

Vortrag auf der 16. AKF-Jahrestagung
„Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit“

Ulrike Hauffe (Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen und Leiterin der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau)

Warum stehe ich hier und leite eine Frauengesundheitstagung ein, in dem es um soziale Ungleichheit geht? Wo doch ein Bild von Krankheit und Gesundheit um sich greift, dass immer mehr die Verantwortung für beides beim Individuum sieht? Nicht umsonst greifen besonders Frauen gerne zu Ratgebern wie „Krankheit als Sprache“ oder „Was dir deine Krankheit sagen will“. Die Kernbotschaft solcher Publikationen lässt sich auf einen Nenner bringen: Wer nur genug Optimismus und innere Ausgeglichenheit „herstellt“, bekommt auch seine Krankheiten in den Griff. Übrigens: auch die Psychosomatik (der Frauenheilkunde und Geburtshilfe), der wir durchaus eine Menge zu verdanken haben, hat ihre Herkunft in diesem „biopsychosozialen“ Ansatz.

Diese AKF-Jahrestagung nimmt genau die andere Seite in den Fokus: Die **strukturellen** Ursachen für Krankheit und Gesundheit von Frauen. Und eine Erkenntnis ist dabei leider schlicht: Je ärmer Frauen sind, je prekärer ihre Lage ist, desto krankheitsgefährdeter sind sie auch. Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit¹ ist vielfach belegt. Armut ist eines der größten Gesundheitsrisiken für alle Menschen. Deshalb werde ich Ihnen jetzt zu Beginn darlegen, an welchen Stellen speziell Frauen strukturell benachteiligt sind, so dass sie leicht in Armut abrutschen. Am Ende meines Vortrages über

Programmierte Frauenarmut – der biografische Ansatz

werde ich dann einige Aspekte ansprechen, die die Überleitung zu spezifischen Gesundheitsfragen aufzeigen und dazu, wo wir als Tätige im Bereich Frauengesundheit Handlungsoptionen haben.

Die geschlechtsspezifischen Ursachen und die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern bleiben bei der Armutsdiskussion häufig ausgeblendet. Die Fachtagung „Programmierte Frauenarmut“, die am 17. Juni 2008 in Bremen stattfand

¹ A. Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Einführung in die aktuelle Situation, Bern 2005.

und von meiner Behörde, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau in Kooperation mit der Arbeitnehmerkammer Bremen organisiert wurde, hat sich ausschließlich mit den Armutsrissen von Frauen beschäftigt. Ansatz und Ergebnisse der Tagung sind die Grundlage für diesen Beitrag. (Die Tagungsdokumentation ist bestellbar oder auf www.frauen.bremen.de nachzulesen.)

Im Fokus stehen die spezifischen Armutsrissen von Frauen sowie ihre strukturellen Ursachen im Lebenslauf, an denen die Gefahr, in Armut zu geraten, besonders groß ist. Folgende vier wesentlichen biografischen Momente sollen hier näher beleuchtet werden:

- Ausbildung und der Übergang in den Beruf,
- Kinder als Armutsrisko,
- Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung sowie schließlich
- Altersarmut und Pflegebedürftigkeit.

Mangelnde Bildungsrenditen von Frauen

Mädchen haben in der Regel zwar höhere Bildungsabschlüsse, doch können sie diesen Vorsprung beim Übergang in den Beruf nicht nutzen, im Gegenteil. Die Erwerbsbiografien von Frauen verlaufen anders als die von Männern. Das beginnt bereits mit der Berufswahl: Typische Frauenberufe wie z.B. Pflege, Arzthelferin, Friseurin bieten nur wenig Aufstiegsmöglichkeiten und geringere Verdienste als die klassischen handwerklichen und technischen Ausbildungsberufe im dualen System. Soziale und personenbezogene Dienstleistungsarbeit ist in Deutschland unterbewertet. Dies hat seine Ursache auch darin, dass die so genannten Care-Tätigkeiten traditionell von Frauen getan wurden und werden – und zwar umsonst. Zudem gelten Frauen in einem männlich dominierten Alleinverdiener-Modell, auf das die hiesigen Steuer- und Sozialsysteme immer noch orientiert sind, nur als Zuverdienerinnen. Die Aufwertung dieser Arbeit ist mehr als überfällig.

