten eines marktwirtschaftlichen Wettbewerbs aufgegeben.

Ganz im Unterschied zu dem vor der Einführung der Pflegeversicherung bestehenden System der Sozialstationen für ambulante Pflege der Freien Wohlfahrtpflege (Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt), die ihre nachgewiesenen Selbstkosten über Verträge mit Kommunen, Krankenkassen oder durch kirchliche Zuschüsse refinanzieren konnten (Senghaas-Knobloch 2010, 87), entsteht die formelle (ambulante) Pflegeinfrastruktur unter den Prämissen von Effizienz, Markt und Kostenbegrenzung (Theobald u.a.2013, 37) mit ganz spezifischen Auswirkungen auf die Pflegeversorgung und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen der Pflegekräfte.

Im Folgenden (Kap. VI.2) geht es um eine vertiefte Analyse der Rahmenbedingungen der (ambulanten) Pflege im Kontext der Pflegeversicherung, die eingebettet in den Rahmen des deutschen Wohlfahrtsstaates betrachtet wird. Dabei leiten nachstehende Fragen die Analyse: Inwiefern und wie zeigt sich die Tendenz zur Abjektion von Care im Pflegesektor? Welche Care-Bereiche werden durch die Einführung der Pflegeversicherung fokussiert und welche werden ausgeschlossen, welche Care-Bedürfnisse werden adressiert, welche bleiben außen vor, welche Art der Care- bzw. Pflegearbeit (im Sinne von *thinly* und *thickly embodied labor*, vgl. Kap. I.3.2.3) soll geleistet werden, welche Arbeit wird bezahlt und welche Interessen werden dabei vertreten?

Der Schwerpunkt der Analyse in Kapitel VI.2 liegt auf der Pflegeversicherung, denn dieser wird eine „Vorreiterfunktion für den übergreifenden Um- und Abbau der sozialen Sicherung" zugeschrieben (Gerlinger/Röber 2009, 123). In diesem Sinne geht es mir darum, die Grundlage der Transformationen im Pflegesektor nachzuzeichnen und darauf aufbauend die Auswirkungen auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Pflege zu untersuchen (Kap. VI.3),

die auch mikroanalytisch herausgearbeitet werden (Teil VII). In der Analyse der Interviews mit Pflegerinnen, die in der ambulanten Pflege tätig sind, geht es um die Frage, was die Pflegerinnen *nicht* tun können, was also aus ihrer Sicht von ihrer Arbeit ausgeschlossen ist. Dieses Ausgeschlossene wird ebenfalls im Sinne des Konzepts der Abjektion theoretisiert. Weiterhin wird gefragt, welche Auswirkungen diese Abjektionen im konkreten Alltag haben.

2. Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung

Voraussetzung dafür, dass jemand als „pflegebedürftig" im Sinne der Pflegeversicherung betrachtet wird, ist die Feststellung der Pflegbedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der als Berater- und Begutachterdienst der Kranken- und Pflegeversicherung fungiert. Nach dem Elften Sozialgesetzbuch SGB XI gelten als pflegebedürftig Menschen,

> die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe bedürfen. (§ 14 Abs. 1 SGB XI)[2]

Bezieher_innen der Pflegeleistungen können zwischen (klar begrenzten) Geldleistungen, ambulanten Sachleistungen (oder einer Mischung aus beiden, den so genannten Kombinationsleistungen) und stationärer Versorgung wählen (§ 4 SGB XI). Die stationäre Versorgung wird allerdings erst dann gewährt, „wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt." (§ 43 Abs. 1 SGB XI)

Neben den Leistungen durch die Pflegekassen erhalten Pflegebedürftige möglicherweise Unterstützung durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen finanzieren die häusliche Krankenpflege. Dabei handelt es sich um die so genannte Behandlungspflege und in spezifischen Fällen auch um Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. ausführlich Slotala 2011, 40). Außerdem können Pflegebedürftige Unterstützung durch die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) erhalten. Diese springt allerdings erst ein, wenn die Pflegekassen eine Leistung nicht zahlen (bzw. bei den so genannten Hotelkosten in der stationären Pflege)

2 Krankheiten oder Behinderungen im oben genannten Sinn sind: „1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen." (§ 14 Abs. 2 SGB XI).

und das Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen nicht ausreicht, um die Pflege sicherzustellen, und auch ihre Ehepartner_innen und Kinder nicht eine hinreichende Finanzierung leisten können (Auth 2013, 2; § 94 SGB XII).

Die meisten Gesetze und grundlegenden Regelungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) gelten auf Bundesebene; weder Kommunen noch Bundesländer haben einen umfassenden und grundlegenden Entscheidungsspielraum (Theobald u.a. 2013, 26).

2.1 Pflegestufen und Leistungen der Pflegeversicherung

Eine Finanzierung durch die Pflegeversicherung wird in folgenden Bereichen der Grundpflege und der Hauswirtschaft angeboten: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. In diesen Bereichen werden 21 so genannte „Verrichtungen des alltäglichen Lebens" unterstützt:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen. (§ 14 Abs. 4 SGB XI)

Die Einordnung in die Pflegestufen I, II und III richtet sich nach der Art und Häufigkeit dieser 'Verrichtungen'; es geht hier also auch darum, bei wie vielen 'Verrichtungen' wie häufig Hilfebedarf besteht (MDS/GKV 2013, 46). Sie orientiert sich außerdem an der Zuordnung der 'Verrichtungen' zum Tagesverlauf (gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB XI) sowie an dem Zeitaufwand (gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI), den eine Laienpflegekraft benötigt um die jeweiligen Tätigkeiten auszuführen. Dabei handelt es sich um pauschale Zeiten für einzelne Aufgaben, die als Orientierungswerte gelten (MDS/GKV 2013, 65ff. und 111ff.).

Damit eine Person in die Pflegestufe I eingeordnet wird, ist ein täglich-durchschnittlicher Hilfebedarf von 90 Minuten notwendig, davon muss ein Mindestbedarf von 45 Minuten bei der Grundpflege liegen. Ein ausschließlicher Bedarf an hauswirtschaftlicher Assistenz reicht nicht aus, um Unterstützung im Rahmen der Pflegeversicherung zu erhalten (Theobald u.a. 2013, 26). Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beziehen sich auf die oben genannten

„Verrichtungen" des § 14 SGB XI. Die Grundpflege wird in der Pflegeversicherung von der sogenannten Behandlungspflege unterschieden. Diese umfasst

> unter anderem Blutzucker- und Blutdruckmessungen, Wundversorgung und Verbandswechsel, Richten und Verabreichen von Medikamenten, Pflege und Versorgung von Zugängen oder das Absaugen der oberen Luftwege und Bedienen/Überwachen von Beatmungsgeräten. (Slotala 2011, 40)

Die Behandlungspflege wie insgesamt die häusliche Krankenpflege müssen ärztlich verordnet werden und werden über das SGB V geregelt (gesetzliche Krankenversicherung) und von der Krankenkasse unter Vorbehalt der Genehmigung finanziert (Slotala 2011, 40).

Für die Pflegestufe II muss der Hilfebedarf bei mindestens 180 Minuten (120 Minuten Grundpflege) liegen und für die Pflegestufe III bei mindestens 5 Stunden (davon 4 Stunden für die Grundpflege). In besonders gravierenden Fällen kann der Leistungsumfang im Rahmen der Pflegestufe III in begrenztem Maße höher ausfallen (§ 15 SGB XI).

Bis zum Jahr 2015 werden für die Pflegestufe I Sachleistungen für die ambulante Pflege in Höhe von 450 Euro, bei Pflegestufe II von 1100 Euro und bei Pflegestufe III von bis zu 1550 Euro bzw. in besonderen Härtefällen von bis zu 1918 Euro veranschlagt. Bei so genannter Angehörigenpflege kann auch Pflegegeld gezahlt werden. Dieses liegt bis 2015 bei 235 Euro bei der Pflegestufe 1, 440 Euro bei Pflegestufe 2, und 700 Euro in der dritten Pflegestufe (Schulz 2010, 30; BMG 2015) und wird häufig auch verwendet, um informell entwickelte Pflegearrangements abzusichern (Theobald u.a.2013, 29) sowie illegalisierte oder informelle Beschäftigungsarrangements zu ermöglichen (siehe VI.3.2). Auch eine Kombination aus Geld und Sachleistungen ist möglich (Slotala 2011, 31f.).

Kritisiert wird bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung vor allem, dass die Pflegesätze über einen langen Zeitraum hinweg stagnierten bzw. nicht erhöht wurden und damit inflationsbedingt der Anteil, der privat von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen gezahlt werden muss, bzw. der Anteil der Sozialkassen immer weiter ansteigt (z.B. Naegele 2014, 18). Die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe springt dann ein, wenn sich durch eine Einkommensüberprüfung herausstellt, dass die Pflegebedürftigen (oder Angehörige) den privaten Anteil nicht selbst zahlen können.

Im Jahr 2002 (Pflegeleistungsergänzungsgesetz) wurden über das oben genannte Spektrum an Leistungen hinaus Verbesserungen für Pflegebedürftige mit „eingeschränkter Alltagskompetenz" (dementiell Veränderte, psychisch Erkrankte, geistig Behinderte), die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, eingeführt (460 Euro im Jahr). Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus

dem Jahr 2008 wurde diese Unterstützung auf 1.200 bzw. 2400 Euro im Jahr (100 bzw. 200 Euro im Monat) erhöht. Im Jahr 2013 (Pflegeneuausrichtungsgesetz) wurde für Pflegebedürftige mit „eingeschränkter Alltagskompetenz" im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Pflegestufe 0 eingeführt. Seitdem können Pflegebedürftige mit „eingeschränkter Alltagskompetenz", die die Bedingungen für eine Pflegestufe nicht erfüllen, gleichwohl 120 bis 225 Euro bzw. ab 2015 bis 231 Euro monatlich erhalten. Diese Unterstützung dient v.a. Menschen mit dementiellen Veränderungen, es bleibt aber laut Naegele offen, ob die Ausweitung der Leistungen tatsächlich bei den zu Pflegenden ankommt (vgl. Naegele 2014, 30). Die Veränderungen der Leistungen für die Sachmittel in der ambulanten Pflege, die durch die Pflegereform 2014 (Pflegestärkungsgesetz)[3], die ab dem Jahr 2015 umgesetzt wird, zeigen sich in der unten angeführten Tabelle[4]:

Abbildung 1: Ansprüche auf Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Stufe der Pflegebedürftigkeit	**Leistungen ab 2015 pro Monat** (Angaben in Euro) bis zu	**Leistungen 2014 pro Monat** (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	231	225
Pflegestufe I	468	450
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689	665
Pflegestufe II	1.144	1.100
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298	1.250
Pflegestufe III	1.612	1.550
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612	1.550
Härtefall	1.995	1.918
Härtefall (mit Demenz*)	1.995	1.918

Quelle: BMG 2015, 3

3 Das Pflegestärkungsgesetz 1 wurde am 17. Oktober 2014 vom Bundestag genehmigt. http://www.bmg.bund.de/pflege.html.

4 Auch die Pflegegeld-Leistungen wurden ab dem Jahr 2015 erhöht: Pflegestufe I: 244 Euro, Pflegestufe II: 458 Euro, Pflegstufe III: 728 Euro (vgl. auch für Demenz BMG 2015, 2).

2.2 Vorrang der ambulanten Versorgung

Die ambulante Pflege wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung gestärkt. Die Losung „ambulant vor stationär" entspricht zwar häufig tatsächlich den Bedürfnissen der zu Pflegenden und deren Angehöriger (siehe z.B. Senghaas-Knobloch 2010, 89), war aber vor allem durch Kostenerwägungen motiviert.

Diese Schwerpunktsetzung entspricht der in Deutschland bestehenden Betonung „privater" Verantwortung für Care-Belange und baut auch mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 auf der 'privaten' Arbeitskraft von Angehörigen, Nachbar_innen und Ehrenamtlichen (s.u.) – dabei deutlich auf der Arbeitskraft von Frauen – auf. Diese Fokussierung zeigt sich sowohl an der Grundkonstruktion der Pflegeversicherung und hier v.a. am Prinzip der 'Teilkaskoabsicherung', das besonders im ambulanten Bereich gezielt auf die unbezahlten Kräfte setzt, welche die Arbeit übernehmen, die nicht durch die Versicherung abgedeckt ist. Das Abstützen auf und die Förderung von 'privaten' Ressourcen zeigt sich aber ebenso deutlich anhand einzelner Reformen. So wurde beispielsweise im Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 festgelegt, dass (lang erwartete) Leistungserhöhungen für die Pflegestufe I und II *nur* im Fall von privater Pflege und/oder ambulanter Sachleistungen vorgesehen sind (Senghaas-Knobloch 2010, 89; vgl. auch Schulz 2010)[5], nicht aber für die stationäre Pflege.

Jedoch nicht nur seitens des Gesetzgebers, sondern auch im öffentlichen Diskurs wird die Familie weiterhin als 'wichtigster Pflegedienst' betrachtet. Die derzeitige Verteilung der Pflegearbeit veranschaulicht, dass die 'private (Frauen-) Pflegearbeit' auch ganz konkret eine bedeutsame Rolle spielt (Rumpf 2007, 107). So werden im Jahr 2011 70 Prozent[6] der Pflegebedürftigen zuhause versorgt. Davon werden 47 Prozent allein durch (mehrheitlich weibliche) Angehörige/andere Care-Gebende also ohne Unterstützung von ambulanten Diensten betreut (mit Pflegegeld) (Statistisches Bundesamt 2013).

> Der Umfang dieser [privaten, B.M.] Pflegearbeit ist so groß, dass die Schaffung von 3,2 Millionen Erwerbsarbeitsplätzen in Vollzeit möglich wäre[7]. Der Wert dieser Arbeit kann mit 44 Milliarden Euro angesetzt werden, wenn man ein mittleres Lohnniveau unterstellt. Die Absicherung für diese Arbeit ist völlig unzureichend, denn über die Pflegeversicherung werden pro Tag nur 0,5 bis 1,8 Stunden Pflegearbeit

5 Auch weitere Leistungen, die die ambulante Pflege stützen, wie etwa die Beiträge zur Kurzzeitpflege und Teilzeitpflege wurden erhöht (vgl. Schulz 2010, 30).

6 Alle Prozentangaben habe ich aufgerundet (ab 0,5) bzw. abgerundet (unter 0,5).

7 Beziehen sich auf Berechnungen von 1997 (Schneider 2004).

finanziert. Das Verhältnis der privat Pflegenden zu den professionell Pflegenden beträgt drei zu eins. (Backes u.a. 2008, 43)

Die übrigen 23 Prozent der zuhause Versorgten werden in Kombination durch Angehörige und Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt 2013).

Die Auszahlung des staatlichen Pflegegeldes an Angehörige hat außerdem die Möglichkeit geschaffen, Care-Arbeit an niedrigentlohnte Migrantinnen abzugeben – ohne dass das Arrangement sichtbar würde (Lutz 2010, 32).[8] Damit ist Pflege zuallererst 'private' und unentgeltlich oder niedrig entlohnte, unsichtbare und oftmals informell strukturierte Frauensache.

2.3 Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit der Einführung der Pflegeversicherung besteht in der Öffentlichkeit sowie in Expert_innenkreisen eine anhaltende Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher der Pflegeversicherung zugrunde liegt. Der Begriff sei aus fachwissenschaftlicher Sicht zu eng und sehr verkürzend (Landtag NRW 2005, 35).

Die über einen langen Zeitraum geführte Diskussion um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und mehrere Vorstudien, die von Expert_innen ausgearbeitet wurden, führten erst im Jahr 2014 – wie weiter oben schon erwähnt – zu einer weiteren Reform (Pflegestärkungsgesetz 1 und 2), die in zwei Stufen eingeführt werden soll. Im Jahr 2015 kommt es zur Erhöhung der Beitragsätze sowie der Leistungen aus der Pflegeversicherung (Pflegestärkungsgesetz 1, siehe Abb. 1, BMG 2015).

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geht gemeinsam mit einem „Neuen Begutachtungsassessment" (NBA) im Jahr 2014 in die „Erprobungsphase" (Prüfung der Alltagstauglichkeit anhand zweier Modellprojekte) und wird allerdings voraussichtlich erst im Jahr 2017 umgesetzt (Pflegestärkungsgesetz 2, BMG 2014). Aus sozialpolitischer Perspektive wird daher bemängelt, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs viel zu zögerlich vorangehe, wie etwa die Präsidentin des Sozialverbands VdK, Ulrike Mascher, kritisierte (Fricke 2014).[9]

---

8 Im Jahr 2010 haben ca. 10 Prozent der Haushalte Putz-und Haushaltshilfen beschäftigt. In Hessen – so das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage – stellt jeder zweite Haushalt externe Dienstleisterinnen für haushaltnahe Dienstleistungen an (Lutz 2010, 32).

9 Im November 2014 wurde, unterstützt durch den Sozialverband VdK, eine Verfassungsbeschwerde gegen das Pflegesystem, wegen Verletzung der Grundrechte eingereicht (Jurrmann 2014). Im Rahmen dieser Arbeit ist es mir nicht möglich,

In einer Vorstudie, die das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld im Rahmen der Anstrengungen zur Entwicklung eines neuen Pflegebegriffs ausgearbeitet hat, werden vier Aspekte des bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Pflegeversicherung kritisiert:

- Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei ausgewählten Verrichtungen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen sind. § 14 SGB XI begrenzt diese Verrichtungen auf die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.
- Der Begriff der Pflegebedürftigkeit greift im Sinne des SGB XI nur dann, wenn Personen dauerhaft Unterstützung benötigen (mindestens sechs Monate).
- Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird anhand der Art, Häufigkeit und Dauer der benötigten Hilfeleistung, d.h. anhand des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs ermittelt. Das konkrete Ausmaß von Fähigkeitseinbußen beispielsweise ist für die Ermittlung nachrangig bzw. nur indirekt von Bedeutung.
- Zeit ist ein entscheidendes Maß für die Pflegestufenzuordnung und somit für den Leistungsanspruch, genauer gesagt: die Zeit, die eine nicht zur Pflege ausgebildete Person zur Erbringung der notwendigen Hilfeleistungen benötigt (bzw. benötigen würde). (Wingenfeld u.a. 2007, 6, Hervorh. im Orig.)

Dieser Studie zufolge konzentriert sich die Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff häufig auf den ersten Punkt, also darauf, dass sich Leistungsansprüche aus den engen Vorgaben des Unterstützungsbedarfs ableiten. In dieser Arbeit werde ich mich in meiner Kritik auch hauptsächlich auf diesen Punkt beziehen und die engen Vorgaben mit dem im Kapitel I.3.2 eingeführten Care-Verständnis kontrastieren.

Eine zweite Kritikdimension gilt der Abrechnungsform in Leistungsmodulen, die mit einer zeitlichen Begrenzung für einzelne 'Verrichtungen' einhergeht. Meine Kritik an der Zeitbegrenzung ist allerdings nicht bezogen auf die Zeit, die als Maß zur Einordnung in die Pflegestufe herangezogen wird (wie im vierten Punkt in der Aufzählung oben), sondern es geht mir um die Kritik an der Zuordnung von 'Verrichtungen' zu einer Zeiteinheit, die dazu dient, die 'Verrichtungen' abrechenbar zu machen (siehe Kap. VI.2.4).

---

weiter auf die neuen Entwicklungen zur Pflegeversicherung und zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Umsetzung einzugehen, da bei Abgabe der Arbeit noch keine weiteren Ergebnisse dazu vorliegen. Allerdings wird deutlich, dass die Reform teurer wird als angenommen und unklar ist, woher das Geld kommen soll (Frankfurter Rundschau, 4.10.2014).

2.3.1 Engführung auf vier Bereiche und 21 Verrichtungen

Vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit diskutierten Verständnisses von Care fällt die Einschränkung auf ganz bestimmte, eng definierte und „willkürlich ausgewählte Alltagsverrichtungen" (Landtag NRW 2005, 38) auf. Diese 21 „Verrichtungen des alltäglichen Lebens" in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Hauswirtschaft und Mobilität sind Grundlage des seit 20 Jahren bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig ist demnach und ausschließlich, wer genügend Bedarf (zeitlich gemessen) für Hilfe bei diesen 'Verrichtungen' hat. Kritisiert werden kann hier unter anderem die Engführung auf „körperlich-somatische Selbstversorgungsdefizite und Gebrechen" (Slotala 2011, 37).

In dieselbe Richtung argumentierend, wird diese Engführung von der Enquetekommission des Landtags zur „Situation und Zukunft der Pflege in NRW" kritisiert. Darin wird beanstandet, dass

- Unselbstständigkeit im Bereich der *Kommunikation* und *sozialen Teilhabe* als Kriterium für Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt wird.
- ein erheblicher Teil der notwendigen Unterstützung für *psychisch kranke und beeinträchtigte Menschen*, die nicht nur bei einzelnen Verrichtungen, sondern in ihrer gesamten Lebensführung auf Hilfe angewiesen sind, ausgeblendet wird.
- *andere Auswirkungen gesundheitlicher Probleme*, wie zum Beispiel *Schmerzerleben*, *Angst* im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen, verändertes Selbstschutzverhalten oder ganz generell mangelhafte Krankheitsbewältigung keinen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründen. (Landtag NRW 2005, 40, Hervorh. B.M.)

Ausgeschlossen werden demnach nicht nur kommunikative Elemente, sondern auch das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe. Auch Unterstützungen für psychisch Kranke bzw. für Beeinträchtigungen, die sich eher auf die gesamte Lebensführung beziehen, werden vernachlässigt. Dies hat sich allerdings etwas durch die Einführung der Pflegestufe 0 verbessert (Naegele 2014, 30), bleibt aber in der Tendenz bestehen, da diese Unterstützung (120 bis 231 Euro monatlich) doch sehr begrenzt ist. Auch andere psychosoziale und emotionale Bedürfnisse bleiben außen vor.

Der Kontrast zu dem in Kapitel I.3 ausgearbeiteten Verständnis von Care wird hier sehr deutlich. In diesem Care-Verständnis (das auch dem Anspruch der Pflegerinnen selbst entspricht; vgl. Teil VII), das auf Anteilnahme und Zuwendung basiert, geht es nicht primär um eine am körperlichen Defizit orientierte Intervention. Vielmehr stehen bei diesem relational-leiblichen Care-Verständnis (meist nicht) reziproke beziehungsmäßige Interaktionen, die auf Vertrauen basieren, im Fokus. Auch in der Pflegewissenschaft wird eine andere Vorstellung von Care und Pflege als in der deutschen Pflegepolitik vertreten. Hier wird „der

Umfang des Hilfebedarfs nicht primär von Krankheitszuständen und damit verbundenen medizinischen Interventionen abhängig gemacht, sondern orientiert sich in der Regel an einem problem- und bedürfnisorientierten Ansatz" (Landtag NRW 2005, 37).

2.3.2 Explizite Ausschlüsse bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Ein gezielterer Blick in die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)" (MDS/GKV 2013, 3), die vom „Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V." (MDS) herausgegeben werden und als Grundlage der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit dienen, kann diese Kritik konkreter und an den derzeit geltenden Regeln verdeutlichen. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird auf dieser Grundlage vom „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung" (MDK) übernommen. Der MDK erstellt basierend auf diesen Richtlinien ein Gutachten, welches den Pflegekassen wiederum als Grundlage zur Einordnung der Pflegebedürftigkeit dient. Die letztendliche Entscheidung über eine Pflegebedürftigkeit liegt allerdings bei der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens (MDS/GKV 2013, 16). Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit konzentriert sich auf die in vier Bereiche eingeteilten 21 Verrichtungen des täglichen Lebens (§ 14 SGB XI), die in der Richtlinie genauer definiert werden.

Bevor ich auf die 'Verrichtungen' konkret eingehe, ist vorab aber auch auf die besondere Rolle des MDK hinzuweisen. Der MDK – als Berater- und Begutachterdienst der Kranken- und Pflegekassen – ermisst den individuellen Versorgungsbedarf der zu Pflegenden. Dadurch, dass der MDK die Begutachtung übernimmt, werden die Kostenträger (Pflegekassen) in die Fragen der Leistungsart und -inanspruchnahme direkt mit einbezogen (im Unterschied etwa zur Rolle der Krankenkasse bei ärztlicher Versorgung). Hier erscheint ein Interessenkonflikt zwischen dem Interesse der Pflegekassen, Kosten einzusparen, und dem Interesse der zu Pflegenden, gut versorgt zu werden, strukturell angelegt. So besteht zumindest die Möglichkeit, dass diese Bewilligungspraxis, die maßgeblich durch das Gutachten des MDK beeinflusst ist, unter ein Spardiktat gestellt wird und sich in der systematischen niedrigen Einstufung in die Pflegestufen äußern könnte (Slotala 2011,38).

Zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit muss der MDK die Begutachtung der Antragsteller_innen in deren Wohnräumen durchführen. Dabei muss vor allem Folgendes geprüft und festgestellt werden:

- der ursächliche Zusammenhang des vorliegenden Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung,
- unter Berücksichtigung vorliegender Krankheiten oder Behinderungen den Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung sowie
- das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und ihre Abstufung. (MDS/GKV 2013, 14)

Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der individuelle Hilfebedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens". Diese im SGB XI festgelegten 'Verrichtungen' werden in den „Begutachtungs-Richtlinien" des MDS/GKV einzeln aufgelistet und exakt definiert (MDS/GKV 2013, 65).[10]

Bei einer Begutachtung werden die für die Pflegebedürftigen notwendigen 'Verrichtungen' aufgezählt und die pauschalen Zeitwerte für die einzelnen 'Verrichtungen' addiert. Berechnet wird dabei die Zeit, die eine Laienpflegekraft auf die einzelnen 'Verrichtungen' verwendet. (Orientierungswerte siehe MDS/GKV 2013, 111ff.). Die summierte Zeit ergibt dann die Richtschnur zur Einordnung in die Pflegestufen (siehe Kap. VI.2.1.: Pflegestufe I: min. 45 Minuten, Pflegestufe II: min. 120 Minuten, Pflegestufe III: min. 4 Stunden Grundpflegebedarf).

2.3.2.1 Die 'Verrichtungen' in der Richtlinie des MDS – Sprachliche Auffälligkeiten

Nachdem ich bisher v.a. die jüngeren Transformationen im deutschen Pflegesektors und die darum bestehenden Konfliktlinien dargestellt habe, geht es im Folgenden expliziter darum, diese Transformation hinsichtlich ihrer Abjektionen im Sinne der Wert-Abjektion zu analysieren. Dafür werde ich zunächst die Richtlinie des MDS bezüglich entsprechender sprachlichen Auffälligkeiten untersuchen, um im Anschluss daran auf die inhaltlichen Ausschlüsse einzugehen (Kap. 2.3.2.2).

Um einen ersten Zugang zu dieser Richtlinie – bzw. vor allem zu dem Teil, in dem die 'Verrichtungen' definiert sind – zu erhalten, betrachte ich ihre sprachliche Form exemplarisch durch die Brille interpretativer Auswertungsmethoden. Die Methode der gedankenexperimentellen Wortlautvariation (Assoziation) ist eine hermeneutische Auswertungsmethode, die auch bei qualitativen Leitfadeninterviews angewendet wird (Kleemann u.a. 2009). Dabei geht es darum, signifikante Inhalte zu verdeutlichen, indem beispielsweise Wörter oder Redewendungen durch andere ersetzt werden, um den besonderen Gehalt des Gesagten herauszustellen. Die Weise, wie in den Richtlinien des MDS einzelne 'Verrichtungen'

10 Auf die Begutachtung der „eingeschränkten Alltagskompetenz" kann ich im Rahmen dieser Arbeit nicht eingehen.

beschrieben werden, wird mit Hilfe dieser Methode anhand zweier Beispiele offensichtlich. Diese Beispiele reichen m.E. aus, um die Grundlage meiner Argumentation zu verdeutlichen, und stehen für die Art und Weise, wie die 'Verrichtungen' in der Richtlinie insgesamt definiert werden (MDS/GKV 2013, 65-77).

Im Original wird die 'Verrichtung' Duschen folgendermaßen beschrieben:

> Das Duschen des Körpers umfasst eine Ganzkörperwäsche unter der Dusche, wobei die Vor- und Nachbereitung, die Ganzkörperwäsche selbst und das Abtrocknen des ganzen Körpers zu berücksichtigen sind. (Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Antragstellers z.B. auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität 'Stehen' zu berücksichtigen.). (MDS/GKV 2013, 67)

Wortlautvariation:

> Das Gesamtwaschen des Autos umfasst eine Ganzautowäsche in der Waschstraße, wobei die Vor- und Nachbereitung, die Wäsche selbst und das Abtrocknen des ganzen Wagens zu berücksichtigen sind. (Hilfestellung beim Einfahren in die Waschstraße, bzw. beim Umfahren des Wagens z.B. auf einen Hebewagen, ist im Bereich Waschen 2 zu berücksichtigen.)

Ein anderes Beispiel aus den Richtlinien ist die 'Verrichtung' Waschen:

> Das Waschen umfasst das Waschen des ganzen Körpers, aber auch von Teilbereichen des Körpers, hauptsächlich am Waschbecken bzw. im Bett mit einer Waschschüssel. Es gehören u.a. zum Waschvorgang: die Vor- und Nachbereitung sowie das Waschen des ganzen Körpers bzw. einzelner Körperteile und das Abtrocknen. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Waschen/Duschen oder Baden z.B. eine oro/tracheale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. (MDS/GKV 2013, 67)

In der Autowaschanlage würde sich das dann so anhören:

> Das Waschen umfasst das Waschen des ganzen Autos, aber auch von Teilbereichen des Autos, hauptsächlich an der Waschstation bzw. in der Garage mit einer Waschschüssel. Es gehören u.a. zum Waschvorgang: die Vor- und Nachbereitung sowie das Waschen des ganzen Autos bzw. einzelner Autoteile und das Abtrocknen. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Waschen/Gesamtwaschen oder Tiefenwaschen z.B. eine Sekretreinigung/Insektenreinigung notwendig ist, handelt es sich um ein verrichtungsbezogenes Programm mit der Nummer 4.

Meiner Ansicht nach zeigen diese beiden Beispiele und die zugegebenermaßen etwas polemische Assoziation mit einer Autowaschstraße[11], wie hier menschliche

11 Sprachlich gesehen legt auch die Bezeichnung der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung die Analogie zum Auto nah. „Der technokratische Begriff wird im Zusammenhang mit Schäden an einem Fahrzeug benutzt – deren Kosten von der Teil-

Bedürfnisse in eine spezifische Form gepresst und objektiviert werden, indem sie als 'Verrichtungen' definiert werden. Der objektivierte, entmenschlichte und daher scheinbar nicht als lebendig gesehene Körper wird zur Wiederherstellung bzw. Sauberhaltung in seine Teile unterteilt und damit handhabbar und abrechenbar gemacht. Die assoziative Übertragung der Richtlinien zum Duschen und Waschen auf das fiktive Beispiel eines Waschprogramms für Autos und damit die hypothetische Gleichsetzung zwischen Körper und Auto verdeutlicht m.E. diese Objektivierung, die sich v.a. auch daran zeigt, dass die Begriffe Körper und Auto hier ohne Sinnverlust austauschbar sind bzw. das Autobeispiel sogar stimmiger wirkt. Die größere Stimmigkeit des Autos in diesem Kontext verweist wiederum auf die Verdinglichung, mit der die pflegerischen Vorgänge in den Richtlinien des MDS beschrieben werden. Dabei wird vor allem die Relationalität nicht berücksichtigt, vielmehr offenbart sich eine eher dem medizinischen Modell ähnliche Fokussierung auf Teilbereiche des Körpers (nicht des Leibs), die wiederhergestellt/gereinigt werden müssen (vgl. Kap. V.1). Dies scheint die Voraussetzung dafür zu sein, das pflegebedürftige Menschen in Pflegestufen eingeteilt werden können und abrechenbare Unterstützung angeboten werden kann. Diese Konzentration auf 'Verrichtungen' als zu erledigende Aufgaben erscheint vielmehr schon auf der sprachlichen Ebene als das Gegenteil des relationalen Verständnisses von Care (Teil I). Hier kann die Abjektion auch auf sprachlicher Ebene verdeutlicht werden: Das Unstrukturierte und Diffuse wird als Voraussetzung der Formulierung exakt definierter 'Verrichtungen' und wiederum als Voraussetzung der Kommodifizierung der Pflege verworfen.

Inhaltlich kann festgehalten werden, dass all dasjenige ausgespart wird, was in Teil I dieser Arbeit als zentraler Care-Inhalt markiert wurde: Weder die Beziehungsebene noch andere mehr diffuse und eher leibliche Bedürfnisse spielen hier eine Rolle. Um die vertiefte Analyse dieser inhaltlichen Ausschlüsse bemüht sich der nächste Abschnitt.

2.3.2.2 Charakterisierung der 'Verrichtungen' – Inhaltliche Ausschlüsse

Im Rahmen der konkreten Charakterisierung der 'Verrichtung' werden außerdem Bereiche aus der Begutachtung ausgeschlossen, die über die vier Bereiche (Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung) und 21 'Verrichtungen' hinausgehen bzw. nicht in das vorgegebene Schema passen. Diese Bereiche werden entweder nicht benannt oder explizit ausgeschlossen.

---

kasko im Gegensatz zur Vollkasko nur teilweise übernommen werden." (A. Krüger 2015).

Im Folgenden beziehe ich mich auf die explizit ausgeschlossenen Bereiche und konkretisiere damit die Ergebnisse, die schon von der Enquetekommission des Landtags NRW herausgearbeitet wurden (Landtag NRW 2005).

Kommunikation und allgemeine Betreuung: Bei diesem Punkt handelt es sich etwa um Aktivitäten, die nicht diesen vier oben genannten Bereichen zugeordnet werden können, z.B. bleiben „Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation und der allgemeinen Betreuung" unberücksichtigt (MDS/GKV 2013, 65).

Emotionale und (psycho-)soziale Bedürfnisse: Berücksichtigt wird bei der Begutachtung zwar, „wenn die liegende Position im Bett bewusst oder unbewusst verlassen worden ist und erneut eingenommen werden muss, dies aber ohne fremde Hilfe nicht möglich ist (z.B. demenziell erkrankte oder orientierungslose Menschen, die nachts ihr Bett verlassen)" (MDS/GKV 2013, 70).

Jedoch wird hier ganz explizit ein Ausschluss formuliert: „Ein Hilfebedarf kann nicht berücksichtigt werden, wenn der Antragsteller im Bett liegt, aber wach ist und die Pflegeperson auf *Rufen*, *Weinen* oder *Jammern* ans Bett tritt, um den Antragssteller *zu beruhigen*, und sie solange bei ihm bleibt, bis er wieder eingeschlafen ist." (MDS/GKV 2013, 70, Hervorh. B.M.).

Die Notwendigkeit, Pflegebedürftige zurück ins Bett zu bringen, wird demnach in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Bereich Mobilität berücksichtigt. Das Beruhigen der Pflegebedürftigen spielt aber keine Rolle und eine zeitliche Eingebundenheit der Pflegelaienkraft wird in diesem Fall nicht berücksichtigt. Hier zeigt sich der Ausschluss von emotionalen und (psycho-) sozialen Bedürfnissen (sofern sie sich nicht auf die 21 'Verrichtungen' beziehen), diese sind gesetzlich keine Leistung des SGB XI.

