

Silke Staab

Familien, Frauen und „Freiwillige“: Die Grenzen unbezahlter Sorgearbeit im entwicklungspolitischen Kontext¹

Krisen der Fürsorge kommen nicht als lauter Crash. Sie manifestieren sich vielmehr als schleichende Erosion menschlicher Ressourcen, als zunehmendes Defizit in der Begleitung pflegebedürftiger Menschen, als steigende Belastung sowohl für unbezahlte Sorgeverantwortliche innerhalb von Familien als auch für Fachkräfte in öffentlichen und privaten Pflegeinstitutionen. Angesicht der sich ausbreitenden HIV/AIDS-Epidemie – speziell in den subsaharischen Ländern Afrikas – hat die Thematik der Betreuung der Kranken und Sterbenden auf verspätete und tragische Weise einen Platz auf der globalen entwicklungspolitischen Agenda gefunden. Die Analyse von Fürsorge in diesem Kontext ist zugleich problematisch und sinnvoll. Problematisch, weil die Pflege HIV/AIDS-kranker Menschen nur *ein* Stein im Fürsorgemosaik und dementsprechend nur *ein* Ausdruck der Gesamtproblematik ist. Es reicht nicht aus, Sorgepolitik allein in Extremsituationen zu betreiben. Selbstsorge und Sorge für andere Menschen müssen vielmehr als integraler Bestandteil gesellschaftlichen Zusammenlebens begriffen und in die Formulierung politischer Antworten integriert werden, die die geschlechtsspezifischen, sozialen, ethnischen und globalen Ungleichheiten in der Verteilung von und dem Zugang zu Fürsorge berücksichtigen. Andererseits machen Notsituationen die zentrale Rolle von Pflege und Fürsorge und die katastrophalen Folgen ihrer Unterbewertung aus wirtschaftlicher, sozialer und menschenrechtlicher Sicht besonders deutlich.

Der vorliegende Beitrag geht daher einerseits auf den Gesamtkomplex von Pflege und Fürsorge ein, und greift andererseits das spezifische Thema der Pflege und Versorgung im Kontext von HIV/AIDS auf. Er basiert auf Ergebnissen eines vergleichenden Forschungsprojekts des *UN Research Institute for Social Development* (UNRISD), in dem seit 2006 *Care Arrangements* in sechs Ländern untersucht werden.² Die Gesundheitsversorgung in Tansania wurde als Fallbeispiel gewählt, um zu verdeutlichen, wie sehr sich die Bedingungen von Pflege und Fürsorge im entwicklungspolitischen Kontext von denen wohlhabender Staaten unterscheiden. Die *Care*-Debatte,

wie sie seit einigen Jahren in den Ländern des „Nordens“ geführt wird, reflektiert diese Unterschiede bisher nur unzureichend. Deshalb ist es an der Zeit, Pflege und Fürsorge auch im entwicklungspolitischen Kontext zu sehen. Gerade in Ländern des Südens führt das Versagen von Märkten und öffentlichen Institutionen, Pflege und Fürsorge für den Großteil der Bevölkerung bereitzustellen, dazu, dass das Gros der Pflegearbeit auf Familien, Frauen und so genannte Freiwillige zurückfällt. Wo diese den Bedarf an Pflege und Betreuung, bspw. durch zusätzliche Belastungen wie der HIV/AIDS-Epidemie, nicht mehr bewältigen können, entsteht eine Sorgekrise, die nicht zuletzt Menschenleben kostet. Sozial- und pflegepolitische ad-hoc-Lösungen wie etwa die Unterstützung von Freiwilligenprogrammen für die Pflege von HIV/AIDS-PatientInnen, die seit einigen Jahren in mehreren subsaharischen Ländern Afrikas entstehen, sind wichtig. Doch um der Krise entgegenzuwirken, sind weit reichende soziale und wirtschaftliche Transformationen notwendig. Die Verantwortung und die Kosten von Pflege und Fürsorge müssen grundlegend umverteilt werden. Hierzu bedarf es einer sozialpolitischen Agenda, die sich von minimaler staatlicher Intervention und dem Prinzip der „Bedürftigkeit“ verabschiedet, dessen Anwendung im Kontext großer Armut ohnehin problematisch ist. Dazu ist im entwicklungspolitischen Kontext eine frauenrechtliche Agenda von Nöten, die Sorge als vergeschlechtlichte Arbeit begreift und die derzeitige Ungleichverteilung aufbricht.

Im ersten Teil erläutert der Beitrag kurz einige zentrale Fragen, die die *Care*-Debatte im Norden aufgeworfen hat. Ziel ist, die Relevanz dieser Debatte für den entwicklungspolitischen Kontext zu veranschaulichen. Der zweite Teil beschäftigt sich mit den verschiedenen sozialen Institutionen, die in der sozialen Organisation von Fürsorge und Pflege eine Rolle spielen. Er widmet sich zunächst der Bereitstellung von Versorgung *außerhalb* von Haushalten und Familien durch staatliche, private und gemeinnützige Institutionen, um danach auf die Verteilung unbezahlter Pflegearbeit *innerhalb* von Haushalten und Familien und ihre geschlechtsspezifischen Implikationen einzugehen. Am Beispiel der Gesundheitsversorgung und Krankenpflege im Kontext von HIV/AIDS in Tansania wird untersucht, wie stark die vier Institutionen – Staat, Markt, Haushalt/Familie, gemeinnütziger Bereich – verwoben und voneinander abhängig sind. Denn wenn Staat und Markt in der Bereitstellung von Pflege versagen, verschwindet Sorgearbeit nicht, sondern sie verschiebt sich: vom bezahlten in den unbezahlten, vom öffentlichen in den privaten Bereich. Diese Einsicht aus der Ära neoliberaler Strukturanpassungsprogramme gewinnt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftskrise erneut an Bedeutung.³ Der Artikel schließt

mit einer Reihe von Handlungsanforderungen an die Politik unter spezieller Berücksichtigung des entwicklungspolitischen Kontextes.

Die „Care-Debatte“ und ihre Relevanz für Entwicklungsländer

Der vorliegende Beitrag versteht Sorge weit gefasst als soziale, psychologische, emotionale und physische Aktivitäten, die das Wohlergehen, die Ressourcen und Fähigkeiten anderer Menschen stärken und fördern. Diese können auf der Basis bezahlter oder unbezahlter Arbeit, vertraglicher oder freiwilliger Arrangements, professioneller oder moralischer Verpflichtung stattfinden (Knijn & Kremer 1997). Wie Pflege und Fürsorge zu konzeptualisieren sind, wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten vor allem in der feministischen Ökonomie und Wohlfahrtsstaatsanalyse diskutiert.⁴ Die Diskussion kreist um Fragen wie: Warum ist Sorgearbeit so entscheidend für das Funktionieren gesellschaftlichen Zusammenlebens und wirtschaftlicher Entwicklung? Warum spiegelt sich dies nicht in mehr Anerkennung und Entschädigung für Sorgende wider? Warum ist Sorgearbeit so ungleich auf verschiedene Gesellschaftsgruppen verteilt – speziell zwischen Frauen und Männern? Was geschieht, wenn sich unbezahlte Fürsorge aus Haushalten in Märkte verlagert? Wie beeinflusst Geld die Art und Weise, wie Sorgearbeit ausgeführt wird? Wie beeinflussen sozialpolitische Maßnahmen die Verteilung von Sorgearbeit sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen, und wer trägt die Hauptkosten der Bereitstellung? Wie kann unbezahlte Fürsorgearbeit gesellschaftlich anerkannt und finanziell kompensiert werden, ohne die geschlechtsspezifische Verteilung zu verfestigen, die Frauen in erheblichem Maße benachteiligt?

