

Die Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie

Heute sind sich Ökonominen, die zu Gender (Geschlechterverhältnisse) und Wirtschaft arbeiten, einig: Eine Wirtschaftstheorie, die sich nicht mit der Care-Ökonomie¹ befasst, schliesst von vornherein umfangreiche Tätigkeiten von Frauen aus. Sie kann nur beschränkt relevant sein, was die Wohlfahrt² und das Wirtschaften einer Gesellschaft anbelangt [1].

Mascha Madörin

ExpertInnen für Gender-relevante Budgetanalysen fordern, dass die Auswirkungen öffentlicher Ausgaben auf die unbezahlte Arbeit von Frauen und Männern und auf die Care-Ökonomie untersucht werden sollen. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass dies ungewohnte Herausforderungen an die Wirtschaftstheorie stellt [2]. Das Gesundheitswesen ist ein nicht unwesentlicher Teil dieser Care-Ökonomie³. Es lässt sich durch bemerkenswert asymmetrische Verhältnisse zwischen Männern und Frauen charakterisieren. Zu Gender-relevanten Einseitigkeiten der Medizin, medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen wie auch ihrer Nutzung gibt es inzwischen erfreulicherweise etliche Untersuchungen [3]. Über eine Gen-

der-relevante Gesundheitsökonomie ist aber noch kaum geforscht worden. Frauen werden nach wie vor vorwiegend als Kostenverursacherrinnen oder Klientinnen angesehen, nicht als die wichtigsten bezahlten und unbezahlten Arbeitskräfte des Gesundheitswesens. Eine Gender-relevante Gesundheitsökonomie müsste aber bei dieser Frage ansetzen.

Care-Tätigkeiten kaum ein Thema

Frauen leisten im Gesundheitssektor häufig Arbeit, für die es in den verschiedenen ökonomischen Theorie-traditionen keine adäquaten Begriffe gibt. Anfänglich verwendeten die Theoretikerinnen der neuen Frauenbewegung dafür den Begriff «Beziehungsarbeit», der wie kaum ein anderer Begriff der neuen Frauenbewegung zu endlosen Debatten mit Männern führte. Heute hat sich in der Fachliteratur der Begriff «Caring/ Care labor» durchgesetzt. Aber die Besonderheiten von Care-Arbeit passend in neue ökonomische Begriffe zu fassen, ist bisher, von wenigen Ausnahmen [4] abgesehen, kaum angegangen worden. Nach meinen groben Schätzungen macht in der Schweiz die für Care-Tätigkeiten verwendete Arbeitszeit rund die Hälfte der insgesamt geleisteten bezahlten und unbezahlten Arbeitsstunden aus, je nach dem, wie eng der Begriff Care-Tätigkeit gefasst wird. Doch trotz dieses hohen Anteils sind diese Tätigkeiten für ÖkonominInnen kaum ein Thema. Sie interessieren sich vorwiegend für die Produktion von Gütern, für den technischen Fortschritt, die Steigerung der Arbeitsproduktivität in der Industrie, für die damit verbundenen

Dienstleistungen im Handels- und Finanzsektor und für die Globalisierung. Auch die Gesundheitsökonomie ist von dieser Denktradition und den damit verbundenen Gedankengebäuden und Begriffen geprägt. Es muss noch viel theoretische Arbeit und Forschung geleistet werden, um brauchbare Konzepte zu entwickeln.

Zwischenmenschlichkeit und Leistung

Ein Autoproduzent als Beispiel hat eine Subjekt-Objekt-Beziehung zu den Autos, die er produziert oder verkauft. Auch der Käufer beschafft sich ein Objekt. Persönlich haben Produzent und Käufer in diesem Denkmodell nichts miteinander zu tun, sie treten anonym über den Markt miteinander in Kontakt. Nach den gängigen Markttheorien wird dieses Denkmodell auch auf Dienstleistungen angewendet. Doch alle personenbezogenen Dienstleistungen, seien es die einer Reiseführerin, eines Pflegers oder einer Mutter, setzen unvermeidlich zwischenmenschliche Beziehungen voraus, also Subjekt-Subjekt-Beziehungen. Emotionen, zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation sind Teil der meisten Care-Tätigkeiten sowie – das ist entscheidend – Teil der Qualität und der tatsächlichen Leistung [4].