Teilhabe:

> Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist Bestandteil der Körperpflege. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden. (MDS/GKV 2013, 67)
>
> Nicht berücksichtigungsfähig sind aber Kleidungswechsel im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigung wie Sport, Unterhaltung, Bildung oder mit Schule oder Erwerbstätigkeit. (MDS/GKV 2013, 71)
>
> [Es] kann die Beaufsichtigung beim Gehen *allein* zur Vermeidung einer Selbst- und Fremdgefährdung – ohne dass ein Bezug zu einer Verrichtung besteht – nicht beim Hilfebedarf berücksichtigt werden. (MDS/GKV 2013, 72)
>
> Es sind *nur* solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die unmittelbar für das Aufrechterhalten der Lebensführung zu Hause notwendig sind

> und das persönliche Erscheinen des Antragstellers erfordern [z.B. Arztbesuche]. (MDS/GKV 2013, 73, Hervorh. B.M.)

Anliegen, die auf Teilhabe gerichtet sind, wie z.B. für einen Besuch schön auszusehen, in der Wohnung oder draußen umherzugehen oder am kulturellen Leben teilzunehmen, werden nicht einbezogen, sofern sie nicht in Bezug zu einer 'Verrichtung' stehen. Daher bestätigt sich hier die schon von der Enquetekommission im Jahr 2005 formulierte Kritik an der Nicht-Berücksichtigung von Teilhabeanliegen der Pflegebedürftigen auch in den aktuellen Richtlinien BRi.

Diese Studie resümiert außerdem die bestehende fachwissenschaftliche Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff folgendermaßen:

> Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflegebedürftigkeits-Konzeption des SGB XI derzeit in Fachkreisen kritisch diskutiert wird: Es fehle der fachwissenschaftliche Bezug, sie sei somatisch orientiert, diskriminierend und eng. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht handelt es sich im SGB XI um einen selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff, der mitnichten alle pflegefachlichen Sachverhalte und Pflegebedarfe würdigt. (Landtag NRW 2005, 43)

In der hier diskutierten Richtlinie zeigt sich konkret, was oben schon beschrieben ist: Was von Anfang an nicht mit berücksichtigt wurde (und sich auch mit den Reformen nicht grundlegend verbessert hat), sind eher relational ausgerichtete Bedürfnisse, die sich auf Kommunikation und allg. Betreuung beziehen, emotionale, (psycho-)soziale Bedürfnisse sowie das Bedürfnis nach Teilhabe. Damit fokussiert, wie auch oben schon festgestellt, die Pflegeversicherung grundlegend auf körperliche und verrichtungsbezogene Belange und grenzt andere Bereiche v.a. die Beziehungsförmigkeit von Care, wie auch die leibliche Dimension und damit den vorher als Care-Inhalt bezeichnet Teil explizit aus (vgl. Kap. I.3.2; Baines 2004).

2.4 Kritik an der pauschalen Zeitbegrenzung der 'Verrichtungen'

Die oben beschriebene Fokussierung auf 'Verrichtungen', die im angloamerikanischen Raum als *task orientation* bezeichnet wird, ist auch die Voraussetzung dafür, dass die *tasks* einer pauschalen Zeitbegrenzung zugeordnet werden können, die diese wiederum abrechenbar macht. Im Folgenden werden die zeitliche Begrenzung der einzelnen 'Verrichtungen' und deren Zusammenfassung zu Modulen in einem so genannten Leistungskomplexsystem analysiert.[12] Dabei geht es um eine

12 Anders als in der Kritik der Enquetekommission geht es in meiner Kritik nicht um die Berechnung der Defizite bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, bei der

Analyse und Kritik der Zuweisung der einzelnen 'Verrichtungen' bzw. Module (siehe Anhang 3.) zu einem Zeitbudget, das die Pfleger_innen nicht überschreiten sollten. Die Abrechnungsweise, die Zusammenfassung in ein Leistungskomplexsystem und die Zeitvorgaben werden auf der Ebene der Bundesländer geregelt. Die Zeitvorgaben werden allerdings häufig auf der Ebene der ambulanten Dienste selbst erneut angepasst, da durch sie die Rentabilität der Unternehmen reguliert wird. Anhand des Beispiels Hessen wird die Regulierung zuerst auf Länderebene und dann auf der Ebene der ambulanten Dienste verdeutlicht: Bis zum Jahr 2014 wurden in Hessen mehrere einheitliche Vergütungssystematiken entwickelt, die wiederum die Grundlage darstellen für individuelle Vergütungsvereinbarungen mit den einzelnen Trägern der ambulanten Dienste in Hessen (siehe auch Pflegesatzverhandlungen, Kap. VI.3.1). Ich beziehe mich hier auf das Modulsystem M 4.1 (siehe Anlage 3, da es – einem Vertreter der AOK-Hessen zufolge – derzeit am häufigsten Anwendung findet (Persönliche Mitteilung 8.7.2014).

In der Anlage zur Vergütungsvereinbarung werden 'Verrichtungen', die gewöhnlich zusammen ausgeführt werden, zu Leistungskomplexsystemen zusammengefasst; den einzelnen 'Verrichtungen' bzw. auch dem gesamten Komplex werden Punkte zugeordnet. Beispielsweise setzt sich der Leistungskomplex 1, kleine Körperpflege, aus folgenden Grundelementen zusammen:

An/Auskleiden, Teilwaschen einschließlich Transfer zur Waschgelegenheit und zurück bzw. Transfer der Waschutensilien zum Patienten, Mund- und Zahnpflege. Dafür werden 260 Punkte vergeben, was theoretisch einer gewährten Zeit von 26 Minuten entspricht; damit hat die Pflegekraft höchstens 26 Minuten, um diese 'Verrichtungen' auszuführen[13]. In derselben Logik wird allen 'Verrichtungen' ein Zeitbudget zugewiesen. Alle Arbeiten, die länger dauern bzw. die die Pfleger_innen über dieses Zeitbudget hinaus erledigen, werden von der Pflegekasse nicht bezahlt und den Pfleger_innen daher auch nicht auf ihre Arbeitszeit

---

die Zeit addiert wird, die eine Laienpflegekraft für einzelne 'Verrichtungen' braucht, und die dann Grundlage für die Entscheidung ist, ob und wenn ja in welche Pflegestufe die Pflegebedürftigen eingeordnet werden, sondern um die Zeitbegrenzung selbst die auf der Ebene der Bundesländer geregelt wird, aber von den einzelnen Pflegediensten klar weiter begrenzt wird, um die Kosten der Pflege gering zu halten.

13 Zusätzlich können außerdem folgende Leistungen zum Leistungskomplex 1 hinzugewählt werden: Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes (40 Punkte/4 Minuten), Kämmen und/oder Rasieren (50 Punkte/5 Minuten), einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidung/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel (50 Punkte/5 Minuten). Die Punktzahl für das ganze Modul liegt bei 400 Punkten/40 Minuten (siehe Anhang 3.).

angerechnet. Darüber hinaus wird Zeit, die für Tätigkeiten verwendet wird, die nicht im Leistungskatalog abgerechnet werden können (siehe Kap. VI.2.3.2.2), ebenfalls nicht vergütet, diese können daher eigentlich nicht geleistet werden (Beuchel 1998, 23).

Aufgrund der politisch gewollten Konkurrenzsituation der Pflegeunternehmen unterschreiten die Pflegeunternehmen allerdings, wie schon erwähnt, diese Zeiten teilweise sehr deutlich. Dazu schreibt eine Mitarbeiterin der AOK Hessen:

> Als die Module für Hessen im Jahr 2004 weiterentwickelt wurden, wurde 1 Stunde mit 600 Punkten angenommen und daraus die Punktwerte für die einzelnen Leistungen verhandelt. [...] Im Laufe der Jahre haben die Leistungserbringer das System der Modulvergütung dahingehend *optimiert*, möglichst viele Punkte innerhalb einer Stunde abzurechnen, die Mitarbeiter der Pflegedienste erhalten oft Vorgaben, in welcher Zeit welche Leistung zu erbringen ist. Im Ergebnis kommt die sog. 'Minutenpflege' zustande, von der auch in der Presse häufiger zu lesen ist – die aber nie Verhandlungsgegenstand war. (Persönliche Mitteilung AOK Hessen, 11.8.2014, Hervorh. B.M.)

Die Richtlinien und die Einteilung der Leistungen in Module sowie die Zuweisung von Zeiteinheiten, die aufgrund der Preiskonkurrenz weiter verkürzt werden, repräsentieren den Versuch, die Pflege kostengünstig bereitzustellen. Dies gilt umso mehr, als die Pauschalen nicht die Kosten der ambulanten Pflegedienstleister decken. Diesbezüglich arbeitet eine Studie des Paritätischen Wohlfahrtsverbands heraus, dass von einer strukturellen Unterfinanzierung der ambulanten Pflege gesprochen werden kann. In ihren Kalkulationen kommen die Autor_innen zu dem Ergebnis, dass die Kosten der Pflege von 1998 bis 2013 um 70 Prozent gestiegen sind, die Vergütung im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung wurde im gleichen Zeitraum allerdings nur um 15 Prozent erhöht (Martens u.a. 2014, 9). Die Autor_innen konstatieren hierzu:

> [S]eit Jahren berichtet die Praxis, dass die Vergütung für ambulante Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) der Kostenentwicklung substanziell hinterherhinkt. Bisher werden ambulante Pflegeleistungen überwiegend über Pauschalen vergütet. Nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 sind die Pauschalen der Höhe nach weit hinter den Kosten für den Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes zurückgeblieben. Durch die Leistungsträger (die Pflegekassen und ergänzend die Sozialhilfeträger) wurden viele der Kostensteigerungen nicht finanziert. Dies gilt insbesondere für die Erhöhung der Lohnkosten etwa durch Tarifsteigerungen, betrifft aber auch die Kosten, die den Diensten durch neu hinzugekommene Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen entstanden sind, die Sachkosten etc. (Martens u.a. 2014, 12)

Daher kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Einteilung der Pflegeleistungen in abrechenbare 'Verrichtungen' und Module das Ergebnis der politisch

gewollten Einsparung von Kosten und Grundlage der In-Wertsetzung darstellt. Dieser vom Gesetzgeber schon vorgegebenen finanziellen Einschränkung kommen die ambulanten Dienste mit Rationalisierungsanstrengungen entgegen; die Einsparungen wirken sich v.a. auf die Löhne der Pfleger_innen aus, da diese den weitaus größten Kostenfaktor in der ambulanten Pflege ausmachen (s.u.; vgl. z.B. Martens u.a. 2014). Die Rationalisierungsanstrengungen der Pflegedienstleister werden durch die gewollte Qualitäts- *und* Preiskonkurrenz zwischen den Pflegedienstleistern gefördert (Theobald u.a. 2013, 30). Einer Studie der Barmer Krankenkasse zufolge wird auch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff die Probleme des Zeitdrucks, der so genannten 'Minutenpflege' nicht lösen. Auf der Ebene der ambulanten Dienste wird selbst bei einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff dieses System der Zeitbegrenzung weiterhin bestehen, da sich die einzelnen Unternehmen, um sich gegenüber ihrer Konkurrenz zu bewähren und sich am Markt halten zu können, weiterhin preislich unterbieten. Damit die Unternehmen rentabel sind, werden die Einsätze verkürzt und die Löhne gesenkt, da sich die Arbeitszeit der Pflegekraft 'rechnen' muss (Barmer GEK 2013, 37; vgl. zu den Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation Kap. VI.3, Teil VII).

Allerdings ist seit dem Jahr 2013 vorgesehen (§ 89 Abs. 3 SGB XI), dass den Pflegebedürftigen neben den pauschalierten Leistungsmodulen (die oben beschrieben wurden) auch ein alternatives Abrechnungssystem angeboten werden sollte. Dabei geht es um ein Abrechnungssystem, das die reale Zeit vergütet. Hierbei soll dann Pflegezeit im Sinne von Echtzeit (z.B. eine Stunde) gekauft werden können, die die Pflegekraft beim Pflegebedürftigen verbringt, ohne dass einzelne 'Verrichtungen' festgelegt würden. M.E. wäre dieses andere Abrechnungssystem – im begrenzten Rahmen der ökonomisierte Pflege[14] – positiv zu bewerten, da in diesem Fall die Pflegekräfte bedürfnisorientierter und selbstbestimmter arbeiten

14 Mit dem Einschub 'begrenzter Rahmen' möchte ich verdeutlichen, dass es viel bessere Möglichkeiten der Organisation von Pflege gibt, allerdings jenseits marktwirtschaftlicher Organisation. Als Beispiel kann die wohlfahrtsstaatlich organisierte häusliche Pflege (vor der Einführung der Pflegeversicherung) genannt werden. Hier konnten die Sozialstationen rückwirkend die real entstandenen Kosten erstattet bekommen. Die Logik ist hierbei eine umgekehrte (vgl. dazu auch Klinger 2013, 272): Es wird jene Arbeit geleistet, die ansteht, und danach werden die Kosten abgerechnet. Dies entspricht eher einer Bedürfnisorientierung. Im neoliberalen Pflegesystem dagegen wird nur das geleistet, was im finanziellen Rahmen möglich ist, und in diesem sehr begrenzten Rahmen schätze ich die Vergütung von Echtzeit als Verbesserung ein. Für eine weitergehende, andere Vorstellung der Organisation von Care vgl. Schlussbetrachtung/Ausblick.

könnten. In der Praxis gestaltet sich die Umsetzung dieses Abrechnungssystems allerdings schwierig (Persönliche Mitteilung DBfK Bundesverband 13.8.2014), da unklar ist, wie diese Form der Vergütung tatsächlich abgerechnet werden kann. In Hessen liegt die Verbreitung dieser Abrechnungsform im Jahr 2014 bei unter 5 Prozent (Persönliche Mitteilung AOK Hessen 11.7. 2014).

2.5 Zwischenfazit: Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung

Resümierend kann hier festgehalten werden, dass die Pflegeversicherung Bedürfnisse des täglichen Lebens klar definiert und als 'Verrichtungen' objektiviert, die daraufhin von den Pflegekassen bezahlt werden. Diesen 'Verrichtungen' wird daraufhin ein Zeitbudget zugewiesen, mit dem diese abrechenbar gemacht werden (Kap. VI.2.3, VI.2.4). Tätigkeiten bezogen auf andere Bedürfnisse werden derzeit nicht von der Pflegekasse bezahlt.

Es konnte herausgearbeitet werden, dass ein Ausschluss von teilhabebezogenen, psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen sowie Bedarfen an allgemeiner Betreuung strukturell in der Konzeption der Pflegeversicherung und hierin vor allem des Pflegebedürftigkeitsbegriffs angelegt ist. Außerdem konnte dargelegt werden, dass die enge Zeittaktung, die für die einzelnen 'Verrichtungen' ausgegeben wird, verhindert, dass Care im umfassenden Sinne geleistet werden kann. In Kapitel VI.3 wird deutlich werden, dass diese Abjektion von Care die 'private' und unbezahlte Care-Arbeit fördert, sich aber auf der anderen Seite auch auf die bezahlte Pflegearbeit auswirkt (vgl. Teil VII).

Bevor ich mich im nächsten Kapitel diesen Auswirkungen zuwende, stellt sich hier die Frage, wie sich diese Engführung innerhalb der Pflegeversicherung und der damit einhergehende reduktionistische Blick auf Care, der sich auch in den engen Zeitvorgaben zeigt, erklären lässt. Es reicht nicht aus, die Engführung mit der strukturellen Tendenz zur Abwertung von Care zu erklären (Wert-Abjektion). Vielmehr kann die spezifische Abwertung erst durch die hier geleistete konkrete Analyse der Institutionalisierung von Care in der deutschen Pflegestruktur erklärt werden. Die Analyse verläuft jedoch nicht losgelöst von der Wert-Abjektion, eher geschieht sie vor dem Hintergrund der Wert-Abjektion als sozialer Form, die den Rahmen für die Prozesse der Institutionalisierung bildet, sie also mit-formt, aber nicht ihre konkrete Ausgestaltung bestimmt (Hirsch 1994, 161; vgl. Kap. III.2.2).

Ein Blick in die Literatur macht deutlich, dass der hier kritisierte Pflegebedürftigkeitsbegriff verschiedene Wurzeln hat, und zwar fachwissenschaftliche

einerseits und sozialrechtliche andererseits. Während im fachwissenschaftlichen Diskurs dem Pflegebegriff ein differenziertes Menschenbild unterliegt, ist die

> 'Verrechtlichung' in der Sozialgesetzgebung unter anderem verknüpft mit einer ökonomischen Feinsteuerungsaufgabe und der Verteilung knapper Mittel. [...] Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI ist so eng gefasst, weil aus Sicht der Gesetzgeber über dieses Solidarsystem keine weiteren Mittel zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit aufzubringen seien. Nach Einführung der Pflegeversicherung ist der § 14ff. SGB XI [Begriff der Pflegebedürftigkeit und Verrichtungen, B.M.] gewissermaßen zur 'Masternorm' der sozialrechtlichen Definition avanciert. (Landtag NRW 2005, 35)

Hier werden also ökonomische Gründe dafür geliefert, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff so eng gefasst wird. Die Einschränkung des Personenkreises, der als pflegebedürftig gelten kann, sowie die Festlegung auf bestimmte 'Verrichtungen', also die Abjektion der relationalen Elemente von Care, begrenzt die Kosten der Gesundheitsversorgung. Damit realisiert sich auch das polit-ökonomische Ziel, die Care-Bereitschaft von Angehörigen zu fördern und Anreize für die häusliche (unentgeltliche) Versorgung zu bieten[15] (Evers 1995; Schneider/Reyes 2007). Care-*Arbeit* wird damit (erneut) unsichtbar gemacht und entweder weiterhin unbezahlt oder schlecht bezahlt von Ehefrauen, Nachbarinnen oder (illegalisierten) Migrantinnen unentgeltlich bzw. bezuschusst durch die Pflegeversicherung geleistet (vgl. auch Naegele 2014, 26).

Auch die engen Zeitbegrenzungen, die für die einzelnen 'Verrichtungen' ausgegeben werden, sind – wie weiter oben gezeigt wurde – ökonomisch motiviert. Damit umfassen die oben beschriebenen Ausschlüsse eindeutig die ökonomische Dimension der Wert-Abjektion (vgl. Teil III). Es zeigt sich hier, wie die im Kapitel III.2.3.2 beschriebene Schwierigkeit der Kommodifizierung von Care, dass nämlich Care als Beziehung, die auf Vertrauen aufbaut, sich jener widersetzt, in der deutschen Pflegepraxis 'gelöst' wird. Der eigentliche Inhalt von Care wird abjekt und der abrechenbare Fokus liegt dann auf den 'Verrichtungen' die sich meist eher auf den objektivierbaren Körper beziehen.

Außerdem – so könnte aus der kulturell-symbolischen Perspektive der Wert-Abjektion argumentiert werden – ist die Einteilung in 'Verrichtungen' und der Ausschluss emotionaler, psychosozialer und teilhabebezogener Bedürfnisse, sofern sie sich nicht auf diese 'Verrichtungen' beziehen, sowie die genaue Zeittaktung auch

15 Die Angehörige, die Pflege leistet, hat zwar die Möglichkeit. die Bezüge aus der Pflegeversicherung zu erhalten. Allerdings wird aus der im Kapitel VI.2.1. angeführten Höhe der Beträge und des tatsächlichen Bedarfs an Pflege deutlich, dass der umgerechnete Stundenlohn sehr niedrig ist (vgl. auch Schneider/Reyes 2007).

eine Weise, das Unstrukturierte und Leiblich-Diffuse zu ordnen und einzuteilen. Indem die 'Verrichtungen' des täglichen Lebens genau definiert werden, können sie nicht nur einer exakten Zeit zugewiesen und abgerechnet werden, sondern sie werden auch handhabbar im Sinne einer Bewältigung von (leiblichen) Verletzbarkeiten gemacht. Cornelia Klinger ist der Ansicht, dass das von Christa Schnabl treffend formulierte Leitbild der Moderne – „eine Gesellschaft, in der niemand Fürsorge vollbringt und zugleich niemand der Fürsorge bedarf" (Schnabl zit. nach Klinger 2012, 270) – sich im Neoliberalismus verändert hat. Nach Klinger herrscht heute ein anderes Bewusstsein für die Kontingenzbewältigung. An die Stelle der „Verleugnung" tritt in der „postmodernen Wellness-Gesellschaft die Vorstellung von Bedienung, ja sogar Verwöhnung psychischer und physischer Bedürfnisse aller Art. Der Leib hört auf, *pudendum* oder *scandalon* zu sein." (Klinger 2012, 270)

Diese Thesen gilt es zu differenzieren. Zwar besteht sicherlich im Neoliberalismus ein anderes Bewusstsein für die Kontingenzbewältigung. Aber der Leib hört nur dort auf, „*scandalon*" zu sein, wo genügend Kapital bzw. Geld (eine ähnliche Argumentation doch auch bei Klinger 2012) für die oben beschriebene „Bedienung" zur Verfügung steht. Im Rahmen sozialstaatlicher Organisation (bzw. der Pflegeversicherung) bleiben die alten Tendenzen, die Kosten der Kontingenz auszulagern, bestehen. Dies kann durch die in Kapitel I.3.2.3 eingeführte phänomenologische Perspektive, die den Körper in seinem Doppelsinn begreift, näher verdeutlicht werden. Meiner Ansicht nach werden hier, um die Kosten in Grenzen zu halten, die beherrschbaren und in-wertsetzbaren Anteile, die eher auf der körperlichen Ebene angesiedelt sind, kommodifiziert. Gleichzeitig basiert diese Kommodifizierung auf der Verwerfung der relational-leiblichen Dimensionen der Arbeit, die eben nicht in-Wert gesetzt werden können, so dass sie, teilweise unbezahlt geleistet werden. Das Leiblich-Diffuse, das nicht kommodifiziert werden kann, bleibt m.E. zumindest im Altenpflegeberich und im Rahmen der Pflegeversicherung ein *scandalon*. Ganz im Sinne von *thinly embodied labor* werden nur die Arbeit am objektivierten Körper und damit die mechanischen Elemente von Care im Gegensatz zu den relational-leiblichen Elementen fokussiert und in-Wert gesetzt. Welche Auswirkungen diese Abjektionen auf die konkreten Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse haben, werde ich im folgenden Kapitel (VI.3) erörtern, das sich überwiegend mit einer Analyse der institutionellen Ausgestaltung der ambulanten Pflegearbeitsverhältnisse und der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auseinandersetzt. In einem weiteren Schritt (Teil VII) werden die Erfahrungen von Pflegerinnen bezogen auf das Feld der ambulanten Pflege analysiert. Dabei wird deutlich, dass die Pflegerinnen die Abjektion von Care z.B. durch unbezahlte Arbeit auffangen.

3. Auswirkungen der neoliberalen Restrukturierungen auf die Pflegeinfrastruktur und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der ambulanten Pflege

Qualitativ-empirische Untersuchungen von Slotala und Bauer (2009) und Slotala (2011) zeigen, dass nicht alle Pflegedienste gleichermaßen mit der oben beschriebenen Ökonomisierung und den damit einhergehenden Vorgaben zur Kosteneinsparung und Effizienzanforderungen umgehen. Die Pflegedienste haben laut Slotala (2011, 189f.) einen massiven Einfluss und Spielraum, die Sparvorgaben in verschiedener Weise umzusetzen. Die Autoren teilen die Pflegedienste daher in zwei Gruppen ein: Bei denjenigen Pflegediensten, die die oben genannten Maßnahmen zur Kostensenkung zwar umsetzen, diese aber immer wieder an die Bedingungen der Pflege und des Versorgungsauftrags rückkoppeln, werden keine betriebswirtschaftlichen Methoden eingesetzt, der Druck wird v.a. über Kürzungen von Pflegezeit bzw. -einsätzen weitergegeben. Bei der zweiten Gruppe hat eine betriebswissenschaftliche Logik Einzug gehalten und zu weitergehenden Restrukturierungen geführt. Zu den Maßnahmen gehören: Flexibilisierung von Arbeitszeiten, Arbeitsverdichtung durch radikale Verkürzung der Einsatzzeiten, Verlagerung der Versorgungsverantwortung auf die Nachfrageseite (Zuzahlungsbereitschaft), Erstellung von Verfahrensstandards (betriebliche Rationalisierung der häuslichen Versorgung), vermehrter Einsatz von Hilfspersonal in der Pflege (Slotala/Bauer 2009, 62). Deutlich ist allerdings auch, dass alle Pflegedienstleister sich der Konkurrenz nicht entziehen können und diejenigen im Wettbewerb begünstigt werden, die sich auf betriebswirtschaftliches Handeln spezialisieren (Slotala 2011, 198).

3.1 Konkurrenz und der Aufstieg privater Pflegeunternehmen

Aus dieser Konkurrenz gehen die privaten Pflegeunternehmen auch bezogen auf die Pflegeinfrastruktur gestärkt hervor. Slotala und Bauer (2009, 55f.) stellen fest, dass an der Entwicklung der Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung die Privatisierung der Versorgungsstrukturen am auffälligsten ist. Die Zahl der privaten Anbieter in der ambulanten Pflege nimmt seit Einführung der Pflegeversicherung stetig zu (Statistisches Bundesamt 2009, 2013; siehe auch Senghaas-Knobloch 2010, 97). Lag deren Anteil im Jahr 1999 noch bei 51 Prozent (Slotala 2011, 20), so waren im Jahr 2011 schon 63 Prozent der ambulanten Dienste in privater Trägerschaft, 36 Prozent der Dienste waren freigemeinnützig und 1 Prozent öffentlich (Statistisches Bundesamt 2013).

Allerdings werden noch immer mehr Pflegebedürftige von Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft versorgt (2011 waren es 50 Prozent, vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Die Tendenz scheint aber auch in Richtung der privaten Pflegedienste zu gehen (Slotala 2011, 20).

Auch Diana Auth sieht die privaten Anbieter als die Gewinnerinnen des Ausbaus der marktorientierten Pflegestruktur und der politisch gewollten Konkurrenz zwischen den Trägern. Die neu entstandene Konkurrenz und die neue Trägerstruktur wirken sich auch auf die Löhne der Beschäftigten aus: „Faktisch fallen weder die Beschäftigen der privaten Träger noch der Großteil der Beschäftigten kirchlicher oder sonstiger freigemeinnütziger Träger in den Geltungsbereich von Tarifverträgen." (Auth 2013, 4) Hatten sich die Wohlfahrtsverbände (deren lang geltende Vorrangstellung nicht mehr besteht; siehe VI.1.2) lange Zeit an den Tarifabschlüssen des öffentlichen Diensts orientiert („Dritter Weg"[16]), geben sie diese Orientierung aufgrund des Kostendrucks und der Konkurrenzsituation zunehmend auf (Auth 2013, 4) und richten ihr Management immer ausgeprägter an Standards privater Unternehmen aus (Theobald u.a. 2013, 31; vgl. Dahme u.a. 2008).

Konkreter betrachtet funktionieren die gewollte Konkurrenz zwischen freigemeinnützigen und privaten Anbietern und der Druck, der sich auf die Löhne auswirkt, folgendermaßen: In so genannten Pflegesatzverhandlungen, die zwischen den Pflegekassen und den Anbietern geführt werden, werden Pflegeangebote ausgehandelt und Kosten kalkuliert. Darauf aufbauend werden in Verträgen mit den einzelnen Anbietern oder deren Repräsentanten, wie etwa den Wohlfahrtsverbänden, Preise und Pflegeangebote festgelegt.

> Erwünscht wird eine Preis- und Qualitätskonkurrenz, womit nicht nur unterschiedliche Preise für differenzierte Pflegeangebote möglich werden, sondern aufgrund zumeist unterschiedlicher (Lohn-)Kostenstrukturen einer Einrichtung,

16 „Auf der Grundlage des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechts der Kirchen haben die katholische und evangelische Kirche zur Festlegung der Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein eigenes Arbeitsrechtssystem geschaffen. Dieses System wird als Dritter Weg bezeichnet (in Abgrenzung von Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften – Zweiter Weg – und einseitigen Festlegungen der Tarife durch die Arbeitgeber – Erster Weg). Im Dritten Weg werden die Arbeitsbedingungen für die einzelnen Dienstverhältnisse nicht durch Abschluss von Tarifverträgen nach dem Tarifvertragsgesetz festgelegt. Vielmehr erfolgt eine Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Gestaltung des kirchlichen Arbeitsvertragsrechts durch paritätisch besetzte Kommissionen nach kircheneigenen Ordnungen." (Kühnlein/Wohlfahrt 2006, 392).

> beispielsweise durch einen verschieden hohen Anteil an geringfügig beschäftigten Pflegekräften, können die Kosten ähnlicher Leistungen differieren. Aufgrund der Konkurrenzsituation auf dem Pflegemarkt forciert diese Vorgehensweise Rationalisierungsanstrengungen der Anbieter, die sich in einer Ausdifferenzierung der Beschäftigungsbedingungen niederschlagen. (Theobald u.a. 2013, 30)

Laut Gertrud Kühnlein folgen die Personalverantwortlichen sozialer Dienste dabei oftmals dem „scheinbar einfachsten Prinzip: Sie geben den Druck der neuen unternehmerischen Risiken nach unten weiter und verkaufen dies als notwendige, weil einzig mögliche Konsequenz aus den veränderten politischen Rahmenbedingungen." (Kühnlein 2007, 39).

Der Autorin zufolge hat die marktförmige Restrukturierung des sozialen Sektors v.a. dazu geführt, dass im Bereich Personal Veränderungen eingeleitet wurden, um Kosten einzusparen. Dabei misst sie der Ablösung des Bundesangestellten-Tarifvertrages (BAT) durch den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) im Jahr 2005 eine große Bedeutung bei. Durch die damit einhergehende Erosion des Flächentarifvertrags im sozialen Sektor kommt es zu einem „Wettlauf um die Absenkung der Personalkosten" (Kühnlein 2007, 37). Das bedeutet also, dass diese Konkurrenz eine Spirale nach unten in Gang setzt, die Pflegeangebote billiger anzubieten. Dies rechnet sich für die Pflegeunternehmen allerdings nur, wenn sie die „(Lohn-)Kostenstrukturen" gering halten.

3.2 Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Qualitätssicherung

Eingeführte Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auf Bundesebene festgeschrieben sind und daher für alle gelten, sollen trotz Konkurrenzsituation die Pflegequalität sichern bzw. sogar verbessern. Durch die eigeführten Standards und die damit einhergehende starke öffentliche Kontrolle und den Einfluss der Marktprinzipien – so kritisiert Evers (2011, 277ff.) – entspricht die derzeitige Situation in Deutschland nicht dem Konzept eines Welfare Mix, das zur Begründung der Marktöffnung herangezogen wurde. Diesem Konzept zufolge sollte eine Wahlfreiheit und eine Erweiterung des Pflegeangebots durch eine Mischung aus privaten, staatlichen und wohlfahrtsstaatlichen Angeboten geschaffen werden. Allerdings, so Evers, gibt es mittlerweile nur noch wenig Unterschiede zwischen freigemeinnützigen und kommerziellen Anbietern und damit dann auch kein erweitertes Angebot (Theobald u.a. 2013, 31). Es kommt also statt zu einer Erweiterung des pflegerischen Angebots zu einer Angleichung an die Standards privater Unternehmen. Auch Slotala und Bauer (2009, 56) konstatieren, dass

marktwirtschaftliche Interessen und der davon ausgehende Kostendruck sich nicht nur auf die Löhne auswirken, sondern die medizinische und pflegerische Versorgung aller Bereiche, unabhängig von der Trägerschaft, beeinflussen.

3.3 Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse

Die neoliberalen Transformationen – hier besonders die Veränderungen durch die Einführung der Pflegeversicherung und die damit einhergehende Ökonomisierung und faktische Privatisierung der Pflegeinfrastruktur – haben auch Auswirkungen auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse der Arbeitnehmer_innen im Pflegesektor: Es kommt zu einer deutlichen Expansion der Beschäftigung. Diese ging mit Anstrengungen einher, die Qualifikation in dem Bereich zu erhöhen, so kommt es 2003 zu einer Reform der Altenpflegeausbildung, die das Niveau der Ausbildung auf Bundesebene vereinheitlichte (Theobald u.a. 2013, 37; vgl. Kap. V.2). Allerdings verschlechterten sich insgesamt die Beschäftigungsbedingungen und gleichzeitig entstand eine Polarisierung der Bedingungen für verschiedene Beschäftigungsgruppen in der Pflege.

> Wie aus den Analysen der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens deutlich wird, bewirkt die neoliberale Umgestaltung in den Arbeitsfeldern der beruflichen Pflege eine allmähliche Übertragung von Pflegetätigkeiten an Hilfskräfte, geringfügig Beschäftigte, wenn nicht gar an Laien. Hoch qualifizierte Pflegefachkräfte werden zukünftig wohl nur noch in einigen wenigen Teilbereichen gesucht werden. (Krampe 2003)

Die Veränderungen der Arbeitsverhältnisse und der Beschäftigungsstruktur im Pflegesektor lassen sich als Prekarisierung[17] von Pflegearbeit bezeichnen (Auth 2013).

3.3.1 Prekarisierung der Arbeit

Die Prekarisierung der Arbeit ist auch an der Ausweitung atypischer Beschäftigungsformen, wie Teilzeitbeschäftigung und darin besonders geringfügige Be-

17 Prekarisierung kann hier ganz allgemein gefasst werden als, Senkung des gesamten Niveaus sozialer Rechte im Zuge der Implementierung neuer Formen der Arbeit und Subjektivitäten (Candeias 2004, 399). Den Anstoß zur Diskussion über prekäre Arbeit und „Prekarisierungstendenzen" in der Gesellschaft gaben soziale Bewegungen schon in den 1990er-Jahren (Roth 1994); sie wurde in den darauffolgenden Jahren von Wissenschaftlern aufgenommen und ausgebaut (Castel 2000; Castel/Dörre 2009; Dörre 2003).

schäftigungsformen, zu erkennen. Die negativen Folgen von Teilzeitbeschäftigung (und besonders geringfügiger Beschäftigung) zeigen sich in der Erwerbsbiographie in geringeren Partizipationschancen, geringeren Einkommens- und Karrieremöglichkeiten sowie einem eingeschränkten Zugriff auf Leistungen der sozialen Sicherung (Theobald u.a. 2013, 38).

Im Jahr 2011 arbeiten 290.714 Beschäftigte im ambulanten Pflegesektor, der weitaus größte Teil ist weiblich (88 Prozent). Die Anzahl des Personals ist von 1999 bis 2011 um 58 Prozent gestiegen, was vom starken Ausbau des Sektors zeugt, auch wenn die Zahl der ambulanten Dienste im gleichen Zeitraum nur um 14 Prozent gestiegen ist (Barmer GEK 2013, 112). Das liegt daran, dass der Ausbau des Sektors mit einem Konzentrationsprozess einhergeht, die ambulanten Dienste größer werden und jeweils mehr Pflegebedürftige versorgen (Barmer GEK 2011, 90). Die Mehrheit der Mitarbeiter_innen in ambulanten Einrichtungen ist in Teilzeit beschäftigt (70 Prozent). Davon sind 21 Prozent der Arbeitnehmer_innen geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2013). Bei den geringfügig Beschäftigten handelt es sich oftmals um Pflegekräfte ohne pflegerische- oder mit Helfer_innenqualifikation oder um Angestellte im hauswirtschaftlichen Bereich (Theobald u.a. 2013, 38). Die Einführung von atypischer Beschäftigung wird im Pflegesektor mit der Notwendigkeit, Kosten zu reduzieren und eine flexible, an den Nutzer_innen orientierte Dienstleistung anzubieten, begründet (besonders abends und morgens besteht ein erhöhter Pflegebedarf).

