Investitionen in die Pflegewirtschaft

Simulation von Beschäftigungseffekten nach Geschlecht in Ländern des globalen Südens

Januar 2017

ITUC CSI IGB Internationaler Gewerkschaftsbund

Ein Bericht der Women’s Budget Group für den Internationalen Gewerkschaftsbund und UN Women
Verfasser: Jerome De Henau, Susan Himmelweit und Diane Perrons
Bearbeitung: Eva Neitzert und Mary-Ann Stephenson

Inhalt

Vorwort 5

Zusammenfassung 7

Einleitung 9

Die wirtschaftliche Begründung für öffentliche Investitionen in unserer heutigen Zeit 11

Wirtschaftliche und soziale Beiträge der Gesundheits- und Pflegebranchen 15

Simulation direkter, indirekter und induzierter Beschäftigungseffekte öffentlicher Investitionen 22

Fazit 33

Referenzen 35

Anhang 1: Simulationsmethodik 37

Anhang 2: In der Simulation verwendete Quellen und Definitionen 40

Anhang 3: Weitere Tabellen 43

Foto Titelseite: ILO

Vorwort

Die G20-Staaten haben sich verpflichtet, in hochwertige Arbeitsplätze zu investieren und die Erwerbsbeteiligung von Frauen bis zum Jahr 2025 um 25% zu erhöhen.

Aus diesem zweiten IGB-Bericht über die Pflegewirtschaft, der sich an einen Bericht über Investitionen in die Pflegewirtschaft in sieben OECD-Ländern anschließt, geht hervor, dass höhere öffentliche Investitionen im globalen Süden die Beschäftigung ankurbeln und zum Wirtschaftswachstum sowie, je nach Art und Ort der Investitionen, zur menschlichen Entwicklung und zur Erreichung einiger der wichtigsten nachhaltigen Entwicklungsziele beitragen würden.

Investitionen in entweder Gesundheits- und Pflegedienste oder die Bauwirtschaft würden in allen in dieser Untersuchung betrachteten Ländern (Brasilien, Costa Rica, China, Indien, Indonesien und Südafrika) für erheblich mehr Beschäftigung sorgen. Wenn zwei Prozent des BIP in Gesundheits- und Pflegedienste investiert würden, so würde dies die Gesamtbeschäftigung je nach Land um 1,2% bis 3,2% erhöhen.

Das würde bedeuten, dass nahezu 24 Millionen neue Arbeitsplätze in China geschaffen würden, 11 Millionen in Indien, knapp 2,8 Millionen in Indonesien, 4,2 Millionen in Brasilien, etwas mehr als 400.000 in Südafrika und 63.000 in Costa Rica.

Ähnlich hohe Investitionen im Baugewerbe würden ebenfalls zur Schaffung einer beträchtlichen Zahl neuer Arbeitsplätze führen, wobei sich die Gesamtbeschäftigung je nach den länderspezifischen Variablen um zwischen 1,3% und 2,6% erhöhen würde.

Der IGB plädiert für Investitionen sowohl im Pflegebereich als auch in die physische Infrastruktur.

Obwohl öffentliche Investitionen in diesen beiden Sektoren eine beträchtliche positive Beschäftigungswirkung hätten, wären Investitionen in Gesundheits- und Pflegedienste effektiver, wenn es darum geht, Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen zu schaffen und das geschlechtsspezifische Beschäftigungsdefizit insgesamt zu verringern.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die getätigten Investitionen Gegenstand von Analysen zur Gleichstellung von Mann und Frau und zu den geschlechtsspezifischen Auswirkungen sind, um sicherzustellen, dass der beabsichtigte Nutzen entsteht.

Geschlechtsspezifische Diskriminierung in der Makroökonomie: Im Rahmen des von den Vereinten Nationen verwendeten Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen zählen Investitionen in die physische Infrastruktur als Kapitalstock, während Investitionen in die soziale Infrastruktur als jährliche laufende Ausgaben der Regierung betrachtet werden. Während Ausgaben für den vorwiegend von Männern beherrschten Bausektor als Investitionen verbucht werden, wird die Unterstützung der hauptsächlich von Frauen geprägten Pflegewirtschaft als Kostenfaktor betrachtet.

Neben der Schaffung neuer Arbeitsplätze bergen öffentliche Investitionen in die soziale Infrastruktur und vor allem im Bereich Gesundheit und Pflege das Potenzial, einige der zentralen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Probleme anzugehen, vor denen die Länder im globalen Süden stehen. Zu diesen Problemen gehören die unzureichende Bereitstellung einer bezahlbaren, qualitativ hochwertigen Krankenversorgung insgesamt, insbesondere für Menschen mit niedrigem Einkommen und solche, die in abgelegenen Regionen leben; Probleme, die mit demografischen Veränderungen verknüpft sind, einschließlich der normalerweise mit wachsenden gesundheitlichen Anforderungen verbundenen Bevölkerungsalterung; die Urbanisierung und die Erosion der Großfamilien und der familiären Pflege mit einem wachsenden Bedarf an einem stärker formalisierten Angebot in den Bereichen Kinderbetreuung und Altenpflege als Folge; sowie eine anhaltende geschlechtsbedingte Ungleichheit bei

bezahlter und unbezahlter Arbeit. Einige spezifische Arten der physischen Infrastruktur, insbesondere Verkehr, Kommunikation und eine sichere Trinkwasserversorgung, wären bei der Bewältigung dieser Probleme ebenfalls von Wert.

Öffentliche Investitionen in die soziale Infrastruktur bergen bei entsprechender Strukturierung zudem das Potenzial, die Belastung durch unbezahlte häusliche Tätigkeiten zu reduzieren. Sie könnten daher viele Hindernisse für die Erwerbsbeteiligung von Frauen abbauen und so letztlich zu einer Verminderung des geschlechtsspezifischen Beschäftigungsdefizits führen.

Derartige Investitionen könnten die Länder bei ihren Anstrengungen unterstützen, die nachhaltigen Entwicklungsziele zu erreichen, insbesondere jene, die sich auf die Gewährleistung einer guten Gesundheitsversorgung (Ziel 3), das Erreichen von Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen (Ziel 5), sauberes Wasser und sanitäre Einrichtungen (Ziel 6) sowie menschenwürdige Arbeit (Ziel 8) beziehen.

Das SEWA-Wasserprojekt in Gujarat, Indien, ist ein Beispiel für eine geschlechtsorientierte Politik. SEWA gewährleistet die Beteiligung von Frauen am partizipatorischen Bewässerungsmanagement der Wasserversorgung in Gujarat, um sicherzustellen, dass ihre geschlechtsspezifischen Bedürfnisse erfüllt werden. So wurde vor ihrer Beteiligung der Bedarf der Frauen an Wasser für ihre zur Ernährung angebauten Nutzpflanzen häufig dem Wasserbedarf der Männer für deren Cash Crops untergeordnet.

Der Anteil informeller Tätigkeiten schwankt zwischen etwa einem Drittel der Gesamtbeschäftigung in Südafrika, China und Costa Rica und fast drei Vierteln in Indonesien und mehr als vier Fünfteln in Indien, zwei Ländern, die durch ein hohes Maß an selbstständiger Arbeit und familiärer Mitarbeit gekennzeichnet sind. In allen Ländern verrichten Frauen häufiger informelle Tätigkeiten als Männer.

Eine qualitativ hochwertige formelle Kinderbetreuung und Langzeitpflege für Senioren wird in praktisch keinem der untersuchten Länder angeboten, nicht einmal in Costa Rica mit seinem höher entwickelten Gesundheitswesen.

Vielmehr wird von den Familienangehörigen, vor allem von den weiblichen, erwartet, dass sie sich um abhängige Verwandte kümmern.

In Südafrika führt der Mangel an formellen Pflegeleistungen zu einer enormen Belastung für die älteren Mitglieder der Gemeinschaft, da die starke Verbreitung von HIV/Aids und die Bevölkerungsalterung dazu führen, dass sich immer mehr ältere Menschen, obwohl sie selbst pflegebedürftig sind, nicht nur um ihre kranken und/oder arbeitslosen erwachsenen Familienmitglieder kümmern müssen, sondern auch um ihre (häufig verwaisten) Enkelkinder.

Auf OECD-Daten für 2013 basierende Schätzungen der IAO zeigen, dass, um das Niveau eines formellen langfristigen Angebots an Pflegeleistungen für Senioren zu erreichen, wie man es aus Ländern mit höheren Einkommen kennt, in Brasilien 626.000 Arbeitskräfte in regulären Beschäftigungsverhältnissen benötigt würden und in Indien 2,7 Millionen (gegenüber derzeit nahezu null in beiden Ländern). In China wären es 3,6 Millionen (fast das Dreifache der derzeitigen Beschäftigtenzahl) und in Südafrika 86.000 (das Fünffache der derzeitigen Beschäftigtenzahl in der Langzeitpflege).

Investitionen im Pflegebereich (Kinderbetreuung, Altenpflege, Gesundheits- und Bildungswesen) sind somit von entscheidender Bedeutung sowohl für Arbeitsplätze als auch für die Dienstleistungen, die es Frauen ermöglichen, verstärkt einer direkten Beschäftigung nachzugehen. Durch die Erschließung des Potenzials vieler Millionen Frauen, die eine formelle Erwerbstätigkeit aufnehmen, werden Volkswirtschaften gestärkt und Haushalte wohlhabender.

Sharan Burrow

Generalsekretärin, IGB

Zusammenfassung

Die Aufstockung öffentlicher Investitionen im globalen Süden würde die Beschäftigung ankurbeln und zum Wirtschaftswachstum sowie, je nach Art und Ort der Investitionen, zur menschlichen Entwicklung und zur Umsetzung einiger der Ziele nachhaltiger Entwicklung beitragen.

Dieser Bericht liefert Argumente für öffentliche Investitionen in die soziale und physische Infrastruktur. Mit sozialer Infrastruktur meinen wir die Versorgung in den Bereichen Bildung, Pflege und Gesundheit, wobei dieser Begriff auf Dienstleistungen sowie die Gebäude und Einrichtungen, in denen diese erbracht werden, verweist. Mit physischer Infrastruktur bezeichnen wir Sachanlagen wie Wasserversorgung, Wohnungen, Straßen und andere Verkehrs- und Kommunikationsmittel. Normalerweise werden zur Förderung von Entwicklung und Beschäftigung Investitionen in die physische Infrastruktur verfolgt.

Dieser Bericht liefert theoretische Argumente für Investitionen nicht nur in die physische, sondern auch in die soziale Infrastruktur und legt die Ergebnisse einer empirischen Analyse vor, die die Auswirkungen von Investitionen in Höhe von 2 % vom BIP in die soziale Infrastruktur (konkret: in Gesundheits- und Pflegedienste) und in die physische Infrastruktur (konkret: ins Bauwesen) für sechs Länder des globalen Südens abschätzt: Brasilien, Costa Rica, die Volksrepublik China, Indien, Indonesien und Südafrika. Er schließt an eine frühere, von der UK Women's Budget Group (WBG) für den Internationalen Gewerkschaftsbund (IGB) durchgeführte Untersuchung von sieben OECD-Ländern hohen Einkommens an (De Henau et al., 2016). Bei der vorliegenden empirischen Analyse wurde Deutschland als Bezugspunkt für den Vergleich mit der älteren Untersuchung hinzugefügt.[1]

Unsere Analyse betrachtet drei Beschäftigungseffekte, die sich aus einer ursprünglichen Investition in einem Infrastruktursektor ergeben: 1. die direkten Auswirkungen, d. h. die Schaffung von Arbeitsplätzen in dem betreffenden Sektor selbst, 2. die indirekten Auswirkungen, d. h. die Beschäftigungszuwächse in den Sektoren in nachgeschalteten Teilen der Versorgungskette, und 3. induzierte Effekte, d. h. Nachfragesteigerungen aufgrund des zusätzlichen Verbrauchs der neu beschäftigten Personen, die zu einem Anstieg der Gesamtbeschäftigung führen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Investitionen sowohl im Gesundheits- und Pflegesektor als auch im Bausektor zu erheblichen Beschäftigungszuwächsen in allen hier untersuchten Ländern führen würden. Würden 2 % vom BIP im Gesundheits- und Pflegesektor investiert, würde dies je nach Land zu einer Zunahme der Gesamtbeschäftigung zwischen 1,2 % und 3,2 % führen. Dies würde bedeuten, dass in China nahezu 24 Millionen neue Arbeitsplätze entstünden, in Indien 11 Millionen, in Indonesien fast 2,8 Millionen, in Brasilien 4,2 Millionen, in Südafrika knapp über 400.000 und in Costa Rica 63.000 (siehe Tabelle 11).

Ein ähnliches Investitionsniveau im Bausektor würde ebenfalls eine beträchtliche Anzahl neuer Arbeitsplätze schaffen, wobei die Gesamtbeschäftigungszunahme in Abhängigkeit von Ländervariablen zwischen 1,3 % und 2,6 % betragen würde (siehe Tabelle 11). Dies entspricht nahezu 18 Millionen neuen Arbeitsplätzen in China, 13,5 Millionen in Indien, 3,4 Millionen in Brasilien, 2,1 Millionen in Indonesien, 511.000 in Südafrika und in 62.000 Costa Rica.

Während beide Investitionsformen viele neue Arbeitsplätze schaffen würden, unterscheidet sich die Verteilung dieser Arbeitsplätze für die beiden Sektoren. In Indien und Südafrika würden durch Investitionen im Bau über 20 % mehr Arbeitsplätze geschaffen als durch Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor. In den anderen im Rahmen der Studie betrachteten Ländern ist jedoch das Gegenteil der Fall. In Indonesien und China würden durch Investitionen in Gesundheit und Pflege fast 25 % mehr Arbeitsplätze geschaffen als durch ein entsprechendes Investitionsniveau im Bau, und in Brasilien fast 20 %. Nur in Costa Rica wäre die Zahl der geschaffenen Arbeitsplätze ähnlich, wobei durch Investitionen im Gesundheits- und Pflegebereich geringfügig mehr Arbeitsplätze geschaffen würden.[2]

Es ergeben sich zudem aus den Investitionen in die unterschiedlichen Sektoren wichtige geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese variieren zwischen den einzelnen

1 Zunächst war auch Tunesien Teil der Untersuchung. Es musste jedoch gestrichen werden, da wir nicht in der Lage waren, die für die Analyse erforderlichen ausreichend detaillierten Daten zu beschaffen.

2 Die genauen Werte berechnet aus Tabelle 5a sind +19,17 % für Brasilien, +1,58 % für Costa Rica, +25,34 % für China, -22,1 % für Indien, 24,79 % für Indonesien und -23,43 % für Südafrika.

Ländern je nach Grad der geschlechtsspezifischen Entmischung der Beschäftigung in diesen und anderen Sektoren. Bei dem Investitionsszenario für den Bausektor würden lediglich zwischen 22,5 % (Brasilien) und 36,8 % (China) aller geschaffenen Arbeitsplätze auf Frauen entfallen. Beim Gesundheits- und Pflegeszenario andererseits würden zwischen 32,5 % (Indien) und 56,8 % (Brasilien) der Arbeitsplätze an Frauen gehen.

Insgesamt würden in allen in dieser Studie betrachteten Ländern die direkten Auswirkungen öffentlicher Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor dazu führen, dass eine größere Zahl der neu geschaffenen Arbeitsplätze an Frauen geht, als wenn Investitionen in selber Höhe im Bausektor getätigt würden. Während also öffentliche Investitionen im einen wie im anderen dieser Sektoren starke positive Auswirkungen auf die Beschäftigung hätten, wären Investitionen in Gesundheit und Pflege zur Verfolgung des politischen Ziels, mehr Arbeitsplätze für Frauen zu schaffen und die Beschäftigungslücke zwischen den Geschlechtern insgesamt zu verringern, effektiver. Jedoch würden außer in Brasilien und China, wo 56,8 % bzw. 51,5 % aller durch Investitionen in Gesundheit und Pflege geschaffenen Arbeitsplätze an Frauen gehen würden, die Mehrzahl der neu geschaffenen Arbeitsplätze noch immer an Männer gehen (siehe Tabelle 12 und Abb. 2). Hier wirkt sich die in dieser Untersuchung gewählte Methodologie aus, die davon ausgeht, dass die Geschlechtsanteile in jedem Sektor unverändert bleiben würden. In der Praxis würden hohe Investitionen in einem Sektor dessen Beschäftigungsstruktur vermutlich in vielfacher Hinsicht verändern.

Die Studienergebnisse unterschieden sich in dieser Hinsicht von unserer älteren Untersuchung zu sieben OECD-Ländern mit hohem Einkommen (De Henau et al., 2016), wo die geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Investitionen in die Pflegebranchen sehr viel ausgeprägter waren. Wir vermuten, dass dies hauptsächlich damit zu tun hat, dass wir den Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt (in dem die gesundheitliche Pflege überwiegt) betrachten mussten statt wie in der früheren Studie den spezifischeren Kinder- und Altenbetreuungssektor. Die unterschiedlichen größen- und geschlechtsspezifischen Auswirkungen sind durch die im Durchschnitt aller betrachteten Länder relativ betrachtet höheren Löhne und den höheren Anteil der im Gesundheitswesen im Vergleich zum sozialen Pflegebereich beschäftigten Männer bedingt sowie durch die insgesamt niedrigeren Beschäftigungsraten von Frauen in den Ländern dieser Studie. Zusätzlich zur Schaffung neuer Arbeitsplätze haben öffentliche Investitionen in die soziale Infrastruktur (konkret: im Bereich Gesundheit und Pflege) das Potenzial, einige der zentralen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Probleme in Angriff zu nehmen, vor denen Länder im globalen Süden stehen. Zu diesen Problemen gehören 1. die unzureichende Bereitstellung einer bezahlbaren, qualitativ hochwertigen Krankenversorgung insgesamt, insbesondere für Menschen mit niedrigem Einkommen und solche, die in abgelegenen Regionen leben, 2. Probleme, die mit demografischen Veränderungen verknüpft sind, einschließlich der normalerweise mit wachsenden gesundheitlichen Anforderungen verbundenen Bevölkerungsalterung, 3. die Urbanisierung und die Erosion der Großfamilien und der familiären Pflege, die zu einem wachsenden Bedarf an einer stärker formalisierten Bereitstellung von Kinder- und Altenpflegeleistungen führt, sowie 4. eine anhaltende geschlechtsbedingte Ungleichheit bei bezahlter und unbezahlter Arbeit. Einige spezielle Arten der physischen Infrastruktur, insbesondere Verkehr, Kommunikation und eine sichere Trinkwasserversorgung, wären bei der Bewältigung dieser Probleme ebenfalls von Wert.

Öffentliche Investitionen in die soziale Infrastruktur haben zudem das Potenzial, die Belastung durch unbezahlte häusliche Arbeit zu reduzieren, sofern sie entsprechend strukturiert sind. Sie könnten daher viele Hindernisse für die Teilnahme von Frauen am Arbeitsmarkt abbauen und so letztlich zu einer Verengung der Beschäftigungslücke zwischen den Geschlechtern führen. Derartige Investitionen könnten die Länder bei ihren Anstrengungen unterstützen, die Ziele nachhaltiger Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) umzusetzen, insbesondere jene, die sich auf die Sicherstellung einer gesunden Lebensführung (Ziel 3), das Erreichen von Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen (Ziel 5), die Bewirtschaftung von Wasser und die Sanitärversorgung (Ziel 6) und gute Arbeitsplätze (Ziel 8) beziehen. Sie könnten dazu beitragen, „eine belastbare Infrastruktur aufzubauen, inklusive und nachhaltige Industrien zu fördern und Innovation zu begünstigen“. Wir würden allerdings vorschlagen, dass sich „belastbare Infrastruktur“ in der Praxis auch auf die soziale Infrastruktur und nicht nur auf die physische Infrastruktur beziehen sollte, auf die sich derzeit alle Zielvorgaben konzentrieren (Vereinte Nationen, 2016). Eine derartige Politik würde dazu beitragen, ein stärker inklusives Entwicklungsmodell zu schaffen.

