

Carola Bury

HART(z)E ZEITEN für Frauen

Armut, soziale Ungleichheit und strukturelle Benachteiligung von Frauen im Gesundheitssystem

Auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist Erwerbsarbeit für die Mehrheit der Bevölkerung die Grundlage materieller Existenz. Aus der beruflichen Tätigkeit folgen gesellschaftlicher Status, Macht, Erfolg und Selbstbewusstsein. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit und Alter waren wesentliche Armutsrisiken auch in früheren Zeiten. Heute „schützt“ Arbeitsfähigkeit längst nicht mehr vor Armut. „Kinderarmut“ – ein Begriff, den die Wirtschaftswundergesellschaft längst überwunden glaubte, hat in den letzten Jahren die moralische Diskussion über Armutsfragen in unserer Gesellschaft mehr bestimmt als alle anderen Aspekte. Dabei sind es nicht die Kinder, sondern die Familien, die arm sind. Und es ist insbesondere die Situation der Frauen, die häufig den Ausschlag für die ökonomische Situation der Familie gibt. Denn Arbeitslosigkeit, aber auch prekäre Beschäftigung sind heute die wesentlichen Gründe für Armut in unserer Gesellschaft.

Kinder und Jugendliche sind deshalb so stark von Arbeitslosigkeit/Armut betroffen, weil das neoliberale Projekt des „Umbaus“ der Gesellschaft und ihres Sozialstaats auf Kosten vieler Eltern geht, die damit das Maß an Sicherheit verlieren, das in der Nachkriegsgeneration vorhanden war.

Armut hat ein Geschlecht

„Der kleine Unterschied und seine großen Folgen“ hieß das Buch von Alice Schwarzer, das 1975 die Chancenungleichheit von Frauen in der deutschen Nachkriegsgesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt thematisierte. Der kleine Unterschied, ob du als Junge oder Mädchen geboren bist, nimmt auch heute noch Einfluss auf Erwerbseinkommen, Renten, Macht und Karrierechancen.

Auch im 21. Jahrhundert verrichten Frauen den größten Teil an unbezahlter Arbeit in unserer Gesellschaft. Erziehung und Betreuung von Kindern oder die Pflege von Angehörigen führen nicht selten dazu, dass Erwerbsarbeit eingeschränkt oder aufgegeben wird. Und auch in Ehrenämtern und Nachbarschaftshilfe sind Frauen nachweislich engagiert. Dabei beziehen sich unsere sozialen Sicherungssysteme häufig unmittelbar auf die sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit, wie bei der Arbeitslosen- oder Rentenversicherungsleistung. So ist es nicht verwunderlich, dass Altersarmut überwiegend weiblich ist.

Im Vergleich zur männlichen „Normalleistung“ galt die berufliche Arbeit von Frauen in den 1950er Jahren bei Arbeitsgerichten noch als eine „Minderleistung“. Eine niedrigere Bezahlung von Frauen wurde mit dem Argument begründet, dass Frauen eine geringere physische und psychische Belastbarkeit hätten – so damals eine Entscheidung des Landesarbeitsgerichtes Hamm.

Zumindest in Bezug auf die Begründungen und die spezifischen Armutsrisiken haben sich die Zeiten geändert. Bundesweit waren im Juni 2008 etwa 45 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Be-

schäftigungen weiblich. Bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sind etwa 45 Prozent Frauen. Doch bei den prekären Arbeitsverhältnissen stellen Frauen die übergroße Mehrheit. Bei den geringfügig Beschäftigten, den sogenannten Minijobs, sind rund 64 Prozent Frauen. Bei den ausschließlich geringfügig Beschäftigten sogar 67 Prozent.¹ Und es gibt nur wenige Frauen in Führungspositionen oder Aufsichtsräten.

Obwohl der Grundsatz der gleichen Entlohnung bei gleicher und gleichwertiger Arbeit nun schon seit mehr als 50 Jahren rechtlich verankert ist, ist eine gleiche Bezahlung von Frauen und Männern nicht erreicht. In Bremen verdienen Frauen noch immer deutlich weniger als ihre männlichen Kollegen. Bei gleichwertiger Tätigkeit haben Arbeiterinnen 29 Prozent, Frauen in Angestelltenberufen sogar 32 Prozent weniger in ihrem Portemonnaie.