Obwohl diese Fragen überwiegend von Autorinnen aufgeworfen wurden, die auf den Erfahrungen und Bedingungen entwickelter Marktwirtschaften in Europa und Nordamerika basieren, sind sie durchaus für Länder des Südens relevant. Die Bedingungen, unter denen Pflege in Entwicklungsländern organisiert ist, unterscheiden sich allerdings grundlegend von denen entwickelter Ökonomien und haben bisher nur wenig Aufmerksamkeit erfahren. Das UNRISD-Forschungsprojekt „The Political and Social Economy of Care“ versucht diese Lücke zu füllen.

Die aktuellen Debatten in Europa und Nordamerika drehen sich in erster Linie um die Sorge für andere Personen, also Aktivitäten, die direkte menschliche Interaktion und somit eine soziale Beziehung zwischen Sorgenden und Versorgten voraussetzen. Diese Tendenz spiegelt sich in der sozialpolitischen Diskussion über die Bereitstellung von Kindertagesstätten oder anderen

Pflegeeinrichtungen wider. Im Unterschied dazu hat das UNRISD-Projekt den engen Pflegebegriff ausgedehnt, um auch „pflegeunterstützende“ Sorgeaktivitäten – also Haushalts- und Reproduktionsarbeiten im weiten Sinne – mit in die Analyse einzubeziehen (Razavi 2007: 6). Denn durch den Mangel an grundlegender Infrastruktur, beispielsweise zugängliches Trinkwasser, Elektrizität oder sanitäre Einrichtungen, sind in vielen Entwicklungsländern gerade pflegeunterstützende Arbeitsgänge besonders zeit- und arbeitsintensiv. Eine eindeutige Trennung dieser unterstützenden von den direkten Pflgetätigkeiten erweist sich als schwierig, da beispielsweise die Zubereitung von Mahlzeiten oder das Waschen von Kleidung Grundvoraussetzungen für die Pflege von Personen sind. Vor allem mit Blick auf die Formulierung politischer Strategien ist es im entwicklungspolitischen Kontext daher besonders wichtig, *beide* Formen der Pflegearbeit – direkte und indirekte – zu analysieren.⁵

Ohne ein heterogenes Spektrum von Ländern über einen Kamm scheren zu wollen, gibt es eine Reihe von Umständen, die die Bereitstellung und Verteilung von Sorge im entwicklungspolitischen Kontext erschweren. Dazu gehören weit verbreitete Armut und extreme soziale Ungleichheit. Denn wenn ein Großteil der Bevölkerung nicht für Pflegedienste bezahlen kann, entsteht kein breiter Markt, sondern nur ein kleines, exklusives Marktsegment für wohlhabende Bevölkerungsteile. Gleichzeitig ist in vielen Staaten auch der finanzielle Spielraum des Staates beschränkt. Gerade wo Ressourcen knapp sind, werden andere Prioritäten gesetzt als Pflege und Fürsorge. In Ländern, die stark von Entwicklungshilfe und internationalen Krediten und Transferzahlungen abhängig sind, beeinflussen Geber- und Gläubigerstaaten Prioritäten maßgeblich mit. So zum Beispiel in Tansania und Nicaragua, wo Geberländer über ein Drittel des Staatshaushaltes bereitstellen (Budlender i.E.; Martinez Franzoni 2009). Wo finanziell und administrativ „schwache“ Staaten Fürsorgesysteme als das Zusammenspiel von Markt, Staat, Haushalten und gemeinnützigen Organisationen wenig koordinieren und regulieren, kommt es häufig zu einer Fragmentierung und sozialen Segmentierung von Fürsorge. Die Reichweite von Sozialversicherungen und Arbeitnehmerrechten ist in diesen Ländern ebenfalls höchst begrenzt, da sie prekäre und informelle Beschäftigungsverhältnisse nicht abdecken, die oft einen größeren Anteil am Arbeitsmarkt ausmachen als formelle.

Die soziale Organisation der Sorge: der „Care Diamant“

Sorgearrangements fußen in allen Ländern auf einem Mix aus Haushalt, Markt, Staat und gemeinnützigen Institutionen. Um die multiplen

Institutionen zu erfassen, die in der Bereitstellung von Sorge eine Rolle spielen, nutzt das UNRISD-Forschungsprojekt die Form eines „Care-Diamanten“ (Razavi 2007).

Die Grenzen zwischen den vier Institutionen sind weder fest umrissen noch statisch. So reguliert und subventioniert der Staat häufig Pflege- und Betreuungsdienste anderer Anbieter. Doch die individuelle Erfassung der vier Institutionen ist aus mehreren Gründen sinnvoll.

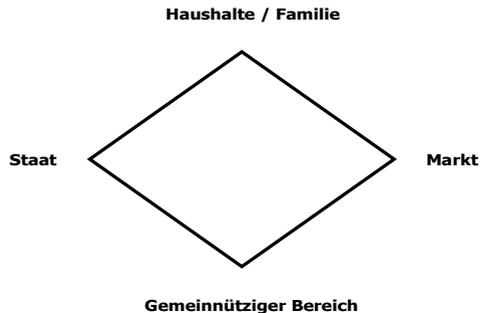
Erstens verdeutlicht die getrennte Erfassung die Vielzahl der Arrangements, die

in der sozialen Organisation von Pflege und Fürsorge eine Rolle spielen. Fürsorge als ein durch verschiedene Institutionen bereitgestelltes Gut aufzufassen, erlaubt uns nicht nur die Rolle, sondern auch die *Verantwortung* der Akteure zu analysieren, indem er veranschaulicht, dass Entscheidungen über den Mix in der Bereitstellung grundlegend beeinflussen, wer Zugang zu adäquater Versorgung hat und wer die Hauptlast der Sorgearbeit trägt.

Zweitens unterstreicht diese Perspektive die *Rolle der Politik* und ihre Möglichkeiten, die Organisation von Pflege im Sinne sozialer Inklusion und Gleichberechtigung der Geschlechter mit zu gestalten. Auch wenn Entwicklungsländer gerne als „familialistische Regimes“ klassifiziert werden, experimentieren viele Länder seit einigen Jahren mit „neuen“ sozialpolitischen Maßnahmen und Transferprogrammen, die auf bedürftige Zielgruppen beschränkt und an die Erfüllung bestimmter Bedingungen geknüpft sind.⁶ Obwohl diese auf den ersten Blick nicht direkt sorgerelevant zu sein scheinen, beeinflussen sie die Organisation von Fürsorge oder basieren zumindest implizit auf Annahmen, wie Sorgearbeit organisiert werden sollte.

Drittens lässt sich so eine Umverteilung von Sorgearbeit thematisieren, die über Interventionen auf der Mikroebene, also über eine gleichmäßigere Verteilung zwischen Frauen und Männern *innerhalb* von Haushalten hinausreicht. Die stärkere Einbindung von Männern in die Sorgeverantwortung ist wichtig und richtig. Sie reicht jedoch nicht aus, um Sorge „gerechter“ zu verteilen oder einer „Sorge-Krise“ entgegenzuwirken. Dies trifft insbesondere auf Entwicklungsländer zu, in denen es einen Spielraum gibt, die

Abb. 1: Die soziale Organisation von Sorge:
Der „Care-Diamant“



Quelle: Razavi (2007)

Kosten von Pflege und Fürsorge umzuverteilen: sei es durch sozialpolitische Programme wie öffentlich bereitgestellte oder finanzierte Pflegeangebote, sei es durch einen Strukturwandel, der mehr und bessere Jobs besonders für Frauen schafft oder durch die Durchsetzung von Rechten, die es Frauen erleichtern, die Väter ihrer Kinder in der Sorge stärker zur Verantwortung zu ziehen (Razavi 2009).