Einleitung

Eine Steigerung der öffentlichen Investitionen würde die Beschäftigung ankurbeln und zum wirtschaftlichen Wachstum beitragen. Je nach Art und Ort der Maßnahmen würden sie außerdem zur menschlichen Entwicklung und zur Umsetzung einiger der Ziele nachhaltiger Entwicklung beitragen.

Dieser Bericht liefert Argumente für öffentliche Investitionen in die soziale und physische Infrastruktur. Mit dem Begriff „soziale Infrastruktur" meinen wir Investitionen in Bildungs-, Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen, wobei wir uns in diesem Bericht auf Gesundheit und Pflege konzentrieren. Die soziale Infrastruktur umfasst die Arbeitskräfte, die Gesundheits- und Pflegeleistungen erbringen, sowie die Gebäude und Einrichtungen, in denen diese stattfinden. Mit dem Begriff „physische Infrastruktur" bezeichnen wir öffentlich genutzte Sachanlagen wie Wasserversorgung, Wohnungen, Straßen und andere Verkehrs- und Kommunikationsmittel, auf die sich öffentliche Investitionen zur Ankurbelung von Entwicklung und Beschäftigung normalerweise konzentrieren.

Wir beginnen mit einer Sichtung der theoretischen Argumente für eine Ausweitung der öffentlichen Investitionen und widmen dabei Investitionen in die soziale und die physische Infrastruktur besondere Aufmerksamkeit. Hieraus ergibt sich die Begründung für eine empirische Analyse der Auswirkungen derartiger öffentlicher Investitionen auf die Beschäftigung, die dem theoretischen Abschnitt folgt.

Unsere empirische Untersuchung befasst sich mit sechs Ländern, denen das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) (2015) entweder einen hohen (Costa Rica und Brasilien) oder einen mittleren (China, Indonesien, Südafrika und Indien) Entwicklungsstand bescheinigt. Dies steht im Kontrast zu den OECD-Ländern mit sehr hohem Entwicklungsstand, die im Fokus der vorherigen Studie (De Henau et al., 2016) standen. Die Länder in dieser Studie wurden unter denen ausgewählt, für die in geeigneter Weise Daten zur Verfügung standen, um eine Auswahl unterschiedlicher wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Regulierungssysteme widerzuspiegeln.[3] Deutschland wurde als Bezugspunkt für den Vergleich mit der älteren Untersuchung hinzugefügt.

Wir verwenden Input-Output-Tabellen und offizielle Statistiken, um die direkten, indirekten und induzierten Effekte einer Steigerung der öffentlichen Investitionen in die physische und soziale Infrastruktur einzuschätzen. Der Hauptschwerpunkt liegt in diesem Bericht auf den Investitionen im Bausektor als Beispiel physischer Infrastruktur und im Gesundheits- und Pflegesektor als Beispiel sozialer Infrastruktur. Der Gesundheits- und Pflegesektor wird innerhalb der Branchenklassifikation durch das Feld „Gesundheits- und Sozialarbeit" repräsentiert. Der Begriff „Sozialarbeit" umfasst die stationäre Betreuung alter Menschen sowie bedürftiger Kinder (Waisen usw.), verschiedene Formen der Tagesbetreuung von Kindern und/oder behinderten und alten Menschen sowie soziale Dienste für bedürftige Familien, die sämtlich wichtige Aspekte der sozialen Infrastruktur darstellen (für Einzelheiten siehe Anhang 2). Jedoch dominiert innerhalb dieser Klassifikation in den untersuchten Ländern die Beschäftigung im Rahmen der Gesundheitsdienste, und zwar erheblich stärker als in Ländern hohen Einkommens wie Deutschland (siehe Tabelle 5).

In der früheren Studie haben wir die soziale Pflege (d. h. Kinderpflege und langfristige Pflege) als unser Beispiel eines Sektors verwendet, der eine soziale Infrastruktur aufbaut (De Henau et al., 2016). Leider mussten wir uns in diesem Bericht für unsere Analyse auf die Input-Output-Tabellen der OECD stützen, die nicht zwischen sozialer Pflege und dem umfassenderen Gesundheits- und Pflegesektor differenzieren. Daher haben wir in diesem Bericht als Beispiel für Investitionen in die soziale Infrastruktur das Branchenfeld „Gesundheits- und Sozialarbeit" (den Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt) verwendet. Allerdings haben wir zusätzlich einige Anmerkungen über die Auswirkungen dieses Fokus auf den Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt statt auf den sozialen Pflegesektor, auf den wir uns im früheren Bericht konzentriert hatten, hinzugefügt. Wir gehen davon aus, dass, wenn die Ausgaben im Gesundheits- und Pflegesektor speziell auf den sozialen Pflegesektor konzentriert würden, die direkten Auswirkungen auf die Beschäftigung etwas größer wären und Frauen stärker begünstigen würden.

3 Wir hatten gehofft, auch Tunesien mit in die Studie aufzunehmen, aber konnten keine verlässlichen, detaillierten Beschäftigungsdaten auf Branchenbasis finden, um die Simulationen durchzuführen.

Die wirtschaftliche Begründung für öffentliche Investitionen in unserer heutigen Zeit

Die dritte Pflicht des Souveräns ist die Errichtung und Bewahrung jener öffentlichen Anlagen und Institutionen, die nützlich sind, aber den Einzelnen keinen Profit einbringen können. (Adam Smith, 1776 (1976: 244)[4]

Foto: AP

Es gibt eine Anzahl wirtschaftlicher Argumente zugunsten öffentlicher Investitionen. Diese reichen zurück auf die Schriften von Adam Smith im 18. Jahrhundert. Smith argumentierte, dass der Staat die Pflicht habe, für den Handel nützliche öffentliche Anlagen wie Brücken und Straßen bereitzustellen, die der Gesellschaft einen breiten, langfristigen Nutzen böten, bei denen es jedoch unwahrscheinlich sei, dass sie einem einzelnen Investor einen Gewinn eintrügen. Aus ähnlichen Gründen erkannte Smith zudem die Bedeutung staatlicher Investitionen in die Ausbildung junger Menschen an, die eine Form sozialer und nicht physischer Infrastruktur darstellen. Es wird also innerhalb der Wirtschaftstheorie seit langem anerkannt, dass nicht alle Waren und Dienstleistungen, die für die wirtschaftliche Entwicklung und das Gemeinwohl erforderlich sind, durch den Markt zur Verfügung gestellt werden.

Die Argumente für Investitionen in die physische Infrastruktur werden auf breiterer Basis anerkannt als jene für Investitionen in die soziale Infrastruktur, vielleicht, weil die physische Infrastruktur für den Handel so offenkundig notwendig ist. Zwar werden der Bedarf an einer gut ausgebildeten, gesunden und produktiven Erwerbsbevölkerung sowie die Notwendigkeit, Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit (besonders im Hinblick auf Infektionskrankheiten) zum Wohle aller in Angriff zu nehmen, anerkannt. Jedoch werden derartige öffentliche Investitionen im Allgemeinen in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als laufende Ausgaben betrachtet und in Zeiten angespannter Haushalte häufig zurückgefahren. So war das beispielsweise bei den strukturellen Anpassungsprogrammen der 1980er und 1990er Jahre, und so ist es bei den auf Kredite internationaler Institutionen, die im Allgemeinen auf einer sparsamen Haushaltsführung und der Senkung der Staatsausgaben beharren, angewandten Vergabekriterien. Diese Denkweise ist kurzsichtig, da die Nutzung staatlicher Gelder zur Finanzierung der sozialen Infrastruktur sich nicht nur in Bezug auf die soziale Gerechtigkeit, sondern, unter Rückgriff auf Adam Smiths obiges Argument und die nachstehend diskutierte keynesianische makroökonomische Analyse, auch in Bezug auf den wirtschaftlichen Nutzen rechtfertigen lässt.[5]

4 Die beiden ersten Pflichten sind die Verteidigung des Staates und die Verteidigung der Gerechtigkeit.

5 Ein weiteres wirtschaftliches Argument für öffentliche Investitionen stammt von Harold Minski (2013), der (ursprünglich in Bezug auf das US-Armutsbekämpfungsprogramm der USA) argumentierte, dass der Staat in einer Situation, in der ein Überangebot an Arbeitskräften besteht, als Arbeitgeber letzter Instanz auftreten sollte. Sich hieran anschließende Arbeiten (Tcheineva, 2012) zu Argentinien haben gezeigt, dass die Menschen Arbeit tendenziell den Bartransferprogrammen, die in letzter Zeit insbesondere in Lateinamerika ausgeweitet wurden, vorziehen. Diese Politik wird in Griechenland im Kontext der Wirtschaftsrezession verfolgt (Antonopoulos et al., 2014).

Das keynesianische Argument für öffentliche Investitionen

Keynes entwickelte seine Analyse im Großbritannien der Großen Depression, einer Zeit hoher Arbeitslosigkeit und schwachen wirtschaftlichen Wachstums. Diese Bedingungen entsprechen denen der heutigen brasilianischen Volkswirtschaft, wo das Wachstum seit 2014 negativ ist und die Arbeitslosigkeit im Zuge der sich vertiefenden Rezession rapide ansteigt.[6] Südafrika steht vor ähnlichen Problemen niedrigen wirtschaftlichen Wachstums, (0,4 % p. a.), einer sehr hohen Arbeitslosigkeit von über 25 %[7] sowie einer niedrigen Gesamtbeschäftigungsquote für Frauen und Männer (weniger als 50 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter). Die anderen Länder in dieser Studie weisen höhere und in einigen Fällen sehr hohe Wachstumsraten auf; in Indien und China sind es jeweils über 6 % p. a.[8] Trotzdem liegen dort die Beschäftigungsquoten für Frauen im erwerbsfähigen Alter bei unter 50 %, mit Ausnahme von Brasilien mit 52,7 % und China mit 68 % (siehe Tabelle 2), und es bleibt eine Notwendigkeit öffentlicher Investitionen, wenn die Ziele nachhaltiger Entwicklung (SDGs) umgesetzt werden sollen.

Das zentrale Argument des keynesianischen Ansatzes ist, dass hohe Arbeitslosigkeit bzw. niedrige Beschäftigung durch einen Mangel an effektiver Nachfrage innerhalb der Volkswirtschaft verursacht werden, der vor privaten Investitionen abschreckt, weil kein Markt für Produkte vorhanden ist. Die Regierung sollte daher diese Lücke füllen und direkt in die Volkswirtschaft investieren, um die Beschäftigung anzukurbeln und die wirtschaftliche Erholung zu unterstützen.

Öffentliche Investitionen führen zu einem Beschäftigungsanstieg in den Sektoren, in denen diese Investitionen getätigt werden. Dies sind die **direkten Auswirkungen auf die Beschäftigung** derartiger Investitionen. Jedoch gibt es außerdem einen Multiplikatoreffekt, durch den zusätzliche Arbeitsplätze in den Sektoren geschaffen werden, die die Sektoren, in denen die ursprünglichen Investitionen erfolgten, beliefern. Sowohl die Nachfrage- als auch die Beschäftigungseffekte wirken die Versorgungskette entlang fort und schaffen Arbeitsplätze in vielen Branchen (darunter möglicherweise auch weitere Arbeitsplätzen in den Branchen, in denen die ursprünglichen Investitionen getätigt wurden). Diese durch Lieferung notweniger Inputfaktoren wie Rohstoffen und Dienstleistungen geschaffenen Arbeitsplätze werden als indirekte Beschäftigungseffekte bezeichnet. Darüber hinaus entstehen Arbeitsplätze in den Sektoren, die jene Waren und Dienstleistungen liefern, die mit dem höheren Einkommen der Haushalte neu beschäftigter Arbeitnehmer gekauft werden; derartige Auswirkungen werden als **induzierte Beschäftigungseffekte** bezeichnet. Infolge der ursprünglichen Investitionen wird eine neue Nachfrage für ein komplettes Spektrum an Waren und Dienstleistungen geschaffen, zum Beispiel Nahrungsmittel, Kleidung, Betreuungsleistungen und Freizeitangebote, die in den Verbrauch der privaten Haushalte einfließen. Daher sind das Gesamtnachfrageniveau und die Höhe der Beschäftigung, die durch die ursprünglichen Investitionen bewirkt werden, größer als die unmittelbaren oder direkten Beschäftigungseffekte des ursprünglichen Investitionsprojekts.

Kurz gefasst: Die durch die staatlichen Investitionen in die Volkswirtschaft injizierte Nachfrage schafft Arbeitsplätze direkt in den Sektoren, in denen diese Investitionen stattfinden, und hat Ausweitungseffekte auf die Gesamtnachfrage, die sich aus dem **Multiplikatoreffekt** auf die Zulieferbranchen und den Konsumgütersektor ergibt. Dies steigert die Beschäftigung und trägt dazu bei, die Rate des wirtschaftlichen Wachstums zu steigern oder Volkswirtschaften aus der Rezession zu heben.

Im Laufe der Zeit finanzieren sich die ursprünglichen Investitionen gegebenenfalls infolge der an anderer Stelle innerhalb der Volkswirtschaft erzeugten Nachfrage selbst. Zugleich ergeben sich durch die Verringerung der Arbeitslosigkeit oder der ansonsten möglicherweise zu zahlenden Sozialleistungen Einsparungen bei den öffentlichen Ausgaben; die neu beschäftigten Arbeitnehmer bezahlen Steuern, und längerfristig werden die Investitionen selbst eine Rendite erwirtschaften. Im Falle von Brücken oder Krankenhäusern würden sich diese Renditen aus kürzeren Reisezeiten oder einer gesünderen, produktiveren Bevölkerung ergeben. Wenn Bedenken bestehen, dass es zu lange dauert, bis sich diese Renditen einstellen, und dass die unmittelbare Auswirkung der staatlichen Investitionen eine zu starke Erhöhung der Staatsverschuldung wäre, könnte man eine staatlich unterstützte Investitionsbank gründen, um direkt zu privaten Investitionen zu ermutigen.[9] Die theoretische und empirische Analyse unserer vorherigen Studie (De Henau et al., 2016) stützt jedoch eine gewisse Ausweitung der Verschuldung, wenn diese notwendig ist, um Investitionen zu finanzieren, denn sie zeigt, dass sich die Kosten zumindest für die untersuchten Länder letztlich zurückzahlen lassen und dass die Menschen gesünder und produktiver sein werden, als das anderweitig der Fall wäre.

6 Weltbankdaten zeigen für Brasilien eine negative Wachstumsrate von -4,6 % in 2015, und laut der Nachrichtenagentur Reuters (2016) beträgt die Arbeitslosenquote aktuell 11,3%. Dies ist ein steiler Anstieg gegenüber der Quote von 6,5 % vom Jahresende 2014.
7 Weltbankdatenbank und IWF (2016)
8 Costa Rica 1,7 %, Indonesien 3,5 %, Indien 6,3 % und China 6,4 %, laut Weltbankdatenbank für 2015 (2016)

9 Robert Skidelsky und Felix Martin (2012) schlagen staatlich unterstützte Banken wie die Europäische Investitionsbank, die Nordische Investitionsbank oder die deutsche Kreditanstalt für Wiederaufbau vor. Der Unterschied zwischen dieser Strategie und der quantitativen Lockerung ist, dass das Geld komplett (und für bewilligte Projekte) ausgegeben würde.

Geschlechtsspezifische Voreingenommenheit im wirtschaftlichen Denken

Der Multiplikatoreffekt tritt unabhängig davon ein, wo die ursprünglichen Investitionen erfolgen, obwohl unsere nachfolgenden Ergebnisse zeigen, dass seine Größe und Wirkung je nach Sektor variieren können. Von Keynes selbst (1936) ist bekanntermaßen die Aussage überliefert, dass die Art öffentlicher Investitionen keine Rolle spiele. Er argumentierte, dass, selbst wenn die Leute beschäftigt würden, um Löcher zu graben und diese anschließend wieder aufzufüllen, dies aufgrund des oben erklärten Multiplikatoreffekts[10] günstige Folgen für die Wirtschaft hätte.

In jüngerer Zeit haben Robert Skidelsky und Felix Martin (2012) in ähnlicher Weise die Gültigkeit von Keynes' Argument akzeptiert, aber nahegelegt, dass

aus langfristiger Sicht eine Erhöhung der Gesamtnachfrage durch Anlageinvestitionen besser ist, weil sie identifizierbare künftige Vermögenswerte schafft, die versprechen, sich selbst zu finanzieren und das Wachstumspotenzial zu steigern. (Skidelsky und Martin, 2012)

Aus Sicht von Skidelsky und Martin sollten Anlageinvestitionen in Infrastrukturprojekte getätigt werden, die Vorteile nicht nur für deren direkte Nutzer, sondern auch für die Gesellschaft als Ganze hervorbrächten; diese Vorteile würden fortbestehen, sodass die Projekte auch in Zukunft eine positive Wirkung hätten.

Die Vorstellung, dass öffentliche Investitionen Projekte mit langfristigen, breit gestreuten Vorteilen finanzieren sollten, spiegelt sich in den Regeln von Staaten oder internationalen Institutionen wider, die sich Sorgen über den Grad der öffentlichen Verschuldung machen, aber toleranter sind, wenn die Ausgaben für Anlageinvestitionen und nicht für laufende Ausgaben anfallen. Die Unterscheidung zwischen beiden Arten von Ausgaben wird im System volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (SNA) getroffen. Jedoch zählen innerhalb des SNA Investitionen in die physische Infrastruktur als Kapitalstock, während Investitionen in die soziale Infrastruktur als jährliche laufende Ausgaben der Regierung zählen. Diese Unterscheidung führt dazu, dass Investitionen in die physische Infrastruktur wie in den Bau von Brücken, Schulen, Krankenhäusern oder Kindergärten (einschließlich der Kosten für die Löhne der Bauarbeiter) als zulässige Begründung für Kreditaufnahmen betrachtet werden, während die Betriebsfinanzierung der Schulen, Krankenhäuser und Kindergärten (und damit für die Bezahlung der Gehälter der Lehrer, Ärzte, Krankenschwestern und Kinderpfleger) als unzulässig betrachtet wird. Die SNA-Klassifikation versäumt es, den langfristigen produktiven Beitrag anzuerkennen, den die Beschäftigung in den Bildungs-, Gesundheits- und Pflegebranchen leistet, indem sie einen Bestand an Humankapital aufbaut. Die Klassifikation spiegelt zudem eine geschlechtsspezifische Voreingenommenheit im wirtschaftlichen Denken und in der Bilanzierung wider. Jeder profitiert von einer besser ausgebildeten, gesünderen und besser versorgten Bevölkerung und Gesellschaft, und die Volkswirtschaft wird auch in Zukunft noch von den heutigen Ausgaben für Gesundheit, Bildung und Kinderbetreuung profitieren. Dies ist der Grund, warum wir diese Form von Ausgaben als „soziale Infrastruktur" bezeichnen. Seite Mitte des ersten Jahrzehnts unseres Jahrhunderts haben die Regierungen zunehmend erkannt, dass Ausgaben für Bildung, Gesundheit und in geringerem Umfang auch Kinderbetreuung als soziale Investitionen betrachtet werden können, da sie die Produktions-

Foto: AP

10 Für weitere Einzelheiten siehe De Henau et al. (2016)

kapazität der Volkswirtschaft verbessern, aber sie haben bisher nicht in Betracht gezogen, die Bilanzierungsregeln dahingehend zu ändern, dass sie die Einstufung derartiger Ausgaben als Kapital zulassen würden. Genauso haben sie die langfristigen Pflegedienstleistungen, bei denen die Verknüpfung zwischen Ausgaben und dem (Wieder-) Aufbau von Produktionskapazitäten weniger offensichtlich ist als im Falle der Ausbildung oder Kinderbetreuung, nicht auf diese Weise betrachtet.

Diese Vernachlässigung sozialer Infrastrukturprojekte spiegelt eine geschlechtsspezifische Voreingenommenheit im wirtschaftlichen Denken wider. Die Entmischung der Beschäftigung nach Geschlecht bedeutet, dass Männer eher im Bau und Frauen im Gesundheits-, Bildungs- und Pflegebereich beschäftigt sind. Männliche Beschäftigung wird häufig als höhere Priorität angesehen als weibliche Beschäftigung, was bedeutet, dass tendenziell eher die Produkte finanziert werden, die mit größerer Wahrscheinlichkeit Männer als Frauen beschäftigen. Darüber hinaus profitieren von sozialen Infrastrukturprojekten häufig speziell Frauen, da durch diese Projekte ihre unbezahlte häusliche Arbeit verringert wird, sodass sie in die Lage versetzt werden, an der bezahlten Wirtschaft teilzunehmen.

