
Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit

KAPITEL 4

▶ *Viele Frauen im erwerbsfähigen Alter stehen vor der Aufgabe, Berufstätigkeit, Kindererziehung und/oder die Pflege von Angehörigen miteinander zu vereinbaren.*

▶ *Nicht erwerbstätige Frauen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufig schlechter ein als erwerbstätige Frauen; dies gilt auch für Mütter mit minderjährigen Kindern.*

▶ *Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehen bei Müttern mit minderjährigen Kindern mit einer schlechteren Gesundheit einher.*

▶ *Junge Mütter, alleinerziehende Mütter, arbeitslose Frauen sowie Frauen, die Angehörige pflegen, sind besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.*

▶ *Eine nachhaltige Familien-, Sozial- und Arbeitspolitik kann dazu beitragen, eine Balance zwischen Erwerbs- und Familienarbeit zu schaffen, und so die Gesundheit von Frauen im mittleren Erwachsenenalter fördern.*

4 Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit

Erwerbstätigkeit und Familie miteinander zu vereinbaren, stellt Frauen im erwerbsfähigen Alter vor große Herausforderungen, zumal die Etablierung im Beruf und die Gründung einer Familie bzw. die aktive Familienphase oftmals zeitlich zusammenfallen und so diese Lebensphase die „Rush-Hour des Lebens“ bildet [1]. Mit zunehmendem Lebensalter steigt zudem die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige pflegebedürftig werden, sodass sich die Frage nach der Übernahme von Betreuungs- und Versorgungsleistungen stellt. Sowohl die Erziehung der Kinder als auch die Pflege von Angehörigen stellt viele Frauen vor die Aufgabe, berufliche und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren. Was bedeutet das für die Gesundheit von Frauen?

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen im erwerbsfähigen Alter unter Berücksichtigung von Unterschieden im Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus (siehe Kapitel 4.1). Eine große Rolle für die Gesundheit spielen dabei subjektiv wahrgenommene Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (siehe Kapitel 4.1.2). In Kapitel 4.2 wird ergänzend die Gesundheit von vier ausgewählten Gruppen von Frauen im Erwerbsalter beschrieben: junge Mütter, alleinerziehende Mütter, Frauen in der Angehörigenpflege und arbeitslose Frauen. Sie alle sind speziellen Belastungen ausgesetzt und müssen oftmals familiär und beruflich große Herausforderungen bewältigen. Kapitel 4.3 enthält ein kurzes Fazit.

Das Kapitel basiert auf Ergebnissen zahlreicher nationaler und internationaler Studien. Darüber hinaus wurden Daten aus der bevölkerungsbezogenen Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI) und aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes ausgewertet. Eng verbunden mit unterschiedlichen Familien- und Erwerbskonstellationen von Frauen ist die soziale Lage. Im Exkurs **Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen** werden Zusammenhänge zwischen der sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage von Frauen ausführlicher beschrieben.

Während der finalen Bearbeitung des Kapitels breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt

aus. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln [2]. Mit Blick auf die psychischen und sozialen Folgen der Pandemie deuten erste Studienergebnisse darauf hin, dass Frauen hiervon in spezieller Weise betroffen sind [3]. Sie sind verstärkt in systemrelevanten Berufen tätig, wie z. B. in der Krankenpflege oder als Verkäuferinnen im Lebensmitteleinzelhandel, und sie leisten einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien. In Zeiten von geschlossenen Betreuungseinrichtungen und Schulung zu Hause stehen Frauen in Deutschland und vielen anderen Ländern vor besonderen Schwierigkeiten. Forschungsprojekte zu geschlechterbezogenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Deutschland liefen im Frühling 2020 an, sie konnten in den vorliegenden Bericht nur punktuell einfließen.

4.1 Erwerbs- und Familienarbeit und die gesundheitliche Lage von Frauen im Erwerbsalter

Im erwerbsfähigen Alter stellen Erwerbstätigkeit sowie die Sorge für eigene Kinder oder pflegebedürftige Angehörige für viele Frauen und Männer zentrale soziale Determinanten der Gesundheit dar. Mit Blick auf die Gesundheit von Frauen in dieser Lebensphase ist von großer Bedeutung, dass Sorge- und Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt sind. Der familiäre und der erwerbsbezogene Kontext wirken sich auch auf die Gesundheit von Frauen aus, gerade im Zusammenspiel.

In Deutschland lebten laut Mikrozensus im Jahr 2018 7,9 Millionen Mütter und 6,7 Millionen Väter im Alter von 18 bis 64 Jahren mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt [4]. In dieser Altersgruppe waren 74,8% aller Frauen erwerbstätig [4]. Mütter, die mit mindestens einem minderjährigen

Kind zusammen in einem Haushalt lebten, waren annähernd gleich häufig erwerbstätig (73,9 %). Bei den Vätern betrug die Erwerbstätigenquote 92,4 % (Männer insgesamt 82,7 %) [4]. Schaut man sich jedoch ausschließlich aktiv erwerbstätige Personen an (exklusive der vorübergehend Beurlaubten, zu denen auch Frauen und Männer in Elternzeit zählen), zeigen sich besonders deutliche Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kinder in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen. So waren im Jahr 2018 44,6 % der Mütter dieser Altersgruppe aktiv erwerbstätig, während dies auf 76,7 % der gleichaltrigen Frauen ohne Kind zutrifft [4]. 67,8 % aller erwerbstätigen Mütter arbeiteten in Teilzeit; unter den Frauen ohne minderjährige Kinder im Haushalt traf dies nur auf 37,0 % zu. Bei den Vätern arbeiteten hingegen lediglich 5,8 % in Teilzeit; bei den kinderlosen Männern waren es 10,5 % [4]. 61,6 % der Mütter und weniger als ein Viertel der Väter nannten als Grund für die Teilzeitbeschäftigung die Betreuung von Kindern oder anderen Personen [5]. Ein beträchtlicher Teil der in Deutschland lebenden Mütter gibt somit nach der Geburt des ersten Kindes die Erwerbstätigkeit zumindest zeitweise auf oder schränkt sie vom Stundenumfang her ein, während die Väter oftmals sogar ihre Arbeitszeiten noch erhöhen. Frauen, die während der Familienphase in Teilzeit (insbesondere mit geringem Stundenumfang) gearbeitet haben, haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Stunden später aufzustocken und wieder in Vollzeit zu arbeiten, was ihre beruflichen Perspektiven nach der aktiven Familienphase deutlich einschränkt [6]. Hier soll eine neue gesetzliche Regelung Verbesserungen bringen: Seit dem 1. Januar 2019 gilt die Brückenteilzeit. Sie ermöglicht zeitlich befristete Teilzeitarbeit mit einem Rückkehrrecht in die vorherige Arbeitszeit [7]. Die ungleiche Verteilung des Umfangs der Erwerbstätigkeit innerhalb einer Partnerschaft mit Kindern in Deutschland hat auch einen Einfluss auf das Lohngefälle zwischen Müttern und Vätern. So trugen bei Paaren mit mindestens einem Kind, in denen die Partnerin zwischen 25 und 45 Jahre alt ist, die Frauen im Jahr 2011 in Deutschland nur knapp ein Viertel zum Haushaltseinkommen bei [6].

Mit Blick auf die unbezahlte Sorge- und Hausarbeit zeigt sich ein gegenläufiges Bild: So verrichteten Frauen in Deutschland in den Jahren 2012/2013 im Durchschnitt täglich 87 Minuten mehr unbezahlte Sorge- und Hausarbeit als

Männer. In Paarhaushalten mit Kindern betrug die Differenz zwischen Müttern und Vätern sogar täglich 2 Stunden und 30 Minuten [8]. Daten der Zeitverwendungserhebung zeigen, dass insbesondere Eltern mit kleinen Kindern zeitlich sehr stark beansprucht sind. Die höchste Arbeitsbelastung besteht in der Phase nach der Geburt des ersten Kindes und erreicht ihren Höhepunkt in den ersten drei Lebensjahren des zweiten Kindes [9]. Bei Müttern betrug in den Jahren 2012/2013 die Arbeitsbelastung in dieser Phase 65 Stunden und reduzierte sich erst auf 55 bis 59 Stunden, als das jüngste Kind im Grundschulalter war (bezahlte und unbezahlte Arbeit). Bei Frauen ohne Kinder desselben Alters lag die Gesamtarbeitsbelastung deutlich niedriger zwischen 40 und 50 Stunden pro Woche [9].

Die Familiengründung stellt damit ein wichtiges biografisches Ereignis dar, das sich auf die Aufteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit innerhalb der Familie und insbesondere auf die Erwerbsbiografie von Frauen auswirkt. Während junge Paare ohne Kinder heute die bezahlte und die unbezahlte Arbeit relativ partnerschaftlich untereinander aufteilen, findet nach der Geburt des ersten Kindes oftmals ein Übergang zu traditionell geprägten Rollenmustern statt [6, 10, 11].