Die Kernaussagen der Armutsberichte

sind eindeutig, nicht nur in den Armutsberichten der Arbeitnehmerkammer für das Land Bremen, sondern auch in den jüngsten Erhebungen von Kommunen, Ländern und den Bundesberichten. Sie alle treffen die gleichen Feststellungen:

- Es gibt eine besorgniserregende Entwicklung bei der Armut von Kindern, Jugendlichen und Familien;
- der Anteil an Frauen und Alleinerziehenden an der Armutsbevölkerung ist relativ höher;
- ein Fünftel aller Arbeitnehmer/innen arbeiten heute für Niedriglöhne;
- prekäre Arbeitsverhältnisse nehmen zu;
- Erwerbstätige machen zunehmend einen Anteil an der armutsgefährdeten Bevölkerung aus.

Strukturelle Benachteiligung für Frauen durch die Arbeitsmarktreformen

Dramatische politische, ökonomische und wissenschaftlich-technische Umbrüche kennzeichnen die Verhältnisse unserer Gesellschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Die Agenda 2010 sollte die politische Antwort auf diese Veränderungen sein. Für Betriebe sollten „flexiblere Kostenstrukturen“, eine Reduzierung der Lohn- und der Lohnnebenkosten die Arbeit billiger machen. Die Entwicklung eines Niedriglohnbereiches sollte mehr Arbeitsplätze schaffen und die Massenarbeitslosigkeit abbauen helfen. Für die Arbeitslosen sollte damit eine „Brücke in den Arbeitsmarkt“ geschaffen werden. Transferleistungen und Arbeitsvermittlung: Unter dem Stichwort „Hilfen aus einer Hand“ sollte das Nebeneinander von Sozialhilfe und der Agentur für Arbeit beendet und Arbeitsvermittlung effektiver werden. Eine höhere Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme sollte durch das Absenken der Leistungen des sozialen Netzes erreicht werden.

¹ Quelle: Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsstatistik 2008. Jahreszahlen. Nürnberg.

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Juni 2008): gesamt: 27.457.715, Männer: 15.063.590, Frauen: 12.394.125.

Geringfügig entlohnte Beschäftigung (Juni 2008): gesamt: 7.078.025, Männer: 2.544.728, Frauen: 4.533.297.

Ausschließlich geringfügige Beschäftigung (Juni 2008): gesamt: 4.882.173, Männer: 1.589.296, Frauen: 3.292.877.

Im Prinzip wurden diese wesentlichen Ziele erreicht, wenn auch die geistigen Begründer dieses Umbruchs heute „Gerechtigkeitslücken“ erkennen und selbst „notwendige Nachbesserungen“ angesichts zunehmender Armut und massiver Kritik fordern. Zum „Fördern und Fordern“ gehörte die Ausweitung atypischer und prekärer Beschäftigung, die Deregulierung, Ein-Euro-Jobs und die Verschärfung von Zumutbarkeitsregelungen.

Frauen sind in besonderem Maße Verliererinnen der Arbeitsmarktreformen:

- durch Ausgrenzung aus dem Leistungsbezug (SGB II), weil die Anrechnung des Partner-einkommens vor allem Frauen trifft;
- durch erschwerte Rückkehrmöglichkeiten nach der Familienphase;
- durch die insgesamt hohe Arbeitslosenquote, den anhaltend hohen Stand bei Langzeit- und Jugendarbeitslosigkeit, die weiterhin geringen Möglichkeiten von Berufsrückkehrerinnen;
- durch den „Armutsfaktor“ Kinder; Kinder können direkte Armutsursache sein und Familien haben ein erhöhtes Armutsrisiko, wenn ein Erwerbseinkommen wegfällt oder bei Allein-erziehenden.
- durch die Absenkung der staatlichen Leistungen schon nach kurzer Zeit auf Sozialhilfeniveau und die damit verbundenen Einkommenseinbußen;
- durch die Verkürzung der Arbeitslosen-Bezugsdauer;
- durch Anrechnung fast aller Einkünfte wie Kindergeld, Kindesunterhalt, Ehegattenunterhalt usw.