¹ Care-Ökonomie kann umschrieben werden mit dem Versorgen von Menschen, Sorge tragen, sich um jemanden/etwas sorgen, Pflegen, Aufziehen und Betreuen. Eine deutsche Übersetzung gibt es nicht. Je nach Erkenntnisinteresse wird der Begriff Care-Ökonomie unterschiedlich abgegrenzt.

² Wohlfahrtsökonomie ist ein Teilgebiet der Wirtschaftstheorie, die sich unter anderem mit der Frage der öffentlichen Güter beschäftigt.

³ Dazu gehört auch das Aufziehen von Kindern, die damit verbundenen öffentlichen Einrichtungen und anderes mehr.

Der entscheidende Punkt

Als meine Mutter mit fast 96 Jahren in ein Alters- und Pflegeheim eintrat, war sie anfänglich über die Wortkargheit des Personals schockiert und fühlte sich sehr verunsichert. Meine Schwester und ich liessen sie – ohne ihr Wissen – in eine höhere Pflegestufe einteilen. Dies wäre aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht unbedingt nötig gewesen. Es bedeutete aber, dass sie nun mehr Kontakt mit dem Pflegepersonal hatte. Meine Mutter äusserte sich kurz darauf befriedigt darüber, dass die Pflegenden gesprächsfreudiger geworden seien. Wir wagten nicht, ihr zu sagen, was die neue Vereinbarung war und vor allem, wie viel mehr diese kostete. Sie konnte es sich leisten, das war nicht das Problem. Aber sie hätte es als verletzend und demütigend empfunden für kleine Handreichungen, ein Gespräch und gemeinsames Lachen bezahlen zu müssen. Sie empfand dies schlicht als Zwischenmenschlichkeit, die für sie immer selbstverständlich war im Umgang mit Menschen, die ihre Hilfe brauchten. Der entscheidende Punkt ist, dass Zwischenmenschlichkeit, Freundlichkeit und ein bisschen Unterstützung Zeit, Energie und ein Minimum an Beziehungskontinuität brauchen. Dafür ist in den Pflegeplänen jedoch immer weniger Zeit vorgesehen. Und trotzdem stellt dieser Zeitaufwand eine ökonomische Voraussetzung für eine gute Pflege dar.

Komplexe Zeitabläufe

Voraussetzung für die Rationalisierung und Arbeitsteilung der industriellen Produktion ist die Aufteilung des Produktionsablaufs in standardisierte, kleine Schritte und damit eine lineare Zeitorganisation. Dies ist aber bei Care-Tätigkeiten nur sehr beschränkt möglich. Zeitbudget-Erhebungen aus Australien zeigen beispielsweise, dass der Betreuungsaufwand für Kinder um das Vierfache steigt, wenn auch diejenige Betreuungsarbeit mitgezählt wird, die während der Hausarbeiten nebenbei geleistet wird. Eine lange Präsenzzeit, das Da- und Verfügbar-Sein gehört zu vielen Care-Leistungen. Eine Auflis-

tung von «Pflegehandlungen» wird dieser Tatsache nicht gerecht, auch wenn sie noch so differenziert und umfassend zu sein scheint.