Die vier Sorgeinstitutionen: Markt, Staat, gemeinnütziger Sektor und Haushalte

Wenn Versorgungsleistungen vom *Markt* bereitgestellt und kommerziell erbracht werden, stehen die Dienstleistenden in einem Erwerbsverhältnis und die Konsumierenden bezahlen die Leistungen. Von Marktbefürwortern wird die Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen durch kommerzielle Anbieter mit höherer Effizienz in Verbindung gebracht. Über den Zugang zu kommerziellen Pflege- und Sorgeangeboten entscheidet jedoch die Zahlungsfähigkeit, d.h. nur wer die Kaufkraft hat, kann sich kommerzielle Dienste leisten. Außerdem sind „Sorge-Märkte“ höchst geschlechtsspezifische Beschäftigungssegmente. Frauen sind unter Pflege- und Betreuungskräften – von prekären, informellen Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten bis hin zu professionellen Institutionen wie Privatkliniken oder Privatschulen – überrepräsentiert (Budig & Misra 2008). Sie stellen den Großteil der Lehrerinnen, Krankenpflegerinnen, Kindergärtnerinnen, Tagesmütter, Hausangestellten und Altenpflegerinnen. Aufgrund der niedrigen gesellschaftlichen Bewertung von Sorgearbeit arbeiten Pflegekräfte oft unter schwierigen Bedingungen und zu niedrigen Löhnen. Das zeigt sich extrem bei Hausangestellten in Ländern des Südens: Teilweise sind über 15 % der weiblichen Erwerbstätigen in diesem Sektor tätig (z.B. ECLAC 2008, Lund, i.E.). Migrantinnen füllen in den einkommensstarken Ländern oft die Pflege-Lücke von Privathaushalten bis Krankenhäusern. Dumping-Löhne, prekäre Arbeitsbedingungen und Rechtlosigkeit sind im Sektor personen- und haushaltsnaher Dienstleistungen weit verbreitet (Anderson 2000, Lutz 2008). Doch auch in anderen Berufen im Bildungs- oder Gesundheitsbereich gibt es Anzeichen dafür, dass Erwerbstätige für die Übernahme von Sorgeverantwortung finanziell „bestraft“ werden.⁷

Der *Staat* kann Sorgeleistungen zum einen direkt erbringen (durch öffentliche Kindergärten, Krankenhäuser oder Pflegeheime), zum anderen die Bereitstellung durch andere Institutionen regulieren und teilfinanzieren. Dazu zählen auch Arbeitsmarktregulierungen (z.B. bezahlte Elternzeit), soziale Transferleistungen für Familien (wie Kindergeld), Subventionen und

Standards für das Angebot privater Dienstleister. So hat die in Deutschland und Japan eingeführte Pflegeversicherung einen Markt für private Alten- und Krankenpflegedienste entstehen lassen. Auch in Argentinien und Südkorea ist der Staat in den vergangenen Jahren verstärkt aktiv geworden, um Pflege- und Betreuungsangebote bereitzustellen, zu subventionieren und zu regulieren (Faur 2009; Peng 2009). So beeinflusst staatliche Sozialpolitik, *was* in einer Gesellschaft an Zeit, Geld und Dienstleistungen für Sorge zur Verfügung steht und *wer* Zugang dazu hat.

Der *gemeinnützige Bereich* spielt seit jeher eine große Rolle in der Bereitstellung von Pflege und Fürsorge. Die Arbeit von kirchlichen oder anderen karitativen Organisationen in der Armenhilfe, Kinder- und Jugendarbeit oder Krankenpflege ist in Europa Vorläufer staatlicher Armutsbekämpfungsprogramme (Anttonen 2005). Angebote von Einrichtungen wie dem Roten Kreuz, der Lebenshilfe oder den SOS-Kinderdörfern sind Beispiele für gemeinnützige Sorgearbeit, weil sie nicht gewinnorientiert wirtschaften. Allerdings greifen die Marktprinzipien von Effizienz und Kostengünstigkeit auch auf andere Bereitstellungsformen über, wenn z.B. gemeinnützige Organisationen mit privaten Anbietern auf Pflegemärkten in Konkurrenz treten. Der zunehmende Druck, Sorge „(kosten-)effizienter“ bereitzustellen, wirkt sich unweigerlich auf die Löhne und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aus und beeinträchtigt nicht selten die Qualität der Pflegeleistungen.

In Entwicklungsländern haben internationale und lokale gemeinnützige Organisationen deutlich an Bedeutung gewonnen, was die Bereitstellung sozialer Dienste betrifft. Ihre Initiativen werden unter den Schlagworten der Bürgerbeteiligung, Mitverantwortung und Solidarität oft in staatliche Programme eingebunden. Diese Einbindung der Zivilgesellschaft kann demokratisches Engagement fördern. Sie ist freilich auch ein Weg, einen Teil der Sorgelasten abzuwälzen, denn viele dieser Programme arbeiten mit „freiwilligen“ oder „ehrenamtlichen“ Kräften.

Bevor die Verzahnung der vier Institutionen am Beispiel Tansania veranschaulicht wird, werfen die beiden folgenden Abschnitte einen Blick auf die vierte Institution des *Care-Diamanten*: die Organisation unbezahlter Sorgearbeit innerhalb von Haushalten und Familien und ihre Implikationen für die Gleichberechtigung der Geschlechter.

Die geschlechtsspezifische Organisation unbezahlter Sorgearbeit: Haushalte und Familien

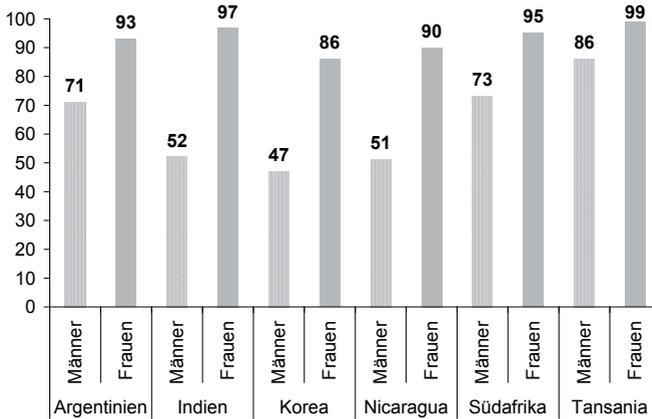
Wie ungleich die Verantwortung zwischen den Geschlechtern für unbezahlte Arbeit wahrgenommen wird, kann quantitativ durch Zeitbudgeterhebungen

(*time-use surveys*) erfasst werden. Sie dokumentieren, wie Menschen – weibliche und männliche, alte und junge, wohlhabende und arme – ihre Zeit auf verschiedene Aktivitäten, wie Erwerbstätigkeit, Freizeit, unbezahlte Hausarbeit und Personenpflege, verteilen.⁸ Das UNRISD-Forschungsprojekt hat Zeitbudgeterhebungen in den sechs untersuchten Ländern (siehe Anmerkung 3) ausgewertet (Budlender 2008). Im Hinblick auf die Arbeitsteilung zwischen Frauen und Männern ergeben sich folgende länderübergreifende Trends:

1. Frauen beteiligen sich viel *stärker* an unbezahlter Sorge als Männer. In allen sechs Ländern führen rund 90 % aller Frauen unbezahlte Sorgearbeit aus (s. Abb. 2). Die Beteiligungsquoten für Männer liegen überall niedriger; in Südkorea beteiligen sich bspw. über die Hälfte aller Männer gar nicht an unbezahlter Sorgearbeit.
2. Frauen verbringen wesentlich *mehr Zeit* mit unbezahlter Sorgearbeit als Männer (s. Abb. 3). Indien kann als Extremfall gelten, wo Frauen fast zehn Mal mehr Zeit für unbezahlte Sorgearbeit aufbringen. In Tansania verbringen Frauen „nur“ etwa doppelt so viel Zeit mit Sorge – ein vergleichsweise geringer Unterschied.
3. Zwar verwenden Frauen in allen Ländern weniger Zeit für bezahlte Arbeit als Männer, doch ist der geschlechtsspezifische Abstand bei bezahlter Arbeit wesentlich geringer als bei unbezahlter Sorgearbeit. So verbringen indische Männer (hier wieder der Extremfall) etwa zweieinhalb Mal so viel Zeit mit bezahlter Arbeit wie Frauen. In Tansania ist der Unterschied wiederum sehr gering.

