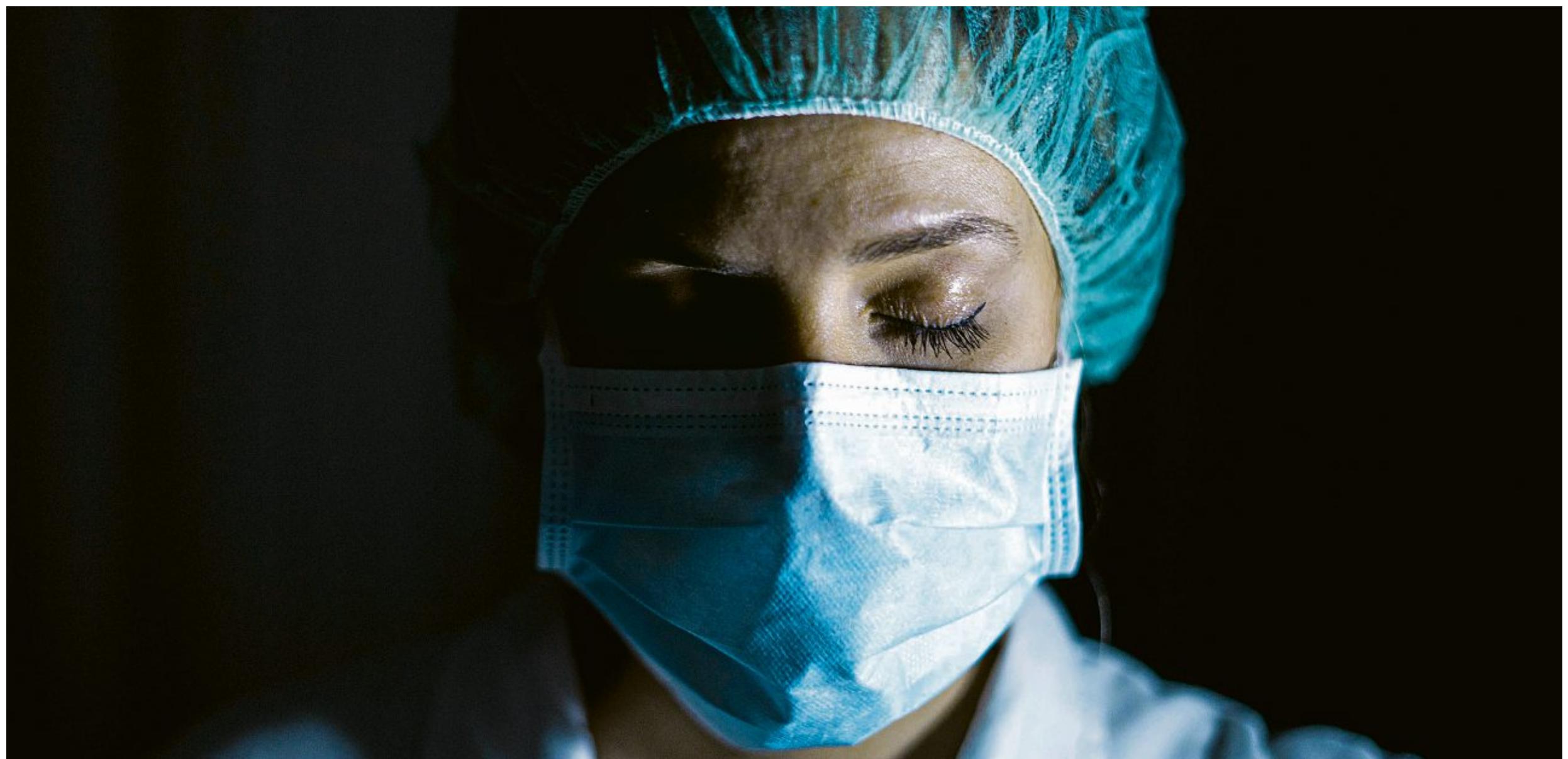


Gesundheit



Die Mehrheit der Personen, die in einer Pandemie einer Infektionsgefahr ausgesetzt sind, sind Frauen. Sie stellen den größten Teil des Gesundheitspersonals.