4.1.1 Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit, Partnerschaft, Elternschaft und der gesundheitlichen Lage von Frauen

Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit, Partnerschaft, Elternschaft und Gesundheit wurden für die einzelnen sozialen Rollen international bereits ausführlich untersucht. Im Folgenden werden zunächst Zusammenhänge zwischen den einzelnen sozialen Rollen und Gesundheit dargestellt, bevor abschließend auf die Kombination der verschiedenen Rollen und deren Zusammenhang zur Gesundheit eingegangen wird.

Eine Vielzahl an Studien bestätigt, dass Erwerbstätigkeit ein wesentlicher Einflussfaktor für Gesundheit, gesundheitsbewusstes Verhalten und eine höhere Lebenserwartung ist [12–15]. **Abbildung 4.1.1.1** verdeutlicht dies für Deutschland am Beispiel der selbsteingeschätzten Gesundheit. Die subjektive Gesundheit ist ein wichtiges globales

Abbildung 4.1.1.1
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Alter und Erwerbsstatus
 Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

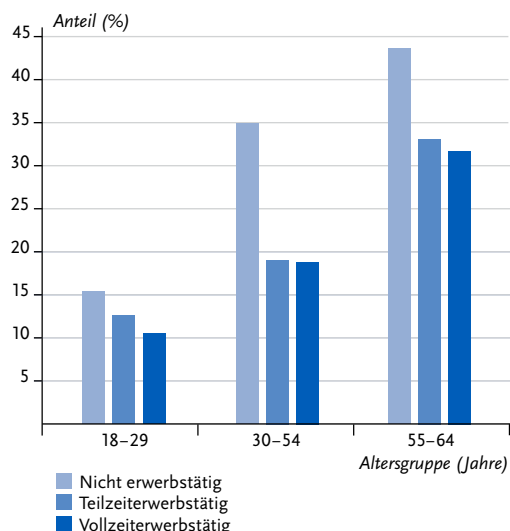
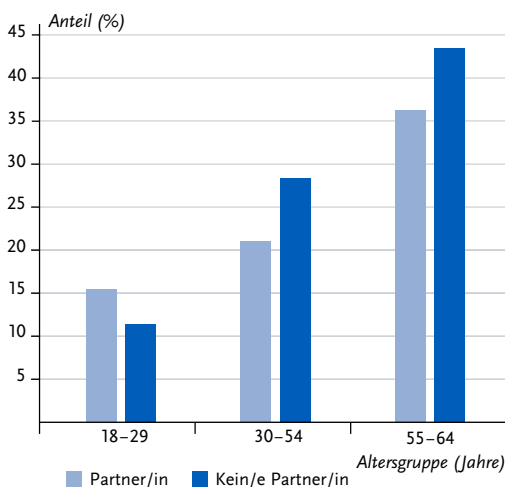


Abbildung 4.1.1.2
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Alter und Partnerstatus
 Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



Maß für den Gesundheitszustand (siehe [Kapitel 2.1.2](#)). Sie bildet ab, wie Menschen ihre Gesundheit individuell erleben und wahrnehmen und ist eng mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung verwoben. Bei Frauen zeigen sich keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen Teilzeit- und Vollzeiterwerbstätigen ([Abb. 4.1.1.1](#)). Ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen findet sich aber bei arbeitslosen Frauen und auch bei anderen nicht erwerbstätigen Gruppen von Frauen (allerdings in deutlich geringerem Umfang) [12–15].

Bei Männern ist bereits eine Teilzeiterwerbstätigkeit mit Beeinträchtigungen der Gesundheit assoziiert. Insgesamt scheint die Assoziation zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit bei Frauen weniger stark ausgeprägt zu sein als bei Männern [12, 15–17].

Mit Blick auf die Bedeutung von Partnerschaft für die Gesundheit lassen sich die Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, dass verheiratete Frauen gesünder sind, sich gesundheitsbewusster verhalten und länger leben als ledige, geschiedene oder verwitwete Frauen [18–22]. Diese Unterschiede können zu einer schlechteren Gesundheit von Frauen in nicht-ehelicher Partnerschaft führen. Für Männer zeigen einige Studien, dass sie

von Ehe und Partnerschaft stärker gesundheitlich profitieren als Frauen [21, 23, 24], andere Studien haben keine Unterschiede nach Geschlecht festgestellt [25–27]. [Abbildung 4.1.1.2](#) stellt für Deutschland exemplarisch die Prävalenzen für eine selbst als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte Gesundheit stratifiziert nach dem Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin dar. In den Altersgruppen ab 30 Jahren steht das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin mit einer besseren selbsteingeschätzten Gesundheit in Zusammenhang.

In Bezug auf den Zusammenhang von Partnerschaft und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten sind die Ergebnisse wenig eindeutig. So finden einige Studien positive [16, 19, 28, 29], andere negative [12, 30–32] und wiederum andere Studien überhaupt keine Assoziationen [24]. Das Zusammenleben mit Kindern kann einerseits durch enge soziale und emotionale Beziehungen sowie Mechanismen der Strukturierung des Alltagslebens und der Sinnstiftung zu einer guten Gesundheit beitragen. Andererseits geht das Zusammenleben mit Kindern mit einer Reihe von Anforderungen und Verpflichtungen sowie widersprüchlichen Rollenerwartungen einher, die zu Stress und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Analysen mit den Daten der GEDA-Studie zeigen für Deutschland, dass Mütter – vermutlich aufgrund geringerer zeitlicher Ressourcen – seltener Sport treiben als gleichaltrige kinderlose Frauen (siehe Kapitel 2.2.1). Mit Blick auf den Tabak- und Alkoholkonsum verhalten sich Mütter hingegen deutlich gesünder als kinderlose Frauen [33] (siehe Kapitel 2.2.4, 2.2.5). Das kann u. a. mit dem Verantwortungsbewusstsein der Mütter gegenüber den Kindern und dem sozialwissenschaftlichen Konzept der sozialen Kontrolle in Zusammenhang gebracht werden.

Darüber hinaus hat das Vorhandensein einer Partnerschaft einen großen Einfluss darauf, ob Elternschaft positiv mit Gesundheit assoziiert ist oder eher gesundheitsbelastende Effekte hat (siehe Kapitel 4.2.2) [34]. Dies lässt sich u. a. mit dem Vorhandensein bzw. einem Mangel an sozialer Unterstützung und sozioökonomischen Ressourcen erklären. Auch das Alter hat einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Lage von Müttern derart, dass sich für ältere Mütter eine bessere Gesundheit und für jüngere Mütter eine schlechtere Gesundheit im Vergleich zu kinderlosen Frauen desselben Alters feststellen lässt (siehe Kapitel 4.2.1) [35]. Dies verdeutlicht auch **Abbildung 4.1.1.3** am Beispiel der selbsteingeschätzten Gesundheit. Geschlechtervergleichende Studien kommen zu keinen einheitlichen Ergebnissen [z. B. 36, 37–40], sodass sich nicht pauschal beurteilen lässt, ob Elternschaft für

Mütter und Väter in unterschiedlicher Weise mit Gesundheit assoziiert ist.

In der Realität stehen die drei sozialen Rollen jedoch nicht unabhängig in Zusammenhang mit der Gesundheit, sondern wirken wechselseitig auf diese. Zusammenhänge zwischen Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus mit Gesundheit werden vor dem Hintergrund der „Rollenbelastungsthese“ und der „Rollenbereicherungsthese“ diskutiert [25]. Die „Rollenbelastungsthese“ besagt, dass die Kombination von Arbeits- und Familienrollen die Verantwortungslast – insbesondere bei Frauen – erhöht und damit zu Stress, Belastungen und infolgedessen einer schlechteren Gesundheit und einem weniger gesunden Verhalten führt. Demgegenüber meint die „Rollenbereicherungsthese“, dass das Innehaben mehrerer sozialer Rollen mit einem größeren sozialen Netzwerk, einer größeren sozialen Unterstützung und mehr Ressourcen (auch finanziell) sowie einem Ausgleich bei Belastungen in einem Lebensbereich einhergeht, die die Gesundheit verbessern können. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass die Richtung des Zusammenhangs nicht klar ist. So können einerseits Partnerschaft, Elternschaft und die Erwerbssituation einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage ausüben. Andererseits können Gesundheit und Gesundheitsverhalten beeinflussen, ob Frauen (ebenso wie Männer) in einer Partnerschaft leben, eine Familie gründen oder erwerbstätig sind [41, 42].

