

Christa Wichterich

Reproduktionskrisen, Sorgeextraktivismus und Sorgekämpfe in Indien Sozialarbeiter*innen auf dem Land und Pflegekräfte in Krankenhäusern¹

In Indien protestieren seit Jahren hunderttausende Gesundheits- und Sozialarbeiterinnen gegen Geringbewertung und -bezahlung ihrer Arbeit. Wie in Europa kommt es zu einer Feminisierung von Arbeitskämpfen, weil die Ausbeutung der Sorgearbeitenden sich infolge zugespitzter Krisensituationen der sozialen Reproduktion intensiviert. Diese Sorgekämpfe haben im Alltagsverstand einer breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein über die ökonomische und soziale Bedeutung von Sorgearbeiten verstärkt, aber die hegemoniale Geringschätzung und Niedrigstentlohnung von Sorgearbeiten nicht wesentlich verbessert. Die leitende Fragestellung dieses Beitrags ist, mit welchen Strategien und Instrumenten diese Abwertung von Sorgearbeiten unter neoliberalen Bedingungen fortgesetzt wird.

Dazu habe ich analog zum Ressourcenextraktivismus (Brand/Dietz 2014) das Konzept von Sorgeextraktivismus geprägt, um die ausgedehnte und intensivierete Extraktion von Sorge als politökonomische Antwort auf die Reproduktionskrisen zu analysieren und die Komplexität der Dynamik in diesem intersektional vermacheten, neoliberalen Sektor zu systematisieren (Wichterich 2019). Die folgende Analyse erkundet in zwei Bereichen von Sorgearbeit in Indien, nämlich Sozialarbeit auf dem Land und Pflege in Krankenhäusern, wie geringbewertete Sorgearbeit (re)konstruiert wird. Die Analyse zielt auf eine Politisierung von Sorgearbeiten sowie von Machtverhältnissen in der sozialen Reproduktion und wählt den Zugang dafür über die Kämpfe der Sorgearbeiter*innen².

-
- 1 Die Forschung für diese Studie habe ich während eines Fellowship-Aufenthalts im Winter 2018/19 in Indien am M.S. Merian – R. Tagore International Centre of Advanced Studies „Metamorphoses of the Political“ (ICAS:MP), einer indisch-deutschen Forschungskoope-ration durchgeführt, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert wird. Die hier formulierten Positionen liegen allein in meiner Verantwortung.
 - 2 Empirische Grundlage der Analyse waren Interviews mit Organisationen und Gewerkschaften der Sozialarbeiterinnen und Pflegekräfte.

Fallbeispiel 1: Die Krise sozialer Entwicklung auf dem Land

Die 2,8 Millionen Kindergärtnerinnen auf dem Land gelten derzeit als die bestorganisierteste Gruppe informeller Arbeiter*innen in Indien (AIFAWH 2012; AIFAWH 2016). Die zentrale Forderung ihrer Proteste ist die Anerkennung als reguläre Arbeiterinnen bzw. Regierungsbeschäftigte. Hintergrund ist, dass derzeit 6,5 Millionen Frauen, nämlich Kindergärtnerinnen, Gesundheitsarbeiterinnen (ASHAs) und Schulköchinnen (MDM workers) als „freiwillige“ Sozialarbeiterinnen in ihren Gemeinden die Dauerkrise von Armut, Mangelernährung sowie mangelnder Gesundheitsversorgung und Bildung armer Bevölkerungsgruppen lindern sollen. Keine dieser Gemeindearbeiterinnen erhält den Mindestlohn von derzeit 18.000 INR (ca. 225 Euro), ist per Vertrag bei der Regierung beschäftigt und entsprechend sozial abgesichert. Die „Managerinnen der Armut“ (John 1996) bekommen lediglich ein „Honorar“ wie eine milde Gabe des Staates, was die Arbeitsverhältnisse informell und prekär und die Frauen höchst verletzlich macht.

Die Sozialarbeiterinnen greifen zu konfrontativen Protestformen und Streiks auf regionaler und nationaler Ebene, seit der Oberste Gerichtshof 2006 ihren Antrag auf Regularisierung ablehnte (Sreerekha 2017: 224). Als sie sich 2018 erstmals landesweiten Massenprotesten von Bäuer*innen und Arbeiter*innen gegen die Regierung Modi anschlossen, verkündete Modi eine Verdopplung ihrer „Honorare“. Nach der Erhöhung variiert der Verdienst der Kindergärtnerinnen je nach Bundesland zwischen 90 und 180 Euro, Helferinnen erhalten die Hälfte. Die Mittagessen-Köchinnen verdienen 15 Euro, und zwar nur 10 Monate im Jahr, die ASHAs – je nach Anzahl der Betreuten – zwischen 19 und 55 Euro im Monat. Das Gros der Arbeit bleibt unbezahlt, und Ehrenamtlichkeit subventioniert den Staat und seine Wohlfahrtsprogramme (Sreerekha 2017).

In der multiplen Krisensituation auf dem Land wurden die Programme als wohlfahrtsstaatliche und entwicklungspolitische Maßnahmen für die arme Bevölkerung, untere Kasten und nicht-landbesitzenden Klassen eingeführt. Gemeindearbeit von Frauen aus den Dörfern verspricht neben geringen Kosten eine hohe Akzeptanz und Wirkung. Demokratische Institutionen wie Dorf- und Distrikträte und Gruppen wie Müttervereine sollen die Aktivitäten überwachen.

Diese Dorfentwicklungsprogramme und das Konzept der Gemeindearbeit knüpften historisch an Gandhis Konzept der Selbstverwaltung und Selbstversorgung der Dörfer (*Gram Swaraj*) an. Die von oben verordnete Freiwilligenarbeit durch und für arme *communities* galt zu Beginn der Programme in den 1970er Jahren als staatlich geförderte Selbstorganisation quer zu Kasten- und Klassenspaltungen in den Dörfern. Auf der lokalen Ebene wurde der Staat als *caring*, fürsorglich, imaginiert (Gupta 2012: 24). International profilierte er sich mit solchen Programmen als den sozialen Grundrechten seiner Bürger*innen

verpflichtet, mit dem politischen Willen zur Armut- und Hungerbekämpfung und warb über Jahrzehnte zusätzliche Mittel von ausländischen Hilfsorganisationen ein.