Diese Entwicklungen gehen auch mit Löhnen, die geringer sind als in den Tarifabschlüssen festgelegt, und mit einer Spreizung der Löhne innerhalb der Gruppe der Beschäftigten einher (Kühnlein 2007, 35f.; Theobald u.a. 2013, 39). Heinz-Jürgen Dahme und Norbert Wohlfahrt diagnostizieren daher ein „Dilemma, in dem die Beschäftigten in den sozialen Diensten sich gegenwärtig befinden: man erwartet deren Flexibilität, erhöhte Leistungen und ein gestiegenes Qualifikationsprofil bei gleichzeitig sinkenden Einkommen." (Dahme/Wohlfahrt 2007, 33)

Im Jahr 2010 wurde ein gesetzlicher Mindestlohn für die Ausführung grundpflegerischer Tätigkeiten eingeführt, um weiteres Lohndumping zu verhindern (Theobald u.a. 2013, 39). Dieser lag im Jahr 2013 bei 9 Euro pro Stunde im Westen bzw. 8 Euro im Osten Deutschlands und wird im Jahr 2015 auf 9,40 Euro pro Stunde im Westen bzw. 8,65 Euro im Osten ansteigen (Der Tagesspiegel, 5.9.2014).

Die ambulante Pflege ist stark auf grundpflegerische Tätigkeiten fokussiert. Für 70 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2011 war dieser Bereich der überwiegende Tätigkeitsbereich (Barmer GEK 2013, 114). Allerdings zeigen

sich Bestrebungen, diese Infrastruktur durch eher sozial oder alltagspraktisch orientierte Tätigkeiten auszudifferenzieren. Dazu wurden im Rahmen der Pflegeversicherung Regelungen etabliert (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008), um den Einsatz von ehrenamtlich Tätigen, die gegen Aufwandsentschädigungen arbeiten, zu fördern oder Betreuungstätigkeiten zu definieren, die unterhalb der Fachqualifikation ausgeführt werden können. Dies führt nicht nur zur Entwertung pflegerischer Tätigkeiten, sondern erschwert durch die größere Differenzierung die ganzheitliche und integrierte Betreuung Pflegebedürftiger (Theobald u.a. 2013, 39). Darüber hinaus zeigt sich dadurch erneut die Abwertung dieser Tätigkeiten als unqualifizierte, deren Ausübung scheinbar keiner Ausbildung bedarf (vgl. Kap. V.3).

Resümierend kann daher für diesen Abschnitt festgehalten werden, dass im ökonomisierten und kommodifizierten Pflegesektor die Kosten darüber gesenkt werden, dass die Arbeit auf vielfältige Weise billiger und damit gleichzeitig aber auch prekärer wird. Darüber hinaus – so zeigt sich im nächsten Kapitel – werden noch weitere Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten, wie die Taylorisierung der Arbeit, eingeführt.

3.3.2 Arbeitsorganisation: Taylorisierung und „traditionelle Entgrenzung"

Relativ übereinstimmend kann für die ambulante Pflege von einer Zunahme des Arbeitstempos gesprochen werden (Barthelme u.a. 1999; Bauer-Sternberg u.a. 2008; Büssing u.a. 2005). So kommt beispielsweise eine gemeinsame Studie der DAK und der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW), die ambulant tätige Pflegekräfte nach den Veränderungen der letzten Jahre befragt, zu dem Ergebnis, dass die Zunahme des Arbeitstempos die größte und in den meisten Fällen negativ bewertete Veränderung darstellt, die auch in Zusammenhang mit der deutlichen Zunahme von körperlichen Belastungen gestellt wird (DAK-BGW 2006, 69f.). Diese Wahrnehmung korreliert auch mit der in Kapitel VI.2.4 herausgearbeiteten Zeitbegrenzung durch die Abrechnung von Leistungskomplexen sowie mit den Beschreibungen der Pflegerinnen (vgl. Teil VII). Theobald, Szebehely und Preuß bemerken dazu: „Zeitdruck schlägt sich in einer subjektiv wahrgenommenen zu geringen Zeit für die zu Betreuenden nieder und führt dazu, dass auf Pausen verzichtet wird und Überstunden anfallen." (Theobald u.a. 2013, 41) Die Belastung wiederum beeinträchtigt auch das Privat- und Familienleben und die Möglichkeit zur Erholung. Diese Entwicklung sowie Phänomene wie die oftmals kritisierte kurzfristige Dienstplanung und das spontane 'Einspringen' als Krankheitsvertretung könnten mit dem in der

Arbeitsforschung prominent gewordenen Begriff der Entgrenzung der Arbeit im Neoliberalismus (Voß 1998) gefasst werden. Allerdings weisen Autor_innen wie Nowak, Hausotter und Winker mit Bezug auf Dunkel (2005, 238) zu Recht den Begriff der Entgrenzung für die Altenpflege zurück und sprechen dagegen von einer „traditionellen Entgrenztheit dieser Arbeitsverhältnisse", die sich allerdings mit der Einführung der Pflegeversicherung und der damit einhergehenden Vermarktlichung verschärft hat (Nowak u.a. 2012, 38). Im Einklang mit den in Kapitel V.1 ausgeführten Beschreibungen der Entwicklung der Pflege als Beruf betrachten die Autorinnen Arbeit im Pflegesektor in Deutschland als „insofern traditionell entgrenzt, als ihre Organisation systematisch darauf baute, dass es diesem christlichen Verständnis folgend für Pflegende keine Grenzen zwischen der Pflegearbeit und ihrem sonstigen Leben gab." (Nowak u.a. 2012, 38)

Das oben beschriebene Zeitregime, das zu einer engen Taktung der Arbeitsabläufe führt, kann auch als „Quasi-Taylorisierung" der Arbeit (Pfau-Effinger u.a. 2008, 85) verstanden werden. Taylorismus bezeichnet eine „bisher vor allem in ausführenden Bereichen dominante Leitphilosophie für die Arbeitsgestaltung und die Nutzung von Arbeitskraft" (Matuschek u.a. 2008, 50) und stellte eine klassische Arbeitsorganisation in der Phase des Fordismus dar. In der Einleitung zur Ausgabe „Umkämpfte Arbeit" beschreibt die Redaktion der Zeitschrift Prokla diese Arbeitsorganisation in der Phase des Fordismus folgendermaßen:

> Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs haben sich in der Bundesrepublik Verhältnisse herausgebildet, die später vielfach als 'fordistisch' bezeichnet wurden. Gemeint war damit die Durchsetzung tayloristischer Arbeitsorganisation verbunden mit fortschreitender Mechanisierung und Bürokratisierung des Arbeitsprozesses. Konzepte dieser Art gingen in erster Linie auf die USA zurück, wo Frederick Taylor bereits vor dem Ersten Weltkrieg hoffte, mit Hilfe seiner 'wissenschaftlichen Betriebsführung' den Eigensinn der Arbeiterschaft zu brechen und sie mit Hilfe von autoritativer Anleitung und Lohnanreizen auf die Ziele des Kapitals zu verpflichten. (Prokla-Redaktion 2008, 2f.)

Doch im Zuge des 'Wandels der Arbeit', der v.a. seit dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts die kapitalistische Arbeitsgesellschaft modernisiert hat, (Böhle u.a. 2010, 11) werden in der Arbeitssoziologie oftmals postfordistische bzw. neoliberale Arbeitsformen, die als subjektiviert, entgrenzt und de-standardisiert bzw. enttaylorisiert gelten, diagnostiziert und den taylorisierten Formen entgegengesetzt (Matuschek u.a. 2008, 49). In Opposition dazu haben Matuschek, Kleemann und Voß (2008) das Konzept der „subjektivierten Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson" herausgearbeitet und damit die Dichotomisierung aufgelöst. Ihrer Ansicht nach kann die neoliberale Arbeitsorganisation im Dienstleistungssektor

vielmehr als Kombination fordistischer und postfordistischer Organisationsformen dargestellt werden.

Vor allem feministische Forschung vertritt ebenfalls eine sehr prononcierte Kritik an der einfachen Gegenüberstellung von 'taylorisiert' im Fordismus und 'ent-taylorisiert' und 'entgrenzt' im Neoliberalismus. Auch wenn den Diagnosen 'Entgrenzung' und 'Subjektivierung' zugesprochen wird, dass sie bedeutsame Veränderungen beschreiben, wird v.a. bemängelt, dass eine so klare Unterscheidung und Einteilung in fordistische und postfordistisch/neoliberale Arbeitsorganisation nur vorgenommen werden kann, wenn die Analyse nur bestimmte Sektoren fokussiert, nämlich fordistische Leitindustrien einerseits und die neuen Dienstleistungsbereiche im Neoliberalismus andererseits. (Aulenbacher 2009, 67; vgl. auch Matuschek u.a. 2008). Dabei werden vielfältige Ausblendungen vorgenommen, z.B. wird dabei übersehen, dass auch im Fordismus 'klassische Frauenarbeit' subjektiviert und entgrenzt war, und andererseits gerät aus dem Blick, dass genau jene Arbeiten im Neoliberalismus taylorisiert organisiert sind. Diese Ansicht vertritt auch Brigitte Aulenbacher (2009) und bezieht sich dabei auf Karin Gottschall. Die weiter oben beschriebene Ökonomisierung bzw. von der Autorin als Markteffizienz beschriebene Entwicklung geht nicht nur „zum einen mit einem Neuzuschnitt und einer Neuverteilung von Arbeit zwischen Privatwirtschaft, Staat, Drittem Sektor und Privathaushalt ", sondern auch „mit einer Taylorisierung der Arbeitsvollzüge einher, welche die Qualität der Arbeit bis hin zur Zerstörung von Fürsorglichkeit beeinträchtigen, mit De-Professionalisierungsprozessen und mit der zusehends informellen Nutzung von Kompetenzen der Beschäftigten." (Aulenbacher 2009, 68)

Konkret kann daher von einer „subjektivierten Taylorisierung" in der ambulanten Altenpflege gesprochen werden, wie sie von Matuschek, Kleemann und Voß im Kontext von Call-Center-Arbeit verstanden wird als Verbindung „tayloristischer Formen rigider Fremdbestimmung mit Elementen selbstorganisierter und dadurch Subjektivität verstärkt nutzender Arbeit" (Matuschek u.a. 2008, 50). Angelehnt an das Konzept der Autoren gehören zu den Maßnahmen in der ambulanten Pflege z.B. zentralistisch strukturierte Arbeitszeitmodelle, die auch außerplanmäßige Einsatzzeiten gewährleisten, Vorgaben über die Anzahl der Pflegeeinsätze und genaue Aufgaben- ('Verrichtungen') und Zeiteinteilung in der Pflege (vgl. Kap. VII). Die Maßnahmen erlauben auch in der Pflege von einer "assembly line in the head" (Taylor/Bain 1999) zu sprechen. Die klaren und zeitlich getakteten Arbeitsvorgaben in der Pflege unterlaufen – ähnlich wie es die Autoren für Call-Center analysiert haben (Taylor/Bain 1999, 101ff.; Matuschek u.a. 2008, 53) – die Autonomie im Arbeitsprozess und stellen vielmehr, v.a. kom-

biniert mit neuen Technologien, eine Form rigider Kontrolle dar. Der Versuch, die Kosten für Care zu reduzieren, verläuft also über den Ausschluss relationaler Care-Teile ('Verrichtungen') und die damit einhergehende Zergliederung der Arbeit, die hier als Taylorisierung beschrieben wurde (für konkrete Analysen zur Taylorisierung der Arbeit in ambulanten Pflegediensten siehe Kap. VII.2.2).

Resümierend werden die Veränderungen im Pflegesektor in einem Positionspapier des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und der Friedrich-Ebert-Stiftung festgehalten, dessen Inhalte gemeinsam von Expert_innen aus verschiedenen gesellschaftlichen Feldern, wie u.a. den Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, der Kommunal- und Landesverwaltung, dem MDK und auch den Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit, erarbeitet wurden:

> Die Entwicklung des SGB XI hat ein 'Produktdenken' und eine Kommerzialisierung in der Pflege bewirkt, deren schädliche Auswirkungen in der gehetzten Minutenpflege, *fehlender Beziehungspflege* und hoch belastetem Personal sichtbar werden. Wettbewerbs- und Konkurrenzfähigkeitskriterien, die Orientierung auf den niedrigsten Preis in den Vergütungsverhandlungen und die lange ausgebliebene Dynamisierung der Leistungsbeträge befördern den Rationalisierungsdruck. Der mit dem Teilleistungssystem verbundene Finanzdeckel fördert zusammen mit der auf dem Verrichtungsbezug beruhenden Praxis eine Wahrnehmung der Rationalisierbarkeit der Pflege. Diese Sicht lässt außer Acht, dass Pflegequalität auch *zugewendete Zeit* beinhaltet und deshalb *einer anderen Logik* folgt als die Arbeit zur Produktion von Gütern. Kurz: Zeitrationierung bedeutet Qualitätsminderung. (Engelmann u.a. 2013, 10, Hervorh. B.M.)

In diesem Kapitel wurde deutlich, wie sich die neoliberalen Veränderungen im Pflegesektor auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auswirken. Es zeigen sich vielfältig negative Konsequenzen, die auch durch die Konkurrenz zwischen den Pflegeunternehmen ausgelöst werden, wie etwa die fehlende Zeit für die Beziehungspflege und generell der Zeitdruck, der mit der Taylorisierung der Arbeit einhergeht und der sich mutmaßlich auf Pflegekräfte und zu Pflegende gleichermaßen auswirkt. Im nächsten Kapitel werden vor dem Hintergrund dieser Veränderungen diese Auswirkungen v.a. in Bezug auf die Beschäftigten in der ambulanten Pflege mikroanalytisch analysiert. Grundlage dieser Analyse bilden Interviews, die ich mit Pflegerinnen (vgl. Einleitung 3.) geführt habe, um herauszufinden, wie sie die Veränderungen im Pflegebereich wahrnehmen, was sich verändert hat und welche Belastungen sich dadurch ergeben. Dabei wurde mein generelles Interesse von den Fragen geleitet: Wie wirken sich die Abjektionen von Care auf die ambulante Pflege bzw. auf die Pflegearbeitsverhältnisse aus und wie gehen die Pflegerinnen damit um?

Teil VII
Care- und Pflegearbeitsverhältnisse aus Sicht der Pflegerinnen

1. Care in der ambulanten Pflege – Ziele der Interviewanalyse

Die Analyse in den vorangegangenen Kapiteln (VI.2, VI.3) konnte nachzeichnen, wie die Prozesse der Ökonomisierung, Kommodifizierung und Vermarktlichung der Pflege und die damit zusammenhängende Abjektion relationaler, emotionaler, psychosozialer und teilhabebezogener Elemente verlaufen und welche Auswirkungen diese Entwicklung auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Pflege haben. In diesem Kapitel hingegen beschäftige ich mich mit der Frage, wie Pflegerinnen der ambulanten Pflege selbst die Ökonomisierung und die damit einhergehende Abjektion von Care wahrnehmen und welche konkreten Auswirkungen diese aus ihrer Sicht haben. Konkreter formuliert frage ich im Anschluss an die „W-Fragen" der Grounded Theory (vgl. Einleitung 3.), *was* von den Pflegerinnen konkret als problematisch in der ambulanten Pflegearbeit dargestellt wird und *wie* sich die Problematiken als Abjektionen theoretisieren lassen. Ich möchte wissen, *wie* die von mir als Verwerfungen theoretisierten Mechanismen erlebt werden und ob die Daten darüber Aufschluss geben, *wie* und *wodurch* es zu den Abjektionen kommt. Mit der letztgenannten Frage verfolge ich das Ziel, Begründungen für die Abjektion von Care auch anhand der Aussagen der Pflegerinnen herauszuarbeiten. Darüber hinaus interessiert mich, *was* mit dem Abjekten, mit dem, was explizit ausgeschlossen ist, in der Alltagspraxis der Pflegerinnen geschieht bzw. *wozu* die Abjektionen führen? Meine Analyse zielt auf alle genannten Fragen, jedoch liegt der Fokus auf der Frage, *was* konkret abjekt ist, sowie auf den *Konsequenzen*, die die Abjektion von Care auf die Arbeitsbedingungen im Feld der ambulanten Pflege hat.

Das Hauptziel der Interviewanalyse liegt in der Entwicklung einer Kernkategorie, (auch im Sinne eines Hauptphänomens) von der aus die Geschichte, wie sie sich aus den Interviewdaten herausfiltern lässt, erzählt werden kann. Darüber

hinaus besteht das Anliegen, die Relationen dieser Kernkategorie mit allen andern Kategorien zu untersuchen und darzustellen (vgl. Einleitung 3.).

2. Care- und Pflegearbeit im ambulanten Pflegesektor im Neoliberalismus – Die Sicht der Pflegerinnen

Als eine solche Kernkategorie konnte die Abjektion der relational-leiblichen Dimension der Care(-Arbeiten), also die Abjektion des eigentlichen Care-Inhalts (vgl. Kap. I.3.2) herausgearbeitet werden. Wie in der vorangegangenen Analyse der einschlägigen Dokumente (Gesetz zur Pflegeversicherung, Richtlinien des MDS, Modul-Leistungskomplexe; vgl. Kap. VI.2) deutlich wurde, besteht ein Ausschluss emotionaler, kommunikativer oder auf Teilhabe bezogener Bedürfnisse bzw. Tätigkeiten, die sich auf diese Bedürfnisse beziehen.

Auch in der Mikroanalyse des Interviewmaterials konnte die Abjektion begrifflich präziser gefasst und damit nachvollzogen werden, was aus Sicht der Pflegerinnen alltäglich aus der Arbeit ausgeschlossen wird und welche Gemeinsamkeiten die verworfenen Elemente haben (siehe Kap. VII.2.1). Außerdem zeigt die Mikroanalyse auf, was mit dem Abjekten und damit dem eigentlichen Inhalt von Care passiert bzw. welche Auswirkungen die Abjektion auf die konkrete Pflegearbeit hat (Kap. VII.2.3) und wie sich die Abjektion auf die Arbeitsorganisation auswirkt.

Konkret konnten aus dem Material folgende Kategorien herausgeschält werden:

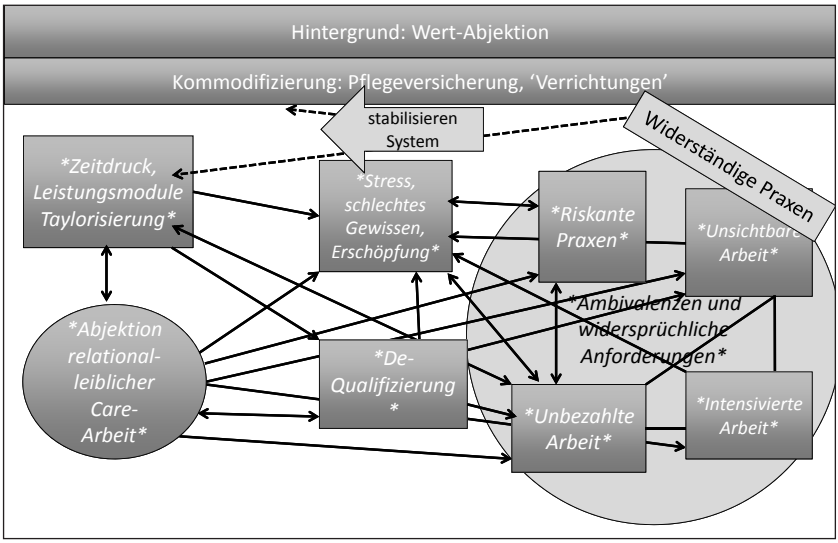
- *Abjektion relational-leiblicher Care-Arbeit*
- *Zeitdruck, Leistungsmodule, Taylorisierung der Arbeit*
- *Stress, schlechtes Gewissen, Erschöpfung*
- *De-Qualifizierung*
- *Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen. Relationalität zwischen unbezahlter und unsichtbarer Arbeit und riskanten Praxen*[1]

Die Abjektion relational-leiblicher Care-Arbeit als Kernkategorie wird im folgenden Modell mit Bezügen und Verflechtungen, mit allen Unterkategorien zusammenfassend dargestellt.

---

1 Die hier aufgeführten Kategorien (Unterthemen werden hier nicht dargestellt) sind auch im Folgenden kursiv und mit Stern gekennzeichnet, damit sie sich von anderen Kursivsetzungen unterscheiden, die nur der Betonung dienen.

Abbildung 2: Relationen zwischen den Kategorien und dem Phänomen der **Abjektion relational-leiblicher Care-Arbeit**



Quelle: eigene Darstellung

Das Phänomen bzw. die Kernkategorie des hier dargestellten Modells ist die **Abjektion relational-leiblicher Care(-Arbeit)**. Konkret zeigt sich die Abjektion von unstrukturiertem, diffusem, situativem, bedürfnisorientiertem Handeln sowie von Arbeit, die sich auf eher emotionale, psychosozial-affektive Bereiche bezieht. Der Begriff relational-leiblich umfasst als Oberbegriff beide Aspekte und wurde in Kapitel I.3.2 theoretisch entwickelt und in Kapitel VI.2 anhand der Gesetzeslage im Rahmen der Pflegeversicherung verdeutlicht.

Als Ursache für diese Abjektionen konnte die Kategorie **Zeitdruck, Leistungsmodule und Taylorisierung der Arbeit** herausgearbeitet werden, die wiederum mit der in Kapitel VI.2 und VI.3 beschriebenen Ökonomisierung und den Kommodifizierungen im Pflegesektor zusammenhängt. Die Pflegerinnen kritisieren die Abrechnung in Form von Leistungskomplexen und den daraus resultierenden Zeitdruck, wobei dabei teilweise implizit, teilweise explizit ein Bezug zur Pflegeversicherung hergestellt wird. Außerdem kann in der hier vorgestellten Mikroanalyse die in Kapitel VI.3.3.2 herausgearbeitete Taylorisierung und Kontrolle der Arbeit anhand der Beschreibungen der Pflegerinnen illustriert werden.

Die Konsequenzen der Ökonomisierung und Kommodifizierung der Pflegearbeit und die damit einhergehende Abjektion von Care sind vielfältig und zeigen sich etwa in der **De-Qualifizierung** der Arbeit und der Pflegerinnen als Resultat der Zergliederung der Arbeit, aber auch als Resultat aktiver Verhinderungen des Einsatzes von Fähigkeiten, Qualifikationen und Erfahrungen. Die Abjektion relational-leiblicher Care-Elemente (und die damit einhergehende De-Qualifizierung) äußern sich nicht nur in **Stress*, *Burnout* und einem *schlechten Gewissen**, sondern auch als ***Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen**. Dabei konnten die widersprüchlichen Anforderungen an die Pflegerinnen aufgedeckt werden und die Schwierigkeit, mit diesen umzugehen. Häufig wird relational-leibliche Arbeit dennoch geleistet, teilweise als **unbezahlte**, aber auch als **unsichtbare** oder **intensivierte Arbeit** und teilweise als **riskante** oder **widerständige Praxis**, die als Unterkategorien sichtbar wurden. Dies liegt auch daran, dass gerade die relational-leibliche Care-Arbeit eine hohe Bedeutung für die Pflegerinnen hat, die es meiner Ansicht nach rechtfertigt, sie als den eigentlichen Care-Inhalt zu bezeichnen (vgl. Kap. I.3).

2.1 Phänomen: Abjektion relational-leiblicher Care(-Arbeit)

Die Aussagen der Pflegerinnen darüber, was sie in ihrer Arbeit nicht leisten können, werden von mir im Folgenden als Abjektion bestimmter Care-Elemente konkretisiert und sollen die bisher ausgearbeiteten Tendenzen der Abjektion von Care illustrieren und vertiefen. Die Abjektionen können m.E. insgesamt auf zwei Tendenzen hin zusammengefasst werden:

Einerseits bezieht sich die Kritik der Pflegerinnen darauf, dass sie oftmals das, was in der konkreten Pflegesituation notwendig wäre und sich an den Bedürfnissen der zu Pflegenden orientiert, nicht leisten können, sofern es nicht vorher vertraglich abgesichert wurde. Andererseits beanstanden die Pflegerinnen, dass *emotionale, psychosoziale* und *kommunikative* Arbeit nicht getan werden kann. Anhand solcher Passagen des Interviewmaterials und im Wechsel mit theoretischen Auseinandersetzungen zu Care(-Arbeit) in Teil I habe ich den übergeordneten Begriff der *relational-leiblichen Care-Arbeit* herausgearbeitet, der beide oben genannten Aspekte mit einbezieht. Durch die folgende Analyse kann nicht nur exakter dargelegt werden, was aus der konkreten Pflegearbeit ausgeschlossen ist, sondern auch, was die Pflegerinnen im Gegensatz zu den bestehenden Pflegebedingungen unter guter Care-Arbeit verstehen. Im Folgenden zeichne ich die Argumentationsführung direkt am Interviewmaterial nach, auch um zu zeigen, wie sich die Abjektion von Care ganz konkret auf den Arbeitsalltag der Pflegerinnen auswirkt.

Danach gefragt, wie es ihr in ihrem Beruf als Altenpflegerin geht, kommt Frau Schmidt[2] direkt auf die Belastung des Zeitdrucks in der Arbeit zu sprechen:

> also ich erzähle einfach, wo diese Arbeit eben ganz schnell gemacht werden muss, die da gemacht werden soll, aber nebenher läuft ja auch so ein menschliches Programm mit, diesen Menschen wahrnehmen, in der Eigenart und gucken, was ist sonst noch gefragt, was liegt an. Einfach weil das, es ist auch Beziehungsarbeit, also für mich, oder ich sehe das so. Und das, das leidet. Und da bleibt für mich immer zurück, da ist irgendwas nicht […] also es bleibt so ein Mangel für mich zurück, ich habe irgendwas nicht so machen können, wie es eigentlich auf so einer menschlichen Ebene nötig gewesen wäre. Ja. (B05, Abs. 20)

Frau Schmidt betont hier in vielfacher Weise die zentrale Problematik und Widersprüchlichkeit von kommodifizierter Care-Arbeit, die an anderer Stelle sowie auch in anderen Interviews immer wieder auftaucht und hier als Grundfigur gelesen werden kann. Sie zeigt einerseits auf, dass auch unter Zeitdruck „nebenher [...] ja auch so ein menschliches Programm" abläuft, den Menschen in seiner Subjektivität wahrzunehmen und zu spüren, was für Bedürfnisse dieser noch haben könnte, (vergleiche Anteilnahme im Care-Prozess, Kap. I.3.2.2) und streicht damit heraus, dass diese Arbeit nicht getrennt von dem menschlichen Aspekt getätigt werden kann, der das Gegenüber als Subjekt anerkennt bzw. wahrnimmt und gleichzeitig schaut, welche notwendigen Tätigkeiten darüber hinaus anstehen.

Daraus lassen sich schon zwei Aspekte herausstellen, die der Pflegerin zufolge zu der Arbeit dazugehören, die aber in den realen Arbeitsverhältnissen zu kurz kommen, die „leiden": sich der Eigenart/Subjektivität der zu Pflegenden gewahr werden und deren Bedürfnisse bzw. Notwendigkeiten der Versorgung erfassen. Frau Schmidt begründet das folgendermaßen: „Einfach weil das, es ist auch Beziehungsarbeit...". Zur Beziehungsarbeit gehören ihrer Meinung nach das Wahrnehmen der Eigenart und das Erkennen dessen, was sonst noch ansteht, dazu. Hier geht es also um Bedürfnisse, konkreter um nicht explizierte Bedürfnisse, die sich in Form von in der Situation anstehenden Notwendigkeiten, die von der Pflegekraft erkannt werden, äußern: „und gucken, was ist sonst noch gefragt, was liegt an". Wichtig erscheint mir auch an ihrer Aussage, dass hier Resonanz im Sinne des in Kapitel I.3.2.2 beschriebenen Care-Prozesses

2 Weitere Angaben zu den interviewten Pflegerinnen siehe Anhang 1. Die Namen und andere persönliche Angaben/Daten wurden anonymisiert. In einem Interviewvertrag wurde den Interviewteilnehmerinnen der Schutz der Daten garantiert.

angesprochen ist. Damit ist nicht das mechanische Abarbeiten klar definierter Aufgaben oder die Ausführung einer 'Verrichtung' im Sinne von *robotic care* gemeint, sondern eine körper-leibliche Interaktion im Sinne von *thickly embodied labor* (vgl. Kap. I.3.2.3).

Das Dilemma, das sich darin zeigt, dass für die Reaktion auf bestehende Bedürfnisse der Care-Erhaltenden keine Zeit bleibt, wird auch bei einer weiteren Pflegerin, Frau Adams, offensichtlich:

> Auf der einen Seite, denke ich, es ist jetzt notwendig, auf der anderen weiß ich, ich habe nicht die Zeit dazu, ich kann es nicht machen. (B04, Abs. 100)

Die (möglicherweise auch vom Care-Erhaltenden geäußerten) Bedürfnisse und im Moment erkannten Care-Erfordernisse, hier als „jetzt notwendig" bezeichnet, sind das, was oftmals nicht geleistet werden kann; „was ist sonst noch gefragt, was liegt an" (B05, Abs. 20), das scheint zu kurz zu kommen.

Dies verdeutlicht auch das nächste Zitat:

> Mittlerweile hat sich ganz viel geändert. Ich, wir haben nur noch Module, die gekauft werden. Alles, was nicht gekauft ist, darf ich nicht machen, auch wenn ich es sehe […] ich darf es einfach nicht tun, weil es nicht bezahlt wird, und ich muss auch mittlerweile in einer ganz bestimmten Zeit fertig sein und darf diese Zeit nicht überschreiten. (B04, Abs. 2)

Als ausgeschlossen kann hier das bezeichnet werden, was zwar als notwendig und als implizites Bedürfnis der zu Pflegenden betrachtet wird, aber eben nicht verordnet, vereinbart oder gekauft ist und daher nicht gemacht werden kann: das nicht modulförmig Gekaufte, sondern das Ungeplante oder Diffuse. Dieser Ausschluss kann sich einerseits auf affektiv-kommunikative Bedürfnisse beziehen, gleichwohl aber auch auf körperlich-medizinische Bedürfnisse (Behandlungspflege), wie das folgende Beispiel veranschaulicht:

> Ja, oder ich sehe jetzt: Oh, die hat da eine Druckstelle, ich müsste eigentlich jetzt einen Verband machen, muss ich erst eine Verordnung holen gehen, damit ich einen Verband machen darf, ja und wenn ich dann schnell was, irgendwas mache, damit es halt eben jetzt zu ist, ja, dann kriegen wir schon manchmal den Verband nicht genehmigt, weil der halt eben nicht verordnet war. (B04, Abs. 10b)

Oder es geht um andere pflegerische Bedarfe, die aus der Situation heraus entstehen:

> Solche Sachen, ja, wenn die Leute halt eben nur eine kleine Pflege gekauft haben und eh, was weiß ich, ist halt eben ein Malheur passiert und die Füße sind mit

> schmutzig, dann darf ich im Prinzip noch nicht einmal mehr die Füße waschen oder ich muss dann sagen: Es ist aber dann heute teurer, ja? Das, das ist einfach dieses Ding. (B04, Abs. 10c)

Infolge der bisherigen Analyse können demzufolge zweierlei Verwerfungen aufgedeckt werden, die aber nicht nur als Ausschlüsse zu betrachten sind, sondern im Sinne Kristevas als Abjektionen theoretisiert werden können.

2.1.1 Abjektion des Leiblich-Diffusen

Im ersten Ausschluss, wie in den oben stehenden Zitaten zu sehen (B04, Abs. 10b,c), geht es um das Unvorhergesehene, Unplanbare, aber auch Unkontrollierbare der leiblichen Dimension im Sinne von Kristeva und Douglas, das von den Pflegerinnen nicht geleistet werden kann (zumindest nicht in ihrer vorgesehenen Arbeitszeit). Füße, die mit schmutzig geworden sind, aber auch eine Druckstelle, die plötzlich entsteht, sind nicht planbar, vielmehr entsteht die Notwendigkeit des Füßewaschens oder des Verbandanlegens in der Situation und antwortet auf Bedürfnisse einer unkontrollierbaren und unvorhersehbaren Leiblichkeit. In diesem Argument geht es inhaltlich daher um alle Bedürfnisse, ob pflegerischer, medizinischer oder auch emotional-affektiver Art, jenseits der Frage, ob grundsätzlich inhaltlich im Rahmen der Pflegeversicherung eine Finanzierung möglich wäre oder auch nicht. Folglich illustriert und erweitert dieser Gedankengang die Analyse in Kapitel VI.2.3.2.2, in der die inhaltlichen Ausschlüsse, die durch die Pflegeversicherungen vorgegeben werden, herausgestellt werden. Hier stehen darüber hinaus alle Bedürfnisse im Fokus, die, wenn sie nicht vorher gekauft oder verordnet sind, nicht umgesetzt werden können.

> Ja, wenn ich jetzt zum Beispiel eine große Pflege habe, ja, und sehe aber zum Beispiel, die Haare am Hinterkopf verfilzen total durch das Liegen und das Kämmen und Rasieren ist nicht gekauft, darf ich die Frau nicht kämmen. (B04, Abs. 10a)

Das können auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten sein:

> Also neulich war es mir auch passiert, dass man der Patientin nachgegeben hat, den Rollladen halt hochgezogen und der Katze das Futter hingestellt und so. Und das sind dann die Minuten, und das sind ja einfach Bedürfnisse, weil der Mensch vielleicht sich nicht mehr bücken kann und kann der Katze das Futter geben, dann macht man das und so. (B01, Abs. 12)

Die hier herausgearbeitete erste Abjektion umfasst all das, was ungeachtet des qualitativen Inhalts der Tätigkeiten, also ungeachtet dessen, ob es Arbeiten, die

eher körperlich-verrichtungsorientiert oder emotional und psychosozial sind, nicht geleistet werden kann. Assoziativ gesprochen handelt es sich dabei um das Unstrukturierte, Diffuse, Ungeplante, Beziehungshafte, Leibliche, aber auch um leibliche Erfahrung, und dabei eben um das Spannungsverhältnis zwischen Bedürfnissen der zu Pflegenden sowie der Fähigkeit der Pflegekräfte, diese zu erkennen, und den Vorgaben und Vorschriften, der Zeiteinteilung. Es geht um Regulierung und Module versus Vertrauen, um regelhaftes Wissen versus Erfahrung, um Standardisierung, statt dem Standard der Pflegekräfte zu folgen, – um Unkontrollierbares und damit Bedrohliches, Abhängiges, Endliches und Unklares.

Kurzum, die Rede ist von der Unkontrollierbarkeit leiblicher Dimensionen und Beziehungen und von der Orientierung und der Empfänglichkeit für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen (z.B. nicht im Dunkeln zu sitzen) und auch vom nicht unbedingt planbaren, aber situativ von der Pflegerin erkannten impliziten Bedürfnis (z.B. die Haare zu kämmen, da sie verfilzen, die Füße zu waschen, da sie schmutzig wurden), dem hier laut den Pflegerinnen nicht begegnet werden kann.

Zum Abjekt werden daher anscheinend die Bedürfnisse, die nicht modularisierbar und damit kontrollier- und abrechenbar sind. In anderen Worten, das Unkontrollierbare, Nicht-Objektivierbare, Unplanbare und Unstrukturierte im Sinne von Kristeva und Douglas, das sich häufig an den körperlichen Grenzen manifestiert, wie am Beispiel der Druckstelle oder aber der schmutzigen Füße deutlich wird, sowie die Beziehungsdimension des Care-Prozesses, die sich etwa auch durch Resonanz zeigt, werden hier abgespalten und verworfen und daher zum Abjekt.