Während in internationalen Studien bei Männern das Innehaben von mehreren sozialen Rollen im Sinne der Rollenbereicherungsthese mit einer besseren Gesundheit korrespondiert und insbesondere die Vollzeit-erwerbstätigkeit in großem Maße für eine gute Gesundheit von Bedeutung ist, zeigen sich bei Frauen deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Elternstatus: Während bei den kinderlosen Frauen die meisten Studien zu dem Ergebnis kommen, dass Erwerbstätigkeit – ähnlich wie bei den Männern – mit einer guten Gesundheit assoziiert ist [43], unterscheiden sich die Befunde hinsichtlich der Gesundheit von Frauen, die mit Kindern leben. Während sich in einigen Studien die Ergebnisse nicht für Frauen mit und ohne Kinder unterscheiden [44], findet sich in anderen Studien für teilzeiterwerbstätige Mütter eine bessere Gesundheit als für Vollzeit-erwerbstätige [12, 16, 25], was als Hinweis auf Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei vollzeiterwerbstätigen

Abbildung 4.1.1.3
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Alter und Elternstatus
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

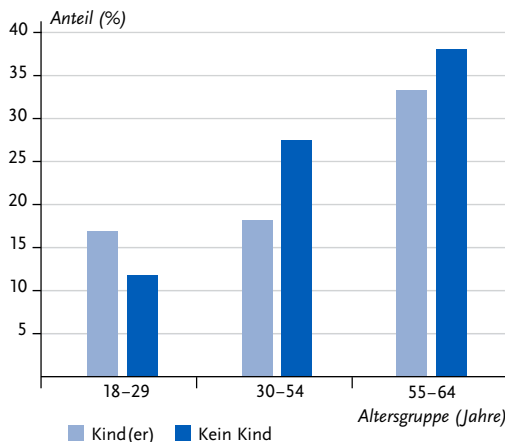
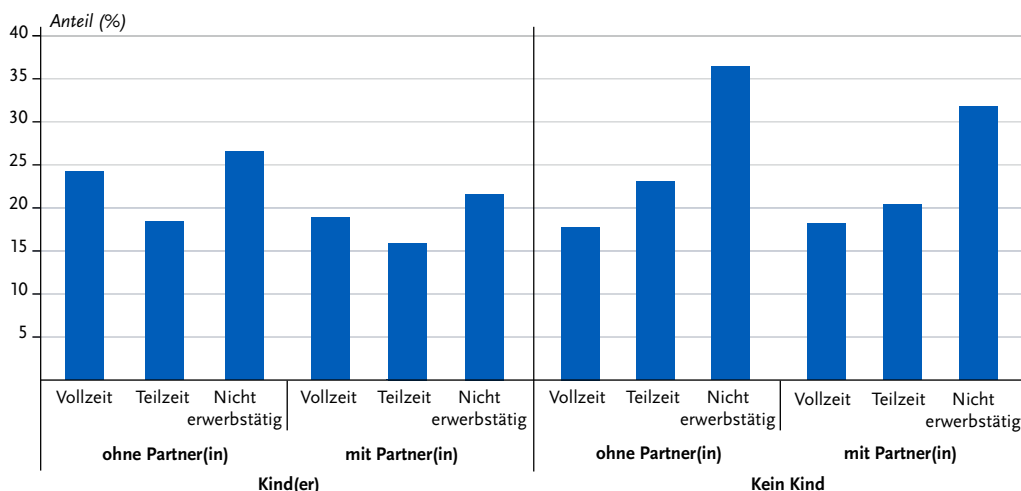


Abbildung 4.1.1.4
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von 30- bis 55-jährigen Frauen nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten* in %)
 Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 [45]



* Adjustiert für Alter, sozioökonomischen Status und Arbeitslosigkeit; ausgeschlossen wurden frühberentete Frauen und Frauen in Ausbildung

Müttern gedeutet wird. Ob die Vereinbarkeit gut gelingt, steht auch im Zusammenhang mit der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik eines Landes. Weil die Studien in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden, reflektieren die Studienergebnisse auch Unterschiede in der Politik.

Auch in einer Analyse zu Zusammenhängen zwischen den drei sozialen Rollen und der selbst eingeschätzten Gesundheit in Deutschland [45] zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen ohne Kinder und Frauen, die mit Kindern zusammenleben (Abb. 4.1.1.4). Unter den Frauen, die in kinderlosen Haushalten leben, schätzen nicht Erwerbstätige deutlich häufiger als Erwerbstätige ihre Gesundheit als nicht gut oder schlecht ein. Bei Frauen, die mit mindestens einem minderjährigen Kind in einem Haushalt leben, fallen die Unterschiede nach dem Erwerbsstatus deutlich geringer aus. Anders als bei Männern, bei denen sich deutliche Unterschiede zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen feststellen lassen, finden sich bei den Frauen in allen Lebensformen keine großen Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Kombination von Rollen für Frauen im Alltag häufig mit anderen Anforderungen einhergeht als für Männer [25, 46]. So stellt sich für viele Männer die Kombination

einer Vollzeiterwerbstätigkeit mit der Partner- und Elternrolle als gesundheitsförderlich dar, gerade weil die Haus- und Sorgearbeit in der Familie meist überwiegend von der Partnerin geleistet wird. Frauen sind hingegen in stärkerem Maße gefordert, die Anforderungen der unterschiedlichen Rollen in Einklang zu bringen, oftmals ohne auf eine ähnliche Unterstützung durch den Partner zählen zu können.

4.1.2 Wahrgenommene Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die gesundheitliche Lage von Frauen

Schaut man sich ausschließlich die Kombinationen von Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbsarbeit an, schätzen erwerbstätige Mütter in der GEDA-Studie ihre Gesundheit etwas besser ein als nicht erwerbstätige Mütter (Abb. 4.1.1.4). Wenn die Verpflichtungen und Anforderungen, die sich aus den verschiedenen sozialen Rollen ergeben, aber subjektiv als zu stark und inkompatibel erlebt werden, kann dies – im Sinne der „Rollenbelastungstheorie“ – zu Überlastungen und Stress führen und mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen. In diesem Abschnitt liegt der Fokus

auf subjektiv wahrgenommenen Konflikten bzgl. der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen bei erwerbstätigen Frauen und deren Wirkung auf die Gesundheit.

In einer Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes [47] gaben im Jahr 2017 47 % der erwerbstätigen Frauen in Deutschland an, nach der Arbeit sehr häufig oder oft zu erschöpft zu sein, um sich noch um private oder familiäre Angelegenheiten kümmern zu können; bei den Männern waren es 37 %. Unter den Beschäftigten, die Verantwortung für die Betreuung von Kindern tragen, hatte mehr als ein Viertel sehr häufig oder oft Schwierigkeiten, die Betreuung und Erziehung der Kinder mit ihrer Erwerbsarbeit zeitlich zu vereinbaren. Unter den Vollzeit-erwerbstätigen trifft dies auf 31 % der Frauen und 26 % der Männer zu. Unter den Teilzeiterwerbstätigen berichteten 26 % der Frauen und 13 % der Männer von zeitbedingten Vereinbarkeitsschwierigkeiten [47]. Laut Daten der Studie „IiDA – leben in der Arbeit“ gaben im Jahr 2011 Frauen seltener Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf an als Männer, was aber darauf zurückzuführen ist, dass sie seltener in Vollzeit erwerbstätig sind. So findet sich nach Stratifizierung für den Erwerbsstatus bei vollzeiterwerbstätigen Frauen ein höherer Konfliktwert als bei Männern [48].

Mit Blick auf die Gesundheit finden mehrere internationale Studien Zusammenhänge zwischen Vereinbarkeitsproblemen von Familie und Beruf und Beeinträchtigungen der Gesundheit bei Frauen [49–52]. Eine Übersicht über die internationale Literatur aus dem Jahr 2006 [50] ergab, dass Erwerbstätige, die einen hohen Konflikt zwischen Anforderungen aus Familie und Arbeit erfahren, mehr psychische Belastungen, wie z. B. Symptome einer Depression oder Angststörung, und eine schlechtere Lebenszufriedenheit berichteten. Bezüglich der physischen Gesundheit scheinen die Zusammenhänge nicht in gleicher Stärke zu bestehen. Die Zusammenhänge fallen zusammengefasst bei Frauen stärker aus als bei Männern [50]. Laut Daten der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen schätzen in der Europäischen Union (EU) 26,5 % der Mütter, die einen starken Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Anforderungen aus Familie und Beruf angaben, ihre Gesundheit als nicht gut ein, während dies nur auf 13,3 % der Mütter zutrifft, die von keinem oder einem geringen

Konflikt berichteten. Für Väter finden sich in der Studie ähnliche Werte [53]. Auch mit Blick auf ein weniger gutes psychisches Wohlbefinden zeigen sich in einer anderen Studie auf Basis der genannten Datenquelle Assoziationen [54].