Während unfreiwillig freiwillige Gemeindearbeit damals vor allem als Maßnahme zur Armutsminderung und zum sozialen Ausgleich in höchst ungleichen Dorfstrukturen sowie als Förderinstrument für niedrigkastige Frauen galt, wurde sie im Zuge der Liberalisierung in den 1990er Jahren zu einer paradigmatischen Form des Sorgeextraktivismus. Kosteneffizienz war das Leitmotiv für Reformen der öffentlichen Dienste, um die finanziellen Engpässe der öffentlichen Hand zu überwinden und soziale Verantwortung zu verschlanken. Gleichwohl führte der Staat neue Sozialprogramme für die Dörfer ein, um sein Wohlfahrtsimage zu wahren. Das neoliberale Vorzeichen zeigt sich bei den ASHAs, Gesundheitsarbeiterinnen, die im Rahmen eines 2005 eingeführten ländlichen Gesundheitsdienstes Schwangere betreuen und für eine Krankenhausgeburt mobilisieren: Sie erhalten kein festes Honorar, sondern nur nach getaner Arbeit wie ein industrieller Stücklohn sogenannte „Anreize“ pro Geburt und Kind.

Zur politischen Ökonomie unfreiwilliger Freiwilligkeit

Heute sind diese Dorfentwicklungsprogramme paradigmatisch für den indischen Restwohlfahrtsstaat, der bedürftige Gruppen punktuell unterstützt, statt eine umfassende bürger*innenorientierte und rechtsbasierte Sozialpolitik zu gestalten (Palriwala/Neetha 2012a, 2012b). Im Kontext neoliberaler Politiken und schrumpfender Wohlfahrtsstaatlichkeit wurde die monetäre wie auch die Sorgeextraktion durch Voluntarismus intensiviert und ausgedehnt: Die Honorarzahungen kommen mit drei- bis neunmonatiger Verspätung, das Aufgabepaket wurde erweitert, Kindergärtnerinnen müssen statistische Befragungen in den Dörfern durchführen, ASHAs Verhütungsmittel verteilen und ansteckende Krankheiten kontrollieren. Um die Arbeit zu professionalisieren und die Effizienz zu steigern, sollen die Aktivitäten ständig dokumentiert und täglich bis zu neun Listen ausgefüllt werden (für ASHAs Bathia 2017: 40). An einigen Orten müssen die Kindergärtnerinnen jeden Morgen ein Selfie an die Supervisor*in schicken. Diese Kontrollmaßnahmen disziplinieren und schüchtern ein, zumal sie nicht selten mit der Androhung des Jobverlusts einhergehen. Zusatzarbeit und Optimierung zahlen sich jedoch nicht in Form einer Besserbezahlung oder Höherbewertung der Arbeit aus.

Trotz Erfolgsstatistiken, die steigende Zahlen von Kindergärten und Schulkindern, mehr Klinikgeburten, bessere Ernährung und höhere Immunisierungsraten belegen (NITI 2017: 126), reduziert der Staat mit Kürzungen des öffentlichen

Haushalts und der Budgets für Entwicklungsprogramme auf dem Land die Wohlfahrtsmaßnahmen, seine soziale Verantwortung und Rechenschaftspflicht.

Zusätzlich zum bewährten Prinzip der Freiwilligkeit findet mit dem Slogan „*community participation*“ nun eine soziale und finanzielle Responsibilisierung der ländlichen Gemeinden statt. Sozialarbeiterinnen sollen im Dorf Mittel für die Kindergärten mobilisieren (AIFAWH 2009: 39), die Schulspeisung wird lokalen Selbsthilfegruppen übertragen, die das kollektiv gesparte Geld für den Kauf von Lebensmitteln verwenden müssen (Sreerekha 2017: 234). Wie die Freiwilligkeit bedeutet auch die Kommunitarisierung eine Strategie der Extraktion von Arbeitskapazitäten, Care und finanziellen Ressourcen von denjenigen, die eigentlich als Nutznießer*innen der Programme konzipiert sind. Sie sollen zunehmend eigenverantwortlich die Einlösung ihrer sozialen Bürger*innenrechte organisieren.

Direkte *cash transfers* sind die jüngste Form der individuellen Responsibilisierung im Zuge der Finanzialisierung des Alltags und finanzieller Inklusion. Statt der Bereitstellung von Zusatznahrung als Anreiz für den Kindergarten- und Schulbesuch, verteilt die Modi-Regierung neuerdings Geld, damit die Bedürftigen als Konsument*innen selbst Lebensmittel erwerben (Drèze 2016: 13).

Die zentrale Strategie neoliberaler Wohlfahrtsstaatlichkeit ist allerdings die Privatisierung öffentlicher Dienste und die Kommerzialisierung von Aufgaben und Bereichen, die bislang nicht in den Markt integriert waren. Kindergärten und Schulspeisung werden nun kommodifiziert und vorgeblich zur Qualitäts- und Effizienzoptimierung an große Firmen oder neugegründete kommerzielle NGOs ausgelagert. Als Public-private-Partnership (PPP) benutzen Konzerne wie Vedanta und Cairn India Ltd. die Sozialprogramme zur Aufbesserung ihrer sozialen Unternehmensverantwortung (Sreerekha 2017: 238; Workshop Report 2017: 10) – ein imageförderndes und letztlich einträgliches Geschäft, das wiederum die Korruption ankurbelt (Sreerekha 2017:186; Gupta 2017).

Durch das Prisma des Theorems vom „listigen Staat“ (Randeria 2009) betrachtet stellt sich Sozialstaatlichkeit hier als widersprüchliches Manöver listiger Politik zwischen neoliberaler Wachstumspolitik, sozialen Anrechten und internationalen entwicklungspolitischen Normen dar. Zutiefst patriarchal navigiert der Staat auch listig zwischen alten Geschlechterrollen des Dienens und Unterordnens und modernen Geschlechternormen des Frauenempowerments durch einen Job. Politisches Ziel ist es, eine preisgünstige gefügte Sorgearbeiterschaft an der Basis zu schaffen, die Reproduktionskrisen auffängt (Patel/Moore 2017). Die freiwillige Sorgearbeit subventioniert die indische Wohlfahrtspolitik, darüber hinaus aber auch die internationale Entwicklungszusammenarbeit. Umgekehrt legitimieren und nutzen ausländische Agenturen wie USAID, UNICEF, die Weltbank und Care, die die Programme unterstützen, die massenhafte Mobi-

lisierung von unbezahlter Arbeit von Frauen und den Sorgeextraktivismus des indischen Wohlfahrtsstaats für ihre Entwicklungsziele.³

Sreerekha (2017) nennt diesen listigen Staat, der die Ehrenamtlichkeit von Frauen erzwingt, „ehrlos“. Er hüllt den Sorgeextraktivismus in eine imaginierte Kultur von Ehre und Freiwilligkeit, während er rücksichtslos Würde und Arbeitsrechte verletzt. Er zahlt nicht, wenn eine Köchin sich Verbrennungen zuzieht, ASHAs haben keinen Anspruch auf Mutterschaftszeit. Der neoliberale Staat gewährt seinen Wohlfahrtsarbeiterinnen weder Fürsorge und Wohlfahrt noch Schutz vor sexueller Gewalt. Sie wurden 2010 nicht in das Gesetz zum Schutz vor sexueller Belästigung einbezogen, obwohl Kindergärtnerinnen, aber vor allem ASHAs ein hohes Risiko sexueller Gewalt beklagen (Bathia 2017: 44). Gewerkschaften nennen es eine „nationale Schande“, dass die Armutsbekämpfer*innen selbst verarmt werden.⁴

Die soziokulturelle Ökonomie freiwilliger Sozialarbeit

Die Übertragung sozialer Aufgaben als Freiwilligendienste an Frauen basiert auf ihrer vorgeblich „natürlichen“ Bestimmung, *sewa*, Dienste zu leisten und selbst-aufopfernd und altruistisch Sorgearbeit zu verrichten. Die Gemeindearbeit wird als verlängerte Familienarbeit betrachtet, Frauen als die idealen Arbeiterinnen für die Ehre, die sich mit einem Sorgeethos um andere kümmern. Die Regierung bestärkte die Stereotypisierung von *sewa* als weiblich und unbezahlt, indem sie männliche Dorfgesundheitsarbeiter durch Frauen ersetzte.