Wirtschaftliche und soziale Beiträge der Gesundheits- und Pflegebranchen

Öffentliche Investitionen sowohl in die physische Infrastruktur als auch in die soziale Infrastruktur sind wirtschaftlich sinnvoll, denn sie schaffen Arbeitsplätze und tragen zudem wesentlich zur menschlichen Entwicklung bei. Obwohl die Länder in dieser Studie in ihren Großstädten einige der modernsten physischen und sozialen Infrastruktureinrichtungen der Welt umfassen, ist der Zugang zu deren Leistungen sehr ungleich verteilt, und ländliche und abgelegenere Regionen sind im Allgemeinen sehr viel weniger gut versorgt.

An diesen abgelegeneren Orten und in einigen der dicht bevölkerten städtischen Siedlungen, insbesondere in Brasilien und Südafrika, besteht ein eindeutiger Bedarf an einer Verbesserung der physischen Infrastruktur. In Bezug auf die Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und die Bewirtschaftung von Flüssig- und Festmüll, die Verbesserung und Schaffung der öffentlichen Beleuchtung, die Bereitstellung einer besseren Verkehrsinfrastruktur, die Ausweitung der Bereitstellung von IKTs sowie der Bereitstellung zusätzlicher Einrichtungen für die Bildung und insbesondere für Gesundheit und soziale Pflege ist noch viel zu tun.

Bei einer Anzahl von Messgrößen, darunter dem Zugang zu verbesserten Trinkwasser- und Abwassereinrichtungen, die einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben, wurden seit dem Jahr 2000 beträchtliche Verbesserungen erzielt, aber einige Länder hinken, insbesondere in ihren ländlichen Teilen, noch immer hinterher. Wie Tabelle 1 zeigt, hatten 2015 in Indien nur 40 % der Bevölkerung (und nur 28,5 % der Landbevölkerung) Zugang zu einer ordentlichen Abwasserentsorgung. In Brasilien und Indonesien verbergen insgesamt höhere Werte von 83 % und 61 % eine Kluft zwischen Land und Stadt, wobei nur etwa die Hälfte der Landbevölkerung in beiden Ländern Zugang zu einer ordentlichen Abwasserentsorgung hat. Im Gegensatz hierzu ist in Costa Rica die Kluft zwischen Land und Stadt wesentlich geringer ausgeprägt und die enorme Mehrheit der Menschen (über 94 %) hat einen derartigen Zugang. Darüber hinaus gehen vom Klimawandel und der Umweltverschmutzung viele Herausforderungen aus, insbesondere in Westchina und Teilen Indiens, die Investitionen in die Infrastruktur erforderlich machen.

Die Form der Investitionen kann den Umfang, in dem diese die Lebensgrundlagen der Menschen verbessern und die Belastung der Frauen durch unbezahlte Arbeit verringern, erheblich beeinflussen (Elson und Fontana, 2014). So können etwa lokale Straßen – anders als stark befahrene Schnellstraßen – die Vernetzung zwischen Siedlungen steigern und den Zugang zu Trinkwasser, Schulen und Klinken erleichtern, die Sicherheit erhöhen und den Menschen helfen, ihre Waren zu den jeweiligen Märkten zu transportieren. Darüber hinaus können derartige Investitionen unbeabsichtigte positive Auswirkungen haben, so etwa, dass sie die raschere Verbreitung von Ideen einschließlich des Bewusstseins über bestehende Rechte ermöglichen (Kabeer et al., 2013). In ähnlicher Weise sind im Falle von Mülldeponien und der Bewirtschaftung von Festabfällen kleinere, weiter verstreute Standorte Großdeponien häufig vorzuziehen, weil die Menschen (im Allgemeinen Frauen) ihren Abfall zu Fuß dort hinbringen müssen. Es ist daher entscheidend, dass die getätigten Investitionen Gegenstand von Analysen zur Gleichstellung von Mann und Frau und zu den geschlechtsspezifischen Auswirkungen sind, um sicherzustellen, dass diese Vorteile realisiert werden.[11] Es gibt in all diesen Ländern politische Strategien zur Förderung der Gleichstellung von Mann und Frau, aber diese in die Praxis umzusetzen kann eine beträchtliche Herausforderung darstellen.

11 Das SEWA-Wasserprojekt in Gujarat, Indien, ist ein Beispiel für eine geschlechtsorientierte Politik. SEWA gewährleistet die Beteiligung von Frauen am partizipatorischen Bewässerungsmanagement der Wasserversorgung in Gujarat, um sicherzustellen, dass ihre geschlechtsspezifischen Bedürfnisse erfüllt werden. So wurde vor ihrer Beteiligung das Bedürfnis der Frauen nach Wasser für ihre zur Ernährung angebauten Nutzpflanzen häufig dem Einsatz von Wasser durch die Männer für deren Cash Crops untergeordnet (Ahmed, 2002).

Tabelle 1 Ausgewählte Gesundheitsindikatoren

	Brasilien	Costa Rica	China	Indien	Indonsien	Südafrika	Deutschland
Lebenserwartung bei Geburt (Jahre) – 2011							
Beide	74,1	79,0	75,2	66,8	68,3	58,9	80,5
Frauen	77,7	81,4	76,8	68,2	70,4	61,4	82,9
Männer	70,5	76,6	73,7	65,6	66,3	56,1	77,9
Bev. mit verbesserten Trinkwasserquellen (%) – 2015	98,1	97,8	95,5	94,1	87,4	93,2	100,0
Bev. mit verbesserten Sanitäreinrichtungen (%) – 2015	82,8	94,5	76,5	39,6	60,8	66,4	99,2
Kindersterblichkeit (je 1000 Lebendgeburten) – 2011							
unter fünf J	16,2	10,1	14,5	57,2	31,7	49,8	4,1
Neugeborenensterblichkeit	10,8	6,5	7,5	31,6	15,7	11,5	2,3
Dichte der qualif. Gesundheitsfachkräfte (je 10.000 Einw.) – ca. 2011	94,9	18,8	31,5	24,1	15,9	58,9	136,1
Ärzte	18,9	11,1	14,9	7,4	2,0	7,8	38,9
Pfleger und Hebammen	76,0	7,7	16,6	17,1	13,8	51,1	97,2
Gesamtausg. für Gesundheit (% BIP) – 2011	8,09	9,73	5,03	4,33	2,71	8,61	10,93
Allg. staatl. Gesundheitsausgaben (in %-der gesamten Gesundheitsausg.) – 2011	45,2	73,5	55,9	27,1	37,9	48,0	76,0

Quelle: Datenbank des Global Health Observatory (Weltgesundheitsorganisation WHO, 2016 http://apps.who.int/gho/data/node.home)

In den Bereichen Gesundheit und Pflege ereignen sich in diesen Ländern viele Veränderungen, da die meisten in den beiden letzten Jahrzehnten Phasen starken wirtschaftlichen Wachstums erlebt haben (WHO, 2016). Während es in Bezug auf die Verringerung der Sterblichkeit von Kindern und Neugeborenen einige Verbesserungen gegeben hat, müssen Indien und Indonesien wie in Tabelle 1 ersichtlich noch eine Menge Fortschritte machen, um die Zielvorgaben von Ziel 3 zur Verringerung der Sterberate bei Kindern und Neugeborenen (auf 25 bzw. 12 pro 1000 Lebendgeburten) zu erfüllen. Genauso unterscheidet sich die Zahl medizinischer Fachkräfte im Verhältnis zur Bevölkerung; selbst in Brasilien ist die Dichte medizinischer Fachkräfte (die höchste unter den hier untersuchten Ländern) erheblich niedriger als in Deutschland, unserem Vergleichsmaßstab unter den Ländern der vorangegangenen Studie. In ähnlicher Weise liegt die Anzahl der Ärzte pro 10.000 Menschen in allen in diesem Bericht untersuchten Ländern deutlich unter der in Deutschland. Man sollte zudem anmerken, dass es sich hier um Durchschnittswerte handelt, d. h., die Zahlen für ländliche Regionen und einkommensschwache städtische Räume können deutlich niedriger ausfallen.

Das Wirtschaftswachstum der letzten Jahre und die hohe und weiter steigende Ungleichheit[12] hatten zugleich zur Folge, dass Teile der Bevölkerung extrem wohlhabend geworden sind. Dies hat eine Zunahme von Erkrankungen wie Fettleibigkeit[13] und Alkoholmissbrauch sowie die Ausweitung der privaten Krankenversorgung bewirkt, was zu einer sehr ungleichen Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen

12 Laut Datenbank der Weltbank (2016) schwankte der GINI-Koeffizient zwischen 33,9 in Indien und 63,4 in Südafrika. Die jeweils aktuellsten Jahre, für die Daten zur Verfügung standen, variieren von 2009 bis 2013. In allen Ländern jedoch war gegenüber den Vorjahren ein Anstieg zu verzeichnen. Ein Indexwert von 0 würde völlige Gleichheit signalisieren und ein Indexwert von 100 völlige Ungleichheit.
13 47,3 % der Männer in den Landeshauptstädten sind Berichten zufolge übergewichtig (Paim et al., 2013).

für unterschiedliche Bevölkerungssektoren geführt hat. Und wenn eine formalisierte Bereitstellung von Pflegeleistungen fehlt, sind es insbesondere die Frauen, die die unbezahlte Arbeit übernehmen müssen, sich um ihre Verwandten und die Gemeinschaft zu kümmern (Elson und Fontana, 2014). Es ist daher sehr wichtig, die von uns empfohlenen öffentlichen Investitionen in Gesundheit und soziale Pflege einer Überprüfung in Bezug auf ihre geschlechtsspezifischen Folgen und Einflüsse (Gender Auditing) sowie einer allgemeineren Analyse der Auswirkungen auf die Gleichstellung zu unterziehen, um sicherzustellen, dass ihre potenziell positiven Auswirkungen auf Gemeinwohl und Entwicklung und auf die Beschäftigung der gesamten Bevölkerung und insbesondere aktuell benachteiligten Gruppen zugutekommen.

Tabelle 1 zeigt zudem, dass zwischen den Gesamtausgaben für die Gesundheit und den gesundheitlichen Ergebnissen eine enge, positive Beziehung besteht. Eine erwähnenswerte Ausnahme ist Südafrika. Hier sind die gesundheitlichen Kennzahlen relativ schlecht, obwohl die Gesundheitsausgaben als Anteil vom BIP relativ hoch sind. Dies könnte teilweise durch die im Vergleich zu den übrigen Ländern höheren HIV-Raten in Südafrika bedingt sein.[14]

Auch der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die Krankenversorgung an den Gesundheitsausgaben insgesamt ist in diesen Ländern unterschiedlich hoch. Am höchsten ist er in Deutschland und Costa Rica, wo die Gesamtausgaben für die Krankenversorgung als Anteil vom BIP am höchsten sind. Am niedrigsten ist er in Indien und Indonesien, wo auch die Gesamtausgaben am niedrigsten sind. Jedoch wendet China einen größeren Teil seiner Gesamtausgaben für die Krankenversorgung für die öffentliche als die private Krankenversorgung auf, gibt dabei jedoch (als Anteil vom BIP) weniger für die Gesundheit aus als Brasilien, das relativ gesehen mehr für die private gesundheitliche Betreuung ausgibt als für das öffentliche Gesundheitswesen, aber weniger für die Krankenversorgung insgesamt.

In Brasilien wurde die Krankenversorgung 1988 zum Bürgerrecht und zu einer Verpflichtung des Staates erklärt, was zu einem öffentlichen, universellen Gesundheitssystem führte. Dies hat zu vielen positiven Ergebnissen geführt, darunter einem starken Rückgang der Kindersterblichkeit und der kindlichen Unterernährung, umfangreichen Impf- und vorgeburtlichen Betreuungsprogrammen sowie einem verbesserten Zugang zur Primär- und Notfallversorgung für alle. Allerdings gibt es große Unterschiede bei der Leistungserbringung, wobei die Ressourcen in den Großstädten im Süden konzentriert sind (Paim et al., 2013). Dies bedeutet, dass die Pflicht des Staates zur Bereitstellung einer umfassenden, universellen präventiven und kurativen Versorgung auf kommunaler Ebene unter vollständiger Beteiligung aller Gemeinwesen noch nicht im gesamten Land umgesetzt wurde.

In Costa Rica hatte die Entwicklung eines starken Wohlfahrtsstaates insbesondere in der Vergangenheit Priorität, und das stehende Heer wurde 1948 zugunsten höherer Ausgaben für die Krankenversorgung aufgelöst (Engles, 2011). Es wurde ein öffentliches Gesundheitssystem mit Namen Caja[15] eingerichtet, was dazu führte, dass die Lebenserwartung auf einer Stufe mit der in Ländern mit sehr hoher Entwicklung steht. Tatsächlich zeigt Tabelle 1, dass das Ausgabenniveau für die Krankenversorgung dem von Deutschland ähnelt und dass ein großer Teil dieser Ausgaben (75 %) auf den Staat entfällt. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben wiederum belaufen sich auf 26,5 % des Staatshaushalts insgesamt, was die der Krankenversorgung eingeräumte Priorität widerspiegelt (WHO, 2016).

Die Zahlen dieser beiden lateinamerikanischen Länder unterscheiden sich deutlich von denen der anderen Länder, etwa von Indonesien, wo nur 2,71 % vom BIP für Gesundheit aufgewandt werden, wo der staatliche Beitrag hierzu nur 37 % beträgt und wo nur 5,8 % des Staatshaushalts insgesamt für die Gesundheit aufgewandt werden (WHO, 2016). Ein ähnliches Bild ergibt sich für Indien. Dies bedeutet, dass die Menschen in diesen Ländern ihre Krankenversorgung aus eigener Tasche finanzieren müssen, was verheerende Auswirkungen auf die häusliche Gesamtsituation haben kann. Selbst für Costa Rica wird argumentiert, dass, da die Wirtschaft seit dem Beitritt des Landes zum Zentralamerikanischen Freihandelsabkommen (CAFTA) offener geworden ist, der wirtschaftliche Druck auf die öffentlichen Ausgaben steigt, während sich gleichzeitig das private Gesundheitssystem ausweitet (Engles, 2011). Wir verfügen heute über die Technologie und die medizinischen Fachkenntnisse, um die Ziele nachhaltiger Entwicklung im Bereich der Gesundheit sicher zu erreichen; das Ganze ist also überwiegend eine Politik- und Verteilungsfrage.

Entsprechende Argumente lassen sich für Investitionen in die Kinderbetreuung und Altenpflege vorbringen. Es gibt in den untersuchten Ländern praktisch keine formalisierte Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Kinderbetreuung und Langzeitpflege für Senioren, nicht einmal in Costa Rica mit seinem höher entwickelten Gesundheitswesen (Scheil-Adlung, 2015). Vielmehr wird von den Familienangehörigen (insbesondere den weiblichen) erwartet, dass sie sich um die Bedürfnisse abhängiger Verwandter kümmern. In China und Indien ist dies sogar gesetzlich verankert: Hier ist die (Kern-)

14 Etwa 20 % in Südafrika verglichen mit deutlich unter 1 % in allen anderen Ländern in diesem Bericht (UNAIDS, 2016).

15 Als „Caja“ wird eine besondere Spardose bezeichnet, in der gemeinsam Geld gesammelt wird, welches dann auch gemeinsam ausgegeben wird (Engles, 2011).

Familie finanziell und rechtlich dafür verantwortlich, für ihre Mitglieder zu sorgen, und der Staat unterstützt sie dabei nicht. Der Staat (häufig in Gestalt der regionalen Behörden) greift nur bei den ganz Armen helfend ein, wenn diese völlig auf sich allein gestellt sind. In Brasilien besteht eine rechtliche Pflegeverantwortung der Familie nur für ältliche Verwandte, da inzwischen ein verfassungsmäßiger Rechtsanspruch auf eine vorschulische Kinderbetreuung besteht. Allerdings haben derartige Dienste in der Praxis in den meisten Kommunen viel zu wenig Plätze (Paes de Barros et al., 2011). In anderen Ländern spielt die Verantwortung der Familie ebenfalls eine große Rolle, und zwar entweder per se aufgrund eines Mangels an bezahlbaren externen Pflegeangeboten oder (wie in Südafrika) in organisierter Form, wobei kleine finanzielle Anreize in Gestalt bescheidener Geldleistungen gesetzt werden. In der Altenpflege gibt es strenge Bedürftigkeitskriterien für diejenigen, die sich zum Erhalt von Pflegeleistungen nicht auf die eigene Familie stützen können, und die meisten Leistungen werden in Pflegeeinrichtungen statt im eigenen Heim erbracht und sind auf schwerstbedürftige Menschen beschränkt (Scheil-Adlung, 2015).

In Südafrika führt der Mangel an einer formalisierten Bereitstellung von Pflegeleistungen zu einer enormen Belastung der älteren Mitglieder der Gemeinschaft, da die starke Verbreitung von HIV/AIDS und die Bevölkerungsalterung dazu führen, dass eine wachsende Zahl von Senioren sich nicht nur um ihre kranken und/oder arbeitslosen erwachsenen Familienmitglieder, sondern auch um ihre (häufig verwaisten) Enkelkinder kümmern muss und dabei zugleich selbst pflegebedürftig ist (Scheil-Adlung, 2015).

In China haben die Auswirkungen der früheren Ein-Kind-Politik und der Migration in die Städte gemeinsam dazu geführt, dass Familienbande gekappt werden, was den Staat zwingt, die entsprechenden Leistungen verstärkt selbst bereitzustellen. Allerdings sind diese Leistungen nach wie vor auf besonders arme, alleinstehende Senioren ausgerichtet (Gideon, 2016). In den Ballungszentren haben sich private Langzeitpflegedienste entwickelt, und es gibt ein staatlich gefördertes System teurer privater Versicherungen, das aber für Familien mit niedrigem und mittlerem Einkommen weitgehend unbezahlbar ist (Scheil-Adlung, 2015).[16]

Obwohl Indien keine Ein-Kind-Politik verfolgt hat, steht es in sonstiger Hinsicht vor einer ähnlichen Lage wie China. Angesichts der Migration in die Städte und dem Druck auf die privaten Haushalte beginnt der Staat langsam, Pläne zur Ergänzung der familiären Pflege um eine formalisierte Betreuung umzusetzen (Scheil-Adlung, 2015).

Was die Kinderbetreuung angeht, so wird auch diese in den meisten untersuchten Ländern in erster Linie unbezahlt innerhalb der Familie erbracht, obwohl es teilweise eine universelle Betreuung von Kindern im Vorschulalter gibt, die sich für gewöhnlich auf ältere Kinder (normalerweise das Jahr vor Eintritt in die Grundschule) konzentriert. Die sehr wenigen jüngeren Kinder, die in subventionierten Tagesbetreuungseinrichtungen versorgt werden, stammen normalerweise aus sehr armen Familien (Sauma, 2012).

Für wohlhabendere Familien in allen Ländern kann eine Betreuung in Ermangelung formeller (privater) Dienste auch durch (eine häufig informelle) Beschäftigung von Hausangestellten erbracht werden. In der Regel erledigen diese Familienmitglieder oder Hausangestellten sowohl Betreuungs- als auch Hausarbeit (wie im Falle Brasiliens). Allerdings ist Hausarbeit für sie selten die bevorzugte Beschäftigungsform; in Brasilien etwa hatten vor der aktuellen Wirtschaftskrise viele Frauen diesen Sektor verlassen, als andere Arbeitsplätze verfügbar wurden. Sorgen über einen Personalmangel führten zu höheren Löhnen und stärker formalisierten Arbeitspraktiken für diejenigen, die weiter in dem Sektor tätig blieben (Acciari, erscheint in Kürze).