Frauen in Armut – die Situation

Alle arbeitsmarktpolitischen Regelungen von Hartz I-IV treffen prinzipiell Männer und Frauen, doch insbesondere bei Frauen wirken sie strukturell in weitaus höherem Maße. Und sie treffen auf die eh schon Benachteiligten im Arbeitsmarkt. Dazu kommen sinkende Löhne, eine Abnahme von Vollzeitstellen mit gleichzeitig häufig erzwungener Teilzeitarbeit, zum Beispiel bei Erzieherinnen und Verkäuferinnen und der Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zugunsten geringfügiger Beschäftigung. Der Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in typischen Frauenberufen entspricht etwa der Zunahme von geringfügiger Beschäftigung. Häufig bestehen in diesen Beschäftigungsverhältnissen nur geringe Schutzrechte (keine Arbeitslosenversicherung, keine Kranken- und Pflegeversicherung) und es fehlen betriebliche Leistungen wie Urlaubs- oder Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. So verschwanden Frauen aus den Arbeitslosenstatistiken ebenso wie aus Teilen der Erwerbslosenstatistik. Die Folge: Sie haben häufig keinen eigenen Zugang zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Fortbildung mehr und geraten zunehmend in die Rolle als Zuverdienerin, da sie häufig kein existenzsicherndes Einkommen mehr erzielen können.

Armut hat ein spezifisches Frauengesicht

Auch wenn im Vordergrund bei der Beurteilung von Armut immer die Einkommensarmut steht, so müssen doch insbesondere bei Frauen zur Beurteilung ihrer Situation der „Lebenslagenansatz“ und die biografischen Armutsfallen hinzugenommen werden, um die strukturellen Faktoren genauer zu beurteilen. Eine solche multidimensionale Betrachtungsweise der Frauenarmut hilft, die strukturellen Armutsrisiken von Frauen im Lebensverlauf deutlicher zu machen. Dabei ist Konsens, dass neben dem Einkommen die Lebensbereiche Bildung, Wohnen, Gesundheit und Erwerbsbeteiligung zentral

sind. Auch soziale Lebenssituationen, Alter sowie Migrationshintergrund zählen dazu. So kann beispielsweise die Verflechtung struktureller Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und bei den sozialen Sicherungssystemen Frauen je nach der individuellen Erwerbsbiografie und individueller Lebenslage binnen kürzester Zeit und häufig nicht umkehrbar in Armut oder in armutsnahe Situationen führen. Diese sind verbunden mit Abhängigkeiten vom Partner oder dem Angewiesensein auf staatliche Transferleistungen: weil Kinder betreut werden müssen, es aber keine ausreichenden Versorgungsstrukturen gibt, bei Trennung oder dem Tod des Partners, je nach dem Familienstand, bei Familienarbeit und Pflege von Angehörigen.

Das Geschlecht ist dabei zentrale Kategorie, es muss aber immer im Zusammenhang mit der Biografie und der Lebenslage gesehen werden. Das gilt nicht nur, wenn es um Chancengerechtigkeit geht, sondern auch um die gesundheitliche Situation von Frauen.

Die sozialen Sicherungssysteme benachteiligen Frauen

Ob beispielsweise im Sozialgesetzbuch II (SGB II, Grundsicherung für Arbeitssuchende), im SGB III (Arbeitsförderung), im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe), oder im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) – von dem politisch oft beschworenen Gender-Ansatz ist in keinem dieser Sozialgesetzbücher die Rede. Geschlechtsbezogene Sonderregelungen gibt es meist nur, wenn es dann um Mutterschutz geht oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft.