2.1.2 Abjektion emotionaler Dimensionen

Sichtbar wird aber auch – und hier ist jetzt die Rede von der zweiten Abjektion –, dass es bei den Vorgaben nicht nur an Leistungen fehlt, die vorher nicht ausgehandelt und geplant wurden, sondern zusätzlich auch qualitativ an jenen Tätigkeiten, die ebenfalls die Care-Beziehung (siehe Kap. I.3.2) ausmachen und die sich z.B. in einem Gespräch manifestieren. Dazu bemerkt Frau Adams:

> Nein, ne. Deshalb, ich kann, ich kann im Prinzip nur, wenn ich jetzt sage, oh jetzt nehme ich mir die Zeit für den Patienten und babble bisschen mit dem über Gott und die Welt, kann ich nur eine Pause machen, aber mehr nicht. Ansonsten habe ich keine Chance, dem zu entrinnen, also, ich muss immer meine Arbeitszeit genau belegen – minutengenau, ne – im Prinzip fällt es schon auf, wann ich aufs Klo ging @, weil dann brauche ich schon zwei Minuten länger bei dem @. (B04, Abs. 74)

Das Gespräch, wie in Kapitel VI.2.3 gezeigt wurde, wird generell nicht als Leistung der Pflegeversicherung angeboten, und so bemängeln die Pflegerinnen, wie hier etwa Frau Adams:

> jedes Gespräch muss man irgendwo abblocken, immer muss ich sagen: ich habe keine Zeit, ich muss weiter. (B04, Abs. 6)[3]

Auch das nächste Beispiel zeigt sehr eindrücklich, was durch die engen Vorgaben der Pflegeversicherung verhindert wird:

> Wenn ich einen Patienten habe, der steht auf deren Liste für zehn Minuten ungefähr mit Spritzen und Strümpfe anziehen so grob, und ich gehe hin. Ich weiß aber, ich, als diejenige, die da immer hingeht, weiß, dass er dement ist, dass er von oben erst mal die Treppen runter laufen muss, dass er dann seinem [Haustier] rechts noch Hallo sagen muss, weil er das immer macht, wenn er da vorbei läuft, da sind 15 Minuten rum, bis ich erst mal, ich will ihn ja auch begrüßen. Ich will nicht sagen: 'Wir gehen jetzt sofort runter, weil wir das machen müssen', genau, sondern ich sage erst mal: 'Hallo. Wie war ihr Tag?' Das sind schon mal zwei Minuten, das finde ich schon sehr begrenzt, dann sage ich: 'Wir laufen schon mal die Treppen runter und wir können ja trotzdem weiterreden', weil ich trotzdem gucken muss, wo ich in meinem Zeitplan bleibe. (B02, Abs. 34)

Zur Arbeit gehören keine Gespräche oder andere empathische Formen, sich mit den Pflegebedürftigen in Beziehung zu setzen, und der Einsatz der Erfahrung der Pflegerin, die weiß, dass ihr Patient dement ist, wird durch die Kontrolle des Zeitplans verhindert (siehe dazu Kap. 2.3.1). Was Frau Gülar dagegen für die richtige Weise hält, mit Patient_innen umzugehen, wird hier sehr deutlich: Sie möchte ihren Patienten begrüßen, Kontakt mit ihm aufnehmen und in Beziehung zu ihm treten. Sie will ihn nicht mit der Notwendigkeit von Eile konfrontieren, mit dem Hinweis darauf, dass sie das so machen müssen. Mit ihrer Einforderung, den Mann begrüßen zu wollen und ihn nach seinem Tag zu fragen, thematisiert die Pflegerin deutlich die Themen Zuwendung und Vertrauen als Grundlage der Care-Beziehung.

In dieser Passage kommt deshalb auch die gesamte Widersprüchlichkeit zum Vorschein, die in-wertgesetzte Care-Arbeit mit sich bringt und die in Kapitel VII.2.3.3 weiter ausgearbeitet wird: Soll die Arbeit nach ökonomischen Kriterien

---

3 Eine Ausnahme kann in kirchlichen Einrichtungen bei besonderen Lebensumständen gemacht werden, etwa wenn jemand gestorben ist oder im Sterben liegt. In diesen Ausnahmefällen haben die Pflegerinnen die Möglichkeit, sich etwas Zeit zu nehmen, und können dies als so genannte Diakonische Leistung geltend machen.

rationalisiert werden, sich letztlich rechnen, bleibt keine Zeit für Beziehungsarbeit, die aber den eigentlichen Inhalt dieser Tätigkeiten ausmacht.

In der Analyse der zweiten Abjektion wird deutlich – und zu diesem Ergebnis kam auch schon die Analyse der Richtlinien und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Kap. VI. 2) –, dass es inhaltliche, schon in der Pflegeversicherung angelegte Ausschlüsse gibt, wie etwa emotionale Interaktionen, empathische Bezugnahme und Kommunikation, und dass diese daher strukturell nicht geleistet werden können. Diese hier als zweite Abjektion analysierten Ausschlüsse verweisen aber ebenfalls auf die Beziehung zwischen Pflegerinnen und Gepflegten und gehören zu jenen Interaktionen, die nicht so einfach in-wertsetzbar bzw. kontrollier- und messbar sind.

Diese Ausführungen sollen hervorheben, was strukturell in der neoliberalen ambulanten Pflegearbeit nicht geleistet werden kann, nämlich einerseits emotionale, kommunikative, aber auch psychosoziale Arbeit, andererseits auch 'Verrichtungen', die eigentlich durch die Pflegeversicherung finanziert werden, aber auch nur dann geleistet werden können, wenn diese vorgesehen und im Pflegevertrag ausgehandelt worden sind. Situativ erkannte und als notwendig erachtete, bedürfnisorientierte Unterstützung kann genauso wie emotionale und psychosoziale Unterstützung nicht innerhalb des vorgesehenen Rahmens (bzw. nur im Rahmen der 'eingeschränkten Alltagskompetenz') gegeben werden.

Bei beiden Ausschlüssen, die ich schon als Abjektionen bezeichnet habe, fällt auch inhaltlich der Bezug zu dem auf, was bei Kristeva als Abjekt gilt: Das Lebendige und unstrukturiert Körperliche und Unfassbare, das, was ohne klare Konturen ist, kann nicht geleistet werden; dazu gehört auch emotionale oder psychosoziale Fürsorge. Dabei wird deutlich, dass beide Aspekte bzw. Abjektionen aber den Care-Inhalt ausmachen und sich inhaltlich auf einen Begriff bringen lassen: Es ist der Beziehungsaspekt, das Relationale und Leibliche (im Sinne des Leibverständnisses im Theorieteil), was bei beiden Ausschlüssen dasjenige ist, was nicht erfüllt werden kann und demnach als abjekt zu betrachten ist. Die andere Zeitlogik (Haug 1996b), die der Umgang mit diesen Aspekten mit sich bringen würde, wäre schwer kontrollier- und messbar und bleibt damit nicht in-wertsetzbar. Auf einen Begriff gebracht, der versucht, all das oben Gesagte zu erfassen, könnte man sagen: Abjekt wird auch ganz konkret in der ambulanten Pflege die *relational-leibliche Dimension von Care(-Arbeit)* und daher der Inhalt von Care. Im Umkehrschluss lässt sich festhalten, dass die Arbeit, die sich auf den objektivierten Körper richtet, taylorisiert und teilweise auch auf niedrig bezahlte Pflegekräfte verschoben wird. Mit diesen hier beschriebenen Entwicklungen wird der Care-Inhalt dem Arbeitsprozess entzogen und die übrig gebliebene bezahlte Arbeit als einfache Tätigkeit abgewertet.

2.2 Ursachen der Abjektion: Zeitdruck, Leistungsmodule und Taylorisierung der Arbeit

In den theoretischen Auseinandersetzungen (v.a. Teil III) konnte herausgearbeitet werden, dass der patriarchale Kapitalismus auf der Abjektion von Care (bzw. dem relationalen Care-Inhalt) basiert und als Ergebnis auch Care-Arbeit als unbezahlte Arbeit strukturiert. In Kapitel IV.2 konnte ich aufweisen, dass selbst wenn Care-Arbeit nicht direkt als unbezahlte Arbeit ausgelagert, sondern kommodifiziert wird, diese In-Wertsetzung ebenfalls auf der Abjektion der relationalen Anteile von Care basiert. Welche Abjektionen das sind und warum es dazu kommt, wurde schon in Kapitel VI.2 untersucht (Ausschlüsse durch die Pflegeversicherung, Unterteilung in 'Verrichtungen', Zeitbegrenzung). An dieser Stelle möchte ich diese Analyse mikroanalytisch nachvollziehen und im Anschluss an Aussagen der Pflegerinnen illustrieren, wodurch die Abjektion der relationalen Care-Elemente zustande kommt. Die Frage lautet hier daher noch einmal detaillierter: *Wodurch* werden die oben beschriebenen Elemente konkret in der Praxis verhindert? Als Begründungen[4] konnte ich die zeitlichen Begrenzungen, die unflexible Modulstruktur, die nur das zu machen erlaubt, was vorher gekauft wurde, sowie die Zergliederung der Arbeit herausarbeiten, die zusammen den Pflegerinnen nicht ermöglichen, beziehungs- und bedürfnisorientiert tätig zu sein. Diese drei Themen **Zeitdruck, Leistungsmodule und Taylorisierung der Arbeit** haben sich auch in der Analyse der Pflegeversicherung und der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen gezeigt.

Die Beschreibung des Zeitdrucks nimmt einen großen Raum in den Interviews ein. Die Pflegerinnen kritisieren, dass sie ihre Arbeit unter Zeitdruck und immer ganz schnell ausführen müssen. Sie bezeichnen diesen Zeitdruck als „enorm" (B02, Abs. 34) als „Stakkato" (B05, Abs. 18), als „Zeit ist im Nacken" (B01, Abs. 10), als „Rennerei" oder „ewige Zeitnot" (B04, Abs. 6).

> Und mit diesen vermehrten …, ja Stakkato, ja dieses ganz schnelle, eine bestimmte Leistung, zum Beispiel Strümpfe an- oder ausziehen in fünf Minuten zu erledigen, das ist, das ist sehr, sehr schwer und das bringt, ja das bringt einfach eine Belastung mit sich, auf, auf, auf beiden Ebenen. (B05, Abs. 18)

4 Dabei ist zu beachten, dass die Pflegerinnen nicht selbst Begründungen für Abjektionen geben, da ich nicht direkt danach gefragt habe. Gefragt habe ich nach Belastungen in ihrer täglichen Arbeit. Auf diese Frage hin (bzw. oftmals wurden die Belastungen schon vorher von den Pflegerinnen selbst thematisiert) haben alle Pflegekräfte Zeitdruck und das Problem mit Tätigkeiten, die nicht verrichtet werden können, angegeben.

Sie beschreiben die zeitlichen Vorgaben, die häufig auch durch elektronische Mittel gelenkt werden, auch als „überwacht werden" (B02, Abs. 36). Zeitdruck und die Umsetzung und Kontrolle des Zeitregimes (durch spezielle Smartphone-Programme, GPS, eng getaktete Tourenpläne) werden als neue Steuerung der Arbeit und als Hauptbegründung für die fehlende relational-leibliche Arbeit genannt:

> wir haben so kleine Computer, mit denen wir überwacht werden, da müssen wir dann immer anklicken, wann wir den Fuß in die Wohnung setzen, dann wird es angeklickt, und wann wir den Fuß wieder raus setzen, so wird das, die Zeit gestoppt. Und dadrin haben wir dann unsere Leistungen aufgeschrieben, Strümpfe ausziehen: 2 Minuten, Strümpfe anziehen: 4 Minuten und so. Das steht dann da für uns auch alles noch drin, und dann steht oben insgesamt Zeit: 20 Minuten, 10 Minuten. Und das piepst ganz laut, wenn diese Zeit abgelaufen ist, die meisten. Also. Man muss halt immer wieder darauf gucken, dann fragen einen die Alten: 'Habt ihr es wieder eilig?' oder 'Na, werdet ihr wieder überwacht?' Ja, die kriegen das halt mit, es ist halt nicht verdeckt. Sie kriegen das wirklich mit und die spüren das ja auch, dass man unter Zeitdruck steht. (B02, Abs. 36)

Hier zeigt sich nicht nur die zeitliche Zuordnung zu bestimmten Tätigkeiten, sondern auch die Kontrolle (vgl. Kap. V.3) der Pflegerinnen durch 'neue' Technologien in Form von Smartphone- bzw. Dokumentationsprogrammen. Auch offenbart sich, wie die Einteilung in 'Verrichtungen' und die Zergliederung in einzelne Tätigkeiten konkret in der Praxis aussehen können. Die zeitlich und preislich geregelt Vergütungsvereinbarungen (abgerechnet wird etwa das An- und Ausziehen von Thrombosestrümpfen) repräsentieren ein klares „Lohn-Leistungs-Verhältnis" (Pfau-Effinger u.a. 2008, 85; Theobald u.a. 2013, 40), das auch mit einer De-Qualifizierung der Arbeit zusammenhängt. So kann, wie schon in Kapitel VI.3.3.2 ausgearbeitet, von einer Taylorisierung der Arbeit oder einer „subjektivierten Taylorisierung" (Matuschek u.a. 2008) gesprochen werden. Im Kapitel VI.2 konnte dargelegt werden, wie über die zeitliche Begrenzung versucht wird, Care berechenbar und kostengünstig zu organisieren, und hier wird durch die Erzählungen der Pflegerinnen deutlich, wie sich das auf die Arbeitspraxis auswirkt. Wichtig erscheint mir dabei, dass die Taylorisierung und die damit einhergehende Abjektion von relationalen Anteilen der Pflegearbeit die Voraussetzung dafür darstellt, dass diese Arbeit in-Wert gesetzt werden kann. Pflegearbeit kann nur profitabel kommodifiziert werden, wenn relational-leibliche Care-Arbeit abjekt wird, im Ergebnis wird sie dann zu *thinly embodied labor*. Der neoliberale Wandel drückt sich daher im Pflegebereich eher darin aus, 'alte' Arbeitsformen wie die Taylorisierung der Arbeit zu implementieren, wobei auch

neue Formen auftauchen. Beispielsweise ist die Taylorisierung der ambulanten Pflege erst durch neue Technologien wirksam, die die *task-orientation* durch spezielle Smartphone-Programme steuern oder in extremeren Fällen der Überwachung des Zeitregimes dienen:

> also die können uns ja überwachen, also wenn die am Computer sitzen, sehen die über GPS, wo wir gerade sind. […] Also, es wird immer schlimmer, und es fehlen nur noch so Bändchen, wo wir dann piepsen, (macht eine Geste, die ein Band am Fuß darstellt; I: Fußfesseln) genau. Gut, durch dieses GPS ist ja fast wie Fußfesseln, wir müssen es immer bei uns tragen. (B02, Abs. 36)

Daher kann hier festgehalten werden: Im Neoliberalismus wird Care- und Pflegearbeit in der ambulanten Pflege nicht mehr nur ins 'Private' verdrängt bzw. sozialstaatlich gewährleistet, sondern ökonomisiert und kommodifiziert. Die Bedingung der In-Wertsetzung liegt in der Abjektion von Care als ihrer permanenten Rückseite. Pflege wird profitabel als an einzelnen 'Verrichtungen' orientierte Tätigkeit organisiert, die wenig Zeit in Anspruch nimmt, damit die Pflegerinnen viele 'Verrichtungen' am Tag 'erledigen' können. Die 'Erledigung' wird dabei streng überwacht und kontrolliert. Care als Beziehungsarbeit bleibt damit abjekt und – wie gesagt – wird die Pflege eher im Sinne von *thinly embodied labor* umgesetzt.

Allerdings wäre es möglich, die Externalisierung des Zeitregimes durch das Smartphone auch positiv zu bewerten, denn es könnte den Pflegerinnen auch die Möglichkeit eröffnen, sich von den Anforderungen der Care-Arbeit als 'Liebesarbeit' zu distanzieren und sich leichter gegenüber zu weitreichenden Anforderungen abzugrenzen (vgl. Kap. V.1). Genauso könnte die Externalisierung als Gelegenheit zur Solidarisierung von Pflegekraft und *care receiver* verstanden werden, indem sich beide gegen einen zeitbegrenzenden „Dritten", der durch das Smartphone repräsentiert wird, wenden könnten. Allerdings lässt mein Material keinen vertieften Nachvollzug dieses Aspektes zu bzw. gibt keine Hinweise auf die positiven Effekte der Auskopplung des Zeitregimes.

Im Gegensatz dazu werden der Zeitdruck und die Auslagerung des Zeitregimes in allen Interviews kritisiert. Thematisiert wird dabei, dass die relational-leibliche Arbeit nicht geleistet werden kann (Kap. VII.2.1), aber auch der eigene Stress und die eigenen Belastungen, die daraus entstehen, wie auch die Auswirkungen auf die zu Pflegenden (siehe B02, Abs. 36) werden betont (dazu mehr unter Kap. VII.2.3).

Auch in den folgenden Beispielen wird die Zeitbegrenzung als Belastung thematisiert:

> Belastung ist ja immer die Zeit. Zeit ist im Nacken. Man hat ja einen Tourenplan, wann man um wie viel Uhr bei Patienten sein soll, und ich meine, es ist ja durch die Pflegestufe festgelegt, wie viel Zeit ich verbrauchen kann. (B01, Abs. 10)

Hier wird offensichtlich, wie die Arbeit der Pflegerinnen durch die engen Zeitvorgaben der ambulanten Dienste strukturiert wird und dadurch als Belastung empfunden wird. Auch das nächste Beispiel zeigt, wie zeitlich eng getaktet die Abläufe der Pflegerinnen sind:

> Ja, das heißt, ich komme morgens rein, ich muss meine Unterlagen holen, ich muss Material zusammensuchen, ich muss eventuell noch Blätter richten, die ich mitnehmen muss, vielleicht auch noch Rechnungen sortieren, die ich austeilen soll, oder Leistung […] diese Leistungsnachweise sortieren, dann hab ich den ganzen Stapel gekriegt von meinen Patienten und dann muss ich den sortieren, muss es, damit ich das mitnehmen kann […] all das muss ich morgens machen, Schlüssel holen und das in fünf Minuten. (B04, Abs. 37)

Über die Zeitzuweisung wird die Care-Arbeit berechenbar gemacht und eingegrenzt; alles, was über die Zeitvorgaben hinausgeht, ist Privatangelegenheit der Pflegerinnen (siehe dazu auch B04, Abs. 74):

> Ich könnte sie privat einfach weiter machen [gemeint ist die Beziehungsarbeit, B.M.], wenn meine Zeit reichen würde, auch meine private Zeit, aber vom, vom Faktor Zeit, vom Dienstgeber vorgegeben, geht das nicht. (B05, Abs. 22)

Die Begrenzung der Leistungen auf 21 'Verrichtungen', die pauschale Einteilung einzelner Aufgaben in Module und die Zuordnung zu einer bestimmten Zeitspanne, sowie der eng getaktete Tourenplan führen zur Zergliederung von Care und zu einer Einteilung und Aufsplittung von Tätigkeiten, die abstrakt losgelöst werden von menschlichen und damit ganzheitlich-leiblichen Bedürfnissen und deshalb als Abjektionen bezeichnet werden können. Über die Mechanismen Zeitdruck, Taylorisierung und Leistungsmodule wird die Abjektion der relational-leiblichen Care(-Arbeit) umgesetzt und gesteuert.

Dies führt auch dazu, dass die Pflegerinnen ständig unter Druck stehen:

> Also, ich find am meisten belastend diese Rennerei, diese, diese ewige Zeitnot, dieses immer drauf achten müssen, dass ich mich rechne, dass ich also nicht zu lange da bin, jedes Gespräch muss man irgendwo abblocken, immer muss ich sagen: Ich habe keine Zeit, ich muss weiter und und so, also es ist einfach dieses ständige Unter-Druck-Stehen. Das finde ich am allerschlimmsten. (B04, Abs. 6)

Auf diese und andere Auswirkungen des Zeitrucks und der Taylorisierung der Arbeit, die bewirken, dass die relational-leibliche Care-Arbeit eigentlich nicht

geleistet werden kann bzw. nur außerhalb der Arbeitszeit, werde ich im nächsten Abschnitt eingehen.

2.3 Konsequenzen der Abjektion von Care

Bei der Untersuchung der Konsequenzen und Auswirkungen, die sich aus der Kommodifizierung und der damit einhergehenden Abjektion der relational-leiblichen Care-Elemente ergeben, geht es im Prinzip um die Beantwortung der Fragen, *wozu* die oben beschriebenen Kommodifizierungen und Abjektionen führen und *was* mit dem Abjekten geschieht. Auf diese Fragen bezogen konnte ich Kategorien entwickeln, die sich wiederum in kleinere Subkategorien aufspalten lassen.[5]

Kommodifizierung und die damit zusammenhängenden Abjektionen von Care führen zu einer **De-Qualifizierung** der Pflegerinnen, und zwar dadurch, dass die Arbeiten reduktionistisch und zergliedert strukturiert sind (Taylorisierung) und es sogar zur Verhinderung des Einsatzes von Skills kommt.

Die Verhinderung des Einsatzes von Qualifikation und Kompetenz (wie auch die Abjektion relational-leiblicher Care-Arbeit insgesamt) bringt wiederum **Stress** und andere Belastungen in der Arbeit der Pflegerinnen mit sich und führt zu widersprüchlichen Anforderungen zwischen professionellem Anspruch und engen Arbeitsvorgaben, die zur Folge haben, dass die Pflegerinnen oftmals versuchen, den eigentlich nicht vorgesehenen Teil der Arbeit dennoch zu leisten. Dabei zeigt sich immer wieder, dass die Trennung von 'Verrichtungen' und eher relational-leiblichen und daher auch unstrukturierten Bedürfnissen und Notwendigkeiten sehr schwierig erscheint; in allen Interviews (auch in den hier nicht näher analysierten) sowie in der Literatur (siehe z.B. Büssing u.a. 2005) wird die geforderte Trennung als schwierig bis gar nicht umsetzbar dargestellt.

Daraus resultieren, wie oben schon erwähnt, vielfache Belastungen für die Pflegerinnen, aber es zeigen sich auch zahlreiche, zum Teil auch **widerständige Praxen**, wenn versucht wird, die abjekte Arbeit dennoch zu leisten. Gleichwohl kann dieser strukturelle Ausschluss natürlich nicht vollumfänglich und

5 Da diese vielfach Überschneidungen aufweisen, ist es m.E. zentral zu betonen, dass es sich dabei nur um analytische Differenzierungen handelt, deren Einteilungen und Trennung in der Praxis nicht so eindeutig und abgrenzbar vorzufinden ist und hier idealtypische Vereinfachungen darstellen. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen lassen sich Konsequenzen und Auswirkungen der Abjektion auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen und Arbeitsformen, aber auch auf den gesundheitlichen Zustand der Pflegerinnen herausarbeiten.

auch nicht immer von den Pflegerinnen aufgefangen werden, die Auswirkungen zeigen sich dann in vielfachen Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen, als Wissen, dass da etwas „jetzt nicht rund" ist (B04, Abs. 100), und daraus folgendem **schlechten Gewissen**. Aber die Abjektionen führen auch dazu, dass wesentliche Teile der Arbeit als unsichtbare und teilweise sogar als unbezahlte oder intensivierte Arbeit geleistet werden (**Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen. Relationalität zwischen unbezahlter und unsichtbarer Arbeit und riskanten Praxen**).

2.3.1 Nicht-Anerkennung und Verhinderung des Einsatzes von Qualifikationen und Fähigkeiten (De-Qualifizierung)

Die Abjektion der relational-leiblichen Care-Elemente führt zu einer Nicht-Anerkennung und teilweise sogar zu einer Verhinderung des Einsatzes von jenen Qualifikationen, Fähigkeiten und Erfahrungen der Pflegerinnen, die mit den relational-leiblichen und damit abjekten Teilen in Zusammenhang stehen. Dies wird dadurch gesteuert, dass die Arbeitsabläufe kontrolliert werden und sich an Standardisierungen statt an den Standards, Kenntnissen und Erfahrungen der Pflegekräfte orientieren müssen. Der tägliche Einsatz von Fähigkeiten und Erfahrungswissen der Pflegerinnen wird außer Acht gelassen, teilweise unterdrückt und behindert (**De-Qualifizierung**). Denn indem von außen vorgegeben wird, was die Pflegerinnen zu tun haben, durch Zeitbemessung, Modulstruktur, Taylorisierung der Arbeit, Kontrolle und die Beschränkung auf die vorher gekauften 'Verrichtungen', welche zur Abjektion der relational-leiblichen Care-Elemente führt, können die Pflegerinnen ihre Fähigkeiten und Qualifikationen nicht einsetzen bzw. werden an der Ausübung ihrer Qualifikationen sogar gehindert. In folgender Passage, mit welcher die Kategorie De-Qualifizierung am Interviewmaterial verdeutlicht werden soll, zeigt Frau Adams die Konsequenzen auf, die sich aus der pauschalierten Abrechnungsform (Leistungskomplexe) ergeben[6].

> Alles, was nicht gekauft ist, darf ich nicht machen, auch wenn ich es sehe […] ich darf es einfach nicht tun, weil es nicht bezahlt wird, und ich muss auch mittlerweile in einer ganz bestimmten Zeit fertig sein und darf diese Zeit nicht überschreiten. (B04, Abs. 2)

6 Ich analysiere hier teilweise erneut die gleichen Interviewpassagen (bzw. Teile daraus) wie unter Punkt VII.2.1, aber unter einem anderen Aspekt – nicht auf die Frage bezogen, was abjekt ist, sondern unter der Perspektive, wozu diese Abjektionen führen.

In dieser Passage geht es mir um die Betonung von Frau Adams, dass keine Tätigkeiten verrichtet werden dürfen, die nicht im gekauften Leistungspaket enthalten sind, auch wenn sie deren Notwendigkeit erkennt[7]. Wenn die Pflegerin den Modus, durch den ihre Arbeit strukturiert und bestimmt wird, beschreibt („Module, die gekauft werden" und „Alles, was nicht gekauft ist, darf ich nicht machen."), wird die Kategorie **De-Qualifizierung** sehr deutlich. Es kommt zu einer Zergliederung und Abtrennung der Care-Tätigkeiten in genau definierte 'Verrichtungen' und so zu einer De-Qualifizierung der Pflegerinnen („auch wenn ich es sehe [...] ich darf es einfach nicht tun, weil es nicht bezahlt wird"). Danach ist die Arbeit nicht an dem gemessen, was die Pflegerinnen als Expertinnen ihrer Arbeit für notwendig erachten, oder an den Bedürfnissen der zu Pflegenden, sondern die Bestimmung erfolgt klassisch wie in der kapitalistisch organisierten Warenwirtschaft anhand der Frage, ob etwas gekauft ist oder eben nicht. Außerdem verweist Frau Adams nachdrücklich auf die engen Zeitvorgaben, die nicht überschritten werden dürfen („auch mittlerweile in einer ganz bestimmten Zeit fertig sein und darf diese Zeit nicht überschreiten."). Damit wird die Arbeit der Pflegerinnen durch Zeitbeschränkung für einzelne 'Verrichtungen' begrenzt – obwohl ja Care-Arbeit einer anderen Zeitlogik, nämlich einer Zeitverausgabungslogik folgt (vgl. Haug 1996b) –, kontrolliert und in Wert gesetzt, und dies führt zur Abwertung des Feldes der Pflege insgesamt und zur De-Qualifizierung der Pflegerin.

Die unter den Punkten VII.2.1 und VII.2.2 dargestellten Abjektionen durch ein bestimmtes Zeitregime und klar eingeteilte 'Verrichtungen' haben zusammen die Verhinderung des Einsatzes der Qualifikation und Erfahrung der Pflegerinnen zur Folge. Anhand des nächsten Beispiels wird deutlich, was Frau Adams mit ihrer Aussage „auch wenn ich es sehe [...] ich darf es einfach nicht tun" inhaltlich meint:

---

7 Um diese Beispiele zu verstehen, erscheint es sinnvoll, sich erneut die Strukturen der ambulanten Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung zu vergegenwärtigen. Durch vorab gekaufte und in einem Pflegevertrag festgehaltene Module wird festgelegt, welche Leistungen bei spezifischen Kund_innen/Patient_innen verrichtet werden. Dabei werden in einem Modul häufig Basis-„Verrichtungen" zusammengefasst, zu dem zusätzliche Leistungen addiert werden können. Oftmals werden aber nur die Leistungen angeboten, die auch von der Pflegeversicherung bezahlt werden. Eine Diversifizierung über das Angebot hinaus – wie bei der Ausarbeitung der Pflegeversicherung angenommen wurde – ist nur beschränkt umgesetzt worden (vgl. Kap. VI.2).

> Ja, wenn ich jetzt zum Beispiel eine große Pflege habe, ja, und sehe aber zum Beispiel, die Haare am Hinterkopf verfilzen total durch das Liegen, und das Kämmen und Rasieren ist nicht gekauft, darf ich die Frau nicht kämmen. (B04, Abs. 10a)

Sie *sieht*, was bei der Patientin auch über die klar eingeteilten und gekauften 'Verrichtungen' hinaus ansteht, was zu tun nötig wäre, darf aber beispielsweise die vom Liegen verfilzten Haare der Patientin nicht kämmen, da das Modul „Kämmen und Rasieren" (siehe Anhang 3) nicht im Pflegevertrag enthalten ist.

Auch im nächsten Beispiel verhindert die Struktur der ambulanten Pflege, dass die Pflegerinnen gemäß ihrer Qualifikation handeln können:

> Ja, oder ich sehe jetzt: oh, die hat da eine Druckstelle, ich müsste eigentlich jetzt einen Verband machen, muss ich erst eine Verordnung holen gehen, damit ich einen Verband machen darf, ja und wenn ich dann schnell was, irgendwas mache, damit es halt eben jetzt zu ist, ja, dann kriegen wir schon manchmal den Verband nicht genehmigt, weil der halt eben nicht verordnet war. (B04, Abs. 10b)

Aufgrund ihrer Erfahrung, Qualifikation und Kompetenz (Weiterbildung als Wundexpertin, B04, Abs. 42) erkennt Frau Adams die Erforderlichkeit eines Verbands wegen einer Druckstelle. Wenn sie diesen Verband allerdings sofort, ohne eine Verordnung vom Arzt, der die Notwendigkeit des Verbands bestätigt, anlegt, ist es möglich, dass dieser nicht bezahlt wird. Damit wird sie daran gehindert, ihre Kompetenz und ihr Expertinnenwissen einzusetzen, und erneut wird die auch heute noch bestehende Hierarchie und die damit zusammenhängende Auf- bzw. Abwertung des Ärzt_innen- bzw. Pfleger_innenberufs deutlich (vgl. Kap. V.1).

Die Verhinderung der Nutzung von Fähigkeiten und Qualifikationen verdeutlicht auch das nächste Beispiel:

> Wenn ich einen Patienten habe, der steht auf deren Liste für zehn Minuten ungefähr mit Spritzen und Strümpfe anziehen so grob und ich gehe hin. Ich weiß aber, ich, als diejenige, die da immer hingeht, weiß, dass er dement ist, dass er von oben erst mal die Treppen runter laufen muss, dass er dann seinem [Haustier] rechts noch Hallo sagen muss, weil er das immer macht, wenn er da vorbei läuft, da sind 15 Minuten rum, bis ich erst mal, ich will ihn ja auch begrüßen. Ich will nicht sagen: 'Wir gehen jetzt sofort runter, weil wir das machen müssen', genau, sondern ich sage erst mal: 'Hallo. Wie war ihr Tag?' (B02, Abs. 34)

Die Fähigkeit der Pflegerin, eine Beziehung zu den Patient_innen aufzubauen und sich auf ihr Gegenüber einzulassen, steht hier im Mittelpunkt, aber auch das Erfahrungswissen, dass die reale Zeit, die sie bei dem Patienten braucht, nicht in ein Korsett von zehn Minuten zu pressen ist. Beides aber, das Wissen darum, dass Care-Arbeit Beziehungsarbeit ist, und den Wunsch, dementsprechend zu

handeln, sowie das Erfahrungswissen aufgrund ihrer alltäglichen Praxis muss die Pflegerin ausblenden, wenn sie sich an die Zeitvorgaben halten will (sie tut das nicht, siehe weiter unten).

In den hier analysierten Arbeitsverhältnissen kann also nicht nur von einer De-Qualifizierung durch Zergliederung der Arbeiten gesprochen werden, sondern es ist auch eine direkte Verhinderung der Ausübung von Skills/Fähigkeiten der Pflegerinnen zu erkennen (vgl. auch P. Armstrong2013; Kap. V.3). Systematisch werden die Pflegerinnen am Einsatz ihrer Qualifikationen gehindert, zumindest im Rahmen ihrer bezahlten Tätigkeiten. Dabei können sie, obwohl sie aufgrund ihrer Qualifikation und Erfahrungen wissen, was in der Situation getan werden müsste, Tätigkeiten nicht ausführen, weil diese grundsätzlich und strukturell durch die Pflegeversicherung einen abjekten Status haben.

2.3.2 Stress, schlechtes Gewissen, Erschöpfung

Die Folgen des Zeitdrucks, aber auch die Tatsache, dass die Pflegerinnen ihre Arbeit nicht zu ihrer Zufriedenheit ausüben können, beschreiben die Pflegerinnen als Stress, als schlechtes Gewissen und als „ausgelaugt fühlen".

In der folgenden Passage beantwortet Frau Adams meine Frage (die sich ihrer Erzählung darüber anschließt, was sie alles nicht leisten kann in ihrer Arbeit), wie es sich emotional auf sie auswirkt, wenn sie weiß, dass sie noch einige Minuten mehr bei einer pflegebedürftigen Person bräuchte, z.B. für ein Gespräch, aber sie sich diese Zeit nicht nehmen kann:

> Ja, man hat ein schlechtes Gewissen, wenn man da raus geht, absolut. Das, ja, das kann man auch gar nicht abschalten, das ist einfach so. Auf der einen Seite denke ich, es ist jetzt notwendig, auf der anderen weiß ich, ich habe nicht die Zeit dazu, ich kann es nicht machen – das ist einfach ein total schlechtes Gewissen, geht man da raus, oder man hat so das Gefühl: Das ist jetzt nicht rund, das ist nicht fertig, das ist einfach so angefangen und liegen gelassen. (B04, Abs. 100)

Frau Gülar antwortet auf die Frage, was dieser Zeitdruck (den sie teilweise mit riskanten Praxen auffängt, s.u.) bei ihr auslöst:

> Was macht das bei mir? (erschöpfte Stimme). Mein Beruf macht keinen Spaß, also, das ist das Schlimmste. Also mir macht dieser Beruf mittlerweile keinen Spaß mehr, ich liebe alte Menschen, ich liebe mit ihnen, ihnen, was Gutes zu tun, und unter anderen Bedingungen, unter hundertprozentig anderen Bedingungen, würde ich diesen Beruf weiter machen, aber so nicht. Und was, dieser Stress, egal wo man ist, kommt Stress, und ich bin einfach, wenn ich abends heimkomme, bin ich gestresst,

> richtig gestresst. Und […] ja, es macht einfach keinen Spaß mehr, das nimmt mir die völlige Freude an jeglichem Arbeiten, weshalb ich diesen Beruf eigentlich vor sieben Jahren gemacht habe. (B02, Abs. 38)

Obwohl die Pflegerin es schätzt, alten Menschen „was Gutes zu tun", hat sie unter diesen Bedingungen die Freude an ihrem Beruf verloren. Sie empfindet jeden Arbeitseinsatz als Strapaze, und auch nach Feierabend kann sie nicht abschalten, fühlt sie sich „richtig gestresst".