Schätzungen der IAO unter Verwendung von OECD-Daten für 2013 zeigen, dass, um das Niveau einer formalisierten langfristigen Bereitstellung von Pflegeleistungen für Senioren zu erreichen, wie man es aus den einkommensstarken Ländern kennt, die Anzahl der benötigten Arbeitnehmer in regulären Beschäftigungsverhältnissen in Brasilien 626.000 und in Indien 2,7 Millionen erreichen müsste (gegenüber derzeit nahezu null in beiden Ländern). In China wären es 3,6 Millionen (fast das Dreifache der derzeitigen Beschäftigtenzahl) und in Südafrika 86.000 (das Fünffache der derzeitigen Beschäftigtenzahl in der Langzeitpflege) (Scheil-Adlung, 2015).

Daher dürften Investitionen in die Pflegebranchen – Kinderbetreuung und Altenpflege – in Zukunft notwendiger werden. Derartige Investitionen hätten nicht nur eine direkte Auswirkung auf die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen, sondern würden zudem durch den Multiplikatoreffekt zusätzliche Arbeitsplätze in anderen Sektoren schaffen. Darüber hinaus würden sie mehr Frauen in die Lage versetzen, in den bezahlten Arbeitsmarkt einzutreten. Hausarbeit und Kinderbetreuung sind stark geschlechtsspezifisch geprägte Tätigkeiten. Noch immer üben Frauen den überwiegenden Teil dieser Tätigkeiten aus, und zwar sowohl bezahlt als auch unbezahlt. Wenn Frauen neue Beschäftigungschancen ergreifen sollen,

16 Ende 2015 hat China die Ein-Kind-Politik beendet; allen Paaren ist es jetzt erlaubt, zwei Kinder zu haben. Die in den späten 1970er Jahren eingeführte Politik wurde aus Sorge über die Bevölkerungsüberalterung und die potenziellen Auswirkungen einer kleineren Bevölkerung auf das Wirtschaftswachstum beendet. Ebenfalls von Besorgnis waren aufgrund der anhaltenden Präferenz für Söhne die Auswirkungen dieser Politik auf die Geschlechterrelation innerhalb der Bevölkerung. Interessanterweise äußern junge, überwiegend städtische gut ausgebildete Frauen, die ein Produkt der Ein-Kind-Politik sind, ihre Sorge über die Auswirkung dieser Politik auf ihre Karrieren, was die fortgesetzte geschlechtsspezifische Zuständigkeit für die Kinderbetreuung und das Fehlen an weithin verfügbaren, erreichbaren und bezahlbaren Kinderbetreuungsangeboten widerspiegelt (Huang, 2016).

dann ist möglicherweise eine kollektivierte Erbringung dieser Leistungen erforderlich.[17] Investitionen in die Pflege sind daher ein zentrales Element, um Ziel 5 (Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern) zu erreichen.

Obwohl es uns im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich war, die Auswirkungen von Investitionen speziell in die Kinderbetreuung und Langzeitpflege einzuschätzen, deuten die Ergebnisse unserer früheren Studie (De Henau et al., 2016) darauf hin, dass es starke Argumente für Investitionen in diesen Sektor gibt, die in Zukunft noch an Gewicht gewinnen dürften.[18] Die nachstehende Analyse zeigt, dass es klare wirtschaftliche Argumente für höhere öffentliche Gesamtinvestitionen in die soziale und physische Infrastruktur gibt. In den folgenden Abschnitten erläutern wir unsere Ergebnisse genauer.

Beschäftigung im Gesundheits- und im Bausektor

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über die Beschäftigungslage in den betrachteten Ländern, und insbesondere die Beschäftigung und die Löhne in den Gesundheits- und Pflegesektoren und im Bausektor. Dies dient dazu, einen Hintergrund für die Interpretation der Beschäftigungseffekte zu bieten.

Tabelle 2 zeigt die Unterschiede auf den Arbeitsmärkten in den sechs untersuchten Ländern und in Deutschland.

Die Beschäftigung ist in China, Deutschland und Indonesien insgesamt hoch, doch gibt es in Letzterem, ebenso wie in Indien und Costa Rica, ein großes Beschäftigungsgefälle zwischen Männern und Frauen. In Südafrika ist das Beschäftigungsgefälle kleiner, aber die Beschäftigungsquoten sind sowohl für Männer wie für Frauen sehr niedrig. Die Arbeitslosigkeit ist Südafrika sehr hoch; das niedrigste Niveau bei der Arbeitslosigkeit weist China auf.

In den meisten Ländern machen die abhängig Beschäftigten den größten Teil der Erwerbstätigen aus (Daten für China existieren nicht oder sind nicht vergleichbar). In Indien und Indonesien jedoch ist das nicht der Fall; hier dominieren Selbstständige, insbesondere bei den Männern. Unter Frauen ist in diesen beiden Ländern zudem die Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige weit verbreitet; in Indonesien ist sie die häufigste Beschäftigungsform.

17 In unserer früheren Studie erläutern wir die Effizienzsteigerungen, die sich durch die Schaffung von Pflegebranchen ergeben können (De Henau et al., 2016).
18 Für eine ausführlichere Darstellung dieser Argumente siehe De Henau et al. (2016).

Tabelle 2 Beschäftigungsindikatoren (2011)

		Brasilien	Costa Rica	China	Indien	Indonesien	Südafrika	Deutschland
Verhältnis zwischen Beschäftigung und Bevölkerung (von 15-64)								
	Alle	63,2%	55,8%	75,1%	56,0%	63,0%	38,9%	72,7%
	Männer	74,3%	74,3%	82,0%	76,3%	78,0%	44,9%	77,6%
	Frauen	52,7%	38,3%	68,0%	34,6%	48,0%	33,2%	67,8%
geschl.spez. Untersch. in Beschäftigung (15-64)		21,5%	36,0%	14,0%	41,7%	30,0%	11,7%	9,8%
Arbeitslosenquote (15+)								
	Alle	7,5%	3,4%	2,9%	10,3%	8,1%	29,6%	5,8%
	Männer	5,6%	3,6%	2,6%	9,1%	7,7%	25,4%	6,1%
	Frauen	10,1%	3,1%	3,2%	12,8%	8,8%	34,4%	5,6%
Beschäftigungsstatus								
Alle								
	Angestellte	70,8%	71,8%	n/a	18,0%	32,1%	84,0%	88,3%
	Selbst. / Arbeitgeber	23,4%	27,1%	n/a	64,6%	47,2%	15,2%	11,1%
	mithelfende Angehörige	1,7%	1,0%	n/a	17,3%	20,7%	0,7%	0,6%
Männer								
	Angestellte	68,1%	67,8%	n/a	19,4%	35,9%	83,0%	85,6%
	Selbst. / Arbeitgeber	26,9%	31,2%	n/a	69,6%	54,3%	16,7%	14,1%
	mithelfende Angehörige	1,1%	1,0%	n/a	11,0%	9,8%	0,4%	0,3%
Frauen								
	Angestellte	74,6%	79,4%	n/a	14,5%	26,5%	85,5%	91,5%
	Selbst. / Arbeitgeber	18,8%	19,5%	n/a	51,5%	36,5%	13,3%	7,6%
	mithelfende Angehörige	2,5%	1,2%	n/a	33,9%	37,0%	1,2%	0,9%

Quelle: UN Stats, nationale Statistikämter (Arbeitskräfteerhebung oder Volkszählung). Für China gilt bei der Erwerbsbevölkerung die Altersgruppe von 16-64. „Selbstständige“ steht für Personen ohne Angestellte und „Arbeitgeber“ steht für Personen mit entlohnten Angestellten (im formalen oder informellen Sektor).

Tabelle 3 zeigt Daten zur informellen Beschäftigung als einem wichtigen Aspekt dieser Volkswirtschaften. Der Begriff „informelle Beschäftigung“ bezeichnet ein Beschäftigungsverhältnis, das nicht den Arbeits-, Sozialversicherungs- und Steuergesetzen unterliegt (für weitere Einzelheiten siehe Anhang 2). Tabelle 3 zeigt, dass die Häufigkeit dieser Beschäftigungsform außerhalb des Landwirtschaftssektors zwischen den einzelnen Ländern beträchtlich schwankt – von etwa einem Drittel der Gesamtbeschäftigung in Südafrika, China und Costa Rica zu fast drei Vierteln in Indonesien und mehr als vier Fünfteln in Indien, zwei Ländern, die durch ein hohes Maß an selbstständiger Arbeit und familiärer Mitarbeit gekennzeichnet sind. In allen Ländern ist der Anteil der Frauen, die informelle Tätigkeiten ausüben, größer als der Anteil der Männer.

Tabelle 3 Informelle Beschäftigung in der Wirtschaft

	Jahr	Bereich	Anzahl (in 1000)			% der Beschäftigung insgesamt		
			Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Brasilien	2011	nicht- landw.	30.249	16.116	14.132	38,4	36,8	40,4
China	2010	nicht- landw.	360.200			32,6		
Costa Rica	2011	nicht- landw.	574	294	281	33,6	29,8	38,8
Indien	2012	nicht- landw.	206.961	165.307	41.654	84,7	84,3	86,4
	2012	gesamt	429.473	309.354	120.119	91,8	90,7	94,8
Indonesien	2009	nicht- landw.	3.157	1.977	1.180	72,5	72,3	72,9
Südafrika	2010	nicht- landw.	4.089	2.071	2.018	32,7	29,5	36,8

Quelle: ILOSTAT-Datenbank. Anm.: „nicht-landw." bedeutet, die Daten beziehen sich auf die nicht-landwirtschaftlichen Bereiche der Wirtschaft. Vgl. Anhang 2 für eine Definition der als informelle Beschäftigung enthaltenen Kategorien.

Tabelle 4 zeigt, dass der Anteil des Bausektors an der Gesamtbeschäftigung zwischen 4,8 % in Indonesien und fast doppelt so viel in Indien schwankt. Die Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor ist in Indien und Indonesien deutlich weniger ausgeprägt als in Brasilien oder Costa Rica (oder gar in Deutschland). Dies zeigt das Potenzial zur Schaffung von Arbeitsplätzen durch öffentliche Investitionen in diesen Ländern, insbesondere jenen mit einem mittleren Entwicklungsniveau wie Indien und Indonesien. Die Tabelle zeigt zudem, dass die beiden Branchen einem typischen Muster der Geschlechtertrennung folgen, wobei der Bausektor von Männern und der Gesundheits- und Pflegesektor von Frauen dominiert wird (außer in Indien, obwohl dort im Gesundheits- und Pflegesektor trotzdem ein deutlich höherer Anteil an Frauen beschäftigt ist als im Bausektor). Man sollte jedoch beachten, dass der Bausektor in allen Ländern sehr viel stärker männlich dominiert ist als der Gesundheits- und Pflegesektor weiblich dominiert ist.

Tabelle 4 Beschäftigung im Baugewerbe und im Gesundheitswesen

	Alle Sektoren	Bau			Gesundheitswesen		
	Anzahl (in 1.000)	Anzahl (in 1.000)	% an Gesamt.	% Frauen	Anzahl (in 1.000)	% an Gesamt	% Frauen
Brasilien	99.582	6.773	6,8%	3,5%	4.972	5,0%	74,2%
Costa Rica	1.654	97	5,9%	5,0%	75	4,5%	62,1%
China	763.612	59.673	7,8%	14,4%	16.679	2,2%	59,8%
Indien	464.527	44.163	9,5%	15,9%	4.569	1,0%	42,6%
Indonesien	110.584	5.284	4,8%	2,9%	773	0,7%	63,3%
Südafrika	13.319	1.050	7,9%	29,6%	213	1,6%	61,4%
Deutschland	41.447	2.299	5,5%	12,8%	4.637	11,2%	77,0%

Quelle: Input-Output-Tabellen der OECD und nationale Daten (Einzelheiten siehe Anhang 2)

Tabelle 5, die sowohl informelle wie reguläre Beschäftigung umfasst, zeigt, dass in allen untersuchten Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, nur ein kleiner Anteil der Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor auf die häusliche oder außerhäusliche Pflege- bzw. Sozialarbeit entfällt – in den meisten Ländern rund 10 % und in allen Ländern unter 20 %. Daher betreffen die meisten beobachteten Effekte aus der Simulation die Struktur der Krankenversorgung und nicht der sozialen Pflege. Dies ist in Deutschland, unserem OECD-Vergleichsland, nicht der Fall; hier entfallen mehr als 40 % der Gesamtbeschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor auf die häusliche und außerhäusliche soziale Pflege. In der Praxis ist dieser Unterschied großteils dadurch bedingt, dass in Entwicklungsländern ein größerer Anteil der Pflegearbeit als unbezahlte familiäre Pflege geleistet wird.

Tabelle 5 zeigt zudem, dass die Beschäftigung im Gesundheitssektor zwar in allen Ländern mit Ausnahme Indiens weiblich dominiert ist, die soziale Pflege jedoch sogar noch stärker weiblich dominiert ist. Die einzige Ausnahme ist Deutschland, wo die soziale Pflege geringfügig weniger weiblich dominiert ist als der Gesundheitssektor insgesamt.

Tabelle 5 Beschäftigung in Gesundheit und Pflege (ausgewählte Länder – Anzahl der Personen, 2011)

	Alle	Männer	Frauen	% Frauen
Costa Rica				
Gesundheitsversorgung	69.104	27.223	41.881	60,6%
Stationäre Pflege	3.547	948	2.599	73,3%
Ambulante Pflege/Sozialarbeit	2.413	258	2.155	89,3%
Anteil der Gesundheitsversorgung*	92,1%	95,8%	89,8%	
Brasilien				
Gesundheitsversorgung	2.982.382	776.957	2.205.425	73,9%
Stationäre Pflege	244.390	54.615	189.775	77,7%
Ambulante Pflege/Sozialarbeit	27.322	9.014	18.308	67,0%
Anteil der Gesundheitsversorgung	91,7%	92,4%	91,4%	
Südafrika				
Gesundheitswesen	634.690	219.793	414.897	65,4%
Sozialarbeit	150.476	46.391	104.085	69,2%
Anteil der Gesundheitsversorgung	80,8%	82,6%	79,9%	
Indien				
Gesundheitsversorgung	3.363.609	2.099.789	1.289.085	38,3%
Stationäre Pflege	168.180	30.432	116.134	69,1%
Ambulante Pflege/Sozialarbeit	336.361	91.295	232.268	69,1%
Anteil der Gesundheitsversorgung	87,0%	94,5%	78,7%	
Deutschland				
Gesundheitsversorgung	2.803.700	615.000	2.188.700	78,1%
Stationäre Pflege	1.087.000	254.900	832.000	76,5%
ambulante Pflege /Sozialarbeit	875.800	228.500	647.300	73,9%
Anteil der Gesundheitsversorgung	58,8%	56,0%	59,7%	

Quelle: Zensusdaten von den nationalen Statistikämtern und von Eurostat für Deutschland (Vgl. Anhang 2)

*zeigt die Beschäftigung in der Gesundheitsfürsorge als prozentualen Anteil an der Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Sozialarbeit

Tabelle 6 vergleicht die Lohnniveaus in jedem Sektor und zeigt, dass Arbeitnehmer im Gesundheits- und Pflegebereich überdurchschnittlich bezahlt werden. Eine Ausnahme macht Deutschland, wo der Sektor eine erhebliche Zahl (schlechter bezahlter) sozialer Pflegekräfte umfasst. Die Bezahlung von Arbeitnehmern im Gesundheits- und Pflegesektor ist zudem überall höher als im Bausektor. Dies ist ein erheblicher Unterschied gegenüber der früheren Studie (De Henau et al., 2016), die sich auf die soziale Pflege konzentrierte, wo die Bezahlung der Beschäftigten im Allgemeinen unterdurchschnittlich und geringer als im Bausektor ist. Geht man davon aus, dass das Lohngefälle innerhalb des Gesundheits- und Pflegesektors ungefähr derselbe ist wie in Deutschland (aufgrund des niedrigeren Qualifikationsniveaus im Bereich der sozialen Pflege, zumindest was das direkte Pflegepersonal angeht), dann würden Beschäftigte in der sozialen Pflege in allen Ländern schlechter bezahlt als Krankenpflegepersonal und in einigen Ländern vermutlich schlechter als Bauarbeiter.

Tabelle 6 Relative Löhne im Baugewerbe und im Gesundheits- und Pflegebereich (2011)

% Anteil am Durchschnittverdienst	Brasilien	Costa Rica	China (Städte)	Indien	Indonesien	Südafrika	Deutschland
Alle Sektoren	100	100	100	100	100	100	100
Baugewerbe	85	74	75	71	98	63	81
Gesundheit und Pflege	127	187	110	177	126	155	95
Relativer Lohn	1,5	2,5	1,5	2,5	1,3	2,4	1,2

Quelle: ILOSTAT-Datenbank und chinesisches nationales Statistikbüro

Tabelle 7 zeigt ein ähnliches Bild nach Geschlecht (für China liegen keine nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten vor). Männer erhalten im Bausektor in allen Ländern eine unterdurchschnittliche Bezahlung. Im Gegensatz dazu werden Frauen im Bausektor in einigen Ländern überdurchschnittlich und in anderen Ländern unterdurchschnittlich bezahlt. In Ländern, in denen eine sehr geringe Anzahl Frauen im Bausektor beschäftigt ist (Brasilien, Costa Rica und Indonesien), werden diesen für Frauen überdurchschnittliche Löhne gezahlt, vielleicht, weil sie in der Praxis Angestellte sind und keine manuelle Tätigkeit ausüben. Länder, in denen Frauen in Baugewerbe unterdurchschnittliche Löhne erhalten, weisen innerhalb des Sektors ein höheres Niveau an weiblicher Beschäftigung auf (Indien, Südafrika und Deutschland). Das positive Lohngefälle zwischen dem Gesundheits- und dem Bausektor ist in allen Ländern bei Männern ausgeprägter als bei Frauen, was vor allem daran liegt, dass Männer im Gesundheitssektor deutlich überdurchschnittlich und im Bausektor weniger gut bezahlt werden (vermutlich, weil sie im Gesundheitswesen mit höherer Wahrscheinlichkeit besser bezahlte Tätigkeiten in der Krankenversorgung und keine schlechter bezahlten Tätigkeiten in der sozialen Pflege ausüben, und im Bausektor schlechter bezahlte manuelle Tätigkeiten).

Tabelle 7 Löhne nach Sektoren und Geschlecht sowie geschlechtsspezifische Lohngefälle

		Brasilien	Costa Rica	Indien	Indonesien	Südafrika	Deutschland
Männer							
	Alle Sektoren	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Baugewerbe	75,1	70,2	69,3	89,0	59,8	75,8
	Gesundheit- und Pflege	165,2	217,5	195,9	118,4	155,1	109,4
Frauen							
	Alle Sektoren	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Baugewerbe	134,8	113,7	68,4	148,3	55,0	90,3
	Gesundheit und Pflege	127,2	173,4	182,4	146,9	170,7	97,8
geschlechtsspezif. Lohngefälle							
	Alle Sektoren	22,6%	6,6%	32,6%	22,1%	20,9%	20,3%
	Baugewerbe	-38,9%	-51,4%	33,5%	-29,9%	27,2%	5,1%
	Gesundheit und Pflege	40,4%	25,5%	37,3%	3,4%	13,0%	28,7%

Quelle: ILOSTAT-Datenbank

Simulation direkter, indirekter und induzierter Beschäftigungseffekte öffentlicher Investitionen

Die folgende Analyse bewertet die Arbeitsplätze schaffenden Gesamteffekte von Investitionen in bestimmte Arten physischer und sozialer Infrastruktur und die Aufschlüsselung dieser Effekte nach Geschlecht. Unter Verwendung von Input-Output-Tabellen und anderen offiziellen Statistiken berechnen wir die direkten, indirekten und induzierten Auswirkungen öffentlicher Investitionen im Umfang von 2 % vom BIP entweder im Gesundheits- und Pflegesektor oder im Bausektor auf die Beschäftigung. Wir haben diese beiden Sektoren als unsere Beispiele dafür ausgewählt, wo jeweils Investitionen in die soziale und physische Infrastruktur getätigt werden.[19] Wir betrachten zudem eine Aufschlüsselung jedes dieser Beschäftigungseffekte nach Geschlecht.