Weitere Gründe für die Benachteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt sind Unterbrechungen der Erwerbsbiografie durch Kindererziehung, Pflege von Angehörigen sowie Teilzeitbeschäftigung und prekäre Arbeit – alles zentrale Merkmale weiblicher Beschäftigung.

Zentrales Anliegen muss es an dieser Stelle also sein, Dienstleistungsberufe in ihren Ausbildungsgängen zu standardisieren und zu akademisieren, um so nicht nur das inhaltliche Niveau, sondern auch Prestige und Verdienstmöglichkeiten dieser Berufe zu verbessern. Zu protegieren ist also eine Debatte um

- die Begrifflichkeit der „Heilhilfsberufe“. Sie gehören viel mehr in Augenhöhe zum ärztlichen Beruf. Deshalb muss auch gesprochen werden über
- das derzeitige Aufgabenspektrum der Pflege, das in anderen Ländern sehr viel weiter gefasst ist und sich auch schon hier als Lehrberuf (Universitätsabschluss) und als Managementberuf (Fachhochschulabschluss) etabliert hat, ohne dass sich Erkenntnisse aus dieser Entwicklung weitergehend in den versorgenden Alltag integriert haben. Auch die
- Physiotherapie existiert bereits als Studiengang (Fachhochschulabschluss). An dieser Stelle sei nur nebenbei vermerkt, dass die klassische Physiotherapie-Ausbildung eine durch die Schülerin jeweils teuer zu finanzierende Ausbildung ist – bei später relativ geringem Verdienst.

Der Exklusion der Mütter vom Arbeitsmarkt

Familienpolitik ist in Deutschland vor allem finanziell (z.B. die Kindergelderhöhung der neuen Bundesregierung) und weniger infrastrukturell orientiert.

Transferleistungen reichen nicht aus, um Erwerbslose, Geringverdienende und Teilzeitbeschäftigte mit geringem Entgelt über die Armutsschwelle zu heben. Da Kinderbetreuung in Westdeutschland für alle Altersklassen vorwiegend ein Teilzeitangebot ist, steht auch hier eine Armutsfalle: Vollzeit erwerbstätig zu arbeiten ist vielen Müttern von vornherein nicht möglich. Die Erwerbstätigkeit von Müttern muss somit konsequent und viel mehr als bisher gefördert, die Transferleistungen für Kinder erhöht werden. Dazu zählt natürlich die Bereitstellung qualitativ guter Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Ganztagsangeboten, auch für Schulkinder.

Notwendig ist an dieser Stelle eine breite gesellschaftliche Debatte über unsere Arbeitszeitmodelle – mehr noch: über die Wertigkeit von Erwerbs-, Familien- und Care-Arbeit und vor allem auch über den finanziellen Wert, den wir ihr zuschreiben. Solange die Teilhabe an Erwerbsarbeit, aber auch Karrieremöglichkeiten vor allem von den zeitlichen Ressourcen der Einzelnen abhängen, werden wir die Orientierung

auf das Alleinverdiener-Modell mit seiner vorprogrammierten Benachteiligung von Teilzeitbeschäftigten nicht verändern können.

Noch ein Detail, das es verdient erwähnt zu werden: Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Agenturen für Arbeit und der für das Arbeitslosengeld II zuständigen Behörden müssen die Zielgruppe der Mütter besser in den Blick bekommen. Sie müssen geschult werden, frauenspezifische Aspekte in ihre Arbeit zu integrieren und gendersensibel zu beraten.

Kinderbetreuungsleistungen werden eher als Privatverpflichtungen angesehen und die erworbenen Qualifikationen durch die neue familiäre Situation nicht als karriereunterstützend betrachtet, sondern durch Formulierungen wie z.B. „Ausfallzeit“ eher als qualifikationsmindernd konnotiert – ein neues und interessantes Aufgabenfeld für „Personaler“ und Führungskräfte.