Die Ergebnisse der Zeitbudgeterhebung zeigen zum einen, dass die Verantwortung für bezahlte Arbeit und unbezahlte Sorgearbeit in rigider Arbeitsteilung wahrgenommen wird. Während sowohl die Frauenerwerbstätigkeit also auch die Zeit, die Frauen mit bezahlter Arbeit verbringen, fast überall auf der Welt zugenommen haben, hat sich die Beteiligung von Männern an unbezahlter Sorgearbeit nicht in gleichem Maße erhöht.⁹ Frauen verbringen in den Ländern, die in Abbildungen 2 und 3 berücksichtigt sind, (und in vielen anderen) insgesamt mehr *Zeit* mit *Arbeit* (bezahlt und unbezahlt zusammen) als Männer. Besonders extreme Fälle sind Indien und Südafrika, wo Frauen zwischen 14 und 20 % mehr arbeiten als Männer. Damit bleibt ihnen weniger Zeit für Freizeit, Erholung, Weiterbildung oder politische Aktivität. Frauen sind „zeit-ärmer“ (UNDP 2007). Natürlich gilt das nicht für *alle* Frauen. Die Zeitverwendungsstudien zeigen, dass das soziale Milieu, das Alter, die Haushaltsstruktur und in manchen Ländern die ethnische

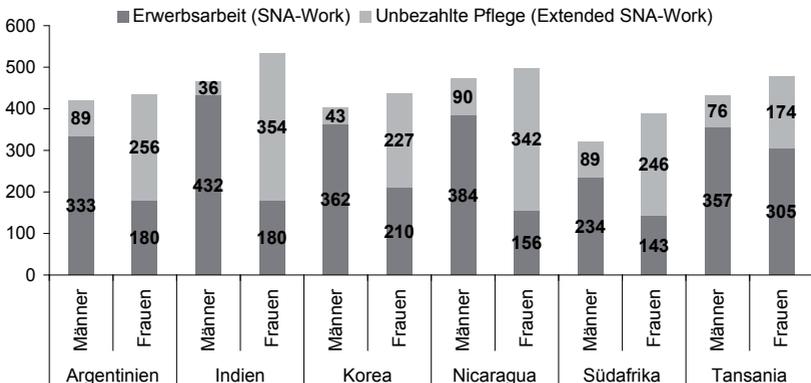
Abb. 2: Unbezahlte Pflege (Extended SNA Work):
Beteiligungsquoten, nach Land und Geschlecht (%)



Basiert auf Budlender (2008).

Für methodologische Erläuterungen siehe Anmerkung 8.

Abb. 3: Durchschnittliche tägliche Zeitverwendung (Minuten):
Verteilung auf Erwerbsarbeit (SNA-Work) und unbezahlte Pflege (Extended SNA-Work),
nach Land und Geschlecht



Basiert auf Budlender (2008).

Für methodologische Erläuterungen siehe Anmerkung 8.

Zugehörigkeit Einfluss auf die Menge und Intensität unbezahlter Pflegearbeit haben (Budlender 2008).

Die geschlechtsspezifische Verteilung der unbezahlten Sorge für andere Menschen erweist sich als stark verfestigt. Gesellschaftliche Normen und Auffassungen von Männlichkeit und Weiblichkeit prägen die traditionelle Aufteilung von Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit. Obwohl soziale Veränderungen wie die verstärkte Erwerbsbeteiligung von Frauen und die Erosion der männlichen Ernährerrolle diese Arbeitsteilung verstärkt unter Druck setzen, bleibt unbezahlte Sorge „Frauenarbeit“, während männliche Lebensentwürfe weitgehend resistent gegen eine Integration fürsorglicher Praxis scheinen. Weder der Markt noch eine Form der Kollektivierung lösen das Problem der Feminisierung und Unterbewertung von Fürsorge, wie am Beispiel der Freiwilligenprogramme in Tansania (s.u.) deutlich wird. Trotzdem können staatliche Pflege- und Betreuungsangebote und Investitionen in eine die Arbeit reduzierende Infrastruktur große Entlastung bringen.

Unbezahlt, nicht kostenlos

Dass ein Großteil an Sorgearbeit unbezahlt ist, bedeutet nicht, dass sie ohne Kosten ist für diejenigen, die sie erbringen. Weil Frauen im Durchschnitt mehr Zeit mit unbezahlter Fürsorge verbringen, tragen sie auch den Großteil der damit verbundenen Opportunitäts- und Langzeitkosten.

In der Zeit, die auf unbezahlte Sorge verwendet wird, kann kein Geld verdient, geschweige denn „Karriere“ gemacht werden. In vielen subsaharischen Ländern Afrikas, wo Gesundheitssysteme unter den Anforderungen, die die HIV/AIDS-Epidemie mit sich bringt, zunehmend kollabieren, bedeutet das, dass sich ein großer Teil der Krankenpflege in die Haushalte und dort meist auf die Schultern von Frauen verlagert. Unzureichende Infrastruktur macht die häusliche Pflege von HIV/AIDS-PatientInnen besonders zeitaufwendig, denn wo es an Elektrizität oder sanitären Anlagen mangelt, müssen Wasser, Feuerholz oder andere Treibstoffe organisiert werden. Selbst wenn ein Krankenhausaufenthalt möglich ist, müssen Angehörige des Patienten oder der Patientin nicht nur für die Deckung der direkten Kosten der Behandlung, sondern auch für Nahrung, Seife und andere Dinge des täglichen Bedarfs aufkommen. Das kostet Geld und Zeit, *unbezahlte* Zeit. Im Kontext von HIV/AIDS hat dies zur Folge, dass Familienmitglieder – meist Frauen und Mädchen – andere Aktivitäten, wie die Einkommenssicherung oder den Schulbesuch, aufgeben müssen, um für kranke Angehörige zu sorgen.

Wenn Markt und Staat versagen: Gesundheitsversorgung und HIV/AIDS in Tansania¹⁰

Die Entwicklungen im tansanischen Gesundheitswesen seit Mitte der 1980er Jahre sind ein gutes Beispiel für das gleichzeitige Versagen von Markt und Staat und für die Folgen, die dieses Versagen für Familien und den gemeinnützigen Bereich mit sich bringt. Parallel zu ähnlichen Entwicklungen in anderen Ländern führten der Druck der Wirtschaftskrise und die Abhängigkeit von internationalen Geberinstitutionen in Tansania seit Mitte der 1980er Jahre dazu, dass im Rahmen eines mit dem Internationalen Währungsfonds vereinbarten Strukturanpassungsprogramms die Staatsausgaben extrem zurückgefahren wurden (Meena 2008). Dies schlug sich auch im Gesundheitswesen nieder. Bis 1985/86 war der Anteil öffentlicher Ausgaben für Gesundheit an den gesamten Staatsausgaben von circa sieben Prozent Mitte der 1970er Jahre auf knapp fünf Prozent gesunken (Budlender i.E.). Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen verschlechterten sich dramatisch, was sich in Engpässen bei der Medikamentenversorgung und anderem medizinischen Bedarf, dem Verfall der Infrastruktur, unterbesetzten Krankeneinrichtungen, geringen Gehältern sowie in zunehmender Frustration des Personals widerspiegelte (Mbaga Kida & Mackintosh 2005).