Menschliche Grundbedürfnisse

Die Zwischenmenschlichkeit von Care-Tätigkeiten enthält noch einen weiteren Aspekt, der zu einer Erneuerung ökonomischen Denkens führen muss: Die Motivation und die Qualität von Care-Tätigkeiten haben etwas mit der Sorge für Andere zu tun (Altruismus), mit Empathie und Menschenliebe und dem menschlichen Grundbedürfnis nach sozialen Beziehungen. Das wirtschaftstheoretische Konzept des rationalen Handelns geht jedoch von einem Eigeninteresse aus, das sich über den anonymen Markt realisiert. Altruistische Motivation und zwischenmenschliche Beziehungen wurden von den ÖkonomInnen lange als etwas «Nicht-Ökonomisches» gesehen und vorwiegend von unbezahlt arbeitenden Frauen erwartet. Jede Frau weiss jedoch, dass Altruismus Zeit und Energie erfordert, für die allenfalls bezahlt werden muss. Zeitmangel kann bei ÄrztInnen, PflegerInnen und TherapeutInnen zum Verlust dieser Motivation führen und dann werden sie schlechter arbeiten.

Freiheit und Abhängigkeit

Vollends ausgeblendet wird bei diesen wirtschaftstheoretischen Grundannahmen die Tatsache, dass wir alle zeitweise abhängig von anderen sind und manchmal verantwortlich für andere. Abhängigkeit bedeutet, dass die Entscheidungs- und Wahlfreiheit, ein in der Ökonomie hoch geschätzter Wert, eingeschränkt ist, weil man auf das persönliche Engagement und die Dienstleistung anderer Menschen angewiesen ist. Die freie Wahl der Krankenkassen ist keine Antwort darauf, auch wenn sie aus anderen Gründen sinnvoll sein mag. Abhängigkeit wegen Erkrankung beinhaltet zudem oft mehr als ÄrztInnen, Pflegenden und/oder TherapeutInnen zu beanspruchen: Wenn ich krank bin, kann ich die Medikamente vielleicht noch lange ohne Hilfe selber schlucken, mir

Spritzen verabreichen und mich via Internet über medizinische Behandlungsmethoden informieren. Möglicherweise kann ich mich jedoch nicht mehr selber waschen, einkaufen gehen, kochen oder putzen. Diese elementaren Pflege- und Versorgungsleistungen gehören seltsamerweise nicht oder nur zu einem geringen Teil zu den Grundleistungen der Krankenkassen. Es sei denn, die Patientin halte sich im Spital oder einer Rehabilitationsklinik auf – ein Grund, möglichst lange in solchen Institutionen zu bleiben. Die Grundannahme hinter dieser Regelung ist, dass diese Versorgungsleistungen unbezahlt von Frauen zuhause erbracht werden.

Herausforderungen ernst nehmen

Diese Überlegungen – es ist nur eine beschränkte Auswahl zu den Herausforderungen einer Gender-relevanten Gesundheitsökonomie – dürften Pflegeerfahrenen nicht neu sein. Wenn sie jedoch von den GesundheitsökonomInnen ernst genommen würden, dann müssten diese die Diskussionen über das Gesundheitswesen ganz anders führen. Das Problem ist, dass sie es nicht tun – und trotzdem einflussreich sind. Ihre Konzepte sind schon längst Teil des Gesundheitsdiskurses geworden. ■

Autorin:

Mascha Madörin

Ökonomin, arbeitet zu Wirtschaftspolitik und Gender, Care-Ökonomie und öffentliche Finanzen

Lehengasse 27

4142 Münchenstein

E-Mail: mmadoerin@bluewin.ch

Literatur:

1. Power M (2004): Provisioning as a Starting Point for Feminist Economics. *Feminist Economics*, Jg.10, H3, 3-19.
2. Madörin, Mascha (2003): Gender Budget. Erfahrungen mit einer Methode des Gender Mainstreaming. *Widerspruch* 23. Jg., H 44, 35-50.
3. Vgl. z.B. Camenzind P/ Meier C (Hg.) (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
4. Jochimsen M A (2003): Careful Economics, Integrating Caring Activities and Economic Science. Boston/ Dordrecht/ London: Kluwer Academic Publishers.