Die Berechnung der Gesamtbeschäftigungseffekte unter Einschluss der indirekten und induzierten Effekte lässt sich durch Verwendung von den nationalen Statistikämtern zur Verfügung gestellter Input-Output-Tabellen vornehmen. Diese Tabellen zeigen, wie Branchen innerhalb der Versorgungskette von Waren und Dienstleistungen, die letztlich die Nachfrage der privaten Haushalte, die staatliche Nachfrage und die Exportnachfrage erfüllt, vernetzt sind. Input-Output-Tabellen zeigen, wie viel Output (Produktionsergebnisse) jeder anderen Branche (und wie viel von ihrer eigenen Produktion) in den Produktionsprozessen jeder Branche als Vorleistungen (Input) genutzt wird. Wir können dies durch Informationen darüber ergänzen, wie viel Arbeit im Produktionsprozess jeder Branche zum Einsatz kommt, und die Gesamtheit dieser Informationen als Vorleistungsbedarf pro Produktionseinheit und Branche ausdrücken. (Man beachte, dass wir dabei davon ausgegangen sind, dass dieser Bedarf unabhängig vom Umfang der Nachfrage nach den Produktionsergebnissen einer Branche konstant bleibt.)

Wie viel direkte Beschäftigung durch Investitionen in eine bestimmte Branche geschaffen werden kann, hängt von der Arbeitsmenge ab, die ihr Produktionsprozess erfordert, sowie von den Kosten der Beschäftigung dieser Arbeitskräfte (Vergütung der Beschäftigten, Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung und sonstige Kosten). Die indirekten Effekte werden für jede Branche durch Einsatz der Input-Output-Tabellen berechnet, um den Gesamtbedarf an Vorleistungen innerhalb der Versorgungskette (unter Berücksichtigung importierter Bauteile) für die Produktion einer Produktionseinheit in dieser Branche zu berechnen. Die Beschäftigungseffekte insgesamt (d. h. die direkten und indirekten Effekte) (auch als Typ-I-Effekte bezeichnet) sind dann die Gesamtsumme dieser Vorleistungen, multipliziert jeweils mit der Beschäftigung pro Produktionseinheit in ihrem Produktionsprozess. Wir erhalten dann den indirekten Beschäftigungseffekt für jede Branche, indem wir ihren direkten Beschäftigungseffekt (wie oben berechnet) abziehen.

Die Berechnung des induzierten Beschäftigungseffekts folgt einer ähnlichen Methode, nur dass die Input-Output-Tabellen diesmal auf eine andere Weise ergänzt werden, nämlich durch Informationen über die Ausgabenmuster der privaten Haushalte. Die privaten Haushalte werden dabei praktisch wie eine weitere Branche behandelt, die von allen Branchen produzierte Vorleistungen nutzt, aber keine eigenen Ergebnisse produziert, und deren Ausgabeniveau vom Gesamthaushaltseinkommen abhängt, das wiederum durch das Gesamtbeschäftigungsniveau bestimmt wird. Jede zusätzliche Beschäftigung erzeugt dann zusätzliches Haushaltseinkommen und damit eine induzierte Nachfrage, die selbst durch die Versorgungskette wandert und direkte und indirekte Beschäftigungseffekte hervorruft. Dies ergibt für alle zusätzlichen Investitionen die Gesamtbeschäftigungseffekte (direkte, indirekte und induzierte Effekte) (auch als Typ-II-Effekte bezeichnet), aus denen sich die induzierten Effekte ableiten lassen, und zwar indem man die direkten und indirekten Effekte (Typ-I-Effekte) (wie oben berechnet) abzieht.

Die Beschäftigungseffekte nach Geschlecht erhält man, indem man die Branchenanteile der Männer und Frauen aus den aktuellsten Beschäftigungserhebungen ansetzt. Wie bei allen Schritten in dieser Analyse gilt auch hier die Annahme,

19 Für nähere Einzelheiten zur Methodik siehe Anhang 1; für statistische Quellen und Branchendefinitionen siehe Anhang 2.

dass sich die aktuellen Anteile infolge derartiger Investitionen nicht verschieben.

Detailliertere Erläuterungen zu der für unsere Analyse verwendeten Methode finden Sie in Anhang 1. Das Referenzjahr der Input-Output-Tabellen ist 2011.

Direkte Beschäftigungseffekte

Tabelle 8 zeigt, dass Investitionen im Umfang von 2 % vom BIP in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Skaleneffekte auf jede der beiden Branchen haben würden. Dies liegt an den unterschiedlichen Produktionsniveaus jeder Branche. Wie sich in den obigen Daten zu den Gesundheitsausgaben widerspiegelt, geben Indien und Indonesien anteilsmäßig relativ wenig für ihre Gesundheitssektoren aus, sodass Investitionen von 2 % vom BIP zu einem sehr viel stärkeren Anstieg der Gesundheitsausgaben führen würden als in Costa Rica oder Deutschland, die mehr für die Gesundheit ausgeben und wo der Sektor stärker entwickelt ist.

Ein Faktor, der das Ausmaß der direkten Beschäftigungseffekte mitbestimmt, ist der direkte Bedarf an Arbeitskräften jeder Branche: die Anzahl der Arbeitskräfte, die direkt beschäftigt werden, um in dieser Branche Ergebnisse (Output) im Wert von einer Million Dollar zu produzieren. Diese wiederum ist abhängig von der Arbeitsproduktivität im Produktionsprozess dieser Branche, wobei eine niedrigere Arbeitsproduktivität (höhere Arbeitsintensität) zu einem höheren direkten Arbeitsbedarf führt. Das Lohnniveau in der Branche beeinflusst die Preise, zu denen die Produktionsergebnisse einer Branche verkauft werden, sowie indirekt ihren direkten Arbeitsbedarf, da sich mit einer Million Dollar bei niedrigeren Löhnen und daher niedrigeren Preisen mehr Produktionsergebnisse der betreffenden Branche erwerben lassen, was daher mehr Arbeitsplätze schafft. Tabelle 8 zeigt, dass der direkte Arbeitsbedarf in beiden Sektoren in China und Indien höher ist als in den anderen Ländern, und dass er in Brasilien, China, Indonesien und Deutschland im Gesundheits- und Pflegesektor höher ist als im Bausektor, in Costa Rica in beiden Sektoren ähnlich ist und in Indien und Südafrika im Gesundheits- und Pflegesektor niedriger ist als im Bausektor.

Allerdings bestimmt noch ein zweiter Faktor den Umfang der resultierenden direkten Beschäftigungseffekte: das investierte Kapital. Obwohl zur besseren Vergleichbarkeit der Ausgaben bei dieser Simulation entschieden wurde, die Auswirkungen einer Investition von 2 % vom BIP für unterschiedliche Branchen zu untersuchen, muss man anerkennen, dass die Produktionsmenge, die sich dadurch ergibt, in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausfällt. Wie hoch sie ist, hängt erstens davon ab, wie hoch das Produktivitätsniveau der Arbeitnehmer in dem Land insgesamt ist, und zweitens davon, welcher Anteil seiner Bevölkerung aktuell in einem Beschäftigungsverhältnis steht (beide Faktoren beeinflussen die Höhe des BIP). Bei Investitionen von 2 % vom BIP in einem Sektor ergibt in Ländern mit geringerer Produktivität oder geringerem aktuellen Beschäftigungsniveau (aufgrund des niedrigeren BIP) ein geringerer Anstieg des Beschäftigungsniveaus als in Ländern mit demselben direkten Arbeitsbedarf für den Sektor, aber höherer Produktivität oder einem höheren aktuellen Beschäftigungsniveau (aufgrund des höheren BIP).

Foto: AP

Tabelle 8 Produktivität- und Arbeitsintensitätsindikatoren im Baugewerbe und im Gesundheits- und Pflegebereich

	Brasilien	Costa Rica	China	Indien	Indonesien	Südafrika	Deutschland
Anfängl. direkte öffentl. Investition von 2 % BIP (in Mio. US$)	52.304	825	148.840	37.848	17.859	8.332	75.154
in % am Output des Baugewerbes	23%	19%	8%	9%	8%	18%	22%
in % am Output des Gesundheits- und Pflegebereich	36%	24%	58%	77%	98%	65%	20%
Direkter Arbeitskräftebedarf: Baugewerbe	29,5	22,0	31,4	105,9	22,5	22,8	6,6
Direkter Arbeitskräftebedarf: Gesundheits- und Pflegebereich	34,0	21,8	65,3	93,2	42,3	16,5	12,6
BIP/Arbeitskraft (US$)	26.262	24.684	9.746	4.074	8.075	31.279	90.664
BIP/Kopf (US$)	13.042	8.965	5.520	1.517	3.648	7.975	46.723

Quelle: UN Stats und Input-Output-Tabellen der OECD (vgl. Anhang 2)

Anm.: Direkter Arbeitskräftebedarf = Anzahl der direkt beschäftigten Personen für die Erwirtschaftung eines Outputs von 1 Mio. US $ in einer Branche

Tabelle 9 zeigt die direkten Beschäftigungseffekte pro Land, d. h. die Anzahl neuer Arbeitsplätze, die direkt durch gleich hohe Investitionen in der Baubranche oder der Gesundheits- und Pflegebranche geschaffen werden. Wir geben diese Zahlen für jedes Land zugleich als Prozentsatz seiner Erwerbsbevölkerung (15-64 Jahre) an, also als die Prozentpunkte, um die seine Beschäftigungsquote steigt.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern beim direkt durch Investitionen in einen Sektor bewirkten Anstieg ihrer Beschäftigungsquote spiegeln Unterschiede beim direkten Arbeitsbedarf dieses Sektors zwischen diesen Ländern und beim BIP-Niveau jedes Landes wider. Erstere werden durch das Produktivitäts- und das Lohnniveau in diesem Sektor im Vergleich zu anderen Ländern und Letzteres durch das Produktivitätsniveau des Landes und seine aktuelle Beschäftigungsquote bestimmt.[20] Innerhalb eines Landes hängt der relative Umfang der direkten Beschäftigungseffekte jedes Sektors vom direkten Arbeitsbedarf des Sektors ab, also davon, welcher Anteil der in jedem Sektor investierten Ressourcen für Arbeit aufgewendet wird und wie gut diese Arbeitnehmer bezahlt werden.

Beim Vergleich der Auswirkungen von Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor mit gleich hohen Investitionen in den Bausektor lässt sich in Tabelle 9 problemlos erkennen, dass die direkten Beschäftigungseffekte von Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor in den meisten Ländern (nicht jedoch in Indien oder Südafrika) etwas größer sind als die von Investitionen im Bausektor, und dass sie in Costa Rica gleich hoch sind. Wie bereits erläutert, folgt dies dem Muster der in der obigen Tabelle 8 dargestellten Unterschiede beim direkten Arbeitsbedarf. Der größte Unterschied zwischen beiden Branchen in Bezug auf die geschaffenen Arbeitsplätze ist in Deutschland zu verzeichnen, wo Arbeitnehmer im Gesundheits- und Pflegesektor im Durchschnitt nur 20 % mehr verdienen als im Bausektor. Dieser Unterschied zwischen den Sektoren ist geringer als in allen anderen Ländern dieser Studie (Tabelle 6), und ein größerer Anteil der Arbeitnehmer im Gesundheits- und Pflegesektor ist in der sozialen Pflege beschäftigt (Tabelle 5), wo relativ wenig Gerät und Rohstoffe benötigt werden und wo die Löhne tendenziell relativ niedrig sind (siehe De Henau et al., 2016). Dies verschafft dem Gesundheits- und Pflegesektor einen besonders hohen direkten Arbeitsbedarf und legt nahe, dass auf die soziale Pflege konzentrierte Investitionen auch in unseren anderen Ländern eine größere Beschäftigungswirksamkeit aufweisen dürften als Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor im Allgemeinen.

20 Für die Länder in dieser Studie liegen uns keine Daten zu den Arbeitsstunden vor, daher können wir anders als in der vorherigen Studie die Zahl der geschaffenen Arbeitsplätze nicht in Vollzeitarbeitsplätze umrechnen.

Tabelle 9 Direkte Beschäftigungseffekte

	Baugewerbe		Gesundheit und Pflege	
	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungs-quote (%- Punkte)	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungs-quote (%-Punkte)
Brasilien	1.545.000	1,2%	1.778.000	1,4%
Costa Rica	18.000	0,6%	18.000	0,6%
China	4.680.000	0,5%	9.717.000	1,0%
Indien	4.007.000	0,5%	3.528.000	0,5%
Indonesien	403.000	0,3%	755.000	0,5%
Südafrika	190.000	0,6%	138.000	0,4%
Deutschland	498.000	1,0%	948.000	2,0%

Quelle: eigene Berechnungen

In allen Ländern werden die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesektor besser bezahlt als im Bausektor. In Indien, Südafrika und Costa Rica sind die Löhne der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesektor relativ betrachtet besonders hoch (siehe Tabelle 6): Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegesektor verdienen hier mehr als doppelt so viel wie Arbeitnehmer im Bausektor. Zugleich sind wie zu erwarten in diesen Ländern die direkten Beschäftigungseffekte von Investitionen in Gesundheit und Pflege niedriger oder zumindest nicht höher als die von Investitionen im Bausektor. Andererseits sind in Brasilien, China und Indonesien die direkten Beschäftigungseffekte von Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor größer als die von Investitionen im Bausektor, obwohl Ersterer höhere Löhne zahlt. Dies liegt daran, dass in diesen Ländern die Arbeitsintensität im Gesundheits- und Pflegesektor dessen höheres Lohnniveau mehr als aufwiegt, woraus sich ein höherer direkter Arbeitsbedarf ergibt als im Bausektor (siehe Tabelle 8). Die Auswirkungen wären sogar noch größer, wenn die neuen Investitionen auf den Ausbau der sozialen Pflege konzentriert würden, was noch stärkere direkte Beschäftigungseffekte erzeugen würde.

Indien sticht heraus, weil es im Vergleich zu den anderen Ländern einen relativ hohen direkten Arbeitsbedarf sowohl im Bau- als auch im Gesundheitssektor, aber auch relativ schwache direkte Beschäftigungseffekte in beiden Sektoren aufweist. Dies ist hauptsächlich durch Indiens im Vergleich zu anderen Ländern niedrige Beschäftigungs- und Produktivitätsquoten in der Gesamtwirtschaft bedingt (siehe Tabelle 8), die zur Folge haben, dass der investierte Betrag (2 % vom BIP) vergleichsweise niedrig ist, sodass im Verhältnis zur Bevölkerungszahl vergleichsweise wenige Arbeitsplätze geschaffen werden. In Indonesien bewirkt eine Kombination von relativ niedrigem direkten Arbeitsbedarf in beiden Sektoren und niedrigen Beschäftigungs- und Produktivitätsquoten in der Volkswirtschaft insgesamt, die den investierten Betrag verringert, dass die direkten Auswirkungen auf die Beschäftigungsquote ebenfalls niedriger sind als in anderen Ländern, insbesondere im Bausektor.

Tabelle 10 zeigt, dass sich die geschlechtsspezifischen direkten Beschäftigungseffekte von Investitionen in beiden Branchen stark unterscheiden. Beide weisen eine starke Geschlechtertrennung auf, insbesondere der Bausektor. Infolgedessen würden in allen Ländern außer Südafrika (29,6 %) deutlich weniger als 20 % der direkt geschaffenen Arbeitsplätze im Bausektor an Frauen gehen. In Brasilien, Costa Rica und Indonesien wären es 5 % oder weniger. Zu beachten ist dabei allerdings, dass unsere Simulation davon ausgeht, dass die geringe Vertretung von Frauen im Bausektor im Verlauf der Ausweitung der Investitionen in diesen Sektor nicht infrage gestellt wird (siehe Anhang 1). Eine Regierung, die bemüht ist, die geschlechtsbedingte Ungleichheit zu verringern, könnte im Rahmen derartiger Investitionen versuchen, eine größere Anzahl an Frauen zur Aufnahme einer Arbeit im Bausektor zu bewegen. Ohne erfolgreiche Maßnahmen dieser Art würde das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern für die Volkswirtschaft als Ganze bei Investitionen in den Bausektor zunehmen. Dies ist aus Tabelle 10 ersichtlich, wo die Investitionen im Bausektor unmittelbar zu einem Anstieg der Beschäftigungsquote von Männern um 0,5 bis 2,3 Prozentpunkte führen, während für Frauen lediglich ein direkter Anstieg von 0,1 bis 0,3 Prozentpunkten zu erwarten ist.

Tabelle 10 Geschlechtsspezifische direkte Beschäftigungseffekte

	Baugewerbe			Gesundheit und Pflege		
	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäfti-gungs-quote bei Frauen (%- Punkte)	Anstieg der Beschäfti-gungs-quote bei Männern (%- Punkte)	Anteil der von Frauen besetzten geschaffe-nen Arbeits-plätze	Anstieg der Beschäfti-gungs-quote bei Frauen (%- Punkte)	Anstieg der Beschäfti-gungs-quote bei Männer (%- Punkte)
Brasilien	3,5%	0,1%	2,3%	74,2%	2,0%	0,7%
Costa Rica	5,0%	0,1%	1,2%	62,1%	0,7%	0,5%
China	14,4%	0,1%	0,8%	59,8%	1,2%	0,8%
Indien	15,9%	0,2%	0,9%	42,6%	0,4%	0,5%
Indonesien	2,9%	0,0%	0,5%	63,3%	0,6%	0,4%
Südafrika	29,6%	0,3%	0,8%	61,4%	0,5%	0,3%
Deutschland	12,8%	0,3%	1,8%	77,0%	3,0%	0,9%

Quelle: eigene Berechnungen

Die Gesundheits- und Pflegebranche weist ebenfalls eine starke Geschlechtertrennung auf, aber in allen Ländern mit Ausnahme Indiens in der anderen Richtung. In Indien sind im Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt geringfügig mehr Männer als Frauen beschäftigt (siehe Tabellen 4 und 5). Von Indien abgesehen würden die direkten Effekte von Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor daher das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern für die Volkswirtschaft als Ganze verringern, indem sie die Beschäftigungsquote der Frauen um zwischen 0,5 und 3,0 Prozentpunkte steigern würden, die der Männer jedoch nur um zwischen 0,3 und 0,9 Prozentpunkte. Allerdings wäre in fast allen Ländern der Anstieg bei den Männern infolge von Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor noch immer höher als der Anstieg bei den Frauen bei Investitionen in den Bausektor. Würden die Investitionen im Bereich der sozialen Pflege erfolgen, wäre vermutlich nicht nur die Zahl der direkt geschaffenen Arbeitsplätze insgesamt höher, sondern auch der Anteil, der an Frauen ginge.[21]

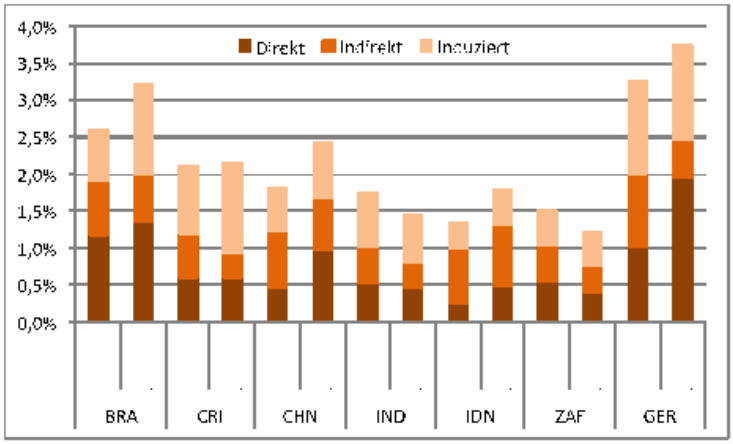
Gesamtbeschäftigungseffekte, die auf indirekte und induzierte Effekte zurückzuführen sind

Investitionen in eine beliebige Branche schaffen zusätzliche indirekte Beschäftigungseffekte, da die Nachfrage nach den Produkten ihrer Lieferanten steigt. Derartige Nachfrage- und Beschäftigungseffekte wirken die Versorgungskette entlang fort und rufen indirekte Beschäftigungseffekte in vielen Branchen hervor (darunter auch in der Branche, in der die ursprünglichen Investitionen getätigt wurden).