Um die Solvenz des Systems zu stärken, führte die Regierung zu Beginn der 1990er Jahre eine Gesundheitsreform durch, die gezielt versuchte, einen Markt für Gesundheitsversorgung zu schaffen. Private Anbieter wurden zugelassen und breiteten sich relativ schnell aus: 2001 waren bereits 21 % der „Armenapotheken“ in privater Hand (Mbaga Kida & Mackintosh 2005: 268). Hatte der Staat seit Ende der 1960er Jahre seine Bemühungen verstärkt, allen Bürgerinnen und Bürgern universellen und gebührenfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung zu verschaffen, begannen nun auch öffentliche Krankenhäuser und Arztpraxen, Gebühren für die Behandlung zu verlangen. Die Einführung von Marktprinzipien führte dazu, dass das Einkommen mehr und mehr die Menge und Qualität an professioneller Pflege und Fürsorge bestimmte. Ende der 1990er Jahren forderten so gut wie alle medizinischen Einrichtungen eine Bezahlung für die Behandlung, unabhängig vom Träger der Einrichtung (ebd.).

Die Reform basierte zum Teil auf der Annahme, dass zahlungsfähige Patienten zunehmend aus dem öffentlichen in den privaten Sektor wechseln würden und sich öffentliche Einrichtungen dadurch verstärkt auf die Versorgung der armen Bevölkerung konzentrieren könnten. Diese Annahme hat sich in Tansania nicht nur aufgrund weit verbreiteter Armut – knapp 90 % der Bevölkerung muss mit weniger als zwei US-Dollar pro Tag auskommen –,

sondern auch aufgrund der mangelnden Regulierungskapazität des Staates als problematisch erwiesen.

Wie Mbaga Kida und Mackintosh (2005) zeigen, sind weite Teile der Bevölkerung von privater Gesundheitsversorgung abhängig, auch in den ärmsten Einkommensgruppen. Darüber hinaus erreichen staatliche Subventionen zwar hauptsächlich Einrichtungen, die von Patienten aus ärmeren Einkommensgruppen genutzt werden, die progressive Wirkung dieser Subventionen hebt sich jedoch zumindest teilweise durch den regressiven Effekt von Behandlungsgebühren, informellen Zahlungsforderungen durch Pflegepersonal, Transport- und Opportunitätskosten auf. Dies schließt weite Teile der Bevölkerung von adäquater Gesundheitsversorgung aus. Zwar befreite die Regierung bedürftige und nicht zahlungsfähige Patienten und Patientinnen wie Schwangere, Kinder unter fünf Jahren und chronisch Kranke von Gebühren. Sie konnte diese Regelung aber in der Praxis nicht durchsetzen, da es sich im Kontext breiter Armut als äußerst schwierig herausstellte, „Bedürftige“ zu qualifizieren und medizinische Einrichtungen für ihre Einnahmeverluste zu kompensieren (Meena 2008). Darüber hinaus begannen unterbezahlte Pflegekräfte, ihre Gehälter aufzubessern, indem sie informelle Zahlungen von Patienten oder deren Familien verlangten (Tibandebage & Mackintosh 2005).

Die Situation verschärfte sich mit der Ausbreitung von HIV/AIDS. Bereits vor der Epidemie tat sich das Gesundheitssystem schwer damit, die Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Seine Kapazitäten und Erreichbarkeit wurden jedoch durch die Reformen im Verlauf der 1980er und 1990er Jahre weiter geschwächt. So sank die Anzahl von Fachkräften in der Pflege seit Mitte der 1990er Jahre dramatisch: Sie reduzierte sich zwischen 1994/95 und 2000/01 um knapp 30 % und um weitere zehn Prozent bis 2005/06 (Meena 2008).

Gegen Ende 2003 lebten in Tansania rund 1,8 Millionen Menschen mit HIV/AIDS. Dies entspricht rund sieben Prozent der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 49, wobei Frauen, insbesondere junge Frauen, stärker betroffen sind als Männer (Meena 2008). Nur 20 % der im fortgeschrittenen Stadium an HIV/AIDS Erkrankten hat Zugang zu anti-retroviraler Therapie (ebd.). Diese Situation hat fatale Folgen für kranke Menschen, die Pflege benötigen, aber auch für Familien und Haushalte, die Zuhause für HIV/AIDS-kranke Angehörige sorgen müssen. Wie die Zeitbudgeterhebung (s.o.) zeigt, verwenden in Tansania sowohl Männer als auch Frauen einen beträchtlichen Anteil ihrer Zeit auf die materielle Überlebenssicherung. Hinzu kommt, dass sich unbezahlte Sorgearbeit in Tansania – wie in einer Vielzahl anderer Entwicklungsländer – angesichts des Mangels an grundlegender Infrastruktur

besonders strapazios und zeitaufwendig gestaltet. So haben lediglich vier Prozent aller Haushalte Zugang zu fließendem Wasser (Budlender i.E.), einer Schlüsselressource im Kontext von HIV/AIDS, da der Wasserbedarf in Haushalten, die HIV/AIDS-Patienten pflegen, aufgrund der Begleiterkrankungen drastisch ansteigt (Akintola 2008a; Urdang 2006). Sieben Prozent aller urbanen und 31 % aller ländlichen Haushalte müssen eine Entfernung von über einem Kilometer zurücklegen, um zu ihrer Wasserquelle zu gelangen (Budlender i.E.). Zwei Drittel aller Wassersammelnden sind Frauen (ebd.). Die Kombination aus Armut, hoher Arbeitsbelastung (sowohl bezahlt als auch unbezahlt), Behandlungsgebühren, gesundheitlichen Problemen der Versorgten und Sorgetragenden sowie der Ausfall einer beachtlichen Zahl von Erwerbstätigen durch die Epidemie treibt die Geld- und Zeitressourcen von Haushalten und Familien zunehmend an ihre Grenzen.

Das Versagen des Gesundheitswesens und die Überlastung von Familien- und Haushaltsmitgliedern haben zu einem Bedeutungsgewinn informeller Versorgungsarrangements geführt, in deren Rahmen unausgebildete oder informell geschulte Kräfte freiwillig, ohne Entgelt und außerhalb der traditionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens Unterstützung in der Krankenpflege leisten. So entstanden in Tansania wie auch in anderen afrikanischen Ländern, die sich mit ähnlichen Problemen konfrontiert sahen, so genannte „Home-based Care“- und „Community-based Care“-Programme (HBC bzw. CBC). Diese sind darauf angelegt, durch die Organisation von Freiwilligenarbeit Familien, die sich Zuhause um HIV/AIDS-Kranke kümmern müssen, bei der Sorgearbeit zu unterstützen.

Im Idealfall erhalten die rekrutierten Freiwilligen eine Schulung durch professionelles Pflegepersonal, eine Grundausrüstung mit Schutzhandschuhen, Nahrungsergänzungsmitteln und anderen Utensilien sowie eine Transportpauschale. Sie statten betroffenen Familien Hausbesuche ab, um diese medizinisch, psychologisch sowie bei den allgemeinen Arbeitsgängen der Krankenversorgung zu unterstützen. Es gibt bisher keine verlässlichen Daten darüber, wie viele Freiwillige sich an diesen Einsätzen beteiligen. Das Gesundheitsministerium gibt an, bisher knapp 7000 HBC/CBC-Freiwillige geschult zu haben. Da viele dieser Programme als Selbsthilfeinitiativen entstehen, ist anzunehmen, dass eine große Zahl der Freiwilligen durch Nichtregierungsorganisationen, andere karitative Einrichtungen oder aber gar nicht geschult werden. Die Arbeit, die sie verrichten, ist physisch, psychisch und emotional extrem fordernd. Hierbei handelt es sich, wie Lund (i.E.) für den südafrikanischen Kontext, aber durchaus auf Tansania übertragbar, darlegt, nicht um Präventionsarbeit oder die Begleitung eines Heilungsprozesses, sondern – in Anbetracht der Unterversorgung mit

anti-retroviraler Therapie – um die Sorge für und Begleitung von Sterbenden. Viele Freiwillige fühlen sich darauf nur ungenügend vorbereitet und äußern selbst Bedenken hinsichtlich der Qualität der Pflege, die sie schwer kranken Menschen zukommen lassen können, ohne über ausreichendes Wissen oder Training zu verfügen (Meena i.E.).