Trotz des geringen Honorars ist die Gemeindearbeit für die meisten armen Frauen und ihre Familien, besonders für Witwen, eine begehrte Einnahmequelle. Zudem ist der Job attraktiv, weil er den Frauen Wertschätzung als Vertreterin eines Regierungsprogramms einbringt, ihr Sozialkapital, das lokale Kommunikations- und Interaktionsnetz stärkt und als Sprungbrett für einen regulären Job als öffentliche Angestellte gilt. Dafür nehmen die Frauen in Kauf, dass der große Zeit- und Energieeinsatz sie in einen Konflikt mit den Haushaltspflichten bringt, die für sie absolute Priorität haben. Dass sie täglich bis zu acht Stunden überwiegend unbezahlt arbeiten sollen, unterstellt ein männliches Ernährermodell, das wegen der gleichzeitigen Krise der Agrarökonomie jedoch längst erodiert ist (Palriwala/Neetha 2012a).

3 Zwischen 1994 und 2002 investierte USAID 623 Millionen US Dollar in das Kindergartenprogramm ICDS, wobei ein Teil des Budgets für Familienplanung benutzt wurde (OECD 2002).

4 CITU. The Voice of Working Women, December 2018:26. URL: citucentre.org/journals/voice-of-working-women

Tatsächlich entfalten die Sozialarbeiterinnen bei der ehrenamtlichen Arbeit eine Sorgeverantwortung mit affektiven und altruistischen Komponenten (Hochschild 2003). Wenn Material oder die Honorare nicht in den Dörfern ankommen, zahlen sie Lebensmittel oder Spielzeug aus eigener Tasche. Ist der Kindergarten nicht nutzbar, nehmen sie die Kinder mit zu sich nach Hause, kommt der Krankenwagen nicht, wenn eine ASHA eine Gebärende ins Krankenhaus bringen will, streckt sie das Geld für eine Autoriksha vor (Sreerekha 2017: 194; Bhatia 2017: 40). Erstattungen erfolgen in der Regel erst Monate später.

Die Investitionen der Sozialarbeiterinnen in Form von unbezahlter Arbeit, Zeit, Emotionen, aber auch eigener materieller und finanzieller Ressourcen sind auch ein Ringen um Respekt und Glaubwürdigkeit an einer Schnittstelle zwischen Staat und lokalen Gemeinschaften. Dabei besteht ein hohes Konfliktrisiko, weil die Dorfgemeinschaften sozial heterogen und markiert sind entlang Kaste, Klasse, Geschlecht, Alter, Ethnie und Religion sowie durch Macht, Privilegien, Abhängigkeiten und Exklusion. Befindet sich ein Kindergarten in einem hochkastigen Teil des Dorfes, ist der Zugang für niedrigkastige Kinder schwierig. Werden Lernmaterial und Medikamente nicht geliefert, fühlen sich die Zielgruppen betrogen und beschuldigen die Sozialarbeiterinnen des Missbrauchs. Die Empowermentstrategie der Programme, niedrigkastige, arme Frauen aus den Dörfern für die Jobs zu bevorzugen, wird durch die andauernde Kastendiskriminierung konterkariert: Kinder aus hohen Kasten weigern sich, von Dalit-Frauen gekochte oder von Dalit-Kindern ausgeteilte Mahlzeiten wegen ritueller Verunreinigung zu essen (Reddy 2018).

Gegenläufig zur selbstlosen Sorgeethik der Sozialarbeiterinnen und den Erfolgsgeschichten der Programme sind Umsetzungsmängel, Missmanagement und Korruption weitverbreitet (Saxena/Srivastava 2009; Gangbar/Rajan/Gayithri 2014). Die Mittel für die Sozialprogramme fließen durch eine Bürokratie, die eine „Maschinerie für die Herstellung von Gleichgültigkeit“ gegenüber den Armen ist und Sozialmaßnahmen nicht als Bürger*innenrechte sieht (Gupta 2012: 6). Bis zu 30 Prozent der Gelder werden abgezweigt oder versickern in der Selbstbedienungs- und Patronageökonomie. Kindergärten existieren nur auf dem Papier, Gebäude sind unbrauchbar oder haben keine Toilette für Hygieneerziehung. Die Korruption ist innerhalb der bestehenden Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse ein „Mechanismus, der staatliche Wohlfahrt gewaltförmig macht“ (Gupta 2012: 91).

Sozialarbeiterinnen werden in die Veruntreuungs- und Korruptionsvorwürfe eingeschlossen, vom Verkauf nahrhafter Kekse über gefälschte Zahlen der Kindergartennutzung oder Krankenhausgeburten bis zu häufiger Abwesenheit. Niedrigkastige Frauen verschulden sich, weil sie Schmiergeld zahlen müssen, um einen Job zu bekommen. Aus dem strukturellen Dilemma „freiwilliger“ Arbeit und miserabler Entlohnung entstehen Formen von Kleinkorruption. Während

Wahlkampagnen und in Reaktion auf Proteste und Streiks der Sozialarbeiterinnen hat das Narrativ von Korruption und Fehlzeiten mediale Konjunktur. Es stigmatisiert die Frauen, wertet ihr Engagement wie auch ihre Forderungen ab und legitimiert ihre Unterbezahlung. Hinzu kommen weitere Diskreditierungsversuche: ASHAs sollten Kondome namens ASHA verteilen, was mit sexueller Freizügigkeit konnotiert war.⁵

Gegenläufig betreiben die Sozialarbeiterinnen Selbstaufwertung und stellen sich als Arbeiterinnen mit Regierungsauftrag dar. Kindergärtnerinnen bezeichnen sich als Lehrerinnen (Gupta 2012: 269). Sie wollen nicht Freiwillige oder soziale Aktivistinnen genannt werden und sind stolz auf das Erreichte (Sreerakha 2017: 199). Wie diese Selbstaufwertung lassen sich auch Fehlzeiten als Widerstandsformen und subversive Kritik an der Zwangsfreiwilligkeit verstehen, zumal diese mit der Erweiterung der Aufgaben und der Kontrolle näher an Zwangsarbeit rückt.