Neben den indirekten Effekten ergeben sich außerdem induzierte Beschäftigungseffekte, da durch die zusätzliche Beschäftigung zusätzliche Haushaltseinkommen geschaffen werden. Ein Teil dieser Einkommen wird ausgegeben und sorgt für einen Nachfrageanstieg innerhalb der Volkswirtschaft, der Arbeitsplätze in den Sektoren schafft, in denen die Haushalte ihr Einkommen ausgeben.

Zählt man diese beiden Effekte zu den direkten Effekten hinzu, erhält man ein Bild der Gesamtbeschäftigungseffekte so wie in Abb. 1 unten dargestellt. Diese Gesamtbeschäftigungseffekte sind wichtig, um zu verstehen, wie Investitionen zur Schaffung von Arbeitsplätzen genutzt werden können.

Abbildung 1 Beitrag der direkten, indirekten und induzierten Effekte am Anstieg der Beschäftigungsquote nach Branche und Land



Quelle: eigene Berechnungen

21Dies gilt insbesondere für Costa Rica und Indien. Tabelle 5 zeigt, dass der Anteil in der sozialen Pflege beschäftigter Frauen in diesen beiden Ländern sehr viel höher (und in Brasilien und Südafrika geringfügig höher) ist.

Die indirekten Beschäftigungseffekte sind in den in dieser Studie betrachteten Ländern im Verhältnis zu den direkten Effekten größer als in der früheren Studie (für Einzelheiten siehe Anhang 3, Tabellen A.1 und A.2). Dies war zu erwarten, da diese Studie den Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt und nicht den sozialen Pflegesektor allein betrachtet; die Krankenversorgung nutzt zusätzlich zur Arbeit viele weitere Vorleistungen (Input) und schafft daher entlang der Versorgungskette eine Nachfrage nach diesen Vorleistungen. Wir können nur spekulieren, dass das niedrigere Verhältnis direkter Beschäftigungseffekte zu indirekten Beschäftigungseffekten in der Baubranche im Vergleich zur früheren Studie durch eine stärkere Untererfassung der direkten Beschäftigung in Volkswirtschaften, in denen die informelle Beschäftigung eine große Rolle spielt (siehe Tabelle 3), und/oder durch eine weniger integrierte Versorgungskette in Volkswirtschaften, in denen es viele Selbstständige gibt (siehe Tabelle 2), bedingt sein könnte. Dasselbe könnte auch für den Gesundheits- und Pflegesektor gelten.

Abb. 1 zeigt außerdem den Beitrag der induzierten Effekte. Man beachte, dass diese Effekte kontroverser sind und dass einige nationale Statistikämter sie nicht berechnen. Wir haben sie hier aufgenommen, weil sie sich, wenn sie berechnet werden, häufig als erheblich erweisen, aber sie sind hier mit dem Vorbehalt angegeben, dass ihre Größenordnung nur als Anhaltswert zu betrachten ist.[22]

Tabelle 11 zeigt die Gesamtbeschäftigungseffekte durch Summierung der durch die direkten, indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte geschaffenen Arbeitsplätze.

Man sieht, dass in den meisten Ländern die Gesamtzahl der durch Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor geschaffenen Arbeitsplätze höher ist als die durch entsprechende Investitionen im Bausektor. Nur in Indien und Südafrika werden durch Investitionen im Bausektor geringfügig mehr Arbeitsplätze geschaffen. Aus den in der obigen Diskussion der direkten Effekte genannten Gründen würde durch die Lenkung der Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor speziell auf den Bereich der sozialen Pflege vermutlich mehr direkte Beschäftigung geschaffen, sodass noch größere Gesamtbeschäftigungseffekte erzeugt würden. Dies legt nahe, dass, wenn Investitionsprojekte zum Zwecke der Beschäftigungsankurbelung in Betracht gezogen werden, neben Investitionen in den traditionell bevorzugten Bausektor auch Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor und insbesondere in die soziale Pflege erwogen werden sollten.

Tabelle 11 Gesamte Beschäftigungseffekte

	Baugewerbe		Gesundheit und Pflege	
	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote (%- Punkte)	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote (% Punkte)
Brasilien	3.394.000	2,6%	4.198.600	3,2%
Costa Rica	61.500	2,1%	62.900	2,2%
China	17.884.300	1,8%	23.954.500	2,4%
Indien	13.466.400	1,8%	11.028.300	1,4%
Indonesien	2.105.200	1,3%	2.799.300	1,8%
Südafrika	511.000	1,5%	414.300	1,2%
Deutschland	1.581.600	3,3%	1.813.900	3,7%

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 12 zeigt, dass die Gesamtbeschäftigungseffekte im Bau in allen Ländern die Beschäftigung von Männern begünstigen. In Brasilien, China und Deutschland würden Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor das Geschlechtergefälle bei der Beschäftigung verringern, da sie die Beschäftigungsquote der Frauen stärker steigern würden als die der Männer. In den anderen Ländern schaffen Investitionen in die Gesundheits- und Pflegesektoren insgesamt mehr Arbeitsplätze für Männer als für Frauen. Dies liegt daran, dass die direkten Effekte der Investitionen in Gesundheit und Pflege zwar mehr Arbeitsplätze für Frauen schaffen, die indirekten und induzierten Effekte jedoch (bedingt durch das niedrige Beschäftigungs-

22 Die induzierten Effekte (so wie hier berechnet) sind einfach proportional zur gesamten zusätzlichen Lohnsumme, die sich durch die direkten und indirekten Beschäftigungseffekte ergibt. Der einzige Unterschied bei den induzierten Effekten, den wir mit unserer Methodik erfassen können, ist der der Größenordnung. Für genauere Zahlen zu den induzierten Beschäftigungseffekten siehe Anhang 3, Tabellen A.3 und A.4.

niveau von Frauen in anderen Sektoren) die Männer begünstigen. Allerdings ist die Zahl der für Frauen geschaffenen Arbeitsplätze bei Investitionen in Gesundheit und Pflege in allen Ländern größer als die bei Investitionen im Bau. Und während die Zahl der durch Investitionen im Bau für Männer geschaffenen Arbeitsplätze normalerweise größer ist, ist der Unterschied nicht immer groß. In China und Indonesien ist die Zahl der durch Investitionen im Gesundheits- und Pflegesektor für Männer geschaffenen Arbeitsplätze sogar geringfügig höher als die Zahl der für Männer durch Investitionen im Bau geschaffenen Arbeitsplätze.

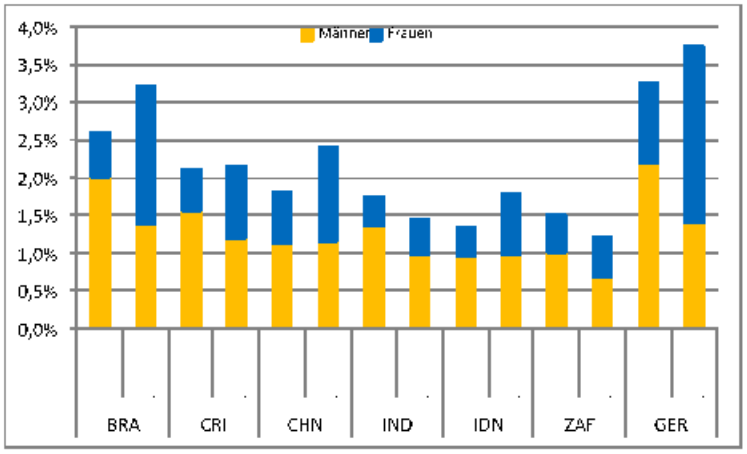
Tabelle 12 Geschlechtsspezifische Beschäftigungseffekte insgesamt

	Baugewerbe			Gesundheit und Pflege		
	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%- Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Männern (%- Punkte)	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%- Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Männern (%- Punkte)
Brasilien	22,5%	1,1%	4,1%	56,8%	3,6%	2,8%
Costa Rica	25,5%	1,0%	3,2%	44,0%	1,8%	2,5%
China	36,8%	1,4%	2,2%	51,5%	2,5%	2,3%
Indien	22,3%	0,8%	2,7%	32,5%	1,0%	1,9%
Indonesien	29,0%	0,8%	1,9%	44,9%	1,6%	2,0%
Südafrika	32,2%	0,9%	2,1%	43,4%	1,0%	1,4%
Deutschland	32,8%	2,1%	4,4%	62,6%	4,6%	2,8%

Quelle: eigene Berechnungen

Abb. 2 illustriert diese Ergebnisse, indem sie die Beiträge zum Anstieg der Gesamtbeschäftigungsquoten nach Geschlecht anzeigt. Man sieht, dass die Beschäftigung von Frauen deutlich stärker zunimmt, wenn die Investitionen auf Gesundheit und Pflege ausgerichtet werden. Jedoch steigt die Beschäftigung bei Männern durch Investitionen in Gesundheit und Pflege ebenfalls erheblich, manchmal fast genauso stark wie durch Investitionen im Bausektor.

Abbildung 2 Beitrag der Beschäftigung von Männern und Frauen zum Anstieg der Beschäftigungsquoten nach Branche und Land



Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 13 zeigt, wie groß das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern in jedem Land ist und wie stark es durch jede Art von Investitionen verringert oder erhöht würde.

Tabelle 13 Geschlechtsspezifisches Beschäftigungsgefälle und Auswirkungen darauf durch die Investition von 2% des BIP im Baugewerbe und im Gesundheits- und Pflegebereich

		Baugewerbe		Gesundheit und Pflege	
	bestehendes geschl.spez. Beschäftigungs-gefälle	Änderung in % beim geschl. spez. Beschäftigungs-gefälle	Anteil an bestehendem geschl. spez. Beschäftigungs-gefälle	Änderung in % beim geschl. spez. Beschäftigungs-gefälle	Anteil an bestehendem geschl.spez. Beschäftigungs-gefälle
Brasilien	21,5%	3,0%	14%	-0,7%	-3%
Costa Rica	36,0%	2,2%	6%	0,6%	2%
China	14,0%	0,9%	6%	-0,2%	-2%
Indien	41,7%	1,8%	4%	0,9%	2%
Indonesien	30,0%	1,1%	4%	0,3%	1%
Südafrika	11,7%	1,2%	10%	0,4%	3%
Deutschland	9,8%	2,3%	24%	-1,8%	-18%

Quelle: eigene Berechnungen

Investitionen im Bausektor vergrößern das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern in allen Ländern. Jedoch verringern Investitionen in Gesundheit und Pflege das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern in Brasilien, China und Deutschland und steigern es in Costa Rica, Indien, Indonesien und Südafrika weniger als Investitionen im Bausektor. Aus den oben genannten Gründen ist es wahrscheinlich, dass mehr Länder eine Verringerung des Beschäftigungsgefälles zwischen den Geschlechtern aufweisen würden, wenn Investitionen in Gesundheit und Pflege speziell auf den Bereich der sozialen Pflege ausgerichtet würden. Aus diesem Grund ist auch die in Tabelle 15 dargestellte Verringerung des Beschäftigungsgefälles in Deutschland so viel größer: Nur in Deutschland entfällt derzeit ein erheblicher Anteil des Gesundheits- und Pflegesektors auf die soziale Pflege.

Costa Rica und Indien sind gute Beispiele hierfür, da der Anteil der Frauen, die im Gesundheitssektor arbeiten, dort viel niedriger ist als der jener, die in der sozialen Pflege arbeiten (Tabelle 5). Obwohl es nicht möglich ist, den Gesamtbeschäftigungseffekt von Investitionen in die soziale Pflege anhand der verfügbaren Daten konkret einzuschätzen, können wir einige Schätzungen in Bezug auf den Unterschied anstellen, der sich für die Geschlechteranteile ergeben würde, wenn Investitionen in den Gesundheits- und Pflegesektor in den Bereich der sozialen Pflege gelenkt würden.

Hierzu nehmen wir an, dass der direkte Arbeitsbedarf und alle verwendeten Vorleistungen im gesamten Gesundheits- und Pflegesektor gleich sind, sodass die Gesamtzahl der durch Investitionen in den Sektor geschaffenen Arbeitsplätze nicht danach variiert, wohin diese Investitionen ausgerichtet sind.[23]

Um dann die Aufschlüsselung dieser Arbeitsplätze nach Geschlecht einzuschätzen, setzen wir den Anteil der Frauen an, die in der sozialen Pflege statt im Gesundheits- und Pflegesektor insgesamt beschäftigt sind. Der direkte Beschäftigungseffekt wäre nun für Frauen größer: 69 % der direkt geschaffenen Arbeitsplätze in Indien würden an Frauen gehen (statt 42,5 %), und 80 % in Costa Rica (statt 62 %) (siehe Tabelle 10). Was die indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte angeht, so wird davon ausgegangen, dass diese konstant bleiben. Sie mildern die ausgleichende Wirkung auf das Gefälle zwischen den Geschlechtern bei der bezahlten Gesamtbeschäftigung in den untersuchten Ländern ab. Trotzdem verstärkt sich bei Berücksichtigung des geschlechtsspezifischen direkten Beschäftigungseffekts von Investitionen in die soziale Pflege statt in Gesundheit und Pflege insgesamt der geschlechtsspezifische Gesamtbeschäftigungseffekt (siehe Tabelle 12): Der Anteil der Frauen, die die neu geschaffenen Arbeitsplätze einnehmen, erhöht sich in Costa Rica von 44 % auf 50 % und in Indien von 32 % auf 41 %.

23 Dies ist unzweifelhaft eine zu niedrige Schätzung des direkten Arbeitsbedarfs, weil die Löhne in der sozialen Pflege im Allgemeinen niedriger sind als in der Krankenversorgung, sodass ein höherer direkter Arbeitsbedarf zu erwarten ist. Dies könnte jedoch möglicherweise durch eine geringere Anzahl geschaffener indirekter Arbeitsplätze ausgeglichen werden.

Allerdings wird noch ein weiterer Effekt mit ausgleichender Wirkung in diese Analyse nicht modelliert: die Auswirkungen der Investitionen selbst auf die Chancen von Frauen auf dem Arbeitsmarkt. Hier sollte man die Angebotsseite des Arbeitsmarktes betrachten und insbesondere, wie Investitionen in Pflegedienste für Frauen als primäre Pflegepersonen (durch Ersetzung der von ihnen geleisteten unbezahlten Arbeit) die Barrieren für die Aufnahme einer bezahlten Beschäftigung abbauen können. Wenn dies in unsere empirische Analyse einginge, würden wir erwarten, dass die neu geschaffenen Arbeitsplätze (im Gesundheits- und Pflegesektor, aber insbesondere andernorts in der Volkswirtschaft) zu einem größeren Anteil von Frauen eingenommen würden als in dieser aktuellen Simulation angenommen, sodass die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern auf eine Weise zusätzlich reduziert würden, wie sie das bei Investitionen im Bau nicht würden.

Diese Ergebnisse lassen ganz klar eine Notwendigkeit erkennen, die Auswirkungen von Investitionsimpulsen auf die Gleichheit zwischen den Geschlechtern bei der Beschäftigung zu bewerten, gleichgültig, ob diese Impulse primär auf die Schaffung von Arbeitsplätzen oder auf andere Zwecke abzielen. Insbesondere die stärker traditionellen Formen von Investitionsimpulsen, wie sie tendenziell im Bau vorliegen, können das Beschäftigungsgefälle zwischen den Geschlechtern beträchtlich verstärken. In jedem Fall wären zur Abmilderung dieser Effekte erfolgreiche Bemühungen erforderlich, die männliche Dominanz bei den Lieferanten des Bausektors sowie in der Baubranche selbst zu bekämpfen.

Diese Analyse untergräbt nicht per se das Argument für Investitionen in den Bausektor. Sie argumentiert vielmehr, dass, da durch Investitionen in Gesundheit und Pflege bei vergleichbaren oder größeren Gesamtbeschäftigungsimpulsen bessere Auswirkungen in Bezug auf die Ungleichheiten bei der Beschäftigung erzielt würden, Investitionsentscheidungen nicht nur die Beschäftigungseffekte, sondern auch den weiteren Nutzen jeder Investition für die Gesellschaft berücksichtigen sollten. Die Analyse zeigt eindeutig, dass Investitionen in die physische Infrastruktur nicht die einzige Möglichkeit sind, um die Beschäftigung anzukurbeln.

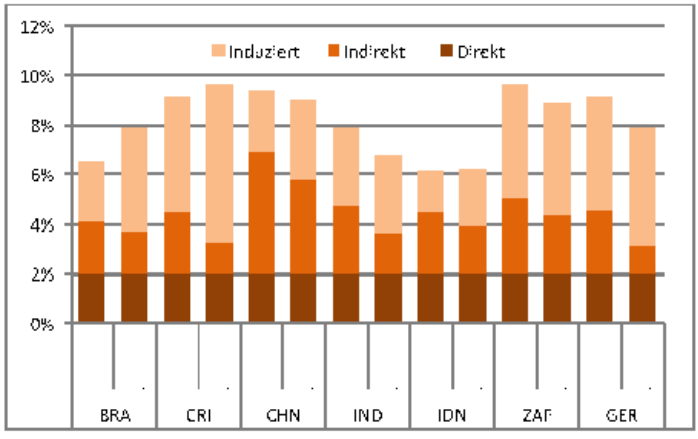
Der direkte gesellschaftliche Nutzen von Investitionen in Gesundheit und Pflege selbst, und insbesondere in die soziale Pflege, wird an anderer Stelle in diesem Bericht betrachtet. Er bietet schon allein starke Argumente für derartige Investitionen. Doch auch die Beschäftigungseffekte sind beträchtlich, und ihre Auswirkungen auf die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern stützen jene Argumente, zumindest im Vergleich zu traditionelleren Formen von Beschäftigungsimpulsen. Damit Investitionen in die physische Infrastruktur gerechtfertigt sind, sollten sie das auch im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Ergebnisse sein, und ihre negativen Auswirkungen auf die Gleichheit zwischen den Geschlechtern sollten dann durch andere Arten von Investitionen abgemildert werden. Was die Schaffung von Arbeitsplätzen und ihre Auswirkungen auf die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern angeht, so sind Investitionen in die Pflege tendenziell effektiver.

Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum

Nicht nur die Auswirkungen auf die Beschäftigung sind der Analyse wert, sondern auch die Gesamtauswirkungen auf das BIP, d. h. der Multiplikatoreffekt in Bezug auf die Produktion (Output), der durch die auf eine Investition in Höhe von 2 % vom BIP folgende zusätzliche indirekte und induzierte Nachfrage bedingt ist.

Abb. 3 zeigt uneinheitliche Ergebnisse. Investitionen in Gesundheit und Pflege bewirken in China, Indien, Südafrika und Deutschland geringere Multiplikatoreffekte in Bezug auf die Produktionsergebnisse als entsprechende Investitionen im Bau, in Brasilien, Costa Rica und Indonesien jedoch größere. In allen Ländern sind die indirekten Effekte aus den oben genannten Gründen im Bau größer als im Gesundheits- und Pflegesektor. Umgekehrt jedoch ist das bei der induzierten Nachfrage, was teilweise daran liegt, dass das Lohnniveau (in Ländern mit relativ großen direkten Effekten) im Gesundheitswesen höher ist als im Bausektor. Insgesamt bringen Investitionen in beide Sektoren Multiplikatoren zwischen knapp über 3 in Indonesien und fast 5 in Costa Rica (für den Gesundheits- und Pflegesektor) und Südafrika (für den Bausektor) hervor.

