



Frauen und Arbeit – die nächsten Schritte zu mehr Gesundheit: Ein Überblick

3. Frauengesundheitskonferenz Hannover

3. September 2018

Univ.-Professorin em. Dr. sc. oec. Uta Meier-Gräwe JLU Gießen

Mitglied der Sachverständigenkommission für den
Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung

Gute Arbeit?



- Trotz Fachkräftemangel und Job-Boom werden in Deutschland immer noch 41 Prozent der Arbeitnehmer*innen, die eine neue Stelle antreten, befristet eingestellt. Frauen werden (zu 45 Prozent) häufiger auf Zeit eingestellt als Männer. Weniger als die Hälfte der Arbeitnehmer*innen, die nur über einen Zeitvertrag verfügen, werden später übernommen.

(Quelle: Rheinische Post, 30.08.2018)

- Gesundheitsprävention als Verhältnisprävention heißt: Befristungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren, sachgrundlose Befristungen ganz abzuschaffen und stattdessen gute Arbeit als gesundheitsförderliche Ressource auf die Tagesordnung zu setzen

Gute Arbeit?



- Mehr als jeder fünfte Erwerbstätige in Deutschland musste sich 2017 mit einem prekären Job begnügen – das sind **7,7 Millionen** Menschen.
- Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern blieben weiterhin gravierend: Fast **jede dritte Frau** steckte in einem sogenannten atypischen Arbeitsverhältnis, bei Männern war es etwa jeder achte.
- **4,8 Millionen** Beschäftigte waren in Teilzeit **mit weniger als 20** Wochenstunden angestellt, das sind ganz überwiegend Frauen.

Gute Arbeit?



- „Aus der Minijob-Tätigkeit im Privathaushalt gibt es nahezu keine Übergänge in eine Vollzeitstelle, auch eine Anschlussbeschäftigung in einer Teilzeitstelle mit mehr als 20 Stunden pro Woche finden nur 7% (!!) der Frauen, die im Privathaushalt in einem Minijob tätig waren.“
- D.h. Minijobs haben **keine Brückenfunktion in den ersten Arbeitsmarkt!!**

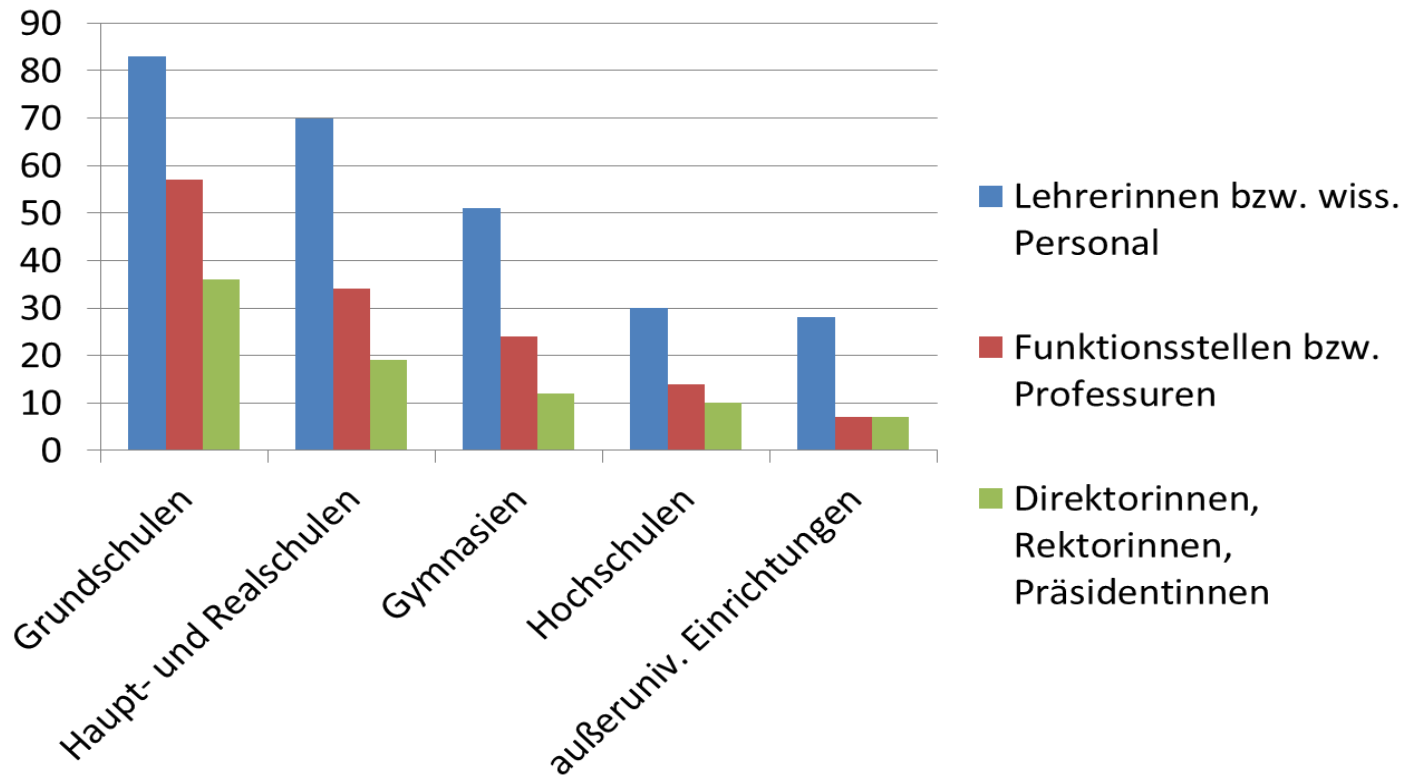
Fatale Folgen:



Frauen, die ab ihrem 35. Lebensjahr einen 450-Euro-Job ausüben bis sie 2048 in Rente gehen, erwerben darüber einen Rentenanspruch von insgesamt 163 Euro.