Häusliche Sorge hat viele positive Aspekte für Menschen, die mit der Krankheit leben, Familien, Gemeinden und das Gesundheitswesen (Ogden u.a. 2006). Doch stehen diese Programme in der Realität vor zahllosen Herausforderungen. Zum einen sind Begriffe wie „Freiwilligenarbeit“ oder „Ehrenamt“ im Kontext großer Armut und Not irreführend. Sie klingen nach der bewussten *Wahl*, der freien Entscheidung, in der Freizeit einen Beitrag zum Gemeinwohl zu leisten – sie suggerieren demokratisches Engagement und soziale Teilhabe. Doch die bewusste Wahl einer Tätigkeit setzt die Existenz von Alternativen voraus. Während die Alternative, *nicht* für andere zu sorgen, per se problematisch ist, werden „Beteiligung“ und „Mitverantwortung“ der Bürgerinnen und Bürger in Entwicklungsländern zunehmend auch *formell* zur Voraussetzung für den Zugang zu sozialen Diensten gemacht.¹¹ Besonders die Tatsache, dass die Mehrheit der freiwilligen PflegerarbeiterInnen in den HBC- und CBC-Programmen selbst arm ist, wirft einen Schatten auf die „Freiwilligkeit“ dieser Arbeit. Die Mehrheit der Freiwilligen sind außerdem Frauen, und das nicht nur in Tansania (Akintola 2008a; Meena i.E.). Ihre Arbeit vereint in vielen Fällen alle Charakteristika eines Vollzeitjobs mit der wesentlichen Ausnahme: Sie wird nicht bezahlt (Akintola 2008b).

Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in den Freiwilligenprogrammen ist bisher nur wenig untersucht worden. Studien aus anderen afrikanischen Ländern, in denen ähnliche Programme wie in Tansania durchgeführt werden, zeigen, dass Männer sowohl finanziell, also durch mangelnde Entlohnung, als auch durch gesellschaftliche Normen, wie die Furcht, für Fürsorgearbeit verspottet zu werden, von einer stärkeren Teilnahme an HBC/CBC-Programmen abgeschreckt werden. Nur wenige HBC/CBC-Programme gehen dieses Problem an, indem sie gezielt die Beteiligung von Männern und eine Neudefinition traditioneller Auffassungen von Männlichkeit fördern. Solche Initiativen existieren hauptsächlich bei gemeinnützigen Organisationen, während sie im öffentlichen Sektor bisher eher rar sind (ebd.).

In Tansania sind HBC und CBC seit 1999 als Teil des „Pflege-Kontinuums“ in die nationale HIV/AIDS-Strategie des tansanischen Gesundheitsministeriums integriert. Die entsprechenden Richtlinien legen die Familie als zentrale Pflegeeinheit fest, stipulieren aber gleichzeitig den Anspruch auf Versorgung mit anti-retroviraler Therapie, ein funktionierendes Überweisungssystem, durch das PatientInnen bei schwerwiegenden Komplikationen

an Fachpersonal verwiesen werden können, sowie die Unterstützung durch HBC/CBC-Kräfte. Solange die Durchsetzung der ersten beiden Ansprüche in der Praxis begrenzt bleibt, ist die Arbeit im Rahmen der HBC/CBC-Programme ein Kampf gegen Windmühlen. Hinzu kommt, dass die finanzielle Unterstützung für diese Programme immer noch sehr gering ist und selten bei denen ankommt, die die Fürsorge und Pflege leisten. Laut Meena (2008) umfassen diese Programme nur zwischen einem und zwei Prozent des HIV/AIDS-Budgets, das sich aus nationalen Ressourcen und Mitteln der internationalen Kooperation zusammensetzt. Die starke Abhängigkeit der HBC- und CBC-Organisationen von schwankenden internationalen Geldern wirkt sich darüber hinaus negativ auf die Nachhaltigkeit dieser Programme aus, die zusammenzubrechen drohen, sobald sich die Förderprioritäten der Partnerinstitution ändern (Razavi & Staab 2008). Ob die genannten Initiativen Familien tatsächlich in nennenswertem Umfang entlasten, bleibt fraglich. Eine Studie zu HBC/CBC in zwei tansanischen Distrikten konstatiert, dass diese Interventionen Familien nicht signifikant entlasteten (TGNP 2006, zitiert in Meena i.E.)

Die Grenzen unbezahlter Sorgearbeit: Handlungsanforderungen im entwicklungspolitischen Kontext

Das Beispiel Tansania illustriert die immensen Herausforderungen, denen insbesondere arme Länder in der Organisation von Sorge gegenüberstehen. Es zeigt deutlich, dass Familien und Freiwillige, in erster Linie Frauen, mit unbezahlter Sorgearbeit für das Versagen anderer Institutionen aufkommen. Was bedeutet dieses Szenario im Hinblick auf politische Prioritäten?

Das Postulat der Geschlechtergerechtigkeit legt es nahe, eine Umverteilung von Verantwortung zwischen Frauen und Männern zu fordern, wie sie auch der Titel des Schwerpunktthemas der UN-Frauenrechtskommission im Jahr 2009 „Gleichberechtigtes Teilen von Verantwortung zwischen Frauen und Männern – unter Berücksichtigung der Sorge im Kontext von HIV/AIDS“ suggeriert. Im Kontext von HIV/AIDS betrifft dies unter anderem eine stärkere Beteiligung von Männern an der häuslichen Krankenpflege und den HBC/CBC-Programmen. Politische Initiativen in diesem Bereich legen den Schwerpunkt bisher auf Verhaltensänderungen und Wertewandel durch die Verbreitung alternativer Formen von Männlichkeit (z.B. Barker 2008).

Doch die geschlechtsspezifische Ungleichheit ist nur ein Bereich, in dem sich in Fürsorge und Pflege etwas bewegen muss. Es ist nicht damit getan, dass Männer etwas mehr Arbeit im Haushalt übernehmen oder sich etwas mehr um Kinder oder Kranke kümmern. Die entwicklungspolitische

Agenda, die darauf abzielt, „verantwortungslose“ Männer stärker in familiäre und sorgerelevante Aktivitäten einzubinden, ist mitunter sogar als Re-Familialisierungsstrategie gewertet worden, die an die Stelle staatlicher Maßnahmen und Interventionen tritt (Bedford 2007). *Time-use-surveys* in Entwicklungsländern zeigen, dass die Zeit von Frauen *und* Männern mit Einkommenssicherung und unbezahlter Sorgearbeit, also mit den täglichen Überlebensarbeiten für die und in den Haushalten, bereits extrem strapaziert ist. Hinzu kommt, dass in vielen Haushalten kein Mann lebt, mit dem Verantwortung geteilt werden kann. In vielen Entwicklungsländern hat der Anteil alleinerziehender Haushalte zugenommen; in Afrika führt HIV/AIDS dazu, dass manchmal eine ganze Generation fehlt.