Die Proteste der Gemeindearbeiterinnen knüpfen an ihre Subjektkonstruktion als „richtige“ Arbeiterinnen an. Inzwischen richten sie sich auch gegen die Privatisierung, Konzernisierung und NGOisierung der Programme und gegen das Abschmelzen der Budgets. Der Widerstand wurde zu einer Schule des politischen Ungehorsams, durch den sie herausfordern, was Staat und Gesellschaft als normal und natürlich definieren.

Fallbeispiel 2: Pflegenotstand in Krankenhäusern

Der Selbstmord einer jungen keralesischen Krankenschwester 2011 in Mumbai als Reaktion auf die Verschuldung durch einen Bildungskredit und die Zwangsverpflichtung, in privaten Krankenhäusern zu arbeiten, war der Auftakt einer neuen Ära der Mobilisierung in Kliniken. Die danach in Kerala gegründeten *United Nurses Association* (UNA) und *Indian Nurses Association* (INA) sind ein neuer Gewerkschaftstypus, der nicht parteigebunden ist, stark auf soziale Medien zurückgreift und von Männern geführt wird. Männliche Pfleger haben die Kämpfe radikalisiert, obwohl ein Gesetz Streiks des medizinischen Personals in Krankenhäusern verbietet (Biju 2013; Nair u.a. 2016).

Zwar haben Krankenschwestern in Indien eine lange Organisationsgeschichte, die auf eine kollektive berufliche Identität, die „Würde und Ehre des Pflegeberufs“ abstellt (TNAI 2001) Doch die 1908 gegründete *Trained Nurses Association of India* (TNAI) ist aus pflegeethischen Gründen gegen gewerkschaftliche Organisation und Streiks und bevorzugt rechtliche Schritte statt direkter Konfrontation. UNA

5 “No ‘Asha’ Condom”, *Times of India* (14.7.2016).

und andere Gewerkschaften haben dagegen die Erfahrung gemacht, dass nur direkte Aktionen wie Streiks dem intensivierten Pflegeextraktivismus entgegenwirken.

Während Krankenschwestern in staatlichen Krankenhäusern schon immer einen relativ hohen Organisationsgrad hatten, war der 2017 von der UNA in Kerala organisierte monatelange, erfolgreiche Streik in Privatkliniken für gleiche Bezahlung in privaten und öffentlichen Krankenhäusern ein Novum, bei dem es gelang, Ausstand und Basisversorgung zu verbinden.

Die *New Trade Union Initiative* NTUI, *United Nurses of India* und *Centre for Struggling Women* (CSW 2010) konzentrieren sich auf gemeinsame Anliegen aller Gesundheitsarbeiter*innen wie Respekt, Schutz vor sexueller Gewalt am Arbeitsplatz sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln und fordern mehr Festanstellungen statt der zunehmenden Vertragsarbeit. Über die konkreten lohn- und arbeitsbezogenen Forderungen hinaus protestieren sie gegen die neoliberale Politik der Kosteneinsparung und fordern eine deutliche Erhöhung des Gesundheitsbudgets. Die Bildung einer Pflege-„Klasse“ jenseits von Kaste, Religion, Geschlecht, Ausbildung und über die privat-öffentliche Segregation im Gesundheitswesen hinaus sehen sie als einzige Möglichkeit, Tarifverhandlungsmacht aufzubauen.

Die Krise der Gesundheitsversorgung in Indien ist markiert durch ein extrem niedriges Gesundheitsbudget – derzeit nur 1,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)⁶ –, eine schwache Infrastruktur und schlechte Qualität der öffentlichen medizinischen Dienste sowie einen Pflegenotstand. Der Staat zielt seit der Liberalisierung darauf, den öffentlichen Gesundheitssektor von Kosten und Verantwortung zu entlasten und die Profitabilität der privaten Medizinindustrie als neuer Wachstumsbranche nicht durch Regulierungen zu hemmen.

Die Privatisierung und Konzernisierung des Gesundheitssektors umfasste Ausbildungseinrichtungen, Krankenhäuser und Personalvermittlung. Das Krankenpflegestudium ist prototypisch für die Finanzialisierung der Bildung, die Eltern in eine Verschuldungskrise stürzt. Zudem finanzialisieren private Jobagenturen den Jobzugang und erhöhen durch hohe Vermittlungsgebühren vor allem ins Ausland die Verschuldung von Pflegekräften.

Es entstanden zwei Kategorien von Pflegekräften: die in öffentlichen Krankenhäusern fest und relativ gesichert Beschäftigten mit einer regelmäßigen Gehaltsrevision und die in privaten Krankenhäusern meist auf Vertragsbasis schlecht bezahlten Pflegekräfte. Verdient eine Festangestellte in einem regierungseigenen Krankenhaus in Delhi 600 bis 800 Euro, erhält eine ausgebildete Krankenschwester mit einem Jahresvertrag in einem privaten Krankenhaus 150 bis 200 Euro (John 2018: 12).

6 Zum Vergleich: Bangladesh 3,3 Prozent, Deutschland 11,6 Prozent.

Die expandierende Krankenhausindustrie mit spezialisierten Privatkliniken und Medizintourismus benötigt immer mehr Pflegepersonal. Derzeit fehlen geschätzt zwei Millionen Krankenpfleger*innen, das Pflege-Patient*in-Verhältnis liegt bei 1:40, während die Weltgesundheitsorganisation 1:4 als Norm setzt (Dasgupta/Sandhya 2019).

Stereotypisierung und Stigmatisierung – die soziokulturelle Ökonomie der Pflege

Die soziokulturelle und die politische Ökonomie der Pflege in Indien sind tief in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und einer weiblichen Konnotation von Dienen, *sewa*, verankert. Der weibliche Körper und die weibliche Moral sind zentral für die Arbeit und die Diskurse um die Subjektivitäten der Krankenschwestern. Neben dem Geschlecht war seit der Einführung kolonial-britischer Pflegekonzepte in Indien die Intersektionalität mit Kaste, Klasse, Ethnie und Religion ausschlaggebend für Statusfragen. Zentral war dabei, dass der Kontakt mit Körpersubstanzen nach brahmanischer Norm als Verunreinigung gilt.