Quelle: BMFSFJ (2013): Frauen im Minijob

Frauenanteile an akademischem Personal und in Führungspositionen an Schulen, Hochschulen und außeruniversitären Einrichtungen (in %)



(Quelle: R. Kreckel 2016)

SAHGE-Berufe



Ein neue gemeinsame Klammer für die Sorgeberufe, um sie begrifflich sichtbar zu machen:

SA	H	G	E
Soziale Arbeit	Haushaltsnahe Dienstleistungen	Gesundheit, Pflege	Erziehung

- **80 % der Beschäftigten in den SAHGE-Berufen sind weiblich**
- Die Beschäftigung in den SAHGE-Berufen ist in Deutschland weit stärker als in der Gesamtwirtschaft angestiegen
- Charakteristisch sind eine hohe Arbeitsintensität und ein stark unterdurchschnittliches Lohnniveau



Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste von vollzeitbeschäftigten Fachkräften in ausgewählten Wirtschaftsbereichen 2009 (in Euro)

- **Herstellen von Kraftwagen
und Kraftwagenteilen (Männeranteil: 88,8 %) 3.187 €**
- **Krankenhäuser (Frauenanteil: 64,2%) 2.670 € (-517 €)**
- **Grundschulen (Frauenanteil: 76,0%) 2.573 € (-614 €)**
- **Kindergärten (Frauenanteil: 95,4%) 2.527 € (-660 €)**
- **Altenheime (Frauenanteil: 70,2%) 2.453 € (-734 €)**
- **Veterinärwesen (Frauenanteil: 73,2%) 2.055 € (-1.132 €)**
- **Arzt-/Zahnarztpraxen (Frauenanteil: 87,4%) 1.909 € (-1.278 €)**

Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in 12 europäischen Staaten und den USA



	Patienten pro Registered Nurse oder vergleichbar qualifizierte Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegefachkraft (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13,0	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Niederlande	7,0	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5,0
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

Quelle: Michael Simon und Sandra Mehmecke (2017): Nurse-to-Patient Ratio; HBS, Working Paper, Forschungsförderung. Düsseldorf:116

Gute Arbeit?



- Im BKK Gesundheitsatlas werden Häufigkeit und Dauer von Krankschreibungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen analysiert. Das Ergebnis: Das Erkrankungsgeschehen in Pflegeberufen sei „**besorgniserregend**“.
- Lediglich etwa 43 Prozent der Altenhilfeeinrichtungen haben die Betriebliche Gesundheitsförderung für ihre Mitarbeiter*innen eingerichtet.

Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017

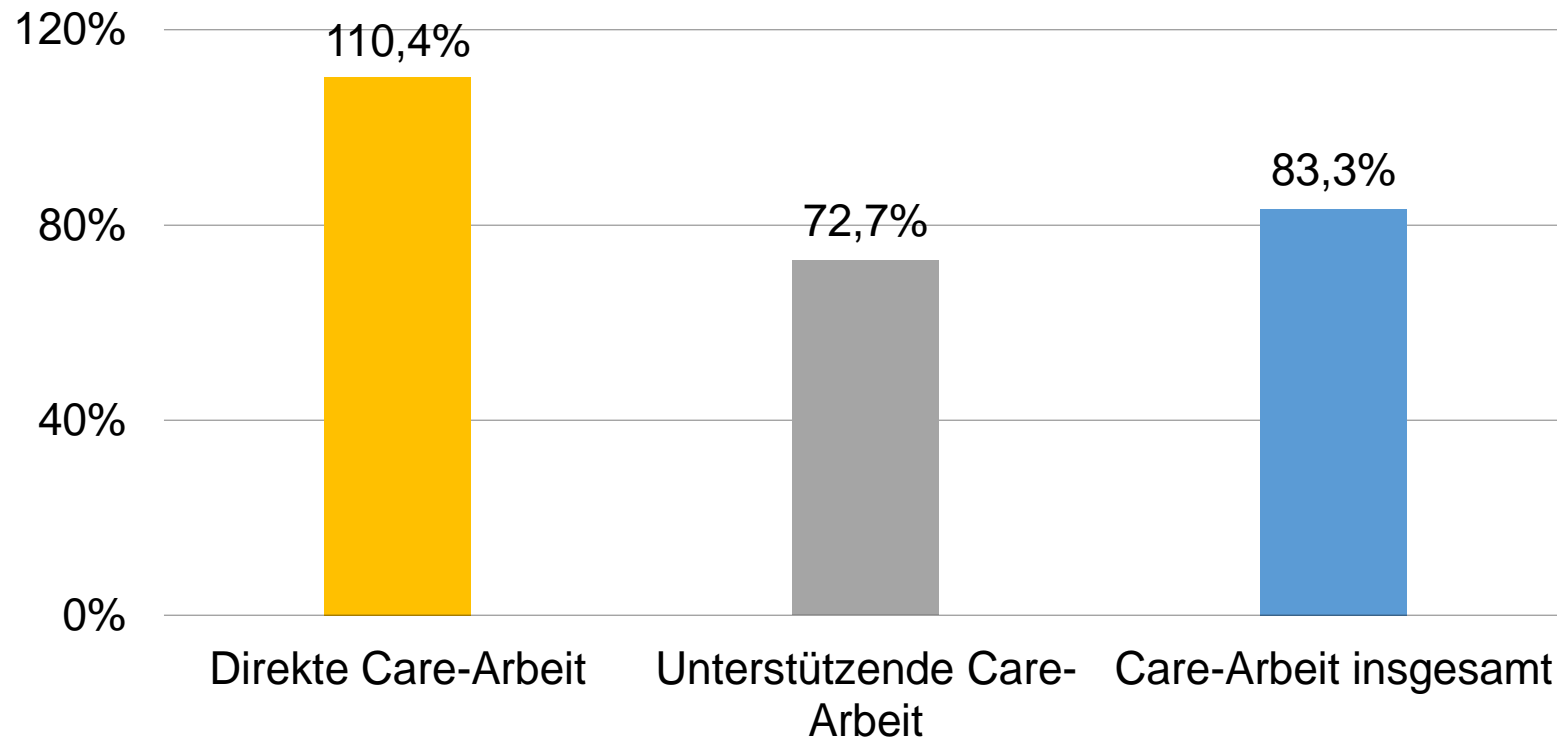
Indikatoren für ungleiche Verwirklichungschancen