Armut trotz Arbeit / Armut durch Arbeitslosigkeit

Inzwischen ist jeder zweite Vollzeit-Job eine Beschäftigung mit Niedriglohn. Dies gilt zunehmend auch für den tarifgeschützten Bereich. Dass von dieser Entwicklung überproportional viele Frauen (zwei Drittel aller zu Niedriglohn Beschäftigten sind Frauen) betroffen sind, liegt unter anderem daran, dass die oft von Frauen bevorzugten Berufsbilder als klassische „Zuverdienerinnen“-Berufe definiert und entsprechend gering dotiert sind.

Die so genannten Mini-Jobs sind nach wie vor im Kommen. Etwa zwei Drittel aller Mini-Jobber sind Frauen. Diese Jobs sind in mehrerer Hinsicht prekär, denn sie liegen in der Regel im unteren Einkommens- und Stundenbereich, d.h. ermöglichen keine Existenzsicherung. 92% der geringfügig Beschäftigten arbeiten zum Niedriglohn. In Mini-Jobs herrscht hohe Fluktuation, Aufstiegsmöglichkeiten gibt es kaum. Entgegen politischer Behauptungen bieten Mini-Jobs meist keine Brücke in den sog. ersten Arbeitsmarkt.

Über das Konstrukt der „Bedarfsgemeinschaft“ im SGB II sind zudem viele Frauen aus der Arbeitslosenstatistik herausgefallen. Sie erhalten keine Leistungen, und die Chance und der Druck, sie in Arbeit zu vermitteln ist nur gering. Dass Männer im SGB II bevorzugt, weil stärker gefördert (allerdings auch sanktioniert) werden, haben Untersuchungen deutlich gezeigt. Auch hier fehlt das bereits erwähnte Gender-

Bewusstsein bei den Beschäftigten der handelnden Institutionen. Der Zugang zu allen Instrumenten der beiden Rechtskreise SGB II und SGB III, also für Empfängerinnen von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II, muss gleichberechtigt möglich und auf die individuellen Erfordernisse zugeschnitten sein.

Frauen leben länger – aber wovon? Altersarmut und Pflegebedürftigkeit

Neben den unterbrochenen Erwerbsbiografien, die Frauen immer schon hinzunehmen – und zu bezahlen – hatten, verschärft auch Hartz IV die Folgen der bei Frauen häufigen Lücken in den Rentenanwartschaften und die unzureichende Alterssicherung. Zwar sind in den letzten Jahren einige Punkte bei den Rentenregelungen für Mütter verbessert worden, doch eigenständige Frauenrenten liegen im Durchschnitt weit unter denen der Männer. Auch im Hinblick auf Betriebsrenten und private Altersvorsorge sind Frauen schlechter abgesichert. Hier sind Boni für Kindererziehung und Pflegearbeit sowie eine generelle Versicherungspflicht in der Allgemeinen Rentenversicherung erste notwendige Schritte.

Dem Risiko pflegebedürftig zu werden und der Notwendigkeit, Pflege im familiären Bereich oder aber als niedrig bezahlte Tätigkeit zu übernehmen, unterliegen in hohem Maße Frauen. Dass häusliche Pflege im familiären Bereich funktioniert, liegt vor allem an der noch niedrigen Erwerbstätigkeit älterer Frauen und ihrer Bereitschaft, ihre Erwerbsarbeit aufzugeben oder zu reduzieren – trotz der negativen finanziellen Konsequenzen, die sie zu tragen haben. Gerade eine veränderte Beschäftigungsstruktur, in der die Erwerbstätigkeit auch älterer Menschen zur Regel wird, wird hier neue Konzepte notwendig machen.

Fazit

Frauen sind durch ihre spezifischen biografischen Situationen strukturell benachteiligt und unterliegen in höherem Maß als Männer dem Risiko in Armut zu geraten. Weil an bestimmten biografischen Schnittstellen mehrere strukturelle Faktoren wie rechtliche, gesellschaftliche oder arbeitsmarktliche/ökonomische Gegebenheiten zusammenwirken, ist eine systematische und konzertierte Bündelung von Veränderungsbemühungen nötig. Ein gleichstellungspolitisches Rahmenprogramm

auf Bund-, Länder- und Kommunalebene kann hier ein Ansatz sein, der allerdings vielfach noch in weiter Ferne liegt. Für Bremen wollen wir ein Querschnittsprogramm zur strategischen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Gleichstellungspolitik entwickeln.