Für Deutschland gibt es hingegen bislang nur wenige Studien, die sich mit der Wirkung von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf die Gesundheit beschäftigen [48, 55, 56]. Die IiDA-Studie kommt für Deutschland zu dem Ergebnis, dass Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Frauen (und auch bei Männern) das Risiko für depressive Symptome erhöhen und dies unabhängig von beruflicher Position und dem Umfang der Erwerbsarbeit [55]. Bei Frauen können Vereinbarkeitsprobleme zudem in deutlich stärkerem Maße den Zusammenhang zwischen Stress am Arbeitsplatz und depressiven Symptomen erklären als bei Männern. Dieser Geschlechterunterschied könnte zum einen mit der unterschiedlichen Verteilung von Verantwortlichkeiten in Familie und Beruf zusammenhängen. Es kann zum anderen vermutet werden, dass Frauen Vereinbarkeitskonflikte und Arbeitsstress anders verarbeiten als Männer, sprich eher mit einer depressiven Symptomatik auf diese reagieren (siehe auch [Kapitel 2.1.7](#)) [48].

In einer Studie mit Daten des European Social Survey [56] waren die Zusammenhänge zwischen Vereinbarkeitskonflikten bzgl. familiärer und beruflicher Anforderungen und der selbsteingeschätzten Gesundheit bei Frauen in Schweden höher als bei Frauen in Deutschland. Die Autorin vermutet, dass Frauen in Deutschland bei Vereinbarkeitsproblemen zwischen Familie und Beruf eher ihre Arbeitszeit reduzieren als in Schweden, was in einem deutlich geringeren Erwerbsumfang deutscher Frauen im Vergleich zu schwedischen Frauen zum Ausdruck kommt und in Folge mit geringeren Auswirkungen von Vereinbarkeitskonflikten auf die Gesundheit einhergehen kann [56].

Insgesamt besteht zu Zusammenhängen zwischen Vereinbarkeitsproblemen und Gesundheit in Deutschland derzeit großer Forschungsbedarf. Interessant wäre insbesondere eine vertiefende Analyse zu Unterschieden in den Zusammenhängen in Abhängigkeit von beruflicher und schulischer Qualifikation, der sozioökonomischen Lage sowie beruflichen und familiären Merkmalen (wie Alter und Anzahl der Kinder, Ein-Elternschaft). Zudem spielen vermutlich regionale Aspekte eine

Rolle, u. a. Unterschiede in der Berufstätigkeit von Müttern und Kinderbetreuungsangeboten in den neuen vs. den alten Ländern oder in Großstädten vs. in ländlichen Regionen. Nicht dargestellt wurden in diesem Kapitel zudem die gesundheitlichen Auswirkungen der Aufgabenteilung in Partnerschaften.

4.2 Gesundheit von Frauen in ausgewählten sozialen Lebenslagen

Im folgenden Abschnitt werden die Lebenslage und Gesundheit von vier ausgewählten Gruppen von Frauen im Erwerbsalter beschrieben: junge Mütter, alleinerziehende Mütter, Frauen in der Angehörigenpflege und arbeitslose Frauen. Sie alle sind speziellen Belastungen ausgesetzt und von den Herausforderungen, familiäre und berufliche Anforderungen in Einklang zu bringen, in besonderer Weise betroffen. Daten des Mikrozensus und ausgewählte nationale und internationale Studien werden herangezogen, um die familiäre, berufliche und gesundheitliche Situation der Frauen zu beschreiben. Sind die gesundheitlichen Auswirkungen von Vereinbarkeitsproblemen allgemein für Deutschland bislang wenig erforscht, trifft dies auf Frauen in den genannten Lebenslagen in noch stärkerem Maße zu. Die Lebensumstände und die Gesundheit der Frauen werden auch durch ihre sozioökonomische Situation beeinflusst: durch das verfügbare Einkommen, den Bildungsabschluss und den beruflichen Status. Dieser Aspekt wird in den folgenden Abschnitten nur angerissen. Darüber hinaus spielen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in diesem Fall die Verfügbarkeit und Qualität außerfamiliärer Versorgung von Kindern und anderen Familienangehörigen, für die Lebenssituation von jungen und alleinerziehenden Müttern und pflegenden Frauen eine sehr große Rolle.

4.2.1 Junge Mütter

In den letzten Jahrzehnten lässt sich ein klarer Trend zu einer späteren Familiengründung feststellen (siehe auch [Kapitel 7](#)). In den alten Ländern ist das durchschnittliche Alter der Frauen bei Geburt des ersten Kindes seit 1970 kontinuierlich angestiegen. Betrug das durchschnittliche

Alter beim ersten Kind Anfang der 1970er-Jahre ca. 24 Jahre, waren es im Jahr 2012 fünf Jahre mehr. In den neuen Ländern ist der Anstieg des durchschnittlichen Alters bei Geburt des ersten Kindes erst nach der Wiedervereinigung im Jahr 1990 zu beobachten. Bis 1989 waren Frauen in der ehemaligen DDR bei Geburt des ersten Kindes im Durchschnitt zwischen 22 und 23 Jahre alt. Im Jahr 2012 bekamen die Frauen in den neuen Ländern ihr erstes Kind im Durchschnitt im Alter von 28 Jahren, also fünf Jahre später als im Jahr 1989 [57]. Im Jahr 2018 betrug das durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland 30 Jahre [58].

Bezogen auf alle erstgebärenden Mütter lag im Jahr 2018 der Anteil der Mütter, die bei Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, bei 14,5%. Jünger als 20 Jahre waren bei der Geburt des ersten Kindes 2,0% und jünger als 18 Jahre 0,02% der erstgebärenden Mütter [59].

Internationale Studien zeigen, dass Frauen, die im jungen Alter Mutter wurden (bis zum Alter von ca. 25 Jahren und in noch stärkerem Maße bis zum Alter von 20 Jahren), häufiger eine schlechte allgemeine, körperliche und psychische Gesundheit berichten und sich zudem weniger gesund verhalten als ältere Mütter [29, 60, 61]. Auswertungen mit den Querschnittsdaten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 zeigen für Deutschland, dass Mütter im Alter von 18 bis 24 Jahren eine schlechtere Gesundheit berichten, häufiger an Depressionen und Rückenschmerzen leiden, häufiger übergewichtig sind, häufiger rauchen und weniger Sport ausüben als kinderlose Frauen der gleichen Altersgruppe. Ab dem Alter von 25 Jahren liegen die Werte für Frauen mit und ohne Kinder etwa auf gleichem Niveau und verschieben sich mit zunehmendem Alter der Frauen zugunsten der Frauen, die mit minderjährigen Kindern zusammenleben [35]. In einer Analyse der Techniker Krankenkasse [62] zu Fehlzeiten von erwerbstätigen Frauen (und Männern) mit und ohne familienversicherte Kinder zeigt sich ein ähnlicher Trend. Eine Längsschnittdatenanalyse mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt für Deutschland, dass frühe Mutterschaft in Westdeutschland, nicht aber in Ostdeutschland im weiteren Lebensverlauf mit einer schlechteren körperlichen Gesundheit einhergeht [63]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt ein Vergleich von west- und osteuropäischen Ländern.

Sowohl in West- als auch in Osteuropa geht eine frühe Elternschaft mit einer schlechter eingeschätzten Gesundheit im späteren Lebensverlauf einher; die Zusammenhänge fallen aber in Osteuropa deutlich geringer aus als in Westeuropa. In Westeuropa lässt sich zudem die schlechtere Gesundheit von Frauen, die früh Mutter wurden, in Teilen durch soziale Benachteiligungen in der Kindheit der Frauen erklären [64].

Alles in allem ist davon auszugehen, dass weniger das junge Alter und damit einhergehende biologische Faktoren als vielmehr die Lebensphase und der soziale Kontext junger Mütter einen gesundheitsbeeinträchtigenden Effekt haben können. Insbesondere für junge Mütter können sich durch die enge zeitliche Kopplung von Ausbildung bzw. Eintritt in die Erwerbstätigkeit und Elternrolle Vereinbarkeitsprobleme ergeben, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen können. So zeigen Studien, dass junge Mütter zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes vielfach noch in der Ausbildung sind, sich noch nicht beruflich etabliert haben, finanzielle Restriktionen erfahren und in weniger stabilen Partnerschaften leben, was vielfach auch im weiteren Lebensverlauf soziale Benachteiligungen mit sich bringt [65, 66].