Dagegen haben die Neufassungen des sozialen Sicherungssystems in Zusammenhang mit dem Agenda-2010-Prozess teilweise zu Verwerfungen geführt, beinhalten strukturelle Widersprüche sowie Doppelbotschaften und sie enthalten Regelungen, bei denen Frauen zwischen alle Stühle fallen. Dies gilt auch in besonderem Maße für das SGB V (Krankenversicherung) im Zusammenspiel mit den Veränderungen der Arbeitsmarktreformen.

Wesentlich dazu beigetragen haben die Gesundheitsreformen der letzten Jahre, insbesondere das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004. Leitmotiv für die Reform war die von Kanzler Schröder ausgegebene Parole: „Senkung von Lohnnebenkosten“. Dieses Zauberwort wurde überall in Verbindung mit den Maßnahmen der Agenda 2010 proklamiert – so auch in einem der Kernstücke, der Gesundheitsreform. Dabei konnte alle Schönrederei nicht darüber hinwegtäuschen, dass wesentliche Grundlagen unseres solidarischen Sozialversicherungssystems damals von den Politikern preisgegeben wurden. Denn Kernpunkte der Gesundheitsreform der letzten Jahre waren:

- Ausgrenzung und Streichung von Leistungen,
- Ausbau von Zuzahlungen und Eigenanteilen,
- Abschaffung der Parität beim Krankengeld und durch die indirekten Zuzahlungen,
- Privatisierung einzelner Leistungen aus dem bisherigen Leistungsangebot.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist für Frauen finanziell besonders einschneidend, weil sie über ein geringeres Einkommen aus Erwerbsarbeit verfügen und weitaus häufiger an der Armuts- grenze leben. Sie werden durch die spezifischen Vorgaben auch in ihren speziellen Verhaltensweisen in besonderem Maße von Unter- und Fehlversorgung betroffen. Durch die ökonomischen Zwänge, auf die sie reagieren müssen, werden ihre Entscheidungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Frauen haben eine sensiblere Körper- und Krankheitswahrnehmung, sind häufiger in jungen Jahren von chronischen Krankheiten betroffen und haben ein anderes Medikamenten- und Arzt-konsultationsverhalten als Männer. Damit sind sie in besonderer Weise vom Ausschluss der rezept-freien Medikamente und von der Praxisgebühr betroffen. Die Bindung der Arzneimittelfinanzierung an die Rezeptpflichtigkeit benachteiligt Frauen beispielsweise bei homöopathischen und natur-heilkundlichen Medikamenten. Dies trifft nicht nur in Zeiten vor einer Schwangerschaft, bei Kinder-wunsch und in der Stillzeit zu. Dabei ist die Rezeptpflichtigkeit in keiner Weise an die Wirksamkeit von Arzneimitteln gebunden, sondern daran, ob giftige Nebenwirkungen bekannt oder Antibiotika enthalten sind. Und auch von der Ausgliederung von Leistungen, wie zum Beispiel Brillen, sind armutsnahe Schichten und Armenhaushalte besonders stark betroffen. So sind zum Beispiel erheb-liche finanzielle Mittel erforderlich, wenn eine Gleitsichtbrille erforderlich ist oder wenn sich die Sehfähigkeit schnell ändert. Die Kosten für eine Brille belasten einen Armenhaushalt stark. Und viele der Regelungen gelten nicht nur für die Frauen selbst, sondern auch, wenn ihre Kinder über 12 Jahre alt sind. Dies ist ein enormes Problem, vor allem auch für die große Anzahl von Alleinerziehenden im SGB-II-Bezug. Diese waren nach den alten Regelungen der Sozialhilfe bis zu einem Einkommens-betrag von 966 Euro von allen Zuzahlungen befreit. Seit 2004 gilt statt der alten „Sozialklausel“ nun eine „Belastungsgrenze“, die eine zweiprozentige Zuzahlungsverpflichtung des Bruttoeinkommens vorsieht und die aktuell bei rund 86 Euro pro Jahr für die Bedarfsgemeinschaft liegt. Für Frauen und Familien, die wenig über dem SGB-II-Satz liegen, ist die Situation häufig noch prekärer, da für sie die zweiprozentige Zuzahlungsregelung gilt, die weitaus höher ist, weil im SGB II Wohngeld nicht an-gerechnet wird.