IMAGO/CAVAN IMAGES

Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen

Auch Pflegerinnen und Ärztinnen leiden unter geschlechtsspezifischer Benachteiligung. Migrantinnen haben es noch einmal schwerer

MIRAY CALISKAN

Sie wurden in der Corona-Pandemie auf Balkonen minutenlang beklatscht, es wurden Dutzende Radiobeiträge, Fernseh-Dokumentationen und Zeitungsberichte über sie veröffentlicht: Frauen, die den größten Anteil am Gesundheitspersonal ausmachen und die noch heute einer großen Infektionsgefahr ausgesetzt sind. Worüber wenig berichtet wird: ihr fortwährender Kampf um Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung.

Das Netzwerk Women in Global Health, das sich für die Rechte von Frauen im Bereich der Gesundheit einsetzt, veröffentlichte bereits im vergangenen Jahr ein Positionspapier, wonach rund 78 Prozent des Personals im Gesundheitssektor Frauen sind, in der Kranken- und Altenpflege liegt ihr Anteil gar bei 90 Prozent. Allerdings: Rund 43 Prozent der Ärztinnen arbeiten deutschlandweit in Leitungspositionen in der stationären Versorgung, laut einer Studie des Deutschen Ärztinnenbundes für die deutsche Universitätsmedizin beträgt der Anteil von Frauen in führenden Spitzenpositionen durchschnittlich 13 Prozent.

Überproportional vertreten

„Das ist die berühmte gläserne Decke, und auch die Gründe, wieso Frauen in der Spitzte so unterrepräsentiert sind, sind jedem bekannt“, erklärt Theda Borde, Professorin für sozialmedizinische und medizinsoziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. Sie ist eine von vielen Rednerinnen, die bei der Veranstaltung von dem Berliner Dachverband der Migrantinnenorganisationen DaMigra zum Thema „Migrantinnenrechte und Mehrfachdiskriminierung in der Gesundheitspolitik“ auftreten. Stattgefunden hat sie im Mercure Hotel im Tempelhof.

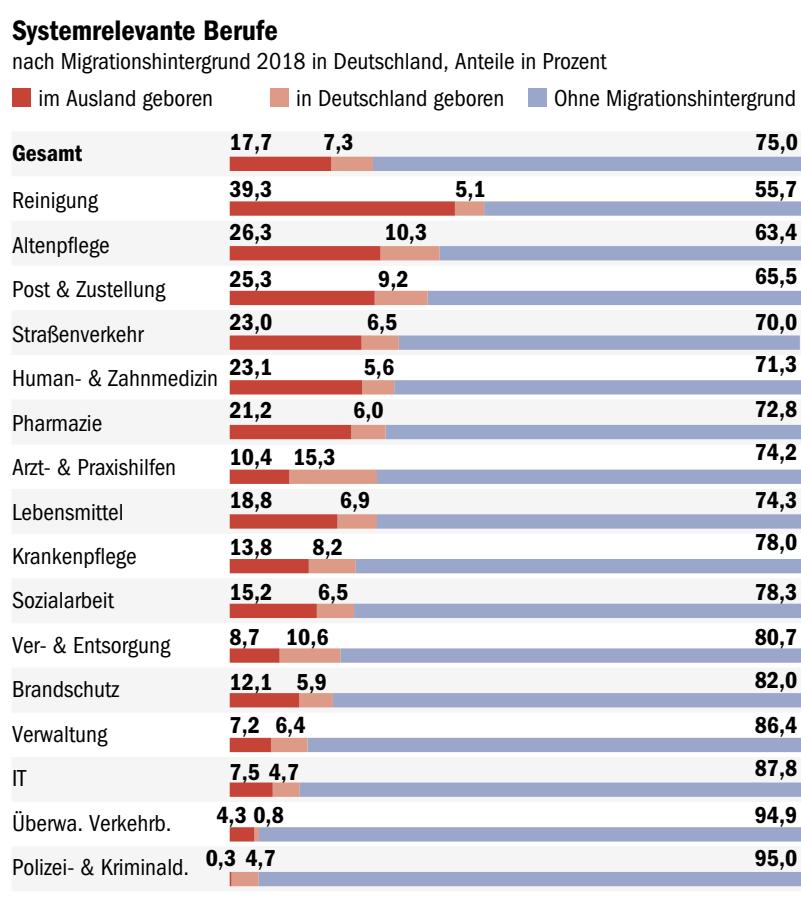
Die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf zum Beispiel: Viele Frauen steigen nach der Geburt ihres Kindes häufiger aus dem Beruf aus als Männer oder kehren nach der Elternzeit zwar in ihren Job zurück, allerdings in Teilzeit. Frauen sind es, die häufiger die Pflegearbeit für Angehörige und mehr Haus-

haltaufgaben als Männer übernehmen. Deshalb erweist es sich als schwierig für sie, als Vollzeitkraft in einen Beruf zurückzukehren, der gekennzeichnet ist durch lange und unregelmäßige Arbeitszeiten, wie Schichtdienste im Krankenhaus. „Außerdem gibt es auch eine Fehlverteilung der Jobchancen: Männer schieben sich Posten gerne gegenseitig zu, auch das ist bekannt“, so Borde.