- **Gender Pension Gap:** Die eigenen Alterssicherungsleistungen von Frauen waren 2015 um **53%** geringer als die von Männern.
- **Gender Pay Gap:** Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst erwerbstätiger Frauen war 2015 um **21%** geringer als der erwerbstätiger Männer.
- **Gender Lifetime Earnings Gap:** Frauen haben ein um **49%** geringeres Gesamterwerbseinkommen im Lebensverlauf als Männer (2016).
- **Gender Care Gap:** Frauen leisteten im Jahre 2012 im Durchschnitt **52%** mehr unbezahlte Care-Arbeit als Männer, also anderthalb Mal soviel.

Quelle: BMFSFJ (2017): Zweiter Gleichstellungsbericht

Der Gender Care Gap von Personen in Paarhaushalten mit Kindern



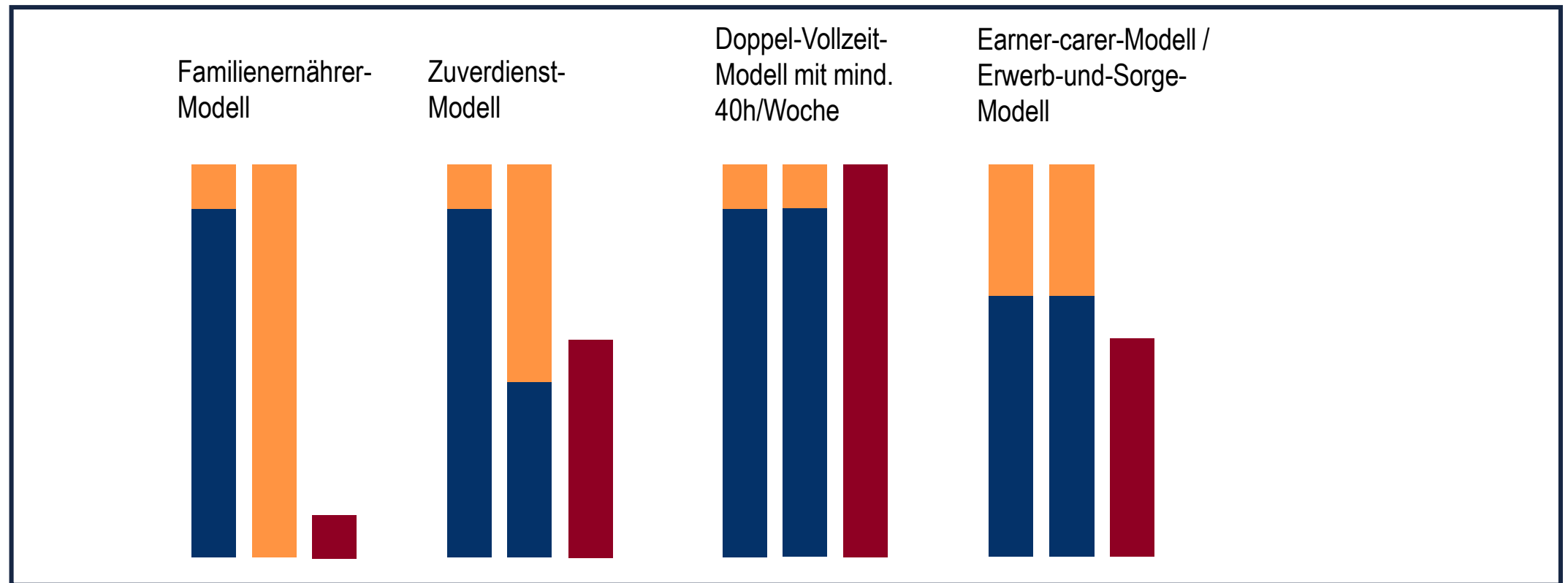
Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Zeitverwendungserhebung 2012/13 nach Klünder 2017



OECD-Studie „Dare to Share“: Männliches Allein- oder Hauptverdienermodell ist in Deutschland immer noch vorherrschend

Mit der Folge, dass der Beitrag von Müttern mit mindestens einem Kind zum Haushaltseinkommen durch eigene Erwerbsarbeit bei lediglich 22,6 % liegt.
Damit sind wir Schlusslicht unter 15 ausgewählten Ländern.