Nun komme ich auf meine Anfangsfrage zurück: Was hat das alles mit Gesundheit zu tun? Obwohl Frauen in den Industrieländern statistisch eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, ist sie bei arbeitslosen Frauen niedriger als bei Männern insgesamt. Sozial benachteiligte Frauen nutzen selten präventive Gesundheitsangebote, sie weisen einen hohen Alkohol- und Tabakkonsum auf und ernähren sich häufig unzureichend.² Weitere Gesundheitsbelastungen liegen in den meist schlechteren Wohnverhältnissen, der niedrigeren Qualifikation und schlechteren Arbeitsbedingungen. Dazu kommt die größere Wahrscheinlichkeit, Kinder allein aufzuziehen und die häusliche Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen.

Gesundheitsförderung für Frauen muss sich an deren Lebenswelten und Lebensphasen orientieren. In der Praxis bedeutet das, Modelle zu entwickeln, mit denen vor allem jene Frauen erreicht werden können, die den geringsten Zugang zu Ressourcen haben: armutsgefährdete und von Armut Betroffene, Frauen mit niedriger Bildung, Alleinerziehende, Erwerbslose, alte Frauen und Migrantinnen.

- **Alleinerziehende Frauen**

Alleinerziehende Frauen haben aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, schlechter Koordinierung der Gesundheitsangebote und zu hoher Kosten häufig nicht die Möglichkeit für ein gesundheitsförderliches Leben: sie verschieben Arztbesuche, haben einen höheren Verbrauch an rezeptfreien Medikamenten zur Selbstbehandlung und leiden stärker unter Stresssymptomen als andere Frauen. Sie sind die prioritäre Gruppe bei der Nutzung von Mutter-Kind-Kuren geworden – und müssen sich viel zu häufig ihren Anspruch auf Kur mithilfe von Widerspruchverfahren „erarbeiten“.

² B. Blättner in.: R. Geene, C. Gold (Hrsg.) Armut macht krank Berlin 2001

- **Migrantinnen**

Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Durchschnitt schlechtere gesundheitliche Befunde auf als die Mehrheitsbevölkerung. Unklar ist, inwieweit diese Unterschiede kulturell, migrationsbedingt oder sozial zu erklären sind.³ Migrantinnen nutzen die klassischen Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention wegen sprachlicher und sozial- kultureller Barrieren sehr viel weniger als deutsche Frauen.

- **Hartz IV- Empfängerinnen**

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das 2004 in Kraft trat, hat sich die Situation der Frauen, die Hartz IV beziehen, in verschiedenen Bereichen verschlechtert. Ein politisch bedeutsames Thema ist die Finanzierung von Verhütungsmitteln, die im sog. „Warenkorb“ für Hartz IV-Bezieherinnen nicht durch eine adäquate Summe hinterlegt sind.

- **Migrantinnen ohne Papiere**

Menschen ohne Papiere haben bisher keinen ungehinderten Zugang zu medizinischer Versorgung, obwohl Deutschland das Recht auf Gesundheit in mehreren menschenrechtlichen Übereinkommen anerkannt hat. Schwangere Frauen ohne Papiere sind einer besonders hohen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt.

Ich möchte Sie an dieser Stelle nicht entlassen mit dem Gefühl: Wenn die strukturellen Ursachen so prägend sind, kann ich als Einzelne nur noch bei den Frauen, die ich behandle oder begleite „reparieren“. So ist es nicht.

Wir alle haben viele Möglichkeiten, uns einzumischen und so auch auf Strukturen einzuwirken! Beispiele: Selbstverwaltung der Krankenkassen, Einbringen Ihrer Kompetenzen in Frauengesundheitsnetzwerke auf kommunaler Ebene ect.. In jedem Fall sollten wir alle die Zielgerichtetheit unserer eigenen Arbeit und unserer Angebote prüfen.

³ Deutsches Ärzteblatt 21.11.08