All das wirkt sich auf die Karrieremöglichkeiten der Frau aus und führt zum sogenannten Gender Pay Gap – der Entgeltlücke – im Bereich Gesundheit. Nach Angaben von Women in Global Health liegt dieser weltweit bei 28 und europaweit bei 16 Prozent. Deutschland weist nach Estland mit 21 Prozent die zweithöchste Entgeltlücke in Europa auf. Zum Vergleich: In Luxemburg beträgt sie 4,6, in Rumänien rund drei Prozent. „Die ungerechte Lohnlücke zwischen den Geschlechtern wird durch den migrant pay gap verstärkt“, sagt Borde. Migrantinnen und geflüchtete Frauen seien in Deutschland überdurchschnittlich häufig in der Altenpflege tätig. Sei es im Rahmen von sogenannten informellen Arbeitsverhältnissen zum Beispiel in der 24-Stunden-Pflege in privaten Haushalten oder als Pflegerinnen in Senioreneinrichtungen.

Laut einer Studie vom Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) haben in Deutschland ein Viertel der Beschäftigten, die in systemrelevanten Berufen arbeiten, einen Migrationshintergrund. Überproportional vertreten sind sie in der Altenpflege mit 36,6 Prozent. Auch als Human- und Zahnmediziner (28,7 Prozent), als Pharmazeuten (27,2 Prozent) oder als Arzt- und Praxishilfen (25,7 Prozent) sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte deutlich häufiger anzutreffen, als es ihrem Anteil an der erwerbstätigen Bevölkerung entspricht, wobei die Auswertungen auf Zahlen aus dem Jahr 2018 beruhen.

„Nur schätzungsweise 15 Prozent der migrierten Gesundheitskräfte sind in einem formellen Arbeitsverhältnis beschäftigt“, fügt Borde an. Migrantinnen und Migranten verdienen deutlich weniger als einheimische Arbeitnehmer, schreiben die DeZIM-Forschenden. Der Anteil



„Unser Gemeinwesen wird zu einem beträchtlichen Teil auf dem Rücken derer gesichert, die selbst unsicheren und schlecht bezahlten Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.“

Aus einer Studie des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung

derjenigen zum Beispiel, die selbst nach Deutschland eingewandert sind, habe sich im Niedriglohnsektor zwischen 1994 und 2018 beinahe verdoppelt, von 16,3 Prozent auf knapp 31 Prozent. Die Menschen werden in prekäre Situationen getrieben, ohne Kranken- und Sozialversicherung, mit niedrigen Löhnen, geringem Kündigungsschutz und geringer Interessenvertretung. „Es herrscht also eine unausgeglichene Balance zwischen Anstrengung und Belohnung, unter anderem weil sie auch vermehrt Schicht-, Woche-

nend- oder Nachtdienste übernehmen müssen“, so Borde. „Sie sind psychisch und körperlich belastet und bekommen keine soziale Unterstützung.“

Die Vorstandsvorsitzende von DaMigra Kook-Nam Cho-Ruwwe ergänzt, dass die Systemrelevanz der im Gesundheitswesen arbeitenden Frauen sich nicht durch fairen Lohn oder bessere Arbeitsbedingungen widerspiegle. „Im Gegenteil: Feminisierte Berufe werden abgewertet und die Tätigkeit der Pflege als ‚naturen geben‘ betrachtet“, sagt sie.