Frau Adams hingegen formuliert es so:

> Ja, man ist so ausgelaugt, man ist so […] weiß nicht, ich komme abends heim, könnt gerade was essen und ins Bett gehen @ man hat – also gerade, wenn ich Doppeldienst habe, also wie gestern oder jetzt auch das Wochenende, dann arbeite ich früh, arbeite ich spät, hab dazwischen zwar ne kurze Pause, mit der ich nicht wirklich was anfangen kann, wenn ich nach Hause fahre, bin ich eine Stunde allein nur unterwegs, ne, bleib ich in [Name der Stadt], sitze ich irgendwo meine Zeit ab und damit ich wieder anfangen kann, und dann gehe ich also morgens um sechs aus dem Haus und bin abends um neun zu Hause. (B04, Abs. 12)

Aber nicht nur Stress, Erschöpfung und ein schlechtes Gewissen können als Auswirkungen der Ökonomisierung und damit zusammenhängenden Abjektion von Care gelesen werden, sondern es zeigen sich auch Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen selbst, die im Folgenden analysiert werden sollen.

2.3.3 Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen

Die Abjektion der relational-leiblichen Elemente von Care führt zu widersprüchlichen Anforderungen an die Pflegerinnen im Spannungsfeld von ökonomischen bzw. Effizienzforderungen, die die ambulanten Dienste an sie stellen, einerseits und ihren 'eigenen' Vorstellungen von guter Pflege und Care bzw. dem Wissen, was jetzt zu einer guten Care-Beziehung dazugehören würde, andererseits.

In vielen Passagen der Interviews zeigt sich die Widersprüchlichkeit als nicht mögliche Trennung von relational-leiblichen Elementen von Care und verrichtungsbezogenen Aufgaben. In anderen Worten, es zeigt sich die Unmöglichkeit in der Praxis, Care-Arbeit auf eine *task*-orientierte Aufgabe zu reduzieren, die ausschließlich auf einzelne, dem Kontext enthobene 'Verrichtungen' fokussiert.

> Aber es ist kaum möglich dem wirklich ganz zu entrinnen, also ich, ich schaffe es nicht immer zu sagen: Ich habe keine Zeit. Das kriege ich einfach nicht hin. Ich kenne Kollegen, die machen das, und ich, und meine Patienten sagen auch immer wieder, ach, die hat ja nie Zeit oder so, aber ich kann einfach nicht, wenn ich da rein stürme,

> sagen, schon gleich am Anfang sagen: Machen Sie mal schnell, ich habe keine Zeit, gell. Das @ das kriege ich nicht hin. Also, die freuen sich, dass wir kommen, die warten die ganze, die ganze Zeit, dass wir endlich da sind, und dann stürme ich da rein, mache zack, zack, zack und gehe wieder raus – das ist schon heftig und viele Alte –, es gibt viele, die haben sonst nichts. Das ist Lebensinhalt. Auf die Schwester warten. (B04, Abs. 82)

Die Pflegerin beschreibt hier das Dilemma, das auch aus der Subjekt-Subjekt-Beziehung der Care-Arbeit resultiert: Die alten Menschen erwarten die Pflegerinnen und freuen sich auf sie, das Warten ist, so die Beschreibung der Pflegerin, Lebensinhalt. Doch die Pflegerin soll in die Wohnung kommen, „zack, zack, zack" ihre 'Verrichtungen' ausführen und schnell fertig sein und die Wohnung verlassen. Hier kommen wir zur ethischen Bedeutung einer Care-Orientierung, die sich eben nicht auf mechanische Ausführungen von Aufgaben reduzieren lässt. In diesem Sinn geht es oftmals nicht darum, dass die Pflegerinnen die geforderte Geschwindigkeit aufgrund von Grenzen ihres eigenen Selbst bzw. ihres eigenen Körpers (wie möglicherweise in Erwerbsverhältnissen, in denen es um Subjekt-Objektbeziehungen geht) nicht leisten können. Sondern die Grenze, die dazu führt, dass es den Pflegerinnen schwer fällt oder unmöglich ist, die 'Verrichtungen' so schnell wie gefordert auszuführen, liegt im Bedürfnis des Gegenübers (bzw. in der Antizipation dieses Bedürfnisses). Diese ist auch aufgrund der (nicht absoluten, aber dennoch bestehenden) Abhängigkeit des Gegenübers schwer zu überschreiten; was mit Verantwortung in der Care-Beziehung zu tun hat. Die Pflegebedürftigen brauchen nicht nur einen Verband oder Thrombosestrümpfe, sondern freuen sich, dass die Pflegerinnen kommen, und erwarten auch auf der Beziehungsebene etwas von ihnen. Die Pflegerinnen haben jedoch strikte Vorgaben, was sie in welcher Zeit bei den Pflegebedürftigen als Leistung verrichten dürfen.

Diese Widersprüche werden entweder zu lösen versucht, indem die relational-leiblichen Elemente in die verrichtungsbezogene Arbeit integriert werden:

> Also, ist so. Also, dann muss man bei der Pflege einfach ein bisschen schneller babbeln, laut babbeln, damit sie einen gleich verstehen. (B04, Abs. 102)

> dann sage ich: 'Wir laufen schon mal die Treppen runter und wir können ja trotzdem weiterreden', weil ich trotzdem gucken muss, wo ich in meinem Zeitplan bleibe. (B02, Abs. 34)

Damit wird durch eine Intensivierung der Arbeit versucht, die eigentlich abjekten Elemente dennoch wieder hereinzuholen, indem Aufgaben gleichzeitig erledigt werden (klassischer Modus bei Care-Arbeiten).

Oder die oben beschriebenen Widersprüche führen dazu, dass die relationale Care-Arbeit von den Pflegerinnen als unsichtbare Arbeit, als 'private Tätigkeit' umgesetzt wird (z.B. B05, Abs. 21). Dabei wird die relational-leibliche Arbeit entweder direkt als unbezahlte Arbeit geleistet:

> Das heißt, ich hab vielleicht sechs Stunden und etwas gearbeitet und davon wird mir eine halbe Stunde weggestrichen, weil ich es nicht begründet habe, warum ich länger gebraucht habe. (B05, Abs. 26)

Oder aber die nicht vorgesehene und dennoch geleistete relational-leibliche Arbeit führt dazu, dass keine Zeit zur Dokumentation bleibt und diese daher als unbezahlte Arbeit von zu Hause aus geleistet wird:

> [D]ann kann man zu Hause noch, also ich nehme meine Arbeit manchmal mit heim, also es ist dann so, Dokumentation und so, wenn ich die bei den Patienten nicht direkt ausfülle, dann nehme ich die auch mit heim und mache die da. Und dann sitzt man da noch eine Stunde dran, die nicht bezahlt wird, […] weil man die Zeit ja, um zu dokumentieren, ist in den zehn Minuten, die ich jetzt schon immer angesprochen habe, die müsste eigentlich mit drin sein, aber die laufe ich ja mit dem Mann die Treppen runter, [Haustier] reden und dann ins Zimmer meine Arbeit tatsächlich machen, wann soll ich dann bitte schön noch dokumentieren. (B02, Abs. 178)

Hier zeigt sich deutlich, dass die Zeit, die trotz des Zeitdrucks und der engen Vorgaben auf relational-leibliche Arbeit verwendet wird, an anderer Stelle wieder eingeholt werden muss, z.B. indem die Dokumentation als unbezahlte Arbeit nach Feierabend erledigt wird.[8]

Relational-leibliche Care-Arbeit wird aber nicht nur als 'private', unbezahlte Arbeit, sondern auch durch riskante Praxen ermöglicht:

> Ich meistens, um ehrlich zu sein, klicke ich es früher aus, also diese zehn Minuten, die ich habe, die mache ich aus, und wenn er mit seinem [Haustier] noch fünf Minuten reden will, dann kann er fünf Minuten mit seinem [Haustier] reden, das werde ich ihm um Gottes Willen nicht nehmen, dafür fahre ich schneller durch die Stadt, dafür, zum Glück rauche ich nicht. Also, die Zeit muss ich nicht auch noch irgendwie unterbringen […] und ich, also wahrscheinlich auch leider, aber ich, wenn ich eine

8 Die Rede dieser Pflegerin von „meine Arbeit tatsächlich machen" ist sehr aufschlussreich und könnte hier einen Hinweis darauf geben, dass die Pflegerin die Abwertung der relational-leiblichen Elemente selbst annimmt oder die zumindest nicht als Arbeit betrachtet. Andererseits fordert sie die Zeit für diese Arbeit auch sehr explizit ein. Hier zeigt sich eine Ambivalenz im Umgang mit den Vorgaben dieser Arbeit.

> andere Patientin habe, wo ich 45 Minuten habe, die ich anschließend habe, klicke ich die früher an, obwohl ich eigentlich noch durch die Stadt fahre, weil diese Frau, die bekommt es bezahlt, sie braucht nur zehn Minuten von ihren 40 Minuten ungefähr, also schenke ich von den 40 Minuten, schenke ich dem Mann fünf, damit er mit seinem [Haustier] reden kann. Nicht erlaubt und total Kündigungsgrund natürlich, ja, weil ich die Krankenkassen betrüge, ich betrüge meine Arbeitsstelle und die Patienten. (B02, Abs. 36)

Frau Gülar versucht die Einseitigkeit der Arbeitserfordernisse selbst auszugleichen, indem sie das Smartphone, mit dem die Zeit begrenzt und gemessen wird, die sie bei dem Pflegebedürftigen verbrauchen darf, ausstellt und länger bei ihm bleibt, um ihn etwa mit seinem Haustier sprechen zu lassen. Ihre Strategie kann daher als *subversive Umverteilung von Zeit*[9] betrachtet werden. Dafür fährt sie anschließend mit hoher Geschwindigkeit durch die Stadt oder suggeriert, sie sei, während sie noch Auto fährt, schon bei der Pflegebedürftigen, die anschließend auf ihrem Tourenplan steht und für die sie mehr Zeit zur Verfügung hat, indem sie das Überwachungsgerät anstellt, schon bevor sie bei ihr ist. Damit versucht sie die Zeit, die sie für relational-leibliche Arbeit bei dem Pflegebedürftigen zuvor verloren hat, wieder einzuholen.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs beschreibt die Pflegerin, welche Auswirkungen dieser riskante Einsatz hat:

> es fordert, aber sehr viel, damit es nicht auffällt, sehr viel Strategie, und um diese Strategie zu entwickeln oder zu behalten, heißt Stress, heißt zusätzlich zu dieser Arbeit, noch Stress oben drauf. Und manchmal macht mich das richtig fertig, also da sitze ich da und weiß ich überhaupt nicht mehr, wann ich wen angeklickt habe. (B02, Abs. 36)

Frau Gülar nimmt die oben beschriebenen riskanten Praxen auf sich, um bessere Care-Bedingungen zu ermöglichen. Gleichzeitig wird deutlich, dass sie teilweise die Kontrolle über ihre subversiven Praxen verliert. An dieser Stelle scheinen nicht nur der Widerstand gegen die „uncaring society" (Baines 2004: 268) sowie die Schwierigkeiten auf, die die Pflegerinnen haben, entgegen den strukturellen Abwertungen das Abjekte wieder in den Arbeitsprozess aufzunehmen. Es zeigt sich auch – so könnte argumentiert werden – die Sperrigkeit des Diffusen selbst, welches sich von der Pflegerin nicht gänzlich kontrollieren lässt.

Die Abjektion relationaler Care-Arbeit und die ausschließliche Konzentration auf abrechenbare und verrichtungsbezogene, oftmals mehr medizinisch orientier-

9 Diese begriffliche Zuspitzung verdanke ich Susanne Maurer.

te *tasks* führen zu ambivalenten Anforderungen an die Pflegerinnen. Sie werden hin- und hergerissen zwischen ihrem 'eigenen' Anspruch, der teilweise auch der traditionell-gesellschaftlichen Sichtweise entspricht, Pflegearbeit als 'christliche Nächstenliebe' und Aufopferung zu verstehen (siehe dazu Kap. V.1; vgl. auch Dunkel 2005, 233), und den Arbeitsvorgaben. Dieses Dilemma wird von den Pflegerinnen auf verschiedene Weisen zu lösen versucht, beispielsweise indem sie sich bemühen, die Beziehungsarbeit mit der verrichtungsbezogenen zu kombinieren, und damit ihre Arbeit intensivieren, oder etwa indem sie diese Arbeit als zusätzliche und unbezahlte Arbeit leisten. Auch lassen sich riskante Praxen herausarbeiten, durch die versucht wird, die 'verlorene Zeit' wiedergutzumachen.

Alle diese in der hier angeführten Kategorie **Ambivalenzen und widersprüchliche Anforderungen** beschriebenen Arbeitsformen können auch als subversive Praxen verstanden werden, durch die in vielfältiger Weise versucht wird, die engen Vorgaben, die durch die Pflegeversicherung gestellt werden, zu verändern oder zu unterminieren. Dabei wird deutlich, dass diese Formen der Arbeit zwar insofern als widerständige gelesen werden können, als sich die Pflegerinnen gegen die gesetzlichen Vorgaben bzw. Vorgaben der Dienststelle richten, allerdings diese Überschreitungen vor allem zur Verbesserung der Pflegebedingungen eingesetzt werden – und nicht zur Verbesserung ihrer eigenen Arbeitsbedingungen. Das heißt in vielen Fällen, dass der relational-leibliche Teil der Arbeit auf diese Weise trotz der widrigen Bedingungen zu leisten versucht wird. Die Pflegerinnen gleichen also den abjekten Teil aus, weil für sie ein Anspruch an Care besteht, der nicht losgelöst von relational-leiblicher Arbeit denkbar ist. Dadurch leisten sie mehr (Liebes-)Arbeit, auch unbezahlt oder unsichtbar, und halten damit das System, das sie eigentlich kritisieren, aufrecht. In etwas abgewandelter Form kann hier von „compulsory altruism" (Land/Rose 1985) gesprochen werden, da das deutsche Pflegesystem auf dem Anspruch der Pflegerinnen, Pflegearbeit als relational-leibliche Care-Arbeit zu verstehen, aufzubauen scheint und sich daher nicht nur unbezahlter Arbeit im 'Privaten' sicher sein kann (auf die das ursprüngliche Konzept abzielt), sondern auch der Mehrarbeit und der unbezahlten Arbeit von Pflegerinnen in der ambulanten Pflege. Da die Pflegerinnen sich individuell und situativ für bessere Pflege- und Care-Bedingungen einsetzen (müssen, auch um ihrem Anspruch gerecht zu werden), fangen sie zwar damit die schlimmsten Missstände auf (und verbessern situativ die Care-Bedingungen), verändern aber nicht die Ursachen der Missstände, sondern stabilisieren dadurch im Gegenteil noch das System, das diese Missstände produziert.

Deutlich zeigt sich, dass widerständige Praxen, die sich auf ähnliche Weise für bessere Arbeitsbedingungen der Pflegerinnen selbst einsetzen, *nicht* in dem Maße

vorhanden sind. Dabei würden m.E. kollektive Anstrengungen für gute Arbeitsbedingungen auch die Care-Bedingungen verbessern, denn die Bedingungen von bezahlter und unbezahlter Care Arbeit erweisen sich auch als Bedingungen von Care (Armstrong/Braedley 2013, 10). Wenn sich beispielsweise die Pflegerinnen dafür einsetzen würden, dass sie nicht unter diesem Zeitdruck arbeiten müssen, dass sie keine Zergliederung ihrer Arbeit aushalten müssen, dass sie selbst entscheiden können, welche Bedürfnisse befriedigt werden sollen, welche Notwendigkeiten bestehen und wie diesen begegnet werden sollte. Diese Umkehrung des Blickwinkels, der sich damit auf die Verbesserung der Arbeitsverhältnisse richten würde, könnte Räume für Kollektivität öffnen und eher individualisierte Praxen verringern und dadurch möglicherweise zu Veränderungen der Pflegearbeits- *und* der Care-Bedingungen führen.

3. Zwischenfazit – Beantwortung der aufgeworfenen Fragen

Durch die Analyse der Interviews, die mit Pflegerinnen der ambulanten Pflege geführt wurden, konnte im Anschluss an die W-Fragen der Grounded Theory konkret aufgezeigt werden, *was* den Akteur_innen selbst zufolge in der Pflege aus der Arbeit ausgeschlossen ist und *wie* diese Ausschlüsse als Abjektionen zu theoretisieren sind: Abjekt wird die leiblich-diffuse Dimension der Care-Arbeit, das Unplanbare und Unstrukturierte. Ebenso konnten die in Kapitel VI.2 ausgearbeiteten inhaltlichen Abjektionen, die in emotionaler und psychosozialer Unterstützung, Kommunikation und Bedürfnissen nach Teilhabe liegen, auch in der Mikroanalyse bestätigt und verdeutlicht werden. Beide Dimensionen der Abjektion lassen sich letztlich auf die leiblich-fundierte Beziehungsarbeit zusammenziehen bzw. können als relational-leibliches Element und damit als der eigentliche Inhalt von Care auf den Begriff gebracht werden.

Ebenfalls wurde dargelegt und illustriert, *wodurch* die Abjektionen entstehen und *wie* sie sich auf die konkrete Pflegepraxis auswirken. Durch die Einteilung in einzelne 'Verrichtungen', denen eine Zeitbegrenzung zugeordnet wird, die modularisierte Struktur sowie die Taylorisierung der Arbeit wird die Care-Arbeit berechenbar gemacht, wobei alle relationalen Anteile herausfallen. Daher können diese Mechanismen in der hier angestellten Mikroanalyse als konkrete Ursache für die Abjektion herausgearbeitet werden.

Darüber hinaus konnte geklärt werden, wie diese Abjektionen von den Pflegerinnen erlebt werden, nämlich als Stress, Belastung, als Ursache von schlechtem Gewissen, aber auch von Erschöpfung. Ebenfalls als Auswirkung der Ökonomi-

sierung der Pflege generell und der damit einhergehenden Abjektion von Care wurde die De-Qualifizierung der Pflegearbeit und der Pflegerinnen aufgezeigt.

Die Frage, *was* mit dem Abjekten geschieht, kann dahingehend beantwortet werden, dass in vielfacher Weise versucht wird, das Abjekte wieder in die Arbeit hereinzuholen, da es als zentraler Inhalt der Arbeit gesehen wird. Dies wird in verschiedener Weise geleistet, wie z.B. durch intensivierte und unbezahlte Arbeit, die auch als subversive Praxen interpretiert werden können.

Als wichtigste Erkenntnis der empirischen Analyse kann festgehalten werden, dass die Kommodifizierung der Pflege den Care-Inhalt verwirft und teilweise wieder als unbezahlte Arbeit strukturiert. Wie das im Arbeitsalltag gehandhabt wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben, wurde beispielhaft an dem gerade erst in neuerer Zeit kommodifizierten Feld der ambulanten Pflege herausgearbeitet.

Schlussbetrachtung

1. Zusammenfassung und Fazit

Die Argumentation dieser Arbeit verläuft vor dem Problemhintergrund, dass Care und Care-Arbeit, obwohl in den unterschiedlichen Phasen des patriarchalen Kapitalismus unterschiedlich organisiert, dennoch in allen historischen Formationen durch eine maßgebliche Konstante charakterisiert werden kann: die Abwertung und Abspaltung von Care und Care-Arbeit (wenn auch unterschiedlich konfiguriert) und die beständige Strukturierung dieser Arbeit, die oftmals von (migrierenden) Frauen geleistet wird, als unbezahlte und 'private'.

Danach fragend, wie die strukturelle Abwertung von Care(-Arbeit) theoretisch analysiert und begründet werden kann, und zwar nicht nur aus einer ökonomischen, sondern auch kulturell-symbolischen Logik, habe ich meinen Erklärungsversuch an den grundlegenden Formen des patriarchalen Kapitalismus angesetzt und so die 'allgemeinste' und 'abstrakteste' Ebene fokussiert und daher mit Marx an der Wertform angesetzt. Aus feministischer Perspektive habe ich jedoch nicht nur *eine* Seite der Arbeit, nämlich die Lohnarbeit, in den Blick genommen, sondern die *ganze Arbeit*, die zur Reproduktion der patriarchalen-kapitalistischen Gesellschaftsformation notwendig ist. Denn mit einem ausschließlich auf die Lohnarbeit gerichteten Fokus wird nicht nur bloß eine Hälfte der Gesellschaft analysiert, während die andere Hälfte der unbezahlten Arbeit verborgen bleibt, sondern aus diesem einseitigen Blick ergibt sich darüber hinaus eine generelle Verzerrung der Gesellschaftsanalyse.

Setzt aber die Analyse an der 'allgemeinsten' Ebene an *und* nimmt das Ganze der Gesellschaft in Bezug auf Arbeit in den Blick, zeigt sich, dass die ökonomische Form, die Wertform, keine rein ökonomische ist, sondern immer eine ökonomisch-kulturell-symbolische. Denn die Grundlage der Generierung des Werts sind nicht nur Klassenverhältnisse, vielmehr realisiert sich die Wertform in der Abjektion von Care und Care-Arbeit und verdeckt somit, dass auch ein anderes Verhältnis als 'Brennstoff' der Wertform gesehen werden muss: nämlich das Abjektionsverhältnis – ein Verhältnis, das Care(-Arbeit) scheinbar aus dem Kapitalverwertungsprozess und der 'öffentlichen' Organisation der Gesellschaft

auslagert, obwohl sie deren Bedingung darstellt. Damit einher geht ein kulturell-symbolischer Verwerfungsprozess des Unstrukturiert-Leiblichen und letztlich der menschlichen Kontingenz (Klinger 2012) zugunsten eines konstruierten 'zweckrational-autonomen' Subjekts. Die Grundlage dieses Verhältnisses bilden jene abjekten Akteur_innen, die mit Care in Verbindung gebracht werden und Care-Arbeit leisten, (historisch: Frauen, Migrantinnen, People of Colour) und jene, die scheinbar losgelöst und frei ('*careless*') von jeglichen Bindungen und von Care-Arbeit sind (historisch: meist 'weiße' Männer).

Die in diesem Kontext entwickelte soziale Form der *Wert-Abjektion* macht zum einen die Bedeutung von Care und Care-Arbeit deutlich und legt zum anderen die Notwendigkeit ihrer permanenten Abjektion dar, im Sinne einer Auslagerung der Care-Arbeiten und gleichzeitig einer Verwerfung der 'Bedrohlichkeiten', die mit diesem verletzbaren, carebedürftigen Sein im Zusammenhang steht.

Damit ist dann nicht nur eine Erweiterung der Wertformanalyse im Sinne einer additiven Ergänzung um die Geschlechter- bzw. die Care-Perspektive im Sinne von 'add women and stir' (kritisch z.B. Noddings 2001, 29), sondern eine grundlegend theoretische Revision entworfen, die, obwohl bzw. gerade weil sie auf einer sehr allgemeinen und abstrakten Ebene ansetzt, auch die Analyse aller anderen Ebenen (Institutionen und Akteur_innen) verändern kann, indem etwa auch die konkretere Analyse von Institutionen vor dem Hintergrund der Wert-Abjektionsform und nicht mehr nur der Wertform argumentiert.

Auf der Ebene der Institutionen bilden soziale Formen den 'Rahmen' oder den Hintergrund sozialen Handelns, der hinter dem Rücken der Akteur_innen und dennoch durch ihr Handeln hindurch auf ambivalente Weise reproduziert wird (Kap. III.3). In diesem Sinne konnte theoretisch dargelegt werden, dass die Wert-Abjektion als Rahmen auch auf die Institutionalisierungsprozesse Einfluss nimmt.

Konkret am historischen Beispiel zeigt sich dieser Einfluss der Wert-Abjektion anhand der Entstehung der bürgerlichen Berufe bzw. Professionen wie des Arzt-Berufes einerseits und der Entwicklung der Semi-Professionen wie des Berufes der Krankenschwester andererseits (Kap. IV.1). Denn der Beruf der Krankenschwester wurde komplementär zur abjekten unbezahlten Care- bzw. Hausarbeit in der so genannten 'Privatsphäre' als abgewertete 'Quasi-Berufsarbeit' etabliert. Dabei wurde die Care-Tätigkeit 'an sich' und v.a. diejenige Arbeit, die sich auf relational-leibliche Ebenen bezieht, abgewertet, aus der Medizin ausgelagert und Frauen zugewiesen.

Sehr deutlich zeigt sich auch die Vermittlung der Wert-Abjektion mit der konkreten Organisation von Care und Care-Arbeit im neoliberal restruktu-

rierten Pflegesektor (Teil VI, VII). Hier stellt sich die Abjektion von Care quasi in 'Reinform' dar, weil die Pflegeversicherung alle Bereiche ausschließt, die mit relationaler Leiblichkeit in Verbindung stehen und den eigentlichen Inhalt von Care ausmachen. Hier wird deutlich, dass die Bedingung für die In-Wertsetzung von Care im Rahmen der Pflegearbeit im Wegstreichen ihres Care-Inhalts liegt. Übrig bleibt dann eine Pflegearbeit, die im Sinne von *thinly embodied labor* eher auf die 'Erledigung einzelner Verrichtungen' fokussiert ist. Weiter wird z.B. über die Taylorisierung der Arbeit versucht, diese aus Sicht der Kapitalseite zu vergünstigen. Ziel dabei ist es, so viele 'Verrichtungen' wie möglich von einer Pflegekraft ausführen zu lassen, weil nur so der Lohneinsatz 'sich rechnet'.

Die Analyse von Interviews mit Pflegekräften der ambulanten Pflege hat die daraus entstehenden Konsequenzen für die konkrete Arbeitspraxis verdeutlicht. Diese liegen nicht nur in der De-Qualifizierung der Pflegekräfte und der Pflegearbeit an sich sowie der Verhinderung des Einsatzes der Qualifikationen der Pflegerinnen. Vielmehr führen die Abjektionen auch dazu, dass die Arbeit unter Dauerstress ausgeführt wird, u.a. weil die Pflegerinnen den nicht vorgesehenen bzw. abjekten relationalen Care-Inhalt oftmals dennoch leisten, z.B. indem sie die Arbeit intensivieren, d.h. versuchen, die relationalen Elemente während der 'Erledigung' der 'eigentlichen' Aufgaben zu erfüllen, oder durch riskante Praxen, wie z.B. schnelles Autofahren, um die Zeit, die für Beziehungsarbeit aufgebracht wurde, wieder einzuholen.

Als interessantestes Ergebnis der Mikroanalyse zeigt sich darüber hinaus, dass die Abjektion von Care selbst in entlohnten Care-Arbeitsverhältnisse dazu führt, dass die abjekte Care-Arbeit als unbezahlte, teilweise 'private' Arbeit aufgefangen wird. Daher ist die unbezahlte Care-Arbeit weiterhin in vielfältiger Weise die Bedingungen und Voraussetzung des patriarchalen Kapitalismus und auch sein Ergebnis.

2. Ausblick

2.1 Empirischer und theoretischer Forschungsbedarf

Nachdem eine Arbeit abgeschlossen ist, liegen nicht nur die Ergebnisse der Analyse vor, sondern der weitere Forschungsbedarf wird ebenfalls erkennbar. Um die Untersuchungen im Kontext der Wert-Abjektion und die Vermittlung mit der konkret-empirischen Care(-Arbeit) im neoliberalen Pflegesektor weiter auszubauen, wäre es m.E. sinnvoll, auf der empirischen Ebene den informell-häuslichen Sektor und daher konkret (migrierende) Pflege- und Haushaltskräfte sowie mög-

licherweise pflegende Angehörige und Freund_innen mit in die Forschungsarbeit einzubeziehen. Gleichermaßen wäre es aufschlussreich, Pflegekräfte sowie andere Mitarbeiterinnen in der stationären Pflege, wie etwa Reinigungskräfte, die oftmals unsichtbar sind, aber ebenso "critical to care" (Armstrong u.a.. 2008) zu interviewen, um ein vollständigeres Bild der derzeitigen Pflegeverhältnisse in Deutschland zu bekommen und um die Tendenz zur Abjektion von Care auch in diesen Bereichen herauszuarbeiten. Durch den Vergleich der Erfahrungen der Pflege- und Reinigungskräfte in den jeweiligen Feldern könnte deutlich dargelegt werden, *ob*, *inwiefern*, und *warum* die Abjektion von Care unterschiedlich zum Vorschein kommt. Auch könnte der Einbezug von Reinigungsarbeit als Care-Arbeit helfen, deutlicher inhaltlich zu bestimmen, welche Care-Arbeiten hauptsächlich abgespalten werden. Das könnte wiederum Rückschlüsse darauf geben, unter welchen Umständen sich Care und Pflege besser organisieren ließe, und damit auch Möglichkeiten für Veränderung bzw. Verbesserung der jeweils anderen Care- und Pflegebereiche aufzeigen.

Auch wäre es erwägenswert, noch andere Bereiche von Care, wie etwa Kinderbetreuung, Krankenpflege, Behindertenhilfe, in die Analyse miteinzubeziehen und auch hier Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszustellen und so zu einer umfassenderen Analyse des Care-Sektors zu kommen.

Aber nicht nur der empirische Teil der Dissertation könnte ausgebaut werden. Es wäre gleichfalls lohnenswert, die theoretische Analyse zu vertiefen. Denn da die Abjektion von Care-Arbeit in Form der informellen Verschiebung der Arbeit an Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und schlechter arbeitsrechtlicher Absicherung auch im deutschen Pflegesektor eine immer größere Bedeutung einnimmt, ist es notwendig, die Analyse der Abjektion auf systematischere Weise entlang rassistischer Dimensionen zu analysieren und mit den bisher erbrachten Ergebnissen ins Verhältnis zu setzen. Ansatzpunkte sehe ich beispielweise bei den Studien von Encarnación Gutiérrez Rodríguez, die herausarbeitet, dass bezahlte Hausarbeiterinnen in Privathaushalten "affective value" produzieren (Gutiérrez Rodríguez 2010, 2012). Die Autorin versteht diesen als "value produced through the energies, sensations and intensities of human encounters within a hierarchical system of colonial classification, entrenched in the logic and dynamics of the modern/colonial world system" (Gutiérrez Rodríguez 2012 o.S.).

Sie begreift darüber hinaus diesen affektiven Wert als dritte Kategorie neben dem Marx'schen Gebrauchswert und Tauschwert. Insofern wäre in einer Anschlussarbeit zu erforschen, ob die Produktion von *affective value* als Resultat der Abjektion von Care betrachtet werden kann und wie dabei das koloniale Weltsystem systematisch in die Theoretisierungen einbezogen werden könnte.

2.2 Alternative Care-Beziehungen und -Verhältnisse

In dieser Arbeit wurden v.a. die gesellschaftlichen Strukturen benannt, die Care und Care-Arbeit abwerten und auslagern bzw. verwerfen. Was noch nicht analysiert wurde, sind gesellschaftliche Transformationsperspektiven. Zu fragen wäre daher:

- Wie könnte eine Gesellschaft aussehen, in der Care nicht abjekt ist? (Utopie)
- Was müsste sich aus der jetzigen Perspektive in welcher Weise verändern, um Care anders zu organisieren? (Strategie)

Aus dem Blickwinkel dieser Arbeit müssen alternative Care-Verhältnisse erkämpft werden, denn wie wir gesehen haben, sind Kämpfe um die Verschiebung von Kräfteverhältnissen für die Ausformung konkreter gesellschaftlicher Verhältnisse verantwortlich. Inhaltlich müssten andere Care-Verhältnisse geschlechtergerecht sein, nicht auf rassistischen Ausbeutungsstrukturen sowie nicht auf unbezahlter und unsichtbarer Arbeit in ihren vielfältigen Formen beruhen (auch nicht innerhalb erwerbsförmiger Care-Arbeit, vgl. Teil VII). Transformationen hin zu neuen Care-Verhältnissen wären demnach keine kleinen Veränderungen und Verbesserungen, sondern ein „Mega-Projekt" (Jurczyk 2014, 20), das darauf basiert, Herrschaftsverhältnisse zu überwinden.

Ein solches Transformations-Projekt muss aus der Perspektive der Argumentation dieser Arbeit zum einen die Ökonomisierung von Care-Arbeit und zum anderen deren Auslagerung an meist weibliche Familienangehörige, Freundinnen und ehrenamtliche Tätige sowie die Verschiebung der Arbeit an prekär beschäftige und niedrigentlohnte Migrantinnen, die das System überhaupt aufrechthalten, kritisieren. Gleichzeitig muss sich die Kritik gegen die prekärer werdenden Arbeitsbedingungen im formal entlohnten Care-Sektor wenden. Es geht daher insgesamt einerseits um eine Kritik an den verschärften Zumutungen im Care-Bereich durch die Care-Krise, die nicht zuletzt das Resultat neoliberaler Politiken darstellt. Andererseits, so sollte aus der Argumentation dieser Arbeit deutlich geworden sein, ist aber auch eine grundsätzliche Kritik am patriarchalen Kapitalismus notwendig, da hier schon die prinzipielle Abjektion von Care(-Arbeit) angelegt ist.

In dem folgenden Abschnitt geht es daher darum, kurz zu skizzieren, bei welchen gesellschaftlichen Akteur_innen sich Anknüpfungspunkte für ein solches Vorhaben finden lassen. Als Beispiele möchte ich hier zwei prominente Anliegen im Kontext von Care(-Arbeit) in Deutschland nennen und anhand ihrer Forderungen auch die politischen Konsequenzen, die sich aus der in diesem Buch geleisteten Analyse ergeben, skizzieren:

In einem Care-Manifest, in dem Wissenschaftler_innen der Initiative Care.Macht.Mehr versuchen, einen Ausweg aus der Care-Krise zu skizzieren, heißt es dazu:

> [E]s geht nicht mehr darum, weitere Notlösungen und unverbundene kleine Maßnahmen zu organisieren, sondern gute, neue, umfassende gesellschaftliche Lösungen zu finden, die den Zusammenhang von Care, Geschlechterverhältnissen, Ökonomie, Arbeitsorganisation, Zeitstrukturen und sozialer Gerechtigkeit im Blick haben. Denn *gute Care-Strukturen sind für uns alle die Grundlage eines guten Lebens*. Deshalb wird gegenwärtig vielerorts in Europa über Lösungen nachgedacht und über ein Menschenrecht auf gute Sorge diskutiert. [...] Hierfür müssen Politik, Unternehmen und Verbände – auch in transnationaler Perspektive – anfangen, Care-Bedarfe als grundlegende gesellschaftliche Aufgabe im Zusammenhang wahrzunehmen, statt Einzellösungen zu entwickeln. [...] Wir wollen Fürsorglichkeit und Beziehungsarbeit neu bewerten, unabhängig von traditionellen Geschlechterbildern. (Care.Macht.Mehr-Initiative 2013, o.S., Hervorh. im Orig.)

Das Manifest skizziert normativ die Eckpunkte zu mehr Care-Gerechtigkeit. Zentral ist dabei die Forderung – die auch von vielen anderen Feministinnen und Care-Theoretiker_innen geteilt wird –, Care als gesellschaftliche Aufgabe und damit auch öffentliche Verantwortung und nicht als Privatangelegenheit Einzelner zu betrachten (vgl. z.B. Armstrong/Braedley 2013, 10).