Abbildung 3 direkte, indirekte und induzierte Effekte auf das BIP



Quelle: eigene Berechnungen

Fazit

Dieser Bericht hat Argumente dafür vorgelegt, dass eine Politik, die wirksam zu Wirtschaftswachstum und Beschäftigung beiträgt, mit hoher Wahrscheinlichkeit öffentliche Investitionen in die Infrastruktur mit umfasst. Jedoch ist es nötig, die Infrastruktur von einer breiteren Perspektive aus zu betrachten als sie normalerweise in Darstellungen keynesianischer Interventionspläne angelegt wird. Die soziale Infrastruktur – die Aktivitäten, die die Krankenpflege, Bildung, Kinderbetreuung und Langzeitpflege von Erwachsenen gewährleisten – ist lebenswichtig, um die Produktionskapazität einer Volkswirtschaft aufrechtzuerhalten und auszuweiten, und sie ist unverzichtbar, um die Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern. Das aktuelle Niveau öffentlicher Investitionen in derartige Dienstleistungen in den in diesem Bericht untersuchten Ländern, insbesondere in Gesundheit und Pflege, hinkt dem der OECD-Länder noch immer hinterher.

Unsere Simulationen haben gezeigt, dass die Investition eines Betrags in Höhe von 2 % vom BIP entweder in die Gesundheits- und Pflegebranche oder in die Baubranche kurzfristig erhebliche positive Beschäftigungs- und Produktionseffekte hervorruft. Unterschiede zwischen Ländern bei der Größenordnung dieser Effekte waren mit Unterschieden beim Produktivitätsniveau und der Struktur der betreffenden Volkswirtschaften verknüpft. Investitionen in Gesundheit und Pflege produzieren größere Gesamtbeschäftigungseffekte in Brasilien, China und Indonesien sowie, in geringerem Umfang, in Costa Rica. In Südafrika und Indien produzieren derartige Investitionen etwas geringere Beschäftigungseffekte als vergleichbare Investitionen im Bausektor. Jedoch werden in allen Ländern mit Ausnahme Indiens mehr Arbeitsplätze für Frauen geschaffen als für Männer, wenn die Investitionen in Gesundheits- und Pflegeaktivitäten getätigt werden, was die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern bei der Beschäftigung reduziert.

Die Daten ermöglichen keine spezifische Ableitung der Beschäftigungseffekte aus Investitionen in die soziale Pflege (Kinderbetreuung und Langzeitpflege). Doch zeigen die Ergebnisse, dass angesichts niedrigerer Lohnniveaus und einer stärkeren weiblichen Präsenz in der sozialen Pflege als in den Gesundheitsdiensten zu erwarten ist, dass die direkten Beschäftigungseffekte vermutlich etwas größer sind als bei Investitionen in die Gesundheits- und Pflegebranche insgesamt. Allerdings erfordert die soziale Pflege weniger Vorleistungen (Input), und die Arbeitnehmer in diesem Sektor verdienen tendenziell weniger, sodass die Auswirkungen auf die indirekte und induzierte Nachfrage weniger eindeutig sind. Falls allerdings das in unserer früheren Studie in Ländern höheren Einkommens beobachtete Muster auch hier anwendbar wäre, wären die Auswirkungen auf die Gesamtbeschäftigung bei Investitionen speziell in die soziale Pflege tatsächlich größer.

Diese Simulation hat Länder vergleichbar gemacht, indem ein ähnlicher Anteil des BIP jedes Landes in jeweils einen der beiden Sektoren investiert wurde. Eine andere Art von Vergleichbarkeit ließe sich untersuchen, indem man die Auswirkungen einschätzt, die es hätte, das Ausgabeniveau für Gesundheit und Pflege dem der höher entwickelten Länder anzupassen. So zeigt Tabelle 1, die Deutschland als Vergleichsmaßstab nutzt, dass die zusätzlichen Investitionen in die Gesundheit, die als Prozentsatz vom BIP erforderlich wären, um mit Deutschlands 11 % gleichzuziehen, zwischen 2 % in Costa Rica (der in der Simulation angesetzte Wert), 2,5 % in Südafrika, 3 % in Brasilien, 6 % in China, 6,5 % in Indien und 8 % in Indonesien (das Vierfache des in diesem Bericht angesetzten Simulationswertes) betragen. Die Beschäftigungseffekte in Indien und Indonesien würden dann ansprechend höher ausfallen. Weil die aktuellen Ausgaben- und Beschäftigungsniveaus in Gesundheit und Pflege nur einen Zugang zu preiswerten und qualitativ hochwertigen Kranken- und sozialen Pflegeleistungen erlauben, der deutlich hinter dem der OECD-Länder mit hohem Einkommen zurückbleibt, lässt sich problemlos argumentieren, dass man nicht nur in lebenswichtige Verbesserungen der physischen Infrastruktur wie etwa sauberes Wasser, Kanalisationssysteme und Transporteinrichtungen für abgelegene Gemeinwesen, sondern auch in derartige Dienste investieren sollte.

Zudem werden Investitionen in Pflegedienste mit größerer Wahrscheinlichkeit die Barrieren für die Beschäftigung von Frauen verringern und somit deren Arbeitskräfteangebot insgesamt erhöhen. Wenn mehr Frauen die neuen Arbeits-

plätze annehmen – insbesondere solche Arbeitsplätze, die in anderen Sektoren durch indirekte und induzierte Effekte geschaffen werden –, wäre der ausgleichende Effekt von Investitionen in die Pflege ausgeprägter als gegenwärtig in unseren Simulationen zu beobachten. Dies gilt besonders für Länder wie Indien, Costa Rica und Indonesien, in denen das Beschäftigungsgefälle hoch ist.

Letztlich muss das Argument lauten, dass die Vorteile von Investitionen sowohl in die soziale Infrastruktur als auch in eine nachhaltige, umweltfreundliche physische Infrastruktur über ihre wirtschaftlichen Auswirkungen und Beschäftigungseffekte hinausreichen. Die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenversorgung und sozialen Pflege ist ein Merkmal einer zivilisierten und gesunden Gesellschaft, und dies ist per se eine ausreichende Begründung, um sich für öffentliche Investitionen in qualitativ hochwertige Pflegedienste auszusprechen. Zudem sind sowohl Investitionen in Pflegeleistungen als auch in Bauprojekte, die Erneuerbarkeits- und Umweltkriterien erfüllen, lebenswichtige Schritte dabei, Gesellschaften zur Nachhaltigkeit zu befähigen. Beide Arten von Investitionen sollten zusammen betrachtet werden. Dieser Bericht legt nahe, dass die dringende Notwendigkeit, Lücken im Bereich der Gesundheit und Pflege zu schließen und Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in Angriff zu nehmen, Investitionen in die soziale Infrastruktur zu einer Priorität macht. Die Ergebnisse dieser Analyse und anderer Studien zeigen, dass Investitionen in die physische Infrastruktur als wirksame Alternative zu Austerität und strukturellen Anpassungen nicht als die einzige Form von Investition präsentiert werden können, die Beschäftigung und Wirtschaftsaktivität ankurbeln würde.

Referenzen

Acciari, L. (in Kürze erscheinend), 'Domestic workers' mobilisations in Brasilien and the struggle for labour rights', Dissertation, London: London School of Economics.

Ahmed, S. (2002), 'Mainstreaming Gender Equity in Water Management: Institutions, Policy and Practice in Gujarat, India', in *Natural Resources Management and Gender: A Global Source Book*. KIT (Royal Tropical Institute), the Netherlands, S. 33-43.

Antonopoulos, R., Adam, S., Kim, K., Masterson, T., Papadimitriou,T. (2014), 'Responding to the Unemployment Challenge: A Job Guarantee Proposal for Greece'. Levy Institute Research Report. Verfügbar unter: http://www.levyinstitute.org/publications/responding-to-the-unemployment-challenge-a-job-guarantee-proposal-for-greece

De Henau, J., Himmelweit, S., Lapniewska, Z., Perrons, D. (2016) 'Investing in the care Economy. A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries', Bericht der Women's Budget Group für den Internationalen Gewerkschaftsbund, Brüssel, März 2016. Verfügbar unter: http://www.ituc-csi.org/CareJobs

Elson, D. and Fontana, M. (2014), 'Public provision on water provision and early childhood education and care: do they reduce or redistribute unpaid work?', *Gender and Development*, 22 (3): 459-474

Engles, Z. (2011), 'Costa Rica Balancing Act. Social welfare programs and Neoliberal Reforms', *Claremont Journal of International Affairs*. Verfügbar unter: https://claremontjfa.wordpress.com/2011/08/05/costa-rica%E2%80%99s-balancing-act-social-welfare-programs-and-neoliberal-policies/

Huang, S. (2016), 'Investigating resistances in China's transition from the One Child Policy to the Universal Two-Child Policy', MSc Dissertation, Gender Institute, London School of Economics.

Gideon, J. (2016), 'Migration and health in a Chinese Context: examining linkages through a gender lens'. In J. Gideon (eds) *International Handbook on Gender and Health*, Cheltenham: Edward Elgar.

Gretton, P. (2013), 'On input-output tables: uses and abuses', Australian Productivity Commission Staff Research Note [online] http://www.pc.gov.au/research/completed/input-output-tables (Stand: 04.08.2015)

IMF (2016), *South Africa Labour market Dynamics and Inequality*, WP/16/137 written by R. Anand., Kuthari,S. and Kumar, N. Verfügbar unter: https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=44078.0

Kabeer, N., Assaad,R., Darkwah, A., Mahmud, S., Sholkamy, H., Tasneem, S. and Tsikata, D. (2013), *Paid work, women's empowerment and inclusive growth: Transforming the structures of constraint*, New York: UN Women. Verfügbar unter: http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2013/1/paid-work-womens-empowerment-and-inclusive-growth#sthash.yswRQMsB.dpuf

Keynes, J M. (1936), *The General Theory of Employment, Interest and Money, Book III, The Propensity to Consume, Chapter 10: The Marginal Propensity to Consume and the Multiplier.* In The Collected Writings of John Maynard Keynes Volume VII, London: MacMillan St Martin's Press

Keynes, J M (1937), The Collected Writing Volume XXI. Activities 1931-39. World Crises and Polices in Britain and America p. 390 (edited Donald Moggridge, Cambridge: Macmillan and Cambridge University Press.

Paes de Barros, R., Olinto, P., Lunde, T. and Carvalho, M. (2011), 'The Impact of Access to Free Childcare on Women's Labor Market Outcomes: Evidence from a Randomized Trial in Low-income Neighborhoods of Rio de Janeiro', paper prepared for the 2011 World Bank Economists' Forum, March 2011.

Paim, J., Travassos, C. A., Ligia B., Macinko, J. (2011), 'The Brazilian health system: history, advances, and challenges', Lancet, May: 1778-1797

Reuters (2016), 'Brazil's unemployment rate hits 4-year high as recession bites', July 29th. Verfügbar unter: http://www.cnbc.com/2016/07/29/Brasilien s-unemployment-rate-hits-4-year-high-as-recession-bites.html

Sauma, P. (2012), 'Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica', United Nations, CEPAL, División de Asuntos de Género, Santiago de Chile.

Scheil-Adlung, X. (2015), 'Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries', ESS Working Paper 50, International Labour office, Geneva.

Scottish Government (2015), Input-Output Methodology Guide [online], verfügbar unter: http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/MultiplierMethodology (Stand 04.07.2016)

Skidelsky, R. and Martin. F., (2012), 'Printing money and tax cuts aren't enough. We need real investment', *New Statesman*, March 1, London. Verfügbar unter: http://www.newstatesman.com/economy/2012/03/investment-government-policy

Smith, A. (1776), *The Wealth of Nations*, Volume 2 Book 5 Chapter 1, (1976 edition) Chicago: University Press.

Tcheineva, P. (2012), 'What Do Poor Women Want? Public Employment or Cash Transfers? Lessons from Argentina', Levy Institute Working Paper 705.Verfügbar unter: http://www.levyinstitute.org/publications/what-do-poor-Frauen-want-public-employment-or-cash-transfers

United Nations (2016), Sustainable Development Goals. Verfügbar unter: https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300

UNAIDS (2016), HIV indicators, [online] http://aidsinfo.unaids.org/

World Bank (2012), World Development Report. Gender equality and development. Verfügbar unter: http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2012/0,,contentMDK:23004468~pagePK:64167689~piPK:64167673~theSitePK:7778063,00.html

World Bank (2016), Databank Popular Indicators. Verfügbar unter: http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=SI.POV.GINI&id=af3ce82b&report_name=Popular_indicators&popular type=series&ispopular=y

World Health Organization (WHO) (2016), Global Health Observatory data repository [online] (verfügbar unter http://apps.who.int/gho/data/node.home, Stand 13.07.2016)

Anhang 1: Simulationsmethodik

Allgemeine Methodik

Diese Analyse verwendet offizielle Input-Output-Tabellen, die von den nationalen Statistikämtern erstellt werden, um die Gesamtbeschäftigungseffekte zusätzlicher Nachfrage zu berechnen, die – beispielsweise durch staatliche Ausgaben – für die Produkte einer bestimmten Branche erzeugt wird. Die dabei zum Einsatz kommende Methodik ist bekannt. In dieser Analyse haben wir uns eng an die vom Statistikbüro der schottischen Regierung verwendeten Methoden gehalten (siehe Schottische Regierung (2015), nachstehend als die „schottischen Hinweise zur Methodik“ bezeichnet).

Die unterschiedlichen Wege, auf denen Arbeitsplätze geschaffen werden, sind darin wie folgt erläutert (hier die Übersetzung):

Wenn es einen Anstieg bei der Endnachfrage nach einem bestimmten Produkt gibt, können wir davon ausgehen, dass es eine Zunahme der Produktion dieses Produktes geben wird, da die Hersteller reagieren, um die gestiegene Nachfrage zu erfüllen; dies ist der **direkte Effekt**. Wenn diese Hersteller ihre Produktionsleistung steigern, gibt es zudem einen Anstieg der Nachfrage bei ihren Lieferanten usw. die Versorgungskette hinab; dies ist der **indirekte Effekt** (auch als Typ-I-Effekt bezeichnet). Infolge der direkten und indirekten Effekte kommt es innerhalb der Volkswirtschaft aufgrund der Beschäftigungszunahme zu einem Anstieg des Niveaus der Haushaltseinkommen. Ein Teil dieses Einkommenszuwachses wird wieder für Fertigwaren und Dienstleistungen ausgegeben: Dies ist der **induzierte Effekt** (auch als Typ-II-Effekt bezeichnet).

[http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/Mulitipliers]

In dieser Untersuchung sind wir an den **Beschäftigungseffekten** interessiert, und wir erhalten diese, indem wir die Gesamtheit der direkten, indirekten und induzierten Veränderungen berechnen, die auf eine Steigerung der Endnachfrage um eine Einheit entfallen. Wir berechnen die direkten, indirekten und induzierten Effekte außerdem separat. Wir können anschließend jede vorgeschlagene zusätzliche Nachfrage durch den Gesamtbeschäftigungseffekt oder eine seiner Komponenten multiplizieren, um die Anzahl der zusätzlich geschaffenen Arbeitsplätze zu berechnen.

Typ-I-Effekte (indirekte Beschäftigungseffekte)

1) Der Prozess beginnt mit veröffentlichten symmetrischen Tabellen, die die Menge der Produktionsergebnisse der Branche angeben, die in Branche direkt verwendet werden (wobei und jeweils Branchenzeilen und -spalten sind und die Zeilen das Angebot und die Spalten die Verwendung angeben):

1. Diese Tabellen enthalten außerdem Zeilen für die Einfuhren und für die Bruttowertschöpfung pro Branche, sodass die Spaltensummen die Gesamtproduktion jeder Branche angeben.

2. Sie enthalten außerdem Spalten für die Zusammensetzung der Endnachfrage durch Staat, Verbraucher (Haushalte), Bruttoinvestitionen und Exporte.

3. Derartige Tabellen werden von den nationalen Statistikämtern erstellt, wobei einige davon allerdings Produkt-Produkt-Tabellen (P x P) statt Branchen-Branchen-Tabellen (I x I) zur Verfügung stellen. Die in der Folge verwendete Methodik bleibt dieselbe, nur das die Ergebnisse in Bezug auf Produkte statt auf Branchen interpretiert werden müssen.

4. Eine Erklärung, wie die symmetrischen Tabellen erstellt werden, ist in den schottischen Hinweisen zur Methodik enthalten; diese Erklärung ist nicht ganz unkompliziert. Die verschiedenen Statistikämter gehen jeweils von leicht unterschiedlichen Annahmen aus.

2) Aus der symmetrischen Tabelle errechenbar oder vom Statistikamt direkt erhältlich ist die Direktbedarfsmatrix, **A** deren Zellen die Produktmenge der Branche *i* angeben, die **direkt** benötigt wird, um eine Einheit des Produktes der Branche *j* zu produzieren.

W_j, die Gesamtproduktionsleistung der Branche *j*, wird als Gesamtsumme der Spalte *j* der symmetrischen Tabelle berechnet.

Die Gesamtbedarfsmatrix **A** wird anhand der symmetrischen Tabelle berechnet, indem jede Zelle durch ihre Spaltensumme geteilt wird.

3) Aus der symmetrischen Tabelle errechenbar oder vom Statistikamt direkt erhältlich ist die Multiplikatormatrix oder „Gesamtbedarfsmatrix" **L**, deren Elemente die gesamte Versorgungskette erfassen und die **Gesamtmenge** des Produktes der Branche *i* angeben, die **direkt und indirekt** benötigt wird, um eine Einheit des Produktes der Branche zu produzieren.

- Die Gesamtbedarfsmatrix **L** wird anhand der Direktbedarfsmatrix errechnet, und zwar mittels der Gleichung $\mathbf{L} = \mathbf{I} + \mathbf{A} + \mathbf{A}^2 + \mathbf{A}^3 \ldots = (\mathbf{I} - \mathbf{A}^{-1}$ wobei **I** die Einheitsmatrix ist.

- Der Typ-I-Outputmultiplikator für Branche *j* ist gleich à $\sum_i \mathbf{L}_{ij}$.

4) Aus den veröffentlichten Beschäftigungszahlen nach Branche berechnet man den Direktbeschäftigungsvektor ***w***, dessen Komponente *wj* die **direkt Beschäftigung** ergibt, die für die Produktion einer Einheit des Produktes der Branche *j* benötigt wird.

- w_j wird berechnet, indem die Beschäftigung in Branche *j* durch deren Gesamtproduktionsleistung (Output) Y_j geteilt wird. Dabei kann es sich um die Beschäftigtenzahl oder die Vollzeitäquivalente handeln.

- In ähnlicher Weise lässt sich ein Vektor errechnen, der die geschlechtsspezifische Beschäftigung nach Branche erfasst (wir haben den Anteil der beschäftigten Frauen verwendet). Auch hier kann es sich um die Beschäftigtenzahl oder die Vollzeitäquivalente handeln.

- Man beachte, dass die Zahlen für Vollzeitäquivalente und die Aufschlüsselung der Beschäftigung nach Geschlecht für die Branchen, so wie sie in den Input-Output-Tabellen kategorisiert waren, nicht immer erhältlich waren. Wo die Beschäftigungsdaten weniger aufgeschlüsselt waren, wie beispielsweise in Australien, wurde für alle Unterteilungen dieselbe Aufschlüsselung nach Geschlechtern angesetzt. Wo die Beschäftigungsdaten stärker oder anders aufgeschlüsselt waren, wie etwa für die Regierungssektoren in den USA, wurde die Aufschlüsselung nach Geschlecht für jede Branche präzisiert, indem je nach Sachlage andere Quellen herangezogen wurden.

5) Die Beschäftigungseffekte (und damit einhergehenden Beschäftigungseffekte nach Geschlecht) für jede Branche werden wie folgt berechnet:

- Der **direkte Effekt** ist w_j, die direkte Arbeit, die benötigt wird, um eine Produktionseinheit der Branche *j* zu produzieren.

- Der **Typ-I-Effekt insgesamt** (direkter plus indirekter Effekt) ist $\sum_i w_i \mathbf{L}_{ij}$, die Summe der gesamten direkt und indirekt zur Herstellung einer Produktionseinheit der Branche *j* benötigten Arbeit.

- Der **indirekte Effekt** wird berechnet als die Differenz zwischen dem Typ-I-Effekt insgesamt und dem direkten Effekt $\sum_i w_i \mathbf{L}_{ij} - w_i$, was die zur Herstellung einer Produktionseinheit der Branche *j* indirekt benötigte Arbeit ergibt.