Sorge muss deshalb auf eine breitere gesellschaftliche Basis gestellt werden. Sorgerelevante sozialpolitische Maßnahmen, die Familien, und insbesondere Frauen, entlasten, sind unerlässlich. Hierzu gehören – weitgehend kontextunabhängig – funktionierende und zugängliche soziale Dienste, einschließlich Kinderbetreuung, Alten- und Krankenpflege. In Ländern wie Tansania setzt die Entlastung aber noch früher an: Bei der Grundversorgung mit Wasser und Elektrizität, bei Investitionen in ein überfordertes öffentliches Gesundheitswesen sowie dem universellen Zugang zu Grundschulbildung. Darüber hinaus darf die unerlässliche Arbeit gemeinnütziger Organisationen nicht weiter als Freiwilligkeit beschönigt werden. Ebenso wie Fachkräfte in der Pflege brauchen diese Pflegekräfte für ihre Arbeit angemessene Unterstützung und finanzielle Kompensation, damit sie nicht mehr nur als zwangsläufig unzureichende Lückenbüßer für überforderte Gesundheitssysteme und den Mangel an anderen sozialen Diensten in der HIV/AIDS-Pflege agieren.

Doch auch Finanz-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik beeinflussen die soziale Organisation von Sorge. Nationale und globale Wachstums- und Akkumulationsregimes sowie ihre Auswirkung auf Arbeits- und Einkommenschancen müssen daher aus einer Sorgeperspektive heraus analysiert werden, anstatt a priori anzunehmen, dass der Entwicklungs- und/oder Wachstumsprozess allein zu verbesserten Bedingungen in Fürsorge und menschlichem Wohlergehen führt. Wenn die steigende Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben mit schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Löhnen, nicht aber mit der Umsetzung sorgerelevanter Sozialpolitik einhergeht, die Frauen einen Teil der unbezahlten Sorgearbeit abnimmt, kommen beide, die Zeit für Sorge und für Erwerb unter Druck, und Frauen tragen mehr und mehr Verantwortung für „produktive“ *und* „reproduktive“ Tätigkeiten. Der Vielseitigkeit von Pflege und Sorge gerecht zu werden, erfordert ein großes Maß an Koordination in der Formulierung sorgerelevanter

politischer Lösungen, die sich nicht auf einen Sektor oder residuale Formen von Sozialpolitik begrenzen lässt.

Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag basiert auf den Einsichten und Ergebnissen des Projekts des *United Nations Research Institute for Social Development* (UNRISD) „The Political and Social Economy of Care“ unter Leitung von Shakra Razavi. Er hat vom intensiven Austausch innerhalb des Instituts sowie mit externen Forscherinnen und Forschern, die die Länderstudien vor Ort durchgeführt haben, profitiert. Ihnen allen, insbesondere Shakra Razavi, gilt mein Dank. Viele der hier angeführten Ideen und Analysen sind auch die ihren und werden als solche durch Literaturnachweise sichtbar gemacht, wo immer dies möglich ist. Gedankt sei auch Helen Schwenken und Christa Wichterich sowie zwei externen Gutachterinnen, deren Kommentare wesentlich zur Überarbeitung früherer Versionen beigetragen haben. Für Meinungen und Interpretationen zeichnet allein die Autorin verantwortlich.
- 2 Es wurden jeweils zwei Länder aus Afrika, Asien und Lateinamerika für empirische Fallstudien ausgewählt, von denen eines über eine stärker, das andere über eine schwächer ausgebaute soziale Infrastruktur verfügt. Die Länder sind Südafrika und Tansania, Südkorea und Indien sowie Argentinien und Nicaragua. Zusätzlich werden Länderstudien in Japan und der Schweiz durchgeführt. Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Projekt war unter anderem die Existenz einer jüngeren Zeitbudgeterhebung. Die Länderberichte stehen auf der folgenden Internetseite zur Verfügung: www.unrisd.org/research/gd/care.
- 3 Die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Asienkrise sind ein Lehrstück des „Weiterreichens der Kosten in die Küche“ (Elson 2002), also der Art und Weise, wie Haushalte und Familien nicht nur mit erhöhter Steuerbelastung und Arbeitsplatzverlust, sondern auch mit einem Mehr an unbezahlter Sorge- und Hausarbeit (durch die vormals auf dem Markt erwerbbar Güter und gekürzte soziale Dienste ersetzt werden müssen) für das Versagen von Märkten bezahlen.
- 4 Für eine Übersicht über verschiedene theoretische Ansätze aus der feministischen Ökonomie siehe z.B. England (2005). Zu den Arbeiten, die sich intensiv mit der traditionellen Wohlfahrtsstaatsanalyse Europas und Nordamerikas – speziell mit der Regimeanalyse von Esping-Andersen (1990, 1999) – auseinandergesetzt haben gehören z.B. Lewis (1992) und Sainsbury (1994). Der Sammelband von Razavi & Hassim (2006) leistet einen wichtigen Beitrag zur geschlechtsspezifischen Analyse sozialpolitischer Regimes in Entwicklungsländern.
- 5 Die Länderstudie zur Organisation von Altenpflege in der Schweiz zeigt allerdings, dass die strikte Trennung direkter und unterstützender Sorgeaktivitäten – v.a. im Hinblick auf die Definition staatlich garantierter Pflegeleistungen – auch in wohlhabenden Ländern problematisch ist (Madörin, i.E.).
- 6 Die bekanntesten Beispiele sind das brasilianische Programm *Bolsa Familia* und Mexikos *Oportunidades*. Mittlerweile haben aber die meisten lateinamerikanischen und auch einige afrikanische Länder ähnliche Programme eingeführt.
- 7 Für empirische Studien zu diesen so genannten „wage penalties“ für Sorgearbeit siehe zum Beispiel Budig und Misra (2008) sowie England u.a. (2003). Die erste der beiden Studien zeigt auch, dass diese „Strafe“ im Privatsektor in den meisten Ländern höher ausfällt als im öffentlichen Dienst.
- 8 Die Auswertung der Zeitbudgeterhebungen basiert auf der Klassifizierung des *System of National Accounts* (SNA), das die internationalen Standards zur Berechnung des BIP definiert. Sie unterscheidet zwischen *SNA Work*, die in die Kalkulation des BIP miteinbezogen wird,

- Bittman, Michael (2004): „Parenthood without Penalty: Time-use and Public Policy in Australia and Finland“. In: Folbre, Nancy & Michael Bittman (Hg.): *Family Time: The social organization of care*. London & New York, S. 224-237.
- Budig, Michelle J., & Paula England (2001): „The Wage Penalty for Motherhood“. In: *American Sociological Review* 66, S. 204-225.
- Budig, Michelle J., & Joya Misra (2008): *How Care Work Employment Shapes Earnings in a Cross-National Perspective*. United Nations Research Institute for Social Development Background Paper, <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/1DD54FFC6F7F93F2C12574E20030AC4F?OpenDocument>, letzter Aufruf: 16. 3. 2009.
- Budlender, Debbie (i. E.): *Research Report 5 Tanzania*. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD.
- Budlender, Debbie (2008): *The statistical Evidence on Care and Non-care Work across six Countries*. Gender and Development Programme Paper Nr. 4. United Nations Research Institute for Social Development: Genf.
- Chaney, Elsa M., & Mary Garcia Castro (1989): *Muchachas No More: Household Workers in Latin America and the Caribbean*, Philadelphia.
- Chen, Martha; Joann Vanek; Francie Lund; James Heintz; Renana Jhabvala & Christine Bonner (2005): *Progress of the World's Women 2005: Women, Work, and Poverty*. UNIFEM, New York.
- Daly, Mary (2001): *Care Work: The Quest for Security*. ILO, Genf.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean, ECLAC (2008): *Social Panorama of Latin America 2007*. Santiago de Chile, http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/30309/PSI2007_fullText.pdf, letzter Aufruf: 21. 3. 2009.
- Elson, Diane (2002): „International Financial Architecture: A View from the Kitchen“. In: *femina politica*, 1, S. 26-38.
- Elson, Diane (1998): „The Economic, the Political and the Domestic: Businesses, States and Households in the Organization of Production“. In: *New Political Economy* 3 (2), S. 189-208.
- Elson, Diane (1991). *Male Bias in the Development Process*. Manchester.
- England, Paula (2005): „Emerging Theories of Care Work“. In: *Annual Review of Sociology*, 31, S. 381-399.
- England, Paula; Michelle J. Budig & Nancy Folbre (2002): „Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work“. In: *Social Problems*, 49 (2), S. 455-473.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford.
- Esping-Andersen, Gösta (1999): *Social Foundations of Post-Industrial Economies*. Oxford.
- Faur, Eleonor (2009): *The „Care Diamond“: Social Policy Regime, Care Policies and Programmes in Argentina*. Research Report 3 Argentina. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD, [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/695F3B781B8EA414C125753700562C23?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/695F3B781B8EA414C125753700562C23?OpenDocument), letzter Aufruf: 16. 3. 2009.
- Heintz, James (2008): *Employment, Informality and Poverty: An Empirical Overview of Six Countries with a Focus on Gender and Race*. Background Paper for the Flagship Report on Poverty and Policy Regimes. United Nations Research Institute for Social Development, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(search\)/F0313FA4DBE57A22C12574E200311F2D?Opendocument&highlight=2,heintz&fromsearch=yes&query=Heintz](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(search)/F0313FA4DBE57A22C12574E200311F2D?Opendocument&highlight=2,heintz&fromsearch=yes&query=Heintz), letzter Aufruf: 16. 3. 2009.
- Henninger, Annette; Christine Wimbauer & Rosine Dombrowski (2008): „Demography as a Push toward Gender Equality? Current Reforms of German Family Policy“. In: *Social Politics* 15 (3), S. 287-314.
- Hondagneu-Sotelo, Pierrette (2001): *Doméstica: Immigrant Women Cleaning and Caring in the Shadows of Affluence*. Berkeley.