Neben der Initiative Care.Macht.Mehr gibt es auch weitere politische Bewegung(en) im Bereich Care(-Arbeit). Unter dem Label 'Care Revolution' entwickelte sich im Jahr 2014 im Zuge einer 'Aktionskonferenz', an der 500 Aktivist_innen aus ganz unterschiedlichen Care-Bereichen teilnahmen, ein 'Netzwerk Care Revolution'. Gabriele Winker als Initiatorin versteht unter 'Care Revolution' ein politisches Konzept und plädiert „für ein Handeln, das Politik und Wirtschaft nicht von Wachstumsraten, Profitsicherung und Gewinnmaximierung aus denkt, sondern von den menschlichen Bedürfnissen, also zentral auch von Sorgen und Versorgt-Werden" (Winker 2014, 68).

In dem im Jahr 2015 erschienen Buch zur 'Care Revolution' leistet Winker eine konkrete Konzeptualisierung der Transformationsstrategie Care Revolution (vgl. Winker 2015). Ohne dass ich auf das gesamte Konzept umfassend eingehen werde, möchte ich dennoch Anschlussstellen aus der Perspektive dieser Arbeit verdeutlichen:

Als Transformationsstrategie der 'Care Revolution' setzt Winker auch an Frigga Haugs 'Vier-in-einem-Perspektive' an, bei der es darum geht, die Erwerbarbeitszeit so zu verringern, dass gleich viel Zeit auch für Reproduktionsarbeit, zivilgesellschaftliches Engagement und Muße bleibt (Haug 2008). Winker schließt in ihrer Vorstellung der 'Care Revolution' nicht nur an Ideen zur Verkürzung der Erwerbs-

arbeitszeit an, sondern ebenfalls an Forderungen nach einem 'Bedingungslosen Grundeinkommen', durch welches der erweiterte Zeitspielraum und die Möglichkeit sozialer Teilhabe abgesichert sein soll (Winker 2013, 131, 2015). Da die hier nur angerissenen Forderungen nicht einfach durchgesetzt werden können, fordert Winker eine Bewegung von unten, die sie und ihre Mitstreiter_innen wiederum durch die Care-Revolutions-Aktionskonferenz anstoßen wollten.

> Ausgangspunkt für Widersetzungspraxen und die Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens sind kollektive Selbstreflexionsprozesse, die an alltäglichen Erfahrungen anknüpfen. Dabei wird deutlich, dass persönliche Einschränkungen der Lebensperspektiven keine individuelle Angelegenheit, sondern auf strukturelle, veränderbare Bedingungen zurückzuführen sind. Hier sind die geforderten Zeitressourcen gleichzeitig die Voraussetzung für ein zivilgesellschaftliches Engagement, bei dem sich Menschen klar darüber werden, dass sie in ihren vielfältigen Auseinandersetzungen auch gemeinsame Ziele verfolgen. Vielen geht es jenseits von bipolaren Geschlechterzuordnungen um ein selbstbestimmtes Leben, in dem neben Arbeit – Lohn- und Reproduktionsarbeit – Zeiten der Musse wichtig sind. (Winker 2013, 132)

Die Autorin nennt auch einige politische Akteur_innen, deren aktuelle politische Vernetzung und deren Kampf für bessere Care-Bedingungen als wichtiger Schritt in dieser Transformation gesehen wird (Winker 2015, 119ff.). Konkret sieht Winker auch Anknüpfungspunkte zum Konzept der „sozialen Infrastruktur", wie es von der AG Linksnetz entworfen wurde.

Unter sozialer Infrastruktur wird „die in der Regel kostenlose oder gegen geringes Entgelt dargebotene Bereitstellung öffentlicher, für alle gleichermaßen zugänglicher Güter und Dienstleistungen" verstanden. „Dies betrifft vor allem die Bereiche der Gesundheitsvorsorge, des Verkehrs, des Wohnens, der Bildung und der Kultur." (Hirsch/Steinert 2012, o.S.)

Auch wenn Winker die Perspektive der linken Infrastruktur um andere Aspekte wie Bildung und Begleitung von Kita-Kindern, Angebote gemeinschaftlicher Ernährung und Soziale Arbeit erweitert, müsste m.E. nochmal deutlicher herausgestellt werden, dass es v.a. darum geht, die Form des Konzepts der linken Infrastruktur aus einer Care-Perspektive zu nutzen, die inhaltlichen Ausschlüsse des Konzepts daher nicht zu übernehmen, sondern eine steuerfinanzierte, kollektive Infrastruktur aus einer Care-Perspektive heraus zu entwickeln, also vom abjekten aus zu denken. Dabei müsste dann konkret weiter überlegt werden, wie Care und Care-Arbeit als kollektive Infrastruktur zu organisieren wären. Folgende Fragen dürften dabei nicht aus dem Blickfeld geraten:

– Wie wäre Care-Arbeit in dieser Infrastruktur organisiert, wer würde die Arbeit leisten?

– Wie wäre dann mit weiterhin bestehender unbezahlter Arbeit umzugehen (auch wenn durch eine radikale Erwerbsarbeitszeitverkürzung mehr Zeit bestünde), *wer* leistet sie, wie und zwischen wem wird die Arbeit gerecht verteilt?
– Wenn Care kollektiv organisiert ist, welche Rolle spielt dann der Wunsch, 'privat' Care-Arbeit für andere Personen zu leisten?
– Wie könnten Menschen ohne Aufenthaltsstatus gleichberechtigt in die Care-Arbeit eingebunden werden?
– Welche Rolle spielt darin 'robotic care'? Sollte die Mechanisierung von Care gänzlich abgelehnt werden oder gibt es auch emanzipatorische Weisen, diese neuen Technologien einzusetzen?

Für Winker, wie auch für viele andere Feministinnen, spielt der Zeitaspekt in Form der radikalen Arbeitszeitverkürzung eine wichtige Rolle in ihrem Transformationsvorschlag (Winker 2015, 154ff; vgl. auch Haug 2008; Kurz-Scherf/Breil 1987).

Auch ich halte die Frage der Zeitlichkeit für einen produktiven Ansatzpunkt der weiteren Analyse von Care und für eine gute Anknüpfungsmöglichkeit für politische Praxis. Denn die Zeitthematik stellt das Verbindende aller Care-Bereiche dar und spielt eigentlich in allen Auseinandersetzungen um (Care-)*Arbeit* eine bedeutende Rolle. Sowohl im Kontext der bezahlten wie der unbezahlten Care-Arbeit geht es darum, dass zu wenig Zeit für die Care-Beziehung vorhanden ist: In der 'privaten', unbezahlten Care-Arbeit fehlt häufig die Zeit, da die Care-Gebenden umfassend in die Lohnarbeit eingebunden sind. Bei den bezahlten Care-Arbeiten im öffentlichen Sektor mangelt es ebenfalls an Zeit für relationale Arbeit, da die ökonomisierte Care-Arbeit auf einzelne Aufgaben fokussiert, die schnell ausgeführt werden sollen. Auch bei den (irregulär) Beschäftigen in den Privathaushalten geht es um das Thema Zeit, nämlich darum, wie der zeitlich umfassende Zugriff (z.B. durch die nicht klar geregelte Arbeitszeit, die fehlenden räumliche Trennungen bei denjenigen, die bei den Pflegebedürftigen wohnen) auf die dort Beschäftigten begrenzt werden kann. Aufgrund dieses verbindenden Charakters könnte die Zeit-Thematik die analytische Brücke innerhalb der Care-Strategie-Debatte darstellen, von der aus weitere Analysen geleistet werden könnten.

Aus den Analysen der hier vorgelegten Arbeit und angelehnt an Winker und das Konzept des „radikalen Reformismus" müsste die Transformation aus einer Care-Perspektive heraus allerdings nicht – wie weiter oben schon erwähnt – bei der Reformierung des bestehenden Systems stehen bleiben, sondern der Prozess des Übergangs müsste zweistufig verlaufen: Auf der eine Seite gilt es, sich für emanzipatorische Veränderungen im 'Hier und Jetzt' einzusetzen und sich gegen

Zumutungen in der bezahlten wie der unbezahlten Care-Arbeit zu wehren. Auf der anderen Seite geht es aber auch um langfristige Veränderungen, die hier in der Form eines 'radikalen Reformismus' eine Transformation der kapitalistisch-patriarchalen Gesellschaft anstreben (vgl. auch Winker 2015; Hirsch/Steinert 2012, o.S.).

Wie in dieser Arbeit gezeigt wurde, liegt nämlich das eigentliche Problem nicht bei Care und Care-Arbeit, sondern in der strukturellen Dynamik des patriarchalen Kapitalismus – Wert-Abjektion, die Care als prekäre, ausgegrenzte und unsichtbare 'Nicht' -Arbeit ausweist und sie (rassifizierten) Frauen zuweist. Daher müssen die Strategien für ein 'besseres Leben' und für bessere Care-Bedingungen langfristig auf die Überwindung dieser Herrschaftsform zielen, damit „das Leben als Zweck, als Selbstzweck" (Klinger 2013a, 103) anerkannt werden kann. Denn das

> kontingente Leben kann nur in Solidarität und Wechselseitigkeit geführt werden – unter den Bedingungen von avancierter Moderne, die kein oben und unten, kein innen und außen mehr kennt, das heißt, in Wechselseitigkeit und Solidarität zwischen dem Nächsten und Fernsten. (Klinger 2013a, 103)

In diesem Sinne wäre für eine Care-Revolution zu kämpfen.

Anhang

1. Interviews und Interviewführung

Für diese Dissertation liegen zwölf leitfadengestützte Interviews mit Pflegerinnen vor[1] sowie zwei Expertinnen-Interviews mit Vertreterinnen der Gewerkschaft Verdi. Zusätzlich wurden im Sinne des Mitforscher_innenkonzepts der Kritischen Psychologie zwei Pflegerinnen (B02, B04) erneut befragt (Zweit-Interview). Bei diesem Konzept geht es darum, die Interviewpartnerinnen nicht als zu 'Beforschende' zu betrachten, sondern darum, sie „als Expertinnen und Experten ihrer Existenz ernst zu nehmen, die 'Objekte' des eigenen Erkenntnisinteresses auch als 'Subjekte', als Gegenüber anzuerkennen." (Maurer 1996, 150)

Aus dem Pool der Interviews von Gesprächspartnerinnen, die per Schneeballsystem für die Erhebung gewonnen wurden, habe ich vier näher analysiert. Nach der intensiven Bearbeitung aller Interviews und der Analyse der vier Interviews kam ich dann zu der Ansicht, dass diese für mein Vorhaben einer Theorieentwicklung, die empirisch fundiert sein soll, ausreichen, da die weiteren Interviews keine *neuen* Ergebnisse zu der Frage nach den Auswirkungen der Abjektion liefern. In qualitativer Hinsicht kam es zu genau dieser Auswahl der Interviews, weil ich Erfahrungen von Pflegerinnen, die bei ambulanten Diensten mit einem kirchlichen Träger angestellt sind, mit der Lebensrealität von Pflegerinnen, die bei privaten Diensten arbeiten, kontrastieren wollte (siehe Abb. 3).

In der folgenden Tabelle sind einige Daten der vier Interviewbeteiligten tabellarisch dargestellt. Da ich deren Anonymität in umfassender Weise schützen möchte, sind die Namen der Betreffenden geändert und weder Alter noch Migrationshintergrund der Personen angegeben. Der Schutz der persönlichen Daten wurde den Interviewpartnerinnen auch in einem Interviewvertrag zugesichert,

---

1 Davon wurden sieben Interviews von mir selbst geführt und fünf von Studierenden im Rahmen eines Methodenseminars im Jahr 2011, das ich gemeinsam mit Sabine Klinger im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg angeboten habe. Die vier hier analysierten Interviews wurden von mir selbst geführt. Der Leitfaden wurde ebenfalls im Rahmen dieses Seminars, auf der methodischen Grundlage von Cornelia Helfferich (2005), entwickelt und von mir mehrfach nach Rücksprache mit der Betreuerin der vorliegenden Arbeit, Anke Abraham, im Rahmen einer Interpretationsgruppe und des Doktorand_innenkolloquiums von Susanne Maurer (Zweitbetreuerin) überarbeitet. Ich spreche im Folgenden nur von Pflegerinnen, da ich nur Frauen interviewt habe, was wiederum dem Feld entspricht, da hier überwiegend Frauen arbeiten (vgl. Teil VI).

in dem die Beteiligten mir außerdem erlauben, ihre Interviewaussagen in dieser anonymisierten Form zu verwenden.

Abbildung 3: Interviewpartnerinnen (näher analysierte Interviews)

Anonymisierter Name	*Berufsbezeichnung*	*Arbeitszeit*	*Träger der Einrichtung*
Frau Roth (B01)	Krankenschwester	27 Std./Woche	Privat
Frau Gülar (B02)	Altenpflegerin	30 Std./Woche	Privat
Frau Adams (B04)	Krankenschwester	40 Std./Woche	Kirchlich
Frau Schmidt(B05)	Altenpflegehelferin	13,5 Std./Woche	Kirchlich

Die vier ausführlich analysierten Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Udo Kuckartz verschriftlicht (Kuckartz u.a. 2008, 27ff.).

Auch wenn ich meine Interviews als Leitfaden-Interviews konzipiert habe, die in der Literatur von erzählgenerierenden Interviews unterschieden werden, ist diese Trennung so eindeutig nicht aufrechtzuerhalten und wird auch in der Literatur als zu grobe Klassifizierung dargestellt (Friebertshäuser 2003, 371f.). In diesem Sinne habe ich zwar ausgearbeitete Fragen entwickelt, allerdings mehr im Sinne von Erzählstimuli, welche die Hauptthemenblöcke des Interviews einleiten. Die Hauptthemen meines Interviewleitfadens sind:

1. Biographische Perspektive
2. Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit
3. Widerständige Praxen
4. Körpererleben

In einer 'Checkliste' habe ich Stichworte für eventuelle Nachfragen notiert sowie die Fragen bzw. Stichworte differenziert und (z.B. nach Rang) hierarchisiert (vgl. Helfferich 2005, 180f.). Die Interviews sind folgerichtig auch durch lange Erzählpassagen gekennzeichnet. Anfänglich bestand der Leitfaden noch aus diversen, zusätzlich ausgearbeiteten Fragen, die sich aber schon im ersten Probeinterview als zu sperrig bzw. zu konkret dargestellt haben.

Mein erster Erzählstimulus lautete: *Bitte erzählen Sie mir, wie es dazu kam, dass Sie Altenpflegerin/Krankenschwester wurden, und wie es dann weiterging bis heute? Erzählen Sie ruhig alles ausführlich, was Ihnen dazu einfällt.*

Der zweite Themenblock wurde folgendermaßen eingeleitet: *In der Literatur wird die ambulante Altenpflege häufig als sehr belastend beschrieben. Wie erleben Sie das?*

Oftmals kamen die Pflegerinnen aber schon in dem Teil, der durch den ersten Erzählstimulus eingeleitet wurde, auf Belastungen zu sprechen. In diesem Fall habe ich um eine ausführlichere Beschreibung der Belastungen gebeten.

Die Interviewfragen sowie die Interviewtechnik wurden mehrfach in einem von mir gemeinsam mit einer Kollegin geleiteten Methodenseminar, auch mit Hilfe von Probeinterviews, getestet und entwickelt. Dabei wurde besonders darauf geachtet, keine geschlossenen oder Suggestivfragen zu stellen und Pausen im Gespräch auszuhalten (Friebertshäuser 2003, 377). Um geschlossene Fragen, d.h. solche Fragen, die mit Ja oder Nein bzw. mit der Angabe von Fakten zu beantworten sind, aus dem Interview herauszuhalten (Helfferich 2005), wurde zusätzlich ein kurzer Fragebogen entwickelt, mit dem im Anschluss an das Interview Eckdaten wie etwa Beschäftigungsform (Voll- oder Teilzeit) und Berufsbezeichnung etc. ermittelt wurden.

Nach dem Prozess des offenen Kodierens wurden außerdem zwei der Pflegerinnen (B02, B04) ein weiteres Mal befragt, um sie in den Analyseprozess miteinzubeziehen. „Benennungs- und Analyse-Versuche finden [...] bereits während der empirischen Untersuchung (auch in den Interview-Gesprächen selbst)" (Maurer 1996, 145) bzw. v.a. in den Zweitgesprächen statt. Diese Zweit-Interviews dienten der Rückkopplung und Diskussion der Ergebnisse und meiner Interpretationen sowie der Erörterung neuer Fragen, die sich aus der Auswertung und aus Veränderungen bzw. Reformen in der Pflegepolitik ergeben haben. Neue Fragen entstanden dabei etwa aus den Veränderungen der gesetzlichen Lage zur Pflegeversicherung (Pflegereformen), wie zum Beispiel der Einführung der Pflegestufe 0 im Jahr 2013.

2. Transkriptionsregeln

- Grundsätzlich handelt es sich um eine einfache Transkription.
- Es wurde wörtlich transkribiert, vorhandene Dialekte wurden nicht mittranskribiert bzw. geglättet.
- Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet und der standarddeutschen Sprache angenähert.
- Komplette Anonymisierung; dies betrifft neben Namen der Personen insbesondere auch Orte und Städte.
- Zustimmende/bestätigende Äußerungen der Interviewerin (mhm, aha etc.) wurden nicht mittranskribiert, wenn sie den Redefluss der Befragten nicht unterbrochen haben.
- Interviewerin wurde mit „I" bezeichnet, befragte Person mit „B" plus Nummer

des Interviews, z.B. „B05“.
- (...) Deutliche Pausen
- @ Lachen
- @nein@ Wort oder Satz lachend gesprochen
- (Seufzer) oder (atmet tief ein)
- Das ist wirklich neu. Besonders betonte/gedehnte Begriffe wurden unterstrichen.
- () Unverständlich
- (wirklich neu?) Nicht genau verständlich; vermuteter Inhalt wurde in Klammern gesetzt.

Quelle: in Anlehnung an Udo Kuckartz u.a. 2008, 27ff.

3. Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI

Leistungsbeschreibung und Vergütungsregelung im Rahmen der ambulanten Pflegeleistungen in Hessen

Allgemeine Grundsätze

Auf der Basis der nachfolgenden einheitlichen Vergütungssystematik wurde eine Grundlage für individuelle Vergütungsvereinbarungen in Hessen geschaffen.

Das System zur Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen hat nach Auffassung der Vertragspartner nachfolgende Grundsätze zu erfüllen:

1. Eine Grundanforderung des Systems der Pflegeversicherung besteht in der Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen. Die Entscheidung, welche Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens von einer Pflegeeinrichtung erbracht werden sollen, obliegt allein dem Pflegebedürftigen. Es muß gewährleistet sein, daß sich der Pflegebedürftige sein individuelles Leistungsprogramm aus dem Hilfeangebot selbst zusammenstellt.

   Zu diesem Zweck wurden die Leistungsmodule Nr. 1 bis Nr. 3 der Körperpflege so ausgestaltet, daß sie es durch wählbare Leistungen dem Pflegebedürftigen ermöglichen, die individuell erforderlichen und durch den Pflegedienst zu erbringenden Leistungen in Anspruch zu nehmen. Durch den Kostenvoranschlag soll sichergestellt werden, daß im Vorfeld zwischen dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen bzw. Nachbarn, Freunden und den Pflegedienst die insgesamt zu erbringenden Pflege- und Zusatzleistungen (wie z.B. Begleitung bei Spaziergängen durch den Dienst als zusätzlich privat zu vereinbarenden Leistungen) transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar verbindlich vereinbart werden.

2. Das Vergütungssystem muß für den Pflegebedürftigen und die Pflegeperson transparent und für die Vertragspartner handhabbar sein. Vor diesem Hintergrund wurden die Leistungsmodule auf die wesentlichen Verrichtungen konzentriert.

3. Die vereinbarte Vergütung muß leistungsgerecht sein. Sie muß es dem Pflegedienst ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Punktwerte sind individuell mit jedem Pflegedienst zu vereinbaren. Die vereinbarten Vergütungssätze sind auch für die überschießenden Beträge über der jeweiligen Sachleistungshöchstgrenze hinaus verbindlich.

4. Eine Differenzierung der Vergütung für Pflegeleistungen nach Kostenträgern innerhalb eines Pflegedienstes ist unzulässig.

5. Die Leistungsabrechnung darf nur zu den vereinbarten Vergütungssätzen erfolgen, unabhängig von der Art des Kostenträgers.

6. Neben der aktivierenden Pflege sind die Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen selbstverständlich Bestandteil der jeweiligen grundpflegerischen Tätigkeit. Es werden unterschieden:

Dekubitusprophylaxe	Soor- und Parotitisprophylaxe
Pneumonieprophylaxe	Obstipationsprophylaxe
Thromboseprophylaxe	Aspirationsprophylaxe
Kontrakturprophylaxe	Hornhautpflege des Auges
Intertrigoprophylaxe	
Sturzprophylaxe	

   Die Prophylaxen werden erst mit der Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung Bestandteil der grundpflegerischen Tätigkeit.

7. Die individuelle Ausführung der Leistungskomplexe ist zu dokumentieren.

1. Körperpflege

Leistungskomplex 1
Kleine Körperpflege

Grundkomplex:	
• **An-/Auskleiden**	
• **Teilwaschen einschließlich Transfer zu Waschgelegenheit und zurück bzw. Transfer der Waschutensilien zum Patienten.**	
• **Mund-/Zahnpflege**	
	260 Punkte

Wählbare Leistungen:	
• **Hilfen beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes**	**40 Punkte**
• **Kämmen und/oder Rasieren**	**50 Punkte**
• **Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/ Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel**	**50 Punkte**

Punktzahl: 400 Punkte für alle Leistungen

Der Leistungskomplex 1 setzt sich aus dem Grundkomplex und drei Wahlleistungen zusammen. Der Grundkomplex des LK 1 ist nicht abwählbar.

An-/Auskleiden einschließlich der Auswahl der Kleidung, An-/Ausziehen von Stützstrümpfen, sowie An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Teilwaschen umfaßt in der Regel das Waschen des Gesichtes, Oberkörpers und/oder Genitalbereich/Gesäß.

Das Machen und Richten des Bettes ist Bestandteil der Verrichtung.

Mund- und Zahnpflege einschließlich der Lippenpflege, Pflege der Zahnprothese und Mundhygiene.

Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
Hilfe beim Aufsetzen, Umsetzen in Rollstuhl oder Toilettenstuhl, Aufstehen aus dem Bett bzw. Hilfe ins Bett ohne spezielle Hilfsmittel.

Kämmen einschließlich das Herrichten der Tagesfrisur.

Rasieren beinhaltet die Naß- und Trockenrasur einschließlich der Gesichtspflege.

Einfache Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidung
Benötigt der Pflegebedürftige Hilfe bei Ausscheidungen, die im Zusammenhang mit Leistungen der Körperpflege erbracht werden, wählt er diese Leistung, d.h. sie dient als Ergänzung zur Körperpflege. Wenn nach komplett abgeschlossener Pflege der Pflegebedürftige nochmals Hilfe bei Ausscheidung benötigt (z.B. plötzliches Erbrechen, erneuter Toilettengang), wird diese Leistung nochmals gewählt.

Diese Leistung umfaßt die Hilfe bei Ausscheidungen, wie Darm- und Blasenentleerungen, Wechsel des Stomabeutels, Erbrochenes und Sputum (Schleim, Speichel). Sie beinhaltet alle notwendigen Hilfeleistungen, die bei einem ganzheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung notwendig sind. Dazu gehören auch das Aufsuchen der benötigten Räumlichkeiten. Die Hilfe bei der Ausscheidung bezieht sich je nach Pflegesituation auf die Unterstützung bei Inkontinenz und die Unterstützung beim Erbrechen.

Die Säuberung des Pflegebereichs von den Verunreinigungen durch Ausscheidung sowie ggf. die Entsorgung dieser Ausscheidung ist Bestandteil dieses Leistungskomplexes. Der Pflegebereich umfaßt dabei Toilettenstuhl, Toilette und Waschbecken. Darüber hinausgehende Reinigung von Verschmutzungen ist Bestandteil der Hauswirtschaft.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 2	Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Duschen
• LK 3	Große Körperpflege mit Vollbad
• LK 5	Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen

Leistungskomplex 2
Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche

Grundkomplex:	
• **An-/Auskleiden**	
• **Ganzkörperwäsche/Dusche einschließlich Transfer zur Waschgelegenheit und zurück bzw. Transfer der Waschutensilien zum Patienten**	
• **Mund-/Zahnpflege**	
	370 Punkte

Wählbare Leistungen:	
• **Hilfen beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes**	**40 Punkte**
• **Kämmen und/oder Rasieren**	**50 Punkte**
• **einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/ Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel**	**50 Punkte**

Punktzahl: 510 Punkte für alle Leistungen

Der Leistungskomplex 2 setzt sich aus dem Grundkomplex und drei Wahlleistungen zusammen. Der Grundkomplex des LK 2 ist nicht abwählbar.

An-/Auskleiden einschließlich der Auswahl der Kleidung, An-/Ausziehen von Stützstrümpfen, sowie An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Ganzkörperwaschen umfasst in der Regel das Waschen des Gesichtes, Oberkörpers, Rückens, Genitalbereiches/Gesäß und der Extremitäten im Bad oder auch im Bett, ggf. Haarwäsche und die Nagelpflege. Besondere Arten der Ganzkörperwäsche, wie z.B. basalstimulierende Bobathwäsche, sind Bestandteil dieser Leistung.

Das Machen und Richten des Bettes ist Bestandteil der Verrichtung.

Mund- und Zahnpflege einschließlich der Lippenpflege, Pflege der Zahnprothese und Mundhygiene.

Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
Hilfe beim Aufsetzen, Umsetzen in Rollstuhl oder Toilettenstuhl, Aufstehen aus dem Bett bzw. Hilfe ins Bett ohne spezielle Hilfsmittel.

Kämmen einschließlich das Herrichten der Tagesfrisur.

Rasieren beinhaltet die Naß- und Trockenrasur einschließlich der Gesichtspflege.

Einfache Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidung
Benötigt der Pflegebedürftige Hilfe bei Ausscheidungen, die im Zusammenhang mit Leistungen der Körperpflege erbracht werden, wählt er diese Leistung, d.h. sie dient als Ergänzung zur Körperpflege. Wenn nach komplett abgeschlossener Pflege der Pflegebedürftige nochmals Hilfe bei Ausscheidung benötigt (z.B. plötzliches Erbrechen, erneuter Toilettengang), wird diese Leistung nochmals gewählt.

Diese Leistung umfaßt die Hilfe bei Ausscheidungen, wie Darm- und Blasenentleerungen, Wechsel des Stomabeutels, Erbrochenes und Sputum (Schleim, Speichel). Sie beinhaltet alle notwendigen Hilfeleistungen, die bei einem ganzheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung notwendig sind. Dazu gehören auch das Aufsuchen der benötigten Räumlichkeiten. Die Hilfe bei der Ausscheidung bezieht sich je nach Pflegesituation auf die Unterstützung bei Inkontinenz und die Unterstützung beim Erbrechen.

Die Säuberung des Pflegebereichs von den Verunreinigungen durch Ausscheidung sowie ggf. die Entsorgung dieser Ausscheidung ist Bestandteil dieses Leistungskomplexes. Der Pflegebereich umfaßt dabei Toilettenstuhl, Toilette und Waschbecken. Darüber hinausgehende Reinigung von Verschmutzungen ist Bestandteil der Hauswirtschaft.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 1	Kleine Körperpflege/Teilwaschen
• LK 3	Große Körperpflege mit Vollbad
• LK 5	Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen

Leistungskomplex 3
Große erweiterte Körperpflege

Grundkomplex:	
• **An-/Auskleiden**	
• **Vollbad**	
• **Mund-/Zahnpflege**	
	470 Punkte

Wählbare Leistungen:	
• **Hilfen beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes**	**40 Punkte**
• **Kämmen und/oder Rasieren**	**50 Punkte**
• **einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/ Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel**	**50 Punkte**

Punktzahl: 610 Punkte für alle Leistungen

Der Leistungskomplex 3 setzt sich aus dem Grundkomplex und drei Wahlleistungen zusammen. Der Grundkomplex des LK 3 ist nicht abwählbar.

An-/Auskleiden einschließlich der Auswahl der Kleidung, An-/Ausziehen von Stützstrümpfen, sowie An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Vollbad umfaßt in der Regel das Reinigen des Gesichtes, Oberkörpers, Rückens, Genitalbereichs/Gesäß und der Extremitäten. Es umfaßt in der Regel zusätzlich das Fußbad, die Haarwäsche, die Nagelpflege und die Hautpflege mit individuellen Pflegeprodukten zur Förderung des Wohlbefindens. Zum Vollbad gehören in der Regel folgende Verrichtungen:

- Vorbereitung: Wassereinlauf, Temperatur überprüfen, Wäsche richten, Patienten vorbereiten und informieren,
- Vollbad: Patient beim Hinsetzen unterstützen, Durchführung des Vollbades, Patientenbeobachtung,
- Nachbereitung des Patienten: Transfer, abtrocknen, ggf. erforderliche Nachbereitung (z.B. Einreibung zur Körperpflege), Ankleiden,
- Nachbereitung: Wanne säubern, Wäsche entsorgen.

Das Machen und Richten des Bettes ist Bestandteil der Verrichtung.

Mund- und Zahnpflege einschließlich der Lippenpflege, Pflege der Zahnprothese und Mundhygiene.

Kämmen einschließlich das Herrichten der Tagesfrisur.

Rasieren beinhaltet die Naß- und Trockenrasur einschließlich der Gesichtspflege.

Einfache Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidung
Benötigt der Pflegebedürftige Hilfe bei Ausscheidungen, die im Zusammenhang mit Leistungen der Körperpflege erbracht werden, wählt er diese Leistung, d.h. sie dient als Ergänzung zur Körperpflege. Wenn nach komplett abgeschlossener Pflege der Pflegebedürftige nochmals Hilfe bei Ausscheidung benötigt (z.B. plötzliches Erbrechen, erneuter Toilettengang), wird diese Leistung nochmals gewählt.

Diese Leistung umfaßt die Hilfe bei Ausscheidungen, wie Darm- und Blasenentleerungen, Wechsel des Stomabeutels, Erbrochenes und Sputum (Schleim, Speichel). Sie beinhaltet alle notwendigen Hilfeleistungen, die bei einem ganzheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung notwendig sind. Dazu gehören auch das Aufsuchen der benötigten Räumlichkeiten. Die Hilfe bei der Ausscheidung bezieht sich je nach Pflegesituation auf die Unterstützung bei Inkontinenz und die Unterstützung beim Erbrechen.

Die Säuberung des Pflegebereichs von den Verunreinigungen durch Ausscheidung sowie ggf. die Entsorgung dieser Ausscheidung ist Bestandteil dieses Leistungskomplexes. Der Pflegebereich umfaßt dabei Toilettenstuhl, Toilette und Waschbecken. Darüber hinausgehende Reinigung von Verschmutzungen ist Bestandteil der Hauswirtschaft.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 1	Kleine Körperpflege/Teilwaschen
• LK 2	Große Körperpflege mit Ganzwäsche/Duschen
• LK 5	Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen

Leistungskomplex 4
Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit/Immobilität

Spezielle Lagerungsmaßnahmen dienen der körper- und situationsgerechten Lagerung innerhalb und außerhalb des Bettes zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen und Linderung von Beschwerden unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln, ggf. Teilwechsel der Wäsche und Bett richten.

Punktzahl: 100 Punkte

Dieser Leistungskomplex ist nur bei Bettlägerigkeit oder Immobilität abrechenbar.

Durch eine spezielle Lagerung können Sekundärerkrankungen bei Bettlägerigkeit oder Immobilität weitgehend verhindert werden.
Die speziellen Lagerungsarten werden dem individuellen Bedarf angepasst und nach aktuellen pflegefachlichen Erkenntnissen (z.B. Lagerung nach Bobath) durchgeführt. Lagerungshilfsmittel sind alle Materialien, die zur Lagerung geeignet sind. Die Lagerungs-art ist zu dokumentieren.

Maßnahmen zum körper- und situationsgerechten Liegen und Sitzen bei nicht immobilen Pflegebedürftigen sind im Sinne einer aktivierenden Pflege im Rahmen der einzelnen Verrichtungen zu erbringen und damit nicht gesondert vergütungsfähig.

Leistungskomplex 5
Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen

• **An-/Auskleiden**
• **Hilfe beim Aufstehen**
• **Hilfen/Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel des Inkontinenzhilfsmittels**
• **Intimpflege**

Punktzahl: 150 Punkte

An-/Auskleiden einschließlich der Auswahl der Kleidung, sowie An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Hilfen beim Aufstehen und Aufsuchen der benötigten Räumlichkeiten und zurück.

Hilfen und Unterstützung bei Ausscheidungen, z.B. bei Inkontinenz, ggf. Kontinenztraining oder Obstipationsprophylaxe, z.B. beim Erbrechen, ggf. Anregung der ärztlichen Beratung bei Ausscheidungsproblemen, ggf. Wechseln der Bettwäsche und Kleidung.

Intimpflege einschließlich Hautpflege und Prophylaxen.

Dieser Leistungskomplex umfasst die Hilfe bei Ausscheidungen, wie Darm- und Blasenentleerungen, Wechsel des Stomabeutels, Erbrochenes und Sputum (Schleim, Speichel).

Er beinhaltet alle notwendigen Hilfeleistungen, die bei einem ganzheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Ausscheidung notwendig sind. Dazu gehört auch das Aufsuchen der benötigten Räumlichkeiten und zurück. Die Hilfe bei der Ausscheidung bezieht sich je nach Pflegesituation auf die Unterstützung bei Inkontinenz und die Unterstützung beim Erbrechen.

Die Säuberung des Pflegebereichs von den Verunreinigungen durch Ausscheidung sowie ggf. die Entsorgung dieser Ausscheidung ist Bestandteil dieses Leistungskomplexes. Darüber hinausgehende Reinigung von Verschmutzungen ist Bestandteil der Hauswirtschaft.

Der Leistungskomplex ist nur einmal pro Einsatz abrechenbar.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 1	Kleine Körperpflege/Teilwaschen
• LK 2	Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Duschen
• LK 3	Große Körperpflege mit Vollbad
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen

2. Ernährung

Leistungskomplex 6
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – einfache Hilfen
(Zwischenmahlzeit)

• **Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschließlich Vor- und Nachbereitung**
• **Hilfen/Anleitung beim Essen und Trinken**
• **Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme**

Punktzahl/Einsatz: 100 Punkte

Der Leistungskomplex einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Pflegebedürftige seine Nahrung und Flüssigkeit nicht ohne Hilfe und/oder Anleitung zu sich nehmen kann, d.h. wenn das Anreichen von Nahrung oder Flüssigkeit oder die Anleitung dazu erforderlich ist. Die Abrechenbarkeit der Leistung setzt die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft voraus.

Dieser Leistungskomplex beinhaltet:
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschließlich Vor- und Nachbereitung
Zur Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung i.S. aller Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme der Nahrung ermöglichen.

Hilfe/Anleitung beim Essen und Trinken
Hierunter sind kleine Zwischenmahlzeiten zu verstehen(z.B. Apfel, Brot oder Joghurt).

Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme
Händewaschen, Mundpflege, ggf. Säubern/Wechseln der Kleidung
Spülen des im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme stehenden Eßgeschirrs.

Der Leistungskomplex ist nicht gesondert abrechenbar, wenn im Zusammenhang mit der Zubereitung einer Zwischenmahlzeit bzw. dem Aufwärmen von Essen auf Rädern ausschließlich das mundgerechte Zubereiten der Nahrung (z.B. Fleisch klein schneiden) erforderlich wird und der Pflegebedürftige keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigt.