6) Jetzt lassen sich die Beschäftigungsmultiplikatoren, das Verhältnis der indirekten Effekte zu den direkten Effekten, berechnen (u. a. nach Geschlecht, Vollzeitäquivalenten usw.).

Die Auswirkungen auf die Beschäftigungsquoten lassen sich ebenfalls berechnen.

- Der Anstieg nach Prozentpunkten bei der Beschäftigungsquote (nach Geschlecht) entspricht dem Gesamtbeschäftigungseffekt geteilt durch die Gesamterwerbsbevölkerung (dieses Geschlechts).

Typ-II-Effekte (induzierte Beschäftigungseffekte)

1) Für Typ-II-Effekte ergänzen wir die Direktbedarfsmatrix A um den Sektor der privaten Haushalte. Unter Verwendung von Daten aus der symmetrischen Tabelle fügen wir eine Spalte in die Matrix A ein, die die Zusammensetzung der Verbrauchernachfrage nach Branche per Einheit des Haushaltseinkommens angibt, und eine Zeile, die die Vergütung der Beschäftigten (und im Idealfall auch den Erlös (nicht den Gewinn) aus selbstständiger Tätigkeit) pro Produktionseinheit jeder Branche angibt.

2) Die zusätzliche Spalte für die Verbrauchernachfrage ist aus der entsprechenden Spalte der symmetrischen Tabelle abgeleitet, geteilt durch das Gesamthaushaltseinkommen. Letzteres lässt sich normalerweise in den Daten zur volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (für die privaten Haushalte) finden. Wo das Haushaltseinkommen nicht unmittelbar erhältlich war, haben wir die Gesamtausgaben der privaten

Haushalte geteilt durch (1 - Bruttosparquote) verwendet.

- Der Sektor der privaten Haushalte umfasst gewöhnlich nicht-gewinnorientierte Einrichtungen, die die privaten Haushalte betreuen (sofern diese nicht gesondert ausgewiesen sind); es wurden keine Korrekturen vorgenommen, um dieser Kategorie Rechnung zu tragen.

3) Die Berechnung der Beschäftigung erfolgt genau wie oben, nämlich durch Erstellung einer ergänzten Typ-II-Multiplikatormatrix **L**'und durch Verwendung dieser zur Berechnung

- des **Typ-II-Effekts insgesamt** (direkter plus indirekter plus induzierter Effekt), nämlich $\mathbf{L}^{i} - \sum_{i} w_{i}\mathbf{L}_{ij}$, der Summe aller zusätzlich erforderlichen Arbeit (direkt, indirekt und induziert) bei der Produktion einer zusätzlichen Produktionseinheit (Output) der Branche *j*;

- des **induzierten Effekts**, berechnet als $\sum_{i} w_{i}\mathbf{L'}_{ij} - \sum_{i} w_{i}\mathbf{L}_{ij}$, der Differenz zwischen den Typ-II- und den Typ-I-Gesamteffekten. Dies ergibt die durch den zusätzlichen Konsum der privaten Haushalte induzierte Beschäftigung, wenn eine zusätzliche Produktionseinheit der Branche *j* produziert wird.

Hinweis

Einige Statistikämter berechnen derartige Beschäftigungseffekte selbst; viele jedoch tun dies nicht, obwohl sie die Input-Output-Tabellen und andere für ihre Berechnung erforderliche Daten zur Verfügung stellen. Ein Grund dafür, dass einige Statistikämter die Daten nicht selbst berechnen, ist, dass die Ableitung der Beschäftigungseffekte einige relativ starke Annahmen erfordert.

Nachstehend führen wir die Annahmen auf, die für unsere Analyse besonders relevant sind, und nennen, soweit uns das möglich ist, die voraussichtlichen Auswirkungen für den Fall, dass sich diese Annahmen als unzutreffend erweisen:

1. **Verfügbares Angebot:** Es wird angenommen, dass die Volkswirtschaft keinerlei Beschränkungen auf Angebotsseite unterliegt, d. h., dass alle zusätzlichen Vorleistungen (Input) einschließlich von Arbeit erhältlich sind oder hergestellt werden können, ohne Ressourcen von bestehenden Aktivitäten abzuziehen. Wenn dies nicht der Fall ist, werden die Beschäftigungseffekte zu hoch angesetzt. Die tatsächlichen Beschäftigungseffekte dürften davon abhängen, in welchem Umfang in der Volkswirtschaft Vollbeschäftigung oder annähernde Vollbeschäftigung bzw. ob Arbeitslosigkeit herrscht.

2. **Keine Auswirkungen auf das Lohn- bzw. Preisniveau:** Wenn Beschränkungen in Bezug auf die Verfügbarkeit von Vorleistungen (Input) bestehen (beispielsweise ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften), ist ein Anstieg der Löhne und Preise zu erwarten. Dies würde die Menge verringern, die sich mit einem bestimmten Betrag erwerben lässt. Es wird angenommen, dass keine derartigen „Verdrängungseffekte" auftreten. Aus diesem Grund sind die Beschäftigungseffekte insbesondere bei Fachkräfte- oder sonstigem Arbeitskräftemangel möglicherweise zu hoch angesetzt.

3. **Keine Änderung der Produktionsmethode:** Es wird davon ausgegangen, dass die zusätzliche Nachfrage nicht zu einer Änderung dabei führt, wie Branchen ihre Produktionsergebnisse (Output) herstellen, und dass daher ihr Bedarf an Vorleistungen (Input) (und deren Beschaffung) konstant bleibt. Dies ist möglicherweise nicht der Fall, wenn ein Bedarf an Anlagevermögen besteht, Skaleneffekte vorliegen oder es unterschiedliche Möglichkeiten gibt, dieselben Fertigungsprodukte herzustellen. Falls sich diese Annahme als unzutreffend erweist, aber die beiden vorangegangenen Annahmen sich als zutreffend erweisen, könnten die Beschäftigungseffekte zu hoch oder zu niedrig angesetzt sein.

4. **Alle Haushalte tätigen ihre Ausgaben in ein- und derselben Weise und werden dies auch in Zukunft tun:** Bei der Berechnung induzierter Effekte wird davon ausgegangen, dass die Endnachfrage der privaten Haushalte ihre bestehende Zusammensetzung beibehält und lediglich proportional zum Haushaltseinkommen steigt oder fällt. Falls die zusätzliche Beschäftigung dazu führt, dass die Haushalte mehr sparen, hat diese Annahme keinen Bestand, und die Beschäftigungseffekte sind wahrscheinlich geringfügig zu hoch angesetzt. Diese Annahme hat darüber hinaus keinen Bestand, falls die zusätzlichen Einkommen, die durch den Beschäftigungsanstieg erzielt werden, an Haushalte gehen, deren Ausgabeverhalten sich systematisch von dem des Durchschnitts unterscheidet. Ohne jedoch das Ausgabeverhalten der verschiedenen Arten von Haushalten zu untersuchen, können wir nicht wissen, ob dies zu einer Unter- oder Überschätzung der Beschäftigungseffekte führen würde.

Für eine umfassendere Analyse der Annahmen und potenziellen Probleme mit dieser Art von Analysen siehe Paul Gretton (2013).

Anhang 2: In der Simulation verwendete Quellen und Definitionen

Hauptquellen der Input-Output-Simulationsanalysen

- Die Daten stammen größtenteils aus den Input-Output Tabellen der OECD, die als Teil ihrer Strukturanalyse-Datenbank verfügbar sind (http://stats.oecd.org/). Die Tabellen sind nach Wirtschaftszweigen mit Grundpreisen untergliedert und enthalten die umgekehrten Leontief-Matrizen vom Typ I.

- Die OECD-Datenbank enthält Beschäftigungsdaten nach Branchen für alle Länder mit der Ausnahme von Costa Rica, für das wir Volkszählungsdaten (2011) des nationalen Statistikamtes von Costa Rica (http://www.inec.go.cr/) verwendet haben. Die Daten zur Beschäftigung nach Branchen geben die Beschäftigtenzahlen wieder, für alle Arten von Erwerbstätigkeit (informell und formal, ländlich und städtisch), für alle Beschäftigungsarten (d.h. Angestellte, Selbstständige, Arbeitgeber sowie mithelfende Familienangehörige, sofern diese entlohnt werden).

- Die Daten zum Frauenanteil in jeder Branche stammen aus verschiedenen nationalen Statistik-Quellen oder der IAO-Beschäftigungsdatenbank von ILOSTAT, da in der OECD-Datenbank solche Daten nicht verfügbar sind:

    - o Brasilien : Volkszählung 2010
    - o Costa Rica: Volkszählung 2011
    - o China: ILOSTAT (verarbeitendes Gewerbe aggregiert)
    - o Indien: Volkszählung 2011
    - o Indonesien: ILOSTAT (verarbeitendes Gewerbe aggregiert)
    - o Südafrika: Volkszählung 2011
    - o Deutschland: Eurostat-Datenbank

- Zu den weiteren alternativen Quellen gehören Daten aus der Statistikabteilung der Vereinten Nationen (Bevölkerung, verfügbares Haushaltseinkommen und Wechselkurse), verfügbar unter http://unstats.un.org/unsd/default.htm.

- Für einige Länder sind Vergleiche und Kohärenzprüfungen mit anderen vorhandenen Input-Output-Tabellen durchgeführt worden:

    - o World Input-Output Database (WIOD) for India, Indonesien, China and Brasilien (http://www.wiod.org/new_site/home.htm)
    - o Nationale Input-Output-Tabelle für Südafrika vom südafrikanischen Statistikamt (http://www.statssa.gov.za/?page_id=7944.

Brancheneinteilung

Die OECD Input-Output-Tabellen unterscheiden 34 Branchen, die anhand der Internationalen Systematik der Wirtschaftszweige der Vereinten Nationen (ISIC rev 3.1), folgendermaßen aufgeteilt sind:

C01T05: Land- und Forstwirtschaft, Jagd, Fischerei	C40T41: Elektrizitäts-, Gas- und Wasserversorgung
C10T14: Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden	C45: Bauwirtschaft
C15T16: Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren	C50T52: Groß- und Einzelhandel; Reparaturen
C17T19: Textilien, Textilprodukte, Leder, Lederwaren und Schuhe	C55: Hotels und Restaurants
C20: Holz, Holzprodukte, und Korkwaren	C60T63: Transport und Lagerei
C21T22: Papier, Pappe und Waren daraus, Druckerzeugnisse und Vervielfältigung	C64: Post und Telekommunikation
C23: Kokerei, Mineralölverarbeitung und nukleare Brennstoffe	C65T67: Finanzvermittlung
C24: Chemie und chemische Erzeugnisse	C70: Grundstücks- und Wohnungswesen
C25: Gummi und Kunststofferzeugnisse	C71: Vermietung von Maschinen und Geräten
C26: sonstige nichtmetallische mineralische Produkte	C72: Datenverarbeitung und Datenbanken
C27: Grundmetalle	C73T74: F&E und andere unternehmensbezogene Dienstleistungen
C28: Metallerzeugnisse	C75: öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
C29: Maschinen und Anlagen, a.n.g.	C80: Erziehung
C30T33X: Datenverarbeitungsgeräte, elektronische und optische Erzeugnisse	C85: Gesundheits- und Sozialwesen
C31: elektrische Maschinen und Geräte, a.n.g.	C90T93: Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen
C34: Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	C95: private Haushalte mit Angestellten
C35: Sonstiger Fahrzeugbau	
C36T37: Sonstige Produktion, a.n.g.; Recycling	

Die in dieser Untersuchung betrachteten Branchen sind „C45 Bauwirtschaft“ und „C85 Gesundheits- und Sozialwesen“.

C45 entspricht Abschnitt F Abteilung 45 (Bauwirtschaft) und umfasst die folgenden Tätigkeitsfelder, wie die Statistikabteilung der Vereinten Nationen (UNSD) erläutert:

„Diese Abteilung umfasst das allgemeine Baugewerbe und Spezialbauarbeiten im Hoch- und Tiefbau, die Bauinstallation und den Ausbau. Sie umfasst neue Arbeiten, Reparaturen, An- und Umbauten, die Errichtung von Gebäuden aus Fertigteilen oder von Konstruktionen auf dem Gelände sowie von vorübergehenden Gebäuden.“
(http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=17&Lg=1&Co=45)

C85 entstammt dem Abschnitt P Abteilung 85 (Gesundheits- und Sozialwesen), dem die Gruppen 851 (Gesundheitswesen), 852 (tierärztliche Tätigkeiten) und 853 (Sozialwesen) angehören. Zur OECD Input-Output Branche C85 zählen jedoch keine tierärztlichen Tätigkeiten, die der Branche C73T74 zugerechnet werden (F&E und sonstige unternehmensbezogenen Dienstleistungen, wie etwa verschiedene andere Berufe wie Rechtsberatung, Buchführung, Sicherheitsdienste). In Übereinstim-

mung mit der vorhergehenden Untersuchung (De Henau et al., 2016) ist die revidierte Systematik (ISIC rev 4) zielgerichteter und umfasst nur das Gesundheitswesen (Abteilung 86) und das Sozialwesen, stationär (Abteilung 87) oder nicht-stationär (Abteilung 88).

Die in dieser Branche enthaltenen Tätigkeiten werden folgendermaßen beschrieben (ohne tierärztliche Tätigkeiten): „Dieser Sektor umfasst die Erbringung von Gesundheitsversorgung durch Diagnose, Behandlung und die Erbringung von stationärer Pflege aus medizinischen und sozialen Gründen sowie die Erbringung von sozialer Unterstützung wie z.B. Beratung, Fürsorge, Kinderschutz, soziales Wohnungs- und Verpflegungswesen, berufliche Rehabilitation und Kinderbetreuung für Bedürftige." (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=17&Lg=1&Co=85)

Informelle Beschäftigung

Die Daten zu informeller Beschäftigung stammen aus der Datenbank der Internationalen Arbeitsorganisation (siehe ILOSTAT unter http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm). Die IAO-Definition von informeller Beschäftigung umfasst:

- Selbstständige im informellen Sektor (d.h. nicht den Steuer- und Sozialversicherungsgesetzen unterliegend);

- auf eigene Rechnung tätige Arbeitnehmer, die ausschließlich der Produktion von Gütern nachgehen, die für den eigenen Endverbrauch durch ihren Haushalt bestimmt sind (z.B. Subsistenzlandwirtschaft oder der Bau der eigenen Wohnung);

- Mithelfende Familienangehörige, unabhängig davon, ob sie in Unternehmen der formellen oder der informellen Wirtschaft tätig sind. Der informelle Charakter ihrer Arbeit ist dadurch bedingt, dass mithelfende Familienangehörige üblicherweise keine ausdrücklichen schriftlichen Arbeitsverträge haben, und dass ihre Beschäftigung üblicherweise keinen arbeitsrechtlichen Bestimmungen, Sozialversicherungsvorschriften, Kollektivvereinbarungen etc. unterliegt;

- Beschäftigte auf informellen Arbeitsplätzen unabhängig davon, ob sie von Unternehmen des formellen oder des informellen Sektors oder als Hausangestellte von Haushalten beschäftigt werden. Es wird davon ausgegangen, dass Beschäftigte einen informellen Arbeitsplatz haben, wenn ihr Beschäftigungsverhältnis – in Gesetz oder Praxis – nicht von staatlichen Vorschriften zu Arbeit, Einkommensbesteuerung, Sozialschutz erfasst wird, oder sie keinen Anspruch auf bestimmte Leistungen aus dem Arbeitsverhältnis (bezahlter Jahresurlaub oder Krankenstand etc.) haben, aus Gründen wie etwa:

  - Nicht-Anmeldung der Arbeitsverhältnisse oder der Beschäftigten;
  - Gelegenheitsarbeiten oder Beschäftigungen von kurzer befristeter Dauer;
  - Beschäftigungen mit Arbeitszeiten oder Lohnhöhen unterhalb eines bestimmten Schwellenwerts (etwa für Sozialabgaben);
  - Beschäftigung durch Unternehmen ohne eigene Rechtspersönlichkeit oder durch Personen in Haushalten;
  - Beschäftigungen, bei denen sich der Arbeitsplatz des Beschäftigten außerhalb der Unternehmensgebäudes des Arbeitgebers befindet (z.B. Heimarbeiter ohne Arbeitsvertrag);
  - oder Beschäftigungsverhältnisse, für die arbeitsrechtliche Vorschriften aus sonstigen Gründen nicht angewendet, nicht durchgesetzt und nicht erfüllt werden.

Die von Ländern zur Definition von informeller Beschäftigung von Beschäftigten verwendeten operationalen Kriterien sind u.a.: fehlende Erfassung von sozialen Sicherungssystemen, fehlender Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub oder Krankenstand, und fehlender schriftlicher Arbeitsvertrag.

Anhang 3: Weitere Tabellen

Tabelle A.1 Indirekte Beschäftigungseffekte durch die Lieferkette

	Baugewerbe	Gesundheit und Pflege		
	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote (%- Punkte)	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote (%- Punkte)
Brasilien	953.000	0,7%	851.000	0,7%
Costa Rica	17.000	0,6%	9.000	0,3%
China	7.609.000	0,8%	7.124.000	0,7%
Indien	3.783.000	0,5%	2.654.000	0,3%
Indonesien	1.169.000	0,7%	1.319.000	0,8%
Südafrika	164.000	0 6%	121.000	0,4%
Deutschland	481.000	1,0%	249.000	0,5%

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle A.2 Geschlechtsspezifische indirekte Beschäftigungseffekte

	Baugewerbe			Gesundheit und Pflege		
	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%-Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Männern (%-Punkte)	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%-Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote (%-Punkte)
Brasilien	29,7%	0,4%	1,0%	37,5%	0,5%	0,8%
Costa Rica	28,1%	0,3%	0,9%	31,6%	0,2%	0,4%
China	42,8%	0,7%	0,9%	44,3%	0,6%	0,8%
Indien	18,0%	0,2%	0,8%	23,1%	0,2%	0,5%
Indonesien	33,4%	0,5%	1,0%	37,5%	0,6%	1,0%
Südafrika	32,6%	0,3%	0,7%	33,7%	0,2%	0,5%
Deutschland	36,3%	0,7%	1,3%	47,6%	0,5%	0,5%

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle A.3 Induzierte Beschäftigungseffekte durch Ausgaben der privaten Haushalte

	Baugewerbe		Gesundheit und Pflege	
	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote(%- Punkte)	Anzahl der geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote (%- Punkte)
Brasilien	895.800	0,7%	1.569.400	1,2%
Costa Rica	26.200	0,9%	35.500	1,2%
China	5.595.400	0,6%	7.113.400	0,7%
Indien	5.676.700	0,7%	4.846.700	0,6%
Indonesien	533.200	0,3%	724.800	0,5%
Südafrika	156.900	0,5%	155.300	0,5%
Deutschland	602.600	1,2%	617.300	1,3%

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle A.4 Geschlechtsspezifische induzierte Beschäftigungseffekte

	Baugewerbe			Gesundheit und Pflege		
	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%-Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Männern (%-Punkte)	Anteil der von Frauen besetzten geschaffenen Arbeitsplätze	Anstieg der Beschäftigungsquote bei Frauen (%-Punkte)	Anstieg der Beschäftigungsquote (%-Punkte)
Brasilien	47,7%	0,6%	0,7%	47,7%	1,1%	1,3%
Costa Rica	38,1%	0,7%	1,1%	38,1%	0,9%	1,6%
China	47,5%	0,5%	0,6%	47,5%	0,7%	0,7%
Indien	29,8%	0,5%	1,0%	29,8%	0,4%	0,9%
Indonesien	39,0%	0,3%	0,4%	39,0%	0,4%	0,6%
Südafrika	35,0%	0,3%	0,6%	35,0%	0,3%	0,6%
Deutschland	46,6%	1,1%	1,3%	46,6%	1,2%	1,4%

Quelle: eigene Berechnungen

Verantwortliche Herausgeberin:
Sharan Burrow, Generalsekretärin

IGB
5 Bd du Roi Albert II, Bte 1, 1210-Brüssel, Belgien
Tel: +32 2 2240211, Fax: +32 2 2015815
E-Mail: press@ituc-csi.org •
Internet: http://www.ituc-csi.org

D/2017/11.962/3