Mögliche Modelle für ein Arrangement von Sorge- und Erwerbsarbeit in Paaren



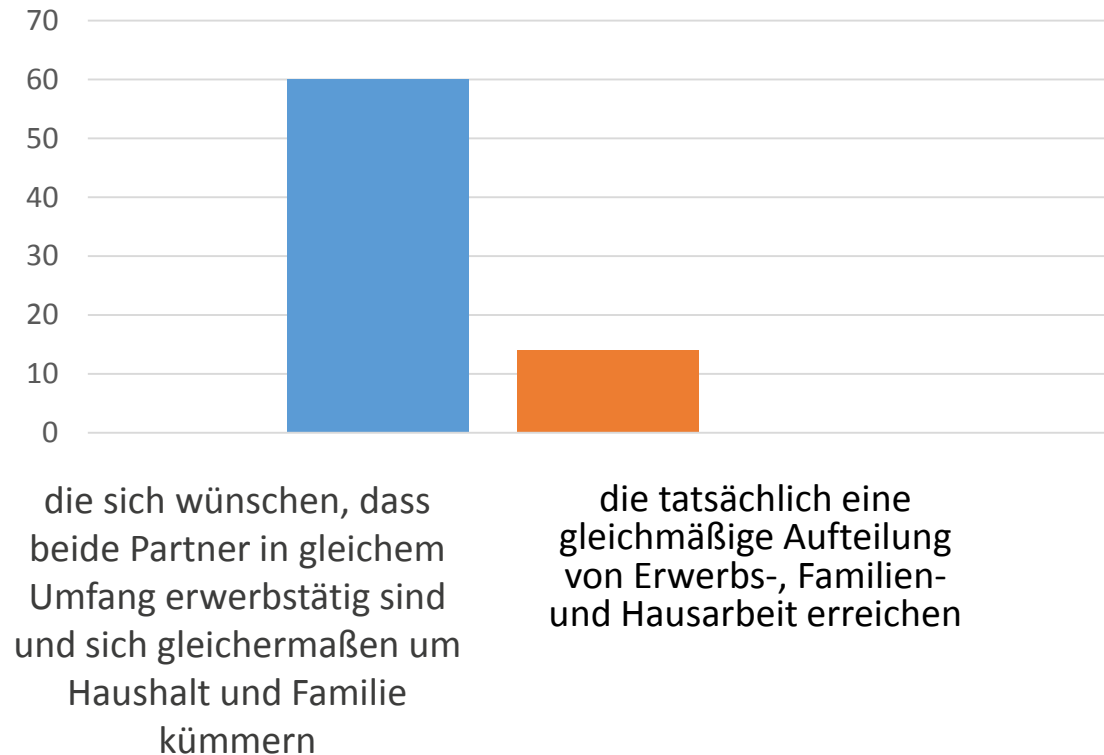
Erwerbsarbeit, Sorgearbeit, externe Sorgearbeit (erwerbsförmige Sorgearbeit und unbezahlte Sorgearbeit von anderen Personen z.B. Großeltern oder Kindern)

Quelle: BMFSFJ (2017): Zweiter Gleichstellungsbericht

Nur wenige Eltern mit kleinen Kindern leben ihr Ideal



Eltern mit Kindern zwischen 1 und 3 Jahren, ...



Quelle: Berechnungen auf Basis von Familien in Deutschland (FiD).

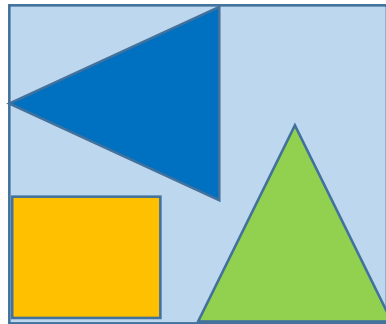
Zitiert nach: DIW Wochenbericht Nr. 46/2013

Ressourcen und Handlungsoptionen für Wiedereinsteigerinnen

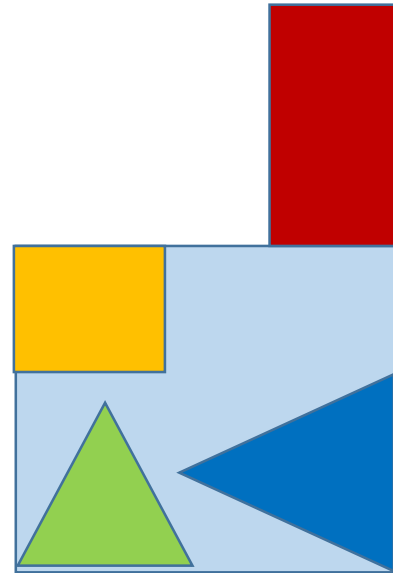


Phase familienbedingter Erwerbsunterbrechung

Balancierter Kräftehaushalt der Frau

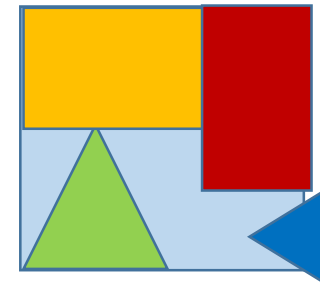


Phase des Wiedereinstiegs

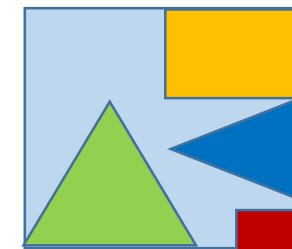


Handlungsoptionen von Wiedereinsteigerinnen

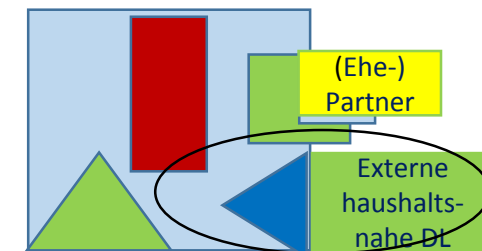
Steigerungsmodell



Verzichtsmodell



Teilungsmodell



Ressourcen* für:

Kinder



Hausarbeit



Freizeit/Schlaf/Regeneration



*ggf. kommt noch die Pflege von Angehörigen dazu



Ressourcenbedarf für Erwerbsarbeit

Folgen von Inkonsistenzen und Fehlanreizen in der Lebenslaufpolitik



- Keine langfristige Sicherung des Lebensunterhalts möglich!!
(**Zwei Drittel** der erwerbstätigen Frauen in Deutschland verdienen nicht genug, um ihre Existenz langfristig zu sichern)
- **Die Hälfte** der Frauen ist nicht einmal in der Lage, sich und ein Kind **kurzfristig** finanziell eigenständig zu versorgen – schon gar nicht für Zeiten ohne eigenes Einkommen vorzusorgen
- Nur jeder vierten Frau gelingt es überhaupt, langfristig für sich und ihre Kinder den Unterhalt zu erwirtschaften

Verschenkte Beschäftigungspotentiale



- Frauen stecken größtenteils in Berufen mit einem eingebauten Verarmungsrisiko (müssten mehr als 2000 Euro brutto verdienen, um Armutsfalle im Alter zu entgehen!)
- Abkehr von der Strategie, Ehrenamt in prekäre Freiwilligendienste zu transformieren, ansonsten verbleibt Deutschland in der **Logik der Billigdienstleistungsökonomie**
- Transnationale Sorgeketten und der schwarz-grau melierte Arbeitsmarkt Privathaushalt werden keine Fortschritte in der Gleichstellungsbilanz bringen

Erschöpfte Mütter in anerkannten MGW-Kliniken



- Anteil der Mütter mit Erschöpfungssyndrom bis hin zu Burnout, Schlafstörungen etc. hat sich zwischen 2003 und 2011 um mehr als 30 Prozent erhöht ;
- mehr als ein Drittel litt an Rückenschmerzen, Arthrose, Bandscheibenschäden, Osteoporose;
- die Zahl der stoffwechselerkrankten Mütter hat ebenfalls zugenommen.

Erschöpfte Mütter in anerkannten MGW-Kliniken



- Von rund 50.000 Müttern, die 2014 an einer Mutter-Kind-Kurmaßnahme im Müttergenesungswerk teilgenommen haben, leiden über 80 Prozent unter Erschöpfungszuständen
- Von ihren rund 72.000 mitreisenden Kindern sind zwei Drittel ebenfalls behandlungsbedürftig.