Nicht abrechenbar neben:
• LK 7 Umfangreiche Hilfen bei der Nahrungsaufnahme

Leistungskomplex 7
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – umfangreiche Hilfen (Hauptmahlzeit)

• **Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschließlich Vor- und Nachbereitung**
• **Hilfen/Anleitung beim Essen und Trinken**
• **Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme**

Punktzahl/Einsatz: 250 Punkte

Dieser Leistungskomplex kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Pflegebedürftige seine Nahrung und Flüssigkeit nicht ohne Hilfe und/oder Anleitung zu sich nehmen kann, d.h. wenn das Anreichen von Nahrung oder Flüssigkeit oder die Anleitung dazu erforderlich ist. Die Abrechenbarkeit der Leistung setzt die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft voraus.

Dieser Leistungskomplex beinhaltet:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschließlich Vor- und Nachbereitung
Zur Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung i.S. aller Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme der Nahrung ermöglichen.

Hilfe/Anleitung beim Essen und Trinken/Hauptmahlzeit
Einschließlich Transfer vom Tisch und zurück bzw. Aufrichten im Bett, Darreichung der Nahrung sowie ausreichend Flüssigkeitszufuhr.

Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme
Händewaschen, Mundpflege, ggf. Säubern/Wechseln der Kleidung
Spülen des im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme stehenden Eßgeschirrs.

Der Leistungskomplex ist nicht gesondert abrechenbar, wenn im Zusammenhang mit der Zubereitung einer Hauptmahlzeit bzw. dem Aufwärmen von Essen auf Rädern ausschließlich das mundgerechte Zubereiten der Nahrung (z.B. Fleisch klein schneiden) erforderlich wird und der Pflegebedürftige keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigt.

Nicht abrechenbar neben:
• LK 6 Einfache Hilfen bei der Nahrungsaufnahme

Leistungskomplex 8
Enterale Ernährung über Sonde

• **Vor-/Nachbereitung der Sondennahrung**
• **Transfer und sachgerechte Positionierung des Pflegebedürftigen**
• **Sachgerechte Verabreichung der Sondenkost/Flüssigkeit**
• **Säuberung der Sonde**

Punktzahl: 150 Punkte

Eine künstliche Ernährung über einen längeren Zeitraum erfolgt in der Regel über eine Perkutane-Endoskopische-Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde), wenn der Pflegebedürftige aufgrund von Störungen im Kau- und Schlucktrakt nicht essen kann, z.B. nach Schlaganfall oder Bewusstseinsstörungen.

Die Durchführungsverantwortung für die Pflegekraft liegt in der sorgfältigen Verabreichung der Sondenkost incl. sachgerechter Positionierung, in der aktiven Begleitung des Pflegebedürftigen und ggf. der Angehörigen. Die Verabreichung von Sondenkost ist keine Medikation, sondern Ernährung. Bei der Verabreichung von Sondenkost handelt es sich um eine grundpflegerische Leistung.

Die Abrechenbarkeit der Leistung setzt nicht die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft während der Applikation voraus.

3. Mobilität

Leistungskomplex 9
Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen

• **Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes**
• **An-/Auskleiden**
• **Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen**

Punktzahl/Einsatz: 100 Punkte

Hilfestellung beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes
- An- und Auskleiden im Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zubettgehen einschließlich der Auswahl der Kleidung.
- Hilfestellung beim Aufstehen aus dem Bett oder ähnlichem und/oder bei der Hilfestellung beim Zubettgehen.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 1	Kleine Körperpflege/Teilwaschen
• LK 2	Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Duschen
• LK 3	Große Körperpflege mit Vollbad
• LK 5	Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen
• LK 10	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
• LK 11	Mobilisation
• LK 12	Begleitung bei Aktivitäten

Leistungskomplex 10
Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung

• **An-/Auskleiden**
• **Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung**

Punktzahl/Einsatz: 120 Punkte

An- und Auskleiden
Im Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung einschließlich der Auswahl der Kleidung.

Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
Ggf. Treppensteigen, z.B. im Zusammenhang mit dem Besuch einer Tagespflegeeinrichtung.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen
• LK 11	Mobilisation
• LK 12	Begleitung bei Aktivitäten

Leistungskomplex 11
Mobilisation in der Wohnung

• **Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes**
• **An-/Auskleiden**
• **Mobilisation in der Wohnung**

Punktzahl/Einsatz: 120 Punkte

Mobilisation sind alle Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung von Personen zur Förderung der Lebensqualität und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Es handelt sich um keine normale Transferleistungen im Rahmen der Leistungskomplexe. Mobilitäts- und Pflegeziele müssen aus der Pflegedokumentation erkennbar sein.

Hierzu gehören innerhalb der Wohnung insbesondere das Gehen, das Stehen, das Treppensteigen einschl. des Gleichgewichthalten. Dies kann auch bei erheblichem Aufwand unter Einsatz eines Hebelifters oder ähnlichem erfolgen.

Dieser Leistungskomplex beinhaltet die Mobilisation des Pflegebedürftigen auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse bei z.B. Paresen, Immobilität nach stationären Aufenthalten, Antriebslosigkeit, Morbus Parkinson und Alzheimer bzw. dementiellen Erkrankungen.

• **Nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig**

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen
• LK 10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Leistungskomplex 12
Begleitung bei Aktivitäten

• **An-/Auskleiden**
• **Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung**
• **Begleitung bei Aktivitäten, die das persönliche Erscheinen des Patienten erfordern (z.B. Arztbesuche)**

Punktzahl: 150 Punkte

Zeittaktung zum Grundpflegetarif – Taktung 15 Min. ggf. mehrfach Berechnung eines Grundkomplexes (z.B. 300 Punkte) je nach erforderlichem Zeitaufwand

---

An-/Auskleiden
In Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung einschließlich der Auswahl der Kleidung, ggf. An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Die Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
Ggf. Treppensteigen. Die Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist (keine Spaziergänge, keine kulturellen Veranstaltungen).

Es ist zu gewährleisten, dass der Pflegebedürftige unter ständiger Begleitung der Begleitperson steht. Reine Fahrdienste können nicht abgerechnet werden. In der Pflegeplanung muss nachvollziehbar dokumentiert sein, warum dieser Pflegeeinsatz vom Pflegebedürftigen abgerufen wird.

Nicht abrechenbar neben:	
• LK 9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen
• LK 10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Leistungskomplex 13
Hauswirtschaftliche Versorgung

• **Wechseln der Bettwäsche**
• **Beheizen der Wohnung**
• **Reinigung der Wohnung inkl. Entsorgung des Abfalls**
• **Waschen/Pflege der Wäsche/Kleidung**
• **Einkauf**
• **Zubereitung einer Hauptmahlzeit**
• **Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit**
• **Spülen des Geschirrs**

Punktzahl: 50

Den hauswirtschaftlichen Leistungen wird die dem jeweiligen Bedarf entsprechende Punktzahl zugeordnet. Dabei entsprechen 50 Punkte fünf Minuten. Der Grundwert beträgt 150 Punkte, sofern ein Pflegeeinsatz ausschliesslich wegen hauswirtschaftlicher Versorgung erforderlich ist.

Sämtliche Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung beziehen sich auf die Person des Pflegebedürftigen und seine unmittelbare Lebensumgebung.

So umfasst „Einkaufen“ den Bedarf des Pflegebedürftigen, „Kochen“ die für den Verbrauch des Pflegebedürftigen bestimmten Mahlzeiten, das „Reinigen der Wohnung“ die vom Pflegebedürftigen bewohnten Räume, das „Spülen“ die Reinigung des vom Pflegebedürftigen benutzten Geschirrs, das „Wechseln/Waschen der Wäsche und Kleidung“ die vom Pflegebedürftigen benutzte Kleidung und Haushaltswäsche.

Das Beheizen der Wohnung bedeutet nicht die Bedienung des Heizkörperthermostats.

Die Position „Haushalt“ ist mehrmals täglich, auch kumulativ abrechenbar.

Nicht abrechenbar neben:
• Hauswirtschaftlichen Verrichtungen, die in anderen Leistungskomplexen enthalten sind (z.B. LK 6, LK 7, LK 8: Spülen des Geschirrs) können nicht nochmals als hauswirtschaftliche Versorgung abgerechnet werden.

5. Sonstige Vergütungen

Leistungskomplex 14
Leistungskomplex 15

Nicht besetzt

Leistungskomplex 16
Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft

• **Feststellen des individuellen Pflegebedarfs**
• **Erstellen eines individuellen Pflegeplans**
• **Absprache über die Durchführung pflegerischer Maßnahmen**
• **Ermittlung der voraussichtlichen Kosten**
• **Beratung über Inhalt und Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages**

Punktzahl: 900 Punkte

Der Begriff „Erstgespräch“ meint eine ausführliche, auf den Einzelfall bezogene Beratung einschließlich der Ermittlung der voraussichtlichen Kosten (die ermittelten voraussichtlichen Kosten werden Bestandteil des Pflegevertrages) incl. Beratung der Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten einzelner Leistungen durch den Pflegedienst, mit dem ein Pflegevertrag tatsächlich zustande kommt. Das Ergebnis des Erstgesprächs ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Eine allgemeine kurze Information des Pflegebedürftigen, die diese/r von verschiedenen Pflegediensten einholt, um sich anschließend für einen von Ihnen zu entscheiden, erfüllt nicht die Bedingungen des Erstgesprächs.

Die Position ist bei Bezieher/-innen der Sach- bzw. Kombinationsleistung sowie bei Übernahme einer Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gem. § 39 SGB XI abrechenbar.

Grundsätzlich ist die Position bei Zustandekommen eines Pflegevertrages einmal abrechenbar.

Leistungskomplex 17
Folgegespräch bei Änderung der Pflegestufe

• **Feststellen des individuellen Pflegebedarfs**
• **Erstellen eines individuellen Pflegeplans**
• **Absprache über die Durchführung pflegerischer Maßnahmen**
• **Ermittlung der voraussichtlichen Kosten**
• **Beratung über Inhalt und Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages**

Punktzahl: 300 Punkte

Das Folgegespräch kann bei Änderung der Pflegestufe nach entsprechendem Bescheid der Pflegekassen erfolgen und meint eine ausführliche, auf den Einzelfall bezogene Beratung einschließlich der Ermittlung der voraussichtlichen Kosten (die ermittelten voraussichtlichen Kosten werden Bestandteil des Pflegevertrages) incl. Beratung der Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten einzelner Leistungen durch den Pflegedienst, mit dem ein Pflegevertrag tatsächlich zustande kommt. Das Ergebnis des Beratungsgesprächs ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Die Position ist bei Bezieher/-innen der Sach- bzw. Kombinationsleistung sowie bei Übernahme einer Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gem. § 39 SGB XI abrechenbar.

Grundsätzlich ist die Position bei Änderung der Pflegestufe nach entsprechendem Bescheid der Pflegekasse abrechenbar.

Leistungskomplex 18
Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI

• **Beratung**
• **Hilfestellung**
• **Mitteilung an die Pflegekasse**

Vergütung: Pflegestufen 1 und 2 bis zu 21 Euro
Pflegestufe 3 bis zu 31 Euro

Der Beratungseinsatz dient der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen oder sonstiger Pflegepersonen und der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Unter Berücksichtigung der individuellen Situation und des häuslichen Umfeldes des Pflegebedürftigen soll ihm selbst und den Angehörigen durch eine Pflegefachkraft Hilfestellung zur Erleichterung der Pflege gegeben werden. Hierzu gehört u.a. die Anleitung zu pflegeerleichternden Techniken im Hinblick auf die in §14 Abs.4 SGB XI genannten Verrichtungen.

Darüber hinaus soll über zusätzliche Hilfen, die sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson in Anspruch nehmen kann. Informiert werden. Die Beratung kann sich dabei u.a. auf:

- Die Notwendigkeit medizinischer Reha-Maßnahmen
- Den Einsatz von Pflegehilfsmitteln
- Eine Anpassung des Wohnraums
- Die Inanspruchnahme von Tages- und/oder Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege
- Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen (Angehörigenberatung, Selbsthilfegruppen)
  Den möglichen Wechsel der Pflegestufe erstrecken
- Niederschwellige Angebote gem. PflEG

Der Pflegebedürftige erklärt sich mit dem bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnissen einverstanden und übermittelt diese der Pflegekasse mittels eines gültigen Mitteilungsformulars. Für die Besorgung des Formulars ist der Pflegedienst zuständig.

Mit diesem Leistungskomplex sind alle mit dem Einsatz verbundenen Aufwendungen abgegolten.
Die Vergütung für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgt aufwandsabhängig. Für die Geltendmachung der gesetzlichen Höchstwerte muss der Zeitaufwand für die Beratungseinsätze in den Pflegestufen 1 und 2 mindestens 30 Minuten und in der Pflegestufe 3 mindestens 45 Minuten betragen. Die Dauer des Beratungseinsatzes muss aus der Rechnung ersichtlich sein, soweit er unterhalb der obigen Minutenwerte liegt. Liegt der Zeitaufwand oberhalb der obigen Minutenwerte, erfolgt ein Hinweis auf der Rechnung, dass der Zeitaufwand für den Beratungseinsatz mindestens 30 Minuten (Pflegestufe I und II) bzw. 45 Minuten (Pflegestufe III betragen hat.

Leistungskomplex 19
Hausbesuchspauschale

Folgende Hausbesuchspauschale kann abgerechnet werden:

Hausbesuchspauschale **– Besuche zwischen 06:00 und 20:00 Uhr**	**4,83 EURO**

Werden Leistungen nach § 37 SGB V und dem SGB XI von demselben Leistungserbringer innerhalb eines Pflegeeinsatzes erbracht, wird die Einsatzpauschale den entsprechenden Kostenträgern je zur Hälfte berechnet.

Sofern bei Pflegebedürftigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben (z.B. Paare) Leistungen nach dem SGB XI bzw. häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V innerhalb eines Einsatzes erbracht werden, kann die vereinbarte Einsatzpauschale nur einmal abgerechnet werden bzw. ist von beiden Kostenträgern jeweils zur Hälfte zu tragen.

Pflegedienste, die in einer Altenwohnanlage oder sonstigen ambulanten Wohnform (z.B. betreutes Wohnen) Personen in einem Einsatz nacheinander pflegen, können die Hausbesuchs-pauschale wie folgt abrechnen:

Bei einer Person:	eine Hausbesuchspauschale
Bei zwei Personen:	je eine halbe Hausbesuchspauschale
Bei drei und mehreren Personen:	je ein Drittel der Hausbesuchspauschale

Leistungskomplex 20
Erhöhte Hausbesuchspauschale

Folgende erhöhte Hausbesuchspauschale kann abgerechnet werden:

Erhöhte Hausbesuchspauschale **– Besuche zwischen 20:00 Uhr und 06:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen**	**9,66 EURO**

Werden Leistungen nach § 37 SGB V und dem SGB XI von demselben Leistungserbringer innerhalb eines Pflegeeinsatzes erbracht, wird die Einsatzpauschale den entsprechenden Kostenträgern je zur Hälfte berechnet.

Sofern bei Pflegebedürftigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben (z.B. Paare) Leistungen nach dem SGB XI bzw. häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V innerhalb eines Einsatzes erbracht werden, kann die vereinbarte Einsatzpauschale nur einmal abgerechnet werden bzw. ist von beiden Kostenträgern jeweils zur Hälfte zu tragen.

Pflegedienste, die in einer Altenwohnanlage oder sonstigen ambulanten Wohnform (z.B. betreutes Wohnen) Personen in einem Einsatz nacheinander pflegen, können die Hausbesuchs-pauschale wie folgt abrechnen:

Bei einer Person:	eine Hausbesuchspauschale
Bei zwei Personen:	je eine halbe Hausbesuchspauschale
Bei drei und mehreren Personen:	je ein Drittel der Hausbesuchspauschale

Leistungskomplex 21
Einsatz einer 2. Pflegekraft

Ist im Einzelfall eine zweite Pflegekraft erforderlich, stellt der Pflegedienst die Erforderlichkeit fest und informiert die Pflegekasse bzw. den zuständigen Sozialhilfeträger schriftlich.

Liegt innerhalb von 14 Kalendertagen kein Widerspruch der Pflegekasse/des Sozialhilfeträgers vor sind die Kosten der 2. Pflegekraft abrechnungsfähig. Bei Ablehnung durch die Pflegekasse/den Sozialhilfeträger gilt die Abrechnungfähigkeit bis zum Eingang des Bescheides.

Die zweite Pflegekraft wird entsprechend der Tätigkeit abgerechnet, die sie durchführt.

Literatur

Abraham, Anke, 2002: Der Körper im biographischen Kontext. Ein wissenssoziologischer Beitrag. Wiesbaden.

AKS Hamburg, 2014: Care-Konferenz 2014 – Wo ist die Revolution? Widersprüche 134: Arbeit am Leben – Care-Bewegung und Care-Politiken. 34. Jg. Heft 4, 87-91.

Alheit, Peter, 1999: „Grounded Theory": Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. Göttingen, 1-19. http://www.fallarchiv.uni-kassel.de/wp-content/uploads/2010/07/alheit_grounded_theory_ofas.pdf (Download: 18.02.15).

Anderson, Bridget, 2000: Doing the Dirty Work. The Global Politics of Domestic Labour. London.

Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne, 2010: Care und Reproduktion. Einleitung. In: Dies.: (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen/Farmington Hills, 59-77.

Armstrong, Hugh/Armstrong, Pat, 2002: Thinking it Through. Women, Work and Caring in the New Millenium. Canadian Woman Studies. Vols. 21/22. Issues 4/1, 44-50.

–/Armstrong, Pat, 2003: Production and Reproduction. Feminist Takes. In: Andrew, Caroline/Armstrong, Pat/Armstrong, Hugh/Clement, Walther/Vosko, Leah (Eds.): Studies in Political Economy. Developments in Feminism. Toronto, 10-16.

–/Armstrong, Pat, 2009: Precarious Employment in the Health Care Sector. In: Vosko, Leah/MacDonald, Martha/Campbell, Iain (Eds.): Gender and the Contours of Precarious Employment. London, 256-271.

Armstrong, Pat, 2013a: Skills for Care. In: Armstrong, Pat/Braedley, Susan: Troubling Care. Critical Perspectives on Research and Practices. Toronto, 101-112.

–, 2013b: Puzzling Skills. Feminist Political Economy Approaches. Canadian Review of Sociology. Vol. 50. Issue 3, 256-283.

–/Armstrong, Hugh, 1983: Beyond Sexless Class and Classless Sex. Studies of Political Economy. Vol. 10, 7-43.

–/Armstrong, Hugh, 1990: Theorizing Women's Work. Toronto.

–/Armstrong, Hugh/Scott-Dixon, Krista, 2008: Critical to Care. The Invisible Women in Health Services. Toronto.

–/Braedley, Susan (Eds.), 2013: Troubling Care. Critical Perspectives on Research and Practices. Toronto, 9-17.

–/Connelly, M. Patricia, 1989: Feminist Political Economy. An Introduction. Studies in Political Economy. Vol. 30, 5-12.

Aulenbacher, Brigitte, 2009: Arbeit, Geschlecht und soziale Ungleichheiten. Perspektiven auf die Krise der Reproduktion und den Wandel von Herrschaft in der postfordistischen Arbeitsgesellschaft. Arbeits- und Industriesoziologische Studien. 2. Jg. Heft 2, 61-78.

–, 2012: Gegenläufige Blicke auf Kapitalismus und Arbeit – Feministische Kapitalismusanalysen im Verhältnis zu Kapitalismustheorie und Arbeitssoziologie. In: Dörre, Klaus/Sauer, Dieter/Wittke, Volker (Hg.): Kapitalismustheorie und Arbeit. Neue Ansätze soziologischer Kritik. Frankfurt/New York, 113-126.

–, 2013: Ökonomie und Sorgearbeit. Herrschaftslogiken, Arbeitsteilung und Grenzziehungen im Gegenwartskapitalismus. In: Appelt, Erna/Aulenbacher, Brigitte/Wetterer, Angelika (Hg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, 105-127.

–/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard, 2014: Sorge und Sorgearbeit – Neuvermessungen eines traditionsreichen Forschungsfelds. In: Dies. (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden, 5-21.

–/Siegel, Tilla, 1993: Industrielle Entwicklung, soziale Differenzierung, Reorganisation des Geschlechterverhältnisses. In: Frerichs, Petra/Steinrücke, Margareta (Hg.): Soziale Ungleichheit und Geschlechterverhältnisse. Opladen, 65-98.

Auth, Diana, 2009: Das Private neu denken – zur Neubestimmung der sozialen Organisation von Fürsorgearbeit. In: Kurz-Scherf, Ingrid/Lepperhoff, Julia/Scheele, Alexandra (Hg.): Feminismus. Kritik und Intervention. Münster, 214-229.

–, 2012: Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 45. Jg. Heft 7, 618-623.

–, 2013: Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. WSI-Mitteilungen. 66. Jg. Heft 6, 412-422.

Backes, Gertrud M./Amrhein, Ludwig/Wolfinger, Martina, 2008: Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Backhaus, Hans-Georg, 2011: Dialektik der Wertform. Untersuchungen zur Marxschen Ökonomiekritik. Freiburg.

Baines, Donna, 2004: Caring for Nothing: Work Organization and Unwaged Labour in Social Services. Work, Employment and Society. Vol. 18. Issue 2, 267-295.

Bakker, Isabella/Gill, Stephan, 2003: Ontology, Method and Hypotheses. In: Dies. (Eds.): Power, Production and Social Reproduction. New York, 17-41.

Barmer GEK, 2011: Pflegereport (Rothgang, Heinz/Iwansky, Stephanie/Müller, Rolf/Sauer, Sebastian/Unger, Rainer). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. Siegburg.

–, 2013: Pflegereport (Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23. Siegburg.

Barthelme, Gerlinde/Garms-Homolovà, Vjenka/Polak, Ute, 1999: Belastungen in der ambulanten Pflege. In: Schmidt, Roland/Entzian, Hildegard/Giercke, Klaus Ingo/Klie, Thomas (Hg.): Die Versorgung Pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Frankfurt/M, 235-243.

Bauer-Sternberg, Dörte/Brennert, Carola/Deters, Jürgen/Müller-Bagehl, Sabine, 2008: Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Initiative Neue Qualität der Arbeit. Dortmund.

Baumol, William J., 1967: Macroeconomics of Unbalanced Growth. The American Economic Review. Vol. 75, 415-426.

Becke, Guido/Bleses, Peter/Gundert, Hannah/Wetjen, Anja, 2011: Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter – arbeitswissenschaftliche Perspektiven. artec-paper 177. Bremen.

Becker-Schmidt, Regina, 2011: „Verwahrloste Fürsorge" – ein Krisenherd gesellschaftlicher Reproduktion. Zivilisationskritische Anmerkungen zur ökonomischen, sozialstaatlichen und sozialkulturellen Vernachlässigung von Praxen im Feld „care work". Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. 3. Jg., 9-23.

Beer, Ursula, 1984: Theorien geschlechtlicher Arbeitsteilung. Frankfurt/M.

–, 1987: Objektivität und Parteilichkeit – ein Widerspruch in feministischer Forschung? Zur Erkenntnisproblematik von Gesellschaftsstruktur. In: Dies. (Hg.): Klasse Geschlecht. Feministische Gesellschaftsanalyse und Wissenschaftskritik. Bielefeld, 142-187.

–, 1990: Geschlecht, Struktur, Geschichte. Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses. Frankfurt/New York.

Benjamin, Jessica, 2002: Der Schatten der Anderen. Intersubjektivität, Gender, Psychoanalyse. Frankfurt/M, Basel.

–, 2004: Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt/M, Basel.

Benner, Patricia/Wrubel, Judith, 1989: The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Menlo Park.

Bennholdt-Thomsen, Veronika, 1981: Subsistenzproduktion und erweiterte Reproduktion. Ein Beitrag zur Produktionsweisendiskussion. In: Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie. Frankfurt/M.

Benston, Margaret, 1969: The Political Economy of Women's Liberation. Monthly Review. Vol. 21. Issue 4, 13-27.

Beuchel, B., 1998: Auf den Punkt gebracht. Die Kalkulation des individuellen Punktwertes im SGB XI für Pflegedienste. Häusliche Pflege, Heft 5, 23-26.

Bezanson, Kate/Luxton, Meg, 2006: Social Reproduction. Feminist Political Economy challenges Neo-Liberalism. Montreal.

Binsbergen, Wim van/Geschiere, Peter, 2005: Commodification. Things, Agency, and Identities. The Social Life of Things Revisited. Münster.

Bischoff, Claudia, 1997: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/New York.

Blockupy, 2013: Let's care! Let's dance! Let's Blockupy – Feministisch! https://blockupy.org/1175/lets-care-lets-dance-lets-blockupy-feministisch (Download: 17.07.13).

BMFSFJ, 2012: Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=184702.html3 (Download: 18.02.15).

BMG, 2014: Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet. Pressemitteilung, 8.4.2014. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_02/140408_PM_Erprobung_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf (Download: 18.02.15).

–, 2015: Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Plegeleistungen_BRat_071114.pdf (Download: 28.02.15).

Bock, Gisela/Duden, Barbara, 1977: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen. Berlin, 118-199.

Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler Günther (Hg.), 2010: Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, 11-23.

Böhm, Andreas, 2009: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, 475-485.

Bönold, Fritjof, 2008: Zur immanenten Kritik am Wert-Abspaltungstheorem. 2. Teil. Streifzüge 43. Wien.

Braudel, Ferdinand, 2011: Die Dynamik des Kapitalismus. Stuttgart.

Braverman, Harry, 1974: Labor and Monopoly Capital. The Degradation of Work in the Twentieth Century. New York.

Brensell, Ariane/Habermann, Friedericke, 2001: Geschlechterverhältnisse. Eine zentrale Dimension neoliberaler Hegemonie. Berlin.

Brentel, Hartmut, 1989: Soziale Form und ökonomisches Objekt. Studien zum Gegenstands- und Methodenverständnis der Kritik der Politischen Ökonomie. Opladen.

Bröckling, Ulrich. 2007: Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.

Browne, Paul Leduc, 2010: The dialectics of health and social care: toward a conceptual framework. Theory and Society. Vol. 39. Issue 5, 575-591.

Brückner, Margrit, 2010: Entwicklungen der Care-Debatte – Wurzeln und Begrifflichkeiten. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen/Farmington Hills.

Buckel, Sonja, 2007: Subjektivierung und Kohäsion. Zur Rekonstruktion einer materialistischen Theorie des Rechts. Weilerswist.

Büssing, André/Glaser, Jürgen/Höge, Thomas, 2005: Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Dortmund/Berlin/Dresden.

Butler, Judith, 1991: Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/M.

–, 1995: Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Berlin.

–, 2009: Die Macht der Geschlechternormen. Frankfurt/M.

Campkin, Ben/Cox, Rosie, 2008: Materialities and Metaphors of Dirt and Cleanliness. In: Dies. (Eds.): Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination. London, 1-11.

Candeias, Mario, 2004: Prekarisierung der Arbeit und Handlungsfähigkeit. Das Argument 256: Sich arm arbeiten? Das große Roll-back. 46. Jg. Heft 3/4, 389-414.

Care* AK Frankfurt, 2014: Care is love? Einige Überlegungen zu Stärken und Fallstricken der aktuellen Debatte um Care-Arbeit. Widersprüche 134: Arbeit am Leben – Care-Bewegung und Care-Politiken. 34. Jg. Heft 4, 75-87.

Care.Macht.Mehr Initiative, 2013: Care-Manifest. Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit. http://care-macht-mehr.com/(Download: 24.02.15).

Castel, Robert, 2000: Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit. Konstanz.

–/Dörre, Klaus (Hg.), 2009: Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/M.

Charmaz, Kathy, 2006: Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis. London/Thousand Oaks/New Delhi.

Chorus, Silke, 2011: Care-Seiten in der politischen Ökonomie. Das Argument 292: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53. Jg. Heft 3, 392-402.

–, 2013: Care Ökonomie im Postfordismus. Perspektiven einer integralen Ökonomie-Theorie. Münster.

Coates, A.T., 2013: Mary Douglas, Purity and Danger (1966). http://www.atcoates.com/douglas/(Download: 18.02.15).

Conradi, Elisabeth, 2001: Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/M.

–, 2003: Vom Besonderen zum Allgemeinen – Zuwendung in der Pflege als Ausgangspunkt einer Ethik. In: Wiesemann, Claudia/Erichsen, Norbert/Behrendt, Heidrun/Biller-Andorno, Nikola/Frewer, Andreas (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart, 30-46.

–, 2013: Gesellschaftlicher Wandel durch Andershandeln und die politische Strategie der Differenz. In: Grisard, Dominique/Jäger, Ulle/König, Tomke: Verschieden sein: Nachdenken über Geschlecht und Differenz. Königstein.

Cox, Robert W., 1998: Gramsci, Hegemonie und internationale Beziehungen: Ein Aufsatz zur Methode. In: Ders.: Weltordnung und Hegemonie – Grundlagen der „Internationalen Politischen Ökonomie". Studie der Forschungsgruppe Europäische Gemeinschaft Nr. 11. Marburg, 69-86.

Creed, Barbara, 1993: Horror And The Monstrous Feminine. An Imaginary Abjection. http://screen.oxfordjournals.org/content/27/1/44.extract (Download: 05.10.12).

Dahme, Heinz-Jürgen/Kühnlein, Gertrud/Wohlfahrt, Norbert, 2008: Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in der Sozialwirtschaft. Berlin.

–/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.), 2007: Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt? Zur aktuellen Entwicklung der Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor. Schorndorf.

–/Wohlfahrt, Norbert, 2007: Vom Korporatismus zur Strategischen Allianz von Sozialstaat und Sozialwirtschaft. Neue 'Sozialpartnerschaft' auf Kosten der Beschäftigten? In: Dahme, Heinz-Jürgen/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt? Zur aktuellen Entwicklung der Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor. Schorndorf, 22-34.

Dalla Costa, Mariarosa, 1973: Die Frauen und der Umsturz der Gesellschaft. In: Dalla Costa, Maria Rosa/James, Selma: Die Macht der Frauen und der Umsturz der Gesellschaft. Berlin, 27-66.

Daly, Mary/Lewis, Jane, 2000: The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. British Journal of Sociology. Vol. 52. Issue 2, 281-298.

Daly, Tamara, 2013: Imagining an Ethos of Care within Policies, Practices, and Philosophy. In: Armstrong, Pat/Braedley, Susan (Eds.): Troubling Care. Critical Perspectives on Research and Practices. Toronto, 33-47.

Das Argument, 2011: Heft: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53. Jg. Heft 3.

Davies, Celia, 1995: Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. Acta Sociologica. Vol. 38. Issue 1, 17-31.

Day, Suzanne, 2013: The Implications of Conceptualizing Care. In: Armstrong, Pat/Braedley, Susan (Eds.): Troubling Care. Critical Perspectives on Research and Practices. Toronto, 21-32.

Der Tagesspiegel, 5.9.2014: Mindestlohn in der Pflege steigt auf 9,40 Euro. http://www.tagesspiegel.de/politik/einigung-der-mindestlohnkommission-mindestlohn-in-der-pflege-steigt-auf-9-40-euro/10660872.html (Download: 18.02.15).

Donath, Susan, 2000: The Other Economy. A Suggestion for a Distinctively Feminist Economics. Feminist Economics. Vol. 6. Issue 1, 115-125.

Douglas, Mary, [1966] 2002: Purity and Danger. London.

Dörre, Klaus, 2003: Prekarität – Eine arbeitspolitische Herausforderung. In: Dörre, Klaus/Kraemer, Klaus/Speidel, Frederic (Hg.): Prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Ursache von sozialer Desintegration und Rechtsextremismus? Projektzwischenbericht (Auszüge). www.ruhr-uni-bochum.de/fiab/pdf/sonstiges/prek_besch-zwischenbericht.pdf (Download: 06.10.09).

–/Ehrlich, Martin/Haubner, Tine, 2014: Landnahmen im Feld der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden, 107-125.

Dunkel, Wolfgang, 2005: Zur Lebensführung von Pflegekräften. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München, 227-246.

Düppel, Sabrina, 2005: Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege. Hannover.

Eckhart, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva, 2000: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. feministische studien extra. 18. Jg., 3-18.

Egger de Campo, Marianne/Laube, Stefan, 2008: Barrieren, Brücken und Balancen. Gefühlsarbeit in der Altenpflege und im Call Center. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 33. Jg. Heft 2, 19-42.

Ehrenreich, Barbara/Englisch, Deidre, 2001: Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. München.

Ehrenreich, Barbara/Hochschild, Arlie Russell (2002): Global Women. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy. London.

Elbe, Ingo, 2010: Marx im Westen. Die neue Marx-Lektüre in der Bundesrepublik seit 1965. Berlin.

Engel, Antke, 2002: Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation. Frankfurt/New York.

Engelmann, Dirk/Gohde, Jürgen/Künzel, Gerd/Schmidt, Severin, 2013: Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Bonn.

Esping-Andersen, Gosta, 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge.

Evers, Adalbert, 1995: Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung. Sozialer Fortschritt. 44. Jg. Heft 2, 23-28.

–, 2011: Wohlfahrtsmix und soziale Dienste. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch soziale Dienste. Wiesbaden, 265-283.

Federici, Silvia, [1975] 2012: Wage against Housework. In: Dies.: Revolution at Point Zero. Housework, Reproduction, and Feminist Struggle. Brooklyn, 15-23.

feministische studien, 2013: Sorgeverhältnisse. 31. Jg. Heft 2.

Ferguson, Susan, 1999: Canadian Contributions to Social Reproduction. Feminism, Race and Embodied Labor. http://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=brantford_jn (Download: 18.02.15).

Fine, Michael, 2004: Renewing the Social Vision of Care. Australian Journal of Social Issues. Vol. 39. Heft 3, 217-232.

Fisher, Berenice/Tronto, Joan, 1990: Towards a Feminist Theory of Caring. In: Abel, Emily K./Nelson, Margaret K. (Eds.): Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives. Albany/New York.

Foucault, Michel, 1993: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Berlin/Wien/Frankfurt/M.

Frankfurter Rundschau, 4.10.2014: Geld für Pflegereform könnte knapp werden. http://www.fr-online.de/politik/geld-fuer-pflegereform-koennte-knapp-werden,26577298,28645100.html (Download: 08.01.15).

Fraser, Nancy/Gordon, Linda, 1994: "Dependency" Demystified: Inscriptions of Power in a Keyword of the Welfare State. Social Politics. Vol. 1. Issue 1, 4-31.

Fricke, Anno, 2014: Kabinett zündet Pflegereform. Ärzte Zeitung Online, 28.5.2014. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/pflegereform/article/861955/beschlossen-kabinett-zuendet-pflegereform.html (Download: 06.01.15).

Friebertshäuser, Barbara, 2003: Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara/Prengel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München, 371-394.

Friese, Marianne, 2003: Arbeit und Geschlecht in der Erziehungswissenschaft unter besonderer Berücksichtigung personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: GendA. Netzwerk feministische Arbeitsforschung. Marburg, 1-94.

Fritsche, Miriam/Quante-Brandt, Eva, 2012: Soziale Ungleichheit in der vollqualifizierenden beruflichen Bildung. Ausgewählte Forschungsbefunde und Forschungsbedarf. Arbeitspapier 245. Hans-Böckler Stiftung. Düsseldorf.

Gallas, Alexander, 2003: Marx als Monist? Versuch einer Kritik der Wertkritik. Magisterarbeit. http://www.linke-buecher.de/texte/krisis-diskussionen/gallas-alexander--die-marxrezeption-der-wertkritik---von--www.streifzuege.org.pdf (Download: 18.02.15).

Gardiner, Jean/Himmelweit, Susan/Mackintosh, Maureen, 1975: Women's Domestic Labour. New Left Review 89, 48-58.