Bittere Medizin:

Beispiel sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sexualität und Fortpflanzung sind eigenständige Rechte. So nahm die Weltgesundheitsorganisation WHO in ihre Gesundheitsdefinition ausdrücklich auch die reproduktive Gesundheit auf. Danach ist Gesundheit mehr als das Freisein von Krankheit und Gebrechen – und dazu gehören auch die Fort-pflanzungsorgane, ihre Funktionen und Prozesse. „Reproduktive Gesundheit“ bedeutet deshalb, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähig-keiten zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie sie davon Ge-brauch machen. In diese letzten Bedingungen eingeschlossen ist das Recht von Frauen und Männern auf Information und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familien-planungsmethoden.

Es ist schon erstaunlich, dass die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung zu Anfang des 3. Jahr-tausends in den gesetzlichen Regelungen der Bundesrepublik so wenig Berücksichtigung findet, wo doch spätestens sei den 1970er Jahren die Familienplanung eine Frage der Selbstbestimmung und eine gesellschaftspolitische Frage ist.

Im Rahmen der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994 hatte sich die Bundesregierung, zusammen mit 184 Mitgliedsländern der Vereinten Nationen, dafür aus-gesprochen, das „Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden“ zu gewährleisten. Dieses Menschenrecht wurde auch vom Parlament der Europäischen Union 2001 bestätigt.

Bis Dezember 2004 galt für Sozialhilfeempfängerinnen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und auch für arme Frauen ohne Krankenversicherung im Rahmen von Einzelfallhilfe, dass die Kosten für Arztkonsultationen und für ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel übernommen werden.

Mit den Hartz-Gesetzen fielen die ehemaligen Bezieherinnen von Sozialhilfe – soweit sie erwerbsfähig² sind – unter das SGB II. Damit gelten auch für sie ausschließlich die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung:

- Bis zum 18. Lebensjahr ist zum Beispiel eine verordnete Pille für die Frauen kostenfrei.
- Frauen im Alter zwischen 18 und 20 Jahren erhalten die Pille auf Rezept gegen die obligatorische Rezeptgebühr. Hier greifen dann die Zuzahlungshöchstgrenzen bis 2 Prozent vom Bruttoverdienst nach den Zuzahlungsregelungen.
- Ab 20 Jahren ist Verhütung „Privatsache“: Medikamentenkosten eigenfinanziert über Privat-rezept nach ärztlicher Konsultation. Da Verhütung auch keine „Prävention“ ist, fallen hier – anders als bei Vorsorgeuntersuchungen – selbstverständlich Praxisgebühren an. In den Verhandlungen zum Gesetz konnte lediglich erreicht werden, dass für die Pille ausnahmsweise eine Sonderregelung eingeführt wurde. Danach darf sie auch für sechs Monate verordnet werden, anders als alle anderen Medikamente.

Schon bei früheren Reformen waren Verhütungsmittel insgesamt aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen worden.

Dass es sich dabei um eine eindeutige Frauendiskriminierung handelt, bei der es sich durchaus um eine gesellschaftspolitisch begründete moralisierte Entscheidung handelt, zeigt die willkürliche - lediglich an dem Alter der Frauen ausgerichtete - Differenzierung und Festsetzung der verschiedenen Regelungen.

Wie absurd die Regelsätze angesetzt sind, zeigt sich, wenn das Beispiel mit den realen Kosten durchgespielt wird.

Für eine Hormonspirale muss ein Betrag von rund 200 Euro angesetzt werden (Kupfer 20 - 50 Euro), zuzüglich Kosten für das Einlegen zwischen 120 bis 200 Euro. Mögliche Ultraschalluntersuchungen und Praxisgebühren nicht mitgerechnet. Eine solche hohe Summe kann von den Frauen oft nicht vorfinanziert werden.