4.2.2 Alleinerziehende Mütter

Im Jahr 2018 lebten laut Mikrozensus in Deutschland 1,31 Millionen alleinerziehende Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt [67]. Das sind gut 16 % aller Familien. Alleinerziehende mit mindestens einem minderjährigen Kind waren im Jahr 2018 zu 87,9 % Frauen [67]. Alleinerziehen ist heute eine Lebensform neben anderen und zudem eine zeitlich begrenzte Phase, die oftmals durch eine neue Partnerschaft oder spätestens durch die Verselbstständigung der Kinder endet [34]. Die Lebenssituation Alleinerziehender ist durch Herausforderungen wie die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Vereinbarkeitsproblemen gekennzeichnet. Trotz vergleichsweise hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende und ihre Kinder in hohem Maße von Armut betroffen. Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung [68] zeigt, dass gerade

alleinerziehende Familien in Armutslagen den sogenannten „working poor“-Haushalten zuzuordnen sind. Alleinerziehenden gelingt es öfter als Paarhaushalten trotz Erwerbstätigkeit nicht, ein Einkommen zu erzielen, das oberhalb der Armutsgefährdungsschwelle oder der Bezugsgrenze für Leistungen nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) liegt. Die Armutsgefährdungsquote – definiert als ein Einkommen kleiner als 60 % des mittleren Einkommens einer Bevölkerung (bedarfsgewichtetes Medianeinkommen) – betrug bei Familien von Alleinerziehenden im Jahr 2018 laut Mikrozensus 33,9 %. Damit lag ihre Quote weit über dem Durchschnittswert für die Bevölkerung in Deutschland von 16,0 % [69].

Für alleinerziehende Mütter in Deutschland belegen Studien, dass sie ihre Gesundheit häufiger als schlecht einschätzen als in Partnerschaft lebende Mütter [70–74]. Darüber hinaus sind sie psychisch stärker belastet. So finden sich z. B. bei Depressionen für alleinerziehende Mütter deutlich höhere Prävalenzen als für in Partnerschaft lebende Mütter [70, 71, 74–79]. Eine Analyse mit Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 ergab für alleinerziehende Mütter in Deutschland höhere Prävalenzen für eine selbst als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte Gesundheit und für Depressionen. Darüber hinaus zeigten sich auch höhere Prävalenzen für Rückenschmerzen, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung im Vergleich zu Müttern aus Paarhaushalten [34]. Dagegen zeigen sich in der körperlichen Gesundheit meist nur geringfügige oder keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. So finden sich z. B. keine signifikanten Unterschiede bzgl. Adipositas [34], Migräne [72, 74], chronischer Bronchitis [71], Allergien [72], Diabetes mellitus [74], Krebserkrankungen [74] und Schlaganfall [74].

Ein gewisser Teil der höheren gesundheitlichen Belastung von alleinerziehenden Müttern lässt sich durch ihren im Durchschnitt niedrigeren sozioökonomischen Status im Vergleich zu in Paarhaushalten lebenden Müttern erklären [34]. Offenbar sind alleinerziehende Mütter aber nicht aufgrund von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in besonderem Maße psychisch belastet. So finden sich für nicht erwerbstätige alleinerziehende Mütter höhere Prävalenzen für

Depressionen als bei teilzeit- oder vollzeiterwerbstätigen Alleinerziehenden. Beim Rauchen lassen sich hingegen gar keine Unterschiede nach dem Erwerbsstatus innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden Mütter feststellen [34]. **Abbildung 4.1.1.4** verdeutlicht für Frauen der Altersgruppe 30 bis 54 Jahre, dass insbesondere die Gruppe der teilzeiterwerbstätigen alleinerziehenden Mütter ihre Gesundheit ähnlich gut einschätzt wie die sonstigen erwerbstätigen Frauen. Erwerbstätigkeit hat gerade bei Alleinerziehenden eine hohe Bedeutung für die Sicherung des Lebensunterhalts und zugleich für eine aktive soziale Teilhabe. Auch nach Ergebnissen des SOEP wirkt sich die Erwerbstätigkeit bei alleinerziehenden Müttern positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Insbesondere Frauen, die den Stundenumfang ihrer Erwerbstätigkeit nach der Trennung vom Partner ausweiten und dabei aber nicht allein auf öffentliche Betreuungseinrichtungen angewiesen sind, sondern von Großeltern oder dem zweiten Elternteil Unterstützung bei der Kinderbetreuung erfahren, profitierten in der Längsschnittanalyse gesundheitlich [74].

4.2.3 Pflegende Frauen

Im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren pflegten laut Analysen mit dem SOEP in den Jahren 2001 bis 2012 7,0 % der Frauen und 4,6 % der Männer eine Angehörige oder einen Angehörigen. Der Anteil der pflegenden Angehörigen steigt mit dem Alter an: Unter den 45- bis 54-Jährigen pflegen 10,3 % der Frauen und 6,1 % der Männer und unter den 55- bis 64-Jährigen 11,5 % der Frauen und 7,6 % der Männer Angehörige [80]. Der Frauenanteil ist unter den pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter höher als im Rentenalter [80, 81]. Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter kümmerten sich zu 39 % um eigene Kinder, zu 27 % um ihre Eltern, zu 25 % um die Partnerin bzw. den Partner sowie zu 8 % um Personen außerhalb der engsten Familie [80]; nach Geschlecht differenzierte Angaben werden nicht berichtet.

Im Erwerbsalter lebten 11 % der pflegenden Frauen und 7 % der pflegenden Männer in einem gemeinsamen Haushalt mit der zu pflegenden Person, was bei fehlenden privaten Rückzugsmöglichkeiten spezifische Belastungen mit sich bringen

kann [80]. Pflegende, die nicht mit dem zu pflegenden Angehörigen in einem Haushalt leben, müssen wiederum in ihrem Alltag regelmäßig zwischen mehreren Orten pendeln: dem eigenen Haushalt, dem Pflegehaushalt und ggf. der Arbeitsstelle. 52 % der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter wenden täglich mehr als eine Stunde für die Pflege von Angehörigen auf [80]; in der Studie werden hierzu keine nach Geschlecht differenzierten Angaben gemacht. In der Gruppe der pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter befinden sich mehr Frauen, Verheiratete sowie Personen mit mittlerer Bildung als in der Gesamterwerbsbevölkerung. Unter den Pflegepersonen, die mit den Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, ist allerdings der Anteil der Pflegenden mit niedriger Bildung größer als in der übrigen Erwerbsbevölkerung [80]. Auch nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2012 finden sich unter den pflegenden Angehörigen mit hohem Pflegeaufwand (mehr als zwei Stunden täglich) häufiger niedrig gebildete und sozial schlechter gestellte Frauen (insbesondere aus der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen) (siehe **Kapitel 2.3.6**) [82].

Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter sind oftmals in besonders starkem Maße von Vereinbarkeitsproblemen betroffen. Sie müssen aufgrund der Pflegetätigkeit ihren Alltag unter Umständen neu strukturieren und die Rollen in Familie und Beruf neu austarieren. Laut der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben und von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführt wurde [83], waren im Jahr 2010 bei Pflegebeginn von den weiblichen Hauptpflegepersonen im Alter von 15 bis 65 Jahren 42,1 % nicht erwerbstätig, 11,3 % geringfügig beschäftigt, 22,9 % in Teilzeit und 23,3 % in Vollzeit erwerbstätig [84]. Demgegenüber war fast die Hälfte der männlichen Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege in Vollzeit erwerbstätig. 32,7 % der bei Pflegebeginn erwerbstätigen weiblichen Hauptpflegepersonen gaben an, ihren Erwerbsumfang aufgrund der Pflege eingeschränkt zu haben, weitere 16,8 % gaben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf. Bei den erwerbstätigen Männern traf dies hingegen nur auf 7,6 % zu [84]. Die bereits weiter oben zitierte Studie mit Daten des SOEP kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen, die in Pflegehaushalten leben, selbst bei geringem Pflegeaufwand

ihre Wochenarbeitszeit um rund zwei Stunden und bei intensiver Pfl egetätigkeit um 3,6 Stunden pro Woche reduzierten [80].

Ein nicht geringer Anteil an Frauen im mittleren Erwachsenenalter ist heute zudem gleichzeitig sowohl in die Betreuung und Erziehung ihrer Kinder als auch in die Sorge und Pflege eigener älterer Angehöriger eingebunden. Für die gleichzeitige Zuständigkeit für Kinder und die Pflege älterer Angehöriger hat sich der Begriff der „Sandwich-Generation“ etabliert [85]. In Deutschland liegen kaum nach Geschlecht differenzierte Angaben zu pflegenden Angehörigen mit minderjährigen Kindern vor. Nur eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach hat dies im Auftrag der Zeitschrift „Bild der Frau“ untersucht. Danach waren im Jahr 2014 8 % der 40- bis 59-jährigen Frauen einer Doppelbelastung durch die Betreuung der Kinder im Haushalt und der Pflegebedürftigkeit der Eltern oder Schwiegereltern ausgesetzt. Von diesen Frauen sind 79 % selbst an der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern beteiligt; 80 % sind gleichzeitig erwerbstätig [86].