Seit den Anfängen des Pflegeberufs bestanden zudem Vorurteile über die Moral der Krankenschwestern, weil sie männliche Patienten pflegten und das auch während Nachtschichten. Die Zuschreibung von liberalem Sexualverhalten wurde durch die Migration verstärkt (Nair/Healey 2006: 3; Walton-Roberts 2012). Um den Stereotypen von Unreinheit und Freizügigkeit entgegenzuwirken, adelten christliche Missionen die Krankenpflege durch Konzepte von Disziplin und Sorgeethos, Selbstaufopferung und nonnenhafter Entsexualisierung, symbolisiert in der weißen Uniform der „Schwestern“, die zudem auf eine kollektive Identität abzielte (Nair/Healey 2006: 4). Inzwischen wurden die von den Briten in Kerala eingeführten „kulturell unangemessenen“ Uniformen indisiert (Nair 2012:190).⁷

Bis heute steht das Bild der Krankenschwestern in einem Dilemma zwischen Pflegeethik und lockerer Moral, Noblesse und Unreinheit, Heiliger und Hure. Diese Stereotypen werden in Bollywoodfilmen, Comedyshows und Klinik-TV-Serien sowie online angebotenen „sexy“ Schwesternkleidern ständig rekonstruiert und tragen zur andauernden Abwertung der Pflege bei.

Das Pflegepersonal in Kliniken hat diese Stereotypen selbst internalisiert und nutzt sie zur Distinktion (Nair 2012: 85). Ein hartes Regime von Dominanz und Unterordnung innerhalb der Krankenhäuser spiegelt und verstärkt Diskriminierung und Demütigung. Gut ausgebildete Krankenschwestern und

7 Kurze Röcke oder Kleider gelten als unangemessen ebenso wie die Farbe Weiß, die in Indien die Farbe der Trauer ist.

Oberschwestern beanspruchen ein Pflegeethos für sich und verlagern „unreine“ Aufgaben und moralische Vorurteile an Vertragsschwestern und Auszubildende (Basu 2016: 11; Makkad 2018). Die jüngere Generation und Migrantinnen werden durch das Narrativ diskreditiert, sie würden sexuelle Übergriffe als „Teil der Arbeit“ akzeptieren und strategisch zur Beförderung nutzen (Basu 2018: 16).

Panchaly Ray beobachtete, wie die Aufwertung des obersten Segments der Pflegehierarchie hin zu mehr verwaltungs- und medizintechnischen Aufgaben mit einer Herabstufung der unteren Segmente entlang Kaste, Klasse und Ethnizität einhergeht: „Das Weibliche wird in neue Andere verbannt“ (Ray 2016b: 65; Ray 2016a). Ärzt*innen sind männlich und als Heiler aufgrund von Wissenschaft und Technologie konnotiert, Pflegekräfte als weibliche Sorgedienstleisterinnen. Pflegearbeit befindet sich zwischen gegenläufigen Dynamiken von Professionalisierung und Aufwertung einerseits und Abwertung durch Informalisierung der Ausbildung und Vertragsarbeit andererseits. Die Verflechtung „traditioneller“ Normen und ökonomischer Prinzipien wirkt als institutionelle Gewalt von Diskriminierung, Veränderung (*othering*) und Hierarchisierung.

Auch der Eintritt von Männern in den Pflegeberuf hat die Stereotypisierung von *sewa* als „natürlich“ weiblicher Fähigkeit wie auch das Stigma der Verunreinigung nicht beendet. Männliche Pfleger haben jedoch infolge ihrer eigenen Erfahrung der Verschuldung durch ein Bildungskredit eine Organisierungswende ausgelöst. Ihre Subjektkonstruktion von Männlichkeit und verletzter Würde motiviert sie, gewerkschaftliche Kämpfe anzuführen und zu radikalisieren, weil sie „keine Ausbeutung tolerieren“. Derweil gelten Krankenschwestern als protestscheu und unterwürfig (eigene Interviews mit UNA-Gewerkschaftsführern).

Die politische Ökonomie der Pflege – hierarchisch und informell

Die Hierarchisierung von Aufgaben, Qualifikationen und Entlohnung ist die zentrale Struktur des Sorgeextraktivismus in der Krankenpflege. In privaten Krankenhäusern besteht häufig eine bis zu zehnstufige Pyramide von Oberschwestern, Administrator*innen, Manager*innen, Matronen, Senior*innen, Halbsenior*innen, Junior*innen usw. plus vielen Praktikant*innen und Vertragsarbeiterinnen. Die Spaltung der Belegschaft durch Ab- und Aufwertung entlang von Professionalität hilft dem Management, Tarifverhandlungen zu vermeiden, Gruppen gegeneinander auszuspielen und gezielte Ausbeutungsstrategien anzuwenden (Ray 2016a; Basu 2018). Die Klinikleitung externalisiert „unreine“ Arbeiten innerhalb des formalen Systems, indem sie *Ayias*, Leiharbeiter*innen, einsetzt, die bei externen Auftraggebern beschäftigt sind (John 2018: 7; Basu 2018).

Quer durch diese Hierarchie sind Informalisierung und Kontraktualisierung zentrale Managementstrategien, um die Pflege zu prekarisieren und abzuwerten. Da die Kliniken in modernste Technologien investieren, um wettbewerbsfähig zu sein, senken sie die Kosten für Pflege- und Reinigungskräfte, die schwächsten Glieder der medizinischen Versorgungskette. Ausbildung in informellen privaten Einrichtungen sowie in privaten Pflegeheimen hat informelle Beschäftigung zur Folge, die oft mit Korruption und geringer Qualität der Versorgung einhergeht (Dasgupta/Sandhya 2019: 53; Nair u.a. 2016: 9; Walton-Roberts 2015: 378).

Nicht nur gering qualifizierte Arbeitskräfte leisten Leih- und Gelegenheitsarbeit. Vertragsarbeit fungiert auch als Druckmittel auf gut ausgebildete Krankenschwestern, um die Löhne zu senken und eine billige, nicht-widerständige Pflegeklasse zu konstruieren. Freie Vollzeitstellen werden mit Vertragskräften besetzt. Innerhalb des neoliberalen Paradigmas erscheint solch eine Kostensenkung im Patient*inneninteresse (Biju 2013).

Die Marktlogik von Kostenoptimierung, Effizienz und Produktivitätssteigerung hat längst auch öffentliche Krankenhäuser durchdrungen. Das Pflege-Patient*in-Verhältnis ist miserabel, befristete Beschäftigung nimmt zu, Personalknappheit wird durch Nichtbesetzung freier Dauerplanstellen erzeugt, was zu Mehrbelastung des Personals und intensivierter Pflegeextraktion führt. Zu der in der Hierarchie verankerten persönlichen Kontrolle kommen permanente Dokumentation, Videoüberwachung und Medizintechnik hinzu. Taylorisierung und Rationalisierung disziplinieren die Pflegekräfte, standardisieren ihre Tätigkeiten, spornen zu Selbstoptimierung an und verschärfen den Wettbewerb. Dabei torpedieren die marktwirtschaftlichen Prinzipien die medizinische und die Sorgeethik sowie die pflegerische Empathie und Zuwendung.