Wird zur Verhütung die Pille gewählt, so fallen Praxisgebühr und Kosten für das Präparat an. Zwar sind für eine Sechsmontatspackung zwischen 35 bis 70 Euro zu rechnen, doch auch hier ist die Vorfinanzierung ein Problem. Da beim Privat-rezept auch monatliche Teilmengen möglich sind, ist es nicht selten, dass nur einzelne Packungen in der Apotheke geordert werden. Dann allerdings sind für Kleinpackungen zwischen 12 und 20 Euro pro Monat zu veranschlagen (Stand Dezember 2009). Diese bewusst auf ein Rechenexempel reduzierte Ausführung soll zeigen, dass Fragen der Verträglichkeit, der freien Entscheidung und Selbstbestimmung in der Lebensrealität zurückstehen, wenn die öko-

² Erwerbsfähigkeit setzt voraus, dass die Personen in der Lage sind, täglich mindestens drei Stunden zu arbeiten.

nomische Situation es nicht zulässt. Die geltenden Bestimmungen schränken den Zugang für ärmere Frauen zu sicheren und kostengünstigen Verhütungsmitteln massiv ein.

Auch wenn Verhütung selbstverständlich keine „medizinische Medikation gegen eine Krankheit“ ist, so ist immerhin der Zugang zu einer Reihe von Verhütungsmitteln eindeutig an medizinische Kriterien und ärztliche Konsultation gebunden. In der Logik des Regelsatzes im SGB II sind weder eine Geschlechter-Kategorie noch spezifische Lebenslagen vorgesehen. In der Berechnung des Regelsatzes wurde lediglich eine Pauschale für „Gesundheitspflege“ angesetzt, die bei Erwachsenen 4 Prozent des Gesamtregelsatzes beträgt. Das heißt: Knapp 13 Euro pro Monat wurden angesetzt.³

Wenn aber Verhütungsfragen beim Übergang aus den alten Sozialhilferegelungen zum SGB II herausfallen, so wäre es sinnvoll gewesen, dass die Aufwendungen zumindest im Rahmen der Belastungsgrenzen anzurechnen wären.

Bittere Medizin:

Beispiel Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen⁴

Die Ergebnisse sind erschreckend. So kommen die Autoren des Projektes der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) der Bundesregierung in ihrer Studie zur „Rente mit 67“ zum Ergebnis: In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bis zur Rente zu erhalten, werden die größten Probleme im Bereich der gesundheitlichen Voraussetzungen gesehen. Insgesamt geben knapp 44 Prozent der Frauen an, dass der gesundheitliche Aspekt für sie ein großes oder eher großes Problem darstellt. Des Weiteren werden die Arbeitsbedingungen als problematisch eingeschätzt. Hierin sehen etwa 27 Prozent ein Problem in Bezug auf die eigene Weiterarbeitsfähigkeit. Die persönlichen sowie die qualifikatorischen Voraussetzungen werden im Vergleich als weniger problematisch erachtet. Insofern verwundert es nicht, wenn die Autoren und Autorinnen der Studie einleitend feststellen: „Insbesondere Frauen sind aufgrund ihrer strukturell schwächeren Arbeitsmarktposition besonderen Risiken in Bezug auf die Weiterarbeitsfähigkeit ausgesetzt. Das gilt vor allem mit Blick auf den Verbleib in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. So wurden und werden Frauen über ihren Erwerbsverlauf hinweg mit spezifischen Hemmnissen konfrontiert, wie zum Beispiel branchen- und arbeitsorganisationsabhängigen geringen Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, geringeren Einkommen oder der Vereinbarkeit von Kindererziehung und Pflegearbeit. Hinzu kommt die Zunahme

³ Der Regelsatz beträgt nach aktuellem Stand

- für einen Haushaltsvorstand bzw. eine Alleinerziehende 359 Euro
- für eine/en Partner/in 323 Euro
- für Kinder 0 – 6 215 Euro
- für Kinder 6 – 14 251 Euro
- für Kinder ab 14 287 Euro

Der Regelsatz enthält alle Kosten für Nahrungsmittel, Kleidung, gesellschaftliche Teilhabe, Schreibwaren und „Gesundheitspflege/medizinische Produkte“.