Quelle: Datenreport des Müttergenesungswerkes 2016

Gesunde Lebensjahre im Alter Frauen mit 65

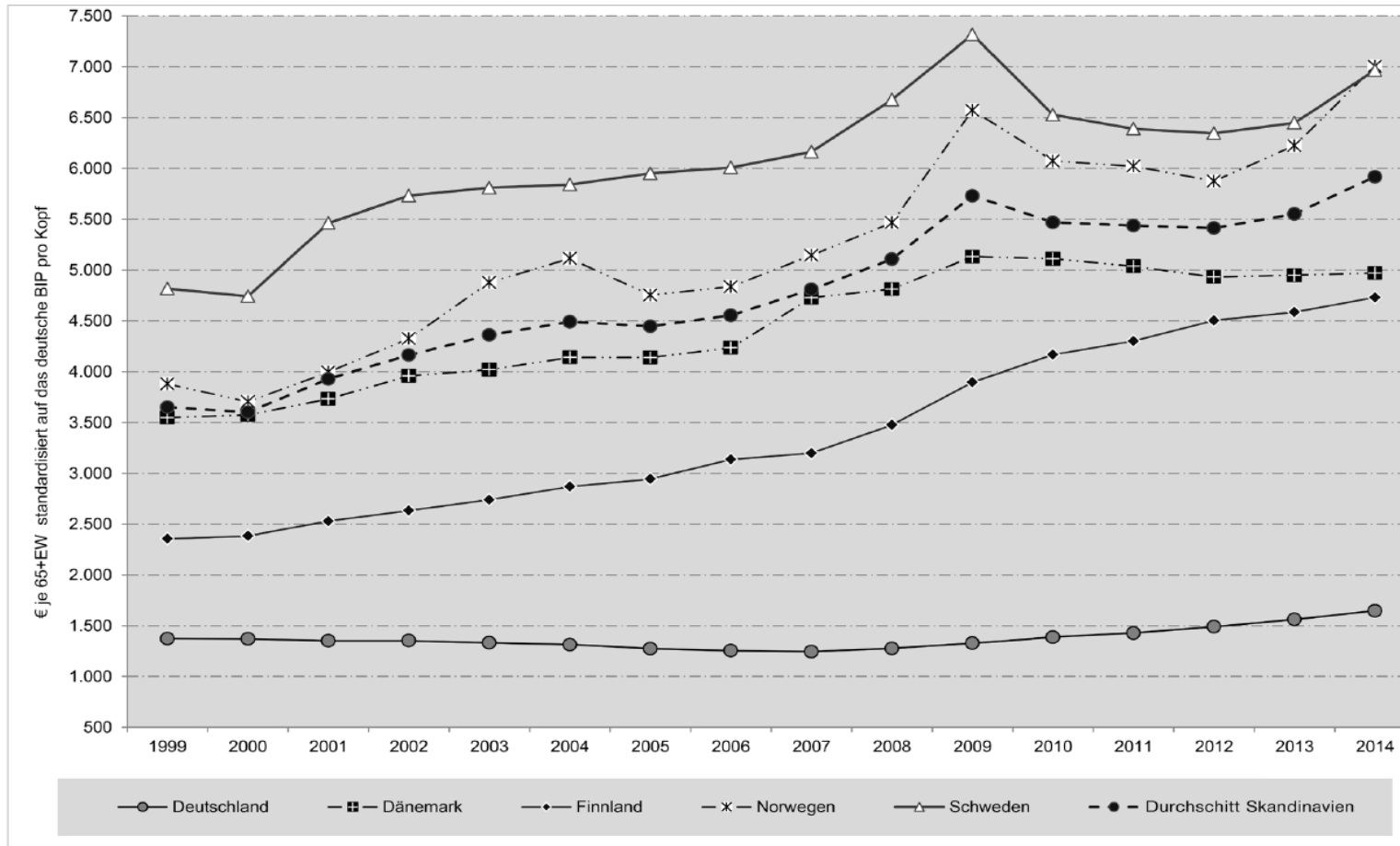


	2000	2005	2009	2012
Deutschland	9,5	5,9	6,5	6,9 + 14,3
Schweden	9,3	10,9	14,6	15,4 + 5,7
Dänemark	9,9	9,9	12,0	12,9 + 7,3

Lesehilfe: Vor dem Jahr 2005 konnten in Deutschland diejenigen Frauen, die in dem jeweiligen Jahr 65 Jahre alt geworden waren, noch jeweils gut 9 von Gesundheit geprägte Lebensjahre erwarten. Ab dem Jahr 2005 sind es nur noch zwischen 6 und 6,9 Jahre. (rote Ziffern: multimorbide Lebensjahre)

(Quelle: Eurostat, Strukturindikatoren über Gesundheit [hlth_hlye], Update vom 14.05.2018;
Darstellung, Cornelia Heintze, Expertise Friedrich-Ebert-Stiftung)

Entwicklung der rechnerischen Pflege-Ausgaben pro Einwohner*in ab 65 (Standardisiert auf das Pro-Kopf-BIP von Deutschland) im Zeitraum von 1999 bis 2014



Quelle: C. Heintze 2016; Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, S. 326

ARBEIT 4.0: MEGATRENDS DIGITALER ARBEIT DER ZUKUNFT



BERUFS- UND PRIVATWELT VERSCHWIMMEN

- traditionelle Arbeitsorte und -zeiten lösen sich auf. Für Arbeitnehmer*innen ergeben sich daraus individuelle Gestaltungspotentiale, zum Beispiel zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch neue Belastungen („always on“).

Home Office



- Nur 11 % der Unternehmen bieten diese Möglichkeit (2008: 14,1 %), in den skandinavischen Ländern 37,5 %
- Lediglich 4 % der Unternehmen, die bisher keine Homeoffice-Angebote vorgehalten haben, planen das in Zukunft
- Technik und Kosten sind nicht das Problem, sondern verbreitete Präsenzkultur
- über ein Drittel der Unternehmen informieren nicht aktiv
- In den Niederlanden haben Angestellte Rechtsanspruch auf einen Homeoffice-Tag pro Woche

Perspektiven



- **Aufwertung von Dienstleistungstätigkeiten**
- **politische Botschaften**, welche die Arbeit am/mit Menschen mindestens ebenso wertschätzen wie Arbeit an Maschinen.
- Förderungen und Öffentlichkeitsarbeit von Regierung und BMAS sollten sich nicht allein auf „Industrie 4.0“ beschränken
- Horizont auf wachsende und zukunftsweisende Sektoren richten und entsprechend die Konzepte für „Arbeiten 4.0“ nicht von der Industrie her zu denken.

Perspektiven



- Eigenständige wirtschaftliche Sicherung durch gleichberechtigte Integration in die Erwerbsarbeit
- Eigenständige wirtschaftliche Sicherung durch soziale Absicherung für unbezahlte Sorgearbeit
- Eigenständige wirtschaftliche Sicherung im Alter
- Partnerschaftliche Geschlechterverhältnisse und Auflösung von Geschlechterstereotypen, d.h. Vereinbarkeit von gutem Leben, Sorge- und Erwerbsarbeit für alle Genusgruppen

Quelle: BMFSFJ (2017): Zweiter Gleichstellungsbericht

Perspektiven



- Gleichstellungsorientierte Gestaltung der Erwerbs- und Sorgearbeit, bei der alle Menschen Erwerbs- und Sorgearbeit im Lebensverlauf gleichberechtigt verbinden können
- **Durch institutionelle und politische Rahmung gewährleisten, dass Zweiverdiener-Arrangements ohne Überforderung gelebt werden können**
- Abkehr von Orientierung an Familienernährer-, Zuverdienst- und Doppel-Vollzeitmodellen **zugunsten des Erwerb-und-Sorge-Modells** (entspr. „Earner-Carer-Model“ von Nancy Fraser)
- wichtiger Beitrag zur gesundheitsförderlichen **Verhältnisprävention**

Perspektiven: SAHGE-Berufe zu „Lebensberufen“ weiterentwickeln



- Statt „Sackgassenberufe“ sollen die SAHGE-Tätigkeiten zu echten „Lebensberufen“ werden, in denen die Beschäftigten dauerhaft gut und existenzsichernd arbeiten und sich entwickeln können.
- Die Sachverständigenkommission empfiehlt die **Erarbeitung einer zusammenhängenden Strategie zur Aufwertung der erwerbsförmigen Sorgearbeit.**
- In SAHGE-Berufe sollte ein größerer Anteil des Bruttoinlandsprodukts investiert werden als bisher.