Obwohl die Übernahme von Pflegeaufgaben auch mit positiven Gefühlen und Erfahrungen wie Erfüllung, Helferrückwirkung und gesellschaftlicher Anerkennung verknüpft ist [87], stehen pflegende Angehörige hohen psychischen und physischen Anforderungen gegenüber. Wenn Frauen im erwerbsfähigen Alter neben der Pflege von Angehörigen erwerbstätig sind und/oder eigene Kinder betreuen, kann die Mehrfachbelastung durch Familie, Pflege und Beruf zu großem psychischen Druck führen. Hinzu tritt unter Umständen die körperliche Belastung, die oftmals mit Pflege einhergeht [88]. Laut einer Erhebung des Deutschen Gewerkschaftsbundes [47] berichteten unter den Vollzeit-erwerbstätigen, die außerhalb ihrer Erwerbsarbeit für eine pflegebedürftige Person sorgen, 38 % der Frauen von Vereinbarkeitsproblemen (bei den Männern waren es 28 %).

Obwohl das Vereinbaren von privater Pflege und Erwerbstätigkeit für viele Pflegenden eine große Herausforderung und Belastung darstellen kann, gibt es vielfältige Gründe für die Kombination beider Rollen. Finanzielle Aspekte können ebenso von Bedeutung sein wie soziale Kontakte, die Anerkennung am Arbeitsplatz und der Ausgleich zu der oft belastenden Pfl egetätigkeit [89, 90]. Erwerbstätigkeit ermöglicht es so vielen pflegenden Angehörigen,

mit den aus der Pflege resultierenden Belastungen besser umzugehen und ein Stück Zeitautonomie in der eigenen Lebensgestaltung beibehalten zu können [82, 91]. Eine Metaanalyse zum Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Stressbelastung von pflegenden Angehörigen bestätigt dies und bringt keine systematischen Unterschiede im Belastungserleben zutage. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich die mit einer Erwerbstätigkeit einhergehenden Belastungen und Entlastungen etwa die Waage halten.

Die Metaanalyse zeigt zudem, dass erwerbstätige Pflegenden im Mittel etwas seltener depressiv sind als nicht erwerbstätige Pflegenden (keine differenzierten Angaben zu Frauen und Männern). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass erwerbstätige Pflegenden weniger Zeit für die Pflege aufwenden und mehr Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfahren als nicht erwerbstätige Pflegenden [92]. Außerdem kann vermutet werden, dass eher gesündere Frauen es schaffen, neben der Pflege von Angehörigen noch einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Weitere Informationen zur Gesundheit und Lebenssituation von Frauen aller Altersgruppen, die Angehörige pflegen, finden sich in [Kapitel 2.3.6](#).

4.2.4 Arbeitslose Frauen

Im Jahr 2019 lag die Arbeitslosenquote bei Frauen im Jahresdurchschnitt bei 4,7 % und damit etwas niedriger als bei Männern mit 5,2 % [93]. Dagegen ist der Anteil der Nichterwerbspersonen bei Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit 23,0 % deutlich höher als bei Männern mit 14,0 %. Bei Frauen mit minderjährigen Kindern lag der Anteil der Nichterwerbspersonen bei 23,8 %, bei Männern mit Kindern hingegen nur bei 5,1 % [4]. Zu den Nichterwerbspersonen zählen Personen im Studium, arbeitsunfähige Personen oder Hausfrauen/Hausmänner, die nicht aktiv am Arbeitsmarkt teilhaben. Eltern, die in Elternzeit sind und Elterngeld erhalten, werden hier nicht eingerechnet, diese zählen zu den oben erwähnten beurlaubten Personen.

Analysen mit den Daten des Mikrozensus 2015 zeigen, dass Frauen sich insbesondere aufgrund familiärer Verpflichtungen und der Betreuung von Kindern vom Arbeitsmarkt zurückziehen. So gab

etwa ein Drittel der weiblichen Nichterwerbspersonen zwischen 25 und 59 Jahren an, aufgrund persönlicher oder familiärer Verpflichtungen nicht am Arbeitsmarkt verfügbar zu sein oder trotz Arbeitswunsch nicht aktiv nach Arbeit zu suchen [94]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Mütter sich oftmals nicht arbeitslos melden, weil sie in einem gemeinsamen Haushalt mit einem erwerbstätigen Partner meist keinen Anspruch auf Leistungen haben. Anders stellt sich die Situation bei Alleinerziehenden dar: Im Jahr 2017 waren 21% der alleinerziehenden Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind ohne Beschäftigung. Unter den nicht erwerbstätigen alleinerziehenden Müttern waren 55% an der Aufnahme einer Erwerbsarbeit interessiert, während dies nur auf 29% der in einer Partnerschaft lebenden nicht erwerbstätigen Mütter zutrif [95].

Die Ergebnisse vieler Studien verdeutlichen, dass arbeitslose Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen eine schlechtere Gesundheit sowie ein erhöhtes Sterberisiko aufweisen [96–101]. Laut einer Metaanalyse ist das Sterberisiko für arbeitslose Frauen um das 1,4-Fache erhöht (für Männer etwa um das 1,8-Fache) [101]. Dies zeigt sich auch anhand deutscher Daten der damaligen Gmünder Ersatzkasse [102]; der Zusammenhang ist bei Frauen deutlich geringer ausgeprägt als bei Männern [102]. Dabei erhöht sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit das Sterberisiko. Auch hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigen die für Deutschland vorliegenden Daten, dass körperliche Beschwerden und Einschränkungen bei Arbeitslosen häufiger vorkommen [103, 104]. Zudem sind arbeitslose Frauen aufgrund von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen in der Ausübung ihrer alltäglichen Aktivitäten häufiger eingeschränkt als Erwerbstätige [103]. Krankenkassendaten zeigen, dass arbeitslose Frauen, die Arbeitslosengeld I beziehen, eine deutlich erhöhte Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Ernährungs- und Stoffwechsel-Erkrankungen sowie Krankheiten des Nervensystems aufweisen. Psychische und Verhaltensstörungen finden sich bei arbeitslosen Frauen sogar dreimal häufiger. Auch internationale Überblicksarbeiten belegen, dass arbeitslose Frauen häufiger von psychischen Gesundheitsproblemen wie Depressionen und Angststörungen sowie einem geringeren Selbstwertgefühl betroffen sind als erwerbstätige Frauen [96, 99, 104].

Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit hat in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen. Sie verlieren einen beträchtlichen Teil ihres Einkommens und damit verbundene gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten. Die immateriellen Verluste wiegen ebenfalls schwer, so z. B. der Verlust fester Tages- und Zeitstrukturen sowie der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz [105].

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind allerdings komplex. Belastungen und psychosozialer Stress durch Arbeitslosigkeit können gesundheitsriskantes Verhalten und das Auftreten von Erkrankungen begünstigen. Zum anderen haben Erwerbstätige mit chronischen Gesundheitsproblemen ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko. Und Arbeitslosigkeitsrisiken sind sozial ungleich verteilt. Frauen mit einem erhöhten Risiko, arbeitslos zu werden, haben oftmals geringere materielle und psychosoziale Ressourcen [100].

Mit Blick auf den schwächeren Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Frauen im Vergleich zu Männern wird diskutiert, dass Frauen in stärkerem Maße im Familienleben Ressourcen und Anerkennung finden, was die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit abfedern könnte [106, 107]. Zudem können strukturelle Unterschiede in der Beschäftigung eine Rolle spielen. So arbeiten Frauen mit geringeren Stundenzahlen als Männer sowie in Berufen bzw. Branchen mit einer geringeren Entlohnung und häufiger in Jobs mit geringerer sozialer Anerkennung, beispielsweise Minijobs [108]. Der Verlust dieser oftmals weniger attraktiven Arbeitsplätze könnte folglich als eine geringere Einbuße empfunden werden [109]. Ferner scheinen arbeitslose Frauen gesellschaftlich eine geringere Stigmatisierung zu erfahren als arbeitslose Männer [99].

4.3 Fazit

Auf Basis der hier vorgestellten Ergebnisse zu Zusammenhängen von Familie, Beruf und der gesundheitlichen Lage kann angenommen werden, dass sich die Gesundheit von Frauen im erwerbsfähigen Alter insbesondere durch gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die mit einer Reduzierung von

zeitlicher Belastung und psychischem Stress einhergehen, verbessern ließe.