Kindergeld oder Unterhaltszahlungen werden auf den Regelsatz angerechnet. Daher wird die Erhöhung des Kindergeldes ab 2010 für Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II keinen zusätzlichen Euro in den Armeenhaushalt bringen.

⁴ Initiative Neue Qualität der Arbeit/INQA (Hrsg.), 2008: „Rente mit 67“ – Voraussetzungen für die Weiterarbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen, Zusammenfassung der Projektergebnisse.

von Teilzeitregelungen, geringfügigen Beschäftigungen und zeitlich begrenzten Arbeitsverhältnissen, die überwiegend von Frauen abgedeckt werden, bei zeitgleicher, geringerer Absicherung gegen soziale Risiken wie Arbeitslosigkeit und Alterssicherung.“⁵

All das wirft die Frage nach der Rolle des Staates auch in Bezug auf die Gewerbeaufsicht und die Anforderungen an den Arbeitsschutz bei allen Formen von prekärer Arbeit auf, z.B. bei Minijobs, bei Leiharbeit, befristeter Arbeit oder in Praktikerverhältnissen.

Armut und Arbeitslosigkeit machen krank: physisch und psychisch

Neben ihrer sozialen Bedeutung hat Sigmund Freud schon die Voraussetzung der Gesundheit für die Arbeit betont: „Gesundheit als die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können“. Arbeitslosigkeit, prekäre Arbeitsverhältnisse und Perspektivlosigkeit können krank machen – dem wird mittlerweile allgemein zugestimmt. Denn mit der Armut einher gehen gesundheitlich relevante Problemlagen wie ungünstige Wohnverhältnisse, familiäre oder psychische Belastungen oder Gewalterfahrungen. Ein sich gesellschaftlich veränderndes System von Familienstrukturen und familiärer (Nicht-)Absicherung, die Risiken auf dem Arbeitsmarkt und im Sozialversicherungssystem können sich in ihren Wirkungen verschränken, verstärken, sich zunehmend verschärfen und beschleunigen.

Bereits der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland wies auf die hohen psychomentalen Belastungsfaktoren (u.a. Zeitdruck) hin und forderte weitere Untersuchungen.⁶

Dem ist zuzustimmen, allerdings darf die Forderung nach weiteren Untersuchungen keinesfalls Vorwand für Nichtstun sein. Denn die frauenspezifischen Bedarfe und notwendigen Nachbesserungen und Stellschrauben liegen auf der Hand. Vor allem im Hinblick auf dringend nötige Nachbesserungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Alterssicherung, im SGB II und im Hinblick auf ihre Wechselwirkungen müssen die sozialen Sicherungssysteme unter Genderaspekten auf den Prüfstand. Solange Lohnungleichheiten, Ungleichheiten von Erwerbs- und Familienarbeit, Diskrepanzen von Lohn, Schutzrechten und zwischen prekärer Arbeit und Normalarbeitsverhältnissen bestehen und auch im Versicherungs- und Transfersystem festgeschrieben werden, - solange wird es eine geschlechtsbezogene „Gerechtigkeitslücke“ geben.

Kontakt:

Carola Bury, Referentin für Gesundheitspolitik
Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstr. 1, 28195 Bremen
bury@arbeitnehmerkammer.de

⁵ Ebd., S. 4.

⁶ Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland (2001), S. 370 ff.

Weitere Literatur:

Bury, Carola, Beschäftigung am Existenzminimum. Armut und prekäre Beschäftigung im Land Bremen. in: Gesundheit Berlin (Hrsg. 2007): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

Bury, Carola, Frauengesundheit – hohe Hürden für arme Frauen. Am Beispiel von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (Mutter-Kind-Kuren), in: Gesundheit Berlin (Hrsg. 2008): Dokumentation 14. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

Bury, Carola, Lieber reich und gesund, als arm, krank und weiblich, in: BKK Gesundheitsreport 2009, Gesundheit in Zeiten der Krise, Essen, S29-31.