Verschuldung durch Bildungskredite zwingt junge Krankenschwestern, unmittelbar nach ihrem Abschluss in einer indischen Metropole einen Gelegenheitsjob in einer Privatklinik anzunehmen (Nair u.a. 2016: 11). Privatkliniken werden als Sprungbrett für den besser bezahlten öffentlichen Sektor oder für die Migration genutzt, da die Krankenschwestern praktische Erfahrungen benötigen (Nair 2010; Nair u.a. 2016). Es ist in Großstädten üblich, dass private Kliniken die Diploma der jungen Pflegekräfte einbehalten und sie eine Zwangsverpflichtung für mehrere Jahre unterzeichnen lassen, um zu verhindern, dass sie den Job wechseln (Nair 2010; John 2018: 12). Ähnlich dem Kafala System in Ländern des Nahen Ostens ist dies eine vorvertragliche, semif feudale Form des Pflegeextraktivismus. Das Management terrorisiert junge Schwestern zudem durch sexualisierte Gewalt, Drohungen, das Wohnheim verlassen zu müssen, Verbot gewerkschaftlicher Organisation und die Weigerung, Arbeitsnachweise auszustellen (Makkad 2018; Nair 2012: 71). Die komplexen Wechselbeziehungen zwischen Personalmangel, Arbeitsbelastung, Doppelschichten, die oft nicht

kompensiert werden, Verschuldung und Zwangsverpflichtung erzeugen einen Vielfachstress am Arbeitsplatz und verschärfen den Extraktivismus der Pflegearbeit. Krankenschwestern beklagen, dass sie wegen des Zeitdrucks keine qualitativ hochwertige Pflege leisten können (Dasgupta/Sandhya 2019: 52).

Migration und (trans-)nationale Sorgketten

Migration hat zu einer Transformation des Pflegesektors, des Status der Krankenschwestern und ihrer Handlungsmacht geführt. Die soziale Geografie der Krankenpflege ist in Indien zum einen durch die Urbanisierung und zum anderen durch Binnen- und Auswanderung geprägt. Durch nationale und transnationale Pflegeketten beziehen Metropolen Pflegekapazitäten aus dem Hinterland und wohlhabende Länder im Mittleren Osten und im Norden Fachkräfte aus Indien (Yeates 2009). Die etablierte inländische Pflegekette von Kerala in andere indische Bundesstaaten (John 2018: 21) verschränkt sich mit der Zuwanderung von Frauen aus den nordöstlichen Bundesstaaten, indigenen Adivasi-Frauen und gut ausgebildeten Krankenschwestern aus Nepal und Bangladesh (Basu 2016). Überall ist Pflegepersonal mit unterschiedlichen Herkunftsn leicht zu spalten, um Kollektivverhandlungen zu vermeiden.

Seit den 1960er Jahren wurde ausgehend von Kerala die transnationale Migration von Krankenschwestern vor allem in die Golfstaaten zum bestimmenden Faktor für die indische Pflegeökonomie, die Professionalisierung und ihre Kommerzialisierung (Walton-Roberts 2015; Damodaran 2013: 188). Das Interesse des indischen Staates am Arbeitsexport richtete sich auf die Rücküberweisungen, während er lange Zeit Rechtsverletzungen und Ausbeutung seine Bürger*innen im Ausland ignorierte.

Migration wirkt ambivalent und widersprüchlich auf die Sorgearbeit, die Handlungsoptionen und die Subjektivitäten der Krankenschwestern. Aus politökonomischer Sicht bedeutet die transnationale Integration von Pflegemärkten einen ungleichen Tausch basierend auf der „verstärkten Ausbeutung von weiblicher Sorgearbeit“ aus dem Süden, wobei „Auswanderung die Ressourcenextraktion vermittelt“ (Walton-Roberts 2015: 375; Valiani 2012). Rechtsunsicherheit, soziale Isolierung und Veränderung (*othering*) schaffen im Aufnahmeland meist ein hohes Prekaritätsrisiko in Bezug auf die Arbeit und sexualisierte Gewalt. Während Migration das hinduistische Stigma der Unreinheit von Pflege mindert, revitalisiert sie – weit weg von der Kontrolle durch die Herkunftsfamilie – das Stigma der Amoral (Walton-Roberts 2012; Nair/Healey 2006).

Andererseits nehmen Pflegekräfte Migration als Chance wahr, um schlechten Arbeitsbedingungen, Geringbewertung und Pflegeextraktivismus in Indien zu

entkommen. Die Aussichten auf eine Migrations- und Einkommenskarriere haben den Pflegeberuf – auch für Männer – attraktiv gemacht. Eltern und junge Frauen hoffen, dass sich die hohen Investitionen in Bildung und Vermittlung ins Ausland sowohl im Gehalt als auch auf dem Heiratsmarkt auszahlen (Nair/Healey 2006). Keralische Krankenschwestern in Delhi genießen die Freiheiten weit weg von der Familie, zielen aber darauf, zum Wohlergehen der transregionalen Familie beizutragen, indem sie für Bildung, Hochzeiten, Sterbezeremonien und Rituale in der Kirche zahlen (Damodaran 2013). Ob in indischen Metropolen oder in den Golfstaaten, es ist für sie wichtig, durch ihre Handlungsmacht und Autonomie ihre Herkunftsidentität zu bestätigen und eine „gute“ Frau in der patriarchalen Geschlechterordnung zu sein. Paradigmatisch dafür ist, dass sie zu der hohen Mitgift für weibliche Verwandte beitragen, obwohl das Mitgiftsystem als Instrument der Unterordnung von Frauen wirkt (Zacharia Oommen 2015).

Sorgeextraktivismus und Geschlechtergerechtigkeit

Diese zeit- und raumdiagnostische Analyse hat mit der Kategorie des Sorgeextraktivismus für die dörfliche Sozialarbeit und die Pflegearbeit in Krankenhäusern in Indien eine Topografie von Strategien und Mechanismen erstellt, mit denen Sorgearbeit in einem sich verändernden politökonomischen Umfeld geringbewertet und Careressourcen angeeignet werden. Die untersuchten Sozial- und Pflegearbeiten sind vergeschlechtlichte Dienste, *sewa*, die im Rahmen der geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung als „natürliche“ Fähigkeit und soziale Pflicht von Frauen gelten. Die stereotype Zuschreibung dienender Weiblichkeit begründet ihre geringe Wertschätzung, wobei für die Pflege an Körpern die brahmanische Norm der Unreinheit assoziiert mit Niedrigkastigkeit als dramatisch abwertender Faktor hinzu kommt. Stereotypisierung und Stigmatisierung bestehen auch in einem modernen Umfeld von Professionalisierung, Privatisierung und neuen Technologien weiter. Verschränkte geschlechts- und kastenspezifische, strukturelle und kulturalisierte Geringschätzungsstrategien schaffen eine preiswerte Dienstleistungsklasse, die die Krisen sozialer Reproduktion und von Versorgungsmängeln in Dörfern und Krankenhäusern bewältigen. Sorgeextraktivismus ist eine systematische Form der Landnahme unbezahlter Sorgearbeit und der Kolonisierung von Sorgeressourcen.