Laut Sachverständigenkommission des Siebten Familienberichts [110] kann eine bessere Balance zwischen Erwerbs- und Sorgearbeit im Lebensverlauf durch einen Mix aus Zeit-, Infrastruktur- und finanzieller Transferpolitik gefördert werden. Frauen und Männer mit Sorgeaufgaben – wie der Betreuung von Kindern oder der Pflege von Angehörigen – benötigen danach insbesondere mehr Zeitsouveränität, was nicht nur durch flexible Arbeitszeiten, sondern auch durch eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit im Lebensverlauf erreichbar ist [110, 111]. Insbesondere für Frauen ist es wichtig, den Arbeitsmarkt so zu strukturieren, dass mehr qualifizierte Teilzeitstellen, langfristige Rückkehrperspektiven in Vollzeitarbeit sowie Karriereoptionen trotz temporärer familien- und pflegebedingter Auszeiten möglich sind, so der OECD-Bericht „Dare to share“ [6]. Erforderlich sind zudem Maßnahmen, die eine partnerschaftliche Übernahme unbezahlter Sorgearbeit in der Familie fördern sowie eine Verbesserung der Angebote professioneller, bezahlter Sorgearbeit. Das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts – Einführung einer Brückenteilzeit“ kann vor diesem Hintergrund als ein wichtiger Schritt eingestuft werden. Auch ein weiterer Ausbau von Betreuungsmöglichkeiten für Kleinkinder sowie der außerschulischen Betreuung für Kinder im Grundschulalter ist von Bedeutung [6]. Laut Heitkötter vom Deutschen Jugendinstitut [112] geht es allerdings nicht darum, einseitig durch den Ausbau außerhäuslicher Kinderbetreuungsmöglichkeiten das Familienleben arbeitsweltfähig zu gestalten, sondern gemeinsame Alltagszeit als Grundbedingung des Familienlebens anzuerkennen und damit auch auf eine Aufwertung der Sorgearbeit – die bislang in unserer Gesellschaft nach wie vor der Erwerbsarbeit untergeordnet ist – hinzuwirken. Auf EU-Ebene werden mit der »Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige« vom Februar 2019 Rahmenbedingungen geschaffen, um die Erwerbsbeteiligung von Frauen zu erleichtern und eine partnerschaftliche Aufteilung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben zwischen Frauen und Männern zu fördern [113].

Literatur

1. Bittman M, Wajcman J (2000) The Rush Hour: The Character of Leisure Time and Gender Equity. *Soc Forces* 79(1):165–189
2. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK et al. (2020) Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biology of sex differences* 11(1):29
3. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2020) Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona. Pressemitteilung vom 15. April 2020. <https://wzb.eu/de/pressemitteilung/erwerbsarbeit-in-zeiten-von-corona> (Stand: 06.05.2020)
4. Statistisches Bundesamt (2020) Soziodemografische Angaben zur Erwerbsbeteiligung von Müttern und Vätern im Vergleich zu kinderlosen Frauen und Männern. Sonderauswertung des Mikrozensus 2018
5. Statistisches Bundesamt (2018) Alleinerziehende. Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin. Ergebnisse des Mikrozensus. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/alleinerziehende-tabellenband-5122124179004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
6. OECD (Hrsg) (2017) Dare to Share – Deutschlands Weg zur Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264263420-de> (Stand: 01.04.2020)
7. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Brückenteilzeit. www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Teilzeit/brueckenteilzeit-artikel.html (Stand: 01.04.2020)
8. Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (Hrsg) (2017) Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin
9. Bujard M, Panova R (2016) Zwei Varianten der Rushhour des Lebens: Lebensentscheidungen bei Akademiker/innen und Zeitbelastung bei Familien mit kleinen Kindern. *Bevölkerungsforschung Aktuell* 37(1):11–20
10. Schulz F, Blossfeld HP (2006) Wie verändert sich die häusliche Arbeitsteilung im Eheverlauf. Eine Längsschnittstudie der ersten 14 Ehejahre in Westdeutschland. *Kolner Z Soz Psychol* 58(1):23–49
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2015) 25 Jahre Deutsche Einheit. Gleichstellung und Geschlechtergerechtigkeit in Ostdeutschland und Westdeutschland. BMFSFJ, Berlin
12. Floderus B, Hagman M, Aronsson G et al. (2009) Work status, work hours and health in women with and without children. *Occup Environ Med* 66(10):704–710
13. Popham F, Gray L, Bamba C (2012) Employment status and the prevalence of poor self-rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004. *BMJ Open* 2(6):1–10. <https://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001342> (Stand: 01.04.2020)
14. Roos E, Burström B, Saastamoinen P et al. (2005) A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Soc Sci Med* 60(11):2443–2451
15. Roos E, Lahelma E, Saastamoinen P et al. (2005) The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scand J of Public Health* 33(4):250–260

16. Fokkema T (2002) Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Soc Sci Med* 54(5):741–752
17. Schoon I, Hansson L, Salmela-Aro K (2005) Combining work and family life: Life satisfaction among married and divorced men and women in Estonia, Finland, and the UK. *Eur Psychol* 10(4):309–319
18. Clouston SAP, Quesnel-Vallée A (2012) The role of defamilialization in the relationship between partnership and self-rated health: A cross-national comparison of Canada and the United States. *Soc Sci Med* 75(8):1342–1350
19. Helmert U, Shea S (1998) Family status and self-reported health in West Germany. *Soz Präventivmed* 43(3):124–132
20. Lindström M (2009) Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health Policy* 93(2–3):172–179
21. Brockmann H, Klein T (2004) Love and Death in Germany: The Marital Biography and Its Effect on Mortality. *J Marriage Fam* 66(3):567–581
22. Hilz R, Wagner M (2018) Marital Status, Partnership and Health Behaviour: Findings from the German Ageing Survey (DEAS). *Comparative Population Studies* 43:65–98
23. Hu YR, Goldman N (1990) Mortality differentials by marital status: an international comparison. *Demography* 27(2):233–250
24. Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K (1990) The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *J Marriage Fam* 52(4):1059–1078
25. Hewitt B, Baxter J, Western M (2006) Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. *Journal of Sociology* 42(1):61–78
26. Muhammad A, Gagnon A (2010) Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. *J Health Psychol* 15(3):315–325
27. Umberson D, Williams K, Powers DA et al. (2006) You make me sick: marital quality and health over the life course. *J Health Soc Behav* 47(1):1–16
28. Martikainen P (1995) Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Soc Sci Med* 40(2):199–212
29. Sachs-Ericsson N, Ciarlo JA (2000) Gender, Social Roles, and Mental Health: An Epidemiological Perspective. *Sex Roles* 43(9–10):605–628
30. Evenson RJ, Simon RW (2005) Clarifying the relationship between parenthood and depression. *J Health Soc Behav* 46(4):341–358
31. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME (1998) Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav* 39(3):216–236
32. Gesselmann M (2018) Mutterschaft geht häufig mit verringertem mentalem Wohlbefinden einher. *DIW Wochenbericht* 35. DIW, Berlin
33. von der Lippe E, Rattay P (2018) Health-Risk Behaviour of Women and Men – Differences According to Partnership and Parenthood. Results of the German Health Update (GEDA) Survey 2009–2010. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) *A Demographic Perspective on Gender Family and Health in Europe*. Springer, Cham, S. 233–261
34. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann L et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):24–44. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2900> (Stand: 01.04.2020)
35. Rattay P, von der Lippe E (2020) Association between living with children and the health and health behavior of women and men. Are there differences by age? Results of the "German Health Update" (GEDA) study. *Int J Environ Res Public Health* (in Druck)
36. Avison WR, Davies L (2005) Family Structure, Gender, and Health in the Context of the Life Course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 60(Special Issue 2):113–116
37. Kuntsche S, Knibbe RA, Gmel G (2012) Parents' alcohol use: gender differences in the impact of household and family chores. *Eur J Public Health* 22(6):894–899
38. Mastekaasa A (2000) Parenthood, gender and sickness absence. *Soc Sci Med* 50(12):1827–1842
39. Nomaguchi KM, Bianchi SM (2004) Exercise Time: Gender Differences in the Effects of Marriage, Parenthood, and Employment. *J Marriage Fam* 66(2):413–430
40. Shafer K, Pace GT (2015) Gender differences in depression across parental roles. *Soc Work* 60(2):115–125
41. Hank K, Steinbach A (2018) Families and Health: A Review. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) *A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe*. Springer, Cham, S. 23–39
42. Rapp I, Klein T (2015) Familie und Gesundheit. In: Hill PB, Kopp J (Hrsg) *Handbuch Familiensoziologie*. Springer VS, Wiesbaden, S. 775–790
43. Klumb PL, Lampert T (2004) Women, work, and well-being 1950–2000: a review and methodological critique. *Soc Sci Med* 58(6):1007–1024
44. Buehler C, O'Brien M (2011) Mothers' part-time employment: associations with mother and family well-being. *J Fam Psychol* 25(6):895–906
45. von der Lippe E, Rattay P (2016) Association of partner, parental, and employment statuses with self-rated health among German women and men. *SSM Popul Health* 2:390–398
46. Molarius A, Granström F, Lindén-Boström M et al. (2014) Domestic work and self-rated health among women and men aged 25–64 years: results from a population-based survey in Sweden. *Scand J Public Health* 42(1):52–59
47. Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (Hrsg) (2017) *DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2017. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen*. DGB-Index Gute Arbeit, Berlin
48. du Prel JB, Peter R (2015) Work-family conflict as a mediator in the association between work stress and depressive symptoms: cross-sectional evidence from the German lidA-cohort study. *Int Arch Occup Environ Health* 88(3):359–368
49. Leineweber C, Baltzer M, Magnusson Hanson LL et al. (2013) Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *Eur J Public Health* 23(4):710–716
50. Greenhaus JH, Allen TD, Spector PE (2006) Health Consequences of Work-Family Conflict: The Dark Side of the Work-Family Interface. In: Perrewé PL, Ganster DC (Hrsg) *Employee Health, Coping and Methodologies (Research in Occupational Stress and Well Being, Volume 5)*. Emerald Group Publishing Limited, S. 61–98
51. van Veldhoven MJPM, Beijer SE (2012) Workload, Work-to-Family Conflict, and Health: Gender Differences and the Influence of Private Life Context. *J Soc Issues* 68(4):665–683
52. Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2019) Health-Related Consequences of Work-Family Conflict From a European Perspective: Results of a Scoping Review. *Front Public Health* 7(189): doi: 10.3389/fpubh.2019.00189
53. Borgman LS, Mueters S, Kroll LE et al. (2019) Work-family conflict, self-reported general health and work-family reconciliation policies in Europe: Results from the European Working Conditions Survey 2015. *SSM Popul Health* 9:100465