Hinzukommt, dass migrierte Gesundheitskräfte Diskriminierungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, nicht nur seitens ihrer Kollegen, sondern auch der Patienten. Eine ehemalige Pflegekraft, deren Familie aus Osteuropa kommt, erzählt im Rahmen der DaMigra-Veranstaltung, wie eine Patientin, die im Altenheim wohnte, sich nicht hat anfassen lassen. „Eine andere sagte zu mir, ich solle aufhören zu gestikulieren. Die Juden hätten das getan und man wisse, was sie davon hatten.“ Mit den diskriminierenden Erfahrungen, die sie machen musste, könne sie locker einen Roman füllen, sagt sie. „Ich habe es nicht mehr ausgehalten und bin nach sechs Jahren aus dem Beruf ausgestiegen.“ Damit taucht das nächste Problem auf: die geringe Verweildauer im Beruf. Sie liegt laut Theda Borde im Schnitt bei 8,4 Jahren in der Altenpflege und bei 13,7 Jahren in der Krankenpflege.

Klar ist auch, dass der immer größer werdende Bedarf an Personal im Gesundheitssystem nur mit Hilfe von immigriertem Gesundheitspersonal gedeckt werden kann. Migrantinnen, die mit vielen Qualifikationen nach Deutschland kommen, würden sich nach ihrer Ankunft mit großen Hürden konfrontiert sehen. „Bestehende Qualifikationen müssen leichter anerkannt werden“, sagt Borde. „Anders gesagt: Die Durchlässigkeit von Bildungsverläufen muss ermöglicht und gestärkt werden.“

Damit sich Geflüchtete oder Menschen mit Einwanderergeschichte neue Qualifikationen aneignen können, müssten Sprachbarrieren und interkulturelles Lernen mitgedacht werden, wie es im Positionspapier von Women in Global Health heißt. Von elementarer Bedeutung: ihr rechtlicher Aufenthaltsstatus. Denn nur, wenn Migrantinnen ihren Aufenthalt in Deutschland als rechtlich gesichert wahrnehmen, könne von ihnen erwartet werden, dass sie Zeit und Geld in den Spracherwerb und eine spezifische berufliche Weiterbildung investieren. Bürokratische Hürden für den Familiennachzug sollten außerdem für dringend benötigtes Fachpersonal, wie es in der Pflege der Fall ist, konsequent gesenkt werden. Je nach Statistik wird geschätzt, dass bis 2030 beziehungsweise 2035 zwischen 270.000 und 350.000 Arbeitsplätze in der Pflege fehlen werden, so Borde.

Die Arbeitsverhältnisse vor Ort müssten sozial gesichert werden, die Menschen bräuchten stabile Verhältnisse und Wertschätzung vor allem vom Arbeitgeber. Nicht umsonst resümieren die DeZIM-Forschenden: „Unser Gemeinwesen wird zu einem beträchtlichen Teil auf dem Rücken derer gesichert, die selbst unsicheren und schlecht bezahlten Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.“

„Gesundheitsberufe müssen akademisiert werden, damit Frauen im Allgemeinen in Führungspositionen gelangen können“, so Borde weiter. Das wird auch von Women in Global Health angeführt. Außerdem müssen Pflege- und Hebammenkammern etabliert werden. Was Frauen in Gesundheitsberufen auch brauchen: Dass die Arbeitsbedingungen an *ihre* Bedürfnisse angepasst werden. Eine familiengerechte Dienstplanung, längere Kita-Öffnungszeiten für Schichtarbeitende, flexible Arbeitszeitmodelle, Arbeitsteilung sowie das Rückkehrrecht von Teilzeit- auf Vollzeitbeschäftigung.

Patientenzentriertere Arbeit

Studien zeigen, dass Gesundheitssysteme stärker sind, wenn weibliche Gesundheitsfachkräfte in Entscheidungsprozesse und in die Gesundheitspolitik eingebunden werden, heißt es im Positionspapier weiter. Frauen in Führungspositionen würden andere Schwerpunkte setzen und sich Themen wie Frauengesundheit, Bildung für Mädchen und den allgemeinen Zugang zum Gesundheitssystem insbesondere für Frauen annehmen. Zudem wisst man, dass die Qualität der Versorgung durch Ärztinnen oftmals besser sei als durch Ärzte: Sie würden eher patientenzentriert arbeiten und mehr Wert auf eine geschlechter- und kultursensible Versorgung legen. Bei Ärztinnen seien Krankenhaus-Wiederaufnahmen sowie die Patientensterblichkeit geringer. Frauen würden sich in der Regel mehr Zeit für die Konsultation nehmen, häufiger präventive Maßnahmen veranlassen, mehr Labortests durchführen sowie seltener zu operativen Eingriffen raten und weniger Medikamente verschreiben.