In den untersuchten Sozialprogrammen auf dem Land ist Zwangsfreiwilligkeit die zentrale Extraktionsstrategie von materiellen, moralischen und Careressourcen vor allem armer Frauen, die durch eine wachsende Arbeitsbelastung und zunehmende Überwachung intensiviert wird. Zusätzlich zur Stereotypisierung von weiblicher *sewa* als nicht wertschaffende Dienste wird strategisch die Korruption

zur Stigmatisierung und Abwertung eingesetzt. Die Sorgearbeiterinnen fordern eine Regularisierung ihrer Arbeit als Lohnarbeit mit Hoffnung auf Arbeitsrechte, Mindestlöhne und soziale Sicherheit, wie Rentenansprüche. Die im Zuge der neoliberalen Schrumpfung von Wohlfahrtsstaatlichkeit vollzogene Kommerzialisierung des Sektors, z.B. die industrielle Herstellung der Schulspeisung oder privatwirtschaftliches Management von Kindergärten, wertet die Arbeit der Gemeindearbeiterinnen weiter ab, verwandelt sie in Gelegenheitsjobs oder macht sie sogar überflüssig.

In Indien veränderte die neoliberale Wende die Diskurse und Politiken von Entwicklung, Wohlfahrt und sozialer Gerechtigkeit. Die marktformigen Strategien der (Kosten-)Reduktion von staatlicher Sozialverantwortung von der Zahlung von Anreizen statt Löhnen über die Privatisierung bis zu den neuen *cash transfers* zeigen – zusammen mit der flächendeckenden Verbreitung von Mikrokrediten – eine neue Logik und ein anderes Instrumentarium von Entwicklung. Derweil schwindet die Rede von Armutsbeseitigung, sozialer Gerechtigkeit und Umverteilung (Roychowdhury 2018). Zwar gehen Sozialabbau und Kostenoptimierung mit der Sprache von Rechten, der Individualisierung und des Empowerments einher, aber die Justiziabilität von Rechten ist im neoliberalen Umfeld nicht gesichert (Jayal 2013: 193).

In öffentlichen wie privaten Krankenhäusern fungiert die Hierarchisierung von Pflegearbeiten als zentrales Regime des Extraktivismus entlang Kasten-, Klassen- und ethnischen Linien. Kostenoptimierung ist sowohl bei der Reform des öffentlichen Sektors als auch bei der Privatisierung des Gesundheitswesens der Antrieb für die Informalisierung von Ausbildung und Beschäftigung und Ursache von Abwertung, was durch das Stigma unreiner Arbeit kulturalisiert ist. Die Spaltung des Personals durch die Verbreitung von befristeter und Leiharbeit in diesem formalen Sektor ermöglicht eine tiefere Extraktion von Sorgekapazitäten und erschwert Kollektivverhandlungen, sie erzeugt Prekarität und preisgünstige verletzte Sorgearbeiterinnen.

Pflegearbeit wird derzeit durch Migration national und transnational in Sorgeskettens neu konfiguriert, wobei die Transnationalisierung von Sorgextraktivismus zunehmend normalisiert wird. In den indischen Metropolen und im Ausland sind migrantische Pflegekräfte in besonderem Maße Rechtsverletzungen und Gewalt ausgesetzt. Aus der Subjektperspektive bietet Migration jedoch Empowermentchancen jenseits der patriarchalen Familienkontrolle, ein höheres Einkommen und oft mehr Anerkennung.

Die massenhaften Kämpfe von Sozial- und Pflegekräften sind Kämpfe um Sichtbarkeit und Gleichheit. Dabei geht es nicht nur um Bezahlung, sondern ebenso um Unterbesetzung, Überlastung und Carequalität im Kontext neoliberaler Politik und eines rücksichtslosen Marktes. Zu den Kämpfen für Anerkennung

und Würde gehört die Abwehr von Stigmata, beispielsweise als die ASHAs sich weigerten, die gleichnamigen Kondome zu verteilen, oder Krankenschwestern keine westlichen Kleider tragen wollten. Weder weibliche noch männliche Sorgearbeitende stellen dabei die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung infrage, die Frauen Sorge- und alle Familienarbeit zuweist. Vielmehr integrieren die Frauen die zugeschriebene Weiblichkeit und Mütterlichkeit des Dienens in ihre Identität als Gemeindearbeiterinnen, und Männer ihre durch Verschuldung und Ausbeutung gekränkte Männlichkeit in die kämpferische Führung von Gewerkschaften.

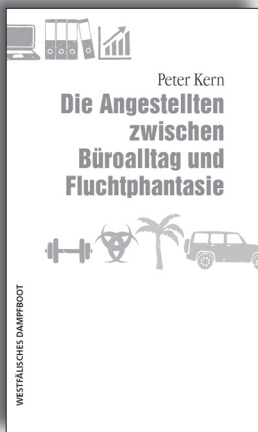
Die Kämpfe von Sorgearbeiter*innen haben da Erfolge erzielt, wo sie die vorherrschende Fragmentierung nach Berufsgruppen, Parteien, Kasten usw. überwunden haben (Workshop Report 2017). Bündnisse der Sorgekräfte gegen Privatisierung und kostensparende Wachstumspolitik mit Bäuer*innen und informellen Arbeiter*innen, mit Frauenrechts- und Gesundheitsorganisationen bedeuten Organisationsmacht und neue Verhandlungsperspektiven über unmittelbare gewerkschaftliche Forderungen hinaus für eine Erhöhung des Sozialbudgets. Dies ist strategischer Widerstand dagegen, dass Sorgeextraktivismus eine tragende Struktur des indischen Entwicklungs-, Wohlfahrts- und Wachstumsmodells ist.