Garske, Pia, 2014: Putzen, kochen, Kinder kriegen. Von der Hausarbeits- zur Caredebatte: alter Wein in neuen Schläuchen? ak. analyse & kritik – Zeitung für linke Debatte und Praxis, 591. http://www.akweb.de/ak_s/ak591/29.htm (Download: 18.02.15).

GendA, 2005: Arbeit und Geschlecht – Plädoyer für einen erweiterten Horizont der Arbeitsforschung und ihrer Förderung. GendA. Netzwerk feministische Arbeitsforschung. Marburg.

Genetti, Evi, 2010: Europäische Staaten im Wettbewerb. Zur Transformation von Geschlechterordnungen im Kontext der EU. Münster.

Gerhard, Ute, 2014: Care als sozialpolitische Herausforderung moderner Gesellschaften – Das Konzept fürsorglicher Praxis in der europäischen Geschlechterforschung. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard: Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden, 69-89.

–/Klinger, Cornelia, 2013: Im Gespräch über Care/Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge. feministische studien. 31. Jg. Heft 2, 267-277.

Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela, 2009: Die Pflegeversicherung. Bern.

Gilligan, Carol, 1982: In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge.

–, 1999: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München.

–, 2011: Interview. http://ethicsofcare.org/interviews/carol-gilligan/(Download: 18.02.15).

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L., 1974: Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen.

glokal e. V., 2012: Mit kolonialen Grüßen. Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet. www.glokal.org/publikationen/mit-kolonialen-gruessen/(Download: 18.02.15).

Gottschall, Karin, 2008: Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung. Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. 17. Jg. Heft 4, 254-267.

Grabbe, Yvonne/Nolting, Hans-Dieter/Loss, Stefan/Krämer, Katrin, 2006: DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Berlin.

Grey, Benjamin, 2008: The emotional labour of nursing – Defining and managing emotions in nursing work. Nurse Education Today. Vol. 29. Issue 2, 168-175.

Gross[sic], Elisabeth, 1990: The Body of Signification. In: Fletcher, John/Benjamin, Andrew (Eds.): Abjection, Melancholia and Love. The work of Julia Kristeva. New York, 80-103.

Grosz, Elisabeth, 1989: Sexual Subversions. Three French feminists. Crows Nest.

Grugulis, Irena/Vincent, Steven, 2009: Whose skill is it anyway? 'Soft' skills and polarization. Work, Employment and Society. Vol. 23. Issue 4, 597-615.

Grugulis, Irena/Warhurst, Chris/Keep, Ewart, 2004: "What's Happening to Skills?" In: Warhurst, Chris/Grugulis, Irena/Keep, Ewart (Eds.): The Skills That Matter. Hampshire.

Gutiérrez Rodríguez, Encarnación, 2007: The "Hidden Side" of the New Economy. On Transnational Migration, Domestic Work, and Unprecedented Intimacy. Frontiers. Vol. 28. Issue 3, 60-83.

–, 2010: Migration, Domestic Work and Affect. London/New York.

–, 2012: Affective Value. On Coloniality, Feminization and Migration. http://eipcp.net/transversal/0112/gutierrez-rodriguez/en. (Download: 18.02.15).

Hagemann-White, Carol, 1984: Sozialisation: Weiblich – männlich? Opladen.

Hartmann, Anna, 2011: Wo bleibt die Hausarbeit? Die Unsichtbarkeit der unbezahlten Hausarbeit in Fordismus und Postfordismus. Das Argument 292: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53. Jg. Heft 3, 402-408.

Hartmann, Heidi I., 1979: The Unhappy Marriage of Marxism and Feminism: Towards a more Progressive Union. Capital & Class. Vol. 3. Issue 2, 1-33.

Harvey, David, 2004: Die Geographie des „neuen" Imperialismus. Akkumulation durch Enteignung. In: Zeller, Christian (Hg.): Die globale Enteignungsökonomie. Münster, 183-216.

Hauf, Felix, 2006: Regulation und Geschlecht. Zur feministischen Erweiterung der Regulationstheorie bei Kohlmorgen. Diplomarbeit. Frankfurt/M.

–, 1996a: Knabenspiele und Menschheitsarbeit. Geschlechterverhältnisse als Produktionsverhältnisse. In: Dies.: Frauen-Politiken. Berlin, 125-154.

–, 1996b: Ökonomie der Zeit, darin löst sich schließlich alle Ökonomie auf. Herausforderungen für einen sozialistischen Feminismus. In: Dies.: Frauen-Politiken. Berlin, 105-124.
–, 1996c: Marxistisch-feministisch. Geschichte einer Verbindung im Streit. In: Dies.: Frauen-Politiken. Berlin, 217-232.
–, 2002: Wert-Abspaltung statt Arbeitsreligion. Zu Roswitha Scholz. Das Argument 244: Weltkrieg gegen den Terror ? Postmarxismen bei der Arbeit. 44. Jg. Heft 1, 91-97.
–, 2008: Die Vier-in-einem-Perspektive. Politik von Frauen für eine neue Linke. Hamburg.
–, 2010: Sozialistischer Feminismus: Eine Verbindung im Streit. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden, 52-59.
–, 2011: Das Care-Syndrom. Ohne Geschichte hat die Frauenbewegung keine Perspektive. Das Argument 292: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? Vol. 53. Heft 3, 345-365.
Helfferich, Cornelia, 2005: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden.
Heimeshoff, Lisa-Marie/Hess, Sabine/Kron, Stefanie/Schwenken, Helen/Trzeciak, Miriam (Hg.), 2014: Grenzregime II. Migration, Kontrolle, Wissen. Transnationale Perspektiven. Berlin.
Heinrich, Michael, 1999: Untergang des Kapitalismus? Die 'Krisis' und die Krise. Überarbeitetes Referat. http://www.oekonomiekritik.de/601Untergang des Kapitalismus.htm (Download: 18.02.05).
–, 2010: Kapitalismus, Krise und Kritik. Zum analytischen Potential der Marxschen Theorie angesichts der gegenwärtigen Krise. In: Bude, Heinz/Damitz, Ralf/Koch, André (Hg.): Marx. Ein toter Hund? Gesellschaftstheorie reloaded. Hamburg.
–, 2011: Die Wissenschaft vom Wert. Die Marxsche Kritik der politischen Ökonomie zwischen wissenschaftlicher Revolution und klassischer Tradition. Münster.
Hennessy, Rosemary, 2003: Feminismus. In: Haug, Frigga (Hg.): Historisch-Kritisches Wörterbuch des Feminismus. Hamburg, 155-170.
Hildenbrand, Bruno, 2009: Anselm Strauss. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, 32-42.
Himmelweit, Susan, 1999. "Caring Labor". Annals of the American Academy of Political and Social Sciences. Vol. 561. Issue 1, 27-38.
–, 2008: Policy on Care: A Help or a Hindrance to Gender Equality? In: Scott, Jaqueline/Dex, Shirley/Joshi, Heather: Women and Employment: Changing Lives and New Challenges. Cheltenham, 347-368.
Hirsch, Joachim, 1994: Politische Form, politische Institutionen und Staat. In: Esser, Josef/Görg, Christoph/Hirsch, Joachim (Hg.): Politik, Institutionen und Staat. Hamburg, 157-213.
–/Steinert, Heinz, 2012: Sozialpolitik als Bereitstellung einer sozialen Infrastruktur. links-netz. http://www.links-netz.de/K_texte/K_links-netz_sozpol.html (Download: 26.02.15).

Hochschild, Arlie Russell, 1979: Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. American Journal of Sociology. Vol. 85. Issue 3, 551-575.
–, 1995: The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern and Warm-modern Ideals of Care. Social Politics. Vol 2. Issue 3, 331-346.
–, [1983] 1999: The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling. Oakland.
–, 2000: The Nanny Chain. The American Prospect. Vol. 11. Issue 4, 32-36.
–, 2002: Love and Gold. In: Ehrenreich, Barbara/Hochschild, Arlie Russell (Hg.): Global Woman. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy. New York, 15-30.
–, 2003: The Commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work. Berkeley.
Holmes, David/Rudge, Trude (Eds.), 2010: Abjectly Boundless. Boundaries, Bodies and Health Work. Burlington.
Horkheimer, Max/Adorno, Theodor W., [1944] 1997: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt/M.
Irigaray, Luce, 1977: Das Geschlecht, das nicht eins ist. Berlin.
Jäger, Ulle, 2004: Der Körper, der Leib und die Soziologie. Entwurf einer Theorie der Inkorporierung. Königstein.
Jansen, Birgit, 1999: Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hg.): Soziale Gerontologie. Weinheim/Basel, 604-629.
Jochimsen, Maren, 2003: Careful Economics. Integration Caring Activities and Economic Science. Boston.
Jung, Tina, 2016: Kritik als demokratische Praxis. Kritik und Politik in feministischer und Kritischer Theorie. Münster
Jurczyk, Karin, 2010: Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen/Farmington Hills, 59-77.
–, 2014: Fürsorgliche Praxis: Ein politisches Projekt. WSI-Präsentation. media.boeckler.de/Sites/A/Online-Archiv/13177 (Download: 24.02.15).
Jurrmann, Cornelia, 2014: VdK-Verfassungsbeschwerde für menschenwürdige Pflege eingereicht. http://www.vdk.de/deutschland/pages/presse/vdk-pressemeldung/68500/vdk-verfassungsbeschwerde_fuer_menschenwuerdige_pflege_eingereicht (Download: 24.02.15).
Kannankulam, John, 2008: Autoritärer Etatismus im Neoliberalismus. Zur Staatstheorie von Nicos Poulantzas. Hamburg.
Kleemann, Frank/Krähnke, Uwe/Matuschek, Ingo, 2009: Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden.
Klinger, Cornelia, 2012: Leibesdienst – Liebesdienst – Dienstleistung. In: Dörre, Klaus/Sauer, Dieter/Wittke, Volker (Hg.): Kapitalismustheorie und Arbeit. Neue Ansätze soziologischer Kritik. Frankfurt/New York, 258-273.

–, 2013a: Krise war immer… Lebenssorge und geschlechtliche Arbeitsteilung in sozialphilosophischer und kapitalismuskritischer Perspektive. In: Appelt, Erna/Aulenbacher, Brigitte/Wetterer, Angelika: Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, 82-105.

–, 2013b: Krise und Zukunft von Care. Für sich selbst sorgen oder Selbsttechnologie? Vortrag gehalten am 20.03.2013 in Wien, im Rahmen der Vortragsreihe „Für sich und andere sorgen". [Onlinevideo] https://www.youtube.com/watch?v=kquPcRRWhvk (Download: 18.02.15).

–, 2014: Selbst- und Lebenssorge als Gegenstand sozialphilosophischer Reflexionen auf die Moderne. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard: Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden, 21-41.

Knobloch, Ulrike, 2009: Sorgeökonomie als allgemeine Wirtschaftstheorie. Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik. Heft 30, 27-36.

Kohlen, Helen/Kumbruck, Christel, 2008: Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper Nr. 151. Bremen.

Kohlmorgen, Lars, 2004: Regulation, Klasse, Geschlecht. Die Konstituierung der Sozialstruktur im Fordismus und Postfordismus. Münster.

–, 2007: Klasse, Geschlecht, Regulation – Ein integraler Ansatz der Sozialstrukturanalyse. In: Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli/Sauer, Birgit (Hg.): Achsen der Ungleichheit: Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt/M, 163-178.

König, Tomke/Jäger, Ulle, 2011: Reproduktionsarbeit in der Krise und neue Momente der Geschlechterordnung. Alle nach ihren Fähigkeiten, alle nach ihren Bedürfnissen. In: Demirović, Alex/Düch, Julia/Becker, Florian/Bader, Pauline (Hg.): VielfachKrise. Im finanzmarktdominierten Kapitalismus. Hamburg, 147-167.

Krampe, Eva-Maria, 2003: „Reformen" auf Kosten der Beschäftigten? Arbeit im Gesundheitswesen. Prokla 132: Gesundheit im Neoliberalismus. 33. Jg. Heft 3, 389-411.

Kranich, Mariana, 2011: Gefühle in der Altenpflege. Eine Sprachinhaltsanalyse nach Gottschalk-Gleser von Balint-Gruppen mit Mitarbeitern aus der Altenpflege zum Problembereich „Aggression und Gewalt". Berlin/Münster.

Kristeva, Julia, 1982: Powers of Horror. An Essay on Abjection. New York/Chichester/West Sussex.

Krüger, Anja, 2015: Entwürdigung mit System. Vor 20 Jahren wurde die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt. Im Pflegefall deckt sie jedoch nur einen Teil der Kosten. http://jungle-world.com/artikel/2015/05/51345.html (Download: 11.02.15).

Krüger, Helga, 2003: Berufliche Bildung. Der deutsche Sonderweg und die Geschlechterfrage. Berliner Journal für Soziologie. 13. Jg. Heft 4, 497-510.

–, 2007: Geschlechterungleichheit verstimmt: Institutionalisierte Ungleichheit in den Verhältnissen gesellschaftlicher Reproduktion. In: Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli/Sauer, Birgit (Hg.): Achsen der Ungleichheit: Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt/M, 178-192.

Krüger-Kirn, Helga, 2014: Die geMachte Frau und ihr Körper. Theoretische und empirische Studien zu Aneignungs- und (Re-)Produktionsweisen weiblicher Körperlichkeit am Beispiel von Körperpraktiken und Mutterschaft. Unveröffentlichte Dissertation. Marburg.

–, 2015 Die konstruierte Frau und ihr Körper. Eine psychoanalytische, sozialwissenschaftliche und genderkritische Studie zu Schönheitsidealen und Mutterschaft. Gießen.

Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus, 2008: Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden.

Kuhn, Annette, 1983: Das Geschlecht – eine historische Kategorie? In: Brehmer, Ilse/Jacobi-Dittrich, Juliane/Kleinau, Elke/Kuhn, Annette (Hg.): Frauen in der Geschichte IV. „Wissen heißt leben…". Beiträge zur Bildungsgeschichte von Frauen im 18. und 19. Jahrhundert. Düsseldorf, 29-51.

Kühnlein, Getrud, 2007: Auswirkungen der aktuellen arbeitsmarkt- und tarifpolitischen Entwicklungen auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse von Frauen in der Sozialen Arbeit. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt? Zur aktuellen Entwicklung der Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor. Schorndorf, 35-46.

–/Wohlfahrt, Norbert, 2006: Soziale Träger auf Niedriglohnkurs? Zur aktuellen Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor. WSI-Mitteilungen. 59. Jg. Heft 7, 389-395.

Kumbruck, Christel, 2009: Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck. Berlin.

–/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva, 2010: Das Ethos fürsorglicher Praxis/Care im Streit um Anerkennung. In: Dies. (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin, 11-38.

Kurz, Robert, 1992: Geschlechtsfetischismus. Anmerkungen zur Logik von Weiblichkeit und Männlichkeit. http://www.exit-online.org/textanz1.php?tabelle=schwerpunkte&index=3&posnr=35&backtext1=text1.php (Download: 18.02.15).

Kurz-Scherf, Ingrid, 1997: Kopfkrise in der Frauenforschung? Die Frau in unserer Zeit, 26. Jg. Heft 4, 41-49.

–, 2004: Politik und Geschlechterverhältnis – oder: Politische Wissenschaft in feministischer Perspektive. In: Hecker, Wolfgang/Klein, Joachim/Rupp, Hans Karl (Hg.): Politik und Wissenschaft. 50 Jahre Politikwissenschaft in Marburg. Bd. : Perspektiven. Münster, 156-216.

–, 2005: „Arbeit neu denken, erforschen und gestalten" – ein feministisches Projekt. In: Kurz-Scherf, Ingrid/Correll, Lena/Janczyk, Stefanie (Hg.): In Arbeit: Zukunft. Die Zukunft der Arbeit und der Arbeitsforschung liegt in ihrem Wandel. Münster, 15-35.

–, 2009: Weiblichkeitswahn und Männlichkeitskomplex – zur Geschichte und Aktualität feministischer Patriarchatskritik. In: Kurz-Scherf, Ingrid/Lepperhoff, Julia/Scheele, Alexandra: Feminismus: Kritik und Intervention. Münster, 24-48.

–, Breil, Gisela (Hg.), 1987: Wem gehört die Zeit. Ein Lesebuch zum 6-Stunden-Tag. Hamburg.

Kutzbach, Konstanze/Mueller, Monika (Eds.), 2007: The Abject of Desire. The Aestheticization of the Unaesthetic in Contemporary Literature and Culture. Amsterdam/New York.

Land, Hilary/Rose, Hilary, 1985: Compulsory Altruism for Some or an Altruistic Society for All. In: Bean, Phillip/Ferris, John/Whynes, David (Eds.): In Defence of Welfare. London, 74-99.

Landtag NRW, 2005: Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW". Düsseldorf.

Lanoix, Monique, 2009: A Body No Longer of One's Own. In: Campbell, Sue/Meynell, Letitia/Sherwin, Susan (Eds.): Embodiment and Agency. Philadelphia, 164-183.

–, 2010: Triangulating Care. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. Vol. 3. Issue 1, 138-157.

–, 2013: Labor as Embodied Practice. The Lessons of Care Work. Hypatia. A Journal of Feminist Philosophy. Vol. 28. Issue 1, 85-100.

Laslett, Barbara/Brenner, Johanna, 1989: Gender and Social Reproduction. Historical Perspectives. Annual Review of Sociology. Vol. 15, 381-404.

Lenz, Ilse (Hg.), 2008: Die Neue Frauenbewegung in Deutschland. Abschied vom kleinen Unterschied. Eine Quellensammlung. Wiesbaden.

Lindemann, Gesa, 1994: Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Wirklichkeit der Konstruktion. In: Wobbe/Lindemann, Gesa (Hg.): Zur theoretischen und institutionellen Rede vom Geschlecht. Frankfurt/M, 115-146.

–, 1995: Die Verschränkung von Körper und Leib als theoretische Grundlage einer Soziologie des Körpers und leiblicher Erfahrungen. In: Westermann, Bernd/Friedrich, Jürgen (Hg.): Unter offenem Horizont. Anthropologie nach Helmuth Plessner. Frankfurt/M, 133-140.

Lipietz, Alain, 1985: Akkumulation, Krisen und Auswege aus der Krise. Einige methodische Überlegungen zum Begriff „Regulation". Prokla 58: Klassen und Herrschaft, 109-137.

Ludwig, Gundula, 2011: Geschlecht regieren. Zum Verhältnis von Staat, Subjekt und heteronormativer Hegemonie. Frankfurt/New York.

Lutz, Helma, 2010: Unsichtbar und unproduktiv? Hausarbeit und Care Work – die Rückseite der Arbeitsgesellschaft. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 35. Jg. Heft 2, 23-37.

–, 2011: The New Maids. Transnational Women and the Care Economy. London.

–/Pallenga-Möllenbeck, Ewa, 2012: Care Workers, Care Drain, and Care Chains: Reflections on Care, Migration, and Citizenship. Social Politics. Vol. 19. Issue 1, 15-37.

Madörin, Mascha, 2007: Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In: Denknetz (Hg.): Zur politischen Ökonomie der Schweiz. Eine Annäherung. Jahrbuch Denknetz. Zürich, 141-162.

–, 2009a: Verschiedene Varianten, das Ganze zu denken – eine Einleitung. In: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik. Heft 30, 8-13.

–, 2009b: Im Gesundheitswesen werden keine Autos montiert – eine Rahmenerzählung. Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik. Heft 30, 93-95.
–, 2010: Care Ökonomie – Eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Bauhardt, Christine/Çaglar, Gülay (Hg.): Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie. Wiesbaden, 81-104.
Mahon, Rianne/Robinson, Fiona (Eds.), 2011: Feminist Ethics and Social Policy. Towards a New Global Political Economy of Care. Vancouver, 1-20.
Maihofer, Andrea, 1995: Geschlecht als Existenzweise. Königstein.
–, 1998: Der Mythos von der *einen* Moral. Zu Gertrud Nunner-Winklers Kritik an Gilligans Thesen von den zwei Moralen. In: Horster, Detlef (Hg.): Weibliche Moral – ein Mythos. Frankfurt/M, 99-119.
Martens, Rudolf/Novacovic, Anuschka/Zentgraff, Ute, 2014: Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013. Der Paritätische Gesamtverband (Hg.). Berlin.
Marx, Karl/Engels, Friedrich, 1962: Marx-Engels-Werke (MEW). Berlin.
Matuschek, Ingo/Kleeman, Frank/Voß, Günther G., 2008: Subjektivierte Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson. Prokla 150: Umkämpfte Arbeit. 38. Jg. Heft 1, 49-65.
Maurer, Susanne, 1996: Zwischen Zuschreibung und Selbstgestaltung. Feministische Identitätspolitiken im Kräftefeld von Kritik, Norm und Utopie. Tübingen.
MDS/GKV, 2013: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – BRi). Köln.
Metz-Becker, Marita, 1997: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Geburtshäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/New York.
Michalke, Cornelia (Hg.), 2000: Pflegetheorie und -praxis. München/Jena.
Morton, Peggy, [1970] 1971: A Woman's Work Is Never Done. In: Altbach, Edith Hoshino (Ed.): From Feminism to Liberation. Cambridge, 211-227.
Müller, Beatrice, 2013: Wert-Abjektion als konstituierende und strukturierende Kraft von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus. Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. 22. Jg. Heft 1, 31-43.
–, 2014: Wert-Abjektion als grundlegende Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus – 'Sorge(n)freie' Gesellschaft als Resultat. Prokla 174: Materialistischer Feminismus. 44. Jg. Heft 1, 31-52.
Naegele, Gerhard, 2014: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Wiso Diskurs. Friedrich Ebert Stiftung. Bonn.
Netzwerk Care Revolution, 2014: Resolution der Aktionskonferenz Care Revolution. Vor der Care Revolution kommt die Care Resolution. http://care-revolution.site36.net/vergangen/(Download: 30.01.15).
Neysmith, Sheila M., 1991: From Community Care to a Social Model of Care. In: Baines, Carol/Evans, Patricia/Neysmith, Sheila M. (Eds.): Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare. Toronto, 272-299.

Noddings, Nel, 2001: The Care Tradition: Beyond "Add Women and Stir". Theory into Practice. Vol. 40. Heft 1, 29-34.

Nowak, Iris, 2011: Fürsorgliche Praxis als prekäre Lohnarbeit. Fragen zu den Erfahrungen der Beschäftigten. Das Argument 292: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53. Jg. Heft 3, 381-392.

–/Hausotter, Jette/Winker Gabriele, 2012: Handlungsfähigkeit in entgrenzten Verhältnissen Subjektkonstruktionen von Beschäftigten in Industrie und Altenpflege. Forschungsgruppe Arbeit–Gender–Technik. Technische Universität Hamburg-Harburg. http://doku.b.tu-harburg.de/volltexte/2012/1138/ (Download: 18.02.15).

Oliver, Kelly, 1993: Introduction: Julia Kristeva's Outlaw Ethics. In: Ders.: Ethics, Politics and Difference in Julia Kristeva's Writing. London/New York, 1-22.

Ostner, Ilona, 1998: The Politics of Care Policies in Germany. In: Lewis, Jane E. (ed.): Gender, Social Care and Welfare State Restructering in Europe. Ashgate, 111-137.

–/Beck-Gernsheim, Elisabeth, 1979: Mitmenschlichkeit als Beruf. Frankfurt/New York.

–/Krutwa-Schott, Almut, 1981: Krankenpflege – ein Frauenberuf. Bericht über eine empirische Untersuchung. Frankfurt/New York.

Paulus, Stefan, 2013: Hausarbeitsdebatte Revisited. Zur Arbeitswerttheorie von Haus- und Reproduktionsarbeit. Hamburg. http://tubdok.tub.tuhh.de/handle/11420/1108 (Download: 28.02.15).

Pfau-Effinger, Birgit, 2005: Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. Journal of Social Policy. Vol. 34. Heft 1, 1-18.

–/Och, Ralf/Eichler, Melanie, 2008: Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 88-98.

Piechotta, Gudrun, 2000: Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Bern.

Plessner, Helmuth, 2003: Gesammelte Schriften IV. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Frankfurt/M.

Power, Marily, 2004: Social Provisioning as a Starting Point for Feminist Economics. Feminist Economics. Vol. 10. Issue 3, 3-19.

Prokla-Redaktion, 2008: Editorial: Umkämpfte Arbeit. Prokla 150: Umkämpfte Arbeit. 38. Jg. Heft 1, 2-11.

Rabe-Kleberg, Ursula, 1993: Verantwortlichkeit und Macht. Bielefeld.

Robinson, Fiona, 2011: Towards a Transnational Analysis of the Political Economy of Care. In: Mahon, Rianne/Robinson, Fiona: Feminist Ethics and Social Policy. Towards a New Global Political Economy of Care. Vancouver, 21-38.

Rommelsbacher, Birgit, 1992: Mitmenschlichkeit und Unterwerfung. Frankfurt/New York.

Razavi, Shahara, 2007: The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Gender and Development Programme Paper No 3. UNRISD. Genf.

Roth, Karl Heinz (Hg.), 1994: Die Wiederkehr der Proletarität. Dokumentation einer Debatte. Köln.

Rothgang, Heinz, 1997: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt/New York.

Rumpf, Mechthild, 2007: Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturstudie und Problembericht zu häuslicher Pflege (Langfassung). http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/21965 (Download: 18.02.15).

Sauer, Dieter, 2010: Vermarktlichung und Vernetzung der Unternehmens- und Betriebsorganisation. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler Günther (Hg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, 545-568.

Schäfgen, Karin, 2000: Die Verdopplung der Ungleichheit. Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Berlin.

Schippers, Birgit, 2011: Julia Kristeva and Feminist Thought. Edinburgh.

Schmitz, Hermann, 1990: Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie. Bonn.

–, 2007: Der Leib, der Raum und die Gefühle. Bielefeld/Locarno.

Schneider, Ulrike, 2004: Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. Expertise für die Kommission zur Erstellung des 7. Familienberichtes der Bundesregierung. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien (PDF-Manuskript).

–/Reyes, Carlos, 2007: Mixed Blessings: Long-term Care Benefits in Germany. In: Ungerson, Clare/Yeandle, Sue (Eds.): Cash for care in developed welfare states. Basingstoke, 7-23.

Scholz, Roswitha, 1992: Der Wert ist der Mann. Thesen zur Wertvergesellschaftung und Geschlechterverhältnis. http://www.exit-online.org/textanz1.php?tabelle=schwerpunkte&index=3&posnr=20&backtext1=text1.php (Download: 18.02.15).

–, 2004: Die Theorie der geschlechtlichen Abspaltung und die Kritische Theorie Adornos. Vortrag in Sao Paulo. http://www.exit-online.org/textanz1.php?tabelle=autoren&index=14&posnr=189&backtext1=text1.php (Download: 18.02.15).

–, 2010: Ohne mein Alltours sag ich nichts. Postmodern(-männliche) Identität zwischen Differenzierungswahn und vulgärmarxistischer Theorie-Versicherung. Eine Replik auf Kritiken der Wert-Abspaltungstheorie. http://www.exit-online.org/textanz1.php?tabelle=autoren&index=23&posnr=%20472&backtext1=text1.php (Download: 18.02.15).

–, 2011: Das Geschlecht des Kapitalismus. Feministische Theorien und die postmoderne Metamorphose des Kapitals. Bad Honnef.

Schulz, Erika, 2010: The Long-Term Care System in Germany Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Discussion Paper 1039. Berlin.

Schweiger, Petra, 2011: „Wir haben zwar Geduld, aber keine Zeit". Eine Ethnografie subjektivierter Arbeitsstile in der ökonomisierten Altenpflege. München.

Schwenken, Helen, 2006: Rechtlos, aber nicht ohne Stimme. Politische Mobilisierungen um irreguläre Migration in die Europäische Union. Bielefeld.

Seccombe, Wally, 1975: Domestic Labour – A Reply to Critics. New Left Review 94, 85-96.

Seeleib-Kaiser, Martin/Toivonen, Tuuka, 2011: Between Reforms and Birth Rates: Germany, Japan, and Family Policy Discourse. Social Politics. Vol. 18. Issue 3, 331-360.

Senghaas-Knobloch, Eva, 2005: Fürsorgliche Praxis und die Debatte um einen erweiterten Arbeitsbegriff in der Arbeitsforschung. In: Kurz-Scherf, Ingrid/Correll, Lena/Janczyk, Stefanie (Hg.): In Arbeit: Zukunft. Die Zukunft der Arbeit und der Arbeitsforschung liegt in ihrem Wandel. Münster, 54-69.

–, 2008: Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie. 18. Jg. Heft 2, 221-243.

–, 2010: Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin, 39-62.

Spatschek, Christian/Arnegger, Manuel/Kraus, Sibylle/Mattner, Astrid/Schneider, Beate, 2008: Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien. Berlin/Milow/Strasburg.

Slotala, Lukas, 2011: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden.

–/Bauer, Ullrich, 2009: „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen". Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. Pflege & Gesellschaft. 14. Jg. Heft 1, 54-66.

Sousa, Isabel, 2013: New Technologies and Concepts of Care. In: Armstrong, Pat/Braedley, Susan: Troubling Care (Eds.): Critical Perspectives on Research and Practices. Toronto, 129-143.

Soziale Welt, 2014: Sonderband 20: Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Baden-Baden.

Statistisches Bundesamt, 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

–, 2013: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege. Wiesbaden.

Steinert, Heinz, 2007: Das Verhängnis der Gesellschaft und das Glück der Erkenntnis. Dialektik der Aufklärung als Forschungsprogramm. Münster.

Still, Judith, 1997: Horror in Kristeva and Bataille: Sex and Violence. Paragraph. A Journal of Modern Critical Theory. Vol. 20. Issue 3, 221-239.

Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet M., 1996: Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim.

Suchsland, Inge, 1992: Julia Kristeva. Zur Einführung. Hamburg.

Szent-Ivany, Timot, 2015: Regierung plant Reform der Pflegeausbildung. Berliner Zeitung, 6.1.2015. http://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft/gemeinsame-ausbildung-

regierung-plant-reform-der-pflege-ausbildung,10808230,29493392.html (Download: 22.02.15).

Tanner, Jakob, 1999: Fordismus. In: Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus HKWM. Berlin, 580-588.

Taylor, Phil/Bain, Peter, 1999: 'An assembly line in the head': work and employee relations in the call centre. Industrial Relations Journal. Vol. 30. Issue 2, 101-117.

Theobald, Hildegard, 2011: Long-term Care Insurance in Germany: Assessments, benefits, care arrangements and funding. Working Paper. Institute for Futures Studies. Stockholm. http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2011_5f013.htm (Download: 18.02.15).

–, 2012: Combining welfare mix and New Public Management: the case of long-term care insurance in Germany. International Journal of Social Welfare. Vol. 21, Supplement, 61-74.

–/Szebehely, Martha/Preuß, Maren, 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin.

Tronto, Joan, 1993: Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care. New York/London.

–, 2000: Demokratie als fürsorgliche Praxis. In: feministische studien extra. 18. Jg., 25-43.

–, 2011: A Feminist Democratic Ethics of Care and Global Care Workers: Citizenship and Responsibility. In: Mahon, Rianne/Robinson, Fiona (Eds.): Feminist Ethics and Social Policy. Toward a New Global Political Economy of Care. Vancouver.

–, 2014: The Ethics of Care, Democracy and Social inequalities. An Interview. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes. Soziale Welt, Sonderband 20. Baden-Baden, 41-47.

Truschkat, Inga/Kaiser, Manuela/Reinartz, Vera, 2005: Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. Vol. 6. Issue 2, Art. 22.

Twigg, Julia, 2000: Carework as a form of bodywork. Ageing and Society. Vol. 20. Issue 4, 389-411.

Ungerson, Clare, 1997: Social Politics and the Commodification of Care. Social Politics. Vol 4. Issue 3, 362-381.

Villa, Paula-Irene, 2006: Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Wiesbaden.

Vogel, Lisa, 2001: Hausarbeitsdebatte. In: Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus HKWM. Berlin, 1186-1195.

Voges, Wolfgang, 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden.

Voß, Günter G., 1998: Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 31. Jg. Heft 3, 473-487.

Voß, G. Günther/Rieder, Kerstin, 2006: Der arbeitende Kunde. Wenn Konsumenten zu unbezahlten Mitarbeitern werden. Frankfurt/New York.

Waerness, Kari, 1984: The Rationality of Caring. Economic and Industrial Democracy. Vol. 5. Issue 2, 185-211.

–, 2000: Fürsorgerationalität. feministische studien extra, 54-67.

Wetterer, Angelika, 2002: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. „Gender at Work" in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz.

Widersprüche, 2014: Heft 134: Arbeit am Leben – Care-Bewegung und Care-Politiken. 34. Jg. Heft 4.

Williams, Fiona, 2001: In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care. Critical Social Policy. Vol. 21. Issue 4, 467-493.

Wingenfeld, Klaus/Büscher, Andreas/Schaeffer, Doris, 2007: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Bielefeld.

Winker, Gabriele, 2011: Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive. Das Argument 292: Care. Eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53. Jg. Heft 3, 233-345.

–, 2013: Zur Krise sozialer Reproduktion. In: Baumann, Hans/Bischel, Iris/Gemperle, Michael/Knobloch, Ulrike/Ringger, Beat/Schatz, Holger (Hg.): Care statt Crash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus. Denknetz Jahrbuch. Zürich, 119-133.

–, 2014: Rede auf der Aktionskonferenz Care Revolution unter der Thematik: Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive. Widersprüche 134: Arbeit am Leben – Care-Bewegung und Care-Politiken. 34. Jg. Heft 4, 63-72.

–, 2015: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Wiesbaden.

Young, Brigitte, 1998: The Gendered Dimension of Money, Finance, and the Subrime Crises. In: Bauhardt, Christine/Çaglar, Gülay (Hg.): Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie. Wiesbaden, 258-277.

Young, Iris, 1981: Beyond the Unhappy Marriage: A Critique of Dual System Theory. In: Sargent, Lydia (Ed.): Women and Revolution. Boston, 43-70.

Arbeit – Demokratie – Geschlecht



Band 23
Diana Auth
Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung
Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland
2016 – ca. 500 Seiten – ca. 44,00 €
ISBN 978-3-89691-849-9

Band 22
Tina Jung
Kritik als demokratische Praxis
Kritik und Politik in Kritischer Theorie und feministischer Theorie
2016 – 296 Seiten – 29,90 €
ISBN 978-389691-729-4

Band 21
Roman George
Die geschlechtsspezifische Strukturierung des Niedriglohnsektors
Eine vergleichender Perspektive auf Frankreich, Großbritannien, Schweden und Deutschland
2014 – 278 Seiten – 27,90 €
ISBN 978-3-89691-971-7

Band 20
Stefan Schoppengerd
Hoffnungslos vereinnahmt?
Kritik der Geschlechterverhältnisse in Marketing und Popkultur
2014 – 179 Seiten – 24,90 €
ISBN 978-3-89691-711-9

Band 19
Ortrun Brand / Mirjam Dierkes / Tina Jung (Hrsg.)
In Arbeit: Demokratie
Feministische Perspektiven auf Emanzipation und Demokratisierung
im Auftrag des Marburger Genderkollegs
2014 –275 Seiten – 29,90 €
ISBN 978-3-89691-968-7

Band 18
Magdalena Freudenschuss
Prekär ist wer?
Der Prekarisierungsdiskurs als Arena sozialer Kämpfe
2013 – 333 Seiten – € 29,90
ISBN 978-3-89691-930-4

Band 17
Lena Schürmann
Schmutz als Beruf
Prekarisierung, Klasse und Geschlecht in der Reinigungsbranche
2013 – 320 Seiten – € 34,90
ISBN 978-3-89691-937-3