Perspektiven: Gute Arbeit in der Pflege



Die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern, damit der Beruf attraktiv bleibt und Altenpflegekräfte dauerhaft darin verbleiben können

- das geplante neue Personalbemessungssystem als Chance für eine Verbesserung der Personalausstattung
- Tarifverträge mit Gesundheitsschutz und Mindestbesetzungsregelungen
- Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes
- Der Kostendruck in der Pflegebranche nicht auf die Arbeitnehmer*innen abwälzen
- Der Anteil der öffentlichen Finanzierung der Pflegeinfrastruktur sollte – nach skandinavischem Vorbild – maßgeblich erhöht werden.

Ökonomie und soziale Arbeit



Bisher: einseitigen Erfassung und Betrachtung der Kosten („Input-orientierung“)

- Ausgabenanstieg im Gesundheitssystem, bei der Grundsicherung und der Kinder- und Jugendhilfe
 - Folge: Zwang zum Sparen wird angemahnt
-
- Keine Erfassung des **Nutzens**, d. h. der Leistungen von Sozialer Arbeit und gesundheitsförderlicher Maßnahmen, die im wirtschaftlichen Sinne als „Output“ zu bezeichnen sind
-
- ↳ **Ökonomische Fragen spielen eine zunehmende Rolle bei der Entwicklung des Angebots, ohne dass jedoch eine umfassende Analyse aller zur Beurteilung notwendigen Kenngrößen stattfindet.**

Bestandsanalyse Alleinerziehende



Obwohl mehr als drei Viertel der alleinerziehenden Mütter (**78%**) in Deutschland über einen mittleren bis hohen Bildungsabschluss verfügen und sechs von zehn alleinerziehenden Müttern erwerbstätig sind, ist das **Zugangs- und Verbleibsrisiko dieser familialen Lebensform in Armutslagen seit 2005 um 6,6 Prozent angestiegen**, während es für Paare mit zwei Kindern um 11,7 Prozent gesunken ist.

Quelle: Stichnoth 2016 :4





Haushaltstyp: Alleinerziehende Mutter mit einem Kind

- Pessimistisches Szenario 1: lebenslange Transferabhängigkeit
- Szenario 2: Erwerb-und-Sorge-Modell
(gleichstellungspolitische Maßnahmen: Familienarbeitszeit,
Gutscheine für haushaltsnahe Dienstleistungen, Maßnahmen der
Gesundheitsförderung)

Pessimistisches Transfer-Szenario: Sabine A.



- Sabine A. **lebt bei ihrer alleinerziehenden Mutter**, die seit ihrer Geburt keiner Erwerbsarbeit nachgeht und sie von Anfang an ohne Kindesvater groß zieht. Beide leben zurückgezogen und sind **auf staatliche Transferleistungen angewiesen**.
- Sabine **jobbt nach ihrem Realschul-Abschluss**, für den sie die Gesamtnote „befriedigend“ erhält, zunächst in einer Altenpflegeeinrichtung, um für sich zu prüfen, ob ein Beruf in diesem Dienstleistungsbereich ihren Vorstellungen entspricht. Sie beginnt nach 6 Monaten eine **Ausbildung zur Altenpflegerin**, die sie auch durchsteht, obwohl sie physisch und psychisch oft an ihre Grenzen kommt. Nach **erfolgreichem Abschluss ihrer Berufsausbildung erhält sie aufgrund des eklatanten Fachkräftemangels sofort ein Stellenangebot in diesem Altenpflegeheim**, das sich in ihrem Heimatort befindet. Allerdings muss sie oft in **Spätschicht und an den Wochenenden** arbeiten. Als sie 26 Jahre alt ist, kommt ihre **Tochter Jasmin zur Welt**. Leider ist der Kindesvater nicht an einer festen Beziehung interessiert, so dass Sabine – wie schon ihre Mutter – von Geburt ihrer Tochter an **alleinerziehend** ist. Der Kindesvater zahlt keinen monatlichen Unterhalt. Auch er steht im Transferbezug. Obwohl ihre Mutter sie immer wieder ermutigt, doch wieder **in ihren Beruf zurückzukehren, bleibt es bei einigen Versuchen, die jedoch allesamt scheitern**, auch deshalb, weil die Versorgung ihrer Tochter in den Randzeiten und an den Wochenenden immer wieder problematisch ist. Sabine A. gelingt es in ihrem Lebensverlauf nicht wieder, aus dem staatlichen Transferbezug herauszufinden.