Literatur

- All India Federation of Anganwadi Workers and Helpers (AIFAWH) (2009 und 2012): *Marching Ahead*. Delhi/Hyderabad.
- (2016): *25 years of Struggles and Achievements 1991-2016*. Delhi.
- Basu, Hemantika (2018): *Mode of Work Organization in Nursing: A Study on Management Practices in Private Healthcare in India*, unpublished manuscript.
- (2016): *Women Subordination at the Workplace: A Study of Informal Nurses in West Bengal*. Paper presented at ICAS-MP Workshop 'Making of Informal Labour Relations', 27.09.2016, TISS. Mumbai.
- Bathia, Kavita (2017): *Implementation of Janani Suraksha Yojana*. Mapping evidence-based policy recommendations from implementation narratives of ASHAs: 36-47. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14710.09284>
- Biju, B.L. (2013): *India: Angels Are Turning Red – Nurses' Strikes in Kerala*. In: *epw* 48(52): 25–28.
- Brand, Ulrich/Dietz, Kristina (2014): (Neo-)Extraktivismus als Entwicklungsoption? Zu den aktuellen Dynamiken und Widersprüchen rohstoffbasierter Entwicklung in Lateinamerika. In: *Politische Vierteljahresschrift*, Sonderheft 48: 128-165. DOI: https://doi.org/10.5771/9783845250298_133
- Centre for Struggling Women (CSW) (2010): *Nurses in India. An Assessment of Working Women's Conditions & Experiences*. New Delhi.
- Damodaran, Sumangala (2013): "Women" Versus "Breadwinners": Exploring Labour Market Dynamics, Agency and Identity Among Migrant Nurses from Kerala (India). In: *Global Labour Journal*, 4(3): 186-205. DOI: <https://doi.org/10.15173/glj.v4i3.1140>
- Dasgupta, Jashodhara/Sandhya YK. (2019): *Health Workforce in India: towards realising Health for all*. In: *mfc bulletin*, feb 2019: 50-54.

- Drèze, Jean (ed.) (2016): Introduction. In: *Social Policy*. Hyderabad: 1-21.
- Gangbar, Jonathan/Rajan, Pavithra/Gayithri, K. (2014): *Integrated Child Development Services in India*, Working Paper 318, The Institute for Social and Economic Change. Bangalore.
- Gupta, Akhil (2012): *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham/London. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822394709>
- (2017): Changing Forms of Corruption in India. In: *Modern Asian Studies* 51(6): 1862-1890. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0026749X17000580>
- Hochschild, Arlie Russel (2003): *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feeling*. Berkeley.
- Jayal, Niraja Gopal (2013): *Citizenship and its Discontents. An Indian History*. Ranikhet. DOI: <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674067585>
- John, Maya (2018): Nurses in India: Migration, Precarious Employment Conditions and Resistance, unpublished paper for CWDS. New Delhi.
- John, Mary (1996): Gender and Development in India, 1970s to 1990s. In: *epw* 31(47): 3071-77.
- Makkad, Sneha Baldeo (2018): Nursing, Public Sector Hospitals and Changing Working Condition: An exploratory study of a medical College and Hospital, Punjab, Thesis, Ambedkar University Delhi, CWDS, MPhil/PhD Programme.
- Nair, Sreelekha (2010): Nurses' Strikes in Delhi: A Status Question. In: *epw* 45(14): 23-25.
- (2012): *Moving with the times*. New Delhi.
- Nair, Sreelekha/Healey, Madeleine (2006): *A profession on the margins. Status Issues in Indian Nursing*. CWDS. New Delhi.
- Nair, Sreelekha/Timmons, Stephen/Evans, Catrin (2016). Nurses in the Private Health Sector in Kerala: Any Lessons Learnt from Their Strikes in Recent Past? In: *Indian Journal of Gender Studies* 23(1): 8-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/09715215151612858>
- NITI Aayog (National Institution for Transforming India) (2017): *Appraisal Document of Twelfth Five Year Plan 2012-2017*. New Delhi.
- OECD (2002): USAID/India 2002. Strategic Objective Close out Report. URL: oecd.org/derec/unitedstates/36110215.pdf, Zugriff: 30.10.2019.
- Palriwala, Rajni/Neetha, N. (2012a): Stratified Familism: the care regime in India through the lense of childcare. In: Razavi, Shahra (Hg.): *Seen, Heard and Counted: Rethinking care in a development context*. Chicestel: 175-204. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118297261.ch8>
- (2012b): Between the State, Market and Family. Structures, Policies and Practices of Care in India. In: Razavi, Shahra/Staab, Silke. (Hg.): *Global Variations in the Political and Social Economy of Care: Worlds Apart*. New York: 176-200.
- Patel, Raj/Moore, Jason (2017): *The History of the World in Seven Cheap Things*. Oakland.
- Randeria, Shalini (2009): Transnationalisierung des Rechts und der 'listige Staat' in Indien: zivilgesellschaftlicher Widerstand gegen die Privatisierung öffentlicher Güter. In: Randeria, Shalini/Eckert, Andreas (Hg.): *Vom Imperialismus zum Empire*. Frankfurt/M.: 211-236.
- Ray, Panchali (2016a): Is This Even Work? Nursing Care and Stigmatised Labour. In: *epw* 51(47): 60-69.
- (2016b): Care (Un)Skilled: Fragmented Markets and Nursing Labour, Contemporary Kolkata, In: Fernandez, Bina u.a. (Hg.): *Land, Labour and Livelihoods*. Basingstoke: 239-260. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-40865-1_12
- Reddy, Akhilhwari (2018): Casted out. In: *Down to Earth*, 16-30.6.2018.
- Roychowdhury, Supriya (2018): Welfare without Work or Wages. A Contradiction? In: *epw* 53(35): 53-60.
- Saxena, Naresh/Srivastava, Nisha (2009): ICDS in India: Policy, Design and Delivery Issues. In: *IDS Bulletin* 40(4): 45-52. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00058.x>

- Sreerekha, M.S. (2017): *State without Honour: Women Workers in India's Anganwadis*. Delhi. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199468164.001.0001>
- TNAI (2001): *History and Trends in Nursing in India*. New Delhi.
- Valiani, Salimah (2012): *Rethinking Unequal Exchange*. The Global Integration of Nursing Labour Markets. Toronto. DOI: <https://doi.org/10.3138/9781442696563>
- Walton-Roberts, Margaret (2012): Contextualizing the Global Nursing Care Chain: international migration and the status of nursing in Kerala, India. In: *Global Networks* 12(2): 405-425. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00346.x>
- (2015): International Migration of Health Professionals and the Marketization and Privatization of Health Education in India: From Push-pull to global political economy. In: *Social Science & Medicine* 124: 374-382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.004>
- Wichterich, Christa (2019): Care Extractivism and the Reconfiguration of Social Reproduction in Post-Fordist Economies, ICDD Working Paper 25.
- Workshop Report (2017): National Workshop on “Informalisation of Employment in the Health Sector”, organized by PSI, JSA, HEU Delhi, 22-23.2017. New Delhi.
- Yeates, Nancy (2009): *Globalizing Care Economies and Migrant Workers. Explorations in Global Care Chains*. London.
- Zacharia Oommen, Ginu (2015): *Gulf Migration, Social Remittances and Religion. The Changing dynamics of Kerala Christians*, India Centre for Migration. New Delhi.



Peter Kern
**Die Angestellten zwischen
 Büroalltag und Fluchtphantasie**
 2019 – 150 Seiten – 15,00 €
 ISBN 978-3-89691-267-1



Christine Resch / Thomas Wagner (Hrsg.)
**Migration als soziale Praxis:
 Kämpfe um Autonomie und
 repressive Erfahrungen**
 2019 – 258 Seiten – 28,00 €
 ISBN 978-3-89691-269-5