- Knijn, Trudie, & Monique Kremer (1997): „Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship“. In: *Social Politics*, 4 (3), S. 328.
- Lewis, Jane (1992): „Gender and the Development of Welfare Regimes“. In: *Journal of European Social Policy* 2 (3), S. 159-173.
- Lund, Frances (i. E.): *Paid Care Providers: Nurses, Domestic Workers, and Home-Based Care Workers*. Research Report 4 South Africa, The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD.
- Lutz, Helma (2008): *Migration and Domestic Work – A European Perspective on a Global Theme*. Hamshire.
- Madörin, Mascha (i. E.): *Exploring the Structure of the Care Diamonds: The Care Diamonds of Elderly Care and Childcare compared*. Research Report 3/4 Switzerland. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD.
- Mackintosh, Maureen, & Paula Tibandebage (2004): „Gender and Health Sector Reform: Analytical Perspectives on African Experience“. In: Razavi & Hassim 2006, S. 237-257.
- Mbaga Kida, Tausi, & Maurren Mackintosh (2005): „Public Expenditure Allocation and Incidence under Health Care Market Liberalization: a Tanzanian Case Study“. In: Mackintosh, Maureen, & Meri Koivusalo (Hg.): *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. Houndsmill: S.2667-283.
- Martinez Franzoni, Juliana (2009): *The Political and Social Economy of Care in Nicaragua: Familialism under an Exclusionary Social Policy Regime*. Research Report 3 Nicaragua. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD, [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/0186D00FD208D07C1257537005934AA?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/0186D00FD208D07C1257537005934AA?OpenDocument), letzter Aufruf: 20. 3. 2009.
- Meena, Ruth (2008): *Research Report 3 Tanzania*. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD, [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/6BBB184421F34D9AC125753900320CB6?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/6BBB184421F34D9AC125753900320CB6?OpenDocument), letzter Aufruf: 16. 3. 2009.
- Meena, Ruth (i. E.). *A General Description of Nurses and Home-Based Care Givers*. Research Report 4 Tanzania. The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD.
- Molyneux, Maxine (2007): *Change and Continuity in Social Protection in Latin America – Mothers at the Service of the State?* Gender and Development Programme Paper Nr. 1. United Nations Research Institute for Social Development: Genf.
- Molyneux, Maxine (1979): „Beyond the domestic Labour Debate“. In: *New Left Review*, I (116), S. 3-27.
- OECD (2007): *Babies and Bosses – Reconciling Work and Family Life (Vol. 5): A Synthesis of Findings for OECD Countries*. www.oecd.org/els/social/family, letzter Aufruf: 30. 9. 2008.
- Ogden, Jessica; Simel Esim & Caren Grown (2006): „Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus“. In: *Health Policy and Planning*, 21 (5), S. 333-342.
- Orloff, Ann Shola (2002): *Women's Employment and Welfare Regimes: Globalization, Export Orientation and Social Policy in Europe and North America*. Social Policy and Development Programme Paper Nr. 12. United Nations Research Institute for Social Development. Genf, <http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/0/58EC1361F09195F7C1256C080044FC77?OpenDocument>, letzter Aufruf: 20. 3. 2009.
- Parreñas, Rhacel Salazar (2001): *Servants of Globalization: Women, Migration, and Domestic Work*. Stanford.
- Peng, Ito (2009): *Political and Social Economy of Care: South Korea*. Research Report 3 South Korea, The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD, [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/1EF2AE4F5E388259C125756100541F68?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/1EF2AE4F5E388259C125756100541F68?OpenDocument), letzter Aufruf: 16. 3. 2009.
- Peng, Ito (2006): „Social Policy Reform and Gender in Japan and South Korea“. In: Razavi & Hassim 2006, S. 130-150.

- Razavi, Shahra (2009): *(Re)thinking Care in a Development Context*. Präsentation auf der UNRISD Konferenz *The Political and Social Economy of Care*, Barnard College, New York, 6. März 2009.
- Razavi, Shahra (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Contextual Issues, Research Questions, and Policy Options*. Gender and Development Programme Paper Nr. 3, United Nations Research Institute for Social Development: Genf.
- Razavi, Shahra, & Shireen Hassim (Hg.): *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of „the Social“*. Houndsmill.
- Shahra Razavi, & Silke Staab (2008): *The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities*. Working Paper presented at the Expert Group Meeting organized by the Division for the Advancement of Women (DAW), Genf, 6.-9. Oktober, <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-BP-3%20UNRISD%20Paper.pdf>, letzter Aufruf: 23. 2. 2009.
- Sainsbury, Diane (1996): *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge.
- Steinhilber, Silke (2006): *The Gender Implications of Pension Reforms. General Remarks and Evidence from Selected Countries*. Prepared for the UNRISD Report „Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World“, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/52DBB0B27C54635CC12570350048ED4E/\\$file/steinhil.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/52DBB0B27C54635CC12570350048ED4E/$file/steinhil.pdf), letzter Aufruf: 27. 6. 2009.
- Tibandebage, Paula, & Maureen Mackintosh (2005): „The Market Shaping of Charges, Trust and Abuse: Health Transactions in Tanzania“. In: *Social Science & Medicine*, 61, S. 1385-1395.
- Tanzania Gender Networking Programme (2006): *There are too many empty Promises: The Costs in Time and Money for Households caring for HIV/AIDS Suffers*. Dar es Salaam.
- United Nations Development Programme, UNDP (2007): *Human Development Report 2007/08: Fighting Climate Change: Human Solidarity in a divided World*. Oxford University Press: Oxford & New York.
- United Nations Research Institute for Social Development, UNRISD (2005): *Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World*. Genf.
- United Nations Research Institute for Social Development, UNRISD (1995): *States of Disarray: The Social Effects of Globalization*. Genf.
- Urdang, Stephanie (2006): „The Care Economy: Gender and the Silent AIDS Crisis in Southern Africa“. In: *Journal of Southern African Studies*, 32 (1), S. 165-177.
- Williams, Fiona, & Anna Gavanas (2008): „The Intersection of Childcare Regimes and Migration Regimes: A Three-Country Study“. In: Lutz 2008, S. 13-27.

Anschrift der Autorin:

Silke Staab

staab@unrisd.org