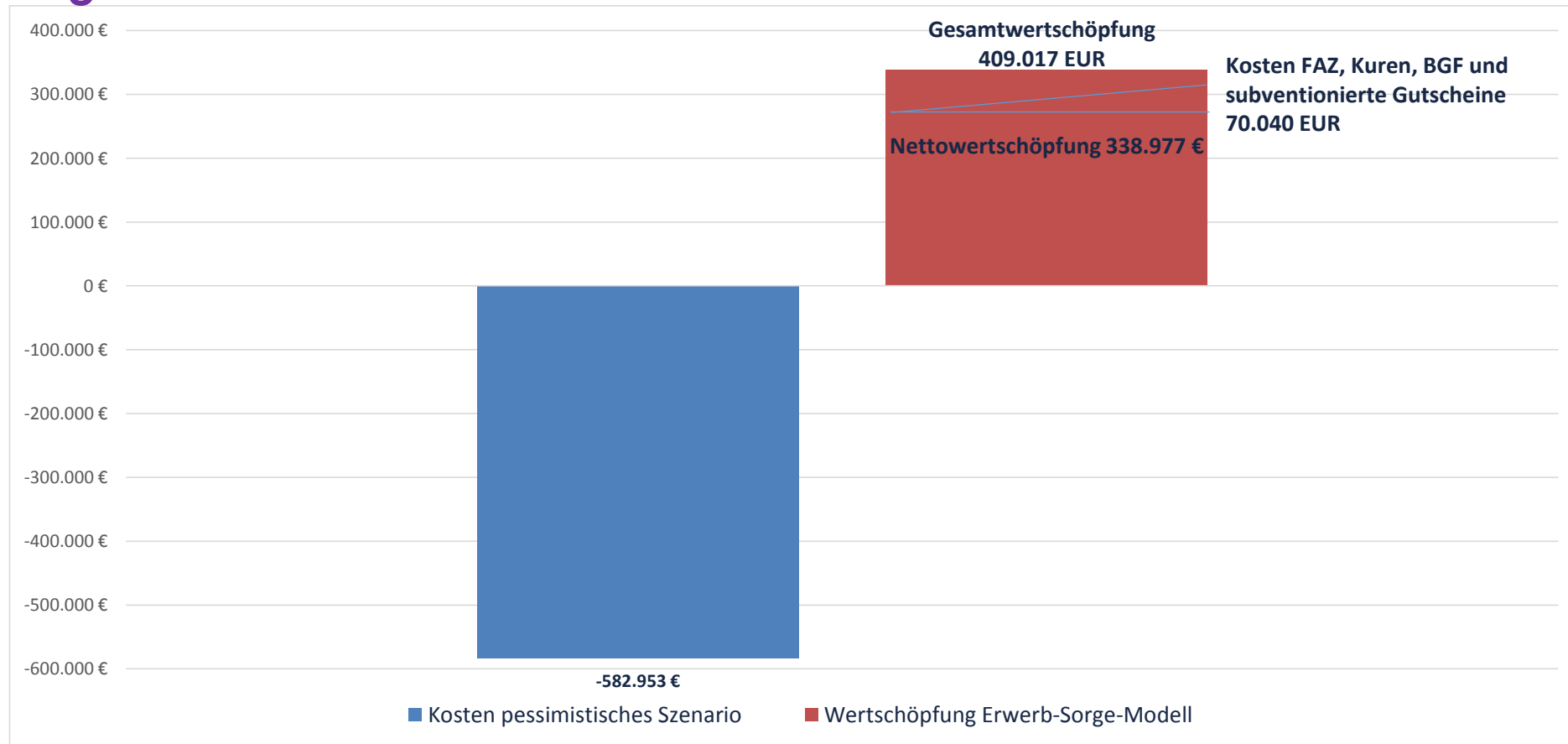
Optimistisches Transfer-Szenario: Erwerb-Sorge-Modell Sabine A.



- **Gleicher Verlauf bis zur Geburt ihrer Tochter Jasmin.** Da ihr ein **Ganztags- Kitaplatz** zur Verfügung steht, nutzt sie nach 14 Monaten Elternzeit die Möglichkeit der Familienarbeitszeit. Sie steigt mit **80 Prozent (32 Wochenstunden)** wieder in ihren Beruf ein und erzielt ein Bruttogehalt von 1.839 Euro. Darüber hinaus erhält sie **drei Jahre lang monatlich eine Lohnersatzleistung von 90 Euro**. Danach kehrt sie an ihren Arbeitsplatz zurück und profitiert von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zudem erhält sie über **5 Jahre voll subventionierte Gutscheine für 10 Stunden pro Woche für haushaltsnahe Dienstleistungen**, die sie unter anderem für Hol- und Bringdienste vollumfänglich nutzt. Dann entschließt sich Sabine zur beruflichen **Weiterbildung als Pflegedienstleiterin. Das ist nur möglich, weil sie für ihr Kind einen Platz in einer gebundenen Ganztagschule** erhält.
- Mit **39 Jahren übernimmt sie eine Stationsleitung** und erzielt mit einer 35-Stundenwoche wieder das Einkommen, welches ihr vor der Geburt ihrer Tochter in Vollzeit zur Verfügung stand. Als ihre **Tochter mit dem Studium beginnt** und ihre ehemalige Chefin in Rente geht, wird sie ihre Nachfolgerin. Als Pflegedienstleiterin erhält sie ein monatliches Bruttoeinkommen von 2.950 Euro. Zweimal erhält sie im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine **vierwöchige Kur**, um sich körperlich und mental zu regenerieren. Mit 67 Jahren geht sie in Rente.

Gegenüberstellung:

Szenario Transferabhängigkeit/Wertschöpfung vs. Szenario Erwerb-und-Sorge-Modell



Gesamtwertschöpfung Erwerb-und-Sorge-Modell = 409.017 Euro - 3.240 Euro (Lohnfortzahlungen für die Familienarbeitszeit) - 7.000 Euro (2 Kuraufenthalte und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung BGF) - 59.800 Euro (10 Gutscheine/23 Euro pro Woche über 5 Jahre) = **Nettowertschöpfung von 338.977 Euro.**