54. Lunau T, Bamba C, Eikemo TA et al. (2014) A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *Eur J Public Health* 24(3):422–427
55. Peter R, March S, du Prel JB (2016) Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. *Soc Sci Med* 151:100–109
56. Tunlid S (2014) Work-family conflict in Sweden and Germany. A study on the association with self-rated health and the role of gender attitudes and family policy (Thesis). www.diva-portal.org/smash/get/diva2:722280/FULLTEXT01.pdf (Stand: 01.04.2020)
57. Statistisches Bundesamt (2013) Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland 2012. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/geburtstrends-5122203129004.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 01.04.2020)
58. Statistisches Bundesamt (2019) Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt. Deutschland, Jahre, Lebendgeburtensfolge 2018 (Tabelle). www-genesis.destatis.de/genesis/online (Stand: 01.04.2020)
59. Statistisches Bundesamt (2019) Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Alter der Mutter, Lebendgeburtensfolge 2018 (Tabelle). www-genesis.destatis.de/genesis/online (Stand: 01.04.2020)
60. Oesterle S, Hawkins JD, Hill KG (2011) Men's and women's pathways to adulthood and associated substance misuse. *J Stud Alcohol Drugs* 72(5):763–773
61. Henretta JC, Grundy EM, Okell LC et al. (2008) Early motherhood and mental health in midlife: a study of British and American cohorts. *Aging Ment Health* 12(5):605–614
62. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2016) Gesundheitsreport 2016. Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Techniker Krankenkasse, Hamburg
63. Hank K (2010) Childbearing history, later-life health, and mortality in Germany. *Popul Stud (Camb)* 64(3):275–291
64. Grundy E, Foverskov E (2016) Age at First Birth and Later Life Health in Western and Eastern Europe. *Popul Dev Rev* 42(2):245–269
65. Schlücker FU, Blumenfelder RA (2014) Effects of age at first birth on health of mothers aged 45 to 56. *Z Fam Forsch* 26(3):347–371
66. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ (2008) Early motherhood and subsequent life outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 49(2):151–160
67. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Fachserie 1, Reihe 3. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/haushalte-familien-2010300187004.html (Stand: 01.04.2020)
68. Tophoven S, Lietzmann T, Reiter S et al. (Hrsg) (2018) Aufwachen in Armutslagen. Zentrale Einflussfaktoren und Folgen für die soziale Teilhabe. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
69. Statistisches Bundesamt (2020) Armutsgefährdungsquote (monetäre Armut) nach Sozialleistungen in Deutschland nach dem Haushaltstyp. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefuehrdung/Tabellen/armutsgef-quote-typ-silc.html (Stand: 01.04.2020)
70. Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys. *Gesundheitswesen* 64(4):214–223
71. Lange C, Saß AC (2006) Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2):121–126
72. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. RKI, Berlin
73. Timm A (2008) Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
74. Hancioglu M (2015) Alleinerziehende und Gesundheit – Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation). Fakultät für Sozialwissenschaft. Ruhr-Universität, Bochum
75. Franz M, Lensche H, Schmitz N (2003) Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(2):59–68
76. Köngeter A (2011) Macht Alleinerziehen krank? Der psychische Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter unter besonderer Berücksichtigung heterogener Lebenslagen in Deutschland (Bachelorarbeit). GRIN Verlag, München
77. Sperlich S, Collatz J (2006) Ein-Elternschaft – eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2):127–137
78. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(11):889–896
79. Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 7(2):133–148
80. Geyer J (2016) Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 24–43
81. Rothgang H, Müller R (2018) Pflegebericht 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 12. Barner, Berlin
82. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 6(3). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3137> (Stand: 01.04.2020)
83. Schmidt M, Schneekloth U (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. BMG, Berlin
84. Sopp P, Wagner A (2013) Erwerbstätigkeit und Belastung der Hauptpflegeperson. media.boeckler.de/Sites/A/Online-Archiv/12622 (Stand: 01.04.2020)
85. Künemund H (2002) Die „Sandwich-Generation“ – typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 22(4):344–361
86. Bild der Frau (Hrsg) (2015) Frauen der Sandwich-Generation: Zwischen Kinderbetreuung und Unterstützung der Eltern. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. Funke Frauenzeitschriften GmbH, Hamburg
87. Kramer BJ (1997) Gain in the Caregiving Experience: Where Are We? What Next? *Gerontologist* 37(2):218–232
88. DAK-Forschung (Hrsg) (2015) Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. DAK-Forschung, Hamburg

89. Naumann D, Teubner C, Eggert S (2016) ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 73–86
90. Schneekloth U, Geiss S, Pupeter M (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung und der Universität Bremen. Abschlussbericht. TNS Infratest Sozialforschung, München
91. Lehr U (2010) Beruf oder Pflege – Eine falsche Alternative. BAGSO Nachrichten 19(4):10
92. Pinquart M (2016) Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 60–72
93. Statistisches Bundesamt (2020) Erwerbslosigkeit: Arbeitslose, Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen nach Geschlecht. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/Tabellen/lrarb002.html (Stand: 01.04.2020)
94. Rengers M (2016) Ungenutztes Arbeitskräftepotenzial in der Stillen Reserve. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) WISTA Wirtschaft und Statistik. Destatis, Wiesbaden, S. 30–51
95. Statistisches Bundesamt (2018) Alleinerziehende in Deutschland 2017. www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2018/Alleinerziehende/pressebroschuere-alleinerziehende.pdf;jsessionid=57FFCD37E9ADACF01902BD163B3E066.internet731?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
96. Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the Long-Term Unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110(23-24):413–419
97. Elkeles T (2008) Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 87–107
98. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
99. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav* 74(3):264–282
100. Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsbl* 59(2):228–237
101. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW et al. (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 72(6):840–854
102. Grobe TG (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Hollerer A, Brand H (Hrsg) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, S. 75–84
103. Kroll LE, Lampert T (Hrsg) (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 3(1). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3105> (Stand: 01.04.2020)
104. Eggs J, Trappmann M, Unger S (Hrsg) (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG II Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB Kurzbericht. <http://doku.iab.de/kurzber/2014/kb2314.pdf> (Stand: 01.04.2020)
105. Janlert U, Hammarström A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9(1):235
106. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 94(1):82–88
107. Forret ML, Sullivan SE, Mainiero LA (2010) Gender role differences in reactions to unemployment: Exploring psychological mobility and boundaryless careers. *J Organ Behav* 31(5):647–666
108. Bundesagentur für Arbeit (2018) Blickpunkt Arbeitsmarkt – Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
109. van der Meer PH (2014) Gender, Unemployment and Subjective Well-Being: Why Being Unemployed Is Worse for Men than for Women. *Soc Indic Res* 115(1):23–44
110. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2006) Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Bericht der Sachverständigenkommission. BMFSFJ, Berlin
111. Bujard M (2016) Das flexible Zweiverdienermodell und seine vielfältigen Chancen. ... und wie die Politik es familienphasensensibel gestalten kann. *Analysen & Argumente*. Ausgabe 214. Konrad Adenauer Stiftung, Sankt Augustin
112. Heitkötter M (2009) Der »temporal turn« in der Familienpolitik – zeitpolitische Gestaltungsansätze vor Ort für mehr Zeitwohlstand in Familien. In: Heitkötter M, Jurczyk K, Lange A et al. (Hrsg) Zeit für Beziehungen? Zeit und Zeitpolitik für Familien. Verlag Barbara Budrich, Opladen, S. 401–428
113. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019) EU-Vereinbarkeits-Richtlinie: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf europaweit stärken. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/vereinbarkeit-von-familie-pflege-und-beruf-europaweit-staerken/133646 (Stand: 01.04.2020)

